

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

Sociální prostředí v rodině osob (dětí), se zdravotním postižením

Vedoucí práce: doc. Michal Opatrný, Dr. theol.

Autor práce: Bc. Věra Hoštičková

Studijní obor: Pedagogika volného času – prezenční studium

Ročník: 2.

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 3. 2016

.....

Věra Hoštičková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce doc. Michalu Opatrnému, Dr. theol. za odborné vedení a cenné rady které mi poskytl během psaní mé práce. Dále pak Mgr. Michaele Votavové za inspiraci, při zpracování kvalitativního výzkumu. Také děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli důležité informace pro to, aby tato diplomová práce mohla být dokončena.

OBSAH

1	SOCIALIZACE A SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ	9
1.1	SOCIALIZACE.....	9
1.2	SOCIALIZACE Z POHLEDU SOCIÁLNÍ PSYCHOLOGIE	9
1.2.1	Druhy socializace	10
1.2.2	Činitelé socializace.....	12
1.3	SOCIALIZACE Z POHLEDU SOCIOLOGIE	14
2	RODINA	19
2.1	VLIV RODINY NA ROZVOJ ČLOVĚKA	19
2.2	MODELY RODINY	20
2.3	FUNKCE RODINY	20
2.4	VÝCHOVNÉ STYLY V RODINĚ	23
2.5	TYPY RODINY	25
2.6	RODINA A VOLNÝ ČAS.....	32
2.6.1	Volný čas dětí a mládeže.....	32
2.6.2	Volný čas v rodině.....	33
3	OSOBA (DÍTĚ) SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	35
3.1	DRUHY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	36
3.2	RODINA SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM ČLENEM	43
3.3	SOCIALIZACE DÍTĚTE S POSTIŽENÍM.....	45
3.3.1	Integrace a Inkluze	47
3.4	KDYŽ RODINA PEČUJE	49
4	VÝZKUM	55
4.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	55
4.2	CÍL VÝZKUMU	56
4.3	METODA SBĚRU DAT.....	58
4.4	VÝBĚR RESPONDENTŮ	59

4.5	ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU.....	60
4.6	OTEVŘENÉ KODOVÁNÍ.....	60
4.7	CELKOVÉ SHRNU TÍ.....	78
4.8	DISKUZE.....	80
	ZÁVĚR.....	81
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	83
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	88
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	89
	SEZAM PŘÍLOH.....	90
	ABSTRAKT.....	98
	ABSTRACT.....	99

ÚVOD

V této diplomové práci se věnuji rodinám, které mají potomka se zdravotním postižením a tím, nakolik zdravotní postižení potomka ovlivňuje sociální prostředí v rodině. Sociální prostředí je sociální systém, který je tvořen lidmi (členy rodiny), jejich vztahy a společnými aktivitami. Je to prostředí, ve kterém člověk žije, pracuje a samozřejmě se socializuje. Do sociálního prostředí se promítají jevy a vztahy, kterými je jedinec obkloповán v rodině a později i v sociální skupině a celé společnosti. Přirozený proces socializace v rodině je velmi důležitý a výsledkem by měl být (jak podotýká i Kot'a a kol., 2003:85) jedinec, který je schopný přebrat na sebe veškerou odpovědnost a být připravený na aktivní život ve společnosti (viz. kap 1.2.1.).

Osamostatnění dítěte by mělo přirozeně vyplynout z procesu socializace, ale mnohdy jsou zde faktory, které socializaci i osamostatnění značně ovlivňují. Slowík (2007:36) potvrzuje, že rodina má pro člověka mimořádný a nenahraditelný význam z hlediska rozvoje osobnosti, kvality života, uspokojení vztahových a emocionálních potřeb. Podotýká, že rodina, jako referenční skupina je v některých případech pro člověka se zdravotním postižením, (dále už jen ZP) jediná po celý život. Proto se rodině přikládá tak velký důraz. Jankovský (2006: 59), s jehož názorem se také ztotožňuji, píše, že zdravotní postižení dítěte ovlivňuje socializaci dítěte, ale i celou rodinu, která se s překvapivou situací musí nějak vypořádat. (viz. kap. 3.2)

Cílem diplomové práce je ověřit skutečnost ovlivňování sociálního prostředí rodiny vlivem zdravotního postižení potomka. Využívány při tom jsou knižní publikace, odborné časopisy i nejaktuálnější dostupné informace z internetu, které informují o výsledcích výzkumů se sociální tematikou. Kromě teoretického zpracování se problémem prakticky zabývám i v poslední empirické kapitole této práce.

Abych naplnila hlavní cíl práce, v první kapitole se věnuji pojmu socializace a to z různých úhlů pohledu. Rozdílně na socializaci nahlíží pedagogika či psychologie a jiným způsobem ho vykládá sociologie. Jsou zde uvedeny a podrobněji popsány druhy socializace z pohledu obou věd. Druhá kapitola popisuje rodinu, jakožto primární prostředí pro socializaci dítěte a její vliv na rozvoj dítěte. Uvádím zde základní funkce rodiny, její výchovné styly a typy rodin s přechodnými nebo trvajícím problémy, které mohou charakterizovat někdy i rodinu s potomkem se ZP. V podkapitole se zabývám i trávením

volného času v rodině, protože i ten může o rodině a socializaci mnoho vypovědět. Důležitou a nedílnou částí je i třetí kapitola s názvem: Osoba (dítě) se zdravotním postižením. Je zde vysvětlen pojem zdravotní postižení a dále jsou uvedeny a popsány nejčastější typy zdravotního postižení. Je charakterizována rodina, která se s takto náročnou životní situací musí vyrovnat.

Stěžejní část této práce je čtvrtá, empirická kapitola. Jejím cílem je ověřit výzkumnou otázku (*Jak se mění rodina a její sociální prostředí z pohledu pečujícího rodiče o dítě se zdravotním postižením?*) pomocí kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaných rozhovorů s pečujícím rodičem o dítě se ZP v domácí péči. Rozhovory byly zaznamenány a přepsány do písemné formy a následně vyhodnoceny metodou otevřeného kódování. V této kapitole také uvádím výsledky kvalitativního šetření.

Vzhledem k tomu, že téma mé diplomové práce plynule přesahuje ze sociální práce, až do speciální pedagogiky, využívám zde publikace ze všech dílčích oborů. Rodinou a socializací v ní z pohledu sociální psychologie se zabývá na příklad Z. Helus, J. Kořa, Z. Matějček, Langmeier, Krejčířová a další. Sociologové, o které se v této práci opírám, jsou: I. Možný, A. Giddens a J. Keller. Výzkumy, ze kterých jsem čerpala, publikoval O. Matoušek. Speciálněpedagogická část cituje autory jako je J. Jankovský, J. Pipeková, M. Vágnerová ad.

1 SOCIALIZACE A SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ

1.1 SOCIALIZACE

Na socializaci můžeme pohlížet z pohledu různých věd. Z pohledu sociologie, sociální psychologie, pedagogiky a dalších.

Slovo socializace, neboli zespolečňování v českém ekvivalentu, má velmi bohatou paletu významů. V *sociální psychologii* chápeme socializaci jako proces utváření a vývoje osobnosti podmíněný sociálními souvislostmi života. (srov. Helus, 2015:104).

Jinou sociologickou definici uvádí v Sociologickém slovníku Petrussek (1996). Socializace – (z lat. Socialis = družný, společený, manželský) – je to **komplexní proces**, v jehož průběhu se člověk, jako biologický tvor, stává prostřednictvím sociální interakce a komunikace s druhými sociálními bytostmi schopným chovat se jako člen určité skupiny nebo společnosti. Sociologie spočívá v osvojování si hodnot, norem a způsobů.

Velkým přínosem *sociologie* do teorie socializace je dílo Geoga Herberta Meada, který je autorem symbolické interakce a v jeho rozlišení *me* a *self* popisuje, že na rozdíl od *me* je naše *self* produktem socializace. (srov. Možný, 1999, s. 142) Podrobněji se tímto sociologickým vhladem na problém budu zabývat v kapitole 1.2.

1.2 SOCIALIZACE Z POHLEDU SOCIÁLNÍ PSYCHOLOGIE

Socializaci lze také pojmout jako **souhrn procesů vzájemné interakce mezi společností a jedincem**, v nichž se jedinec postupně prostřednictvím interiorizace neboli zvnitřněním sociálních norem, postojů, hodnot, návyků či názorů a exteriorizace (určité formy chování, kterými se jedinec projevuje navenek) včleňuje do společnosti, přijímá sociální role a zaujímá sociální pozice. Výsledkem tohoto procesu by měl být jedinec schopný adaptace, adjustace a osobnost by měla být sociálně zralá. (srov. Kořa a kol. 2013:83).

Také Kořátková (2000:60) se věnuje socializaci a vysvětluje, že socializace je právě **začleňování jedince do společnosti**. Toto začleňování probíhá postupně a nemělo by být

násilné. Socializace začíná v úzkém rodinném kruhu a postupně se rozšiřuje v malých skupinách. Zapojuje jedince, který si musí v první řadě osvojit normy dané společností, skupiny.

1.2.1 Druhy socializace

Socializace je pojímána jako proces vývojových změn, kterými je realizováno postupné vrůstání člověka do společnosti. Nejvýraznější etapa končí většinou v období adolescence, po kterém by měl být jedinec připravený převzít na sebe veškerou odpovědnost a být připravený na aktivní život ve společnosti. (srov. Kořa a kol., 2003:85)

Díky socializaci jedinec vrůstá do společnosti, kde se postupně učí reagovat na různé sociální situace, přizpůsobovat se dané kultuře, způsobům jednání a sociálním rolím, které se mohou v průběhu času měnit.

Můžeme rozlišovat tři základní druhy socializace.

1.2.1.1 Socializace na základě kritéria

První druh socializace můžeme považovat za socializaci na základě kritéria řízení, resp. jeho síly. Rozlišujeme socializaci řízenou, neřízenou a spontánní. Většinou jde o převahu jednoho nebo druhého. Přesněji řečeno její míru.

Socializace s převahou řízení je jednoznačně škola. Probíhá podle předem stanovených plánů (kurikulum), je realizována certifikovanými odborníky. Také dodržuje určité učební postupy a využívá doporučené pomůcky. Škola podléhá i kontrolám a hodnocení ze strany určitých orgánů, jako je školní inspekce.

Vedle ní je živelná a spontánní socializace, která probíhá v samotném životě. Člověk se socializuje obyčejným začleňováním a trávením času mezi lidmi. Nejčastěji probíhá ve skupině či partě dětí nebo dospívajících, kteří se stýkají a diskutují o svých tématech a problémech neformálně, mimo dohled dospělých.

Mezi oběma těmito druhy socializace je socializace v rodině. Sladění, nebo naopak vyhrocení spontánnosti a řízení, má pro další vývoj dítěte neopomenutelný význam.

1.2.1.2 Socializace na základě vůdčích socializačních témat v životě

Další druh socializace vyčleňujeme na základě vůdčích socializačních témat v průběhu života jedince, respektive jeho biografie. (srov. Helus, 2015:122)

Můžeme tak rozlišit především:

Socializaci primární

Probíhá v období od narození do nástupu potomka do školy. Socializačním prostředím je zde primárně rodina, kde hraje velkou roli láskyplnost vztahů a prožitek domova spojeného s určitým řádem vnímaným jako dobrodiní. (srov. Helus, 2015:122)

Rodina je nejstarší lidskou společenskou institucí. Vznikla v pradávných dobách, kdy se člověk podobal jen vzdáleně tomu, jak se známe dnes. Vzešla hlavně z potřeby plodit, ochraňovat, učit, vzdělávat a připravovat potomky na život. (srov. Matějček, 1994:15) Rodinné prostředí ovlivňuje dítě mnohem více, než jakýkoliv jiný činitel prostředí. Je obklopeno rodinnými příslušníky, během svého života se seznamuje s dalšími důležitými osobami. Ale zatímco přátelé a známí přicházejí a odcházejí, učitelé se střídají, s rodiči a sourozenci se utvářejí velmi pevné vztahy, které trvají desítky let. Psychickou rovnováhu jedince ovlivňuje právě jeho vztah k osobám, na kterých je nejvíc závislý. Nejsilnějším vztahem dítěte je vztah k rodičům. (srov. Kubička, 1966:16)

Cílem rodinné výchovy je uvést dítě do daného kulturního prostředí, naučit je orientaci v tomto prostředí společenských standardů. Na výsledky primární socializace, která probíhá v rodině, navazuje škola. (srov. Kraus, Poláčková, 2001:57)

Socializaci sekundární

Začíná nástupem dítěte do školy a jejím předstupněm je mateřská škola. Nejzásadnější roli zde hraje to, že dítě překračuje rámeček domova. (srov. Helus, 2015:122) Učí se, že jinak se má chovat doma a jinak bez přítomnosti rodičů – například v projevu emocí. Velký vliv na formování osobnosti dítěte mimo rodinu mají i učitelé ve škole. (Danielová, Čihounková, 2011)

Socializaci terciální

Probíhá v dospívání, ale i v průběhu celé dospělosti, kdy se jedinec učí stát dospělým, realizovat se jako dospělý a zodpovídat za svůj život v nejrůznějších situacích. (srov. Helus, 2015:122) Život klade na jedince požadavky rozličné kvality a míry v důsledku nich vznikají náročné životní situace označované jako zátěž, konflikt, stres, frustrace a jiné. Socializace může probíhat v různém prostředí a v různých úrovních kvality. (srov. Laca, 2011:64–65)

1.2.1.3 Socializace na základě její funkčnosti

Poslední druh socializace vyčleňujeme na základě její funkčnosti. Rozlišujeme funkční a dysfunkční. V případě funkční socializace se jedinec začleňuje a tím nachází své místo ve společnosti. Dokáže se chovat, jednat a prožívat tak, že napomáhá mezilidskému soužití. Na druhé straně je socializace dysfunkční, a ta vede k utváření člověka, který má problém s utvářením interpersonálních vztahů. Chová se a jedná prosociálně nebo asociálně. To znamená, že žije proti lidem, nebo na úkor lidí. Odpovědí společnosti na popsané chování jsou kárné zásahy. (srov. Helus, 2015:123)

1.2.2 Činitelé socializace

Členem společnosti se jedinec stává narozením a opouští sociální prostředí v den jeho smrti. Mezi těmito zásadními mezníky na něj působí lidská společnost a životní prostředí, ve kterém se pohybuje a žije. Vývoj osobnosti je výsledkem interakce vlivů vnitřní výbavy a vnějších podmínek života jedince. V širším pojetí je možno říci, že čím je jedinec mladší, tím více je předmětem působení. Ale každý jedinec je zároveň subjektem své vlastní socializace. Matka působí na dítě, ale i dítě působí na matku, tím ji ovlivňuje a do jisté míry socializuje a teprve tímto působením se matka stává matkou v pravém slova smyslu. Učitel působí na žáky, kteří mu poskytují zpětnou vazbu o efektivitě působení, a rovněž učitele formuje. V tomto smyslu je i učitel celoživotně socializován. (srov. Kořa a kol, 2013:86) Matějček (1994:40) to popisuje ještě srozumitelněji, a to tak, že jeden vysílá a druhý přijímá, druhý vysílá a první přijímá – oba jsou ve vzájemné interakci (vztahu) a co udělá jeden, má vliv na druhého.

Socializace se odehrává v různých prostředích, které jsou v různých vztazích vůči sobě navzájem i vůči celku společnosti. Jednotlivá prostředí socializují jedince nejen pro

nároky společnosti, jak je reprezentují instituce, které má pod kontrolou, což je například škola, ale také pro své nároky, které se nemusí vždy shodovat s nároky společnosti. (srov. Helus, 2015:130) Prostředí má velký vliv na kvalitu života. Tak jako v přírodě existuje řád, tak i společnost funguje na základě vnitřní organizace. Prostředí můžeme považovat za otevřený systém, který reaguje na rozmanité systémy, jež odráží potřeby subjektu i objektu. Lze říci, že platí vzájemný vztah výchovy a prostředí. (srov. Přadka a kol, 2004:25)

Podle Heluse lze vlivy prostředí rozdělit na mikroprostředí, mezoprostředí, exoprostředí a makroprostředí.

Mikroprostředí představuje činitele, se kterými je jedinec v bezprostředním kontaktu a jejichž působení je přímé. (srov. Kořa, 2013:86) Těmito činiteli je například dítě a matka, nebo dítě a otec.

Počáteční mikroprostředí se postupem času rozšiřuje na další členy rodiny, v nichž se dítě dokáže dobře orientovat, protože se k němu chovají předvídatelně. Zaujímá mezi nimi nezpochybnitelné postavení dávající mu pocit jistoty a bezpečí, vůči kterým a s oporou dokáže rozvíjet svoji osobnost. (srov. Helus, 2015:131)

Mezoprostředí představuje vztahy mezi činiteli mikroprostředí, a to například mezi otcem a matkou, mezi sourozenci, mezi rodiči a učiteli. (srov. Kořa, 2013:86) Dítě se poměrně brzy stává členem dvou nebo více mikroprostředí, z nichž si je každé svým způsobem nárokuje a poskytuje mu vlastní možnosti i limity, plní specifické socializační funkce. (srov. Helus, 2015:131)

Exoprostředí představuje to, s čím dítě není v bezprostředním kontaktu, ale cítí se s tím spjato. Je to například profese rodičů nebo vliv prostředí, ve kterém žije – vesnice / město.

Makroprostředím označujeme obecně a široce působící společenské vlivy, jako je kultura národa. (srov. Kořa a kol, 2013: 86)

1.3 SOCIALIZACE Z POHLEDU SOCIOLOGIE

Když se na socializaci podíváme ze sociologického hlediska, mohli bychom říct, že socializace je *univerzální kulturní prostředek*, který zajišťuje kontrolu chování a myšlení členů společnosti. Socializací prochází každý lidský tvor, chce – li se stát kulturní a sociální bytostí. Mechanismy kontrolní a dohlížející jsou včleněny do každé kultury.

Cílem socializace je formovat osobnost jedince, která se bude i o samotě chovat tak, jako by byla pod stálým dohledem dalších členů skupiny. Je možné toho dosáhnout jen tehdy, pokud jedinec přijme za své (internalizuje) vědění, ale také hodnoty, normy a měřítko kultury v zemi, ve které se narodil. Díky socializaci je utvářen způsob jednání a formování tendence k reagování na určité situace. Jinými slovy bývá také nazvána jako druhým „sociokulturním narozením“, protože jenom díky socializaci je biologický tvor člen určité společnosti, který je schopen chovat se jako kulturní bytost.

Pro každou společnost představuje socializace základní problém, a to ze dvou důvodů.

- Bez kvalitní socializace nejsou jedinci schopni vstupovat do běžných interakcí s ostatními členy skupiny a vznikají sociálně narušení jedinci, kteří nejsou schopni respektovat běžné normy soužití a zapojovat se do kolektivních akcí.
- Společnost bez socializace není schopna předat základní normy a hodnoty další generaci a díky tomu se rozpadá. (srov. Keller, 2004: 38 – 39)

Přeměna člověka probíhá vždycky znovu v průběhu ontogenetického vývoje. Na svět přichází jedince jako biologický tvor a teprve postupným vývojem se z novorozence stane kulturní bytost. Jedná se o proces celoživotní, protože i přes to, že je socializace nejdůležitější v dětském období, v období dospívání i v dospělosti, se jedinec musí přizpůsobovat novým situacím, jako je změna zaměstnání, rozvod, odchod do důchodu aj. V těchto případech se jedná spíše o resocializaci, v níž jde hlavně o obnovení stavu poměrně harmonické adaptace ve vztahu ke společnosti nebo k určité sociální skupině.

Sociologický přístup k formování osobnosti poukazuje předně na úlohu druhých lidí sociálního prostředí. V první fázi velkou roli hraje především rodina, konkrétně interakce

s matkou. Skrze interakci s druhými se jedinec dovídá své jméno, setkává se s reakcemi na své chování a později začíná pozorovat a napodobovat chování druhých.

Symbolický interakcionismus, který rozpracoval George H. Mead, zdůrazňuje, že vědomí sama sebe se tvoří díky názoru druhých lidí. (srov. Buriánek, 2008:38 – 39)

Mead rozlišuje v socializaci člověka dvě fáze:

Vývojový stupeň socializace dítěte, kdy v první fázi je schopno *hrát si na něco*, a vyšší stupeň, kdy se tato schopnost rozšíří už ve schopnost *zapojení se do hry*.

V první fázi dítě napodobuje dospělé a hraje si na to, že je někdo jiný – maminka, kuchařka atd. Z přejaté role zakládá interakce a hra se postupně rozvíjí o schopnost střídat přijaté role. Kolem sedmého roku je dítě schopno se vidět jako objekt a má rozvinuté vědomí sebe samotného jako jedinečné bytosti. Po této fázi přichází schopnost vnímat „pravidla hry“ a jejich důsledky pro interakce, na kterých se v rámci hry samo podílí. Učí se poznávat, jaká jsou očekávání vázaná na určité pozice a jaká očekávání z těchto pozic jsou legitimní, a to mu umožňuje zapojit se do hry ostatních. Mead byl přesvědčený, že jakmile si dítě uvědomuje existenci obecných, na něm nezávislých struktur, osvojí si je a ony se stanou součástí celku jeho osobnosti. (srov. Možný, 2006:163 – 164)

Symbolický interakcionismus současně poukazuje na vzájemnost působení. Matka reaguje na projevy dítěte, a to vysvětluje fakt, že sociální učení neprobíhá jenom jednosměrně, rodina se také musí přizpůsobit. Schématicky jde o zpětnou vazbu mezi osobnostmi jedince a socializačními vlivy společnosti. (srov. Buriánek, 2008:38 – 39)

Další z výzkumů ohledně socializace dítěte je Freudova koncepce, která se ale stala základem pro hlubinnou psychologii. Jeho výzkum popisuje psychický vývoj dítěte v různých vývojových obdobích při zohlednění jejich libida. Popsal tak stádia orální, anální, falické, latentní a genitální.

Piagetovo dílo slouží spíše pedagogice nebo vývojové psychologii a z hlediska ontogeneze popisuje kognitivní vývoj člověka, který má čtyři stádia – senzomotorické, preoperační, stádium konkrétních operací a stádium formálních operací. (srov. Možný, 2006:165)

Na socializaci se podílí kromě rodiny řada institucí. Bohudík nebo bohužel rodina nemá na socializaci potomků monopol. Stupně dospělosti jsou také stupni k emancipaci od vlivu rodičů a vlivy zvenčí vstoupí do života dítěte velmi brzy. Děje se tak ve všech kulturách a společnostech. (srov Možný, 2006:164)

V sociologii se hovoří o socializaci jako o jevu, který se odehrává ve dvou fázích a obsahuje několik různých socializačních faktorů. Socializační faktory jsou skupiny nebo sociální koncepty, kde probíhají důležité procesy socializace. (srov. Giddens, 2013:269)

1.3.1.1 Primární socializace

K primární socializaci dochází již v novorozeneckém věku a dětství je nejjintenzivnějším obdobím kulturního učení. V tomto období se dítě učí jazyk a fixuje si základní vzorce chování, které tvoří základnu pro další učení. V tomto období je nejvýznamnějším socializačním činitelem rodina.

Rodinné systémy jsou v různých kulturách jiné, a i proto typy rodinných kontaktů, které děti zažívají po celém světě, jsou odlišné. Nejdůležitější osobou pro dítě v raném věku je matka. (srov. Giddens, 2013:269) Člověk už i jako novorozenec má jedinečnou duši a té duši se od narození nejlépe daří u matky a v rodině. Dítě není zmenšenina dospělého ani objekt, ale od narození jedinečný subjekt s citlivou duší a individuálními potřebami. Matka není zastupitelná jiným členem rodiny, dokonce ani otcem ne. (srov. Klímová, 2014: 41 – 42). Vztah ale záleží také na formě kontaktů a jejich pravidelnost. To je podmíněno charakterem rodinných institucí a jejich vztahem k ostatním skupinám ve společnosti. V moderní společnosti dochází k socializaci převážně v méně početných rodinách. Domov tvoří nejčastěji matka, otec a sourozenci. Na druhé straně v jiných kulturách jsou součástí domácnosti i strýcové, tety a prarodiče, a podílejí se na péči o dítě od jeho narození. (srov. Giddens, 2013:269) Některé děti jsou vychovávány v neúplných rodinách pouze jedním rodičem, někdy zas o dítě pečují dvě rodiny – rozvedení rodiče a jejich partneři. Mnoho žen, které mají rodinu, se vrací do zaměstnání velice brzy po narození dítěte, ale i přes tyto varianty je rodina hlavním socializačním faktorem od narození po dospívání. (srov. Giddens, 2013:269 – 270)

1.3.1.2 Sekundární socializace

Sekundární socializace přichází později v dětství a pokračuje do dospělosti, a tím část zodpovědnosti, která dříve byla na rodině, přebírají další socializační faktory, zejména školy, organizace, věkové skupiny, média a později pracoviště.

Škola

Významným socializačním faktorem mimo rodinu je škola, kde probíhá vzdělávání dětí formálním procesem – žáci se řídí daným rozvrhem předmětů. Požaduje se po nich, aby přijaly autoritu učitelského sboru a pozitivně na ni reagovaly. Reakce vyučujících mají vliv na to, co od sebe samy děti budou očekávat. Po ukončení vzdělání se tato očekávání propojí s jejich pracovními zkušenostmi. Právě ve škole se často utváří skupiny vrstevníků, jejichž vliv je umocňován tím, že do tříd chodí děti stejného nebo podobného věku.

Skupina vrstevníků

V Západní společnosti jsou skupiny vrstevníků v socializaci velmi důležité. Nemusí formálně existovat žádné věkové skupiny nebo kategorie a přes to to funguje tak, že např. děti kolem pátého roku a starší tráví ve společnosti vrstevníků většinu času. V současné uspěchané době, kdy rodiče dětí pracují mnoho hodin denně, se kamarádství v rámci věkové skupiny dítěte, kteří si spolu hrají v různých centrech, jeví jako mnohem důležitější, než bývalo. Předpokládá se, že vztahy lidí podobného věku mají vliv na jedince i v dalším vývojovém období, než je dětství a dospívání. Neformální skupiny na pracovišti nebo v jiných situacích mají trvalý význam pro utváření našich postojů a chování. (srov. Giddens, 2013:270 – 271)

Média

Dříve to byly noviny, periodika, časopisy a dnes vstupuje do popředí elektronická komunikace, jako je, rádio, televize, audionahrávky a videa, což také přineslo obavy z jejich přílišného vlivu na postoje, názory a chování. Později do popředí vstupuje další významné médium a to je internet.

Média v současné době hrají významnou roli v utváření vnímání našeho světa a tím pádem ovlivňují i proces socializace. Některé starší výzkumy vlivu médií, zvláště televize,

na vývoj dětství, měly tendenci považovat děti pouze za pasivní příjemce, které reagují na to, co vidí. (srov. Corsaro, 1997, Harris 1998 in Giddens, 2013:270)

1.3.1.3 Terciální socializace

Terciální socializace zabere celý zbytek života. Znamená, že člověk si v průběhu života musí zvykat na určité změny, jako je změna zaměstnání, rozvod aj. (srov. Jandourek, 2008:82) Socializaci si nemůžeme představovat jako idylický proces. Ve skutečnosti jde o tvrdý boj mezi jedincem a společností, kde jedinec vzdoruje. Vzdor neprojevují jen malé děti, ale i dospělí. Zejména ti, u kterých socializace neproběhla ideálně a oni se snaží vzdorovat, když se je společnost pokouší socializovat násilím. Děje se to například ve věznicích, léčebnách pro duševně nemocné, vojenských táborech nebo sektách. Vedoucí takových institucí se snaží jedince vytrhnout z jeho starého života, aby mohli vstoupit do nového života. (srov. Jandourek, 2008:82 – 83)

2 RODINA

2.1 VLIV RODINY NA ROZVOJ ČLOVĚKA

Rodina je jeden z nejvýznamnějších činitelů, kde probíhá socializace dítěte, kde dochází k prvním interakcím a k prvnímu formování osobnosti. Z malého bezbranného člověka se díky vlivu rodiny stává člověk, co je schopen samostatně fungovat, má určité návyky a je zodpovědný sám za sebe.

Rodina je prvním a základním prostředím člověka, které odráží problémy dané doby. Organizace života rodiny poukazuje na psychologický a sociologický model dané kultury, vztahy mezi partnery, mezi rodiči a dětmi, i mezi sourozenci navzájem. Do značné míry vyjadřuje zvláštnosti dané třídy, politiky, kultury, masmédií, doby a tradice. Člověk je nejen tvorem přírodním, biologickým, ale zejména společenským. Každý jedinec je ve vývoji determinován biologicky, sociálně a také sebevýchovou a autoregulací.

Za biologickou determinací si můžeme představit zejména dědičnost a osobnostní zrání, za sociální determinací učení, výchovu a komunikaci v určitém prostředí. Socializace a sociální učení probíhá po celý život prostřednictvím imitace, identifikace a sociálním posilováním. Sociálně je člověk determinován řadou společenských skupin, mezi nimi velmi důležitou roli hraje rodina. Mezi hlavní funkce rodiny řadíme reprodukci a výchovu potomstva. Rodina je první malou neformální skupinou, která je nejdůležitějším mediátorem kulturního vlivu. Bývá zpravidla první referenční skupinou, k níž má dítě kladný vztah, identifikuje se s ní a napodobuje ji ve svém životě. (Kohoutek, 2009 online)

Osobnost dítěte není jen pasivním produktem výchovy v rodině, dědičnosti a prostředí jako sil na jednotlivce nezávislých. I autoregulace a sebevýchova jedince hraje značnou roli. Hlavní význam rodiny tkví především v klíčové roli, kterou hraje v procesu zespolečnění lidského individua, socializace a kulturace jeho osobnosti. (Kohoutek, 2009 online)

Klíčová úloha rodiny je spojena s její funkcí dědění neboli předávání návyku, které jsou nutné pro regulaci zachování hodnot a norem, přičemž všechny aspirace, návyky,

hodnoty a symboly, stereotypy a normy jsou spojeny se sociální pozicí. Základ osobnosti dítěte se nejspíš tvoří již v předškolním věku dítěte cca do šesti let. (Kohoutek, 2009 online)

2.2 MODEL RODINY

Rodina v historii byla agrární společností. Pěstovali se zemědělské plodiny a hospodářství mělo pro tuto společnost větší význam než řemeslná výroba a chov dobytka. Společnost žila ve velké existenční nejistotě a často na pokraji hladu. Mnohokrát byla zasažena epidemií, která zdecimovala podstatnou část obyvatel. Bylo přirozené soužití širších rodin. Tří nebo čtyřgenerační rodina byla vzhledem k nízkému průměrnému věku vzácností. V rodině má vedoucí postavení muž a žena je mu podřízená. Rodina většinou byla vázána na majetek – dům, hospodářství. Rodina je nejen společenskou jednotkou, ale je i jednotkou výrobní a výchovnou institucí. (srov. Matoušek, 2003: 31 – 32)

Ve dvacátém století většina moderních rodin ztratila svou funkci hospodářsky produktivních jednotek. Muži a většina žen významnou část produktivního života (vyjma mateřství) plní své profesní role mimo rodinu. Rodině z produktivních činností zůstává stále méně – chod a údržba domácnosti, svépomocné práce při výstavbě apod., a to mnohdy jen dočasně za specifických podmínek. Rodina se stává jednotkou, v níž se nabyté statky mimo ni přerozdělují, upravují a především konzumují. Co se týče péče o členy rodiny, kteří z různých důvodů nemohou být zapojeni do chodu domácnosti, rodina již tuto funkci neplní „monopolně“. Šlo o péči o děti, nemocné, ohrožené chudobou, staré a umírající. Profesionalizace těchto služeb a sociální zabezpečení státu vedly k tomu, že péče o členy rodiny byla zčásti předána odporníkům, a péče se tak mnohem více institucionalizuje. Výchovnou funkci rodiny také v dnešní době přebírají instituce – mateřská škola, základní škola a různá mimoškolní zařízení. (srov. Havlík, Kořa, 2002: 72 – 73)

2.3 FUNKCE RODINY

Pro jednotlivce by měla být rodina jako primární skupina zejména emocionálním zázemím, pilířem bezpečí a jistoty, stimulací podnětů a uznání, místem elementárních zkušeností a základnou pro vstup do společnosti. (srov. Havlík, Kořa, 2002: 68) Z pohledu socializace je rodina primární, jejíž život je charakterizován specifickým spojením hospodářských,

morálních, biologických, psychologických a právních procesů, v nichž se jednotlivé funkce realizují. Za základní funkce jsou považovány reprodukční, ekonomická, socializační a výchovná. Konkrétní obraz rodiny, velikost a funkce jsou závislé na společenských podmínkách v dané sociální struktuře. (srov. Kořa a kol, 2013:69 – 70)

Podrobněji funkce popisuje mnoho autorů včetně B. Krause a kolektivu (srov. Kraus a kol., 2001:79–83)

Biologická (reprodukční) funkce

Rodina má význam pro společnost jako celek, tak i pro jedince, kteří tvoří rodinu. Má-li společnost zabezpečit budoucnost dalšímu pokolení, potřebuje stabilní reprodukční základnu. Je tedy v jejím zájmu, aby se rodil takový počet dětí, které naplní perspektivy. Stát zasahuje do oblasti péče o rodinu celou řadou sociálních opatření. Význam této funkce pro jedince je uspokojování jeho biologických a sexuálních potřeb, ale také uspokojování potřeby pokračování rodu každého jedince.

Vývoj společnosti má také celou řadu sociálně– pedagogických souvislostí. Množství dětí, které využívají výchovná a vzdělávací zařízení, a jejich charakteristiky vytvářejí speciální požadavky na oblast institucionální výchovy a rozvoj pedagogiky volného času, která se zabývá dětmi i mládeží.

Sociálně – ekonomická funkce

Tato funkce obsahuje také řadu aspektů. Rodina je považována za významný prvek, který přispívá k rozvoji ekonomického systému společnosti. Jednotliví členové rodiny se zapojují do výrobní i nevýrobní oblasti v rámci výkonu povolání. Celá rodina se však stává významným spotřebitelem, na němž je současný trh závislý.

V rámci systému v rodině se pak uskutečňuje nespočet rozhodnutí týkající se využití materiálních a finančních prostředků investic a výdajů. Přerozdělování v rámci rodiny pak má významný sociální charakter. Rodina se zde projevuje jako autonomní systém s výraznými prvky solidarity.

Výchovná funkce

Rodina je též první sociální skupinou, která dítě učí přizpůsobovat se sociálnímu životu a osvojovat návyky a způsoby chování. Socializaci v rodině je myšlen především proces působení rodiny na své členy v celém souhrnu jevů i procesů: ekonomických, kulturních, sociálních, mravních, estetických, zdravotních a dalších.

Hlavní úlohou rodiny zůstává příprava dětí a mladých na vstup do praktického života. Dítě od narození po celou dobu života s rodinou přijímá širokou škálu různých informací, aktivně je zpracovává v souladu se svými zkušenostmi, hodnotovou orientací a vzory, jimiž se stávají rodiče, ale i sourozenci. Dítě v socializačním procesu nezůstává pasivním článkem, ale uplatňuje i svou vůli, své zájmy, přání i orientace.

Je nutné podotknout, že mimo to, že rodina působí na dítě, má velký význam působení dětí na starší generaci. Socializační funkce se mnohdy stává důležitější pro staré členy rodiny než pro nejmladší generaci, protože četnost a intenzita jejich sociálních vztahů je čím dál nižší. Stále nejdůležitější úkon rodiny zůstává socializace dítěte, která se stává také modelem pro osvojování sociálních rolí muže a ženy, otce a matky, a promítá se tím do budoucí reprodukční rodiny dětí.

Sociálně – psychologická funkce

Sociálně – psychologická funkce hraje velmi důležitou roli, protože jenom samotné vědomí, že dítě je členem sociální skupiny, má pocit sounáležitosti s určitými lidmi, s nimiž se může identifikovat, je zásadní. Rodinná komunita mimo to vytváří specifické sociální klima, v němž dochází k citovému uspokojení, utváření a udržování vědomí, že je dítě akceptováno, uznáváno a hodnoceno. Pro každého jedince je rodina jistým opěrným bodem, v němž nalézá bezpečí, založené na vzájemném porozumění. Toto zázemí je dobrým základem pro navazování dalších sociálních kontaktů jedince ve společnosti.

K těmto důležitým funkcím rodiny řadí Kořa a kolektiv (2013, s:70) další nezbytně nutné funkce, a to funkci domestikální a emocionální.

Domestikační funkce

Tato funkce je vázána na emocionální a sociálně – psychologickou funkci. Každý jedinec touží po zakotvení a nalezení svého místa. Každý chce někam patřit a mít někde svůj vlastní domov. Vnímání domova se v průběhu života jedince mění od konkrétní představy místa, z něhož může odejít a zase se tam vrátit, až po místo, které si sám zvolil nebo vytvořil, a které může vytvářet směr jeho životního pohybu.

Emocionální funkce

Emocionální funkce spočívá v poskytnutí každému členovi rodiny uspokojení jeho potřeby citových vazeb, umožňuje mu také ventilování negativních pocitů, které není vhodné ventilovat na veřejnosti nebo na pracovišti. Funkční rodina dítěti poskytuje citovou stabilitu po celý jeho život. Emotivní klima a vzájemné citové vazby tvoří základ vazeb k sobě samému, k druhým a obecně ke světu. V případě, že je dítě od rodiny dlouhodobě odcizeno, může docházet ke vzniku neuróz, citových deprivací, a může vést až k narušení normality osobnosti.

Funkce rodiny jsou velmi důležité pro zdravý vývoj dítěte a jeho socializaci. Některé jsou vázány pouze na určitý věk dítěte, kvalitou své realizace ale ovlivňují další vývoj jedince. Další funkce mají trvalou platnost, mění se však s přechodem jedince k dalšímu vývojovému stadiu svou konkrétní podobou. Všechny styly vytvářejí rodinu, která je považována za funkční. (srov. Helus, 2015:219)

2.4 VÝCHOVNÉ STYLY V RODINĚ

Výchova patří k nejsložitějšímu procesu v lidské společnosti (srov. Laca, 2011:61) Je to dynamický proces, který je ovlivněn technickými, ekonomickými, přírodními a společenskými podmínkami. Popisuje velmi složitý systém vzájemných vztahů subjektů a objektů výchovy, prostředků, podmínek, cílů a výsledků výchovy. Účastníci výchovy jsou zejména rodiče, ale i učitelé, vychovatelé a na druhé straně děti, respektive žáci. (Čábalová, 2011:55) Existuje několik rozdělení výchovných stylů rodičů podle rozmanitých kritérií – podle míry rodičovské podpory, podle míry trestání atd. (Baumrindová, 1989, 1991, in Helus, 2015:243) navázala na starší typologie a popsala tři typy rodičovských výchovných

stylů, které vznikaly kombinací kladného a záporného emocionálního vztahu a zároveň kontroly dítěte, nebo poskytováním volnosti dítěti.

Autoritářský styl

Je charakterizován vysokým stupněm řízení a ulpívá na poslušnosti dítěte. Rodiče s dítětem málo komunikují a spíše rozkazují a nařizují. Děti jsou často i trestané. (srov. Helus, 2015:243) Mnohdy se dítě plně podřizuje rodiči a plní všechny jeho požadavky bez zpochybnění jeho pravdy. (Čábalová, 2011:54)

Povolující styl

Často nazývaný také jako permisivní nebo povolující styl zdůrazňuje poskytováním maximální volnosti dítěte. Požadavky a omezování dítěte bývají minimální. Dítě také není trestáno. Rodiče prosazují myšlenku, že „dítě přijde k rozumu“, a že když se samo rozhodne, ať vidí i důsledky jeho rozhodnutí. Dalo by se říct, že je to přesný opak autoritářského stylu. (srov. Helus, 2015:243) Dítě nemá žádné hranice, ani na něj nejsou velké požadavky, a když už nějaké jsou, rodiče nekontrolují jejich plnění. Má tedy plnou volnost a svobodu. (srov. Mertin, 2013:50)

Styl opřený o autoritu

V současnosti je tento styl mezi rizikem anarchie na jedné straně a donucováním a rozkazováním na druhé straně. Demokratická výchova i k malým dětem přistupuje jako ke svébytným bytostem a respektuje jejich důstojnost. V rámci možností je nechá rozhodovat o sobě a nést za to i následky. (srov. Novák, Dvořáčková 2008:36 – 37) Při tomto výchovném stylu jsou jasně stanovené zásady a principy toho, co je správné a co nikoliv. (srov. Helus, 2015:244) Dítě má možnost spolupodílet se na určování pravidel a principů. Jsou výsledkem shody všech členů a platí pro všechny. (Kopřiva, 2008:260) Rodiče s dítětem komunikují a požadují, aby dítě sdělení rozumělo, vědělo, k čemu slouží, a proč je tak nekompromisně určeno, co smí a co ne. Rodiče jsou pro dítě autoritou a zároveň vzorem. V plnění požadavku mu pomáhají. (srov. Helus, 2015:244)

Toto rozdělení dle Baumrindové je hojně využíváno, ale je nutné zdůraznit, že má omezenou hodnotu. Ve většině případů není možné jeden styl výchovy k určité rodině přiřadit jednoznačně. Někdy rodiče postupují spíše autoritativně, jindy liberálně, nebo

mohou být velké rozdíly mezi oběma rodiči. Tato typologie byla získána z pozorování stylu vedením v experimentálních dětských skupinách a nevyházela z pozorování rodičovského chování. Později byly hledány další postupy při posuzování stylu výchovy, zvláště takové, které dovolují kvantitativně odstupňovat výchovné přístupy rodičů v několika dimenzích. Tyto systémy jsou založeny zpravidla na praktických údajích získaných většinou metodou dotazování rodičů i dětí a méně často vychází z přímého pozorování chování rodiče k dítěti. Také postupy statistického zpracování jsou různé. Do dneška nedošlo k jediné obecně uznávané klasifikaci výchovných stylů. (srov. Langmeier, Krejčířová, 2006:269 – 270)

2.5 TYPY RODINY

Někdy se stane, že rodina z nějakého důvodu nefunguje tak, jak má. Do výchovy se odráží další činitele, které celou rodinu i výchovu v ní ovlivňují. Nejčastěji se jedná o nevhodně zvolený styl výchovy, nezralý věk rodičů, izolovanost mezi členy rodiny, přílišné prosazování dítěte nebo problémy sociálního rázu. Tyto problémy se často objevují i při výchově dítěte se zdravotním postižením. Nebývá neobvyklé, že rodiče dítěti s postižením nějakým způsobem nadřezují oproti jeho zdravým sourozencům nebo na něj mají vysoké nároky, které není schopno v důsledku svého postižení naplnit. V této kapitole budou charakterizovány nejčastější typy rodin s přechodnými problémy nebo rodiny problémové tak, jak je popsal Zdeněk Helus v knize Sociální psychologie pro pedagogy. (s. 224 – 239)

Nezralá rodina

Mladí lidé bývají často nezkušení a nezralí na to, aby mohli být spolehlivými rodiči, a naplňovali tak výchovu po všech žádoucích stránkách. Je obvyklé, že s rodičovstvím zas tak nepočítají a dítě je zaskočí. Dítě pak může být přijímáno jako nechtěné, protože mají pocit, že je tlačí do slepé uličky, z které už nebudou moct zpět. Postupem času se postoj k dítěti upraví, ale nezralost a smíšené pocity z povinností a péče o dítě se odrážejí ve výchově.

Nezralost se projevuje v několika podobách:

- V oblasti zaměření, životních hodnot a životního způsobu.

Mladí rodiče mají mnoho problémů sami se sebou, se svojí identitou, se svými citovými vztahy, proměnlivostí nálad, mnohdy ještě i s pubertou. Jsou zvyklí, že se spíše stará a pečuje někdo o ně a teď mají zodpovědnost za své dítě, o které musí pečovat a nastávají povinnosti, které jsou spojené s mateřstvím. Do života dítěte tak vnáší nestabilitu, dobrodružství a improvizaci, která se pak odráží v povahových rysech dítěte.

- Nezralost v oblasti zkušeností

Na to, aby se mladí lidé stali rodiči, mají velmi málo zkušeností, málo si toho dokážou představit a domyslet. Často jsou schopni zlehčovat dosah toho, co by mohlo dítěti škodit, a nedokážou se vcítit do někoho takového, jaký opravdu je.

- Nezralost v citové oblasti

Mladí rodiče jsou často citově rozkolísaní, velmi snadno se dostávají do afektů. Nedokážou dítě obklopit příznivou atmosférou, trvalou pohodou a něhou, kterou dítě tolik potřebuje.

- Problémy v sociální a finanční oblasti

S citovou oblastí je propojen i problém s financemi a bytem. Mladí rodiče často žijí s rodiči jednoho z nich, kde však není ideální soužití dvou generací.

Nezralí rodiče působí velice negativně již od narození dítěte, což může mít trvalé následky. Někdy se podaří nezralost překonat a rodiče se poučí, najdou sami sebe a vytváří pro dítě odpovídající prostředí pro výchovu. Může se vyskytnout i reálné nebezpečí, že nezralost se stane trvalou a přerůstá v trvalou krizi, která se odráží jak ve vztazích, tak i ve výchově. Částečně to může ovlivnit pedagog, který zde může sehrát velkou roli a může být prvním člověkem, který rodičům otevře oči a nasměruje je, co jejich dítě potřebuje, v čem strádá a co by mu měli poskytnout.

Přetížená rodina

Tento typ rodiny na první pohled vypadá, jako rodina, která splňuje všechny základní předpoklady dobrého vývoje. Rodiče jsou vybaveni vychovatelskou zralostí, projevují o výchovu upřímný zájem a své děti milují. Často mají nadprůměrné vzdělání a i přes všechny kladné stránky rodiny dítě v některých oblastech strádá, protože nejsou zcela naplněny. Hlavním důvodem je přetížená matka, otec nebo oba rodiče. To se promítá do způsobu soužití a snižuje to psychologickou funkčnost rodiny vzhledem k dítěti. Zátěž a přetíženost každý rodič zpracovává jinak. Někoho to vybičuje k ještě větší činnosti a upevňují jejich životní optimismus a elán, z čehož těží i jejich děti. Na druhé straně jsou rodiny, které mají nižší frustrační toleranci vůči zátěži a tíhu starostí neunesou. Podléhají pocitu zoufalství, bezradnosti a neví kudy kam. Uvědomují si však, že tím trpí i jejich dítě, a to celou situaci ještě umocňuje.

Je známo několik častých zdrojů přetížení:

- Přetíženost konflikty

Konflikty mohou nastat přímo v rodině mezi manželi, nebo mezi rodičem a dítětem, mezigenerační konflikty. Dále pak rodinu ovlivňují konflikty v zaměstnání, se sousedy a další.

- Přetíženost z důvodu narození dalšího dítěte

Tato přetíženost nastává v okamžiku, kdy má do rodiny přibýt další dítě a rodiče mají obavu z toho, že starší dítě nebo novorozenec bude strádat. Mají obavu z nezvládnutí povinností a úkolů spojených s péčí o děti.

- Přetíženost díky nemoci v rodině

Rodiče mají pocit úzkosti a obavy z povinností, které z nemoci některého člena rodiny vyplývají. Celá rodina je zaujata touto situací a ostatní záležitosti jsou odsunuty na další kolej. Tato situace nastává i v případě, že se narodí dítě, které není zcela zdravé a je u něj konstatováno zdravotní postižení. Tento stav ovlivňuje pozdější fungování rodiny a je velice náročný po psychické a mnohdy i po fyzické stránce.

- Přetíženost citovým strádáním rodiče

Tento problém vyvstává po velké změně v rodině, jako je rozvod, úmrtí vlastních rodičů, po přestěhování rodiny. Může nastat i při neúspěchu dítěte ve škole, s nímž se rodič nedokáže zcela vyrovnat.

- Přetíženost problémy ekonomickými, kariérními nebo bytovými

Problémy finančního rázu také mohou ovlivňovat standardní chod rodiny.

Přetížení rodiny bývá často jenom dočasný stav, který se postupem času vrátí do normálu. Některé faktory, jako je na příklad nemoc, může mít ale trvalejší ráz a může trvat v řádu měsíců nebo i let.

Ambiciózní rodina

V tomto případě také jako v předešlém rodina nevykazuje nějaké anomálie ve výchově, problém je v tom, že rodiče přikládají velkou váhu potřebám, vážícím se k jejich uplatnění, seberealizaci a vzestupu na úkor rozvoje osobnosti dítěte. Většinou si to neuvědomují. Jejich hodnotová orientace směřuje k vybudování kariéry v zaměstnání, úspěchu ve studiu, prosazení se ve sportu, uspokojování cestovatelských potřeb, vysokému materiálnímu standardu.

Tento typ rodičů své potomky velkoryse obdarovává a často argumentuje tím, že to všechno dělají pro blaho dětí. Materiální dary ale nekompensují citové strádání dětí, které trpí nedostatkem lásky, soucítěním, necítí jistotu a stabilitu. Děti bývají neuspokojené, ale samy nedokážou popsat, co jim chybí. Jejich rodiče popírají fakt, že by jim vůbec něco mohlo chybět. Děti bývají většinou zhýčkané přebytkem a mají touhu mít ještě víc, to pak vede k soustavné nespokojenosti s tím, co mají vzhledem k tomu, co by chtěly mít.

Perfekcionistická výchova

Rodiče na dítě vyvíjejí nátlak a požadují po něm vysoké výkony, perfektní výsledky a eventuálně být lepší než ostatní bez ohledu na to, jestli to dítěti prospívá k harmonickému vývoji. Rodičovský požadavek na plnění povinností se dostává do rozporu se *schopnostmi, zájmy a vnějšími možnostmi* dítěte.

Dítě pak pociťuje soustavnou zátěž a má pocit, že musí dosáhnout všech požadavků, které jsou od něho očekávány. Vzhledem k tomu, že nejsou splněny požadavky, dítě musí vyvinout enormní úsilí. Díky tomu dítě pociťuje vyčerpanost a pocity zklamání. Selhání dítěte je v rodině považováno za katastrofu, zklamání se prohlubuje, a stejně tak i harmonie vztahů mezi dítětem a rodičem. Dítě ztrácí sebejistotu a sebedůvěru, má výčitky svědomí. V důsledku toho hrozí závažné ovlivnění vývoje včetně narušení citového zázemí.

Autoritářská výchova

Vztahy v takové rodině jsou omezeny na neustálé rozkazování a příkazování bez zohlednění potřeb dítěte se samostatně rozhodovat a nést za svá rozhodnutí zodpovědnost. Děti nemají šanci projevit se spontánně a pociťovat určitou míru autonomie. Tím dochází k frustraci seberealizačních potřeb. Důsledky závisí na dalších životních podmínkách a osobnostních vlastnostech dítěte. Mohou se projevit například:

- Sklony k apatii, rezignace, nezájem, vzdání se osobní iniciativy.
- Averzí k autoritářským rodinným poměrům projevenou impulzivními, agresivními záchvaty vzteku.
- Pozdější asociální chování v dalším vývoji jedince.

U rodičů bývá obvyklé, že vyžadují automaticky slepou poslušnost, praktikují vůči dítěti dril a velký nátlak. Často děti psychicky i fyzicky trestají a v některých případech za to musí ještě poděkovat. Jsou zastrašovány, ponižovány, zavrhovány a rodiče k nim neprojevují lásku. Děti pak pociťují méněcennost, opuštěnost, nenávisť, vztek, zoufalství a silnou frustraci.

Protekcionistická výchova

Typické je, že rodiče chtějí dítěti vždy vyhovět a uznat jeho pravdu, jak si samo žádá. Dítě tudíž není zvyklé nést zodpovědnost, přiznat svůj omyl, dát za pravdu druhým a překonat samo sebe.

Jsou popsány tři základní formy rodinného protekcionismu:

- Protekcionismus útočný, ofenzivní

Rodiče bojovně vystupují na ochranu svého dítěte v jeho prospěch všude, kde mají pocit, že je mu křivděno. Rodiče se snadno dostávají do konfliktu s učiteli a stává se, že je obviňují ze „zasednutí“ na dítě a nadřezování ostatním.

- Protekcionismus soucítící

Rodiče s dítěte zaujímají spolutrpitelské postoje a mají pocity ukřivdění.

- Protekcionismus služebný

Rodiče za každou cenu dítěti chtějí vyhovět a zcela se mu podřizují. Dítě je v rodině diktátorem, tzn., že dítě ovládá rodiče a diktuje jim, co mají dělat.

Rodina liberální a improvizující

Dítěti v této rodině chybí řád a program. Rodiče před dítětem nevytyčují jasné výchovné cíle, nezapojují je a nevedou je k jejich naplnění. Mnohdy argumentují tím, že k dítěti mají důvěru a liberální styl přispívá k tomu, aby si samo vybralo to, co mu prospívá. Rodiče si neuvědomují, že děti přemíru volnosti zneužívají bez pozitivních efektů pro svůj rozvoj. Vede k lenosti, pochybným činnostem, egoismu a sobectví.

Odkládající rodina

Rodiny, které se ocitají ve velké krizi nebo jsou např. příliš mladé, ambiciózní, přetížené, projevují tendenci dítě odkládat na hlídání, kdykoliv je to možné. Pokud jde o občasné hlídání prarodiči, není to nic neobvyklého, ale pokud dítě střídá prarodiče, tety, přátele, známé a dokonce pobývá v kolektivních výchovných zařízeních, narušuje se jeho přirozené citové zrání. Může dojít ke vzniku deprivace syndromu – příznaku citového strádání v důsledku nepřesvědčivosti zásadních citových vztahů.

Disociovaná rodina

V této rodině jsou narušeny vnější, vnitřní, nebo oba vztahy rodiny, které jsou předpokladem funkčního rodinného prostředí.

Narušení vnějších vztahů v rodině

Narušení vnějších vztahů rodiny se projevuje buď její izolovaností od okolí, nebo její konfliktností ve vztahu k ní. V případě izolovanosti rodiny se projevuje v omezení kontaktů s jinými rodinami, přáteli a dalšími sociálními skupinami, institucemi a kulturními zařízeními. Rodina se uzavírá sama do sebe a do svých problémů, které ji úplně pohltní.

Druhou formou narušení je konfliktnost rodiny, která taky přechází v izolovanost, nebo naopak může být jejím absolutním opakem.

Narušení vnitřních vztahů v rodině

Jedná se o narušení vztahů mezi členy rodiny a má dvě formy:

- Oslabení vzájemných kontaktů a izolovanost rodiny

Každý z rodiny je ponořen do svých problémů, a pokud tato rodina udržuje nějaké kontakty, jsou pouze formální. Děti z těchto rodin bývají deprivované.

- Konflikty mezi členy rodiny

V rodině panuje velké napětí, neustále někdo někoho obviňuje, rodiče chtějí strhnout dítě na svou stranu pomocí intrik. Slabší členové se mohou hroutit a děti mají strach o rozpad rodiny. Příčinou nebo důsledkem často bývá alkoholismus, nevěra, zanedbávání domácnosti.

Dysfunkční rodiny

Ve vnitřních vztazích dysfunkčních rodin nacházíme atmosféru nedůvěry, očekávání nepříjemností. Potřeby a přání členů rodiny jsou často přijímané jako nepřijatelné a jsou odmítány. Běžným jevem jsou ostré mocenské boje, které někdy vedou k rozdělení rodiny na dva tábory. Odpovědnosti se pokud možno každý vyhýbá nebo ji někdo strhne na sebe, přitom ji však neunes. V komunikaci těchto rodin se zjišťuje mnoho nedorozumění, zmatků a neurčitostí. Je v ní také mnoho stereotypů – rodina se drží zaběhnutých způsobů komunikace a neodvažuje se hledat nové způsoby. Bývá zde pozorováno mnoho negativních

emočních projevů od ironizování až k otevřenému přímému napadání. Dysfunkční rodiny zvládají i běžný provoz domácnosti s obtížemi. (srov. Matoušek, 2003: 149 – 150) Tyto problémy v rodině mohou být přechodné a trvat několik měsíců a pak vymizet, nebo mohou být dlouhodobé a trvat několik let. Některé typy nefunkčních rodin se s problémy potýkají po celou dobu jejich soužití.

2.6 RODINA A VOLNÝ ČAS

Rodina je významný činitel při socializaci dítěte. Jedna z možností, jak lze dítě socializovat je skrze volný čas. Když rodiče s dětmi tráví společně volný čas, který dokážou smysluplně naplnit, dávají tak dětem do budoucího života vzor a určité hodnoty. V druhé řadě společné trávení volného času rodinu stmeluje, upevňují se vztahy a to ovlivňuje sociální prostředí rodiny.

2.6.1 Volný čas dětí a mládeže

Volný čas je doba, kdy si své činnosti můžeme svobodně zvolit, děláme je dobrovolně a hlavně nám přinášejí uspokojení a uvolnění. Z hlediska dětí do volného času nepatří vyučování, sebeobsluha, základní péče o zevnějšek a osobní věci, povinnosti v rodině a domácnosti, další vzdělávání. Součástí volného času nejsou ani činnosti zajišťující biologickou existenci člověka – jídlo, spánek, hygiena, zdravotní péče. Děti a mládež nemají ještě tolik zkušeností a nedovedou se orientovat v mnoha oblastech zájmových činností a potřebují citlivé vedení. Jinak bychom to mohli nazvat i pedagogické ovlivňování. Je potřeba, aby toto vedení bylo nenásilné, činnosti, které budou nabízeny, byly zajímavé a pestré, a účast na nich dobrovolná. Míra ovlivňování volného času dětí závisí na mnoha aspektech – věk dětí, mentální a sociální vyspělost i charakter rodinné výchovy.

Místa, kde tráví děti volný čas, jsou rozličná. Může to být hřiště, ulice, volná prostranství – a to se děje často bez rodičovského dohledu. Je potřeba si uvědomit, že děti mají volného času relativně mnoho, a proto bychom se měli snažit o to, aby svůj volný čas trávili smysluplně, a aby pro ně činnosti byly obohacující. V první řadě by to měla být rodina, která by měla zabezpečit volný čas dětí. Je ale zřejmé, že rodina nemá mnohdy

dostatek času ani materiálních podmínek pro výchovu dítěte ve volném čase. Je však první a nejdůležitější průvodce dětí v jejich volném čase. (srov. Pávková, 2002:13 – 14)

2.6.2 Volný čas v rodině

Rodina je vzdělávacím prostředím a jednotliví členové rodiny jsou učiteli, ne profesionálními, ale životními. Vzdělávání a výchova v rodině pro dítě představuje první a nejdůležitější školu života, ve které se nevyučuje osvědčenými metodami podle učebnic, ale společnou činností, soužitím, sdílením životních hodnot, osobním vzorem, nápodobou a dalšími způsoby. (srov. Matějček, 1994:36) Působení rodiny má v porovnání se školou své zvláštnosti. Rodiče nemusí mít pedagogické vzdělání, v rodině ale panují silné emocionální vazby. Kvalita vztahů v rodině je velmi podstatná, rodina do určité míry určuje životní styl svých členů. Trávení volného času rodiny je jedním z jejich ukazatelů. Děti se v rodině učí chápat volný čas jako hodnotu, učí se s ním hospodařit a naplňovat ho aktivitami. Nejen, že rodiče jsou pro děti vzory, ale mají možnost trávit volný čas s nimi při zajímavých aktivitách.

Rodiče by měli se svým časem umět hospodařit. Dobrým vzorem nebude matka, co se do úmoru stará po práci o domácnost a nemá ani chvíli času, ale ani rodič, který nepracuje vůbec. Pro dítě by mělo vyplynout, že plnění povinností i volný čas jsou nedílnou součástí běžného života, a že do volného času patří kromě relaxace a odpočinku i koníčky, zájmové aktivity a hobby. Je žádoucí, aby dítě vidělo, že oba rodiče mají nějaké své zájmy a aktivity, které si navzájem tolerují, nebo je vykonávají společně.

Společné trávení volného času rodiny je velmi žádoucí. Důležité je, aby se činnosti mohli zúčastnit skutečně všichni členové rodiny aktivně a zážitky z činnosti byly pozitivní. Při výběru činnosti by se měl brát v potaz věk, možnosti i zájmové zaměření všech členů rodiny. Mohou to být rodinné výlety, turistika, sportování nebo kutilství. Je dobré, když rodiče dětem předávají své zájmy, ale ne vždy děti musí mít stejné zájmy jako rodiče. Rodiče se mohou sdružovat s ostatními rodinami s podobnými zájmy, kde děti najdou kamarády, nebo mohou navštěvovat rodinná centra, kde pro ně nějaké aktivity připraví lektoři.

Pokud rodiče své děti dobře znají, mohou tak podporovat své děti v zájmových činnostech, a lehko je tak nasměrovat ke správným činnostem. Děti o svých zájmech a

činnostech rády mluví a rodiče by měli umět naslouchat a projevit opravdový zájem a projevovat radost z jejich úspěchů. Pokud to situace žádá, rodiče by měli být součástí vystoupení, soutěží nebo výstav výrobků dětí. Nezbytná je také finanční podpora dětí a zajištění doprovodu svých potomků za zájmovou činností. Rodiče by neměli zapomínat na to, že zájmové aktivity dítěte jsou dobrovolné a také by neměli dětem zájmové aktivity nakazovat. Požadavek dobrovolnosti však neznamená, že dítě bude až příliš často střídat zájmy. Je dobré, vždy si s potomkem stanovit určitý cíl, kterého se za podpory rodičů bude snažit dosáhnout. Pokud dítě o zájmovou aktivitu nemá už takový zájem, je dobré hledat příčinu a popřípadě vhodnou motivaci a výchovné prostředky k tomu, aby dítě v činnosti pokračovalo.

Je zde na místě zdůraznit, že kromě aktivních zájmových činností je volný čas dobou k odpočinku a organizované aktivity by neměly být primární náplň volného času dítěte. Děti také musí mít prostor pro volnou hru, bez jakéhokoliv řízení. Neplatí, že čím víc dítě má kroužků, tím je jeho volný čas zajištěn kvalitněji. (srov. Bendl, 2015 :131 – 132) Pokud rodiče s dětmi společně a aktivně tráví volný čas, kromě socializace plní také výchovnou funkci – díky smysluplným činnostem rodiče dokážou předcházet rizikovým projevům chování dítěte. (srov. Procházka, 2012:110)

3 OSOBA (DÍTĚ) SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Osoby se zdravotním postižením tvoří významnou minoritu občanů České republiky. Na základě kvalifikovaných odhadů je to přibližně deset procent obyvatel. Zdravotní postižení se ale dotýká mnohem vyššího počtu obyvatel, protože většina lidí se zdravotním postižením žije v rodině. Počet lidí se zdravotním postižením, které jsou v různé míře zasaženy důsledky zdravotního postižení, ať v oblasti sociální, ekonomické, psychologické a jiné, je daleko vyšší. (srov. Michalík a kol., 2011:31)

Etiologie vzniku postižení

Riziko vzniku vývojových vad je většinou vázáno na určité vývojové období.

V **prenatálním** období vývoj plodu ovlivňuje mnoho vnějších i vnitřních vlivů. Vnější vlivy, které mohou ovlivnit nenarozené dítě, jsou fyzikální (úraz matky), chemické (působení některých léků, užívání drog), nutriční (nesprávná výživa matky), biologické (virové a bakteriální infekce), psychické a sociální (stres, sociálně patologické prostředí). Mezi vnitřní vlivy se řadí genetika. Genetiku ovlivňují zejména chromozomální aberace, což je poškození chromozomální výbavy nezávisle na dědičnosti – například Downův syndrom a genové mutace, kde se jedná o dědičnou přenosnou změnu genetických informací. Vady mohou být děděny autozomálně nebo vázané na pohlaví.

Mezi další vnitřní faktory patří dispozice, které jsou dědičné a projeví se pouze při výskytu určitého spouštěče, změněná reaktivita neb problémy imunity.

Perinatální období je mimořádně rizikové. Je to doba těsně před a po porodu a průběh porodu. Dítě přicházející na svět absolvuje náročnou změnu prostředí. Porodem se stává svébytným jedincem a přestává být chráněno uvnitř těla matky. V určité míře je ohrožující nejen samotný akt porodu, ale také doba aklimatizace dítěte ve zcela odlišných životních podmínkách. Mezi nejčastější příčiny vzniku v tomto vývojovém období patří drobné nebo závažnější poškození mozku (mechanicky nebo nedostatečným přísunem kyslíku), novorozenecké infekce nebo vážné poporodní komplikace.

Postižení získané v **postnatálním** období jsou většinou následkem nebo doprovodným jevem vážných onemocnění či úrazů. Jsou to všechny reálně možné vnější

příčiny vzniku vad a poruch po narození. Jedná se o stejné negativní vlivy jako v období před porodem, které ale působí přímo na jedince, nikoli skrze organismus matky. (srov. Slowík, 2007:46 – 47)

3.1 DRUHY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Zdravotní postižení se nejčastěji dělí podle převládajícího zdravotního postižení. Můžeme se tak setkat s postižením:

- Tělesným
- Mentálním (řadí se sem i duševní postižení a poruchy autistického spektra)
- Zrakovým
- Sluchovým
- Řečovým (narušením komunikační schopnosti)
- Kombinovaným
- Civilizační choroby

.(srov. Michalík a kol., 2011:34)

Níže budou specifikovány nejčastější druhy zdravotního postižení.

Zrakové postižení

Zrak můžeme považovat za jeden nejdůležitějších smyslů člověka. Využíváme jej jako primární smysl při získávání až 90 % všech informací. Jakékoliv omezení zraku zatěžuje orientaci, a pokud jde o dlouhodobé nebo trvalé postižení, pak je výrazně ovlivněna komunikace, psychická integrita a celkově sociální existence lidského jedince. (srov. Slowík, 2007:59)

Teoreticky lze říci, že každý, kdo nosí brýle i s nepatrnou korekcí, má zrakové postižení, respektive postižení zrakové funkce. (srov. Michalík a kol., 2011:278)

Z pohledu tyflopédie se za osobu se zrakovým postižením považuje jedinec, který i po korekci zraku (medikamentózní, chirurgické, brýlové atd.) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováním informací zrakovou cestou. (srov. Vitásková a kol. in Slowík: 2007:59)

Příčinou postižení zraku může být porucha nebo vada v kterékoliv části zrakového ústrojí. V oblasti receptoru, nervových drah nebo přímo ve zrakovém centru v mozku.

Vrozené vady bývají většinou geneticky podmíněné nebo způsobené infekčním onemocněním těhotné matky. V období po porodu se krom refrakčních vad vyskytují nejčastěji šedé zákaly (katarakty), zelené zákaly (glaukomy), záněty, nádory, následky úrazů, intoxikace nebo patologické změny sítnice, které mohou být vyvolané cukrovkou či oběhovým onemocněním. Některé vady mohou být progresivní a postupem času se zhoršují, v některých případech může dojít k úplné ztrátě zraku. (srov. Slowík, 2007:59 – 60)

Při porušení zrakového vnímání je snížena nebo úplně chybí schopnost vizuálního

- Rozpoznávání tvarů
- Lokalizace věcí v prostoru
- Vyčlenění figury a pozadí
- Vnímání hloubky, vzdálenosti a prostoru
- Vnímání pohybu
- Vnímání světlosti a barevnosti
- Selektce informací

U lidí s těžkým postižením zraku je v kompenzaci zrakového deficitu důležitá schopnost představivosti. Nejde jen o běžné představy předmětů nebo činností, ale i představy anticipační a představy tvůrčí. S představivostí souvisí také schopnost porozumět světu. Pokud je zrak poškozen již od útlého věku, zpravidla nastávají komplikace v dalším vývoji poznávacích procesů, protože lze jen těžko vnímat svět v jeho celistvosti a členitosti. (srov. Michalík a kol., 2011:278 – 289)

Zrakové vady můžeme klasifikovat podle různých kritérií. Na příklad podle postižených zrakových funkcí, podle stupně zrakového postižení, podle doby vzniku nebo podle etiologie. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (10. revize) identifikuje jednotlivé stupně postižení zraku ve spojení s mírou zachovaných zrakových schopností při optimální korekci. Míru zrakové ostrosti značí hodnota vizu.

Dle WHO (MKF, 2014:308) můžeme rozlišit šest typů zrakového postižení:

- Mírná nebo žádná zraková vada
- Středně těžká zraková vada
- Těžká zraková vada
- Slepota třetího stupně
- Slepota čtvrtého stupně – vnímání světla
- Slepota pátého stupně – žádné vnímání světla

Od správné diagnózy a vhodně zvolených kompenzačních pomůcek se odvíjí i zařazení dítěte se zrakovým postižením do běžné školy. Mělo by se k němu přistupovat jako k jedinečné osobnosti, která se liší v potřebách zejména z hlediska vzdělávání. Je nutné zvolit vhodný rozsah vzdělávání, rozhodnout se pro adekvátní přístupy a formy vzdělávání. (Finková, Ludíková, 2012:9)

Sluchové postižení

Sluchovým postižením se zabývá obor surdopedie, který se vydělil z logopedie. Cílem surdopedie je komplexní péče o sluchově postižené, jejich sociální a pracovní zapojení, které se může uskutečňovat v různých úrovních socializace. (srov. Pipeková a kol. 2006: 127) Lidé, kteří se narodí neslyšící nebo přijdou v průběhu života o sluch, ztrácejí přisun až 60 ti procent informací. Mají sice rozvinuté kompenzační schopnosti, ale i přes to sluchová bariéra velmi ovlivňuje jejich život. Vytváří komunikační bariéru, deficit v orientačních schopnostech, psychickou zátěž, omezení sítě sociálních vztahů, má negativní vliv na vývoj myšlení a v neposlední řadě člověk přichází o bezpečnostní funkci sluchu. V případě nebezpečí sluch vyvolá spontánní obranu nebo únikovou reakci, protože je to smysl, který zůstává aktivní i ve spánku. (srov. Slowík, 2007:71)

Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady či poruchy v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, případně funkcionálně percepčních poruch. Přibližně v 50 % případů je sluchové postižení způsobeno geneticky podmíněnými vadami, dále to může způsobit infekce matky během těhotenství. Poslední příčinou je postižení sluchu získané v průběhu života v důsledku onemocnění, úrazů a některých léků. Úbytek sluchu je také důsledek stárnutí.

Sluchovou vadu diagnostikujeme sluchovou zkouškou, audiometrií, měřením otoakustických emisí a dalších metod.

Klasifikaci můžeme posuzovat podle typu (převodní, percepční a smíšené vady) nebo podle stupně intenzity (nedoslýchavý, neslyšící, ohluchlý), podle vzniku (vrozené získané) a podle doby vzniku (vrozené, získané). (srov. Slowík, 2007:72 – 75) V naší literatuře v mezioborovém hodnocení jsou dále sluchové vady hodnocené podle míry ztráty udávané v decibelech (dB) a frekvence v oblastech 500, 1000, 2000 MHz, jak je stanovila WHO revizí v roce 2001.

Ztráta:

- 0 – 25 dB normální sluch
- 26 – 40 dB lehká nedoslýchavost
- 31 – 60 dB dítě – středně těžká nedoslýchavost
- 41 – 60 dB dospělý – středně těžká nedoslýchavost
- 61 – 80 dB těžká nedoslýchavost
- 81 a více dB velmi závažné postižení sluchu

Klasifikaci sluchových ztrát převzata z (Michalík a kol, 2011: 364).

Zdravotní postižení

Tělesným (somatickým) postižením v obecné rovině chápeme takové postižení, které se projevuje buď dočasným, nebo trvalým problémem v motorických dispozicích člověka. Jedná se o poruchy nervového systému, v případě, že mají za následky poruchu hybnosti. Může také jít o různé poruchy pohybového a nosného aparátu. Tyto skutečnosti se pak mohou negativně odrážet ve vývoji osobnosti dítěte s postižením. Mohou nastat problémy v psychické a sociální sféře. (srov. Jankovský, 2011:31) Tělesně postižení jsou také osoby, které trpí degenerativními, metabolickými, endokrinními a jinými poruchami. Také například srdečními vadami, onemocněními dýchacího systému, revmatickými potížemi atd.

Tělesné postižení může být vrozené, získané a setkáváme se také s dědičným základem postižení. Jestliže je postiženo hybné ústrojí, označujeme ho jako primární, jedná – li se o sníženou mobilitu v důsledku poškození jiného orgánu, je to sekundární postižení.

Kombinovaným postižením označujeme stav, kdy je jedinec postižen dvěma nebo více na sobě nezávislými druhy postižení. (srov. Milichovský, 2010:21)

Mezinárodní organizace WHO zdravotní postižení označuje jako dlouhodobé nebo trvalé omezení možnosti jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života a uvádí klasifikaci tělesných postižení a zdravotních oslabení.

Podle typu

- postižení hybnosti
- dlouhodobá onemocnění
- zdravotní oslabení

Podle doby vzniku

- vrozená (vrození vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, DMO, nevyvinutí končetin)
- získaná (deformity páteře, úrazy, amputace, následky onemocnění a další)

Podle etiologie

- tělesné odchylky a oslabení (luxace kloubů, vady páteře atd.)
- tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin atd.)
- úrazy (tělesné postižení různé závažnosti s trvalými nebo dočasnými následky – paraplegie, amputace)
- následky nemocí (encefalitida, žloutenka, TBC, nádorových onemocnění apod.)
- dětská mozková obrna (spastické i nespastické formy)
- chronická onemocnění a zdravotní oslabení – alergie, astma, oslabení imunity, epilepsie atd. (srov. Slowík, 2007:99)

Mentální postižení

Mentální postižení patří k nejběžnějším poruchám vyskytujícím se v populaci bez ohledu na rasu, kontinent, ekonomický a kulturní okruh. V současnosti je nejvíce používaný pojem mentální retardace, ale mnoho předchozích odborných termínů, jako byl idiot, debil,

imbecil, se postupně stalo nadávkou. Žádný jiný obor nemá s odborným označením problémy tak, jako psychopedie.

Mentální retardaci můžeme definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, charakteristickou především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností. (srov. Michalík a kol., 2011:113 – 115)

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou různorodé, vždycky se jedná o funkční poškození mozku. (srov. Vágnerová in Slowík, 2007:111) Jednoznačná příčina je genetická porucha (genetické mutace, chromozomální aberace). Mezi nejznámější odchylky patří trizomie 21. chromozomu jinak nazývaný Downův syndrom. Dále metabolické poruchy, intoxikace (fetální alkoholový syndrom), nebo následky traumat (hypoxie nebo asfyxie při nedostatečném přísunu kyslíku během porodu). V mnoha případech nejde přesně určit příčinu vzniku postižení, nebo je více příčin. To označujeme jako příčiny multifaktoriální. Může dojít i ke snížení již dosažené mentální úrovně následky úrazů hlavy, nemocí, operačních zákroků a degenerativních onemocnění mozku, které ve starším věku způsobují např. Alzheimerovu chorobu.

Diagnostikovat postižení mohou rodiče, kteří sledují, že dítě se nevyvíjí tak, jak by mělo. Dále při specifikaci poruchy by měl spolupracovat pediatr, psycholog, psychiatr, neurolog, sociální pracovník a další. (srov. Slowík, 2007 111 – 112)

U mentálního postižení se posuzuje orientační hodnota inteligenčního kvocientu. Stupeň mentální retardace se dělí na šest základních kategorií.

- IQ 50 – 69 – lehká mentální retardace
- IQ 35 – 49 – středně těžká mentální retardace
- IQ 20 – 35 – těžká mentální retardace
- IQ do 19 – hluboká mentální retardace
- Jiná mentální retardace – u nesnadně diagnostikovaných jedinců nebo u jedinců s přidruženým postižením (nevidomí, neslyšící atd.) (srov. Švarcová, 2000 in Dlouhá a kol., 2011:16)
- Nespecifikovaná mentální retardace – MR je prokázána, ale není dostatek informací, aby byla specifikována do výše uvedených kategorií (srov. Švarcová, 2000 in Dlouhá a kol., 2011:16)

Přehled klasifikace MP převzat (MKN in Dlouhá a kol., 2011:15).

Řečové postižení

Aktuálnější termín je pojem narušená komunikační schopnost, kterou se zabývá obor logopedie. Definovat narušenou komunikační schopnost je dost obtížné. Už jen vymezení pojmu normality a stavu, kdy už můžeme mluvit o narušení, je komplikované. Není možné se orientovat pouze narušenou formální stránkou řeči, ale musíme si všimnout všech rovin jazykových projevů. Musíme brát v potaz jazykové prostředí, ve kterém jedinec žije, jaké má hodnocená osoba vzdělání atd. (srov. Klenková, 2006:52 – 53)

Předpokladem pro komunikaci mluvenou řečí je dobré sluchové vnímání, správná funkce řečových center v mozku a nervových drah, funkční motorika mluvidel a dostatečná inteligence. Součástí mluvidel jsou dýchací orgány, hlasové ústrojí a artikulační orgány, což je dutina ústní, jazyk, zuby, dutina nosní a hltan. Důležitou roli také hraje sání, polykání a správné dýchání. Základní stavební kámen pro komunikaci představuje slovo, které je v původním smyslu nositelem myšlenky. Logopedie, jak je patrné z názvu, pomáhá při jakýchkoliv problémech s komunikací nejenom při řečových vadách a poruchách mluvené řeči. (srov. Slowík, 2007:86)

Příčiny vzniku můžeme posuzovat z hlediska času nebo z hlediska lokalizace. Z časového hlediska mohou být příčiny vzniklé v prenatálním, perinatálním a nakonec v postnatálním období. Z lokalizačního hlediska se k nejčastějším příčinám řadí genové mutace a aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů, porušení centrální části, poškození efektorů, působení nevhodného prostředí bez jakýchkoliv stimulů, které může být příčinou opožděného vývoje řeči dítěte, narušení sociální interakce. Podle míry narušení mohou být komunikační schopnosti narušené částečně nebo úplně. (srov. Klenková, 2006:54 – 55) Narušená může být expresivní složka – vyjadřování, nebo i receptivní – porozumění řeči. Objeví-li se porucha v oblasti receptivní, projevuje se to i v oblasti mluvy. Příčiny narušené komunikační schopnosti mohou být orgánové. Jde o krvácení do mozku při afázii, nebo funkční – nevhodná hlasová technika, přemáhání hlasu, potíže v oblasti sluchového rozlišení hlásek nebo ve sluchové analýze a syntéze slov a hlásek. (srov. Michalík a kol., 2011:415)

V naší odborné logopedické literatuře, kterou uvádí Lechta 1990, 2003, se využívá klasifikace podle symptomu, který je pro které narušení nejtypičtější a dělí se do deseti základních kategorií:

- vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
- získaná orgánová nemluvnost (afázie)
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
- narušení zvuku řeči (patolalie, rinolalie)
- narušení plynulosti řeči (balbuties)
- narušení článkování řeči (dysartrie)
- narušení grafické stránky řeči
- symptomatické poruchy řeči
- poruchy hlasu
- kombinované vady a poruchy řeči

(srov. Klenková, 2006:55)

3.2 RODINA SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM ČLEMEM

Zdravotní postižení se netýká pouze člena rodiny s postižením, ale také rodičů, sourozenců a ostatních členů rodiny. Pokud se narodí dítě s postižením, hned na samém počátku se objevuje problém, který se zdá být neřešitelným. Tento problém spočívá v tzv. „copingu“, v českém ekvivalentu je to vyrovnání se se stavem, že dítě vybočuje z variační šíře normálu a mnohdy nemůže naplnit očekávání rodičů. Obtížný proces vyrovnání se s postižením má charakteristický průběh, který uceleným způsobem popsala jako první E. Kübler – Ross. (srov. Jankovský, 2006: 59) Švýcarská psychiatrička v roce 1969 ve své knize O smrti a umírání popsala několik emotivních etap umírání, těžké nemoci a mimo jiné se dá aplikovat i na zásadní změny v životě způsobené závažnou nemocí nebo ztrátou blízkého člověka. Těchto pět fází pod zkratkou DABDA, což je zkratka anglických slov, které jsou denial, anger, bargaining, depression, acceptance, které v překladu znamenají – popření, vztek, smlouvání, deprese, smíření.(Kübler–Ross model, [Wikipedia online].) I když popisuje fáze vyrovnávání se smrtí a umíráním, jednotlivé fáze se mohou aplikovat i v situacích, kdy rodiče reagují na sdělení závažné diagnózy týkající se jejich dítěte.

Jankovský (2006: 59) ve své knize navázal na E. Kübler – Ross. Popsal a vymezil dokonce šest stádií, které ale korespondují s původním modelem E. Kübler – Ross.

- **Iniciální šok**

Počátečnímu šoku ještě předchází takzvaná nulitní fáze, kdy rodiče ví, že dítě se narodí s postižením, ale tento stav si nepřipouští. Iniciální šok je silná emoční reakce rodičů na sdělení, že se jim narodilo dítě s postižením. Prožívají hluboké zklamání a hledají otázku na odpověď, proč zrovna je postihlo narození dítěte s postižením. Pociťují ztrátu všech nadějí a snů spojených s narozením zdravého dítěte.

- **Popření**

V další fázi rodiče popírají tuto skutečnost a situaci vnímají jako omyl. Ještě věří v obrat nebo zázračný lék. Rodiče hledají jiné odborníky, mají pocit, že jim nikdo nic neřekl a lékaři jim nepodali dostatečné informace

- **Smlouvání**

Zoufalí rodiče zkouší smlouvat s Bohem, vyhledávají alternativní medicínu, přiklání se k esoterice, až k tendencím, které směřují k mystice.

- **Agrese**

V našem jazyce spíše zlost nebo zloba, kdy rodiče napadají (obviňují) sebe navzájem nebo zdravotnický personál. Často je agrese nasměrovaná k lékaři, který diagnózu stanovil. Psychologicky se to dá vysvětlit tak, že rodiče situaci vnímají jako velkou nespravedlnost, kterou mohou zmírnit tím, že udělají nespravedlnost jinou. Předmětem agrese může být i samotné dítě s postižením. Agrese často vyústí v depresi.

- **Deprese**

Rodiče pociťují hluboký smutek, který se mísí s pocity viny a selhání. V některých případech se objevuje i sebeobviňování a vznikají tak situace, kdy si rodiče myslí, že dítě s postižením je uloženo jako trest např. za různé prohřešky v jejich životě. Pocity, že selhali, mohou vyústit ve stud za své dítě a tendence žít v ústraní a izolaci. Taková situace rodiče může přivést až do fáze úplného vyčerpání, kdy nejsou schopni ani pláče, který by jim

přinesl úlevu. V této náročné životní situaci by odborníci neměli rodiče nechat mlčet, ale citlivě jim klást otázky, zda je opravdu všechno ztraceno.

- **Přijetí**

Neboli vyrovnání je poslední fází, kdy deprese začíná pomalu ustupovat a následně přichází fáze akceptace. Rodiče se vyrovnávají s faktem, že právě oni mají dítě s postižením, a že ho musí přijmout takové, jaké je. Začínají hledat dostupná řešení do budoucna, navazují kontakty s ostatními rodiči v podobné situaci a začínou se otevírat vůči světu. Tento nesnadný proces je spojený s přeorganizováním hodnotového systému rodiny, s vytvořením nových specifických interakčních dovedností ve vztahu k okolí. Přijetí dítěte není jenom výzvou, ale velkým úkolem. (srov. Jankovský, 2006: 59 – 63)

Posledního stádia však nedosáhnou všichni rodiče, přetrvávající smutek a pocit viny nebo i obavy o život dítěte obvykle podmiňuje ambivalentní vztah rodičů k dětem, který může přetrvávat dlouhou dobu. (srov. Pipeková, 2006:41) Rodiče si musí vytvořit novou představu svého dítěte s postižením, která zahrnuje i to, že dítě má zdravotní postižení, musí ale uvažovat i o sobě samých a o životě celé rodiny, protože všechno je rázem jiné než bylo dřív a než předpokládali. Je potřeba, aby si rodiče prožili fázi truchlení nad ztrátou původních představ, což není lehké. Měli by se pokusit najít smysl této skutečnosti a dát jí alespoň nějaký pozitivní význam, který by jim umožnil chápat skutečnost jako zvládnutelnou. (srov. Vágnerová a kol., 2009:27)

V této náročné životní situaci nelze vyloučit ani odmítnutí dítěte, v takovém případě se rodiče dítěte vzdají a umístí ho do ústavní péče. Častěji u otců se můžeme setkávat s odchodem od rodiny, která je poznamenána narozením dítěte s postižením. Není to nic jiného, než útěk od problému. (srov. Jankovský, 2006: 59 – 63)

3.3 SOCIALIZACE DÍTĚTE S POSTIŽENÍM

Společnost je důležitý činitel v procesu socializace dítěte. Dítě si osvojuje žádoucí normy a role. Pokud se ale podíváme na socializaci z pohledu jednotlivce, je socializace jedním z procesů, které přispívají k rozvoji jeho osobnosti, ve smyslu získávání specificky lidských variant chování a prožívání. Jedinec díky společnosti získává systém hodnot, norem, rolí, schopnost komunikace a díky tomu je schopen regulovat vlastní chování. Dále

se vytvářejí a diferencují vztahy k jednotlivcům, skupinám i celé společnosti. Socializační proces působí při vývoji adaptačních struktur osobnosti dítěte. V tomto smyslu jsou dvě krajní varianty, kdy je jedna ze socializačních složek určitým způsobem změněna a výsledek socializace není v normě.

Odchyłka může být v charakteristických rysech působení společnosti, především v rodině, která je nejvýznamnějším činitelem socializace, nebo v oblastech psychických i somatických dispozic jedince. Toto členění nelze považovat za více než teoretické. Patologické vlastnosti jedné ze složek může ovlivnit reakce druhé složky.

Socializace dítěte s vrozeným postižením je primárně odlišná, protože objektem působení se stává jedinec s jinými dispozicemi, které jsou mnohdy velmi omezené. Již v počátečním vývoji dítěte dochází k ovlivnění postojů společnosti a z nich vyplývající chování. Obsah role handicapovaného dítěte s očekávanými odlišnostmi a nedostatky vychází z hodnotícího stereotypu, to je souhrnu vlastností a projevů, které jsou připisovány za základ příslušnosti ke skupině zdravotně postižených. Rodina je základním činitelem socializace i u dětí s postižením. Socializační proces různým způsobem ovlivňují typické rysy jednotlivých postižení. (srov. Vágnerová a kol., 2001:158 – 159) Dítě s pohybovým postižením nereaguje na rodiče očekávanou motorickou reakcí. Jeho mimika a pantomimika je slabší, a pokud jsou postižena i mluvidla, chybí i artikulační projev. Nedostatečná reakce utlumuje rodičovskou aktivitu i přes to, že takové dítě je na ni odkázáno více než děti zdravé. Specifickým typem sociálního kontaktu, který se vymyká normě, je rehabilitační cvičení, které může být pro dítě nepříjemné. Matka nebo otec jsou spojováni s nepříjemnými zážitky a vztah se tím může stát ambivalentní.

Děti s *mentálním postižením* bývají méně aktivní, spíše spavé až apatické. Rodičům poskytují méně odezvy na pokusy o sociální interakci. Jejich reakce jsou slabé, stereotypní a na nižší úrovni vývoje.

U *nevidomých dětí* chybí v sociální interakci vizuální kontakt. Nevidomé děti také reagují úsměvem, v tomto případě na matčin hlas, tato reakce ale bývá nepravidelná a nevýrazná. Přítomnost matky se projevuje taktlně kinestetickými a sluchovými podněty. Nevidomé dítě bývá vlivem nedostatečné stimulace apatičtější, nebo vnější podněty odmítá, někdy můžeme mluvit až o pseudoautistických reakcích. Dalším důležitým rysem počáteční

socializace nevidomých dětí je fakt, že postižení je diagnostikováno velice brzy po narození, čímž dochází i k brzké změně postojů a chování rodičů k dítěti.

U *neslyšících dětí* probíhá sociální kontakt v rámci vizuálních a taktilně kinestetických podnětů. Deprivace v oblasti sluchových podnětů se projevuje až v druhé polovině kojeneckého věku, kdy děti slyšící začínají rozumět mluvené řeči. Neřečové sluchové podněty nemají pro socializaci takový význam.

Děti trpící *pohybovým postižením* mají sníženou pohyblivost, která se promítá do jejich mimiky. Tyto děti se méně usmívají a výraz jejich obličeje bývá někdy maskovitý. (Matějček, Langmeier, 1986 in Vágnerová, 2011:169) Sociálně je významné, že obličej bývá neměnný a neodráží se v něm pocity dítěte, jak jsme zvyklí. Proto pro rodiče i ostatní komunikační partnery je tento projev nesrozumitelný a mají pocit nejistoty. Pohybové postižené může eliminovat význam úsměvu jako ukazatele sociální odpovědi.

Základním sociálním vztahem dítěte je vztah k rodičům, v prvním období zvláště k matce. Tento vztah vytváří předpoklad vývoje osobnosti dítěte, protože první zkušenosti v socializaci determinují interpretaci všech dalších sociálních zkušeností, se kterými se v budoucnu setká. Proto je možné v kvalitě a charakteristikách prvních sociálních zkušeností ze vztahu rodičů a dítěte vidět počátek budoucího více či méně úspěšného vývoje dítěte. Podle tohoto vztahu dítě buduje a prožívá další vztahy se svým okolím, které ovlivňují představu o sobě samém. (srov. Vágnerová a kol., 2001:94)

Funkční rodinné prostředí má pro člověka s postižením mimořádný význam a nikdy není úplně nenahraditelné z hlediska rozvoje osobnosti, kvality života, uspokojení vztahových a emocionálních potřeb, vytváření vlastní identity (rodina jako referenční skupina – v některých případech i jediná po celý život). (srov. Slowík, 2007:36)

3.3.1 Integrace a Inkluze

Integrace neboli nejvyšší stupeň socializace člověka je proces rovnoprávného začleňování jedince do společnosti. Je něčím naprosto přirozeným a týká se každého člena společnosti. Někdy je situace komplikovanější u některých osob nebo minoritních skupin (etnické menšiny, osoby s postižením apod.), které se od většiny populace odlišují a nejsou schopny dosahovat přirozeným způsobem vysoké míry socializace. V tomto případě je nutné

jejich integraci podporovat a vytvářet pro ně vhodné podmínky. Sociální integrace znamená sjednocování, spojování v nový celek, kdy minority a majorita rozvíjí společenský systém, který obsahuje hodnoty a ideje obou stran. Každý by při tom měl nalézt své místo ve společnosti. Člověk s handicapem se do lidské společnosti potřebuje integrovat v několika oblastech, které odpovídají variabilitě života v naší společnosti. Patří sem školská integrace, pracovní integrace, společenská integrace. (srov. Slowík, 2007:31 – 33)

V souvislosti se školským integračním trendem v oblasti vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, mezi které řadíme (podle zákona 561/2004) žáky se zdravotním postižením, nejen s mentálním, tělesným, zrakovým, sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami a autismem, ale také vývojovými poruchami učení nebo chování, a zdravotním a sociálním znevýhodněním je kladena otázka „úspěšnosti“ začlenění těchto jedinců do vrstevnických skupin. Je patrné, že jedním z aspektů, které je potřeba sledovat při procesu integrace je klima celé třídy i celé školy. Na klimatu třídy se nepodílí jen intaktní vrstevníci, ale také učitelé svým přístupem k osobám se zdravotním postižením. Dalším důležitým faktorem je druh a stupeň zdravotního postižení žáka.

Kdo je žákem se zdravotním postižením, jakým způsobem může absolvovat školní docházku a jak se musí upravit podmínky pro jeho zařazení do běžné školy, nalezneme ve Školském zákoně – č. 561/2004 Sb., O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, případně ve vyhlášce č. 116/2011 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. (Finková, Ludíková, 2012:9 – 12)

Jsou dva přístupy v sociální integraci – asimilační a adaptační, kdy v prvním případě společnost zdravotní postižení jedince považuje za jeho problém a integrace závisí na přizpůsobivosti jedince k majoritě, která určuje pravidla soužití. V adaptačním přístupu společnost považuje handicap jako společenský problém a celá společnost se snaží o sociální integraci jedince. Podporuje ho vstřícným opatřením (odstraňování bariér a přizpůsobování je vzájemné).

Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé se zdravotním postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti, stejně jako lidé intaktní. V inkluzivním přístupu jsou osoby s postižením zapojovány do všech běžných činností,

pouze v situacích, kde je to nezbytně nutné, nastupuje přiměřená pomoc a podpora. Inkluzivní přístup můžeme dobře vidět např. ve školské integraci, kdy se děti s postižením za určitých podmínek zapojují do běžných tříd.

WHO uvedlo škálu stupňů sociální integrace.

1. **Sociálně integrovaný** – člověk s handicapem se plně účastní všech činností
2. **Inhibovaná účast** – má určité znevýhodnění, které způsobuje mírné omezení
3. **Omezená účast** – osoby se plně neúčastní obvyklých společenských činností, jejich postižení negativně ovlivňuje např. sexuální život
4. **Zmenšená účast** – díky postižení nejsou schopni navázat náhodné kontakty a jejich účast na společenském životě je omezena na rodinu, domov a práci
5. **Ochuzené vztahy** – jedná se o omezení fyzické, psychické nebo sociální bez tendencí ke zlepšení
6. **Redukované vztahy** – jednotlivci jsou schopni udržovat vztahy pouze v omezené skupině nebo s jednotlivci
7. **Narušené vztahy** – osoby se ZP neudrží trvalé vztahy s ostatními lidmi
8. **Společenská izolovanost** – schopnost míry integrace těchto osob je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost. Jedná se o segregaci.

(srov. Slowík, 2007:31 – 33)

3.4 KDYŽ RODINA PEČUJE

Každá rodina s členem s postižením má kromě potřeb běžné rodiny i specifické potřeby, které však vyžadují stejné naplnění a uspokojení jako ty základní. (srov. Slowík, 2007: 35) Narození člena rodiny s postižením představuje pro rodiče ve většině případů neočekávanou zátěž. Někdy o potencionálním postižení dítěte ví rodiče ještě před narozením. Obecně platí, že čím dříve se rodiče diagnózu dozví, tím zásadněji se změní rodičovské postoje. Ideální adaptace rodiny je uspořádání rodinného života tak, aby nejen splňoval potřeby dítěte s postižením, ale i všech ostatních členů rodiny. Mezi základní potřeby rodiny s dítětem s postižením patří:

- Vhodné informace o stavu a následných možnostech postiženého dítěte. Poskytnutí informací je jedním z nejzávažnějších okamžiků rodiny, rodina má právo o postižení vědět co nejdříve.
- Rodina také potřebuje emocionální podporu, kterou mimo širší rodinu mohou poskytnout i specialisté formou psychoterapie.
- Další důležitou pomocí je finanční a sociální podpora. Je nutná zejména v praktické oblasti péče o dítě. Pokud to není nezbytně nutné, rodina většinou volí domácí péči, a tak je podpora rodiny specialistou zásadní. (srov. Pipeková, 2006:41)

Zásadní roli může sehrát reakce nejbližšího okolí – širší rodina, přátelé, sousedé a také prostředí místní komunity. Výrazné rozdíly se objevují mezi městem a vesnicí. Pokud se rodině nedaří překonávat překážky a komplikace spojené s handicapem některého ze svých členů a nenalezne dostatek podpory mezi bližními, může dojít k sociální izolaci a současně klesá míra stability uvnitř rodiny. Pokud by se rodina dostala až do tohoto kritického bodu, jako jedno z alternativních řešení vyhledává náhradní možnost péče. Patří mezi ně ústavní výchova, sociální služby, náhradní rodinná péče, nebo dočasná respitní péče. (srov. Slowík, 2007: 35 – 36)

V České republice není známý přesný počet rodin, které pečují o člena se zdravotním postižením. Částečné informace o tom, kolika rodin se toto týká, je možné získat analýzou příspěvku, který je v těchto případech vyplácen. Je to příspěvek na péči. Celkový počet osob byl v roce 2010 (jak uvádí MPSV) 292 000, z toho je 7,4 % dětí do 18ti let a 24,3 % do 64 let věku. Ostatní procenta tvoří lidé starší 65ti let. Je tedy zřejmé, že největší péči potřebují lidé 75 let a starší. Je to konkrétně až 56,6 % zdravotně postižených v různých stupních. V ČR pobírá příspěvek na péči 20 695 dětí do věku 18ti let a přibližně 40 až 50 tisíc rodin pečují o dítě se zdravotním postižením. Zdroj MPSV, údaje z března 2010. (MPSV in Michalík a kol., 2011:94)

Z aktuálnějších informací z roku 2015, kterými disponuje MPSV, vyplývá, že od roku 2012 do roku 2014 se u lidí od 18ti let pobírajících příspěvek na péči zvýšil o 10 tisíc oproti roku 2011. Počet osob do 18ti let vzrostl ve stejném období cca o 4,2 tisíce.

Tabulka 1: Počet příjemců příspěvků

Průměrný měsíční počet příjemců příspěvku na péči v tisících za rok

2007	277,3
2008	295,7
2009	308,7
2010	311,5
2011	306,7
2012	314,6
2013	317,8
2014 (předběžný údaj)	327,7

Zdroj: MPSV (Oknouze/Okslužby, AIS SoS)

To, že počty uživatelů příspěvku na péči rostou, je zapříčiněno mimo jiné i stárnutím populace, lidé se dožívají vyššího věku a ve stáří potřebují pomoc. V České republice je zhruba 335 tisíc lidí, kteří pobírají příspěvek na péči. (srov. Koubová, 2015, online)

Rodina se pro dítě s postižením stává neopakovatelnou sociální jednotkou. Při poznávání skutečné situace rodiny musíme brát v potaz kvalitativní stránky života (sociální, ekonomické a demografické) a přístup kvalitativní, sledující neopakovatelnou situaci pečující rodiny. Kvalitativní aspekty jsou pro každou rodinu odlišné, a to v desítkách hodnot a charakteristik vnitřního života, i vnějšího řádu jejich existence. Jsou pozorovány velké rozdíly v potřebách a možnostech, názorech, zkušenostech, prožitcích a dovednostech.

Níže jsou uvedeny určité modely pečujících rodin.

- Rodina pečuje o dítě nebo naopak o seniora v rodině.
- Člen rodiny je dlouhodobě nemocný a má některé ze stigmatizujících postižení (vada řeči).
- Člen rodiny je velmi těžce postižený a je odkázán na pomoc a péči druhých.
- Člen rodiny je de facto zdravý, s občasnými problémy. Jeho prognóza je ale riziková, v některých případech kritická.
- Člen rodiny je lehce zdravotně postižený, ale má velké výkyvy chování s prvky agrese a obdobných poruch, mimořádně zatěžující okolí svými projevy.

- Rodina je materiálně zabezpečena, nebo naopak se pohybuje pod úrovní hmotné nouze.
- Rodina je úplná a širší, se sourozenci nebo vícegenerační rodiny, nebo naopak z původní rodiny zůstala jen pečující osoba a osoba se zdravotním postižením.
- Dlouhodobá péče byla závažným důvodem pro rozpad vztahů mezi členy rodiny, nebo naopak náročná péče vztahy mezi čely obohatila a posílila.
- Druh zdravotního postižení nebrání rodině navazovat kontakty a zásadně neomezuje trávení volného času.
- Rodina nebo její členové pečují několik týdnů a měsíců nebo rodina, v níž probíhá dlouhodobá péče, tj. více než 15 let.
- Rodina má v okolí dostatek podpůrných služeb oficiálních poskytovatelů sociálních služeb a má finanční prostředky na jejich využití, nebo naopak nejsou v okolí žádné služby k dispozici, nebo rodina trpí nedostatkem peněz.

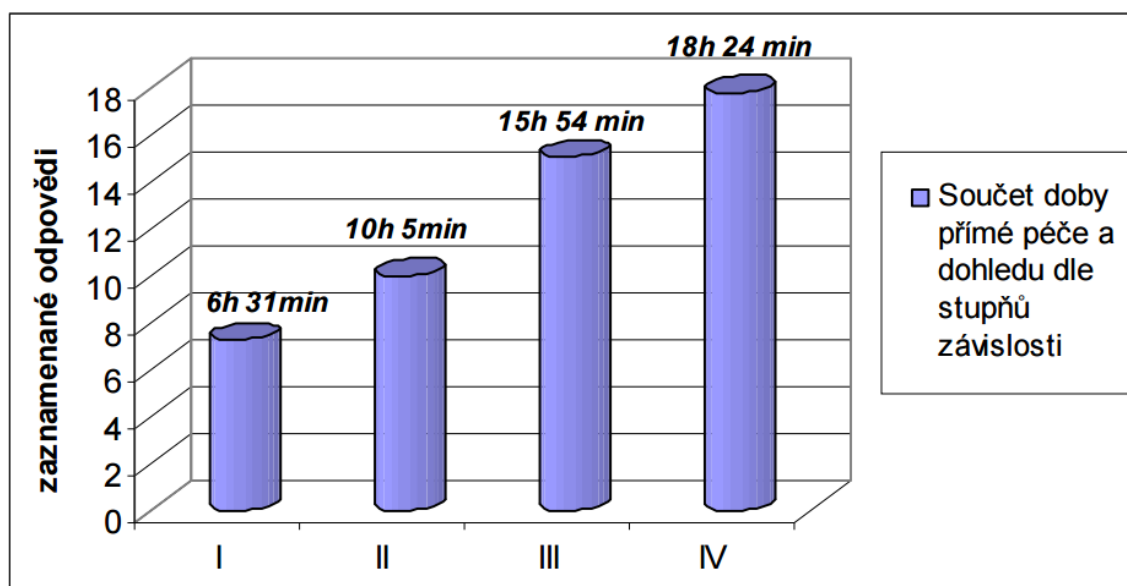
Všechny tyto charakteristiky mají zásadní vliv na potřebu vnější podpory, ale i vnitřní motivace a soudržnost pečující rodiny. Je nutné podotknout, že všechny tyto modely se vzájemně prolínají a kombinují.

Domácí péče v rodinách znamená pro stát velkou finanční výhodu. Domácí péče je daleko levnější, než péče ústavní. Osoba ve třetím stupni závislosti na péči obdrží příspěvek v hodnotě osm tisíc korun měsíčně, z něj jsou hrazeny potřeby péče, tím pádem i odměna pečující osobě. Na druhé straně pokud je osoba umístěna do zařízení s celoročním provozem, požadavek na finanční rozpočet stoupne dvojnásobně až čtyřnásobně. Pečující osoba tak státu svou tvrdou prací šetří státu peníze. (srov. Michalík a kol., 2011: 95 – 98)

Přítom domácí péče je velice časově náročná. Výsledek z roku 2007 a 2008 v rámci výzkumného úkolu „Postoje uživatelů sociálních služeb k jejich novému způsobu poskytování“, kdy bylo osloveno více než 700 respondentů s otázkou, kolik hodin poskytují osobám se zdravotním postižením přímé péče.

Ve výsledcích jsou zohledněny stupně závislosti osoby se zdravotním postižením. V prvním stupni závislosti je to tak šest hodin a třicet jedna minut přímé péče denně, v druhém už deset hodin a pět minut, ve třetím stupni téměř šestnáct hodin a v posledním osmnáct a půl hodiny.

Graf 1: Doba přímé péče a dohledu dle stupně postižení



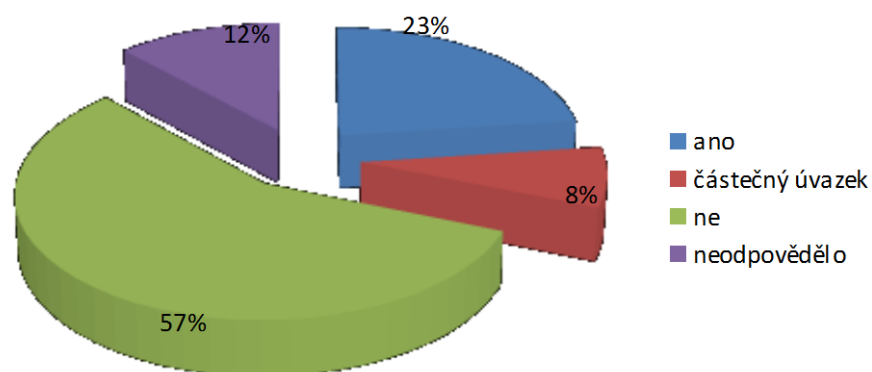
Zdroj: Michalík, J. a kol.: *Závěrečná zpráva z výzkumu „Postoje uživatelů sociálních služeb k novému způsobu jejich poskytování“*. Olomouc: IRVS, 2008.

Co se týče finanční situace rodin, které pečují o člena se zdravotním postižením, je to velmi obtížné. Vzhledem k výši mezd je u nás také méně rozvinuta práce na částečný úvazek, popřípadě pracovní flexibilní doba, která by umožnila sladit rodinnou péči a zároveň zachovat pracovní potenciál pečující osoby. Vyloučení z práce je pro rodinu ztráta nejen ekonomická, ale velmi modifikuje sebehodnocení a sebedůvěru pečujících osob. Pokud je v rodině péče dlouhodobá, zůstávají doma většinou ženy, jež trvale ztrácí kontakt s pracovním trhem. V tomto důsledku se mění vztah obou partnerů a mění se vnímání vlastní osobnosti.

Z výzkumu „Postoje uživatelů sociálních služeb k novému způsobu jejich poskytování“ je patrné, že 57 % pečujících osob vůbec nepracuje, 23 % respondentů pak na částečný úvazek.

Celkový počet respondentů činil 702 osob.

Graf 2: Zaměstnanost pečujících osob



Zdroj: Michalík, J. a kol.: *Závěrečná zpráva z výzkumu „Postoje uživatelů sociálních služeb k novému způsobu jejich poskytování“*. Olomouc: IRVS, 2008.

4 VÝZKUM

4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Vlivem socializace přijímáme sociální normy a osvojujeme si pravidla chování, učíme se žít ve společnosti a přizpůsobujeme se kulturnímu prostředí. Socializace, kterou se zabývám v první kapitole nazvané *Socializace a sociální prostředí (konkrétně v kapitole 1.1)*, je celoživotní proces, díky kterému získáváme určitý sociální status. Ovlivňuje ji věk, pohlaví, postavení ve společnosti a mimo jiné na příklad i zdravotní postižení. Rodina je za každých okolností první a nejdůležitější složkou v socializaci. Včleňování dětí (lidí) se zdravotním postižením do společnosti mnohdy bývá v důsledku omezení postižením nejisté. Někdy je rodina dítěte jedinou socializační složkou, se kterou se dítě (člověk) po celou dobu svého života setkává. Rodinou a vlivem rodiny na rozvoj člověka se tato práce zabývá v kapitole druhé, která je nazvána *Rodina*. Míra kontaktu jedince se společností závisí na míře a stupni zdravotního postižení. Rozdílná je socializace člověka s mentálním postižením a člověka využívajícího „pouze“ invalidní vozík, kde spíše nacházím bariéry ve společnosti, než v prostředí. Zdravotní postižení ovlivňuje nejen jedince, ale i celou jeho rodinu, pro kterou narození dítěte s postižením může znamenat velký šok a následně velké rozhodnutí a reorganizace rodinného života. Míru socializace ovlivněnou typem zdravotního postižení podrobněji popisují v podkapitole 3.3 *Socializace dítěte s postižením*.

V této souvislosti se budu zabývat rodinou, se členem se zdravotním postižením. Ráda bych ověřila, jak dítě s postižením ovlivňuje sociální prostředí v rodině. Na základě rozhovoru s pečující osobou v rodině o člena se zdravotním postižením, bych chtěla zjistit, jak postižení dítěte ovlivnilo jednotlivé členy rodiny, ale i rodinu jako celek a jak moc rozdílná je rodina běžná oproti rodině se zdravotně postiženým členem. Díky cíli, který jsem si určila, chci ověřit skutečnost, nakolik ovlivnila běžný chod rodiny a jestli je dítě schopno v důsledku svého postižení dospět k sekundární a později i k terciální socializaci, která probíhá mimo rodinu.

Abych mohla zjistit, jaký je život a socializace v rodině s dítětem s postižením, stanovila jsem takové otázky, které by měly na danou problematiku díky rozhovorům

s respondenty odpovědět. Zjišťovala jsem, nakolik zdravotní postižení člena rodiny ovlivňuje rodinu. Nasbírané podklady vyhodnotím a shrnu je do uceleného výzkumu.

Výzkum bude prováděn ve vybraných rodinách docházejících se svými potomky do sdružení Kontakt bez bariér (dále jen Kontakt bB) v Českých Budějovicích, které pracuje s jedinci s různým zdravotním postižením.

4.2 CÍL VÝZKUMU

Cílem mého výzkumu je zjistit, jak dítě s postižením ovlivnilo rodinu. Budu se zabývat rodinou, kde o člena s postižením pečuje někdo z dalších členů rodiny (většinou je to matka). Neočekávaný příchod dítěte s postižením může v rodičích způsobit zmatek, pocity selhání, představu, že je všechno ztraceno. V důsledku náročné péče, která může trvat i několik desítek let může dojít ke změně priorit v hodnotové orientaci rodiny. Na první místo se dostává zabezpečení základních potřeb člena s postižením a všechno ostatní je až na dalších kolejích.

Výzkum hledá odpověď na otázku: *Jak se mění rodina a její sociální prostředí z pohledu pečujícího rodiče o dítě se zdravotním postižením?*

Stanovila jsem si následující otázky pro rozhovor, pomocí kterých hodlám získat data potřebná k výzkumu. První skupina otázek se týká osobní anamnézy dítěte – věku, typu zdravotního postižení, a jestli žije v úplné nebo jinak uspořádané rodině. Protože věk dítěte, typ zdravotního postižení a míra samostatnosti může zásadně ovlivnit celou rodinu z hlediska socializace. Čím víc času rodina stráví péčí o dítě a čím je ZP těžší, tím více se socializace stává sekundární. Primární je zabezpečit dítě. Mnohdy se rodiče rozcházejí z důvodu velké psychické zátěže a časové náročnosti péče o dítě, nebo je to naopak spojí jako nikdy předtím.

Druhá skupina otázek je specificky směřována a odpovědi na otázky i doplňující podotázky povedou k ověření výzkumného problému.

Osobní anamnéza

Věk dítěte/ osoby se ZP

- Kolik je vašemu dítěti?
- Bylo vaše dítě někdy v dlouhodobé ústavní péči?
- Navštěvuje zařízení typu školka, škola, stacionář, chráněná dílna nebo jiné?

Typ zdravotního postižení

- Jaké je zdravotní postižení vašeho dítěte?
- Je zdravotní postižení vrozené nebo získané?

Rodinný stav

- Jaký je váš rodinný stav?

V druhé části už kladu specifické otázky, které mě dovedou k odpovědi na výzkumný cíl.

Pocítujete nějaké rozdíly ve výchově dítěte?

- Jak své dítě se ZP vychováváte?
- Jaký máte vzájemný vztah s dítětem se ZP?

Jak dítě/ osoba se ZP ovlivňuje rodinu?

- V čem se podřizuje chod rodiny dítěti se ZP?
- Co všechno se změnilo po narození/ po získání postižení dítěte?
- Má dítě se ZP sourozence? Pokud ano jak svůj čas dělíte mezi sourozence tak, aby neměl pocit, že je odstrčené?

Jak vaše dítě navazuje vztahy mimo rodinu?

- Jak je schopné vaše dítě navazovat kontakty s vrstevníky?
- Účastní se dítě nějakých zájmových aktivit/ kroužků? Kterých konkrétně?

Jak vaše rodina tráví společný čas?

- Popište, jak trávíte volný čas, jezdíte jako rodina například na dovolenou, výlety?

Kdo z rodiny dítěti/ osobě se ZP dává největší péči?

- Kdo zajišťuje hlavní péči o dítě?
- Pracuje pečující osoba a má nějaké zájmové aktivity?

Kolik hodin denně (odhadem) strávíte péčí o dítě/ osobu se ZP?

Co všechno je dítě / osoba se ZP schopna zvládnout sama?

- Jak probíhá speciální péče o dítě se ZP, v čem mu musíte dopomáhat a co by nezvládlo samo?
- Co je naopak schopno zvládnout samo?

Za jakých podmínek by se vaše dítě bylo schopno v budoucnosti osamostatnit nebo pokud už je samostatné co tomu muselo předcházet?

4.3 METODA SBĚRU DAT

Ke sběru dat jsem použila kvalitativní výzkum. „*Kvalitativní výzkum v humanitních vědách označuje různé přístupy (metody, techniky) ke zkoumání pedagogických jevů, kdy do popředí nevystupuje kvantifikace empirických dat, nýbrž jejich podrobná kvalitativní analýza.*“ (Maňák, Švec, 2004:22). Kvalitativní výzkum předpokládá, že existuje více realit, podle toho, jak je jednotlivci nebo skupiny interpretují. Tento typ výzkumu zdůrazňuje subjektivní rysy jednání lidí, které se ale proměňují v kontextu. V samotném výzkumu nejde o hledání objektivní reality, ale jde o porozumění tomu, jak lidé vnímají a interpretují svojí realitu. Výsledkem je pochopení myšlení a chování daného jedince. „Kvalitativní výzkum se snaží zachytit všechna data v maximální bohatosti a zpracovat je pomocí specifických analytických postupů. Jádrem těchto postupů je kódování, což je proces, kdy prvotní (surová) data převádíme do menších jednotek, s nimiž je možné dále pracovat. Tyto jednotky označujeme názvy.“ (Švec, 2006:53)

Pro získání dat jsem zvolila kvalitativní sondu a metodu polostrukturovaného rozhovoru, který jsem vedla na základě principů kvalitativního výzkumu. Termín kvalitativní výzkum vykládá Strauss a Corbinová (1999) jako „výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“ (1999:10).

Rozhovor je nejčastěji používanou metodou ke sběru dat v kvalitativním výzkumu. Jinými slovy jej můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu většinou jedním dotazovatelem pomocí otevřených otázek. Rozhovorem jsou tedy zkoumáni členové určitého prostředí, specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání/událostí, jakými jsou členové skupiny charakteristické. Díky otevřeným otázkám badatel může porozumět pohledu jiných lidí, bez toho, aby je omezoval ve výběru položek v dotazníku. Jeden z dvou hlavních typů je polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem připravených témat a seznamů otázek. (srov. Švaříček, Šedová, 2007:159 – 160)

Tuto metodu jsem si zvolila proto, že je dle mého názoru nejspolehlivější metodou, pro získání potřebných dat pro mou práci. Respondenti se mohli svobodně vyjádřit ke všem otázkám a mohli odpovídat spontánně, bez omezení a zároveň se rozhovory držely dílčích témat, která mi poskytnou alespoň částečnou srovnatelnost odpovědí.

Vzorek je samozřejmě velmi malý na to, aby se výsledky výzkumu daly zobecňovat na celou populaci. Z toho důvodu jsem se nesnažila o generalizaci zjištění dat, ale zejména o podrobnější popis problematiky a zkoumaného jevu. Výsledky výzkumu se vztahují pouze na zkoumaný soubor a měly by tvořit puzzle, kdy každý dílek je jeden subjektivní pohled pečujícího rodiče na danou problematiku.

4.4 VÝBĚR RESPONDENTŮ

Respondenty jsem si vybírala velmi pečlivě. Záměrně jsem vybírala osoby, které se svými potomky navštěvují spolek Kontakt bB v Českých Budějovicích, protože je to spolek, který poskytuje zdravotně postiženým jedincům zájmovou aktivitu, při které dochází alespoň částečně k sekundární socializaci. Použila jsem tedy *metodu záměrného (účelového) výběru přes instituce*. V této metodě se využívá určitý typ služeb nebo činností nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.

Pokud jsou základním souborem našeho výzkumu klienti dané organizace, to znamená, že výběrovým kritériem je právě skutečnost, zda využívají pomoc určité organizace, pak je záměrný výběr prostřednictvím instituce nejlepší volbou pro výběr výzkumného souboru. (srov. Miovský, 2004:138) Spolek Kontakt bez bariér se věnuje

plavání osob se zdravotním postižením všech věkových kategorií již od roku 2007. Nabízí jí jako sociální službu a uživatelé kromě rehabilitační funkce plavání mohou zakusit sekundární socializaci ve skupině vrstevníků.

Kromě zvolení této metody, která sama o sobě určuje jedno kritérium, a to, že rozhovory budou prováděny v rodinách, které mají potomka se zdravotním postižením navštěvující sociální službu Kontaktu bB jsem si určila další podmínku. Tuto podmínku jsem si zvolila proto, že spolek není orientovaný pouze na určitý typ zdravotního postižení, ale jako jeden z mála je otevřený všem lidem bez rozdílu věku, nebo typu zdravotního postižení. Druhou podmínkou byla péče rodiny o potomka se zdravotním postižením v domácím prostředí.

4.5 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU

Respondenti, kteří splňovali předem určené podmínky a souhlasili s rozhovorem, jsem v průběhu ledna nejdříve oslovila. Ve třech případech přímo a zbylé tři respondenty jsem kontaktovala prostřednictvím emailu. Po domluvení místa a času schůzky se všechny rozhovory uskutečňovaly na přelomu ledna a února. Místa rozhovorů byla rozličná. Tři rozhovory s pečující osobou se uskutečnily přímo v průběhu plavecké lekce jejich dítěte v centru Arpida. Jeden v průběhu lekce dítěte na plaveckém bazénu v kanceláři a další dvě matky mne pozvaly k sobě domů, z důvodu obtížnosti reorganizace svého času a skloubení rozhovoru s běžným denním programem.

Respondenti byli ochotni a do rozhovorů se zapojili s velkou chutí a u některých otázek se zastavili a rozvedli je velmi podrobně. Díky sdílnosti a otevřenosti rodičů rozhovor neprobíhal strojeně, ale spíše jako přirozené přátelské popovídání o životě pečujících rodin o člena se zdravotním postižením. I přes to jsem z rozhovorů získala důležitá data.

4.6 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ

Metoda otevřeného kódování patří mezi jednodušší metody, ale zároveň je velmi účinná. Používá se v široké škále kvalitativních výzkumů. Kódování představuje operace, ve kterých se rozeberou údaje, následně jsou konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text rozdělen na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména

a s nově označenými fragmenty text dále pracuje. Analyzovaný text rozdělíme na jednotky a každé jednotce přidělíme nějaký kód. (srov. Švaříček, Šedová, 2007:211)

Všechny rozhovory jsem přepsala tak, jak respondenti vypovídali. Vzhledem k zachování autentičnosti výpovědí jsem je ponechala v původním znění. Někde se tedy mohou vyskytovat hovorové výrazy.

V přepsaných rozhovorech jsem přiřadila pojmy některým jevům. V průběhu otevřeného kódování jsem vyhledala opakující se pojmy a z nich vytvořila kategorie.

Je důležité podotknout, že subkategorie a kategorie se prolínají a každý výzkumník může dané téma uchopit jinak. Je proto pochopitelné že stejný text kódují dva různí výzkumníci rozdílným způsobem. (srov. Švaříček, Šedová, 2007:214)

Na základě otevřeného kódování jsem si určila tyto následující kategorie:

Kategorie č. 1. Zdravotní postižení

Kategorie č. 2. Rodina

Kategorie č. 3. Role v rodině

Kategorie č. 4. Změny v životě

Kategorie č. 5. Časová náročnost

Kategorie č. 6. Socializace dítěte

Zde uvádím základní informace o respondentech, které jsem v otevřeném kódování označila pouze křestním jménem:

- Respondentka 1. N. B.: Nikola B., 51 let
- Respondentka 2. M. S.: Milada S., 47 let
- Respondentka 3. L. C.: Lucie C., 37 let
- Respondentka 4. H. V.: Hana V., 51 let
- Respondentka 5. R. P.: Renata P., 33 let
- Respondent 6. M. J.: Martin J., 39 let

- **Kategorie č. 1. Zdravotní postižení**

Příčiny vzniku ZP, diagnóza a následky jsou všechno **faktory, které následně ovlivnily rodinu**. Od diagnózy a následků ZP se odvíjí na příklad časová náročnost péče, míra dopomoci, reorganizace času a další.

Příčiny vzniku

„Je narozený předčasně.“ Hana

„Dcera se narodila předčasně v sedmém měsíci.“ Lucie

„V osmi měsících dostal opar a měl herpetickéj zánět na mozku. Do osmi měsíců byl naprosto zdravej.“ Martin

„Má neuropatii, ona byla do pěti let zdravá a pak v důsledku těžký nemoci se její organismus oslabil a takhle to postižení vzniklo.“ Milada

„Já jsem měla v těhotenství zarděnky, takže to jsou následky zarděnek. Já jsem ani nevěděla, že je mám. Já jsem měla pár pupínků jako vyrážku, ani horečku, byl to jenom takovej náznak. Ted už se proti nim očkuje.“ Nikola

„Narodil se předčasně v šestým měsíci a zřejmě se stalo něco přímo v průběhu porodu, nebo těsně po, protože během těhotenství bylo všechno v pořádku a nevypadalo to, že by se mělo narodit s nějakým postižením.“ Renata

Ze všech subjektivních výpovědí vyplývá, že ani jedna matka nemohla ovlivnit to, aby se dítě mohlo narodit zdravé, popřípadě nemohla udělat nic navíc, aby vážně neonemocnělo. Všechny matky o sebe i o dítě po porodu pečovaly velmi zodpovědně.

Diagnóza

Diagnóza je také jedna z okolností, které ovlivnilo všechny rodiny.

„Takže má dětskou mozkovou obrnu, konkrétně hemiparetickou.“ Renata

„.....takže špatně slyší a postihlo to zrak, který se stále zhoršuje. Doktoři jí předpovídají úplnou slepotu“. Nikola

„V osmi měsících dostal opar a měl herpetickéj zánět na mozku.“ Martin

„Má neuropatii.“ Milada

„Má dětskou mozkovou obrnu, diparetickou.“ Lucie

„Má dětskou mozkovou obrnu, konkrétně teda kvadruparetickou.“ Hana

Všichni respondenti uvedli, že jejich děti mají trvalé následky. Zdravotní postižení je takové, že je na první pohled vidět. Mohli bychom se bavit o vizuálním stigmatu.

Následky

Po narození dítěte se ZP, popřípadě po prodělané nemoci a následném vyslovení diagnózy rodič i dítě musí přijmout následky nemoci. Které jsou velmi různé s ohledem na typ zdravotního postižení.

„Skoro nemluví, nevyvíjí se tak jak má. Má poškozenej oční lalok, klinicky by měl být slepej, ale vidí. My nevíme sice jak, ale nějakým způsobem vidí. Intelekt to zasáhlo taky, ale nevíme jak moc.“ Martin

„Projevuje se to tím, že neovládá ani jednu končetinu, jen krk a hlavu.“ Milada

„Špatně slyší a postihlo to zrak, který se stále zhoršuje.“ Nikola

„... takže je postižena celá levá strana těla.“ Renata

„Takže špatně chodí, nohy má špatný, ruce jsou celkem dobrý, to je jediný štěstí.“ Lucie

„Je zasažený intelekt a je slabozraký, protože hned po narození měl zelený zákal čoček.“ Hana

Míra následků je od lehkého pohybového postižení až po těžké fyzické i rozumové postižení. Největším protikladem je dítě s mentálním, pohybovým a očním postižením a na druhé straně dítě, které má diparézu (oslabení). Tři respondenti uvádějí, že zdravotní postižení dítěte je vícečetné, tři děti nemají žádné další přidružené zdravotní postižení.

- **Kategorie č. 2. Rodina**

To, že rodina je opravdu trvalý svazek, který narození dítěte se zdravotním postižením nerozdělí, ale má spíše opačný účinek, kdy se všichni členové spojí a vzájemně si vypomáhají, je pravda, kterou potvrzují i všichni respondenti. Společným znakem této kategorie je tvrzení, že v níže jmenovaných oblastech nenastala **žádná razantní změna**.

Rodinný stav

„Žijeme v manželství. Máme milujícího tatínka.“ Hana

„Žijeme s manželem.“ Lucie

„Žijeme s manželkou.“ Martin

„Žijeme v manželství.“ Milada

„Jsem rozvedená, ale rozvedli jsme se, až když byla dcera dospělá, nebyl to přímý dopad. Teď žiju s druhým manželem.“ Nikola

„Žijeme v manželství.“ Renata

Všichni respondenti vypověděli, že zdravotní postižení neovlivnilo jejich rodinný stav. Absolutní shoda poukazuje na fakt, že rodiče narození nebo těžkou nemoc dítěte s následkem zdravotního postižení po prodělaných předchozích fázích určitým způsobem přijali a nedošlo k žádnému zásadnímu úhybnému manévru (odchod otce od rodiny, rozvod....).

Výchova

„Já jsem ji vychovávala jako zdravý dítě, já jsem měla na ni požadavky, aby všechno co dokážou zdravý děti, dokázala s náma. Samozřejmě s určitým omezením, ale i na lyže na kolo, všude, ale ten stav se jí časem zhoršuje, ale když byla malá, tak to nebylo tak markantní. Já jsem jí právě od malička nutila jako zlá macecha. Vim, že jsou třeba rodiny, kde by nemusela dělat prakticky nic, ale dneska za to je ráda.“ Nikola

„Nepociťuju žádné zásadní rozdíly. Vychovávám ho, jako by byl zdravý dítě.“ Renata

„Já mám děti čtyři tak bych řekla, že se je snažím vychovávat všechny stejně, ale vychází to i z povahy dítěte.“ Milada

„.....s ohledem na zdravotní postižení, je to tak, že my v podstatě podřizujeme všechno jemu.“ Martin

„Vychovávám ji jako normální zdravou holku, to si myslím, že je pro ni nejlepší.“ Lucie

„Vychovávám ho normálně a snažím se všechno brát tak, jak to přijde. Prostě to neřeším.“ Hana

Rodiče svoji výchovu dítěte interpretují tak, že se k dětem chovají, jako kdyby byly zdravé, nebo nerozlišují potomka se zdravotním postižením a jeho sourozence. Některé výpovědi ale přece jen ukazují na odlišnosti. Pokud srovnáme Martina, který popisuje, že všechno podřizují synovi a spíše se snaží žít jeho život, s ostatními matkami, které se spíše přístup snaží obrátit a prostřednictvím výchovy potomka se ZP vtáhnout do jejich života. Nemůže být asi nic odlišnějšího, než když rodina žije život ZP dítěte, nebo když dítě se ZP žije život běžné rodiny.

Vztah k dětem

Zdravotní postižení dítěte neovlivnilo (podle subjektivního názoru respondenta) ani vzájemný vztah rodičů ke svým dětem. Ve všech případech vztah hodnotí kladně.

„Je to takovej můj mazlík a on to moc dobře ví. Jsem na něj přísná, ale ví, že je milovanej.“ Renata

„Dáváme dětem poměrně velké prostor, aby se mohly rozvíjet. Jinak jsem důsledná a přísná, ale jsem schopna dát jim najevo, že je mam ráda. Vztah máme hezký, myslím, že jsem poměrně důvěrný, má výjimečnou povahu.“ Milada

„Vztah k němu máme hodně láskyplný, ten nejlepší vztah co může být. Je to pořád naše dítě a není to tak, že bychom ho odsunuli na druhou kolej.“ Martin

„Vztah máme hezký si myslím. Akorát mám pocit, že už ji začíná puberta...“ Lucie

„Máme se rádi, syn je na mě docela závislý, je to takovej mamánek.“ Hana

„Dcera mně teda bezmezně důvěřuje, což je teda asi v pořádku, i co se týče třeba oblíkání, intimních detailů. Nemá to ostych se mnou řešit.“ Nikola

V některých rodinách výchova sklouzává spíše k rozmazlujícímu nebo protekcionistickému stylu výchovy. Někde rodiče preferují důslednost, ale s tím, že nezapomínají dětem dávat najevo, jak je mají rádi. Dal by se nazvat demokratickým.

Společné aktivity

Poslední subkategorií, ve které se nic zásadního nezměnilo, je způsob trávení volného času, kdy všichni tráví volný čas nejraději spolu a aktivity ve volném čase volí tak, aby je zvládli všichni členové rodiny.

„Volný čas s ní trávíme hodně, prakticky veškerý volný čas trávíme společně, chodíme na procházky, dřív jsme teda jezdili na kole, ale to už se teď bojí a na lyže, tak na běžky už jenom.“ Nikola

„Hodně s ní lyžujeme, pořídili jsme monoski. Ona teď byla se třídou na lyžáku, takže jsme s ní byli celá rodina. Každý rok jezdíme se známými, kteří mají stejně starou dceru s postižením do Špindlu, a pojedeme na týden do Alp. V létě jezdíme k moři a pak má

specifickou aktivitu, maluje ústy a je poměrně úspěšná. Má výstavy a hodně dalších aktivit, takže my máme o společný aktivity postaráno. Hodně s ní jezdíme...“ Milada

„Dovolený trávíme na chalupě, výletujeme, většinou jezdíme na kole nebo chodíme hodně na procházky, ale úplně nejvíc na té chalupě, protože tam je nejvíc spokojený. Máme chalupu s uzavřeným dvorem, takže se tam může sám volně pohybovat.“ Martin

„Trávíme spolu hlavně víkendy. Protože manžel hodně cestuje nebo je přes všední dny v Praze. Když jsme ale spolu, tak jezdíme na víkendové pobyty, kde chodíme na procházky, hodně chodíme plavat. Jezdíme i za hranice do wellness, kde jsou různé perličky a hlavně teplá voda. To mu pomáhá. Jinak jezdíme na kole, spíš teda dvojkole. Na dovolenou moc nejezdíme, spíš preferujeme kratší třeba tří denní pobyty. Je to pro něj lepší.“ Hana

„Jezdíme na dovolené k moři. Jinak chodíme na procházky, jezdíme na výlety. Jako běžná rodina. Myslím si, že se náš volný čas nijak neodlišuje. Trávíme ho spolu, celá rodina.“ Renata

„Na dovolenou jezdíme dvakrát ročně do lázní, protože nemám tolik dovolený. Ale třeba přes léto, když nedostanu dovolenou, se snažíme jezdit na víkendový výlety do přírody. Chodíme na procházky. Ona toho teda neujde moc, ale krátký výlety zvládne v pohodě. Jezdíme i na kole a co ještě...má ráda vodu, takže na bazén. Jinak si nedokážu představit, že bychom s ní jely třeba k moři, bojí se létat.“ Lucie

Při trávení volného času rodičů a dětí se nachází rozdílnosti. Vypovídající respondenti by se dali rozdělit na dvě skupiny. První skupina jsou rodiny, které ZP dítěte přineslo nějaké omezení a některé aktivity museli úplně opustit. Druhá kategorie jsou rodiče, kteří přizpůsobili aktivity ZP dítěti, a v zásadě je to nijak neomezuje.

- **Kategorie č. 3. Role v rodině**

Tuto kategorii charakterizuje **genderové rozdělení rolí** v rodině. Kdy role matky a role otce je jasně daná.

Otec – živitel rodiny

Otec je považován za živitele rodiny a jeho primární úkol je zabezpečovat rodinu po finanční stránce.

„Manžel hodně cestuje za prací nebo je přes všední dny v Praze.“ Hana

*„Máme to doma nastavený tak, že tatínek pracuje a péči o dceru mám na starosti já.“
Lucie*

„Já jsem živitel rodiny.“ Martin

„Myslím, že oba s maželem. Je to hodně vyrovnaný. Manžel dělá na směny, ale když je doma, tak se střídáme. Myslím, že máme hodně vyjasněný v rodině. Manžel převzal třeba vaření.“ Milada

„.....tatínek vydělává.“ Nikola

„Manžel vydělává peníze. Jinak to prostě nejde.“ Renata

Matka – pečující osoba

Matka plní funkce, které vykonává žena. Mimo péči o domácnost také tu nejdůležitější a to je výchova a péče o děti.

„Starám se hlavně já.“ Hana

„Určitě já.“ Lucie

„Nejvíc o něj pečuje manželka.“ Martin

„Myslím, že oba s maželem. Je to hodně vyrovnaný.“ Milada

„Já bezpochyby.“ Nikola

„Určitě já.“ Renata

Ve všech rodinách je to tak, že role matky a otce, respektive ženy a muže jsou striktně vymezeny. Matka pečuje o rodinu, děti i domácnost a zajišťuje vše kolem toho a otec chodí do zaměstnání a živí rodinu. Jen jedna matka vypověděla, že role matky a otce, respektive ženy a muže se prolínají. Při péči o dítě se střídají podle svých časových možností. Dokonce uvedla, že muž převzal nějaké typicky ženské úkony (vaření). Toto rozdělení pravděpodobně ovlivňuje i fakt, že pět matek, které uvedly, že péči o dítě a domácnost zabezpečují ony, nechodí z různých důvodů do zaměstnání (v jednom případě na poloviční úvazek). V posledním případě, kdy se na péči o dítě a domácnost podílejí oba rodiče vyrovnaně, mají zaměstnání na celý úvazek.

Sourozenec

Sourozenec v rodině hraje také důležitou roli. Mnohdy dokáže vypomocet nebo poskytnout dítěti „partáka.“

„Sourozence nemá, my jsme chtěli, ale už to nešlo.“ Hana

„Dcera je jedináček.“ Lucie

„Má ještě starší sestru, která je taky velkej pomocník pro nás.“ Martin

„Já mám děti čtyři... Mám dvě velký děti který s námi už nežijou, a pak máme osmiletou dceru.“ Milada

„Má sourozence ale o osm let mladšího.“ Nikola

„Má mladšího bráchu a jsou velká dvojka.“ Renata

Někteří rodiče mají čtyři děti a někteří pečují jenom o dítě se zdravotním postižením. Počet dětí není ani tak zajímavý, jako určitá linie, která škáluje ne podle počtu sourozenců, ale podle pořadí jejich narození v rodině. Dvě matky mají pouze jedno dítě a to se ZP. V jednom případě se dítě se ZP narodilo jako druhé, v dalším případě je dítě v pořadí třetí ze čtyř a v posledních dvou případech mají děti se ZP mladšího sourozence, tudíž se do rodiny narodily jako první v pořadí. Teoreticky lze tvrdit, že tři rodiny ovlivnil fakt, že dítě má ZP vyjma matky, která uvedla, že se o sourozence snažili, ale nebylo jim ho dopřáno. Prakticky tedy rodiny dvě.

- **Kategorie č. 4. Změny v životě**

V některých oblastech života rodiny s dítětem se ZP přece jen došlo k přehodnocení situace a nastaly určité **změny**.

Zaměstnání matky

Pět respondentů potvrdilo, že v důsledku péče o dítě museli přehodnotit zaměstnání. Jedna matka ukončila vysokou školu.

„Musela jsem přestat chodit do práce.“ Hana

„Péči o dceru mám na starosti já. Mám teda štěstí, že mám dobrou práci na půl úvazku.“ Lucie

„Nejvíc o něj pečuje manželka, která kvůli tomu musela skončit v práci. Sama je na invalidním důchodu se žádama, takže je to někdy hodně obtížný.“ Martin

„Stihám chodit do práce na celý úvazek, mám ale skvělýho šéfa a dělám z domova, a když je potřeba tak jedu do kanclu.“ Milada

„Když se dcera narodila, tak jsem studovala vysokou školu, ale musela jsem jí přerušit a posléze i ukončit, protože jsem to teda nějak nezvládala dohromady. Pak jsem chodila do práce, ale teď nastala taková doba, že dva roky už nemám práci.“ Nikola

„Já nepracuju, protože mám invalidní důchod, takže se o něj můžu starat jak je potřeba.“ Renata

Z výpovědí vyplývá, že všechny matky musely nějakým způsobem upravit charakter zaměstnání a jeho časovou náročnost. Zde se také dá propojit určitá linie od matky, která pracuje na celý úvazek, přes matku, která pracuje na poloviční úvazek k matkám, které v důsledku časově náročné péče nechodí do zaměstnání a úplný protiklad matky, co pracuje na celý úvazek, jsou dvě matky, co doma pečují o dítě a navíc mají invalidní důchod.

Přizpůsobení se

Všichni dotazovaní zde popisují, v čem museli učinit největší změny v rodinném životě. Někde je to úplné podřízení potřebám dítěte, někdy je to jen určitý kompromis. Všechno ale záleží na typu a rozsahu zdravotního postižení dítěte.

„Život se změnil, podřizujeme všechno jemu.“ Martin

„....kvůli tomu manželka musela skončit v práci. Sama je na invalidním důchodu se žádama, takže je to někdy hodně obtížný.“ Martin

„Rodina se podřizuje hlavně v tom, že jezdíme na rehabilitační pobyty, doma s ním pravidelně cvičíme. Absolvovali jsme nespočet vyšetření v nemocnici, takže ta časová náročnost.“ Lucie

„Tak to určitě rodinu ovlivňuje. Vzhledem k tomu že vyžaduje stoprocentní péči....Musíme se v souvislosti s tím fyzickým postižením podřídít, ale je to normální. To, co jiný člověk tráví sám se svýma věcmi to věnuju jí.“ Milada

„Jak už jsem říkala tak omezený jsme v tom, že nemůžeme podnikat dlouhý výlety na kole, ani na lyže nemůžeme. Na monoski se taky neudrží, takže děláme to, co zvládneme všichni.“ Hana

„Rozdílný je to v tom, že já třeba když se dcera narodila, tak jsem studovala vysokou školu tak jsem jí musela přerušit a posléze i ukončit, protože jsem to teda nějak nevládala dohromady. A tím se to spustilo, protože bez vzdělání nedostanete dobrý zaměstnání. Podřizoval se určitě, protože tam byly různé aspekty, museli jsme chodit na rehabilitaci třeba a taky jsme se museli všichni naučit, že každá věc doma má svoje místo.“ Nikola

„No, rodina se podřizuje v tom, že péče o ní je náročnější časově. Musíme cvičit, rehabilitovat a to zabere hodně času. Co se týče mých koníčků, s takhle náročnou péčí a rehabilitací všechny moje koníčky šly stranou. Nestíhám nic.“ Lucie

Změny v rodině jsou rozličného charakteru. Čtyři matky uvádí, že největší přizpůsobení nastalo, co se týče času. Péče je velice časově náročná. Další matka pocítuje největší změnu v přizpůsobení se aktivitám, které zvládnou všichni členové rodiny, a poslední respondent vypovídá, že přizpůsobit dítěti se ZP musí úplně všechno.

- **Kategorie č. 5. Časová náročnost**

Společným znakem páté kategorie je slovní spojení **reorganizace času**. Rodiče jsou při **dopomoci časově vytížení** a v důsledku toho **nemají dostatek času pro sebe**. Dopomoc neboli asistence v činnostech, které děti zatím samy nezvládnou, zabírá mnoho času a tak se změnila i jeho hodnota.

Časová vytíženost

Rodiče zde popisují, kolik hodin péče denně věnují dítěti se ZP. Hodiny se mění podle závažnosti zdravotního postižení. Dvě matky uvádějí, že jejich děti jsou na nich zcela závislé. Ostatní jsou schopné alespoň částečně nějaké činnosti vykonávat samy nebo s malou dopomocí.

„Je to v podstatě nepřetržitá péče, musím na něj aspoň očkem dohlížet.“ Hana

*„...každý den tak šest. Ráno a pak celé odpoledne po škole, do té doby než jde spát.“
Lucie*

„Když to vezmu nějak orientačně tak v podstatě celý den krom asi pěti hodin co je ve škole. Plus ještě v noci když má záchvaty tak k němu vstáváme a tišíme ho. Je to náročný.“ Martin

„Když je ve škole tak hádám pět. Protože potřebuje na záchod, najíst, napít, v noci vstáváme otáčet, ona se sama neotočí. Ona si chce malovat, hrát, strašně ráda tvoří, takže se přihlásí na nějaký workshop a já jdu a tvoříme. Fimo, pečení cukroví, vaření ale musím u toho být.“ Milada

„Já když to zprůměruju tak dvě tři hodiny denně. Potřebuje průvodcovství kamkoliv jde kromě naučených tras. Stejně nákup oblečení, bytových doplňků, to všechno musíme podnikat spolu, to nemůže dělat sama jako normální třicetiletá ženská. V bytě kde bydlí, si uklízí, ale já tam chodím dělat práce dotáhnout, doladit, jak na to nevidí tak čas od času potřebuje pomoci.“ Nikola

„Když to vezmu obecně, tak ho ráno odvezu do školy a po škole zhruba od dvou do večera. Po škole píšeme úkoly, pak jdeme třeba ven nebo si spolu hrajeme. Myslím, že tak pět hodin...“ Renata

Matky přiznávají, že jejich děti jsou na nich závislé, dvě naprosto, tři částečně a u jednoho dítěte došlo z větší části k osamostatnění s malou dopomocí rodiče. Všechny rodiče spojuje to, že své děti vychovávají v domácím prostředí a nikdo se neuchýlil k ústavní péči.

Nedostatek času pro sebe

Časově náročná péče o dítě vede ke ztrátě volného času pečujícího rodiče. To potvrdili všichni. Jedna matka (dcera se již víceméně osamostatnila) získala svůj volný čas částečně zpět, ale s tím, že do něj zapojuje i dceru.

„Jinak svůj volný čas vůbec nemám. Čas co by člověk měl normálně pro sebe nebo pro to svý věnuju synovi, jeho rehabilitaci a koníčky žádný nemám. Nestíhám je.“ Renata

„Jinak rekreačně sportuju, jezdím na kole, na tenis, plavání, na brusle tahám i dceru, na ty lední.“ Nikola

„Člověk víceméně nežije stoprocentně svůj život. Protože potřebuje na záchod, najíst, napít, v noci vstáváme otáčet, ona se sama neotočí. To co člověk běžně tráví sám, se svýma věcma, to věnuju jí.“ Milada

„Nejvíc o něj pečuje manželka, která kvůli tomu musela skončit v práci.“ Martin

„Co se týče mých koníčků, s takhle náročnou péčí a rehabilitací všechny moje koníčky šly stranou. Nestíhám nic.“ Lucie

„Musela jsem přestat chodit do práce. Potřebuje nepřetržitý dohled, je to v podstatě nepřetržitá péče, musím na něj pořád aspoň očkem dohlížet. Ale teď jsme to vytrénovali tak, že můžu jednou týdně chodit na francouzštinu. Pustím mu film, u kterého vydrží, a máme jednoduchý mobil pro důchodce, z kterého je schopný přijmout hovor.“ Hana

Všichni respondenti přiznávají, že na úkor péče o dítě se ZP omezili svůj vlastní volný čas.

Dopomoc

Respondenti popisují, v čem jejich potomek potřebuje dopomoc a co zvládne samo. Všichni uvedli, že alespoň v něčem svému dítěti dopomáhají. Dvě děti jsou na matce závislé.

„No, dopomoc potřebuje skoro ve všem. Třeba si obuje boty, ale neumí i je zavázat, musím mu pomáhat v oblíkání, v hygieně, v jídle. Nají a napije se sám, dojde si taky všude, ale neujde toho moc.“ Hana

„Zvládne se oblíct sama. Dopomáhám ji minimálně. Kam potřebuje, tam si dojde, ale potřebuje pomoci třeba při hygieně, musím jí třeba dočišťovat zuby. Nebo při osobní hygieně na záchodě a při koupání. Špatně je jí leze do vany, takže při tom ji musím asistovat.,, Lucie

„V podstatě není schopný zvládnout nic sám. Doteď je závislý na plenách, nedojde si sám na záchod, sám se nenají, neoblíkne. Dopomoc potřebuje úplně ve všem.“ Martin

„Není schopna zvládnout sama prakticky nic. Dojede si na električku, ale ten používá jenom venku, ten ovládá, ale jinak neovládá ruce ani nohy, nic.“ Milada

„Potřebuje průvodcovství kamkoliv jde kromě naučených tras, to znamená, že ona se třeba naučila trasu na plovárnu, tam chodí sama, ale kamkoliv jdeme do města, musím jít s ní. Stejně nákup oblečení, bytových doplňků, to všechno musíme podnikat spolu, to nemůže dělat sama jako normální třicetiletá ženská. V bytě kde bydlí, si uklízí, ale já tam chodím dělat práce dotáhnout, doladit, jak na to nevidí tak čas od času potřebuje pomoci.“ Nikola

„Velký problémy je s hygienou u jídla, jako nají se sám, ale je u toho zapatlanej až za ušima, takže ho potom hlavně umeju, poklidim okolo. Dál mu musíme pomáhat s hygienou v mytí i věci kolem záchoda. S oblíkáním, sám se neoblíkne, nebo oblíkne si sám třeba mikinu, ale ostatní věci mu musím pomoci.“ Renata

Všichni respondenti uvedli, že v nějaké míře musí svým dětem se ZP dopomáhat.

- **Kategorie č. 6. Socializace dítěte**

Subkategorie **integrace, zájmové aktivity a osamostatnění** jsou všechno kroky, které vedou k **sekundární socializaci** dítěte.

Integrace

Začlenění do kolektivu běžné třídy je první krok k sekundární socializaci. Čtyři děti běžnou třídu navštěvují s dopomocí osobního asistenta. Ostatní dvě navštěvují základní školu speciální.

„Myslím si, že úplně bez problémů. Ve škole má normálně kamarády, s kterými se baví. Děti ve třídě ho berou a to je teď nejdůležitější. Ale bála jsem se toho.“ Renata

„Uplně v pohodě, úplně normálně. Asi je to taky tím, že já ani manžel jsem se k ní nikdy nechovali jakoby byla nějak výjimečná, já jsem proti tomu. Že má handicap, neznamená, že je jiná. Proto ve škole nemá problém, má standartně kamarádky.“ Milada

„Nerozlišuje, jestli je někdo vrstevník nebo rodinej příslušník. Myslíme si, že pozná dobrýho a špatnýho člověka. Navazovat vztahy moc neumí, protože skoro nemluví, tak to jde těžko.“ Martin

„Myslím, že v tom není vůbec problém. Ve třídě má kamarádky, do kolektivu zapadla a spolužáci jí berou. My bydlíme na vesnici a moje sestra má stejně starýho kluka, to je pro ni velký parták a zároveň vzor.“ Lucie

„Kontakt asi není schopn navázat sám, ale pokud ho někdo osloví jako první, tak je schopný komunikovat. Ale není v té komunikaci moc aktivní.“ Hana

„Já bych řekla, že tam je problém, tam je na tom ona špatně. To vidím...“ Nikola

Tato subkategorie se dělí na dvě skupiny. Na děti, které navazují kontakt bez problémů a na děti, které nejsou schopny kontakt navázat samy. Dalo by se to také vzít z pohledu zdravotního postižení, kde byl a kde nebyl zasažen intelekt. Od toho se odvíjí řečové schopnosti, dovednosti a následná komunikace. Protože děti i přes viditelné stigma navazují vztahy s vrstevníky. To znamená, že zdravotní postižení, respektive jeho zřejmá viditelnost na první pohled, není důvodem k vyčlenění dítěte ze skupiny

vrstevníků. Ovlivňují jí faktory jako je intelekt, pasivnost, malé řečové dovednosti a neschopnost navázat kontakt jako první.

Zájmové aktivity

Volnočasové aktivity v kolektivu dětí jsou také velmi vhodné pro další socializaci mimo rodinu. Všichni shodně uvedli, že děti se ZP chodí, nebo chodily do nějakého zájmového kroužku. Zájmové aktivity jsou rozličné a příležitostí pro začlenění do kolektivu vrstevníků je několik.

„Jinak co se týče kroužků, chodíme plavat a chceme zkusit angličtinu.....“ Renata

„Dělá Brailla a chodí plavat...“ Nikola.

„Krom plavání chodí na malování, angličtinu a na dramatickej kroužek.“ Milada

„Chodí plavat ale nic jiného nezvádáme“. Martin

„Po škole chodí jednou týdně na plavání.“ Lucie

„Chodil na plavání a na hippoterapii, ale teď kvůli zdravotním problémům jsme skončili.“ Hana“

Volnočasové aktivity dětí jsou dobrým ukazatelem skutečným začleněním do společnosti. Škola je, troufnu si tvrdit, ukazatel dost nepřesný, protože i přes formální integraci se nemusí jednat o inkluzi. Začlenění dětí se ZP do kolektivu vrstevníků (mimo školu) proběhla pouze u dvou dětí ze šesti, protože ostatní respondenti uvedli jako zájmovou aktivitu plavání, které je ale určena přímo pro skupinu lidí se zdravotním postižením. Mohli bychom ji nazvat částečnou sekundární socializací nebo integrací, kdy děti prožívají omezené až redukované vztahy.

Osamostatnění

Osamostatnění dětí by měl být výsledek péče rodičů, kteří si přejí, aby se jejich dítě v budoucnu socializovalo i mimo rodinu. Na to se shodli čtyři respondenti. Jedna matka uvádí, že osamostatnění není v důsledku závažnosti postižení možné a jedna matka má dceru, která se již osamostatnila.

„Doufám v to. Připravujeme ho na to, že jednou bude samostatný. Vim, že je to možný aby žil normální život. Aby měl kamarády, aby měl třeba jednou přítelkyni, a myslim, že i bydlet by byl schopnej sám v budoucnosti....“ Renata

„Dcera se osamostatnila tím, že šla studovat na vysokou školu obor, kterej si vybrala. Po maturitě v 18 ti, vystudovala vejšku a teď bydlí sama, má svůj byt.“ Nikola

„Já s osamostatněním počítám. Připravujeme jí na to. Myslim si, že je pro ty děti hodně důležitý nechat je osamostatnit. Jsem hodně nadšený z Jedličkárny, takže že by šla na gymnázium do Prahy. Pro mě je to těžký, ale vim, že to potřebuju odstříhnout, jinak zůstane doma a nikdy se neosamostatní. Myslim si, že to půjde.“ Milada

„Děláme všechno pro to, by byl schopný v budoucnu fungovat samostatně, i když to bude trvat asi dýl než normálně. Ale není pro nás osamostatnění to, že ho šoupneme někam do ústavu, to ne.“ Martin

„No já věřim, že se osamostatní. Už teď je dost samostatná a vedu jí k tomu, aby si byla v budoucnu schopná ve všem poradit sama. Jediný co by bylo nutný, je výtah do bytu, kde by bydlela. Schody jí dělají velkej problém.“ Lucie

„Myslím si, že teď je to nemožné.“ Hana

Všichni respondenti chtěli/chtějí, aby se jejich děti se ZP osamostatnily a až bude čas, odešly z domova, jak je to v ostatních rodinách. Aby měly svůj život a založily svoji rodinu. Aby zažily sekundární i terciální socializaci. Své děti tak vychovávají a vedou je k samostatnosti, i když to bude trvat déle, ve všech případech je velký potenciál, že děti se ve společnosti socializují. Na druhém pólu je matka, z jejíž výpovědi vyplývá, že pokud nebude chtít přistoupit k ústavní péči, bude se o syna muset starat do konce života.

4.7 CELKOVÉ SHRUTÍ

Za každou subkategorii jsem uvedla malé shrnutí a to, co z jednotlivých subkategorií vyplývá. V tomto shrnutí chci zobrazit celkový náhled respondentů na rodinu a na změny, které se vlivem narození dítěte se zdravotním postižením (v případě získaného postižení po zjištění postižení) udály a naopak čeho se v rodině ona nová situace vůbec nedotkla.

Z vyhodnocování odpovědí respondentů vyplynulo, že matky, dle jejich subjektivního názoru nijak nezavinily zdravotní postižení svého dítěte a tvrdí, že nemohly dělat nic víc pro to, aby se narodilo zdravé nebo v případě získaných postižení nemohly lépe předejít závažné nemoci, na základě které má dítě zdravotní postižení. Následky zdravotních postižení jsou ve všech případech trvalé, tedy nevyléčitelné. Sice se v některých případech dají zmírnit na příklad rehabilitací a cvičením Vojtovi metody, ale jejich děti se nikdy stoprocentně nevyléčí. I přes všechny tyto skutečnosti, nebyl významným způsobem ovlivněn manželský svazek, ve kterém všichni dotazovaní rodiče setrvávají i nadále. Nevnímají to jako důvod ke změně rodinného stavu. Role matky a role otce jsou v rodinách přirozeně vymezené. Matka se stará o rodinu a děti a otec je považován za živitele rodiny.

Všechny děti jsou vychovávány v domácím prostředí. Rodiče, dle výpovědi mezi dětmi ve výchově nedělají rozdíly, ale výchovné styly se v některých rodinách liší. Z výzkumu ale přímo nevyplývá, že je to důsledek zdravotního postižení dítěte. I jiný rodič může aplikovat na své děti na příklad rozmazlující styl výchovy. Děti prožívají normální život – chodí/chodily do školy a zájmových kroužků. Co se týče sekundární socializace dětí, je zřejmé, že ji neovlivňuje jasná viditelnost zdravotního postižení, ale faktory jako je intelekt, schopnost navazovat kontakty a řečové schopnosti. Z rozhovorů plyne, že dítě se zdravotním postižením není automaticky vyčleněno z kolektivu vrstevníků.

Rodiče do budoucna počítají s osamostatněním svých dětí, i když jsou si vědomi toho, že jejich osamostatnění bude trvat déle než obvykle. Vyjma jednoho případu, kde je zdravotní postižení tak vážné, že osamostatnění není v současné době možné.

Změny v rodině jsou viditelné v tom, že rodiče svým dětem dopomáhají v různých sebeobslužných činnostech, které nejsou schopny zvládnout samostatně. Péče je velice časově náročná a vyžádala si přehodnotit a v některých případech i ukončit zaměstnání matky. V důsledku toho nastala změna v tom, že rodina má (vyjma jedné rodiny) pouze

jeden plnohodnotný finanční příjem. Časově náročné péči musel ustoupit i volný čas matek, který je velmi omezený a v některých případech matky žádný volný čas pro sebe nemají.

Přizpůsobení v rodině nastalo i v jejich společném trávení volného času. Aktivity se upravily tak, aby je zvládali všichni členové rodiny, ale na společný volný čas to nemělo vliv. Zajímavé je ale zjištění, že jedna rodina se plně přizpůsobila dítěti se zdravotním postižením ve všech aspektech. Ostatní rodiny se snaží spíše dítě „vtáhnout“ do již rozjetého běhu rodiny.

Velmi diskutabilní je to, zda zdravotní postižení dítěte ovlivnilo rozhodování rodičů o dalším potomkovi nebo ne. Pouze ve dvou případech by toto tvrzení mohlo být potenciální pravdou, ale z výzkumu to přímo nevyplývalo.

4.8 DISKUZE

Z polostrukturovaných rozhovorů, které čítaly jedenáct hlavních otázek, a další doplňující podotázky jsem získala základní data, které bylo potřeba dále zpracovat, vyhodnotit a vyvodit z nich určitá zjištění. Na začátku výzkumu jsem si položila výzkumnou otázku, která zněla: *Jak se mění rodina a její sociální prostředí z pohledu pečujícího rodiče o dítě se zdravotním postižením?* Tuto otázku jsem ověřovala v šesti rodinách, které pečují o dítě se zdravotním postižením. Rozhovory mi poskytlo pět matek a jeden otec.

Po získání, zaznamenání a přepsání hrubých dat, jsem využila k vyhodnocení dat metodu otevřeného kódování. Z okódovaného textu logicky vyplynuly pojmy, které jsem pak zařadila do jednotlivých kategorií. Je jich celkem šest. Při shrnutí jednotlivých subkategorií na povrch vyplynuly zajímavé informace. Kdybych některé otázky položila trochu jinak, nebo přidala doplňující otázku, mohla jsem dojít k dalším zajímavým zjištěním. Na příklad v podotázce jestli má dítě se zdravotním postižením sourozence, by nebylo od věci v případě, kdy jsou děti se ZP jedináčci doptat se na to, jestli i zdravotní postižení prvního potomka ovlivnilo další rozhodování o sourozenci. Mohla bych se pak dostat k novým informacím, které by se do celkového shrnutí promítly. Také v otázce „*Pociťujete nějaké rozdíly ve výchově dítěte?*“ by bylo vhodné taktně se rodičů zeptat, jestli se s nečekanou situací, že jejich dítě má zdravotní postižení, smířili. Také by to pro můj výzkum byla relevantní informace.

Výzkum, který jsem shrnula do uceleného textu, dal vyplynout určitým jevům, které se v důsledku zdravotního postižení v rodině změnilo a tím ovlivnily i sociální prostředí rodiny. Nejzásadnější faktor, který rodinu ovlivnil, je maximální časová vytíženost rodiny péčí o dítě a z toho vyplývající další skutečnosti jako nedostatek osobního času a jiné. Je zřejmé, že prioritou rodiny je zabezpečení dítěte se ZP. Druhou velkou změnou je finanční omezení, které také ovlivňuje rodinu a její další možnosti. V rodinách ale plně funguje a probíhá primární socializace, která je pro dítě zásadní při další – sekundární a terciální socializaci. A tak je velká pravděpodobnost, že se děti osamostatní a dobrý předpoklad, že po osamostatnění se budou schopni postarat o své rodiče ve stáří. A tím se cyklus socializace přirozeně uzavře.

ZÁVĚR

V prvních kapitolách jsem se zabývala socializací, rodinou jako velmi významnou složkou socializace a zdravotním postižením dítěte, které může ovlivnit sociální prostředí rodiny. Sociální prostředí rodiny významně ovlivňuje jedince, a proto se v kapitole „Rodina“ zabývám dílčími faktory, které socializaci jedince mohou ovlivnit. Jsou to, funkce rodiny, výchovný styl v rodině, typ rodiny, výchova ve volném čase a další. V další kapitole „Osoba (dítě) se zdravotním postižením“ se zabývám nejen konkrétními zdravotními postiženími, ale i rodinou a tím, jak může zdravotní postižení, respektive jeho zjištění dále ovlivňovat rodinu. Přirozené sociální prostředí rodiny by mohla narušovat závažnost ZP dítěte zejména tím, že jeho vážnost nedovolí přirozené osamostatnění. Mohl by tak stále trvat model rodiny, která pečuje o své dítě i přes to, že potomek již dávno dosáhl dospělosti.

Socializace, rodina a zdravotní postižení má společného víc, než se na první pohled může zdát. Jednotliví členové rodiny by mohli být nazýváni subjekty. Protože každá osobnost je jedinečná a má v rodině určitou úlohu. Subjekty se navzájem ovlivňují, předávají si zkušenosti, návyky, utvářejí hodnoty. Pokud má člen rodiny zdravotní postižení, dá se předpokládat, že i jeho stav bude ovlivňovat rodinu jako celek. Zdravotní postižení je faktor, který ovlivňuje daného jedince, ale i rodinu a její sociální prostředí. Je otázkou, jestli se dítěti podaří v budoucnu osamostatnit a začlenit se do běžného života. Právě rodina mu k tomu může velmi dopomoci. Protože funkční rodina je prostředí, kde se dítě socializuje, přebírá normy a díky tomu může získat sociální roli dospělého samostatného člověka. Výsledek, který je očekávaný, by měl být osamostatnění dítěte (osoby) se ZP.

Péče a výchova dětí v rodině je předpoklad, ale dlouhodobá nebo doživotní péče o potomka může různými způsoby sociální prostředí rodiny narušit.

Ve výzkumné části diplomové práce jsem usilovala o to, abych zjistila, co všechno v rodině ovlivnilo dítě (osoba) se zdravotním postižením a jestli je osamostatnění vůbec reálné. Z prvních třech kapitol vyvstávají výše uvedené otázky, které měla ověřit kvalitativní sonda v šesti rodinách s dítětem (osobou) se zdravotním postižením. Výsledky výzkumu se rozhodně nedají vztahovat plošně na všechny rodiče, které mají potomka se ZP ale pouze na mnou vybraný vzorek rodin s dítětem se ZP.

Z výsledků mého výzkumu plyne, že ZP dítěte doopravdy některé věci v rodině ovlivnilo nebo změnilo, ale mnoho věcí zůstalo stejných jako doposud. Mezi skutečnosti, které se v rodinách změnilo je organizace a přizpůsobení volného času rodiny dítěti se ZP. Matka je osoba, která se plně věnuje péči o dítě a musela kvůli tomu přehodnotit i zaměstnání, popřípadě úplně ukončit pracovní poměr a otec v rodinách plně zastává roli živitele rodiny. V rodině, kde takové dítě vyžaduje náročnější péči než jeho sourozenci, matky potvrdily, že přišly o všechny svůj volný čas na úkor péče o dítě se ZP. Další co se razantně změnilo, je fakt, že v důsledku náročné péče o dítě rodina přišla o jeden finanční příjem.

Rodina se přes všechno snaží dítěti poskytnout podnětné prostředí a připravovat ho na jeho budoucí život. Úplně přesně to vystihla matka Milada, které na otázku zdali je reálné aby se jejich dcera v budoucnu osamostatnila, odpovídá: *“ Já s osamostatněním počítám. Připravujeme jí na to. Myslím si, že je pro ty děti hodně důležitý nechat je osamostatnit. Pro mě je to těžký, ale vim, že to potřebuju odštíhnout, jinak zůstane doma a nikdy se neosamostatní. “*

Co překvapivě z výzkumu vyplývá, je, že rodinu ZP sice v některých věcech ovlivnilo, ale na jejich rodinný stav (manželství) to nemělo vliv. Ani co se týče přístupu k dětem a jejich výchovy se dle výpovědí nic nezměnilo. Jsou vychovávány v domácím prostředí a nikdo se neuchýlil k ústavní péči.

Můžu tedy tvrdit, že sociální prostředí se změnilo. Samozřejmě na změny má vliv hloubka zdravotního postižení potomka. Pouze v jednom případě matka uvedla, že osamostatnění potomka není možné a tak je, pokud nepřistoupí na ústavní péči, předurčena k dlouhotrvající péči o potomka se ZP. Výzkumná otázka tedy byla zodpovězena a podložena zjištěním z výzkumu.

Na závěr bych podotkla, že rodiny dětí se zdravotním postižením mohou prožívat (prožívají) úplně běžný život. Jejich vztahy v rodině jsou překvapivě velmi pevné. To potvrzuje i matka Milada, když vypráví o sourozeneckém vztahu své dcery se zdravotním postižením a její zdravé sestry, *„...Báru miluje a je pro ni velkej sourozenec. Bára je hlava a Andulka je ruce.“* Co tedy žádné rodině z mého výzkumu nechybělo, je bezpodmínečná láska, pevné vztahy a velké odhodlání pomoci svému dítěti k jeho budoucímu samostatnému životu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BENDL, Stanislav. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Vydání 1. Praha: Grada, 2015, 306 stran. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4248-9.

BURIÁNEK, Jiří. *Sociologie: uvedení do základů sociologie pro gymnázia, vyšší odborné školy a neborové vysokoškolské studium*. Vyd. 3., upr. Praha: Fortuna, 2008, 144 s. ISBN 978-80-7373-028-4.

ČÁBALOVÁ, Dagmar. *Pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 272 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2993-0.

DANIELOVÁ, Lenka a Jana ČIHOUNKOVÁ. *Základy sociologie a psychologie*. Vyd. 1. V Brně: Mendelova univerzita, 2011, 103 s. ISBN 978-80-7375-474-7.

GIDDENS, Anthony a Philip W SUTTON (ed.). *Sociologie*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2013, 1049 s. ISBN 978-80-257-0807-1.

HAVLÍK, Radomír a Jaroslav KOŤA. *Sociologie výchovy a školy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 174 s. ISBN 80-7178-635-7.

HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. Praha 7: Grada publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4674-6.

JANDOUREK, Jan. *Průvodce sociologií*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 208 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2397-6.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004, 204 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-39-3.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KOPŘIVA, Pavel. *Respektovat a být respektován*. 3. vyd. Kroměříž: Spirála, 2008, 286 s. ISBN 978-80-904030-0-0.

KOŤA, Jaroslav, Dobromila TRPIŠOVSKÁ a Marie VACÍNOVÁ. *Sociální psychologie: vybrané kapitoly*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2013, 176 s. ISBN 978-80-7452-029-7.

KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

KUBIČKA, Luděk, 1966. *Rodina a duševní zdraví dítěte*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, 211 s. Sociopedie. ISBN 978-80-87182-19-2.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004, 80 s. ISBN 80-7315-078-6.

MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994, 98 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-85282-83-6.

MERTIN, Václav. *Výchova bez trestů*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2013, 123 s. ISBN 978-80-7478-028-8.

Mezinárodní den rodiny 2014: rodina a společnost: sborník projevů z mezinárodní konference pořádané dne 22. května 2014 v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR. Vyd. 1. Praha: Ideál, 2014, 108 s., [4] s. obr. příl. ISBN 978-80-86995-28-1.

Michalík, J. a kol.: *Závěrečná zpráva z výzkumu „Postoje uživatelů sociálních služeb k novému způsobu jejich poskytování“*. Olomouc: IRVS, 2008.

- MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MILICHOVSKÝ, Luboš. *Kapitoly ze somatopedie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 311 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-58-x.
- MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 251 s. Základy sociologie, sv. 8. ISBN 80-85850-75-3.
- NOVÁK, Tomáš a Blanka DVOŘÁČKOVÁ. *Vztah matky a syna*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 125 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2077-7.
- PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2002, 231 s. ISBN 80-7178-711-6.
- PETRUSEK, Miloslav. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996, 1627 s. ISBN 80-7184-311-3.
- PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 203 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3470-5.
- PŘADKA, Milan, Dana KNOTOVÁ a Jarmila FALTÝSKOVÁ. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 45 s. ISBN 80-210-3469-6.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

STRAUSS, A.L.,CORBINOVÁ, J. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vyd. Boskovice: Albert. 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-X

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVEC, V. Pozvání do metodologie pedagogického výzkumu. Brno: Paido. 2006. 90 s. ISBN 80-7312-121-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

ODBORNÉ ČASOPISY

FINKOVÁ, Dita a Libuše LUDÍKOVÁ. Education of Pupils with Visual Impairment and their Quality of Life. *E-PEDAGOGIUM*. Palacký University, Olomouc, **2012**(4), s. 9 – 20. ISSN 1213-7758.

KOŤÁTKOVÁ, Soňa. Kompetence dítěte předškolního věku. *Pedagogika*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2000, **2000**(1), 9. ISSN 0031-3815.

VÍTOVÁ, Jitka, Jana BALCAROVÁ a Veronika LINHARTOVÁ. Postavení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve skupině intaktních vrstevníků. *Paidagogos* [online]. 2013, **2013**(2), 13 [cit. 2016-03-02]. ISSN 1213-3809. Dostupné z: <http://www.paidagogos.net/>

INTERNETOVÉ ZDROJE

KOHOUTEK, Rudolf. Vliv rodiny na rozvoj osobnosti člověka. *Www.rudlofkohoutek.blog.cz* [online]. 2009, 6.12. [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: <http://rudlofkohoutek.blog.cz/0912/vliv-rodiny-na-rozvoj-osobnosti-cloveka>

KOUBOVÁ, Michaela. Příspěvek na péči by se měl zvýšit. Větší změny v systému posuzování závislosti jsou ale nejisté. *Zdravotnický deník* [online]. 2015, , 5 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/08/prispevek-na-peci-by-se-mel-zvysit-vetsi-zmeny-v-systemu-posuzovani-zavislosti-jsou-ale-nejiste/>

Kübler-Ross model. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/K%C3%BCbler-Ross_model

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 10. revize, [online]. 2014, 874s. ISBN 92-4-154653-0.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AJ.	A jiné.
ATD.	A tak dále.
NAPŘ.	Na příklad.
TJ.	To je.
TZN.	To znamená.
ZP.	Zdravotní postižení

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1: Počet příjemců příspěvků	52
Graf 1: Doba přímé péče a dohledu dle stupně postižení	53
Graf 2: Zaměstnanost pečujících osob	54

SEZAM PŘÍLOH

Příloha I.	Záznam rozhovoru s respondentem
Příloha II	Přepis rozhovoru s respondentem
Příloha III.	System kódování

Příloha I.

Záznam rozhovoru s respondentem.

Příloha II.

Přepis rozhovoru s respondentem.

HANA 51, syn 26let

Osobní anamnéza

Věk dítěte/ osoby se ZP

Synovi je 26 let, vždycky jsme se o něj starali sami. Hodně mi pomáhala maminka, a když umřela, já jsem zůstala v práci a syn byl v Bazalce na týdenních pobytech. Brali jsme si ho na víkendy. Kromě těch třech let jsme se o něj ale vždycky starali sami. Chodil na plavání a na hippoterapii, ale teď kvůli zdravotním problémům jsem skončili. Sourozence nemá, my jsme chtěli, ale už to nešlo.

Typ zdravotního postižení

Je narozený předčasně a má dětskou mozkovou obrnu, konkrétně teda kvadruparetickou. Je zasažený intelekt a je slabozraký, protože hned po narození měl zelený zákal čoček.

Rodinný stav

Žijeme v manželství. Máme milujícího tatínka.

Pocítujete nějaké rozdíly ve výchově dítěte?

Já jsem s našima hodně sportovala, a i když jsme s manželem spolu začali chodit, byli jsme hodně aktivní. Jezdili jsme na kolech, na lyže, chodili jsme po horách, to teď moc nejde. Syn se na lyžích neudrží a na kole...jezdíme spíš na dvoukole. Určitý omezení tady je. Vůbec nerozlišuju, jestli je syn zdravý nebo takový jaký je. Vychovávám ho normálně a snažím se všechno brát tak, jak to přijde. Prostě to neřeším. Máme se rádi, syn je na mě docela závislý, je to takovej mamánek.

Jak dítě/ osoba se ZP ovlivňuje rodinu?

Jak už jsem říkala tak omezený jsme v tom, že nemůžeme podnikat dlouhý výlety na kole, ani na lyže nemůžeme. Na monoski se taky neudrží, takže děláme to, co zvládneme všichni. Po narození se nezměnilo asi nic, ale pro naši rodinu přišla velká změna, když mi zemřela maminka, která mi s ním hodně pomáhala a já jsem díky tomu mohla chodit do práce. Pak teda tři roky byl přes týden v Bazalce a brali jsme si ho domu na víkendy.

Jak vaše dítě navazuje vztahy mimo rodinu?

Kontakt asi není schopen navázat sám, ale pokud ho někdo osloví jako první, tak je schopný komunikovat. Ale není v té komunikaci moc aktivní. Pokud se ten druhý ptá, tak odpovídá a občas se na něco i zeptá. Spíš je ale takovej plašší a míň průbojný.

Jak vaše rodina tráví společný čas?

Trávíme spolu hlavně víkendy. Protože manžel hodně cestuje za prací nebo je přes všední dny v Praze. Když jsme ale spolu, tak jezdíme na víkendové pobyty, kde chodíme na procházky, hodně chodíme plavat. Jezdíme i za hranice do wellness, kde jsou různé perličky a hlavně teplá voda. To nás všechny moc baví. Jinak jezdíme na kole. Na dovolenou moc nejezdíme, spíš preferujeme kratší třeba třídenní pobyty. Je to pro nás lepší.

Kdo z rodiny dítěti/ osobě se ZP dává největší péči?

Starám se hlavně já. Musela jsem přestat chodit do práce. Potřebuje nepřetržitý dohled, takže když jsme doma, tak na něj aspoň po očku odhlížím. Manžel hodně cestuje, jezdí i do zahraničí, ale víkendy trávíme většinou spolu.

Kolik hodin denně (odhadem) strávíte péčí o dítě/ osobu se ZP?

Je to v podstatě nepřetržitá péče, musím na něj aspoň očkem dohlížet. Ale teď jsme to vytrénovali tak, že můžu jednou týdně chodit na francouzštinu. Pustím mu film a máme jednoduchý mobil pro důchodce, z kterého je schopný přijmout hovor.

Co všechno je dítě / osoba se ZP schopna zvládnout sama?

No, dopomoc potřebuje skoro ve všem. Třeba si obuje boty, ale neumí si je zavázat, musím mu pomáhat v oblékání, v hygieně, v jídle. Nají a napije se sám, dojde si taky všude, ale neujde toho moc. Na žádný velký procházky to není. Když spolu ale jdeme na poštu, tak

chce třeba platit sám složenku, to zvládne. Je třeba schopný pohybovat se v prostředí, který zná, ale v cizím, díky oční vadě moc ne.

Za jakých podmínek by se vaše dítě bylo schopno v budoucnosti osamostatnit nebo pokud už je samostatné co tomu muselo předcházet?

Myslím si, že teď je to nemožné.

Příloha III.

Popis systému otevřeného kódování

Krokem před začátkem kódování bylo sesbírání dat z rozhovorů. Některé jsem si nahrávala na diktafon a u některých jsem si zaznamenávala pečlivé poznámky, protože si respondenti nepřáli být nahráváni. Následně proběhl přepis všech rozhovorů do přijatelné podoby, abych s nimi mohla pracovat dál.

Při samotném kódování jsem použila metodu, která se nazývá papír – tužka a jednotlivé rozhovory jsem jeden po druhém vytiskla a okódovala jsem si výpovědi za každou otázkou. Po tomto procesu jsem dál pokračovala v metodě papír – tužka a vypsala jsem si do šesti sloupečků pod sebe všechny kódy, které se v jednotlivých rozhovorech vyskytly. Následně jsem napříč rozhovory s respondenty hledala výrazy, které se často opakovaly, a do dalšího sloupečku jsem vypsala jejich četnost.

Vznikly my pak tyto kódy, které jsem následně upravila na výrazy, které lépe vystihují to, co jednotlivé subkategorie zastupují. Následně jsem je zařadila do kategorií.

Tabulka s kódy a kategoriemi.

Kód	Četnost	Úprava kódů	Kategorie
Integrace	4	Integrace	SOCIALIZACE DÍTĚTE
Zájmové aktivity	3	Zájmové aktivity	SOCIALIZACE DÍTĚTE
Časová náročnost	12	Časový vytíženost	ČASOVÁ NÁROČNOST
Získané ZP	5	Příčiny vzniku	ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ
Následky/diagnóza	9	Následky	ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ
Manželství	6	Rodinný stav	RODINA
Výchova	6	Výchova	RODINA
Vztah	6	Vztah k dětem	RODINA
Změna	15	Přizpůsobení aktivit	ZMĚNY V ŽIVOTĚ
Sourozenec	4	Sourozenec	ROLE V RODINĚ
Socializace	5	Zájmové aktivity	SOCIALIZACE DÍTĚTE
Společné aktivity	10	Společné aktivity	RODINA
Pečující matka	6	Matka – pečující osoba	ROLE V RODINĚ
Otec živitel	5	Otec – životek rodiny	ROLE V RODINĚ
Nedostatek času pro sebe	4	Nedostatek času pro sebe	ČASOVÁ NÁROČNOST
Dopomoc	8	Dopomoc	ČASOVÁ NÁROČNOST
Osamostatnění	6	Osamostatnění	SOCIALIZACE DÍTĚTE
Následky/diagnóza	9	Diagnóza	ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ
Domácí péče	6	Zaměstnání matky	ZMĚNY V ŽIVOTĚ

Vznikly pak kategorie, které spojuje určitý společný znak, a mají následující subkategorie.

ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

- Příčiny vzniku
- Diagnóza
- Následky

RODINA

- Rodinný stav
- Výchova
- Vztah k dětem
- Společné aktivity

ROLE V RODINĚ

- Otec – živitel rodiny
- Matka – pečující osoba
- Sourozenec

ZMĚNY V ŽIVOTĚ

- Zaměstnání matky
- Přizpůsobení aktivit

ČASOVÁ NÁROČNOST

- Časová vytíženost
- Nedostatek času pro sebe
- Dopomoc

SOCIALIZACE DÍTĚTE

- Integrate
- Zájmové aktivity
- Osamostatnění

ABSTRAKT

HOŠTIČKOVÁ, V. Sociální prostředí v rodině osob (děti), se zdravotním postižením. České Budějovice 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Opatrný Michal, doc. Dr. theol.

Klíčová slova: socializace, rodina, funkce rodiny, výchovné styly v rodině, primární socializace, zdravotní postižení, adaptace na zdravotní postižení, integrace, pečující rodina.

Diplomová práce zkoumá sociální prostředí v rodinách osob (děti), se zdravotním postižením. V prvních dvou kapitolách je popsána socializace a její vliv na rozvoj člověka a rodina, jakožto prostředí pro primární socializaci. Ve třetí kapitole se práce zabývá zdravotním postižením a specifičností socializace osob se zdravotním postižením. Ve čtvrté kapitole je prostřednictvím kvalitativního výzkumu tento jev zkoumán a ověřen. V kvalitativní sondě jsou využity polostrukturované rozhovory a jejich následné vyhodnocení metodou otevřeného kódování. Výzkum poukazuje na změny v rodině a v sociálním prostředí rodiny, ke kterým došlo po narození dítěte se zdravotním postižením, popřípadě po zjištění diagnózy v důsledku získaného postižení, dále na náročnost péče o potomka se zdravotním postižením po stránce časové, materiální a dalších.

ABSTRACT

Social environment in the families with disabled children. Czech Republic

Key Words: socialization, family, family role, educational models in a family, primary socialization, physical disability, adaptation to physical disability, integration, caring family.

The given Diploma Thesis focuses on social environment in the families with disabled children. The first three chapters describe the process of socialization and its impact on human development, then a family creating an environment for primary socialization and finally the third chapter describes examples of physical disabilities and specifics related to socialization of disabled people. This phenomena, examined and verified through the qualitative research, constitutes the issue of the fourth chapter.

The qualitative survey is based on semi-structured interviews, followed by their open-coding assessment. The survey demonstrates changes, both in the family and in the family's social environment, which occurred after the birth of a child with physical disability, or after detecting a diagnosis as a consequence of the acquired disability. The topic in question also discusses difficulties associated with care of a children with physical disability, as for the time, mental, social and other requirements.