

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**TYP VZTAHOVÉ VAZBY RODIČE A JEJÍ VZTAH  
K POZITIVNÍ PERCEPCI DÍTĚTE S AUTISMEM**  
PARENT 'S TYPE OF ATTACHMENT AND ITS RELATION TO  
THE POSITIVE PERCEPTION OF A CHILD WITH AUTISM



**Magisterská diplomová práce**

Autorka: Bc. Kateřina Vojtěchovská

Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc

2017

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu doc. PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D. za jeho odbornou pomoc a podnětné rady, které mi poskytl v průběhu zpracování této magisterské diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat kolektivu spolku ADAM – autistické děti a my, občanskému sdružení JAN – Jdeme Autistům Naproti a MŠ Blanická, za jejich ochotu a vstřícnost při pomoci s distribucí dotazníků. V neposlední řadě děkuji všem rodičům, kteří se podíleli na tomto výzkumném šetření.

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Typ vztahové vazby rodiče a její vztah k pozitivní percepci dítěte s autismem“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne ..... Podpis .....

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>A. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>6</b>
<b>1 TEORIE VZTAHOVÉ VAZBY .....</b>	<b>6</b>
1.1 Typy vztahové vazby .....	7
1.2 Fáze vývoje vztahové vazby .....	9
1.3 Vztahová vazba v dospělosti.....	10
<b>2 AUTISMUS .....</b>	<b>12</b>
2.1 Etiologie .....	12
2.2 Charakteristika .....	13
2.3 Léčba a možnosti psychoterapie .....	16
2.4 Dítě s autismem v rodině.....	17
<b>3 DOSAVADNÍ STUDIE ZABÝVAJÍCÍ SE POZITIVNÍ PERCEPCÍ.....</b>	<b>21</b>
<b>4 METODY POUŽITÉ VE VÝZKUMU.....</b>	<b>25</b>
4.1 metoda ECR .....	25
4.2 metoda KIPP .....	25
4.3 metoda PBI.....	28
<b>B. VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>31</b>
<b>6 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY .....</b>	<b>32</b>
<b>7 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....</b>	<b>33</b>
<b>8 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>35</b>
8.1 Výsledky dotazníku ECR.....	35
8.2 Výsledky dotazníku KIPP .....	37
8.3 Výsledky dotazníku PBI .....	40
8.4 Výsledky korelace dotazníků ECR a KIPP .....	44
8.5 Výsledky korelace dotazníků KIPP a PBI .....	46
8.6 Odpovědi na výzkumné otázky .....	50
<b>9 DISKUZE .....</b>	<b>51</b>
9.1 Diskuze o metodách .....	51
9.2 Diskuze o výsledcích.....	52
9.3 Diskuze k povaze výzkumu a podněty pro praxi .....	56
<b>10 ZÁVĚRY.....</b>	<b>58</b>

<b>11</b>	<b>SOUHRN .....</b>	<b>60</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....</b>	<b>64</b>
	<b>ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE.....</b>	

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

## ÚVOD

Narození dítěte s postižením bývá pro rodiče často šokem, zklamáním, zoufalstvím, stresem. Ve své praxi jsem měla možnost se setkat s rodiči, jejichž dítěti byla diagnostikována porucha autistického spektra (PAS). Pracovala jsem s rodiči, kteří se nacházeli v období před určením diagnózy jejich dítěte, tak těsně po jejím vyřčení, ale i několik let poté. V práci s těmito rodinami zjišťuji, že přes úvodní negativní vnímání dané situace, dokážou rodiče nahlížet na své dítě pozitivně a vnímám u nich pocity štěstí, radosti i pýchy. Proto jsem si vybrala toto téma diplomové práce, ve které se zabývám vztahovou vazbou rodičů a jejím vztahem k pozitivní percepci dítěte s autismem.

Zaměřit svou práci konkrétně na rodiče dětí s PAS jsem se rozhodla z toho důvodu, že v posledních letech dochází k dramatickému nárůstu poruch autistického spektra. To zapříčiňuje, že se o problematice PAS čím dál více hovoří jak v médiích, tak mezi laickou veřejností. Domnívám se však, že přes nedostatečné povědomí veřejnosti o těchto poruchách, bývají tyto rodiny často neadekvátně stigmatizovány. Rozhodla jsem se soustředit na PAS také z toho důvodu, že sama mám praktické zkušenosti s touto cílovou skupinou (jak s rodiči dětí, tak s dětmi s PAS), které jsem nabyla v rámci dobrovolných praxí.

Cílem této práce je nalezení a ověření souvislostí mezi vztahovou vazbou a pozitivní percepcí. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části je popsána teorie vztahové vazby, autismus, dosavadní studie zabývající se pozitivní percepcí a metody použité ve výzkumu. Ve výzkumné části je kvantitativním sběrem dat zkoumán vztah mezi základními dimenzemi vztahové vazby rodičů a její vztah k pozitivní percepci dítěte s autismem. Dále je zkoumáno, zda zkušenosti se vztahy ve vlastní rodině souvisí s percepcí dítěte s PAS.

# A. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 TEORIE VZTAHOVÉ VAZBY

Termín attachment, jehož teorie byla původně rozpracovaná pedopsychiatrem a psychoanalytikem Johnem Bowlbym, se do češtiny nejčastěji překládá jako vztahová vazba, citové připoutání, přimknutí, citová vazba nebo se používá původní anglický termín.

Jedná se o biologicky (evolučně) zakódovanou potřebu dítěte navázat se na jednu pečující osobu (zpravidla matku) a sekundárně i na další blízké osoby. Je to primární pudová (instinktivní) tendence navázat se na matku<sup>1</sup> a vytvořit s ní vztahovou vazbu. Z evolučního hlediska má toto chování funkci ochrany bezmocného dítěte před riziky nepřítomnosti dospělé osoby (např. útok dravce). Dítě signalizuje matce potřebu její blízkosti různými vzorci chování, které se aktivují jen, když je to potřeba (Hašto, 2005). Bowlby (2010) rozeznává *pláč* při vzdálení se matky, *úsměv* při její blízkosti, *následování a přidržování se matky*, *sání* a *volání*.

Mikulincer & Shaver (2016) trefně poukazují na chování adolescentů a příp. dospělých při odmítání partnerem, které je podobné, avšak ne tak intenzivní, jako chování dítěte při odloučení od matky (objevuje se úzkost, vztek, smutek). Autoři dále tvrdí, že tyto projevy odmítnutí mohou být pocíťovány i po odmítnutí úplně neznámým člověkem.

Obegi & Berant (2009) upřesňují, že citová vazba je trvalá vazba jedné osoby k druhé, která naplňuje potřeby bezpečí a komfortu. Autoři však zdůrazňují, že ve zdravých vztazích je sice dítě navázáno k rodiči, ale rodič k dítěti nikoli. Rodič se v náročnějším období neobrací k dítěti pro uklidnění a útěchu, ale vyhledává přítomnost vrstevníků, partnerů, atd. Pokud rodič hledá u dítěte pocit bezpečí, vypovídá to nejen o určité patologii rodiče, ale také o její příčině u dítěte. Vazba je pouto, které cítí jeden jedinec k druhému, kterého vnímá jako silnějšího a moudřejšího (tato specifická vztahová figura není zaměnitelná za nikoho jiného). Vazba (určitá atraktivita) tedy nemusí vznikat mezi oběma jedinci. Jedinec může k němu cítit vazbu, která však není druhým „opětována“ (Cassidy & Shaver, 2016).

---

<sup>1</sup> V této práci budu používat termín matka, ačkoli se může jednat o jakoukoli mateřskou postavu, která o dítě pečuje. Nemusí tedy jít o matku biologickou.

Vazebné chování (attachment behaviour) dítěte vyúsťuje ve vztahovou vazbu (vazba dcery k matce je zřetelnější než vazba syna k matce) a je aktivované samotou, cizím prostředím, únavou, apod. K podnětům, které toto chování ukončují, patří spatření, zaslechnutí nebo dotek matky. Do cca tří let dítěte zůstávají tyto behaviorální systémy velmi pohotově aktivovatelné. Následně prochází dalšími změnami (dítě se cítí v bezpečí i na neznámém místě a s vedlejšími vazebnými postavami) a blízkost k matce již není tak urgentní (Bowlby, 2010). Vnitřní pracovní modely (internal working models), které se vytváří z interakcí s matkou (očekávání ve vztahu, utváření chování ve vztahu podle minulých zkušeností, předvídání chování druhého a zapojování svých vzorců chování), jsou vyvinuté už koncem prvního roku dítěte (Hašto, 2005). Bowlby (2010) zohledňuje individuální rychlost vývoje dítěte a tvrdí, že typické chování svědčící o citové vazbě je vidět, jakmile dítě dosáhne druhého roku života a začne být pohyblivé. U většiny dětí jsou vnitřní pracovní modely neměnné i po letech a ovlivňují utváření vztahů i v dospělosti (Hašto, 2005).

Bowlby předpokládá, že pouhé krmení dítěte nevytváří u dítěte vztah k matce, tak jak se domnívali psychoanalytici. Důležitější je pocit bezpečí a jistoty. Stejně tak pro vznik a typ vazby nehraje roli, zda bylo dítě kojeno nebo bylo krmeno z lahve (Cassidy & Shaver, 2016).

## 1.1 Typy vztahové vazby

Chování matky (rodiče) rozhoduje o tom, jaký typ vztahové vazby se u dítěte vyvine, jaké bude mít vnitřní pracovní modely. Dítě může mít jinou vztahovou vazbu k matce a jinou k otci. Určení typu vztahové vazby vychází z experimentu. Matka a dítě jsou v laboratorní místnosti spolu s „přátelským cizím člověkem“. Matka si má hrát s dítětem a po třech minutách má opustit místnost, poté se vrátit, za tři minuty opět odejít na tři minuty a opět se vrátit. V takovýchto podmínkách se dá dobře pozorovat chování dítěte. Na základě tohoto experimentu klasifikovala Ainsworthová (1967 in Mikulincer & Shaver, 2016) modality chování.

Při *jisté (bezpečné) vztahové vazbě* jsou některé děti po dobu odloučení přátelské k cizímu přátelskému člověku, jiné jsou zřetelně znepokojené matčinou nepřítomností. Při návratu matky mají radost, vyhledávají její blízkost a kontakt a poté se opět vrátí ke hře.

*Nejistou vztahovou vazbu* rozdělila autorka na nejistou ambivalentní a na nejistou vyhýbavou vztahovou vazbu. Děti s *nejistou ambivalentní vazbou* jsou úzkostné a závislé

na své matce. Už před prvním odloučením jsou nesvé a přátelského cizího člověka se bojí. V matčině nepřítomnosti jsou velmi znepokojené, z přítomnosti cizí osoby nemají žádný užitek. Napříč úzkosti jsou i zlostné. Při návratu matky kolísají mezi tendencí ke kontaktu a odporu k přiblížení. Děti s *nejistou vyhýbavou vazbou* se vyhýbají blízkosti s matkou. Když je matka nepřítomna, neobjevuje se v jejich chování žádný distres, nadále se věnují hře a kontaktu s cizím člověkem se vyhýbají. Neobjevují se u nich žádné vnější projevy hněvu nebo úzkosti. Spangler a Grossmann (1997 in Hašto, 2005) však později zjistili, že u těchto dětí po odloučení s matkou stoupla tepová frekvence a zvýšila se hladina kortizolu.

Později Mainová a Salomonová (1990 in Mikulincer & Shaver, 2016) doplnily ještě *vztahovou vazbu dezorganizovanou (dezorientovanou)*. Do této kategorie patří často děti z rizikového prostředí (např. děti zneužitě, děti rodičů s psychickými problémy). Tyto děti v přítomnosti matky ustrnou ve svých pohybech, v obličejí mají výraz jako při transu, objevují se u nich stereotypní pohyby. Při strachu z cizího člověka se vzdálí od matky a hlavu si opřou o stěnu. Při odloučení se dívají na dveře a volají na matku. Při jejím návratu se však v tichosti odvrátí (Hašto, 2005).

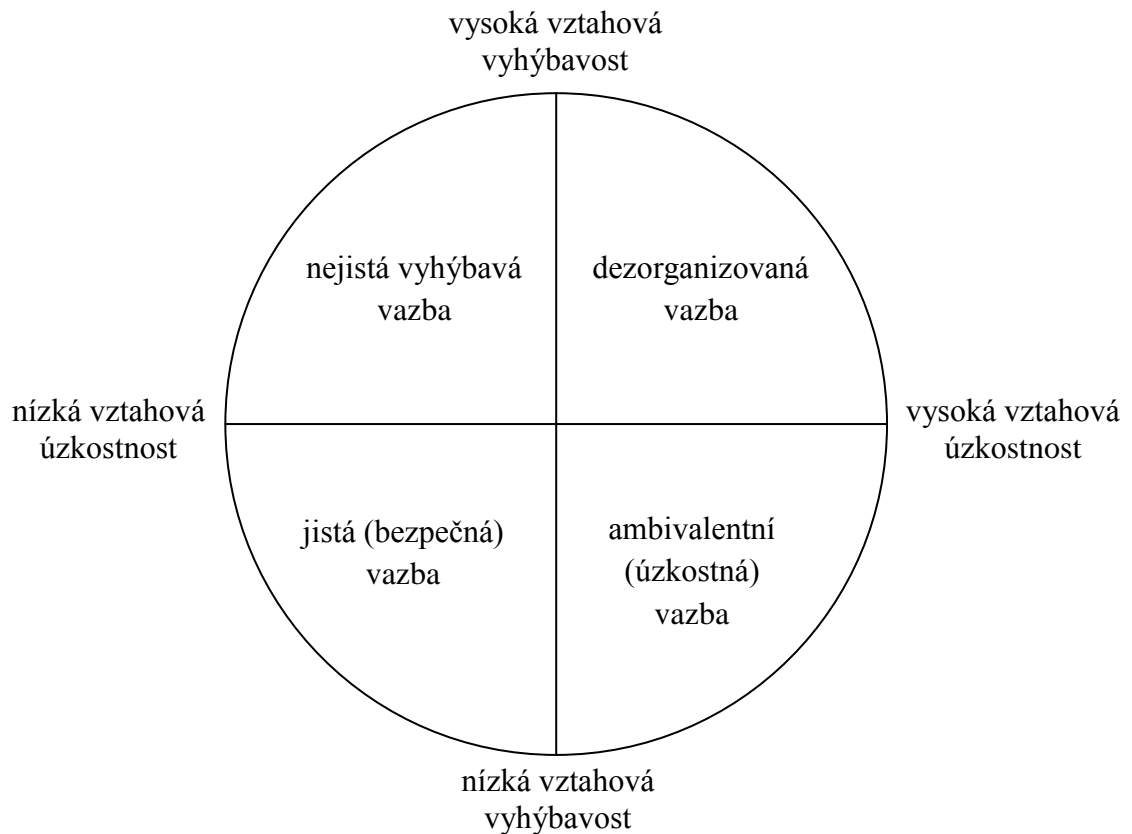
Typ vztahové vazby lze redukovat na dvě ortogonální dimenze (viz Obrázek č. 1) - *vztahovou úzkostnost* (attachment anxiety), která je definována jako strach z odmítnutí, ze separace, opuštění a *vztahovou vyhýbavost* (attachment avoidance), která je charakteristická nepohodou v intimních situacích a v situacích, jež podněcují k závislosti na druhých (Lečbych, 2016).

Klasifikaci vztahové vazby v dospělosti, která v podstatě odpovídá dětským typům, rozpracovali Zimmermann a Spangler (1997 in Hašto, 2005). Klasifikovali vztahovou vazbu *svobodnou, zapletenou, distancovanou a dezorganizovanou (dezorientovanou)*.

Bezpečná vztahová vazba je považována za projektivní faktor duševního zdraví. Rodič s určitým typem vazby bude utvářet podobný typ i u svého dítěte (Hašto, 2005).



Obrázek č. 1: Typy vztahové vazby



## 1.2 Fáze vývoje vztahové vazby

Bowlby (2010) popisuje čtyři fáze vývoje vztahové vazby. První fází je *Orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy*. Tato fáze trvá od narození do osmi až dvanácti týdnů dítěte (v nepříznivých podmínkách i déle). Rozlišovací schopnost dítěte je v této fázi omezená na čichové a sluchové podněty. Dítě každého člověka sleduje očima, uchopuje a natahuje k němu ruku, usmívá se a žvatlá. Když uvidí tvář nebo uslyší hlas, přestane plakat. Intenzita těchto přátelských reakcí se po cca dvanácti týdnech zvyšuje.

Následuje fáze *Orientace a signály zaměřené k jedné rozeznávané postavě (nebo k několika)*. Fáze trvá do cca půl roku věku dítěte. Dítě se nadále chová přátelsky, ale k mateřské postavě je chování výraznější než k ostatním.

Třetí fází je *Udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů*. Tato fáze začíná kolem půl roku věku dítěte (u dětí, které měly málo kontaktu s primární postavou, se může opozdit až do doby po třech letech věku dítěte) a pokračuje až do roku třetího. Dítě se k lidem chová stále diferencovaněji a rozšiřuje repertoár svých reakcí (následuje odcházející matku, vítá ji při návratu). Vytrácejí se přátelské reakce na

ostatní postavy. Dítě si vybírá vedlejší vazebné postavy. Cizí lidé vzbuzují u dítěte opatrnost až odstup. Citová vazba k mateřské postavě je jasně viditelná.

Poslední fází je fáze *Utváření partnerství korigovaného k cíli*. U některých dětí tato fáze probíhá již ve dvou a půl letech. Dítě získává vhled do matčinych pocitů a motivů. Pozoruje její chování a všímá si, čím je ovlivňováno. Dvojice si začíná budovat složitý vzájemný vztah – partnerství.

Posloupnost chování při odloučení matky od dítěte s jistým vztahem rozděluje Bowlby (2010) na *fázi protestu, zoufalství a citového odcizení (detachment)*. Každá fáze přechází plynule do fáze následující. Dítě se tak může několik dnů až týdnů nacházet ve stadiu přechodu z jedné fáze do druhé, případně střídavě přecházet mezi dvěma fázemi.

### 1.3 Vztahová vazba v dospělosti

Obegi & Berant (2009) rozlišují dva druhy citové vazby: *dítě – rodič* a *dospělý – dospělý*, které zkoumají, jak se citová vazba projevila u vztahů v dospělosti.

Nemůžeme však jednoznačně tvrdit, že citová vazba v dospělosti slouží stejné funkci jako citová vazba v dětství. Tato vazba není nezbytná pro přežití jedince. Pokud však předpokládáme, že vazba k partnerovi zvyšuje šance na přežití a příp. na přežití společného potomka, pak můžeme tvrdit, že vazba v dospělosti slouží stejnému účelu jako vazba v dětství (Zeifman & Hazan in Cassidy & Shaver, 2016).

Bowlby (2010) tvrdí, že u většiny lidí přetrvává pouto k rodičům do dospělosti a ovlivňuje jejich chování. Vazebné chování v dospělosti (vyhledávání blízké osoby a pomoci druhých v nemoci, neštěstí, katastrofě) je přímým pokračováním vazebného chování v dětství. Vazebné chování tedy zůstává potenciálně aktivní celý život. V dospívání a dospělosti se vazebné chování zaměřuje k osobám mimo rodinu a ke skupinám a institucím, které představují vedlejší vazebnou „postavu“. Dospívající může vykazovat vazebné chování ke kamarádovi (vrstevníkovi) a cítit se s ním v bezpečí (zejména v situacích, kdy není přítomen rodič, např. ve škole). Vztahová vazba se však nevytváří. To potvrzuje situace ztráty kamaráda, která většinou nemá tak devastující efekt jako ztráta pravé vazebné postavy, např. rodiče (Cassidy & Shaver, 2016).

Mikulincer & Shaver (2016) se domnívají, že citová vazba v dospělosti nespočívá v pouhém hledání blízkosti (proximity-seeking behavior) jako v dětství. Současně zahrnuje aktivaci mentálních reprezentací partnerů, kteří pravidelně poskytují péči a ochranu. Tyto reprezentace vytvářejí pocit bezpečí a jistoty, které pomáhají jedinci překonat nejrůznější

zátěže. Autoři dále popisují dvě strategie, které se uplatňují v interpersonálních vztazích – hyperaktivační a deaktivační. *Hyperaktivační strategie* se objevuje, pokud je chování vztahové figury vnímáno jako nestálé a nepředpověditelné. Jedinec se snaží zajistit si pozornost a blízkost vztahové osoby za každou cenu. Tato strategie vede k přehnané závislosti na dané osobě. *Deaktivační strategie* se objevuje, pokud je hledání blízkosti vztahové figury vnímáno jako nebezpečné nebo nedovolené a vede k popírání vztahových potřeb. Tato strategie slouží jako únik před bolestí z nereagující vztahové figury.

Jedinec má v dospělosti sklon přizpůsobovat si každou novou osobu, ke které si vytváří vztahovou vazbu (např. manžel/ka, dítě, atd.), ke svému existujícímu modelu a to i tehdy, když je takový model nevhodný. Zároveň také očekává, že se daná osoba bude chovat tak, jak to odpovídá jeho sebeobrazu. Takovéto předpojaté vnímání a očekávání vede k chybným představám o druhých, k falešným očekáváním určitého chování a případně k nevhodným preventivním krokům, které mají očekávanému nežádoucímu chování zabránit. Chování rodičů k dítěti je tedy závislé na jeho vnitřních pracovních modelech, na tom, jaké byly jejich zkušenosti v jejich nejdůležitějších vztazích (Hašto, 2005). To potvrzují i Mikulincer & Shaver (2016), kteří tvrdí, že systém poskytování péče (caregiving behavioral system) dospělého je ovlivněn jeho dřívějšími zkušenostmi s poskytovateli péče v rámci jeho vlastního vývoje. Styl citové vazby však není v průběhu života zcela neměnný. Mezi dětstvím a dospělostí můžeme počítat pouze s mírnou stabilitou citové vazby.

## 2 AUTISMUS

Autismus je v posledních letech poměrně diskutovaným tématem, jehož veřejné chápání je, dle mého názoru, neblaze ovlivněno médii. Tato pervazivní („všepromikavá“) vývojová porucha může nabývat mnoha podob, které jsou dále ovlivňovány prostředím, výchovou a vzděláváním. Autorem termínu „autismus“, který charakterizuje stažení se do sebe a sklon k sociální izolaci, je E. Bleuler (Vágnerová, 2004). Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (2008) dělí pervazivní vývojové poruchy na *dětský autismus*, *atypický autismus*, *Rettův syndrom*, *jinou dětskou dezintegrační poruchu*, *hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby*, *Aspergerův syndrom*, *jiné pervazivní vývojové poruchy* a *pervazivní vývojovou poruchu NS*.

Poruchy autistického spektra (PAS) mají počátek v raném dětství, v období kolem 2-3 let věku dítěte. Jsou charakteristické kvalitativní poruchou sociální interakce, komunikace, hry a často se objevuje stereotypní a ritualizované chování (Říčan & Krejčířová, 2006). Projevy chování jsou často bizarní a pro okolí těžce srozumitelné. Důležitá je včasné zjištění poruchy a terapeutické vedení. Prognóza však nebývá příliš dobrá. Pokud v období pěti let dítě nemluví a jeho hra je pouze stereotypní manipulací, v budoucnosti nelze očekávat podstatné zlepšení. Dvě třetiny dětí s autismem zůstanou závislí na rodičích (popř. instituci) i v dospělosti (Vágnerová, 2004). Pervazivní vývojové poruchy se diagnostikují nehlédě na přítomnost nebo nepřítomnost jakékoli jiné přidružené poruchy nebo nemoci. Autismus se tedy může pojit s jakoukoli jinou poruchou nebo nemocí (Thorová, 2006).

### 2.1 Etiologie

Příčina této poruchy je stále předmětem hypotéz. Často diskutovaným tématem je souvislost mezi autismem a vedlejšími účinky očkování dětí. Obecně se předpokládá biologická etiologie autismu, tedy souhra faktorů *organických* (vnější negativní vlivy v raných stádiích těhotenství, které zasahují do vyvíjející se CNS dítěte) a faktorů *dědičných* (Říčan & Krejčířová, 2006).

Také Vágnerová (2004) popisuje autismus jako důsledek organického poškození mozku, které se může vytvořit různými způsoby, avšak na jeho vzniku se může podílet více faktorů. Mezi tyto faktory řadí *genetickou podmíněnost* (ověřenou výzkumy dvojčat), *exogenní, prenatálně působící vlivy* (např. infekce) a *biologický základ autismu* (funkční

nebo morfologická změna mozku, např. strukturální odlišnosti zjištěné zobrazovacími metodami – např. abnormality mozkové kůry, limbického systému, mozečku, bazálních ganglií a corpus callosum; dále neurochemické odlišnosti – např. porucha serotoninergního a dopaminergního systému a dysfunkce systému endogenních opioidů – snížená citlivost k bolesti). Autorka dále uvádí, že vnější, sociální faktory (zejména chování rodičů k dítěti) nemají pro vznik autismu velký význam. Rodiče autistických dětí se častěji sociálně izolují, bývají rigidní, nejsou citově vřelí, nemají rádi změny, apod. Tyto vlastnosti jsou však projevem jejich genetických dispozic. Citově chladná výchova a odmítání dítěte nesouvisí se vznikem této poruchy. Narušené vztahy rodičů k dítěti jsou spíše důsledkem onemocnění než její příčinou.

Gillberg & Peeters (2008) také spatřují příčinu vzniku autismu v organickém poškození mozku. Možným biologickým základem autismu jsou *medicínské poruchy*. Současně s autismem se tyto poruchy objevují asi u jednoho ze čtyř dětí s PAS (např. chromozomální poruchy, tuberózní skleróza, Itova hypomelanóza, poškození plodu infekcí zarděnek, infekce mozku, metabolické poruchy, aj.). Při těchto poruchách dochází k poškození těch mozkových funkcí, které zajišťují normální vývoj sociálních vztahů, komunikace a imaginace. Dalším možným biologickým základem je *dědičnost*. Zhruba jeden z dvaceti sourozenců s PAS také trpí autismem. Výzkumy dvojčat prokázaly, že výskyt PAS je vyšší u jednovaječných než u dvojvaječných dvojčat. Jako poslední možný biologický základ autismu uvádějí autoři *rané poškození mozku*, které děti utrpěly v prenatální, perinatální nebo postnatální fázi.

## 2.2 Charakteristika

Jedním ze základních rysů autismu je *porucha socializace*, deficit v oblasti sociálního porozumění a interakce. Děti s PAS neprojevují zájem o sociální kontakt, jakoby pro ně lidé ani neexistovali. Nereagují na oční kontakt, úsměv a celkově na mimiku obličeje. Důvodem může být to, že verbální i neverbální sociální signály jsou pro tyto děti těžko pochopitelné a tedy nezajímavé, někdy i nepříjemné a ohrožující. Tyto děti nejsou schopny projevit empatii a nerozumí emočním projevům druhých (postižení v oblasti amygdaly). Problémy mívají také s interpretací gestikulace, pohybů těla nebo tónu hlasu. Gestikulaci a oční kontakt často neumějí využívat ke komunikaci (Vágnerová, 2004). Sociální nereaktivita v dětském věku často vede rodiče k podezření na poruchu sluchu (Říčan & Krejčířová, 2006). Hloubkou postižení se porucha sociální interakce výrazně liší. Lze však

řící, že sociální intelekt je v hlubokém deficitu vůči mentálním schopnostem dítěte s PAS. Wingová (1996 in Thorová, 2006) popisuje čtyři typy sociální interakce lidí s PAS: typ *osamělý*, *pasivní*, *aktivní-zvláštní* a *formální*. S věkem se tento způsob sociální interakce může měnit, není tedy stabilní. Do čtyř let bývají mnohé děti samotářské, blízkým lidem se vyhýbají nebo je ignorují. Později se stávají děti sociálně více aktivní. V dospělosti se pak vykristalizuje převažující typ sociální interakce. U sociálního chování se setkáváme s dvěma extrémními póly. *Pól osamělý*, pro který je charakteristické, že se dítě odvrací při snaze o sociální kontakt, protestuje, stáhne se nebo se schová, popř. zaměří svou pozornost na manipulaci s nějakým předmětem. *Pól extrémní* je charakteristický nepřiměřenou sociální aktivitou. Dítě se snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, lidí se dotýká, hledí jim upřeně do obličeje, neúnavně vypráví o věcech, které druhé nezajímají, až obtěžují. Důležité je, že většina dětí s PAS stojí o sociální kontakt, avšak neví jak takovýto kontakt přiměřeně navázat (Thorová, 2006).

Častý je také *narušený vývoj řeči* (řeč se někdy nevytváří vůbec) a neschopnost používat řeč jako prostředek komunikace. Je možné, že se řeč nevyvíjí proto, že ji děti s autismem nepotřebují (nerozumí emočním projevům komunikačního partnera, ani kognitivnímu obsahu sdělení). Často se objevují echolálie, verbální stereotypie, popř. neologismy (Vágnerová, 2004). Porucha komunikace se váže jak na úroveň receptivní (porozumění řeči), tak na úroveň expresivní (vyjadřování). Řeč nemusí být poškozena, avšak abnormality se v komplexním řečovém vývoji objevují vždy. Nejméně porušenou řeč mají děti s Aspergerovým syndromem (Thorová, 2006). Časté jsou tendence doslovného chápání výroků. Pokusy o využití znakové řeči u nemluvících dětí s PAS jsou většinou neúspěšné (Říčan & Krejčířová, 2006).

Problémy se projevují i v *neverbální komunikaci*. Děti s PAS mají potíže převážně s postoji a gesty, které vyjadřují emoční prožívání (např. zahanbení, uvítání, touha po utěšení). Děti s PAS opět obtížně rozumí i receptivní složce neverbální komunikace. Význam neverbální komunikace druhých jim uniká. Z výrazu v obličeji, postoje těla nebo gest nedokážou jasně usoudit, co si lidé myslí. Je pro ně obtížné „číst“ emocionální signály vysílané druhými skrz neverbální komunikaci a tak dochází často k nedorozumění (Thorová, 2006).

U dětí s PAS dochází k *narušení vztahů* k lidem. Typická je neschopnost projevení emočního vztahu. Děti s autismem se často nechtějí nechat chovat ani mazlit. Nevytváří se citová vazba k matce nebo dalším členům rodiny, nenavazuje se přátelství s vrstevníky. Tyto děti nerozumějí významu mezilidských vztahů a jejich odlišnosti od kontaktu s věcmi

(Vágnerová, 2004). Některé děti se chovají, jakoby nerozlišovaly živé od neživého. Ruku dospělého používají jako nástroj, kterým si přisunou požadovanou věc, nohou odstrčí jiné dítě jako jakoukoli jinou překážku (Říčan & Krejčířová, 2006).

*Narušená schopnost imaginace (představivosti)* a s tím související nápodoby, plánování, imitace a symbolického myšlení je další problémovou oblastí. Nerozvíjí se hra, která je důležitá pro učení a celý vývoj dítěte. Dítě hledá v činnostech předvídatelnost, zaměřuje se na stereotypní činnosti (Thorová, 2006).

*Porucha sociální adaptace* a neschopnost učení nápodobou jsou dalšími rysy autismu. Děti s PAS nechápou, jaké chování je v dané situaci aktuálně vhodné. Chování těchto dětí proto bývá často nepřiměřené danému kontextu. (Vágnerová, 2004).

*Emoční projevy* dětí s PAS nejsou zcela standardní. Tyto děti bývají dráždivé, často se objevuje výbuch vzteku nebo záchvat strachu jako reakce na změnu, jindy zase bezdůvodný smích. Zřídka se objevuje reakce pláčem. Sociální ocenění (uznání, pochvala) pro ně nemá žádnou hodnotu, a tak je tyto děti těžké motivovat. Jsou však schopny podmiňování, reagují na odměnu či trest (Vágnerová, 2004). U dětí s PAS se po třetím roku věku stává čím dál více nápadná emoční labilita a nízká frustrační tolerance, která může vést až k sebedestruktivnímu chování. Potíže s emoční reaktivitou se projevují na obou pólech senzitivity. *Hypersenzitivita* s sebou nese silné, situaci nepřiměřené, reakce (např. záchvaty vzteku, smíchu, pláče). Naproti tomu v důsledku *hyposenzitivity* dítě s PAS ne vždy reaguje na emoční situace a podněty, které emoční reakci vyžadují (Thorová, 2006).

Děti s autismem se nedovedou dostatečně soustředit a většina z nich je postižena i mentálně. *Mentální retardace* se vyskytuje u 75 % dětí s autismem (Gelder et al., 1996 in Vágnerová, 2004). 5 – 20% má inteligenci v mezích širší normy (= vysoce funkční autismus). Kromě toho existují děti s PAS, které jsou jednostranně nadané (např. hudební talent, matematické nadání, vynikající mechanická paměť). Smyslové podněty zpracovávají tyto děti jinak než je obvyklé a při poznávání světa upřednostňují jiné smyslové kvality než jejich vrstevníci (např. poznávání čichem). Někdy se může objevovat přecitlivělost na některé zvuky (např. houkání sanitky, zvuk vysavače). Symbolické myšlení se nerozvíjí, objevuje se porucha fantazijní produkce, hra nemá rys tvořivosti. Tyto děti nedovedou plánovat nebo odložit nějakou činnost. Důvodem stažení se do sebe jsou problémy orientace v okolním světě. Spontánní učení je omezené, schopnost generalizovat svou dřívější zkušenost do budoucnosti chybí. Upřednostňují stereotyp a rigidní řád, kterému jsou schopny lépe porozumět.

## 2.3 Léčba a možnosti psychoterapie

V této kapitole se budu zabývat léčbou autismu a jejími druhy. Jak však upozorňuje Thorová (2006), stoprocentní výsledky v léčbě dětí s PAS nepřináší žádná terapie. Autorka se dále domnívá, že nejlepší výsledky přináší *strukturované vzdělávací programy, behaviorální techniky* a upřednostňování *vizualizace informací* před verbálními instrukcemi. Kvalitní spolupráce profesionálů s rodinou a jejich empatie, dobré znalosti specifík PAS a vývojové psychologie tvoří základ kvalitní pomoci.

Vágnerová (2004) tvrdí, že specifická *farmakologická léčba* autismu neexistuje, avšak se tímto způsobem dají zmírnit některé dílčí poruchy chování. Jedná se např. o hyperaktivitu, agresivitu, sebepoškozování. Thorová (2006) doplňuje úzkost, deprese, obsedantně-kompulzivní chování, problémy se spánkem, emoční labilitu a destruktivní chování. Autorka dále zdůrazňuje, že farmakologická léčba není úspěšná, pokud není kombinována s behaviorálními technikami a zapojením dítěte do vzdělávacích a rodičů do terapeutických aktivit. Gillberg & Peeters (2008) dodávají, že děti s PAS často reagují na léky paradoxně (např. hypnotika vedou k hyperaktivnímu stavu). Najít vhodnou medikaci pro tyto děti může být obtížné, často musí být doporučované dávky léků vysoce překračovány. V procesu k nalezení vhodného léku je tedy potřebná značná trpělivost.

*Behaviorální psychoterapie a speciálněpedagogické intervence* podporují rozvoj dítěte, nahrazují chybějící kompetence, odstraňují nevhodné chování a vytváří žádoucí projevy. Je žádoucí strukturovat dítěti jeho prostředí a upravit denní program, abychom předešli negativním reakcím. Metody podmiňování (pozitivní a negativní posilování) slouží k ovlivnění chování dětí s PAS (Vágnerová, 2004).

Velmi důležitá je *terapeutická práce s rodinou*, která pomáhá rodičům porozumět svému dítěti, vytvořit si realistická očekávání, dávat dítěti přiměřené požadavky a dále podporuje při vyrovnávání se se zátěží (Vágnerová, 2004). V rámci rodinné psychoterapie se odstraňují špatně zafixované způsoby komunikace, hodnocení ostatních a jednání, boří se mýty o tom, jak má správná rodina vypadat a fungovat a pomáhají se nalézt nové cesty zdravého soužití aj. (Thorová, 2006).

Důležitou roli hrají i *svěpomocné skupiny rodičů dětí s PAS*. Rodiče si zde poskytují vzájemnou podporu, sdílí své prožitky a vyměňují si zkušenosti (Vágnerová, 2004).

Doprovodnými typy léčby jsou např. muzikoterapie, zooterapie (canisterapie, hipoterapie), arteterapie, ergoterapie, taneční terapie, relaxace, aj. Diskutabilními a zatím ne zcela vědecky potvrditelnými metodami léčby autismu jsou např. terapie pevným



obětím (Holding therapy), terapie volbou – Son Rise program (Option therapy), dietická opatření, homeopatika, aj. (Thorová, 2006).

## 2.4 Dítě s autismem v rodině

V této kapitole budou popsány vybrané aspekty, které s sebou nese rodinný život s dítětem s PAS. Konkrétnější a autobiografické zkušenosti jsou popsány v knihách, jejichž autory jsou jak rodiči dětí s PAS tak samotní jedinci trpící touto vývojovou poruchou. Např. O kolečko míň (Schovanec, 2014), Mozek autisty (Grandinová & Panek, 2014), Moje vítězství nad autismem (Morarová, 2013) a další.

### Vyrovňování se s diagnózou

Vztah k dítěti se utváří již v období těhotenství. Rodiče si plánují a představují jejich budoucí život s dítětem. Narození dítěte s postižením si neradi připouštějí a raději na něj nemyslí, „aby to nepřivolali“.

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni s diagnózou postižení jejich dítěte, můžeme označit za *krizi rodičovské identity* (Vágnerová, 2004; Valenta, Michalík, Lečbych et al., 2012). V této krizi dochází ke *ztrátě okamžité*, kdy se hroutí představy o zdravém dítěti a ke *ztrátě zasahující do budoucnosti*, kdy se hroutí představy o životě s „normálním“ dítětem, např. dítě se neosamostatní, nebude mít vlastní rodinu, atd. (Sobotková, 2012).

Sdělení diagnózy představuje pro rodiče *šok* a velkou *zátěž*<sup>2</sup>. Následně se zapojují *obranné mechanismy* (popření, vytěsnění, kompenzace). Navazuje depresivní období *přijímání* diagnózy, které doprovází smutek, zlost, úzkost, deprese, pocity viny. V *kompenzovaném období* odeznívá deprese, situace je postupně přijímána, upravují se očekávání. Následuje *období životní rovnováhy a přebudování hodnotové orientace* celé rodiny (Thorová, 2006). Odborníci by měli pomoci rodičům vytvořit si realistická očekávání, osvojit si pro dítě srozumitelnější komunikaci, mít na dítě přiměřené nároky a zároveň si udržovat pocity naděje (Říčan & Krejčířová, 2006).

---

<sup>2</sup> Rodiče však již před stanovením diagnózy tuší, že něco není s jejich dítětem v pořádku. Sdělení diagnózy tak pro některé rodiče může být do jisté míry i úlevou. Úlevou v tom smyslu, že konečně znají důvod odlišnosti svého potomka (Urbanovská in Říhová & kol., 2011). Sládečková & Sobotková (2014) spatřují úlevu v prokázané objektivnosti problémů, tedy že problémy dítěte nepramení z rodičovského selhání.

## **Partnerství a rodičovství**

Kvalita vztahu rodičů v období konfrontace s diagnózou je velmi důležitá. Jedním z nejsilnějších sekundárních stresorů je narušení vztahu rodičů způsobené rozdílným pohledem na diagnózu (např. pokud jeden z rodičů diagnózu odmítá přijmout). Pro rodiče jsou dále často bolestné některé reakce příbuzných a nejbližšího okolí, stejně jako jejich přehnaný soucit. V těchto okamžicích nezřídka dochází k rozpadu rodiny, kdy jeden z rodičů nápor stresu nevydrží, příp. rodiče dítě odloží do ústavní péče<sup>3</sup> (Sládečková & Sobotková, 2014). Narození dítěte s postižením však může partnerství rodičů i posílit (Valenta et al., 2012).

Postoje a chování k dítěti mohou být často extrémní a to buď *hyperprotektivní* nebo naopak *odmítavé*. Takovéto chování může za nepříznivých podmínek brzdit rozvoj dítěte. Nepřiměřené postoje rodičů mohou ovlivňovat obtíže a specifčnosti vývoje osobnosti dítěte s postižením více než samotná vada (Vágnerová, 2004).

Neuspokojení v rodičovské roli mohou rodiče dětí s postižením nějakým způsobem kompenzovat, např. se začnou více věnovat své kariéře či nějakému koníčku (Vágnerová, 2004; Valenta et al., 2012).

## **Sociální význam**

Laická veřejnost děti s autismem posuzuje stejně jako děti s mentální retardací a jejich neobvyklé reakce považuje za nevychovanost. V důsledku toho bývají ve větší míře stigmatizováni i rodiče dětí s PAS, kterým je přisuzována vina za chování jejich dítěte. Tito rodiče mohou po čase, na základě svých negativních zkušeností, chápat veškeré reakce okolí generalizovaně jako nepřátelské. Typické znaky autismu jsou pro rodiče zatěžující samy o sobě. Obtížně akceptovaná bývá zejména lhostejnost jejich dítěte (odmítání kontaktu a mazlení). Pro rodiče je velmi těžké přijmout dítě, které se chová jako cizí, je agresivní, podrážděné a obtížně ovlivnitelné. Rodiče neznalí podstaty poruch autistického spektra si projevy dítěte interpretují jako nedostatek citu a důkaz nelásky jejich potomka. Snadno pak může dojít k posílení negativních zkušeností, pocitů viny, rodičovské méněcennosti, bezmocnosti a někdy k odpovědnosti za vznik postižení. Rodiče nezřídka napadá, jak by bylo jednodušší, kdyby takové dítě neměli, a současně se za tyto úvahy obviňují. Častá je izolace rodiny a přerušování mnoha sociálních kontaktů. Důležitá je

---

<sup>3</sup> Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu jakéhokoli dítěte je jeho rodina a ne jinak je to u dětí s autismem. Ústavní péče mu může jen stěží poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, stability a přísunu podnětů pro jeho rozvoj (Valenta et al., 2012).

včasná edukace rodiče, vysvětlení, proč je jejich dítě takové a jak by s ním měli zacházet (Vágnerová, 2004).

### **Ekonomická situace**

Důležitým aspektem je ekonomická situace rodiny. Mnohé rodiny se potýkají s existenčními problémy. Jelikož dítě vyžaduje neustálou péči a dohled, často zůstává jeden z rodičů s dítětem doma a druhý rodič musí rodinu finančně zajistit sám. Finanční pomoc od státu a síť odlehčovacích služeb není bohužel optimální (Sládečková & Sobotková, 2014; Urbanovská in Říhová & kol, 2011).

### **Sourozenci**

Sourozenecké vztahy představují jedny z nejdelších vztahů v životě. Richmanová (2006) tvrdí, že vytvoření pozitivního vztahu dítěte k sourozenci s postižením je obtížné avšak klíčové pro budoucí život rodiny. Tento vztah usnadní každodenní život rodiny a reprezentuje celoživotní podpůrný systém. Autorka uvádí problémy, se kterými se sourozenec dítěte s PAS může setkat a se kterými není lehké se vyrovnat. Je to *neobvyklé chování sourozence, nedostatek pozornosti a pochvaly* od rodičů ve srovnání se sourozencem, *role pomocníka* rodičů, *větší odpovědnost, posměch* spolužáků a vrstevníků a další. Důležité je, aby láska mezi sourozenci vznikla v raném dětství. Thorová (2006) však doplňuje, že by sourozenec měl mít možnost vyjádřit i své negativní pocity ve vztahu k bratrovi/sestře s PAS.

Do odpovědnosti ke svému sourozenci by dítě nemělo být nuceno předčasně, ale mělo by do ní samo dozrát (Richmanová, 2006). Thorová (2006) varuje před pocity viny při příliš velké odpovědnosti. Sourozenec se může cítit provinile, že nemá svého sourozence dostatečně rádo. Dítě by také mělo být, umírněně svému věku, seznámeno s problematikou autismu, aby se předešlo neadekvátním obavám. Za všech okolností by však mělo zůstat dítětem. Samozřejmostí je vytváření pocitů rovnosti mezi sourozenci. Pro vytvoření kladného sourozeneckého vztahu je žádoucí, aby aktivity, které to umožňují, dělali sourozenci společně (např. dívání se na televizi, hraní si s kostkami, atd.). Vhodné je i hraní ve stejnou dobu na stejném místě, i když si každý hraje s něčím jiným (Richmanová, 2006). Thorová (2006) připomíná, že je důležité, aby zdravý sourozenec trávil nějaký čas pouze sám s rodiči a mohl se tak věnovat aktivitám, které mu přítomnost sourozence s autismem neumožňuje.

Richmanová (2006) vyjmenovává pozitivní zisky sourozenců dětí s PAS. Jsou jimi učení se vzájemné *podpoře členů rodiny*, učení se *trpělivosti*, podporování schopnosti *pomáhat*, učení se *přijímání a tolerování druhých*, zvyšování schopnosti *empatie*, rozvíjení *pocitů vzájemnosti a odpovědnosti*. Vágnerová (2004) vyjmenovává negativní důsledky. Např. sourozenec s postižením nemůže být považován zdravým sourozencem za rovnocenného partnera, nemůže být soupeřem (neodpovídají tomu jeho kompetence) ani vzorem.

Mnoho rodičů se domnívá, že s dalším dítětem nebudou zvládat péči o dítě s autismem. Ukazuje se však, že pozitiva jednoznačně převyšují negativa (Thorová, 2006). Straussová a Knotková (2011) tvrdí, že i když mohou rodiče zažívat ambivalentní pocity ve vztahu ke svému zdravému dítěti (na jedné straně stojí potřeba jeho pomoci při péči o jeho sourozence na druhé straně výčitky svědomí, že je zatěžováno a ochuzováno), není potřeba se dítěti podbízet přílišnou péčí. Rodičům dětí s autismem doporučují si uvědomit, že jsou rodiče, mají tyto děti a situace je taková, jaká je. Zdravému dítěti je však třeba vyjádřit, že chápeme, co prožívá a že si ho vážíme proto, co zvládá, vyjádřit mu svou úctu a přiznat mu, na co má právo.

### 3 DOSAVADNÍ STUDIE ZABÝVAJÍCÍ SE POZITIVNÍ PERCEPCÍ

Problematika pozitivní percepce dětí s autismem je v České republice doposud málo probádaným tématem. Na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci byly prozatím zpracovány dva výzkumy zabývající se pozitivní percepcí rodičů dětí se speciálními potřebami. Jedná se o magisterské diplomové práce zabývající se pozitivní percepcí dětí s mentálním postižením. Jednou z nich je práce nesoucí název *Attachment: vliv primární vztahové vazby rodiče na pozitivní percepci dítěte s mentálním postižením* (Purkertová, 2014). Druhá práce se jmenuje *Pozitivní percepce dětí s mentální retardací v jejich rodinách v závislosti na věku dítěte, struktuře rodiny a pobytu člověka s mentální retardací ve vybraných institucích* (Kubínková, 2014).

Purkertová (2014) zkoumala, zda má primární vztahová vazba (míra vztahové úzkostnosti a míra vztahové vyhýbavosti) u rodičů dospělých dětí s mentálním postižením vliv na pozitivní percepci jejich potomka. Byly použity metody ECR a KIPP. Průměrné hodnoty všech respondentů ( $n = 29$ ) dotazníku ECR byly u vyhýbavosti 3,46 a u úzkostnosti 3,56. Nejnižší celkový průměr dotazníku KIPP byl naměřen v oddílu Atribuce příčiny s hodnotou 2,09, následoval oddíl Pozitivní přínos - 2,78, oddíl Sociální srovnávání - 2,64 a oddíl Vliv - 2,86. Výsledky jednotlivých dimenzí bohužel autorka do své práce neuvedla. Z výsledků korelační analýzy vyplynulo, že mezi mírou vztahové vyhýbavosti a jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP nebyl nalezen žádný signifikantní vztah. Z korelace úzkostnosti a dimenzemi oddílu Pozitivní přínos se objevily tři signifikantní výsledky ( $r_{(0,05)} = 0,36$ ): negativní korelace mezi úzkostností a dimenzí Šťěstí a naplnění ( $r = -0,42$ ), negativní korelace mezi úzkostností a dimenzí Rozšíření sociální sítě ( $r = -0,37$ ) a pozitivní korelace mezi úzkostností a dimenzí Hrdost a spolupráce ( $r = 0,38$ ). Korelace mezi úzkostností a dimenzemi Sociálního srovnávání přinesly dva statisticky významné výsledky a to pozitivní korelace mezi úzkostností a dimenzí Příznivé srovnávání s méně postiženými ( $r = 0,38$ ) a mezi úzkostností a dimenzí Nepříznivé srovnávání s méně postiženými ( $r = 0,5$ ), kde byl výsledek signifikantní dokonce na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  ( $r_{(0,01)} = 0,46$ ). Autorka si tento rozpor vysvětluje jako tendenci rodičů pociťovat jak naději, tak obavy při srovnávání jejich situace s obdobnou situací v jiných rodinách. Korelace úzkostnosti s dimenzemi oddílů Atribuce příčiny a Vliv nepřinesla žádné další signifikantní výsledky.

Kubínková (2014) ve své práci hledala determinanty pozitivní percepce dítěte s mentálním postižením v jeho rodině. Byly použity metody KIPP a Škála rodinného prostředí (ŠRP). Cíly bylo zjistit míru pozitivní percepce rodičů těchto dětí, těsnost vztahu mezi pozitivní percepcí a rodinným prostředím a zaměřit se na možné činitele (věk dítěte, struktura rodiny, využívání sociálních služeb) spolupodílející se na míře pozitivní percepce. Pro poslední cíl byly vytvořeny tři hypotézy, které byly ve výsledku všechny zamítnuty. Nejnížší celkový průměr dotazníku KIPP (n = 32 matek) byl opět naměřen u oddílu Atribuce příčiny - 2,08 s nejvyšší hodnotou u dimenze Profesionální chyba (M = 3,09) a nejvyšší u dimenze Sebeobviňování (M = 1,38). Následoval oddíl Sociální srovnávání - 2,78 s nejvyšší hodnotou u dimenze Srovnávání na základě podobnosti (M = 3,10) a nejnižší hodnotu u dimenze Nepříznivé srovnávání s méně postiženými (M = 2,48). V subškále Pozitivní přínos - 2,94 byla naměřena nejvyšší hodnota u dimenze Osobní síla a soudržnost rodiny (M = 3,42) a nejnižší hodnota (M = 2,53) byla naměřena u dimenzí Porozumění smyslu života, Pracovní uplatnění a Hrdost a spolupráce. Subškála Vliv dosáhla nejvyššího celkového průměru - 3, kdy dimenze Vliv profesionálů nabyt vyšší hodnotu (M = 3,25) než Osobní vliv (M = 2,75). Výsledky Škály rodinného prostředí ukázaly velmi vysokou orientaci na organizaci rodiny a výrazně nízkou orientaci na úspěch. Ve výzkumu bylo naměřeno mnoho signifikantních výsledků korelací. Negativní korelace mezi subškálou Sociální srovnávání a dimenzí Kontrola dotazníku ŠRP byla statisticky nejvýznamnější (r = -0,61). Pozitivní korelace celkového skóre dotazníku KIPP s dimenzí Konfliktnost byla druhou nejvyšší korelací (r = 0,60). Pozitivní korelace subškály Sociální srovnávání a dimenze Konfliktnost (r = 0,46) a subškály Vliv a dimenze Kontrola (r = 0,45) jsou další statisticky významné korelace. Další statisticky významné korelace autorka našla mezi jednotlivými dimenzemi obou metod. Nejsilnější byla pozitivní korelace mezi dimenzí Osobní síla a soudržnost rodiny a dimenzí Expresivnost (r = 0,66). Následovala negativní korelace mezi dimenzí Srovnávání na základě podobnosti a dimenzí Kontrola (r = -0,63), pozitivní korelace mezi dimenzemi Nepříznivé srovnávání s méně postiženými a Kontrola (r = 0,60) a pozitivní korelace mezi dimenzemi Štěstí a naplnění a Intelektuálně-kulturní orientace (r = 0,60), negativní korelace mezi dimenzemi Osobní síla a soudržnost rodiny a Kontrola (r = -0,54) a negativní korelace mezi dimenzemi Příznivé srovnávání s méně postiženými a Kontrola (r = -0,52), pozitivní korelace mezi dimenzemi Vliv profesionálů a Kontrola (r = 0,51) a mezi dimenzemi Srovnávání s více postiženými a Konfliktnost (r = 0,50), pozitivní korelace mezi dimenzemi Štěstí a naplnění a Aktivně-rekreační orientace (r = 0,49) a negativní korelace

mezi dimenzemi Srovnávání s více postiženými a Aktivně-rekreační orientace ( $r = -0,49$ ), pozitivní korelace mezi dimenzí Porozumění smyslu života a dimenzí Konfliktnost ( $r = 0,48$ ) a negativní korelace mezi dimenzemi Speciální účel a Expresivnost ( $r = -0,47$ ). Signifikantní korelace byly počítány na hladině  $p < 0,01$ .

Vilaseca, Ferrer, & Guardia Olmos (2014) provedli analýzu logistické regrese genderových rozdílů pozitivní percepce, úzkostnosti a depresivity mezi matkami a otci dětí s mentálním postižením. Pozitivní percepce byla měřena zkrácenou verzí dotazníku KIPP a to dotazníkem Positive Contributions Scale (PCS). Autoři došli k závěru, že matky i otcové pozitivně vnímají své dítě s mentálním postižením, ale zároveň vykazují vysoké skóre úzkostnosti (klinicky signifikantní) a depresivity. Jejich výsledky tedy potvrzují, že pozitivní percepce koexistuje se symptomy úzkostnosti a depresivity a to jak u matek, tak u otců. Na většině subškál dotazníku PCS měly matky vyšší skóre. Matky tedy vnímají své dítě pozitivněji než jejich otcové. Zároveň však vykazují vyšší úzkostnost a depresivitu. Ve výzkumu se dále prokázala negativní korelace mezi pozitivní percepcí matek a vážností mentálního postižení jejich dítěte. Čím závažnější mentální postižení dítě mělo, tím méně pozitivní percepce k němu jeho matka vykazovala. U otců se takováto korelace neprojevila.

Ferrer, Vilaseca, & Bersabé (2016) zkoumali vliv demografických proměnných a pozitivní percepce rodičů na kvalitu života v rodinách se členem s mentálním postižením. Pozitivní percepce byla měřena dotazníkem PCS. Výsledky prokázaly, že vyšší hodnoty pozitivní percepce dítěte s mentálním postižením (a to jakéhokoli věku) rodičem signifikantně souvisely s vyššími úrovněmi kvality života rodiny. Každá z dimenzí pozitivní percepce vykazovala nějaký vztah s kvalitou života rodiny.

Hastings, Allen, McDermott, & Still (2002) se zabývali faktory souvisejícími s pozitivní percepcí matek dětí s mentálním postižením. Pro měření pozitivní percepce použili autoři tři subškály oddílu Pozitivní percepce dotazníku KIPP (Štěstí a naplnění, Osobní síla a soudržnost rodiny a Osobní růst a zralost). Bylo zjištěno, že psychologické proměnné se pojí s pozitivní percepcí spíše než proměnné demografické (demografické proměnné jak u matky, tak u dítěte). Ukázalo se, že pozitivní percepce matek souvisí s copingovými strategiemi, zejména s copingovou strategií pozitivní přerámování. Pozitivní percepce tedy může fungovat jako mechanismus pro zvládání stresu a napětí, které s sebou přináší péče o dítě s mentálním postižením. Dále se ukázalo, že osobní růst matky není způsoben samotným příchodem dítěte a jeho vlivem na rodinu, ale je dán širší řadou faktorů. Využití sociální opory jako copingové strategie a vstřícnost zdrojů

neformální sociální opory pomáhaly matkám v rozvíjení pocitu osobního růstu a zralosti. Marginální signifikantnost se ovšem projevila u mobilizace rodiny k vyhledání podpory v rámci společnosti, která snižovala matkami udávané pozitivní efekty. Zdroje podpory, které poskytuje rodina, přátelé a ostatní rodiče jsou schopny udržet pozitivní percepci spíše než profesionálové a společnost jako celek. Posledním zjištěním bylo, že matky vykazující vyšší úroveň poptávky péče o jejich dítě s mentálním postižením zároveň vykazovaly větší osobní růst a zralost. Mít dítě s těžším zdravotním postižením může matkám poskytnout více příležitostí k osobnímu růstu a k rozvíjení zralého pohledu na svět a to díky zvýšeným výzvám, které s sebou přináší. Tyto výzvy a úspěšné „bojování“ s nimi může zvyšovat pocity efektivity, které přispívají k osobnímu růstu a zralosti.

Hastings, Kovoshoff, Ward, Espinosa, Brown, & Remington (2005) měřili stres a pozitivní percepci u matek a otců předškolních dětí s autismem. Pozitivní percepce byla měřena oddílem Pozitivní přínos dotazníku KIPP. Ve výzkumu se objevily genderové rozdíly v duševním zdraví, kdy matky vykazovaly více problémů než otcové. Statisticky signifikantní rozdíl byl však pouze u deprese. Ve vykazovaném stresu se však žádné rozdíly neprojevily. Mimo stres se však opět potvrdilo, že matky i otcové vykazují pozitivní percepci jejich dítěte. Matky opět vykazovaly silnější pozitivní percepci než otcové. Na rozdíl od matek, pozitivní percepce otců negativně korelovaly s depresí matek.

Kayfitz, Marcia, Gragg, & Orr (2010) zkoumali pozitivní zážitky matek a otců dětí s autismem. Autoři použili dotazník PCS. V jejich výsledcích vykazovaly matky opět více pozitivních zkušeností než otcové. Výsledky tedy korespondují s výsledky Hastings et al. (2005) a Vilaseca et al. (2014). Dále se zjistilo, že pozitivní zážitky matek i otců negativně korelovaly s mírou rodičovského stresu. Pozitivní zážitky otců dále negativně korelovaly s mírou rodičovského stresu vykazovaného jejich partnerkami.



## 4 METODY POUŽITÉ VE VÝZKUMU

### 4.1 metoda ECR

Autorem škály ECR (Experience in Close Relationship) je Brennan, Clark a Shaver (1998 in Lečbych & Pospíšilíková, 2012). V anglicky mluvících zemích se jedná o jednu z nejrozšířenějších sebesposuzovacích metod sloužících k posouzení typů vztahové vazby v dospělosti. Škála je tvořena dvěma subškálami – *vztahová úzkostnost* a *vztahová vyhýbavost*. Obě subškály jsou tvořeny 18 položkami. Respondenti hodnotí dané položky na sedmibodové Likertově škále od 1 – „rozhodně nesouhlasím“ až po 7 – „rozhodně souhlasím“. Na středové hodnotě mohl respondent odpovědět „nevím“. Příklady položek dotazníku pro vztahovou úzkostnost: *Dělám si starosti o své vztahy. Trápí mě, že druhým na mně nezáleží tolik, jako mně na nich.* Příklady položek dotazníku pro vztahovou vyhýbavost: *Začnu se cítit nepříjemně, když se se mnou chce někdo těsněji sblížit. Říkám svým blízkým osobám skoro o všem.*

Jednotlivé položky mají vysokou vnitřní konzistenci a existuje široká evidence konstruktové validity. U pilotní studie (N=108, čeští studenti psychologie) bylo naměřeno Cronbachovo alfa pro škálu vztahové úzkostnosti i pro škálu vztahové vyhýbavosti 0,84. Průměr u vyhýbavosti byl 3,14 se směrodatnou odchylkou 0,65 a u úzkostnosti 3,68 se směrodatnou odchylkou 0,73 (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

### 4.2 metoda KIPP

Dotazník KIPP neboli Kansaský inventář rodičovské percepce (Kansas Inventory of Parental Perceptions; Behr, Murphy, & Summers, 1992) slouží k měření pozitivní percepce rodičů dítěte se speciálními potřebami, které vychází z fyzického nebo psychického postižení dítěte. Toto postižení může být dáno vývojovým postižením, specifickými poruchami učení, neurologickými problémy, popř. chronickým onemocněním. Metoda vychází z toho, že dítě s postižením nemusí pro rodinu znamenat pouze stres, zátěž a další negativní důsledky, ale může přinášet i pozitivní zkušenosti.

Dotazník je sebehodnotící metodou tužka-papír. V prvním až třetím oddíle dotazníku se respondenti vyjadřují k jednotlivým tvrzením na čtyřbodové škále od „zásadně nesouhlasím“, přes „souhlasím“, „nesouhlasím“ až k „naprosto nesouhlasím“. Ve čtvrtém oddíle rodiče posuzují, opět na čtyřstupňové škále, jaký vliv mají oni sami nebo

profesionálové na život jejich dítěte: „velký vliv“, „určitý vliv“, „malý vliv“, „žádný vliv“. KIPP je tedy rozdělen do čtyř oddílů, které měří čtyři oblasti vnímání rodičů:

- 1) Pozitivní přínos (Positive Contributions): Přesvědčení, že člen rodiny s postižením je zdrojem pozitivního obohacení. (Příklady položek dotazníku: *Mé dítě je důvodem, proč jsem zodpovědnějším člověkem. Považuji své dítě za důvod, proč se umím lépe vyrovnat se stresem a problémy. Přítomnost mého dítěte mi připomíná, že každý má svůj smysl života. Díky mému dítěti jsem více empatický/á*)
- 2) Sociální srovnávání (Social Comparisons): Srovnávání sebe, své rodiny nebo člena rodiny s postižením s podobnými nebo odlišnými druhými. (Příklady položek dotazníku: *Cítím se šťastný/á, že moje dítě nemá tolik vážných problémů jako ostatní děti. Pomáhá mi vidět se s ostatními rodiči, kteří mají dítě se stejným postižením, jako mám já. Nemyslím si, že se moje rodina někdy dokáže přizpůsobit tak dobře jako ostatní rodiny, které mají dítě s postižením.*)
- 3) Atribuce příčiny (Casual Attributions): Přisuzování postižení člena rodiny určitým příčinám. (Příklady položek dotazníku: *Postižení mého dítěte vznikla kvůli zranění, které se stalo během porodu. Postižení mého dítěte vznikla náhodou. Postižení mého dítěte vznikla, protože to zapříčinil někdo z profesionálů (doktoři, sestry, atd.)*)
- 4) Vliv (Mastery/Control): Přesvědčení vlastní kontroly nad situací a schopnosti ovlivňovat výsledky člena s postižením. (Příklady položek dotazníku: *Jaký vliv máte vy osobně na zvládnání denních aktivit vašeho dítěte? Jaký vliv mají profesionálové na poskytování užitečných informací o tom, co můžete očekávat v budoucnosti a jak se bude vaše dítě vyvíjet?*)

Každá z těchto čtyř oblastí vnímání se dále dělí do několika dimenzí (viz Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Dimenze škál dotazníku KIPP (Behr et al., 1992)

Pozitivní přínos	Sociální srovnávání	Atribuce příčiny	Vliv
Učení se ze zkušenosti	Srovnávání na základě podobnosti	Osud nebo náhoda	Osobní vliv
Štěstí a naplnění	Srovnávání s více postiženými	Speciální účel	Vliv profesionálů
Osobní síla a soudržnost rodiny	Příznivé srovnávání s méně postiženými	Fyziologická příčina	
Porozumění smyslu života	Nepříznivé srovnávání s méně postiženými	Profesionální chyba	
Osobní růst a zralost		Sebeobviňování	
Vědomí budoucích úkolů			
Rozšíření sociální sítě			
Pracovní uplatnění			
Hrdost a spolupráce			

Reliabilitu měřili autoři dotazníku dvěma metodami. První metodou byl Cronbachův koeficient. V oddílu Pozitivní přínos se koeficient pohyboval v rozmezí od 0,56 po 0,86 s průměrem 0,77. Koeficient pro Sociální srovnávání kolísal od 0,58 po 0,78 s průměrem 0,66. V oddílu Atribuce příčiny variovala hodnota  $\alpha$  od 0,86 po 0,87 s průměrem 0,87. Pro oddíl Vliv nabýval koeficient hodnot od 0,68 po 0,87 s průměrem 0,79. Vnitřní konzistence jednotlivých subškálových skóre je tedy velmi dobrá.

Druhou metodou, zjišťující stabilitu měření v čase, byla metoda test-retest (použitá šest týdnů po prvním měření). V oddílu Pozitivní přínos varioval koeficient od 0,30 po 0,74 s průměrem 0,56. Koeficient pro Sociální srovnávání se pohyboval v rozmezí od 0,28 po 0,42 s průměrem 0,34. Pro Atribuce příčiny kolísal koeficient mezi 0,35 po 0,90 s průměrem 0,56. Pro oddíl Vliv nabýval koeficient hodnot od 0,16 po 0,62 s průměrem 0,39. Autoři předpokládali, že skóre těchto měření budou relativně nestabilní a to zejména v důsledku proměnlivého charakteru vnímání každodenních zkušeností, emocí a nálady. Tyto nízké koeficienty stability naznačují, že výsledky

dotazníku KIPP by měly sloužit k popisu respondentova vnímání v určitém čase a ne k popisu stálých charakteristik a přesvědčení.

Obsahová validita vychází z vývoje dotazníku. Pro Pozitivní přínos neexistovala žádná literatura, která by usměrňovala vývoj nástroje. Pro vývoj rozsahu tohoto oddílu dotazníku a jeho položek byla tedy použita klinická data a data z rozhovorů. Design a vývoj položek oddílů Sociální srovnávání, Atribuce příčiny a Vliv vycházel z rozsáhlého zpracování teoretické a výzkumné literatury.

Důkaz konstruktové validity vychází z faktorové a korelační analýzy (Behr et al., 1992).

### 4.3 metoda PBI

Autorem dotazníku PBI neboli Parental Bonding Instrument je psychiatr prof. Gordon Parker. Autoři české verze Čikošová a Preiss (2011) preferují původní anglický název před českými překlady Dotazník citové vazby rodičů, Dotazník rodičovských postojů nebo Dotazník vazby. Dotazník posuzuje rodičovskou vazbu vnímanou během prvních 16 let života respondenta. Metoda vychází z toho, že citové vazby v rodině jsou velmi významné pro další vývoj jedince. Dotazník se skládá z dotazníku hodnocení postojů a chování matky a z dotazníku hodnocení postojů a chování otce. Pokud v rodině jeden z biologických rodičů chyběl (rozvod, úmrtí), posuzuje respondent tu osobu, kterou chápal za rodičovskou postavu (např. nevlastní rodič). Každý dotazník má 25 položek a respondent odpovídá na 4stupňové škále od „pravda“, „spíše pravda“, „spíše nepravda“ až po „nepravda“.

PBI je složen ze škály rodičovské *péče*, která má 12 položek a škály *kontrola (popř. ochrana)*, která má 13 položek. Na jednom pólu osy škály péče je něha, emocionální vřelost, empatie a blízkost, na druhém pólu je emocionální chlad, lhostejnost a odmítání. Škála kontrola je na jednom pólu definovaná kontrolou, přehnaným opatrováním, obtěžováním, přehnaným kontaktem, infantilizací a bránění v nezávislém vývoji, na druhém pólu je poskytnutí možnosti samostatnosti a nezávislosti. Kombinací skóru škál vznikají typy citové vazby: *optimální typ vazby* - vysoký skór péče a nízký skór ochrany, *nelaskavá kontrola* - nízký skór péče a vysoký skór ochrany, *kontrolující, byť s láskou* -

vysoký skór péče a vysoký skór ochrany, *chybějící nebo slabá vazba* - nízký skór péče a nízký skór ochrany<sup>4</sup> (Čikošová & Preiss, 2011).

Výsledky dotazníku nejsou ovlivňovány věkem, sociálním statusem ani pohlavím respondenta (Preiss, 1989 in Čikošová, Preiss, 2011). Prokázalo se však, že matky byly hodnoceny jako více pečující a zároveň více kontrolující a proto autoři vytvořili normy zvlášť pro matky a zvlášť pro otce (Parker et al., 1979 in Čikošová & Preiss, 2011).

Čikošová a Preiss (2011) interpretují skóry podle hladiny percentilu následovně:

*Interpretace průměrných skórů:*

*50. – 85. percentil, interpretace průměrného skóru péče:* vazba je přiměřeně přátelská, rodiče se snaží o dostatečně příjemné a přiměřeně komunikativní prostředí, potřebám dítěte dobře rozumí, dítě se cítí chtěné, je dostatečně chváleno

*15. – 50. percentil, interpretace průměrného skóru péče:* vazba je dostatečně, avšak méně přátelská a laskavá, objevuje se menší snaha o vytvoření vřelého prostředí, které je spíše méně komunikativní, s dostatečným, avšak menším porozuměním dětským potřebám, dítě se ještě cítí chtěné, příp. cítí ochotu rodičů s ním spolupracovat, avšak pochvaly se mu dostává již méně

*50. – 85. percentil, interpretace průměrného skóru kontroly:* vazba je spíše kontrolující, dítě může činit vlastní rozhodnutí, od rodičů ale nemá v rozhodování žádnou podporu a hodně rozhodnutí dělají za něj, rodič nadměrně kontroluje, co dítě dělá

*15. – 50. percentil: interpretace průměrného skóru kontroly:* míra kontroly je spíše malá, rodiče nechávají dítě svobodně rozhodovat, dítě je k takovému rozhodování vedeno, příp. je mu při rozhodování poskytována opora, rodiče dítě nebrzdí ve vývoji, ponechávají mu volnost v tom, co dělá

*Interpretace skórů mimo pásmo normy:*

*85. percentil a více, interpretace vyššího skóru péče:* vazba je velmi přátelská, rodiče se snaží vytvářet vřelé a komunikativní prostředí, rozumí potřebám dítěte, dítě se cítí chtěné, nápomocné, rodiče jsou ochotni spolupracovat, dítě je nadprůměrně chváleno

*15. percentil a méně, interpretace nižšího skóru péče:* vazba je málo přátelská, nelaskavá, rodiče se snaží jen málo o vytvoření vřelého a komunikativního prostředí,

---

<sup>4</sup> Dříve v této práci (kapitola 1.1) bylo použito pojmosloví, které koresponduje s pojmoslovím uvedeným v dotazníku PBI. Optimální typ vazby odpovídá jisté, bezpečné vazbě, nelaskavá kontrola koresponduje s nejistou vazbou dezorganizovanou, vazba kontrolující byť s láskou je totožná s nejistou vazbou ambivalentní a chybějící nebo slabá vazba koresponduje s nejistou vazbou vyhýbavou.

nerozumí potřebám dítěte, dítě se necítí chtěné, rodiče nejsou ochotni s dítětem spolupracovat a nedostatečně jej chválí, zvyšuje se riziko psychické deprivace

*85. percentil a více, interpretace vyššího skóru kontroly:* vazba je kontrolující, rodiče nenechávají dítě svobodně a samostatně rozhodovat ani se samo rozhodovat nemusí, příp. mu při rozhodování není poskytována podpora, dítě je ve vývoji spíše brzděno, rodiče nadměrně kontrolují, co dítě dělá, může docházet k porušování soukromí dítěte, rodiče mohou dítě rozmazlovat a přehnaně se o něj starat

*15. percentil a méně, interpretace nižšího skóru kontroly:* vazba je důvěrná, rodiče nechávají dítě svobodně rozhodovat, musí se rozhodovat samo, při rozhodování je mu poskytována podpora, rodiče dítě nebrzdí ve vývoji, dítě má volnost v tom, co dělá, má svoje soukromí, dítě rozhodně není rodiči rozmazlováno, starost rodiče o kontrolu dítěte je malá

U test-retesového odhadu reliability (3týdenní odstup) dotazníku PBI byl naměřen koeficient stability pro subškálu otec péče 0,96, pro subškálu otec kontrola 0,90, pro subškálu matka péče 0,95 a pro subškálu matka kontrola 0,85. Uvedené korelace byly měřeny na hladině významnosti  $p < 0,001$ . Hodnoty Cronbachova koeficientu pro měření vnitřní konzistence se pohybovaly od 0,79 u subškály otec kontrola, 0,82 u subškály matka kontrola, 0,84 u subškály otec péče a 0,85 u subškály matka péče. Na základě těchto výsledků odhadu vnitřní konzistence si potvrzujeme, že různé položky subškál měří totožný faktor a tím se potvrzuje konvergentní validita. Z výsledků korelací subškál péče a kontrola autoři zjistili, že každý faktor měří něco jiného (bylo naměřeno nízké % rozptylu), tak jak to předpokládá teorie a tím se potvrzuje diskriminační validita (Čikošová & Preiss, 2011).

## **B. VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Tento kvantitativní výzkum se zabývá otázkami vztahů mezi vztahovou vazbou a pozitivní percepcí. Na základě výše uvedené teorie byly formulovány cíle výzkumu a výzkumné otázky.

Prvním cílem výzkumu je zjistit, jaký je vztah mezi mírou vztahové úzkostnosti a mírou vztahové vyhýbavosti u rodičů dětí s poruchou autistického spektra a pozitivní percepcí dítěte.

Druhým cílem tohoto výzkumu je prozkoumat, zda zkušenosti se vztahy s rodiči ve vlastní rodině souvisí s percepcí dítěte s PAS.

Výzkumné otázky znějí:

- 1) Jaký je vztah mezi základními dimenzemi dospělé vztahové vazby u rodiče a jeho pozitivní percepcí dítěte s PAS?
- 2) Jaké jsou zkušenosti s péčí a kontrolou v původní rodině u rodičů a jaký je jejich vztah s pozitivní percepcí dítěte s PAS?

## 6 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY

Respondenti vyplňovali dotazník, který se skládal z českých překladů standardizovaných dotazníků *Experience in Close Relationship (ECR)*, *Kansas Inventory of Parental Perceptions (KIPP)* a *Parental Bonding Instrument (PBI)*. ECR se používá k posouzení typů vztahové vazby v dospělosti, metoda KIPP slouží k měření pozitivní percepce rodičů dítěte se speciálními potřebami a dotazník PBI posuzuje rodičovskou vazbu vnímanou během prvních 16 let života respondenta (více viz kapitola 5).

V úvodní části dotazníku bylo zjišťováno pohlaví rodiče a jeho věk, dále pohlaví a věk dítěte a typ poruchy autistického spektra (dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha, Rettův syndrom, autistické rysy, příp. jiné).

Sběr dat probíhal na přelomu jaro/léto 2016 a samotné vyplnění dotazníku nebylo nijak časově omezeno. Respondenti byli informováni, že účast na výzkumu je dobrovolná a anonymní a že data budou použita pro účely diplomové práce. Byli také obeznámeni s možností účasti na výzkumu kdykoliv přerušit.

Statistické vyhodnocení bylo provedeno pomocí statistického programu STATISTICA 12 a Microsoft Office Excel 2007. Popisná statistika byla použita pro zjištění základních charakteristik výzkumného souboru a výsledků dotazníků ECR, KIPP a PBI. Pro zjištění vzájemných vztahů metod ECR a KIPP a metod KIPP a PBI byl použit Spearmanův korelační koeficient, který se používá v případech, kdy spolu korelujeme ordinální proměnné (Reiterová, 2009). Na výsledné korelace poté byla uplatněna Bonfferoniho korekce, která brání kumulaci alfa chyby (Dostál, 2016).



## 7 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Zkoumanou populací tohoto výzkumu byli rodiče dětí s poruchou autistického spektra. Bylo zkontaktováno 6 organizací, které se věnují rodinám dětí s PAS a z toho 3 se rozhodly na výzkumu spolupracovat. Konkrétně se zapojil spolek ADAM – autistické děti a my z Havířova, občanské sdružení JAN – Jdeme Autistům Naproti a MŠ Blanická z Olomouce. Organizace byly požádány o zprostředkování kontaktu s rodiči. Dále bylo využito osobních kontaktů a byli tak osloveni další rodiče dětí s PAS. Respondenti byli tvořeni dobrovolníky, kteří byli ochotni podílet se na tomto výzkumném šetření. Šlo tedy o nenáhodný – příležitostný výběr, který byl dále doplněn výběrem na základě techniky sněhové koule, kdy byl zprostředkován kontakt s rodiči, kteří zkontaktovali další rodiče, jež by mohli být zařazeni do výzkumu. Celkem bylo distribuováno 120 dotazníků, z nichž se vrátilo 47. Návratnost dotazníků tedy byla 39%. Vyřazeno z výzkumu muselo být celkem 6 dotazníků z důvodu nevyplnění všech položek.

Stručnou charakteristiku výzkumného souboru znázorňuje tabulka č. 2. Výzkumu se zúčastnilo 41 rodičů, z toho 7 mužů a 34 žen. Rozložení podílu mužů a žen účastnících se výzkumu bylo tedy nerovnoměrné. Procentuelně se jednalo o 17% mužů a 83% žen. Průměrný věk respondentů byl 37 let (nejmladšímu rodiči bylo 25 let, nejstaršímu 58 let). Děti byly tvořeny 32 chlapci a 9 dívkami. Procentuelně bylo tedy 78% chlapců a 22% dívek. Průměrný věk dětí byl 8 let (nejmladšímu dítěti byly 2 roky, nejstaršímu dítěti bylo 22 let). Dětský autismus se vyskytoval u 19 (46%), atypický autismus u 9 (22%), Aspergerův syndrom u 7 (17%) a autistické rysy u 6 dětí (15%).

Tabulka č. 2: Stručná charakteristika výzkumného souboru

Respondent	Vztah k dítěti	Věk	Dítě	Věk	Typ PAS
1	matka	44	dcera	16	dětský autismus
2	matka	38	syn	13	atypický autismus
3	matka	34	syn	4	atypický autismus
4	otec	45	syn	6	autistické rysy
5	matka	38	dcera	6	dětský autismus
6	matka	39	syn	13	atypický autismus
7	matka	37	dcera	8	dětský autismus
8	matka	35	syn	15	Aspergerův syndrom
9	matka	43	syn	9	Aspergerův syndrom
10	matka	35	syn	6	atypický autismus
11	matka	39	syn	10	Aspergerův syndrom
12	matka	46	dcera	12	atypický autismus
13	matka	42	syn	11	Aspergerův syndrom
14	matka	41	syn	17	atypický autismus
15	matka	40	syn	8	atypický autismus
16	matka	37	syn	11	atypický autismus
17	matka	39	syn	5	dětský autismus
18	matka	31	syn	3	Aspergerův syndrom
19	otec	58	syn	22	atypický autismus
20	matka	35	dcera	15	autistické rysy
21	matka	40	dcera	5	Aspergerův syndrom
22	matka	30	dcera	3	dětský autismus
23	matka	30	dcera	3	dětský autismus
24	matka	38	syn	3	autistické rysy
25	matka	42	syn	3	dětský autismus
26	matka	33	syn	8	Aspergerův syndrom
27	matka	25	syn	2	autistické rysy
28	matka	37	syn	12	dětský autismus
29	matka	45	dcera	16	dětský autismus
30	matka	39	syn	4	dětský autismus
31	otec	29	syn	4	dětský autismus
32	matka	32	syn	5	dětský autismus
33	matka	34	syn	6	dětský autismus
34	otec	39	syn	5	dětský autismus
35	matka	32	syn	4	autistické rysy
36	matka	34	syn	6	dětský autismus
37	otec	32	syn	6	dětský autismus
38	otec	35	syn	4	autistické rysy
39	otec	36	syn	4	dětský autismus
40	matka	34	syn	4	dětský autismus
41	matka	37	syn	7	dětský autismus

## **8 VÝSLEDKY VÝZKUMU**

### **8.1 Výsledky dotazníku ECR**

Dotazník ECR měří dvě základní dimenze vztahové vazby – míru vztahové úzkostnosti a míru vztahové vyhýbavosti. Respondenti hodnotili dané položky na sedmibodové Likertově škále od 1 - „rozhodně nesouhlasím“ až po 7 - „rozhodně souhlasím“. Zprůměrnováním lichých položek dotazníku dostaneme výsledek míry vyhýbavosti a zprůměrnováním sudých položek výsledek míry úzkostnosti. Některé položky (celkem 10) je třeba před výpočtem průměrů invertovat (Lečbých & Pospíšilíková, 2012). Průměrné hodnoty jednotlivých respondentů znázorňuje tabulka č. 3. Celkové výsledky průměrných hodnot jsou popsány v tabulce č. 4. Výsledky jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

Tabulka č. 3: Průměrné hodnoty dotazníku ECR (jednotlivci)

<b>Respondent</b>	<b>Míra vyhýbavosti</b>	<b>Míra úzkostnosti</b>
1	2,67	3,33
2	4,56	3,44
3	4,39	2,72
4	5,17	3,67
5	2,78	2,89
6	2,72	3,22
7	3,50	3,89
8	3,94	3,50
9	3,11	4,06
10	2,39	2,44
11	5,06	4,83
12	3,22	3,22
13	2,50	4,17
14	3,17	3,06
15	3,11	2,56
16	3,39	2,72
17	3,72	3,06
18	4,11	3,22
19	4,11	3,67
20	5,28	4,22
21	5,28	2,61
22	2,56	4,94
23	1,56	4,67
24	2,78	4,83
25	4,67	4,67
26	3,06	5,17
27	2,94	3,78
28	2,72	4,39
29	2,83	4,89
30	4,22	4,28
31	3,83	3,56
32	4,22	4,89
33	4,67	4,00
34	2,67	2,94
35	2,56	2,56
36	3,06	3,44
37	4,61	4,00
38	3,67	3,83
39	3,94	3,89
40	4,11	4,33
41	2,67	3,39

Tabulka č. 4: Průměrné hodnoty dotazníku ECR (celkem)

	Míra vyhýbavosti	Míra úzkostnosti
<b>Průměr</b>	3,55	3,73
<b>Medián</b>	3,39	3,67
<b>Modus</b>	2,67	3,22
<b>SD</b>	0,91	0,76
<b>Max.</b>	5,28	5,17
<b>Min.</b>	1,56	2,44

Pozn.: SD = směrodatná odchylka

## 8.2 Výsledky dotazníku KIPP

Dotazník KIPP měří pozitivní percepci rodičů dětí se speciálními potřebami. Dotazník se skládá ze čtyř oddílů, které dohromady měří dvacet dimenzí (viz Tabulka č. 1). Pro výpočet bylo potřeba nejprve převést slovní odpovědi na číselné hodnoty dle manuálu a následně vypočítat průměry jednotlivých dimenzí každého oddílu. Každý z oddílů dotazníku byl hodnocen na čtyřbodové stupnici od 1 do 4. Tabulka č. 5 ukazuje průměrné hodnoty čtyř oddílů dotazníku KIPP každého respondenta, tabulka č. 6 průměrné hodnoty celého výzkumného souboru a tabulka č. 7 průměry jednotlivých dimenzí každého oddílu (nejnižší a nejvyšší výsledná hodnota každého oddílu je podtržená a znázorněna tučně).

Tabulka č. 5: Průměrné hodnoty jednotlivých oddílů dotazníku KIPP (jednotlivci)

<b>Respondent</b>	<b>Pozitivní přínos</b>	<b>Sociální srovnávání</b>	<b>Atribuce příčiny</b>	<b>Vliv</b>
1	2,72	2,59	1,62	1,90
2	2,88	2,74	2,08	2,42
3	2,64	2,63	2,15	3,67
4	2,36	2,39	2,12	2,48
5	2,51	2,26	2,12	3,56
6	2,91	2,36	1,62	3,10
7	2,70	2,44	1,63	3,06
8	2,61	2,55	2,10	2,58
9	2,78	2,81	2,27	3,63
10	2,60	2,26	2,18	3,06
11	3,28	2,46	2,27	3,00
12	3,53	2,70	2,20	3,06
13	2,08	2,31	1,62	3,48
14	3,02	2,71	1,93	3,56
15	2,46	2,63	2,15	3,08
16	2,36	2,55	2,17	2,92
17	2,89	2,30	1,23	3,17
18	2,26	2,50	2,03	2,60
19	2,30	1,89	1,83	2,83
20	2,68	2,51	2,35	3,15
21	2,72	2,59	2,17	3,33
22	3,00	2,69	2,38	3,48
23	3,69	2,96	1,67	4,00
24	2,86	2,69	2,37	3,19
25	2,23	2,35	2,20	2,58
26	2,80	2,78	1,20	3,38
27	2,75	2,63	2,17	3,21
28	3,06	2,84	1,35	3,50
29	2,82	2,63	2,20	2,63
30	2,86	2,63	1,88	3,69
31	2,42	2,58	2,10	3,38
32	2,96	3,13	2,47	3,77
33	2,84	2,64	2,15	2,88
34	2,57	2,70	2,32	3,56
35	3,10	2,68	3,35	2,96
36	2,64	2,88	2,00	4,00
37	2,47	2,76	2,13	3,33
38	2,26	2,39	1,92	3,19
39	2,00	2,19	2,28	2,77
40	2,24	2,24	2,00	2,58
41	2,96	2,45	2,10	3,38

Tabulka č. 6: Průměrné hodnoty jednotlivých oddílů dotazníku KIPP(celkem)

	Pozitivní přínos	Sociální srovnávání	Atribuce příčiny	Vliv
<b>Průměr</b>	2,70	2,56	2,05	3,15
<b>Medián</b>	2,72	2,59	2,12	3,17
<b>Modus</b>	nelze určit	2,63	2,15	3,56
<b>SD</b>	0,36	0,23	0,36	0,45
<b>Max.</b>	3,69	3,13	3,35	4,00
<b>Min.</b>	2,00	1,89	1,20	1,90

Tabulka č. 7: Průměrné hodnoty jednotlivých dimenzí dotazníku KIPP (celkem).

Oddíl	Dimenze	Průměr
<b>Pozitivní přínos</b>	Učení se ze zkušenosti	2,99
	Štěstí a naplnění	2,93
	Osobní síla a soudržnost rodiny	<b><u>3,01</u></b>
	Porozumění smyslu života	2,52
	Osobní růst a zralost	2,66
	Vědomí budoucích úkolů	2,88
	Rozšíření sociální sítě	2,59
	Pracovní uplatnění	2,56
	Hrdost a spolupráce	<b><u>2,07</u></b>
<b>Sociální srovnávání</b>	Srovnávání na základě podobnosti	<b><u>2,82</u></b>
	Srovnávání s více postiženými	2,66
	Příznivé srovnávání s méně postiženými	2,49
	Nepříznivé srovnávání s méně postiženými	<b><u>2,26</u></b>
<b>Atribuce příčiny</b>	Osud nebo náhoda	<b><u>2,28</u></b>
	Speciální účel	<b><u>1,83</u></b>
	Fyziologická příčina	2,20
	Profesionální chyba	2,10
	Sebeobviňování	1,84
<b>Vliv</b>	Osobní vliv	<b><u>3,33</u></b>
	Vliv profesionálů	<b><u>2,96</u></b>

Pozn.: Nejnižší a nejvyšší výsledná hodnota každého oddílu je podtržena a znázorněna tučně.

Nejnižší celkový průměr byl naměřen u oddílu Atribuce příčiny s hodnotou 2,05. Následoval oddíl Sociální srovnávání s hodnotou 2,56, oddíl Pozitivní přínos 2,70 a nejvyšší hodnota 3,15 byla naměřena u oddílu Vliv. V subškále Atribuce příčiny dosáhla nejnižší průměrné hodnoty dimenze Speciální účel s hodnotou 1,83. Nejvyšší průměrná hodnota s hodnotou 2,28 byla u tohoto oddílu naměřena u dimenze Osud nebo náhoda. V subškále Sociální srovnávání byl naměřen nejnižší průměr u dimenze Nepříznivé srovnávání s méně postiženými s hodnotou 2,26 a nejvyšší průměr u dimenze Srovnávání na základě podobnosti s hodnotou 2,82. V subškále Pozitivní přínos byl nejnižší průměr u

dimenze Hrdost a spolupráce s hodnotou 2,07 a nejvyšší průměr u i dimenze Osobní síla a soudržnost rodiny s hodnotou 3,01. V subškále Vliv dosáhla vyššího průměru dimenze Osobní vliv s hodnotou 3,33 než dimenze Vliv profesionálů s hodnotou 2,96.

### 8.3 Výsledky dotazníku PBI

Tato kapitola vypovídá o první části druhé výzkumné otázky, tedy o tom, jaké jsou zkušenosti s péčí a kontrolou v původní rodině u rodičů. Dotazník PBI posuzuje rodičovskou vztahovou vazbu vnímanou respondentem během 16 let jeho života. Dotazník má dvě části – hodnocení postojů matky a otce. Respondenti odpovídali na čtyřbodové škále od 0 po 3. Součet číselných hodnot 12 položek dotazníku vypovídá o péči rodiče, součet 13 položek o jeho kontrole dítěte. Výsledky subškál Péče a Kontrola určí dle manuálu typ citové vazby. *Optimální typ* je určen pro matku skórem péče 26 a více, skórem kontroly 14 a méně a pro otce skórem péče 22 a více a skórem kontroly 12 a méně. *Nelaskavá kontrola* je pro matku určena skóry péče 24 a méně, skóry kontroly 16 a více a pro otce skóry péče 20 a méně a skóry kontroly 14 a více. Typ *Kontrolující byt' s láskou* je dán pro matku skóry péče 26 a více a skóry kontroly 16 a více a pro otce skóry péče 22 a více a skóry kontroly 14 a více. *Chybějící nebo slabá vazba* je určena pro matku skóry péče 24 a méně a skóry kontroly 14 a méně, pro otce skóry péče 20 a méně a skóry kontroly 12 a méně. Na základě průměrných hodnot naměřených na jednotlivých subškálách se určí tzv. cut-off skóry. Pro škálu Péče u matky je to 25, u otce 21, pro škálu Kontrola je to u matky 15 a u otce 13. Pokud se ve výsledcích objevil takovýto výsledek, počítala jsem s variantou horní hranice optima. Výsledný typ citové vazby, který vznikl z těchto hodnot, je v tabulkách č. 8 a č. 10 zvýrazněn hvězdičkou (v dotazníku PBI pro matky se takovýto případ vyskytl čtyřikrát, v dotazníku PBI pro otce dvakrát). Tabulka č. 8 znázorňuje výsledky jednotlivým respondentů dotazníku PBI pro matky, tabulka č. 9 pak průměrné hodnoty všech respondentů pro matky. Tabulka č. 10 ukazuje hodnoty jednotlivých respondentů dotazníku PBI pro otce, tabulka č. 11 průměrné hodnoty všech respondentů pro otce.



Tabulka č. 8: Výsledky dotazníku PBI pro matku (jednotlivci)

Respondent	Péče	Kontrola	Typ citové vazby
1	26	11	optimální
2	12	26	nelaskavá kontrola
3	32	7	optimální
4	15	14	chybějící nebo slabá
5	19	17	nelaskavá kontrola
6	31	7	optimální
7	16	26	nelaskavá kontrola
8	12	16	nelaskavá kontrola
9	18	20	nelaskavá kontrola
10	28	17	kontrolující, byť s láskou
11	24	22	nelaskavá kontrola
12	26	13	optimální
13	15	6	chybějící nebo slabá
14	22	17	nelaskavá kontrola
15	16	17	nelaskavá kontrola
16	32	6	optimální
17	33	12	optimální
18	18	14	chybějící nebo slabá
19	21	20	nelaskavá kontrola
20	22	15	chybějící nebo slabá*
21	16	25	nelaskavá kontrola
22	30	16	kontrolující, byť s láskou
23	33	13	optimální
24	24	18	nelaskavá kontrola
25	11	24	nelaskavá kontrola
26	31	27	kontrolující, byť s láskou
27	26	18	kontrolující, byť s láskou
28	23	15	chybějící nebo slabá*
29	21	14	chybějící nebo slabá
30	32	10	optimální
31	26	13	optimální
32	22	12	chybějící nebo slabá
33	24	23	nelaskavá kontrola
34	26	7	optimální
35	36	11	optimální
36	31	14	optimální
37	23	15	chybějící nebo slabá*
38	28	5	optimální
39	12	17	nelaskavá kontrola
40	32	15	optimální*
41	35	7	optimální

Tabulka č. 9: Výsledek dotazníku PBI pro matku (celkem)

	<b>Péče</b>	<b>Kontrola</b>
<b>Průměr</b>	23,90	15,17
<b>Medián</b>	24	15
<b>Modus</b>	26	17
<b>SD</b>	6,99	5,80
<b>Max.</b>	36	27
<b>Min.</b>	11	5

Z celkových průměrných výsledků matek zaokrouhlených na celá čísla vyčteme v manuálu percentilové výsledky obou subškál citové vazby. Subškála Péče u matek nabyla hodnotu 45. percentil, subškála Kontrola 55. percentil.

Optimální typ vztahové vazby k matce (bezpečná vazba) se objevil u 15 rodičů (36,6%). Nelaskavá kontrola (nejistá vazba dezorganizovaná) se prokázala u 14 rodičů (34,1%). Typ kontrolující, byť s láskou (nejistá vazba ambivalentní) byl naměřen u 4 rodičů (9,8%). Chybějící nebo slabá vazba (nejistá vazba vyhýbavá) byla naměřena u 8 rodičů (19,5%).

Tabulka č. 10: Výsledky dotazníku PBI pro otce (jednotlivci)

<b>Respondent</b>	<b>Péče</b>	<b>Kontrola</b>	<b>Typ vztahové vazby</b>
1	20	11	chybějící nebo slabá
2	16	18	nelaskavá kontrola
3	16	20	nelaskavá kontrola
4	7	4	chybějící nebo slabá
5	22	17	kontrolující, byť s láskou
6	16	26	nelaskavá kontrola
7	26	15	kontrolující, byť s láskou
8	1	20	nelaskavá kontrola
9	18	14	nelaskavá kontrola
10	18	7	chybějící nebo slabá
11	0	22	nelaskavá kontrola
12	24	7	optimální
13	32	3	optimální
14	17	18	nelaskavá kontrola
15	25	6	optimální
16	1	23	nelaskavá kontrola
17	25	6	optimální
18	17	16	nelaskavá kontrola
19	15	23	nelaskavá kontrola
20	16	14	nelaskavá kontrola
21	22	12	optimální
22	8	21	nelaskavá kontrola
23	22	26	kontrolující, byť s láskou
24	12	17	nelaskavá kontrola
25	9	16	nelaskavá kontrola
26	28	25	kontrolující, byť s láskou
27	21	15	nelaskavá kontrola*
28	20	25	nelaskavá kontrola
29	14	14	nelaskavá kontrola
30	28	28	kontrolující, byť s láskou
31	27	6	optimální
32	13	12	chybějící nebo slabá
33	13	30	nelaskavá kontrola
34	16	13	chybějící nebo slabá*
35	29	10	optimální
36	31	14	kontrolující, byť s láskou
37	14	17	nelaskavá kontrola
38	16	4	chybějící nebo slabá
39	24	20	kontrolující, byť s láskou
40	29	15	kontrolující, byť s láskou
41	12	8	chybějící nebo slabá

Tabulka č. 11: Výsledek dotazníku PBI pro otce (celkem)

	Péče	Kontrola
<b>Průměr</b>	18,05	15,56
<b>Medián</b>	17	15
<b>Modus</b>	16	14
<b>SD</b>	7,93	7,01
<b>Max.</b>	32	30
<b>Min.</b>	0	3

Po zaokrouhlení na celá čísla a převedení průměrných hodnot obou subškál na percentily dle manuálu dostaneme u subškály Péče výsledek 30. percentil a subškály Kontrola 70. percentil.

Optimální typ vztahové vazby k otci (bezpečná vazba) se objevil u 7 respondentů (17,1%). Nelaskavá kontrola (nejistá vazba dezorganizovaná) se prokázala u 19 rodičů (46,3%). Typ kontrolující, byť s láskou (nejistá vazba ambivalentní) byl naměřen u 8 respondentů (19,5%). Chybějící nebo slabá vazba (nejistá vazba vyhýbavá) byla naměřena u 7 rodičů (17,1%).

## 8.4 Výsledky korelace dotazníků ECR a KIPP

Tato kapitola vypovídá o první výzkumné otázce, tedy o tom, jaký je vztah mezi základními dimenzemi dospělé vztahové vazby u rodiče a jeho pozitivní percepcí dítěte s PAS. Jsou zde popsány výsledky korelační analýzy dotazníků ECR a KIPP. V uvedené tabulce jsou uvedeny korelace všech dimenzí dotazníku KIPP včetně výsledků za celkové oddíly dotazníku (odděleno dvojitou čarou) a výsledků dotazníku KIPP jako celku s oběma subškálami dotazníku ECR (vztahovou vyhýbavostí a vztahovou úzkostí). Výsledky, které dosáhly statistické významnosti na hladině  $\alpha = 0,05$ , jsou zvýrazněny tučně a podtrženy. Výsledky na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  statistické významnosti nedosáhly.

Tabulka č. 12: Korelace dimenzí KIPP včetně oddílů jako celku se subškálami ECR

	Vyhýbavost	Úzkostnost
Učení se ze zkušenosti	-0,30	0,04
Štěstí a naplnění	-0,27	0,04
Osobní síla a soudržnost rodiny	-0,12	0,10
Porozumění smyslu života	-0,22	0,01
Osobní růst a zralost	-0,11	<b><u>0,32</u></b>
Vědomí budoucích úkolů	0,08	0,02
Rozšíření sociální sítě	-0,29	0,22
Pracovní uplatnění	-0,26	-0,01
Hrdost a spolupráce	0,05	0,17
Pozitivní přínos	-0,25	0,15
Srovnávání na základě podobnosti	-0,26	0,07
Srovnávání s více postiženými	0,01	0,18
Příznivé srovnávání s méně postiženými	-0,19	0,01
Nepříznivé srovnávání s méně postiženými	0,28	0,26
Sociální srovnávání	-0,15	0,22
Osud nebo náhoda	0,03	0,11
Speciální účel	0,14	0,02
Fyziologická příčina	0,03	0,01
Profesionální chyba	0,03	<b><u>-0,34</u></b>
Sebeobviňování	0,22	-0,19
Atribuce příčiny	0,12	0,04
Osobní vliv	-0,25	-0,01
Vliv profesionálů	-0,17	0,18
Vliv	-0,30	0,09
KIPP	-0,22	0,07

Pozn.: Výsledky, které dosáhly statistické významnosti na hladině  $\alpha = 0,05$ , jsou zvýrazněny tučně a podtrženy.

Korelace mezi jednotlivými oddíly dotazníku KIPP a dotazníku KIPP jako celku a subškálami dotazníku ECR nedosáhly statistické významnosti, stejně jako korelace jednotlivých dimenzí dotazníku KIPP a subškály Vyhýbavost dotazníku ECR. Z tabulky však vidíme, že byly naměřeny dva signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  dvou dimenzí dotazníku KIPP a subškály Úzkostnost dotazníku ECR:

1. Pozitivní korelace ( $r = 0,32$ ) mezi mírou vztahové Úzkostnosti a dimenzí *Osobní růst a zralost* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,04$ ).
2. Negativní korelace ( $r = -0,34$ ) mezi mírou vztahové Úzkostnosti a dimenzí *Profesionální chyba* oddílu *Atribuce příčiny* ( $p = 0,03$ ).

Korelace jsem se rozhodla rozdělit do tzv. rodin inferencí, jelikož jsou subškály Vyhýbavost a Úzkostnost považovány za nezávislé. Alfa hranice se po Bonferroniho korekci (0,05/20) rovná 0,0025. Po užití Bonferroniho korekce přestaly být tyto výsledky signifikantní.

## **8.5 Výsledky korelace dotazníků KIPP a PBI**

Tato kapitola vypovídá o druhé výzkumné otázce, tedy o tom, jaké jsou zkušenosti s péčí a kontrolou v původní rodině u rodičů a jaký je jejich vztah s pozitivní percepcí dítěte s PAS. Jsou zde popsány výsledky korelační analýzy dotazníků KIPP a PBI. Následující dvě tabulky znázorňují korelace všech dimenzí dotazníku KIPP včetně výsledků za celkové oddíly dotazníku (odděleno dvojitou čarou) a výsledků dotazníku KIPP jako celku s oběma subškálami dotazníku PBI (Péče a Kontrola). V tabulce č. 13 jsou popsány subškály dotazníku PBI ve vztahu k matce, v tabulce č. 14 ve vztahu k otci. Výsledky, které dosáhly statistické významnosti na hladině  $\alpha = 0,05$ , jsou zvýrazněny tučně a podtrženy. Výsledky na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  jsou zvýrazněny hvězdičkou.

Tabulka č. 13: Korelace dimenzí KIPP včetně oddílů jako celku se subškálami PBI (ve vztahu k matce)

	<b>Péče</b>	<b>Kontrola</b>
<b>Učení se ze zkušenosti</b>	<b>0,46*</b>	0,02
<b>Štěstí a naplnění</b>	<b>0,43*</b>	-0,28
<b>Osobní síla a soudržnost rodiny</b>	<b>0,39</b>	0,04
<b>Porozumění smyslu života</b>	0,30	0,09
<b>Osobní růst a zralost</b>	<b>0,39</b>	-0,06
<b>Vědomí budoucích úkolů</b>	0,20	0,04
<b>Rozšíření sociální sítě</b>	0,24	0,19
<b>Pracovní uplatnění</b>	0,13	0,02
<b>Hrdost a spolupráce</b>	-0,09	0,12
<b>Pozitivní přínos</b>	<b>0,39</b>	0,02
<b>Srovnávání na základě podobnosti</b>	0,25	-0,09
<b>Srovnávání s více postiženými</b>	0,10	0,06
<b>Příznivé srovnávání s méně postiženými</b>	0,08	-0,19
<b>Nepříznivé srovnávání s méně postiženými</b>	-0,19	0,29
<b>Sociální srovnávání</b>	0,15	0,04
<b>Osud nebo náhoda</b>	0,13	-0,02
<b>Speciální účel</b>	-0,22	0,17
<b>Fyziologická příčina</b>	-0,02	0,02
<b>Profesionální chyba</b>	-0,09	-0,08
<b>Sebeobviňování</b>	-0,15	0,09
<b>Atribuce příčiny</b>	-0,14	0,12
<b>Osobní vliv</b>	<b>0,35</b>	-0,06
<b>Vliv profesionálů</b>	0,09	-0,15
<b>Vliv</b>	<b>0,34</b>	-0,23
<b>KIPP</b>	<b>0,35</b>	-0,07

Pozn.: Výsledky, které dosáhly statistické významnosti na hladině  $\alpha = 0,05$ , jsou zvýrazněny tučně a podtrženy. Výsledky na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  jsou zvýrazněny hvězdičkou.

Korelace jednotlivých dimenzí dotazníku KIPP a subškály Kontrola dotazníku PBI nedosáhly statistické významnosti. Stejně tak se neprokázaly žádné vztahy v oddílech Sociální srovnávání a Atribuce příčiny. Byly však naměřeny dva signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  dvou oddílů dotazníku KIPP a subškály Péče dotazníku PBI:

1. Pozitivní korelace ( $r = 0,39$ ) mezi subškálou *Péče* a oddílem *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ ).
2. Pozitivní korelace ( $r = 0,34$ ) mezi subškálou *Péče* a oddílem *Vliv* ( $p = 0,03$ ).

Dále byly naměřeny dva signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  (označeno hvězdičkou) a tři signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  mezi jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP a subškálou Péče:

3. Pozitivní korelace ( $r = 0,46$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Učení se ze zkušenosti* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,003$ ).\*
4. Pozitivní korelace ( $r = 0,43$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Štěstí a naplnění* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ ).\*
5. Pozitivní korelace ( $r = 0,39$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní síla a soudržnost rodiny* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ ).
6. Pozitivní korelace ( $r = 0,39$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní růst a zralost* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ ).
7. Pozitivní korelace ( $r = 0,35$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní vliv* oddílu *Vliv* ( $p = 0,03$ ).

Posledním signifikantním vztahem na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  byl vztah mezi subškálou Péče a dotazníkem KIPP jako celek:

8. Pozitivní korelace ( $r = 0,35$ ) mezi subškálou Péče a dotazníkem KIPP jako celek ( $p = 0,02$ )

Korelace jsem se rozhodla rozdělit do tzv. rodní inferencí, jelikož jsou subškály Péče a Kontrola považovány za nezávislé. Alfa hranice se po Bonferroniho korekci ( $0,05/20$ ) rovná  $0,0025$ . Po užití Bonferroniho korekce přestaly být tyto výsledky signifikantní.



Tabulka č. 14: Korelace dimenzí KIPP včetně oddílů jako celku se subškálami PBI (ve vztahu k otci)

	<b>Péče</b>	<b>Kontrola</b>
<b>Učení se ze zkušenosti</b>	0,03	0,12
<b>Štěstí a naplnění</b>	0,15	0,10
<b>Osobní síla a soudržnost rodiny</b>	0,06	0,01
<b>Porozumění smyslu života</b>	-0,10	0,10
<b>Osobní růst a zralost</b>	-0,13	0,11
<b>Vědomí budoucích úkolů</b>	-0,09	0,24
<b>Rozšíření sociální sítě</b>	-0,07	0,17
<b>Pracovní uplatnění</b>	0,02	0,06
<b>Hrdost a spolupráce</b>	-0,20	<b>0,33</b>
<b>Pozitivní přínos</b>	-0,06	0,25
<b>Srovnávání na základě podobnosti</b>	0,12	-0,02
<b>Srovnávání s více postiženými</b>	-0,08	0,10
<b>Příznivé srovnávání s méně postiženými</b>	0,08	0,06
<b>Nepříznivé srovnávání s méně postiženými</b>	-0,14	0,19
<b>Sociální srovnávání</b>	0,01	0,19
<b>Osud nebo náhoda</b>	-0,13	0,04
<b>Speciální účel</b>	-0,29	-0,20
<b>Fyziologická příčina</b>	-0,17	-0,10
<b>Profesionální chyba</b>	-0,18	-0,25
<b>Sebeobviňování</b>	-0,27	-0,05
<b>Atribuce příčiny</b>	<b>-0,38</b>	-0,14
<b>Osobní vliv</b>	0,18	0,04
<b>Vliv profesionálů</b>	0,21	0,07
<b>Vliv</b>	0,27	0,07
<b>KIPP</b>	-0,002	0,10

Pozn.: Výsledky, které dosáhly statistické významnosti na hladině  $\alpha = 0,05$ , jsou zvýrazněny tučně a podtrženy.

Z tabulky můžeme vyčíst, že v oddílech Sociální srovnávání a Vliv nebyly naměřeny žádné vztahy. Dotazník KIPP jako celek se subškálami dotazníku ECR také nedosáhl statistické významnosti. Na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  se prokázaly dva signifikantní výsledky:

1. Pozitivní korelace ( $r = 0,33$ ) mezi subškálou *Kontrola* a dimenzí *Hrdost a spolupráce* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,03$ ).
2. Negativní korelace ( $r = -0,38$ ) mezi subškálou *Péče* a oddílem *Atribuce příčiny* ( $p = 0,01$ ).

Korelace jsem se rozhodla rozdělit do tzv. rodin inferencí, jelikož jsou subškály Péče a Kontrola považovány za nezávislé. Alfa hranice se po Bonferroniho korekci (0,05/20) rovná 0,0025. Po Bonferroniho korekci přestaly být výše uvedené výsledky signifikantní.

## 8.6 Odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole budou uvedeny odpovědi na výzkumné otázky tohoto výzkumu:

- 1) Jaký je vztah mezi základními dimenzemi dospělé vztahové vazby u rodiče a jeho pozitivní percepcí dítěte s PAS?

V tomto výzkumu se neprokázaly žádné vztahy mezi mírou vztahové vyhýbavosti a jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP, které měří pozitivní percepci dítěte. Prokázaly se však vztahy u míry vztahové úzkostnosti. Konkrétně se prokázala pozitivní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Osobní růst a zralost* (oddíl Pozitivní přínos) a negativní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Profesionální chyba* (oddíl Atribuce příčiny).

- 2) Jaké jsou zkušenosti s péčí a kontrolou v původní rodině u rodičů a jaký je jejich vztah s pozitivní percepcí dítěte s PAS?

Péče se u obou rodičů respondentů pohybovala v nižším pásmu normy. Kontrola se pohybovala, opět u obou rodičů stejně, ve vyšším pásmu normy.

Neprokázal se žádný vztah u Kontroly matek respondentů s jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP. Prokázalo se však několik vztahů u subškály Péče matek. Konkrétně se prokázaly pozitivní korelace mezi péčí matek respondentů a oddílem *Pozitivní přínos a Vliv*. V oddílu Pozitivní přínos se dále objevily pozitivní korelace mezi péčí matek a dimenzemi *Učení se ze zkušenosti*, *Štěstí a naplnění*, *Osobní síla a soudržnost rodiny* a *Osobní růst a zralost*. V oddílu Vliv se objevila pozitivní korelace mezi péčí matek a dimenzí *Osobní vliv*. Pozitivní korelace se projevila také u subškály Péče a dotazníku KIPP jako celek.

U otců se objevila pozitivní korelace mezi subškálou Kontrola a dimenzí *Hrdost a spolupráce* oddílu Pozitivní přínos a negativní korelace mezi subškálou Péče a oddílem *Atribuce příčiny*.

Výše uvedené vztahy jsou však zpochybněny Bonferroniho korekcí. Po uplatnění této korekce přestaly být tyto vztahy statisticky signifikantní.

## 9 DISKUZE

### 9.1 Diskuze o metodách

Z rozhovorů se set dotazníků, složený z metod ECR, KIPP a PBI, jevil respondentům jako příliš rozsáhlý (celkem 183 položek). Někteří se přiznali, že jej museli vyplňovat na etapy. Domnívám se, že právě délka setu dotazníků byla jedním z důvodů, proč se někteří rodiče nechtěli do výzkumného šetření zapojit, popř. vyplňování dotazníků nedokončili. Druhý důvod spatřuji v povaze výzkumu (viz podkapitola 10.3).

#### ECR

Dotazník ECR byl pro rodiče srozumitelný, zřídka se objevovala změna odpovědi za jinou. Někteří rodiče si do dotazníku nad čísla vepsali šipky podle míry souhlasu s daným tvrzením pro větší přehlednost.

#### KIPP

Dotazník KIPP se jevil jako nejnáročnější z všech tří metod. Často se objevovala změna odpovědi za vhodnější.

V manuálu pro skórování dotazníku jsem našla dvě nesrovnalosti. V oddíle *Sociální srovnávání* je položka č. 15 („*Když přemýšlím o ostatních s postižením, kteří si vedou velmi dobře, povzbuzuje mě pomyšlení, že moje dítě udělá ještě větší pokrok.*“), která není zařazena do vyhodnocování a tudíž je v dotazníku zbytečně. Naopak se v manuálu u oddílu *Atribuce příčiny* u dimenze *Sebeobviňování* uvádí, že se tato dimenze vypočítá průměrem položek 10, 12, 14, 15 a 62. V daném oddílu ani v celém dotazníku však žádná položka pod číslem 62 neexistuje a tak jsem usoudila, že se jedná o tiskovou chybu v manuálu.

V oddíle *Pozitivní přínos* v části D u otázky č. 48 („*Díky mému dítěti se mé další děti naučily uvědomovat si potřeby lidí a jejich pocity*““) mi dva rodiče připsali poznámku, že další děti nemají. S touto variantou, zdá se, autoři dotazníku nepočítali. V manuálu se o této situaci nic nepíše. Po konzultaci s vedoucím práce jsem se rozhodla u těchto rodičů tuto položku nezapočítávat do celkových výsledků.

Oddíl *Sociální srovnávání* nevyplnili tři rodiče. Připsali zde poznámku, že se snaží své dítě nesrovnávat s ostatními. Jeden z nich napsal, že jej srovnávání pouze zatěžuje a odklání mysl od jeho cíle, a proto to nedělá. Tyto dotazníky musely být bohužel z výzkumu vyřazeny.

## **PBI**

Dotazník PBI byl pro respondenty srozumitelný. Skoro vůbec se nevyskytovala změna odpovědi za adekvátnější. V žádném z případů se nevyskytl dotaz nebo poznámka, jak postupovat v případě neúplné rodiny nebo v případě výchovy nevlastním otcem či matkou. Předpokládám proto, že všichni respondenti pocházeli z úplných rodin, příp. věděli, koho považovat za mateřskou, příp. otcovskou osobu.

Při převádění hrubých skóru na typy citové vazby jsem se ve výsledcích setkala s tzv. cut-off skóry. Přemýšlela jsem, zda mám hraniční hodnoty považovat za horní hranici optima či vytvořit speciální kategorii s nejasně zařaditelnou vazbou. Jelikož samotní autoři metody řadí v manuálu hraniční body do horní hranice optima, rozhodla jsem se i já jednotlivé hraniční body přiřadit k této kategorii.

## **9.2 Diskuze o výsledcích**

První překlad dotazníku ECR do češtiny a současně s tím i pilotní studii provedli Lečbých a Pospíšilíková (2012), kteří srovnávali míru vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti u českých a amerických studentů psychologie. U vyhýbavosti byla u českých studentů ( $n = 108$ ) naměřena průměrná hodnota 3,14, u úzkostnosti byla průměrná hodnota 3,68. Purkertová (2014) zkoumala primární vztahovou vazbu u rodičů dospělých dětí s mentálním postižením a zda má tato vazba vliv na pozitivní percepce jejich potomka. Autorčiny výsledky dotazníku ECR ( $n = 29$ ) dosáhly u vyhýbavosti průměrné hodnoty 3,46 a u úzkostnosti průměrné hodnoty 3,56. U mých respondentů ( $n = 41$ ) byla naměřena průměrná hodnota vztahové vyhýbavosti 3,55 a průměrná hodnota vztahové úzkostnosti 3,73. Ve srovnání s výše uvedenými výzkumy dosáhli respondenti mého výzkumu nejvyšších hodnot, a to jak v subškále vztahová vyhýbavost, tak v subškále vztahová úzkostnost. I přesto jsou však výsledky velmi podobné. Vyšší hodnoty u respondentů mého výzkumu, rodičů dětí s poruchou autistického spektra, mohou značit obtížnost takovéto situace, která s sebou nese sociální stažení a úzkostnost ve vztazích (Vágnerová, 2004). Ve srovnání s rodiči dospělých dětí s mentálním postižením ve výzkumu od Purkertové (2004), jejichž průměrný věk byl 58 let, mohou rodiče z mého výzkumu (průměrný věk byl 37 let) častěji nedosahovat konečné fáze vyrovnávání se s diagnózou, tedy fáze životní rovnováhy a přebudování hodnotové orientace (Thorová, 2006). Také proto mohou nabývat lehce vyšších průměrných hodnot v subškálách vztahové vyhýbavosti a vztahové úzkostnosti.

Z výsledků dotazníku KIPP můžeme vyčíst, že nejnižšího průměru nabyl oddíl Atribuce příčiny a to s hodnotou 2,05. Obdobných, zanedbatelně vyšších výsledků dosáhly i Purkertová (2014) s hodnotou 2,09 a Kubínková (2014) s hodnotou 2,08. V tomto oddílu respondenti vyjadřují svůj osobní názor na otázku vzniku postižení jejich dítěte (zda postižení vzniklo např. z fyziologických důvodů nebo je to otázkou osudu, atd.). Nízká průměrná hodnota značí, že rodiče mají poměrně jasnou představu o tom, proč postižení jejich dítěte vzniklo. Rodiče vybírali odpovědi jako „naprosto souhlasím“ a „souhlasím“ u odpovědi (skórované 4 a 3), které považují za příčiny postižení a odpovědi „nesouhlasím“ a „zásadně souhlasím“ (skórované 2 a 1) volili výjimečně. Takto vznikl nízký celkový průměr oddílu Atribuce příčin, který svědčí o dobré informovanosti rodičů o příčině vzniku postižení jejich dítěte. Příčinu postižení pak rodiče nejčastěji spatřovali v osudu či náhodě ( $M = 2,28$ ). Fyziologická příčina, pod kterou můžeme řadit tolik diskutované očkování, se s hodnotou 2,20 objevila na druhém místě. Nejnižší průměrná hodnota tohoto oddílu byla naměřena u dimenze Speciální účel ( $M = 1,83$ ). Takovýto výsledek naznačuje, že rodiče v mém výzkumu nepovažují za příčinu postižení jejich dítěte např. boží vůli či nějaký vyšší důvod. Nejvyššího průměru dotazníku KIPP nabyl oddíl Vliv s hodnotou 3,15, kdy Osobní vliv ( $M = 3,33$ ) dosáhl vyšší průměrné hodnoty než Vliv profesionálů ( $M = 2,96$ ). V tomto oddílu se rodiče vyjadřují k tomu, jaký vliv mají oni osobně na život jejich dítěte a jaký vliv na život jejich dítěte mají profesionálové (např. lékaři, terapeuti, učitelé, atd.). I ve výsledcích Purkertové (2014) dosáhl oddíl Vliv nejvyšší průměrné hodnoty ( $M = 2,86$ ). I ve výzkumu od Kubínkové (2014) nabyl oddíl Vliv nejvyšší průměrné hodnoty ( $M = 3$ ), ale na rozdíl od mých výsledků, převažoval v tomto výzkumu Vliv profesionálů ( $M = 3,25$ ) nad Osobním vlivem ( $M = 2,75$ ). Takovýto výsledek naznačuje, že rodiče věří, že jak oni samotní, tak profesionálové, toho mohou v životě dítěte mnoho ovlivnit. Podle mého názoru, je toto zjištění velmi pozitivní a nadějeplné. Z výsledků je také patrné, že rodiče důvěřují profesionálům, kteří se věnují jejich dětem, a spoléhají na jejich práci.

Dotazník PBI vypovídá o první části druhé výzkumné otázky, tedy o tom, jaké jsou zkušenosti s péčí a kontrolou v původní rodině u rodičů. Z výsledků dotazníku a převedením hodnot dle manuálu na percentily můžeme vyčíst, že průměrný výsledek pro subškálu Péče se pohyboval u obou rodičů respondentů tohoto výzkumu v nižším pásmu normy (45. percentil u matek a 30. percentil u otců). Subškála Kontrola se pohybovala, opět u obou rodičů stejně, ve vyšším pásmu normy (55. percentil u matek a 70. percentil u otců). Matky respondentů se tedy jevily respondentům jako více pečující než otcové a otcové jako více kontrolující než matky. Zde je žádoucí připomenout, že autoři metody

vytvořili normy zvlášť pro matky a zvlášť pro otce, jelikož matky jsou hodnoceny jako více pečující a zároveň více kontrolující (Parker et al., 1979 in Čikošová & Preiss, 2011). Bezpečná (optimální) vazba u matek se objevila v 15 případech (36,6%), ve 26 případech (63,4%) se vyskytovala vazba nejistá. U otců se bezpečná (optimální) vazba objevila v 7 případech (17,1%), nejistá vazba se objevila u 34 případů (82,9%). V obou případech tedy převažuje dle metody PBI nejistá vazba. I přes nejistou vazbu ke svým vlastním rodičům, vnímají respondenti tohoto výzkumu své dítě pozitivně.

Korelace dotazníků ECR a KIPP (odpovídající na první výzkumnou otázku, a to, jaký je vztah mezi základními dimenzemi dospělé vztahové vazby u rodiče a jeho pozitivní percepcí dítěte s PAS), přinesly dva signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  dvou dimenzí dotazníku KIPP a subškály Úzkostnost dotazníku ECR. Pozitivní korelace mezi mírou vztahové *Úzkostnosti* a dimenzí *Osobní růst a zralost* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,04$ ) naznačuje, že rodiče s vyšší mírou vztahové úzkostnosti považují své dítě za zdroj jejich osobního růstu, zralosti a zorganizovanosti. Tito rodiče mohou tedy častěji považovat své dítě za výzvu, kdy překonávání náročných situací slouží k naplnění jejich seberealizace. Tito rodiče se aktivně se zapojují, mohou např. častěji studovat publikace o autismu. Negativní korelace mezi mírou vztahové *Úzkostnosti* a dimenzí *Profesionální chyba* oddílu *Atribuce příčiny* ( $p = 0,03$ ) značí, že rodiče s nižší mírou vztahové úzkostnosti považují za příčinu vzniku postižení jejich dítěte chybu profesionálů (např. doktorů, zdravotních sester, atd.), léků nebo léčebných postupů. Lidé s nižší úzkostností tedy mohou častěji přenechávat zodpovědnost za vznik postižení jejich dítěte na druhých a tím si udržet vlastní sebeobraz. V tomto výzkumu a ve výzkumu od Purkertové (2014) nedošlo k žádné podobnosti v signifikantnosti výsledků korelací dotazníku ECR a KIPP. Takovýto výsledek může být dán jak použitím rozdílných korelačních analýz (Spearmanova a Pearsonova korelace), tak rozdílností povah postižení mentální retardace a poruchy autistického spektra. Shodou v tomto výzkumu a ve výzkumu od Purkertové (2014) je to, že signifikantní výsledky byly naměřeny pouze u korelací se subškálou Úzkostnost. V obou výzkumech nedosáhly korelace se subškálou Vyhýbavost žádných signifikantních výsledků. Ve výzkumech od Lečbycha a Pospíšilíkové (2012), Purkertové (2014), i v tomto výzkumu dosáhla Úzkostnost vyšších průměrných hodnot než Vyhýbavost.

Korelace dotazníku KIPP a PBI ve vztahu k matce (odpovídající na druhou výzkumnou otázku, a to, jaké jsou zkušenosti s péčí a kontrolou v původní rodině u rodičů a jaký je jejich vztah s pozitivní percepcí dítěte s PAS) přinesla celkem osm signifikantních vztahů,

z toho šest na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a dva na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  (označeno hvězdičkou). Pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* a oddílem *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ ) značí, že čím větší péči od matky respondenti pociťovali, tím pozitivněji vnímají své dítě. V tomto oddílu byly naměřeny čtyři signifikantní korelace. Pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Učení se ze zkušenosti* ( $p = 0,003$ )\* vypovídá o tom, že čím větší péči od matky respondenti pociťovali, tím více si uvědomují, co se mohou z dané situace naučit, čím se oni sami, rodina jako celek či jejich další děti mohou obohatit a to zejména v sociální oblasti. Pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Štěstí a naplnění* ( $p = 0,01$ )\* znamená, že čím větší péči od své matky respondenti pociťovali, tím kladnější emoční prožívání zažívají ve vztahu se svým dítětem. Pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní síla a soudržnost rodiny* ( $p = 0,01$ ) vypovídá o tom, že čím větší péči od matky respondenti vnímali, tím silnější se cítí a svou rodinu vnímají jednotněji. Poslední signifikantní korelací z oddílu *Pozitivní přínos* je pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní růst a zralost* ( $p = 0,01$ ). Respondenti, kteří pociťovali od svých matek dostatek péče, považují své dítě za zdroj jejich osobního růstu, zralosti a zorganizovanosti. Pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* a oddílem *Vliv* ( $p = 0,03$ ) vypovídá o tom, že čím větší péči od matky respondenti vnímali, tím větší mají pocit, že toho mohou v životě jejich potomka jak oni sami, tak profesionálové ovlivnit. Pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní vliv* oddílu *Vliv* ( $p = 0,03$ ) znamená, že respondenti s větší péčí od matky důvěřují sami sobě v tom smyslu, že toho mohou ve vztahu ke svému dítěti oni samotní mnoho ovlivnit. Poslední korelací byla pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* a dotazníkem *KIPP* jako celek ( $p = 0,02$ ). Takovýto výsledek naznačuje, že čím větší péči od svých matek respondenti pociťovali, tím pozitivněji vnímají své dítě s PAS, které jim přináší pozitivní zkušenosti a celkově jsou s danou situací lépe vyrovnání. Péče matek poskytována rodičům v dětství a dospívání je tedy velmi důležitým aspektem v pozitivním vnímání svého vlastního dítěte. Takovýto výsledek potvrzuje např. teorii od Hašta (2005) a Mikulincera & Shavera (2016), kteří tvrdí, že chování rodičů k dítěti je závislé na tom, jaké byly jejich zkušenosti v jejich nejdůležitějších vztazích a že systém poskytování péče je ovlivněn dřívějšími zkušenostmi s poskytovateli péče v rámci vlastního vývoje.

Korelace dotazníku *KIPP* a *PBI* ve vztahu k otci (odpovídající na druhou výzkumnou otázku, a to, jaké jsou zkušenosti s kontrolou a péčí v původní rodině u rodičů a jaký je jejich vztah s pozitivní percepcí dítěte s PAS) přinesly dva signifikantní výsledky. Pozitivní korelace mezi subškálou *Kontrola* a dimenzí *Hrdost a spolupráce* oddílu

*Pozitivní přínos* ( $p = 0,03$ ) vypovídá o tom, že čím více se respondenti cítili kontrolování otcem, tím častěji považují své vlastní dítě za zdroj hrdosti díky jeho úspěchům např. ve sportovních nebo výtvarných soutěžích a za dobrého pomocníka v domácnosti. Druhým signifikantním vztahem je negativní korelace mezi subškálou *Péče* a oddílem *Atribuce příčiny* ( $p = 0,01$ ). Takovýto výsledek naznačuje, že čím menší otcovskou péčí respondenti pociťovali, tím vyšší skóry přiřazovali k jednotlivým dimenzím oddílu *Atribuce příčin*, čili nespátřují postižení jejich dítěte pouze v jedné příčině, ale ve více konkrétních příčinách. Tato nerozhodnost, nestabilita a nejistota pramenící z nedostatku péče otce může reflektovat nenaplnění role otcovské postavy, kterou je posílení sebedůvěry.

Na výše uvedené signifikantní výsledky jsem však vzhledem k množství korelací uplatnila Bonferroniho korekci, kvůli riziku nárůstu pravděpodobnosti, že jsou výsledky dány kumulací alfa chyby, tedy že jsou falešně pozitivní (Dostál, 2016). Korelace jsem se rozhodla rozdělit do tzv. rodin inferencí, jelikož jsou subškály *Vyhýbavost* a *Úzkostnost* a subškály *Péče* a *Kontrola* považovány za nezávislé. V tomto výzkumu je tedy 6 rodin testů po 20 korelacích. Alfa hranice po Bonferroniho korekci se rovná 0,0025 a celková pravděpodobnost, že získáme alespoň jeden výsledek falešně pozitivní, je dle binomického výpočtu<sup>5</sup> 26%. Po této korekci nezůstala žádná korelace signifikantní. Nejbližší k signifikantnosti měla pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* (ve vztahu k matce) a dimenzí *Učení se ze zkušenosti* oddílu *Pozitivní přínos* s  $p$ -hodnotou 0,003. Výše uvedené však neznamená, že zjištěné vztahy nemají váhu. Korekce nás varuje před falešnou pozitivitou. Výsledek však může být ovlivněn malým výzkumným souborem, kdy pár jedinců vykazuje extrémní hodnoty, které by ve větším souboru zanikly.

### 9.3 Diskuze k povaze výzkumu a podněty pro praxi

Ze zpětné vazby rodičů vyplývá, že vyplnění dotazníku pro ně bylo časově velmi náročné. V navazujících výzkumech zabývajících se pozitivní percepcí bych doporučila zvážit užití zkrácené verze dotazníku KIPP (oddíl *Pozitivní přínos*), tedy dotazníku *Positive Contributions Survey*. Mnoho zahraničních výzkumů vychází právě z výsledků tohoto dotazníku (např. Ferrer et al., 2016; Hastings et al., 2005; Kayfitz et al., 2010; Vilaseca et al., 2014), a tak i srovnávání budoucích výzkumů se zahraničními autory by bylo tímto zjednodušeno.

---

<sup>5</sup> vzorec v MS Excel: „=1-BINOM.DIST(0;6;0,05;NEPRAVDA)“



Limitem výzkumu by mohlo být to, že se do něj zapojili pouze rodiče, kteří byli ochotni svěřit se s velmi soukromými záležitostmi. Předpokládám, že tito rodiče jsou se svou životní citací lépe vyrovnaní než ostatní rodiče, kteří účast na výzkumu odmítli.

Žádoucí by také bylo větší zastoupení otců, které by opět přineslo větší možnost srovnání se zahraničními výzkumy. Větší zastoupení matek si vysvětlují společenským nastavením, kdy jsou matky vnímány jako více pečující osoby než otcové a proto mohly vyplnění dotazníku považovat za svou odpovědnost, i když bylo v úvodu dotazníku jasně napsáno, že dotazníky mohou být vyplňovány jak matkou, tak otcem dítěte, v ideálním případě oběma rodiči. Dalším důvodem mohlo být to, že děti mohly pocházet z rozvedených rodin a proto otec nemusel být vždy přítomen. Tuto proměnou, rodinný stav, by bylo jistě zajímavé zakomponovat do dalších výzkumů zabývajících se touto tematikou.

Metodologický problém, který by mohl ovlivnit výsledky, spatřuji v případné spolupráci rodičů jako páru při vyplňování dotazníků v domácím prostředí. Pokud se rozhodli oba rodiče zúčastnit výzkumu a vyplnit dotazníky doma, nelze vyloučit, že spolu tito rodiče při vyplňování nespolupracovali. Mého výzkumu se zúčastnilo nanejvýš pět rodičů jako párů. Přesto by ale bylo vhodné, aby budoucí výzkumníci brali tento problém v potaz a snažili se zajistit, případně respondenty důrazněji upozornit, aby vyplňovali dotazníky nezávisle na svých partnerech.

Narození dítěte s postižením jistě neovlivňuje život pouze jeho rodičům. Bylo by žádoucí zapojit do budoucích výzkumů i ostatní členy rodiny jako např. sourozence a prarodiče. Zajímavé by jistě bylo, zda se pozitivní percepce objevuje i u těchto členů rodiny a zda se objevuje nezávisle či v návaznosti na pozitivní percepce rodičů dítěte.

## 10 ZÁVĚRY

Ve výzkumu se potvrdilo dvanáct signifikantních vztahů, které lze považovat za hlavní výsledky a které současně odpovídají na výzkumné otázky. V korelacích dotazníků KIPP a ECR byly naměřeny dva signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a to u dvou dimenzí dotazníku KIPP a subškály Úzkostnost dotazníku ECR:

1. Pozitivní korelace ( $r = 0,32$ ) mezi mírou vztahové *Úzkostnosti* a dimenzí *Osobní růst a zralost* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,04$ ).
2. Negativní korelace ( $r = -0,34$ ) mezi mírou vztahové *Úzkostnosti* a dimenzí *Profesionální chyba* oddílu *Atribuce příčiny* ( $p = 0,03$ ).

V korelacích dotazníků KIPP a PBI pro matky byly naměřeny dva signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a to u dvou oddílů dotazníku KIPP a subškály Péče pro matky dotazníku PBI. Dále byly naměřeny dva signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  (označeno hvězdičkou) a tři signifikantní vztahy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  mezi jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP a subškálou Péče pro matky. Na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  byl vztah mezi subškálou Péče pro matky a dotazníkem KIPP jako celek:

3. Pozitivní korelace ( $r = 0,39$ ) mezi subškálou *Péče* a oddílem *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ ).
4. Pozitivní korelace ( $r = 0,34$ ) mezi subškálou *Péče* a oddílem *Vliv* ( $p = 0,03$ ).
5. Pozitivní korelace ( $r = 0,46$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Učení se ze zkušenosti* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,003$ )\*.
6. Pozitivní korelace ( $r = 0,43$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Štěstí a naplnění* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ )\*.
7. Pozitivní korelace ( $r = 0,39$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní síla a soudržnost rodiny* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ ).
8. Pozitivní korelace ( $r = 0,39$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní růst a zralost* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,01$ ).
9. Pozitivní korelace ( $r = 0,35$ ) mezi subškálou *Péče* a dimenzí *Osobní vliv* oddílu *Vliv* ( $p = 0,03$ ).
10. Pozitivní korelace ( $r = 0,35$ ) mezi subškálou *Péče* a dotazníkem KIPP jako celek ( $p = 0,02$ ).

V korelacích dotazníků KIPP a PBI pro otce byly na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  prokázány dva signifikantní výsledky:

11. Pozitivní korelace ( $r = 0,33$ ) mezi subškálou *Kontrola* a dimenzí *Hrdost a spolupráce* oddílu *Pozitivní přínos* ( $p = 0,03$ ).
12. Negativní korelace ( $r = -0,38$ ) mezi subškálou *Péče* a oddílem *Atribuce příčiny* ( $p = 0,01$ ).

Po uplatnění Bonferroniho korekce s hodnotou alfa 0,0025 přestaly být výše uvedené vztahy statisticky signifikantní. Nejbližší k signifikantnosti měla pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* (ve vztahu k matce) a dimenzí *Učení se ze zkušenosti* oddílu *Pozitivní přínos* s  $p$ -hodnotou 0,003. I přesto výsledky naznačují určité trendy ke vztahu mezi pozitivní percepcí dítěte s PAS a mírou vztahové úzkostnosti rodiče, péčí, které se rodiči dostávalo v dětství a dospívání od matky a péčí a kontrolou poskytovanou otcem.

## 11 SOUHRN

Vztahová vazba je pudová potřeba navázat se na pečující osobu a sekundárně na další blízké osoby (Bowlby, 2010; Hašto, 2005). Jedná se o trvalou citovou vazbu (Obegi & Berant, 2009). Na základě interakce mezi matkou a dítětem se aktivují tzv. vnitřní pracovní modely (internal working models), které jsou neměnné i v pozdějším věku a ovlivňují utváření vztahů v dospělosti (Hašto, 2005). Mezi typy vztahové vazby patří *jistá (bezpečná) vztahová vazba*, *nejistá vztahová vazba ambivalentní* a *nejistá vztahová vazba vyhybavá* (Ainsworthová, 1967 in Mikulincer & Shaver, 2016) a *vztahová vazba dezorganizovaná či dezorientovaná* (Mainová & Salomonová, 1990 in Mikulincer & Shaver, 2016). Typy vztahové vazby v dospělosti se v podstatě neliší od dětských typů. Patří sem vazba *svobodná*, *zapletená*, *distancovaná* a *dezorganizovaná či dezorientovaná* (Zimmermann & Spangler, 1997 in Hašto, 2005). Typ vztahové vazby lze redukovat na dvě ortogonální dimenze – *vztahovou úzkostnost* a *vztahovou vyhybavost* (Lečbych, 2016). Systém poskytování péče dospělého je ovlivněn jeho zkušenostmi s poskytovateli péče (rodiči) v rámci jeho vlastního vývoje (Mikulincer & Shaver, 2016).

Autismus je pervazivní vývojová porucha, jenž má počátek v raném dětství a je charakterizovaná poruchou sociální interakce, komunikace, hry a stereotypním a ritualizovaným chováním (Říčan & Krejčířová, 2006). V léčbě nacházíme uplatnění např. u farmakoterapie, behaviorální psychoterapie a speciálněpedagogické intervence (Vágnerová, 2004), rodinné terapie (Thorová, 2006) a svépomocných skupin rodičů (Vágnerová, 2004). Období konfrontace s diagnózou postižení dítěte můžeme označit za krizi rodičovské identity (Vágnerová, 2004; Valenta et al., 2012). Po sdělení diagnózy prochází rodič fází *šoku*, *obran*, *přijímání diagnózy*, *kompensovaným obdobím* a *obdobím životní rovnováhy a přebudování hodnotové orientace* celé rodiny (Thorová, 2006). Nezřídka dochází k rozpadu rodiny (Sládečková & Sobotková, 2014), partnerství rodičů však může narození dítěte s postižením i posílit (Valenta et al., 2012). Postoje a chování rodičů k dítěti mohou být často extrémní a to *hyperprotektivní* nebo *odmítavé*. Rodiče mohou na základě svých negativních zkušeností s veřejností považovat reakce okolí generalizovaně jako nepřátelské. Častá je izolace rodiny od okolního světa (Vágnerová, 2004).

Na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci byly zpracovány dvě magisterské diplomové práce, které zkoumají pozitivní percepci dětí s mentálním postižením (Kubínková, 2014; Purkertová, 2014). Tímto tématem se zabývají

i zahraniční výzkumy (např. Ferrer et al., 2016; Hastings et al., 2002; Vilaseca et al., 2014). Další výzkumy zkoumají pozitivní percepce dětí s autismem (např. Hastings et al., 2005; Kayfitz et al., 2010).

Metoda ECR (Experience in Close Relationship) je sebeposuzovací metoda sloužící k posouzení typů vztahové vazby v dospělosti a je tvořena dvěma škálami – *vztahovou úzkostností* a *vztahovou vyhýbavostí* (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Metoda KIPP (Kansas Inventory of Parental Perceptions) měří pozitivní percepce rodičů dítěte se speciálními potřebami. Dotazník je tvořen čtyřmi oddíly: *Pozitivní přínos*, *Sociální srovnávání*, *Atribuce příčiny* a *Vliv*. Jednotlivé oddíly se dále dělí celkem na 20 dimenzí (Behr et al., 1992). Metoda PBI (Parental Bonding Instrument) posuzuje rodičovskou vazbu vnímanou během prvních 16 let života respondenta. Metoda je tvořena dvěma škálami – rodičovskou *Péčí* a *Kontrolou*. Dotazník je složen z dotazníku hodnocení postojů a chování matky a dotazníku postojů a chování otce. (Čikošová & Presiss, 2011).

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, jaký je vztah mezi mírou vztahové úzkostnosti a mírou vztahové vyhýbavosti u rodičů dětí s PAS a pozitivní percepcí dítěte. Druhým cílem bylo prozkoumat, jestli zkušenosti se vztahy v primární rodině nějak souvisí s percepcí dětí s PAS. Byly formulovány dvě výzkumné otázky a to, *jaký je vztah mezi základními dimenzemi dospělé vztahové vazby u rodiče a jeho pozitivní percepcí dítěte s PAS a jaké jsou zkušenosti s péčí a kontrolou v původní rodině u rodičů a jaký je jejich vztah s pozitivní percepcí dítěte s PAS*.

Respondenti vyplňovali dotazník složený z dotazníků ECR, KIPP a PBI. Dotazníky byly anonymní, v úvodní části bylo zjišťováno pouze pohlaví a věk rodiče a pohlaví a věk dítěte a typ PAS. Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní a respondenti byli informováni o možnosti z výzkumu kdykoli vystoupit. Statistické vyhodnocení bylo provedeno pomocí programu STATISTICA 12 a Microsoft Office Excel 2007. Pro zjištění vzájemných vztahů metod ECR a KIPP a metod KIPP a PBI byl použit Spearmanův korelační koeficient. Na výsledné korelace poté byla uplatněna Bonfferoniho korekce.

Zkoumanou populací byli rodiče dětí s PAS. Z kontaktovaných organizací se rozhodl zapojit spolek ADAM – autistické děti a my z Havířova, občanské sdružení JAN – Jdeme Autistům Naproti a MŠ Blanická z Olomouce. Tyto organizace zprostředkovaly kontakt s rodiči. Dále bylo využito osobních kontaktů. Výběr výzkumného souboru byl tedy nenáhodný (příležitostný) a byl doplněn výběrem na základě techniky sněhové koule. Bylo distribuováno 120 dotazníků. Celkem se výzkumu zúčastnilo 41 rodičů (7 mužů a 34 žen).

Průměrný věk respondentů byl 37 let. Průměrný věk dětí byl 8 let a jednalo se o 32 chlapců a 9 dívek.

Ve výzkumu se objevilo celkem 12 signifikantních vztahů. Mezi dotazníky KIPP a ECR byly naměřeny dva signifikantní vztahy. *Pozitivní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí Osobní růst a zralost* znamená, že čím vyšší míru vztahové úzkostnosti rodiče vykazují, tím více chápou své dítě jako zdroj jejich osobního růstu, zralosti a zorganizovanosti. *Negativní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí Profesionální chyba* naznačuje, že čím nižší míru vztahové úzkostnosti rodič vykazují, tím více považují chybu doktorů, zdravotních sester, atd., případně léků a léčebných postupů za příčinu vzniku postižení jejich dítěte.

Mezi dotazníky KIPP a PBI ve vztahu k matce bylo naměřeno celkem 8 signifikantních vztahů. *Pozitivní korelace mezi subškálou Péče a oddílem Pozitivní přínos* naznačuje, že čím více péče respondenti od svých matek pociťovali, tím pozitivněji vnímají své dítě. *Pozitivní korelace mezi subškálou Péče a dimenzí Učení se ze zkušenosti* značí, že respondenti s větší péčí od matky si více uvědomují, co se mohou ze situace jako je život s dítětem s postižením naučit a čím se mohou oni sami nebo rodina jako celek obohatit. *Pozitivní korelace mezi subškálou Péče a dimenzí Štěstí a naplnění* vypovídá o tom, že čím více péče respondenti od svých matek pociťovali, tím kladnější emoce pociťují ve vztahu ke svému dítěti. *Pozitivní korelace mezi subškálou Péče a dimenzí Osobní síla a soudržnost rodiny* značí, že čím více péče respondenti pociťovali od svých matek, tím silnější se cítí a tím více vnímají svou rodinu jako celek, jako jednotu. *Pozitivní korelace mezi subškálou Péče a dimenzí Osobní růst a zralost* naznačuje, že čím více péče respondenti od svých matek pociťovali, tím více považují své dítě za zdroj jejich osobního růstu, zralosti a zorganizovanosti. *Pozitivní korelace mezi subškálou Péče a oddílem Vliv* vypovídá o tom, že čím více péče od svých matek respondenti vnímali, tím více se domnívají, že toho mohou v životě jejich potomka jak oni sami, tak profesionálové ovlivnit. *Pozitivní korelace mezi subškálou Péče a dimenzí Osobní vliv* naznačuje, že čím více péče respondenti od svých matek pociťovali, tím více se domnívají, že toho mohou ve vztahu ke svému dítěti mnoho ovlivnit. *Pozitivní korelace mezi subškálou Péče a dotazníkem KIPP jako celek* značí, že respondenti s větší péčí od matky vnímají své dítě pozitivněji a celkově jsou se situací lépe vyrovnání.

Mezi dotazníky KIPP a PBI ve vztahu k otci byly naměřeny dva signifikantní vztahy. *Pozitivní korelace mezi subškálou Kontrola a dimenzí Hrdost a spolupráce* naznačuje, že čím více kontroly respondenti od svých otců pociťovali, tím častěji považují své dítě za

zdroj hrdosti díky jeho úspěchům a za dobrého pomocníka v domácnosti. *Negativní korelace mezi subškálou Péče a oddílem Atribuce příčiny* vypovídá o tom, že čím menší péči respondenti od svých otců vnímali, tím více nespátřují postižení jejich dítěte pouze v jedné příčině, ale ve více konkrétních příčinách. Toto svědčí o určité nerozhodnosti, nestabilitě a nejistotě pramenící z nedostatku péče otce.

Po užití Bonferroniho korekce přestaly být výše uvedené vztahy statisticky signifikantní. Nejblíže k signifikantnosti měla pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* (ve vztahu k matce) a dimenzí *Učení se ze zkušenosti* oddílu *Pozitivní přínos* s p-hodnotou 0,003. Výsledky však i přesto poukazují na určité trendy související s pozitivní percepcí dítěte s PAS, kterými jsou míra vztahové úzkostnosti rodiče, péče, které se rodiči dostávalo v dětství a dospívání od matky a péče a kontrola poskytována otcem.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Behr, S. K., Murphy, D. L., & Summers, J. A. (1992). *User's Manual: Kansas Inventory of Parental Perceptions*. Lawrence: University of Kansas, Beach Center on Disability.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of Attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Čikošová, E. & Preiss, M. (2011). *Parental Bonding Instrument*. Otrokovice: PropPsyco.
- Dostál, D. (2016). *Statistické metody v psychologii*. Olomouc: FF UP.
- Ferrer, F., Vilaseca, R., & Bersabé, R. M. (2016). The Impact Of Demographic Characteristics and the Positive Perceptions Of Parents on Quality Of Life in Families with a Member with Intellectual Disability. *Journal Of Developmental and Physical Disabilities*. [online], 28, 871 – 888. doi: 10.1007/s10882-016-9515-z.
- Gillberg, Ch. & Peeters, T. (2008). *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál.
- Grandinová, T. & Panek, R. (2014). *Mozek autisty*. Praha: Mladá fronta.
- Hastings, R. P., Allen, R., McDermott, K., & Still, D. (2002). Factors Related to Positive Perceptions in Mothers of Children with Intellectual Disabilities. *Journal Of Applied Research in Intellectual Disabilities*. [online], 15, 269 – 275. Získáno 2. 1. 2017 z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=bbad0918-e2eb-4406-97a7-2241b3fda3a9%40sessionmgr104&hid=124>.
- Hastings, R. P., Kovoshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F., Brown, T., & Remington B. (2005). Systems Analysis of Stress and Positive Perceptions in Mothers and Fathers of Pre-School Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. [online], 35, 635 – 644. doi: 10.1007/s10803-005-0007-8.
- Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba: ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Kayfitz, A. D., Gragg, M. N., Orr, R. R. (2010). Positive Experience Of Mothers and Fathers Of Children with Autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. [online], 23, 337 – 343. doi: 10.1111/j.1468-3148.2009.00539.x.



- Kubínková, D. (2014). *Pozitivní percepce dětí s mentální retardací v jejich rodinách v závislosti na věku dítěte, struktuře rodiny a pobytu člověka s mentální retardací ve vybraných institucích* (diplomová práce). Olomouc: FF UP.
- Lečbych, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie* [online], 6 (3), 1-11. Získáno 12. 10. 2016 z <http://e-psycholog.eu/pdf/lecbych-pospisilikova.pdf>.
- Lečbych, M. (2016). *Rorschachova metoda: integrativní přístup k interpretaci*. Praha: Grada.
- Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (2008). Geneva: World Health Organization.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in Adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- Morarová, T. (2013). *Moje vítězství nad autismem*. Praha: Dokořán.
- Obegi, J. H. & Berant, E. (2009). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. New York: The Guilford Press.
- Purkertová, L. (2014). *Attachment: vliv primární vztahové vazby rodiče na pozitivní percepci dítěte s mentálním postižením* (diplomová práce). Olomouc: FF UP.
- Reiterová, E. (2011). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Richmanová, S. (2006). *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál.
- Říčan, P. & Krejčířová, D. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Říhová & kol. (2011). *Poruchy autistického spektra: Pomoc pro rodiče dětí s PAS*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Schovanec, J. (2014). *O kolečko míň*. Praha: Paseka.
- Sládečková, S. & Sobotková, I. (2014). *Dětský autismus v kontextu rodinné resilience*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sobotková, I. (2012). *Průvodce rodičovstvím*. Břeclav: Eva Klimovičová ve spolupráci s nakladatelstvím Adamira.

- Straussová, R., & Knotková, M. (2011). *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč*. Praha: Portál.
- Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbých, M. (2012). *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.
- Vilaseca, R., Ferrer, F., & Guardia Olmos, J. (2014). Gender differences in positive perceptions, anxiety, and depression among mothers and fathers Of children with intellectual disabilities: a logistic regression analysis. *Quality & Quantity*. [online], 48, 2241 – 2253. doi: 10.1007/s11135-013-9889-2.
- Zeifman, D. M. & Hazan, C. (2016). Attachment in Adolescence And Adulthood: Pair Bonds as Attachment (pp. 416 – 434). In Cassidy, J. & Shaver, P. R. *Handbook of Attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.

# ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** Typ vztahové vazby rodiče a její vztah k pozitivní percepci dítěte s autismem

**Autor práce:** Bc. Kateřina Vojtěchovská

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 66 stran, 117 735 znaků

**Počet příloh:** 1

**Počet titulů použité literatury:** 33

**Abstrakt:** Cílem práce bylo zjistit, jaký je vztah mezi mírou vztahové úzkostnosti a mírou vztahové vyhybavosti u rodičů dětí s poruchou autistického spektra a pozitivní percepcí dítěte a zda zkušenosti se vztahy ve vlastní rodině souvisí s percepcí dítěte s PAS. Výzkumné otázky zněly: Jaký je vztah mezi základními dimenzemi dospělé vztahové vazby u rodiče a jeho pozitivní percepcí dítěte s PAS? Jaké jsou zkušenosti s péčí a kontrolou v původní rodině u rodičů a jaký je jejich vztah s pozitivní percepcí dítěte s PAS? Teoretický rámec tvoří teorie vztahové vazby a autismus. Výběrový soubor byl získán metodou nenáhodného – příležitostného výběru a metodou sněhové koule. Ve výzkumném šetření byly použity české překlady dotazníků ECR (Experience in Close Relationship), KIPP (Kansas Inventory of Parental Perceptions) a PBI (Parental Bonding Instrument). Data byla zpracována korelační analýzou za použití Bonferroniho korekce. Analýza dat přinesla 12 signifikantních vztahů z celkových 120 korelací. Po užití Bonferroniho korekce přestaly být tyto vztahy statisticky signifikantní. Nejbližší k signifikantnosti měla pozitivní korelace mezi subškálou *Péče* (ve vztahu k matce) dotazníku PBI a dimenzí *Učení se ze zkušenosti* oddílu *Pozitivní přínos* dotazníku KIPP.

**Klíčová slova:** vztahová vazba, autismus, pozitivní percepce, ECR, KIPP, PBI

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Parent 's type of attachment and its relation to the positive perception of a child with autism

**Author:** Bc. Kateřina Vojtěchovská

**Supervisor:** doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 66 pages, 117 735 characters

**Number of appendices:** 1

**Number of references:** 33

**Abstract:** The goal of the thesis was to find out what is the relation between extent of attachment anxiety and attachment avoidance of parents of children with autism spectrum disorder and positive perception of a child and if experiences with relations in their own family are related to positive perception of the child with ASD. The research questions asked were: What is the relation between the essential dimensions of adult attachment at the parent and their positive perception of the child with ASD? How big is experience with care and check in their own previous family of the parents and what is their relation with the positive perception of the child with ASD? The theoretical part consists of attachment theory and autism. The research sample was obtained by the non-random - occasional selection method and a snowball method. The research worked with the Czech versions of questionnaires ECR (Experience in Close Relationship), KIPP (Kansas Inventory of Parentel Perceptions) and PBI (Parentel Bonding Instrument). The data was processed by a correlation analyses with the use of the Bonferroni correction. The data analyses showed 12 significant relations from 120 correlations. After the use of the Bonferroni correction these relations stopped to be statistically significant. The closest to the significance was a positive correlation between the subscale of Care (in relation to the mother) of the questionnaire PBI and dimension Learning Through Experience with Special Problems in Life of the section Positive Contribution of the questionnaire KIPP.

**Key words:** attachment, autism, positive perception, ECR, KIPP, PBI

# Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. VOJTĚCHOVSKÁ Kateřina	Kaštanová 1114/13, Olomouc	F150151

### TÉMA ČESKY:

Typ vztahové vazby rodiče a její vztah k pozitivní percepci dítěte s autismem

### TÉMA ANGLICKY:

Parent's type of attachment and its relation to the positive perception of a child with autism

### VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti psychologie handicapu, klinické psychologie, psychologie rodiny, problematiky mentálního postižení, studie pozitivní percepcí s důrazem na využití škály KIPP.
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu (využití databáze EBSCO) zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP.
4. V teoretické části bude hlavní zaměření na pozitivní percepci dítěte s poruchou autistického spektra v jeho rodině a na teorii vztahové vazby.
5. Osnova teoretické části:
  - a. Problematika autismu, vymezení, definice;
  - b. Teorie vztahové vazby;
  - c. Problematika pozitivní percepcí dětí s autismem, seznámení s nástrojem KIPP;
  - d. Dosavadní studie pozitivní percepcí.
6. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat.

Dosavadní pracovní předpoklad je:

  - a. Pokusit se ověřit vztah mezi základními dimenzemi vztahové vazby rodičů a jejich vztahu k pozitivní percepci dětí s autismem;
  - b. Popsat a srozumitelně rozřídit a prezentovat získaná data.
7. Předpokladem je získání vzorku min. 30 rodičů dětí s poruchou autistického spektra (příležitostný výběr a výběr způsobem sněhové koule). Předpokladem je využití škály KIPP, ECR a PBI. Diplomantka bude oslovovat organizace a sdružení zabývající se prací s dětmi s PAS a jejich rodiči.
8. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- 1) Behr, S. K., Murphy, D. L., & Summers, J. A. (1992). User's manual: Kansas Inventory of Parental Perceptions. Lawrence: University of Kansas. Beach center on families and disability.
- 2) Hrdlička, M & Komárek, V. (2004). Dětský autismus: Přehled současných poznatků. Praha: Portál.
- 3) Michalík, J., Valenta, M., Chrástka, M., Slavík, J., Petrová, A., Pospíšil, J., Lečbych, M., Kučera, P. (2011). Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením. Olomouc: Pedagogická fakulta UP
- 4) Parker, G. (2011). Parental Bonding Instrument. Otrokovice: Propsyco.
- 5) Thorová, K. (2012). Poruchy autistického spektra. Praha: Portál.
- 6) Vágnerová, M. (2008). Vývojová psychologie II: Dětství a dospívání. Praha: Karolinum.
- 7) Vašutová, M. (2005). Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- 8) Vašutová, M. (2012). Základy biodromální psychologie. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Podpis studenta:  .....

Datum: 10.3.2016

Podpis vedoucího práce:  .....

Datum: 10.3.2016