

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Attachment: vliv primární vztahové vazby rodiče na
pozitivní percepci dítěte s mentálním postižením**

Attachment: influence of primary emotional attachment of parent on the
positive perception of a child with intellectual disabilities



Magisterská diplomová práce

2014

Autorka: Lenka Purkertová

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

Je na místě, abych poděkovala lidem, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Chtěla bych proto poděkovat vedoucímu diplomové práce PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D. za odborné rady a za trpělivost. Děkuji také všem rodičům, kteří si našli čas, aby vyplnili dotazníky, za ochotu a upřímnost.

Děkuji i své rodině za podporu jak materiální, tak psychickou, a svému příteli za povzbuzování.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Attachment: vliv primární vztahové vazby rodiče na pozitivní percepci dítěte s mentálním postižením“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne podpis

Obsah

Úvod.....	5
A. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1. Teorie vztahové vazby - attachment.....	7
1.1 Fáze vývoje vztahové vazby	8
1.2 Typy vztahové vazby	10
2. Mentální retardace	14
2.1 Modely mentální retardace.....	14
2.2 Stupně mentální retardace	16
2.3 Epidemiologie a etiologie mentální retardace.....	16
3. Dítě s mentálním postižením v rodině.....	19
3.1 Vyrovnávání se s diagnózou	19
3.2 Dítě s mentálním postižením a životní styl rodiny.....	20
3.3 Dítě s mentálním postižením v předškolním a školním věku	21
3.4 Adolescenti a dospívající s mentálním postižením v rodině.....	23
4. Pozitivní percepce osob s mentálním postižením.....	24
4.1 Dosavadní výzkumy.....	24
5. Metody použité ve výzkumu	29
5.1 Seznámení s nástrojem ECR.....	29
5.2 Seznámení s nástrojem KIPP	30
B. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	33
6. Cíle výzkumu.....	34
7. Design výzkumu.....	35
7.1 Etika výzkumu	35
8. Výzkumný soubor	37

9.	Výsledky.....	40
9.1	Výsledky dotazníku ECR.....	40
9.2	Výsledky dotazníku KIPP	41
9.3	Odpovědi na výzkumné otázky	42
9.3.1	Vyhýbavost a dimenze KIPP	42
9.3.2	Úzkostnost a dimenze KIPP	45
10.	Diskuse.....	51
10.1	Diskuse o metodách	51
10.2	Diskuse o výsledcích.....	53
10.3	Podněty pro praxi	55
11.	Závěry	57
12.	Souhrn.....	58
	Seznam použitých zdrojů a literatury	62
	ABSTRAKT	
	Seznam Příloh	

Úvod

Většina nastávajících rodičů se na své dítě těší, představují si, jak bude vypadat, jak mu ukážou svět a co všechno dokáže. Někdy se ale všechny tyto představy zboří pod tíhou nečekané informace, že dítě není úplně zdravé. Narodí se dítě s mentálním postižením. Najednou je před rodiči těžší úkol, než jaký očekávali. Svému dítěti se budou muset věnovat intenzivněji a déle, než rodiče dětí zdravých. Čeká je více práce, nejspíš i více nezdarů. Čeká je ale zároveň méně radosti?

Výzkumy pozitivních zisků rodičů dětí s postižením jsou na odborném poli poměrně novým tématem a pro mě byly naprostou novinkou. Díky letním táborem a rehabilitačním pobytům, kterých jsem se opakovaně účastnila jako vedoucí oddílů, jsem se setkala s mnoha dětmi i dospělými s mentálním postižením a znám i rodiny několika z nich. Dokážu si proto představit, jaké nároky s sebou přináší péče o lidi s mentálním postižením, a jaká omezení znamená postižení pro ně samotné a pro jejich blízké. Zároveň ale vím, jak jsou mnozí z nich vřelí, přátelští, tvořiví a vtipní. Také vidím, jakou mají radost z maličkostí a jak si užívají život. Proto mě téma pozitivních zisků rodičů dětí s mentálním postižením zaujalo.

V teoretické části práce se zabývám dvěma základními tématy, a sice mentálním postižením a Bowlbyho teorií vztahové vazby. Na začátku je tedy je popsána teorie vztahové vazby (*attachment theory*), následně je stručně vymezeno mentální postižení obecně. V dalších kapitolách se věnuji přítomnosti dítěte s mentálním postižením v rodině a pozitivní percepci osob s mentálním postižením. Nakonec seznamuji čtenáře s metodami používanými ve výzkumu.

Výzkumná část je věnována kvantitativnímu výzkumu – zajímalo mě, jestli existuje vztah mezi primární vztahovou vazbou rodičů a pozitivními zisky plynoucími z péče o dítě s mentálním postižením. Popisuji cíle, kterých jsem se snažila dosáhnout, svůj výzkumný soubor a design výzkumu. Dále samozřejmě prezentuji výsledky výzkumu a závěry z nich vyvozené.

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. Teorie vztahové vazby - attachment

V české literatuře se setkáváme s více pojmy, kterými se jednotliví autoři snaží co nejdůstojněji přeložit anglické slovo *attachment*. V doslovném překladu výraz *attachment* znamená úzký vztah k někomu/k něčemu, nebo také připevnění. V psychologickém kontextu bývá výraz překládán nejčastěji jako vztahová vazba, citová vazba, připoutání, nebo bývá bez překladu užíván původní anglický termín *attachment*. V této práci budeme používat slovní spojení vztahová vazba.

Vztahová vazba je jedinečné emocionální pouto, které specifickým způsobem spojuje dva lidi navzdory prostoru a času. Potřeba takového pouta je geneticky podmíněná a slouží k přežití: kojeneček se přirozeně vztahuje k blízké osobě (ne nutně k rodiči), která mu může zajistit bezpečí a ochranu. Kvalitní vztah k pečující osobě je základnou pro rozvoj bazální důvěry a zároveň pro vytváření kvalitních vztahů s vrstevníky a partnery v pozdějším věku (Brisch, 2012).

Teorie vztahové vazby (*attachment theory*) je dílem britského psychiatra a psychoanalytika Johna Bowlbyho (1907-1990); teorii formuloval do roku 1958 (Hašto, 2005). Bowlby významně aktualizoval psychoanalytickou teorii tím, že ji zkombinoval s poznatky z etologie, kognitivní a vývojové psychologie a teorie zpracování informací. Takto vzniklá teorie vztahové vazby se pak snaží vysvětlit, proč vztahy s rodiči v raném dětství tak zásadně a dlouhodobě ovlivňují osobní vývoj člověka (Mikulincer, & Shaver, 2007).

Ještě než se Bowlby stal psychiatrem, působil jako dobrovolník ve škole pro nepřizpůsobivé děti. Právě zde si začal uvědomovat výrazný vliv rodinného prostředí a vztahů v rodině, zejména nestabilní mateřské figury, na pozdější vývoj osobnosti. Zkušenosti a názory zformované v této životní etapě se později staly základním kamenem Bowlbyho teorie (Mikulincer, & Shaver, 2007).

Významnou Bowlbyho spolupracovnicí byla Mary Ainsworthová. Věnovala se dlouhodobému a systematickému pozorování interakce matek a jejich dětí, a to jak v laboratorním prostředí, tak i v jejich přirozených podmínkách. Vyvinula laboratorní techniku *Strange Situation Test*, která je zaměřená na zjišťování kvality citového přilnutí dítěte k matce (Kulísek, 2000).

1.1 Fáze vývoje vztahové vazby

Vazba rodičů k dítěti se začíná vyvíjet už v průběhu těhotenství. Tento druh vazby nazýváme *bonding* (na rozdíl od vazby dítěte k rodičům – *attachment*). Emocionální vazbu budoucích rodičů k dítěti ovlivňují představy o něm, očekávání, přání a také to, zda je dítě chtěné, nebo nechtěné. Také dítě si už pravděpodobně začíná vytvářet vazbu k matce, možná i k otci. Není ovšem možné vývoj této vazby jakkoli dokumentovat, takže o nitroděložní fázi vývoje vztahové vazby nemůžeme vyvozovat žádné všeobecně platné závěry (Brisch, 2012).

Po narození je dítě vybaveno řadou behaviorálních systémů, které mají za úkol zprostředkovat vztahovou vazbu s blízkou osobou. Jednotlivé systémy jsou aktivovány při vystavení různým podnětům – může to být strach, hlad, horko nebo zima a další. Mezi tyto behaviorální systémy patří pláč, sání, přidržování se, úsměv, žvatlání a další reakce, jejichž cílem je přivolat blízkou osobu a zajistit tak uspokojení potřeb dítěte (Bowlby, 2010). Hlavní funkce vztahové vazby je ochranná, má zajistit, aby dítě přežilo až do doby, kdy bude schopné své potřeby uspokojovat samo (Hašto, 2005). Behaviorální systémy se tedy automaticky aktivují v situacích, které ohrožují přežití dítěte, nebo v situacích, které sice neznamenaají přímé ohrožení, ale ve kterých je větší riziko, že by takové ohrožení mohlo nastat. Například ve tmě, při vystavení hlasitým zvukům, při izolaci nebo při separaci od vztahové osoby (Bowlby, 1969, 1973, 1982, in Mikulincer, & Shaver, 2007).

Pokud se dítě necítí nijak ohrožené, behaviorální systémy pro vyhledávání blízkosti vztahové osoby se neaktivují a dítě se může věnovat dalším aktivitám, zejména exploračním (Mikulincer, & Shaver, 2007; Hašto, 2005). Aby mohlo dítě aktivně a bezpečně prozkoumávat okolní svět a rozvíjet tak své kognitivní a sociální schopnosti, potřebuje mít vytvořenou vazbu ke vztahové osobě, která slouží jako *bezpečná základna* (*secure base*). Od ní se pak může dítě vzdalovat při svých exploračních aktivitách a v případě potřeby se zase vracet (Kulíšek, 2000).

Podle Bowlbyho (2010) se na základě interakce dítěte s významnou vztahovou osobou vytvářejí tzv. *vnitřní pracovní modely* sebe a druhých osob. Jsou to internalizované mentální reprezentace sebe, druhých a vzájemných vztahů mezi nimi. Zahrnují pocity, očekávání, způsoby chování a interpretace informací, které jsou vázány na vztah s konkrétní osobou. Vnitřní pracovní modely fungují na nevědomé rovině, jsou relativně

stálé a ovlivňují utváření a prožívání blízkých vztahů v průběhu celého života (Hašto, 2005).

Do jednoho roku by každé dítě mělo být připoutáno k nějaké blízké osobě. Nejčastěji je touto osobou matka, jelikož v našich podmínkách tráví s malým dítětem nejvíce času (na mateřskou a rodičovskou dovolenou nastupuje obvykle matka, zatímco otec zabezpečuje rodinu finančně). V podstatě se ale nemusí jednat přímo o jednoho z rodičů. Dítě se připoutává k tomu, s kým ho pojí jistá emocionální zkušenost, může to tedy být i jiný příbuzný, chůva, „teta“ v dětském domově (Brisch, 2012). K této primární vztahové osobě dítě přidává další a vytváří si tzv. *hierarchii vztahových osob*, podle toho, jak o něj pečují a uspokojují jeho potřeby. Pokud má dítě například strach, hledá primární vztahovou osobu, která by uspokojila jeho potřebu bezpečí. Jestliže tato není k dispozici, obrací se dítě na některou ze sekundárních vztahových osob, kterou se také nechá utišit, i když nejspíš o něco pomaleji (Bowlby, 2010; Brisch, 2012).

Bowlby i Ainsworthová rozlišují shodně čtyři fáze vývoje vztahové vazby v prvních letech života: 1. fáze před vznikem citového přilnutí, 2. zárodky vztahové vazby, 3. vyhraněné citové přilnutí, 4. cílově zaměřený vztah (Kulísek, 2000). Bowlby (2010) tyto fáze označuje jinak, jejich trvání a obsah se však shoduje s fázemi Ainsworthové: 1. orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy, 2. orientace a signály zaměřené k jedné rozeznávané postavě, 3. udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů, 4. utváření partnerství korigovaného k cíli.

První **fáze před vznikem citového přilnutí** trvá od narození do osmi až dvanácti týdnů. Schopnost dítěte rozlišovat jednoho člověka od jiných je zatím dosti omezená, takže se chová ke všem více méně stejně přátelsky. Přestává plakat, když uvidí tvář nebo uslyší hlas. Člověka sleduje očima, natahuje se k němu, usmívá se a žvatlá (Bowlby, 2010). Fáze bývá označována i jako *krátké období nerozlišujícího reagování* (Kulísek, 2000).

Začátek **fáze zárodků vztahové vazby** závisí na schopnosti dítěte odlišit známé tváře od tváří cizích lidí. Postupně roste frekvence úsměvů při rozpoznání známých tváří (obvykle zejména matčiny) a neznámým lidem věnuje dítě úsměvů méně (Kulísek, 2000). Dle Bowlbyho (2010) trvá tato fáze asi do půl roku, v nepříznivých podmínkách se však může, jako ostatně každá fáze, významně prodloužit.

Ve **fázi vyhraněného citového přilnutí** dítě stále více diferencuje své chování k jednotlivým lidem a zároveň si osvojuje repertoár dovedností, které mu umožňují samostatně vyhledávat matku a následovat ji. Chování vůči cizím lidem je čím dál

opatrnější a méně přátelské (Bowlby, 2010). Na odloučení od matky reaguje dítě silným protestem (Kulísek, 2000).

Ve čtvrté **fázi cílově zaměřeného vztahu** dítě přestává být zcela závislé na matce. Orientuje své aktivity na prozkoumávání okolí a potřebu blízkosti s matkou je schopno na nějakou dobu odložit. Rodí se zde počátky nezávislosti a začíná proces postupného odpoutávání od rodičů, který se uzavírá v dospělosti (Kulísek, 2000).

Behaviorální strategie sloužící k zajištění blízkosti vztahových osob jsou v kojeneckém věku především vrozené, ale jak se člověk vyvíjí, systém jeho vztahů se stává stále komplexnějším a vyžaduje, aby bylo vazebné chování flexibilnější a adekvátní situaci a konkrétnímu vztahu. Aby mohly jeho potřeby být v pozdějších vztazích naplňovány, osvojuje si člověk dovednosti jako vhodně vyjadřovat své emoce a jasně vyjadřovat své potřeby a pocity (Mikulincer, & Shaver, 2007).

V průběhu života se mění hierarchie vztahových osob - rodiče jsou nejdůležitější v dětství, později se na čím dál vyšší příčky šplhají vrstevníci, v adolescenci a dospělosti se pak primární vztahovou osobou stává obvykle partner. A mění se také behaviorální strategie zajištění blízkosti – v dětství bylo potřeba dosáhnout fyzické blízkosti, v dospělosti může stejný účel splnit jen mentální reprezentace blízkého vztahu, která evokuje pocit bezpečí a pomůže člověku vypořádat se s hrozbami – samotná mentální reprezentace vztahové osoby se stává zdrojem ochrany i bez nutnosti fyzické blízkosti (Mikulincer, & Shaver, 2007). Například žena, žadatelka o zaměstnání, čeká na svůj přijímací pohovor, je nervózní a má obavy, jestli všechno dobře zvládne. V tu chvíli ji může uklidnit, když si vzpomene na svého partnera a na to, jak ji před odchodem z domu utěšoval a povzbuzoval, a to aniž by za ním musela běžet zpátky domů, nebo mu alespoň zavolat.

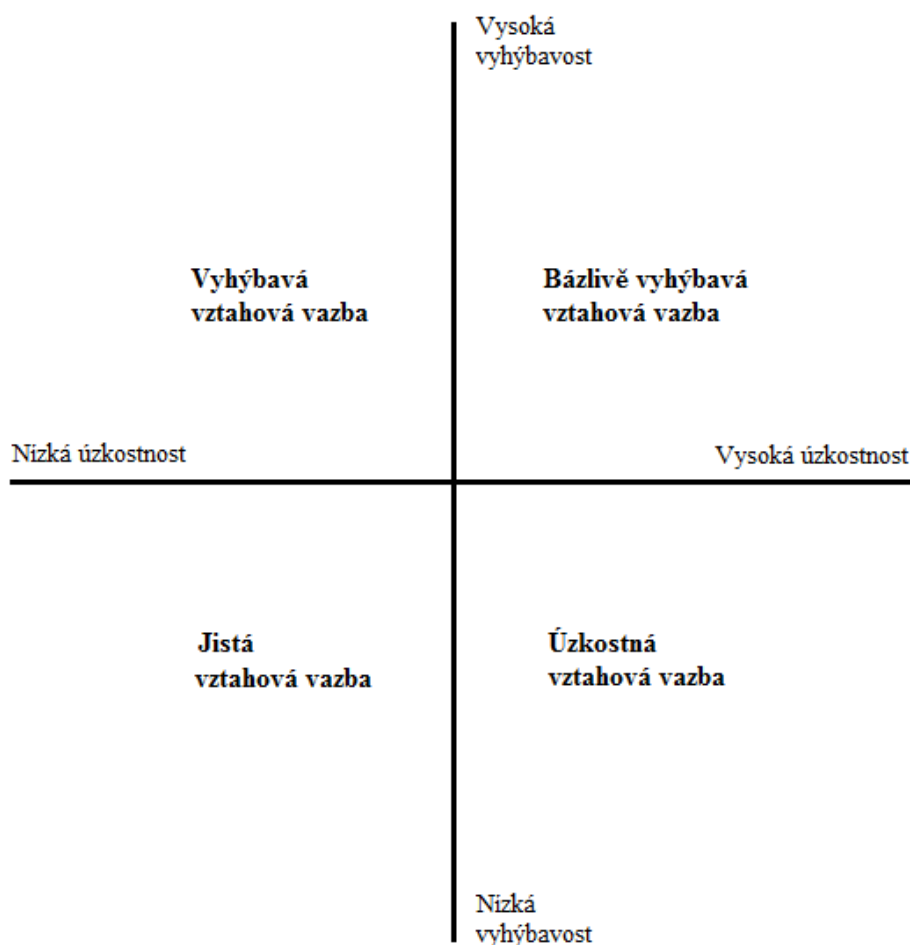
1.2 Typy vztahové vazby

Koncept více typů vztahové vazby, respektive stylů připoutání jako první představila Mary Ainsworthová (1967, in Mikulincer, & Shaver, 2007). V laboratorních podmínkách pozorovala, jak jednotlivé děti reagují na krátkou izolaci od matky během Strange Situation Testu a popisovala jejich reakce na separaci a opětovné shledání. Ve své původní práci pak rozlišila tři kategorie dětí – děti s jistou (*secure*), vyhýbavou (*avoidant*) a úzkostnou vazbou (*anxious*). Mainová a Solomonová (1990, in Mikulincer, & Shaver,

2007) později přidaly ještě čtvrtou kategorii vyznačující se zvláštním chaotickým chováním a výraznou fluktuací mezi úzkostností a vyhýbavostí. Tuto kategorii označily jako bázlivě vyhýbavý typ vazby (*fearful avoidant attachment*).

Typologii vztahové vazby si můžeme představit jako dvojrozměrný prostor definovaný dimenzí úzkostnosti a dimenzí vyhýbavosti. Vztahová úzkostnost (*attachment anxiety*) je definována jako obava z opuštění, odmítnutí, strach ze separace; vztahová vyhýbavost (*attachment avoidance*) zase jako nepohoda v intimních situacích a v situacích, které podněcují závislost člověka na druhých (Lečbych, 2013).

Obrázek 1.2.1: Typologie vztahové vazby



Jistý typ vztahové vazby, označovaný i jako bezpečná vztahová vazba, se nachází v prostoru vyznačujícím se nízkou úzkostností i vyhýbavostí. Rozvíjí se u dětí, které mají zkušenost s matkou dostatečně citlivou k jejich signálům, sytící jejich potřebu bezpečí a kontaktu. Separaci od matky prožívají jako nepříjemnou, po matčině návratu ale nepohoda rychle mizí a děti se pouští do explorační okoli. Tělesný kontakt s matkou je jim

příjemný a samy ho iniciují (Mikulincer, & Shaver, 2007). Bezpečnou vazbu k matce si podle Brische (2012) vytvoří během prvního roku života 60-65 % dětí, k otci asi 55 %.

V dospělosti se jistý typ vazby vyznačuje důvěrou v partnerovu lásku a podporu a schopností prožívat ve vztazích blízkost a oddanost. Jistá vztahová vazba je také významným protektivním faktorem pro duševní zdraví a lze také předpokládat, že lidé s jistou primární vztahovou vazbou budou schopni dostatečně empaticky naplňovat potřeby vlastních dětí tak, aby se i u nich vyvinulo bezpečné připoutání (Lečbych, 2013).

Vyhýbavá vztahová vazba je charakterizovaná vysokou mírou vyhýbavosti a zároveň nízkou mírou úzkostnosti. Matky těchto dětí vyhledávají kontakt s dítětem málo, pokud ho úplně neodmítají. Děti jsou nuceny potlačovat své emoce a je u nich podporována a chválena nezávislost, samostatnost (Lečbych, 2013).

Lidé s tímto typem vazby prožívají nepohodu v intimních vztazích a snaží se udržovat nezávislé postavení. Význam vztahů znehodnocují, udržují si v nich odstup (Lečbych, 2013).

Úzkostnou vztahovou vazbu definuje vysoká míra úzkostnosti a nízká míra vyhýbavosti. Matky dětí se nebrání kontaktu, jsou ale méně empatické než matky dětí s jistou vazbou, zejména v reakcích na negativní emoce dítěte. Jejich chování je více labilní, střídá se u nich vřelost s odmítáním (Lečbych 2013). Děti se vůči matce chovají ambivalentně – na jedné straně mají silnou potřebu blízkosti, na druhou stranu matku odmítají. Během separace prožívají zjevně silný stres, jsou těžko utižitelné a mohou být i agresivní. Po matčině návratu vyhledávají její blízkost a kontakt s ní, zároveň však oboje odmítají, dávají najevo protest proti opuštění, jako by za něj matku trestaly (Kulísek, 2000).

Tito lidé mívají vůči vztahové osobě negativní postoje, zároveň jsou však závislí. Působí ustrašeně a úzkostně, obávají se separace a opuštění (Lečbych, 2013).

Posledním typem je **bázně vyhýbavý typ vazby**, označovaný také jako dezorganizovaný. Charakterizuje ho vysoká míra úzkostnosti i vyhýbavosti. Jedná se často o děti s traumatickou zkušeností, jako je týrání nebo zneužívání (Lečbych, 2013), nebo i o děti rodičů s nezpracovaným traumatem (Mikulincer, & Shaver, 2007). V chování dětí se objevují zvláštnosti jako stereotypie, zírání „do prázdna“, náhlé zamrznutí pohybů... Rychle se střídají afiliační tendence s vyhýbavým chováním, někdy je chování vůči vztahové osobě vyloženě nepřátelské, nebo je patrný strach z ní (Kulísek, 2000).

Vztahy se těmto dětem jeví jako nepřehledné, nepředvídatelné a chaotické. Tyto pocity přetrvávají až do dospělosti. Dospělí se nedokážou odpoutat od vztahové osoby, přestože se ve vztahu s ní trápí, sužují je pocity viny a nejistota v jednání. Bázlivě vyhýbavá vazba představuje potenciál rozvoje duševních poruch (Lečbych, 2013).

Výzkumy ukazují, že typ vztahové vazby, který se do dvou let věku u dítěte stabilizoval na základě chování jeho primární vztahové osoby, se může změnit z nejistého na jistý v případě, že se změní chování vztahové osoby. To může nastat například, pokud tato osoba podstupuje úspěšnou psychoterapii, nebo na základě různých šťastných událostí v životě primární vztahové osoby. Existence alespoň jednoho dlouhodobého pozitivního vztahu v dětství, ideálně i v dospělosti, zvyšuje později šance na úspěšné zvládnání stresu, je to tedy protektivní faktor (Hašto, 2005).

2. Mentální retardace

Pojmem mentální retardace označujeme závažné postižení vývoje rozumových schopností s prenatální, perinatální, případně časně postnatální etiologií, vedoucí k podstatnému omezení adaptivního fungování postiženého člověka v sociálním prostředí (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Pokud bychom slovní spojení překládali doslovně, znamenalo by „duševní zpomalení“ nebo „duševní zaostávání“ (Lečbych, 2008).

Hlavním diagnostickým kritériem je, naměříme-li v komplexním inteligenčním testu IQ nižší než 70, tedy dvě standardní odchyly pod průměrem, a daná osoba zároveň nedokáže přiměřeně plnit očekávání svého sociálního prostředí (Říčan, Krejčířová et al., 2006). K postižení intelektových funkcí musí dojít nejpozději do 2 let věku dítěte – pokud by k němu došlo později, nestanovuje se již diagnóza mentální retardace, ale demence (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2006).

2.1 *Modely mentální retardace*

Na téma mentální retardace můžeme nahlížet z více různých perspektiv. V následující podkapitole se seznámíme s několika modely mentální retardace: s medicínským, popisným, ekologickým a modelem sociální péče.

Dominantním modelem je v současné době v našem kulturním kontextu model **medicínský**, neboli limitační. Mentální retardace je zde chápána jako vývojová porucha, člověk s mentální retardací jako pacient. Důraz je kladen na včasnou psychopatologickou diagnostiku, rozlišení míry závažnosti deficitu a s tím související popis limitů a omezení konkrétního pacienta v oblasti rozumových a adaptačních schopností (Lečbych, 2008). Do tohoto modelu spadá i klasifikace stupňů mentální retardace podle MKN-10 (Valenta et al., 2012).

Přínos medicínského modelu můžeme spatřovat ve zkoumání etiologie mentální retardace - s tím pak souvisejí možnosti prevence negativních faktorů vedoucích ke vzniku vývojových postižení. Rozvíjí se také prenatální diagnostika, která umožňuje co nejčasnější zachycení vývojových vad, a psychologická diagnostika, která může upozornit na zpomalení rozvoje mentálních schopností už u velmi malých dětí. Díky včasné diagnóze mohou pak děti využívat metod neuropsychologické rehabilitace v časných fázích svého vývoje, tedy právě v době, kdy to má největší smysl (Valenta et al., 2012).

Model sociální péče je založen na principu soucitu k osobám, které jsou v majoritní společnosti znevýhodněné. Předpokládá, že těmto osobám je potřeba poskytnout

komplexní péči a zároveň je chránit před ponížením a neúspěchem, které by v majoritní společnosti pravděpodobně prožívaly (Lečbych, 2008). Z toho důvodu tento model preferuje chráněné prostředí, jako jsou různé domovy pro osoby s postižením, chráněné dílny a pracoviště, chráněné bydlení... Předností modelu je, že poskytuje péči těm, kteří nemají zázemí v přirozené vztahové síti (v rodině, v komunitě), a také lidem s těžkým kombinovaným postižením, pro které je komplexní celodenní péče vlastně jedinou možností. U osob s nižší mírou postižení však může komplexní péče podporovat závislost a omezovat tak jejich vlastní iniciativu (Valenta et al., 2012).

Popisný model bojuje proti předsudkům, nálepkování a stigmatizaci lidí s mentální retardací. Snaží se vyhýbat diagnostickým kategoriím a termíny mentální retardace nebo mentální postižení nahrazuje termíny *learning difficulty* (potíže v učení) a *learning disability* (nepružnost učení). Místo umístění jedince do diagnostické kategorie popisuje, jak konkrétně se u něj mentální retardace projevuje v běžném životě (Lečbych 2008). Můžeme se potom setkat například s popisem: „osoba, která má sníženou schopnost učení a mohou pro ni být obtížné úkoly jako zacházení s penězi, čtení, psaní, vyjadřování se řečí nebo oblékání“ (Valenta et al., 2012, 38).

Ekologický model předpokládá, že člověk má právo žít život ve společenství, do kterého se narodil. Mentální retardace není dána jedincem, ale normami tohoto prostředí (v jiném prostředí by tentýž člověk nemusel být ničím výjimečný). Segregace jedince do specializovaných zařízení je zde tím nejkrajnějším řešením. Ekologický model neklasifikuje osoby s mentální retardací podle závažnosti jejich postižení, ale podle míry podpory, kterou potřebují, aby mohly žít ve svém prostředí (Valenta et al., 2012).

V uvedených modelech jsou zřejmé dvě zároveň působící síly: jednak snaha zajistit lidem s postižením odpovídající a kvalitní péči, kterou potřebují, a zároveň tendence zapojovat lidi s postižením do běžného fungování majoritní společnosti (Valenta et al., 2012).

2.2 Stupně mentální retardace

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (2008) rozlišuje čtyři stupně mentální retardace podle výkonu v inteligenčních testech (případně ve škálách pro měření stupně sociální adaptace):

- **Lehká mentální retardace** (F70) - IQ 69-50; obtíže se zvládnutím školní výuky, dospělí jsou ale obvykle schopni samostatné práce, zejména manuální, a úspěšného udržování sociálních vztahů
- **Středně těžká mentální retardace** (F71) – IQ 49-35; je výrazně opožděn vývoj řeči i kognitivních funkcí; jsou schopni zvládnout školní trivium a v dospělosti dosáhnout určitého stupně samostatnosti (s nutností podpory v práci a u dalších činností ve společnosti)
- **Těžká mentální retardace** (F72) – IQ 34-20; dokážou zvládnout některé samoobslužné návyky, ale potřebují trvalou podporu
- **Hluboká mentální retardace** (F73) – IQ 19 a méně; potřebují trvalou pomoc při pohybu, komunikaci a hygieně

Jednotlivá pásma jsou vytvořena uměle rozčleněním přirozeného kontinua a číselné hodnoty IQ je třeba brát spíše jako orientační vodítka. Vyšetřením intelektu pomocí testových metod získáváme pouze míru aktuálního výkonu dítěte, musíme ale brát ohled také na kvalitu zvládnutí životních nároků v přirozeném prostředí dítěte (Říčan, & Krejčířová, 2006).

2.3 Epidemiologie a etiologie mentální retardace

Podle normálního rozložení četností bychom očekávali, že lidí s mentální retardací bude v populaci 2,5 %, v odborné literatuře ale obvykle nacházíme o něco vyšší údaje – kolem 3-4 % (Lečbych, 2008). Raboch, Pavlovský a Janotová (2006) uvádějí výskyt 3 % v populaci, z toho 85 % podle nich spadá do kategorie lehké, 10-12 % do středně těžké, 3-5 % do těžké a 1-2 % do kategorie hluboké mentální retardace. Drtílková (2001) uvádí 3 % lidí s mentální retardací, z toho 75 % v pásmu lehké, 20 % středně těžké a zbytek v pásmu hluboké mentální retardace. Valenta a Müller (2003) uvádějí o něco více - 3,5 %. Švarcová

(2003) vyslovuje domněnku, že procentuelní výskyt mentální retardace v populaci stoupá díky zlepšující se lékařské péči o novorozence.

Etiologie mentální retardace je nejednotná a u 15-30 % případů zůstává příčina zcela neobjasněná (Raboch et al., 2006). Nejčastěji tomu tak je u lehké mentální retardace (Říčan, & Krejčířová, 2006). Příčinu některých případů zejména lehké mentální retardace bychom mohli spatřovat ve variaci normálního rozložení biologických jevů. Určité procento populace by pak spadalo do pásma mentální retardace dvě směrodatné odchylky pod průměrem stejně tak, jako se jiní lidé s vysoce nadprůměrným IQ mohou zařadit na opačný konec Gaussovy křivky (Lečbych, 2008). Podprůměrná inteligence tak může být zkrátka zděděná, mnohdy pak ještě podpořená nepodnětnou výchovou (Drtílková, 2001).

Faktory, které mohou být příčinou vzniku mentální retardace, můžeme obecně rozdělit na endogenní (vnitřní) – genetické, a exogenní (vnější), kam patří okolnosti těhotenství, porodu a raného dětství (Lečbych, 2008). Z časového hlediska rozlišujeme faktory prenatální (působící během nitroděložního vývoje), perinatální (během porodu a krátce po něm) a postnatální (během prvních let života dítěte) (Valenta et al., 2012).

V **prenatálním období** je nejvýznamnější působení dědičných, hereditárních, faktorů, které zapříčiňují vznik geneticky podmíněných poruch, zejména metabolických (např. fenylketonurie). Do tohoto období se řadí také vznik specifických genetických poruch, způsobených změnou počtu chromozomů nebo narušením jejich struktury a genovou mutací (Valenta et al. 2012). Z exogenních faktorů mohou mentální retardaci způsobit onemocnění matky – například zarděnky, neštovice, chřipka, syfilis nebo toxoplazmóza – a také některé nevhodné léky, toxické látky, rentgenové záření, podvýživa matky v těhotenství a samozřejmě alkohol a drogy (Lečbych, 2008).

V **období perinatálním** může vývoj centrální nervové soustavy dítěte narušit zejména mechanické poškození mozku, hypoxie a nedonošenost nebo nízká porodní váha (Valenta et al., 2012).

Do **postnatálního období** spadají příčiny jako úrazy zasahující centrální nervovou soustavu, infekce a záněty mozku, krvácení do mozku, nádorová onemocnění mozku (Valenta et al., 2012). Vliv mohou mít ale také sociální faktory – nedostatečná výchovná stimulace, málo sociokulturních podnětů, deprivace. Sociokulturně podmíněná retardace se objevuje častěji u dětí žijících v nepříznivých sociálních a kulturních podmínkách (nevyhovující bydlení, nedostatek lékařské péče, podvýživa...). I proto u nich bývá mentální retardace diagnostikována až po nástupu do školy, kdy začnou za svými

vrstevníky zaostávat. Sociální faktory se na variaci inteligenčního kvocientu mohou podílet v rozmezí 10-20 bodů (Drtílková, 2001).

3. Dítě s mentálním postižením v rodině

Tato práce se zabývá tím, jestli existuje vztah mezi základními dimenzemi vztahové vazby u rodičů dítěte s mentálním postižením (vyhýbavostí a úzkostností) a tím, jaké pozitivní zisky z rodičovství mají. Proto se v následující kapitole zaměříme na to, co pro rodinu znamená přítomnost dítěte s mentálním postižením.

Narození dítěte s postižením do rodiny se obecně považuje za traumatizující událost. Už v době plánování rodičovství a potom během těhotenství si rodiče své dítě představují, jaké bude, co po kom podědí, jak bude jejich společný život s dítětem vypadat... Obvykle to zahrnuje představu zdravého krásného miminka. Když jsou pak rodiče konfrontováni s tím, že jejich miminko nebude takové, jaké si ho představovali, že bude nějakým způsobem znevýhodněné, postižené, musí se náhle vyrovnat se ztrátou původní představy a jsou uvrženi do nejistoty – nevědí, jak se bude jejich dítě vyvíjet, jak bude jejich život od této chvíle vlastně vypadat, jak se mají k dítěti chovat a jak ho vychovávat (Švarcová, 2003).

3.1 Vyrovnávání se s diagnózou

O období, kdy si rodiče teprve zvykají na skutečnost, že mají dítě s postižením, mluvíme jako o *fázi krize rodičovské identity*. Prožívají pocity selhání v rodičovské roli a pocity viny vůči dítěti. Z přesvědčení o vlastní neschopnosti zplodit nebo porodit zdravého potomka plyne ztráta sebedůvěry a pocity méněcennosti (Valenta et al., 2012).

Proces vyrovnávání se s postižením dítěte můžeme rozdělit do několika fází ne nepodobných fázím přijímání závažné diagnózy. Nejprve přichází **fáze šoku a popření**, tedy bezprostřední reakce na zjištění, že dítě není zcela zdravé. Typickým projevem v chování rodičů je ustrnutí, neschopnost reakce. Rodiče nejsou v této chvíli schopni vstřebat podrobné informace o prognóze, možnostech péče a o výchově, protože se nejprve musí smířit s existencí postižení (Valenta et al., 2012).

Následuje **fáze bezmocnosti**, jejíž název mluví sám za sebe – rodiče si nevědí rady, co by měli dělat, jak se chovat. Zároveň se perou s pocity viny vůči dítěti a s pocity hanby, kvůli očekávaným reakcím okolí (Valenta et al., 2012). Pocity viny mohou být také projikovány na partnera, případně i na další členy rodiny, nebo může být projekce

zaměřena na venek, nejčastěji na zdravotnický personál, který přišel s rodinou do styku (Říčan, & Krejčířová, 2006).

Pak přichází **fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem**, během níž rodiče postupně zpracovávají problém, vyrovnávají se s existencí postižení a hledají možná řešení. Rodiče se aktivizují, snaží se získat co nejvíce informací o tom, jak postižení vzniklo a jaká je jeho podstata, jak mají o dítě pečovat a jaká je jeho prognóza do budoucnosti. Často vyhledávají i různé rodičovské podpůrné skupiny a občanská sdružení (Valenta et al., 2012).

Ve **fázi smlouvání** už rodiče přijali skutečnost, že mají dítě s postižením, nechťejí se ale zcela vzdát a hledají možnosti, jak dosáhnout v jeho stavu alespoň malého zlepšení. Je důležité, aby jejich naděje a očekávání nebyly nerealistické – v tom případě by zbytečně přetěžovali jak dítě, tak i sebe. A konečně poslední fází je **fáze smíření**: rodiče akceptovali postižení svého dítěte a přijímají ho takové, jaké je. Jejich plány a naděje jsou realistické. Někteří rodiče ale nemusí do fáze smíření vůbec dojít, jiní ke smíření dojdou, ale při nových zátěžích (souvisejících s vývojem dítěte – příkladem může být nástup do školy) se dočasně vrací do některé z předchozích fází (Valenta et al., 2012).

Zvládání zátěže, jakou představuje narození dítěte s postižením, je dlouhodobý proces, může trvat mnoho let nebo i celý život. Rodiče se musí rozloučit s původní představou svého dítěte a nahradit ji novou, měli by se pokusit najít smysl a příčiny této skutečnosti a skloubit je se svým dosavadním názorem na život. Potřebují se naučit vyhledávat a přijímat pomoc profesionálů i lidí ze svého okolí. S odstupem času je většina rodičů přesvědčena, že je to, co prožili, nějakým způsobem obohatilo: cítí se trpělivější, silnější, tolerantnější. (Vágnerová, Strnadová, & Krejčová, 2009).

3.2 Dítě s mentálním postižením a životní styl rodiny

Dítě s mentálním postižením znamená zásadní změnu dosavadního životního stylu celé rodiny. Asi nejzásadnější změnou však projde životní styl matky. Péče o dítě je dlouhodobě náročná, může se tedy stát, že se matka už nebude moci vrátit do zaměstnání, nebo se mu bude muset věnovat v omezené míře, což může některým, zejména vzdělanějším a ambiciózním matkám, připadat jako degradace vlastní osoby. Jejich život se podřizuje potřebám dítěte bez vyhlídky na brzkou změnu (Vágnerová et al., 2009).

Dítě s postižením v rodině znamená také zhoršenou finanční situaci. V případě, že je rodina úplná a jeden z rodičů zůstává s dítětem doma, přichází domácnost o celý dřívější příjem tohoto rodiče, který je jen částečně nahrazován příspěvkem na péči. Ještě těžší je situace rodičů samoživitelů, kteří mohou zůstat zcela závislí jen na sociálních dávkách. Na našem pracovním trhu není dostatek možností práce na částečný úvazek, nebo práce s flexibilní pracovní dobou, díky níž by pečující rodič mohl skloubit zaměstnání s péčí o dítě. Ekonomický nedostatek má vliv na celkovou stabilitu rodiny a omezuje i možnosti péče o člena s postižením - například chybí prostředky pro koupi speciálních pomůcek (Michalík et al., 2011).

V období krátce po narození dítěte dochází u všech manželství/partnerství k mírnému poklesu spokojenosti, v rodinách s dítětem s postižením je však tento fenomén výraznější. Oba partneři jsou zpočátku traumatizováni a každý se s tím vyrovnává vlastním způsobem, který nemusí být pro druhého srozumitelný (muži například nebývají zvyklí expresivně projevovat negativní emoce a nevědí si rady s emocemi partnerky; ženám se pak mohou zdát odtažití nebo necitliví). K narušení vztahu dochází i kvůli vynucené změně životního stylu. Na párové aktivity zbývá mnohem méně času než dříve, vše se podřizuje potřebám dítěte. Postupem času se oba partneři na novou situaci nějak adaptují a dojde buď ke stabilizaci vztahu na nové úrovni, nebo k jeho rozpadu (Vágnerová et al., 2009).

Proměnou prochází i sociální síť přátel a známých – mnohdy se zredukuje okruh přátel, kteří sice jsou nadále stejní, jako byli dřív, ale najednou mají jiné zájmy a hodnoty než rodina s dítětem s postižením. Naopak se ale objevují noví známí a přátelé v podobné situaci a s podobnými problémy (Vágnerová et al., 2009).

3.3 Dítě s mentálním postižením v předškolním a školním věku

Výchova dítěte s mentálním postižením klade na jeho rodinu od samého začátku vyšší nároky, než jak je tomu u dětí zdravých. Psychomotorický vývoj bývá zpomalený, vzrušivost nervového systému je často slabší a spontánní aktivita dítěte, při níž by si samovolně procvičovalo reflexy a učilo se, je snižena. Aktivitu dítěte je proto potřeba přímo podněcovat - mnohdy musí rodiče s dítětem fyzicky cvičit a rehabilitovat, aby podpořili vývoj jeho motoriky (Marková, & Středová, 1987).

Podle Markové a Středové (1987) je dobré, aby dítě s postižením nebylo jedináček. Rodičům, kterým se dítě s mentálním postižením narodilo jako první, doporučují, aby měli

brzy po tom další dítě. Zdravý mladší sourozenec může zmírnit napětí v rodině a navíc rodiče budou moci srovnávat vývoj obou dětí a zjišťovat tak, že starší dítě není definováno jen svou diagnózou, že se vyvíjí podobně jako mladší, ale o něco pomaleji.

V rodinách, kde ke zdravému staršímu sourozenci přibude dítě s postižením, je třeba dávat pozor, aby se starší dítě necítilo opomíjené – je zde větší pravděpodobnost, než u matek zdravých dětí, že se matka zvýšeně zaměří na péči o dítě s postižením a na jeho potřeby (Marková, & Středová, 1987). Vágnerová (1999) upozorňuje, že v rodinách s dítětem s postižením hrozí riziko extremizace postojů a očekávání rodičů ve vztahu ke zdravému sourozenci: mohlo by dojít ke zvýšené koncentraci pozornosti a zájmu na dítě s postižením a odsunutí zdravého sourozence do pozadí. Rodiče nemusí mít dostatek času a energie pro obě děti a mohou od zdravého dítěte očekávat zralejší chování, než jakého je schopno. Druhým extrémem je koncentrace zájmu na zdravé dítě, které se stává prostředkem kompenzace – má rodičům vynahradit strasti, které prožívají s dítětem s postižením.

Dalším problémem, na který rodiny narážejí, je zařazení dítěte s mentálním postižením do školky a později do školy. Tento krok je důležitý jednak pro dítě, aby mohlo naplňovat svůj potenciál a osamostatňovat se, ale také pro pečujícího rodiče (tedy obvykle pro matku), který dosud zůstával s dítětem doma a nyní se může znovu alespoň částečně věnovat své kariéře a dalším svým zájmům. Pro školku samotné postižení nebývá takovou překážkou jako případné přidružené potíže, zejména problematické chování dítěte. Jiná je pak situace při hledání školy – tehdy je třeba brát v úvahu i míru postižení dítěte. V lepších případech je v začátcích školní docházky možná integrace do běžné základní školy. Později se ale rozdíl ve výkonu zdravých dětí a integrovaného dítěte stále zvětšují a přistupuje se k zařazení do speciálních škol (Vágnerová et al., 2009), případně k individuálnímu vzdělávání (tzv. „domácí škola“) (Bendová, & Zíkl, 2011).

Rodiče samozřejmě chtějí, aby dítě beze zbytku naplnilo svůj potenciál a naučilo se co nejvíce. Někdy se bojí, že výuka ve speciálních školách nebude dostatečně náročná a že by tam dítě mohlo zbytečně zakrnět. Přehnaně vysoké nároky na dítě však frustrují jak dítě, tak i rodiče, kteří se ho marně snaží různými způsoby vybičovat k lepším výkonům. Může chvíli trvat, než se představy rodičů přizpůsobí možnostem dítěte (Vágnerová et al., 2009).

3.4 Adolescenti a dospívající s mentálním postižením v rodině

Dospívání s sebou vždy přináší řadu vývojových úkolů a vyžaduje úpravu pravidel v rámci rodinného systému. V tomto období by se dítě mělo připravovat na svou budoucí profesi, emancipovat se od rodiny a naopak navazovat diferencovanější vztahy s vrstevníky, přijímat nová práva a povinnosti a získávat postupně ekonomickou nezávislost. Je to doba problematická jak pro rodiny se zdravými dětmi, tak pro rodiny dětí s mentální retardací, i když konkrétní problémy nebo způsob jejich řešení se může lišit (Lečbých, 2008).

Podle Vágnerové (1999) je důležitým úkolem v dospívání hledání vlastní identity. Mladý člověk s mentálním postižením má ale tento úkol značně ztížený: nemá tak silnou potřebu (nebo možnost) osamostatnění, není plně přijat do skupiny zdravých vrstevníků, možnosti budoucího profesního uplatnění jsou často značně omezené a chybí pozitivní vzor (člověk podobně znevýhodněný a zároveň imponující a vhodný k následování). Jestliže si tento mladý člověk uvědomuje svou odlišnost, rostou v něm pocity nejistoty a úzkosti, což probouzí potřebu jistoty a bezpečí a vede k preferenci závislosti na pečujících osobách (rodině), tedy k vývojové stagnaci.

Rodina musí, ideálně s dostatečným předstihem, naplánovat budoucí způsob života svého znevýhodněného člena. S ukončením základní školní docházky vyvstávají nové výzvy. Je třeba se rozhodnout, zda bude dítě pokračovat ve vzdělávání na nějaké specializované střední škole, jak budou jeho studium financovat, jak se bude do školy dopravovat... Podobně je potřeba uvažovat o zaměstnání, případně o určité formě samostatného bydlení (Lečbých, 2008).

Davisová (2003, in Lečbých 2008) upozorňuje na jednu důležitou starost rodičů dospívajících dětí s mentální retardací: „Co bude s mým dítětem, až už tu nebudu?“ Tato otázka může být pro rodiče velmi zatěžující a znepokojivá, zejména jsou-li sami hlavními pečovateli o dítě. Rodičům proto Davisová doporučuje, aby v období dospívání co nejvíce podporovali samostatnost a nezávislost dítěte – mohou vyhledat dostupné sociální služby, podpořit potomka v samostatném bydlení a v pracovním uplatnění. Pokud má dítě omezenou způsobilost k právním úkonům, měli by také určit vhodného opatrovníka a už za svého života na něj přenášet určitý díl zodpovědnosti. Je taky vhodné seznámit dítě s přirozeným během života a připravovat ho na možnost, že bude žít déle než rodiče.

4. Pozitivní percepce osob s mentálním postižením

Následující kapitola je věnována tomu, jaké pozitivní zisky mají rodiče pečující o dítě s mentálním postižením. Zaměřuje se hlavně na výzkumy prováděné v oblasti pozitivní percepce osob s postižením v posledních desetiletích.

Přístup k lidem s mentálním postižením byl vždycky výrazně ovlivňován převládajícími dobovými názory a zároveň s nimi se i postupně vyvíjel a měnil. Například ve starověkém Řecku a Římě byly děti s postižením nemilosrdně zabíjeny (Sheerenberger, 1983, in Lečbych, 2008). Dnes se můžeme pochlubit o mnoho humánnějším přístupem. Současná západní společnost se snaží o co nejkomplexnější integraci lidí s postižením do společnosti školskou integrací počínaje a chráněným bydlením a zaměstnáním konče (Repková, 1999).

V průběhu minulého století se postupně měnilo zaměření výzkumů týkajících se problematiky mentálního postižení. V první polovině 20. století byl upřednostňován institucionální model péče o lidi s mentálním postižením. Rodinám těchto lidí nebylo ve výzkumech věnováno mnoho pozornosti, protože péči o ně přebírali profesionálové v různých ústavech. Ve druhé polovině století se spolu s omezováním vlivu institucionálního modelu začaly objevovat studie zaměřené i na rodinu osob s mentálním postižením, nicméně orientovaly se spíše na negativní důsledky péče o dítě s postižením – na stres rodičů, jejich zahlcení péčí o dítě, na různá omezení. Výzkumy zabývající se pozitivními zisky rodin s dítětem s postižením se objevují teprve v posledních 20-30 letech jako reakce na skutečnost, na kterou rodiny dětí s postižením poukazovaly už dříve, a která byla do té doby pro odbornou i laickou veřejnost tabu, a sice že i tyto děti přinášejí do života rodičů radost a různá pozitiva (Vančura, 2006).

4.1 Dosavadní výzkumy

Problematice pozitivního přínosu dítěte s mentálním postižením pro rodinu se věnují studie kvalitativní (např. Stainton, & Besser, 1998; King, Zwaigenbaum, Bates, Baxter, & Rosenbaum, 2011) i kvantitativní (např. Hastings, Kovshoff, Ward, Espinosa, Brown, & Remington, 2005; Griffith, Hastings, Nash, & Hill, 2010). Literaturu k tomuto tématu doplňují také autobiografické výpovědi rodičů dětí s postižením. Například Ivana Fitznerová (2010) v knize „Máme dítě s handicapem“ popisuje svou vlastní zkušenost s dcerkou s postižením včetně procesu vyrovnávání se s diagnózou, úskalí komunikace

s profesionály, nebo reakcí okolí. V kapitole „Co jsem se díky našemu příběhu naučila“ zmiňuje autorka právě pozitivní zisky – větší citlivost a vnímavost, změnu hodnotového žebříčku, radost z dítěte, radost ze společně tráveného času... Podobně Eva Frančeová (2004) v knize „Deník mého syna“ popisuje formou fiktivních deníkových zápisů život svého syna s mentálním postižením z různých hledisek s cílem pomoci rodičům v podobné situaci.

Stainton a Besser (1998) se ve svém kvalitativním výzkumu zabývali pozitivním dopadem přítomnosti dětí s mentální retardací na jejich rodiny. V polostrukturovaných rozhovorech s rodiči dětí probírali devět hlavních témat: dítě jako zdroj radosti a štěstí, smysl života a priority, sociální síť a komunita, zvýšení spirituality, dítě jako zdroj rodinné jednoty a blízkosti, zvýšení tolerance a porozumění, osobní rozvoj, pozitivní dopad na ostatní/na komunitu. Vycházeli při tom z předchozích výzkumů pozitivního přínosu lidí s mentální retardací, zejména z výzkumů Behra, Murphyho a Summerse (1992), z nichž vzešla dotazníková metoda KIPP (*Kansas Inventory of Parental Perceptions*) používaná i v této práci.

Další kvalitativní studii provedli King, Zwaigenbaum, Bates, Baxter a Rosenbaum (2011). V rozhovorech s rodiči dětí s poruchou autistického spektra a dětí s Downovým syndromem se zaměřovali na témata pozitivních zisků pro rodiče a pro rodinu takového dítěte. Rodiče pocítovali nárůst blízkosti a větší soudržnost rodiny, oceňovali učení se skrz nové zkušenosti, pozorovali větší toleranci pro odlišnost jak u sebe, tak ve svém sociálním okolí. Měli pocit, že se jejich děti stávají platnými členy komunity a obohacují ji. Studie zároveň zachytila i vývojový aspekt pozitivní percepce dítěte s postižením rodiči: rodiče starších dětí (15-17 let) viděli více pozitivních aspektů své situace než rodiče dětí mladších (6-8 let).

Hastings a Taunt (2002) si všimli, že výsledky podobných výzkumů pozitivního přínosu péče o dítě s postižením pro rodiče se významně shodují. Zpracovali tedy přehledovou studii, v níž uvádějí čtrnáct oblastí pozitivního zisku rodičů pečujících o dítě s mentálním postižením:

1. Radost a uspokojení z péče o dítě
2. Dítě jako zdroj radosti
3. Vnímání sebe sama jako kompetentní osoby pro péči o dítě
4. Sdílení lásky s dítětem
5. Dítě jako zdroj seberozvoje

6. Posílení rodiny a partnerství/manželství
7. Dítě jako nový smysl života
8. Rozvoj nových dovedností a schopností
9. Změna vlastností (větší trpělivost, tolerance)
10. Zvýšení vlastní sebedůvěry
11. Rozšíření sociální sítě
12. Zesílení spirituality
13. Změna životní perspektivy
14. Schopnost ocenit každý den, pomalejší životní tempo

Hastings a Taunt (2002) také vyslovují předpoklad, že pozitivní a negativní percepce dítěte s postižením nejsou protilehlými polaritami v rámci jedné dimenze, jak by se mohlo zdát, ale že se vyskytují samostatně. Rodiče mohou vnímat zároveň pozitivní a negativní aspekty péče o dítě. Pozitivní percepce nevylučuje tu negativní a obráceně, nejedná se o nepřímou úměru. Toto dále potvrzují například výsledky studie rodičovských percepčí u čínských matek dětí s mentálním postižením (Mak, & Ho, 2007).

Richard Hastings s kolegy (2005) zkoumali stres a pozitivní percepce u rodičů předškolních dětí s autismem. Zjistili, že u matek není statisticky významná korelace mezi mírou stresu měřenou dotazníkem QRS (*Questionnaire on Resources and Stress*) a mírou pozitivní percepce měřenou dotazníkem KIPP-PC (*Kansas Inventory of Parentel Perceptions – Positive Contributions Section*), vyskytla se zde ovšem mírná negativní korelace mezi mírou stresu a mírou pozitivní percepce dítěte u otců. Autoři vyslovují domněnku, že míra stresu a pozitivní percepce dítěte jsou u matek dvě nezávislé proměnné, zatímco u otců mezi nimi závislost existuje.

Škálu pozitivního přínosu, tedy první z celkem čtyř částí dotazníku KIPP, použili pro svůj výzkum Griffith, Hastings, Nash a Hill (2010). Zkoumali problémové chování u dětí s Downovým syndromem, s autismem a s mentálním postižením smíšené etiologie a duševní pohodu (*well-being*) jejich matek. Matky dětí s autismem dosahovaly na škále pozitivního přínosu signifikantně nižších hodnot než matky dětí s Downovým syndromem nebo dětí se smíšenou etiologií, přičemž hodnoty matek dětí s Downovým syndromem byly v rámci všech tří skupin nejvyšší.

Burke, Fisher a Hodapp (2012) zkoumali vliv behaviorálních charakteristik adolescentů s Downovým syndromem na rodičovské percepce. Mapovali osobnost, inteligenci a adaptivní a maladaptivní chování u 42 adolescentů s Downovým syndromem

a zjišťovali, zda mají souvislost s mírou depresivity, s mírou obav z budoucnosti a s pozitivní percepcí těchto adolescentů u jejich rodičů – zde byl použit nástroj KIPP-CP. Výsledky mimo jiné ukázaly, že rodiče, kteří přisuzují svému dítěti spíše pozitivní osobnostní charakteristiky, vnímají také vyšší pozitivní přínos tohoto dítěte pro sebe i pro rodinu.

Zajímavý výzkum prezentuje Repková (1999). Zajímalo ji, jaké slovní asociace se lidem vážou k pojmu „zdravotní postižení“. Ptala se jak lidí, kteří mají v rodině někoho se zdravotním postižením nebo mají sami nějaké postižení, tak i lidí bez bližší zkušenosti s postižením. Asociace pak rozdělovala na neutrální, negativní a pozitivní. U respondentů bez autentické životní zkušenosti se zdravotním postižením se vyskytovalo nejvíce asociací s negativním nábojem, nejvíce asociací s pozitivním nábojem poskytovali respondenti, kteří měli v rodině člena se zdravotním postižením (jejich asociace byly také konkrétnější a obsahově variabilnější než u respondentů bez autentické zkušenosti).

Český překlad metody KIPP použil jako první Jan Vančura (2006) ve své disertační práci. Jelikož se jednalo o první použití metody u nás, zjišťoval také psychometrické vlastnosti české verze. Výsledky analýzy vnitřní konzistence byly srovnatelné s hodnotami, které uvádí manuál dotazníku.

Na souboru 114 matek a otců dětí s mentálním postižením zjistil Vančura (2006) následující: pohlaví dítěte nemá vliv na subjektivně vnímané pozitivní zisky rodičů, ale má vliv na škálu sociálního srovnávání – rodiče děvčat hodnotili svoji situaci jako náročnější než rodiče chlapců. Přítomnost zdravého sourozence v rodině neměla na vnímaný pozitivní zisk vliv. Věřící rodiče hodnotili svoji situaci obecně jako příznivější a jako příčinu postižení dítěte uváděli častěji „osud“.

Další kvantitativní výzkum v českém prostředí provedli Michalík a kolektiv (2011). Zkoumali kvalitu života osob, které dlouhodobě pečují o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením. Jedním z cílů výzkumu bylo vyhodnotit názor respondentů na vlastní situaci, rodinnou situaci pečujících osob i jejich místo v širší společnosti, existenci a rozvoj pozitivních postojů v souvislosti s péčí o člena rodiny s postižením, úroveň veřejné podpory a očekávání respondentů do budoucna. I když se respondenti tohoto výzkumu vyjadřovali poměrně střízlivě (ve srovnání s kontrolní skupinou lidí, kteří nepečují o člena rodiny s postižením), nacházíme i zde příklady pozitivních zisků. Například dvě třetiny respondentů cítí hrdost na to, co v rámci péče o své dítě dokázali. Více než třetina respondentů (35,6 %) má pocit, že je jejich situace nějak obohatila.

Oproti výše zmíněným výzkumům se studie Michalíka a jeho spolupracovníků (2011) zaměřuje kromě pozitivních zisků také na ztráty plynoucí z nutnosti pečovat dlouhodobě o člena rodiny s postižením. Respondenti zde uváděli například zhoršení finanční situace, vlastního zdravotního stavu, pocity izolace a ztráty osobních perspektiv...

5. Metody použité ve výzkumu

Při výzkumu pro tuto práci bylo potřeba změřit jednak úzkostnost a vyhýbavost jako základní dimenze vztahové vazby, a také zjistit, jaké pozitivní zisky mají rodiče, kteří se starají o dítě s mentálním postižením. Ke zhodnocení úzkostnosti a vyhýbavosti respondentů byla použita škála ECR (*Experiences in Close Relationships*) a ke zjištění pozitivních zisků dotazník KIPP (*Kansas Inventory of Parental Perceptions*). V následující kapitole se s oběma metodami blíže seznámíme.

5.1 Seznámení s nástrojem ECR

Škála *Experiences in Close Relationships* je sebeposuzovací nástroj pro měření dvou dimenzí vztahové vazby – úzkostnosti a vyhýbavosti – v dospělosti. Je tvořena celkem 36 položkami, které se dělí do dvou subškál. 18 lichých tvrzení tvoří subškálu **vztahová vyhýbavost**, 18 sudých tvrzení subškálu **vztahová úzkostnost**. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na sedmibodové Likertově stupnici od 1 – rozhodně nesouhlasím po 7 – rozhodně souhlasím (Lečbych, & Pospíšilíková, 2012).

Subškála vztahové vyhýbavosti obsahuje například položky jako „Jakmile se někdo začne se mnou sblížovat, přistihnu se, jak se odtahuji pryč“ nebo „Snažím se vyhnout příliš blízkému kontaktu s druhými“. Subškálu vztahové úzkostnosti zase reprezentují například položky „Trápí mě, že druhým na mně nezáleží tolik, jako mně na nich“ nebo „Trápí mě být sám/sama“.

Lečbych a Pospíšilíková (2012) přeložili ECR do češtiny a zároveň provedli pilotní studii, v níž srovnávali výsledky ve dvou základních dimenzích u vzorku českých a amerických univerzitních studentů (nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi průměry obou souborů). Spočítali také vnitřní konzistenci obou subškál české verze dotazníku – Cronbachovo α pro mělo pro obě subškály stejnou hodnotu 0,84.

5.2 Seznámení s nástrojem KIPP

Dotazník KIPP – Kansaský inventář rodičovské percepce (*Kansas Inventory of Parental Perceptions*; Behr, Murphy, Summers, 1992) je metodou zaměřující se na pozitivní zkušenosti, které může přinášet rodičovství dítěte s postižením. Neklade tedy důraz na míru stresu rodičů nebo na negativní dopady na rodinu. Dotazník byl zkonstruován, aby měřil čtyři nezávislé oblasti zkušenosti rodičů, kteří mají dítě (ať už nezletilé, nebo dospělé) s postižením:

6. **Pozitivní přínos** (*Positive Contribution*) – přesvědčení, že člen s postižením rodinu pozitivně obohacuje;
7. **Sociální srovnávání** (*Social Comparisons*) – porovnávání sebe sama, jiných rodinných příslušníků a rodiny jako celku s podobnými nebo odlišnými druhými;
8. **Atribuce příčin postižení** (*Casual Attributions*) – prisuzování příčiny postižení konkrétním příčinám;
9. **Míra vlivu** (*Mastery/Control*) – subjektivně vnímaná míra kontroly nad situací rodiny a nad životem člena s postižením.

Jedná se o sebehodnotící metodu tužka-papír. Svůj názor na jednotlivé položky vztahující se k těmto čtyřem zkoumaným oblastem vyjadřují rodiče na čtyřstupňových škálách: zásadně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, rozhodně souhlasím. Jen pro poslední oblast je škála jiná – rodiče hodnotí, jakou míru vlivu mají oni sami, nebo profesionálové (lékaři, učitelé...) na život jejich dítěte: velký vliv, určitý vliv, malý vliv, žádný vliv. Uvedené oblasti můžeme ještě dále rozdělit do několika dimenzí (uvedených v Tabulce 1). Každá dimenze je v dotazníku zastoupena 3 – 7 položkami.

Tabulka 5.2.1: Dimenze dotazníku KIPP (Behr et al., 1992)

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

Pro představu si zde uvedeme několik položek dotazníku jako příklady:

- **Oddíl Pozitivní přínos**

Mé dítě je důvodem mé trpělivosti při učení.

Díky mému dítěti se okruh mých přátel rozrostl.

Přítomnost mého dítěte mi zvedá náladu.

- **Oddíl Sociální srovnávání**

Cítím se šťastný/á, že moje dítě nemá tolik závažných problémů jako ostatní děti.

Když vidím jiné rodiče, kteří si umí poradit s potřebami svého dítěte lépe než já, bere mi to odvahu.

- **Oddíl Atribuce příčin**

Postižení mého dítěte vznikla z nějakých vyšších důvodů.

Postižení mého dítěte vznikla kvůli zranění, které se stalo během porodu.

- **Oddíl Míra vlivu**

Jaký vliv máte vy osobně na zvládání denních aktivit vašeho dítěte?

Jaký vliv mají profesionálové na rozhodování o tom, co se stane vašemu dítěti a co udělají pro vaše dítě, až bude starší?

Co se týká **psychometrických vlastností** dotazníku, průměry reliability škál jsou následující: v oddílu *pozitivních přínosů* má Cronbachův koeficient α hodnotu 0,80, v oddílu *sociálního srovnávání* 0,66, pro oddíl *atribuce příčin* nabývá hodnot 0,70 a pro oddíl *míra vlivu* 0,87. Test-retestová stabilita v čase je poměrně nízká – dle autorů to může být dáno důsledky první administrace, která může rodičům poskytnout novou perspektivu pro vnímání své situace. Korelační koeficient v oddílu *pozitivního přínosu* byl 0,56, v oddílu *sociálního srovnávání* nabýval hodnoty 0,34, v oddílu *atribuce příčin* 0,56 a pro oddíl *míra vlivu* měl hodnotu 0,39 (Behr et al., 1992).

B. VÝZKUMNÁ ČÁST

6. Cíle výzkumu

Ve výzkumu pro tuto diplomovou práci jsem se zaměřila na rodiče, kteří mají dospělé dítě s mentálním postižením. Zajímalo mě, zda má primární vztahová vazba, respektive míra vztahové úzkostnosti a míra vztahové vyhýbavosti, u těchto rodičů vliv na pozitivní percepci potomka s mentálním postižením.

Cílem výzkumu je pokusit se pomocí kvantitativních metod ověřit, zda existuje vztah mezi mírou vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti, základními dimenzemi vztahové vazby, u rodičů a pozitivní percepcí dětí s postižením. Výzkumné otázky znějí:

1. *Existují vztahy mezi jednotlivými dimenzemi pozitivní percepce potomka s mentálním postižením (měřenými dotazníkem KIPP) a základní dimenzí vztahové vazby rodiče – vztahovou vyhýbavostí?*
2. *Existují vztahy mezi jednotlivými dimenzemi pozitivní percepce potomka s mentálním postižením (měřenými dotazníkem KIPP) a základní dimenzí vztahové vazby rodiče – vztahovou úzkostností?*

Přestože se výzkum zaměřuje na pozitivní zisky rodičů dětí s mentálním postižením, rozhodně se nejedná o zlehčování nebo popírání těžkostí, kterým tito rodiče čelí. Těmto těžkostem však bylo prozatím věnováno dost pozornosti v minulém století a je podle mého vhodné, aby se odborná i laická veřejnost dozvíдалa také o pozitivním přínosu lidí s mentálním postižením pro jejich nejbližší i pro širší komunitu. Takové poznatky by mohly ovlivňovat postoje společnosti vůči lidem s mentálním postižením a lidem, kteří o ně pečují.

Respondenty pro svůj výzkum jsem získávala pomocí příležitostného výběru, který byl doplněn ještě o metodu sněhové koule. V dotazníkovém šetření byly použity české překlady dvou standardizovaných dotazníků, a sice dotazníku ECR pro měření míry vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti a dotazníku KIPP pro zjišťování pozitivních zisků z péče o potomka s postižením.

7. Design výzkumu

Pro výzkum byl zvolen kvantitativní přístup. Data získaná pomocí dotazníků ECR a KIPP byla následně statisticky zpracována korelační analýzou v programu Microsoft Excel 2007. Metoda ECR se pro výzkum výborně hodila jednak proto, že měří úzkostnost a vyhýbavost ve vztazích, ale také proto, že se svými 36 položkami není dotazník příliš dlouhý. Druhý použitý dotazník KIPP má celkem 97 položek, a kdyby byl delší i první dotazník, mohlo by vyplňování být pro respondenty příliš únavné a ještě více časově náročné (pokud by je od účasti na výzkumu neodradilo už pouhé zběžné prolistování obou dotazníků).

Účastníci výzkumu byli shromážděni pomocí příležitostného výběru, který byl doplněn o výběr pomocí metody sněhové koule. Jednalo se o rodiče dospělých potomků s mentálním postižením, s nimiž tento potomek žije ve společné domácnosti. Oslovování byli rodiče jak přímo, tak i zprostředkovaně přes instituce pro osoby s mentálním postižením.

7.1 Etika výzkumu

Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní. Některé z respondentů však osobně znám a osobně jsem jim dotazník předávala, takže nelze vyloučit, že jejich rozhodnutí dotazník vyplnit mohlo být ovlivněno naším vztahem a z něj plynoucí tendencí mé prosbě vyhovět.

V dotaznících odpovídali respondenti na otázky týkající se toho, jak se cítí v blízkých vztazích, a toho, jak vnímají své dítě s postižením. To jsou poměrně intimní, pro někoho možná choulostivá témata, a proto je důležité zachovat anonymitu respondentů. Na úvodní straně dotazníku byli respondenti informováni, že je dotazník anonymní a že data z něj získaná budou použita při psaní této diplomové práce.

Nějaké základní údaje o sobě respondenti na úvodní straně sice vyplňovali, nejedná se ale o data, podle kterých by bylo možné respondenty zpětně identifikovat. Každý respondent uváděl své pohlaví a věk a dále pohlaví, věk a stupeň mentálního postižení svého dítěte (lehké, středně těžké, těžké, hluboké nebo nespecifikované mentální postižení). Každému dotazníku, který byl ve výzkumu použit, bylo nakonec přiděleno pořadové číslo (1-29), pod nímž byly zaznamenávány výsledky konkrétního respondenta.

Vzhledem k tomu, že by někteří respondenti mohli mít zájem seznámit se s výsledky výzkumu, kterého se zúčastnili, byla v dotazníku možnost uvést kontaktní e-mail. Této

možnosti využilo a e-mail uvedlo 11 účastníků výzkumu, jimž budou výsledky po dokončení práce zaslány. E-mailové adresy často obsahují jméno vlastníka schránky, adresy respondentů však znám pouze já, nebudu je nikomu dalšímu poskytovat a po odeslání e-mailů ani dále archivovat.

8. Výzkumný soubor

Pro svůj výzkum jsem potřebovala respondenty, kteří jsou rodiči dítěte s mentálním postižením a kteří žijí s tímto dítětem ve společné domácnosti. Rozhodla jsem se oslovovat rodiče dospělých synů a dcer s mentálním postižením, a to ze dvou důvodů. Prvním je, že rodiče dospělých dětí měli již dostatek času na vyrovnání se se svou situací a lze u nich dle mého předpokládat i vyšší míru vnímaných pozitivních zisků, jak uvádí i již dříve zmíněný výzkum Kinga a jeho kolegů (2011). Druhým důvodem bylo, že populace rodičů s dospělým dítětem s mentálním postižením je pro mě i díky mým osobním kontaktům přístupnější, než by tomu bylo u rodičů nezletilých dětí s postižením.

Pro získání respondentů jsem oslovila 9 institucí v Olomouckém a Moravskoslezském kraji, jednalo se o denní stacionáře a chráněné dílny pro lidi s mentálním postižením, z nichž nakonec na výzkumu spolupracovaly 3. Vždy jsem nejprve telefonicky nebo e-mailem kontaktovala vedení dané instituce s žádostí o osobní schůzku kvůli výzkumu k diplomové práci. Na osobní schůzce jsem pak představitele instituce seznámila s tématem práce a průběhem výzkumu a poprosila jsem, jestli bych mohla své dotazníky rozdat klientům instituce. Oslovení klienti pak předávali dotazníky svým rodičům, a pokud rodiče dotazníky vyplnili, předávali je klienti zase zpátky mně, nebo je pro mě vybral některý z pracovníků instituce.

Dále jsem při získávání respondentů využila několika svých osobních kontaktů na rodiče dětí s mentálním postižením, kterým jsem své dotazníky přímo osobně předala. Také jsem (opět po předchozí domluvě s vedením) mohla využít své účasti na letním rehabilitačním pobytu pro lidi s mentálním postižením, kde jsem dotazníky rozdávala rodičům při přebírání klientů a vyplněné dotazníky jsem si od rodičů brala buď ještě téhož dne, pokud se rozhodli vyplnit dotazník hned, nebo na konci akce.

Příležitostný výběr respondentů byl ještě doplněn výběrem pomocí metody sněhové koule, protože jedna z matek rozdala dotazníky ještě několika svým známým, kteří vyhovovali podmínkám výzkumu.

Celkem bylo těmito cestami distribuováno 110 dotazníků, z nichž se vrátilo 34 vyplněných. Celková návratnost tedy byla 30,9 %. Procentuelní návratnost je poměrně příznivá pravděpodobně zejména díky mým osobním kontaktům – u rodičů, které osobně znám a požádala jsem je o spolupráci, byla návratnost 100 %. Nejnižší návratnost

dotazníků jsem zaznamenala u oslovených denních stacionářů a chráněných dílen. Ta mohla být zapříčiněna mimo jiné složitým způsobem distribuce - několikerým předáváním dotazníků z ruky do ruky.

Materiál, který ode mě rodiče dostávali, zahrnoval úvodní stranu s žádostí o vyplnění, ujištěním o anonymitě, stručným seznámením s předmětem diplomové práce a žádostí o vyplnění základních údajů o rodiči (pohlaví a věk) a o dítěti (pohlaví, věk a stupeň mentálního postižení). Následovaly dotazníky ECR (*Experience in Close Relationships*) a KIPP (*Kansas Inventory of Parental Perceptions*).

Výzkumu se zúčastnilo celkem 34 rodičů, ale 5 dotazníků muselo být z analýzy vyřazeno, protože nebyly řádně vyplněny (například jeden z rodičů vyplnil jen dotazník KIPP, ne však dotazník ECR s odůvodněním, že položky se týkají lidí mladších, než je on).

Výzkumný soubor nakonec tvořilo 29 rodičů (24 matek a 5 otců) ve věku od 42 do 73 let, kteří mají dospělého syna nebo dospělé dceru s mentálním postižením. Průměrný věk rodičů byl 58,3 let. Modus věku rodičů byl 61 let, medián pak 58 let. Průměrný věk jejich dětí pak 31,5 roku, přičemž nejmladšímu bylo 20 a nejstaršímu 44 let, modus jejich věku byl 35 a medián 31 let. Základní charakteristiky výzkumného souboru shrnuje Tabulka 8.1.

Tabulka 8.1: Stručná charakteristika výzkumného souboru

L – lehké mentální postižení

ST – středně těžké mentální postižení

T – těžké mentální postižení

respondent	Věk	matka/otec	syn/dcera	věk	Postižení
1	63	M	D	37	T
2	57	M	D	35	ST
3	53	M	S	35	ST
4	52	M	S	30	ST
5	51	M	S	28	ST
6	73	O	S	36	ST
7	55	M	D	35	T
8	72	M	S	38	ST
9	62	M	D	42	ST
10	56	O	S	28	T
11	56	M	D	35	ST
12	42	M	S	20	ST
13	64	M	S	37	ST
14	60	M	D	39	ST
15	61	M	S	25	T
16	55	M	D	25	T
17	61	M	S	28	T
18	53	O	S	24	ST
19	65	M	D	41	T
20	51	O	S	24	ST
21	61	M	S	31	ST
22	57	M	S	29	T
23	63	O	S	24	T
24	58	M	S	24	T
25	64	M	D	44	ST
26	61	M	S	38	T
27	44	M	D	23	L
28	72	M	S	34	ST
29	49	M	S	29	ST

9. Výsledky

V následující kapitole se zaměříme na výsledky výzkumu. Nejprve se seznámíme s výsledky dotazníku ECR a dotazníku KIPP a po té se podíváme, jaké výsledky přinesla kvantitativní analýza získaných dat a jaké odpovědi na výzkumné otázky z toho plynou. Pro výpočty byl použit program Microsoft Excel 2007.

9.1 Výsledky dotazníku ECR

Dotazníkem ECR byly měřeny dvě základní dimenze vztahové vazby – míra vztahové úzkostnosti a míra vztahové vyhýbavosti. Pro zjištění míry vyhýbavosti je třeba zprůměrovat hodnoty, které daný respondent přiřadil všem 18 lichým tvrzením (hodnoty se volí na Likertově škále od 1 do 7). Stejným způsobem získáme s pomocí sudých tvrzení skór úzkostnosti. Před výpočtem průměrů je třeba některé položky invertovat (Lečbych, & Pospíšilíková, 2012).

Zdá se, že vyplňování dotazníku ECR nečinilo respondentům větší potíže. Téměř se zde nevyskytovala nevyplněná pole (jen u tří vyřazených dotazníků), přepisovaná čísla nebo dokonce nesouhlasné komentáře.

Výsledky všech respondentů znázorňuje tabulka 9.1.1. Výsledky jednotlivců i celkové průměry jsou kvůli přehlednosti zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

Tabulka 9.1.1 Výsledky ECR

Respondent	Vyhýbavost	Úzkostnost
1	5,28	3,5
2	2,83	4,44
3	3,39	3,22
4	3,44	3,22
5	3,39	3,22
6	4,39	4,28
7	3,39	3
8	3,11	4,78
9	4,61	2,83
10	3,78	5,44
11	3,72	4,94
12	3,89	2,39
13	2,44	3,39
14	3,06	3,5
15	3,44	2,72

Respondent	Vyhýbavost	Úzkostnost
16	2,44	4,67
17	3,17	3,89
18	3,83	3,94
19	3,89	3,28
20	3,44	4,28
21	2,83	4,5
22	3,22	3,06
23	4,72	2,61
24	2,72	2,22
25	3,22	4,11
26	2,94	4
27	3,67	2,78
28	3,28	1,5
29	2,78	3,61
Průměr	3,46	3,56

9.2 Výsledky dotazníku KIPP

Dotazník KIPP mapoval pozitivní zisky, které mohou vnímat rodiče dětí s mentálním postižením. Zaměřuje se na 4 oblasti pozitivní zkušenosti těchto rodičů, které se dále dělí na celkem 20 dimenzí (viz Tabulka 5.2.1).

Pro výpočet jednotlivých skóreů je třeba přiřadit odpovědím číselnou hodnotu (od 1 do 4), rozřídít je do jednotlivých dimenzí dle manuálu a vypočítat průměry (Behr et al., 1992).

S vyplňováním dotazníku KIPP měli respondenti znatelně větší problémy, než tomu bylo u dotazníku ECR. Poměrně často se vyskytovaly změny odpovědí na jednotlivé položky, ve čtyřech vyřazených dotaznících byly položky vynechávány. Několik respondentů, kteří vyplňovali dotazník na onom dříve zmiňovaném rehabilitačním pobytu, se mnou konzultovalo význam některých položek (např.: Považuji své dítě za to, co máme společné s dalšími rodiči).

Následující Tabulka 9.2.1 zobrazuje průměry u čtyř hlavních oddílů měřených dotazníkem KIPP pro každého respondenta.

Tabulka 9.2.1 Výsledky KIPP

PP – Pozitivní percepce

SS – Sociální srovnávání

AP – Atribuce příčin

MV – Míra vlivu

Respondent	PP	SS	AP	MV
1	2,76	2,76	1,93	3,00
2	3,10	3,00	1,67	3,36
3	2,82	2,65	2,07	2,21
4	2,82	2,59	2,13	2,21
5	2,80	2,59	2,07	2,21
6	2,70	2,82	2,07	1,86
7	2,60	2,00	1,33	2,64
8	2,26	2,76	2,20	3,21
9	2,80	2,53	2,20	3,07
10	2,72	2,71	2,20	3,29
11	2,68	2,82	2,07	2,57
12	2,90	3,00	1,60	3,29
13	3,04	2,94	2,13	3,21
14	2,88	2,59	2,27	2,36
15	2,68	2,35	2,07	3,29

Respondent	PP	SS	AP	MV
16	2,92	2,88	2,47	3,14
17	3,16	2,47	2,13	3,00
18	2,78	2,53	2,80	2,64
19	2,46	2,71	2,07	2,86
20	2,66	2,71	2,07	3,36
21	2,54	2,35	2,20	2,71
22	2,90	2,76	2,07	3,79
23	3,10	2,35	1,60	3,36
24	3,30	2,12	1,80	3,57
25	2,14	2,18	2,20	1,86
26	3,00	3,06	3,00	3,50
27	2,56	2,47	2,07	1,57
28	2,88	2,94	2,67	3,14
29	2,60	2,82	1,53	2,71

Nejnižší celkový průměr je v oddílu *Atribuce příčin* – 2,09 (v porovnání s průměry *Pozitivní percepce* – 2,78, *Sociálního srovnávání* - 2,64 a *Míry vlivu* - 2,86). V této části dotazníku se respondenti vyjadřují k otázkám příčiny vzniku postižení jejich dítěte – zda vzniklo z důvodů genetických, hormonálních, kvůli zranění... Při pohledu na vyplněné dotazníky je zřejmé, že rodiče mají poměrně jasnou představu, jaká je příčina postižení jejich dítěte. To jim umožňovalo volit odpovědi *naprosto souhlasím* nebo *souhlasím* (skórované 4 a 3) jen u několika málo položek, které této příčině odpovídaly, a u zbytku položek volit nesouhlasné odpovědi (skórované 2 a 1). Díky tomu vzniklý nižší celkový průměr *Atribuce příčin* svědčí o dobré informovanosti rodičů v této oblasti.

9.3 Odpovědi na výzkumné otázky

Stanovila jsem si dvě základní výzkumné otázky, a sice:

1. Existují vztahy mezi jednotlivými dimenzemi pozitivní percepce potomka s mentálním postižením (měřenými dotazníkem KIPP) a základní dimenzí vztahové vazby rodiče – vztahovou vyhýbavostí?
2. Existují vztahy mezi jednotlivými dimenzemi pozitivní percepce potomka s mentálním postižením (měřenými dotazníkem KIPP) a základní dimenzí vztahové vazby rodiče – vztahovou úzkostností?

Jednotlivé hypotézy jsem přímo neformulovala, jelikož by jich bylo opravdu hodně. První výzkumná otázka by zahrnovala 24 hypotéz, protože dotazník KIPP se dělí na 4 oddíly a má celkem 20 dimenzí. Pro důkladné zhodnocení výsledků je potřeba spočítat jednotlivé korelace mezi průměrnými hodnotami ze 4 oddílů a hodnotami z 20 dimenzí a mírou vyhýbavosti respondentů. Na druhou výzkumnou otázku by připadalo taktéž 24 hypotéz. V následujícím textu tedy budu popisovat zejména ty vztahy mezi dimenzemi vztahové vazby a dimenzemi dotazníku KIPP, které se ukázaly jako signifikantní. Zmíním také vztahy, u nichž se hodnoty korelací blíží signifikantním hodnotám.

Pro výpočet jednotlivých korelací byl použit Pearsonův korelační koeficient, který se užívá v případech, kdy spolu korelujeme dvě metrické proměnné (Reiterová, 2009).

9.3.1 Vyhýbavost a dimenze KIPP

V této podkapitole se budeme zabývat první výzkumnou otázkou, zaměříme se tedy na vztahy mezi mírou vyhýbavosti a jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP.

Kritická hodnota pro signifikantnost korelačního koeficientu při vzorku 29 respondentů je $r_{(0,05)} = 0,355$, případně $r_{(0,01)} = 0,456$ (Reiterová, 2009).

V zájmu co největší přehlednosti jsou zde výsledky korelací rozděleny do čtyř tabulek podle čtyř základních oblastí dotazníku KIPP. První tabulka znázorňuje korelace mezi mírou vyhýbavosti, zjištěnou dotazníkem ECR, a devíti dimenzemi oblasti *Pozitivní percepce* dotazníku KIPP. Poslední hodnota pod dvojitou čarou je korelace průměrů za celou oblast *Pozitivní percepce* a míry vztahové vyhýbavosti.

Tabulka 9.3.1.1 Korelace vyhýbavost – dimenze oddílu *Pozitivní percepce*

Dimenze KIPP	Vyhýbavost
Učení se ze zkušenosti	-0,1631
Štěstí a naplnění	0,0966
Osobní síla a soudržnost rodiny	-0,1532
Porozumění smyslu života	-0,0464
Osobní růst a zralost	-0,0809
Vědomí budoucích úkolů	-0,0206
Rozšíření sociální sítě	-0,0933
Pracovní uplatnění	0,0857
Hrdost a spolupráce	-0,0888
Pozitivní percepce	-0,1151

Z Tabulky 9.3.1.1 je patrné, že žádná z korelací nedosahuje kritických hodnot r_{α} . Žádný signifikantní vztah mezi mírou vyhýbavosti a devíti dimenzemi *Pozitivní percepce* se zde nepotvrdil. Statisticky významný není ani vztah mezi mírou vyhýbavosti respondentů a průměry z celé oblasti *Pozitivní percepce*.

Následující Tabulka 9.3.1.2 ukazuje korelace mezi mírou vztahové vyhýbavosti respondentů a čtyřmi dimenzemi oddílu *Sociální srovnávání* dotazníku KIPP a korelaci mezi vyhýbavostí a průměry za celý oddíl *Sociální srovnávání*. Ani zde žádná ze získaných hodnot nedosahuje kritické hodnoty r_{α} a žádný ze vztahů mezi dimenzemi *Sociálního srovnávání* a mírou vztahové vyhýbavosti tedy není signifikantní.

Tabulka 9.3.1.2 Korelace vyhýbavost – dimenze Sociálního srovnávání

Dimenze KIPP	Vyhýbavost
Srovnávání na základě podobnosti	0,0841
Srovnávání s více postiženými	-0,0234
Příznivé srovnávání s méně postiženými	-0,1999
Nepříznivé srovnávání s méně postiženými	-0,0404
Sociální srovnávání	-0,0719

Tabulka 9.3.1.3 zobrazuje korelace mezi mírou vztahové vyhýbavosti respondentů a pěti dimenzemi oddílu *Atribuce příčin* dotazníku KIPP a opět i s průměry za celý oddíl. Jak je z tabulky zřejmé, ani mezi mírou vztahové vyhýbavosti a dimenzemi z oblasti *Atribuce příčin* se neobjevil žádný signifikantní vztah, jelikož ani zde nedosahují hodnoty korelací kritické hodnoty r_{α} .

Tabulka 9.3.1.3 Korelace vyhýbavost – dimenze Atribuce příčin

Dimenze KIPP	Vyhýbavost
Osud nebo náhoda	0,1640
Speciální účel	-0,2316
Fyziologická příčina	-0,1448
Profesionální chyba	-0,1724
Sebeobviňování	0,0305
Atribuce příčin	-0,1548

Následuje Tabulka 9.3.1.4, která zachycuje hodnoty korelací mezi mírou vztahové vyhýbavosti a dvěma dimenzemi oddílu *Míra vlivu* a také mezi vyhýbavostí a průměry za celý oddíl *Míra vlivu*. A jak tomu bylo už v předchozích případech, ani zde se nepotvrdil žádný signifikantní vztah. Korelace opět nedosahují kritické hodnoty r_{α} .

Tabulka 9.3.1.4 Korelace vyhýbavost – dimenze Míry vlivu

Dimenze KIPP	Vyhýbavost
Osobní vliv	-0,1960
Vliv profesionálů	0,1080
Míra vlivu	-0,1365

Co se týká odpovědi na první výzkumnou otázku: žádný ze vztahů mezi mírou vztahové vyhýbavosti a jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP není signifikantní.

9.3.2 Úzkostnost a dimenze KIPP

V následující podkapitole se budeme zabývat druhou výzkumnou otázkou. Budeme tedy hledat signifikantní vztahy mezi mírou vztahové úzkostnosti naměřenou jednotlivým respondentům metodou ECR a hodnotami, kterých tyto respondenti dosáhli v jednotlivých dimenzích dotazníku KIPP.

Kritická hodnota pro signifikantnost korelačního koeficientu při vzorku 29 respondentů je $r_{(0,05)} = 0,355$, případně $r_{(0,01)} = 0,456$ (Reiterová, 2009).

Výsledky jsou stejně jako v předchozí podkapitole členěny do čtyř tabulek podle čtyř oddílů dotazníku KIPP. V Tabulce 9.3.2.1 vidíme výsledky korelací mezi mírou vztahové úzkostnosti a devíti dimenzemi oddílu *Pozitivní percepce* a také korelaci mezi mírou úzkostnosti a průměrem celého oddílu *Pozitivní percepce*.

Tabulka 9.3.2.1 Korelace úzkostnost – dimenze Pozitivní percepce

Dimenze KIPP	Úzkostnost
Učení se ze zkušenosti	-0,3249
Štěstí a naplnění	<u>-0,4223</u>
Osobní síla a soudržnost rodiny	-0,1711
Porozumění smyslu života	-0,3031
Osobní růst a zralost	-0,1750
Vědomí budoucích úkolů	-0,3329
Rozšíření sociální sítě	<u>-0,3705</u>
Pracovní uplatnění	-0,0889
Hrdost a spolupráce	<u>0,3798</u>
Pozitivní percepce	-0,3141

V tabulce můžeme zaznamenat první signifikantní výsledky. Hodnota korelace je větší než kritická hodnota $r_{(0,05)} = 0,355$ hned na třech místech – čísla jsou v tabulce znázorněna tučně. Jako statisticky významná se ukázala negativní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Štěstí a naplnění* ($r = -0,4223$). Z toho plyne, že rodiče, jejichž míra úzkostnosti ve vztazích je nižší, volili častěji souhlasné odpovědi v dimenzi *Štěstí a naplnění*, než rodiče s vyšší mírou vztahové úzkostnosti. Položky v této dimenzi se týkají toho, jestli je dítě pro rodiče zdrojem radosti a dobré nálady už jen díky své přítomnosti.

Dále je statisticky významná negativní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Rozšíření sociální sítě* ($r = -0,3705$). Opět ti rodiče, kteří mají nižší míru úzkostnosti ve vztazích, odpovídali častěji souhlasně na položky týkající se toho, zda se jejich sociální síť díky přítomnosti jejich dítěte s mentálním postižením rozrostla. Vycházíme-li z definice vztahové úzkostnosti jako strachu ze separace a z odmítnutí

(Lečbych, 2013), můžeme výsledek interpretovat následovně: rodiče s nižší mírou vztahové úzkostnosti jsou méně svazováni obavami z odmítnutí (případně ze separace od nejbližších vztahových osob v rámci rodiny), díky čemuž mohou (nebo chtějí) vytvářet více vztahů v širším okolí a rozšiřovat svou sociální síť snáze než rodiče s vysokou mírou vztahové úzkostnosti.

Naopak statisticky významná pozitivní korelace vyšla mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Hrdost a spolupráce* ($r = 0,3798$). To znamená, že rodiče s vyšší mírou úzkostnosti ve vztazích odpovídali častěji souhlasem na položky týkající se toho, jestli je pro ně jejich dítě zdrojem hrdosti a jestli je nápomocné například v domácnosti. Vyšší míra úzkostnosti s sebou může nést tendenci fixovat se na blízké vztahy a omezovat případnou separaci. Je proto možné, že rodiče s vysokou mírou vztahové úzkostnosti si vysoce cení, pokud dítě spolupracuje v rámci rodiny a domácnosti a investuje tak čas a energii do rodinných vztahů.

I několik dalších hodnot korelací v Tabulce 9.3.2.1 se blíží kritické hodnotě na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledky sice nemůžeme označit za signifikantní, ale můžeme zde pozorovat určitý trend k negativní korelaci. Jedná se o korelace mezi mírou úzkostnosti a dimenzemi *Učení se ze zkušenosti* ($r = -0,3249$), *Porozumění smyslu života* ($r = -0,3031$) a *Vědomí budoucích úkolů* ($r = -0,3329$).

Podobný trend k negativní korelaci je patrný i u korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a průměrem ze všech dimenzí v oblasti *Pozitivní percepce* ($r = -0,3141$). Dalo by se tedy říci, že je zde pozorovatelný určitý trend ke vztahu mezi mírou vztahové úzkostnosti a pozitivní percepcí potomka s mentálním postižením, a sice že rodiče s nižší mírou vztahové úzkostnosti vykazují v oblasti *Pozitivní percepce* celkově více pozitivních zisků než rodiče s vyšší mírou vztahové úzkostnosti.

Následuje Tabulka 9.3.2.2, která zobrazuje výsledky korelací mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzemi oddílu *Sociální srovnávání*. Zde se objevují další dva statisticky významné výsledky.

Tabulka 9.3.2.2 Korelace úzkostnost – dimenze Sociálního srovnávání

Dimenze KIPP	Úzkostnost
Srovnávání na základě podobnosti	-0,1660
Srovnávání s více postiženými	-0,0512
Příznivé srovnávání s méně postiženými	<u>0,3798</u>
Nepříznivé srovnávání s méně postiženými	<u>0,4905</u>
Sociální srovnávání	0,2192

Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ je signifikantní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Příznivé srovnávání s méně postiženými* ($r = 0,3798$). V této dimenzi se rodiče vyjadřují k tomu, jestli jim pomýšlení na jiné rodiny, které podobnou situaci zvládají lépe, přináší povzbuzení a naději. Podle výsledků přinášejí takové úvahy rodičům s vyšší mírou vztahové úzkostnosti více povzbuzení a naděje do budoucna.

Korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Nepříznivé srovnávání s méně postiženými* je signifikantní dokonce na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ ($r = 0,4905$). Dimenze je sycena položkami, kde rodiče hodnotí, zda jim pomýšlení na rodiny, které stejnou situaci zvládají lépe, bere odvalu a naději do budoucna, zda se cítí špatně při pomýšlení, že si oni nebo jejich dítě nevedou tak dobře. Rodiče s vyšší mírou vztahové úzkostnosti se při takovém srovnávání cítí špatně a ztrácejí odvalu a naději.

Poslední dva zmiňované signifikantní výsledky jako by si vzájemně odporovaly. Zdá se, že čím vyšší míru vztahové úzkostnosti rodiče vykazují, tím více povzbuzení a naděje jim přináší srovnávání s rodinami, které jsou na tom v podobné situaci lépe, ale zároveň se při takovém porovnávání cítí oproti rodičům s nižší mírou vztahové úzkostnosti hůře a naději ztrácejí. Existuje několik důvodů, proč mohl tento rozpor vzniknout. Prvním je, že tyto rodiče se při srovnávání s rodinami, které jsou na tom lépe, sice aktuálně cítí špatně a mají obavy, že oni a jejich dítě nebudou zvládat svou situaci tak dobře, ale zároveň na ně

takové srovnávání působí jako určitý motivátor a zdroj naděje, že se i jejich situacelepší. Dalším možným důvodem je, že rodiče při odpovídání na položky dotazníku volili pro své srovnávání různé rodiny u různých položek. Například jeden rodič může znát rodinu, která svou situaci zvládá lépe než on a je pro něj zdrojem nadějí, že i on může takového stavu dosáhnout, a jinou rodinu, jejíž zvládání situace se mu zdá natolik dobré, že při srovnání s ní naopak ztrácí naději, že by se mu mohlo také tak dařit.

Další je Tabulka 9.3.2.3, která ukazuje výsledky korelací mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzemi oddílu *Atribuce příčin*. Žádná z korelací nedosahuje kritických hodnot, žádný ze vztahů se zde tedy neukázal jako signifikantní.

Tabulka 9.3.2.3 Korelace úzkostnost – dimenze Atribuce příčin

Dimenze KIPP	Úzkostnost
Osud nebo náhoda	-0,0747
Speciální účel	-0,1293
Fyziologická příčina	0,0623
Profesionální chyba	0,2213
Sebeobviňování	0,2543
Atribuce příčin	0,1968

Nakonec Tabulka 9.3.2.4 zobrazuje výsledky korelací mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzemi oddílu *Míra vlivu*. Ani zde už žádná z korelací nedosahuje kritické hodnoty $r_{(0,05)} = 0,355$, nepotvrdil se žádný signifikantní vztah.

Tabulka 9.3.2.4 Korelace úzkostnost – dimenze Míry vlivu

Dimenze KIPP	Úzkostnost
Osobní vliv	-0,1432
Vliv profesionálů	0,1862
Míra vlivu	-0,0674

Druhá výzkumná otázka se týkala vztahů mezi mírou vztahové úzkostnosti a jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP. Výsledky odhalují několik signifikantních vztahů:

1. Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Štěstí a naplnění* na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
2. Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Rozšíření sociální sítě* na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
3. Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Hrdost a spolupráce* na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
4. Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Příznivé srovnávání s méně postiženými* na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
5. Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Nepříznivé srovnávání s méně postiženými* na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

10. Diskuse

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jestli existují nějaké vztahy mezi základními dimenzemi vztahové vazby – úzkostností a vyhýbavostí - a jednotlivými dimenzemi rodičovských percepí měřenými dotazníkem KIPP u rodičů dospělých potomků s mentálním postižením. Tato kapitola vytváří prostor pro zamyšlení nad přínosy výzkumu a podněty pro případné další výzkumy na toto téma. Neméně důležité je ale zamyšlení nad limity a nedostatky výzkumu, jimiž mohly být výsledky do určité míry zkresleny, a nad případnými možnostmi jejich eliminace.

10.1 Diskuse o metodách

V této podkapitole se zaměříme na průběh výzkumu, na limity výzkumného souboru a také na použité dotazníkové metody ECR a KIPP (popsané podrobněji v kapitolách 5.1 a 5.2).

Jedním z faktorů, které mohly ovlivnit výsledky, je už samotné složení výzkumného souboru. Naprostou samozřejmostí je v rámci dodržení etických standardů u podobných výzkumů dobrovolnost účasti respondentů. Je to pochopitelně v pořádku – není možné si účast respondentů jakkoli vynucovat (nakonec by to mohlo vést k ještě většímu zkreslení výsledných dat, protože nedobrovolní respondenti by mohli odpovídat záměrně neupřímně, popřípadě výzkum jinak sabotovat). Nicméně právě ona dobrovolnost, ač z principu správná, může být velkým zdrojem zkreslení dat.

Ochota rodičů zúčastnit se konkrétně mého výzkumu mohla být ovlivněna tématy, kterými se výzkum zabýval. Například přečtení úvodu k dotazníku ECR, kde se rodič jakožto potenciální respondent dočte, že se dotazník zabývá tím, jak se člověk cítí v blízkých vztazích, může odradit od vyplnění ty rodiče, kteří mají momentálně v blízkých vztazích problémy nebo jsou v nich z nějakého důvodu nespokojeni a nechtějí se bolestivým tématem zabývat ještě v nějakém dotazníku. Podobně fakt, že druhý použitý dotazník KIPP se zaměřuje na pozitivní zisky rodičů dětí s postižením, může od účasti na výzkumu odradit ty rodiče, kteří mají nízké mínění o tom, jak svou situaci zvládají, nebo mají pocit, že jim postižení jejich dítěte život jen znepríjemňuje a nic pozitivního z něj pro ně neplyne. Proto se tito rodiče, kteří by v dotazníku KIPP skórovali pravděpodobně poměrně nízko (zejména v oddílu *Pozitivní percepce*), nemusejí ve výzkumném vzorku vůbec vyskytovat.

Naopak rodiče, kteří se ve vztazích s blízkými lidmi cítí dobře, a rodiče, kteří vnímají, že dítě s postižením vnáší do jejich života i různá pozitiva, se nebudou dotazníků tolik obávat, nebudou se jimi cítit ohroženi. Mezi takovými rodiči pak nejspíš bude mnohem více těch, kteří se podobného výzkumu ochotně zúčastní.

Ve výzkumném souboru je velká převaha matek nad otci – 24 matek : 5 otců – což rozhodně neodpovídá genderovému rozložení v populaci. Předpokládám, že i na tato čísla měla vliv dobrovolnost účasti, ale také fakt, že hlavní díl péče o dítě (ať už zdravé, nebo s postižením) leží v naší společnosti obvykle na matce. Tomu odpovídá i má zkušenost z letního rehabilitačního pobytu pro lidi s mentálním postižením, kde jsem rozdávala dotazníky rodičům, kteří tam své potomky přivázeli. V naprosté většině jsem komunikovala s matkami. Otců, kteří ode mě na této akci dostali do rukou dotazník, bylo maximálně šest. Velkou nerovnováhu mezi zúčastněnými matkami a otci, samozřejmě s výraznou převahou matek, zaznamenal ve svém výzkumu i Vančura (2006) při prvním použití překladu dotazníku KIPP v českých podmínkách. Autor dále zmiňuje, že takový nepoměr je ve studiích publikovaných na téma pozitivních zisků rodičů dětí s mentálním postižením běžný. Bohužel to vždy snižuje reprezentativnost výsledků.

Případná větší účast otců v poměru k matkám by umožňovala srovnání mezi pohlavími. Dalo by se potom zjišťovat, jestli jsou vztahy mezi úzkostností a vyhýbavostí a jednotlivými dimenzemi dotazníku KIPP u některého pohlaví těsnější než u druhého. S mým výzkumným souborem toto nelze provést, proto ponechávám srovnání mezi pohlavími jako námět pro případné další výzkumy v této oblasti.

Dotazníkové metody použité ve výzkumu nejsou sice standardizovány na českou populaci, obě však byly již dříve do češtiny přeloženy a v českém prostředí používány. V mém výzkumu, zdá se, respondenti neměli problém s vyplněním dotazníku ECR. Pokud někteří rodiče, s nimiž jsem mluvila, zmiňovali nějaké potíže v souvislosti s vyplňováním dotazníků, vždy se to týkalo dotazníku KIPP. Nejčastěji se stížnosti týkaly nepochopení některých položek dotazníku, nebo pocitu, že více položek má stejný význam. Několik rodičů se také pozastavovalo nad délkou dotazníku.

Je pravda, že metoda KIPP je se svými 97 položkami dost dlouhá, což u dotazníků není populární, a že spojení s dalšími 36 položkami dotazníku ECR jí na atraktivitě u respondentů nejspíš nepřidalo. Nicméně je díky mnoha tématům, na která se zaměřuje poměrně komplexní a výzkumníkům umožňuje detailní rozpracování výsledků díky svým

20 dimenzím – nezískáme z ní jen jeden výsledek, ale 20, respektive 24, pokud spočítáme i průměry čtyř hlavních oddílů.

Při vyhodnocování výsledků dotazníku KIPP podle anglického manuálu (Behr et al., 1992) jsem narazila na chybu. Na straně 19 v manuálu jsou čtyři tabulky s pokyny pro skórování, jedna pro každý oddíl dotazníku. Jsou tam rozepsány jednotlivé dimenze dotazníku a u každé z nich jsou čísla položek dotazníku, které danou dimenzi sytí. Chyba se vyskytuje v tabulce oddílu *Atribuce příčin* v dimenzi *Sebeobviňování*, k níž je v manuálu přiřazeno pět položek. 10, 12, 14, 15 a 62. Žádná položka s číslem 62 se ale v celém v daném oddílu ani v celém dotazníku nevyskytuje. Po pečlivém přezkoumání manuálu a přepočítání položek v dotazníku (abych vyloučila možnost, že číslo 62 je překlep a na jeho místě by mělo být číslo jiné položky) jsem došla k závěru, že se jedná o tiskovou chybu v manuálu a číslo 62 je v něm naprosto nadbytečné.

10.2 Diskuse o výsledcích

Lečbych a Pospíšilíková (2012) provedli první překlad dotazníku ECR do češtiny a zároveň s tím i pilotní studii, která srovnávala míru vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti u českých a amerických studentů. Průměrná hodnota vztahové vyhýbavosti u českých studentů byla 3,14, průměrná hodnota vztahové úzkostnosti 3,68. U mých respondentů byla průměrná hodnota vztahové vyhýbavosti 3,46 a průměrná hodnota vztahové úzkostnosti 3,56. Výsledky dotazníku ECR u pilotní studie v českém prostředí a u mého výzkumu jsou tedy dosti podobné. Nuance mohou mít na svědomí například rozdíly věku respondentů – Lečbych s Pospíšilíkovou zkoumali studenty, zatímco mým respondentům bylo v průměru 58 let, takže jsou minimálně o generaci starší a byli vychováváni v jiném historicko-kulturním kontextu, což se může odrazit třeba právě na míře vztahové vyhýbavosti a úzkostnosti.

Ze všech 48 korelací, které jsem ve své práci zkoumala, se prokázal signifikantní vztah pouze v 5 případech. Neprokázala se žádná signifikantní korelace mezi mírou vztahové vyhýbavosti rodičů a jejich výsledky v jednotlivých dimenzích dotazníku KIPP. I zde by mohlo být zajímavé srovnání těsnosti vztahů mezi vztahovou vyhýbavostí a pozitivními zisky rodičů dítěte s mentálním postižením mezi skupinou matek a otců, pokud by to výzkumný soubor umožňoval.

O něco různorodější byly výsledky korelací mezi vztahovou úzkostností a dimenzemi dotazníku KIPP. Právě zde se objevilo oněch 5 statisticky významných

vztahů. Prvním z nich byla negativní korelace mezi dimenzí *Štěstí a naplnění* a vztahovou úzkostností (na hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Rodičům s nízkou mírou vztahové úzkostnosti přináší dítě více pocitů štěstí a naplnění. Další signifikantní negativní korelace se prokázala mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Rozšíření sociální sítě* ($\alpha = 0,05$). Rodiče s nízkou mírou vztahové úzkostnosti vypovídají o rozšíření své sociální sítě, o vytváření nových přátelství díky jejich dítěti s postižením, častěji než rodiče s vyšší mírou vztahové úzkostnosti.

Další tři signifikantní korelace jsou korelace pozitivní. Z nich první se prokázala mezi mírou úzkostnosti ve vztazích a dimenzí *Hrdost a spolupráce* ($\alpha = 0,05$). Čím vyšší míra vztahové úzkostnosti u rodiče, tím více pocitů hrdosti na dítě díky jeho úspěchům (třeba sportovním nebo uměleckým) a tím větší ocenění dítěte za pomoc v rámci rodiny a domácnosti. Další pozitivní korelace se objevila mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Příznivé srovnávání s méně postiženými* ($\alpha = 0,05$). Tedy čím vyšší míra úzkostnosti u rodiče, tím více povzbuzení a naděje do budoucna mu poskytuje srovnávání vlastní situace s rodinami, které podobnou situaci zvládají lépe. A poslední signifikantní pozitivní korelace, tentokrát na hladině významnosti $\alpha = 0,01$, vyšla mezi mírou úzkostnosti ve vztazích a dimenzí *Nepříznivé srovnávání s méně postiženými*. Tento výsledek vlastně odporuje předchozímu, neboť zde vyšlo, že čím vyšší míru úzkostnosti ve vztazích rodič vykazuje, tím více pocitů beznaděje a obav mu způsobuje srovnávání vlastní situace s rodinami, které zvládají podobnou situaci lépe.

Dvě možná vysvětlení vzniklého rozporu mezi dvěma výsledky jsem popsala v kapitole 9.3.2: respondenti mohou při srovnávání své situace s podobnou situací v jiných rodinách pociťovat jak obavy, jestli se jim bude v budoucnu také tak dobře dařit, tak i naději, že by tomu tak přece jen mohlo být; nebo se respondenti mohli srovnávat s více různými rodinami, které zvládají situaci lépe, přičemž srovnání s jedněmi jim přináší naději, zatímco srovnání s jinými je pro ně zdrojem obav a beznaděje. Za pravděpodobnější přitom považuji první vysvětlení. Druhé vysvětlení by předpokládalo, že se respondenti u položek, které sytí dimenzi *Příznivé srovnávání s méně postiženými*, srovnávali s rodinami, které v nich vzbuzují naději, zatímco u položek sytících dimenzi *Nepříznivé srovnávání s méně postiženými* se srovnávali s rodinami, kvůli kterým odvahu a naději do budoucna naopak ztrácejí. To je ale reálně vlastně nemožné, protože respondenti při vyplňování nejsou seznámeni s jednotlivými dimenzemi dotazníku, natož

pak s tím, kterými položkami jsou dimenze syceny, a položky v těchto dvou dimenzích jsou si navzájem dosti podobné.

Kromě signifikantních vztahů se mezi vztahovou úzkostí a dimenzemi KIPP objevilo ještě několik negativních korelací, které sice nedosahují kritických hodnot, velmi se jim však blíží. Jedná se o dimenze *Učení se ze zkušenosti*, *Porozumění smyslu života* a *Vědomí budoucích úkolů*; všechny tyto dimenze patří do oddílu *Pozitivní percepce*. I korelace vztahové úzkosti a skóre za celý oddíl *Pozitivní percepce* se velmi blížila kritické hodnotě pro negativní korelaci. Dalo by se tedy říci, že je zde pozorovatelný určitý trend ke vztahu mezi mírou úzkosti a pozitivní percepcí potomka s mentálním postižením, a sice že rodiče s nižší mírou úzkosti vykazují v oblasti *Pozitivní percepce* celkově více pozitivních zisků než rodiče s vyšší mírou úzkosti. Je možné, že by tyto korelace dosáhly signifikantních hodnot, pokud by výzkumný soubor byl větší.

Ve výzkumné části jsem pracovala s korelacemi, které samozřejmě vypovídají pouze o těsnosti vztahu mezi dvěma veličinami, nikoli však o tom, která z těchto veličin ovlivňuje druhou – nelze na jejich základě posuzovat kauzalitu mezi veličinami. Pokud však budeme vztahovou úzkost a vyhýbavost považovat za relativně stálé charakteristiky, vzniklé na základě zkušeností z raného dětství (Bowlby, 2010), nabízí se zde myšlenka, že právě dimenze vztahové vazby u rodičů potomků s mentálním postižením jsou ve výzkumu těmi nezávislými veličinami, na nichž závisí, zda a v jaké míře vykazují tito rodiče pozitivní zisky. Pozitivní zisky z rodičovství (stejně jako rodičovství samotné) se totiž v životní dráze člověka objevují obvykle až v dospělosti, takže v době, kdy je vztahová úzkost a vyhýbavost už nějakou dobu ustálená.

10.3 Podněty pro praxi

Vzhledem k malé reprezentativnosti a malému rozsahu výzkumného souboru jsou možnosti zobecňovat a prakticky aplikovat výsledky výzkumu silně omezené. S vědomím tohoto omezení se pokusím přece jen vyslovit návrhy pro praktické využití výsledků.

Mezi mírou vztahové vyhýbavosti a pozitivními zisky rodičů dětí s mentálním postižením se zde neobjevily žádné signifikantní vztahy. Tento výsledek by jistě bylo vhodné přezkoumat na větším souboru respondentů, ideálně s vyšším zastoupením mužských účastníků.

Naproti tomu míra vztahové úzkosti a některé dimenze dotazníku KIPP jsou vzájemně ve statisticky významném vztahu. Čím vyšší míru vztahové úzkosti rodiče

mají, tím méně štěstí a pocitu naplnění jim přináší jejich dítě s mentálním postižením, tím méně se jim díky jejich dítěti rozšířila sociální síť. Naopak čím vyšší míra vztahové úzkostnosti, tím více rodiče oceňují přínosy dítěte pro rodinu a domácnost a jsou hrdí na jeho úspěchy, a tím více srovnávají svou situaci s rodinami, kterým se podle nich v podobné situaci daří lépe.

Podle mého názoru by rodičům dětí s mentálním postižením, kteří vykazují vysokou míru vztahové úzkostnosti, mohly být velmi prospěšné svépomocné skupiny, případně jiná uskupení rodičů v podobné situaci. Díky takovým skupinám by měli možnost získat nové známé nebo dokonce přátele, s nimiž mají společná témata, a rozšiřovat tak svou sociální síť. Dále, díky sdílení zkušeností a životních příběhů s dalšími rodiči, by mohli získávat realističtější pohled na rodiny v podobné situaci, kterým se zdánlivě nebo i reálně daří lépe ji zvládat. Mohli by těžit ze zkušeností těchto rodin, aby se i jejich vlastní situace zlepšovala, a méně potom propadat beznaději, že se jim a jejich dítěti vede hůře než jiným. Nebo by dokonce s překvapením zjišťovali, že na tom nejsou významně hůře než podobné rodiny s dítětem s postižením.

Ideální by bylo, aby se tyto rodiče zapojovali do svépomocných (nebo jiných) skupin co nejdříve – brzy po tom, co byli seznámeni s diagnózou a prognózou svého dítěte. Vhodné skupiny by proto podle mého měli doporučovat ti profesionálové z oblasti medicíny a psychologie, kteří diagnózy a prognózy rodinám sdělují, a to všem rodinám, aniž by se zdržovali zjišťováním míry vztahové úzkostnosti rodičů, protože tyto skupiny mohou být prospěšné pro všechny rodiče, tedy i pro ty s nízkou mírou vztahové úzkostnosti. Pokud by někteří rodiče měli velmi vysokou míru vztahové úzkostnosti, doporučovala bych rodinné poradenství, případně individuální terapii. Vztahová úzkostnost a vyhýbavost jsou sice relativně stálé charakteristiky, nicméně podle Hašta (2005) může přítomnost dlouhodobého pozitivního vztahu, ať už v partnerovi nebo v terapeutovi, míru vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti snižovat i později během života.

Zajímavé poznatky by mohly přinést výzkumy, které by se zaměřily na vztah mezi různými osobnostními charakteristikami a pozitivními zisky rodičů dětí s postižením. Podobný výzkum jako výzkum v této práci by se mohl zaměřit na vztah mezi vztahovou úzkostností a vyhýbavostí a pozitivními zisky rodičů dětí s tělesným postižením, případně na srovnání těsnosti tohoto vztahu u rodičů dětí s mentálním postižením a rodičů dětí s tělesným postižením.

11. Závěry

Ve výzkumu se nepotvrdil žádný vztah mezi mírou vztahové vyhýbavosti a pozitivními zisky rodičů potomků s mentálním postižením měřenými dotazníkem KIPP. Potvrzeno bylo následujících pět signifikantních vztahů mezi mírou vztahové úzkostnosti a některými dimenzemi dotazníku KIPP:

1. Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Štěstí a naplnění* na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
2. Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Rozšíření sociální sítě* na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
3. Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Hrdost a spolupráce* na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
4. Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Příznivé srovnávání s méně postiženými* na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
5. Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzí *Nepříznivé srovnávání s méně postiženými* na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

U několika dalších korelací mezi mírou vztahové úzkostnosti a dimenzemi dotazníku KIPP sice výsledky nepřekročily kritické hodnoty pro signifikantnost, ale velmi se jim přiblížily. Můžeme tedy pozorovat určitý trend k negativní korelaci mezi mírou vztahové úzkostnosti a následujícími dimenzemi: *Učení se ze zkušenosti*, *Porozumění smyslu života* a *Vědomí budoucích úkolů*. Podobně se trend k negativní korelaci objevil i mezi vztahovou úzkostností rodičů a skórem za celý oddíl *Pozitivní percepce* - rodiče s nižší mírou vztahové úzkostnosti vykazují v oblasti *Pozitivní percepce* celkově (ale ne statisticky významně) více pozitivních zisků než rodiče s vyšší mírou úzkostnosti.

Ve výzkumu se tedy neprokázala souvislost mezi vztahovou vyhýbavostí a pozitivními zisky rodičů dětí s mentálním postižením, prokázala se zde ale souvislost se vztahovou úzkostností, a to nejčastěji v rámci negativních korelací.

12. Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá souvislostmi mezi dimenzemi vztahové vazby – úzkostností a vyhýbavostí – a pozitivními zisky rodičů dospělých potomků s mentálním postižením. Proto se v teoretické části věnuje dvěma základním tématům: Bowlbyho teorii vztahové vazby a mentálnímu postižení.

První kapitola se věnuje Bowlbyho teorii vztahové vazby (*attachment theory*). Vztahová vazba je jedinečné emocionální pouto, které si v raném dětství vytváří dítě k pečující osobě. Jeho potřeba je geneticky podmíněná a jeho funkce je zejména ochranná – zaručuje, že se dítě v případě ohrožení bude vztahovat k pečující osobě (Bowlby, 2010; Hašto, 2005). Na základě zkušeností dítěte s tím, jakým způsobem reaguje pečující osoba na jeho potřeby, se u něj postupně rozvíjí určitá míra vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti. To jsou dvě základní dimenze, podle nichž můžeme rozlišovat čtyři typy vztahové vazby: jistý, úzkostný, vyhýbavý a bázně vyhledávací typ. Přitom bázně vyhledávací typ vztahové vazby znamená pro člověka zvýšené riziko rozvoje duševních poruch (Lečbych, 2013; Kulisek, 2000; Mikulincer, & Shaver, 2007).

Následuje kapitola věnovaná problematice mentálního postižení obecně. Vymezuje pojem mentální postižení a popisuje ho z hlediska čtyř základních modelů mentálního postižení: medicínského, modelu sociální péče, popisného a ekologického modelu (Lečbych, 2008; Valenta et al., 2012). Jsou zde také charakterizovány jednotlivé stupně mentální retardace podle MKN-10 (2008). Dále se kapitola věnuje i etiologii a epidemiologii mentálního postižení.

Dále se teoretická část práce věnuje tématu dítěte s mentálním postižením v rodině. Je zde popsáno, co pro rodiče znamená narození dítěte s postižením a jakými fázemi vyrovnávání procházejí (Říčan, & Krejčířová, 2006; Valenta et al., 2012). Dál je kapitola věnována specifikům rodin s dítětem s postižením od předškolního věku do mladé dospělosti.

Navazuje čtvrtá kapitola teoretické části věnovaná pozitivní percepci osob s mentálním postižením. Krátce je zde ilustrováno, jak se v posledním století změnilo zaměření výzkumů týkajících se lidí s postižením a jejich rodin od koncentrace na negativní aspekty postižení k zaměření na rodiny a jejich pozitivní zisky (Vančura, 2006). Následně jsou prezentovány výzkumy orientované právě na pozitivní zisky rodin se členem s postižením, a to jak kvalitativní (např.: Stainton & Besser, 1998; Hastings

& Taunt, 2002; King et al., 2011), tak kvantitativní (např.: Hastings et al., 2005; Griffith et al., 2010; Michalík et al., 2011).

Nakonec se v teoretické části seznamujeme s dotazníkovými metodami použitými ve výzkumu: s dotazníkem ECR – *Experiences in Close Relationships* – pro zjištění míry vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti rodičů (Lečbých, & Pospíšilíková, 2012) a také s dotazníkem KIPP – *Kansas Inventory of Parental Perceptions*. Dotazník KIPP tvoří 4 oddíly (Pozitivní percepce, Sociální srovnávání, Atribuce příčin a Míra vlivu), které se při vyhodnocování dále dělí do 20 dimenzí. Jednotlivé dimenze se zaměřují na různé aspekty pozitivních zisků rodičů dětí s postižením (Behr et al., 1992).

Na základě teoretických podkladů byl formulován cíl výzkumu a výzkumné otázky. Cílem výzkumu bylo ověřit, zda existují vztahy mezi vztahovou úzkostností a vyhýbavostí a pozitivními zisky rodičů dětí s mentálním postižením. Byly formulovány dvě výzkumné otázky, a sice jestli existují vztahy mezi mírou vztahové vyhýbavosti rodiče a jeho výsledky v jednotlivých dimenzích dotazníku KIPP, který měří pozitivní zisky rodičů, a podobně jestli existují vztahy mezi mírou vztahové úzkostnosti rodiče a jeho výsledky v dimenzích dotazníku KIPP.

Respondenti pro výzkum byli získáváni pomocí příležitostného výběru doplněného o metodu sněhové koule. Jednalo se o rodiče dospělých synů a dcer s mentálním postižením, kteří žijí se svým potomkem ve společné domácnosti. Některé respondenty jsem osobně znala a kontaktovala jsem je tedy přímo, jiné jsem získávala zprostředkovaně přes organizace poskytující služby dospělým lidem s mentálním postižením v Moravskoslezském a Olomouckém kraji. Celkem jsem takto získala 34 respondentů, z nichž 5 nebylo do výzkumu nakonec zahrnuto kvůli nedostatkům ve vyplněných dotaznících. Výzkumný soubor pak tvořilo 29 respondentů, 24 matek a 5 otců, průměrně ve věku 58 let.

K získání dat potřebných pro výzkum byly použity dva dotazníky: český překlad dotazníku ECR a český překlad dotazníku KIPP. Dotazníky byly anonymní a ti z respondentů, kteří měli zájem znát výsledky výzkumu, mohli uvést svou e-mailovou adresu, aby respondentům nebylo upřeno právo na informace.

Výsledky byly zpracovávány v programu Microsoft Excel 2007, korelační analýza byla provedena pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a přinesla následující zjištění: žádná z celkem 24 korelací mezi mírou vztahové vyhýbavosti a jednotlivými dimenzemi a oddíly dotazníku KIPP nedosahovala signifikantních hodnot, nepotvrdil se tedy žádný

statisticky významný vztah mezi mírou vztahové vyhybavosti rodiče a jeho pozitivními zisky z péče o dítě s mentálním postižením. V rámci korelací mezi vztahovou úzkostí rodiče a jednotlivými dimenzemi a oddíly dotazníku KIPP se objevilo celkem 5 statisticky významných vztahů.

Statisticky významná negativní korelace se objevila ve vztahu mezi mírou vztahové úzkosti u rodiče a dimenzí *Štěstí a naplnění*. Čím nižší míru vztahové úzkosti rodiče vykazovali, tím více viděli své dítě s mentálním postižením jako zdroj pocitů štěstí a radosti (už jenom díky jeho přítomnosti). Další signifikantní negativní korelace se potvrdila mezi mírou vztahové úzkosti a dimenzí *Rozšíření sociální sítě*. Rodičům s nižší mírou vztahové úzkosti se díky jejich dítěti s mentálním postižením rozšířila síť známých a přátel více než rodičům s vyšší mírou vztahové úzkosti.

Následovaly tři signifikantní pozitivní korelace. První se potvrdila mezi mírou vztahové úzkosti a dimenzí *Hrdost a spolupráce*. Čím vyšší byla míra vztahové úzkosti u rodiče, tím více pocitů hrdosti mu jeho dítě s mentálním postižením přinášelo díky svým úspěchům (sportovním a uměleckým) a tím více ceněná byla i spolupráce dítěte v rámci rodiny a domácnosti. Další statisticky významná pozitivní korelace byla potvrzena mezi mírou vztahové úzkosti a dimenzí *Příznivé srovnávání s méně postiženými*. Rodičům s vyšší mírou úzkosti přináší srovnávání vlastní situace s rodinami, které podobnou situaci zvládají lépe, více pocitů naděje, že i jim se může v budoucnu dařit lépe. Zároveň se však objevila signifikantní pozitivní korelace (jediná na nižší hladině významnosti $\alpha = 0,01$) mezi mírou vztahové úzkosti a dimenzí *Nepříznivé srovnávání s méně postiženými*. Z ní plyne, že v rodičích s vyšší mírou vztahové úzkosti vzbuzuje srovnávání vlastní situace s rodinami, které zvládají podobnou situaci lépe, více pocitů beznaděje a obav, že jim a jejich dítěti se tak dobře dařit nebude, než je tomu u rodičů s nižší mírou vztahové úzkosti.

Několik dalších korelací mezi dimenzemi dotazníku KIPP a vztahovou úzkostí vykazovalo zřetelný trend ke vztahu – ačkoli kritických hodnot přímo nedosahovaly, velmi se jim přiblížily. Jednalo se o negativní korelace mezi mírou vztahové úzkosti rodiče a následujícími dimenzemi dotazníku KIPP (všechny se řadí do oddílu *Pozitivní percepce*): *Učení se ze zkušenosti*, *Porozumění smyslu života* a *Vědomí budoucích úkolů*. Podobně se trend k negativní korelaci objevil i mezi vztahovou úzkostí rodičů a skórem za celý první oddíl dotazníku KIPP - *Pozitivní percepce*. Rodiče potomků s mentálním postižením

s nižší mírou úzkostnosti vykazují v oblasti *Pozitivní percepce* celkově (ne však statisticky významně) více pozitivních zisků než rodiče s vyšší mírou úzkostnosti.

Zobecnitelnost výsledků výzkumu a jejich využití v praxi je limitováno zejména rozsahem výzkumného souboru a také jeho genderovou nevyvážeností s výraznou převahou matek. V diskusi však přesto formulují několik doporučení: rodiče, kteří zjistí, že jejich dítě bude mít mentální postižení, by se měli zařadit do nějaké svépomocné nebo podpůrné skupiny rodičů s podobným osudem. Zejména rodičům s vyšší mírou vztahové úzkostnosti by takové skupiny mohly pomoci s rozšiřováním sociální sítě a osudy členů skupiny by je mohly obohatit o strategie zvládnání vlastní situace a předejít tak negativním pocitům ze srovnávání cizí a vlastní situace. Rodičům s vysokou mírou vztahové úzkostnosti bych doporučovala psychoterapii, která, pokud je úspěšná, může suplovat dlouhodobý pozitivní vztah v životě klienta a snižovat tak časem míru vztahové úzkostnosti i vyhýbavosti (Hašto, 2005).

Seznam použitých zdrojů a literatury

Behr, S. K., Murphy, D. L., & Summers, J. A. (1992). *User's manual: Kansas Inventory of Parental Perceptions*. Lawrence: University of Kansas. Beach center on families and disability. Získáno 10. března 2013 z <http://beachcenter.org/books/FullPublications/PDF/KIPP.pdf>

Bendová, P., & Zíkl, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing.

Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.

Brisch, K. H. (2012) *Bezpečná výchova*. Praha: Portál.

Burke, M. M., Fisher, M. H., & Hodapp, R. M. (2012). Relations of Parental Perceptions to the Behavioural Characteristics of Adolescents with Down Syndrome. *Journal on Developmental Disabilities*, 18, 50-58.

Drtílková, I. (2001). Mentální retardace. In Raboch J., Zvolský, P. a kol. *Psychiatrie* (342-356). Praha: Galén.

Fitznerová, I. (2010). *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál.

Frančeová, E. (2002). *Deník mého syna – nebyl jsem vyřazen ze života*. Praha: Tauris.

Griffith, G. M., Hastings, R. P., Nash, S., & Hill, Ch. (2010). Using Matched Groups to Explore Child Behavior Problems and Maternal Well-Being in Children with Down Syndrome and Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 610-619. doi: 10.1007/s10803-009-0906-1

Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). System Analysis of Stress and Positive Perceptions in Mothers and Fathers of Pre-School Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 635-644. doi: 10.1007/s10803-005-0007-8

Hastings, R., & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American journal on mental retardation*, 107, 116–127.

Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba: Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

King, G., Zwiengenbaum, L., Bates, A., Baxter, D., & Rosenbaum, P. (2011). Parent views of the positive contributions of elementary and high school-aged children with autism spectrum disorders and Down syndrome. *Child: care, health and development*, 38, 817-828. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01312.x

Lečbych, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 3(6), 1-11. Získáno 10. března 2013 z <http://e-psycholog.eu/pdf/lecbych-pospisilikova.pdf>

Lečbych, M. (2013). *Rorschachova metoda*. Praha: Grada Publishing.

Marková, Z., & Středová, L. (1987). *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: SPN.

Mak, W. W. S., & Ho, G. S. M. (2007). Caregiving Perceptions of Chinese Mothers of Children with Intellectual Disability in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 146-156. doi: 10.1111/j.1468-3148.2006.00309.x

Michalík, J., Valenta, M., Chráska, M., Slavík, J., Petrová, A., Pospíšil, J., Lečbych, M., & Kučera, P. (2011). *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachmenti in Adulthood: structure, dynamics, and change*. New Yourk: The Guilford Press.

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008). Geneva: World Health Organization.

Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha: TRITON.

Reiterová, E. (2009). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Repková, K. (1999). Pojem zdravotné postihnutie v životnej skúsenosti ľudí. *Československá psychologie*, 43, 433-448.
- Říčan, P., Krejčířová, D. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Staiton, T., & Besser, H. (1998). The positive effect of children with an intellectual disability on the family. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23, 57-70.
- Švarcová, I. (2003). *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M., Strnadová, I., & Krejčová, L. (2009). *Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., Baslerová, P., Doleželová, B., Jarmarová, J., ... Svoboda, P. (2012). *Mentální retardace v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu*. Praha: Grada Publishing.
- Valenta, M., & Müller, O. (2003). *Psychopedie*. Praha: Parta.
- Vančura, J. (2006). *Psychologické zisky a ztráty rodičů dětí s mentálním postižením*. (Nepublikovaná disertační práce). Masarykova univerzita v Brně.

ABSTRAKT

Název práce: Attachment: vliv primární vztahové vazby rodiče na pozitivní percepci dítěte s mentálním postižením

Autor práce: Lenka Purkertová

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

Počet stran a znaků: 64 stran, 110 981 znaků

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 32

Abstrakt: Cílem práce bylo zjistit, jestli existuje vztah mezi základními dimenzemi vztahové vazby u rodiče dítěte s mentálním postižením – vztahovou úzkostností a vyhýbavostí – a pozitivními zisky z rodičovství. Teoretický rámec práce tvoří dvě hlavní témata: Bowlbyho teorie vztahové vazby a mentální postižení. Výběrový soubor byl získán pomocí příležitostného výběru a výběru pomocí sněhové koule. Ve výzkumu byly použity české překlady dotazníků ECR (Experiences in Close Relationships) a KIPP (Kansas Inventory of Parental Perceptions) a získaná data byla zpracována korelační analýzou. Analýza dat nepotvrdila existenci vztahů mezi vztahovou vyhýbavostí rodiče a jednotlivými aspekty pozitivních zisků z péče o dítě s mentálním postižením. Bylo potvrzeno několik signifikantních vztahů mezi vztahovou úzkostností rodiče a některými aspekty pozitivních zisků z péče o dítě s mentálním postižením v oblastech pozitivní percepce dítěte a sociální srovnávání.

Klíčová slova: mentální postižení, vztahová vazba, pozitivní zisky rodičů, ECR, KIPP

ABSTRACT OF THESIS

Title: Attachment: influence of primary emotional attachment of parent on the positive perception of a child with intellectual disabilities

Author: Lenka Purkertová

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 64 pages, 110 981 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 32

Abstract: The goal of thesis was to find out, if there are some relations between two dimensions of attachment – anxiety and avoidance – and positive gains of parents who have a child with intellectual disabilities. Theoretical framework involves two themes: attachment theory by Bowlby and intellectual disabilities. The research sample was obtained by occasional choices and by snow-ball method. There were used two questionnaires in research: Czech version of ECR (Experiences in Close Relationships) and Czech version of KIPP (Kansas Inventory of Parental Perceptions). The data was processed by a correlation analysis. We haven't found any significant relation between attachment avoidance of parent and his/her positive gains of care of a child with intellectual disabilities. We found several significant relations between attachment anxiety of parent and his/her positive gains of care of a child with intellectual disabilities in two fields: positive perceptions of a child and social comparison.

Key words: intellectual disabilities, attachment, positive gains of parents, ECR, KIPP

Seznam Příloh

Příloha číslo 1: Zadání diplomové práce

Příloha číslo 2: Použité dotazníkové metody

Příloha číslo 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
PURKERTOVÁ Lenka	K. H. Máchy 1204/3, Bruntál	F09293

TÉMA ČESKY:

Attachment: vliv primární citové vazby rodiče na pozitivní percepci dítěte s mentálním postižením

NÁZEV ANGLICKY:

Attachment: influence of primary emotional attachment of parent on the positive perception of a child with intellectual disabilities

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačními normami Americké psychologické asociace.
- Studium odborné literatury z oblasti psychologie handicapu, klinické psychologie, psychologie rodiny, problematiky mentálního postižení, studie pozitivní percepcce s důrazem na využití škály KIPP.
- Zpracování přehledu dosavadního výzkumu - využití databáze EBSCO - zapracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP.
- V teoretické části bude hlavním zaměřením na vztah mezi pozitivní percepcí člověka s MR v jeho rodině a vybranými aspekty rodinného fungování a rodinné struktury, důraz na teorii vztahové vazby.
- Osnova teoretické části:
 - Problematika mentální retardace, vymezení, definice (stručně);
 - Teorie vztahové vazby;
 - Člověk s MR v rodině, v dětství a dospělosti (střední rozsah);
 - Problematika pozitivní percepcce osob s MR, seznámení s nástrojem KIPP (podstatná část práce);
 - Dosavadní studie pozitivní percepcce (podstatná část práce).
- Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
 - Pokusit se ověřit vztah mezi sebezposouzením vztahové vazby rodičů a jejího vztahu k pozitivní percepci dětí s postižením;
 - Popsat a srozumitelně roztrdit a prezentovat získaná data.
- Předpokladem je získání vzorku min. 20 rodičů dětí s postižením - příležitostný výběr a výběr způsobem sněhové koule. Předpokladem je využití škály KIPP (její překlad), ECR, případně PBI, vlastní dotazník. Diplomantka bude oslovovat stacionáře a sociální služby, které jsou místně dostupné.
- Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Behr, S.K., Murphy, D.L., & Summers, J.A. (1992). Users manual: Kansas Inventory of Parental Perceptions (KIPP). Lawrence: University of Kansas, Beach Center on Families and Disability.
- Bowlby, J. (2010). Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Praha: Portál.
- Hašto, J. (2005). Vztahová vazba: ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Lečbych, M. (2008). Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. Olomouc: Vydavatelství UP
- Michalík, J., Valenta, M., Chrástka, M., Slavík, J., Petrová, A., Pospíšil, J., Lečbych, M., Kučera, P. (2011). Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením. Olomouc: Pedagogická fakulta UP
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. New York: The Guilford Press.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. a kol. (2012). Mentální retardace v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu. Praha: Grada Publishing.

Příloha číslo 2: Použité dotazníkové metody

Česká verze dotazníku ECR:

Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 3(6), 1-11. Získáno 10. března 2013 z <http://e-psycholog.eu/pdf/lecbych-pospisilikova.pdf>

Manuál a plné znění dotazníku KIPP:

Behr, S. K., Murphy, D. L., & Summers, J. A. (1992). *User's manual: Kansas inventory of parental perceptions*. Lawrence: University of Kansas. Beach center on families and disability. Získáno 10. března 2013 z <http://beachcenter.org/books/FullPublications/PDF/KIPP.pdf>

Českou verzi dotazníku KIPP poskytl pro práci PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.