

Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta – Katedra speciální pedagogiky

Socializace osob s DMO v období pubescence a adolescence

Socialization of people with cerebral palsy in period of pubescence and adolescence

Bakalářská práce



Praha, 2010

vedoucí práce: **doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.**

autorka práce: **Bc. Barbora Smékalová**

obor studia: **speciální pedagogika**

typ studia: **kombinované studium**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou bakalářskou práci s názvem „Socializace osob s DMO v období pubescence a adolescence “ vypracovala samostatně s použitím pramenů uvedených v seznamu literatury.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

Místo vypracování: Praha

Úplné datum: 9.4.2010

Vlastnoruční podpis:.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za cenné připomínky a také všem, kteří mi věnovali svůj čas a důvěru a poskytli mi rozhovory, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

ANOTACE

Cílem této bakalářské práce je přiblížit jednu z důležitých oblastí v životě člověka s DMO, kterou je socializace. Práce se zaměřuje na socializaci v období dospívání.

První část bakalářské práce je teoretická a je zpracována formou rešerše. Definuji v ní pojmy DMO a socializace. Dále se věnuji psychologickým charakteristikám pubescence a adolescence, které doplňuji o specifika týkající se dospívajících s DMO. Podrobněji se zabývám socializací v období dospívání a opět se více rozepisuji o tom, jak podle použitých zdrojů tato socializace vypadá u osob s DMO.

Druhá část je praktická. Pomocí deseti rozhovorů s osobami s DMO, se snažím nastínit, jak vypadá jejich socializace a zejména jak ji oni sami vnímají. Vzhledem k šíři zkoumané problematiky se pokouším především vymezit konkrétní oblasti, které by bylo vhodné dále rozpracovat. Ke zpracování zaznamenaných rozhovorů jsem použila metodu „zakotvené teorie“.

Klíčová slova: dětská mozková obrna, socializace, pubescence, adolescence, zakotvená teorie

ANNOTATION

The aim of this bachelors thesis is to focus on one of the important fields in the life of a person with cerebral palsy, and that is socialization. The thesis concentrates on socialization during pubescence and adolescence. The first part of the thesis is theoretical and is compiled in the form of research. I define the notions of cerebral palsy and socialisation. Thereafter, I concentrate on the psychological characteristics of pubescence and adolescence, which complements specificities concerning adolescents with cerebral palsy. I deal with socialization during pubescence and adolescence in more detail and once again, according to used sources, write about what socialization is like amongst people with cerebral palsy.

The second part is practical. With the help of ten interviews with people with cerebral palsy, I try to outline what their socialization is like and how they themselves perceive it. Due to the vast studied areas, I mainly tried to limit particular areas, where it would be appropriate to continue and develop it. I used the „grounded theory“ to process recorded interviews.

Key words: cerebral palsy, socialization, pubescence, adolescence, grounded theory

Obsah:

Úvod.....	7
1. Část teoretická	8
1.1. Definice DMO	8
1.2. Vymezení pojmu socializace	10
1.3. Charakteristika období dospívání s přihlédnutím ke specifikům osob s DMO...12	
1.3.1. Tělesné změny a jejich prožívání	13
1.3.2. Psychické změny	15
1.3.3. Kognitivní vývoj.....	16
1.3.4. Vývoj identity.....	16
1.4. Socializace v období pubescence a adolescence	18
1.4.1. Vztahy v rodině	18
1.4.2. Vztahy s vrstevníky	20
1.4.3. Partnerské vztahy.....	23
2. Část praktická	25
2.1. Metodologie.....	25
2.1.1. Typ výzkumu.....	25
2.1.2. Použitá metoda	25
2.1.3. Způsob získávání dat	26
2.1.4. Výzkumný vzorek	26
2.1.5. Výzkumná otázka	26
2.2. Výsledky výzkumu	27
2.2.1. Ústřední jev: Přístup matky jako primární determinant socializace.....	27
2.2.2. Osobní asistent.....	30
2.2.3. Architektonické bariéry	32
2.2.4. Partnerské vztahy.....	33
Závěr.....	35
Literatura:	36
Přílohy	

Úvod

Tématem mé práce je socializace osob s DMO v období dospívání. Už dlouhou dobu mi tato oblast přišla zajímavá, ale v odborné literatuře jsem o této problematice mnoho zmínek nenašla. Proto jsem se rozhodla, že se pokusím do problému proniknout hlouběji. Vypracování této bakalářské práce bylo k tomu ideální příležitostí.

Mezi lidmi s DMO mám řadu známých, ale také dobré přátele. Někteří z nich právě naplno prožívají své dospívání, jiní si jím již prošli, ale ještě ho mají moc dobře v živé paměti. Setkávám se s jejich problémy, často s nimi o nich mluvím, někdy se snažím pomoci nebo poradit. Zároveň jezdím na letní a zimní tábory s intaktními dospívajícími a i s nimi jsem často v kontaktu. Navíc tomu není tak dávno, co jsem já sama prožívala veškeré peripetie dospívání. Z těchto vlastních zkušeností jsem mohla usoudit, že průběh dospívání u osob s DMO bývá často komplikovanější než průběh stejného období u jejich zdravých vrstevníků.

Při pročítání literatury jsem zjistila, že poslední publikace, která se věnuje konkrétně socializaci osob s tělesným postižením, vyšla v roce 1989. V novější literatuře najdeme k tomuto tématu spíše jen sporadické zmínky a ani v zahraničních zdrojích jsem nenašla ucelenější práce na toto téma. Např. ve čtyřsetstránkové monografii „Dětská mozková obrna“, je socializaci věnováno 5 stran.

V rámci zvoleného tématu jsem se snažila identifikovat oblasti, které jsou nějakým způsobem specifické či přímo problémové.

Potřebné informace jsem se rozhodla získat pomocí rozhovorů. Na výzkumný problém jsem se snažila odpovědět pomocí zakotvené teorie, kterou jsem shledala pro zpracování dat získaných rozhovory jako ideální. Rozhovory jsem se souhlasem zúčastněných nahrávala na diktafon.

Již teď mohu říci, že pro mě osobně byla práce velkým přínosem. Potěšilo mě, že všichni oslovení s rozhovorem souhlasili, často dokonce s nadšením. Mnohdy jsem měla dojem, že oceňují to, že se mohou o své problémy podělit i to, že by se o nich mohla dozvědět širší veřejnost.

Vybrala jsem si téma poměrně široké, ale považuji tuto práci za vhodný podklad pro další rozpracování tématu se zaměřením na konkrétnější problémy, např. v rámci mé případné diplomové práce.

1. Část teoretická

1.1. Definice DMO

V této práci se držím termínu dětská mozková obrna a jeho všeobecně užívané zkratky DMO. Někteří odborníci (např. Vojta) však preferují termín infantilní cerebrální paréza (ICP), vycházející z latiny. Můžeme říci, že tato dvě označení vyjadřují totéž. V angličtině je ekvivalentem výrazu dětská mozková obrna termín cerebral palsy (CP). Dřívějším užívaným názvem byla Littleova nemoc.

Kolář (2010, s. 393) definuje DMO tímto způsobem: "...neurovývojové neprogresivní postižení motorického vývoje dítěte vzniklé na podkladě proběhlého (a ukončeného) prenatalního, perinatálního či časně postnatálního poškození mozku. Poškození, která se objevují v prenatalním nebo postnatálním období, nejsou stacionární, ale dále se vyvíjejí." Dle tohoto autora postihuje DMO 1,5-2,5 z 1000 narozených dětí.

Kraus (2005, s. 67) charakterizuje DMO takto: "Trvalé a nikoliv neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku."

Vítková (2006, s. 41) uvádí definici Tichého: "...syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku." Dále popisuje DMO takto: "U DMO je dominující motorické postižení, ale může dojít k postižení i smyslových funkcí a k různě vyjádřenému defektu mentálnímu. Pro DMO je typická tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těžkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči"

Podle Živného (www.neurocentrum.cz) je DMO „...zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. Označení *dětská* vyjadřuje období, kdy nemoc

vzniká, pojem *mozková* vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku, pojem *obrna* vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla. Pod pojem DMO nepatří poruchy hybnosti způsobené onemocněním svalů ani periferních nervů. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné postury (držení) trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických (hybných) oblastí mozku.“

1.2. Vymezení pojmu socializace

Pojem socializace bývá definován různě široce. V širším slova smyslu jej definuje např. Giddens (1999, s. 146) a to jako „proces vývoje od stadia bezmocného novorozence až po osobu, která si dobře uvědomuje sebe samu a orientuje se ve své vlastní kultuře.“ Zdůrazňuje také, že dítě se již od úplného počátku na tomto procesu aktivně podílí. Kořa pak hovoří o zespolečenštění člověka, který se v procesu socializace učí, čemu lidé v jeho kultuře věří a jaké od něj očekávají chování. Nakonečný (1995, s. 27) říká, že socializace je: „...proces seznamování se člověka s konkrétním kulturním prostředím jeho rodiny a osvojování si kulturních způsobů chování, ale i cítění a interpretace skutečnosti.“ Podle Nakonečného můžeme říci, že jde o proces sociálního učení. Takové učení se odehrává v sociálních situacích a vyžaduje osvojení žádoucích způsobů chování. Je důležité si uvědomit rozdíl mezi výchovou a socializací. Při výchově jde totiž o výchovné působení rodičů, učitelů a dalších výchovných činitelů. Socializace však zahrnuje veškeré vědomé i nevědomé, přírodní i společenské vlivy. Musíme také zdůraznit, že socializace probíhá celý život (Kořa, 1999). Zatím jsme zde definovali pojem socializace velmi široce. Pro účely této práce však potřebujeme jeho konkrétnější vymezení.

Podle autorů Langmeiera a Krejčířové (2007) můžeme u socializačního procesu vždy očekávat tři vývojové aspekty: Prvním aspektem je vývoj sociální reaktivity, tím je myšlen „vývoj bohatě diferencovaných emočních vztahů k lidem v bližším i vzdálenějším okolí.“ Dalším aspektem je vývoj sociálních kontrol a hodnotových orientací. Zde se jedná hlavně o vývoj norem, které si jedinec postupně vytváří na základě příkazů a zákazů udělovaných mocnými dospělými a které pak přijímá za své. To umožňuje chránit společnost, protože tyto normy pak určují hranice, které usměrňují individuální chování jedince. Stejně tak je toto chování usměrňováno systémem hodnot, protože ty jedince směřují k určitým cílům. Posledním aspektem je osvojení sociálních rolí, což jsou „takové vzorce chování a postoje, které jsou od jedince očekávány ostatními členy společnosti, a to vzhledem k jeho věku, pohlaví, společenskému postavení apod.“

Schneiberg (in Kraus 2005) krátce shrnuje obvyklý proces socializace takto: „Z úplné závislosti na svém sociálním prostředí v době po narození se dítě postupně vymaňuje, osamostatňuje a navazuje další sociální kontakty. Zařazuje se do skupin

vrstevníků, získává přátele, podílí se na tvorbě školního, později pracovního kolektivu, navazuje intimní vztahy, zprvu jen přátelské, později erotické a sexuální. V dospělosti pak zakládá novou rodinu, v níž předává další generaci svůj systém sociálních vazeb a zkušeností.“

1.3. Charakteristika období dospívání s přihlédnutím ke specifickým osob s DMO

„Chybí mi prostě taková ta volnost, že oni se prostě seberou a jdou. Oni prostě jdou kam chtějí. Jim žádná schod nevádí, žádná tramvaj nevádí, můžou jít kamkoliv, stačí když rodičům řeknou, já jdu tam a tam a už je to nezajímá. Já si můžu tak akorát někde hrát s klacíkem. Myslím si, že tohle je asi období z celého života, kdy mě to nejvíc štve. Protože až budu dospělá, tak už budu v tom životě nějak zaběhnutá, budu mít práci a když budu stařenka, tak už na tom budem všichni stejně. A hlavně si myslím, že ty malý děcka tu odlišnost až tak nevnímají, hlavní problém bude v tomhle věku, protože tyhle děcka jsou ty free, ty co si užívají života. A o to aby ještě někoho tahali na vozejku, o to nemají zájem.“ (rozhovor č.1., 23.2.2010)

Za počátek období dospívání bývá označován věk okolo 11. - 12. roku, jako konec této etapy vývoje se pak uvádí 20. - 22. rok. Často je toto období dále děleno na pubescenci a adolescenci, přičemž přechod z jednoho období do druhého se odehrává okolo 15. roku. Někteří autoři ještě uvádějí dvě fáze puberty – prepubertu (u většiny dívek zhruba mezi 11. – 13. rokem, u chlapců o 1-2 roky později) a vlastní pubertu (okolo 13-15 roku). Za začátek prepuberty je označováno objevení se prvních pohlavních znaků a za její konec nástup menarche u dívek a první noční poluce u chlapců. Vývoj jedinců se však vyznačuje značnou rozdílností intraindividuální (např. diskrepance mezi změnami tělesnými a psychickými) i interindividuální (např. je fyziologické, když se první sekundární pohlavní znaky objevy u jedné dívky v osmi letech a u jiné až v patnácti letech). Také záleží na typu společnosti, ve které člověk vyrůstá.

V období dospívání dochází ke změnám tělesným, psychickým i sociálním, které do určité míry probíhají souběžně a navzájem závisle. (Langmeier, Krejčířová, 2005)

Je důležité si uvědomit, že u člověka s DMO je tímto postižením ovlivněn už jeho předchozí fyzický a psychický vývoj, což pak má samozřejmě vliv také na průběh dospívání. V souvislosti s celkovým opožděným fyzickým vývojem, může docházet k nástupu puberty později. U některých dětí s tělesným postižením se však intelektový

vývoj naopak urychluje, což pak přináší ještě nápadnější rozpor mezi fyzickým a duševním stavem dítěte. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000)

Jak uvádí Matějček (2001, s. 122), právě v pubertě „začíná skutečné aktivní vyrovnávání dospívajícího dítěte s defektem.“ Dodává také, že v období puberty se „objevuje několik zcela nových vývojových rysů, které budou mít dalekosáhlý význam i pro zacházení s tělesnými defekty.“ (s. 123) O těchto nových vývojových rysech bude pojednáno níže. Také Koubeková (2000) píše, že: „kritickým obdobím se stává puberta, kdy si dítě zvláště intenzivně uvědomuje svou odlišnost.“ Naopak v adolescenci už podle Matějčka (2001, s. 124) v tomto ohledu dochází spíše k počátkům vyrovnávání a uklidňování.

Vágnerová (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000) pak říká, že u osob s postižením bychom v období dospívání mohli hovořit o dvou typech problémů. Jednak jsou tu problémy společné všem dospívajícím a postižení zde působí spíše jen jako komplikující faktor. Ale vyskytují se i potíže, které primárně plynou z postižení a komplikujícím faktorem je naopak ono vývojové období dospívání. Mezi ty první patří např. emancipace od rodiny, k těm druhým bychom mohli zařadit vztah k sobě samému a svému postižení.

1.3.1. Tělesné změny a jejich prožívání

Jak již bylo zmíněno, dochází v tomto období k tělesnému dospívání, které je spojeno s pohlavním dozráváním. Vyrůstá význam zevnějšku, což se projevuje větším zaměřením pozornosti na vlastní tělo, ale také na oblečení a celkovou úpravu. Tělesná atraktivita má svou sociální hodnotu a často právě ti dospívající, kteří jsou atraktivní podle většinových kritérií, získávají lepší sociální status a snáze je přijímá také vrstevnická skupina. (Vágnerová, 2000)

Podle Vágnerové (1999) má každá viditelná tělesná deformace sociální dopad, který bývá pro jedince často horší než funkční omezení, které je postižením způsobeno. Také Matějček (2001, s. 45) tvrdí, že „...pocity méněcennosti se všemi svými komplikacemi provázejí především děti se znatelnými odchylkami tělesného zjevu.“ I zdravé děti v období dospívání berou každou nepatrnou vzhledovou odchylku od běžné normy jako katastrofu. Pro dítě s postižením je pak jeho odlišný vzhled něčím, co ho definitivně z běžné normy vylučuje. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000)

Někdy se pak objevuje tendence kompenzovat určitý nedostatek důrazem na jinou část těla, např. na hezký obličej či účes. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Kompenzace ale může být také zaměřena úplně jiným směrem. Paradoxně může být vědomí menší tělesné přitažlivosti určitou výhodou a vést k dalšímu osobnostnímu rozvoji. Takový člověk se totiž obvykle snaží tento svůj nedostatek kompenzovat v jiných oblastech, hledá nové způsoby seberealizace. (Vágnerová, 2000). Například dr. Vendula Neumannová, žena s DMO říká: „Možná to bude znít komicky, ale tohle je jeden z důvodů, proč jsem si vybojovala doktorát. Před určitým druhem lidí se dávám zásadně titulovat paní doktorko. Je to pro ně šok. A je to moje zbraň.“ Jedinec často bere výborné hodnocení v oblasti, kterou se snaží kompenzovat svůj defekt jako něco všespásného, něco co ho na jedné straně určitým způsobem osvobodí a na druhé ospravedlní jeho nedostatky. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000).

Mluvíme-li o fyzické stránce dospívání, musíme zdůraznit rozdíly mezi dívkami a chlapci. Obecně svému vlastnímu vzhledu přikládají větší význam dívky, které ho také kritičtěji hodnotí. Tento fakt má řadu důvodů. Dívky dospívají dříve a dochází u nich k nápadnějším tělesným změnám. Předčasné dospívání u děvčat nebývá hodnoceno nějak kladně, dospělí se často obávají předčasné sexuální aktivity. Navíc se tak ještě zvýrazňuje rozdíl mezi takovouto dívkou a stejně starými chlapci. Předčasně vyspělé dívky se často snaží sekundární pohlavní znaky nějakým způsobem zamaskovat. Naopak u chlapců sekundárně pohlavní znaky nejsou tak viditelné a význam má především nárůst svalové hmoty a větší výška. Zde je situace spíše opačná a v nevýhodě bývají chlapci méně vyspělí. Takoví chlapci mívají nižší sociální status a mohou se snáze stát objektem agrese svých silnějších a vyspělejších vrstevníků. Vrátime-li se ještě k problémům děvčat, je třeba připomenout, že dnešní ideál krásy prezentovaný médií se blíží spíše prepubertálnímu vzhledu. V pubertě se ovšem ženské tělo obvykle vyvíjí opačným směrem. Mužský ideál krásy se tolik neodlišuje od průměrného vzhledu dospívajících chlapců. Navíc je v naší společnosti kladen větší důraz na ženskou krásu než na mužskou. (Vágnerová, 2000)

Rozdíly ve vnímání vlastního těla nacházíme také mezi chlapci a dívkami s DMO. Koubeková (2000) vychází z vlastní studie, podle které usuzuje, že děvčata se s tělesným hendikepem vyrovnávají hůře než chlapci, mají celkově nižší sebedůvěru. Příčinou mohou být podle autorky rozdílné postoje a kritéria úspěšnosti ze strany společnosti, které jsou zřejmě přívětivější pro chlapce, ale také subjektivně vyšší hodnota fyzického vzhledu pro dívky.

I v adolescenci se mladý člověk často zaobírá vlastním tělem. Vágnerová (2000) mluví až o jakémsi „kultu těla.“ Mládí a krása jsou v naší společnosti vysoko ceněny

a adolescence by měla být v tomto ohledu ideálním obdobím. Fyzický vzhled je důležitý pro vytváření sebevědomí, zejména ve vztahu k druhému pohlaví. To potvrzuje také Matějček (2001), podle kterého je tělesná zdatnost prožívána především jako činitel určující hodnotu jedince jako sexuálního objektu. Člověk s tělesným postižením je ohrožen zvýšenou nejistotou, negativním sebehodnocením, které ještě bývá často sociálně posilováno. (Vágnerová, 2000).

1.3.2. Psychické změny

Langmeier a Krejčířová označují pubertu jako období „bouří a krizí“. V pubescenci dochází k výrazné proměně hormonálních funkcí, což je spojeno např. s rozkolísaností emočního ladění, s větší labilitou a tendencí reagovat přecitlivěle i na běžné podněty. Nálady se mění spíše k horšímu, stavy apatie střídají krátké fáze nadměrné aktivity, reakce pubescenta jsou těžko předvídatelné. (Langmeier, Krejčířová, 2005) Když k výše zmíněnému přidáme ještě potíže při koncentraci pozornosti, nelze se divit, že u pubescentů se často objevují výkyvy ve školním prospěchu. Právě na ten je ovšem v tomto věku kladen dospělými zvýšený důraz.

Člověk v pubertě je sám překvapen svým prožíváním a náladami, neumí si je vysvětlit, je zmatený, což tento stav ještě posiluje. Jak již bylo zmíněno, pubescent jedná impulzivně, těžko se ovládá a jeho reakce lze špatně předvídat. To je spojeno s negativními reakcemi okolí na jeho chování, což ještě zvětšuje nejistotu dospívajícího.

Pubescent bývá více introvertní, své city považuje za něco intimního. Díky tomu si také uvědomuje, že může být značný rozdíl mezi tím, jak se lidé chovají a co prožívají.

Typickým projevem osobní nejistoty pubescenta je jeho vztahovačnost. (Vágnerová, 2000)

DMO má různý vliv na psychiku člověka. Časté jsou poruchy pozornosti. Emocionalita může být infantilnější, labilnější a dráždivější., citové reakce nemají vždy adekvátní intenzitu nebo délku trvání. S intenzivnějšími citovými prožitky se někdy pojí také neobvyklé motorické reakce (svalové ztuhnutí, mimovolní záškuby). Je tedy patrné, že DMO může akcentovat změny psychiky v období dospívání a naopak.

1.3.3. Kognitivní vývoj

“Piaget (in Vágnerová, 2005) tuto fázi označuje jako „stadium formálních logických operací.“ Dospívající se významně odpoutává od vázanosti myšlení na konkrétní realitu, je schopen velkého počtu myšlenkových kombinací, z nichž mnohé se ve skutečnosti ani nevyskytnou. (Langmeier, Krejčířová, 2005) Podle Vágnerové dítě usiluje o poznání a pochopení světa, kdežto dospívající uvažuje o tom, jaký by svět mohl, respektive měl být. Pubescent také začíná uvažovat systematicky, dokáže si vytvořit hypotézu a pak ji vyloučit či potvrdit. Dospívající bývají novou schopností hypotetického myšlení nadšeni, často ji až přeceňují. Vzhledem k tomu, že ještě nemají dostatek životních zkušeností, zdá se jim, že většinu problémů lze snadno vyřešit. Nedokáží také zatím příliš rozlišovat pravděpodobnost jednotlivých alternativ. Z toho pak vyplývá hyperkritičnost pubescentů.

S hypotetickým myšlením úzce souvisí schopnost uvažovat o budoucnosti. To s sebou přináší další ztrátu jistoty. (Vágnerová, 2000)

1.3.4. Vývoj identity

Budeme-li vycházet z Eriksona, můžeme označit dospívání jako fázi hledání a rozvoje vlastní identity. Pubescent se sám sebou zabývá ve zvýšené míře, ale sebepoznání je zároveň komplikováno zvýšenou sebekritičností, spojenou s emoční labilitou a nejistotou. Pubescent o sebepoznání usiluje zejména prostřednictvím introspekce, srovnávání s jinými lidmi a hodnocení okolím. (Vágnerová, 2000)

Nejde však jen o pasivní proces poznávání sebe sama, adolescent se usilovně snaží „být sám sebou“, jde tedy o aktivní sebeutváření. (Langmeier, Krejčířová, 2005)

Vágnerová zmiňuje, že velmi důležitá bývá v tomto období sebeúcta, která je často nižší než v mladším školním věku i v následující adolescenci. Velký vliv na míru sebeúcty a celkově sebehodnocení mají vrstevníci. Hovoříme zde dokonce o tzv. skupinové identitě. V takovém případě se jedinec definuje prostřednictvím skupiny, což zároveň zvyšuje jeho sebevědomí. (Vágnerová, 2000)

Sebehodnocení bývá u lidí s tělesným postižením často nějakým způsobem změněné. Sebehodnocení je často zkresleno u lidí s neurotickými rysy a právě ty se mohou snadno sekundárně utvořit u somaticky postižených jedinců. Význam má také častější izolace a menší možnost srovnávat sebe sama s jinými osobami. A jednu z podstatných rolí ve vývoji sebehodnocení hraje také postoj společnosti. Typická je

neměnná, mnohdy zkreslená představa o možnostech těchto lidí a také tendence generalizovat, nerespektovat individuální rozdíly, které jsou u postižených stejné jako u zdravých. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000).

Langmeier o vývoji sebepojetí udává toto: „Znamená to dobře poznat své možnosti i meze, přijmout svoji jedinečnost i s některými omezeními a nedostatky, což je zvláště obtížné zejména pro dospívající s jakýmkoliv typem handicapu nebo zdravotního postižení, které také musí být nyní do celkového pojetí integrovány.“

Kundráťová (2001, s. 131) píše: „Skutečnost, že postižené dítě se odlišuje od svých vrstevníků, kamarádů, vyvolává v jeho zážitkové sféře řadu negativních pocitů, vyplývajících nejenom z uvědomování si nevýhodné situace, ale i různých nevhodných projevů, postojů ze strany společnosti. Takové dítě je zranitelnější, formování jeho sebevědomí, sebeúcty, sebejistoty více závisí na citových vztazích, stejně jako hodnocení a akceptace rodinou, přáteli a nejbližším okolím. U hendikepovaných dětí se tak častěji setkáváme s pocity méněcennosti, sníženým sebevědomím, což má za následek oslabení jejich aktivního životního přizpůsobení se....K ohrožení v oblasti sebepojetí dochází zejména v důsledku chronického stresu, který vyplývá z častější frustrace psychosociálních potřeb.... Častěji se u těchto dětí vyskytují různé neadaptivní projevy chování, tendence k izolaci, rezignaci, k úniku, ale i různé poruchy v oblasti emocionálně-volní a komunikační.“ Zdůrazňuje také již zmiňované rozdíly ve vnímání a vyrovnávání se s handicapem mezi dívkami a chlapci. U dívek nacházíme podle autorky celkově nižší sebedůvěru, nižší pocit vlastní hodnoty. Více vnímají emocionální projevy ze strany rodičů, přátel, spolužáků, pociťují méně lásky, bezpečí a podpory ze strany okolí. Bývají úzkostlivější a častěji se cítí osamocené.

1.4. Socializace v období pubescence a adolescence

„Já bych chtěl...vždycky se snažím dělat věci, kterýma se snažím dokázat, že na ně mám jako ostatní, jako zdravý. Snažím se mít podmínky co nejbližší těm zdravým. Proto já jsem nechtěl ve škole už od malička aby mě nějak moc zvýhodňovali. Potřeboval jsem samozřejmě víc času, protože ta motorika je horší, ale jinak ve známkování to jsem ani nechtěl. A proto se dál budu snažit dělat věci tak, jako kdybych byl zdravý a budu se dál snažit aby ostatní lidi nás poznávali jako že jsme normální.“

(rozhovor č. 2, 25.2.2010)

...prostě vozičkář, nekoukejte se na něj...já říkám, jo, pojď se na mě podívat, já prostě jsem takovej, mám tenhle a tenhle problém, když něčemu nerozumíš, řekni, já vysvětlím...když řekneš nekoukejte sa na něj, on tě bude brát stejně jako kdyby vedle tebe někdo blil.“ (rozhovor č.5, 6.3.2010)

Jak píše Langmeier: „I když proces stálého osamostatňování, rozšiřování a rozrůžňování sociálních vztahů je základním pochodem, který začíná už od útlého dětství a pokračuje v dospělosti, přece jen je období dospívání v tomto směru klíčové a rozhodující pro uspokojivé převzetí pozdějších základních rolí manželských a rodičovských.“ Pubescent se vyvazuje z přílišné závislosti na rodičích a zároveň navazuje diferencovanější a významnější vztahy s vrstevníky obou pohlaví. (Langmeier, Krejčířová, 2005)

1.4.1. Vztahy v rodině

„Díky tomu, že jsem na vozejku je ten vztah s těma rodičema určitě intenzivnější, protože do mých 7 let se o mě vlastně starali 24 hodin denně a myslím si, že vždycky bude intenzivnější než v porovnání třeba se spolužáky, kteří se v nějakých věcech už osamostatňují. Trávíme spolu hodně času, hlavně o víkendech.“

(rozhovor č. 1, 23.2.2010)

Pubescentní jedinec se osamostatňuje ve všech oblastech, ale právě rodina se svou rigidní strukturou vazeb a rolí je místem, kde se tato tendence projeví velmi

výrazně. Dospívající už nechce připustit, aby s ním rodiče manipulovali, odmítá podřízenou roli, vytváří si svou vlastní identitu. Tento proces se nazývá individuace. (Vágnerová, 2000)

Jejím cílem je dosáhnout psychické diferenciaci (tzn. „vnímat sebe samého jako psychicky odlišného od svých rodičů i vrstevníků, akceptovat chyby druhých, přijmout za sebe zodpovědnost“) a psychické nezávislosti (tzn. „schopnost vnímat sebe sama jako nezávislého na druhých i na jejich mínění bez nepřiměřených pocitů viny nebo úzkosti“). (Langmeier, Krejčířová, 2005) Vágnerová (2000) zmiňuje, že : „Pubescenti se potřebují uvolnit z infantilní závislosti a rodinné zázemí považují za samozřejmost, která by jej neměla omezovat v jeho osamostatňování. Potřeba citové jistoty nabývá na významu jen v situaci nějakého subjektivního ohrožení.“ Tedy jak uvádí Langmeier, rodiče zůstávají i pro dospívající nejdůležitějším zdrojem sociální opory. (Langmeier, Krejčířová, 2005)

Vágnerová (2000) ještě popisuje vztahy jedinců různého pohlaví k matce a otci. Zdůrazňuje především, že matka by měla dceru podporovat v rozvoji ženské role, stejně tak otec syna v rozvoji role mužské. Dále píše, že ve vztahu k matce se pubescenti projevují především odmítáním nadměrného pečovatelsví.

V období dospívání často dochází k rozporu mezi rolí dospívajícího a jejím statusem.

Dětem totiž obvykle nejprve přibudou povinnosti, nikoliv však práva.

Situace dospívajících s DMO bývá však velmi často odlišná. Emancipace každého pubescenta probíhá v rámci sociální a ekonomické závislosti, u dospívajících s tělesným postižením se však často přidává ještě reálná závislost na okolí, na pomoci dospělých. Rodiče navíc mohou tuto závislost vědomě či nevědomě podporovat, protože se tak může oddálit riziko odchodu dítěte z rodiny a s ním spojená změna a přebudování vztahů. Někteří rodiče mohou přetrvávající závislostní vztah prožívat jako určitý druh kompenzace za zmařené ambice. Berou situaci tak, že dítě sice nesplní jejich očekávání, ale alespoň je nikdy neopustí. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000). Rodiče také často zauímají k dítěti hyperprotektivní a nadměrně tolerující postoj, dítěti se tak snaží nahradit jeho znevýhodnění a také ho tak mohou chránit před jakýmkoliv dalším ohrožením. (Vágnerová, 2005) Langmeier a Krejčířová (2005) k tomu dodávají, že právě podpora emancipačních snah a podpora společenských kontaktů je velice důležitá. Dále zmiňují, že: „Vymezení jasných hranic chování s dostatkem volnosti pro samostatné rozhodování je zvláště obtížné u dětí s problémy

v chování nebo se zdravotním oslabením či postižením, ale právě u nich je schopnost rodičů vyhnout se nadměrnému ochraňování i opačnému extrému autoritářských přístupů rozhodující.“ (str. 166)

V poněkud odlišné situaci jsou lidé, kteří již v mladším věku odešli do specializovaných zařízení internátního typu. V tomto případě si rodiče i děti zvykli žít jeden bez druhého a průběh puberty je zde tedy obvykle dosti změněný, alespoň co se týče emancipace od rodiny. (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2000).

V adolescenci by se již měl proces separace od rodiny ukončovat. Pokud se emancipace nezdaří může to mít různé následky, které často značně ovlivní celý další život jedince. (Vágnerová, 2000)

1.4.2. Vztahy s vrstevníky

„To je docela složitý. Já jsem spíš introvertní, takže to bylo hodně těžký navázat ten kontakt, protože chápu, že oni nevěděli, co mají čekat a až postupem času, kdy jsme se poznávali a já jsem pochopil, že musím být ten první, kdo je bude kontaktovat... Určitě se s nima vidám docela často, už mě pozvou i na nějaký akce. Už se prostě nebojí toho, že tam jsou schody nebo nějaký problém. Myslím si..doufám, že je to něco naučilo.“ (rozhovor č. 2, 25.2.2010)

Snaha o osamostatnění od rodiny je logicky spojena s orientací na jiné sociální skupiny, čím dál většího významu nabývají především vztahy s vrstevníky. Vrstevnická skupina umožňuje jedinci, aby se poměrně jasně vymezil, poskytuje mu tím oporu jeho identity, podporuje jeho sebevědomí, sebejistotu. Je pro dospívajícího také určitým zázemím, může uspokojovat potřebu bezpečí a jistoty. Vrstevníci také mohou plnit role neformálních autorit a dále sloužit jako zdroj sociálního učení. Dospívající ve skupině jednak napodobují jeden druhého a dále mohou mezi sebou porovnávat zkušenosti, skupina má tedy referenční význam. Také má funkci normativní, obvykle zde platí určitá specifická pravidla a také vlastní sociální standardy, které slouží jako potvrzení žádoucí úrovně vyspělosti.

Na začátku období pubescence jsou vrstevnické skupiny většinou tvořeny jedinci stejného pohlaví. Postupně se ale vytvářejí skupiny, jejichž členy jsou dívky i chlapci. Díky tomu také mohou mezi nimi vznikat první bližší kontakty a lásky. (Vágnerová, 2000) Langmeier a Krejčířová (2005) hovoří o tzv. skupinové izosexuální fázi. Časem

se však objevuje potřeba intimního párového přátelství, tedy individuální izosexuální fáze. V období puberty také probíhá přechodná etapa, kdy už sice jedinci cítí náklonost k druhému pohlaví, ale zatím se spíše stydí, „kokeťují spolu na dálku.“ Tato fáze je následována fází heterosexuální polygamní, kdy jde především o získávání zkušeností s jedinci opačného pohlaví a zpravidla až později etapou zamilovanosti, kdy už jde o skutečný hlubší vztah. Nelze říci, že by tyto fáze vždy probíhaly chronologicky za sebou. Některé z nich často probíhají současně. U každého se také objevují jindy.

Dočkal o vztazích osob s DMO s vrstevníky píše: „Willard-Holtová zdůrazňuje, že sociální integraci postiženého dítěte je třeba podpořit prostřednictvím jeho kontaktů a vztahu s vrstevníky. Všude kde se to dá, je třeba mu umožnit získávat zkušenosti podobné zkušenostem intaktních dětí.“

Pro dospívajícího s DMO je vrstevnická skupina stejně významná, ale jeho postižení mu začlenění do ní komplikuje. Rozdílná situace nastává u dětí, které žijí v rodině a u těch, jež jsou v internátním zařízení. V prvním případě bývá možnost sociálního začlenění často snížena vlivem rodičů, zvláště pokud mají hyperprotektivní či úzkostné sklony. Důležité ovšem také je, jak člověka přijme samotná vrstevnická skupina, na jaké úrovni s ním budou navazovat sociální vztahy. Je zde poměrně vysoké riziko negativních zkušeností při kontaktu s vrstevníky bez postižení. Proto se často mladí lidé s DMO uzavírají do „bezpečnějších skupin“, takže jejich kontakty pak bývají omezeny na osoby podobně postižené nebo na rodinu. V uzavřené skupině však mohou vztahy snadněji degenerovat a vytváří se zde specifické klima, což pak ještě více vylučuje člověka z běžné společnosti.

Mluvíme-li o druhém případě, kterým je život v internátě, zde je hlavním problémem předem dané složení skupiny. Jde obvykle o děti podobně postižené, jejichž socializace je navíc ovlivněna internátním řádem. Člověk tak nemá šanci vybírat si vrstevníky, se kterými by se chtěl stýkat.

Ovšem i děti žijící v rodině nemusí navštěvovat běžnou základní či střední školu a jejich situace se pak v některých aspektech (předem dané složení skupiny) podobá podmínkám dětí z internátních zařízení.

Integrace je v dnešní době velice často skloňovaný výraz. Má své nesporné klady i zápory. Trlicová (1995, 306) ve svém výzkumu zjistila o dětech integrovaných v běžné třídě ZŠ toto: „...sociální status - přehlížený. Zjistili jsme, že jeho emocionální uspokojení saturují menší podskupiny ve třídě. O interakci s postiženým jedincem ve školské situaci i mimo školu mají zájem ti stejní spolužáci. Chlapci mají vůči

postiženým nižší sociální citění než děvčata. Postižené děti touží po širší komunikační síti se zdravými dětmi.“ Kundrátová (2001, s. 302) ve výzkumu provedeném o 6 let později říká: „Zjistili jsme významné rozdíly v pozitivním individuálním sociometrickém statusu dětí. Postižené děti získaly výrazně nižší počet pozitivních voleb a zaujímaly ve třídě nejnižší pozice. Pozitivem je ale zjištění, že v negativním individuálním sociometrickém statusu jsme výrazné rozdíly mezi postiženými a zdravými dětmi nezaznamenali. Navzdory tomu, že postižené děti nepatří mezi oblíbené – uznávané spolužáky, povzbuzuje zjištění, že obecně nejsou intaktními dětmi odmítané a nejsou ve třídách izolované.“ Tato autorka se dále zmiňuje, že: „Je přirozené, že tělesný handicap, který dominoval ve výzkumném vzorku, do velké míry omezuje sebeuplatnění postižených dětí v širších sociálních vazbách a těžiště sociální komunikace zůstává na úrovni interpersonálních vztahů v mikrosocietě.“ (s. 30) Kollárik a Marušincová (2001, s.159) pak porovnávají vztahy k dětem s tělesným postižením u žáků, kteří mají ve třídě integrovaného spolužáka a u těch, kteří takovou zkušenost nemají. Dle těchto autorů: „...hodnocení tělesně postiženého žáka jeho „zdravými“ spolužáky je pozitivnější než hodnocení žáky, kteří nemají zkušenost se spolužáky s tělesným postižením. Spolužáci tělesně postižených žáků hodnotí zdravého žáka kritičtěji než žáci běžných škol....V důsledku spoluzití zdravých žáků s tělesně postiženými bylo hodnocení vlastností tělesně postiženého žáka jeho zdravými spolužáky pozitivnější než jeho hodnocení žáky, kteří nemají tuto zkušenost.“

Je také dobré si uvědomit úzkou souvislost mezi emancipací od rodiny a navazováním vztahů s vrstevníky v tom smyslu, že pokud má člověk zázemí jinde, může si pak dovolit opouštět rodinné vazby. (Vágnerová, 2000) Vzniká tak jakýsi uzavřený kruh, dítě může mít kvůli nadměrně ochrannému přístupu rodičů omezenou možnost navazování vrstevnických vztahů, vrstevníci ho budou navíc kvůli zvýšené péči matky, považovat za infantilního. Nepodaří se mu tedy zakotvit v prostředí mimo rodinu a bude na ní ještě více lpět.

Stále hovoříme o vrstevnické skupině, ale čím je dospívající člověk starší, tím důležitější význam mají stabilní kamarádství, užší vztahy. V souvislosti s tím je zajímavá tato informace: „Přátelství s jedincem, který má jinou roli, většinou neuspokojuje všechny potřeby adolescenta...on pro něho není za těchto okolností atraktivní. Neumožňuje mu sdílet zkušenosti a není tou správnou oporou při řešení jeho problémů, protože má jiné. Nepředstavuje jistotu podobnosti a blízkosti.“ (Vágnerová, 2000, s. 287). Jak jsme se již zmínili, člověk s DMO bývá mnohdy primárně vnímán

v roli postiženého. Taková role je pro intaktního jedince naprosto cizí. Člověk bez postižení zase těžko pochopí veškeré problémy, které s sebou DMO nese. Na druhou stranu dle Vágnerové (2000, s. 288): „...společné znaky mohou být nejenom předpokladem, ale i důsledkem přátelství.“

1.4.3. Partnerské vztahy

„Myslím si, že nejsem úplně v situaci, kdy bych si mohla až tak vybírat. Musím ti říct, že už jsem byla v situaci, kdy mi někdo řekl, hele já bych s tebou chodil, ale já si to nedokážu představit, já bych s tebou chodil, kdybys nebyla na vozejku, já si toho fakt cením, té upřímnosti, jenom mě to prostě fakt strašně bolí a štve mě to, jenom kvůli tomu vozejku, že nic nebude. Já myslím, že 99% kluků když mě potká, tak mě neberou ani jako potencionální holku, je to prostě ani nenapadne. Já si myslím, že nemůžu asi hledat ve své věkové skupině, že ten člověk musí být starší než já, protože představa, že bych měla chodit s některým ze svých spolužáků je dost šílená.... A čím jsem starší, tím je to horší, tím víc těch holek mají ty svoje přátele a já si furt uvědomuju, že ještě pořád nic, neříkám, že je to nejdůležitější věc na světě, ale patří v mém životě k těm nejdůležitějším. Ony si o tom furt vykládaj...“ (rozohovor č. 1, 23.2.2010)

„Už rok a půl jsem šťastně ve vztahu. Je to s klukem, který je naprosto zdravěj, žádným hendikepem netrpí.“ (rozohovor č. 6, 9.3.2010)

„Když je člověk na káře v tomhle věku, označil bych to termínem na hovno, ale dá se to zvládnout. Ona málokterá holka v tomhle věku pochopí ten tvůj hendikep správně. Oni tě všichni buďto berou za hrdinu nebo za chudáčka. Málokterá tě pochopí normálně. A když tě pochopí normálně, tak je buďto o dost starší nebo má doma člověka se stejným postižením...na tý káře musíš být v tomhle období buďto filozof nebo magor.“ (rozohovor č.5, 6.3.2010)

V pubescentním věku se začíná objevovat experimentování se sexuální rolí. Obvykle jde ještě o platonický vztah, někdy spojený se spíše rozpačitými pokusy o bližší kontakt. V tomto věku člověk „s někým chodí“ nejen kvůli svým vlastním potřebám, ale také proto, že jde mnohdy o požadavek skupiny, protože všichni vrstevníci v okolí už „někoho mají“. Ke skutečnému naplnění partnerského vztahu,

zahrnujícího i sexualitu obvykle dochází v adolescenci. (Vágnerová, 2000) Podle Langmaiera a Krejčířové (2005) dochází k prvnímu sexuálnímu styku nejčastěji okolo 17-18 roku. Subjektivně bývá vnímán jako jeden z prožitků, které představují jednoznačný přechod do dospělosti.

Stejně jako v pubertě může adolescentní vztah sloužit k získání sociální prestiže, potvrdit atraktivitu a tak také zvýšit sebejistotu jedince. (Vágnerová, 2000)

U člověka s DMO bývá navazování partnerských vztahů ovlivněno již zmíněnými možnými problémy v socializaci. Představa o budoucím partnerovi se obvykle liší podle věku jedince. V pubertě je důraz kladen spíše na vzhled a přitažlivost spolu s touhou, aby byl partner zdravý či méně postižený. V pozdějším věku dává již člověk s postižením mnohdy přednost partnerovi, který je na tom podobně a u kterého tak může najít více pochopení.

Partnerský vztah může být pro člověka s DMO také důkazem, že je rovnocenný ostatním, potvrzuje jeho hodnotu. (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2000).

2. Část praktická

2.1. Metodologie

2.1.1. Typ výzkumu

Praktickou část jsem se rozhodla zpracovat prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Myslím, že právě ten lépe odpovídá zvolenému cíli, jehož jsem chtěla dosáhnout a také mým možnostem. Jak se můžeme dočíst v odborné literatuře: „některé zkoumané oblasti se hodí spíše pro kvalitativní typy výzkumu. To je třeba případ výzkumu, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem....Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě mnoho nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují.“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 11)

2.1.2. Použitá metoda

Pro svůj výzkum jsem využila metodu zakotvené teorie (viz příloha č.3). Tuto metodu vyvinuli sociologové Barney Glaser a Anselm Strauss a je to: „teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří, co je v této oblasti významné.“

Tuto metodu jsem si vybrala, protože sleduji jev, který je těžko zachytitelný jinými způsoby než prostřednictvím rozhovorů a pozorování a právě ty je možné velmi dobře rozebírat prostřednictvím metody zakotvené teorie. A protože mým cílem bylo zejména proniknout hlouběji do problematiky socializace a nastínit oblasti, jichž by se měl týkat další případný výzkum, považuji opět metodu zakotvené teorie za velmi vhodnou.

2.1.3. Způsob získávání dat

Informace jsem získávala především prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Kostru rozhovoru přikládám v příloze (viz příloha č. 1). Rozhovory jsem zaznamenávala se souhlasem zúčastněných na diktafon. Ukázka informovaného souhlasu je také k dispozici v příloze (viz příloha č. 2). S každým z respondentů jsem provedla rozhovor nahrávaný na diktafon v rámci jednoho setkání, vždy jsem ale měla možnost případného dalšího kontaktu. Rozhovory jsem měla možnost doplnit také o pozorování osob s DMO v situacích běžného dne, setkávání se s jejich rodiči, sourozenci i přáteli.

2.1.4. Výzkumný vzorek

Mluvila jsem s deseti lidmi s DMO. Šlo o 5 děvčat a 5 chlapců ve věku 14 – 24 let. Do výzkumného vzorku jsem zařadila pouze osoby s tělesným postižením, vždy šlo spastickou formu DMO. 3 dívky se používají celodenně invalidní vozík, jedna používá francouzské hole a občas je doplňuje vozíkem a jedna chodí o francouzských holích. Z chlapců používají vozík dva, jeden opět kombinuje berle a vozík, jeden chodí o dvou holích a jeden zvládá chůzi bez pomůcek. DMO může mít velice pestrý klinický obraz a bylo třeba jasněji vymezit, na jakou skupinu osob se zaměřím, protože např. u dospívajících s kombinovaným postižením, by do hry vstupovala celá řada dalších faktorů ovlivňujících socializaci.

Výzkumný vzorek jsem také zúžila na osoby, které vyrůstaly v rodině a až do svých případných vysokoškolských studií nežily v zařízeních internátního typu.

6 respondentů žije v Praze, jeden v Brně, dva na Kladensku, jeden pochází z Klatov a nyní studuje VŠ v Praze.

2.1.5. Výzkumná otázka

Na počátku svého výzkumu jsem si položila tuto výzkumnou otázku: „Jaká je zkušenost dospívajících lidí s DMO s vlastní socializací“. Ač je tato otázka poměrně široká, odpovídá zásadám výzkumu podle zakotvené teorie, protože : „Výzkum tedy začíná otevřeně a široce, ne však tak otevřeně, aby zahrnul veškeré možnosti, a zároveň

ani příliš úzce a zaměřeně, aby se vyloučila možnost objevu...“ (Strauss, Corbinová, 1999)

2.2. Výsledky výzkumu

V souladu s postupy zakotvené teorie jsem postupnou analýzou nasbíraných materiálů dospěla k vytvoření hlavní kategorie pojmů, kterou jsem nazvala „úspěšnost socializace“ jako dvě hlavní subkategorie, které mají rozhodující vliv jsem si určila „faktory umožňující socializaci“ a „překážky v socializaci“. Úspěšnost socializace je podmíněna řadou faktorů a okolností, patří mezi ně osobnostní vlastnosti jedince, přístup okolí jedince, bariérovost prostředí v němž jedinec žije. Jejich bližší charakteristiky a vzájemné působení pak určují, zda budou mít na socializaci spíše pozitivní či negativní vliv.

Poměrně překvapivé pro mě bylo zjištění, že tíže postižení nehrála tak podstatnou roli jako faktory vyjmenované výše. I když subjektivní názor osob s těžším postižením byl, že lehčí postižení by jim situaci usnadnilo, při porovnávání jednotlivých případů se tento fakt neprokázal.

Za rozhodující faktor, který socializaci jedince s DMO vyrůstajícího v rodině řídí určitým směrem považují však přístup matky.

Dále jsem také objevila několik oblastí, případně konkrétních problémů v určitých oblastech, které by bylo podle mého názoru vhodné dále rozpracovat.

2.2.1. Ústřední jev: Přístup matky jako primární determinant socializace

Přístup matky velmi významně ovlivňuje všechny další situace, které jsou důležité pro socializaci jedince. Strach matky o dítě se v některých případech stává zásadní překážkou v socializaci osob s DMO. Pro tyto lidi je obtížné dostávat se do situací, kdy na ně mohou působit jak faktory, které socializaci umožňují, tak i překážky, které socializaci ztěžují. Typické je, že matka dítěti zakazuje téměř jakýkoliv samostatný pohyb mimo prostory domova. Vozí dítě do školy a ze školy, případně také na volnočasové aktivity. Navíc je nejběžnějším způsobem přepravy jízda automobilem. Člověk většinou nedostane šanci, aby zkusil, zda to zvládne sám. Nemá možnost „poprat se“ s problémy, které ho mohou čekat. Děti, které rodiče všude vozí si vůbec

neuvědomují, co všechno by je čekalo, pokud by se např. chtěly někam samy vydat městskou hromadnou dopravou. Nemohou se na takovou situaci postupně připravovat.

Při procházce s jednou sedmnáctiletou respondentkou jsem se např. dozvěděla, že v těch místech, kde jsme se pohybovaly, ještě nikdy nebyla sama, přičemž jsme se nacházely asi 20 metrů od domu, kde bydlí. Zároveň mohu potvrdit, že zde nejsou žádné objektivní překážky, které by jí v těch místech znemožňovaly samostatný pohyb na vozíku.

„Já jsem tam chodil jenom 5 tříd základky, tu jsem měl přes ulici, takže jsem tam pak mohl chodit v pozdějších letech, tak od 3. třídy sám. Stejně to v praxi fungovalo tak, že jsem se před tou školou potkal s mámou. Měla o mě takovej strach, že se bála i přecházení naší ulice, kde projelo jedno auto za hodinu. Já už jsem na to potom rezignoval. Potom jsem šel na gympl do Ledče nad Sázavou, to je 20 km vzdálený, tam mě máma musela vozit autem, ségra tam už tenkrát jezdila sama vlakem, ale mě máma vozila autem.“ (rozhovor č. 4, 3.3.2010)

„Já mám matku, která o mě až přehnaně pečuje. Takže do školy mě ráno vozi táta a ze školy mě vyzvedává máma nebo brácha. Takže ani nemám možnost si vyzkoušet, jestli bych to zvládla. Jak se znám, tak bych to zvládla.“ Tato dívka dále dodává: „ Co se týče péče o mě, tak to samozřejmě si nemůžu stěžovat, všechno mám, ale myslím si, že by občas nemuseli být tak přecitlivělí, mohli by se ke mně chovat trošku víc jako k dospělý, konkrétně narážím na situace, kdy bez pomoci své mámy nesmím ani před barák, poněvadž moje máma trpí představou, že by mě někdo přepad. Což já se jí na jednu stranu nedivím, riziko určitě nějaký je, ale nemyslím si, že je dobře, že to dochází až do takovejch hranic, kdy já se nesmím pomalu ani hnout z baráku bez doprovodu nějaký další osoby...Myslím si, že je to způsobený tím, že jsem na tom vozejk, že má představu, že jsem daleko zranitelnější než zdravěj člověk.“ (rozhovor č. 6, 9.3.2010)

„ Máma nás vozila každěj den ze školy, ona se rozhodla, že nám bude za každou cenu pomáhat, takže mě vozila i na gympl. Já jsem se dostala na soukromej gympl na Suchdole a bydlíme na Suchdole, takže to bylo kousek, ale stejně mě vozila, pak se ten gympl přestěhoval a to jsme nechtěli jezdit přes celou Prahu, takže jsem přešla na

Arabskou ve druháku a to mě taky vozili, ale nedělala jsem s tím nic. Nedupla jsem si a neřekla jsem mamí já chci jezdit sama. S těma lidma na gymplu už to bylo lepší, ale vlastně ani třeba do hospody jsem s nima nechodila. Vysedávala jsem ve škole a čekala jsem až mě máma vezme domů....Já jsem pak v těch 18 nebyla sama se sebou spokojená, byla jsem hodně vázaná na tu rodinu, hlavně na mámu, ona mi určovala ten běh, ona mi jako neříkala co mám dělat, ale já jsem nebyla schopná sama přemejšlet, prostě jsem si říkala, to co říká máma je správný, takže nemá cenu o tom pochybovat.“

(rozhovor č. 9, 18.3.2010)

Za takové situace se člověk osamostatňuje velmi těžko. Odhodlat se k pokusu o to, dokázat, že je v jeho silách zvládnout nějakou situaci, vyžaduje značnou odvahu. Většinou je však dospívajícímu tato snaha vyčtena a následuje doporučení či přímo příkaz, aby už se jedinec o takové věci nepokoušel.

„ Já jsem se tím cítil strašně dotčenej, když jsem udělal něco, co ona považovala za rizikový, ale zvládnul jsem to, tak jsem prostě nemohl pochopit, proč z toho nemá radost. Že mně místo toho začne vypočítávat, co by se bývalo bylo mohlo stát.“

(rozhovor č. 4, 3.3.2010)

„No jednou jsem si řekla, že to zvládnou a tak jsem se vydala k metru do zverimexu psovi koupit nějakou pískací hračku. No a zvládla jsem to, neměla jsem žádné větší problém. Moje mamka nemůžu říct, že by mi vynadala, ale řekla mi, ať už to nedělám.“

(rozhovor č. 6, 9.3.2010)

„...no a potom jsem se na ní v nějakých těch 17 naštvála a řekla jí ať už mě do té školy nevozí, že to zvládnou sama a ona se za to na mě hrozně naštvála, že nejsem dost vděčná, že by pro mě udělala první poslední, to se potom promítlo bůh ví kam a do dneška s ní nemám dobrý vztah i když s ní bydlím v jednom baráku.“ (rozhovor č. 9, 18.3.2010)

Otec mívá roli spíše usměrňující, většinou by dítěti povolil víc, ale matka která se o dítě stará většinu času, si také vyhrazuje právo rozhodovat o jeho záležitostech.

„Ve většině případů se ke mně chová líp než máma. Tím ale nechci narážet na to, že máma by na mě byla nějaká sprostá, ale narážím na to, že ten by mě klidně pustil ven, samozřejmě bojí se o mě, ale ne v takový míře.“ (rozhovor č. 6, 9.3.2010)

Z výše uvedeného vyplývá, že všechny další situace budou ovlivněny přístupem matky.

Teprve pokud matka nemá o dítě přehnaný strach a poskytne mu prostor pro maximální využití vlastních možností, mohou se naplno projevit vlivy ostatních faktorů a to jak v negativním, tak v pozitivním slova smyslu.

2.2.2. Osobní asistent

Velmi důležitou roli při socializaci osob s DMO hraje osobní asistent. Zde musíme předeslat, že to se v našem kontextu týká téměř výhradně osob, které jsou odkázány na invalidní vozík. Role asistenta v socializačním procesu může nabývat různých podob, v určitých situacích působí pozitivně, za jiných podmínek však může být jeho vliv naopak velmi negativní. Můžeme tedy říci, že v určitém kontextu osobní asistent může patřit do skupiny faktorů umožňujících socializaci, za jiných okolností se však řadí mezi překážky v socializaci.

Osobní asistent umožňuje člověku s tělesným postižením účastnit se řady aktivit, které jsou pro něj bez cizí pomoci nedostupné, někdy je dokonce jeho pomoc předpokladem pro to, aby mohl navštěvovat běžnou školu či žít samostatně. Mnohdy je pomoc osobního asistenta jednou z mála možností, jak se emancipovat od rodiny.

Dalším zajímavým aspektem role osobního asistenta je, že může pomoci rozšiřovat síť sociálních vztahů. Pokud respondenti označili vztah s asistentem za přátelský či blízký, udávali také, že se znají s jeho přáteli a příbuznými.

„S její rodinou jsem minulej rok byla tejdén na chatě, vlastně i s manželem, celá ta rodina máme dobrej vztah, já si tykám s manželem, fakt perfektní“

(rozhovor č.7, 15.3.2010)

„Ta byla dobrá, ta mi rozuměla. Měli jsme spolu kamarádskej vztah.

A vidáte se ještě?

Jo, i když ona je v Německu takže ne moc často

Znalas i její známý, rodinu?

Jo, její rodinu, její bratry a tak. Ten jeden bratr byl asi o tři roky starší.“

(rozhovor č. 10, 23.2.2010)

„...mám pořád jednu asistentku, jakože už jsem s ní kamarádka hodně velká.

Přátele znám tak zběžně. Několikrát jsem jich už pár viděla i máme nějaký společný.“

(rozhovor č. 1., 23.2.2010)

Asistent však může také narušovat přirozenou atmosféru vrstevnického kolektivu. Zejména pokud je výrazně starší a nemá se s svým klientem bližší vztah. V takové situaci se nemůžou dospívající mezi sebou bavit, jak jsou zvyklí, musí si dávat pozor na to, co říkají a tak se spíše takové komunikaci vyhýbají.

„...a ve chvíli, kdy se objeví ten asistent, ne třeba ta moje kamarádka, tu už jako berou, ale v momentě, kdy se tam objeví asistent, kterej není se mnou tak často, je to takovej ten blok a ty lidi automaticky odchází nebo už se se mnou nebaví, je to prostě cizí člověk.“ (rozhovor č. 1., 23.2.2010)

„Co se týče vztahu s tou asistentkou, tak tu jsem neměla vůbec ráda. Myslim si, že jsme si dělaly docela naschvály. Neměla ji ráda ani moje třída, takže jsme se rozdělili na dvě dost nerovnoměrný skupinky – moje třída a já a ona a dá se říci, že i učitelé. Protože ona byla ta, kterou všichni znaj, která si se všema tyká. Takže cokoliv jsem udělala já, tak o tom věděli učitelé, věděla o tom škola, hned se to rozneslo... Nemohli jsme se normálně bavit. Hlavně cokoliv se před ní řeklo o někom, tak to šla hned vykecat.

A ovlivnilo to nějak tvoje vztahy se spolužáky?

Ovlivnilo, hodně negativně, protože oni mi měli za zlý, že já s tím nic nedělám, že vidím jak se ke mně chová a že s tím nic nedělám.“ (rozhovor č. 6, 9.3.2010)

2.2.3. Architektonické bariéry

Často nejde jen o bariéry architektonické, které by šlo mnohdy celkem snadno překonat, nebýt bariér v myšlení. Typická je špatná zkušenost s lidmi, kteří obsluhují zařízení, jež by měla snižovat bariérovost okolí.

Jeden z respondentů mi vyprávěl, co všechno ovlivňuje jeho setkávání s kamarády v Praze, kde momentálně studuje vysokou školu.

„Problémem v Praze je, že nízkopodlažní spoje jedou jenom do dvanácti v noci a pak až v pět hodin ráno. A ještě ti můžu říct takovou svoji zkušenost, že jsme s kamarádem, se kterým právě vedu tu organizaci, jeli na koncert a samozřejmě, že už půjdu domů, protože mi jel už poslední spoj, tak jsme jeli na tu zastávku odkud mi měla jet tramvaj, jenomže tam nebylo vyvýšený nástupištěm takže tramvaják vylez a řek, že tu plošinu nám nemůže dát dolů, protože když tam není to vyvýšený nástupiště tak ta plošina nevystačí. A já jsem byl elektrickým vozíkem, který má 120 kilo. Takže ten kamarád mě vzal a přenesl mě do té tramvaje a pak s ostatníma lidma, kteří nastupovali vzal dovnitř ten vozík. Dál to vedlo metrem, samozřejmě byl večer a na stanici, kde jsem nastupoval byla jenom plošina, jenomže ta už nešla, když jsme nastupovali a byla navíc dole. Kamarád to šel vyzkoušet, v tom si ho všimla ta obsluha, ta ho seřvala co s tím dělá, tak jim jako vysvětluje, že tam jsem. Že je tam vozičkář. A ona, jojo no to víte, my to na noc vypínáme, aby s tím lidi nedělali blbosti. Jenže já jsem jel samozřejmě seshora zvenku, nebyl tam ani zvonek, ani kamera, takže oni by mě vůbec neviděli, kdybych tam jel sám třeba. Takže oni nám to zprovoznili, jenomže ty plošiny jsou pomalý kvůli bezpečnosti, takže to metro ujelo. Naštěstí jelo ještě jedno. A tohle se musím přiznat, že vydržím hodně a že si myslím, že jsem klidnej, ale snad kdybych mohl, tak v tu chvíli jim tam něco rozkopu. A pak jsme čekali na to poslední metro, jenomže mezi tím nástupištěm a tím vagónem byla mezera, která byla tak akorát velká na moje přední kola. Takže jsem si netrouf tam sám najet. Takže ten kamarád vzal ty přední kola a nedzved je a já jsem mu pomoh a tím pádem jsme nastoupili do toho vagónu. Ale to není ještě všechno. Vystoupili jsme na té stanici a tam na výtahu bylo napsáno mimo provoz, takže s tím elektrickým vozíkem jsme museli jet po eskalátorech. Dál jsem měl jet autobusem jenže ten už byl dávno pryč, takže zbylé tři kilometry jsme museli jít pěšky. Takže já místo ve 12 jsem přijel ve 3 a ráno jsem vstával do školy.... Hodně lidí se ohání asistentama. Oni si myslí, že tím je to vyřešený. Ale tady si myslím, že jde spíš o tu psychickou stránku, že člověk chce být sám, chce to zvládnout, chce se cítit

svobodně, když to tak řeknu a to prostě není, to tady nikde není, vždycky je nějaký problém, samozřejmě záleží jaký postižení máš.“

(rozhovor č. 1, 23.2.2010)

2.2.4. Partnerské vztahy

Vnímání partnerských vztahů a představy o vhodném partnerovi jsou dány především povahou dosavadních zkušeností s těmito vztahy. Jedinci, kteří prožili vztah se stejně postižením jedincem, by již do budoucna upřednostnili vztah s člověkem zdravým. Důvodem je především potřeba „opřít“ se o někoho, kdo bude schopen případně pomoci.

„Po předchozích zkušenostech mám pouze dvě podmínky, asi bych se opravdu nepřenesla přesto, možná je to ode mě trochu sobecké, ale nepřenesla bych se přes to, kdyby byl na vozejku. Takže bych chtěla, aby byl zdravěj. A chtěla bych aby měl v hlavě něco jiného než slámu a gel. Myslím si, že nejsem úplně v situaci, kdy bych si mohla až tak vybírat... V podstatě on byl ten vztah jeden. Já jsem si to uvědomila až po tom co jsem do toho vlítla, že to nebude úplně ono. Já prostě myslím moc dopředu. Já si neumím představit, že by ten člověk byl na vozíku a nebyl mi nějakým způsobem schopný pomoci, neříkám, že z partnera chci mít osobního asistenta na plný úvazek, ale když mi bude schopným v něčem pomoci, tak to bude lepší než když oba dva budem odkázáni na to, že nám někdo třetí pomůže.“ (rozhovor č. 1, 23.2.2010)

Samozřejmě, ale záleží na kontextu a v tomto případě také na tíži postižení. V některých situacích může být postižení partnera bráno dokonce jako výhoda.

„...takhle, hendikep tam je, ale ona prostě chodí, takže v pohodě, sranda na tom je, že ona je malinkatá, takže já když sedím na káře, ona mi je tak zhruba po blatník, na tom je hrozně supr, že ona jak je malinkatá, tak se mi s ní hrozně dobře manipuluje.“

(rozhovor č.5, 6.3.2010)

Jedinci s opačnou zkušeností, tedy vztahem s člověkem bez postižení toto příliš nezdůrazňují. Vzhledem k tomu, že si mohli ověřit, že mohou mít stejný vztah jako

ostatní vrstevníci, stává se pro ně tato oblast méně problematická a neodlišuje se výrazněji od situace všech dospívajících. To ovšem platí za situace, že se postižení neprojevovalo jako komplikující faktor partnerského vztahu.

Závěr

Při zpracování této bakalářské práce jsem především zjistila, že tématu socializace osob s DMO je v odborné literatuře věnováno celkově velmi málo prostoru. Ještě méně pozornosti se pak dostává specifickým jevům, které se v socializaci člověka s DMO objevují v období pubescence. Ale právě úspěšnost socializace v tomto období má zásadní vliv na kvalitu života jedince. Navíc období dospívání z řady důvodů (viz teoretická část) můžeme považovat za kritickou etapu v životě jedince.

Během mého výzkumu se ukázalo, že velmi významnou roli v socializaci dospívajícího člověka s DMO hraje přístup matky. Ač bylo toto téma již v odborné literatuře zpracováno, jistě by ho bylo možné doplnit o mnohé nové poznatky. Je patrné, že obavy matky o dítě se mohou, ač nechtěně, snadno stát faktorem, který dospívajícího v socializaci brzdí. V takových případech bývá dospívající jedinec bezradný, obvykle se nemá na koho obrátit. Je proto třeba, aby si odborníci byli vědomi tohoto faktu. Na jednu stranu by měli být schopni poskytnout patřičnou oporu a umožnit dospívajícímu takovou situaci nějakým způsobem řešit. Na stranu druhou by bylo třeba také více pracovat s matkami a nabídnout jim odborný pohled na věc. O prvních letech života dítěte s DMO už existují nejrůznější materiály. Stejně tak každý rodič jistě najde řadu publikací o tom, jak zvládat pubertu svého potomka. Zatím jsem však neobjevila žádnou literaturu, která by mohla být nápomocna rodičům dospívajících s DMO.

Problematika socializace osob s DMO během jejich dospívání také poskytuje mnoho prostoru pro výzkum. Při zpracování této bakalářské práce jsem jako oblasti vhodné pro další rozpracování a zkoumání identifikovala především tyto: role osobního asistenta v socializaci, partnerské vztahy (jak jsou prožívány, čím jsou komplikovány), hlubší porovnání socializace dítěte vyrůstajícího v rodině a dítěte žijícího převážně v internátním zařízení, vliv architektonických bariér na socializaci, sourozenec jako socializační faktor, vliv moderních komunikačních technologií na socializaci. Ať se však již zabýváme jakoukoliv problematikou, vždy je nutné brát na zřetel především to, že každý člověk je jedinečná osobnost na kterou navíc působí obrovské množství vnějších faktorů. Jak vypadá socializace jedince s DMO a proč vypadá právě takto můžeme skutečně posoudit pouze na podkladě širokého kontextu jeho vlastního života. A tento přístup je třeba zaujmout nejen ve výzkumu, ale také při práci s těmito lidmi.

Literatura:

BENMOHAMED ZÁLEŠÁKOVÁ, N. *Překážky v socializaci u lidí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha, 2009. 41 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Katedra speciální pedagogiky.

DOČKAL, P. *Postihnutí, nadání a nadání postihnutí*. Psychológia a psychopatológia dieťaťa, č.2, 2001, s. 130-138, ISSN: 0555-5574

FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada, 2009, 136 s. ISBN: 978-80-247-2480-5, 1. vydání

GIDDENS, A. *Sociologie* Praha: Argo, 1999, 596 s. ISBN:80-7203-124-4, 1. vydání

HANUŠOVÁ, J. *Vývoj identity jedince s DMO – longitudinální studie*. Praha, 2005. 120 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky.

JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004, 478 s. ISBN: 80-7312-038-0 1. vydání

KOLLÁRIK, K., MARUŠINCOVÁ, E. *Rovesnícke hodnotenie vlastnosti telesne postihnutých a intaktných žiakov integrovaných tried*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, č.2, 2001, s. 149-160, ISSN: 0555-5574

KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN: 978-80-7262-657-1

KOUBEKOVÁ, E. *Osobná a sociálna adjustácia telesne hendikepovaných pubescentov*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, č. 35, 2000, s. 23-33, ISSN: 0555-5574

KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005, 344 s. ISBN:80-247-1018-8, 1. vydání

KUNDRÁTOVÁ, B. *Sociálnopsychologické charakteristiky postihnutých dětí integrovaných v běžných třídách základnej školy*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, č.2, 2001, s. 130-138, ISSN: 0555-5574

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN: 80-247-1284-9, 2. aktualizované vydání

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: HaH, 2001, 147 s. ISBN: 80-86022-92-7, 3.přepracované vydání

- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1997, 336 s. ISBN: 80-200-0628-1
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999, 198 s. ISBN: 80-85834-60-X
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, 792 s. ISBN: 80-7178-545-8, 1. Vydání
- TRLICOVÁ, K. *Sociální status postiženého žáka mezi zdravými*. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, č.3, 1995, s. 302-307, ISSN: 0555-5574
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2000. 230 s. ISBN: 80-7184-929-4, 2. Vydání
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN: 80-7178-496-6
- VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005, 430 s. ISBN: 80-246-1074-4, 1. vydání
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000, 524 s. ISBN: 80-7178-308-0
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN: 80-7315-134-0

Internetové zdroje:

- Loretin svět*. [online] [cit. 16.3.2010, 18:20]. Dostupné z WWW www.loretinsvet.cz
- Můj zbytečný blog*. [online] [cit. 15.2.2010, 21:50]. Dostupné z WWW: <www.dandhi.blog.cz>
- ŽIVNÝ, B. *Co je to dětská mozková obrna*. [online] [cit. 23.2.2010, 13:52]. Dostupné z WWW: <http://www.neurocentrum.cz/DMO_info_index.htm>
- http://www.neurocentrum.cz/DMO_info_index.htm

Příloha č. 1

Kostra rozhovoru

Volný čas

- Jak a s kým trávíš obvykle svůj volný čas?
- Trávíš svůj volný čas podle svých představ? Pokud ne, jak bys ho rád trávil?
A proč se ti podle tvého názoru nedaří trávit svůj volný čas tak, jak bys chtěl?

Seznamování se s novými lidmi

- Při jakých příležitostech se seznamuješ s novými lidmi?
- Myslíš, že ti tvé postižení nějakým způsobem znesnadňuje seznamování se s novými lidmi? Pokud ano, v čem vidíš především problém?

Rodiče

- Jak bys popsal svůj vztah s rodiči?
- Kolik spolu trávíte času? A jak obvykle trávíte společný čas?

Sourozenci

- Jak bys popsal váš vztah?
- Kolik času spolu trávíte
- Bere tě mezi své kamarády? Máte společné známé?
- V čem ti pomáhá?

Partnerské vztahy

- Chodíš s někým? Pokud ano, můžeš o svém klukovi/holce říct něco bližšího (věk, co studuje nebo kde pracuje)? Jak jste se seznámili? Jak dlouho spolu chodíte? Jak spolu obvykle trávíte čas?
- Měl jsi dříve nějaké vztahy? Pokud ano, napiš prosím o nich něco bližšího (viz předchozí otázky). Proč jste se rozešli?
- Jak si představuješ ideálního partnera?

Vztahy ve škole

- Jak bys popsal své postavení ve třídě?
- Máš mezi spolužáky kamarády?
- Vidáte se se spolužáky i mimo školu? Při jakých příležitostech a jak často?
- Máš pocit, že se k tobě vyučující chová jinak než k ostatním spolužákům?
Pokud ano, v čem je podle tebe ten rozdíl?

- Máš pocit, že se někteří spolužáci k tobě chovají jinak než k ostatním? Pokud ano v čem je podle tebe ten rozdíl?

Osobní asistence

- Máš osobního asistenta?

Pokud ano

- Při kterých všech činnostech ti pomáhá?
- Kolik času spolu trávíte?
- Seznámil tě s některými svými přáteli či příbuznými?
- Jak bys popsal váš vztah?

Pokud ne – Myslíš si, že by Ti osobní asistent mohl pomoci? Pokud ano, při jakých činnostech a v jakých situacích?

Škola, zaměstnání

- Vybral sis školu na které studuješ sám?

Pokud ano - proč?

Pokud ne – kdo ji vybíral?

- Jaké máš představy o svém budoucím povolání?

Budoucnost

- Jak si představuješ svou budoucnost?
- Máš nějaké vzory, kterým by ses chtěl podobat? Jaké a proč zrovna je?

Příloha č. 2.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já,

souhlasím se spoluprací na výzkumu „Socializace osob s DMO v období pubescence a adolescence“, který je součástí bakalářské práce Barbory Smékalové, studentky 3. ročníku oboru Speciální pedagogika na pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Spolu s udělením svého souhlasu potvrzuji, že

- 1) Jsem byla poučena o tom, kolik času zabere má účast na tomto projektu.
- 2) Vím, že mohu kdykoliv odstoupit z účasti na výzkumu.
- 3) Souhlasím s tím, že rozhovor bude nahráván na diktafon a že údaje takto získané mohou být publikovány, aniž by bylo možné mě identifikovat.
- 4) Jsem si vědomo toho, že pokud budu mít jakoukoliv otázku související s mou účastí v tomto projektu, mohu kontaktovat Barboru Smékalovou, která mi mé otázky ráda zodpoví.

Podpis účastníka.....

Jméno a příjmení.....

Místo, datum.....

Kontaktní informace (telefon, adresa, kontaktní osoba)

.....

.....

.....

