

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, 2007

Aneta Sluková

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Zjišťování postojů laické veřejnosti k výchově
postižených dětí

Detection of attitude of laical public towards education
of handicapped children

Katedra učitelství

Studijní obor: sociální pedagogika

Forma studia: prezenční

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. et RNDr. Marie Vágnerová, CSc.

Autor:

Aneta Sluková

Praha 2007



Poděkování

Poděkovat bych chtěla především paní Prof. PhDr. RNDr. Marii Vágnerové, CSc., vedoucí mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat RNDr. Janě Leontovyčové, CSc., za konzultace k mé bakalářské práci.

Mé poděkování patří také První jazykové základní škole Horáčkova, Základní škole Tábořská a Základní škole U Krčského lesa, které mi umožnili zadat během třídních schůzek rodičům dětí dotazníky.

A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat paní PaedDr. Jitce Prevendárové, CSc., autorce knihy „Rodina s postihnutým dieťaťom“, která mi vypůjčila svůj vlastní výtisk.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma

„Zjišťování postojů laické veřejnosti k výchově postižených dětí“

jsem vypracovala samostatně. Použitou literaturu a všechny podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu použité literatury.

V Praze dne 29. července 2007

.....

podpis

Anotace

Ve své práci jsem se zabývala zjišťováním postojů laické veřejnosti k výchově postižených dětí. Nejprve jsem stručně nastínila různé typy postižení, jejich sociální význam, reakci rodičů na narození postiženého dítěte, možnosti integrace a styly výchovy. Ve druhé části práce jsem se pokusila přiblížit odlišnosti v přístupech a postojích jednotlivých rodičů k výchově tělesně a mentálně postiženého dítěte. Má hlavní hypotéza se zakládala na předpokladu, že laická veřejnost projeví větší shovívavost a benevolenci u mentálně postiženého dítěte, než u dítěte postiženého tělesně. Jako výzkumnou metodu jsem použila dotazník. Vyhodnocení dotazníku částečně potvrdilo obě mé hypotézy.

Annotation

The bachelor thesis focuses on detection of attitude of laical public towards education of handicapped children. First of all I shortly foreshadowed different types of disablement, its social signification, parental reaction to the birth of handicapped children, possibilities of integration and types of education. In the second part I tried to approach differences in accesses and attitudes singular parents to education of physically handicapped and mentally affected children. My main hypothesis was based on premise that laical public would demonstrate more connivance and benevolence to mentally affected children then to physically handicapped children. I used questionnaire as an exploratory method. Evaluation of the questionnaire partly confirmed both my hypothesis.

Klíčová slova: vada, postižení, handicap, děti s tělesným, mentálním nebo smyslovým postižením, rodičovské postoje, výchova, integrace, sociální význam postižení.

Key words: defect, disablement, handicap, children with physical handicap, mentally affected or sense disablement, parental attitudes, education, integration, social meaning of disablement.

Obsah:

1 ÚVOD	8
2 TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1 Stručný úvod do problematiky.....	10
2.2 Postižení z hlediska pojmového vymezení, terminologie.....	11
2.2.1 Vymezení normy, normality.....	11
2.2.2 Vada, porucha.....	12
2.2.3 Postižení, disabilita, změněná schopnost.....	12
2.2.4 Znevýhodnění, handicap.....	12
2.2.5 Mezinárodní klasifikace postižení.....	13
2.3 Charakteristika jednotlivých postižení.....	14
2.3.1 Charakteristika mentálního postižení.....	14
2.3.1.1 Klasifikace mentálního postižení.....	14
2.3.1.2 Downův syndrom.....	14
2.3.1.3 Dětský autismus.....	15
2.3.2 Charakteristika tělesného postižení.....	16
2.3.2.1 Klasifikace tělesného postižení.....	17
2.3.2.2 Dětská mozková obrna.....	17
2.3.3 Charakteristika smyslového postižení.....	18
2.4 Sociální význam postižení.....	20
2.4.1 Sociální význam mentálního postižení.....	21
2.4.2 Sociální význam tělesného postižení.....	22
2.4.3 Sociální význam smyslového postižení.....	22
2.5 Výchovné styly rodičů.....	24
2.6 Reakce rodičů na narození postiženého dítěte.....	26
2.6.1 Adaptace rodičů na narození postiženého dítěte.....	26
2.6.2 Změna výchovy.....	29
2.7 Integrace a segregace a související pojmy.....	31
2.7.1 Pojmové vymezení.....	31
2.7.2 Integrace postižených.....	32
2.7.3 Pedagogická integrace.....	33
2.8 Speciální školy a instituce pro postižené.....	34
3 PRAKTICKÁ ČÁST – VLASTNÍ VÝZKUM	35
3.1 Cíl práce.....	35
3.2 Hypotézy.....	35
3.3 Použité metody: dotazník.....	35
3.4 Charakteristika zkoumané skupiny.....	36
3.5 Přehled získaných výsledků.....	37
3.5.1 Vyhodnocení a porovnání jednotlivých odpovědí dle skupin respondentů.....	37
3.5.2 Vyhodnocení vybraných otázek.....	54
4 ZÁVĚR	57
5 SHRUTÍ	58
6 SUMMARY	59
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
8 Přílohy	
Příloha č. 1 - Dotazníky	
Příloha č. 2 – Tabulkové vyhodnocení dotazníků	

Seznam zkratk:

WHO	World Health Organization Světová zdravotnická organizace
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů
IQ	inteligenční kvocient
CNS	centrální nervový systém
USP	Ústav sociální péče nyní Poskytovatel sociálních služeb dle nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
DMO	dětská mozková obrna

1 ÚVOD

„Nemůžeme si vybrat, kolika let se dožijeme, ale můžeme si sami zvolit, kolik života našim létům dokážeme dát. Nemůžeme ovlivnit krásu naší tváře, ale můžeme ovlivnit její výraz. Nemáme kontrolu nad těžkými okamžiky života, ale můžeme si je ulehčit. Nemůžeme ovlivnit negativní atmosféru celého světa, ale můžeme ovlivnit atmosféru, která panuje v naší mysli. Často se snažíme ovlivňovat věci, se kterými nemůžeme nic dělat. Příliš málo se snažíme ovlivňovat to, co je v našich silách...naše postoje.“

John C. Maxwell

Společnost přijímala postižené jedince během svého vývoje mnoha různými způsoby. Postoje se měnily v souvislosti s ekonomickou a sociální vyspělostí dané společnosti. Například za starověkého Řecka obyvatelé Sparty usmrcovali postižené děti shozením ze skály. Tento případ nebyl a není ojedinělý, bohužel ani v novodobé historii. Jako příklad může posloužit nacistické Německo.

Je důležité si uvědomit, jaký postoj k výchově postižených dětí zaujímá naše současná společnost jako celek; rodiče, laická veřejnost, ale i odborníci.

Úroveň péče v sociální oblasti a ve zdravotnictví je vizitkou celé naší společnosti. Lidská společnost je posuzována podle toho, jak se dokáže postarat o své nemocné, bezbranné a slabé, o ty, kteří to nejvíce potřebují. Tradiční systém péče o postižené znamenal vyjmutí postiženého dítěte z jeho přirozeného prostředí, tj. z rodiny, a následné umístění do vhodného speciálního zařízení. V současné době snad již dochází k výrazným změnám. Naše společnost si pomalu začíná uvědomovat, že člověk s postižením je v první řadě lidskou bytostí, člověkem se všemi svými potřebami, právy, přáními a sny. A až ve druhé řadě přichází ke slovu jeho postižení, případná s ním související omezení, specifické potřeby a hledání vhodných prostředků pro jejich uspokojení a naplnění.

Důležitým aspektem při výběru tématu mé bakalářské práce byla individuální praxe v Ústavu sociální péče Bylany (nyní Poskytovatel sociálních služeb Zvoneček Bylany). V současné době zde působím jako dobrovolník.

Během své praxe, a to jak během individuální, tak i blokové, kterou jsme absolvovali během studia, jsem se setkala s několika různými typy a stupni postižení, a také s různými přístupy rodiny k dětem, které byly v těchto zařízeních umístěny. Zároveň jsem v osobním kontaktu s rodinou, která pečuje o mentálně postižené dítě v domácím prostředí, bez pomoci institucí sociální péče.

Zajímalo mě, jak se k tématu výchovy postiženého dítěte staví veřejnost jako taková. Jaký názor mají lidé, kteří s touto problematikou nepřišli osobně do styku. Proto jsem se rozhodla psát bakalářskou práci na téma „Zjišťování postojů laické veřejnosti k výchově postižených dětí“.

Každý člověk je jedinečný ve své osobnosti, ve svých názorech a postojích. Každý z nás vychází ze svých vlastních zkušeností, je zatížen předsudky a ovlivněn prostředím, ve kterém se pohybuje a ve kterém vyrůstal. Každý z nás by se, postaven před výchovu postiženého dítěte, zachoval jinak.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat a přiblížit odlišnosti v přístupech a postojích jednotlivých rodičů k výchově tělesně a mentálně postiženého dítěte.

Svou práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou. V kapitolách teoretické části se věnuji především vymezení pojmu postižení, rozlišení jednotlivých druhů postižení, sociálnímu dopadu jednotlivých postižení, výchovným stylům rodičů, reakci rodiny na narození postiženého dítěte, možnostem integrace a školám a institucím pro postižené.

Dotazník, který je součástí praktické části je sondou do řad rodičů, kteří již s výchovou dětí zkušenosti mají. Jakým způsobem by se stavěli k výchově postižených dětí, co považují za adekvátní způsob přístupu k takovýmto dětem, zda se k nim máme chovat shovívavěji, než kdyby jakkoliv postižení nebyli, zda máme slevovat z nároků a nebo být naopak tvrdší v přístupu, jestli má být výchova postiženého dítěte ochránářská, nebo naopak liberální. Na všechny tyto otázky jsem se pokusila formou dotazníků najít odpovědi. Předkládám pravdivé odpovědi rodičů na otázky výchovy a přístupu k postiženému dítěti.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stručný úvod do problematiky

Zdravotní postižení lze označit jako poškození nebo ztrátu určitého orgánového systému. Příčiny vzniku postižení jsou různé. Rozlišujeme postižení vrozené a postižení získané později.

Zdravotně postižení lidé představují největší „minoritu“ na světě zahrnující více než 500 milionů osob a jejich počet stále vzrůstá. Žijí ve všech zemích, rozvojových i vysoce rozvinutých. Asi 80% z nich žije v zemědělských oblastech rozvojových zemí a 70% z celkového počtu má buď omezený přístup ke službám, které potřebuje, nebo jej nemá vůbec. Tito lidé patří stále k opomíjeným a z hlediska životních podmínek k nejvíce znevýhodněným skupinám obyvatelstva. Ve většině zemí nejméně jedna osoba z deseti je postižena mentální, fyzickou nebo smyslovou poruchou. (*Vysokajová, 2000, str. 13*)

U mnoha dětí vede existence postižení k izolaci a brání jim v prožitcích, které jsou součástí normální vývoje. Tato situace může být vyvolána nesprávným přístupem a chováním rodiny či společnosti v období vývoje osobnosti dítěte. (*Vysokajová, 2000, str. 14*)

Problematika rodin vychovávajících postižené dítě, popř. děti byla v minulosti na okraji zájmu nejen odborníků, ale i laické veřejnosti. Odborné literatury, zaměřené konkrétně na toto téma, zabývající se vztahy v rodině mezi rodiči a dětmi, mezi sourozenci, změnou postavení rodiny po narození postiženého dítěte a následnou adaptací rodiny na tuto situaci je v současné době k dispozici velmi málo.

Je přirozené, že každý rodič by chtěl mít zdravé, normální, často „perfektní“ děti. Narození postiženého dítěte velmi zasáhne do vztahů rodiny a může velice změnit její následný vývoj. Každá rodina se s touto situací vypořádá svým vlastním způsobem, každá tuto situaci zpracuje jinak a následně se i jinak zachová. Může dojít k zásadním změnám v náhledu na daný problém. Rodič má před narozením postiženého dítěte určité vize a plány, jak by chtěl svého potomka vychovávat. Po narození postiženého dítěte dochází v této oblasti k zásadním změnám. Postoje a názory se mění a přetvářejí ruku v ruce se situacemi, do kterých se rodič dostává. Rodina má právo požadovat maximální možnou podporu od společnosti, protože je ve své funkci nenahraditelná.

V teoretické části se pokusím nastínit problematiku postiženého dítěte v rodině, možnosti integrace a stigmatizaci jednotlivých postižení.

2.2 Postižení z hlediska pojmového vymezení, terminologie

V následujících podkapitolách se věnuji vysvětlení některých základních pojmů, týkajících se postižení.

Mezi níže uvedenými pojmy může nastat souvislost. Například v důsledku onemocnění nebo úrazu dojde u člověka ke vzniku vady či poruchy, a na základě této vady (poruchy) se může rozvinout postižení ve sféře pohybové, smyslové nebo mentální. Toto postižení může způsobit dané osobě handicap v jedné či několika v níže uvedených oblastí. Přesnější terminologické vymezení má mimo jiné návaznost i na druh a rozsah služeb poskytovaných osobám se zdravotním postižením. (*Vysokajová, 2000*)

2.2.1 Vymezení normy, normality

Normou rozumíme buď ustálený nebo obecně přijímaný pohled na určitý jev či vztah a nebo normu, jako zákonnou normu, která je zakotvena v zákonech.

Normalita je to, co je běžné.

- a) Lze ji chápat jako nepřítomnost nemoci, defektu, poruchy, nebo disaptibility.
- b) Znamená přirozený průběh funkcí psychiky.
- c) Vlastnosti, stav, chování, jednání odpovídající obecně přijatým normám a pravidlům.

Rozlišujeme normalitu statistickou, funkční a ideální. (*Jesenský, 2004*)

U statistického pojetí normy je vymezení normy závislé na četnosti nebo intenzitě posuzovaných projevů. Tento způsob je používán zejména tehdy, jestliže lze hodnocení kvantifikovat (změřit, číselně vyjádřit).

Funkční pojetí normy klade důraz na plnění požadavků a očekávání, bez ohledu na to, jakým způsobem je jich dosaženo, nebere v úvahu další souvislosti a důsledky. Jde o jisté zjednodušení pohledu, který je akceptován převážně v různých institucích.

Pojetí normy jako optimálního stavu, tj. ideální, jemuž je třeba se přiblížit. Toto pojetí může mít stimulačně-motivační význam. Toto pojetí normy jako ideálního stavu definuje nejlepší možnou variantu, která se ještě zdá dostupná. V tomto smyslu může fungovat jako cíl směřování, ale nikoli jako hodnotící kritérium, jelikož jeho dosažení není příliš pravděpodobné. (*Vágnerová, 2004*)

2.2.2 Vada, porucha

Vada, porucha je jakákoli ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické stavby či funkce. Jde o vnější projev bez ohledu na skutečný dopad na funkční schopnosti postiženého či jeho začlenění do běžného sociální a pracovního prostředí. Podle klasifikace WHO (=World Health Organization, Světová zdravotnická organizace) se rozlišují např. poruchy intelektu, psychiky, řeči, sluchu, zraku, vnitřních orgánů, kostry, znetvořující poruchy aj. (*Vysokajová, 2000*)

Porucha v ICDH (=International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů) označována jako impairment (=zhoršení, poškození, snížení, znehodnocení). Poměrně rezistentní odchýlení funkce, procesu nebo vlastnosti odlišné od normy. Porucha je veličina podmíněná anatomicky, neurofyziologicky, psychicky, sociálně, kulturně, ekonomicky případně edukačně. Ve všech těchto oblastech zaznamenáváme výskyt poruch. Poruchy jsou jevem ovlivnitelným, měnitelným i napravitelným až na úroveň normy. Jejich náprava patří k významnému poslání pomáhajících profesí. (*Jesenský, 2004*)

2.2.3 Postižení, disabilita, změněná schopnost

Postižení, disabilita, změněná schopnost (angl. Disability) je jakékoli omezení nebo ztráta schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Termínem postižení je označován profil zachovalých funkčních schopností postiženého, určený na základě funkčních vyšetření tak, aby následná specifikace prostředí umožnila přizpůsobení ke schopnostem člověka. V klasifikaci WHO se rozlišuje např. disabilita v chování, v komunikaci, v péči o sebe, v pohybu, v tělesné dispozici, v obratnosti apod. Protože se v případě disability jedná o funkční změny vyplývající z poruchy, je metodou určení disability funkční vyšetření. (*Vysokajová, 2000*)

2.2.4 Znevýhodnění, handicap

Znevýhodnění, handicap je omezení vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociální a kulturním činitelům) normální. Handicap se nemusí vždy projevit. Záleží na kulturních a společenských normách, které dotyčnou osobu obklopují, neboť handicap je v podstatě nesoulad mezi stavem nebo výkonem člověka a tím, co od něho očekává společnost, do něhož patří. (*Vysokajová, 2000*)

Rozlišujeme orientační handicap, handicap ve fyzické nezávislosti, pohybový handicap, handicap v zaměstnání, handicap ve společenské integraci, handicap v hospodářské soběstačnosti, handicap v edukaci a jiné handicapy. Handicap je termín zavedený WHO, jako jeden z ukazatelů pro třídění zdravotně postižených. (*Jesenský 2004*)

2.2.5 Mezinárodní klasifikace postižení

Mezinárodní klasifikace (ICIDH) zavedla též nové označení stupňů mentálního postižení. Místo dosavadní klasifikace dle stupně snížení intelektu a zařazení do pásem z hlediska výše IQ (inteligentní kvocient) zavedla novou klasifikaci, která vychází z posouzení zachovaných schopností a dovedností a rozlišujeme mírnou, lehkou, střední, těžkou a hlubokou mentální retardaci.

Často se také vedle pojmu mentální postižení či mentální retardace používá i termín mentální handicap.

Zdravotní postižení lze vymezit i jinými způsoby, např. jako „stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady“.

V současné době se v některých zemích (např. USA) ozývají i kritické hlasy, které odmítají jakékoli třídění či označování osob se zdravotním postižením proto, že je údajně a priori diskriminuje a vede k jejich segregaci. Na základě toho se prosazuje termín „osoby se zvláštními potřebami“ (persons with special needs). Jakékoli postižení tak přestává být posuzováno podle norem majoritní společnosti a je definováno na základě potřeb. Pokud tyto potřeby nejsou uspokojeny, je třeba činit příslušná opatření, aby uspokojeny být mohly, protože jde o právo a nikoli o milost.

Sami zdravotně postižení upozorňují na to, že zatímco lékaři a jiní odborníci posuzují hlavně funkční omezení vycházející z příslušné poruchy, z jejich hlediska jim způsobuje hlavní omezení fyzické a sociální prostředí, které nepočítá s jejich potřebami. (*Vysokajová, 2000*)

Dalším často používaným termínem je maladaptace, což znamená špatnou nebo nedostatečnou přizpůsobivost, vůči prostředí. Vzniká například na podkladě psychické deprivace, psychického onemocnění, autismu, případně mentální retardace. (*Jesenský, 2004*)

2.3 Charakteristika jednotlivých postižení

2.3.1 Charakteristika mentálního postižení

Mentálním postižením rozumíme relativně trvalý ireparabilní (=nenapravitelný) stav jedince v oblasti kognitivní (poznávací procesy), komunikační a emocionálně volní, který se projevuje signifikantními obtížemi v učení a sociálním chování. (*Jesenský, 2004*)

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován.

V populaci se vyskytují přibližně 3% mentálně postižených lidí. Příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS (centrální nervový systém). (*Vágnerová, 2004*)

2.3.1.1 Klasifikace mentálního postižení

Mentální retardaci lze rozdělit do čtyřech stupňů, přičemž každému stupni přísluší určité rozmezí v pásmu IQ a posuzuje se míra zachovaných schopností a dovedností. Rozeznáváme tedy lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci a hlubokou mentální retardaci.

Lidé s lehkou mentální retardací mohou v dospělosti dosáhnout určité samostatnosti, jsou pracovně začlenitelní, potřebují pouze dohled a oporu.

Lidé se středně těžkou mentální retardací mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, v běžném životě potřebují trvalý dohled.

Lidé s těžkou mentální retardací jsou závislí na péči jiných lidí.

U lidí s hlubokou mentální retardací jde ve většině případů o kombinované postižení. Jsou komplexně závislí na péči jiných lidí, obvykle bývají umístováni do USP (Ústav sociální péče, nyní Poskytovatel sociálních služeb)

2.3.1.2 Downův syndrom

Specifickým typem mentálního postižení je Downův syndrom. Jedná se o poruchu vzniklou na základě odlišného počtu nebo struktury autonomů, konkrétně trisomie 21. chromozomu. Změna genetických dispozic se projevuje i zvýšeným rizikem vzniku dalších zdravotních problémů, např. vrozené srdeční vady nebo nádorová onemocnění.

Downův syndrom je jako jedno z mála mentálních postižení u většiny dětí patrný hned po narození, kdy jsou viditelné jisté tělesné odlišnosti a specifika. U Downova syndromu bylo popsáno více než 120 charakteristických příznaků, ale žádné dítě s Downovým syndromem nemá všechny příznaky. Mezi charakteristické příznaky Downova syndromu patří kulatý obličej, oči mírně zešíklé vzhůru, mívají krátký a široký krk, ústní otvor je o něco menší, než je běžné, jazyk naopak trochu větší, ruce bývají široké, s krátkými prsty, nohy bývají silné, mívají širokou mezeru mezi palcem a ukazováčkem. Děti s Downovým syndromem obvykle váží při narození méně, než je průměr. Bývají také o něco menší. V dětství rostou rovnoměrně, ale pomalu. Jejich výška v dospělosti bývá na dolní hranici průměru. (*Selikowitz, 2005*)

Všechny tyto odlišnosti mohou zvýšit riziko sociálního odmítání. Jejich mentální defekt bývá rovnoměrnější, zpravidla na hranici lehčího až středně těžkého stupně. Na základě faktu, že je Downův syndrom patrný hned po narození, má i specifický sociální význam. Rodiče se s faktem, že mají postižené dítě musí začít vyrovnávat bezprostředně po narození.

Jedinci s Downovým syndromem bývají klidní, těžkopádní a ulpívaví ale zároveň emocionálně dobře ladění a snadno se přizpůsobují. Nemívají větší výkyvy v chování ani v prožívání. Učí se sice pomalu, ale následně dovedou své schopnosti a naučené dovednosti využít.

Jejich výchovné prostředí bývá dostatečné, občas až nadměrně stimulující. Dítě s Downovým syndromem lze přetížít nadměrnými požadavky, na něž reagují spíše úzkostně. V dospělosti jsou obvykle pod dohledem a vedením schopni pracovat. (*Vágnerová, 2004*)

2.3.1.3 Dětský autismus

Dětský autismus je typickou pervazivní vývojovou poruchou. Termín pervazivní vývojová porucha je společným označením pro závažnější poruchy, které se projevují již od raného dětství. Dětský autismus souvisí s abnormálním nebo narušeným vývojem a objevuje se u dětí již před dosažením věku 3 let.

Autismus vzniká jako důsledek organického poškození mozku. Je dost pravděpodobné, že se může vytvořit různými způsoby a na jeho vzniku se může podílet více faktorů. Postihuje většinu psychických funkcí, ale nejnápadnější se porucha sociálně-komunikačních kompetencí. Projevuje se vytvářením „vlastního světa“ (představ, postojů), neadekvátními reakcemi na emoce jiných lidí, nedostatečným přizpůsobením chování sociálnímu kontextu, slabou integrací sociálního, emočního a komunikačního chování a

zvláště chyběním sociálně emoční vzájemnosti. Autismus je charakterizován také nápadnými omezenými opakujícími se stereotypními způsoby chování, neobvyklými zájmy a aktivitami. Vývoj autistických dětí je opožděný, ale v mnoha oblastech i kvalitativně porušený a nerovnoměrný. Autismus je 3-4x častější u chlapců než u dívek. (*Jesenský 2004, str. 18*)

Je velice důležité pomoci rodině porozumět svému dítěti a proto je velmi důležitá terapeutická práce s rodinou.

2.3.2 Charakteristika tělesného postižení

Tělesné postižení je spojeno s mnoha omezeními, která často představují dlouhodobý stres. Důsledky tělesného postižení lze rozlišit na pohybový defekt (tj. funkční handicap) a tělesnou deformaci (tj. estetický handicap).

Pohybové postižení je příčinou omezení samostatnosti, posiluje závislost na jiných lidech a je zábranou pro získání mnoha zkušeností. Důležitá je míra soběstačnosti a nezávislosti.

- Hybnost dolních končetin je velmi důležitá pro samostatnou lokomoci. Možnost se neomezeně pohybovat bez cizí pomoci je také předpokladem účelné orientace v prostředí, která je velmi důležitá pro další rozvoj jedince.
- Hybnost horních končetin je významná pro sebeobsahu a pro aktivní kontakt s prostředím. Manuální zručnost je potřebná téměř pro každou pracovní aktivitu.
- Hybnost mluvidel a mimická pohyblivost jsou důležité pro rozvoj komunikace – verbální i neverbální. Pohybové postižení tohoto typu velmi ovlivňuje sociální uplatnění člověka, jeho pozici ve společnosti a přijetí ostatními lidmi.

Pohybové postižení bývá spojeno s estetickým handicapem, s tělesnou deformací, která rovněž představuje velkou zátěž, především psychosociální.

Pohybové postižení může mít různé příčiny, na nichž závisí charakter omezení, event. i pravděpodobnosti kombinace s dalšími postiženími.

Závažnější pohybové postižení bývá příčinou podnětové, mnohdy i citové deprivace. Již od počátku života ovlivňuje rozvoj všech psychických funkcí, protože značně omezuje možnost získávat potřebné podněty a z nich vyplývající zkušenosti. (*Vágnarová, 2004*)

U tělesného postižení je velmi důležitá rehabilitace, různé formy fyzioterapie a také kompenzační pomůcky, např. vozík, berle, které umožňují postiženému dosáhnout alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti.

2.3.2.1 Klasifikace tělesného postižení

Tělesné postižení lze dle zdravotní klasifikace rozdělit do několika skupin.

První skupinou je vadné držení těla, kdy se vlivem nesprávného zatížení pohybového aparátu rozvíjí svalová nerovnováha, která vede k vadnému držení těla. Na vzniku vadného držení těla se podílejí jak vnitřní faktory (vrozené vady, úrazy či choroby, které snižují odolnost pohybového ústrojí vůči zatížení), tak faktory vnější (jako dlouhé stání, nesprávné sezení, nevhodné pracovní a leckdy i odpočinkové polohy i nevhodný způsob provádění pohybu při běžných činnostech - stoj, chůze, přenášení těžkých předmětů). K rozvoji vadného držení těla přispívá i celá řada zdánlivě dosti vzdálených příčin (vady zraku, neprůchodnost dýchacích cest, zpožděný duševní vývoj).

Druhou skupinou je amelie, tj. úplný vrozený defekt jedné nebo několika končetin, vyskytuje se velmi vzácně. Vždy jsou zachovány alespoň rudimenty kostí chybějící končetiny. Dismelie je porucha zárodečného vývoje končetin, kdy chybějí části končetin při narození.

Třetí skupinou jsou vrozené rozštěpy páteře a ortopedické vady páteře. Rozštěp páteře je jednou z nejrozšířenějších vrozených vad. Vzniká v prvních 25 dnech těhotenství. Je to vada páteře, při které se jeden nebo více obratlů neuzavřou normálně a vznikne v nich mezera. V důsledku toho je dítě do jisté míry ochrnuté a mnoho dětí i dospělých má problémy s inkontinencí.

Čtvrtou skupinou jsou amputace a deformace končetiny, ke kterým může dojít v případě úrazu nebo chirurgického zákroku.

Pátou skupinou je degenerativní onemocnění svalstva, neboli svalová dystrofie, což je široký termín pro označení genetických onemocnění, které zasahují svalstvo.

Pátou skupinou jsou stavy po úrazech pohybového ústrojí s trvalými následky.

Šestou skupinou je dětská mozková obrna (DMO), což je 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. (<http://www.icm.cz>)

2.3.2.2 Dětská mozková obrna

DMO (dětská mozková obrna) patří do kategorie neurovývojových poruch, vznikajících na základě postižení mozku v raných stádiích vývoje, tj. prenatalně nebo perinatálně. Jejich důsledkem je narušení dalšího rozvoje mozku a s tím související postižení neuropsychického vývoje. DMO je neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na

podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje. DMO postihuje přibližně 0,5% dětské populace, u 0,1% jde o postižení závažné.

Pohybové postižení, které je dáno obrnou (proto jsem DMO zařadila do výčtu tělesných postižení) může mít různý rozsah i závažnost.

Lze diferencovat různé formy DMO. Nejčastější variantou je spastická forma, tvoří asi 60-70% všech DMO. Základním příznakem je trvale zvýšené svalové napětí. Lze rozlišovat parézu (částečnou obrnu) a plegii (úplnou obrnu). Podle lokalizace postižení se dále člení na:

- Diparézu, tj. postižení dolních končetin.
- Hemiparézu, tj. jednostranné postižení horní a dolní končetiny.
- Kvadruparézu, postihující horní i dolní končetiny. V rámci postižení všech končetin bývá často narušena také hybnost svalů úst, jazyka a měkkého patra, což se projeví poruchou řeči. Tato forma bývá často kombinována s poruchami inteligence.

Další formou DMO je dyskineticko-dystonická forma. Je vzácnější, postihuje přibližně 20% postižených DMO. Projevuje se mimovolnými, pomalými a kroutivými nebo záškubovitými pohyby různých svalových skupin. S poruchou inteligence kombinována nebývá.

Třetí formou je ataktická, mozečková forma. Je relativně vzácná, trpí jí pouze 5-10% nemocných DMO. Postihuje především pohybovou koordinaci, typické býváním obtíže v udržení rovnováhy a při rychlejším pohybu. Bývá rovněž dost často kombinována s poruchou inteligence. (*Vágnerová, 2004*)

2.3.3 Charakteristika smyslového postižení

Mezi smyslové postižení patří postižení sluchu a řeči, postižení zraku a jejich kombinace.

Hluchoslepota je jedinečné postižení, které vzniká kombinací sluchového a zrakového poškození v různém stupni. Způsobuje v důsledku účinků souběhu poruch funkcí sluchu a zraku závažné potíže v mnoha oblastech. Současně zabraňuje plnohodnotnému začlenění a zapojení do běžného života a společnosti". Zrak i sluch bývají postižený v různém rozsahu a právě z rozsahu postižení vyplývají potíže, které způsobuje. Mnohdy bývá zachována alespoň částečná schopnost vidět, nebo slyšet. Tento typ smyslového postižení způsobuje především potíže při komunikaci, prostorové orientaci a samostatném pohybu, sebeobsluze a přístupu k informacím. Zabraňuje hluchoslepému člověku plnohodnotně se zapojit do společnosti a

vyžaduje zajištění odborných služeb, kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí. Hluchoslepi používají pro orientaci v prostoru a okolním prostředí červenobílou hůl.

Dle stupňů závažnosti sluchového postižení rozlišujeme hluchotu, zbytky sluchu a těžkou nedoslýchavost. Těžké sluchové postižení vede k podnětové deprivaci, k omezení nebo k úplné chybění zvukových podnětů a s tím souvisejícímu narušení rozvoje některých kompetencí. Těžce sluchově postižený jedinec není omezen jen v oblasti vnímání řeči, ale chybí mu i sluchová orientace v prostředí, v prostoru, který je mimo jeho zrakové zorné pole. (Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004, str. 211, 213) Odlišnost způsobu komunikace sluchově postižených je nevýznamnějším důsledkem sluchového postižení. Sluchově postižení zpravidla komunikují znakovým jazykem, řidčeji znakovanou řečí, prstovou abecedou nebo pomocí odezírání.

Postižení řeči a jazyka může mít různé příčiny. Zle rozlišit postižení primární a sekundární, tj. symptomatické (je pouze jedním z příznaků jiné choroby). Může jít o vývojové poruchy řeči, jež postihují rozvoj jazykových a řečových funkcí od jeho počátku, nebo získané v důsledku choroby či úrazu v jakémkoli pozdějším věku. Z toho vychází i jejich následné členění. (Vágnerová, 2004, str. 233)

Závažné zrakové postižení vytváří situaci sensorické, resp. informační deprivace. Jedinec se zrakovým postižením nemůže snadno a přesně vnímat všechny vizuální informace. Dle stupňů závažnosti zrakového postižení rozlišujeme slabozrakost, praktickou nevidomost a nevidomost. (Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004, str. 195, 196, 198) Těžce zrakově postižení používají pro orientaci v prostoru a okolním prostředí bílou slepeckou hůl.

U všech typů smyslových postižení je velice důležitá volba vhodných kompenzačních pomůcek, které mohou postiženému usnadnit komunikaci a zvládání běžných činností. Takových pomůcek existuje mnoho.

U sluchového postižení se jedná o sluchadla, kochleární implantát a dostatečnou logopedickou péči.

Nejběžnější kompenzační pomůckou pro zrakově postižené jsou brýle, různé speciální optické pomůcky, elektronické přístroje, které pomáhají zvětšit běžný text, různě upravené počítače. Nevidomí také potřebují speciální Pichtův psací stroj, kterým lze psát v Braillově písmu.

Lormova abeceda, tzv. dlaňová abeceda, je vhodná především pro prakticky či totálně hluchoslepe osoby. Jednotlivé doteky do dlaně hluchoslepe osoby odpovídají konkrétním písmenům.

2.4 Sociální význam postižení

Každé postižení ovlivňuje nejen postiženého jedince a jeho nejbližší okolí, ale i širší okolí, ve kterém se rodina jako taková pohybuje. Sociální význam jednotlivých postižení má právě takový sociální význam, jak moc patrné jsou nápadnosti vzhledu i chování, resp. jak nápadné jsou odlišnosti od očekávaného standardu.

Každé postižení má určitý subjektivní význam, který závisí na mnoha faktorech, jako je doba vzniku postižení, na omezení, které dané postižení přináší a také na způsobu, jak postiženého daná společnost přijímá. Zdraví lidé se většinou k postiženému člověku chovají ohleduplněji, ale zároveň mají tendenci jej podceňovat v jeho schopnostech a možnostech, očekávání k němu nemají stejná, jako ke zdravým. Handicapovaní lidé nebývají jen podceňováni, ale často i zneužíváni, stávají se snáze obětí různých forem násilí, včetně domácího.

Postoje společnosti k postiženým lidem bývají odmítavé nebo ambivalentní, zahrnují pozitivní i negativní emoce. Tyto postoje často vycházejí z nedostatku porozumění jejich problémům. Problematika postižení byla dlouhou dobu tabuizována, laická veřejnost měla velmi omezené nebo žádné informace o problémech, možnostech a omezeních handicapovaných lidí. (*Vágnerová, 2004*) A právě z důvodu nedostatku informací docházelo a v současnosti stále dochází k situacím, ve kterých laická veřejnost neví, jak se zachovat k postiženému, se kterým se setká. Vzácnější postižení vyvolávají více strachu, než běžné choroby, právě z důvodu neinformovanosti laické veřejnosti.

Reakce společenského okolí na rodinu s postiženým dítětem bývají spíše negativní, než pozitivní. Problém společenské bariéry není však jen věc sociálního okolí, které se musí přizpůsobovat postiženému člověku, ale i naopak – postižené dítě a rodina, ve které žije, se musí neustále přizpůsobovat požadavkům a nárokům sociálního okolí. Rodina je tedy otevřený systém, který přijímá zpětnou vazbu z jiných sociálních struktur. Přijímá podněty, hodnocení, kritiku, povzbuzení, a podle této zpětné vazby průběžně upravuje své postoje. (*Prevendárová, 1998*)

Zároveň se liší pohled společnosti na postižení z hlediska jeho vzniku. Jestli postižení vznikne později a dítě bylo po celou dobu akceptováno jako normální, bývají reakce rodičů i laické veřejnosti trochu jiné, než v případě, kdy se jedná o vrozené postižení. „Později vzniklý defekt nepůsobí jako znehodnocení rodičovské prestiže“ (*Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2004, str. 168*) Když se dítě narodí zdravé, nedochází tedy k narušení rodičovské identity. Později vzniklý defekt je prvotně přijímán jako neštěstí, které postihlo normálního, zdravého člověka. (*Vágnerová, 2004*)

Z hlediska postojů široké laické veřejnosti je později získané postižení přijatelnější než vrozená vada, protože skutečnost, že lidé mohou v průběhu života onemocnět nebo utrpět úraz, je obecně známá a akceptovaná.

2.4.1 Sociální význam mentálního postižení

Mentální retardace bývá většinou společností často vnímána jako stigmatizující postižení. Hlavním problémem je obtížnost dorozumění s těmito lidmi, menší možnost odhadnout jejich reakce, které nebývají vždy standardní. Mentálně postižení lidé mají sníženou schopnost sebeovládání, z čehož vyplývají značné odlišnosti v chování od očekávané normy. Jejich méně standardní reakce a zvýšená závislost na okolí vedou k jejich podceňování, k jejich negativnímu hodnocení. „Často jim nejsou prisuzována stejná práva jako ostatním, ale nejsou na ně kladeny ani stejné požadavky. Sociální status mentálně postižených bývá velice nízký, pro ostatní jsou to mnohdy jen „blbci“, kteří stejně nic nechápou a na něž není třeba brát ohled“ (*Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2004, str. 306*)

Postoj společnosti k postiženému ovlivní i chování ostatních členů rodiny.

Sociální stigmatizace bývá přímo úměrná nápadností vzhledu i chování postižených, resp. míře jejich odlišnosti od očekávaného standardu. Mentální postižení je spojeno i s opožděním v oblasti socializace, což se projevuje zejména zvýšenou závislostí. V raném věku je zde vazba na matku. Mentálně postižené děti obvykle nemají rozvinuty všechny kompetence potřebné k postupnému osamostatňování a z toho důvodu nemají ani potřebu emancipace.

Významnou překážkou socializace mentálně postižených je omezený vývoj komunikačních kompetencí. Mívá potíže v porozumění a zároveň chybí schopnost adekvátního verbálního vyjádření. V komunikaci bývá mentálně postižený pouze v roli pasivního příjemce informací a požadavků. (*Vágnerová, 2004*)

Velmi specifický je sociální význam Downova syndromu. Jedinci s Downovým syndromem mohou být mírní, klidní, jiní naopak svéhlaví. Již svým vzezřením vzbuzují pozornost a proto se mnohdy stávají terčem posměchu a urážek častěji než jedinci s jinými typy postižení. Laická veřejnost jedince často soudí podle toho, co je na první pohled patrné. Děti s Downovým syndromem mívají v dětství ve zvyku například vyplazovat jazyk. Je to důsledek většího jazyka a menších úst, než je obvyklé. Tento fakt může u laické veřejnosti

vzbuzovat dojem, že se jedná o dítě nevychované a podle toho se k němu i následně chovají. (Selikowitz, 2005)

2.4.2 Sociální význam tělesného postižení

„Tělesné postižení, ať už se projevuje na první pohled viditelnou deformací zevnějšku či nápadností pohybových projevů, představuje sociální znevýhodnění.“ (Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2004, str. 258*)

Velice záleží na stupni tělesného postižení, od kterého se dále vyvíjí i reakce okolní společnosti a laické veřejnosti.

K tělesně postiženému má společnost obvykle jiná, nižší očekávání. Často také může docházet k tomu, že s tělesně postiženým jedincem, jehož postižení mu znemožňuje osvojit si všechny sociálně důležité dovednosti, okolí jedná tak, jako by byl postižen komplexně, jako by jeho veškeré kompetence byly na nízké úrovni. Ale ve skutečnosti tomu tak být nemusí, může jít o jedince s těžkým tělesným postižením, který je nadprůměrně inteligentní, s ohromujícími znalostmi v určité oblasti.

Tělesně postižený snadno vzbuzuje extrémní postoje. Ve společnosti může být terčem urážek a posměchu, ale na druhé straně bývá častěji ochraňován. (Vágnerová, 2004)

Dalším z problémů v životě tělesně postižených je nedostatečnost bezbariérových přístupů a to téměř na každém kroku. Pokud je tělesné postižení natolik závažné, že se postižený pohybuje na invalidním vozíku nebo s pomocí chodítka či holí, je velice těžké zdolat jakékoliv překážky. Problémem jsou schody, chybějící nájezdy, nedostatek výtahů nebo pohyblivých plošin pro přepravu invalidních vozíků, veliké převýšení mezi chodníkem a silnicí, často také bez nájezdu. Takovéto úpravy, které by místa zpřístupnily i tělesně postiženým na vozíku nechybí pouze na ulicích, v restauracích, kavárnách a obchodech, ale i v bankách, u lékařů, na úřadech a mnoha dalších místech.

2.4.3 Sociální význam smyslového postižení

Sociální význam smyslového postižení je velmi široký. Přestože např. hluchoněmota není na první pohled patrná, komunikace hluchoněmých lidí je zcela specifickým rysem tohoto postižení. Totéž platí pro nevidomé, na kterých jejich postižení není na první pohled patrné, ale lze je mnohdy identifikovat díky bílé slepecké holi.

Pohled společnosti na smyslově postižené je dán pravděpodobně největší mírou informovanosti široké laické veřejnosti. O smyslových postiženích ví široká veřejnost zřejmě nejvíce informací a také se s takto postiženými lidmi setkává častěji.

Sluchové postižení bývá z důvodu komunikační bariéry považováno za společensky stigmatizující. Odlišný způsob komunikace sluchově postižených a z toho vyplývající obtíže v dorozumění se slyšícími postiženého omezují. I když neslyšící ovládá znakový jazyk, často se setkává s lidmi slyšícími, kteří znakový jazyk neovládají. Pokud se snaží mluvit orální řečí, jeho verbální projev může být pro slyšící těžko srozumitelný. Vzhledem k obtížím v komunikaci nemůže sluchově postižený přiměřeně reagovat. Dalším problémem může být dotýkání, které tvoří důležitou součást v komunikaci neslyšících. Neslyšící nemají jinou možnost, jak upoutat pozornost, než že se člověka, s nímž chtějí mluvit dotknou. I tento fakt může být pro slyšící nepochopitelný a nepříjemný, byť je pro komunikaci neslyšících nutností. *(Vágnerová, 2004)*

Neslyšící jedinec mnohdy působí, díky své dezorientaci a sklonu k méně přiměřenému afektivnímu reagování, směšně, resp. bývá hodnocen jako člověk s nižší inteligencí. Komunikace znakovou řečí může vyvolávat zvýšenou pozornost nebo posměch. Nepřiměřeně mohou působit i mimické projevy, které doprovázejí znakování, jejichž význam slyšící často nechápe. Pro neslyšící mají mimické projevy zhruba stejný význam, jako má pro slyšící modulace hlasu. *(Vágnerová, 2004)*

Zraková vada je i ve své nejzávažnější variantě (nevidomost) společensky nejméně odmítaným postižením. Ve vztahu společnosti k nevidomým převažuje soucit a tendence manipulovat tyto lidi do pozice pasivního příjemce péče. Pokud je zraková vada také spojena s nápadnostmi očí, může to postoj zdravých lidí ovlivnit, může se tak zvýšit riziko negativního přijetí. Těžce zrakově postižení mnohdy nedostatečně kontrolují vlastní projevy, což může také působit sociálně nepříznivě. Těžce zrakově postižení si neuvědomují své vlastní reakce a jejich význam. Nechápe, že i podle těchto reakcí je vidící posuzují a vytváří si na ně názor. *(Vágnerová, 2004)*

2.5 Výchovné styly rodičů

Pojem výchovný styl znamená poměrně stabilní způsob působení vychovávatele na vychovávaného, tj. rodiče na dítě.

Výchovné postoje rodičů jsou ovlivněné zkušeností z jejich vlastního dětství a závislé na chování jejich rodičů v tomto období. Přestože jsou vzpomínky z vlastního dětství obměněny dalšími zkušenostmi, důležité zážitky z dětství zůstávají zachované a přetrvávají až do dospělosti. Přenáší se jak výchovné praktiky přiměřené, tak výchovné praktiky patologické.

V literatuře se uvádí mnoho typologií výchovných přístupů, které odráží hlavně charakter požadavků a emocionální příklon rodičů k dětem. Jedna z typologií formuluje tři základní typy rodinné výchovy.

- Velmi liberální typ: dítě se stává objektem nepřiměřené něžnosti a obdivu rodičů, povolují mu všechno, co chce. Tento způsob výchovy vede k mnoha negativním důsledkům, jako např. nesamostatnost, impulsivnost, nepřiměřená náročnost a neskromnost.
- Pro neúměrně autoritativní typ je příznačné, že dítě je už od raného věku objektem „drezúry“ – systému jednostranně zaměřeného na přehnanou poslušnost a dodržování přesného denního pořádku. I tento způsob je z hlediska výchovy nevyhovující, protože formuje výraznou pasivitu, uzavřenost, nesamostatnost a apatii. Největším problémem je postupná ztráta vlastní identity a obdiv k autoritě.
- Třetí typ nazývá autor „střední typ“ rodinné výchovy. Rodiče tu citlivě kladou požadavky a přiměřeným způsobem kontrolují jejich plnění. Dítěte si váží, projevují mu náklonnost, ale zároveň jsou k němu přiměřeně nároční. Tento způsob výchovy se ukazuje jako nejsprávnější, protože navozuje u dítěte převážně pozitivní výchovné výsledky, víru ve vlastní síly, radost ze života, optimistickou náladu, iniciativu a zdravé sebevědomí. (*Prevendárová, 1998*)

Diferencovanější typologii výchovných přístupů je založená na třech dimenzích: náročnost versus nenáročnost, kontrola versus svoboda, odměňování versus trestání. Kombinací těchto přístupů je vymezeno následujících devět typů výchovy.

- Výchova přes úspěchy – charakterizuje ji láska a vysoký stupeň akceptace dítěte, vysoké požadavky, náročnost, častá kontrola a používání odměn.
- Nadměrně starostlivá (hyperprotektivní) výchova – charakterizovaná silnou láskou a akceptací, empatií, malými požadavky, častou kontrolou a odměňováním.
- Liberální výchova (shovívavá) – charakterizuje ji láska a akceptace, málo požadavků, zřídkavá kontrola a odměňování.
- Demokratická výchova – charakterizovaná přiměřenou láskou a akceptací, přiměřeně vysokými požadavky, zřídkavou kontrolou (podstatná je důvěra), zřídkavými tresty a občasným odměňováním.
- Rigorózní (přísný) autokratismus – charakterizuje ho skryté nepřátelství a nebo chybění akceptace a empatie, vysoké požadavky, častá kontrola, trestání je hlavním způsobem vlivu na chování vychovávaného.
- Trestající autokratismus – vyznačuje se vysokým stupněm nepřátelství anebo chyběním akceptace, empatie, vysokými požadavky, častou kontrolou a trestáním.
- Příležitostný autokratismus – charakterizuje ho nepřátelství, chybění akceptace a empatie, vysoké požadavky, zřídkavá kontrola a trestání.
- Zanedbávající výchova – vyznačuje se chladným emocionálním postojem, chyběním akceptace, nízkými požadavky, zřídkavou kontrolou, chyběním posilnění (bez odměn a trestů).
- Zavrhuující výchova – charakterizuje ji nepřátelství a chybění akceptace, nízké požadavky, zřídkavá kontrola a přísné tresty. (*Prevendárová, 1998*)

2.6 Reakce rodičů na narození postiženého dítěte

Rodina s postiženým dítětem má zcela jinou sociální identitu, než rodina s dítětem zdravým. Taková rodina je něčím výjimečná. Fakt, že se rodičům narodilo postižené dítě je příčinou změny životního stylu rodiny jako celku. Ta se nově musí přizpůsobit možnostem a potřebám postiženého dítěte. (Vágenerová, 2004)

2.6.1 Adaptace rodičů na narození postiženého dítěte

Narození postiženého dítěte je velká zkouška adaptačních schopností a možností rodiny. Při adaptaci na zátěžové situace hrají významnou roli volní vlastnosti rodičů, postiženého dítěte i jeho sourozenců. Důležitá je schopnost jedinců překonávat překážky, houževnatost a schopnost nalézt pěkné a příjemné okamžiky a zážitky i v těžkých životních podmínkách. Důležitou roli hrají i dobré vztahy s příbuznými a přáteli, zkušenost rodičů s výchovou staršího nepostiženého dítěte, stabilní hodnotový systém rodiny a její zájmy. (Prevendárová, 1998, str. 60)

Schopnost adaptace rodiny na takovou situaci také závisí mnoha dalších faktorech. Například na stupni inteligence a vzdělání rodičů a také jejich sociálně-ekonomické postavení. A v neposlední řadě je také velice důležitý způsob, jakým se o postižení svého dítěte dozví, jakým způsobem je jim tento fakt sdělen.

Chování i prožívání rodičů postiženého dítěte se v průběhu času mění, prochází pět typickými fázemi.

- Fáze šoku a popření je první reakcí na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé. Šok se projevuje strnutím, neschopností jakékoli reakce. Tento první otřes a zklamání, které s sebou přináší závisí na rozsahu postižení, na míře, v jaké si rodiče uvědomují jeho dosah a je ovlivněn i skutečností, kdy a jak se rodiče o postižení svého dítěte dozvěděli. V této době nechtějí rodiče slyšet nic o možnostech péče a výchovného vedení svého dítěte, protože se dosud nesmířili ani s existencí jeho postižení. V průběhu času ale dochází k postupnému přijetí této informace. Mnoho rodičů postrádá sympatizující přístup lékařů a zdravotnického personálu v nešťastné situaci, která je potkala. Proto může být lékař jako posel špatných zpráv terčem kritiky, stává se pro danou chvíli náhradním viníkem celé situace.
- Ve fázi bezmocnosti rodiče nevědí, co by měli dělat. Jsou poprvé postaveni před takový problém, nevědí jak jej řešit. Rodiče prožívají v tomto období pocity viny, které se vztahují k dítěti, a pocity hanby, které se vztahují k očekávaným reakcím

jiných lidí. Bojí se zavržení a odmítnutí a zároveň očekávají pomoc. Nemají však představu, jaká by pomoc měla být a v čem by měla spočívat.

- Následuje fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem. V tomto období se rodiče začnou zvýšeně zajímat o další informace, chtějí vědět proč postižení vznikla, v čem spočívá, jak by měli o své dítě pečovat a zajímá je i jeho budoucnost. Negativní emoční reakce mohou přetrvávat ještě v tomto období. Může jít o prožitky smutku, deprese, úzkost a strach z budoucnosti a pocity hněvu na celou situaci. Rodiče se mnohdy považují za viníky, nebo vinu hledají mimo rodinu, mezi profesionály, neadresně „oni“. Strategie zvládnání situace mohou být dvojí – aktivní a pasivní. Aktivní se projevují tendencí bojovat s nepřijatelnou situací, např. hledání pomoci u lékaře či léčitele. „Únikové varianty zvládnání zátěžové situace jsou charakteristické nějakou formou útěku ze situace, které nelze uspokojivě zvládnout, nebo se s ní rodiče ještě nedokážou vyrovnat. Jinou únikovou variantou je přetrvávající popírání situace, event. její bagatelizace. Rodiče se chovají tak, jako by dítě bylo zdravé, resp. jeho potíže byly nevýznamné, dočasné apod. Mohou jej takto prezentovat pouze za určitých okolností, např. před ostatními lidmi., (Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2004, str. 167*) Dalším mechanismem vyrovnávání se s nepřiměřenou stresovou zátěží je odmítnutí dítěte jako takového, jeho umístění do trvalé ústavní péče a následná racionalizace takového rozhodnutí jako rozumného a jediného možného, popř. pro dítě prospěšného. Může však dojít k opačnému extrému. Tím je sebeobětování se v prospěch dítěte. Rodina se také může stylizovat do role trpitelů, kteří od svého okolí vyžadují přehnané ohledy, výhody a zvýšenou toleranci. Dalším obraným mechanismem je stylizace rodiny do role bojovníků, kteří musí navenek neustále prezentovat osobní sílu. K aktivním únikovým reakcím patří také rozvod nebo rozchod rodičů. Ten může být iniciován snahou jednoho z rodičů oprostít a distancovat se od této situace. Pasivní formou úniku je izolace rodiny a její stažení se do sebe, odvrácení se od společnosti. (Prevendárová, 1998)

V této fázi nejde pouze o zpracování problému a o postupné vyrovnání s jeho existencí. Velice důležité je hledání řešení tohoto problému. Rodiče potřebují informace o možnostech péče o postižené dítě, další léčbě, speciálně-pedagogických postupech apod.

- Fáze smlouvání je přechodným obdobím, kdy rodiče již akceptují fakt, že je jejich dítě postižené, ale mají tendenci „smlouvat“ a získat alespoň malé zlepšení. Smyslem je vyjádření alespoň určité naděje. Tato fáze je znakem kompromisu. Rodiče prochází

obdobím dlouhodobého stresu, který je spojený únavou a vyčerpáním náročnou péčí o postižené dítě. (Vágnerová, 2004)

- Ve fázi realistického postoje rodiče postupně přijímají skutečnost, že je jejich dítě postižené a přijímají je takové, jaké je. Jejich plány začínají být reálnější. (Vágnerová, 2004)

V poslední fázi si rodiče osvojí nový životní režim a postupně si zvykají na situace, které každodenní výchova a péče o postižené dítě přináší. Dochází tu ke změně postojů, chování, vztahů a návyků jednotlivých členů rodiny. Rodina se opět začíná pomalu stabilizovat ve své pozici. Posledním stupněm zralé adaptace je akceptování faktu, že je dítě postižené, akceptování dítěte jako takového a akceptování sebe jako rodiče postiženého dítěte. Dospět do tohoto stádia však není jednoduché. Některé rodiny do tohoto stádia dospějí pouze díky spolupráci s odborníky a jiní spontánně. (Prevendárová, 1998)

Každá rodina prochází určitým vývojem. Vývojové změny chápeme jako proces, který probíhá v určitých fázích. Přejít rodiny z jedné fáze do druhé probíhá na základě významných událostí, jako je těhotenství, narození dítěte, odchod dětí z rodiny, smrt jednoho z manželů a podobně. Významnou událostí, která je prvotním impulsem k mnoha dalším změnám je narození postiženého dítěte, případně jeho postižení v raném období života. Rodina se tímto dostává do určité krize, která vyžaduje změnu dosavadního způsobu života, přebírání nových rolí a také plnění nových úkolů.

Vývoj v rodinách s postiženým dítětem má čtyři fáze.

- Období, kdy se rodina dozví, že je dítě postižené, je pro ní jednou z nejnáročnějších životních etap. Rodiče se musí nejdříve naučit správně se svým postiženým dítětem zacházet.
- V následujícím období rodiče připravují svoje dítě na život, stimulují jeho psychický a fyzický vývoj, adekvátně k možnostem a schopnostem nejen dítěte samého, ale i rodiny jako celku. Ideálně tato fáze probíhá pod vedením profesionálů a odborníků.
- Začátek třetí fáze je determinovaný vstupem dítěte do mimorodinného prostředí, jeho institucionální výchovou a vzděláváním. Vstup do výchovně-vzdělávacího procesu je velmi významným okamžikem v životě dítěte, ale i velice důležitým mezníkem pro rodinu. Toto období může, ale nemusí být totožné s tzv. běžným školním věkem, protože některé postižené děti se do mimorodinného prostředí dostávají dříve, jiné později a některé nikdy. U dětí ve věku nad 6 roků bývají již identifikovány i do té doby skryté postižení a rozličné výukové těžkosti a poruchy chování. Rodiče jsou

často v tomto období často nuceni přehodnotit dosavadní očekávání a plány, které v souvislosti s dítětem měli.

- Poslední stádium nastává v období, kdy už dospělé postižené dítě žije buď společně se svými rodiči a nebo mimo rodinu, pod dozorem a nebo samostatně. Mnoho rodičů se obává, zda bude o jejich postižené dítě dobře postaráno poté, co už se o něj nebudou moci starat sami. Také socializace dospělého postiženého, v podobě hledání vhodného zaměstnání, uplatnění a hledání životního partnera dělá často rodičům starosti.

Nezvládnutí adaptačního procesu se na rodině velmi projeví. Přetrvává úzkost, deprese, pocity méněcennosti. Může dojít k trvalému stažení se rodiny do izolace, k přetrvávání hyperprotektivních postojů, někdy přetrvávají naopak ambiciózní a nepřiměřené výchovné postoje, které nerespektují postižení dítěte. U sourozenců postižených dětí se můžou objevit poruchy chování a emocionální poruchy v souvislosti s jejich přetěžováním nebo naopak zanedbáváním. *(Prevendárová, 1998, str. 59, 60)*

V případech, kdy se jedná o postižení, které se projevuje nebo rozvíjí později a ne hned po narození, je charakteristická nejistota, která představuje pro rodinu specifickou stresovou situaci. V období před konečným stanovením diagnózy se vytváří konflikt mezi dvěma potřebami. Rodiče mají potřebu získat jistotu, jaký je skutečný stav dítěte, ale zároveň mají potřebu si zachovat iluzi pozitivní naděje. *(Vágnerová, 2004)*

2.6.2 Změna výchovy

V rodinách s postiženým dítětem se velmi často vyskytuje hyperprotektivní (nadměrně ochranný) styl výchovy. Velmi starostliví rodiče často neumí najít správnou míru toho, co je pro jejich dítě prospěšné a co mu naopak škodí. Zahrnují ho nadměrnými projevy lásky a starostlivosti a zároveň rozhodují, konají a někdy i myslí za něj, čímž ochromují a potlačují jeho vlastní iniciativu, rozvoj a samostatnost. Důsledkem takového počínání rodičů je, že se dítě nevyvíjí ani natolik, nakolik by mu to jeho handicap umožňoval. Takto vychovávané dítě bývá ve svém počínání nejisté, nesamostatné, pasivně přijímá věci, které se kolem něj dějí a nebo je naopak nadměru nepřizpůsobivé a dožaduje se stále více pozornosti rodičů.

Někteří rodiče ke svým dětem přistupují naopak příliš perfekcionisticky. Pokouší se o to, aby se jejich postižené dítě vyrovnalo svým zdravým vrstevníkům a to bez ohledu na možnosti dítěte samotného. Tento styl výchovy bývá častý u rodičů, kteří nejsou schopni postižení svého dítěte akceptovat jako reálnou skutečnost. Postižené dítě, které nemůže svým

rodičům splnit jejich očekávání a nároky, které na něj kladou, je rodiči přetěžováno a neurotizováno a důsledkem bývá jeho maladaptace, pocit trvalé nedostatečnosti a pozdější negativní přístup ke vzdělání. Takto vychovávané dítě si už od dětství začne vytvářet jistou averzi vůči činnostem, do kterých je rodiči nuceno a to se projeví v jeho dalším vývoji a rozvoji.

Jsou ale i takoví rodiče, kteří mají ke svému postiženému dítěti odmítavý postoj. Takovýto postoj mívá častěji skrytou formu, která se navenek projevuje podrážděností, nadměrnou kritičností, nepřiměřeným omezováním a trestáním dítěte a nebo vyhýbáním se zodpovědnosti za jeho výchovu. Takovéto chování rodiče často odůvodňují nedostatkem poznatků a informací o problematice daného postižení a nebo se odvolávají na to, že je v zájmu psychického zdraví rodiny třeba dítě umístit v příslušném ústavu. V extrémních případech negativní vztah k dítěti přeroste v otevřené nepřátelství, které se projevuje hrubým zanedbáváním nebo dokonce týráním. Takovéto děti, pokud nemají náhradní výchovnou péči, jsou emocionálně a sociálně deprivované, zaostávají ve vývoji a to nejen ve srovnání se zdravými, ale i ve srovnání se stejně postiženými, ale přiměřeně výchovně stimulovanými dětmi.

Někteří rodiče mají k postiženým dětem ambivalentní postoj; netrpělivost a odmítání střídají pocity viny a následná snaha odčinit negativní projevy nadměrnou povolností a nadměrnými projevy lásky. Tento styl výchovy vede k osobnostní nevyrovnanosti dítěte a k problémům se sociální adaptací.

Nejvhodněji přistupují k výchově postiženého dítěte ti rodiče, kteří dokážou akceptovat jeho postižení jako takové a mají k dítěti láskyplný a zároveň přiměřené požadavky, s ohledem na specifika daného postižení. Akceptování dítěte a snaha realizovat adekvátní výchovný program při náležitém uspokojování emocionálních potřeb a racionálně-emocionální přístup. Takováto výchova umožňuje dítěti maximální rozvoj jeho osobnosti a rozvíjení pozitivních sociálních vztahů v rámci jeho možností. *(Prevendárová, 1998)*

Výchovný styl rodičů vůči postiženým dětem a jejich zdravým sourozencům je odlišný. Rozdíly se týkají hlavně míry požadavků a míry kontroly. Na zdravé děti kladou rodiče větší požadavky a zároveň mají relativně větší svobodu oproti postiženému dítěti.

Také jsou značné rozdíly ve výchovném stylu matek a otců. U matek převládá nadměrně ochraňující výchovný styl, zatímco u otců převažuje výchovný styl liberální a také výchovný styl zanedbávající. *(Prevendárová, 1998, str. 48)*

2.7 Integrace a segregace a související pojmy

2.7.1 Pojmové vymezení

- Integrace je vzhledem k postiženým jedincům snaha o popírání exkluze (vyjmutí) a spojování zájmů nepostižených a postižených jedinců na bázi inkluze (zapojování postižených do hlavního proudu). Integrace se týká všech dimenzí člověka a hlavních procesů existence člověka. Nejpropracovanější je v oblasti edukace.

- Utilita znamená užitečnost, prospěšnost. Je to označení jednoho ze stupňů integrace, který je vysvětlován jako použitelnost postiženého jedince.

- Segregace je opakem integrace. Znamená diskriminující dělení společnosti na minority a majority dle principu majetkového, etnického, rasového, kulturního, zdravotního, náboženského a dalších. Segregace znamená také víceméně vynucenou izolaci či separaci od dění v hlavním proudu. Může být dobrovolná (některé skupiny k ní z vlastní vůle inklinují), ale i vynucená. Segregace představuje proces vzájemného odcizování společenského seskupení nepostižených a postižených. Pojmem používaným v souvislosti se segregací je také inferiorita, což je pojem vyjadřující méněcennost, podřadnost.

- Adaptace je přizpůsobení jakéhokoliv druhu. Jedná se o sociálně kulturní změny, které nastávají u jedince či skupiny při přechodu do nového prostředí, nebo při setkání minoritní a majoritní kultury.

- Inkluze znamená zapojování postižených do hlavního proudu dění ve společnosti. Používá se také jako synonymum integrace. Hlavní snahou inkluze je odstraňování diskriminace zdravotně postižených ve vzdělávání, socializaci, enkulturaci a ergotizaci.

- Ergotizace je termín z oblasti teorie postiženého člověka. Souborně označuje procesy spojené s rozvojem pracovních schopností postižených. Znamená také optimalizaci úprav pracovního prostředí z hlediska schopností a potřeb postiženého člověka.

- Enkulturatione znamená proces osvojování si minoritní kultury příslušníkem dané minority.

- Inkulturatione je proces osvojování si minoritní kultury, např. specifické kultury zrakově postižených apod. Také je to označení pro obohacování majoritní kultury hodnotami kultury minoritní. Inkulturatione představuje významnou součást integrace postižených formou vzájemné adaptace (koadaptace).

- Exkluze znamená vyjmutí, výlučnost, vylučování z hlavního proudu dění. Je opak inkluze nebo integrace. Exkluze se může vztahovat k různým dimenzím člověka, jako je společnost, kultura, edukace, pracovní uplatňování a další. Mnohdy mívá negativní dopad.

- Socializací rozumíme proces osvojení si jazyka, lidských forem, norem chování, hodnot a mezilidských vztahů. Socializace je schopnost jedince zapojit se do společnosti, mít ke společnosti jako takové pozitivní vztahy.

- Hlavní proud je pojem vztahující se k funkčnosti dimenzí postiženého člověka. Hlavní proud představuje procesy osobního, sociokulturního i spirituálního vývoje vztahované k majoritní společnosti. Zdravotně postižení, jako minorita, se často ocitají mimo dění hlavního proudu. Děje se tak bezděčně, ale i záměrně – exkluze. Cílem humánně orientované demokratické společnosti je exkluzím zabránit a považovat inkluzi a integraci minorit za normální stav. *(Jesenský, 2004)*

2.7.2 Integrace postižených

Postižení jsou samozřejmou součástí každé společnosti, ale ne vždy jsou v dané společnosti uspokojivě přijímáni. Aby byla společnost schopná postižené přijmout, je třeba, aby se naučila jim rozumět, chápat příčiny jejich odlišnosti a přijímat je jako jednu z variant široké normy. „Integraci lze definovat jako začlenění postiženého jedince do společnosti zdravých, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí přijat a sám se s ní identifikuje.“ *(Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2004, str. 192)*

Integrace je vždy dvoustranným procesem. Nejdůležitější jsou postoje postižených i zdravých a chování, které z těchto postojů vyplývá. Integrace je výsledkem procesu učení. Celý proces integrace je velmi náročný, proto musí být postižený člověk dostatečně motivován.

Fakt, že postižení preferují společnost stejně postižených souvisí s efektem similarity. Lidé si lépe rozumějí s tím, kdo má obdobné problémy jako oni sami a reaguje na ně podobným způsobem. Takto se vytvářejí sociální skupiny, které mají charakter minority, se všemi jejími důsledky, výhodami i nevýhodami.

Důležitým předpokladem začlenění postiženého do společnosti zdravých je schopnost komunikace, porozumění pravidlům, která v dané společnosti platí a schopnost se podle těchto pravidel chovat. Z tohoto důvodu bývají nejčastěji izolováni lidé s poruchou komunikace, resp. mentálně postižení.

Integrace má různé stupně, z nichž jeden navazuje na druhý. Základní integraci představuje přijetí postiženého jeho vlastní rodinou. Pro postiženého je velice důležité, jak se k jeho postižení staví jeho nejbližší okolí, jeho rodina. Vyrovnaný postoj k postižení a adekvátní přístup k postiženému může ve značné míře ovlivnit rozvoj, popř. zachování jeho schopností a dovedností. Tímto se vytváří základ pro úspěšné zvládnutí následujících stupňů

integrace, např. na úrovni školy, zaměstnání a integrace do společnosti obecně. (*Vágnerová, 2004*)

V České republice převažoval do 90. let segregační směr, který znamenal oddělení postiženého od společnosti a jeho začlenění do proudu speciálního školství. Později se začal prosazovat směr integrační, který je charakterizován pozitivním přístupem k postiženým.

2.7.3 Pedagogická integrace

Nejobecněji lze integraci rozčlenit na integraci širší, tj. na integraci občanů s postižením do společnosti, a na integraci dílčí, tj. integraci, která řeší specifickou oblast života. Můžeme tak hovořit o integraci v zaměstnání, sportu, volného času a nejčastěji o tzv. integraci pedagogické. (*Michalík, 1999*)

„Pedagogickou integrací rozumíme dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací“ (*Jesenský, 1995*)

Pedagogická integrace může být individuální, skupinová nebo obrácená. Obrácenou integrací rozumíme fakt, kdy se zdravé dítě, popř. děti zařadí do speciální školy nebo třídy pro zdravotně postižené.

V procesu pedagogické integrace je velice důležitý zájem jak dítěte samotného, tak jeho rodičů a zároveň i rodičů ostatních dětí ve třídě, kde by se postižené dítě mělo integrovat. Pro každého integrovaného žáka musí být zpracován individuální vzdělávací plán, který musí obsahovat vzdělávací program příslušné školy, ale je třeba přihlížet k postižení dítěte.

V současné době v České republice probíhá pedagogická integrace na všech stupních škol, ale nejvíce ve školách mateřských. Celkově převažuje individuální integrace nad integrací skupinovou. Nejčastěji se pak integruje na školách soukromých, alternativních a církevních. Nejsnáze se integrují děti s tělesným postižením, pak děti s postižením řeči a pak děti se zrakovým a sluchovým postižením. Nejhůře se daří integrovat děti s mentálním postižením.

2.8 Speciální školy a instituce pro postižené

Pro úplnost uvádím, že pro tělesně, mentálně a smyslově postižené existuje vedle možnosti pedagogické integrace celá řada speciálních škol a společenských organizací.

Pro informaci uvádím některé z nich:

Svaz tělesně postižených ČR, Pražská organizace vozičkářů, Svaz paraplegiků, Česká unie neslyšících, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, LORM (společnost pro hluchoslepé), APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem), Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, Studio Oáza (kulturní centrum pro lidi s mentálním postižením) a mnoho dalších.

Síť speciálních škol je rovněž velice hustá.

Pro autistické děti existuje speciální vzdělávací program, který nese název TEACCH Program, který je založen na strukturaci prostoru, času a instrukcí.

Speciální školy pro mentálně postižené jsou zastoupeny od mateřských škol až po speciální odborná učiliště. Pro mentálně postižené rovněž existuje řada nestátních programů, které vedou ke snazší integraci. Mezi takové programy lze zařadit chráněné dílny, záuční střediska, tréninkové bydlení, chráněné bydlení, podporované individuální bydlení, vzdělávací programy a mnoho institucí pro volnočasové aktivity.

Ze sítě škole pro tělesně postižené je veřejnosti nejvíce znám pojem Jedličkův ústav, který tělesně postiženým nabízí vzdělání v rozsahu základní a střední školy. Avšak tato škola není jedinou.

Stejně tak pro sluchově i zrakově postižené je školská síť hustá. V Praze je bilingvální mateřská školka pro sluchově postižené, kde výuka probíhá orálně i znakově, v Berouně je mateřská škola pro hluchoslepé. Sluchově postižení mohou navštěvovat mnoho typů středních škol, na Janáčkově akademii múzických umění v Brně vyučují výchovnou dramaturgii neslyšících.

Velmi podstatné jsou také rodičovské organizace a svépomocné skupiny, jejichž členové se navzájem podporují, diskutují o problémech, které je spojují. Předávají si informace a tím se navzájem podporují v mnohdy nelehkých životních situacích a pomáhají si vzájemně nalézt způsob, jak se s jednotlivými problémy a bariérami snáze vyrovnat.

3 PRAKTICKÁ ČÁST – VLASTNÍ VÝZKUM

3.1 Cíl práce

Jak jsem již v úvodu této práce nastínila, cílem mé bakalářské práce bylo zjistit a zmapovat přístup laické veřejnosti k péči a výchově postižených dětí s akcentem kladeným na rozdíl mezi postojem k tělesně postiženému jedinci a mentálně postiženému jedinci.

Tato práce je ověřovací studií pro případný další výzkum s větším počtem respondentů.

3.2 Hypotézy

- Předpokládala jsem, že laická veřejnost projeví větší shovívavost a benevolenci u mentálně postižených, než u tělesně postižených. Domnívala jsem se, že respondenti budou v dotazníku o mentálně postiženém dítěti obecně projevovat mírnější, citlivější přístup, že budou více ochotni se obětovat, dítě chránit a odpouštět, že budou shovívavější, že budou mít nižší nároky, a zároveň že budou mít tendenci takto postižené dítě více kontrolovat a rozhodovat za něj/ni.

- Jelikož jsem dotazník zadávala lidem, kteří jsou již sami rodiči, tj. mají již s výchovou dítěte, popř. dětí určitou zkušenost, předpokládala jsem, že budou reagovat souhlasně na otázky týkající se rozvoje a podpory schopností a dovedností jakkoli postiženého dítěte na základě svých předešlých zkušeností ve výchově. (otázky č. 2, č. 7, č. 16, č. 17, č. 18, č. 21)

3.3 Použité metody: dotazník

Ke zjištění přístupu laické veřejnosti jsem použila dva typy dotazníku, které mi poskytla vedoucí mé práce. První z nich byl zaměřen na výchovný přístup k mentálně postiženému dítěti a druhý na výchovný přístup k tělesně postiženému dítěti. Obě varianty se lišily pouze v úvodu, otázky byly zachovány ve stejném znění. Dotazníky jsou uvedeny v příloze č. 1. Vypracované dotazníky jsem osobně zadala na 3 základních školách, během třídních schůzek rodičů. Návratnost dotazníků byla 100%. Rodiče měli vždy prostor pro případné dotazy, nejasnosti a připomínky.

Dotazníky byly anonymní, vždy jsem každému z rodičů ve třídě rozdala příslušnou variantu a oni mi sami dotazníky vraceli na lavici. Rodiče zde pouze uváděli své pohlaví, svůj věk, počet vlastních dětí, jejich věk a zda mají nějakou vlastní zkušenost s výchovou postiženého dítěte. A následně zaškrtovali příslušné odpovědi, se kterými se nejvíce ztotožňovali, a to buď „souhlasím“, „částečně souhlasím“ a „nesouhlasím“.

Každý typ dotazníku má 34 otázek. Celkem odpovídalo 111 respondentů, 63 z nich mělo dotazníky o výchovném přístupu k mentálně postiženému dítěti, 48 o výchovném přístupu k tělesně postiženému dítěti.

V analýze získaných výsledků jsem pro rozdílný počet respondentů ve skupině vyplňující variantu o tělesně postiženém dítěti a skupině vyplňující variantu o mentálně postiženém dítěti, porovnávala relativní (%) hodnoty. Absolutní počty respondentů uvádím pouze pro orientaci.

3.4 Charakteristika zkoumané skupiny

Dotazník jsem zadávala vždy po domluvě s ředitelem školy během třídních schůzek na třech základních školách; na První jazykové ZŠ Horáčkova, na ZŠ Tábořská a na ZŠ U Krčského lesa. Respondentů bylo celkem 111, z toho 63 respondentů vyplňovalo dotazník týkající se výchovného přístupu k mentálně postiženému dítěti a 48 respondentů vyplňovalo dotazník týkající se výchovného přístupu k tělesně postiženému dítěti. Věk rodičů se pohyboval v rozmezí mezi 29 až 53 lety, ve skupině dotazovaných převažovaly ženy (19 mužů a 92 žen). Pouze 11 respondentů z celkového počtu 111 dotazovaných mělo vlastní předešlou zkušenost s výchovou postiženého dítěte.

Dotazník jsem zadávala na každé z výše uvedených škol vždy ve dvou třídách, přičemž vždy jedna třída byla z prvního stupně ZŠ a druhá třída z druhého stupně ZŠ.

3. 5 Přehled získaných výsledků

Celkové vyhodnocení dotazníku, rozdělené na dvě části (výchovný přístup k mentálně postiženému dítěti a výchovný přístup k tělesně postiženému dítěti) je uvedeno v příloze č. 2.

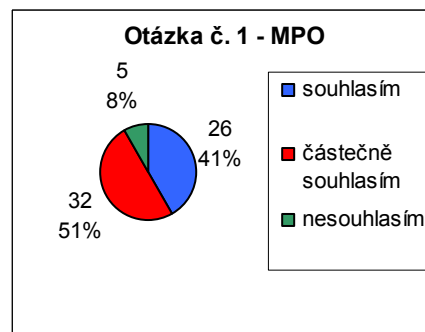
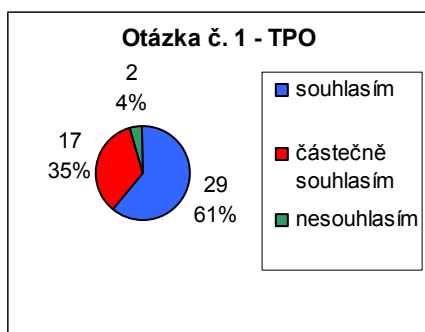
Dotazníky jsem zadávala ve dvou vyhotoveních. Jeden byl zaměřený na výchovný přístup k mentálně postiženému dítěti a druhý na výchovný přístup k tělesně postiženému dítěti. Pro účely vyhodnocení výsledků jsem používala v grafech zkratky TPO a MPO pro odlišení jednotlivých skupin respondentů. MPO respondent byl pro tyto účely rodič, který odpovídal na dotazník týkající se výchovného přístupu k mentálně postiženému dítěti a TPO respondent byl pro tyto účely rodič, který odpovídal na dotazník týkající se výchovného přístupu k tělesně postiženému dítěti. U každé otázky uvádím dva grafy, jeden pro výsledky MPO dotazníku a jeden pro výsledky TPO dotazníku.

V druhé části tohoto přehledu získaných výsledků uvádím šest vybraných otázek, které by měly potvrdit či vyvrátit mou druhou hypotézu. U těchto šesti otázek jsem vyhodnotila obě skupiny respondentů dohromady. Cílem bylo zjistit četnost odpovědí „souhlasím“

3.5.1 Vyhodnocení a porovnání jednotlivých odpovědí dle skupin respondentů

V mé první hypotéze jsem předpokládala, že bude laická veřejnost, tj. rodiče tolerantnější a mírnější k mentálně postiženému dítěti, než k tělesně postiženému dítěti. V následujícím zpracování jednotlivých otázek by se tato hypotéza měla potvrdit, nebo vyvrátit.

Otázka č. 1: Je třeba ho/ji pokárat, když se nechová tak, jak má.

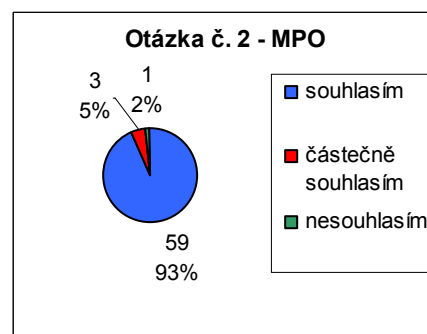
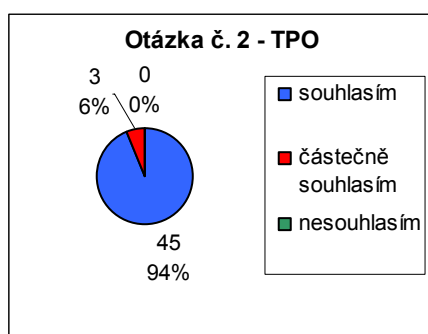


U této otázky většina respondentů zvolila odpověď „souhlasím“, nebo „částečně souhlasím“, což vypovídá o tom, že dotazovaní rodiče považují za vhodné nebo dokonce žádoucí postižené dítě pokárat, pokud se nechová tak, jak má.

Rozdíly mezi odpověďmi TPO a MPO respondentů u této otázky částečně potvrdili mou hypotézu o rozdílnosti přístupu rodičů k jednotlivým druhům postižení. Zatímco u TPO respondentů vyjádřilo svůj souhlas s nutností dítě pokárat, když se nechová tak, jak má 61%, u MPO respondentů tak opovědělo pouze 41% respondentů. I procento nesouhlasných odpovědí, tj. že není třeba dítě pokárat, když se nechová tak, jak má bylo u MPO respondentů o 3% vyšší, než u TPO respondentů.

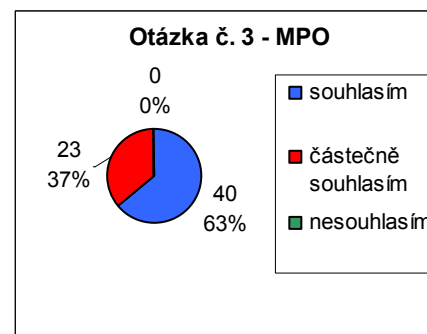
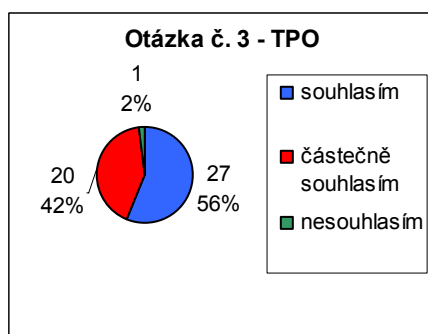
Toto vnímání může být dáno sociálním významem jednotlivých postižení. Mnoho lidí může mentální postižení vnímat jako „horší“, než postižení tělesné a tudíž by vůči mentálně postiženému měli shovívavější a tolerantnější postoj.

Otázka č. 2: Je vždycky třeba mu/jí všechno dobře vysvětlit.



U této otázky respondenti nejvíce volili odpověď „souhlasím“. Většina rodičů tedy považuje za velmi důležité dítě všechno dobře vysvětlit a to bez významnějšího rozdílu mezi TPO a MPO respondenty.

Otázka č. 3: Je třeba vědět o všem co dělá.



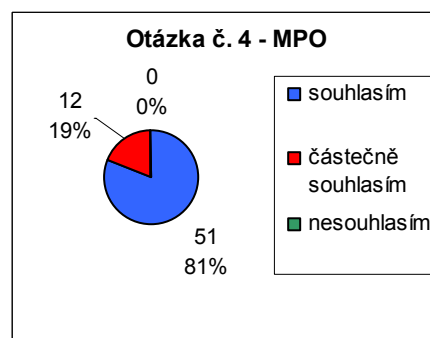
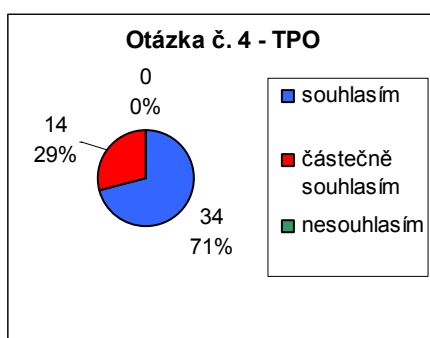
V této otázce respondenti nejčastěji volili souhlas nebo částečný souhlas, což by mohlo vypovídat o faktu, že rodiče by měli větší potřebu kontrolovat, co jejich dítě dělá.

U této otázky se mi opět částečně potvrdila má hlavní hypotéza. Respondenti MPO by chtěli častěji vědět o všem, co jejich mentálně postižené dítě dělá, než respondenti TPO. Tento fakt může souviset se strachem rodičů, že by mentálně postižené dítě neodhadlo své

možnosti a meze vlastních schopností a mohlo by se snadněji octnout v nebezpečné situaci, než dítě tělesně postižené, které by se z pohledu rodiče dokázalo mnohdy lépe a správněji rozhodovat.

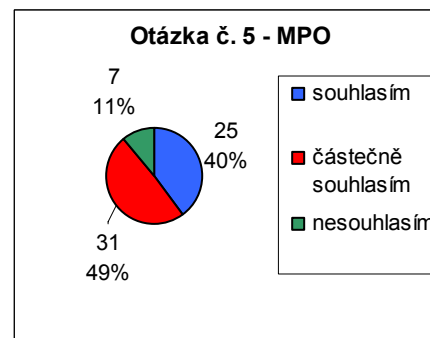
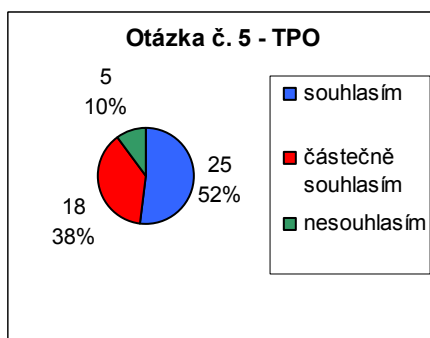
Potřeba vědět naprosto o všem, co dítě dělá je jedním ze znaků hyperprotektivní výchovy. Rodič se obává, že by se dítěti mohlo něco stát a z toho důvodu se snaží předcházet situacím, které považuje za potenciálně nebezpečné. V důsledku může přílišná kontrola způsobit, že dítě nebude v pozdějším věku schopné samostatného rozhodování a chování, že bude zcela závislé na svých rodičích, i když by z pohledu svých schopností a možností bylo částečného osamostatnění schopno.

Otázka č. 4: Je vhodné, aby si bral/a kamarády domů.



Respondenti u této otázky nejčastěji označovali odpověď „souhlasím“. Většina dotazovaných rodičů by považovala za vhodné, aby si jejich dítě bralo kamarády domů a to bez významnějšího rozdílu mezi TPO a MPO respondenty.

Otázka č. 5: Když je to nutné, je na něj/ni vhodné i křiknout.

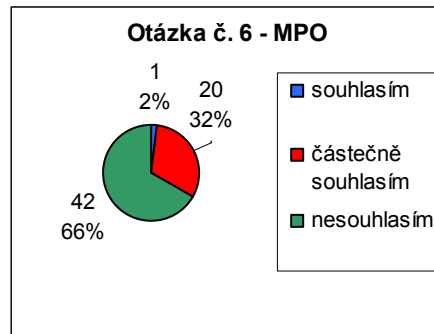
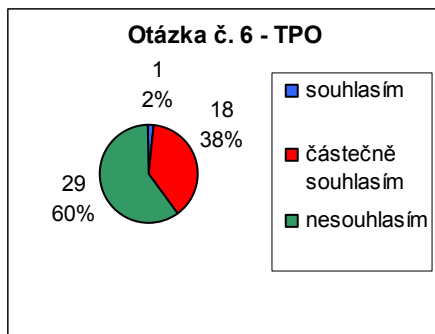


U této otázky převažují odpovědi „souhlasím“ a „částečně souhlasím“. U MPO respondentů je častější odpověď „částečně souhlasím“, zatímco u TPO respondentů byla nejčastěji volena odpověď „souhlasím“.

U této otázky TPO respondenti kategoričtěji volí odpověď souhlasím, než respondenti MPO, u nichž převažuje pouze částečný souhlas s možností na dítě křiknout, když je to nutné.

Tento fakt opět z části potvrzuje mou hlavní hypotézu o rozdílném přístupu k tělesně a mentálně postiženému dítěti, konkrétně o shovívavějším přístupu k mentálně postiženým.

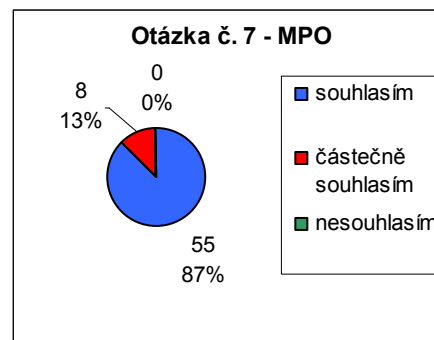
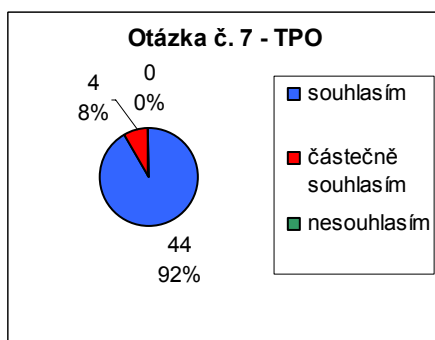
Otázka č. 6: Je třeba ho/ji vychovávat tvrdě, protože život se s ním/ní nebude mazlit.



Jasný nesouhlas s tvrdou výchovou projevila nadpoloviční většina respondentů. Rodiče by nepovažovali za adekvátní dítě s jakýmkoli postižením vychovávat tvrdě.

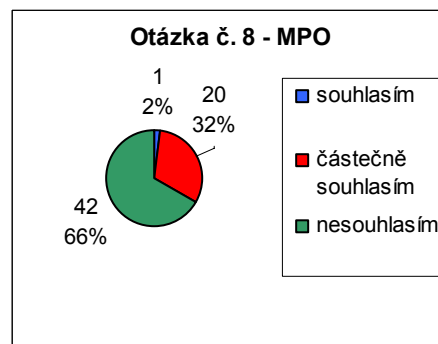
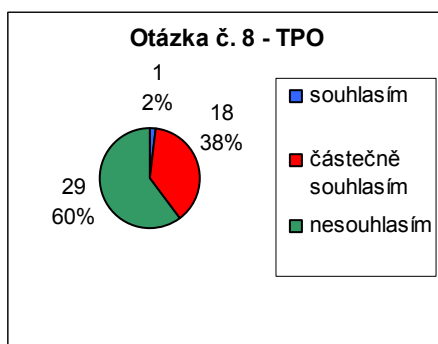
Jistý rozdíl byl v četnosti odpovědí u jednotlivých skupin respondentů. Zatímco TPO respondenti volili nesouhlas s tvrdou výchovou ze 60%, u MPO se takto vyjádřilo o 6% respondentů více. Opět zde lze pozorovat větší sklony benevolentněji vychovávat mentálně postižené dítě než dítě tělesně postižené.

Otázka č. 7: Je třeba ho/ji podporovat, aby něco dokázal/a.



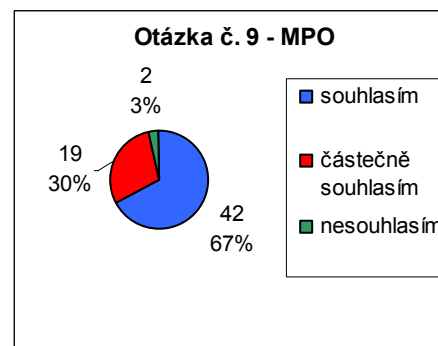
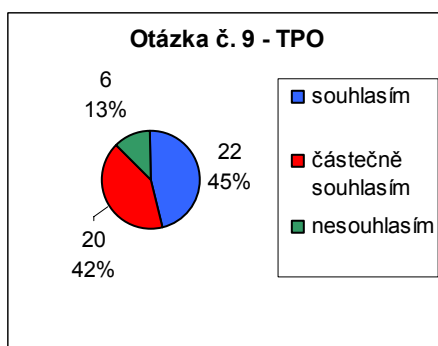
Respondenti u této otázky téměř shodně nejvíce označovali odpověď „souhlasím“, z čehož vyplývá, že rodiče považují za důležité dítě podporovat v jeho činnostech a aktivitách, aby v budoucnu bylo schopno něčeho dosáhnout. Všechny děti potřebují podporu a motivaci svých rodičů v činnostech, kterým se věnují.

Otázka č. 8: Je nutné mu/jí odpustit, co provede, protože to má v životě těžší.



Nejčastější odpovědí u této otázky byl nesouhlas. Přestože by si rodiče byli vědomi postižení svého dítěte, nezvolili by variantu dítěti odpouštět co provede právě z důvodu jeho postižení.

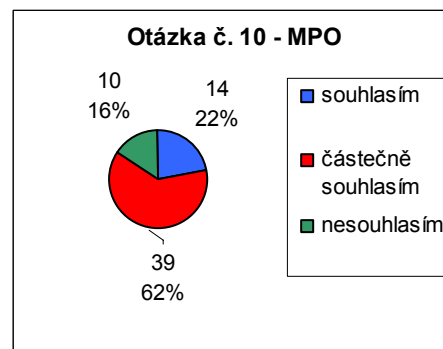
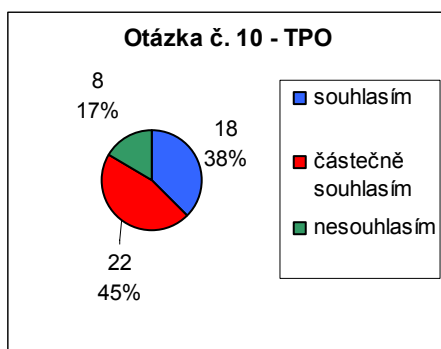
Otázka č. 9: Je nutné zajistit, aby nebyl/a přetěžován/a.



U této otázky respondenti nejčastěji volili odpověď „souhlasím“ a „částečně souhlasím“. U MPO respondentů bylo zřetelně více odpovědí „souhlasím“, oproti TPO respondentům, což může vypovídat o jisté větší míře benevolence k mentálně postiženým, než k tělesně postiženým.

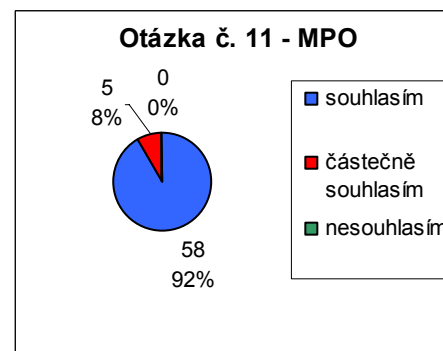
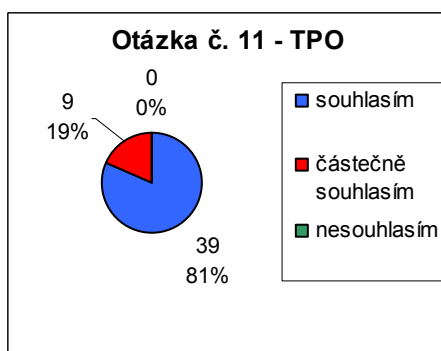
Tato otázka pravděpodobně nejvíce potvrzuje mou hlavní hypotézu. Jak je z grafů patrné, podstatně více MPO respondentů volilo souhlas se zajištěním nepřetěžování postiženého dítěte oproti TPO respondentům. Konkrétně u TPO souhlas volilo 45%, zatímco u MPO souhlasilo 67%. Rodiče by tedy častěji ochraňovali před přetěžováním své mentálně postižené dítě, než dítě postižené tělesně. Jakkoli postižené dítě, které je přetěžováno a neurotizováno může v budoucnu trpět pocitem trvalé nedostatečnosti a může mít později negativní přístup ke vzdělání. Mohla by také vzniknout značná averze k činnostem, do kterých je dítě nuceno.

Otázka č. 10: Je nutné ho/ji potrestat, když něco provede.



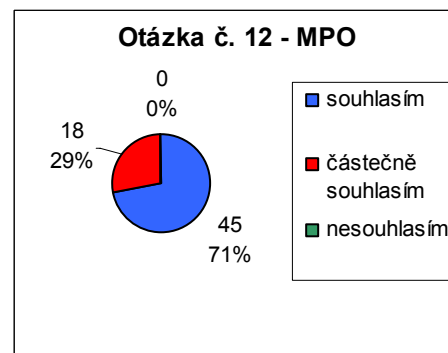
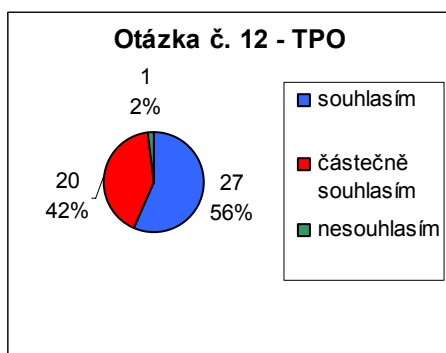
V této otázce respondenti nejčastěji volili odpověď „částečně souhlasím“. Rodiče by pravděpodobně volili možnost dítě potrestat, ale s odpovídajícím přihlédnutím k dané situaci, aby byl trest adekvátní situaci, za kterou je dítě trestáno.

Otázka č. 11: Je třeba vědět, jací jsou jeho/její kamarádi.



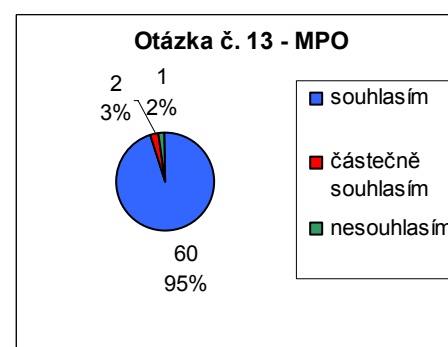
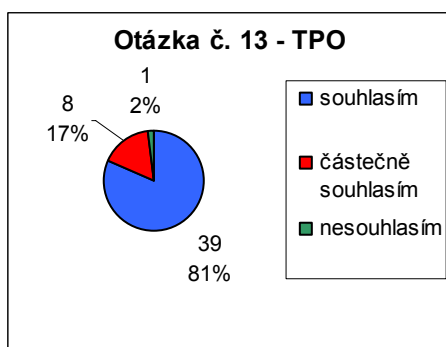
Potřebu vědět, jací jsou kamarádi postiženého dítěte vyjádřilo téměř 100% respondentů. Důvodem může být mnohdy obava, aby se postižené dítě nedostalo do společnosti, která by mohla negativně ovlivnit jeho budoucí vývoj a rozvoj.

Otázka č. 12: Je vhodné mu/jí říkat i nepříjemné věci



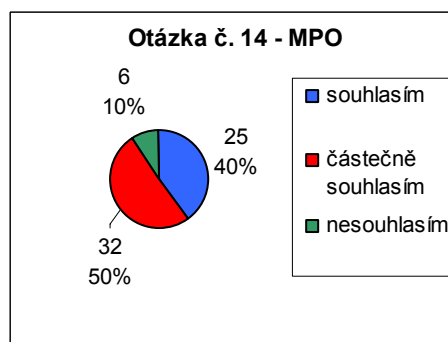
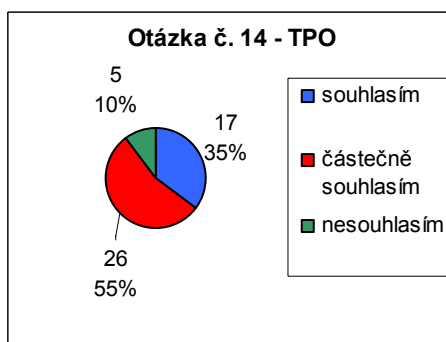
Za vhodné, popřípadě částečně vhodné považuje sdělování nepříjemných věcí většina dotazovaných respondentů. Pouze TPO respondenti, častěji než MPO respondenti, volili odpověď částečně souhlasím (o 13% více).

Otázka č. 13: Je třeba ho/ji hlavně chválit a povzbuzovat.



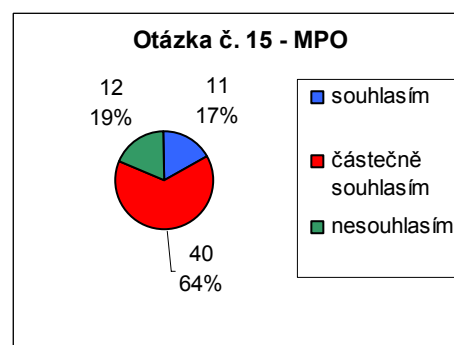
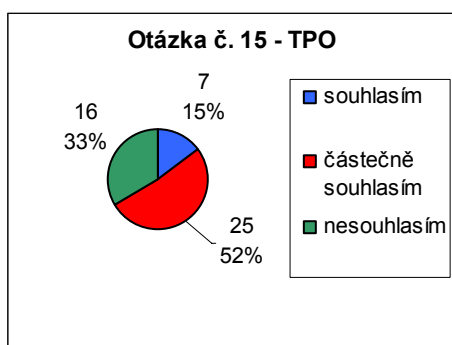
Drtivá většina respondentů považuje za důležité dítě hlavně chválit a povzbuzovat. Chvála a povzbuzení je velkou motivací pro veškeré činnosti, které dítě dělá.

Otázka č. 14: Je třeba mu/jí ve všem pomáhat.



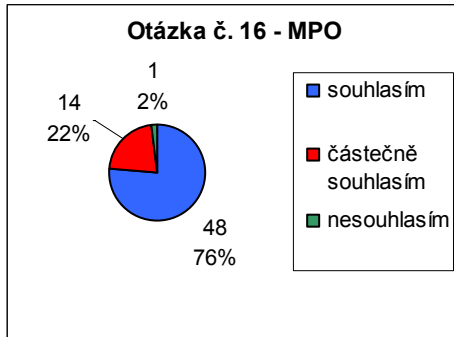
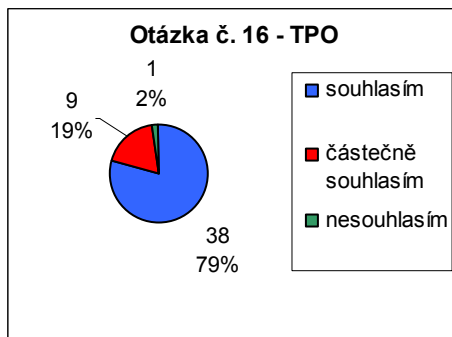
U této otázky se projevila téměř absolutní shoda mezi TPO a MPO respondenty. Většina z nich volila odpověď „částečně souhlasím“. Rodiče by tedy považovali za důležité dítě dostatečně pomáhat, ale dle vyhodnocených odpovědí by danou pomoc individuálně upravili dle situace.

Otázka č. 15: Je třeba ho/ji ochraňovat před problémy.



U tvrzení, že je třeba ho/ji ochraňovat před problémy volilo nejvíce respondentů odpověď „částečně souhlasím“. V životě každého dítěte existují situace, kdy je třeba jej ochránit před problémem, zastat se ho/jí, popřípadě se vložit do situace, pokud to rodiče považují za vhodné. Rodiče odpovědí na tuto otázku vyjádřili, že by jakkoli postižené dítě automaticky neochraňovali před všemi problémy, které mu život postaví do cesty. Schopnost se v rámci svých možností vyrovnat s určitými situacemi a z toho plynoucími problémy, je velmi důležitá pro pozdější osamostatnění.

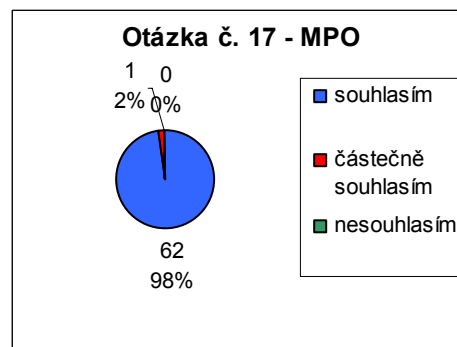
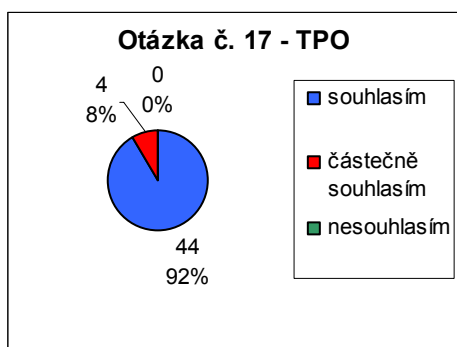
Otázka č. 16: Je třeba, aby rodič měl dost času i sám na sebe.



Většina rodičů považuje za důležité, aby měl rodič postiženého dítěte dost času i sám na sebe. Respondenti nejvíce volili odpověď „souhlasím“ a to téměř shodně u TPO a MPO respondentů.

Péče o jakkoli postižené dítě je pro rodiče psychicky i fyzicky velmi náročná a je třeba tento fakt dostatečně kompenzovat. Narozením postiženého dítěte se z rodiče nestává nepřetržitý pečovatel. Je třeba si zachovat dostatek prostoru pro regeneraci organismu, věnovat se svým zájmům, udržovat a navazovat společenské vztahy a neuzavírat se před vnějším světem. V případě, že by rodič nevěnoval dost času i sám sobě, mohlo by dojít i k syndromu vyhoření.

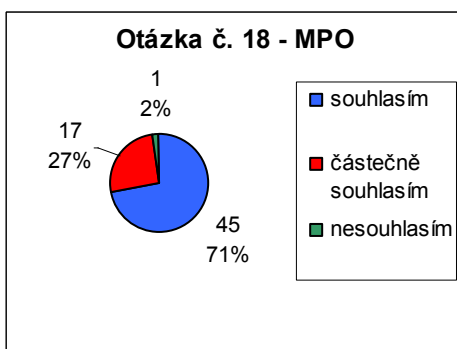
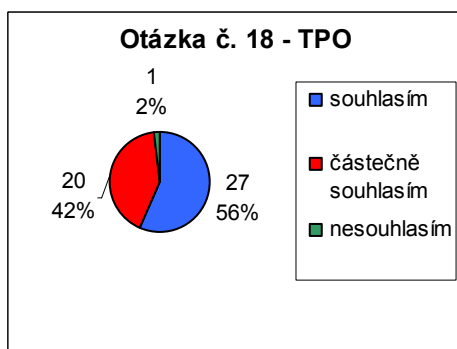
Otázka č. 17: Je třeba mu/jí dávat najevo, jak nám na něm/ní záleží.



Téměř 100% všech respondentů považuje za důležité dávat dítěti najevo, jak jim na něm/ní záleží.

Každé dítě potřebuje dostávat najevo lásku a zájem. Pokud se mu tohoto nedostává, může být citově deprivováno.

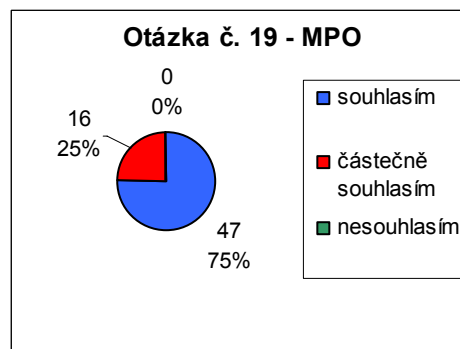
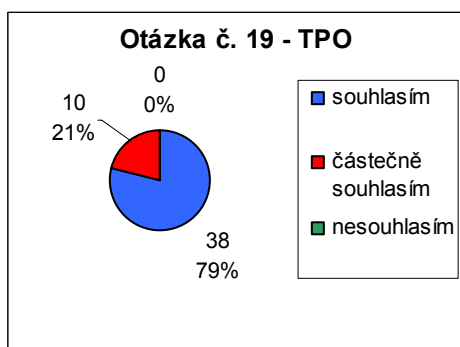
Otázka č. 18: Je třeba se mu/jí hodně věnovat, víc, než kdyby byl/a zdravý/á.



U této otázky převažuje souhlasná odpověď. Nadpoloviční většina respondentů volila souhlas.

U MPO respondentů by více rodičů považovalo za důležité se dítěti věnovat víc, než kdyby bylo dítě zdravé než mezi TPO respondenty, kde byla také významný počet odpovědí „částečně souhlasím“. Tento fakt opět z části potvrzuje mou hlavní hypotézu. S tvrzením, že je potřeba se dítěti věnovat více, než kdyby bylo zdravé častěji souhlasili MPO respondenti. Opět to může vypovídat o tom, že rodiče mentální postižení považují za „horší“ a že by měli tendenci takto postiženému dítěti věnovat větší péči.

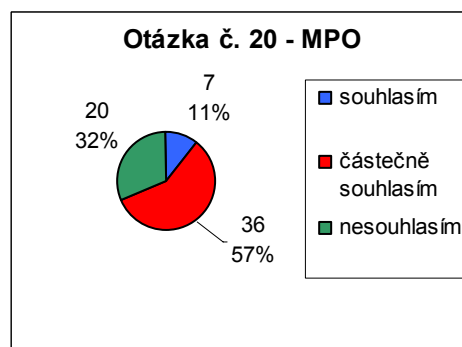
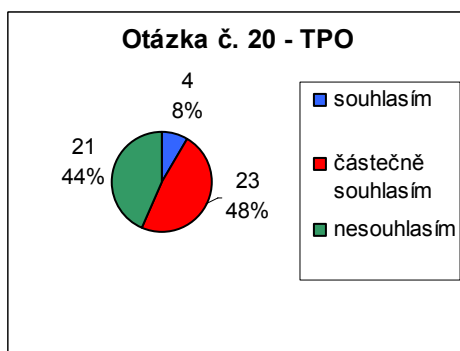
Otázka č. 19: Když se špatně chová, je třeba mu/jí to dát najevo.



Většina rodičů považuje za správné dát dítěti najevo, když se špatně chová. U této otázky MPO a TPO respondenti odpovídali téměř shodně.

Pro každé dítě je důležité nastavení jistých mantinelů v chování. Je třeba dítě naučit, co je správné a co naopak není, jak se má v různých situacích chovat a projevovat.

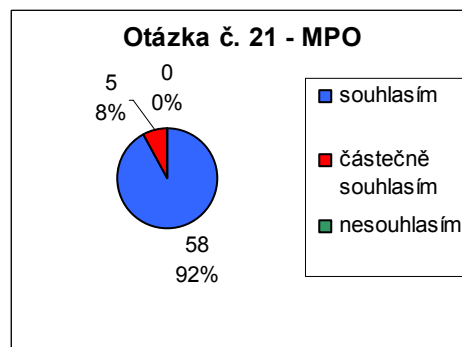
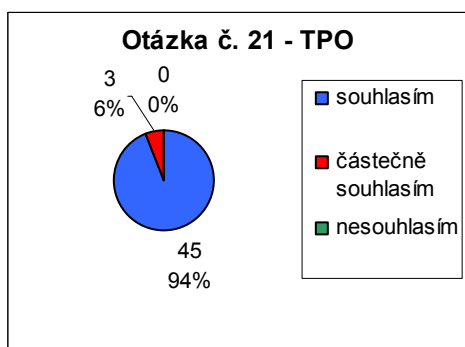
Otázka č. 20: Je třeba být neustále s ním/ní.



Zhruba 50% respondentů z každé skupiny dotazovaných označilo odpověď „částečně souhlasím“, což může vypovídat o tom, že i když by si rodiče byli zcela vědomi závažnosti postižení svého dítěte, považují za důležité zachovat si dostatek času i sám pro sebe.

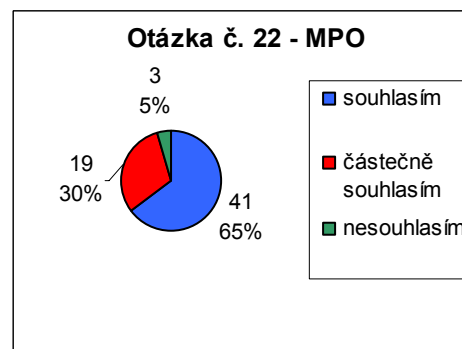
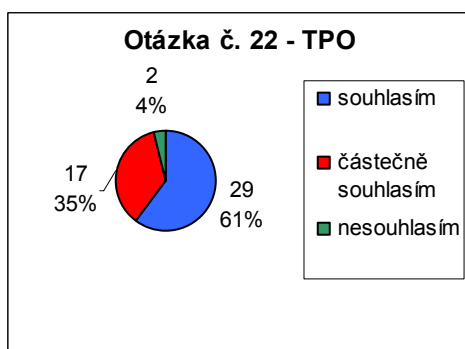
Odpovědi na tuto otázku částečně korespondují s odpověďmi na otázku č. 16, kde se rodiče vyjadřovali ke tvrzení, že je třeba, aby rodič měl dost času i sám na sebe. U této otázky se rodiče nejčastěji vyjádřili, že považují za správné, aby měl rodič dost času i sám na sebe. Rodiče by se měli pokusit nalézt rovnováhu mezi potřebami dítěte a svými vlastními potřebami. Nalézt tuto hranici je mnohdy velmi obtížné, právě pokud se jedná o dítě postižené, které díky svému postižení vyžaduje specifickou a často i časově více náročnou péči.

Otázka č. 21: Je třeba ho/ji naučit všemu, co mu/jí pomůže se osamostatnit.



V této otázce došlo k téměř naprosté shodě v odpovědích MPO a TPO respondentů. Nejvíce volili odpověď „souhlasím“. Rodiče tedy považují za důležité umožnit postiženému dítěti naučit se vše, co by mu/jí pomohlo se osamostatnit a pomoci mu v budoucím životě.

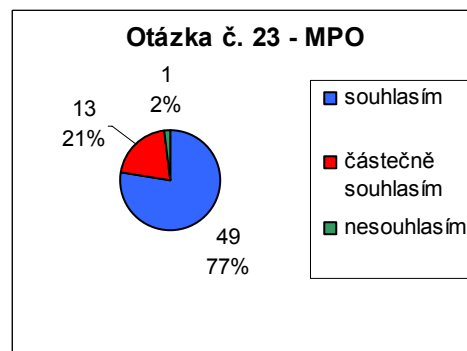
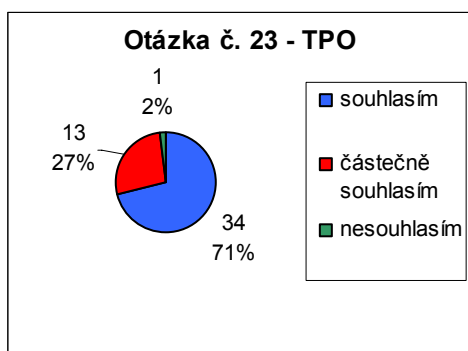
Otázka č. 22: Je třeba s ním/ní počítat ve všech osobních plánech.



Zhruba 60% respondentů z obou skupin dotazovaných volilo souhlas. Druhou nejčtenější odpovědí byl částečný souhlas. Rodiče tedy většinou souhlasí s tím, že s postiženým dítětem je potřeba počítat ve všech osobních plánech.

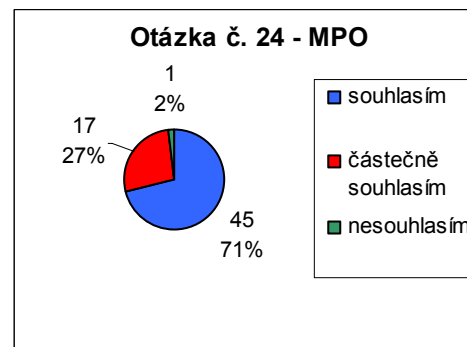
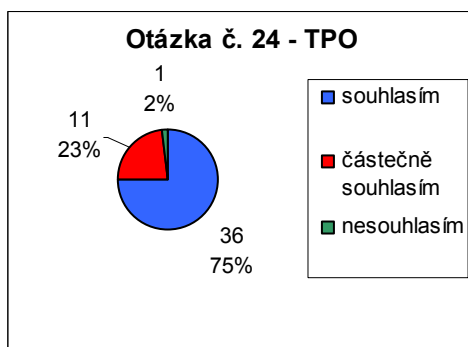
Odpovědi na tuto otázku mohou vypovídat o tom, že rodiče postiženého dítěte často mají obavy z budoucnosti svého dítěte, z jeho budoucího uplatnění na poli společenském, partnerském i pracovním. A možná právě proto si povětšinou myslí, že je třeba se svým postiženým dítětem počítat ve všech osobních plánech.

Otázka č. 23: Je třeba se o něj/ni hlavně dobře starat.



Nutnost se o postižené dítě hlavně dobře starat považuje za důležitou nad 70% respondentů a to v obou dotazovaných skupinách.

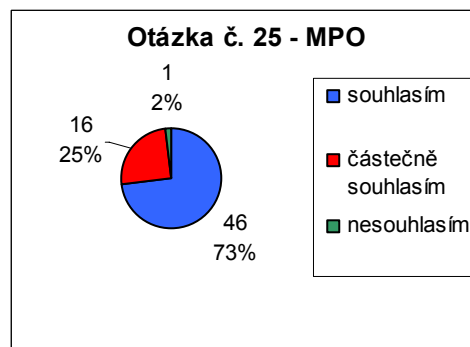
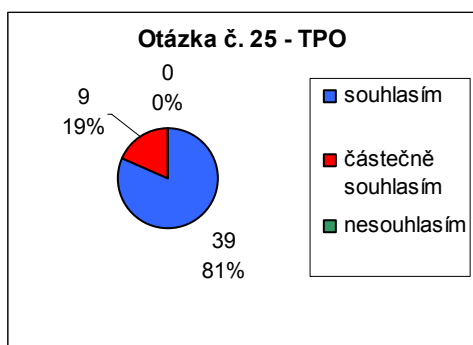
Otázka č. 24: Je třeba být důsledný, protože jinak se nic nenaučí.



U této otázky respondenti nejčastěji odpovídali souhlasně. Rodiče tedy považují důslednost za důležitý prvek při učení a osvojování si dovedností a znalostí u postižených dětí.

Rozdíl v odpovědích mezi TPO a MPO respondenty byl zhruba 4% a to u odpovědi souhlasím. MPO respondentů souhlasilo 71%, zatímco u TPO respondentů souhlas volilo 75%.

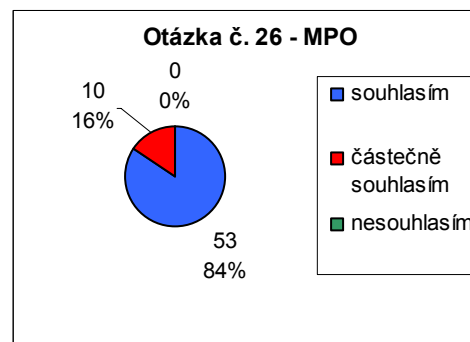
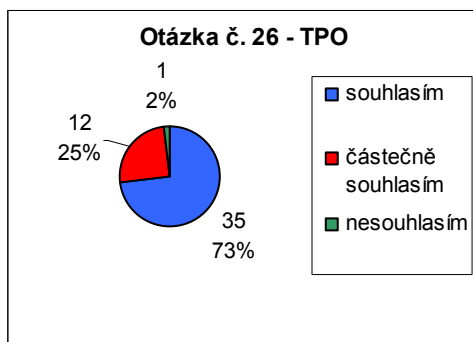
Otázka č. 25: Je vhodné, aby se o něj/ni občas staral i někdo jiný, např. babička.



Většina respondentů považuje za vhodné, aby se o dítě občas staral i někdo jiný, než sami rodiče.

Tato otázka z části navazuje na otázky č. 16 a č. 20. Všechny tři tyto otázky byly zaměřeny na časovou náročnost péče rodiče o postižené dítě. Souhrnně rodiče u těchto otázek vyjádřili, že je třeba, aby si rodič při péči o dítě zachoval i dostatek času sám pro sebe a že je vhodné, aby občas dítě bylo v péči i jiného člena rodiny.

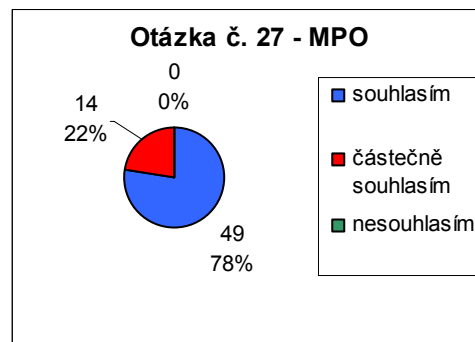
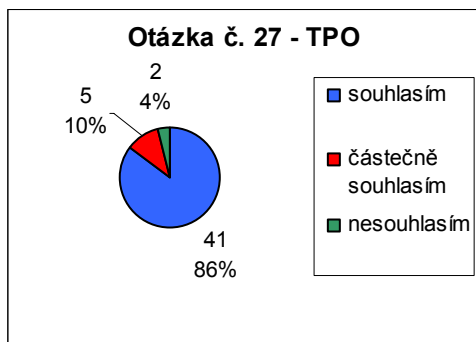
Otázka č. 26: Je třeba s ním/ní jednat citlivě.



Souhlas s citlivým přístupem vyjádřilo u této otázky největší procento dotazovaných respondentů.

U MPO respondentů projevilo souhlas o 11% více rodičů, než u TPO respondentů, což opět potvrzuje mou hypotézu o rozdílnosti přístupu k tělesně a mentálně postiženým dětem. Rodiče by častěji volili citlivý přístup k mentálně postiženému dítěti než k tělesně postiženému. Opět je zde patrný sklon k shovívavějšímu a citlivějšímu přístupu k mentálně postiženému dítěti.

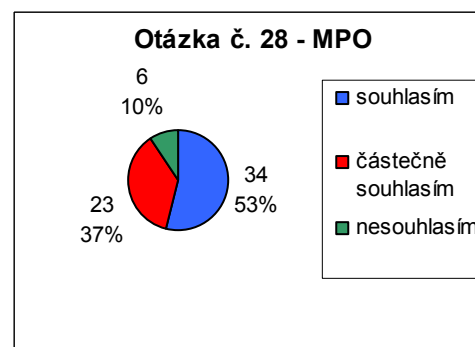
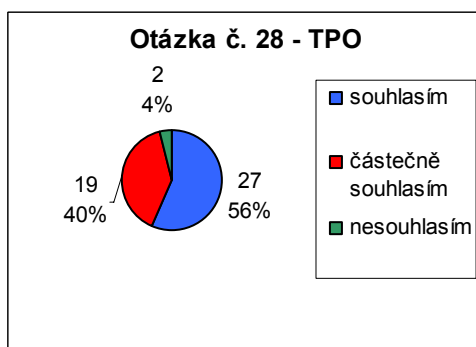
Otázka č. 27: Je třeba ho/ji naučit, když něco provede, aby si uvědomoval/a svou vinu.



U této otázky respondenti nejčastěji volili odpověď „souhlasím“.

U MPO respondentů nepatrně méně, což může opět vypovídat o větší míře benevolence vůči mentálně postiženým a o menších nárocích na chování mentálně postižených dětí.

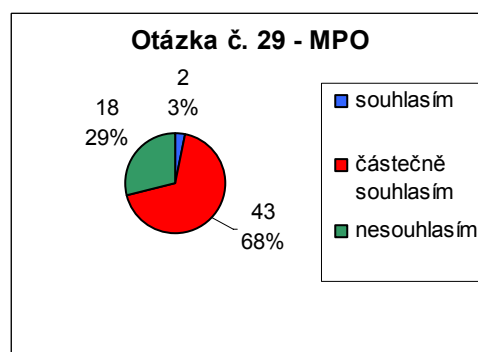
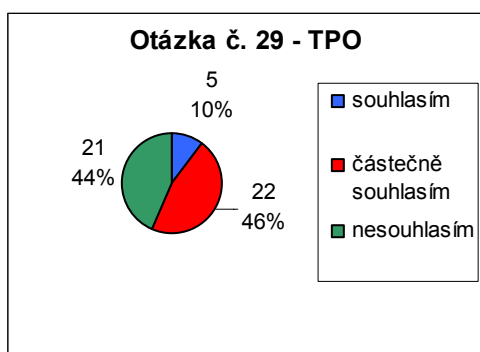
Otázka č. 28: Je vhodné ho/ji kritizovat, když je k tomu důvod.



Zhruba polovina všech dotazovaných respondentů volila souhlas s opodstatněnou kritikou. Druhou nejčastější odpovědí u této otázky byl částečný souhlas s opodstatněnou kritikou.

Nesouhlas u této otázky projevilo pouze malé procento dotazovaných respondentů. U MPO respondentů projevilo nesouhlas o 6% více dotazovaných, než u TPO respondentů, což poukazuje na tendenci ke zvýšené míře shovívavosti a tolerance k mentálně postiženým dětem.

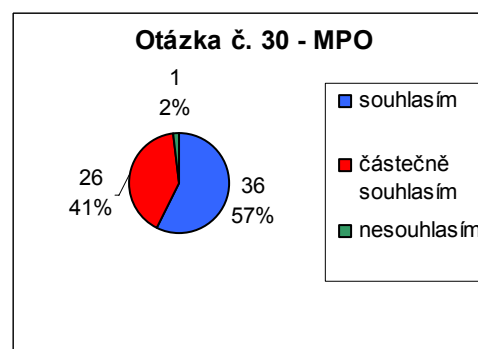
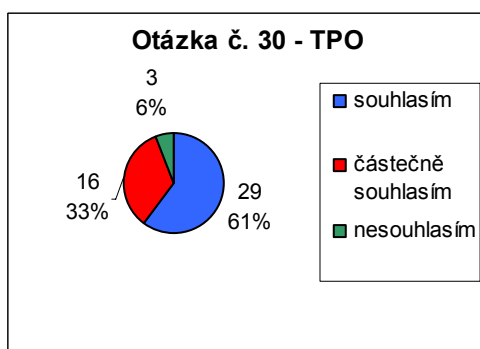
Otázka č. 29: Je třeba rozhodovat za něj/ni, čemu by se měl/a věnovat.



U této otázky respondenti nejvíce volili odpověď „částečně souhlasím“. Rodiče tedy považují za důležité spolurozhodovat o tom, čemu se dítě bude věnovat.

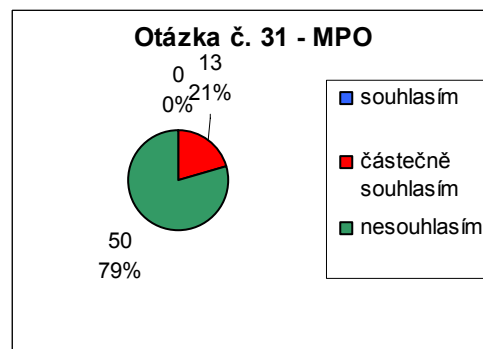
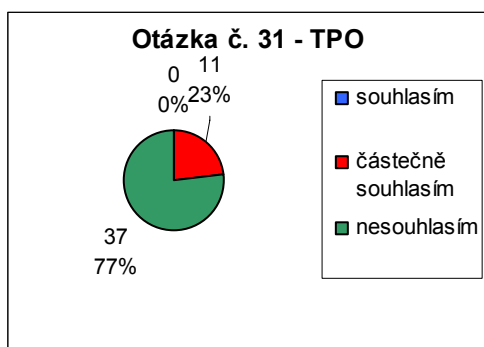
Opět u MPO respondentů bylo procento částečného souhlasu vyšší (o 22%), což by mohlo vypovídat o tendenci mentálně postižené dítě více kontrolovat a rozhodovat za něj, než u tělesně postiženého dítěte.

Otázka č. 30: Je třeba dávat pozor, aby mu/jí ostatní děti neubližovaly.



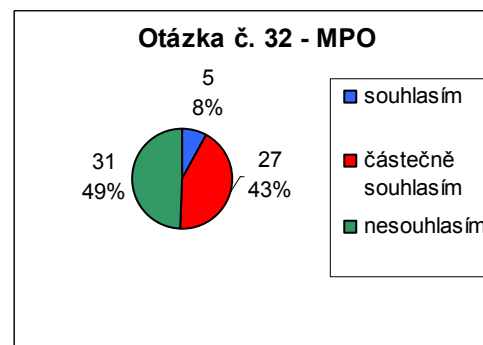
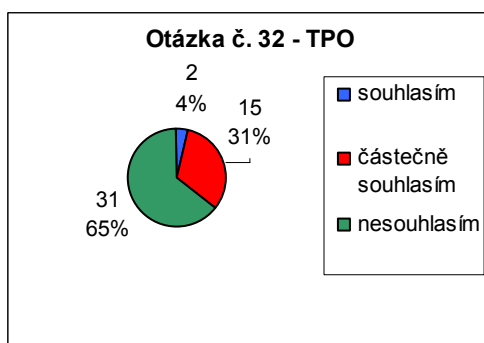
Respondenti u této otázky nejčastěji volili odpověď „souhlasím“. U TPO byl počet respondentů volících souhlas mírně vyšší (o 4%), což může svědčit o tom, že rodiče by u tělesně postiženého dítěte měli tendenci dávat větší pozor, aby mu ostatní děti neubližovali z důvodu jeho/její horší pohyblivosti a samostatnosti.

Otázka č. 31: Je třeba mu/jí poskytnout všechno, co chce.



Většina respondentů u této otázky zvolila odpověď „nesouhlasím“. Rodiče si tedy nemyslí, že je třeba postiženému dítěti poskytnout všechno co chce, jen z důvodu, že je dítě postižené.

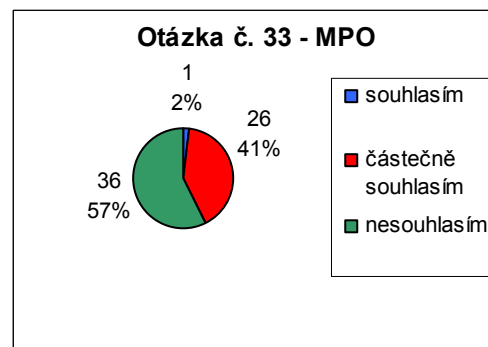
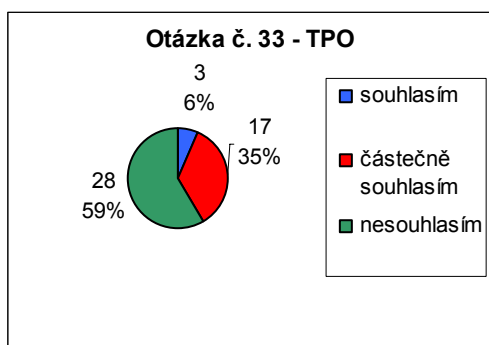
Otázka č. 32: Je třeba se mu/jí obětovat.



Dotazovaní respondenti zde nejčastěji volili odpověď „nesouhlasím“. Rodiče tedy většinou nepovažují za správné se svému jakkoli postiženému dítěti zcela obětovat.

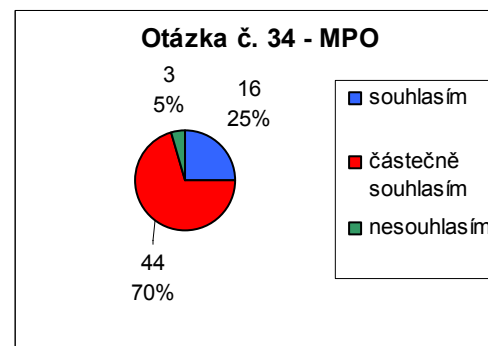
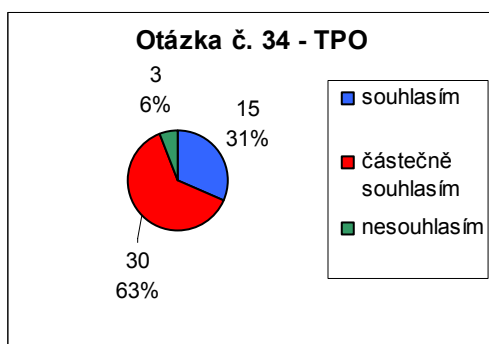
Avšak částečně souhlasilo 43% MPO respondentů oproti 31% TPO respondentům. Rodiče by se tedy částečně obětovali více mentálně postiženému dítěti, než dítěti tělesně postiženému, což opět z části potvrzuje mou hlavní hypotézu.

Otázka č. 33: Je třeba rozhodovat za něj/ni, jaké by měl/a mít kamarády.



Nadpoloviční většina respondentů si myslí, že není vhodné za své postižené dítě rozhodovat, jaké by mělo mít kamarády. Druhou nejčastější odpovědí bylo „částečně souhlasím“. Rodiče by tedy pravděpodobně chtěli vědět, jaké má dítě kamarády a s kým se stýká, avšak nepovažují za správné za své postižené dítě rozhodovat, jací kamarádi jsou pro něj/ni vhodní.

Otázka č. 34: Je třeba ho/ji nechat, aby si sám/sama rozhodl/a, co je pro něj/ni důležité.

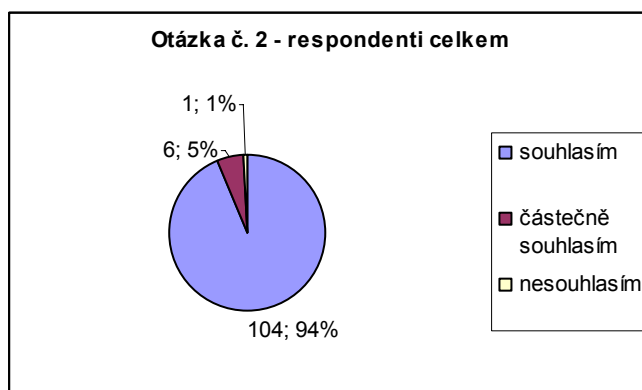


V této otázce byla respondenty nejčastěji volena odpověď „částečně souhlasím“. Rodiče by tedy chtěli dát postiženému dítěti možnost se rozhodovat, ale zároveň by chtěli částečně jeho/její rozhodování kontrolovat a vhodně korigovat.

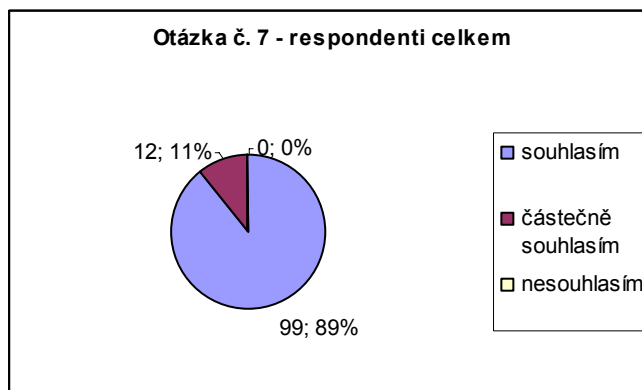
3.5.2 Vyhodnocení vybraných otázek

Má druhá hypotéza se zakládala na předpokladu, že dotazovaní, kteří již jsou sami rodiči a mají tedy s výchovou dítěte, popř. dětí určitou zkušenost, budou reagovat převážně souhlasně na otázky týkající se rozvoje a podpory schopností a dovedností jakkoli postiženého dítěte a to právě na základě svých předešlých zkušeností s výchovou. Tato hypotéza se týkala otázek č. 2, 7, 16, 17, 18 a č. 21.

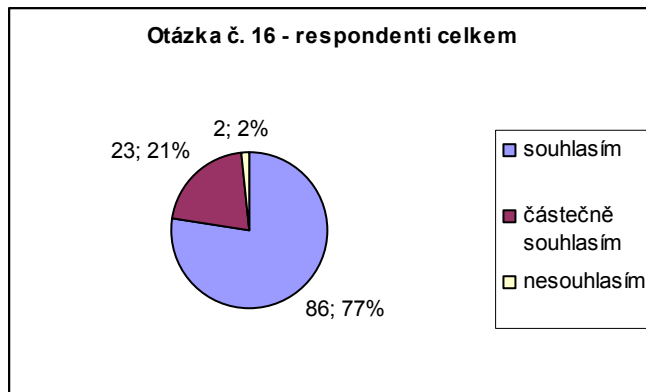
Otázka č. 2: „Je vždycky třeba mu/jí všechno dobře vysvětlit“



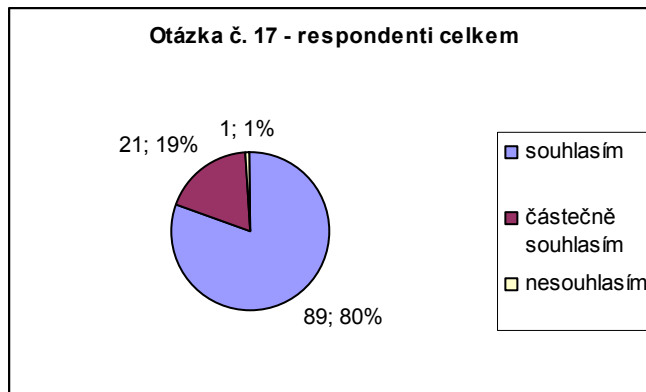
Otázka č. 7: „Je třeba ho/ji podporovat, aby něco dokázal/a.“



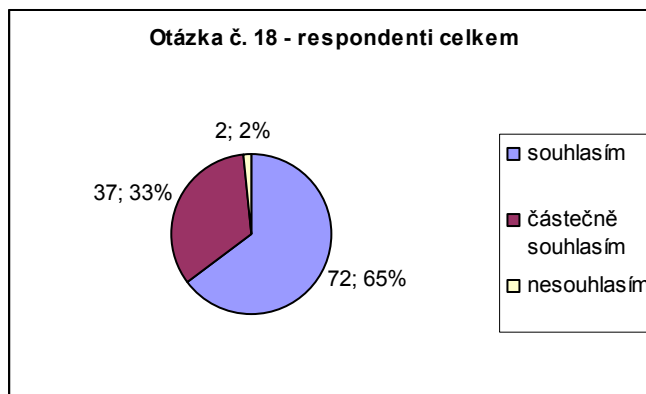
Otázka č. 16: Je třeba, aby rodič měl dost času i sám na sebe.“



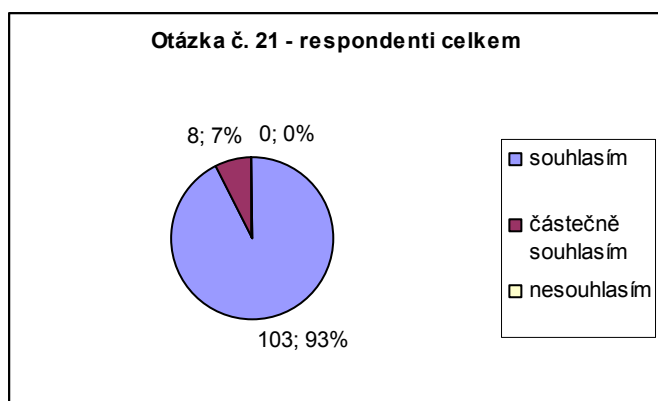
Otázka č. 17: „Je třeba mu/jí dávat najevo, jak nám na něm/ní záleží.“



Otázka č. 18: „Je třeba se mu/jí hodně věnovat, víc, než kdyby byl/a zdravý/á.“



Otázka č. 21: „Je třeba ho/ji naučit všemu, co mu/jí pomůže se osamostatnit.“



U všech šesti výše uvedených otázek z jejich grafického zpracování vyplývá, že dotazovaní respondenti v drtivé většině opravdu volili odpověď „souhlasím“.

4 ZÁVĚR

Hlavním tématem této bakalářské práce bylo zmapovat přístup laické veřejnosti k péči a výchově postižených dětí. V praktické části jsem se zaměřila na zjištění rozdílu mezi postojem k tělesně postiženému jedinci a k mentálně postiženému jedinci.

Prvotním předpokladem bylo, že dotazovaní rodiče projeví větší shovívavost a benevolenci u mentálně postižených, než u tělesně postižených. Domnívala jsem se, že budou v dotazníku týkajícím se výchovy mentálně postiženého dítěte více projevovat mírnější a citlivější přístup, že budou více ochotni se obětovat, dítě chránit, že budou mít nižší nároky a zároveň tendenci takto postižené dítě více kontrolovat a rozhodovat za něj/ni, než u tělesně postiženého dítěte.

Z uvedeného grafického zpracování jednotlivých otázek dle skupin respondentů se, s vědomím ne zcela průkazné velikosti souboru, tato hypotéza z větší části potvrdila, a to konkrétně u otázek č. 1, č. 3, č. 5, č. 6, č. 9, č. 18, č. 26, č. 27, č. 29 a č. 32, kde jsou rozdíly mezi jednotlivými skupinami respondentů nejvíce patrné. Rodiče opravdu v mnoha případech projeví obecně tolerantnější přístup k výchově mentálně postiženého dítěte, než k výchově tělesně postiženého dítěte.

Z druhé části uvedeného grafického zpracování vyplývá, že se i má druhá hypotéza z velké části potvrdila. U uvedených otázek dotazovaní rodiče opravdu nejčastěji volili odpověď „souhlasím“. Dá se předpokládat, že při vybírání odpovědí vycházeli rodiče ze svých vlastních zkušeností s výchovou a tyto zkušenosti upravovali s ohledem na fakt, že byl dotazník zaměřen na výchovu postižených dětí.

Postižení budou součástí našich životů i v budoucnu. Myslím, že je velmi důležité laickou veřejnost dostatečně informovat o jednotlivých postiženích, aby nedocházelo k prohlubování sociální izolace postižených jedinců a jejich rodin. Každé postižení s sebou přináší mnoho specifických projevů a znaků. Když si laická veřejnost na tyto projevy zvykne a přestane je považovat za něco ohrožujícího či dokonce děsivého, může to být jeden z prvních kroků k lepšímu začlenění jedné z minorit do společnosti.

5 SHRNU TÍ

V teoretické části jsem se nejdříve zaměřila na přiblížení pojmů souvisejících s postižením. Zmíněny jsou zde pojmy jako normalita, postižení, znevýhodnění a handicap. Dále jsem uvedla stručnou obecnou charakteristiku jednotlivých postižení, včetně jejich klasifikace. Určitý prostor je věnován samostatně Downovu syndromu, dětskému autismu a dětské mozkové obrně.

V teoretické části je charakterizován sociální význam jednotlivých skupin postižení. Také jsem se zaměřila na výchovné styly rodičů a na změnu výchovy právě po narození postiženého dítěte. Také jsem uvedla jednotlivé fáze adaptace rodičů na narození postiženého dítěte. Dále jsem charakterizovala pojmy integrace a segregace a uvedla jsem příklady speciálních škol a institucí pro postižené.

Pro zjištění postojů laické veřejnosti k výchově postižených dětí s důrazem kladeným na zmapování rozdílu v přístupu k mentálně a tělesně postiženému dítěti byla použita metoda dotazníkového šetření. Účelem praktické části bylo potvrzení, že u mentálně postiženého dítěte by rodiče projevovali větší míru tolerance, shovívavosti, benevolence a že by měli nižší nároky a větší tendenci se dítěti obětovat a rozhodovat za něj, než u tělesně postiženého dítěte. V rámci relativně malé zkoumané skupiny se tento předpoklad u mnohých odpovědí na jednotlivé otázky potvrdil. Tento fakt může být dán tím, že mnozí rodiče považují mentální postižení za „horší“, než postižení tělesné a proto by mentálně postiženému dítěti více odpouštěli a volili by tolerantnější styl výchovy.

Také jsem předpokládala, že respondenti, kteří jsou již sami rodiči, tj. mají už s výchovou dítěte nějaké zkušenosti, budou reagovat souhlasně na otázky týkající se rozvoje a podpory schopností a dovedností jakkoli postiženého dítěte. Tato hypotéza se týkala otázek č. 2, 7, 16, 17, 18 a 21. Dotazovaní respondenti tuto hypotézu svými odpověďmi zcela potvrdili. Důvodem by mohla být předešlá zkušenost dotazovaných s výchovou. Tato zkušenost mohla velmi ovlivnit jednotlivé odpovědi. Pokud má dotazovaný s výchovou vlastní zkušenosti, odpovídá na otázky právě na základě těchto zkušeností z praxe.

6 SUMMARY

Zjišťování postojů laické veřejnosti k výchově postižených dětí

Detection of attitude of laical public towards education of handicapped children

Aneta Sluková

The theoretical part of my work concerns approach of definitions associated with handicap. I mentioned definitions of normality, disablement and defect. I also mentioned short characteristics of physical handicap, mentally affected or sense disablement. I focused on some types of disablement. I also described social meaning of each type of disablement, parental attitudes and styles of education and how does all these things change, after birth of children with disablement. I further describe definitions of integration, segregation and some special schools and institutions for children with disablement.

I used questionnaire for detection of attitudes laical public towards education of handicapped children with accent to chart differences between attitudes towards mentally affected and physical handicap children. The purpose of the practical part was confirmation, where parents would be more tolerant and forgiving to mental affected children than to physically handicapped children. The evaluation of each question from my questionnaire partly confirmed my premise. It can be caused by different parental attitudes to physical and mental handicap. Parents could think the mental handicap is “worse” than physical handicap.

Each informant was already parent, so he/she already has some experiences with education. That’s the reason why I also hypothesize their agreeing answers to questions n. 2, 7, 16, 17, 18 and 21. These questions were focused on development and support of possibilities and acquirements of somehow handicapped children. Informants almost absolutely confirmed this hypothesis by their answers.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Prevendárová, J., **Rodina s postihnutým dieťaťom**, vyd. Psyhoprof, Nové Zámky, 1998
2. Vágnerová, M., **Psychopatologie pro pomáhající profese**, vyd. Portál, Praha 2004
3. Matějček, Z., **Co, kdy a jak ve výchově dětí**, vyd. Portál, Praha 1996
4. Říčan, Krejčířová a kol., **Dětská klinická psychologie**, vyd. Grada, Praha 2006
5. Chvátalová, L., **Jak se žije dětem s postižením**, vyd. Portál, Praha 2001
6. Krejčířová, D., **Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy**, vyd. Grada, Praha 1997
7. Matějček, Z., **Co děti nejvíce potřebují**, vyd. Portál, Praha 1994
8. Jesenský J., Janiš K. a kol., **Malý slovník pomáhajících profesí**, vyd. Gaudeamus, Hradec Králové 2004
9. Vysokajová, M., **Hospodářská, sociální a kulturní práva a zdravotně postižení**, vyd. Karolinum, Praha, 2000
10. Selikowitz, M., **Downův syndrom**, vyd. Portál, Praha 2005
11. Michalík J., **Školská integrace dětí s postižením**, vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 1999
12. Jesenský, J., **Integrace postižených - jev u nás neznámý?**, vyd. Karolinum, Praha, 1995
13. **Slovník cizích slov**, vyd. Encyklopedický dům, Praha, 1993
14. <http://www.special.cz/oaza>
15. <http://www.spmp.cz>
16. <http://www.apla.cz>
17. <http://www.svaztp.cz>
18. <http://pps.wz.cz> (Psychopedická společnost)
19. <http://www.paraple.cz>
20. <http://lorm.cz>
21. **Oddělení informací a Informační centrum pro mládež** (<http://www.icm.cz>) je jedním z oddělení **Národního institutu dětí a mládeže** (<http://www.nidm.cz>) Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (<http://www.msmt.cz>)

Dotazník

Jednotlivé otázky se v obou variantách dotazníku shodovaly. Lišil se pouze úvod.

Výchovný přístup k mentálně postiženému dítěti

Milí rodiče, na dalších stránkách je řada výroků, které říkají, jak by se rodič mohl chovat ke svému mentálně postiženému dítěti přibližně ve věku 10 let. Přečtěte si pečlivě každý bod a zamyslete se nad ním, do jaké míry byste s ním souhlasili, když jde o výchovu dítěte, které není schopné chápat totéž, co zdravé dítě. Vyjádřete míru svého souhlasu či nesouhlasu s každým tvrzením označením křížkem jedné z variant: souhlasím, částečně souhlasím či nesouhlasím. Jde především o Váš osobní názor, jak si myslíte, že by bylo nejvhodnější takové dítě vychovávat.

Výchovný přístup k tělesně postiženému dítěti

Milí rodiče, na dalších stránkách je řada výroků, které říkají, jak by se rodič mohl chovat ke svému závažně tělesně postiženému dítěti přibližně ve věku 10 let. Přečtěte si pečlivě každý bod a zamyslete se nad tím, do jaké míry byste s ním souhlasili, když jde o výchovu dítěte není zcela zdravé, nemůže se samo pohybovat, protože je na vozíku. Vyjádřete míru svého souhlasu či nesouhlasu s každým tvrzením označením křížkem jedné z variant: souhlasím, částečně souhlasím či nesouhlasím. Jde především o Váš osobní názor, jak si myslíte, že by bylo nejvhodnější takové dítě vychovávat.

Následující část byla pro oba dotazníky společná:

Vyplňte, prosím, ještě několik údajů o Vás:

Jste: 1. muž, 2. žena (zakroužkujte číslo)

Váš věk:

Počet Vašich vlastních dětí:

Jejich věk:

Máte nějakou vlastní zkušenost s výchovou postiženého dítěte: 1. ano, 2. ne

		souhlasím	částečně souhlasím	nesouhlasím
1.	Je třeba ho/ji pokárat, když se nechová tak, jak má.			
2.	Je vždycky třeba mu/jí všechno dobře vysvětlit			
3.	Je třeba vědět o všem, co dělá.			
4.	Je vhodné, aby si bral/a kamarády domů.			
5.	Když je to nutné, je na něj/ni vhodné i křiknout.			
6.	Je třeba ho/ji vychovávat tvrdě, protože život se s ním/ní nebude mazlit.			
7.	Je třeba ho/ji podporovat, aby něco dokázal/a.			

8.	Je nutné mu/jí odpustit, co provede, protože to má v životě těžší.			
9.	Je nutné zajistit, aby nebyl/a přetěžován/a.			
10.	Je nutné ho/ji potrestat, když něco provede.			
11.	Je třeba vědět, jací jsou jeho/její kamarádi.			
12.	Je vhodné mu/jí říkat i nepříjemné věci.			
13.	Je třeba ho/ji hlavně chválit a povzbuzovat.			
14.	Je třeba mu/jí ve všem pomáhat.			
15.	Je třeba ho/ji ochraňovat před problémy.			
16.	Je třeba, aby rodič měl dost času i sám na sebe.			
17.	Je třeba mu/jí dávat najevo, jak nám na něm/ní záleží.			
18.	Je třeba se mu/jí hodně věnovat, víc, neb kdyby byl/a zdravý/á.			
19.	Když se špatně chová, je třeba mu/jí to dát najevo.			
20.	Je třeba být neustále s ním/ní.			
21.	Je třeba ho/ji naučit všemu, co mu/jí pomůže se osamostatnit.			
22.	Je třeba s ním/ní počítat ve všech osobních plánech.			
23.	Je třeba se o něj/ni hlavně dobře starat.			
24.	Je třeba být důsledný, protože jinak se nic nenaučí.			
25.	Je vhodné, aby se o něj/ni občas staral i někdo jiný, např. babička.			
26.	Je třeba s ním/ní jednat citlivě.			
27.	Je třeba ho/ji naučit, když něco provede, aby si uvědomoval/a svou vinu.			
28.	Je vhodné ho/ji kritizovat, když je k tomu důvod.			
29.	Je třeba rozhodovat za něj/ni, čemu by se měl/a věnovat.			
30.	Je třeba dávat pozor, aby mu/jí ostatní děti neubližovaly.			
31.	Je třeba mu/jí poskytnout všechno, co chce.			
32.	Je třeba se mu/jí obětovat.			
33.	Je třeba rozhodovat za něj/ni, jaké by měl/a mít kamarády.			
34.	Je třeba ho/ji nechat, aby si sám/sama rozhodl/a, co je pro něj/ni důležité.			

Priloha_c._2_MPo-tabulka

p. číslo	pohlaví	věk	pocet dětí	věk dětí	zkuš.	ot. 1	ot. 2	ot. 3	ot. 4	ot. 5	ot. 6	ot. 7	ot. 8	ot. 9	ot. 10	ot. 11	ot. 12	ot. 13	ot. 14
1	žena	38	1	12	ne	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2
2	muž	38	2	15, 18	ne	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3
3	žena	32	2	5, 12	ne	1	3	3	3	2	1	3	2	1	1	3	3	3	3
4	žena	51	2	2, 12	ne	2	3	3	3	2	1	3	3	3	2	3	2	3	3
5	žena	43	2	15, 24	ne	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	žena	37	1	12	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3
7	žena	38	1	13	ne	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2
8	žena	37	1	12	ne	2	3	2	3	2	2	3	1	2	2	3	3	3	1
9	žena	37	2	7, 12	ne	2	3	3	2	1	1	3	2	3	1	3	3	3	3
10	žena	41	2	12, 18	ne	2	3	3	3	2	1	3	1	3	2	3	3	3	3
11	žena	36	3	1, 6, 12	ne	2	3	3	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3
12	žena	42	2	12, 18	ne	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2
13	žena	33	1	12	ne	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2
14	žena	38	2	12, 16	ne	2	3	2	3	2	1	3	2	1	2	2	2	3	3
15	žena	39	2	11, 15	ne	3	3	2	3	3	1	3	1	2	3	3	3	2	1
16	žena	34	2	10, 14	ne	2	3	2	3	2	2	3	1	3	2	3	3	2	2
17	žena	38	3	11, 15, 16	ne	2	3	3	2	1	1	3	2	3	2	3	2	3	3
18	žena	40	2	12, 15	ne	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3
19	žena	43	2	15, 17	ne	2	2	3	3	2	1	2	2	3	2	3	2	1	2
20	žena	50	3	15, 26, 28	ne	2	3	3	3	2	2	2	1	2	1	3	2	3	2
21	žena	40	2	14, 20	ne	2	3	3	3	2	2	3	1	2	2	3	2	3	2
22	muž	40	2	13, 15	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	3	2	3	2	3	2
23	žena	37	1	15	ne	3	3	2	3	2	1	3	2	3	3	3	2	3	2
24	muž	45	2	14, 15	ne	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2
25	žena	38	2	15, 17	ne	2	3	3	2	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3
26	žena	40	2	2, 15	ano	3	3	2	3	3	1	2	2	2	2	3	3	3	2
27	žena	39	2	15, 19	ano	3	3	2	3	3	2	2	1	2	3	3	3	3	2
28	muž	41	2	15, 18	ano	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3
29	muž	51	1	14	ne	2	3	2	3	3	1	3	2	3	2	3	2	3	1
30	žena		1		ne	1	3	3	3	2	1	3	3	2	1	3	3	3	1
31	muž	37	2	8, 14	ne	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2
32	žena	43	3	1, 15, 18	ne	2	3	3	3	2	1	3	1	3	2	3	3	3	2
33	žena	37	2	6, 14	ne	1	3	3	3	2	1	3	2	3	1	3	2	3	3
34	žena	43	2	15, 18	ne	3	3	3	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3
35	žena	48	2	14, 28	ne	2	3	2	3	1	1	2	2	3	2	3	3	3	2
36	žena	39	1	14	ne	3	3	3	2	3	1	3	2	3	2	3	2	3	3
37	muž	38	0		0	1	3	3	3	2	1	3	2	2	2	3	3	3	2
38	muž	42	2	14, 17	ne	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3
39	žena	48	2	15, 17	ne	3	3	3	2	2	1	3	2	3	2	3	3	3	2
40	žena	45	2	11, 15	ano	2	3	3	2	3	1	2	2	2	2	3	3	3	2
41	žena	41	2	15, 18	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3
42	žena	36	2	10, 11	ne	2	3	3	3	2	1	3	3	3	1	3	3	3	2
43	žena	37	2	7, 10	0	3	3	3	3	1	1	3	2	3	2	3	3	3	3
44	žena	37	2	11, 13	ne	2	3	3	3	2	1	3	2	3	2	3	2	3	3
45	žena	35	2	1, 11	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	2
46	muž	48	2	14, 24	ne	2	1	2	3	2	1	3	2	3	2	2	3	3	1
47	muž	33	2	1, 5	ne	2	3	3	3	1	1	3	3	3	1	3	2	3	3
48	žena	38	2	10, 11	ne	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2
49	žena	36	1	12	ne	2	3	3	3	2	1	3	1	2	1	3	3	3	2
50	muž	49	2	12, 22	ne	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2
51	žena	38	3	6, 10, 11	ne	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3	2	3	2
52	žena		2		ano	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2
53	žena	42	2	12, 16	ano	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	3	3	3	1
54	muž	44	4	5, 7, 11, 17	0	2	3	2	3	3	1	3	3	3	2	2	3	3	2
55	žena	40	2	12, 17	ne	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
56	muž	44	2	1, 12	ne	2	3	3	3	3	1	3	2	2	2	3	3	3	3
57	žena	43	2	9, 12	ne	1	3	3	3	2	1	3	3	3	1	3	3	3	2
58	žena	45	2	13, 24	ne	2	3	3	2	3	1	3	2	3	2	3	2	3	3
59	žena	45	2	12, 19	0	3	3	2	3	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3
60	muž	38	1	12	ne	2	3	2	3	3	1	3	2	3	2	3	2	3	2
61	žena	38	1	12	ano	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2
62	žena	42	1	15	ne	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2
63	muž	35	2	5, 8	ne	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2

LEGENDA: 3="souhlasím"; 2="částečně souhlasím"; 1="nesouhlasím"

Priloha_c._2_MPo-tabulka

p. číslo	pohlaví	věk	pocet dětí	věk dětí	zkuš.	ot. 15	ot. 16	ot. 17	ot. 18	ot. 19	ot. 20	ot. 21	ot. 22	ot. 23	ot. 24	ot. 25	ot. 26	ot. 27	ot. 28
1	žena	38	1	12	ne	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3
2	muž	38	2	15, 18	ne	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2
3	žena	32	2	5, 12	ne	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1
4	žena	51	2	2, 12	ne	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3
5	žena	43	2	15, 24	ne	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
6	žena	37	1	12	ne	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	žena	38	1	13	ne	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
8	žena	37	1	12	ne	2	3	3	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	2
9	žena	37	2	7, 12	ne	1	3	3	2	3	1	3	2	2	3	3	3	2	3
10	žena	41	2	12, 18	ne	2	3	3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	2	2
11	žena	36	3	1, 6, 12	ne	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
12	žena	42	2	12, 18	ne	1	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	2
13	žena	33	1	12	ne	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3
14	žena	38	2	12, 16	ne	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	1
15	žena	39	2	11, 15	ne	1	3	3	2	3	1	2	2	1	2	3	3	3	3
16	žena	34	2	10, 14	ne	1	2	3	2	3	1	3	2	3	3	2	2	3	3
17	žena	38	3	11, 15, 16	ne	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2
18	žena	40	2	12, 15	ne	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3
19	žena	43	2	15, 17	ne	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2
20	žena	50	3	15, 26, 28	ne	2	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
21	žena	40	2	14, 20	ne	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
22	muž	40	2	13, 15	ne	1	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2
23	žena	37	1	15	ne	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3
24	muž	45	2	14, 15	ne	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
25	žena	38	2	15, 17	ne	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2
26	žena	40	2	2, 15	ano	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	3	2	3	3
27	žena	39	2	15, 19	ano	2	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3
28	muž	41	2	15, 18	ano	2	3	3	2	3	2	3	1	2	2	3	3	2	2
29	muž	51	1	14	ne	2	3	3	2	3	1	2	3	2	1	3	3	3	3
30	žena		1		ne	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
31	muž	37	2	8, 14	ne	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3
32	žena	43	3	1, 15, 18	ne	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
33	žena	37	2	6, 14	ne	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	2	1
34	žena	43	2	15, 18	ne	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
35	žena	48	2	14, 28	ne	2	3	3	2	3	1	3	2	2	2	3	3	3	2
36	žena	39	1	14	ne	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2
37	muž	38	0		0	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	1
38	muž	42	2	14, 17	ne	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
39	žena	48	2	15, 17	ne	2	3	3	3	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3
40	žena	45	2	11, 15	ano	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
41	žena	41	2	15, 18	ne	3	3	3	1	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3
42	žena	36	2	10, 11	ne	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
43	žena	37	2	7, 10	0	2	3	3	3	2	1	3	3	3	2	3	3	3	2
44	žena	37	2	11, 13	ne	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2
45	žena	35	2	1, 11	ne	1	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
46	muž	48	2	14, 24	ne	2	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3
47	muž	33	2	1, 5	ne	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1
48	žena	38	2	10, 11	ne	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
49	žena	36	1	12	ne	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2
50	muž	49	2	12, 22	ne	1	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3
51	žena	38	3	6, 10, 11	ne	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2
52	žena		2		ano	1	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3
53	žena	42	2	12, 16	ano	2	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	3
54	muž	44	4	5, 7, 11, 17	0	2	2	3	3	2	1	2	3	2	2	2	3	2	1
55	žena	40	2	12, 17	ne	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3
56	muž	44	2	1, 12	ne	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2
57	žena	43	2	9, 12	ne	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
58	žena	45	2	13, 24	ne	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
59	žena	45	2	12, 19	0	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
60	muž	38	1	12	ne	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2
61	žena	38	1	12	ano	1	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2
62	žena	42	1	15	ne	1	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3
63	muž	35	2	5, 8	ne	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2

LEGENDA: 3="souhlasím"; 2="částečně souhlasím"; 1="nesouhlasím"

Priloha_c._2_MPo-tabulka

p. číslo	pohlaví	věk	počet dětí	věk dětí	zkuš.	ot. 29	ot. 30	ot. 31	ot. 32	ot. 33	ot. 34
1	žena	38	1	12	ne	2	3	1	2	1	2
2	muž	38	2	15, 18	ne	2	2	1	1	2	3
3	žena	32	2	5, 12	ne	2	3	2	2	1	2
4	žena	51	2	2, 12	ne	2	2	1	1	2	2
5	žena	43	2	15, 24	ne	3	3	2	3	2	2
6	žena	37	1	12	ne	2	3	2	3	2	2
7	žena	38	1	13	ne	1	3	1	2	1	3
8	žena	37	1	12	ne	2	2	1	1	1	3
9	žena	37	2	7, 12	ne	2	2	1	1	1	3
10	žena	41	2	12, 18	ne	2	3	1	1	1	2
11	žena	36	3	1, 6, 12	ne	2	3	1	2	1	2
12	žena	42	2	12, 18	ne	1	2	1	1	1	3
13	žena	33	1	12	ne	1	3	1	2	1	2
14	žena	38	2	12, 16	ne	2	3	1	1	1	3
15	žena	39	2	11, 15	ne	2	2	1	1	1	2
16	žena	34	2	10, 14	ne	2	2	1	1	2	2
17	žena	38	3	11, 15, 16	ne	2	2	1	1	2	2
18	žena	40	2	12, 15	ne	2	3	1	1	1	1
19	žena	43	2	15, 17	ne	2	3	1	2	2	1
20	žena	50	3	15, 26, 28	ne	2	1	1	2	2	2
21	žena	40	2	14, 20	ne	1	2	1	1	1	3
22	muž	40	2	13, 15	ne	2	2	2	2	2	2
23	žena	37	1	15	ne	2	2	1	1	1	2
24	muž	45	2	14, 15	ne	1	3	1	2	1	2
25	žena	38	2	15, 17	ne	3	3	1	2	2	1
26	žena	40	2	2, 15	ano	1	3	1	1	2	2
27	žena	39	2	15, 19	ano	2	2	2	2	2	2
28	muž	41	2	15, 18	ano	1	2	1	1	1	3
29	muž	51	1	14	ne	2	2	1	1	1	2
30	žena		1		ne	2	3	1	2	2	2
31	muž	37	2	8, 14	ne	2	2	1	2	2	2
32	žena	43	3	1, 15, 18	ne	2	3	1	2	1	3
33	žena	37	2	6, 14	ne	2	3	2	2	1	3
34	žena	43	2	15, 18	ne	1	3	2	2	2	2
35	žena	48	2	14, 28	ne	1	2	1	1	1	3
36	žena	39	1	14	ne	1	3	1	1	1	3
37	muž	38	0		0	2	3	1	2	2	2
38	muž	42	2	14, 17	ne	2	3	1	2	1	2
39	žena	48	2	15, 17	ne	2	3	1	1	1	2
40	žena	45	2	11, 15	ano	2	2	2	1	2	2
41	žena	41	2	15, 18	ne	1	3	1	1	2	2
42	žena	36	2	10, 11	ne	2	2	2	1	1	2
43	žena	37	2	7, 10	0	1	2	1	1	1	2
44	žena	37	2	11, 13	ne	2	3	2	3	2	2
45	žena	35	2	1, 11	ne	1	3	1	1	1	3
46	muž	48	2	14, 24	ne	1	2	1	1	1	2
47	muž	33	2	1, 5	ne	2	3	2	3	3	2
48	žena	38	2	10, 11	ne	2	3	1	2	2	2
49	žena	36	1	12	ne	1	2	1	1	1	2
50	muž	49	2	12, 22	ne	2	2	1	2	1	2
51	žena	38	3	6, 10, 11	ne	1	3	1	2	1	3
52	žena		2		ano	2	2	1	1	1	3
53	žena	42	2	12, 16	ano	1	3	1	2	1	3
54	muž	44	4	5, 7, 11, 17	0	2	3	1	1	2	2
55	žena	40	2	12, 17	ne	2	3	1	2	2	2
56	muž	44	2	1, 12	ne	2	3	1	3	2	2
57	žena	43	2	9, 12	ne	2	3	2	1	2	2
58	žena	45	2	13, 24	ne	2	2	1	2	2	2
59	žena	45	2	12, 19	0	2	3	2	2	2	2
60	muž	38	1	12	ne	2	2	1	1	1	2
61	žena	38	1	12	ano	1	2	1	1	1	2
62	žena	42	1	15	ne	2	3	1	2	1	2
63	muž	35	2	5, 8	ne	2	3	1	2	1	2

LEGENDA: 3="souhlasím"; 2="částečně souhlasím"; 1="nesouhlasím"

Priloha_c._2_TPO-tabulka

p. číslo	pohlaví	věk	pocet dětí	věk dětí	zkuš.	ot. 1	ot. 2	ot. 3	ot. 4	ot. 5	ot. 6	ot. 7	ot. 8	ot. 9	ot. 10	ot. 11
1	žena	40	2	6, 10	ne	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2
2	žena	41	3	10, 17, 20	ano	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
3	žena	47	4	7, 10, 26, 28	ne	2	3	3	3	1	1	3	2	3	1	3
4	žena	40	2	6, 10	ne	3	3	3	3	2	1	3	1	2	3	3
5	žena	35	2	2, 11	ne	2	3	3	2	2	1	3	2	3	1	3
6	žena	38	1	11	ne	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3
7	muž	53	2	5, 11	ne	2	3	2	2	2	1	3	2	2	1	3
8	žena	33	2	10, 14	ne	2	3	3	3	1	1	3	2	1	1	3
9	žena	29	1	10	ne	2	3	3	3	2	1	3	1	2	3	3
10	žena	41	2	10, 18	ne	3	3	2	3	2	1	3	1	1	2	3
11	žena	43	6	1, 3, 6, 14, 15, 20	ne	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	3
12	žena	35	3	7, 10, 14	ne	3	3	3	2	3	1	3	1	3	2	3
13	žena	39	1	11	ne	3	3	3	2	2	1	3	2	3	3	3
14	žena	46	1	10	ne	3	3	3	3	3	1	3	2	3	2	3
15	žena	36	2	7, 10	ne	1	3	1	3	3	2	3	2	1	1	3
16	žena	37	2	11, 16	ne	3	3	2	3	3	1	3	1	2	3	3
17	žena	35	1	10	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	2	2	3
18	žena	40	2	10, 10	ne	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
19	žena	40	2	12, 15	ne	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3
20	žena	43	2	15, 17	ne	2	2	3	3	2	1	3	2	2	2	3
21	žena	50	3	15, 26, 28	ne	2	3	3	3	2	2	2	1	2	1	3
22	žena	40	2	16, 20	ne	2	3	3	3	2	2	3	1	2	2	3
23	žena	37	2	13, 15	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	3	2	3
24	žena	37	1	15	ne	3	3	2	3	2	1	3	2	3	3	3
25	žena	42	2	14, 15	ne	3	3	2	3	3	2	3	1	2	3	3
26	žena	38	2	15, 17	ne	2	3	3	2	3	1	3	3	3	2	3
27	žena	40	2	2, 15	ano	3	3	2	3	3	1	2	2	2	2	3
28	žena	39	2	15, 19	ano	3	2	3	3	3	2	2	1	3	3	2
29	muž	44	2	11, 15	ne	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3
30	žena	34	2	10, 14	ne	2	3	2	3	2	2	3	1	3	2	3
31	žena	38	3	11, 15, 16	ne	2	3	3	2	1	1	3	2	3	2	3
32	žena	41	2	13, 15	ne	2	3	3	3	2	1	3	1	2	3	3
33	žena	42	2	13, 15	ne	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3
34	žena	45	2	14, 17	ne	3	3	3	2	3	2	3	1	2	3	2
35	žena	42	2	13, 15	ne	3	3	2	3	3	1	3	1	3	2	2
36	žena	40	2	2, 18	ne	1	3	3	3	2	2	3	1	2	3	3
37	žena	44	2	13, 16	ne	3	3	3	3	1	1	3	2	3	2	3
38	žena	43	2	13, 16	ne	2	3	3	3	3	1	3	2	3	1	3
39	žena	42	1	13	ne	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3
40	žena	43	1	14	ne	3	3	2	3	2	1	3	2	1	2	2
41	žena	32	2	1, 6	ne	3	3	3	3	3	2	3	1	2	3	3
42	žena	34	1	12	ne	2	3	2	3	3	1	3	1	2	3	3
43	muž	33	2	6, 9	ne	3	3	2	2	3	3	3	1	3	3	3
44	žena	36	2	3, 8	ne	3	3	2	3	3	2	3	1	1	3	2
45	muž	41	4	1, 4, 14, 14	ne	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
46	žena	38	2	8, 10	ne	2	3	3	2	1	1	3	3	3	1	3
47	žena	46	3	7, 14, 21	ano	3	3	2	3	3	2	3	1	2	3	3
48	žena	32	1	12	ne	3	3	2	3	3	1	3	1	1	2	2

LEGENDA: 3="souhlasím; 2="částečně souhlasím; 1="nesouhlasím"

Priloha_c._2_TPO-tabulka

p. číslo	pohlaví	věk	pocet dětí	věk dětí	zkuš.	ot. 12	ot. 13	ot. 14	ot. 15	ot. 16	ot. 17	ot. 18	ot. 19	ot. 20	ot. 21	ot. 22	ot. 23
1	žena	40	2	6, 10	ne	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2
2	žena	41	3	10, 17, 20	ano	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2
3	žena	47	4	7, 10, 26, 28	ne	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3
4	žena	40	2	6, 10	ne	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	2
5	žena	35	2	2, 11	ne	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3
6	žena	38	1	11	ne	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2
7	muž	53	2	5, 11	ne	2	3	2	1	2	3	1	2	1	3	2	1
8	žena	33	2	10, 14	ne	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
9	žena	29	1	10	ne	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
10	žena	41	2	10, 18	ne	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3
11	žena	43	6	1, 3, 6, 14, 15, 20	ne	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3
12	žena	35	3	7, 10, 14	ne	3	3	3	2	3	3	2	3	1	3	3	3
13	žena	39	1	11	ne	2	3	2	1	3	3	2	3	1	3	3	2
14	žena	46	1	10	ne	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3
15	žena	36	2	7, 10	ne	3	3	1	1	2	3	2	3	1	3	3	3
16	žena	37	2	11, 16	ne	2	3	2	1	3	3	3	3	1	3	3	3
17	žena	35	1	10	ne	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3
18	žena	40	2	10, 10	ne	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3
19	žena	40	2	12, 15	ne	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2
20	žena	43	2	15, 17	ne	3	1	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3
21	žena	50	3	15, 26, 28	ne	2	3	2	2	2	3	2	3	1	3	3	3
22	žena	40	2	16, 20	ne	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3
23	žena	37	2	13, 15	ne	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
24	žena	37	1	15	ne	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3
25	žena	42	2	14, 15	ne	3	3	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3
26	žena	38	2	15, 17	ne	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
27	žena	40	2	2, 15	ano	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	1	2
28	žena	39	2	15, 19	ano	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3
29	muž	44	2	11, 15	ne	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
30	žena	34	2	10, 14	ne	3	2	2	1	2	3	2	3	1	3	2	3
31	žena	38	3	11, 15, 16	ne	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3
32	žena	41	2	13, 15	ne	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3
33	žena	42	2	13, 15	ne	3	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3
34	žena	45	2	14, 17	ne	2	3	2	2	3	3	2	3	1	3	2	2
35	žena	42	2	13, 15	ne	2	3	2	1	3	3	2	3	1	3	3	2
36	žena	40	2	2, 18	ne	3	3	3	1	3	3	2	3	1	3	2	3
37	žena	44	2	13, 16	ne	2	3	1	1	3	3	2	3	1	3	3	3
38	žena	43	2	13, 16	ne	3	3	2	2	3	3	3	3	1	3	2	3
39	žena	42	1	13	ne	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3
40	žena	43	1	14	ne	2	2	1	1	3	2	2	3	1	3	2	2
41	žena	32	2	1, 6	ne	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3
42	žena	34	1	12	ne	3	2	2	1	3	3	3	3	1	3	2	2
43	muž	33	2	6, 9	ne	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3
44	žena	36	2	3, 8	ne	3	2	1	1	3	3	3	3	1	2	2	3
45	muž	41	4	1, 4, 14, 14	ne	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3
46	žena	38	2	8, 10	ne	2	3	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3
47	žena	46	3	7, 14, 21	ano	3	2	2	2	3	3	2	3	1	3	1	2
48	žena	32	1	12	ne	3	2	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3

LEGENDA: 3="souhlasím; 2="částečně souhlasím; 1="nesouhlasím"

Priloha_c._2_TPO-tabulka

p. číslo	pohlaví	věk	pocet dětí	věk dětí	zkuš.	ot. 24	ot. 25	ot. 26	ot. 27	ot. 28	ot. 29	ot. 30	ot. 31	ot. 32	ot. 33	ot. 34
1	žena	40	2	6, 10	ne	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	3
2	žena	41	3	10, 17, 20	ano	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2
3	žena	47	4	7, 10, 26, 28	ne	3	3	2	3	3	2	3	1	1	1	1
4	žena	40	2	6, 10	ne	2	3	3	3	3	1	3	1	1	1	3
5	žena	35	2	2, 11	ne	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	2
6	žena	38	1	11	ne	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
7	muž	53	2	5, 11	ne	2	3	1	2	2	2	1	1	1	2	1
8	žena	33	2	10, 14	ne	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3
9	žena	29	1	10	ne	3	3	2	3	2	1	3	2	2	1	2
10	žena	41	2	10, 18	ne	3	3	3	3	1	1	2	1	1	1	3
11	žena	43	6	1, 3, 6, 14, 15, 20	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	2	1	2
12	žena	35	3	7, 10, 14	ne	3	3	3	3	2	3	3	2	1	1	3
13	žena	39	1	11	ne	1	3	3	3	2	1	3	1	1	1	2
14	žena	46	1	10	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	1	1	2
15	žena	36	2	7, 10	ne	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1	2
16	žena	37	2	11, 16	ne	3	3	3	3	3	1	2	1	1	1	3
17	žena	35	1	10	ne	2	3	3	3	3	1	3	1	1	1	2
18	žena	40	2	10, 10	ne	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3
19	žena	40	2	12, 15	ne	3	3	3	3	3	2	3	1	2	1	2
20	žena	43	2	15, 17	ne	2	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1
21	žena	50	3	15, 26, 28	ne	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	3
22	žena	40	2	16, 20	ne	3	3	3	3	3	1	2	1	1	1	3
23	žena	37	2	13, 15	ne	3	3	3	3	3	2	3	1	1	2	3
24	žena	37	1	15	ne	3	3	2	3	3	1	2	1	1	1	2
25	žena	42	2	14, 15	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	2	1	3
26	žena	38	2	15, 17	ne	3	2	3	3	2	3	3	1	2	2	2
27	žena	40	2	2, 15	ano	3	3	2	3	3	1	3	1	1	2	2
28	žena	39	2	15, 19	ano	3	3	2	3	3	2	2	1	1	2	2
29	muž	44	2	11, 15	ne	2	3	2	1	1	2	3	2	2	3	2
30	žena	34	2	10, 14	ne	3	2	2	3	3	2	2	1	1	2	2
31	žena	38	3	11, 15, 16	ne	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	2
32	žena	41	2	13, 15	ne	2	3	3	3	3	2	3	1	1	2	2
33	žena	42	2	13, 15	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	2	1	2
34	žena	45	2	14, 17	ne	3	3	3	3	3	1	3	1	1	1	2
35	žena	42	2	13, 15	ne	2	3	2	3	2	2	3	1	1	1	2
36	žena	40	2	2, 18	ne	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3
37	žena	44	2	13, 16	ne	3	3	3	3	3	2	3	1	1	1	2
38	žena	43	2	13, 16	ne	3	3	3	3	3	2	3	2	1	2	2
39	žena	42	1	13	ne	3	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2
40	žena	43	1	14	ne	3	3	2	2	2	1	2	1	2	1	3
41	žena	32	2	1, 6	ne	3	3	2	3	2	1	3	1	3	2	2
42	žena	34	1	12	ne	2	3	3	3	3	1	2	2	1	1	3
43	muž	33	2	6, 9	ne	3	3	2	3	2	2	3	1	2	2	2
44	žena	36	2	3, 8	ne	2	2	3	3	2	1	2	1	1	1	2
45	muž	41	4	1, 4, 14, 14	ne	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
46	žena	38	2	8, 10	ne	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2
47	žena	46	3	7, 14, 21	ano	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2
48	žena	32	1	12	ne	2	3	3	3	3	1	3	1	3	1	3

LEGENDA: 3="souhlasím; 2="částečně souhlasím; 1="nesouhlasím"