

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**OVĚŘENÍ TESTU „POMALÉ ČÁRY“ U JEDINCŮ
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A SENIORŮ**

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Bc. Marcela Harcovová

Obor studia: Aplikovaná tělesná výchova

Vedoucí práce: Prof. Hana Válková, CSc.

Olomouc 2010

Jméno příjmení autora: Bc. Marcela Harcovová
Název diplomové práce: Ověření testu „pomalé čáry“ u jedinců s mentálním postižením a seniorů

Pracoviště: Katedra aplikované tělesné výchovy

Vedoucí bakalářské práce: Prof. Hana Válková, CSc.

Rok obhajoby diplomové práce: 2011

Abstrakt: Hlavním záměrem práce je zjistit stabilitu testu „pomalé čáry“ v praxi. Tato projektivní technika se používá za účelem zjištění tlumivé složky volního úsilí u lidské populace.

Přestože se tato technika v praxi používala, dosud neexistují exaktní údaje o užití a o výsledcích u určitých populačních skupin, rovněž je potřeba ověřit tuto techniku na současné populaci.

Ve své práci jsem se zaměřila na jedince s mentálním a kombinovaným lehkým a středně těžkým postižením a seniory.

Teoretická část popisuje termín test „pomalé čáry“, dále charakterizuje lidi s mentálním postižením, jež se účastnili testu v počtu 61 a seniory v počtu 57. Dále popisuje specifika volního úsilí a jeho součástí u těchto skupin.

Výzkumná část se věnuje provedení a vyhodnocení testu jedinců s mentálním postižením a seniorů. Hodnoty z měření byly vyhodnocovány v programu STATISTICA verze 9, dále byl použit koeficient ICC, Pearsonův korelační koeficient, také jednofaktorová analýza rozptylu pro opakovaná měření a Fisherův LSD test.

Vyhodnocením výsledků vyšlo najevo, že „test pomalé čáry“ je u respondentů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením stabilní v čase z hlediska krátkodobého i dlouhodobého časového horizontu, obdobně je tomu tak i u respondentů seniorů.

Klíčová slova: test pomalé čáry, vůle, poruchy volního úsilí, inhibiční a excitační složky volního úsilí, mentální postižení, stáří

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Authors first name and surname: Bc. Marcela Harcovová
Title of bachelor thesis: Measure the reliability of “slow line test” of hadicapped person and the old
Department: Department of Adapted Physical Activities
Supervisor: Prof. Hana Válková, CSc.
The year of presentation: 2011

Abstrakt: The main aim of this work is to measure the stability of “slow line test” in practice. The projective technique is used in order to determine the components of inhibition in volitive proces of human population.

Even if this technic was used in practice, anyway we still have not exact data of using and results of specific population groups, also we need to use this technic with modern population. In my work I have focused mainly on respondents with low mental and medium hard and the old.

The theoretical part describes the term of the test „slow line“, further it is the characterization of people with hadicaps. Those were 61 people and the old – 57. Further it is the describing of the specific of the volitive proces and its parts of these groups.

Researching part presents the realization and evaluation of the test of people with mental handicap and the old. The levels of measurement were introduced in the programm STATISTIC version 9, further it was used the coefficient ICC, Pearson’s correlation codfficient, also one-factor analysis of dispersion for repeated measurement and Fischer’s LSD test.

The results of the test showed up that respondents with light and medium hard mental hadicap have the „slow line test“ which is stable during the time standpoint of short and long time horizont and the same we see with the old.

Key words: slow line test, will, break of the volitive effort, inhibitory and excited parts of the volitive effort, hadicaps, the old

I agree with this thesis to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Prof. Hany Válkové CSc., uvedla jsem všechny použité materiály a odborné zdroje a dodržovala jsem zásady vědecké etiky

V Olomouci dne 25. prosince 2010

.....

Děkuji paní Prof. Haně Válkové CSc. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce, RNDr. Milanu Elfmarkovi za provedení statistických výpočtů ze získaného vzorku dat a konzultace ke statistice. Dále také probandům ochotným se mnou spolupracovat a zapojit se do mého výzkumu.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 PŘEHLED POZNATKŮ	10
2.1 Test „pomalé čáry“	10
2.2 Vůle.....	10
2.3 Charakteristika vůle a její složky.....	11
2.4 Ontogeneze volního úsilí.....	15
2.5 Poruchy vůle.....	17
3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	18
3.1 Stupně mentálního postižení.....	19
3.2 Volní úsilí jedinců s mentálním postižením.....	22
3.3 Pozornost jedinců s mentálním postižením.....	24
3.4 Aspirace jedinců s mentálním postižením.....	24
4 STÁŘÍ	26
4.1 Historické pojetí stáří.....	26
4.2 Vymezení období stáří.....	27
4.3 Charakteristika stáří.....	28
4.4 Volní úsilí seniorů.....	33
5 CÍLE A HYPOTÉZY	35
5.1 Cíle práce.....	35
5.2 Hypotézy.....	35
5.3 Úkoly a postupy.....	36
6 METODIKA PRÁCE	37
6.1 Výběr respondentů.....	37

6.2 Analýza dokumentů.....	39
6.3 Dotazování.....	39
6.4 Měření-vlastní užití „testu pomalé čáry“ a jeho administrace.....	40
6.5 Metody zpracování a vyhodnocení získaných dat.....	41
7 VÝSLEDKY.....	43
7.1 Výsledky respondentů s mentálním postižením.....	43
7.2 Výsledky respondentů seniorů.....	46
8 DISKUSE.....	51
9 ZÁVĚR.....	53
10 SOUHRN.....	57
11 SUMMARY.....	59
12 REFERENČNÍ SEZNAM.....	61
13 PŘÍLOHY.....	64

1 ÚVOD

Po přečtení několika literárních dokumentů týkajících se tématu volního úsilí a jeho tlumivé složky obecně i s konkretizací na mentálně postižené jedince seniory jsem se začala zajímat o význam lidské vůle, volních procesů a volních vlastností osobnosti, vývoj vůle a další.

Zajímalo mě, jak pevné je volní úsilí jedinců s mentálním postižením a seniorů, dále jakou měrou dokáží jedinci s mentálním postižením a senioři své volní jednání ovládat a především, zda-li budou jejich výsledky stabilní v krátkodobém a dlouhodobém časovém horizontu. Z uvedených důvodů jsem si zvolila tuto problematiku jako hlavní záměr své diplomové práce, jež navazuje na mou bakalářskou práci, kde jsem se zabývala pouze měřením probandů s mentálním postižením. Některé poznatky z bakalářské práce jsem uplatnila i v práci současné.

Pro zjištění nových výsledků v popsané problematice těchto skupin jedinců jsem si zvolila projektivní techniku testu „pomalé čáry“, s jejíž pomocí chci zjistit především stabilitu testu „pomalé čáry.“

Již v minulosti zvažoval použití testu „pomalé čáry“ pro screening tlumivé složky volního úsilí Prof. PhDr. Zdeněk Matějček CSc., kdy na toto avšak pouze teoreticky poukazyval v souvislosti s výkladem obsahu svých dvou literárních děl: Matějček, Z. –Reithar, S. (1963). Otázky školní zralosti našich ústavních dětí. Čs. psychologie 7(4), 338-345 a Matějček, Z. (1969). Školní uplatnění dětí z předškolních dětských domovů. Čs. psychologie 13(1), 8-15. Test „pomalé čáry“ byl použit také v rámci výzkumu katedry FTK UP diplomantkami Šimovou, která testovala skupinu sportujících a nesportujících žáků a Boháčkovou, jež testovala integrované a intaktní žáky.

Nezbytnou součástí mé práce je vymezení pojmů souvisejících se zkoumanou skutečností. Záměr spočívá, pokusit se zjistit pomocí testovací metody, k jakým poznatkům a závěrům týkajícím se tlumivé složky volního úsilí v tomto testování dospějí.

Navštívila jsem (dnes už bývalá) zařízení ÚSP, a to sice ÚSP Jindřichov ve Slezsku a ÚSP pro ženy u muže zvláště v Městě Albrechticích, kde jsem za souhlasu vedení zařízení oslovila respondenty s mentálním postižením, seniory, kteří se později testu účastnili.

Po vyhodnocení získaných dat věřím, že závěry týkající se zjištění stability testu „pomalé čáry“ u jedinců s mentálním postižením a seniorů vyplývající z mé práce určitou měrou přispějí k dalšímu bádání v oblasti této problematiky. Předběžné úvahy či hypotézy týkající

se tlumivé složky volního úsilí jedinců s mentálním postižením a seniorů se pokusím podpořit nebo vyvrátit v závěru, kde dojde k vyhodnocení výsledků této projektivní techniky.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

Tato kapitola popisuje skutečnosti týkající se volního jednání a složek s ním souvisejících a volní jednání podmiňujících, dále se zabývá popisem specifík jedinců s mentálním postižením a lidí seniorského věku především se zaměřením na volní úsilí.

2.1 Test „pomalé čáry“

O projektivní technice testu „pomalé čáry“ se zmiňoval v minulosti Prof. PhDr. Zdeněk Matějček CSc., kdy se zabýval excitační a inhibiční složkou volního úsilí. Poukazoval na skutečnost, že je důležité se zabývat nejen složkou excitační, ve smyslu aktivního přístupu, ale i složkou tlumivou, která je pro vývoj úsilí nezbytná. Metodu techniky „pomalé čáry“ teoreticky představil při přednášce s odkazem na svá dvě literární díla: Školní uplatnění dětí z předškolních dětských domovů a Otázky školní zralosti našich ústavních dětí, kde hovoří o skutečnosti, že tlumivá složka poukazuje na zralost osobnosti jedince (Matějček Z., 1969), (Matějček Z. –Reithar S. 1963).

2.2 Vůle

Pojem vůle je v literárních a jiných zdrojích charakterizován různě, avšak s jejím vznikem a tím, co volní chování vytváří a ovlivňuje, se autoři v podstatě shodují.

Vůle (úmysl) – chtění, záměr, úmysl, snaha o dosažení nějakého cíle, zájem na jeho dosažení, výsledek rozhodování.

Vůle (vlastnost) – schopnost jednat podle vlastního úmyslu (podle vlastní vůle), schopnost se rozhodnout.

(<http://cs.wikipedia.org/wiki/V%C5%AFle>)

„Vůle je schopnost člověka vědomě řídit vlastní psychickou činnost a jejím prostřednictvím regulovat:

- průběh vlastní interakce s předmětným sociálním prostředím
- aktivitu periferních orgánů – efektorů
- některé vnitřní stavy organismu“ (Brihcín,1999)

„Vůle podléhá vývoji, zpočátku podléhá vlastním potřebám. Je nutné rozlišit formování cílů a záměrů jednání. Formování cílů je funkcí instrumentálního podmiňování a objevuje se již u zvířat jako aktivní chování vyvolané potřebami. Naproti tomu cílevědomé jednání je něco specificky lidského“ (Brihcín, 1999).

„V psychologii znamená pojem vůle jednak proces tzv. volní regulace jednání (volní akt), jednak komplex vlastností osobnosti vyznačující se způsobilostí sebe kontroly v nejširším smyslu., tzv. volní vlastnosti osobnosti“ (Nakonečný, 1973).

„Každé volní jednání je cílevědomé jednání, počátky vůle jsou obsaženy již v potřebách jako výchozích pohnutkách lidského jednání“ (Rubinstein, 1967).

Dle slov Platóna „jsme ovládáni svými touhami, pokud si rozum nevynutí lepší cestu, a že rovnováhu mezi těmito dvěma silami udržuje vůle.“ (Hunt, 2000).

Vůle je základní duševní funkce spojená s afekty (Wundt, 1903).

2.3 Charakteristika vůle a její složky

Již dlouho si je lidstvo vědomé skutečnosti, že efektivitu lidského konání ovlivňuje celá řada vnějších a vnitřních faktorů, které jsou ovlivněny objektivními i subjektivními činiteli. Význam volního úsilí se uplatňuje všude, kdy je třeba překonávat překážky, tím více, čím je činnost potřebná k překonání překážky a dosažení cíle složitější. Rozvoj volního úsilí je jednou ze složek, které formují žádoucí osobnost a charakter člověka. V minulosti se zabývala vysvětlováním a objasňováním podstaty vůle celá řada filozofů, o přesném vytyčení pojmů vůle a jejich determinantů se vedou spory i v psychologii dodnes. V každé odborné oblasti je pojem vůle chápán jinak díky odlišnému pohledu daného směru. V emocionálních teoriích byly považovány za základ volní aktivity člověka city. Intelektualistická teorie viděla zdroj lidské vůle v představách.

Opakem těchto teorií byl názor tzv. voluntaristický, kterýrazil nezávislost vůle na citech a představách (Rychtecký, 1984). Dnes víme, že regulaci vůle potřebnou k dosažení určitého cíle ovlivňují vědomé i neuvědomované procesy. Protože bylo vysvětlení vůle jako takové velice složitým úkolem, snažilo se lidstvo vysvětlit její podstatu snáze uchopitelnými pojmy,

kteřou byla např. motivace. Motiv nám označuje, z jakých důvodů jedinec koná, avšak nedokáže vystihnout způsob provádění činnosti a její regulaci vzhledem k situaci a vytyčenému cíli (Rychtecký, 1984). Někdy dochází k tzv. boji motivů, kdy člověk zvažuje budoucí varianty plynoucí z jeho chování. Nejedná se o znak či projev vůle, ale o situaci, která vyžaduje, aby se volní úsilí projevilo. Často si stačí jen cíl uvědomit a tzv. boj motivů rázem odpadá (Rubinštejn, 1967).

Jeden ze sociologizujících přístupů zdůrazňuje význam sociálních vlivů na chování jedince, prezentuje ji jako „přechod od biologické determinace k determinaci sociální“. Sociálnost je vnější faktor působící na jedince a volní jednání je vyšší hodnotu odpoutávající se od hodnot pudových a biologických, má v sobě spoustu disciplíny, je zakotven v aktivitě vědomí, inteligenci a morálním citu, což jsou tři podstatné stránky lidské psychiky. Člověk usiluje o dosažení náročných společenských cílů (Rychtecký, 1984).

O přítomnosti vůle nehovoříme, pokud pramení chování jedince pouze z pudových a emotivních podnětů, vůle se projevuje až tehdy, kdy je jedinec schopen ovládat své pudy a je schopen přemítání svých potřeb. Pak již jednání není podněcováno pouze samotnými potřebami, ale je cíleno k záměru, jenž si objekt stanovil. Subjekt si sám volí a přizpůsobuje své chování, za něž je také zodpovědný (Rubinštejn, 1967).

V ontogenezi je prvním charakteristickým znakem vůle vznik úmyslu, úsilí pozorujeme již u kojenců. Úmysl se navenek projevuje jako snažení, vztahuje se k určitému cíli. U novorozenců je to zprvu snažení ovládat první cílené pohyby těla. Pro rozvoj vůle dítěte je důležitá hra, zde dochází k prvnímu formování mechanismu volního úsilí. Vůle je v raném věku charakterizována svou nestálostí, je zapotřebí kontroly dospělou osobou. Se značnou mobilizací volního úsilí se setkáváme u jedinců okolo věku 11 let, takové dítě již zaměřuje svou pozornost i k dlouhodobým cílům. Neúspěch ve školních výkonech často nepramení z mentálních či fyzických nedostatků, ale právě z nízké úrovně rozvoje volních vlastností, které jsou v úzkém vztahu s cílevědomostí, svědomitostí, samostatností, disciplinovaností atd. Slabou vůli mají jedinci se zápornými vlastnostmi, jako jsou neodpovědnost, nerozhodnost, nedostatek sebeovládání, negativismus, ovlivnitelnost, lenost, sugestibilita, tvrdohlavost apod.

(<http://files.jiriskoda.webnode.cz/200000250a4f1ba5eb7/Didaktikakr%C3%A1lovna%20pedagogiky.pdf>)

Období puberty je označováno jako nejobtížnější období v rozvoji vůle, v tomto období je značný rozdíl mezi pohlavími. U děvčat dochází k poklesu volní aktivity oproti předešlému vývojovému období, u chlapců naopak k jejímu zvýšení, proto dochází k jejímu celkovému vyrovnání (Rubinštejn, 1967).

Během vývoje se osobnost vytváří neustále. Díky nabytým zkušenostem, které pak znamenají výběr vhodnějších řešení, je pak dosažení stejného cíle možné za užití daleko nižší mobilizace volního úsilí. K rozvoji volního úsilí přispívá kromě již zmíněné hry tělesná výchova a sport (Rychtecký, 1984).

„Člověk cílevědomě dočasně stupňuje úroveň aktivace organismu a tím podporuje slábnoucí motivaci (Brihcín, 1999).

Vůle bývá charakterizována jako záměrné a cílevědomé úsilí, které směřuje k vědomě stanovenému cíli. Jedná se o psychický proces, jímž jedinec organizuje svou činnost v uvědoměném jednání, jedná se o časově dlouhodobý a složitý proces (Valenta, Krejčířová, 1997).

Vůli ovlivňuje řada aspektů, které jsou součástí psychiky člověka, již můžeme rozčlenit i z níže uvedeného hlediska:

- 1) Kognice (poznávání)
- 2) Emoce (city)
- 3) Motivace (pohnutky)
- 4) Konace (vůle, chtění, snahy)

ad1) Kognice - Získávání informací o vnějším světě, o vlastní osobnosti.

ad2) Emoce – Jsou v těsné blízkosti motivace, dodávají nespecifickou energii, nespecifické hodnocení (např. pocit libý - nelibý).

ad3) Motivace – Je označována za energizující funkci chování.

ad4) Konace – jednání, uplatnění vůle, usilování, snaha volní úsilí, sebekontrola. (<http://web.quick.cz/vendybonny/Emoce.html>)

Existence a hloubka volního úsilí, které je typické pro lidskou bytost je příčinně závislá na mnoha faktorech vnějšího světa, nelze jednotlivé složky, které se vzájemně ovlivňují, od sebe oddělovat či snižovat jejich hodnotu působení (Rychtecký, 1984).

Volní jednání člověk směřuje ke konkrétním vědomě stanoveným cílům. Nejbližší příčinou volního aktu je přijaté rozhodnutí, jakož i toto je závislé na objektivních příčinách. Vznik a utváření volního jednání pramení ze společenské práce. Při práci člověk prováděl

úkony, které v závěru vedly ke splnění jeho potřeb resp. potřeb společnosti. K uspokojení společenských potřeb jsou potlačovány vlastní primární potřeby každého jedince, označuje se jako „vědomí povinnosti“. Dílčí kroky k dosažení cíle jsou projevem volního úsilí, je nutná přítomnost myšlení, které umožňuje předvídat výsledek jednání a volit vhodné prostředky k dosažení cíle.

Přestože spojujeme vznik volního úsilí s pracovní činností lidstva, během historického vývoje bylo směřováno i do mimopracovních oblastí. Vytyčení si konkrétního cíle a volba prostředků k jeho dosažení často vyústí v tzv. „vnitřní konflikt“, nazýván „bojem motivů“. Může docházet k volbě několika rozdílných cílů najednou, které se však vzájemně vylučují. V těchto případech je nutné si vážit a volit mezi variantami, které se nabízejí s ohledem na jejich nutnost, základním parametrem k volbě jediného cíle je síla motivu (Rubinštejn a kolektiv, 1959).

Čím jsou cíle rovnocennější, tím je volba jednoho z nich více obtížná. Obtížná je i volba mezi cíli, z nichž jeden je v souladu s tužbami člověka a druhý jim neodpovídá, ač je nutný. Úkony, které jsou spojeny s nepříjemnými emocemi (Rychtecký, 1984). Emoce jsou „spontánní reakce na určité vnitřní a vnější podněty, které aktuálně působí, ale mohou je vyvolávat také očekávání spojená s určitými představami“ (Nakonečný, 1998).

Emoce řadíme do zvláštní skupiny, jsou pro vůli nejcharakterističtější. Je nutné je podstoupit, zvláště když víme, že jinými emocionálně příjemnějšími úkony požadovaného cíle nedosáhneme. Je-li člověk dostatečně vyzrálou osobností se zralým světovým názorem a správnými zásadami chování, rychleji se rozhoduje. Takový jedinec je zkušený a zvyklý se v životě častěji rozhodovat, je schopen lépe určit, jaké metody si k dosažení cíle zvolí. Pokud si člověk během života žádné cíle nestanoví, tak podobně jako slabé cíle jeho volní rozvoj oslabují. Zároveň však musí být cíl dosažitelný. Nereálné aspirace se od předpokladů jedince k podání výkonu a zároveň také od volby cílů činnosti příkře odlišují. Ve vztahu k předpokladům bývají buďto neúměrně nízké či neúměrně vysoké (Rychtecký, 1984).

Pokud je vytyčený cíl časově vzdálený a složitý, je vhodnější si pro dosažení výsledku volit dílčí cíle. Povzbuzujícím motivem je zamyšlení se nad otázkou, co se stane, pokud cíle nedosáhnou – zejm. morální následky a společenské odsouzení. Ten může být ještě větším hnacím motorem dosažení úspěchu, než samotná představa, čeho dosáhnout mohu.

Brzdící a tlumivá složka je velmi důležitou zvláštností vůle (Rubinštejn a kolektiv, 1959).

Při volním chování, bereme v potaz dvě složky vůle:

- Excitační (rozhodnost, iniciativa, aktivita)
- Inhibiční (vytrvalost, sebeovládání)

Uvedené složky bývají ve volním chování zastoupeny současně, nikoli však rovnovážně. Neexistuje mezi nimi ostrá hranice, v běžném životě obtížné je oddělit (Rychtecký A., 1984).

Excitace není měřitelná, lze ji však předpokládat. Do jisté míry souvisí s aktivací.

Inhibici lze dělit na rozptýlenou a účelně koncentrovanou. Rozptýlenou lze vyvolat afekty či neurózami. Účelně koncentrovaná vytváří dobré podmínky pro výkon, tlumí nežádoucí city, pohyby a snahy (Rychtecký A., 1984).

2.4 Ontogeneze volního úsilí

Předpokladem pro základ a vznik volního úsilí u dítěte je záměrné jednání. V prvotních okamžicích je to zamýšlený pohyb a kladení požadavků a dohled na jejich důsledné plnění, vyvíjí se podobně, jako dochází k socializaci jedince. Je prokázáno, že dítě dokáže napodobovat některé pohybové projevy již v období 3-4 měsíců po narození (Rychtecký, 1984). Např. účast při domácích pracích mu dává pocit rovnocenného postavení v rodině, což je dostatečnou motivační složkou k vykonávání činnosti, zvláště, obdrží-li dítě za své konání pochvalu, uznání či jinou odměnu.

K rozvoji volního úsilí př. ve školce vede společné hraní, které je odrazem společenských vztahů, postupuje podle logiky a pravidel, která se mohou měnit v závislosti na rozhodnutí a schválení jejich členů. Každý má své povinnosti, které musí plnit, což se stává dobrým základem pro počátek školní docházky. Učení vede k dalšímu rozvoji volního úsilí, to je známkou schopnosti řídit vlastní psychické procesy a vlastní duševní činnost. Rodiče se musejí naučit nechat dítě dělat věci samostatně bez přílišné pomoci, aby svým vlastním myšlením a volbou správného jednání dosáhlo požadovaného. Schopnost volního jednání se vytváří výlučně v praxi během života, ochrana dítěte před jeho nástrahami vede k útlumu jeho volní složky i jiných součástí jeho osobnosti. Volní úsilí narůstá či klesá existencí překážek (Rychtecký, 1984). Dítě je potřeba začlenit do kolektivu, působení kolektivu na dítě je velmi rozmanité (Rubinštejn a kolektiv, 1959). K rozvoji volního úsilí významně přispívá používání řeči (Rychtecký, 1984).

V průběhu ontogenetického vývoje se přeměňuje chování vedené k splnění vnitřních přání

k plnění vnějších potřeb společnosti (Rychtecký, 1984).

Tak jako se v průběhu ontogeneze utváří jednotlivé stránky osobnosti člověka, vyvíjí se i volní úsilí. Z hlediska pohlaví se období volní aktivity u chlapců a děvčat střídá. Vliv na kvalitu volního úsilí má také rozdílný výchovný přístup k oběma pohlavím a rozdílné zájmy jedinců. Směrem k dospělému věku se tím více mění přístup v jednání z „já chci“, který je potlačován na „já musím“. Kromě výše uvedeného přispívá k rozvoji volního úsilí tělesná výchova a sport. Vůli ovlivňuje spojení vnitřní jednoty organismu s vnějším prostředím. Je samozřejmostí, že je ovlivněno i fyziologickými funkcemi člověka (Rychtecký, 1984).

Literatura uvádí 5 stupňů pro zapojení volního úsilí při výkonu činnosti:

„a) není třeba v činnosti zapojit volní úsilí, příkladem jsou běžné denní činnosti (chci pít a sklenice s vodou je na stole), b) ne mnoho úsilí (chci pít a voda je mimo můj bezprostřední dosah), c) úsilí již značné (přestat číst zajímavou a potřebnou knihu), d) úsilí velmi značné (přiznat se k nesplnění zadaného úkolu), e) úsilí neobyčejně značné (změnit své povolání)“ (Rychtecký, 1984). Tento popis však určuje pouze jednu stránku volného úsilí a to jeho intenzitu. Regulativních funkcí je ve volním procesu mnohem více. Překážka při jednání znamená značný zásah do aktivační úrovně jedince. Reakce, kterou překážka vyvolává, nemusí být vždy přímo úměrná stupni aktivace. Neadekvátní zvýšení volního úsilí vede k nepřesnostem při provádění úkolu. Další složkou, jež determinuje volní úsilí je osobnostní složka – temperament. Zde existuje názor ověřený výzkumem, že cholericí společně se sangviniky jsou oproti melancholikům snést větší napětí a vynaložit větší volní úsilí. Zvýšená úroveň aktivace je provázena emocemi vysoké intenzity.

V průběhu studia cílevědomé činnosti bylo zjištěno, že je nezbytné analyzovat potřeby a motivy vzhledem ke skutečnosti, že jednání člověka vede přímou či nepřímou cestou k uspokojení potřeb, motivů či zájmů. Analýza uvedeného dává odpověď na otázku, z jakého důvodu jedinec chce daného cíle dosáhnout. Výchozím pojmem proto bude potřeba, potřeby psychologie dělí na primární a sekundární, které se z primárních vyvinuly a to buďto z přebytku či nedostatku něčeho, co je pro život jedince důležité. Pokud dochází k nerovnováze toho, co člověk potřebuje a v jakém momentálním stavu se jeho uspokojení nachází, většinou si toto uvědomuje. Pokud se však jedná o potřeby, které pramení z lidských pudů, tyto si vždy uvědomovat nemusí. Znamenají sice určité jednání jedince, avšak postrádají volní složku „já“. Takovéto pudy mohou být ty, které vedou např. k zachování rodu jedince, ale také sklony k umění apod. Uvědomované potřeby zastávají spolu s působením vnějších vlivů postavení motivu. Motivů jsou psychologické příčiny směru a intenzity

chování, které vedou k dosažení konečného uspokojení. Subjektivní motivující pohnutka se stává motivem tehdy, kdy jedinec objeví objekt, jehož prostřednictvím je dosaženo uspokojení. Rozlišujeme motivy tzv. biogenní (fyziologické - potrava, odpočinek, sex) a tzv. sociogenní (psychogenní - potřeba kompetence, výkonu). Zvláštním druhem motivů jsou zájmy, vyznačující se upřednostněním dané aktivity (Nakonečný, 1998). „Motivy jsou již hotové dispozice, které se organizovaly pod vlivem afektivní zkušenosti“ (Nakonečný, 1973). Jakmile je cíle dosaženo, záměrné cílevědomé chování končí. Pokud budeme brát v potaz dva různé motivy, přičemž jeden z nich vede k uspokojení aktuální potřeby – př. dosažení kladného emocionálního prožitku a druhý ne, uvědomíme si, že dosažení cíle v případě první varianty je daleko méně psychicky náročné, než dosažení cíle při druhém příkladu. Tady potom přichází v úvahu další činitel – úsilí, jakožto uvědomovaná složka, jehož míra působení je úměrná velikosti kladených překážek, podílí se na regulaci jednání (Nakonečný, 1973).

2.5 Poruchy vůle

Poruchy vůle bývají málokdy samostatné, navazují na poruchy pozornosti, paměti, nálady.

Vůle je jednou ze složek osobnosti, patří mezi složky vědomé a úmyslné. Vychází pohnutek, které mívají základ v pudech či jiných impulsech, ze kterých se následně vytvoří motiv.

Jako u všech složek osobnosti se i u této vyskytuje poruchovost.

Poruchy volního jednání:

1) *hyperbulie* (z řec. búlé = vůle) – nedostatek zábran, chorobná a neúčelná aktivita

2) *hypobulie* – oslabená, snížená vůle, souvisí s běžnými psychickými poruchami a indispozicemi

3) *Abulie* – neschopnost, ztráta volního jednání, netečnost, z lékařského hlediska se vyskytuje často u lidí trpícími depresemi a psychózami

(http://psycho1.blogspot.com/2007/01/1_05.html)

3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení, či „mentální retardace“ (dále jen MR) (z lat. retardatio = zdržení, omeškání, mens = mysl) znamená omezený až vadný duševní vývoj, i u nás hojně používaný namísto významově přesnějšího termínu oligofrenie (Defektologický slovník, 1984).

„Mentální retardaci je možné definovat dle nejrůznějších kritérií, ke kterým patří například:- podle etiologie (příčin), podle klinických symptomů, podle vývojových období, podle hloubky postižení, podle stupně inteligence“ (Krejčířová, 2007).

Jedinec s mentálním postižením (dále jen MP) je ten, u kterého dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k jinému vývinu určitých psychických vlastností a k poruchám při adaptaci (Švarcová, 2000).

Mentální retardace (dále jen MR) je pouze jedním z mnoha osobnostních rysů člověka. Může způsobovat handicapem, význam tohoto termínu můžeme chápat jako omezení či ztrátu příležitosti žít ve společnosti na stejné úrovni jako ostatní. Handicap lze vnímat pouze v porovnání s prostředím-společností, kde se jedinec s MR vyskytuje (Švarcová, 2000).

Až postoje a hodnoty té dané společnosti vytvářejí z MR sociální znevýhodnění (Lečbych, 2008).

Jako jednu z možností dělení příčin vzniku mentální retardace můžeme zvolit například:

- 1) Endogenní faktory – které jsou již „zabudované“ v nejzákladnějších strukturách a systémech ženských a mužských pohlavních buněk, jejichž splynutím vzniká zárodek nového jedince. Jedná se tedy o příčiny genetické.
- 2) Exogenní faktory – do této skupiny se zahrnuje vliv vnějších faktorů na utváření jedince v období prenatalního, dále vlivy v období perinatálním, postnatálním a v období raného dětství (Matulay a kol., 1986).

Konkrétními vlivy mohou být např. infekce a intoxikace (prenatální - kongenitální syfilis, toxemie matky, v postnatálním období - zánět mozku a podobně). Dále pak úrazy a fyzikální vlivy (novorozenecká hypoxie, postnatální poranění mozku apod.). Také poruchy výměny látek a výživy, anomálie chromozomů, nezralost, ale také psychosociální deprivace – vliv nepříznivých sociokulturních podmínek, který snižuje vývoj intelektu jedince (Švarcová, 2000).

Přesto však až většina vzniku mentální retardace především v pásmu mírné MR má nejasný původ (Matulay a kol., 1986, také Lečbych, 2008). Na vzniku MR se mohou

podílet současně endogenní i exogenní příčiny, proto je mnohdy složité, určit etiologii vzniku MR. V případě působení exogenních faktorů se nemusí vždy jednat o příčinu vzniku MR, ale tyto vnější vlivy mohou být jakýmsi „spouštěčem“ projevů patologie dědičnosti (Matulay a kol., 1986).

IQ jedince nemá pro výchovu a vzdělávání jedince výlučný význam, je potřeba zohledňovat a zaměřit se na další aspekty osobnosti, úroveň socializace, možnost integrace do běžné intaktní společnosti a také to, zda jedinec dokáže či nedokáže řešit většinu sociálních situací (Krejčířová, 2007).

Nejběžnější projevy typické pro jedince s mentální retardací:

- Zvýšená závislost na rodičích a druhých lidech, také zvýšená potřeba uspokojení a jistoty
- Infantilnost osobnosti
- Zvýšená pohotovost k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování, citová vzrušivost, labilita nálad
- Konformnost se skupinou
- Sugestibilita a rigidita chování
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého „já“
- Opožděný psychosexuální vývoj
- Nerovnováha aspirací a výkonů
- Poruchy poznávacích procesů, primitivnost a konkrétnost úsudků, neschopnost myslet v abstraktních pojmech, ulpívání na detailech, snížená mechanická a logická paměť apod. (Krejčířová, 2007).

3.1 Stupně mentálního postižení

Poslední platná revize klasifikace mentální retardace zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, vymezuje MR do šesti základních kategorií:

Lehká mentální retardace (dále jen LMR), IQ 50–69 (F70) - odpovídá mentálnímu věku 9-12 let

Tato diagnóza zahrnuje:

- „slabomyslnost,
- lehkou mentální subnormalitu,
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu)“ (Švarcová, 2000)

Jedinci s LMR dosahují schopnosti účelně užívat řeč přesto, že si mluvu osvojují opožděně. Vývoj praktických dovedností je pomalejší, přesto si je dokáží osvojit. Mohou také zcela dosáhnout nezávislosti v osobní starosti o sebe sama co se týče hygienických návyků, příjmu jídla apod. V případě výchovy a vzdělávání jedinců s tímto postižením je dobré se zaměřit na rozvoj jejich dovedností a vyvažování nedostatků, zvládnou praktickou činnost, oproti oblasti teoretické je úroveň zaostává (Švarcová, 2000).

Platí, že při rozvoji jedince s LMR mají největší význam sociokulturní činitelé (Matulay a kol., 1986). Jedinci s lehkou MR jsou většinou schopni se vzdělávat a vyučít pro základní pracovní obory, měli by dosáhnout úplné či částečné samostatnosti (Matulay a kol., 1986).

U osob s tímto stupněm mentálního postižení se mohou projevit další přidružené vývojové poruchy, epileptické záchvaty, tělesné postižení apod. (Švarcová, 2000).

Středně těžká mentální retardace (dále jen SMR), IQ 35–49 (F71) - odpovídá mentálnímu věku 6-9 let

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu).

V případě postižení SMR je omezena schopnost sebeobsluhy a manuální zručnosti. Je výrazně opožděn rozvoj a chápání jako takové. Vhodným pedagogickým přístupem mohou tito jedinci získat základní vědomosti a dovednosti. Pokud jsou zadané úkoly dostatečně strukturované, jsou schopni vykonávat pod dohledem jednoduché manuální práce. Jen zřídka však v dospělosti vedou zcela samostatný život.

U jedinců se SMR s často vyskytují tělesná postižení, epilepsie a neurologická onemocnění. Převážná většina je schopná chůze bez dopomoci. Objevují se velké rozdíly v používání verbální řeči, přičemž někteří chápou jednoduché mluvené pokyny, sami gestikulují, osvojují si formy nonverbální komunikace. Někteří se nenaučí mluvit nikdy (Švarcová, 2000).

Jedinci klasifikováni pro středně těžký stupeň MR si mohou osvojit základy sebeobsluhy,

jednoduchou pracovní zručnost s vedením jiné osoby, někteří jsou schopni se řečí dorozumívat s okolím (Matulay a kol., 1986).

Těžká mentální retardace (dále jen TMR), IQ 20–34 (F72) – odpovídá mentálnímu věku 3-6 let

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu
- těžkou oligofrenii

Jedinci s TMR se organickou etiologií a přidruženými stavy postižení v mnohém podobají jedincům se SMR. Mívají vadný vývoj ústředního nervového systému a značné poruchy motoriky. V případě dostatečné výchovné, vzdělávací a rehabilitační péče může u těchto jedinců dojít ke zlepšování rozumových schopností a rozvoji motoriky (Švarcová, 2000).

Jedinci s těžkým stupněm MR vyžadují neustálý dohled, mohou se naučit jednoduchým úkonům sebeobsluhy a jednoduchým pracovními úkolům pod stálým přímým vedením jiné osoby. Pomocí mluvené řeči se dorozumívají jen těžko, mohou si však některá slova osvojit (Matulay a kol., 1986).

Hluboká mentální retardace (dále jen HMR), IQ je nižší než 20 (F73) – odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu
- hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii)

Jedinci s HMR jsou v případě sebeobsluhy zcela odkázáni na přítomnost a pomoc jiné osoby, většinou jsou imobilní, v nejlepším případě jsou schopni pouze rudimentární mimoslovní komunikace. Běžnými přidruženými postiženími jsou epilepsie, neurologické a jiné somatické nedostatky postihující hybnost, poškození zraku a sluchu (Švarcová, 2000).

Jedinci s hlubokou MR neovládají mluvenou řeč, zpravidla jsou odkázáni na pomoc a péči jiné osoby, mohou se naučit některé úkony sebeobsluhy. Velmi často jsou souběžně s MR postiženi i jinou přidruženou chorobou či postižením (Matulay a kol., 1986).

Jiná mentální retardace (F78)

Do této kategorie se započítávají jedinci např. s těžkými poruchami chování, autisté, osoby nevidomé či neslyšící, nemluvící a to z toho důvodu, že je u těchto znesnadněno použití obvyklých metod zjištění stupně MR.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS
- mentální subnormalitu NS
- oligofrenii NS

Pokud není možné zařadit jedince do některé z výše uvedených kategorií, přisuzuje se mu právě tato kategorie. Zde se řadí jedinci, jejichž snížené rozumové schopnosti zpravidla nemají souvislost s organickým poškozením mozku. Normální rozvoj těchto jedinců je zapříčiněn působením jiných faktorů, např. sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod., tito se však nepovažují za jedince s mentálním postižením.

3.2 Volní úsilí jedinců s mentálním postižením

Na začlenění člověka s mentální retardací do společnosti má vliv celá řada aspektů, mimo jiné i emocionální stránka jeho osobnosti a úroveň volních vlastností. Uvedené je nutné pro proces učení a podmínkou pro ovládání chování člověka (Švarcová, 2000).

V literatuře současné doby je ve shrnutí k volním projevům mentálně postižených uvedeno, že je výchova vůle složitější a má dlouhodobější charakter, což pramení ze zvláštností a specifikací jejich vývoje (Valenta, Krejčířová, 1997). Dále “ Ve volních projevech MP je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulsivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volních činností)“ (Valenta, Müller, 2003). Zásadní projev abulie spočívá v nemožnosti podřízení svého chování určenému úkolu. Také je poukazováno na malé množství snahy a neschopnost jedinců s MP řídit své jednání (Valenta, Krejčířová, 1997). Hypobulie (pokles volní činnosti) se u dětí s MP projevuje především z důvodu nízké či žádné přirozené potřeby

konat daným způsobem. MP nejsou schopni si sami ověřit a srovnat z vlastních zkušeností, k jakému cíli mají zaměřit své volní úsilí. Proto často a bez připomínek přijímají pokyny a rady okolní společnosti. MP se spíše podřizuje vlastním afektivním impulsům a bezprostřednímu dění, nepřemýšlí o následcích svého jednání a koná.

Rozvoj volních vlastností dětí s MP je bezprostředně závislý na míře rozvoje jejich potřeb. Rozpor či neuspokojení potřeby může být vyvolán stavem vnitřního napětí souvisejícím s motivací. Významnější je motivace vycházející z vnitřních podnětů člověka (dělám to ve svůj prospěch, naučené mi pomůže v praxi apod.) než motivace vnější (strach z trestu). Důležitý je také rozdíl mezi pozitivní (úspěch) a negativní emocí (očekávání nepříjemností v podobě nespokojenosti učitele, rodičů apod.) Pro děti s MP je třeba volit motivaci co možná nejvíce zajímavou a poutavou, pokud možno praktického nikoli abstraktního významu (Valenta, Krejčířová, 1997).

Vůlí můžeme označit uvědomělé a cílevědomé jednání různého stupně. Za nedostatek volního faktoru je považována neschopnost řídit své jednání a tímto překonávat úskalí. Obecně dle poznatků autorů zabývajících se otázkami mentální retardace se tito jedinci vyznačují nesamostatností a nedostatkem iniciativy. Projev nízké úrovně volního úsilí se projevuje v různých oblastech v různé intenzitě. Především dítě s MR si není schopno odříci, co aktuálně požaduje ani v případě výhledově zajímavější a významnější věci či události, která je však přítomnosti vzdálená. Přestože dítě dokáže přijmout pokyny a rady lidí ve svém okolí bez jakýchkoli poznámek a dotazů, což je způsobeno nedostatkem schopnosti ověřit si jejich podstatu v závislosti na získaných zkušenostech, popř. vlastních zájmech, dokáže na druhou stranu také těmto rozumným pokynům a požadavkům vzdorovat (Švarcová, 2000). „Všechny tyto zdánlivé kontrasty volních projevů (neiniciativnost a neovladatelnost, sugestibilita a tvrdohlavost apod.) jsou projevy nezralé osobnosti,“ (Švarcová, 2000).

K nezralosti osoby dochází z důvodu mylného uspořádání životních potřeb člověka, dítě nerozumí smyslové podstatě toho, co je od něj požadováno. Řídí se vlastními pocity a prožitky, což s výše uvedeným nekoresponduje.

Vzhledem k popsanému dochází u těchto jedinců k primitivním bezprostředním reakcím na podněty zevnějšku, ke kterým se řadí okamžité impulzivní reakce, jež jsou v rozporu jak s potřebami jedince, tak i s jeho vztahy a postoji. Jelikož se jedinec s MR řídí časově nejbližšími a nejjednoduššími motivy, je zapotřebí při práci s ním klást úkoly, aby jejich cíle, byť dílčí, šly dosáhnout v krátkém časovém horizontu. Vzdálenějším a složitějším motivům

nerozumí a nepřijímá je přesto, že vzdálená odměna je hodnotnější.

Vedení k vývoji volního úsilí je zvláště u jedinců s MR složitý a dlouhodobý proces, který závisí na závažnosti jejich postižení a osobnostních rysech. Přestože se může jednat o dlouhodobý a obtížný proces, je v životě jedince volní úsilí důležité k jeho celkovému rozvoji, bez tohoto by nebyl schopen dostat splnění ani těch nejjednodušších úkolů (Švarcová, 2000).

„Sebeovládání je chápáno jako komplexní systém, který umožňuje jedinci prozkoumat prostředí a vlastní repertoár strategií pro zvládnání jeho nároků, schopnost činit rozhodnutí o tom, jak jednat, odhadnout úspěch výsledku akce a přezkoumávat vlastní plány. Sebeovládání zahrnuje pozorování sebe sama, ohodnocení vlastního chování, výchovu sebe sama a sebeocení. Sebeovládání je kombinací konativních, kognitivních a dopingových strategií“ (Lečbých, 2008).

3.3 Pozornost jedinců s mentálním postižením

Pozornost řadíme mezi kognitivní funkce, souvisí s vnímáním a poznáním. Můžeme ji dělit na podmíněnou-kdy hovoříme například o reakci na silné podněty sluchové, zrakové, emotivní apod. a podmíněnou, která úzce souvisí s volní složkou.

Pro člověka s mentálním postižením je typická zvýšená unavitelnost a rozptýlenost v oblasti udržení pozornosti, také nízký rozptyl sledovaného pole a snížena schopnost rozložení pozornosti více podnětům. Bývají obdařeni menší zvědavostí a pasivitou v interpersonálních vztazích. Doba udržení záměrné pozornosti je kratší než je tomu u intaktní populace, hovoří se o době 15-20 min., po této době je nutný nástup relaxace (Valenta, Krejčířová, 1997).

3.4 Aspirace jedinců s mentálním postižením

Aspirace je další kognitivní složkou při volní jednání. Její stabilita určuje míru duševního zdraví celkové připravenosti. Pro člověka s mentálním postižením je typické, že se více uchyluje buďto k nižší nebo naopak vyšší úrovni aspirace, tedy tíhne k přeceňování se či naopak podceňování sebe sama, uvedené nemívá v požadované rovnováze. Hodnocení osobnosti vychází jednak z vlastního nitra každého, ale také ze společenského okolí. Nižší úroveň aspirace je často způsobena přechodem ze základní školy do třídy dětí s mentálním postižením, což je nejspíše dáno předchozím „zaškatulkováním“ žáka jako jednoho

z nejslabších v kolektivu. Úroveň aspirace se však v nové třídě často zvyšuje vzhledem k mentální úrovni a tedy i výkonům ostatních dětí. Dle výzkumu však úroveň aspirace nezávisí výhradně na obecné inteligenci, vyplývá to z podobnosti úrovně aspirace neurasteniků, kteří v případě neúspěchu reagují obdobně (Valenta, Krejčířová, 1997).

4 STÁŘÍ

4.1 Historické pojetí stáří

V době kamenné díky žití a fungování skupiny jako celku, který se musel po vyčerpání zdroje lovišť a pastvin přesouvat na nová loviště nemohli tehdejší předci brát ohledy na pomalé a nemocné starce, jež celou skupinu zdržovali a pokračovali dál v cestě za obživou i za cenu, že tyto nechali „napospas osudu“, což byl přirozený úděl každého a nelze to však považovat za nespravedlivé (Hovorka, 1986).

Ve starém Egyptě byli učitelé starého věku uctíváni a to i v případech starců, kteří učiteli nebyli.

Podobně tomu tak bylo i v arabských zemích, kde se zrodily poznatky v oblasti lékařství, které ovlivňují již po dlouhá staletí evropské lékařství, v mnohém dokonce dodnes.

Velmi příznivě a uctivě se stavěli ke stáří také Číňané, kteří drželi po smrti svého předka dlouhou dobu smutek, pohřeb byl natolik velkolepý, že se mnohdy rodina mrtvého zbavovala dluhů ještě několik desetiletí poté.

Obdobně měli úctu ke stáří i předci v Africe, ve staré Indii (Hovorka, 1986).

Ve starém Řecku a Římě starci opovrhovali, vnímali je jako nepotřebné a neschopné, ve Spartě je shazovali do propasti, ve starém Římě je zas házeli do řeky. Sofoklés jako jeden z mála doporučoval, aby staří lidé zastávali vysoké postavení. Homér považoval starého Nestora za nejmoudřejšího v Řecku (Hovorka, 1986).

V Antice se filozofové zabývali myšlenkou stáří, nad kterou přemýšleli a své názory vkládali do básní a aforismů. Platón viděl ve stáří přínos životní harmonie, opatrnosti a prohloubení moudrosti. Také byl přesvědčen, že starý člověk dovede lépe hodnotit kvality života, lépe jej prožívá, dozrál jeho úsudek. Někteří autoři (Sokrates) se však při prodloužení délky života obává slepoty, hluchoty, zapomínání a neschopnosti se učit. Seneca nazývá stáří nevyléčitelnou nemocí. Lékař Galén naproti tomu považuje stáří za nikoli za nemoc, ale určitý stav organismu (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský, 1994). Je to dle něj stav zdraví, kdy došlo k poruše rovnováhy (Hovorka 1986).

Ve středověku panoval strach ze stáří, úvahy a bádání o něm bylo potlačeno na okraj zájmu tehdejší společnosti, která se nezabývala zkoumáním této oblasti.

S příchodem osvícenství, rozvojem lékařských věd došlo ke zjištění dalších poznatků poslední etapy života. Vědci 19. stol. vytvořili první hodnotné základy pro rozvoj pozdějších

věd jako je geriatrie a gerontopsychiatrie (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994).

Průměrná délka lidského života se většinou během času prodlužuje, což je připisováno především zlepšení hygieny, vytvoření kanalizace, zásobení pitnou vodou, lepší dostupností potravin. Ještě na počátku 20. století byl lidský život často předčasně ukončen infekční chorobou. S nástupem očkování, antibiotik a dalších lékařských opatření se tato situace výrazně zlepšila. Několikanásobně se také snížila úmrtnost novorozeňat, kojenců a mladých matek při porodu. Umíralo se z jiných příčin také z důvodu, že se lidé nedoživali vlivem výše uvedeného tak vysokého věku jako dnes, aby je mohly postihnout choroby kardiovaskulárního systému charakteristické pro vyšší věk apod. Příčiny úmrtí se v průběhu času mění, v současnosti je problémem zdravého života obezita, která působí celou řadu nemocí jako cukrovka, kardiovaskulární onemocnění (srdeční infarkt, mozková mrtvice) a rakovina. Lékařská pomoc při akutních stavech jako infarkt a mozková mrtvice je lepší a rychlejší, dříve by byl tento stav pro člověka zcela jistě smrtelný, přispívají také pravidelné preventivní lékařské kontroly.

Jsou však země, kde se průměrná délka života zkracuje vlivem, v Africe je to způsobeno epidemií AIDS a jinými infekčními onemocněními, př. malárie a tuberkulóza. Ale také ekonomickou krizí, politickými konflikty, násilím, následným alkoholismem (Gruss, 2009).

4.2 Vymezení období stáří

Vymezení období stáří se dle autorů jednotlivých literárních zdrojů liší. Jedním mezníkem vytyčení věku stáří je dosažení kalendářního věku 60 let.

Dále dělí stáří na:

- Rané stáří: 60-74 let (senescence, počínající, časně stáří)
- Vlastní stáří: 75-89 let (kmetství, sénium, vlastní stáří)
- Dlouhověkost: 90 a více let (patriarchum, dlouhověkost) (Příhoda, 1974).

Jiné vymezení počátku období stáří dle Neugartenové (1966):

- Mladí senioři: 65-74 let
- Staří senioři: 75-84 let
- Velmi staří senioři: 85 let a výše

(http://geron.psu.edu/sls/publications/stbty_adlt_per_traits.pdf)

Stáří můžeme dále určit dle:

Biologického stáří, což je označení určité míry involučních změn, mezi které řadíme pokles funkční zdatnosti, atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů. Konkrétně se jedná o zmenšování vzrůstu jedince vlivem snižování meziobratlových plotének, úbytkem svalové hmoty a napětí svalu, také úbytkem kostní hmoty a změnami na kloubech, ubývání podkožního tuku, vody v kůži a změny pojiva, vedou ke změnám, kdy se kůže stává suchou, vráscitou. Dále šedivění vlasů, poklesu vitální kapacity plic, snížení funkce štítné žlázy, změnám hladiny pohlavních hormonů apod. Dochází ke zhoršení funkce smyslových orgánů (Kozáková, Müller, 2006).

Sociální stáří se určuje splněním určitého kritéria sociálního prostředí, ve kterém člověk žije. Jedná se mimo jiné o stanovení hranice důchodového věku a s tím související odchod do penze a vyplácení důchodcovských dávek, dochází ke změnám životního způsobu a ekonomického zajištění

Psychické stáří se projevuje jeho vlastní reakcí na nástup stáří, objevováním charakteristických psychických změn, osobnostními rysy každého. Stáří přináší odvracení se od hodnot materiálních k hodnotám duchovním, od altruismu k egocentrismu apod.

Dle toho, jak se v daném věku člověk sám cítí se odvíjí projev v názorech, postojích i činech (Kozáková, Müller, 2006).

4.3 Charakteristika stáří

Stáří je dle Vágnerové poslední etapou života, je označována jako postvývojová, je označována jako přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti).

Jeho počátek se nazývá rané stáří a je to prvním po období dospělosti. Jeho období se uvádí od 60 do 75 let. V tomto období dochází k přirozeným změnám doprovázejícím stárnutí, které mu však nemusejí znemožnit aktivní a nezávislý život, jedná se o období relativní svobody, nese s sebou nadhled a moudrost, pocit naplnění, také však nutnou proměnu osobnosti směřující ke konci života. Jedním z hlavních cílů stáří je dosažení integrity v pojetí vlastního života (Vágnerová, 2007). U starých lidí pozorujeme selhávání pozornosti a paměti, dochází k poklesu i jiných duševních schopností, přizpůsobování, rychlosti vedení nervových vzruchů po nervech apod. Avšak i ve věku stáří 75 a 80 let představili vědci jako Archimédes

a Edison své nové objevy (Hovorka, 1986).

V naší společnosti se k tématu stáří vyjadřují především ekonomové, v souvislosti s odchodem do důchodu a vyplácením důchodcovských dávek, také lékaři v souvislosti s léčbou nemocí stáří (Tošnerová, 2009). Postoj ke stáří se v každém vývojovém období a v každé zemi vždy lišil. V současné společnosti nejen v ČR je postoj k seniorům spíše negativní, jsou hodnoceni ve smyslu, že mnohé potřebují a nic společnosti nepřinášejí. Náhledu na stáří také nepřispívá ani současný moderní pohled na člověka, který je posuzován z hlediska mládí a celkové tělesné krásy (Vágnerová, 2000). Snažme se pozorovat stáří i z jiných daleko zajímavějších a pro společnost přínosnějších stránek, než jen pokládat v seniory jako slabé, bezmocné osoby závislé na cizí pomoci, kteří často čelí ignoraci okolí, strachu ze ztráty autonomie apod. (Tošnerová, 2009). „Zdraví má ve stáří jiné dimenze – za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný“ (Vágnerová, 2000).

Dlouholetým bádáním bylo zjištěno, že délka života je jednak geneticky předurčena, také je ovlivněna životním (vnějším) prostředím, životním stylem každého jedince, množstvím, průběhem a typem prodělaných nemocí (Kozáková, Müller, 2006). Genetické dispozice průběhu stárnutí a délky života ovlivňují rychlost a kvalitu stárnutí. Délka života a předpokládaný průběh procesu stárnutí je závislý na pohlaví jedince, ženy se dožívají průměrně delšího věku než muži. Sekundárně podmíněné stárnutí je u každého jedince stejně tak jako stárnutí primární různé, různý je i průběh stárnutí jednotlivých funkcí a systémů lidského těla. Mimo výše uvedené řadíme do druhotného stárnutí také výživu jedince a zatěžování jednotlivých funkcí (Vágnerová, 2000). Involuční změny stárnutí vedou ke snadnější zranitelnosti organismu, poklesu schopností a výkonnosti, toto vede až ke konečné smrti člověka – nejen člověka (Kozáková, Müller, 2006). „Stáří není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí“ (Vágnerová, 2000).

Literatura uvádí nejrůznější pohledy na otázku, kdy vlastně začíná člověk stárnout. Je však zřetelné, že se vzhledem k historii se průměrná délka lidského života prodlužuje a to především vlivem větší úrovně lékařské péče.

Příchod stáří mívá vliv na psychomotorické tempo, kdy dochází k jeho zpomalování, přináší horšení aktuální paměti a udržení nových poznatků, přičemž si však senioři velmi dobře vybavují vzpomínky z minulosti, mají nižší koncentraci pozornosti, bývá citlivější, hůře zvládá emoce, zpomaluje se rychlost rozhodování a reakční rychlost.

Někteří lidé dosahují s věkem moudrosti, dokáží porozumět smyslu svého života .

V pozdějším stáří se lidé často soustředí na své problémy a na sebe sama. Nebezpečná může být izolace, nedostatek sociálních kontaktů, emoční deprivace, pocit opuštěnosti. Někteří však využívají samotu k užívání klidu a soustředění se na prožitky vlastní osoby, stoupá význam rodiny, kvalitní vzájemné kontakty ovlivňují i psychologickou adaptabilitu prarodičů. (Kozáková, Müller, 2006).

U každého jedince se mohou projevit různé postoje ke stavu stárnutí a stáří, někteří mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých nebo naopak k přehnané aktivitě, dále aktivní přístup k realitě vyššího věku či nadměrná sebekritičnost, jejíž příčinou může být pocit neuspokojivě prožitého života a pocitu selhání (Kozáková, Müller, 2006).

Pokud si zvolíme jako cíl období stáří dle Vágnerové tzv. dosažení integrity lze ji blíže objasnit v několika bodech:

- 1) Pravdivost k vlastní osobě - je zapotřebí ohlédnout se, ohodnotit uplynulý život a smířit se všemi nezdary, které jej provázely. Nevyčítat si, co se nepodařilo uskutečnit a nesnažit se již nic měnit, spíše přijmout ho takový jaký byl i se všemi negativy. Je zapotřebí se obrátit ke skutečným hodnotám.
- 2) Smíření, že v období stáří již nelze uskutečňovat zásadní životní změny. Projevuje se stabilizace a generalizace postoje k životu, prožité zkušenosti umožňují nadhled nad vznikajícími situacemi, staří lidé jsou schopni chápat život v jeho širších souvislostech.
- 3) Kontinuita - pochopení vlastního života ve vztahu k minulosti, k budoucnosti a jako části celku společnosti (Vágnerová, 2007).

Cílem období stáří, které následuje po období dospělosti, ve kterém se uskutečnilo zplození potomstva, ekonomické zajištění a člověk si vytvořil sociální postavení je rozvoj vlastní osobnosti. Což zahrnuje omezení aktivity, které byly v minulosti nezbytné, může žít daleko svobodněji nezatěžován již splněnými povinnostmi a závazky. Zužuje své zájmy a soustředí se na rozvoj sebe sama. Při soustředění se na vlastní osobu může starý člověk nalézt uspokojení, realizovat doposud nesplněné potřeby, byť se mohou ostatním zdát jako malicherné či bezvýznamné. Avšak pokud si nedokáže najít náplň volného času, může to pro něj znamenat psychickou zátěž. Někdy dochází k pocitům marnosti chybění smyslu života.

Mělo by dojít k harmonizaci veškerých složek osobnosti, ať už vědomých či nevědomých. Člověk by se měl vyrovnávat s nastanuvším koncem života (Vágnerová, 2007). Člověk, který má ve stáří stále partnera a odchází do důchodu, si vytváří s protějškem nové časové rozdělení a uspořádání celého dne, partneři na sebe mají najednou stále více času. Mohou nalézat zábavu a uspokojení v objevení nových věcí, v případě starostí o vnoučata se mohou naučit ovládat internet, který pro ně znamená spojení se světem, přičemž nevychází z každodenního aktuálního dění (Tošnerová, 2009). Tělesná i duševní zdatnost současných sedmdesátníků odpovídá zdatnosti šedesátníkům před 30 lety, což je dáno mimo jiné i zlepšením lékařské péče (Gruss, 2009). Dle Junga se starý člověk odvrací stále více do svého nevědomí a vrací se ke svým kořenům.

Starý člověk se musí naučit- zaměřit se na skutečně významné věci, těšit se z toho, co zůstalo zachováno a akceptovat to, co již nelze změnit. Identita staršího člověka je vázána na jistou sociální skupinu, místo a příslušnost k určitým lidem. Velmi důležitou roli hraje rodina.

Mimo tělesné změny, kdy dochází k celkovému úpadku smyslového vnímání, funkčnosti orgánů-používání kompenzačních pomůcek, celkové zpomalenosti organismu a reakcí, dochází na sklonku stáří také k psychickým změnám, nastávají obtíže s vtiskováním nových věcí do paměti, přičemž vybavování si dříve uchovaných vzpomínek se mohou v paměti uchovat velmi dlouho, avšak starší lidé mívají problém s jejich vybavením, snižuje se frustrační tolerance, což jsou změny, které považujeme za normální, jelikož jsou pouhým projevem stárnutí. Dále také dochází ke změnám vyvolaným určitým chorobným procesem (Vágnerová, 2000).

Proces stárnutí má za následek různé strukturální a funkční změny. Dochází k proměně většiny kognitivních funkcí, jejich zhoršení bývá nerovnoměrné. Mozková tkáň atrofuje, zhoršuje se propojení jednotlivých jeho oblastí apod., další změny ve struktuře mozku mají za následek horšení udržení pozornosti, paměti a exekutivních funkcí jako jsou schopnost plánovat, selekce informací apod. (Vágnerová, 2007). Kvalita duševních schopností starších lidí nemá však jen sestupnou tendenci. Některým kategoriím, které spoluutvářejí komplex inteligence, stáří prospívá. Pokud rozdělíme inteligenci na tzv. fluidní (biologická, vrozená, abstraktní) a krystalickou (kulturní, konkrétní), dojdeme k závěru, že v případě inteligence fluidní dochází ke stárnutí velmi brzy, tato zajišťuje základní mechanismy příjmu a zpracování informací, jež se odráží v její rychlosti a přesnosti, také se horší kvalita krátkodobé paměti, fluidní inteligence se přestane rozvíjet a upadá okolo 40. roku věku. Je důležitá zjm. při učení, proto starším lidem trvá daleko déle naučit se novým věcem, také více

chybují. Krystalická pojímá nabyté poznatky a zkušenosti, zůstává dlouho funkční a do jisté míry se stále rozvíjí, je to jakýsi systém vědomostí. Jsou to kulturně vázané dovednosti a schopnosti jako třeba mluva, profesní vědomosti sociální inteligence, pramení z každodenních a životních zkušeností. Tyto dovednosti a vědomosti fungují dobře až do pozdního věku. Velmi dobré výsledky vykazuje i emocionální inteligence a moudrost, která taktéž pramení z celoživotní a historické zkušenosti, podobně je tomu v určitých oblastech umění a vysoce odborných profesních znalostech (Gruss, 2009).

Ve stáří se mění poměr mezi senzoricou, senzomotorikou a kognicí. K dosažení senzomotorické činnosti musí starší člověk oproti př. mladšímu dospělému výrazně zvýšit svou pozornost. Tím, že je psychická činnost stárnoucího člověka v mnohých ohledech zhoršena, musí v tomto případě vynaložit zvýšené úsilí. Mladý dospělý vynaloží pro schopnost vidění, slyšení a kontroly rovnováhy pouze velmi nepatrný díl svých kognitivních zdrojů. Kognitivní zdroje, jež jsou potřebné ke kompenzaci ochablých smyslů během stáří, stále více ubývají, dochází ke zhoršení kontrolované pozornosti-vědomé, volní a pracovní paměti. Pozornost si ve stáří vyžaduje i obyčejná chůze (Gruss, 2009).

Ve stáří se tedy zhoršuje kvalita udržení pozornosti, jako u všech hraje velkou roli míra motivace k jejímu udržení a schopnost eliminovat nepodstatné a rušivé podněty. Jedná-li se o dobře naučenou a zapamatovanou činnost, která se stala již automatickou, pak udržení pozornosti není tak náročné jako u zaměřování pozornosti na nové podněty. Toto je způsobeno snadnějším odpoutáváním pozornosti rušivými vlivy. Nedokáží se soustředit na více podnětů najednou (Vágnerová, 2007).

Proto můžeme v případě seniorů užít kompenzační pomůcky např. v podobě hole při chůzi, díky níž snížíme množství kognitivních zdrojů, pak můžeme zaměřit pozornost i na jiné podněty. Při práci, kdy je třeba se soustředit na výkon, odstraníme rušivé zvuky, pomůže dobře osvětlená místnost (Gruss, 2009).

S obtížnější koncentrací a větší unavitelností pozornosti souvisí ve značné míře i horšení paměti, toto je způsobeno i strukturálními mozgovými změnami, popř. nemocemi jako diabetes mellitus apod. (Vágnerová, 2007). Spolu s krátkodobou pamětí se také zkracuje doba hlubokého spánku. V současnosti lze pomocí léků paměťovou výkonnost zlepšit (Gruss, 2009). Naopak tzv. sémantická paměť, jejímž obsahem jsou obecné znalosti bývá mnohem trvanlivější (Vágnerová, 2000).

V případě vysokého stáří je učení nových kognitivních strategií jako jsou třeba paměťové techniky stále obtížnější a namáhavější, lidé v období tzv. kmetství, tedy v rozmezí 90-100

let nejsou téměř schopni se naučit uvedeno zcela konkrétně různým mnemotechnickým pomůckám. Mezi vitálním obdobím raného stáří a obdobím vysokého stáří je z hlediska rozumového potenciálu propastný rozdíl (Gruss, 2009).

4.4 Volní úsilí seniorů

Kromě výše zmíněných změn dochází také ke zpomalení a oslabení regulačních funkcí, mezi něž řadíme emoce a volní vlastnosti, snižuje se schopnost zvládat zátěžové situace. Autoregulační zhoršení mohou zapříčiňovat biologické i sociální příčiny. Mezi biologické příčiny můžeme počítat mozkové změny uvedené v předchozím textu jako zpomalení a větší dráždivost. Sociální faktory vycházejí z reakce a očekávání okolí. Tím, že se starší lidé důchodového věku již nevyskytují v zaměstnání a zdržují se především v prostorách svého domova, se snížená autoregulace neprojevuje tak nápadně jako v prostředí s určitými nároky.

V případě emoční regulace se jedná převážně o obranný charakter, projevuje se také ovládnutím nálad.

Volní regulace se může v průběhu procesu stárnutí měnit různými způsoby, je komplexnější a zranitelnější. Jde o vědomou složku, která bývá tlumena či posilována i emočně.

Aktivní vůle hraje svou roli zejména při rozhodování, u seniorů bývá inhibována. Tím, že starší lidé ulpívají a jsou nerozhodní, bývá pro přijaté rozhodnutí těžší jej uskutečnit.

V případě vůle pasivní se jedná o schopnost odolávat tlakům a schopnost vytrvat. Totiž stálost, vytrvalost a trpělivost může být ještě silnější, než byla kdy dříve. Schopnost sebeovládání však ve stáří spíše ubývá.

Zejména v pozdním stáří dochází k nesmyslnému ulpívání na nějakém rozhodnutí pouze z důvodu zdůraznění své autonomie, dosažení potvrzení vlastní osobnosti (Vágnerová, 2007). Projevy tvrdohlavosti mohou být také signálem úpadku soudnosti. V procesu stárnutí může docházet k upadání veškerých volních projevů, také k apatii postupné rezignaci. Stárnoucí lidé jsou čím dál méně přístupni jakýmkoli změnám z důvodu horší adaptace na tyto změny, dávají proto přednost životnímu stereotypu (Vágnerová, 2000).

V průběhu procesu stáří se mění mnohé potřeby. Jako jsou potřeba stimulace a otevřenosti novým zkušenostem, jež je výrazně snížena, potřeba sociálního kontaktu, kdy starší lidé potřebují dostatek sociálních podnětů, především s jim známými lidmi, raději se přáteli a stýkají s osobami přibližně stejně vysokého věku. Často vyjadřují tzv. generační solidaritu, kdy projevují soucit jiným lidem především z řad svých vrstevníků (Vágnerová,

2000). Potřebují si však zachovat i své soukromí. Je daleko intenzivnější potřeba citové jistoty a bezpečí. Strach ze smrti svého partnera, své vlastní smrti a onemocnění. Dochází ke smíření s jistou mírou závislosti na pomoci druhých. Potřeba seberealizace ztrácí na významu, či se mění způsob jejího uspokojování. Senioři často vzpomínají na úspěchy z předešlých let a připomínají úspěchy svých dětí a vnoučat, kdy se cítí být za jejich úspěchy spoluodpovědny. Potřebují pocit užitečnosti, o který přicházejí odchodem ze zaměstnání do důchodu (Vágnerová, 2007).

5 CÍLE A HYPOTÉZY

5.1 Cíle práce

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, zda je test „pomalé čáry“ stabilní z hlediska krátkodobého a dlouhodobého časového horizontu pro skupinu jedinců s lehkým a středně těžkým mentálním postižením a seniorů.

Pomocí tohoto testu pak vyhodnotit ukazatel tlumivé složky volního u těchto jedinců.

Dílčím cílem u respondentů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením byla komparace výsledků v závislosti na stupni MP a pohlaví, dále také ověření skutečnosti, zda respondenti s MP zvládnou provedení testu.

U seniorů byla dílčím cílem komparace pohlaví a jejich výkonu, také závislost věku na jejich výkonu.

Získanými výsledky chci přispět do databáze katedry FTK UP v Olomouci, která se tímto problémem zabývala již v minulých letech v rámci komplexního projektu.

Po celkovém vyhodnocení závěrů práce zjistím, zda je vhodné techniku dále použít v praxi pro jiné skupiny lidí a obohatit tak výzkum o další poznatky.

5.2 Hypotézy

Hypotéza je „předpoklad, v němž se na základě řady faktorů vytváří závěr o existenci objektu, souvislosti nebo příčiny jevu, přičemž tento závěr nelze pokládat za zcela dokázaný“ (Skalková J. a kol., 1983).

Správné položení hypotetických otázek by mělo vést k odhalení perspektivy v budoucím vědeckém poznání, musí být patrné, jaké skutečnosti a jak přesně se v ní odráží, podněcuje k ještě neprovedeným výzkumům (Skalková J. a kol., 1983).

Hypotézy jsou formulovány v tzv. nulové podobě:

MP=celkové množství jedinců s lehkým (dále jen LMP) a středně těžkým mentálním postižením (dále jen SMP)

Hypotéza 1:

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s MP

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s LMP

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s SMP

Hypotéza 2: Není statisticky významný rozdíl mezi pohlavím jedinců s MP v provedení testu „pomalé čáry“

Hypotéza 3 : Není statisticky významný rozdíl mezi osobami s LMP a SMP v provedení testu „pomalé čáry“

Hypotéza 4: není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u seniorů

Hypotéza 5: Není statisticky významný rozdíl mezi pohlavím seniorů v provedení testu „pomalé čáry“.

Hypotéza 6 :

Není statisticky významná závislost mezi testem „pomalé čáry“ a věkem žen senierek

Není statisticky významná závislost mezi testem „pomalé čáry“ a věkem mužů seniorů

Není statisticky významná závislost mezi testem „pomalé čáry“ a věkem seniorů

5.3 Úkoly a postupy

1. Zpracovat literární přehled o tématu, analyzovat dokumenty.
2. Seznámit se s technikou pomalé čáry a zvládnout její administraci.
3. Zajistit organizačně šetření v terénu (v tehdejších ÚSP pro respondenty s MP, domovech důchodců a soukromých obydlích pro skupinu seniorů), nezbytná je ochrana osobních dat
4. Realizovat opakované šetření v tehdejších ÚSP, domovech důchodců a soukromých obydlích.
5. Zvládnout základy statistického zpracování, zajistit adekvátní statistické zpracování a zhodnotit významnost výsledků, provést komparaci s předchozími pracemi, studentů FTK
6. Interpretovat výsledky a zpracovat závěrečnou diplomovou zprávu s dokumentací

6 METODIKA PRÁCE

K dosažení odpovědí na výzkumné otázky každé práce je důležitý výběr vhodné metody pro získání a zpracování dat tak, aby vedl k objasnění otázek, jejichž zodpovězení je cílem práce.

Se souhlasem jednotlivých ředitelů (ředitelky) tehdejších ÚSP a domovů důchodců jsem získala informace týkající se stupně mentálního postižení a věku respondentů s MP a věku respondentů seniorů. Použité výchozí informace pro zpracování výsledků testu závisely na pohlaví, věku a stupni MP postižení probandů. K zodpovězení otázek této práce jsem si zvolila metodu „testu pomalé čáry“, která je řazena do projektivních technik, byla používána již v minulosti k hodnocení tlumivé složky volního úsilí a to také v rámci FTK UP v Olomouci. Naměřená data byla vepsána do tabulek a statisticky vyhodnocena.

6.1 Výběr respondentů

Respondenty z populace jedinců s mentálním postižením a populace seniorů jsem si zvolila z důvodu, že jsem měla zájem ověřit použitou projektivní techniku právě u těchto specifických skupin lidí a ověřit si tak vlastnosti a schopnosti, jež jsou popsány ve výše uvedené literatuře, a to zejména poznatky o zvýšené sugestibilitě, citové a volní labilitě, impulsivitě, agresivitě, úzkostnosti a pasivitě u jedinců s MP (Švarcová, 2000). Dále se uvádí, že se u takto postižených jedinců projevují poruchy vůle, nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volních činností (Valenta, Müller, 2003). Chování těchto jedinců řídí momentální potřeby, při požadování výkonu je nutnost klást krátkodobé a přiměřené cíle (Valenta, Krejčířová, 1997).

V procesu stárnutí se volní regulace mění různými způsoby, bývá komplexnější a zranitelnější. Vůle je tlumena či posilována i emočně.

Aktivní vůle, která hraje svou roli zejména při rozhodování, u seniorů bývá inhibována. Starší lidé bývají ulpívaví, jsou nerozhodní.

Stálost, vytrvalost a trpělivost může být silnější, než kdy dříve. Schopnost sebeovládání však ve stáří spíše ubývá (Vágnerová, 2007).

Protože všechny výše uvedené téze nejsou dokumentovány exaktními (měřím, zkoumám)

údaji, pokusím se za pomoci projektivní techniky testu „pomalé čáry“ zjistit validitu těchto tvrzení.

Skupinu probandů pro tuto práci tvořili jedinci s mentálním postižením, které jsem za tímto záměrem navštívila v tehdejších ÚSP (dále jen ÚSP) Jindřichov ve Slezsku, v zařízení Harmonie v Městě Albrechticích.

Dalšími měřenými probandy, u kterých jsem v mé práci použila výše uvedenou projektivní techniku, je skupina seniorů, s nimiž jsem spolupracovala v domovech důchodců v Jindřichově ve Slezsku, Městě Albrechticích, v zařízení sociálních služeb Chválkovice u Olomouce a v soukromých obydlích. Test byl prováděn také mimo jakákoli zařízení podobného typu u samostatně žijících občanů.

V případě probandů s mentálním postižením se výzkumu zúčastnilo celkem 61. Seniorů bylo celkem 57.

Prostudováním příslušných dokumentů jsem zjistila, že se jedinci s MP pohybovali ve věkovém rozmezí 14 až 78 let. Mužů bylo 41 a žen 20. Zjistila jsem, že mentální úroveň spadali do kategorií lehkého a středně těžkého mentálního postižení. Diagnóza LMR v počtu 22 lidí, SMR pak v počtu lidí 39. Počátku testování bylo přítomno i několik jedinců s těžkým mentálním postižením, tito však nebyli schopni obtáhnout linku papíru formátu A4 přes jeho šíři v požadované podobě, z těchto důvodů tedy nesplnili výlučný požadavek pro hodnocení testu.

Testování bylo dále provedeno se seniory v rozmezí od 60 let a výše z důvodu, že dle nejčastějšího vyjádření autorů v literárních pramenech je hranice 60 let věku označována jako počátek stáří člověka nazývaném rané stáří (Příhoda, 1974).

Senioři se účastnili v celkovém počtu 57, z toho 44 žen a 13 mužů ve věkovém rozmezí 62 až 94 let.

Tabulka č. 1. Přehled a počet všech probandů zúčastněných testu „pomalé čáry“

Přehled probandů:	Počet probandů:
JEDINCI S LEHKÝM MP	22
JEDINCI SE STŘEDNĚ TĚŽKÝM MP	39
MUŽI S MP	41
ŽENY S MP	20
CELKEM JEDINCŮ S MP	61
ŽENY SENIORKY DO 70 LET	11
ŽENY SENIORKY NAD 70 LET	33
ŽENY CELKEM	44
MUŽI SENIOŘI	13
CELKEM SENIORŮ	57

6.2 Analýza dokumentů

Pro získání obecných poznatků k objasnění pojmu volní úsilí a veškerých dalších termínů s tímto souvisejících jsem využila informace z vyjmenované odborné literatury, webových stránek, prameny byly vždy v písemné podobě bez využití akustického záznamu či videozáznamu. Pro získávání odborných poznatků jsem využívala výpůjčních služeb zejména knihoven Univerzity Palackého v Olomouci.

K určení kategorie dle stupně mentálního postižení a věku probandů s MP jsem nahlédla do části osobní dokumentace.

Pro získání dat narození probandů seniorů jsem s jejich dovořením nahlédla do jejich osobních dokladů.

V rámci získávání uvedených informací byl dodržen tzv. etický konsensus, osobní data žádného z respondentů, který se účastnil tohoto testování, nebyla kopírována, ani jinak šířena, v diplomové práci byla jména nahrazena čísly.

6.3 Dotazování

Ostatní informace k respondentům jsem získávala dotazováním přímo od účastníků testování a také sociálních pracovníků v zařízeních, kde respondenti pobývají. Informace se týkaly především zjištění, zda se testu účastní dobrovolně, zda rozumí zadání testu a souhlasí s vyhodnocením jejich výkonu.

Test byl zahájen až po provedení výše uvedených zjištění.

6.4 Měření - vlastní užití „testu pomalé čáry“ a jeho administrace

Smyslem realizace tohoto testu za spolupráce respondentů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením a seniorů (zjistit stabilitu projektivní techniky) testu „pomalé čáry“ a její využitelnost v praxi. V praxi to znamená, za jakou dobu jsou respondenti schopni obkreslit linku papíru formátu A4 z jedné strany na druhou - po horizontále. Ideální pro výzkum volního úsilí je obtáhnout čáru v co možná nejdelším čase s co nejmenší odchylkou od linie.

Test provádí každý z respondentů zvlášť a samostatně. Nejprve dochází k vysvětlení úkolu, především pak k přesvědčení se, zda svěřenec rozumí pojmům rychle versus pomalu především u probandů s mentálním postižením (což bylo provedeno na příkladu srovnání rychlosti automobilu a hlemýždě).

Čára předešlého respondenta nesmí být viditelná pro následujícího jedince ani pro něj samotného při dalším opakování testu. Toto jsem zajistila překrytím předchozí vzniklé čáry prázdným listem papíru.

Všechny potřebné instrukce týkající se dodržení zásad pro „test pomalé čáry“ se testovaným popisují před jeho započítím. V průběhu testu již nekomentujeme tempo prováděného úkolu, pouze se kontroluje, aby se pohyb tužky nezastavil a byla neustále v kontaktu s předlohou. Respondent se také musí snažit dodržet linii předlohy.

Test byl prováděn s respondenty s lehkým a středně těžkým mentálním postižením a seniory v dopoledních hodinách 2x za sebou během jednoho dne při běžné psychicky nenáročné činnosti, jako je modelování, malování, práce se dřevem, v době odpočinku apod. To samé bylo následně opakováno znovu po čtyřech dnech (provedena tedy dvě měření pro jednotlivé dny). U některých respondentů s MP se z důvodů špatného či žádného provedení nepodařilo zajistit odběr testovaného vzorku.

Věk, etiologii a pohlaví respondentů jsem zapisovala do vyčleněných sešitů společně

s časovou hodnotou naměřenou od začátku kreslení čáry až po její ukončení. Měření bylo provedeno klasickými stopkami u jedinců s MP s přesností na dvě desetinná místa, u seniorů na hodnotu celého čísla tak, aby jedinec nezaznamenal, že je měřen.

Bylo možné se nejprve společně s probandy přesvědčit, zda dobře porozuměli zadání úkolu a čáru cvičně nakreslit do zvláštního sešitu. Této možnosti jsem s některými testovanými z ÚSP využila.

Všichni respondenti se testu účastnili dobrovolně a samostatně na základě vlastní ochoty. Aplikaci testové metody, která byla prováděna, byl v ÚSP přítomen psychologický poradce, v zařízeních pro seniory byl povětšinou přítomen některý ze zaměstnanců. Byl jim řádně vysvětlen důvod, proč testování podstupují a to jak v případě respondentů seniorů, tak také respondentům s MP, popř. sociálním pracovníkům, kteří o tyto jedince pečovali. Žádný z uvedených neutrpěl na v průběhu výzkumu žádnou psychickou ani fyzickou újmu. I zde byl dodržen etický konsensus.

6.5 Metody zpracování a vyhodnocení získaných dat

Na základě konzultace s odborníkem z oboru statistiky byly formulovány nulové hypotézy, kdy byl na základě jejich obsahu následně použit vhodný test, kdy je dle jeho vyhodnocení hypotéza zamítnuta nebo nikoli.

(<http://new.euromise.org/czech/tajne/ucebnice/html/html/node9.html>)

Pokud zamítneme nulovou hypotézu, která porovnává statisticky významný rozdíl mezi dvěma skupinami respondentů, budeme tvrdit, že existuje statisticky významný rozdíl v daném test mezi těmito dvěma skupinami. Pokud nulovou hypotézu nezamítneme, tvrdíme, že rozdíl není. Toto všechno má ve výsledku určitou míru pravděpodobnosti, nebo určité hladinu významnosti (Jan Hendl, 2004).

Pro zpracování naměřených hodnot podle kritérií pohlaví, věk a diagnóza MP byly jako výchozí parametry pro níže uvedené použité metody prvotně provedeny výpočty aritmetického průměru, mediánu, směrodatné odchylka a minimální a maximální hodnota v jednotlivých testech prvního a druhého dne (Anděl J., 1978).

Ze získaných hodnot byl proveden výpočet koeficientu ICC pro posouzení stability testu z hlediska krátkodobého a dlouhodobého časového horizontu (Hendl, 2004).

Pro posouzení závislosti věku seniorů na jejich výkon byl použit výpočet pomocí

Pearsonova korelačního koeficientu (dále jen KK) (Horák & Chráska, 1989).

Ke zjištění a komparaci výkonů v závislosti na pohlaví jedinců s MP a seniorů a také stupni MP u mentálně postižených jedinců byla použita metoda jednofaktorové analýzy rozptylu pro opakovaná měření (Hendl, 2004).

Pro posouzení rozdílu mezi jednotlivými příslušnými kategoriemi bylo použito Fisherova LSD testu.

V celé práci budeme mluvit o statistické významnosti v případě, kdy hladina statistické významnosti pro zamítnutí nulové hypotézy bude menší než 0,05 (Hendl, 2004).

Statistické výpočty byly provedeny v programu STATISTICA verze 9.

Počet respondentů s mentálním postižením i seniorů při provádějících testování v mé práci je dostačující k dosažení spolehlivého výsledku pro vytyčené hypotézy vyjma malého množství respondentů mužů seniorů. V ostatních případech byla data zpracována jen takovou metodou, pro kterou byl počet respondentů adekvátní k dosažení spolehlivých hodnot.

7 VÝSLEDKY

- (1. měření popisuje hodnotu dvou po sobě jdoucích měření v prvním dni)
- (2. měření popisuje hodnotu dvou po sobě jdoucích měření ve druhém dni)

7.1 Výsledky respondentů s mentálním postižením

MP= mentální postižení

LMP= lehké mentální postižení

SMP= středně těžké mentální postižení

Hypotéza 1:

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s MP

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s LMP

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s SMP

1. měřením jedinců s MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,88809$

2. měřením všech jedinců s MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,91919$

měřením všech 4 výsledků všech jedinců s MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,88023$

1. měřením jedinců s lehkým MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,91548$

2. měřením jedinců s lehkým MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,89876$

měřením všech 4 výsledků všech jedinců s MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,93566$

1. měřením jedinců se středně těžkým MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,92896$

2. měřením jedinců se středně těžkým MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,93620$

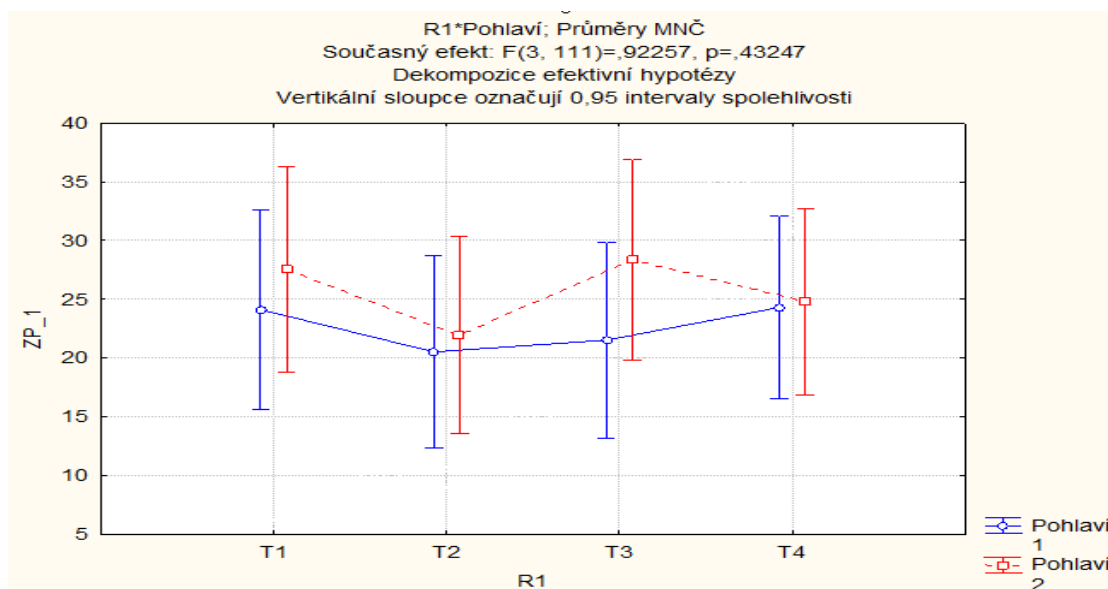
měřením všech 4 výsledků všech jedinců s MP byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,81444$

Výsledky vyvrátily hypotézu 1, test „pomalé čáry“ je u osob s MP stabilní v čase bez ohledu na stupeň MP. Vysoká hodnota koeficientu stability ukazuje, že tento test je stabilní v čase z hlediska krátkodobého (mezi 1. a 2., resp., mezi 3. a 4. měřením), tak i z hlediska dlouhodobého mezi prvním a druhým měřením.

Hypotéza 2: Není statisticky významný rozdíl mezi pohlavím jedinců s MP v provedení testu „pomalé čáry“

Naměřený výsledek $f = 0,92257$, také $p = 0,43247$ potvrdil hypotézu 2, že mezi naměřenými hodnotami nejsou statisticky významné rozdíly, naměřené výsledky se tedy významně statisticky neliší a nevyvíjí s platností pro obě pohlaví jedinců s MP.

Obrázek č. 1. Hladina statistické významnosti z hlediska pohlaví jedinců s MP



Pohlaví 1 modrá= muži s kruhovým označením dosaženého průměrného času

Pohlaví 2 červená= ženy se čtvercovým označením dosaženého průměrného času

T1 – T4= označení jednotlivých měření ve dvou dnech

ZP= naměřené časové hodnoty v jednotkách „s“

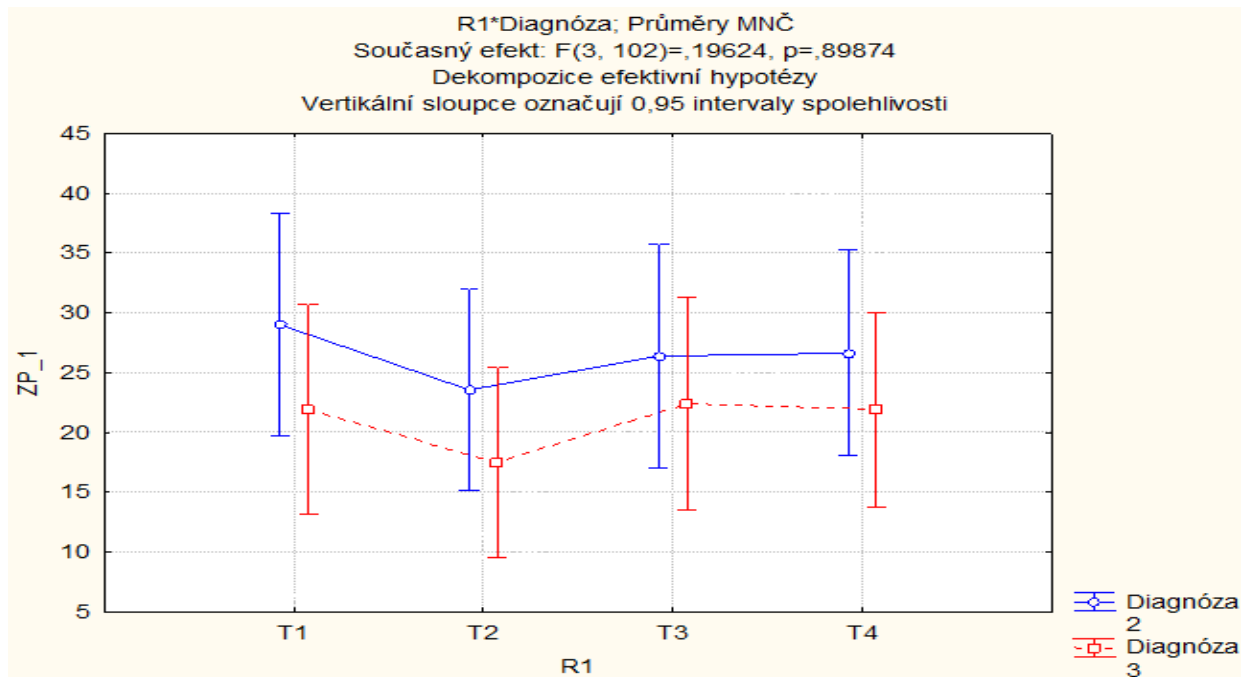
F= Fisher's R ratio

p= hladina významnosti

Hypotéza 3 : Není statisticky významný rozdíl mezi osobami s MP s diagnózou lehká mentální retardace a středně těžká mentální retardace v provedení testu pomalé čáry.

Naměřený výsledek, tedy $f = 0,19624$, také $p = 0,898744$ potvrdil hypotézu 3, že mezi naměřenými hodnotami nejsou statisticky významné rozdíly, naměřené výsledky se tedy významně statisticky neliší a nevyvíjí s platností pro obě diagnózy jedinců s MP, tedy diagnóza LMP a SMP.

Obrázek č. 2. Hladina statistické významnosti z pohledu stupně mentálního postižení jedinců s MP



Diagnóza 2 modrá= lehké mentální postižení s kruhovým označením dosaženého průměrného času

Diagnóza 3 červená= středně těžké mentální postižení se čtvercovým označením dosaženého průměrného času

T1 – T4= označení jednotlivých měření ve dvou dnech

ZP= naměřené časové hodnoty v jednotkách „s“

F= Fisher's R ratio

p= hladina významnosti

Průměrná hodnota času 1. měření u jedinců s lehkou MP je 26,15 s

Průměrná hodnota času 2. měření u jedinců s lehkou MP je 26,61 s

Průměrná hodnota času 1. měření u jedinců se středně těžkou MP je 19,51 s

Průměrná hodnota času 2. měření u jedinců se středně těžkou MP je 23,13 s

Průměrná hodnota jedinců s lehkým a středně těžkým mentálním postižením se příliš neliší ani z hlediska posouzení v krátkodobém a dlouhodobém časovém horizontu. Nižší výkon je zaznamenán u jedinců se středně těžkým mentálním postižením při měření v prvním dni.

7.2 Výsledky respondentů seniorů

Hypotéza 4: není statisticky významný rozdíl mezi hodnotami testu pomalé čáry v 1. a 2. měření všech seniorů, test není stabilní v čase

1. měřením všech seniorů byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,966292$

2. měřením všech seniorů byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,978862$

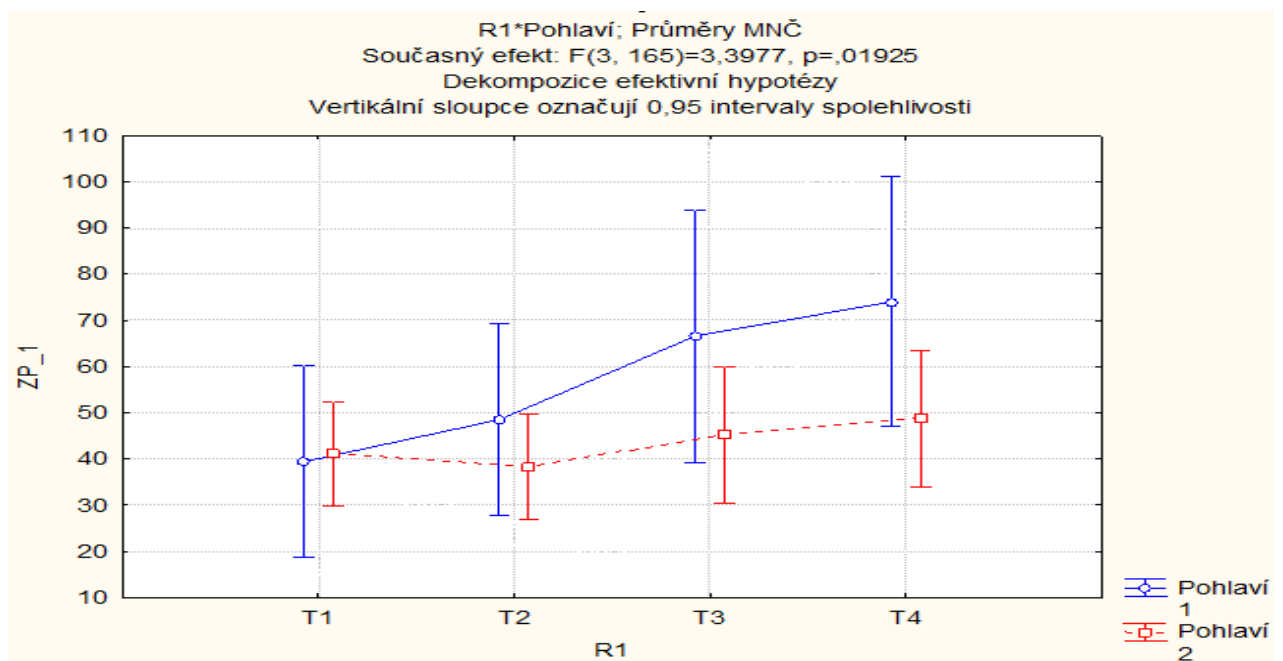
měřením všech 4 výsledků seniorů byl získán koeficient korelace $r_1 = 0,978862$

Výsledky vyvrátily hypotézu 4, test „pomalé čáry“ je u seniorů stabilní v čase. Vysoká hodnota koeficientu stability ukazuje, že tento test je stabilní v čase z hlediska krátkodobého (mezi 1. a 2., resp, mezi 3. a 4. měřením), tak i z hlediska dlouhodobého mezi prvním a druhým měřením.

Hypotéza 5: Není statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami seniory v provedení testu pomalé čáry.

Naměřený výsledek tedy $f = 3,3977$, také $p = 0,01925$ vyvrátil hypotézu 4, tzn. že mezi naměřenými hodnotami jsou statisticky významné rozdíly, naměřené výsledky se tedy významně statisticky liší a vyvíjí s platností pro obě pohlaví jedinců seniorů.

Obrázek č. 3. Hladina statistické významnosti z hlediska pohlaví seniorů



Pohlaví 1 modrá= muži s kruhovým označením dosaženého průměrného času
Pohlaví 2 červená= ženy se čtvercovým označením dosaženého průměrného času
T1 – T4= označení jednotlivých měření ve dvou dnech
ZP= naměřené časové hodnoty v jednotkách „s“
F= Fisher's R ratio
p= hladina významnosti

Hypotéza 6 :

Není statisticky významná závislost mezi testem pomalé čáry a věkem žen seniorek

6A – 6D = označení jednotlivých měření ve dvou dnech

6A Hodnota korelačního koeficientu pro první měření v prvním dni žen seniorek je $r = -0,0225$, pro $p = 0,885$.

6B Hodnota korelačního koeficientu pro druhé měření v prvním dni je žen seniorek $r = -0,0856$, pro $p = 0,580$.

6C Hodnota korelačního koeficientu pro první měření ve druhém dni je žen seniorek $r = -0,2641$, pro $p = 0,083$.

6D Hodnota korelačního koeficientu pro druhé měření ve druhém dni je žen seniorek $r = -0,3297$, pro $p = 0,029$.

Výsledky potvrdily hypotézu 6A, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření v prvním dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6B, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření v prvním dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6C, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření ve druhém dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6D, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření ve druhém dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p < 0,05$, je zde statistická významnost.

Není statisticky významná závislost mezi testem „pomalé čáry“ a věkem mužů seniorů

6E – 6H = označení jednotlivých měření ve dvou dnech

6E Hodnota korelačního koeficientu pro první měření v prvním dni mužů seniorů je $r = -0,0974$, pro $p = 0,752$.

6F Hodnota korelačního koeficientu pro druhé měření v prvním dni mužů seniorů je $r = -0,1440$, pro $p = 0,639$.

6G Hodnota korelačního koeficientu pro první měření ve druhém dni mužů seniorů je $r = -0,1233$, pro $p = 0,688$.

6H Hodnota korelačního koeficientu pro druhé měření ve druhém dni mužů seniorů je $r = -0,2388$, pro $p = 0,432$.

Výsledky potvrdily hypotézu 6E, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření v prvním dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6F, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření v prvním dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6G, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření ve druhém dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6H, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření ve druhém dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Z hlediska malého množství dat získaných měření mužů seniorů je výsledek pro muže seniory pouze orientační.

Není statisticky významná závislost mezi testem „pomalé čáry“ a věkem seniorů

6CH – 6K = označení jednotlivých měření ve dvou dnech

6CH Hodnota korelačního koeficientu pro první měření v prvním dni všech seniorů je $r = -0,0458$, pro $p = 0,735$

6I Hodnota korelačního koeficientu pro druhé měření v prvním dni všech seniorů je $r = -0,0945$, pro $p = 0,485$

6J Hodnota korelačního koeficientu pro první měření ve druhém dni všech seniorů je $r = -0,1909$, pro $p = 0,155$

6K Hodnota korelačního koeficientu pro druhé měření ve druhém dni všech seniorů je $r = -0,2708$, pro $p = 0,042$

Výsledky potvrdily hypotézu 6CH, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření v prvním dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6I, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření v prvním dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6J, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření ve druhém dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a

jelikož je $p > 0,05$, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6K, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření ve druhém dni, protože je hodnota KK vzdálená hodnotě 1 nebo -1 a jelikož je $p < 0,05$, je zde statistická významnost.

Průměrná hodnota času 1. měření žen seniorek je	39,72 s
Průměrná hodnota času 2. měření žen seniorek je	46,92 s
Průměrná hodnota času 1. měření mužů seniorů je	43,96 s
Průměrná hodnota času 2. měření mužů seniorů je	70,31 s

Průměrná hodnota žen seniorek se od průměrných časových hodnot mužů seniorů příliš neliší a to ani z hlediska posouzení v krátkodobém a dlouhodobém časovém horizontu. Výrazný vzrůst výkonu je zaznamenán u mužů seniorů při měření ve druhém dni.

8 DISKUSE

Projektivní technika „test pomalé čáry“ byla prováděna v rámci výzkumu FTK UP v Olomouci, z důvodu obnovy této techniky v současnosti, kdy se touto zabýval v minulosti Prof. PhDr. Matějček Zdeněk, CSc. Tento výzkum byl studenty FTK aplikován na různé skupiny respondentů. V roce 2007 obhajovala studentka FTK Boháčková svou diplomovou práci, kde zkoumala výsledky testu pro jednotlivá vývojová období žáků základní školy, dále také získala výsledky pro určení stability testu u integrovaných žáků do běžné základní školy a žáků intaktních s porovnáním obou jmenovaných skupin.

Další osobou zabývající se použitím uvedené projektivní techniky v praxi byla v roce 2008 studentka Šimová, která srovnávala výsledky testu u sportujících a nesportujících žáků základní školy v rozmezí věku 9-11 let a to také v závislosti na jejich pohlaví.

U všech výše jmenovaných skupin se potvrdila stabilita „testu pomalé čáry“, závěrem tedy lze podotknout, že praktické použití uvedené projektivní techniky je pro uvedené skupiny respondentů využitelné.

K zaměření se na výzkum tohoto tématu mě přivedl zájem připojit se ke zkoumání zmíněné projektivní techniky a přispět tak dalšími dvěma skupinami probandů k celkovému náhledu na využití této techniky v praxi.

Ve svém výzkumu jsem dospěla k závěru, že test „pomalé čáry je stabilní z hlediska krátkodobého i dlouhodobého časového horizontu pro jedince s mentálním postižením s platností pro lehké i středně těžké mentální postižení a obě pohlaví. Jedinci se středně těžkým mentálním postižením dosahovali pro všechna měření v průměru kratších časů než jedinci s lehkým mentálním postižením, z hlediska pohlaví měly průměrně delší časy ženy s MP, avšak rozdíly jsou minimální. Z tohoto lze tedy usuzovat, že s prohlubujícím se mentálním deficitem platí, že “Ve volních projevech MP je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulsivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volních činností)” (Valenta, Müller, 2003). Časové rozdíly ve výkonech jedinců s LMP versus SMP nejsou zvlášť rozdílné, což může poukazovat na skutečnost, že jejich výkon neovlivňuje pouze stupeň MP, ale také přidružené tělesné postižení, které se může projevit ve snížené motorice jedince, dále také např. přidružená hyperaktivita apod. (Švarcová, 2000).

Obdobný výsledek, tedy prokázání stability z hlediska krátkodobého i dlouhodobého časového horizontu platí i pro respondenty seniory. Ženy dosahovaly v průměru stejného časového výsledku pro všechna 4 měření, u mužů zaznamenáváme postupný vzrůst doby provádění „pomalé čáry“, což může být také způsobeno malým množstvím naměřených dat pro skupinu seniorů.

Na počátku výzkumu, kdy jsem navštívila ÚSP za účelem sběru dat, jsem oslovila všechny přítomné respondenty s mentálním postižením. Z řad těžce mentálně postižených jedinců však neabsolvoval test žádný z nich, což přisuzuji faktu, že osoby s těžkým mentálním postižením neovládají mluvenou řeč, přestože si mohou některá slova osvojit (Matulay a kol., 1986). Žádný z jedinců s těžkým mentálním postižením úkol nesplnil.

Dle použité literatury v kapitole „Přehled poznatků“ se hovoří o skutečnostech, že stálost, vytrvalost a trpělivost může být u seniorů silnější, než byla kdy dříve. Schopnost sebeovládání však ve stáří spíše ubývá (Vágnerová, 2007). Vytrvalost je jedním ze znaků inhibiční složky volního jednání (Rychtecký, 1984). Z těchto důvodů doporučuji provést test „pomalé čáry“ u dospělých jedinců v jednotlivých etapách dospělosti v komparaci s výsledky seniorů, stejně tak jako jiných dalších skupin, nebude-li to v rozporu s etikou. Např. porovnání s výsledky diplomantek FTK UP v Olomouci Šimové a Boháčkové.

Dále doporučuji získat větší množství naměřených dat z řady seniorů mužů, kterých je v populaci seniorů vyššího věku v porovnání s ženským pohlavím daleko méně. Na základě většího množství získaných dat probandů seniorů mužů lze statistickým vyhodnocením zjistit přesnější odpovědi na položené hypotézy.

9 ZÁVĚR

V kapitole závěr této diplomové práce chci provést rekapitulaci celkových i dílčích výsledků výzkumu.

Získané výsledky odpověděly na stanovené hypotézy a další otázky.

Hypotéza 1:

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s MP

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s LMP

Není časová stabilita testu „pomalé čáry“ u jedinců s SMP

Výsledky vyvrátily hypotézu 1, test „pomalé čáry“ je u osob s MP stabilní v čase z hlediska krátkodobého i dlouhodobého časového horizontu.

Hypotéza 2: Není statisticky významný rozdíl mezi pohlavím jedinců s MP v provedení testu „pomalé čáry“

Výsledky potvrdily, že mezi naměřenými hodnotami nejsou statisticky významné rozdíly, naměřené výsledky se tedy významně statisticky neliší a nevyvíjí s platností pro všechny měřené jedince s MP

Naměřené průměrné hodnoty v „s“ se příliš neliší. Nižší výkon je zaznamenán u jedinců se středně těžkým mentálním postižením při měření v prvním dni.

Hypotéza 3 : Není statisticky významný rozdíl mezi osobami s MP s diagnózou lehká mentální retardace a středně těžká mentální retardace v provedení testu pomalé čáry.

Naměřený výsledek, potvrdil hypotézu 3, že mezi naměřenými hodnotami nejsou statisticky významné rozdíly, naměřené výsledky se tedy významně statisticky neliší a nevyvíjí s platností pro obě diagnózy jedinců s MP, tedy diagnóza LMP a SMP.

Hypotéza 4: není statisticky významný rozdíl mezi hodnotami testu pomalé čáry v 1. a 2. měření všech seniorů, test není stabilní v čase

Výsledky vyvrátily hypotézu 4, test „pomalé čáry“ je u seniorů stabilní v čase. Vysoká hodnota koeficientu stability ukazuje, že tento test je stabilní v čase z hlediska krátkodobého i dlouhodobého časového horizontu.

Hypotéza 5: Není statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami seniory v provedení testu pomalé čáry.

Naměřený výsledek vyvrátil hypotézu 5, mezi naměřenými hodnotami jsou statisticky významné rozdíly, naměřené výsledky se tedy významně statisticky liší a vyvíjí s platností pro obě pohlaví jedinců seniorů. Pozn.: Seniorů mužů bylo malé množství pro odpovídající statistický výpočet, výsledek je orientační.

Hypotéza 6 :

1) Není statisticky významná závislost mezi testem pomalé čáry a věkem žen seniorek

6A – 6D = označení jednotlivých měření ve dvou dnech

Výsledky potvrdily hypotézu 6A, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření v prvním dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6B, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření v prvním dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6C, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření ve druhém dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6D, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření ve druhém dni, je zde statistická významnost.

Není statisticky významná závislost mezi testem „pomalé čáry“ a věkem mužů seniorů

6E – 6H = označení jednotlivých měření ve dvou dnech

Výsledky potvrdily hypotézu 6E, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření v prvním dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6F, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření v prvním dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6G, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření ve druhém dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6H, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření ve druhém dni, není zde statistická významnost.

Z hlediska omezeného množství dat získaných měřeními mužů seniorů je výsledek pro

muže seniory pouze orientační.

2) Není statisticky významná závislost mezi testem „pomalé čáry“ a věkem seniorů

6CH – 6K = označení jednotlivých měření ve dvou dnech

Výsledky potvrdily hypotézu 6CH, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření v prvním dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6I, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření v prvním dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6J, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem prvního měření ve druhém dni, není zde statistická významnost.

Výsledky potvrdily hypotézu 6K, není významná těsnost vztahu mezi věkem a časovým údajem druhého měření ve druhém dni, je zde statistická významnost.

Respondenti s LMR byli do hodnocení testu zařazeni všichni, obsah zadání úkolu splnili.

Z oblasti pásma SMR byly výkony respondentů také většinou všechny zařazeny, ale u některých jedinců docházelo např. k velké odchylce od linie nebo k jejímu opakovanému přerušování, probandi si malovali vlastní kresby apod., což neodpovídalo zadání úkolu a proto byli výkony těchto jedinců z vyhodnocování vyřazeni. Uchopit propisku zvládli všichni.

Pro všechny probandy s těžkým mentálním postižením jednotně platilo, že žádný z výkonu nebyl do vyhodnocování testu zařazen. Někteří seděli v lavici a nereagovali na ústní zadání úkolu, nedokázali uchopit propisku, malovali si vlastní obrazce apod. Celkově byla velmi špatná zpětná vazba v komunikaci.

Respondenti s LMR a SMR ve většině případů zadaná kritéria testu splňovali, neměli s pochopením termínů rychle x pomalu až na výjimky problém. S některými jedinci jsem využila možnosti provést první pokus „nanečisto“ do cvičného sešitu, což je dle pravidel obtažení linie dovoleno.

Myslím si, že se mi podařilo předem vytyčené hypotézy a otázky zodpovědět, což bylo cílem této práce.

K získání relevantních informací byla použita dostupná literatura vztahující se k danému tématu.

Výsledky výzkumu byly zpracovány, vyhodnoceny a interpretovány. Tato práce byla limitována celkovým počtem jedinců s mentálním postižením v počtu 61 lidí, z toho 22

jedinců s lehkým mentálním postižením a 39 se středně těžkým mentálním postižením, mužů bylo 41 a žen 20. Tyto jsem za tímto záměrem navštívila v tehdejších ÚSP Jindřichov ve Slezsku, v zařízení Harmonie v Městě Albrechticích.

Dalšími měřenými probandy, u kterých byla aplikována výše uvedená projektivní technika je skupina seniorů, kterých se účastnilo celkem 57, z toho 44 žen a 13 mužů ve věkovém rozmezí 62 až 94 let.

Se seniory jsem spolupracovala v domovech důchodců v Jindřichově ve Slezsku, Městě Albrechticích, v zařízení sociálních služeb Chválkovice u Olomouce a v soukromých obydlích. Test byl prováděn také mimo jakákoli zařízení obdobného typu u samostatně žijících občanů.

Z hledisky stability výkonu tedy dosažení stále stejných nenáhodných výsledků všech měřených jedinců v této práci můžeme test „pomalé čáry“ označit t za spolehlivou projektivní techniku vhodnou pro její další využití v praxi za účelem terénního screeningu volního úsilí.

Přestože výsledky této práce svědčí o stabilitě výsledků všech měřených jedinců, nelze tento závěr zevšeobecňovat, proto doporučuji použítou techniku aplikovat na rozsáhlejší počet respondentů a další specifické skupiny k rozšíření poznatků v této oblasti, např. jedince s VŠ vzděláním, osoby se zrakovým postižením apod.

V mé práci jsem se z etických důvodů nezabývala srovnáním výsledků skupiny lidí s mentálním postižením s výsledky skupiny seniorů.

10 SOUHRN

Tato diplomová práce ověřuje stabilitu projektivní techniky „test pomalé čáry“ pro skupinu lidí s mentálním postižením a pro skupinu seniorů. Testováním jedinců s výsledky zaznamenanými v mé diplomové práci byla zjišťována stabilita „testu pomalé čáry“ z pohledu krátkodobého a dlouhodobého časového horizontu, která má objasnit míru volního úsilí jedinců s MP a seniorů, dále byla zjišťována závislost výkonu na pohlaví jedinců s lehkým a středně těžkým mentálním postižením a stupni MP, potom také na pohlaví a věku seniorů.

Teoretická část této práce je zaměřena na objasnění pojmů test „pomalé čáry“, dále je v této části hovořeno o termínu volní úsilí a dalších skutečnostech, jež jsou s vůlí úzce propojeny, ovlivňují její míru a jsou nezbytné zejm. pro její vznik, inhibici a excitaci. Uvedené je popisováno v duchu obecném i s konkrétním zaměřením na jedince s mentálním postižením a seniory. Také je zde samostatně popsán termín mentální postižení a poznatky k specifikům tohoto postižení, stejně tak je zaměřena na poznatky k otázkám stáří.

V mé práci byl test proveden s respondenty z bývalých ÚSP s mentálním a kombinovaným lehkým a středně těžkým postižením a se seniory. Obě skupiny tvořila ženská i mužská část populace.

Testu se zúčastnilo celkem 61 respondentů s MP, kteří byli schopni jej absolvovat v počtu 22 s lehkým mentálním postižením a 39 se středně těžkým mentálním postižením. Z toho počet žen 20 a mužů 41. Probandi s MP byli v rozsáhlém věkovém rozmezí, spodní hranici věku tvořilo 14 let, horní pak 78 let.

V případě seniorů se testu účastnilo 44 žen a 13 mužů, kdy horní věkovou hranicí bylo 94 let, dolní pak 61 let.

Výsledky testu byly vyhodnocovány v programu STATISTICA verze 9, prvotní výpočty se týkaly zjištění aritmetického průměru, mediánu, směrodatné odchylky a minimální a maximální hodnoty v jednotlivých testech prvního a druhého dne, dále byl použit koeficient ICC, Pearsonův korelační koeficient, jednofaktorová analýza rozptylu pro opakovaná měření a Fisherův LSD test.

Po zpracování a vyhodnocení všech potřebných údajů o respondentech a časových hodnot naměřených při testování vyšlo najevo, že „test pomalé čáry“ je u respondentů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením s platností pro obě pohlaví stabilní v čase z hlediska krátkodobého i dlouhodobého časového horizontu. U respondentů seniorů je v posuzování v rámci stejného hlediska test taktéž stabilní pro obě pohlaví.

Po shrnutí těchto poznatků mohu konstatovat, že „test pomalé čáry“ můžeme označit za projektivní techniku vhodnou pro praktické využití za účelem zjištění míry volního úsilí testovaných jedinců v etapě screeningu. Proto také, doporučuji aplikovat tuto metodu na další skupiny populace za účelem rozšíření okruhu poznatků při využití této techniky.

11 SUMMARY

The summary of this thesis was to verify the stability of projective technic of the test "slow line" for groups of people with handicap and the old. With a help of testing people and writing all results of tests in my thesis we can see determineted stability of the test „slow line“ standpoint of short and long time horizont, which has to explane the measure of the volitive effort of people with MH and the old, further it was the investigation of dependence from the sex of people with light and medium hard mental hadicap and levels of MH, the same with the old.

The theoretical part of my work is localizeted at the idea of the test „slow line“, further in these part we are speaking about the term of volitive effort and about another facts which are conecting with will and which influence on its level and which are necessary for its creation of the inhibition and exciting. Abovementioned information generally and concretely oriented at one person with mental handicap and the old. Also here is describing of the term of mental handicap and observations to specifics of this handicap and the same for the old.

In my thesis, there was determined the test for ÚSP respondents with mental and combined light and medium hard mental hadicap and the old. Both groups were complicated as with men as with women.

61 persons with MH took part in this test, 22 of them were with light mental handicap and 39 were with medium hard mental hadicap. Among them were 20 women and 41 men.

In case with the old there were 44 women and 13 men where the most old person was 94 years old and the youngest was 61 year old.

The results of this test was introduced in the programm STATISTIC version 9, the first calculations were for the arithmetic mean, median, standard deviation and minimum and maximum value in separate tests the first and second day, further it was used the coefficient ICC, Pearson's correlation codfficient, also one-factor analysis of dispersion for repeated measurement and Fischer's LSD test.

After all results of the test about respondents and time value which were measured during the test showed up, that people with light and medium hard mental hadicap with availability for both sex have the test „slow line“ which is stable during the time standpoint of short and long time horizont. From the same point of view the old have stable for both sex.

The summary of all knowledge I can say, that the test „slow line“, we can use as a projective technique acceptable for practical using for purpose of findings measure of the volitive effort with a help of tested people in phase of screening. That's why I advice to use this method with help of another group of people for the purpose to extend knowledge when we use this technique.

11 REFERENČNÍ SEZNAM

- Anděl J. (1978). *Matematická statistika*, Praha: SNTL Avicenum.
- Baštecký J., & Kümpel Q., Vojtěchovský M., (1994). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada
- Baštecký J., Kümpel Q., Vojtěchovský M., za kolektiv (1994). *Gerontologie*. Praha: Grada
- Brichcín, M. (1999). *Vůle a sebekontrola: Teorie, metody, experimenty*. Praha: Karolinum.
- Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, s. r. o.
- Harcovová, M. (2007). *Ověření testu „pomalé čáry“ u osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Horák F., Chráska M. (1989). *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hovorka, J. (1986). *Cesta do stáří*. Praha: Práce, vydavatelství a nakladatelství ROH.
- Hunt M. (2000). *Dějiny psychologie*. Praha: Portál s r.o.
- Jan Hendl (2004), *Přehled statistických metod zpracování dat*, Praha: Portál
- Klementa J., Komenda S., & Kunert J. (1978). *Statistické metody v pedagogickém výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kol., *Defektologický slovník* (1984). Praha: SPN
- Kozáková Z., & Müller O. (2006). *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Krejčířová O. (2007). *Manuál základních postupů při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Lečbých M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Matějček, Z. (1969). *Školní uplatnění dětí z předškolních dětských domovů*. *Čs. psychologie*

- Matějček, Z. –Reithar, S. (1963). Otázky školní zralosti našich ústavních dětí. Čs. psychologie
- Matulay K. a kol. (1986). Mentálna retardácia. Martin: Osveta.
- Nakonečný M. (1998). Psychologie osobnosti. Praha: Academia
- Nakonečný M. (1998). Základy psychologie. Praha: Academia
- Nakonečný, M. (1973). Emoce a motivace. Praha: Univerzita Karlova
- Příhoda, V. (1974). Ontogeneze lidské psychiky. Praha: SPN.
- Rubinštějn S. L. (1959). Psychologie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Rubinštej, S. L. (1967). Základy obecné psychologie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Rychtecký, A. (1984). Determinanty volního úsilí v pohybové činnosti. Praha: Univerzita Karlova.
- Skalková J. a kol. (1983). Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Šimová Pavlína (2008). Ověření testu „pomalé čáry“ u sportujících a nesportujících žáků ve věkovém rozmezí 4.-5. tříd ZŠ. Olomouc: Univerzita Palackého
- Švarcová I. (2000). Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál.
- Tošnerová, T. (2009). Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Computer Press, a. s. Univerzita Palackého, Olomouc: Fakulta tělesné kultury.
- Vágnerová M. (2000). Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2007). Vývojová psychologie II. Praha: Karolinum.
- Valenta, M., & Krejčířová, O. (1997). Psychopedie. Olomouc: Netopejr.
- Wundt W. (1903). Grundriss der Psychologie. Stuttgart: Engelmann.

From the World Wide Web

<http://web.quick.cz/vendybonny/Emoce.html>.

<http://files.jiriskoda.webnode.cz/200000250-a4f1ba5eb7/Didaktika-kr%C3%A1lovna%20pedagogiky.pdf>.

http://cs.wikipedia.org/wiki/T_test.

http://cs.wikipedia.org/wiki/Aritmetick%C3%BD_pr%C5%AFm%C4%9Br .

<http://new.euromise.org/czech/tajne/ucebnice/html/html/node9.html>

(http://geron.psu.edu/sls/publications/stbty_adlt_per_traits.pdf)

13 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Tabulky s výpočty pro osoby s mentálním postižením

Příloha č. 2: Tabulky s výpočty pro seniory

Příloha č. 1: Tabulky s výpočty pro osoby s mentálním postižením

Tabulka 1: Výsledky testů

Pořadí	Diagnóza	Věk	Pohlaví	1.test	2.test	3.test	4.test
1	2	194	M	35.72	0.00	40.77	0.00
2	3	316	M	35.09	0.00	4.55	0.00
3	3	199	M	30.65	0.00	40.22	0.00
4	2	288	M	5.78	0.00	9.50	0.00
5	3	426	M	15.50	0.00	5.74	0.00
6	2	303	M	39.52	0.00	33.60	0.00
7	3	329	M	48.27	0.00	39.18	0.00
8	3	311	M	31.26	0.00	105.36	0.00
9	3	407	M	13.15	0.00	29.21	0.00
10	3	335	M	12.22	0.00	35.04	0.00
11	3	445	M	7.64	0.00	5.95	0.00
12	3	479	M	24.65	0.00	19.78	0.00
13	3	472	M	46.89	0.00	99.92	0.00
14	3	485	M	12.16	0.00	15.44	0.00
15	3	348	M	13.74	0.00	17.01	0.00
16	3	451	M	9.14	0.00	13.92	0.00
17	3	444	M	10.66	0.00	4.86	0.00
18	3	420	M	8.09	0.00	9.92	0.00
19	3	372	M	15.66	0.00	11.85	0.00
20	2	567	M	45.64	24.94	17.41	20.29
21	3	369	M	17.50	6.00	7.18	5.40
22	3	463	M	20.24	19.00	10.98	14.94
23	2	325	M	19.95	32.50	24.52	27.10
24	3	375	M	21.54	14.61	13.80	14.86
25	3	479	M	20.25	13.46	29.90	47.38
26	3	493	M	17.97	12.67	12.54	17.32
27	3		M	0.00	0.00	13.25	10.78
28	2	287	M	9.18	8.44	15.20	28.42
29	3	483	M	10.79	7.90	9.51	17.50
30	2	304	M	49.88	39.80	21.82	48.72
31	3	450	M	15.80	16.32	38.50	49.26
32	3	296	M	20.10	15.00	26.92	12.22
33		316	M	46.12	20.62	31.52	30.90
34	3	358	M	65.05	69.55	52.58	43.18
35	3	306	M	22.22	17.37	39.30	27.48
36	3	380	M	15.73	8.30	11.32	11.51
37	3	377	M	7.02	3.20	4.53	2.94
38	3	432	M	6.23	5.45	4.86	6.74
39	3	444	M	12.90	12.86	13.94	20.40
40	2	732	Ž	18.98	21.44	31.00	46.45
41	2	672	Ž	11.36	12.07	10.77	10.12
42	2	600	Ž	14.14	7.50	13.68	9.77
43		540	Ž	11.75	10.86	20.60	17.69
44	2	484	Ž	13.31	11.48	13.00	15.85
45	2	888	Ž	40.38	19.59	10.43	9.27

Pořadí	Diagnóza	Věk	Pohlaví	1.test	2.test	3.test	4.test
46	3	600	Ž	30.50	15.70	22.34	17.54
47	2	612	Ž	8.40	8.86	8.84	7.23
48	2	720	Ž	19.08	17.64	10.31	11.84
49	2	936	Ž	0.00	0.00	0.00	0.00
50	3	552	Ž	40.64	45.90	24.72	14.65
51	2	792	Ž	59.46	32.63	34.68	38.08
52	3	624	Ž	13.76	7.19	46.53	25.78
53	3	552	Ž	21.68	13.46	12.44	16.08
54	2	564	Ž	11.08	13.12	38.41	30.95
55	2	660	Ž	19.16	15.46	49.34	19.23
56	3	612	Ž	37.27	29.16	43.04	51.50
57	2	708	Ž	96.28	84.31	102.03	85.32
58	2	696	Ž	30.46	24.68	23.70	26.58
59	2	636	Ž	26.43	25.98	23.16	17.40

Tabulka 2A: Jednorozměrné testy významnosti pro čas v sekundách (s mentálním postižením), testy 1-4

	SČ	Stupně volnosti	PČ	F	p
Abs. člen	103705.5	1	103705.5	934.7331	0
Pořadí	53709.2	58	926	8.3465	0
Chyba	15199.7	137	110.9		
Koeficient korelace					0.8802376

Tabulka 2B: Jednorozměrné testy významnosti pro čas v sekundách (s mentálním postižením), testy 1-2

	SČ	Stupně volnosti	PČ	F	p
Abs. člen	46143.61	1	46143.61	866.6394	0
Pořadí	27117.04	57	475.74	8.935	0
Chyba	2076.53	39	53.24		
Koeficient korelace					0.8880901

Tabulka 2C: Jednorozměrné testy významnosti pro čas v sekundách (s mentálním postižením), testy 3-4

	SČ	Stupně volnosti	PČ	F	p
Abs. člen	59039.7	1	59039.7	1131.853	0
Pořadí	37435.45	58	645.44	12.374	0
Chyba	2086.48	40	52.16		3.4
Koeficient korelace					0.9191869

Tabulka 2D: Koeficienty spolehlivosti ICC

	diagnoza 2	diagnoza 3
testy 1,2	0.915	0.929
testy 3,4	0.899	0.936
testy 1,2,3,4	0.936	0.814

**Tabulka 3A: Popisné statistiky (Diagnóza 2 = lehké mentální postižení,
T1-T4 = jednotlivé časy v sekundách)**

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.	Koef.prom.
T1	20	28.7095	19.555	5.78	96.28	22.11554	77.03212
T2	17	23.55529	19.59	7.5	84.31	18.26195	77.52802
T3	20	26.6085	22.49	8.84	102.03	21.37346	80.32569
T4	17	26.62471	20.29	7.23	85.32	19.7297	74.10299

**Tabulka 3B: Popisné statistiky (Diagnóza 3 = středně těžké mentální postižení,
T1-T4 = jednotlivé časy v sekundách)**

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.	Koef.prom.
T1	35	21.48457	17.5	6.23	65.05	13.43221	62.52027
T2	19	17.53158	13.46	3.2	69.55	15.83902	90.34564
T3	36	24.8925	14.69	4.53	105.36	23.49511	94.38631
T4	20	21.373	16.7	2.94	51.5	14.86843	69.56642

Tabulka 4A: Popisné statistiky (muži)

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.	Koef.prom.
T1	39	23.03282	17.97	5.78	65.05	14.95106	64.912
T2	20	20.5255	14.805	3.2	69.55	18.00669	87.72838
T3	40	24.642	16.225	4.53	105.36	22.36253	90.74967
T4	21	23.66571	20.29	2.94	49.26	14.7155	62.18068

Tabulka 4B: Popisné statistiky (ženy)

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.	Koef.prom.
T1	19	27.58526	19.16	8.4	96.28	21.29612	77.20106
T2	19	21.94895	15.7	7.19	84.31	18.00614	82.03648
T3	19	28.36947	23.16	8.84	102.03	22.06312	77.77063
T4	19	24.80684	17.54	7.23	85.32	19.24989	77.59912

Tabulka 5A: Popisné statistiky testových výsledků

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
věk v měsících	59	476.4576	450	194	936	162.0437
test1	58	24.5241	19.12	5.78	96.28	17.2304
test2	39	21.219	15.46	3.2	84.31	17.7825
test3	59	25.8424	19.78	4.53	105.36	22.1454
test4	40	24.2078	17.615	2.94	85.32	16.805

Tabulka 5B: Popisné statistiky testových výsledků (muži)

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
věk v měsících	39	382.8462	377	194	567	83.52199
test1	39	23.0328	17.97	5.78	65.05	14.95106
test2	20	20.5255	14.805	3.2	69.55	18.00669
test3	40	24.642	16.225	4.53	105.36	22.36253
test4	21	23.6657	20.29	2.94	49.26	14.7155

Tabulka 5C: Popisné statistiky testových výsledků (ženy)

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
věk v měsících	20	659	630	484	936	114.6372
test1	19	27.5853	19.16	8.4	96.28	21.2961
test2	19	21.9489	15.7	7.19	84.31	18.0061
test3	19	28.3695	23.16	8.84	102.03	22.0631
test4	19	24.8068	17.54	7.23	85.32	19.2499

Tabulka 6A: ANOVA při opakovaných měřeních (testové výsledky)

	SČ	Stupně volnosti	PČ	F	p
Abs. člen	90923.86	1	90923.86	86.04781	0
Pohlaví	363.75	1	363.75	0.34424	0.560953
Chyba	39096.67	37	1056.67		
R1	475.4	3	158.47	1.90013	0.133718
R1*Pohlaví	230.82	3	76.94	0.92257	0.432467
Chyba	9257.09	111	83.4		

Tabulka 6B: R1*Pohlaví; Nevážené průměry (testové výsledky)

	Pohlaví	R1	ZP_1	ZP_1	ZP_1	ZP_1	N
			Průměr	Sm.Ch.	95.00%	+95.00%	
1	1	test1	24.125	4.205	15.604	32.645	20
2	1	test2	20.526	4.026	12.367	28.684	20
3	1	test3	21.531	4.101	13.222	29.839	20
4	1	test4	24.310	3.825	16.560	32.060	20
5	2	test1	27.585	4.315	18.843	36.328	19
6	2	test2	21.949	4.131	13.579	30.319	19
7	2	test3	28.369	4.207	19.845	36.894	19
8	2	test4	24.807	3.924	16.855	32.758	19

Tabulka 6C: Popisné statistiky (test 1)

	Faktor	N	Průměr	Sm.odch.	Sm.Ch.	-95.00%	+95.00%
Celkem		39	25.811	18.641	2.985	19.768	31.853
Pohlaví	1	20	24.125	16.098	3.600	16.590	31.659
Pohlaví	2	19	27.585	21.296	4.886	17.321	37.850

Tabulka 6D: Popisné statistiky (test 2)

	Faktor	N	Průměr	Sm.odch.	Sm.Ch.	-95.00%	+95.00%
Celkem		39	21.219	17.783	2.847	15.455	26.983
Pohlaví	1	20	20.526	18.007	4.026	12.098	28.953
Pohlaví	2	19	21.949	18.006	4.131	13.270	30.628

Tabulka 6E: Popisné statistiky (test 3)

	Faktor	N	Průměr	Sm.odch.	Sm.Ch.	-95.00%	+95.00%
Celkem		39	24.862	18.424	2.950	18.890	30.835
Pohlaví	1	20	21.531	13.920	3.113	15.016	28.045
Pohlaví	2	19	28.369	22.063	5.062	17.735	39.004

Tabulka 6F: Popisné statistiky (test 4)

	Faktor	N	Průměr	Sm.odch.	Sm.Ch.	-95.00%	+95.00%
Celkem		39	24.552	16.881	2.703	19.080	30.024
Pohlaví	1	20	24.310	14.791	3.307	17.388	31.232
Pohlaví	2	19	24.807	19.250	4.416	15.529	34.085

Tabulka 6G: LSD test; proměnná ZP_1 (bakalářkaTAB)

	Pohlaví	R1	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}
			24.124	20.525	21.531	24.310	27.585	21.949	28.369	24.807
1	M	test1		0.22	0.37	0.95	0.55	0.71	0.47	0.91
2	M	test2	0.22		0.73	0.19	0.23	0.81	0.18	0.46
3	M	test3	0.37	0.73		0.34	0.30	0.94	0.24	0.57
4	M	test4	0.95	0.19	0.34		0.57	0.69	0.49	0.93
5	Ž	test1	0.55	0.23	0.30	0.57		0.06	0.79	0.35
6	Ž	test2	0.71	0.81	0.94	0.69	0.06		0.03	0.34
7	Ž	test3	0.47	0.18	0.24	0.49	0.79	0.03		0.23
8	Ž	test4	0.91	0.46	0.57	0.93	0.35	0.34	0.23	

Příloha č. 2: Tabulky s výpočty pro seniory

Tabulka 7: Testové výsledky (senioři)

Pořadí	Věk	Pohlaví	1.test	2.test	3.test	4.test
1	1128	2	6	7	6	8
2	1068	2	88	58	38	29
3	1056	2	55	45	43	43
4	1044	2	12	13	15	8
5	1012	2	19	25	46	47
6	1010	2	33	32	37	39
7	1008	2	39	47	52	59
8	996	2	101	93	39	42
9	972	2	28	27	20	24
10	964	2	70	89	75	80
11	961	2	33	24	30	27
12	948	2	39	24	18	28
13	942	2	19	21	16	19
14	941	2	104	70	72	79
15	939	2	27	26	30	33
16	937	2	81	34	46	32
17	936	2	11	11	14	10
18	926	2	10	12	39	52
19	924	2	25	17	9	9
20	920	2	22	29	33	29
21	916	2	13	9	13	16
22	912	2	122	118	119	116
23	902	2	6	15	12	9
24	900	2	10	12	7	9
25	876	2	24	35	11	11
26	865	2	6	10	14	11

Pořadí	Věk	Pohlaví	1.test	2.test	3.test	4.test
27	864	2	9	17	61	97
28	862	2	6	7	28	11
29	859	2	29	14	18	25
30	859	2	76	78	212	202
31	856	2	59	66	73	69
32	854	2	39	37	44	46
33	848	2	70	53	48	52
34	828	2	121	123	105	100
35	818	2	48	23	32	31
36	810	2	43	39	73	114
37	808	2	105	112	109	112
38	805	2	28	38	53	82
39	801	2	15	17	34	69
40	790	2	9	7	11	10
41	779	2	4	13	28	57
42	777	2	13	18	18	16
43	744	2	112	96	158	154
44	742	2	20	26	29	25
45	1035	1	108	117	109	110
46	1110	1	14	11	13	16
47	985	1	24	22	26	31
48	972	1	14	15	17	15
49	966	1	6	8	9	16
50	960	1	33	61	66	73
51	939	1	8	11	11	16
52	937	1	13	21	200	175
53	913	1	21	29	29	62
54	888	1	150	183	213	211
55	769	1	54	78	98	132
56	756	1	50	63	38	73
57	744	M	17	12	37	32

Tabulka 8A: ANOVA při opakovaných měřeních (výsledky seniři)

	SČ	Stupně volnosti	PČ	F	p
Abs. člen	405092.6	1	405092.6	64.6194	0
Pohlaví	7656.2	1	7656.2	1.22131	0.273916
Chyba	344789.6	55	6268.9		
R1	12084.6	3	4028.2	9.18252	0.000012
R1*Pohlaví	4471.6	3	1490.5	3.39772	0.019255
Chyba	72382.5	165	438.7		

Tabulka 8B: Bonferroniho test; proměnná ZP_1 (senioři, chyba: meziskup.; vnitřní; celkový PČ = 1896,2, sv = 79,351)

	Pohlaví	R1	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}
			39.39	48.54	66.62	74.00	41.11	38.34	45.18	48.66
1	M	T1		1.00	0.03	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2	M	T2	1.00		0.82	0.06	1.00	1.00	1.00	1.00
3	M	T3	0.03	0.82		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
4	M	T4	0.00	0.06	1.00		0.53	0.32	1.00	1.00
5	Ž	T1	1.00	1.00	1.00	0.53		1.00	1.00	1.00
6	Ž	T2	1.00	1.00	1.00	0.32	1.00		1.00	0.62
7	Ž	T3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00
8	Ž	T4	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.62	1.00	

Tabulka 9A: Popisné statistiky (senioři)

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.	Koef.prom.	Opačná nevýznamná korelace	Hladina významnosti
T1	57	40.72	27	4	150	37.04	90.95	-0.05	0.735
T2	57	40.67	26	7	183	37.41	91.98	-0.09	0.485
T3	57	50.07	34	6	213	49.57	99.00	-0.19	0.155
T4	57	54.44	33	8	211	49.38	90.70	-0.27	0.042

Tabulka 9B: Popisné statistiky (senioři, muži)

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.	Koef.prom.	Opačná nevýznamná korelace	Hladina významnosti
T1	13	39.38	21	6	150	43.27	109.87	-0.10	0.752
T2	13	48.54	22	8	183	52.25	107.65	-0.14	0.639
T3	13	66.62	37	9	213	69.83	104.82	-0.12	0.688
T4	13	74.00	62	15	211	65.17	88.06	-0.24	0.432

Tabulka 9C: Popisné statistiky (senioři, ženy)

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.	Koef.prom.	Opačná nevýznamná korelace	Hladina významnosti
T1	44	41.11	28	4	122	35.54	86.44	-0.02	0.885
T2	44	38.34	26	7	123	32.19	83.95	-0.09	0.58
T3	44	45.18	33.5	6	212	41.62	92.11	-0.26	0.083
T4	44	48.66	32.5	8	202	42.90	88.16	-0.33	0.029

Tabulka 10A: Jednorozměrné testy významnosti pro čas (výsledky senioři, testy 1 a 2)

	SČ	Stupně volnosti	PČ	F	p
Abs. člen	188774.7	1	188774.7	2091.179	0
Poradí	150020.8	56	2678.9	29.676	0
Chyba	5145.5	57	90.3		
Koeficient korelace					0.96629213

Tabulka 10B: Jednorozměrné testy významnosti pro čas (výsledky senioři, testy 3 a 4)

	SČ	Stupně volnosti	PČ	F	p
Abs. člen	311279.4	1	311279.4	3067.852	0
Poradí	268894.1	56	4801.7	47.324	0
Chyba	5783.5	57	101.5		
Koeficient korelace					0.97886165

Tabulka 7: Jednorozměrné testy významnosti pro čas (výsledky senioři, testy 1, 2, 3, 4)

	SČ	Stupně volnosti	PČ	F	p
Abs. člen	311279.4	1	311279.4	3067.852	0
Poradí	268894.1	56	4801.7	47.324	0
Chyba	5783.5	57	101.5		
Koeficient korelace					0.97886165