

Zdravotní postižení z pohledu žáků druhého stupně základní školy

Bc. Dominika Brzobohatá, DiS.

Diplomová práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Dominika Brzobohatá, DiS.
Osobní číslo: H140384
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Zdravotní postižení z pohledu žáků 2. stupně základní školy

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti zdravotního postižení, inkluze a osobnosti žáků 2. stupně základní školy.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: Tisková/elektronická

Seznam doporučené literatury:

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8140-6.
HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. Inkluzivní vzdělávání. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-247-3070-7.
ŘÍČAN, Pavel. Cesta životem: Vývojová psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
TITZL, Boris. Postižený člověk ve společnosti. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: 4. října 2019
Termín odevzdání diplomové práce: 24. dubna 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 31.3. 2010

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nejvýše zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být teč nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce požičovat na své náklady výpisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějičho projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 místně nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem diplomové práce je Zdravotní postižení z pohledu žáků druhého stupně základní školy.

Teoretická část se zabývá pojetím zdravotního postižení, specifiky osob se zdravotním postižením a jejich postavením ve společnosti od nejstarších dob až po současnost a dále osobností žáka druhého stupně základní školy. Praktická část prezentuje výsledky kvantitativního výzkumu realizovaného formou dotazníkového šetření. Cílem diplomové práce je zjistit, jaký postoj ke zdravotnímu postižení, respektive k osobám se zdravotním postižením a k jejich inkluzivnímu vzdělávání zaujímají žáci druhého stupně základní školy.

Klíčová slova: zdravotní postižení, kategorie zdravotního postižení, specifické projevy a potřeby osob se zdravotním postižením, postoj, inkluzivní přístup, osobnost žáka druhého stupně základní školy

ABSTRACT

This thesis handles the topic: „Disability from the Perspective of Upper Primary School Pupils. The theoretical part is dealing with the concept of disability, the specifics and the position of disabled persons in society from the earliest times to the present day as well as the character of a upper primary school pupil. The results of quantitative research carried out in a form of questionnaires are presented in the practical part. The objective of this thesis is to determine the approach of the upper primary school pupils to disabled persons with inclusive education and their attitude to the disability itself.

Keywords: disability, a category of the disability, specific behaviour and needs of disabled persons, attitude, inclusive approach, the character of upper primary school pupil

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi při zpracování práce poskytovala.

Dále děkuji pedagogům a žákům základních škol, kteří se podíleli na realizaci výzkumného šetření.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ČLOVĚK SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A SPOLEČNOST	11
1.1 POJETÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	11
1.2 POSTOJ SPOLEČNOSTI K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	14
2 SPECIFIKA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	22
2.1 OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	22
2.2 CHARAKTERISTIKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	25
2.3 OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	29
2.4 OSOBY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM A JEJICH KOMUNIKAČNÍ STRATEGIE	33
2.5 OSOBY S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ	36
3 OSOBNOST ŽÁKA DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY	39
3.1 VYMEZENÍ VÝVOJOVÉHO OBDOBÍ ŽÁKA DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY	39
3.2 ZMĚNY V OBLASTI TĚLESNÉ	40
3.3 ZMĚNY V OBLASTI PSYCHICKÉ	41
3.4 SOCIÁLNÍ VZTAHY	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
4 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	46
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	46
4.2 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	46
4.3 TECHNIKY SBĚRU DAT	47
4.5 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	50
5 ANALÝZA DAT	52
5.1 ZKUŠENOST RESPONDENTŮ S OSOBAMI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	52
5.2 POSTOJ RESPONDENTŮ K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	55
ZÁVĚR	82
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	84
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	90
SEZNAM GRAFŮ	91
SEZNAM TABULEK	93
SEZNAM PŘÍLOH	95

ÚVOD

Tématem diplomové práce je zdravotní postižení z pohledu žáků druhého stupně základní školy, mapující jejich informovanost a postoje k této oblasti.

Lidská společnost není homogenní, v každé populaci se najde část, která se od zbytku populace odlišuje. Specifickou skupinu odlišných členů společnosti tvoří právě jedinci se zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením mají ve společnosti stejná práva, jako zdraví jedinci. Mají právo účastnit se společenského dění, vzdělávat se, pracovat a realizovat se ve všech oblastech života, což následně umožňuje, aby tito lidé cítili, že někam patří, že jsou zapojeni do aktivního života a že mohou být pro společnost i své okolí užiteční. Ne vždy tomu tak bylo. Integraci a současným inkluzivním snahám ve vztahu k osobám se zdravotním postižením předcházeli v minulosti tendence spíše segregáčnické a s jejich následky se mnozí potýkají ještě dnes ve formě předsudků. Abychom se předsudků a negativního postoje vůči osobám se zdravotním postižením zbavili, musíme se naučit respektovat jejich odlišnost, poznávat je a snažit se jim porozumět. Jako ideální se k tomu jeví forma inkluzivního vzdělávání, kde si žáci na základě osobního kontaktu a zkušeností mohou utvářet nezaujatý postoj k spolužákům se zdravotním postižením.

Cílem diplomové práce je zjistit postoj žáků druhého stupně základní školy ke zdravotnímu postižení, respektive k osobám se zdravotním postižením a k jejich inkluzivnímu vzdělávání.

Teoretickou část diplomové práce budou tvořit tři kapitoly. První kapitola bude zaměřena na pojetí zdravotního postižení, jeho kategorie, postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením a postavení těchto osob ve společnosti od nejstarších dob až po současnost. Druhá kapitola se bude věnovat specifickým projevům a potřebám osob podle druhu zdravotního postižení. Třetí kapitola se bude zabývat osobností žáka druhého stupně základní školy.

Praktická část diplomové práce bude zahrnovat vlastní kvantitativní výzkum, použita bude metoda dotazníku. V souladu s výše uvedeným výzkumným cílem práce nás zajímá, jak se žáci druhého stupně základní školy staví k tématu zdravotního postižení, například zda mají osobní zkušenost s jedincem se zdravotním postižením, zda jsou ochotni pomoci těmto jedincům, jaký mají názor na inkluzivní vzdělávání, zda jsou připraveni na začlenění žáka se zdravotním postižením do jejich třídy, zda mají informace o této oblasti. Cílovou skupinou našeho výzkumu budou žáci druhého stupně základních škol v kraji Vysočina.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ČLOVĚK SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A SPOLEČNOST

V teoretické části předkládané diplomové práce budou vymezeny základní pojmy. V první části vysvětlíme pojem zdravotní postižení, jeho základní kategorie a také přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením od dob nejstarších až po současnost.

1.1 Pojetí zdravotního postižení

Lidé se zdravotním postižením jsou přirozenou součástí společnosti. Představují různorodou skupinu osob, které se od sebe liší typem postižení, svými možnostmi i potřebami. Terminologie spjatá s těmito osobami je nejednotná, diferencuje se podle různých přístupů, pojetí, vědního oboru či oboru praxe, v jehož rámci jsou vymezeny. (Krhutová, 2013, s. 27)

V minulosti jsme se setkávali s pojmy a označeními, které v kontextu současného pohledu vnímáme jako nevhodné a urážlivé. (Michalík a kol., 2011, s. 33) Osoby se zdravotním postižením byly nazývány mrzáky, úchylnými, defektními, nenormálními, deviantními. (Kocurová a kol., 2002, s. 10) Běžné bylo užívání pojmů jako debilita, imbecilita a idiocie, které souvisely s původním označením jednotlivých stupňů mentálního postižení z pohledu medicínské klasifikace. (Michalík a kol., 2011, s. 33)

Od sedmdesátých let 20. století sílila kritika zažitě terminologie, a to včetně pojmů postižení a handicap, které vycházeli z lékařského přístupu a neakceptovaly životní podmínky osob se zdravotním postižením. (Koláčková, Kodymová, 2005, s. 91)

V roce 1980 schválila Světová zdravotnická organizace (dále WHO) dokument Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), kde se pokusila vymezit zdravotní postižení pomocí pojmů porucha, postižení a handicap:

- porucha (impairment) – označuje abnormalitu struktury nebo funkce lidského těla,
- postižení (disability) – znamená omezenou nebo narušenou schopnost jedince provádět určité úkony či aktivity způsobem, který se považuje za obvyklý,
- handicap – představuje znevýhodnění sociálního charakteru v důsledku postižení a ztěžuje nebo znemožňuje jedinci naplňování jeho obvyklých rolí.

Poruchou je tedy dočasné nebo trvalé poškození organismu nebo fungování těla. Jestliže tato porucha působí nepříznivě na život daného jedince, jeho chování nebo ho omezuje

v jeho aktivitách, hovoříme o postižení. Situaci, v níž jedinec zažívá sociální znevýhodnění v důsledku svého postižení, pak označujeme jako handicap. Z této definice je patrné, že na vzniku postižení se mohou podílet i sociální a environmentální faktory. (Slepičková, Vaňurová, 2013, s. 36-37)

Zásadní změnu v pohledu na osoby se zdravotním postižením přinesl dokument Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (International Classification of Functioning Disability and Health – ICF), který vydala WHO v roce 2001. Klasifikace popisuje a hodnotí situace každého člověka v okolnostech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu. Předpokládá, že u každého člověka dochází v průběhu života ke stavům zhoršeného zdraví, v důsledku kterých se může ocitnout v situaci postiženého. Postižení se proto netýká jen určité skupiny osob, ale potencionálně celé populace. (Pančocha, 2013, s. 68)

MKF se zaměřuje na posuzování sociálních aspektů postižení. Vedle nepoškozených nebo využitelných funkcí a stavu tělesných struktur člověka sleduje jeho aktivitu a možnost participace na životě společnosti. (Slowík, 2016, s. 28) Jako poruchu nebo porušení označuje narušení tělesné funkce a tělesné struktury. Aktivita je zde chápána ve smyslu provádění úkonu nebo činu (např. oblékání nebo příprava jídla), limity aktivity pak vyjadřují problémy, které člověk může s provedením úkonu mít. Participace je vnímána jako zapojení do životní situace (např. účast na placeném zaměstnání), tedy jako výkon určité aktivity v určitém prostředí, její omezení spočívá v problémech, které člověk může v souvislosti s tím prožívat. Pokud je aktivita člověka limitována nebo je omezena jeho participace, můžeme tento stav nazvat postižením (disabilitou). Součástí klasifikace jsou i faktory prostředí a faktory osobnostní, které umožňují hodnotit vliv prostředí na fungování jedince. (Pančocha, 2013, s. 72-73) Na základě této klasifikace chápeme postižení jako *„fenomén, který není individuální charakteristikou jedince, ale je produktem interakce mezi jeho charakteristikami (zdravotním stavem, funkčním stavem, osobnostní rysy) a charakteristikami společnosti (přírodním, architektonickým, sociálním a kulturním prostředím)“* Pančocha (2013, s. 25)

Vedle změn v pojetí zdravotního postižení dochází i ke změnám v pojmech vztahujících se k osobám se zdravotním postižením, kdy zdůrazňujeme nejprve daného jedince jako lidskou bytost a termín označující jeho postižení uvádíme až na druhém místě. Hovoříme tedy o člověku, jedinci, osobě či lidech se zdravotním postižením. (Michalík a kol., 2011, s. 33) Vedle tohoto termínu se často setkáváme také s pojmem žák se speciálními

vzdělávacími potřebami, který je používán v souvislosti s jeho vzděláváním, respektive vymezením jeho tzv. speciálních vzdělávacích potřeb. (Pančocha, 2013, s. 29)

Kategorie zdravotního postižení

Zdravotní postižení můžeme určitým způsobem třídit na základě různých pohledů a kritérií – např. podle doby vzniku postižení (vrozené nebo časně postižení, postižení získané v pozdějším věku), podle typu postižení fyzického orgánu či jeho funkce včetně funkcí mentálních, podle hloubky postižení v rovině fyzické (lehké, středně těžké, těžké, velmi těžké), podle stupně zvládnutí činností a zapojování se do společenského života (žádné, lehké, středně těžké, těžké, velmi těžké), podle průběhu zdravotních problémů (kolísavé, progresivní, stacionární). Krhutová (2013, s. 24-25)

Podle Michalíka a kol. (2011, s. 34) je nejběžnější dělení podle převládajícího typu postižení, kdy rozlišujeme postižení:

- tělesné,
- mentální i další duševní poruchy,
- zrakové,
- sluchové
- řečové, tj. narušení komunikační schopnosti.

Uvedené kategorie ještě doplňujeme o postižení kombinované, kdy se vzájemně prolínají jednotlivé druhy postižení a nemocné civilizačními chorobami.

Osoby se zdravotním postižením můžeme rozdělit také podle stupně podpory, kterou potřebují k dosažení svých specifických potřeb. Předpokládáme totiž, že dvě osoby se stejným druhem postižením mohou mít naprosto odlišné potřeby. V rámci podpůrných opatření rozlišujeme podporu občasnou, kdy se jedná o podporu pouze přechodného a epizodického rázu, podporu omezenou, jež má časové omezení (např. tranzitní péče), podporu rozsáhlou, která již není časově omezená a je potřebná vždy v některém konkrétním prostředí (např. ve škole) a podporu úplnou, tedy intenzivní a celoživotní, která je dané osobě poskytována ve všech typech prostředí. (Černá, 2008, s. 80)

Odborníci či rezorty pracující s osobami se zdravotním postižením využívají vedle výše uvedených kritérií i vlastní klasifikační přístupy, podle kterých sledují různé stránky projevů a důsledků zdravotního postižení. (Michalík a kol., 2011, s. 35-36)

1.2 Postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením

Postoje můžeme definovat jako „*naučené sklony reagovat příznivě nebo nepříznivě na předměty, situace nebo na druhé osoby, na jejich chování či na jejich osobní přesvědčení.*“ (Kot'a, Trpišovská, Vacínová, 2013, s. 99) U každého postoje rozlišujeme složku kognitivní, tedy poznávací, složku afektivní, která se vztahuje k pozitivním nebo negativním emočním prožitkům a složku konativní vyjadřující tendenci chovat se určitým způsobem. Postoje se u člověka utvářejí a formují během celého jeho života. Souvisejí se skupinovým míněním. V dětství jsou obecnějšího rázu, později se diferencují. (Kohoutek a kol., 1998, s. 8)

Pro způsob, jakým se společnost dívá na osoby se zdravotním postižením, je důležité, jaký má společnost v dané době názor na to, co je přijatelné – „normální“ a naopak, co je abnormální nebo omezující. Tento názor se může lišit dle náboženské a politické příslušnosti a ekonomického zázemí. Nemoc je obecně vnímána jako odchylka sociální identity přinášející nositeli určitá privilegia. Nositelé postižení nejsou viníky svého stavu a přijímají roli osoby se zdravotním postižením se všemi negativy i pozitivy, která tato role v sobě pro společnost nese. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štěch, 2001, s. 18)

Vztah osob se zdravotním postižením a majoritní společnosti často poznamenávají předsudky a stereotypy, které jsou většinou následkem nedostatku informací a osobního kontaktu. Podle Krhutové můžeme předsudky definovat jako zvláštní druh stereotypu šířící se socializací nebo médii. Následkem předsudků je nevhodné nebo nedůstojné chování směrem k osobám se zdravotním postižením a podílejí se na diskriminaci. (Krhutová, 2011, s. 47-48)

Předsudky ovlivňující vztah k osobám se zdravotním postižením lze dělit na několik typů:

- podceňující („...zdravotně postižení si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem, jsou to ubožáci, bezmocní, nemohoucí ...“),
- odmítavé („...postižení jsou neužiteční a neproduktivní, jde o trest nebo si jej postižený zavinil sám, případně jeho rodina“),

- protektivní („...je jasné, že každý postižený potřebuje ochranu a sociální péči“),
- hostilní („...mají samé výhodičky, mají všechno zadarmo, jen na ně furt doplácíme, kdo se má na toho mrzáka dívat...“),
- idealizující („...jsou mravně lepší než zdraví, žijí vnitřním, duchovním životem, utrpení je zušlechťuje apod.“),
- heroizující („...všechno bravurně zvládá, nepotřebuje žádnou pomoc“ apod.).

(Krhutová, 2011, s. 47-48)

Pro předsudky podceňující je příznačný ochranný a pečující přístup. O jedincích se zdravotním postižením rozhodují pečující nebo pomáhající osoby, jež posuzují jejich možnosti, vhodnost potřeb, i relevanci citů a určují, co tito jedinci se zdravotním postižením mohou, dokážou a co ne, aniž by braly zřetel na jejich skutečné možnosti a schopnosti. Předsudky odmítavé považují osoby se zdravotním postižením za parazitující a společnost zatěžující. Jsou spojeny s jejich vylučováním a popíráním jejich práv. Specifickým projevem odmítavých předsudků je znevažování jakéhokoliv uznání nebo úspěchu dosaženého osobou se zdravotním postižením. Předsudky protektivně-paušalizující vnímají osoby se zdravotním postižením jako uživatele mnoha neoprávněných či nezasloužených výhod v podobě různých služeb, dávek či příspěvků. Souvisí s nedostatečnou a ne právě objektivní informovaností veřejnosti, neboť tyto „výhody“ jsou nenárokové a jejich přiznání osobám se zdravotním postižením tedy není automatické. Předsudky idealizující (heroizující) pohlíží na osoby se zdravotním postižením jako na hrdiny, kteří se dokáží postavit svému nepříznivému osudu, a proto si zaslouží obdiv. I tento typ předsudků však negativně ovlivňuje vnímání osob se zdravotním postižením ve společnosti, poněvadž v nich převažuje iracionální a emocionální prvek nad fakty. (Novosad, 2001b, s. 79-80)

1.3 Z historie péče o osoby se zdravotním postižením

V každém lidském společenství byli, jsou a pravděpodobně i budou lidé odlišující se od ostatních svým vzhledem, tělesnými nebo smyslovými vadami, duševním stavem či chorobami. Přístup k takto odlišným lidem se v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti. (Hadj-Mousová, 2001, s. 7) Byla období, kdy byli tito lidé pronásledováni a zabíjeni, ale i litováni nebo považováni za jedince s mimořádnými

schopnostmi. (Potměšilová a kol., 2013, s. 8) I přes rozporuplný a mnohdy velmi negativní vztah většinové společnosti k osobám s postižením se odnepaměti můžeme setkávat i se snahou léčit a pečovat o tyto jedince. V případech, kde nebyla šance na vyléčení, docházelo k pokusům o ustálení stavu a snaze zajistit nemocným co nejvyšší kvalitu života. (Slowík, 2016, s. 12)

Podle Potměšilové a kol. (2013, s. 8) můžeme přístup společnosti k jedincům s postižením rozdělit na následující přístupy:

- přístup represivní
- přístup charitativní
- přístup humanistický
- přístup rehabilitační
- přístup preventivně-integrační
- přístup inkluzivní

Represivní přístup zahrnuje období starověku. Je spojován s odložením, opuštěním a zabíjením nemocných nebo jakkoliv postižených jedinců. Společnost se jich zbavovala, protože nebyla schopna se o ně postarat, aniž by neohrozila životaschopnost ostatních členů společnosti. (Bendová (ed.), 2015, s. 19) Vedle likvidace jedinců s postižením bylo velmi rozšířené také jejich zotročování a využívání pro žebrání nebo jako atrakce k pobavení. (Potměšilová a kol., 2013, s. 8) Podle Titzla všem nemůžeme tuto realitu spojovat s představou evolučně nižší sociální vyspělosti populace, neboť i v této době nacházíme v zákonech starověkých civilizací (Mezopotámie, Řecko, Řím) přísná opatření zaručující povinnou ochranu a péči jedincům s různým postižením z řad rodinných příslušníků a v případě potřeby i obce či státu. (Slowík, 2016, s. 12)

Charitativní přístup je typický zejména pro období středověku. S rozvojem náboženství se změnil vztah k jedincům s postižením. Křesťanství pohlíží na potřebného člověka jako na objekt milosrdenství, a proto církev v propojení se státem přišla s ochranným postojem k nemocným či jedincům s postižením. Vznikaly klášterní špitály, hospice a další zařízení, byly zakládány řeholní řády, které se v těchto zařízeních věnovaly péči o potřebné. (Slowík, 2016, s. 13) Přestože charitativní přístup znamenal určitý pozitivní posun v chování společnosti k lidem s postižením, bylo stále na tyto jedince pohlíženo jako

na méněcenné. Vedle charitativní péče byli i v tomto období jedinci s postižením využíváni k pobavení společnosti. (Potměšilová a kol., 2013, s. 8)

Humanistický přístup je spojován s novověkem. Rozvoj vědeckého poznání, zejména medicíny souvisí s nástupem specializované péče o osoby s různými druhy postižení. (Slowík, 2016, s. 13) O člověka s postižením se tedy nejen starali, ale snažili se mu vytvořit podmínky, které umožňovaly rozvinout jeho schopnosti. (Potměšilová a kol., 2013, s. 9) Osobnost člověka začala být pojímána jako celek složky fyzické, psychické, duchovní a sociální. V tomto období byla založena řada institucí (např. ústavů, škol) orientovaných na pomoc a péči o jedince s různým postižením. (Slowík, 2016, s. 13)

Rehabilitační přístup zahrnuje období přelomu 19. a 20. století, v našich podmínkách jsme se s ním mohli setkat ještě koncem osmdesátých let minulého století. Snaží se o „znovu-uschopnění“ jedinců s postižením pro život v běžné společnosti. Propojuje léčbu s výchovou a vzděláváním. U osob, které nejsou schopny účastnit se výchovně-vzdělávacího procesu, a tedy se dostatečně rehabilitovat, většinou nastupuje institucionální péče v podobě umístění do ústavního zařízení, což vede k jejich společenskému vyčlenění. V ideologickém prostředí druhé poloviny 20. století jsou tak u nás většinou společností naprosto cíleně segregovány skupiny různě postižených osob. Důsledky tohoto přístupu můžeme vysledovat i v současnosti, například v postojích starších generací. (Slowík, 2016, s. 13-14)

Preventivně-integrační přístup se začal uplatňovat v období po 2. světové válce. Orientuje se na cílenou prevenci, vycházející ze snahy zamezit riziku narození dítěte s vrozenou vadou či poruchou. Zároveň se snaží o maximální integraci osob s postižením do většinové společnosti, která spočívá v zajištění speciálních prostředků, podpory a péče pro osoby s postižením, vždy však s ohledem na jejich individuální potřeby a možnosti. V našich podmínkách se s integrační tendencí setkáváme až po roce 1989. (Slowík, 2016, s. 14, 32) Současně s tímto přístupem se ovšem objevují i citlivé otázky týkající se např. eticky problémového ukončení těhotenství, genetického inženýrství, nepřipravenosti a předsudků většinové společnosti k osobám s postižením po uvolnění segregáčnických tendencí. (Slowík, 2016, s. 14; Potměšilová a kol., 2013, s. 9)

V současnosti je stále výrazněji prosazovaný tzv. **inkluzivní přístup**. Souvisí s výraznou proměnou ve vnímání osob se zdravotním postižením – je založen na principu rovnosti a respektování důstojnosti a práv každého člověka. (Bendová, 2015, s. 17) Podle toho přístupu jsou osoby se zdravotním postižením přirozenou součástí společnosti a nejsou z ní

nijak vyčleňování. Mohou se zapojovat do všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení. Ve výchově a vzdělávání či v pracovním a společenském začleňování jsou u těchto osob upřednostňovány běžné postupy respektující možnosti daného jedince. Adekvátní pomoc a podpora nastupuje až v situaci, kdy je to nezbytně nutné. (Slowík, 2016, s. 14, 32)

Posun od integračních postupů směrem k inkluzivním postupům je patrný na příkladu školní integrace. V rámci integračního přístupu navštěvují žáci se zdravotním postižením především speciální školy, kde při výuce využívají zejména specifické pomůcky a metody. Inkluzivní přístup preferuje jejich vzdělávání spolu s nepostiženými vrstevníky v běžných školách s využitím převážně běžných vzdělávacích prostředků, speciální metody a pomůcky jsou pak používány pouze tam, kde je to z hlediska efektivního vzdělávání žáků se zdravotním postižením nezbytně nutné. Inkluzivní přístup se u nás začíná prosazovat zvláště po vstupu do Evropské unie. (Slowík, 2016, s. 32)

S projevy výše uvedených přístupů společnosti k osobám s postižením se setkáváme i v současnosti. Například v oblasti pracovního uplatnění těchto osob můžeme vysledovat řadu skrytých represivních prvků (jde o část populace s vysokou mírou nezaměstnanosti, současně pak vysokým rizikem diskriminace). Benefiční koncerty přinášejí charitativní atmosféru. Integrační i inkluzivní přístupy akcentují přístup humanistický. (Slowík, 2016, s. 15)

1.4 Postavení osob se zdravotním postižením v současnosti

Podle statistického šetření provedeného Českým statistickým úřadem v roce 2013 je v České republice cca 1.078.000 osob se zdravotním postižením, což je 10,2 % populace. (www.vlada.cz) Výskyt zdravotního postižení v populaci jeví závislost na věku, nejnižší procento vykazuje skupina dětí, naopak u osob nad 80 let je výskyt zdravotního postižení ve více než 50 %. (Votava, 2005, s. 11)

V devadesátých letech 20. století se začal postoj k osobám se zdravotním postižením měnit. Byly přijaty nově právní normy, které více respektují specifické potřeby osob se zdravotním postižením, upravující především vzdělávání a sociální služby. Vznikala občanská sdružení sdružující osoby se zdravotním postižením na základě specifického typu postižení. Ta s celorepublikovou působností mají za cíl formulování a obhajobu

specifických potřeb osob podle druhu zdravotního postižení a prosazování způsobů jejich uspokojování. Významná jsou i občanská sdružení s regionální a místní působností, která sdružují občany s nejrůznějšími typy postižení. Od roku 2000 reprezentuje osoby se zdravotním postižením Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky. (www.vlada.cz)

Nejvýznamnějšími akty mezinárodního práva je například Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948, Úmluva o právech dítěte z roku 1989, Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (VS OSN 1993), Deklarace ze Salamanky, UNESCO 1994 a Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením z r. 2006.

K nejvýznamnějším právním předpisům v České republice patří Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky. V Listině základních práv a svobod je zakotveno: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech.*“ (hl. I., čl. 1) a dále: „*Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.*“ (hl. I., čl. 3, odst. 1). Vedle toho je zde zakotveno právo osob se zdravotním postižením na ochranu zdraví při práci a zvláštní ochranu v pracovních vztazích (hl. IV., čl. 29, odst. 1,2). (www.psp.cz)

K dalším důležitým právním předpisům týkajících se osob se zdravotním postižením patří (www.praceprozp.cz):

- Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) – zakazuje diskriminaci např. v oblasti zaměstnávání, vzdělávání, zdravotní péče, přiznávání sociálních výhod

Právní předpisy týkající se zaměstnávání (www.praceprozp.cz):

- Listina základních práv a svobod č. 2/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů
- Zákoník práce č. 262/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, obecně stanoví povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením a zajistit pro jejich zaměstnávání na náklady zaměstnavatele potřebná technická a organizační opatření.

- Zákon 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zaměstnanosti“), zakotvuje povinnost zaměstnavatelům s více než 25 zaměstnanci obsadit nejméně 4 % z celku osobami se zdravotním postižením. Pokud povinnost není splněna, ukládá se povinnost odebrat výrobky a služby ve stanovené výši od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % osob se zdravotním postižením nebo odvést povinnou platbu do státního rozpočtu. Zaměstnavatele s méně než 25 zaměstnanci motivuje například daňová úleva. § 4 odst. 2 zakazuje diskriminaci při uplatňování práva na zaměstnání a to i z důvodů zdravotního stavu. Dále je zde zakotvena např. zvýšená ochrana, úprava chráněného pracovního místa, pracovní rehabilitace a rekvalifikace.

Právní předpisy zabývající se vzděláváním (www.praceprozp.cz):

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Zakotveno je zde právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením. Podpůrná opatření spočívají v:
 - a) poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení,*
 - b) úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky,*
 - c) úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání,*
 - d) použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob I Ia), Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů,*
 - e) úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy,*
 - f) vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu,*
 - g) využití asistenta pedagoga,*
 - h) využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob*

poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo

i) *poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených.* (www.praceprozp.cz)

- Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných definuje např.: podmínky pro poskytování podpůrných opatření, individuální vzdělávací plán, činnost a postavení asistenta pedagoga.

Právní předpisy týkající se sociálního zabezpečení (www.praceprozp.cz):

- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, upravuje soustavu důchodů a podmínky k nároku na důchod.
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MPSV č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, mimo jiné upravuje seznam pomůcek a jejich vlastností, na které osobám se zdravotním postižením přispívá stát.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje podmínky pro poskytování podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvků na péči.

Postavení osob se zdravotním postižením je u nás stabilizované. Vedle existence právního rámce se opírá o převážné pozitivní postoje majoritní společnosti. Případné negativní tendence vůči osobám se zdravotním postižením většinou pramení z nedostatečného vědomí o skutečných problémech a potřebách těchto osob. (www.vlada.cz)

2 SPECIFIKA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

V této kapitole se budeme věnovat osobám podle jednotlivých druhů postižení. Stručně představíme osoby s tělesným, mentálním, zrakovým a sluchovým postižením a osoby s narušenou komunikační schopností. Zaměříme se na jejich specifické projevy a seznámíme se s přístupy k těmto osobám.

Uvedené kategorie zdravotního postižení jsou součástí dotazníku, který byl využit v rámci našeho výzkumného šetření.

2.1 Osoby s tělesným postižením

V souvislosti s tělesným znevýhodněním se můžeme setkat s pojmy zdravotní postižení a tělesné postižení. V běžném životě jsou tato slovní spojení užívána často jako synonyma. V odborné literatuře a českém právním systému je pojem zdravotní postižení nadřazen pojmu tělesné postižení a zahrnuje v sobě mentální, tělesné, smyslové, kombinované a duševní nemoci. (Fischer, Škoda, 2008, s. 31)

Tělesné postižení je vymežováno více způsoby, důležitý je úhel pohledu autora či roku vydání publikace. Tělesné postižení můžeme definovat například jako dlouhodobý či trvalý stav způsobený anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze medicínsky vyléčit nebo zmírnit. (Novosad, 2011b, s. 85)

Lidé s tělesným postižením představují velmi různorodou skupinu s rozdílnou závažností postižení a rozdílnou příčinou jeho vzniku. Členíme je zpravidla do dvou často se prolínajících skupin na osoby s tělesným (pohybovým) postižením a na osoby chronicky nemocné (označované též jako osoby s interním postižením). Společným znakem těchto osob je omezení hybnosti. (Novosad, 2011, s. 186)

Tělesné postižení se vyznačuje omezením nebo znemožněním pohybu, narušením koordinace pohybu v důsledku vývojové vady, poruchy nosného a pohybového aparátu, poruchy inervace, deformace nebo amputace částí pohybového ústrojí. Jedná se o primární omezení pohybových schopností. (Novosad, 2011, s. 186-187) Příčinami jsou např. úrazy páteře s následným poraněním míchy, ke kterým dochází nejčastěji při sportu, autonehodách nebo pádech, mozková obrna, artritida, svalová dystrofie, amputace atd. (Pančocha, 2013, s. 33)

Podle Novosada (2011, s. 197-210) řadíme mezi pohybové vady:

- Obrny centrální a jiná závažná neurologická onemocnění – jsou způsobeny poškozením centrálního nervového systému – mozku a míchy. Náleží sem např. dětská mozková obrna, roztroušená skleróza mozkomíšni, Parkinsonova choroba.
- Obrny periferní – postihují orgánové periferie, například svaly, obličej, končetiny. Obrny se dle intenzity dělí na parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí).
- Deformace – mezi vrozené deformace patří zejména malformace a rozštěpy. K deformacím získaným řadíme např. abnormální držení těla a patologické odchylky v zakřivení páteře – vadné držení těla, patologickou kyfózu, skoliózu, svalovou atrofii, artritidy.
- Amputace – jedná se o nevratné odstranění končetiny nebo její části od těla.

Chronické onemocnění způsobuje dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který významně snižuje kvalitu života nemocného, omezuje jeho výkonnost a vede k nechtěnému utlumení fyzických aktivit. Následně může omezit pohybové schopnosti nebo vyvolat degenerativní změny na nosném a pohybovém aparátu člověka. Řada chronických onemocnění přechází ve svých důsledcích do formy tělesného (lokomočního) postižení. V tomto případě hovoříme o sekundárním omezení pohybových aktivit. (Novosad, 2011, s. 186) Mezi chronická onemocnění patří například kardiovaskulární onemocnění (ischemická choroba srdeční), onemocnění plic a dýchacích cest (průduškové astma, plicní tuberkulóza, cystická fibróza, srdeční astma), poruchy imunity (alergie, autoimunitní onemocnění, AIDS), poruchy metabolických procesů (cukrovka, dna), nádorová onemocnění (nádory, leukémie), nemoci nervového systému (epilepsie), kožní onemocnění (ekzém, lupénka, růže). (Novosad, 2011, s. 190-197)

Podle Novosada (2011, s. 215-217) přináší život s tělesným postižením či chronickým onemocněním řadu omezení a znevýhodnění. Kvalita života osob s tělesným postižením je ovlivněna vedle redukce pohybových schopností i jejími důsledky. Pohyb má pro člověka zásadní význam, protože přímo působí nejen na vývoj jeho osobnosti, ale i na jeho socializaci. Má vliv na jeho samostatnost, sebeobsluhu, rozvoj motoriky a psychických funkcí, prožívání, schopnost komunikovat, navazovat sociální kontakty a vykonávat smysluplnou aktivitu.

Vedle omezení či ztráty schopnosti pohybu se u osob s tělesným postižením můžeme setkat s obtížemi v pohybové koordinaci i s výraznými obtížemi v oblasti jemné motoriky. V důsledku toho mohou být tito jedinci v různé míře závislí na bezbariérovosti prostředí, používání kompenzačních pomůcek i určitých kompenzačních přístupech, které umožňují samostatnou lokomoci a usnadňuje hygienu, sebeobsahu, komunikaci a na externí pomoci, tedy asistenci, dopomoci a péči. (Vítková, 2006, s. 80)

Obtíže v komunikaci se mohou vyskytovat z důvodu narušené funkce mluvidel, kvůli stigmatizujícím projevům (grimasování, křečovité pohyby), kdy obě strany komunikaci nevyhledávají, nebo z důvodu potíží při dorozumívání, nedostatečného sociálního učení a sociálních dovedností. Osoby s tělesným postižením mohou být v různé míře ohroženy také citovou a informační deprivací, neadekvátním prožíváním, sebeprožíváním a zkresleným sebehodnocením. Vzhledem ke svým výkonovým možnostem jsou často omezeny v tom, co by chtěly dělat. Motivace k seberozvoji a překonávání problémů, které vyplývají z neurčitých životních perspektiv, je u nich často nedostatečná. (Novosad, 2011, s. 216)

Z důvodu snížené pohyblivosti je pro tyto osoby obtížné získávat zkušenosti sociálního charakteru. Problematické proto může být navazování sociálních kontaktů a partnerských vztahů, zvládnání obvyklých sociálních rolí a poznávání okolního prostředí. „*Tyto problémy mohou často znesnadnit začlenění do většinové společnosti, které je především podmíněno mírou samostatnosti a nezávislosti.*“ (Javorská, 2015, s. 99)

Přístup k osobám s tělesným postižením

Vzhledem k nápadnosti pohybových projevů či různým viditelným deformacím zevnějšku a užívání různých kompenzačních pomůcek bývá tělesné postižení spojeno se sociálním znevýhodněním. Svým společenským okolím bývají osoby s tělesným postižením neadekvátně hodnoceny, míra očekávání směrem k těmto osobám je jiná, většinou nižší. Jedinci s tělesným postižením bývají podceňováni a zároveň jsou jejich projevy více tolerovány, pravděpodobně proto, že se od nich méně očekává. Dochází-li ve společnosti k jeho izolaci, zesměšňování, nebo naopak k častému ochraňování a litování, potvrzuje to jeho nízký sociální status. Většina osob s tělesným postižením nepopírá své zdravotní problémy, ale nechce být kvůli nim znevýhodněna i sociálně. (Vágnerová, 2014, s. 241)

Pro většinu osob s tělesným postižením je jejich situace často výzvou k překonávání překážek, které ostatní před sebou nemají. (Slowík, 2010, s. 36)

Podle Maráškové (2011, s. 93) bychom měli v přístupu k osobám s tělesným postižením vycházet z následujících doporučení:

- K osobám s tělesným postižením bychom měli přistupovat s citlivostí a empatií, ne však s lítostí.
- Případné nepříjemné pocity (např. nejistota, strach, odpor) je třeba překonat a k osobě s postižením přistupovat jako k rovnocennému partnerovi, který jenom poněkud neobvykle vypadá.
- Nápadné odchylky tělesného postižení nespojovat se snížením mentálních schopností.
- Problémy s výslovností u osob s tělesným postižením vyžadují při komunikaci trpělivost a čas. Rozhovor bychom neměli urychlovat napovídáním slov či dokončováním myšlenek.
- Hole, berle nebo další kompenzační pomůcky by měly mít osoby s tělesným postižením ve svém dosahu.

Slowík (2010, s. 37-39,44) dále doporučuje:

- Při komunikaci s osobou sedící na ortopedickém vozíku je vhodné se posadit vedle ní, abychom mohli udržovat zrakový kontakt.
- Provází-li osobu s postižením osobní asistent nebo jiný doprovod, obracíme se vždy na toho, s kým jednáme, nikoliv na doprovod.
- Naši pomoc osobě s postižením nikdy nevnucujeme, ale slušně nabídneme.

Chceme-li hovořit s člověkem o jeho životě s handicapem, musíme zvolit přijatelnou formu, abychom jej neurazili a vhodné načasování, tedy dobu, kdy je již vyrovnán se svou životní situací. (Marášková, 2011, s. 93)

2.2 Charakteristika osob s mentálním postižením

V souvislosti s osobami s mentálním postižením se v odborné literatuře setkáváme s pojmy mentální retardace a mentální postižení. Mentální retardaci můžeme definovat „jako

vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních dovedností.“ (Valenta, 2011, s. 115) Mentální postižení pak můžeme vymezit jako pojem širší, zastřešující všechny jedince s IQ pod 85, tedy i ty, které se pohybují v tzv. hraničním pásmu mentální retardace. (Valenta, 2011, s. 115)

Za primární mentální postižení je označována mentální retardace vrozená nebo časně získaná do dvou let života dítěte. O sekundárním postižení – demenci hovoříme tehdy, došlo-li k poruše inteligence až po druhém roce života, například v důsledku závažného onemocnění nebo úrazu. Při demenci dochází k snížení již rozvinutých schopností daného jedince. (Valenta, 2011, s. 115-116) Nejčastěji postihuje starší osoby a je spojena s degenerativními onemocněními mozku, např. Alzheimerovou chorobou. (Slowík, 2016, s. 113)

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), kterou zpracovala Světová zdravotnická organizace s platností od roku 1992 (u nás o rok později), dále rozděluje mentální retardaci podle hloubky postižení do čtyř stupňů, kdy klasifikačním kritériem je výše inteligenčního kvocientu (IQ). Jedná se o lehkou mentální retardaci (IQ 50-69), středně těžkou mentální retardaci (IQ 35-49), těžkou mentální retardaci (IQ 20-34) a hlubokou mentální retardaci (IQ pod 20). (Valenta, 2011, s. 115-116) Tato klasifikace je považována pouze za orientační, neboť uvedené kategorie nelze posuzovat s absolutní přesností. (Fischer, Škoda a kol., 2014, s. 131)

Mentální retardace se vyznačuje určitými znaky, které se mohou projevovat v různé variabilitě a hierarchii. U osob s mentálním postižením se tak můžeme setkat se zpomalenou chápavostí, ulpíváním na detailech, nestálou pozorností, sníženou mechanickou a logickou pamětí, proto naučené rychle zapomínají a vědomosti neumějí včas uplatnit v praxi. V projevech je pak patrna přílišná spontánnost a otevřenost, zbrklé nebo naopak zpomalené chování, zvýšená emocionalita a sugestibilita, nekritičnost, nerovnováha aspirace a výkonu. Tyto osoby bývají infantilní, mají nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji vlastního „já“, zvýšenou potřebu uspokojení, bezpečí a závislosti na rodičích. Jejich schopnost samostatně řešit běžné situace je omezena a omezeny jsou i možnosti jejich výchovy a vzdělávání. (srov. Valenta, 2011, s. 122-124; Marášková, 2011, s. 102-103)

V souvislosti se znaky mentální retardace předkládáme stručnou charakteristiku jednotlivých stupňů mentálního postižení:

- Při lehké mentální retardaci je opožděn vývoj řeči. Výraznější obtíže se objevují v období školní docházky při zvládnání učiva. Pro tyto jedince je důležité podnětné výchovné prostředí. Četnost případného výskytu dalších duševních poruch je stejná jako u ostatní populace. Většina jedinců je plně samostatná v sebeobsluze, je schopna pracovat, pohybovat se a orientovat v sociálně nenáročném prostředí. (Valenta, 2011, s. 128) Jsou schopni založit rodinu, navazovat a udržovat sociální vztahy. (Bazalová, 2014, s. 19)
- U osob se středně těžkou mentální retardací je rozvoj řeči i myšlení výrazně omezen. Někteří jedinci si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Jejich řeč bývá jednoduchá a slovní zásoba obsahově chudá. V souvislosti se středně těžkou mentální retardací se často objevuje epilepsie a další duševní, tělesné a neurologické poruchy. Samostatnost a sebeobsluha bývají u těchto jedinců omezené, proto potřebují různou míru pomoci a podpory. Vhodné jsou pro ně služby typu chráněného bydlení a zaměstnání. (Valenta, 2011, s. 128)
- U osob s těžkou mentální retardací je psychomotorický vývoj výrazně opožděn. Řeč je omezena na jednoduchá slova nebo se nemusí vůbec vytvořit. Vedle mentálního postižení se u jedinců s těžkou mentální retardací vyskytují i motorické poruchy a příznaky celkového poškození centrálního nervového systému. Objevuje se výrazné narušení afektivní sféry, agrese a časté sebepoškozování. (Valenta, 2011, s. 128) Schopnost sebeobsluhy je omezená, někteří jedinci si mohou osvojit určité prvky sebeobsluhy, jiní nejsou schopni sebeobsluhy vůbec. U jedinců s těžkou mentální retardací je nutná soustavná podpora. (Bazalová, 2014, s. 26)
- U osob s hlubokou mentální retardací je celkový vývoj výrazně omezen. Jedincům je třeba pomáhat i v základních životních úkonech. Často se přidružují těžká motorická a senzorická postižení, neurologické a další duševní poruchy. Komunikace je značně omezena a probíhá na neverbální úrovni. Porozumění je omezeno na jednoduché pokyny. (Valenta, 2011, s. 128) Jedinci s hlubokou mentální retardací potřebují celoživotní péči. (Bazalová, 2014, s. 26)

Lidé s mentálním postižením jsou přes svá specifika stále lidmi, kteří mají své potřeby jako všichni ostatní a mají i právo na jejich adekvátní saturaci. Mnozí z nich žijí relativně samostatně a nezávislé životy. Pracují, navazují partnerské vztahy, sportují a věnují se zájmovým aktivitám. (Slowík, 2016, s. 120)

Přístup k osobám s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením patří ve společnosti k nejvíce stigmatizovaným. (Pančocha, 2013, s. 32) Příčinou stigmatizace je obtížnost v komunikaci s osobami s mentálním postižením, jejich méně přiměřené a ne vždy předvídatelné reakce a odlišnost chování. K jejich nepříznivému hodnocení vede i přetrvávající závislost na okolí, snížená schopnost sebeovládání, snadná ovlivnitelnost a nekritičnost. Vzhledem k tomu bývají osoby s mentálním postižením nejen podceňovány nebo zesměšňovány, ale mohou být i snadno manipulovány, zanedbávány nebo nějak zneužívány. Často jim nejsou přisuzována stejná práva jako ostatním a zároveň na ně nejsou kladeny ani stejné požadavky. Z toho vyplývá, že jejich status bývá velice nízký. Vágnerová (2014, s. 293-296)

Podle Slowíka (2010, s. 55-61) bychom při jednání s osobami s mentálním postižením měli vycházet z těchto obecně využitelných doporučení:

- Přizpůsobovat se individuálním komunikačním možnostem daného jedince s mentálním postižením – mluvit pomalu, sdělovat informace tak jednoduchým způsobem, aby pro něj byly pochopitelné, respektovat odlišnosti v jeho chování.
- Ve vyjadřování osob s mentálním postižením vždy počítat s artikulačními a gramatickými obtížemi a omezenou slovní zásobou.
- Obsah sdělení lze vhodně doplnit mimikou, gestikulací a dalšími neverbálními prostředky.
- Jednoduchými otázkami si ověřovat skutečné porozumění našim sdělením.
- Jednat přímo s osobou s mentálním postižením (a to, i když se jedná o dítě).
- Využívá-li jedinec s mentálním postižením některý z alternativních komunikačních systémů, musí tento systém přijmout i blízké okolí dotyčného jedince.
- Pomoc osobám s mentálním postižením můžeme pouze nabízet, ne ji vnucovat. Nesnažme se s nimi manipulovat a rozhodovat za ně.

I když se nám zdá chování dospělých osob s mentálním postižením někdy neobvyklé nebo až dětinské, měli bychom jim vždy vykat a přistupovat k nim jako k dospělým. Intelektové schopnosti a sociální dovednosti těchto osob mohou být výrazně nižší, než jaký je jejich biologický věk, přesto bychom měli důsledně respektovat jejich lidská práva a osobní důstojnost. (Slowík, 2010, s. 55-61)

2.3 Osoby se zrakovým postižením

Zrakové postižení vzniká jako následek zrakové vady, která činí jedinci potíže v běžném životě a nelze ji odstranit ani po optické, medikamentózní ani chirurgické a jiné korekci. (Růžičková, 2013, s. 18)

Zrakové postižení můžeme dělit dle různých kritérií. Podle Maráškové (2011, s. 94) je nejčastějším kritériem dělení dle stupně postižení, podle něhož se osoby se zrakovým postižením dělí:

- Osoby nevidomé – jsou chápány jako osoby s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Nevratný pokles zrakové ostrosti výrazně narušuje možnosti jejich samostatného pohybu a orientace v prostoru. Vzhledem ke svému těžkému zrakovému postižení získávají informace prostřednictvím náhradních smyslů. (Marášková, 2011, s. 94)
- Osoby s těžkou slabozrakostí (osoby se zbytky zraku) – osoby s tímto postižením se nacházejí v pásmu mezi slabozrakostí a nevidomostí. Jejich zraková ostrost je natolik snížena, že může vést k narušení představ a snížení grafických schopností. (Marášková, 2011, s. 94)
- Osoby slabozraké – tyto osoby mají sníženou zrakovou ostrost obou očí, která jim i při vhodné brýlové korekci způsobuje obtíže v běžném životě. Přidružit se mohou i problémy s poruchami zorného pole. (Marášková, 2011, s. 95)
- Osoby s poruchou binokulárního vidění – u těchto osob došlo k funkčním poruchám v důsledku částečného omezení funkce jednoho oka. Mezi tyto poruchy řadíme šilhavost a tupozrakost. Při šilhavosti je porušeno rovnovážné postavení očí, osa jednoho oka se odchyluje. U tupozrakosti je výrazně snížena zraková ostrost jednoho oka, kterou nelze upravit brýlemi. (Nováková, 2006, s. 235)

Vedle narušení zrakové ostrosti se můžeme setkat i s dalšími poruchami, které postihují jiné funkce oka. Jedná se například o poruchu barvocitu, poruchu adaptace, omezení zorného pole. (Marášková, 2011, s. 95)

Zrak je pokládán za jeden z nejdůležitějších lidských smyslů. Zrakové vnímání je zdrojem většiny informací o okolním světě, které nám umožňují porozumět mu a orientovat se v něm. Je-li však kvalita zrakových vjemů omezena, deformována nebo zrakové vjemy úplně chybí, je nutné je nahradit. Kompenzační funkci plní především sluchové vnímání.

Zejména u osob s těžkým zrakovým postižením bývají sluchové schopnosti citlivější a diferencovanější, což je podmíněno nejen učením, ale také nutností užívat jiný způsob orientace v prostředí. (Vágnerová, 2014, s. 189) Také hmatové vnímání se podílí na bezprostředním poznávání okolního světa zejména u osob s těžkým zrakovým postižením. Prostor hmatového vnímání je poměrně malý, je ohraničen rozpaženými rukama. (Nováková, 2006, s. 239) Pokud člověk ztratí zrak, je nutné hmat cíleně cvičit. (Vágnerová, 2014, s. 189)

Podle Ludíkové (2014, s. 92) získávají nevidomí lidé informace zejména prostřednictvím sluchu a hmatu, důležité je pro ně také využití čichu a chuti a zapojování vyšších kompenzačních činitelů.

Tzv. kompenzační činitelé, které osoby se zrakovým postižením využívají, se uvádějí ve dvou kategoriích. Mezi nižší činitele se řadí naše smysly (sluch, hmat, čich, chuť), k vyšším činitelům náleží např. představivost, fantazie, sluchová paměť, myšlení, řeč. (Růžičková, 2013, s. 26)

Podle Vágnerové (2014, s. 189) má řeč pro osoby se zrakovým postižením zásadní význam, neboť pomáhá rozvoji poznávacích schopností, nahrazuje určitým způsobem smysly a udržuje kontakt s okolím.

Zrakové postižení v různé míře ovlivňuje způsoby, jimiž osoby slabozraké, se zbytky zraku nebo nevidomí vykonávají běžné denní aktivity. Jde zejména o oblast prostorové orientace a samostatného pohybu, sebeobsluhy a práce s textovými a grafickými informacemi. (Krhutová, 2011, s. 283)

Oblast prostorové orientace a samostatného pohybu je pro osoby se zrakovým postižením velmi důležitá, protože svoboda pohybu se řadí k důležitým potřebám každého člověka, mobilita je určitým znakem samostatnosti a prevence závislosti na druhých. Je důležitá k seberealizaci a má vliv na celkový stav pohody. (Krhutová, 2011, s. 290)

Jedinci se závažným zrakovým postižením mají možnost vnímání a orientaci v prostoru v různé míře vymezenou. Na rozdíl od vidících lidí, kteří se v prostoru orientují na základě neuvědomované řady fixací na určité body, musí lidé se zrakovým postižením vnímat a analyzovat i další informace. Pro nevidomého jsou významné informace typu světlo-stín, slunce-vítr, vůně a pachy, sklon a povrch terénu, zvuky různých prostředí, pro jedince slabozrakého pak například intenzita osvětlení, světelné a barevné kontrasty, velikost a provedení různých nápisů. Pro orientaci v prostoru slouží osobám se zrakovým postižením

orientační body (místa, která jsou stálá a postižitelná zejména hmatem – roh domu, schody, poštovní schránka), vodící linie (napomáhají správnému směru chůze – varovné pásy, rozhraní tráva, asfalt) a orientační znaky (doplňují trvalou hmatovou, sluchovou nebo čichovou informaci – hluk z rušné ulice, vůně pekárny). (Krhutová, 2011, s. 290-291)

Nevidomé osoby používají k samostatné chůzi zpravidla bílou hůl, vodícího psa nebo mohou využít služby průvodce. Aby se mohly bezpečně pohybovat osoby se zbytky zraku, musí kromě svých omezených zrakových vjemů zapojit i kompenzační činitele. Problémy s orientací v prostoru se objevují i u osob slabozrakých, jedná se například o odhad vzdálenosti nebo neschopnost rozlišit výškové rozdíly. S chybným odhadem vzdálenosti se setkáváme i u osob s poruchou binokulárního vidění. (Ludíková, 2014, s. 93-96)

S prostorovou orientací a samostatným pohybem úzce souvisí sebeobsluha. Mezi sebeobslužné činnosti můžeme zařadit vše, co děláme kolem sebe bez pomoci druhé osoby (například hygiena, úklid, vaření, péče o druhou osobu) Na rozdíl od osoby vidící, která dělá běžnou věc bezmyšlenkovitě, se člověk se zrakovým postižením musí na takovou činnost připravit, uspořádat si čas a prostor, zvolit řešení, použít potřebné pomůcky. Pro lepší zvládnutí každodenních činností využívají osoby se zrakovým postižením vedle řady pomůcek také různorodé kompenzující postupy. (Krhutová, 2011, s. 288-289) S většími problémy se potýkají obvykle osoby, kterým se zrak zhoršil až během života, nebo které přišli o zrak náhle. (Ludíková, 2014, s. 93-95)

Další oblast, která je specifická u osob se zrakovým postižením, je práce s textovými a grafickými informacemi. U osob slabozrakých je schopnost klasického čtení a psaní většinou zachována, při čtení a psaní však využívají optické pomůcky pro zvětšení textu. Kromě toho je kladen důraz na světelné a barevné kontrasty, intenzitu a směr osvětlení a provedení textů, kdy je upřednostňováno hůlkové písmo a zápis silnější grafickou stopou, např. tmavým fixem. Osoby se zbytky zraku se učí číst a psát jak klasickým způsobem za použití optických pomůcek, tak i bodovým písmem. Pro čtení a psaní využívají nevidomí jedinci obvykle Braillovo bodové písmo, při písemné komunikaci jim slouží i moderní informační technologie, u kterých není znalost bodového písma nutná. (Krhutová, 2011, s. 294-296)

Provádění každodenních i méně všedních činností je u osob se zrakovým postižením ovlivněno řadou objektivních i subjektivních faktorů, mezi které patří stupeň postižení, doba vzniku postižení, délka trvání a průběh postižení, celkový zdravotní stav, osobnostní výbava člověka, úroveň znalostí, schopností a dovedností, kvalita rodinných vztahů a

vztahů z blízkého okolí, míra přístupnosti vnějšího prostředí v oblasti architektonické, dostupnost a kvalita veřejných služeb, přístup k informacím a další. (Krhutová, 2011, s. 284-285)

Přístup k osobám se zrakovým postižením

Lidé se zrakovým postižením, respektive lidé nevidomí jsou společensky nejméně odmětaným postižením. V minulosti jim byly připisovány neobvyklé schopnosti. Dnešní společnost je sice pokládá za osoby značně závislé na pomoci druhých, přesto ale připouští, že nevidomost je vyvážena předpoklady pro něco výjimečného. Ve vztahu k nevidomým přesto stále převažuje soucit a snaha manipulovat je do pozice pasivního příjemce opečovávání. Sklon k dehonestaci je vzácný. (Vágnerová, 2014, s. 195)

Viditelná nápadnost očí, různé automatismy a nedostatečná kontrola vlastních projevů osob se zrakovým postižením mohou upoutávat pozornost, udržovat různé zažité mýty a negativně ovlivňovat postoje okolí. (Vágnerová, 2014, s. 195-196)

Podle Maráškové (2011, s. 97) bychom při kontaktu s osobami se zrakovým postižením měli dodržovat uvedené zásady:

- Navázat s nimi kontakt, oslovit je jako první.
- Zohledňovat absenci či nedostatek jejich zrakových vjemů a tím eliminovat jejich případné ohrožení a zvyšovat bezpečnost.
- Rozšiřovat jejich obzor popisováním scén a situací z bezprostředního okolí.
- Jednat s nimi jako s partnery a respektovat je. Přijímat je jako normální lidi, kteří potřebují někdy naši podporu.

Nevidomé či těžce zrakově postižené osoby je třeba informovat nejen o okolním dění, ale i o tom, co nemohou samy dobře vidět. V rámci kompenzační funkce mluveného slova lze využívat i barevných charakteristik a jiných konkrétních zrakových vjemů. (Slowík, 2010, s. 74)

Chceme-li osobám se zrakovým postižením nabídnout pomoc, měly bychom je na to vždy nejprve upozornit a vzájemně se dohodnout na způsobu pomoci. (Slowík, 2010, s. 74)

2.4 Osoby se sluchovým postižením a jejich komunikační strategie

Sluch je pro lidi důležitým distančním smyslem. Kromě funkce signální, kterou nás upozorňuje na zvukové projevy okolního prostředí, je rovněž důležitý při příjmu informací mluveným slovem. (Langer, 2014, s. 65)

Sluchové postižení se projevuje omezenou nebo úplnou absencí schopnosti vnímat okolní zvukové podněty. (Vágnerová, 2014, s. 199) Vzniká jako následek organické nebo funkční vady sluchového orgánu a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života lidí. Vady sluchu vytváří informační a komunikační bariéru, mají negativní vliv na vývoj myšlení i vývoj řeči, způsobují deficit v orientačních schopnostech, zvyšují psychickou zátěž a omezují sociální vztahy právě vzhledem k problémům v komunikaci. (Slowík, 2016, s. 73-74)

Sluchové vady můžeme klasifikovat podle různých hledisek. Potměšil (2011, s. 362-364) dělí vady sluchu podle velikosti sluchové ztráty do čtyř kategorií:

- Ohluchlost – jde o ztrátu sluchu, ke které dochází v průběhu života. Řeč zůstává zachována, ztrácí však postupně formální úroveň a chybí přirozené rozšiřování slovní zásoby.
- Hluchota – jedná se o vadu vrozenou nebo získanou v časném věku dítěte. Jde o úplnou absenci sluchu.
- Zbytky sluchu – jde o vadu vrozenou nebo získanou. Ztráta sluchu není úplná, vyznačuje se většinou absencí mluvené řeči nebo opožděním ve vývoji mluvené řeči.
- Nedoslýchavost – se projevuje jako vrozená nebo získaná částečná ztráta sluchu, která způsobuje opožděný nebo omezený vývoj mluvené řeči. Podle závažnosti ztráty sluchu se nedoslýchavost dělí na velmi těžkou, těžkou, střední a lehkou.

V souvislosti s řečovým vývojem dělíme sluchové vady podle doby vzniku na prelingvální a postlingvální. Prelingvální sluchové postižení vzniká před ukončením vývoje řeči, nejpozději do šestého roku života, k postlingválnímu sluchovému postižení pak dochází po ukončení vývoje řeči, tedy po šestém roce života a nejvíce se týká osob v postproduktivním věku. (Kučerová, Vítová, 2015, s. 145)

Osoby se sluchovým postižením představují heterogenní skupinu, která využívá různé formy komunikace. Výběr vhodného komunikačního přístupu je pro tyto osoby velmi důležitý a musí respektovat stupeň postižení, jazykové předpoklady, okolní prostředí a

osobnostní vlastnosti daného jedince. K dispozici jsou přístupy, které mohou využívat jednat vizuálně-motorické komunikační systémy, sem řadíme znakový jazyk, znakový jazyk a prstovou abecedu a také systémy založené na mluveném jazyce, tedy orální řeč, odezírání, čtení a psaní. (Langer, 2014, s. 76)

Z hlediska nároků na komunikaci pak mohou osoby se sluchovým postižením využívat následující přístupy – orální přístup, systém totální komunikace, bilingvální přístup a komunikační techniky vhodné pro osoby s kochleárním implantátem. Uvedené přístupy souvisejí se vzděláváním osob se sluchovým postižením. Dojde-li k poškození sluchu u dospělého jedince, je pak výběr komunikačních přístupů omezen.

Orální přístup je postaven na využívání mluvené řeči, výcviku v odezírání a využívání zbytků sluchu. Je vhodný zejména u osob se zbytky sluchu. Totální komunikace je komunikační strategie využívající sluchových, manuálních a orálních způsobů komunikace. To znamená, že spojuje využití mluvené řeči se znakovým jazykem, prstové abecedy, psaní a dalších prostředků tak, aby se zajistila účinná komunikace mezi osobami se sluchovým postižením a osobami slyšícími i mezi sluchově postiženými navzájem. Komunikující strany mají potřebu a zájem se domluvit, proto uznávají svoje komunikační prostředky a respektují se navzájem. (Potměšil, 2011, s. 382-386)

Bilingvální přístup je komunikační systém, který využívá znakový i mluvený jazyk většinové společnosti. Podle Langer (2014, s. 80) by k osvojení znakového jazyka mělo docházet již od raného dětství a teprve po zvládnutí gramatiky znakového jazyka přistupujeme k výuce jazyka většinové společnosti.

Kochleární implantát je moderní pomůcka, která zlepšuje kvalitu života neslyšících osob. Osoby ohluchlé po vytvoření komunikace mluvenou řečí se s aplikací kochleárního implantátu vrací k původně užívanému komunikačnímu způsobu. Pokud je implantát aplikován v raném věku, napomáhá při výstavbě komunikace mluvenou řečí. (Potměšil, 2011, s. 387)

Potměšil (2011, s. 388) uvádí, že některé osoby s vadou sluchu uplatňují jako komunikační prostředek odezírání mluvené řeči. Informace přijímají zrakově – sledují nejen pohyb rtů, ale i mimiku, gesta, postoj těla. Zrakově je však možné vnímat jen asi třetinu mluveného slova, a proto se komunikace založená pouze na odezírání jeví jako méně efektivní.

Kromě kochleárního implantátu a individuálních zesilovačů zvuku (různých typů sluchadel) využívají osoby se sluchovým postižením i další kompenzační pomůcky, které jim usnadňují nejen komunikaci, ale i život ve slyšící společnosti. (Langer, 2014, s. 81-84)

Přístup k osobám se sluchovým postižením

Sluchové postižení se řadí k nejtěžším postižením. (Romančíková, 2010, s. 216) Vzhledem ke komunikační bariéře bývá společensky stigmatizující. Obtíže v dorozumění se slyšícími jedinci znesnadňují začlenění osob se sluchovým postižením do společnosti. Z důvodu komunikační a informační bariéry, dezorientace i tendence afektivně reagovat, mohou být považovány za osoby, jejichž schopnosti jsou omezené či za osoby s nižší inteligencí. K tomu může přispívat i nápadná a pozornost přitahující komunikace znakovým jazykem, mimické projevy, které znakování doprovázejí a omezená možnost vnímat a kontrolovat zvukové projevy vlastního těla. Podceňující nebo přímo odmítavý postoj slyšících může u osob se sluchovým postižením posilovat pocity nejistoty a riziko sociální izolace. To může zpětně vést k obrannému nebo podezřívavému postoji sluchově postižených vůči slyšícím a k preferenci kontaktu se stejně postiženými jedinci, se kterými se snadno dorozumí. (Vágnerová, 2014, s. 214-215)

Marášková (2011, s. 101-102) uvádí zásady, které je vhodné dodržovat při jednání s osobou se sluchovým postižením:

- Respektovat osoby se sluchovým postižením jako rovnocenné partnery v komunikaci.
- K jedinci se sluchovým postižením je vhodné přistupovat vždy zepředu, dotekem, například na předloktí, upoutat jeho pozornost, a tak navázat zrakový kontakt. Důležité je odstranit nebo zmírnit nežádoucí a rušivé zvuky.
- Mluvit přirozeně, zřetelně a pomalu, nezvyšovat hlas. Udržovat oční kontakt. Nezakrývat si ústa rukou.
- U osob se sluchovým postižením tolerovat vadnou výslovnost hlásek – chybí zpětná vazba, dotyčný jedinec se neslyší a nemůže svou výslovnost opravovat.
- Komunikovat stručně a výstižně. Ověřit si, zda jedinec porozuměl sdělené informaci. V případě potřeby informaci klidným hlasem zopakovat, případně použít jiná slova nebo změnit stavbu věty.

- Využívat neverbální projevy (výraz tváře, gesta).
- Během znakování mohou osoby se sluchovým postižením vydávat neartikulované zvuky. Jde o spontánní projev doprovázející jejich rozčilení či jiné citové pohnutí.
- Je-li komunikace s osobou se sluchovým postižením vedena přes tlumočníka, je partnerem v komunikaci vždy osoba se sluchovým postižením, nikoliv tlumočnick.

V souvislosti s přístupem k osobám s těžkým sluchovým postižením je třeba zmínit jejich pomyslné rozdělení na „Neslyšící“ a „neslyšící“. Neslyšící s „N“ se identifikují jako specifická společensko-etnická minorita s vlastním (znakovým) jazykem a subkulturou, neslyšící s „n“ se za vyčleněnou minoritu nepovažují a plně se integrují v běžné populaci. (Slowík, 2016, s. 83)

2.5 Osoby s narušenou komunikační schopností

Řeč můžeme charakterizovat jako schopnost člověka užívat verbální i neverbální jazykové prostředky za účelem komunikace. Nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem je mluvená řeč. Komunikace mluvenou řečí předpokládá dobré sluchové vnímání, funkčnost řečových center v mozku, nervových drah, motoriky mluvidel a dostatečnou inteligenci. (Slowík, 2016, s. 87-88)

Poruchy komunikace označujeme obvykle termínem narušená komunikační schopnost. Lechta (Mlčáková, 2011, s. 415) vymezuje narušenou komunikační schopnost takto: *„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“*

Narušení komunikační schopnosti může být trvalé nebo přechodné. Může být dominantním projevem, nebo může být symptomem či důsledkem jiného dominantního postižení. Podle stupně je narušení komunikační schopnosti úplné nebo částečné, podle příčiny může být klasifikováno jako orgánové nebo funkční. (Klenková, 2006. s. 108-109) Lechta (Klenková, 2006, s. 109) dělí narušenou komunikační schopnost z hlediska symptomatického do těchto základních okruhů:

- vývojová nemluvnost – vývojová dysfázie,
- získaná orgánová nemluvnost – afázie,
- získaná psychogenní nemluvnost – mutismus a elektivní mutismus,
- narušení zvuku řeči – rinolalie, palatolalie,
- narušení plynulosti řeči – koktavost, breptavost,
- narušení článkování řeči – dyslalie, dysartrie,
- narušení grafické stránky řeči – dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie,
- symptomatické poruchy řeči,
- poruchy hlasu,
- kombinované vady a poruchy řeči.

Období kolem třetího roku věku dítěte je považováno za tzv. hranici fyziologické nemluvnosti. Pokud dítě v tomto věku nemluví, nebo mluví velmi málo, je nutno vyhledat pomoc odborníka. (Slowík, 2016, s. 90)

Potíže s dorozumíváním v různé míře ovlivňují život člověka. V závislosti na typu a intenzitě řečové vady či poruchy mohou vést k narušení kognitivních funkcí a socializace. Problémy v porozumění verbálnímu sdělení i omezení aktivního řečového projevu způsobují omezený přísun informací, které jsou důležité pro rozvoj rozumových schopností. U jedince s narušenou komunikační schopností se tak nemohou jeho kompetence naplno projevit, neboť formulace jeho úsudku může být méně obratná nebo jinak nepřiměřená a tento jedinec proto může působit jako méně inteligentní. Neznalost podstaty narušené komunikační schopnosti tak vede nejen k přesvědčení, že řečové obtíže způsobuje nedostatek inteligence, ale také k názoru, že tyto obtíže jsou důsledkem slabé vůle, a kdyby člověk chtěl, tak by je překonal. (Vágnerová, 2014, s. 230-233)

Zvláštnosti dětí s narušenou komunikační schopností z hlediska sociální interakce popisuje Požár (2016, s. 108). Děti s narušenou komunikační schopností si svůj handicap v raném věku zpravidla neuvědomují, a proto je adaptace na vrstevnické prostředí bezproblémová. Obtíže se začínou projevovat až při realizaci her nebo činností, kde převládá verbální složka, a ve škole. Ve školním období si už děti začínají všimnout řečových projevů svých vrstevníků, ještě však neumí diferencovat nevědomost od neschopnosti něco správně vyslovit. Reakcí na nejasnou nebo zkreslenou řeč tak může být výsměch nebo ponížení.

Proto jsou děti s narušenou komunikační schopností často svými spolužáky hůře hodnoceny, a proto mají i ony samy tendenci hodnotit své výkony i v jiných oblastech jako podprůměrné. Tak zažívají časté neúspěchy, které následně ovlivňují jejich sebehodnocení i jejich další socializaci. Snaha dosáhnout úspěchu u nich nebývá častá, tyto děti mají spíše tendenci vyhnout se neúspěchu, a proto si dávají nižší cíle.

Nedostatky v porozumění a problémy s vyjadřováním mohou být frustrující jak pro osoby s narušenou komunikační schopností, tak i pro ostatní. Při kontaktu s osobou, jejíž řečový projev je obtížně srozumitelný, jsou ostatní lidé dezorientovaní a zmatení a kromě toho, že nerozumí, se cítí v rozpacích a nevědí, jak reagovat. Pro samotného člověka s narušenou komunikační schopností může být taková situace ještě víc frustrující, protože sám pocítuje, že není schopen bezproblémového verbálního vyjadřování. (Slowík, 2016, s. 95) V souvislosti s tím roste jeho úzkost, napětí a strach z dalšího selhání, což vede ke snížení sebedůvěry a životních cílů. V případě opakovaných neúspěchů a obavy ze ztrapnění může jedinec s narušenou komunikační schopností svůj verbální projev podstatně omezit nebo nebude za určitých okolností mluvit vůbec. (Vágnerová, 2014, s. 230)

Přístup k osobám s narušenou komunikační schopností

Při komunikaci s jedincem s narušenou komunikační schopností je nutné vycházet především z typu a stupně narušené komunikační schopnosti, z věku jedince a z jeho aktuálních komunikačních schopností. (Mlčáková, 2011, s. 479)

Komunikaci s těmito jedinci není vhodné uspěchat, dokončovat za ně slova, věty nebo jim podsouvat domněnky. V rámci podpory verbálního projevu jedince s řečovou poruchou je doporučován klidný a trpělivý přístup, dostatek taktu a využívání specifických zásad pro komunikaci s osobami podle typu jejich komunikační poruchy. Například u osob s vadami artikulace není vhodné přerušit jejich mluvní projev a opravovat jejich výslovnost; u jedinců s koktavostí je vhodné zařazovat metody, které vycházejí z rytmizace řeči. Je-li u jedinců s těžkým postižením závažně poškozena řeč nebo tito jedinci vůbec nemluví, jsou využívány alternativní komunikační formy a technické komunikační prostředky. (Novosad, 2009, s. 155-156) Je doporučeno nedat najevo, že jsme si obtíží v řeči druhého všimli a naslouchat mu pozorně, abychom zaznamenali co nejvíce informací hned napoprvé a nemuseli ho často žádat o zopakování sdělení. Svůj význam zde má i neverbální komunikace. (Slowík, 2010, s. 109-110)

3 OSOBNOST ŽÁKA DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Teoretickou část diplomové práce uzavíráme kapitolou, v níž se budeme věnovat osobnosti žáka druhého stupně základní školy. Stručně vymežíme danou etapu vývoje a jednotlivé změny, jimiž jedinec v tomto období prochází.

V praktické části předkládané diplomové práce jsou respondenty daného výzkumného šetření právě žáci druhého stupně základní školy.

3.1 Vymezení vývojového období žáka druhého stupně základní školy

Období související se vzděláváním žáka na druhém stupni základní školy je nazýváno obdobím staršího školního věku. Začíná zpravidla mezi jedenáctým až dvanáctým rokem života jedince a probíhá do ukončení povinné školní docházky, tedy přibližně do patnácti let věku jedince. Z hlediska vývoje osobnosti jde o období dospívání, respektive o jeho počáteční etapu označovanou jako pubescenci či ranou adolescenci. (Vágnerová, 2012, s. 256, 369)

Obecně celé období dospívání můžeme charakterizovat jako přechodné období mezi dětstvím a dospělostí. Trvá přibližně od jedenácti do dvaceti až dvaadvaceti let věku jedince a v průběhu tohoto období dochází k význačným vývojovým proměnám osobnosti jedince v oblasti tělesné, psychické i sociální. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 142-143) Jde o specifickou životní etapu, která má v rámci životního cyklu typické znaky a objektivní i subjektivní význam. Jedinec hledá a přehodnocuje sám sebe, mění se v dospělého člověka a snaží se dosáhnout přijatelného sociálního postavení. Snaží se pro sebe vytvořit zralou formu vlastní identity. (Vágnerová, 2012, s. 367)

V odborné literatuře je celé období dospívání rozděleno zpravidla na období pubescence a období adolescence. (srov. Říčan, 2014, s. 170; Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 143; Čáp, Mareš, 2001, s. 232) Období pubescence je vnitřně diferencováno na prepubertu a vlastní pubertu. Prepuberta zahrnuje období přibližně od jedenácti do třinácti let věku dívek, u chlapců probíhá fyzický vývoj asi o jeden až dva roky později. V této fázi se objevují první projevy pohlavního dospívání, zejména sekundární pohlavní znaky a dochází k akceleraci růstu do výšky. Vlastní puberta probíhá zpravidla mezi třináctým a patnáctým rokem jedince a trvá do dosažení reprodukční schopnosti jedince. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 143) Kromě biologických změn dochází v období pubescence ke změnám kognitivním a

emocionálním, mění se vztah k autoritám, vrstevníkům i k sobě samému. (Macek, 2003, s. 80-81) Obdobím adolescence postupně dochází k plné reprodukční zralosti jedince, dokončuje se jeho tělesný růst, začíná navazovat hlubší erotické vztahy a zásadně se mění jeho sebepojetí i jeho postavení ve společnosti. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 143)

Vágnerová (2012, s. 369-370) nazývá celé období dospívání obdobím adolescence, které dále dělí na adolescenci ranou a adolescenci pozdní. Raná adolescence zahrnuje prvních pět let dospívání, probíhá tedy přibližně mezi jedenáctým a patnáctým rokem jedince. Na ni navazuje pozdní adolescence, která trvá zhruba do dvaceti let věku jedince. První etapa dospívání – období rané adolescence, se shoduje s obdobím pubescence.

3.2 Změny v oblasti tělesné

V období pubescence probíhají v organismu jedince výrazné změny související s tělesným dospíváním a pohlavním dozráváním.

Marshall a Tanner (Macek, 2003, s. 43-44) popisují probíhající pubertální změny u chlapců i dívek v několika stádiích. U chlapců začínají vývojem penisu a šourku, potom se zvětšují varlata a objevuje se pubické ochlupení. Poté postupně dochází k zvětšování penisu, vyvíjí se žalud a objevuje se ochlupení dospělého typu. Chlapecké pubertální změny jsou ukončeny vyvinutými vnějšími pohlavními orgány, středovým ochlupením, změnou hlasu, růstem vousů. U dívek se nejprve zvětšuje prsní tkáň a objevuje se první pubické ochlupení kolem genitálu. Postupně se pak vytváří kontura prsou a ochlupení genitálu, které odpovídá dospělému typu. V téže době dochází rovněž k nástupu menstruace. Nakonec dochází k plnému vývoji dívčích sekundárních pohlavních znaků.

Vedle rozvoje pohlavních orgánů i sekundárních pohlavních znaků je pro dané období charakteristické prudké zrychlení růstu, které u dívek vrcholí sice dříve, u chlapců je však mnohem prudší a vede k trvalému rozdílu mezi výškou mužů a žen. Prudké zrychlení růstu je dočasné, neboť koncem tohoto období se růst opět zpomaluje. (Říčan, 2014, s. 171)

Mění se také tělesné proporce. U dospívajících chlapců mohutní svalstvo, rozšiřují se ramena, u dívek dochází k ukládání podkožního tuku na bocích, stehnech, v oblasti prsou. (Říčan, 2014, s. 171-172)

Tělesná proměna bývá dospívajícími intenzivně prožívána, neboť tělesný vzhled je významnou součástí jejich identity. Tělesné změny jsou subjektivně vnímány podle

představ o atraktivitě dospělého zevnějšku, psychické vyspělosti jedince a sociálních reakcích. Podle okolností pak může být pubescent na svoje dospívání hrdý nebo se může stydět. (Vágnerová, 2012, s. 373-374)

Sociální reakce na tělesnou proměnu podmíněnou dospíváním mohou být velmi rozmanité a podle toho ovlivňují sebepojetí pubescenta. Zásadní roli v tom má hodnocení od osob, které jsou dospívajícímu blízké a které on sám považuje za důležité. (Vágnerová, 2012, s. 374; Macek, 2003, s. 44)

3.3 Změny v oblasti psychické

V období pubescence pokračuje rozvoj kognitivního vývoje. Zásadně se mění zejména způsob myšlení. Dospívající začíná být schopen pracovat s obecnějšími pojmy, připouštět variabilitu různých možností, uvažovat systematictěji, tvořit hypotézy a ověřovat jejich platnost, uvažovat o různých způsobech řešení, experimentovat s vlastními úvahami. Podle Piagetovy kognitivně vývojové teorie dosahuje dospívající stadia formálních logických operací, což znamená, že je schopen uvažovat abstraktně. Nový způsob myšlení se odráží i v postoji dospívajících k okolnímu světu a k sobě samému. Na rozdíl od dítěte v mladším školním věku, které bere svět realisticky, pubescent uvažuje hypoteticky. Přemýšlí tedy i o možnostech, které reálně neexistují, představuje si, co všechno by mohlo být jinak. V souvislosti se změnou pohledu na svět bývají dospívající značně kritičtí, mají tendenci polemizovat a jsou přesvědčení o správnosti svých argumentů. Vzhledem k výkyvům v sebepojetí a kolísáním sebedůvěry bývají přecitlivělí a vztahovační, cítí se být ustavičně pozorováni a kritizováni. Mají tendence k nepřesnému zkratkovitému zobecňování, a i když považují své úvahy za výjimečné, nechají se relativně snadno ovlivnit, například svými vrstevníky. (Vágnerová, 2012, s. 379-389)

S nástupem formálních operací souvisí také nový způsob morálního hodnocení. Objevují se častěji soudy, které berou ohled na druhého, což umožňuje větší uplatnění vzájemnosti a principu spravedlnosti. Předchozí orientace na vnější reálný svět v pubertě nahradí orientací na sebe sama. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 152)

Současně s tělesnou proměnou a kognitivním vývojem dochází ke změnám v oblasti emočního prožívání. Jde o období zvýšené emoční lability, kdy dochází k náhlým posunům nálad, krizí a pocitovým zvrátům. Pravděpodobně to souvisí s hormonálními změnami, se

zvýšenou mírou egocentričnosti a sebereflexe a s vysokou potřebou sebehodnocení. (Macek, 2003, s. 47) Pro pubescenty je příznačná podrážděnost, časté a nápadné změny nálad, impulzivita jednání, tendence reagovat přecitlivěle i v běžných situacích a nárůst emočního zmatku. Pubescenti bývají uzavřenější, introvertnější, jejich emoční reakce často provází neklid, rozmrzelost, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postojů, úzkost, pocit nejistoty, nedostatek sebeovládání, vznik konfliktů. (Vágnerová, 2012, s. 390-392)

Podle Macka (2003, s. 47) nemusí být průběh puberty vždy emocionálně dramatický. Záleží zejména na individuálně typologických rozdílech pubescentů, svůj význam však mají také kulturní a sociální faktory, styl a způsob výchovy.

Období dospívání nazývá Erikson obdobím hledání vlastní identity a popisuje ho: „*jako konflikt mezi potřebou integrace sebe samého (ego identity) a potřebou vyrovnat se s nejasnými požadavky společnosti tak, aby byl adolescent schopen najít a akceptovat svoje vlastní místo a hodnotu jako člen tohoto společenství.*“ (Macek, 2003, s. 62) V souvislosti se změnami, které dospívání přináší, se mění sebepojetí dospívajících. Roste nejen potřeba nového sebevymezení, ale i úsilí o lepší poznání sebe sama. Výsledky sebepoznání může komplikovat zvýšená sebekritičnost spojená s emoční labilitou a nejistotou. Významným aspektem vztahu k sobě samému je sebeúcta, která do značné míry závisí na přijetí a ocenění okolím, a to jak vrstevníky, tak dospělými. Z hlediska sociálního je základem identity dospívajících příslušnost k rodině, na významu však nabývají i vztahy k určitým lidem nebo skupinám. Příslušnost k určité skupině, které si dospívající cení a kde se cítí být akceptováni, podporuje jejich sebevědomí a přináší jim určitou jistotu ve vztahu k sobě i k okolí. Čím je identifikace k dané skupině u pubescentů silnější, tím silnější je i jejich úsilí o viditelné vyjádření skupinové příslušnosti, například uniformní úpravou zevnějšku, stylem oblékání, způsobem chování a vyjadřování. (Vágnerová, 2012, s. 452-458)

3.4 Sociální vztahy

Dospívání bývá v rámci socializace nazýváno obdobím druhého sociálního narození, které je spojeno se samostatným vstupem do společnosti. (Vágnerová, 2012, s. 395) Typické je pro ně uvolnění z přílišné závislosti na rodině a navazování diferencovanějších vztahů s vrstevníky obojího pohlaví. Přestože proces stálého osamostatňování a rozšiřování sociálních vztahů začíná již v dětství a pokračuje i v dospělosti, je právě období dospívání

v tomto směru rozhodující pro zvládnutí budoucích základních manželských a rodičovských rolí. (Langmeier, Krejčířová, 2008, s. 152)

Jak již bylo výše naznačeno, období pubescence je význačným obdobím, kdy se mění vztah dospívajících k dospělým i ke svým vrstevníkům. Rodina zůstává nadále důležitým sociálním zázemím, i když se dospívající od ní začínají odpoutávat. Vztahy dospívajících s rodiči jsou ovlivněny procesem emancipace, proměnou citové vazby k rodičům a změnou postoje dospívajících k dospělým. Typickým znakem tohoto období je dohadování s autoritou, objevuje se odmítání přílišné kontroly, kritičnost a netolerance vůči rodičům i dalším dospělým. Odpoutávání z vázanosti na rodinu je náročně pro dospívající i pro jejich rodiče. (Vágnerová, 2012, s. 395, 399-403) Platí, že pokud dítě navázalo s rodiči hluboký a nekonfliktní vztah, bude pravděpodobné, že proces emancipace proběhne snadno. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 153)

V souvislosti se snahou o osamostatnění získávají významnou roli vrstevníci dospívajících. S pubescentem je spojují podobné problémy a ve vztahu k sobě jsou v rovnocenném postavení. (Vágnerová, 2012, s. 423) Ostatním pubescentům se může svěřovat, radit se s nimi o svých postojích a pocitech, utvrzovat se ve svých pravdách, a v neposlední řadě je uspokojena potřeba odlišit se od generace svých rodičů a jiných skupin. (Vašutová, 2013, s. 85)

Podle Vágnerové (2012, s. 423-425) mohou vztahy s vrstevníky uspokojovat různé psychické potřeby:

- Potřeba stimulace – naplňuje ji kontakt s vrstevníky, jejich společné aktivity, prožitky.
- Potřeba smysluplného učení – vrstevníci se stávají pro dospívající neformálními autoritami a mnohdy na ně mají větší vliv než dospělí. Dospívající mohou porovnávat vlastní chování a postoje s názory a chováním vrstevníků a uvědomovat si podobnosti nebo odlišnosti od ostatních, a tak lépe pochopit sebe sama i ostatní.
- Potřeba jistoty a bezpečí – začíná být u pubescentů více uspokojována příslušností k vrstevnické skupině. V době odpoutávání od rodiny pubescent ztrácí jistotu, která vyplývala z jeho pozice v rodině a hledá ji u vrstevníků, kteří jsou v podobné životní situaci.

- Potřeba být akceptován – postavení dospívajícího ve vrstevnické skupině se stává součástí jeho identity a závisí zejména na jeho osobnostních kvalitách.
- Potřeba určit si vlastní pravidla – naplňuje ji vytvoření takových vlastních pravidel, které by byly pro potřeby dospívajících výhodnější. Vedle vlastních norem má vrstevnická skupina i své hodnoty, ideály, které prosazuje, vybírá si idoly, které obdivuje a napodobuje. Radikálnost a nekompromisnost norem vrstevnické skupiny splňuje předpoklad jednoznačnosti a srozumitelnosti a posiluje jejich jistotu.

Podle Macka (2003, s. 81) příslušnost ke skupině a vzájemná solidarita podporují sebeúctu dospívajících, zároveň však mohou vést k rizikovému chování. Nebezpečí rizikového chování hrozí, je-li význam určité skupiny přeceňován a chybí-li doplnění dalšími „emočními kotvami“ v jiných vztazích.

V období pubescence také sílí potřeba přátelství, tedy navázání důvěrného vztahu s blízkým přítelem, kterému mohou dospívající důvěřovat, sdílet s ním své pocity a se kterými si vzájemně rozumí. „*Existence blízkého přítele přispívá k osobní vyrovnanosti, posiluje sebevědomí a sebejistotu.*“ (Vágnerová, 2012, s. 431-433) Vedle navazování párového přátelství začínají dospívající přitahovat i jedinci opačného pohlaví. Skutečné vztahy chlapců a dívek, které se objevují koncem tohoto období, jsou většinou ještě nestálé, ale intenzivně prožívané jako první lásky. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 155)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Praktická část diplomové práce se věnuje kvantitativnímu výzkumu. Nejprve byl stanoven výzkumný problém, cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy. Poté byl vymezen výzkumný soubor, techniky sběru dat a způsob jejich zpracování.

4.1 Výzkumný problém

Praktická část předkládané diplomové práce se zaměřuje na analýzu postojů žáků druhého stupně základní školy k osobám se zdravotním postižením a k jejich inkluzivnímu vzdělávání.

Zajímali nás postoje a osobní zkušenosti, například zda mají osobní zkušenost s jedincem se zdravotním postižením, zda jsou ochotni pomoci těmto jedincům, jaký mají názor na inkluzivní vzdělávání, zda jsou připraveni na začlenění žáka se zdravotním postižením do jejich třídy, zda mají informace o této oblasti.

Z hlediska praktické aplikace mohou naše zjištění přispět pedagogickým pracovníkům a výchovným poradcům ke zkvalitnění evaluační činnosti školy směřované přímo k žákům.

4.2 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Výzkum si kladl za cíl **zjistit, jaký postoj ke zdravotnímu postižení, respektive k osobám se zdravotním postižením a k jejich inkluzivnímu vzdělávání zaujímají žáci druhého stupně základní školy.**

Tento cíl byl doplněn hlavní výzkumnou otázkou ve znění: **Jaký postoj ke zdravotnímu postižení, respektive k osobám se zdravotním postižením a k jejich inkluzivnímu vzdělávání zaujímají žáci druhého stupně základní školy?** K hlavní výzkumné otázce byly stanoveny následující dílčí výzkumné otázky.

DVO 1: Jakou mají respondenti zkušenost s osobami se zdravotním postižením?

DVO 2: Jaký postoj zaujímají respondenti k osobám se zdravotním postižením?

DVO 3: Jaký postoj zaujímají respondenti ke společnému vzdělávání s osobami se zdravotním postižením?

DVO 4: Co si myslí respondenti o přístupu společnosti k osobám se zdravotním postižením?

DVO 5: Zda a do jaké míry považují respondenti svou informovanost ohledně zdravotního postižení za dostatečnou?

Aby bylo možné data získaná z dotazníkového šetření ověřit prostřednictvím statistických metod, bylo nutné sestavit hypotézy. Z nezávisle proměnných jsme v hypotézách zkoumali pohlaví (dívka / chlapec), lokalitu navštěvované školy (v malém městě / v krajském městě) a přítomnost osoby se zdravotním postižením v okolí respondenta, ze závisle proměnných pak názor respondentů na osoby se zdravotním postižením, postoj k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě a názor respondentů na postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením.

- H1: Předpokládáme, že mezi názorem respondentů na osoby se zdravotním postižením a jejich pohlavím neexistuje významný rozdíl.
- H2: Předpokládáme, že mezi postojem respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě a lokalitou školy, kterou navštěvují, neexistuje významný rozdíl.
- H3: Předpokládáme, že mezi názorem respondentů na postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením a přítomností osoby se zdravotním postižením v jejich okolí neexistuje významný rozdíl.

4.3 Techniky sběru dat

Pro praktickou část diplomové práce byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie. Ta byla vybrána především s ohledem na skutečnost, že kvantitativním výzkumem získaná data lze snáze zobecnit a vyvodit tak z výsledků obecné závěry platné pro celou populaci, popř. určitou skupinu, na kterou je výzkum zaměřen. (Gulová, Šíp, 2013, s. 29)

Zvolenou technikou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce, sestavený v kontextu se stanovenými výzkumnými otázkami. Dotazník je tvořen 23 otázkami, z nichž je 20 otázek uzavřených, 3 otázky polootevřené, na 3 otázky je možné uvést více odpovědí. V tabulce níže jsou uvedeny kategorie (proměnné), které dotazník zkoumá, a položky dotazníku, které se na výzkumu konkrétní kategorie přímo podílejí.

Tabulka č. 1: Struktura dotazníku

Kategorie:	demografické informace
Položky:	1, 2, 3
Kategorie:	zkušenost respondentů s osobami se zdravotním postižením
Položky:	4, 5, 6, 7
Kategorie:	postoj respondentů k osobám se zdravotním postižením
Položky:	8, 9, 10, 11, 12
Kategorie:	postoj respondentů ke společnému vzdělávání s osobami se zdravotním postižením
Položky:	13, 14, 15, 16, 17
Kategorie:	názor respondentů na přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením
Položky:	18, 19
Kategorie:	informovanost respondentů ohledně zdravotního postižení
Položky:	20, 21, 22, 23

Předvýzkum

Před uskutečněním vlastního výzkumu byl realizován předvýzkum, kterého se zúčastnilo 10 respondentů navštěvujících druhý stupeň základní školy (3 respondenti z šesté třídy, 2 respondenti ze sedmé třídy, 2 respondenti z osmé třídy, 3 respondenti z deváté třídy). Po jeho vyhodnocení byla pro lepší srozumitelnost upravena formulace u dvou položek a stanoven časový limit pro vyplnění dotazníku.

4.4 Výzkumný soubor

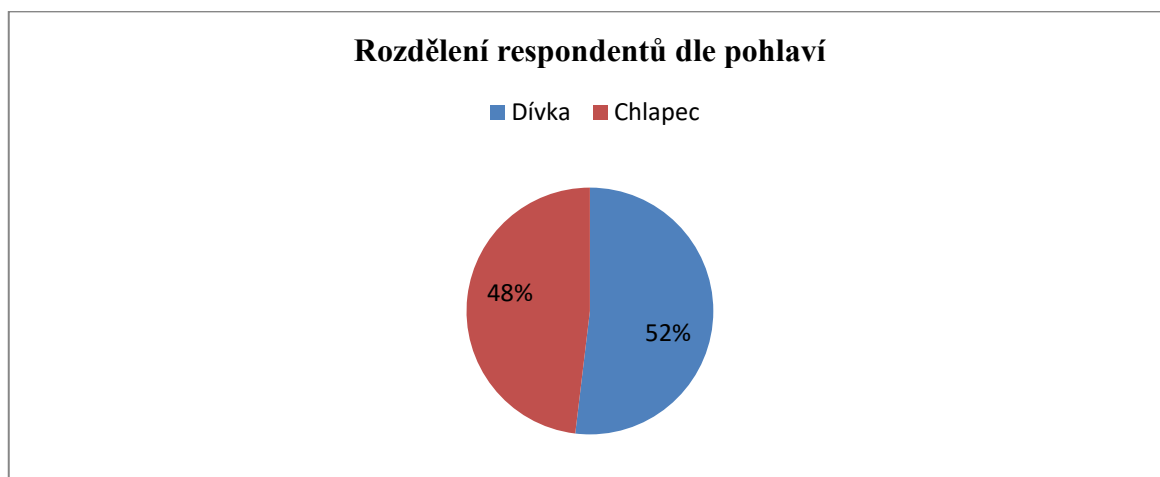
Vlastní výzkumné šetření bylo uskutečněno v lednu 2020 ve dvou základních školách v kraji Vysočina, které souhlasily s realizací výzkumu (bylo dbáno na to, aby byla zastoupena základní škola z menšího města a základní škola z krajského města). V obou základních školách jsou evidováni žáci se speciálně vzdělávacími potřebami, kteří mají 1. až 3. stupeň podpůrných opatření. Podmínky pro jejich vzdělávání jsou zaměřeny na volbu vhodných metod a forem práce, individuální přístup a menší počet žáků ve třídě. V obou školách pracují asistenti pedagoga.

Základní soubor je složen ze všech žáků druhého stupně obou základních škol, v nichž je výzkum realizován. Výběrový soubor je tvořen žáky z náhodně vybraných tříd šestých až devátých ročníků obou těchto základních škol.

Dotazník byl zadáván prostřednictvím třídních učitelů jednotlivých tříd, kteří seznámili tyto žáky s významem dotazníku, se způsobem vyplnění jednotlivých položek a s jeho anonymitou. Vyplněné dotazníky byly v dohodnutou dobu od třídních učitelů vyzvednuty zpět. Ze získaných dotazníků byly vyloučeny ty, které byly vyplněny neúplně, zmatečně, nebo které nebyly vyplněné vůbec. Do základních škol bylo rozdáno celkem 200 dotazníků, vrátilo se 168 dotazníků (návratnost tedy byla 84 %), z nichž bylo nutné 10 dotazníků vyřadit z výše uvedených důvodů.

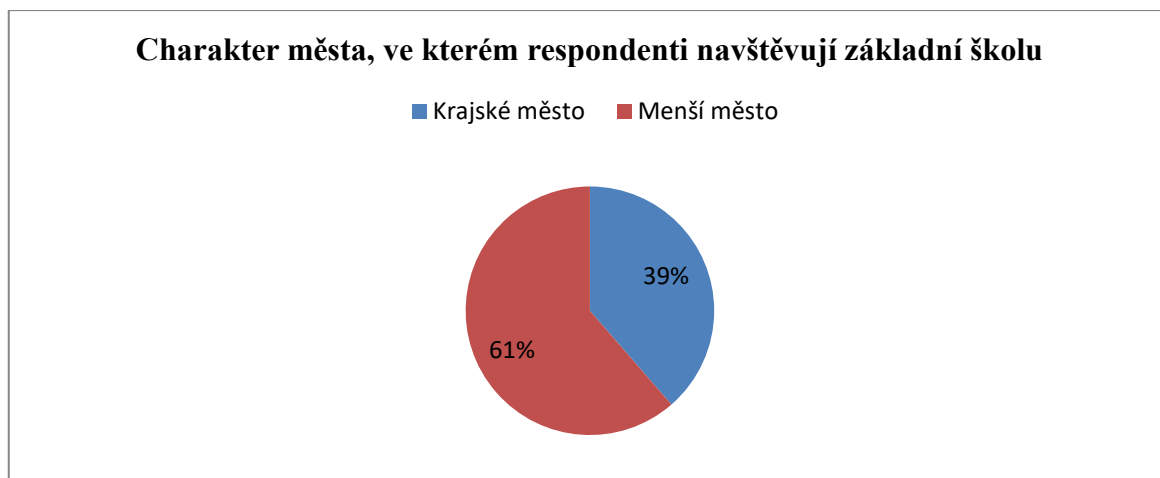
Výzkumný soubor byl tedy tvořen 158 žáky druhého stupně základní školy. První tři položky dotazníku byly zaměřeny na vlastnosti výzkumného souboru. První položka dotazníku zjišťovala, jaký je ve vzorku poměr mezi chlapci a dívkami. Po vyhodnocení této otázky bylo zjištěno, že ve vzorku je 82 dívek a 76 chlapců. Tento poměr je procentuálně vyjádřen a znázorněn ve výšečovém grafu.

Graf č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví



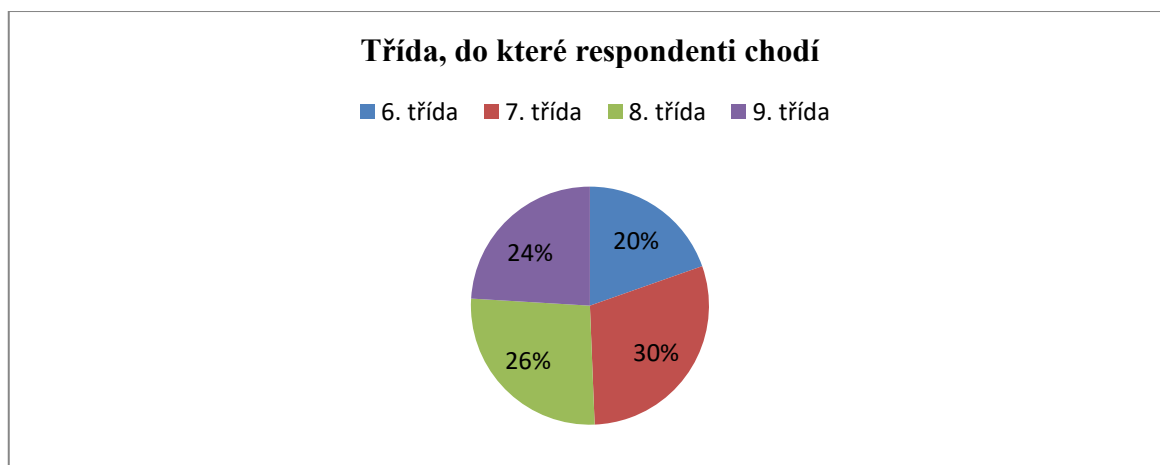
Druhá položka dotazníku zjišťovala, zda respondenti navštěvují školu v malém nebo krajském městě. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že 61 respondentů navštěvuje školu v krajském městě a 97 respondentů navštěvuje školu v menším městě. Tento poměr je opět procentuálně vyjádřen a znázorněn prostřednictvím výšečového grafu.

Graf č. 2: Charakter města, ve kterém respondenti navštěvují základní školu



Třetí položka dotazníku zjišťovala, do které třídy respondenti chodí. Bylo zjištěno, že 6. třídu navštěvuje 31 respondentů, do 7. třídy chodí 47 respondentů, 8. třídu navštěvuje 42 respondentů a do 9. třídy chodí 38 respondentů. Poměr respondentů z jednotlivých tříd je procentuálně vyjádřen a znázorněn formou výšečového grafu.

Graf č. 3: Třída, do které respondenti chodí



4.5 Zpracování dat

K zpracování dat, získaných z dotazníku jsme zvolili program Microsoft Excel. V první části zpracování dat budeme hodnotit každou položku dotazníku. V dotazníku se vyskytují ordinální i nominální data. U položek, které měří nominální proměnné, uvádíme rozdělení četností (absolutní a relativní četnosti). U položek, které měří ordinální proměnné, uvádíme

kromě rozdělení četností i aritmetický průměr a medián. Relativní četnosti byly z důvodu přehlednosti zaokrouhleny na jedno desetinné číslo. Výsledky prezentujeme formou tabulek, grafů a komentářů. V další části zpracování dat budeme ověřovat stanovené hypotézy prostřednictvím vybraných statistických metod. Vzájemné vztahy vybraných proměnných budou zobrazeny formou kontingenčních tabulek, do kterých budou zaneseny absolutní i očekávané četnosti. V případě splnění podmínek bude použit Pearsonův test dobré shody chí-kvadrát, pokud nebude kvůli nízkým četnostem možné tento test aplikovat, bude použit Spearmanův korelační koeficient.

Prostřednictvím Pearsonova testu dobré shody chí-kvadrát obecně ověřujeme, zda četnosti, které jsme získali měřením v pedagogické realitě, se významným způsobem odlišují od teoretických četností, odpovídajících sestavené nulové hypotéze. Prostřednictvím vzorce

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

pak porovnáme očekávané četnosti (O; jde o četnosti, které odpovídají sestavené nulové hypotéze) v jednotlivých částech se skutečnými (pozorovanými) četnostmi (P; jde o empiricky získanou četnost, kterou je tedy třeba nutné dopočítat). Hodnota získané veličiny χ^2 je porovnána s kritickou hodnotou příslušného rozdělení chí-kvadrát na požadované hladině významnosti a odpovídajícímu počtu stupňů volnosti. Hladinou významnosti je chápána pravděpodobnost, že bude chybně zamítnuta sestavená nulová hypotéza. Testování významnosti bylo prováděno na standardní hladině významnosti 0,05, tedy 5 %. (Chráska, 2016, s. 66) Pearsonův test dobré shody chí-kvadrát nelze použít, pokud ve více než 20 % buněk kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší než 5, nebo má-li některá buňka očekávanou četnost menší než 1. (Chráska, 2016, s. 71)

5 ANALÝZA DAT

V této kapitole byla provedena analýza získaných dat. Nejprve bylo provedeno vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku a poté vyhodnocení hypotéz.

Aby byla prezentace dat přehlednější, byla rozdělena do podkapitol podle kategorie, ke které se dané položky dotazníku vztahují.

5.1 Zkušenost respondentů s osobami se zdravotním postižením

Čtvrtá položka dotazníku se respondentů ptala, zda ve svém okolí znají někoho se zdravotním postižením. Respondenti mohli zvolit mezi odpověďmi „ano“ a „ne“. Odpověď „ano“ zvolilo 125 respondentů, odpověď „ne“ zvolilo 33 respondentů. Relativní hodnoty jsou zaznamenány ve výšečovém grafu, který zároveň znázorňuje poměr jednotlivých odpovědí. Modem je v tomto případě odpověď „ano“, která byla nejčetnější.

Graf č. 4: Výskyt osob se zdravotním postižením v okolí respondentů



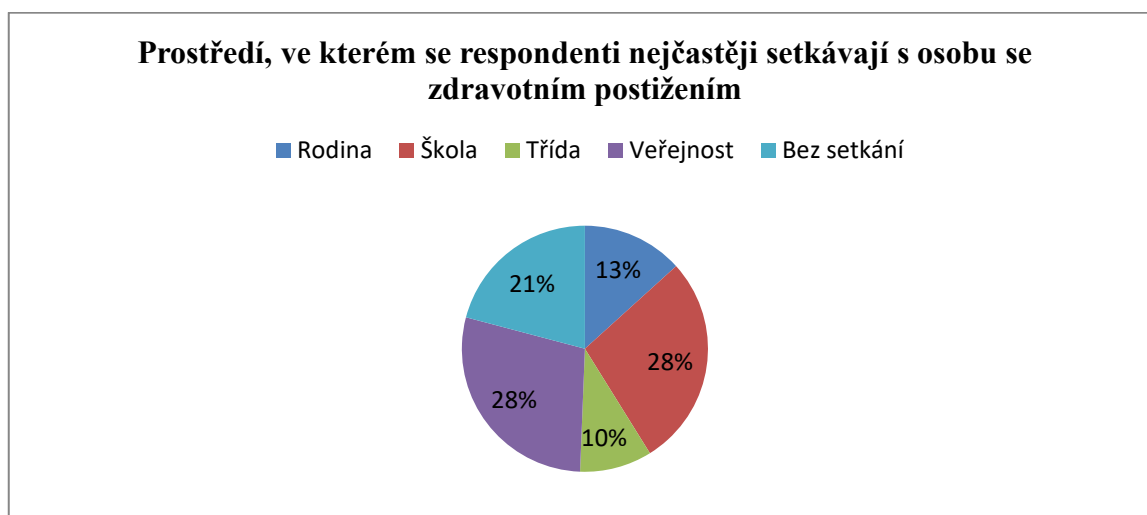
Pátá položka dotazníku se respondentů ptala, v jakém prostředí se nejčastěji setkávají s osobou se zdravotním postižením. Respondenti měli na výběr z možností „rodina“, „škola“, „třída“, „veřejnost (ulice, kino ...)“ a „bez setkání“. Četnosti jednotlivých odpovědí jsme shrnuli v následující tabulce.

Tabula č. 2: Prostředí, ve kterém respondenti nejčastěji potkávají osoby se zdravotním postižením

Typ prostředí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina	21	13,3 %
Škola	44	27,8 %
Třída	15	9,5 %
Veřejnost (ulice, kino...)	45	28,5 %
Bez setkání	33	20,9 %
Celkem	158	100,0 %

Z tabulky vyplývá, že nejčastější odpovědí (a tedy i modem) bylo, že respondenti potkávají osobu se zdravotním postižením na veřejnosti (například na ulici, v kině a podobně), Tuto odpověď zvolilo 28,5 % výzkumného souboru. Naopak nejméně četnou odpovědí byla ta, dle které se respondenti s osobou se zdravotním postižením setkávají přímo ve své třídě (mohlo jít například o spolužáka) – tuto odpověď zvolilo pouze 9,5 % respondentů. Poměry jednotlivých odpovědí jsou zaznamenány v následujícím výšečovém grafu.

Graf č. 5: Prostředí, ve kterém se respondenti nejčastěji setkávají s osobu se zdravotním postižením



Šestá položka dotazníku zjišťovala, se kterými typy zdravotního postižení se respondenti setkali. Respondenti vybírali z možností „tělesné postižení“, „mentální postižení“, „zrakové postižení“, „sluchové postižení“, „poruchy řeči“ a „se zdravotním postižením

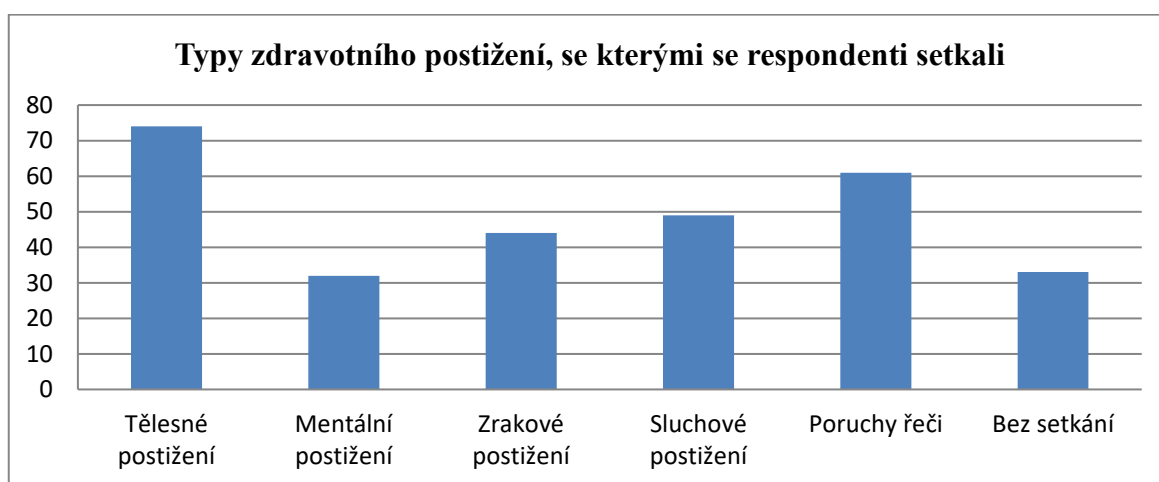
jsem se nesetkal/a“. Zvolit si mohli libovolný počet odpovědí. Získané odpovědi jsou uvedeny v tabulce níže. Relativní četnost v tabulce se vztahuje k celku respondentů (158) a ne k celkové sumě odpovědí.

Tabulka č. 3: Typy zdravotního postižení, se kterými se respondenti setkali

Typ postižení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tělesné postižení	74	46,8 %
Mentální postižení	32	20,3 %
Zrakové postižení	44	27,8 %
Sluchové postižení	49	31,0 %
Poruchy řeči	61	38,6 %
Bez setkání	33	20,9 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejčetnější odpovědí (modem) bylo, že respondenti se setkali s osobami s tělesným postižením. Tuto odpověď zvolilo 46,8 % respondentů. Naopak nejméně respondentů uvedlo, že se setkali s osobami s mentálním postižením (20,3 % respondentů). Na sloupcovém grafu níže jsou znázorněny četnosti odpovědí.

Graf č. 6: Typy zdravotního postižení, se kterými se respondenti setkali



Sedmá položka dotazníku u respondentů zjišťovala, zda mají sami některý z typů zdravotního postižení. Respondenti mohli zvolit z odpovědí „ano“, u které měli zároveň uvést, o jaké postižení jde, a „ne“. Většina respondentů (konkrétně 141) uvedla, že žádné zdravotní postižení nemá. Celkem 17 respondentů uvedlo, že některý z typů zdravotního

postížení mají. Jako své zdravotní postížení pak uváděli: poruchy řeči (4 respondenti), tělesné postížení (3 respondenti), epilepsie (1 respondent), nosím brýle – mám brýle, špatně vidím (4 respondenti), někdy mi to nemyslí (1 respondent), bolesti zad (1 respondent), smějí se mi, že někdy koktám (1 respondent), blíže neuvedli (2 respondenti).

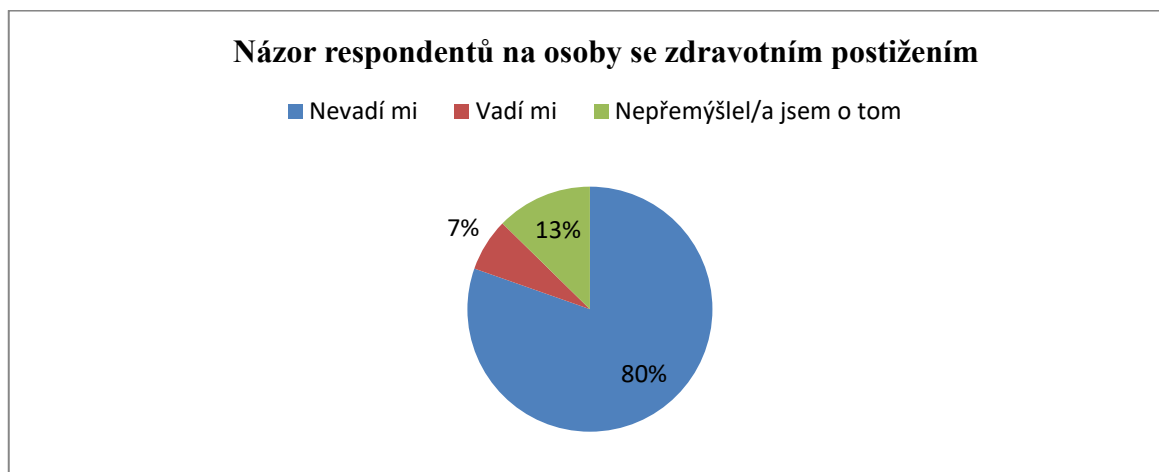
Graf č. 7: Zdravotní postížení ve výzkumném souboru



5.2 Postoj respondentů k osobám se zdravotním postižením

Osmá položka dotazníku zjišťovala, jaký mají respondenti názor na osoby se zdravotním postižením. Respondenti vybírali z možností „nevadí mi“, „vadí mi“ a „nepřemýšlel/a jsem o tom“. Většina respondentů, konkrétně 127, zvolila odpověď, podle které jim osoby se zdravotním postižením nevadí. Osoby se zdravotním postižením naopak vadí 11 respondentům. Odpověď „nepřemýšlel/a jsem o tom“ uvedlo 20 respondentů. Poměry jednotlivých odpovědí včetně procentuálního vyjádření jsou uvedeny ve výšečovém grafu.

Graf č. 8: Názor respondentů na osoby se zdravotním postižením



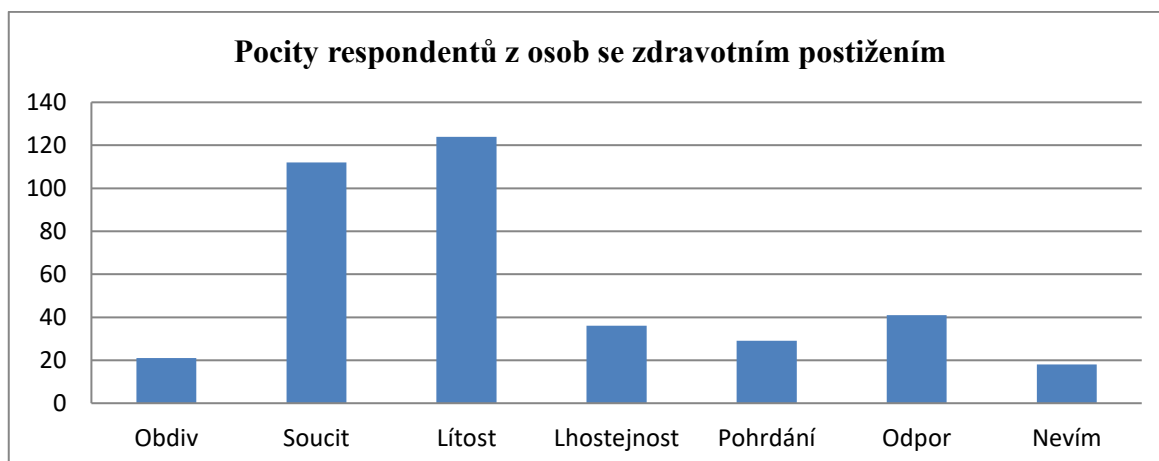
Devátá položka dotazníku se respondentů ptala, jaké pocity v nich vyvolává osoba se zdravotním postižením. Respondenti mohli zvolit z následujících emocí: obdiv, soucit, lítost, lhostejnost, pohrdání a odpor, které byly doplněny možností „nevím“. Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí na základě předpokladu, že osoba se zdravotním postižením může u dětí a mladistvých vyvolávat rozporuplné pocity. V následující tabulce jsou shrnuty četnosti jednotlivých odpovědí, přičemž relativní četnosti se opět vztahují k celkovému počtu respondentů a nikoliv k celku odpovědí.

Tabulka č. 4: Pocity respondentů z osob se zdravotním postižením

Druh pocitu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obdiv	21	13,3 %
Soucit	112	70,9 %
Lítost	124	78,5 %
Lhostejnost	36	22,8 %
Pohrdání	29	18,4 %
Odpor	41	25,9 %
Nevím	18	11,4 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejvíce respondentů zvolilo odpověď (modem), podle které cítí k osobám se zdravotním postižením lítost (78,5 %). Druhým nejsilnějším pocitem byl dle odpovědí respondentů soucit (označilo jej 70,9 % respondentů), následoval odpor (25,9 %), lhostejnost (22,8 %), pohrdání (18,4 %) a obdiv (13,3 %). Odpověď „nevím“ zvolilo nejméně respondentů, konkrétně 11,4 %. Poměr jednotlivých odpovědí je zaznamenán ve sloupcovém grafu níže.

Graf č. 9: Pocity respondentů z osob se zdravotním postižením



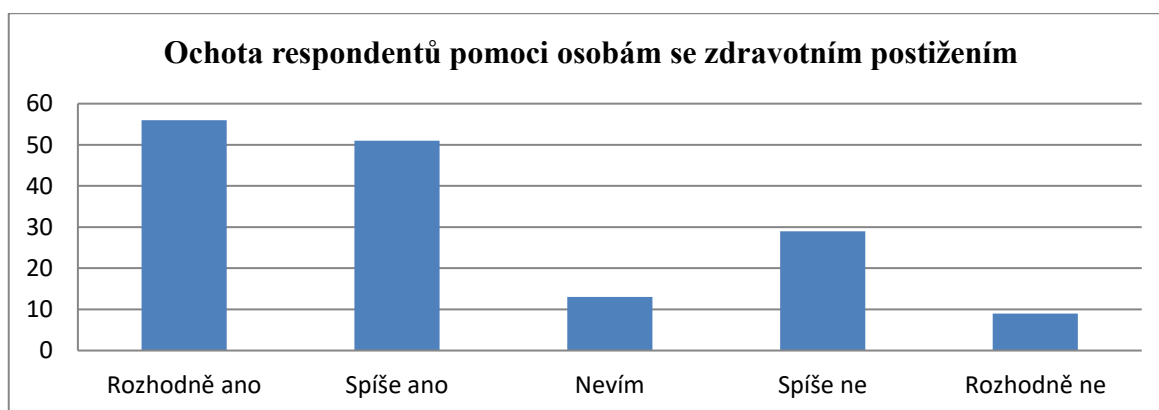
Desátá položka dotazníku zjišťovala, zda respondenti pomohou osobám se zdravotním postižením, pokud vidí, že pomoc potřebují (například při přecházení vozovky, nastupování do prostředku MHD a podobně). Odpověď byla respondentům předložena formou škály „rozhodně ano – spíše ano – spíše ne – rozhodně ne – nevím“. Zjištěné četnosti jednotlivých odpovědí jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 5: Ochota respondentů pomoci osobám se zdravotním postižením

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	56	35,4 %
Spíše ano	51	32,3 %
Nevím	13	8,2 %
Spíše ne	29	18,4 %
Rozhodně ne	9	5,7 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Největší skupina respondentů uvedla, že by osobě se zdravotním postižením rozhodně pomohla, pokud by to daná osoba potřebovala – konkrétně šlo o 35,4 % výzkumného souboru (tato odpověď byla zároveň modelem). Druhou nejčetnější odpovědí bylo „spíše ano“, tuto možnost zvolilo 32,3 % respondentů. Nejméně respondentů (5,7 %) uvedlo, že by osobě se zdravotním postižením, která by pomoc potřebovala, rozhodně nepomohlo. Jelikož odpovědi měly v tomto případě charakter Likertovy škály, mohli jsme jednotlivým odpovědím, seřazeným dle intenzity přiřadit číselné hodnoty (1 až 5) a vypočítat tak aritmetický průměr pro tuto otázku, který činil 2,27. Vypočítali jsme i medián, který má v tomto případě hodnotu 2, a směrodatnou odchylku, která má hodnotu 1,27. Níže jsou četnosti jednotlivých odpovědí znázorněny formou sloupcového grafu.

Graf č. 10: Ochota respondentů pomoci osobám se zdravotním postižením



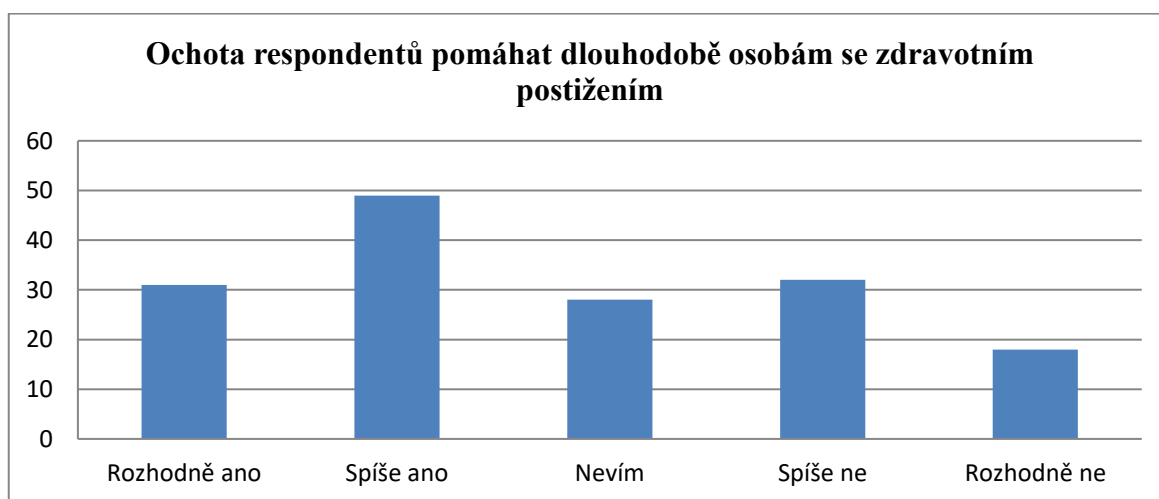
Jedenáctá položka dotazníku zjišťovala, zda by respondenti dokázali pomáhat osobě se zdravotním postižením dlouhodobě. Nabízené odpovědi měly opět formu Likertovy škály s možnostmi „rozhodně ano – spíše ano – nevím – spíše ne – rozhodně ne“. Zjištěné četnosti jednotlivých odpovědí jsou zaznamenány v tabulce níže.

Tabulka č. 6: Ochota respondentů pomáhat dlouhodobě osobám se zdravotním postižením

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	31	19,6 %
Spíše ano	49	31,0 %
Nevím	28	17,7 %
Spíše ne	32	20,3 %
Rozhodně ne	18	11,4 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

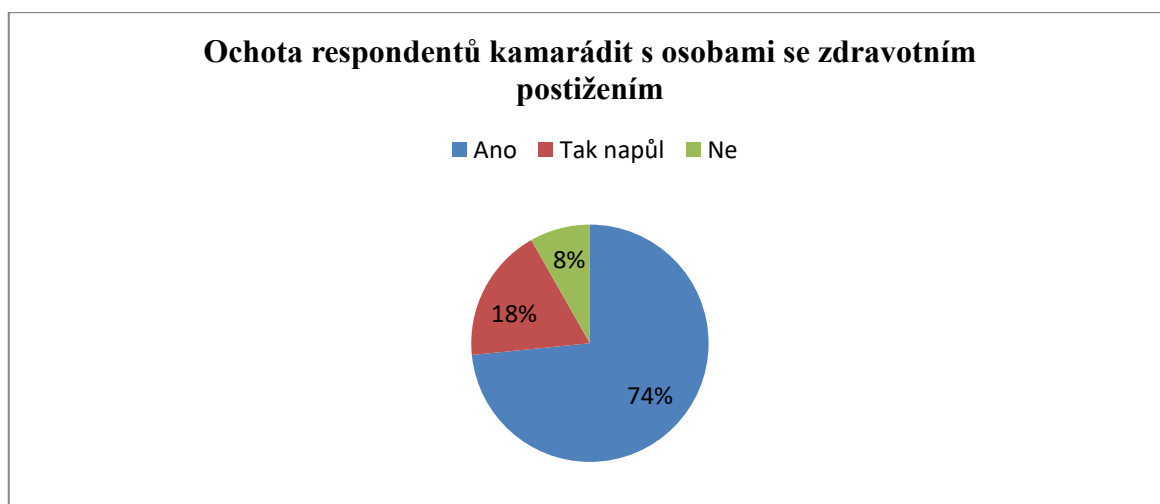
Nejčetnější odpovědí (modem) byla možnost „spíše ano“, kterou zvolilo 31 % respondentů. Druhá nejpočetnější skupina respondentů (20,3 %) odpověděla, že by spíše nebyla ochotna dlouhodobě pomáhat osobám se zdravotním postižením. Nejméně respondentů (11,4 %) odpovědělo, že by dlouhodobě osobám se zdravotním postižením rozhodně nepomáhalo. Jednotlivým možnostem jsme opět přiřadili číselné hodnoty (1 až 5) a vypočítali aritmetický průměr pro tuto otázku, který činí 2,73. Vypočítali jsme opět i medián, který má v tomto případě hodnotu 2, a směrodatnou odchylku, která má hodnotu 1,3. Níže jsou četnosti jednotlivých odpovědí znázorněny formou sloupcového grafu.

Graf č. 11: Ochota respondentů pomáhat dlouhodobě osobám se zdravotním postižením



Dvanáctá položka dotazníku se respondentů ptala, zda může být osoba se zdravotním postižením jejich kamarádem nebo kamarádkou. Respondenti si vybírali z možností „ano“, „tak napůl“ a „ne“. Nejvíce oslovených žáků druhého stupně zvolilo možnost „ano“, konkrétně šlo o 116 respondentů. Odpověď „tak napůl“ zvolilo 29 respondentů. Odpověď „ne“ vybralo 13 respondentů. Tento poměr je níže znázorněn ve výsečovém grafu.

Graf č. 12: Ochota respondentů kamarádit o osobami se zdravotním postižením



5.3 Postoj respondentů ke společnému vzdělávání s osobami se zdravotním postižením

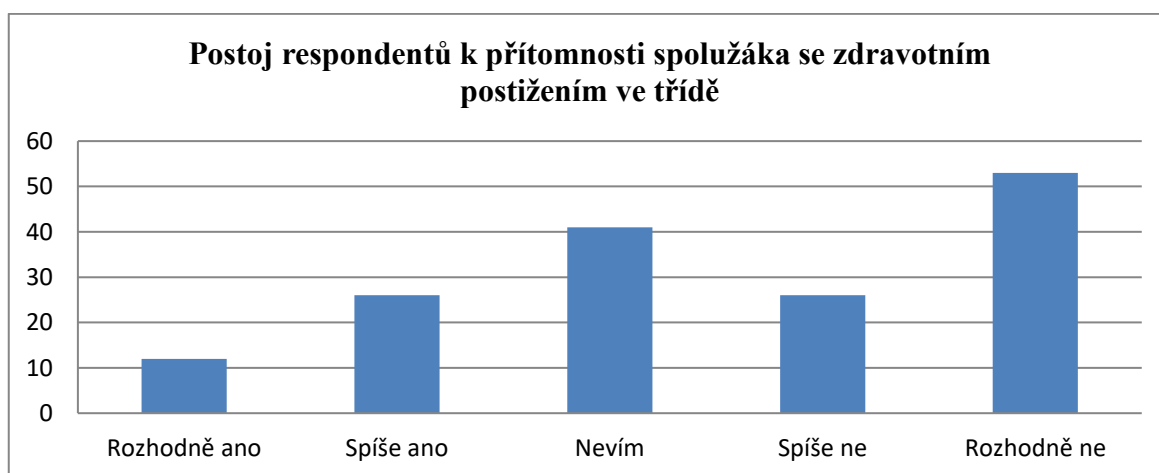
Třináctá položka dotazníku se respondentů tázala, zda by jim vadilo, kdyby byl v jejich třídě přítomen spolužák se zdravotním postižením. Oslovení žáci druhého stupně základní školy mohli odpovídat prostřednictvím Likertovy škály „rozhodně ano – spíše ano – nevím – spíše ne – rozhodně ne“. Získané četnosti jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 7: Postoj respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	12	7,6 %
Spíše ano	26	16,5 %
Nevím	41	25,9 %
Spíše ne	26	16,5 %
Rozhodně ne	53	33,5 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Největší skupina respondentů uvedla, že by jí rozhodně nevadilo, kdyby měla ve třídě spolužáka se zdravotním postižením (33,5 %), druhou nejčtenější odpovědí bylo „nevím“, kterou zvolilo 25,9 % respondentů. Naopak nejméně respondentů zvolilo možnost, podle které by jim společné vzdělávání se zdravotně postiženým spolužákem rozhodně vadilo (7,6 %). Jednotlivým možnostem jsme opět přiřadili číselné hodnoty (1 až 5) a vypočítali aritmetický průměr pro tuto otázku, který činil 3,52. Vypočítali jsme opět i medián, který má v tomto případě hodnotu 3,5, a směrodatnou odchylku, která má hodnotu 1,31. Níže jsou četnosti jednotlivých odpovědí znázorněny formou sloupcového grafu.

Graf č. 13: Postoj respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě



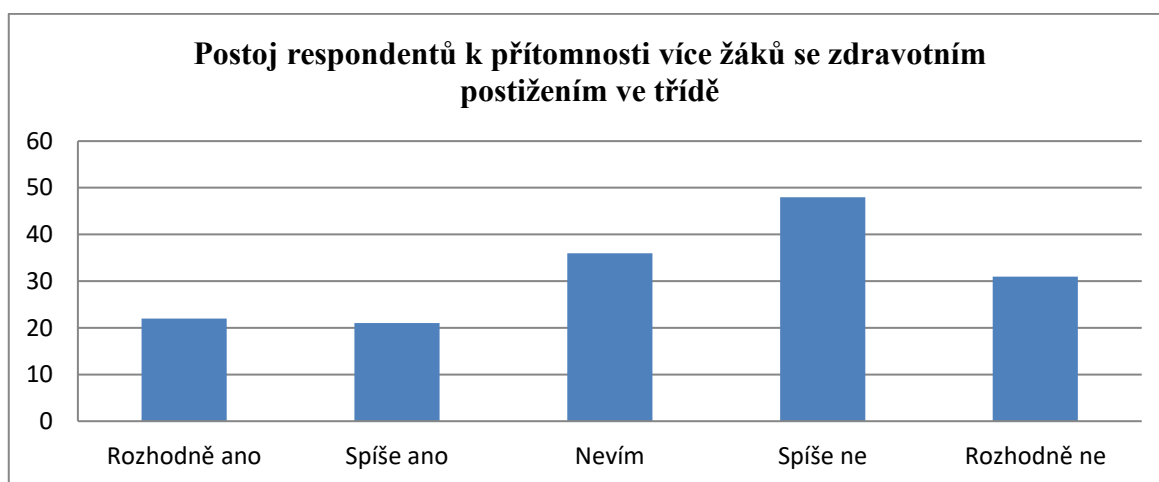
Čtrnáctá položka dotazníku zjišťovala, zda by respondentům vadilo mít ve třídě více spolužáků se zdravotním postižením. Respondenti mohli odpovídat stejně jako u předcházející otázky prostřednictvím Likertovy škály „rozhodně ano – spíše ano – nevím – spíše ne – rozhodně ne“. Četnosti jednotlivých odpovědí jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka č. 8: Postoj respondentů k přítomnosti více žáků se zdravotním postižením ve třídě

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	22	13,9 %
Spíše ano	21	13,3 %
Nevím	36	22,8 %
Spíše ne	48	30,4 %
Rozhodně ne	31	19,6 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejvíce respondentů uvedlo, že by jim přítomnost více spolužáků se zdravotním postižením ve třídě spíše nevadila (30,4 %). Dalších 22,8 % respondentů označilo možnost „nevím“. Naopak nejméně respondentů konstatovalo, že by jim přítomnost více spolužáků se zdravotním postižením ve třídě spíše vadila (13,3 %). Jednotlivým možnostem jsme stejně jako v předcházejících případech přiřadili číselné hodnoty (1 až 5) a vypočítali aritmetický průměr pro tuto otázku, který činil 3,28. Vypočítali jsme opět i medián, který má v tomto případě hodnotu 3,5, a směrodatnou odchylku, která má hodnotu 1,30. Níže jsou četnosti jednotlivých odpovědí znázorněny formou sloupcového grafu.

Graf č. 14: Postoj respondentů k přítomnosti více žáků se zdravotním postižením ve třídě



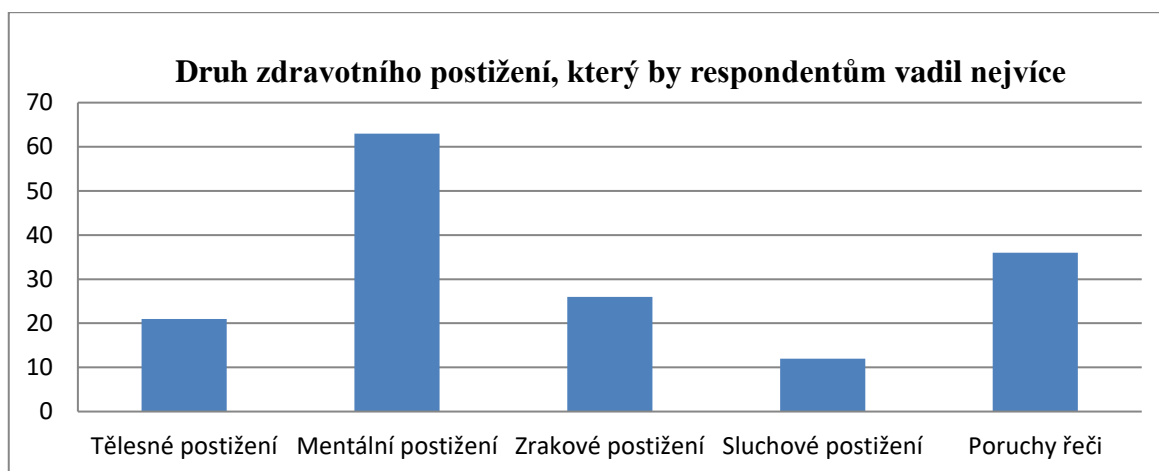
Patnáctá položka dotazníku se respondentů tázala, jaký druh zdravotního postižení by jim u spolužáka vadil nejvíce. Respondenti mohli v tomto případě zvolit pouze jednu z nabízených možností, které byly „tělesné postižení“, „mentální postižení“, „zrakové postižení“, „sluchové postižení“ a „poruchy řeči“. Získané četnosti jsou shrnuty v tabulce níže.

Tabulka č. 9: Druh zdravotního postižení, který by respondentům vadil nejvíce

Druh zdravotního postižení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tělesné postižení	21	13,3 %
Mentální postižení	63	39,9 %
Zrakové postižení	26	16,5 %
Sluchové postižení	12	7,6 %
Poruchy řeči	36	22,8 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Největší skupina respondentů konstatovala, že by jí u spolužáka se zdravotním postižením nejvíce vadilo mentální postižení (39,9 %). Druhou nejčetnější kategorií byly poruchy řeči (22,8 %). Naopak nejméně respondentů uvedlo, že by jim vadilo nejvíce sluchové postižení (7,6 %). Četnosti jednotlivých odpovědí jsou znázorněny formou sloupcového grafu.

Graf č. 15: Druh zdravotního postižení, který by respondentům vadil nejvíce



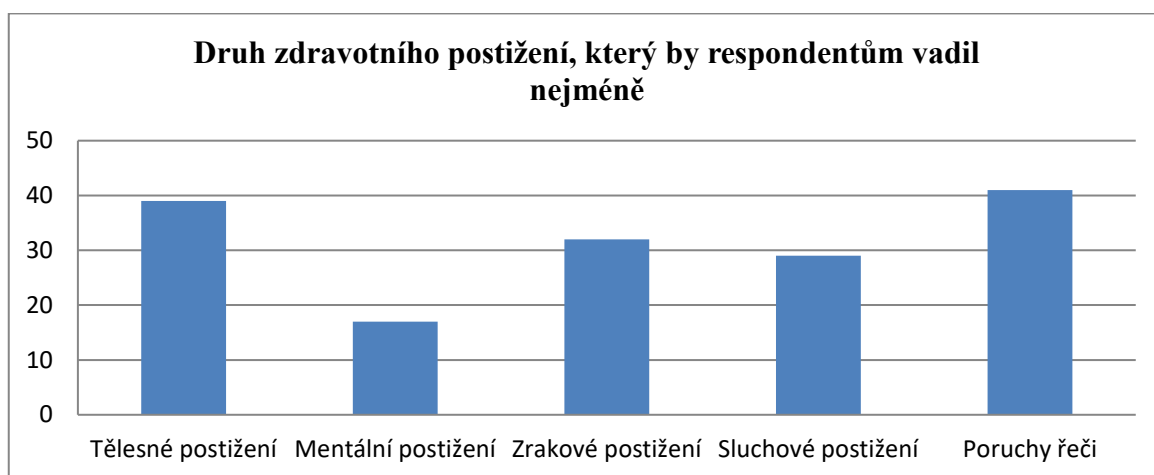
Šestnáctá položka dotazníku se naopak ptala, který druh zdravotního postižení by respondentům u spolužáka vadil nejméně. Na výběr byly stejné možnosti jako v předcházející otázce, tedy „tělesné postižení“, „mentální postižení“, „zrakové postižení“, „sluchové postižení“ a „poruchy řeči“. Četnosti, které byly dotazníkem získány, jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 10: Druh zdravotního postižení, který by respondentům vadil nejméně

Druh zdravotního postižení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tělesné postižení	39	24,7 %
Mentální postižení	17	10,8 %
Zrakové postižení	32	20,3 %
Sluchové postižení	29	18,4 %
Poruchy řeči	41	25,9 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Celkem 25,9 % respondentů uvedlo, že nejméně by jim vadil spolužák se zdravotním postižením ve formě poruchy řeči (tato odpověď je tedy modus). Druhou nejčetnější skupinou byli respondenti, kterým by nejméně vadil spolužák s tělesným postižením (24,7 %). Naopak nejméně respondentů zvolilo odpověď, podle které by jim ze všeho nejméně vadil spolužák s mentálním postižením (10,8 %). Na následujícím grafu je poměr odpovědí zaznamenán formou sloupcového grafu.

Graf č. 16: Druh zdravotního postižení, který by respondentům vadil nejméně



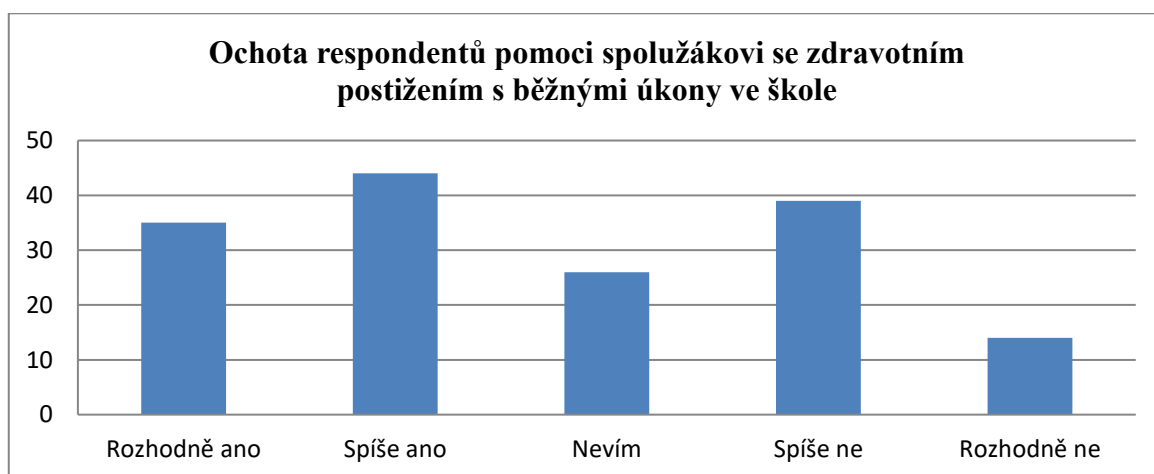
Sedmnáctá položka dotazníku se respondentů tázala, zda by pomáhali spolužákovi se zdravotním postižením s běžnými úkony ve škole. Respondenti mohli odpovědět prostřednictvím Likertovy škály s možnostmi „rozhodně ano – spíše ano – nevím – spíše ne – rozhodně ne“. V tabulce níže jsou u jednotlivých odpovědí uvedeny četnosti.

Tabulka č. 11: Ochota respondentů pomoci spolužákovi se zdravotním postižením s běžnými úkony ve škole

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	35	22,2 %
Spíše ano	44	27,8 %
Nevím	26	16,5 %
Spíše ne	39	24,7 %
Rozhodně ne	14	8,9 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejvíce respondentů uvedlo, že by spolužákovi se zdravotním postižením s běžnými úkony ve škole spíše pomohlo (27,8 %), šlo tedy o modus. Druhá nejpočetnější skupina respondentů uvedla, že by spolužákovi se zdravotním postižením spíše nepomohla (24,7 %). Nejméně respondentů označilo možnost, podle které by spolužákovi se zdravotním postižením v uvedených situacích rozhodně nepomohlo (8,9 %). Jednotlivým možnostem jsme přiřadili číselné hodnoty (1 až 5) a vypočítali aritmetický průměr pro tuto otázku, který činil 2,7. Vypočítali jsme opět i medián, který má v tomto případě hodnotu 2,5, a směrodatnou odchylku, která má hodnotu 1,30. Četnosti jednotlivých odpovědí jsou znázorněny formou sloupcového grafu.

Graf č. 18: Ochota respondentů pomoci spolužákovi se zdravotním postižením s běžnými úkony ve škole



5.4 Názor respondentů na přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením

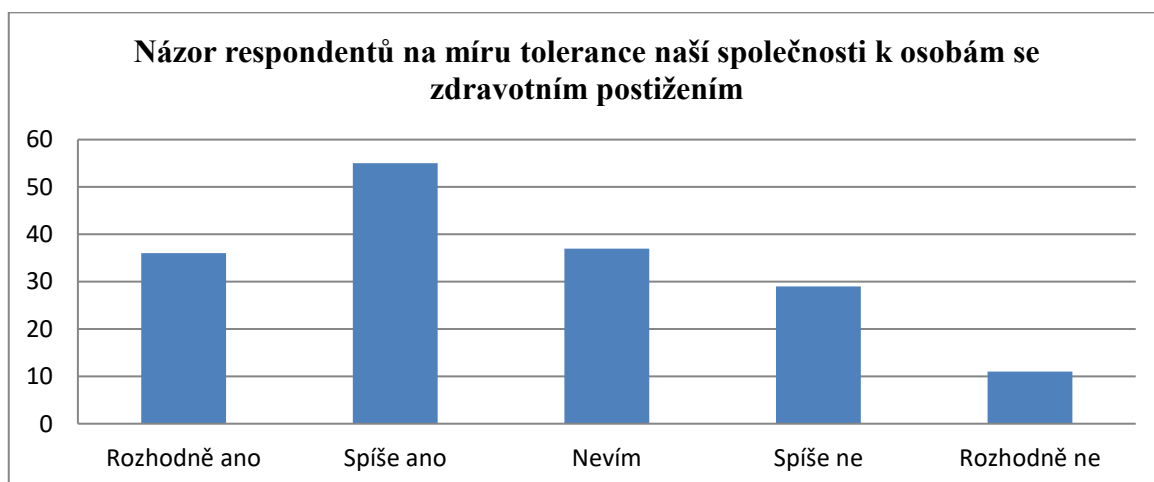
Osmnáctá položka dotazníku zjišťovala, jaký mají respondenti názor na míru tolerance naší společnosti k osobám se zdravotním postižením. Respondenti odpovídali prostřednictvím Likertovy škály, přičemž mohli zvolit z odpovědí „rozhodně ano – spíše ano – nevím – spíše ne – rozhodně ne“. Zjištěné četnosti jednotlivých odpovědí jsou zaznamenány v následující tabulce.

Tabulka č. 12: Názor respondentů na míru tolerance naší společnosti k osobám se zdravotním postižením

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	26	16,5 %
Spíše ano	55	34,8 %
Nevím	37	23,4 %
Spíše ne	29	18,4 %
Rozhodně ne	11	7,0 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Největší skupina respondentů uvedla, že si myslí, že naše společnost je k osobám se zdravotním postižením spíše tolerantní (34,8 %). Druhá nejpočetnější skupina respondentů (23,4 %) uvedla, že neví, zda je naše společnost k osobám se zdravotním postižením tolerantní. Nejméně respondentů označilo možnost, podle které si myslí, že naše společnost k osobám se zdravotním postižením rozhodně tolerantní není (7,0 %). Jednotlivým možnostem jsme stejně jako v případě předcházející otázky přiřadili číselné hodnoty (1 až 5) a vypočítali aritmetický průměr pro tuto otázku, který činil 2,65. Vypočítali jsme i medián, který má v tomto případě hodnotu 2, a směrodatnou odchylku, která má hodnotu 1,16. Četnosti jednotlivých odpovědí jsou znázorněny formou sloupcového grafu níže.

Graf č. 19: Názor respondentů na míru tolerance naší společnosti k osobám se zdravotním postižením



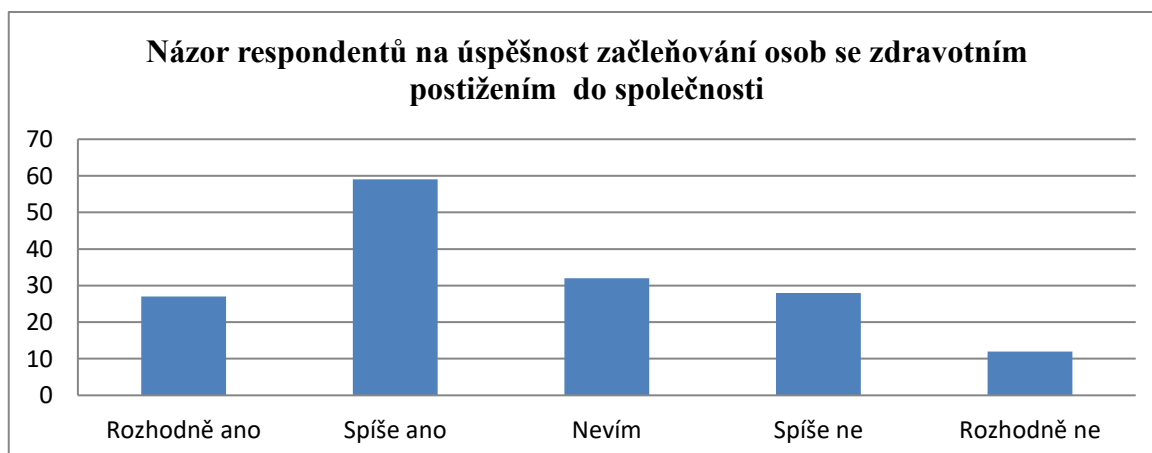
Devatenáctá položka u respondentů zjišťovala, zda jsou podle jejich názoru osoby se zdravotním postižením úspěšně začleňovány do společnosti. Respondenti měli opět na výběr z možností dle Likertovy škály „rozhodně ano – spíše ano – nevím – spíše ne – rozhodně ne“. Zjištěné četnosti u jednotlivých odpovědí jsou shrnuty v následující tabulce.

Tabulka č. 13: Názor respondentů na úspěšnost začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	27	17,1 %
Spíše ano	59	37,3 %
Nevím	32	20,3 %
Spíše ne	28	17,7 %
Rozhodně ne	12	7,6 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejvíce respondentů zvolilo odpověď, podle které si myslí, že osoby se zdravotním postižením se spíše daří začleňovat do většinové společnosti (37,3 %). Druhou nejčetnější odpovědí bylo „nevím“, kterou zvolilo 20,3 % respondentů. Naopak nejméně respondentů zvolilo možnost, podle které si rozhodně nemyslí, že by se osoby se zdravotním postižením dařilo začleňovat do většinové společnosti (7,6 %). Jednotlivým možnostem jsme i v tomto případě přiřadili číselné hodnoty (1 až 5) a vypočítali aritmetický průměr pro tuto otázku, který je 2,61. Vypočítali jsme i medián, který má v tomto případě hodnotu 2, a směrodatnou odchylku, která má hodnotu 1,18. Četnosti jednotlivých odpovědí jsou znázorněny formou sloupcového grafu níže.

Graf č. 20: Názor respondentů na úspěšnost začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti



5.5 Informovanost respondentů ohledně zdravotního postižení

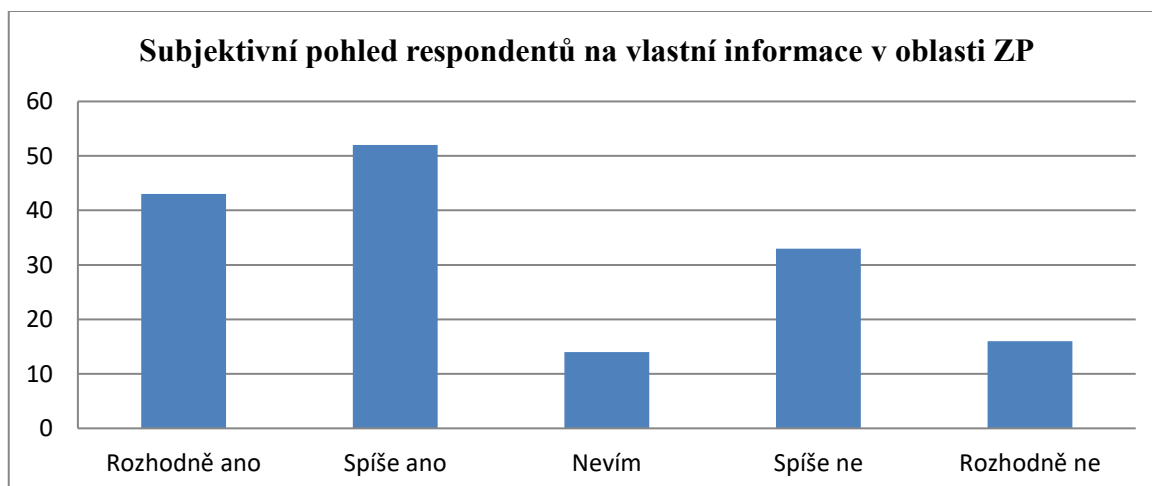
Dvacátá položka dotazníku se ptala, zda si respondenti myslí, že mají dostatečné informace v oblasti zdravotního postižení. Rovněž odpovědi na tuto otázku byly sestaveny formou Likertovy škály s možnostmi „rozhodně ano – spíše ano – nevím – spíše ne – rozhodně ne“. Získané četnosti jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 14: Subjektivní pohled respondentů na vlastní informovanost v oblasti ZP

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	43	27,2 %
Spíše ano	52	32,9 %
Nevím	14	8,9 %
Spíše ne	33	20,9 %
Rozhodně ne	16	10,1 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejvíce respondentů uvedlo, že si myslí, že jsou v oblasti zdravotního postižení informováni spíše dobře (32,9 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti, kteří se cítí být informováni rozhodně dobře (27,2 %). Naopak nejméně respondentů nedokázalo posoudit svou míru informovanosti (8,9 %). Jednotlivým možnostem Likertovy škály jsme znovu přiřadili číselné údaje (1 až 5) a vypočítali aritmetický průměr pro tuto otázku, který je 2,54. Vypočítali jsme opět i medián, který má v tomto případě hodnotu 2, a směrodatnou odchylku, která má hodnotu 1,35. Četnosti jednotlivých odpovědí jsou znázorněny formou sloupcového grafu.

Graf č. 21: Subjektivní pohled respondentů na vlastní informovanost v oblasti ZP



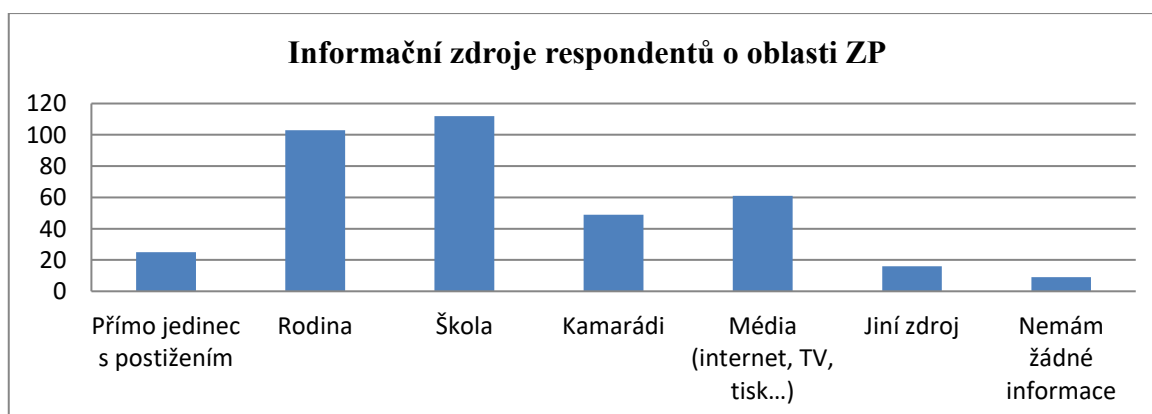
Položka číslo dvacet jedna v dotazníku zjišťovala, odkud respondenti získali informace, které se týkají tématu zdravotního postižení. Respondenti měli na výběr z možností „přímo od jedince s postižením“, „z rodiny“, „ze školy“, „od kamarádů“, „z médií (internet, televize, rozhlas, časopisy)“, „odjinud“ (zde mohli respondenti doplnit vlastní zdroje) a „nemám žádné informace“. Respondenti mohli zvolit více možností. Z tohoto důvodu se relativní počet v tabulce vztahuje k celku respondentů (158) a ne k celkové sumě odpovědí.

Tabulka č. 15: Informační zdroje respondentů k tématu zdravotního postižení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přímo jedinec s postižením	25	15,8 %
Rodina	103	65,2 %
Škola	112	70,9 %
Kamarádi	49	31,0 %
Média (internet, TV, tisk,...)	61	38,6 %
Jiný zdroj	16	10,1 %
Nemám žádné informace	9	5,7 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejvíce respondentů uvedlo, že jejich informačním zdrojem je škola (70,9 %), následovala rodina (65,2 %) a média (38,6 %). Nejméně respondentů uvedlo, že o zdravotním postižení nemají žádné informace (5,7 %). Celkem 10,1 % respondentů uvedlo, že mají jiný zdroj informací - v této souvislosti respondenti uváděli knihy (dotyční respondenti pravděpodobně nevěděli, zda mají zařadit knihy do kategorie „média“) a jiné skupiny osob kromě nabízených (například psycholog, lékař, ošetřovatel osob se zdravotním postižením). V grafu níže jsou jednotlivé poměry zaznamenány formou sloupcového grafu.

Graf č. 22: Informační zdroje respondentů k tématu zdravotního postižení



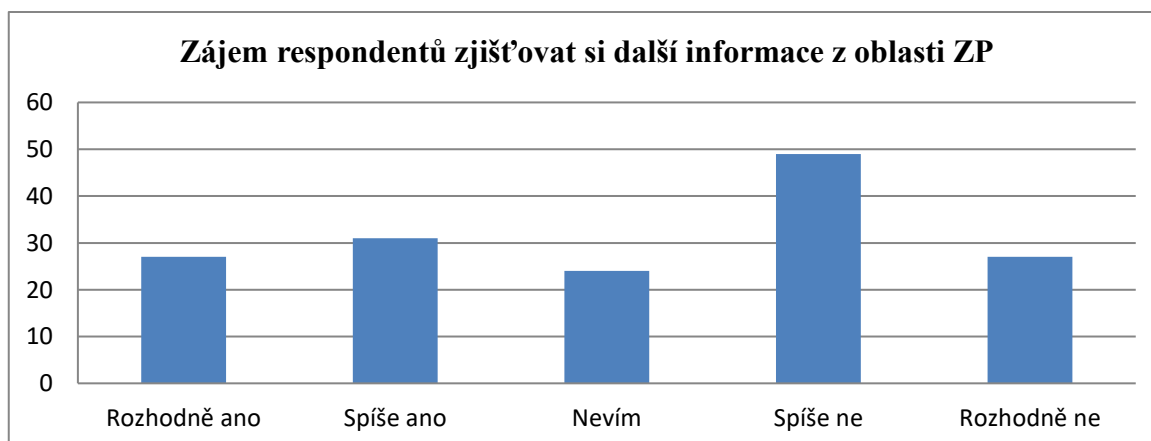
Dvacátá druhá položka dotazníku se respondentů ptala, zda mají zájem získávat další informace týkající se tématu zdravotního postižení. Respondenti měli opět odpovídat formou Likertovy škály v podobě „rozhodně ano – spíše ano – nevím – spíše ne – rozhodně ne“. Zjištěné četnosti jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka č. 16: Zájem respondentů zjišťovat si další informace k tématu zdravotního postižení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	27	17,1 %
Spíše ano	31	19,6 %
Nevím	24	15,2 %
Spíše ne	49	31,0 %
Rozhodně ne	27	17,1 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejpočetnější skupina respondentů uvedla, že spíše nemá zájem zjišťovat si další informace k tématu zdravotního postižení (31 %). Druhá nejpočetnější skupina konstatovala, že spíše má zájem o tyto informace (19,6 %). Nejméně respondentů pak uvedlo, že si nejsou jisti, zda mají o takové informace zájem (15,2 %). Shodnou velikost měly skupiny respondentů, které odpověděly, že rozhodně mají a rozhodně nemají zájem o zjišťování dalších informací ohledně zdravotního postižení (17,1 %). Vzhledem k tomu, že odpovědi měly charakter Likertovy škály, mohli jsme dopočítat medián, který má hodnotu 3, aritmetický průměr, jenž činí 3,11, a směrodatnou odchylku, které byla dopočítána hodnota 1,36. Ve sloupcovém grafu níže jsou znázorněny četnosti jednotlivých odpovědí.

Graf č. 23: Zájem respondentů zjišťovat si další informace k tématu zdravotního postižení



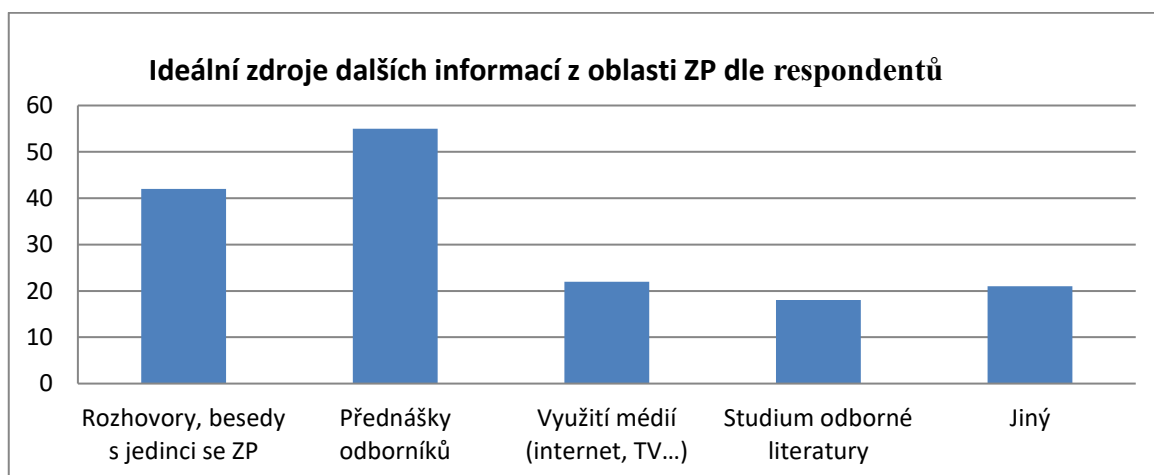
Poslední, dvacátá třetí položka dotazníku se respondentů ptala, jaký způsob pro získávání dalších informací ohledně zdravotního postižení považují subjektivně za nejvhodnější. Respondenti měli na výběr z odpovědí „rozhovory, besedy s jedinci se zdravotním postižením“, „přednášky odborníků“, „využití médií (internet, televize, rozhlas, časopisy, film)“, „studium odborné literatury“ a „jiný“, kde mohli uvést vlastní odpověď. Zjištěné četnosti jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 17: Ideální zdroje dalších informací ohledně zdravotního postižení dle respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhovory, besedy s jedinci se ZP	42	26,6 %
Přednášky odborníků	55	34,8 %
Využití médií (internet, TV...)	22	13,9 %
Studium odborné literatury	18	11,4 %
Jiný	21	13,3 %
Celkem respondentů	158	100,0 %

Nejvíce respondentů uvedlo, že jako nejvhodnější způsob získávání dalších znalostí ohledně zdravotního postižení vidí přednášky odborníků (34,8 %) a dále rozhovory či besedy s jedinci, kteří mají sami nějaké zdravotní postižení (26,6 %). Naopak nejmenší počet respondentů uvedl, že jako ideální se mu jeví studium odborné literatury (11,4 %). Respondenti, kteří uvedli, že by uvítali jiný zdroj informací (13,3 %), nejčastěji uváděli pedagogy ze školy a rodinu. Ve sloupcovém grafu níže jsou znázorněny zjištěné četnosti.

Graf č. 24: Ideální zdroje dalších informací ohledně zdravotního postižení dle respondentů



5.6 Ověřování hypotéz

V následující kapitole se budeme věnovat statistickému ověřování stanovených hypotéz prostřednictvím vybraných statistických testů.

Hypotéza 1

První hypotéza ověřuje korelaci mezi proměnnými „názor respondentů na osoby se zdravotním postižením“ (položka 8) a „pohlaví“ (položka 1).

Stanovili jsme nulovou a alternativní hypotézu:

H_{10} : Mezi názorem na osoby se zdravotním postižením a pohlavím respondentů neexistuje statisticky signifikantní rozdíl.

H_{1A} : Mezi názorem na osoby se zdravotním postižením a pohlavím respondentů existuje statisticky signifikantní rozdíl.

Abychom mohli provést statistický výpočet, sestavili jsme kontingenční tabulku, která prezentuje vzájemné vztahy mezi testovanými proměnnými. Do statistické analýzy jsme nezahrnovali kategorii „nepřemýšlel/a jsem o tom“, která nezastupuje žádný názor respondentů (a která sloužila jako prevence proti zkreslení výsledků „tipováním“).

Tabulka č. 18: Kontingenční tabulka – názor respondentů na osoby se zdravotním postižením a jejich pohlaví

Pohlaví	Názor respondentů na osoby se zdravotním postižením				Σ
	Vadí mi		Nevadí mi		
	Absolutní četnost	Očekávaná četnost	Absolutní četnost	Očekávaná četnost	
Dívka	6	5,9	68	68,1	74
Chlapec	5	5,1	59	58,9	64
Σ	11		127		138

Poté, co jsme do kontingenční tabulky dosadili absolutní i očekávané četnosti zjištěné dotazníkem, mohli jsme zjistit, že je možné použít Pearsonův test dobré shody chí-kvadrát. Po dosazení hodnot do vzorce vyšlo testované kritérium $\chi^2 = 0,004$, které je nižší než kritická hodnota (3,841) pro daný počet stupňů volnosti (1). Na tomto základě můžeme konstatovat, že odmítáme alternativní hypotézu, podle které existuje signifikantní statistická souvislost mezi pohlavím respondentů a jejich názorem na osoby se zdravotním

postížením. Naopak přijímáme nulovou hypotézu, podle které mezi těmito proměnnými neexistuje statistický signifikantní rozdíl.

Hypotéza 2

Druhá stanovená hypotéza se orientovala na zjištění korelace mezi proměnnými „postoj respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě“ (položka 13) a „lokalita školy, kterou respondenti navštěvují“ (položka 2).

Stanovili jsme nulovou a alternativní hypotézu:

H₂₀: Mezi postojem respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě a lokalitou školy, kterou navštěvují, neexistuje statisticky signifikantní rozdíl.

H_{2A}: Mezi postojem respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě a lokalitou školy, kterou navštěvují, existuje statisticky signifikantní rozdíl.

V následující kontingenční tabulce jsou znázorněny vztahy mezi ověřovanými proměnnými. Opět jsme vyloučili neutrální položku (podle které respondenti nevědí, jaký mají postoj k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě), jejíž nepřítomnost v dotazníku by však mohla vést ke zkreslování dat.

Tabula č. 19: Kontingenční tabulka – postoj respondentů k přítomnosti osoby se zdravotním postižením ve třídě a lokalita školy, kterou navštěvují

Odpověď	Lokalita školy				Σ
	V krajském městě		V menším městě		
	Absolutní četnost	Očekávaná četnost	Absolutní četnost	Očekávaná četnost	
Rozhodně ano	7	5,44	5	6,56	12
Spíše ano	18	11,78	8	14,22	26
Spíše ne	12	11,78	14	14,22	26
Rozhodně ne	16	24,01	37	28,99	53
Σ	53		64		117

Poté, co jsme do kontingenční tabulky dosadili absolutní i očekávané četnosti zjištěné dotazníkem, mohli jsme zjistit, že je opět možné použít Pearsonův test dobré shody chí-kvadrát. Po výpočtu jsme zjistili, že testové kritérium má hodnotu $\chi^2 = 11,716$. Jelikož hodnota testového kritéria je vyšší než kritická hodnota pro daný počet stupňů volnosti (3), nalezená ve statistických tabulkách (7,815), můžeme zamítnout nulovou hypotézu, která

předpovídá nezávislost jednotlivých znaků, a naopak přijmout hypotézu alternativní, která nám říká, že existuje určitá závislost mezi postojem respondentů k přítomnosti osoby se zdravotním postižením ve třídě a tím, zda navštěvují školu v menším či krajském městě.

Hypotéza 3

Třetí stanovená hypotéza zkoumala korelaci mezi proměnnými „názor respondentů na postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením“ (položka 18) a „přítomnost osoby se zdravotním postižením v okolí respondentů“ (položka 4).

Stanovili jsme nulovou a alternativní hypotézu:

H₃₀: Mezi názorem respondentů na postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením a přítomností osoby se zdravotním postižením v jejich okolí neexistuje statisticky signifikantní rozdíl.

H_{3A}: Mezi názorem respondentů na postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením a přítomností osoby se zdravotním postižením v jejich okolí existuje statisticky signifikantní rozdíl.

Opět jsme sestavili kontingenční tabulku, kam jsme zanesli zjištěné četnosti u jednotlivých kategorií. Stejně jako v předcházejících případech jsme vyloučili možnost, podle které respondenti nemají na otázku jasný názor, a to právě proto, že tato možnost žádný konkrétní postoj respondentů nevyjadřovala.

Tabulka č. 20: Kontingenční tabulka – názor respondentů na postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením a přítomnost osoby se zdravotním postižením v jejich okolí

Odpověď	Přítomnost osoby se zdravotním postižením v okolí				Σ
	Ano		Ne		
	Absolutní četnost	Očekávaná četnost	Absolutní četnost	Očekávaná četnost	
Rozhodně ano	20	18,48	6	7,52	26
Spíše ano	47	39,09	8	15,91	55
Spíše ne	14	20,61	15	8,39	29
Rozhodně ne	5	7,82	6	3,18	11
Σ	86		35		121

Poté, co jsme dosadili absolutní i očekávané hodnoty do kontingenční tabulky, zjistili jsme, že byly splněny všechny předpoklady pro použití Pearsonova testu chí-kvadrát. Po

vypočtení statistického testu jsme získali hodnotu $\chi^2 = 16,811$, která je větší než kritická hodnota pro daný počet stupňů volnosti (3) na dané hladině významnosti (7,815). Na základě toho jsme mohli zamítnout nulovou hypotézu, předpokládající nezávislost testovaných znaků, a naopak přijmout alternativní hypotézu, která konstatuje, že závislost mezi sledovanými proměnnými existuje. Můžeme tedy říci, že mezi názorem respondentů na postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením a přítomností osoby se zdravotním postižením v jejich okolí existuje statisticky signifikantní souvislost.

6 INTERPRETACE DAT

V úvodu praktické části diplomové práce byl stanoven výzkumný problém, výzkumný cíl, hlavní výzkumná otázka, pět dílčích výzkumných otázek a tři hypotézy. V kvantitativním výzkumném šetření byla použita technika dotazníku. Výzkumného šetření se zúčastnili žáci druhé stupně dvou běžných základních škol z kraje Vysočina. Z celkového počtu 158 respondentů bylo 52 % dívek a 48 % chlapců. Základní školu v krajském městě navštěvovalo 39 % respondentů a základní školu v malém městě 61 % respondentů. Zastoupení respondentů podle jednotlivých tříd bylo následující – z 6. tříd 20 %, ze 7. tříd 30 %, z 8. tříd 26 % a z 9. tříd 24 %.

První dílčí výzkumná otázka se ptala: „**Jakou mají respondenti zkušenost s osobami se zdravotním postižením?**“. Zjistili jsme, že 79 % výzkumného souboru má ve svém okolí osobu se zdravotním postižením, přičemž 13,3 % respondentů má osobu se zdravotním postižením přímo ve své rodině, 27,8 % respondentů se s takovou osobou setkává v rámci školy, 28,5 % oslovených žáků druhého stupně základní školy se s jedinci se zdravotním postižením setkává na veřejnosti (například na ulici, v kině a podobně) a nakonec 9,5 % respondentů má spolužáka se zdravotním postižením.

Dále jsme zjišťovali, jaký typ zdravotního postižení mají osoby, se kterými se respondenti setkali. V 46,8 % případů jde o osobu s tělesným postižením, dalších 20,3 % případů tvoří přítomnost osoby s mentálním postižením, ve 27,8 % případů jde o zrakové postižení, v 31 % o sluchové postižení a nakonec v 38,6 % o poruchy řeči. Rovněž jsme v souvislosti se zkušeností respondentů s osobami se zdravotním postižením zjišťovali, zda mají sami oslovení žáci takové postižení. Kladnou odpověď jsme zaznamenali u 11 % respondentů, přičemž se objevilo několik odpovědí, které vedou k zamyšlení, jestli respondenti přesně vědí, kdy se jedná o zdravotní postižení a kdy například někdo jenom špatně vidí.

Z uvedeného vyplývá, že téměř všichni respondenti mají zkušenost s osobami se zdravotním postižením. Setkávají se s nimi především ve veřejném prostoru a ve škole. Nejčastěji se setkávají s osobami s tělesným postižením a poruchami řeči. Zřejmě ne všichni respondenti jsou dobře informováni o tom, co znamená zdravotní postižení.

Ve druhé dílčí výzkumné otázce jsme zjišťovali: „**Jaký postoj zaujímají respondenti k osobám se zdravotním postižením?**“. Zjistili jsme, že 80,4 % respondentů osoby se zdravotním postižením nevadí, naopak 7 % respondentů uvedlo, že jim osoby se zdravotním postižením vadí. Celkem 12,7 % respondentů si svou odpověď nebylo jisto,

nebo o odpovědi dosud hlouběji neuvažovalo. Statistickým testem jsme zjistili, že mezi názorem na osoby se zdravotním postižením a pohlavím respondentů neexistuje významná statistická souvislost. Dívky i chlapci odpovídali na tuto otázku stejně.

Dále jsme zkoumali, jaké pocity v respondentech osoby se zdravotním postižením vyvolávají. Odpovědi si můžeme rozdělit na ty, které vyjadřují spíše kladné a spíše záporné pocity vůči osobám se zdravotním postižením. Spíše kladný pocit vůči osobám se zdravotním postižením vyjadřuje obdiv (13,3 % respondentů), soucit (70,9 % respondentů) a lítost (78,5 % respondentů), naopak spíše záporný pocit vůči osobám se zdravotním postižením vyjadřuje lhostejnost (22,8 % respondentů), pohrdání (18,4 % respondentů) a odpor (25,9 % respondentů). Dalších 11,4 % respondentů se vztahuje k možnosti, že respondenti své pocity nedokáží pojmenovat, popřípadě, že o této záležitosti dosud nepřemýšleli. Celkem 74 % respondentů uvedlo, že by jedinec se zdravotním postižením mohl být jejich kamarád, podle 8 % respondentů by takový jedinec se zdravotním postižením mohl být jejich kamarádem „tak napůl“.

Zjišťovali jsme i to, zda jsou respondenti ochotni pomoci osobám se zdravotním postižením, pokud to tyto osoby právě potřebují, a dále zda jsou respondenti ochotni pomáhat těmto osobám dlouhodobě. Zajímavé informace jsme zjistili, když jsme porovnávali odpovědi respondentů na tyto dvě otázky. Zatímco jednorázovou pomoc bylo rozhodně ochotno poskytnout 35,4 % respondentů, dlouhodobě bylo ochotno pomáhat respondentů podstatně méně, konkrétně 19,6 %. Spíše ochotno by bylo poskytnout jednorázovou pomoc 32,3 % respondentů, dlouhodobě šlo o 31 % respondentů. Spíše neochotno bylo v případě poskytnutí jednorázové pomoci 18,4 % respondentů, v případě poskytování dlouhodobé pomoci šlo o 20 % respondentů. Zatímco jednorázovou pomoc by rozhodně neposkytlo pouze 5,7 % respondentů, v případě pomoci dlouhodobě by to bylo 11,4 % respondentů. Odpověď „nevím“ zvolilo v případě jednorázové pomoci 8,2 % respondentů, v případě dlouhodobé pomoci 17,1 % respondentů.

Ve vztahu k osobám se zdravotním postižením se respondenti projevovali víceméně tolerantně a byli ochotni těmto osobám, pokud to ony samy potřebují, pomáhat. Přesto u otázky zda by mohla osoba se zdravotním postižením s nimi kamarádit, nebyla jejich odpověď zcela pozitivní.

Třetí dílčí výzkumná otázka se ptala: „**Jaký postoj zauímají respondenti ke společnému vzdělávání s osobami se zdravotním postižením?**“. V této souvislosti jsme zjišťovali, jaký postoj zauímají respondenti k přítomnosti jednoho a více žáků se zdravotním

postížením v jejich třídě. Zatímco 7,6 % respondentů uvedlo, že by jim spolužák se zdravotním postižením rozhodně vadil, v případě více spolužáků mělo tento pocit 13,9 % respondentů. Celkem 16,5 % respondentů uvedlo, že by jim takový spolužák spíše vadil, v případě více spolužáků mělo tento pocit 13,3 % respondentů. Spolužák se zdravotním postižením by spíše nevadil 16,5 % respondentů, více spolužáků se zdravotním postižením by spíše nevadilo 30,4 % respondentů. Přítomnost takového spolužáka by rozhodně nevadila 33,5 % respondentů a přítomnost více těchto spolužáků by rozhodně nevadila 9,62 % respondentů. Jasný názor na tuto záležitost nemělo v případě jednoho spolužáka 25,9 % respondentů a v případě více spolužáků 22,8 % respondentů. Statistickým testem jsme zjistili, že mezi postojem respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě, a tím, zda navštěvují školu v menším či krajském městě existuje statisticky významná souvislost.

Dále jsme zkoumali, který typ zdravotního postižení by respondentům u spolužáka vadil nejvíce a který nejméně. V případě tělesného postižení 13,3 % respondentů uvedlo, že by jim tento typ postižení vadil nejvíce a 24,7 % respondentů konstatovalo, že by jim vadil nejméně. Mentální postižení by nejvíce vadilo 39,9 % respondentů a nejméně 10,8 % respondentů. Zrakové postižení by u spolužáka by nejvíce vadil 7,6 % a nejméně 18,4 % oslovených žáků. Nakonec porucha řeči by nejvíce vadila 22,8 % a nejméně 25,9 % respondentů. Ochotno pomoci spolužákovi se zdravotním postižením by rozhodně bylo 22,2 % respondentů a spíše ochotno 27,8 % oslovených žáků. Spíše neochotno by bylo v tomto případě 24,7 % a rozhodně neochotno 8,9 % respondentů. Odpovědi si nebylo jisto 16,5 % respondentů.

V otázkách týkajících se inkluze jednoho spolužáka či více spolužáků se zdravotním postižením reagovala polovina respondentů pozitivně. Ta byla těmto spolužákům i ochotna pomoci. Nejvíce respondentům vadí mentální postižení, nejméně porucha řeči.

Ve čtvrté dílčí výzkumné otázce jsme zjišťovali: „**Co si myslí respondenti o přístupu společnosti k osobám se zdravotním postižením?**“. V tomto kontextu jsme nejprve zjišťovali, jestli je přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením podle respondentů tolerantní. Podle 16,5 % respondentů je odpověď na tuto otázku „rozhodně ano“, dalších 34,8 % respondentů odpovědělo, že přístup společnosti je spíše tolerantní. Naopak podle 18,4 % respondentů spíše nelze a podle 7 % respondentů rozhodně nelze považovat přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením za tolerantní. Celkem 23,4 % respondentů si nebylo jisto svou odpovědí. Zároveň jsme zjistili, že mezi

přítomností osoby se zdravotním postižením v okolí respondentů a jejich názorem na míru tolerance společnosti k těmto osobám existuje statisticky významná souvislost.

Dále jsme se respondentů ptali, zda jsou podle jejich názoru osoby se zdravotním postižením úspěšně začleňovány do většinové společnosti. Podle 17,1 % respondentů tomu tak rozhodně je, podle 37,3 % respondentů je odpověď „spíše ano“. Dalších 17,7 % respondentů si myslí, že se osoby se zdravotním postižením spíše nedaří začleňovat, podle 7,6 % respondentů se je nedaří začleňovat vůbec. Celkem 20,3 % respondentů uvedlo odpověď „nevím“.

Polovina respondentů si myslí, že společnost je k osobám se zdravotním postižením tolerantní a že se daří začleňovat je do společnosti.

Poslední pátá dílčí výzkumná otázka se ptala: **„Zda a do jaké míry považují respondenti svou informovanost ohledně zdravotního postižení za dostatečnou?“**. Zjistili jsme, že 60,1 % respondentů považuje svou informovanost ohledně zdravotního postižení za dostatečnou, z toho 27,2 % respondentů ohodnotilo svou informovanost za „rozhodně dostatečnou“ a 32,9 % respondentů za „spíše dostatečnou“. Za nedostatečnou považuje svou informovanost o tomto tématu 31 % respondentů, z toho 20,9 % respondentů ji ohodnotilo za „spíše nedostatečnou“ a 10,1 % respondentů za „rozhodně nedostatečnou“. Celkem 8,9 % respondentů si ohledně své informovanosti nebylo jisto. Jako zdroj informací týkajících se zdravotního postižení uvedlo nejvíce respondentů školu (70,9 % respondentů), dále pak rodinu (65,2 % respondentů), média (internet, televize, sociální sítě a podobně – 38,6 % respondentů), kamarády (31 % respondentů), osobu se zdravotním postižením (15,8 % respondentů). Celkem 5,7 % respondentů zvolilo možnost „nemám žádné informace“.

Dále jsme zjišťovali, zda respondenti mají zájem získávat další informace týkající se tématu zdravotního postižení. Zájem o další informace projevilo 36,7 % respondentů, přičemž 17,1 % respondentů uvedlo odpověď „rozhodně ano“ a 19,6 % odpověď „spíše ano“. Zájem o další informace nemá 48,1 %, přičemž 31 % respondentů odpovědělo „spíše ne“ a 17,1 % zvolilo odpověď „rozhodně ne“. Celkem 15,2 % respondentů si svou odpovědí nebylo jisto. Za nejvhodnější způsob získávání dalších poznatků považuje 34,8 % respondentů přednášky odborníků, 26,6 % rozhovory a besedy s jedinci se zdravotním postižením, 13,9 % respondentů využití médií a 11,4 % respondentů studium odborné literatury. Respondenti, kteří uvedli, že by uvítali jiný zdroj informací (13,3 %), nejčastěji uváděli pedagogy ze školy a rodinu.

Více než polovina respondentů považuje svou informovanost ohledně zdravotního postižení za dostatečnou. Nejvíce respondentů získává informace o osobám se zdravotním postižením prostřednictvím školy, rodiny a médií. Další informace by rádi získali z přednášek s odborníky, z rozhovorů a besed s jedinci se zdravotním postižením a z médií. O další informace ale řada respondentů příliš nestojí.

Hlavní výzkumná otázka, k jejímuž zodpovězení směřovalo celé výzkumné šetření, zněla: **„Jaký postoj ke zdravotnímu postižení, respektive k osobám se zdravotním postižením a k jejich inkluzivnímu vzdělávání zaujmají žáci druhého stupně základní školy?“**. Můžeme konstatovat, že většině respondentů, konkrétně 80,4 %, osoby se zdravotním postižením nevadí, což lze považovat za pozitivní zjištění. Celkem 50% respondentů uvedlo, že by jim nevadilo vzdělávat se v jedné třídě společně s žákem se zdravotním postižením – tato skutečnost naopak příliš pozitivní není, zvláště pokud dodáme, že 24,1 % respondentů by spíše vadila nebo rozhodně vadila přítomnost spolužáka se zdravotním postižením ve třídě. V případě více žáků se zdravotním postižením ve třídě jsou výsledky ještě méně příznivé – pozitivní postoj k takovému vzdělávání má sice rovněž 50 %, negativní postoj však 27,2 % respondentů. Vzhledem k prosazování inkluzivního přístupu lze toto zjištění považovat za důvod pro lepší seznámení žáků druhých stupňů základních škol s problematikou zdravotního postižení a inkluzivního vzdělávání.

7 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výše uvedených skutečností lze konstatovat, že informovanost žáků druhých stupňů základních škol o problematice zdravotního postižení a inkluzivního vzdělávání s žáky se zdravotním postižením by měla být změněna jak co do své kvality, tak co do své kvantity. Ačkoli většina respondentů našeho výzkumu měla nějakou osobní zkušenost s osobami se zdravotním postižením, většina jich nemá žáka s tímto postižením přímo ve třídě, a tedy mohou mít zkreslené představy o tom, co přítomnost takového spolužáka ve třídě obnáší. Podle našeho výzkumu se subjektivně cítí být o problematice osob se zdravotním postižením dostatečně informováno 60,1 % respondentů, naopak nedostatečně 31 % respondentů. Většina z nich čerpá informace o osobách se zdravotním postižením z prostředí školy (70,9 %) a z prostředí své rodiny (65,2 %).

Výsledky našeho dotazníkového šetření nejsou jednoznačně pozitivní. Negativní odpovědi se objevují mezi pohlavím, napříč všemi ročníky druhého stupně základních škol a nezávisle na tom, zda navštěvují školu v krajském nebo malém městě. To však neznamená, že to takto zůstane stále. Způsob vnímání osob se zdravotním postižením se mění s věkem. Přibližně do tří let děti nevnímají postižení a ke všem se chovají bez předsudků. Čím jsou děti starší, tím negativněji se vymezují vůči odlišnostem a postupně se tento přístup prohlubuje až do adolescence. V dospělosti se tyto postoje opět stávají pozitivnější. (Hájková, Strnadová, 2010, s. 32) Přednášky, rozhovory a různé workshopy, a to ať již se samotnými jedinci se zdravotním postižením, tak s odborníky na toto téma, jak během školní výuky, tak v rámci mimoškolní činnosti i s rodiči by mohly vést k tolerantnější společnosti. Tento přístup by pro větší efektivitu osvěty v oblasti zdravotního postižení měl začít v co nejnižším věku dětí, kdy ještě nemají předsudky.

Konkrétní doporučení pro efektivnější informování žáků druhých stupňů základních škol o tématu osob se zdravotním postižením můžeme rovněž čerpat z údajů, které jsme zjistili prostřednictvím dotazníkového šetření. Zájem zjišťovat další informace o zdravotně postižených mělo relativně málo respondentů (36,7 %), proto považujeme za vhodné, aby byli žáci cílové skupiny lépe motivováni k tomu takové informace vyhledávat a přijímat. Za efektivní považujeme například prezentovat žákům inspirativní příběhy vrstevníků se zdravotním postižením, přičemž vhodné se nám zdají zejména různé peer programy (tedy takové programy, v rámci kterých by o zdravotním postižení žákům druhých stupňů vyprávěli jejich vrstevníci – zájem o rozhovory se zdravotně postiženými osobami vyjádřilo 26,6 % respondentů).

Relativně velká část respondentů (34,8 %) vyjádřila zájem o přednášky odborníků, kteří by jim prezentovali informace ohledně zdravotně postižených. Základní školy by mohly oslovovat například neziskové organizace, které se orientují na poskytování volnočasových aktivit pro jedince se zdravotním postižením, a takové přednášky poptávat. Dalším možným zdrojem pro takové přednášky mohou být odborníci z vysokých škol. Například Centrum aplikovaných pohybových aktivit APA (při Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci) nabízí osvětový program Paralympijský školní den (PŠD), jehož základním principem je propagovat pohybové aktivity jako nezadatelné právo a to i pro osoby se speciálními potřebami. Žáci se učí akceptovat individuální odlišnost mezi lidmi, dozvědí se o potřebách osob se zdravotním postižením nejen ve sportu, ale celkově o jejich životním stylu. Program se flexibilně přizpůsobuje potřebám školy, například počtu žáků a prostorovým možnostem škol. Jsou rovněž upraveny podle požadavků škol a také na konkrétní postižení, které se v dané škole u žáků vyskytuje. Obsahuje teoretickou přednášku, besedu se sportovcem se zdravotním postižením, žáci si vyzkouší některá omezení, které musí osoba se zdravotním postižením překonávat. (www.apa.upol.cz)

Dalším typem programu, který nabízí APA, jsou pÁpÁ hrátky. Ty se zaměřují na problematiku „*osob s tělesným, zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, osob s poruchami autistického spektra, rozšiřuje se i oblast o osoby s dlouhodobým onemocněním (epilepsií, onkologickým onemocněním aj.)*.“ (www.apa.upol.cz) Délka programu bývá 1,5 hodiny a přizpůsobuje se například věku žáků. Program uvádí motivační pohádka a navazují aktivity a hry s tématem zdravotního postižení.

V našem dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že nejvíce negativně žáci reagují na osoby s mentálním postižením. Existuje například Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z. s., která existuje už 50 let a má téměř 7000 členů v 57 pobočných spolcích ve všech krajích České republiky. Ty sice nepořádají osvětu ve školách, ale pokud by škola projevila zájem, jistě by ji rádi poradili, jakým způsobem osoby s mentálním postižením přiblížit žákům a tím změnit negativní postoj k tomuto typu postižení. (www.spmPCR.cz)

Nabídka osvětových programů a aktivit v oblasti zdravotního postižení je pro žáky základních škol poměrně široká, zde jsme pro představu některé z nich uvedli.

ZÁVĚR

V diplomové práci jsme se zabývali zdravotním postižením z pohledu žáků druhého stupně základní školy.

Teoretická část byla zpracována formou rešerše odborné literatury a dalších informačních zdrojů. V první části jsme se zaměřili na pojem zdravotní postižení, definovali jeho kategorie, postoj k osobám se zdravotním postižením a postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti od nejstarších dob až po současnost. V druhé části jsme se zabývali specifickými projevy a potřebami osob podle druhu zdravotního postižení a v poslední části jsme se věnovali osobnosti žáka druhého stupně základní školy.

V praktické části bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníku, který se zabýval otázkami na téma postojů žáků k osobám se zdravotním postižením, k jejich společnému vzdělávání, k přístupu společnosti k těmto osobám a v neposlední řadě dostupností informací o osobách se zdravotním postižením a jejich názoru na ně. Prostřednictvím Pearsonova testu dobré shody chí-kvadrát byly ověřeny vstupní hypotézy.

Cílem této práce bylo zjistit, jaký postoj ke zdravotnímu postižení, respektive k osobám se zdravotním postižením a k jejich inkluzivnímu vzdělávání zaujímají žáci druhého stupně základní školy. Konkrétně jsme se zaměřili na žáky dvou základních škol běžného typu v kraji Vysočina. Na základě analýzy získaných dat, zodpovězení dílčích výzkumných otázek a verifikace hypotéz můžeme říci, že jsme stanovený cíl splnili.

Výsledky ukázaly, že žákům těchto škol osoby se zdravotním postižením nevadí a jejich názor nesouvisí s pohlavím, chlapci i dívky odpovídali stejně. Společné vzdělávání s žákem se zdravotním postižením by jim nevadilo, ale přítomnost více spolužáků se zdravotním postižením ve třídě by už vadit mohla. Jejich postoj ke společnému vzdělávání může být ovlivněn řadou různých faktorů, ale i tím, zda navštěvují školu v menším městě, kde se víceméně všichni obyvatelé znají a kde mohou poznat spolužáka se zdravotním postižením i v jiných situacích, či v krajském městě, kde je větší anonymita. Co se týče společnosti, mají žáci pocit, že je společnost k osobám se zdravotním postižením tolerantní. Tento postoj do určité míry souvisí i s přítomností osoby se zdravotním postižením v okolí žáků, kteří tak mohou přímo sledovat chování a projevy těchto osob vůči okolí i sobě. Většina oslovených žáků si také myslí, že má dostatek informací o tomto tématu, další by případně rádi získali od odborníků či z rozhovorů a besed s jedinci se zdravotním postižením. Nejvíce žákům vadí mentální postižení, nejméně porucha řeči.

Je jasné, že proces inkluze dětí se zdravotním postižením do běžných základních škol je složitý. Důležitá je spolupráce všech zúčastněných tak, aby se podařilo vytvořit příznivé klima pro začlenění žáka se zdravotním postižením do běžné školy. Úspěšnost procesu je ovlivněna mnoha dalšími faktory, mezi které můžeme zařadit rodinu, legislativní zakotvenost, zázemí školy a prostředky speciálně pedagogické podpory, ale i dobře informované a řekněme téměř proškolené spolužáky, neboť výraznou roli hraje i kolektiv, do kterého je jedinec začleňován, a zároveň i postoj široké veřejnosti.

Doporučení, které vyplývá z výsledků diplomové práce, je především osvěta v oblasti zdravotního postižení a to již od mateřské školy, kde děti ještě nepodléhají předsudkům, až po středoškolské studium.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAZALOVÁ, Barbora, 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDOVÁ, Petra (ed.), 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové. ISBN 978-80-7435-422-9.

ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ, 2001. *Psychologie pro učitele*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-463-X.

ČERNÁ, Marie, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.

FISCHER, Slavomil et al., 2014. *Speciální pedagogika – Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-792-7.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika – Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.

GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP (ed.), 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4368-4.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Sociální akceptace a charakteristické rysy postojů společnosti k postižení. In VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTĚCH, 2001. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-7184-929-4.

HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ, 2010. *Inkluzivní vzdělávání*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3070-7.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.

JAVORSKÁ, Miroslava. Somatopedie. In BENDOVÁ, Petra (ed.), 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové. ISBN 978-80-7435-422-9.

- KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie. In PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.), 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
- KOCUROVÁ, Marie, 2002. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita. ISBN 80-7082-844-7.
- KOHOUTEK, Rudolf a kol., 1998. *Základy sociální psychologie*. 1. vydání. Brno: Cerm. ISBN 80-7204-064-2.
- KOLÁČKOVÁ, Jana a Pavla KODYMOVÁ. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (ed.), 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- KOŤA, Jaroslav, Dobromila TRPIŠOVSKÁ a Marie VACÍNOVÁ, 2013. *Sociální psychologie*. 2. vydání, rozšířené a přepracované. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-029-7.
- KRHUTOVÁ, Lenka, 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7326-232-7.
- KRHUTOVÁ, Lenka. Lidé se zrakovým postižením a pomáhající profese. In MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- KRHUTOVÁ, Lenka. Předsudky a mýty. In MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- KUČEROVÁ, Anna a Jitka VÍTOVÁ. Surdopedie. In BENDOVIČ, Petra (ed.), 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové. ISBN 978-80-7435-422-9.
- LANGER, Jiří. Surdopedie; Speciální pedagogika osob se sluchovým postižením. In VALENTA, Milan a kol., 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1284-0.

LUDÍKOVÁ, Libuše. Tyflopédie; Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. In VALENTA, Milan a kol., 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.

MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. 2. upravené vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.

MARÁŠKOVÁ, Ivana. Specifika péče o osoby se zdravotním postižením. In KROUŠILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana a kol., 2011. *Pečovatelství II*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-531-2.

MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MLČÁKOVÁ, Renata. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVÁKOVÁ, Zita. Oftalmopedie. In PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.), 2006. *Kapitoly se speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.

NOVOSAD, Libor. Lidé s tělesným postižením. In MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Libor, 2011b. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-210-6344-0.

PANČOCHA, Karel, 2013. *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6344-0.

POTMĚŠIL, Miloš. Osoby se sluchovým postižením jako cílová skupina. In MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

POTMĚŠILOVÁ, Petra a kol., 2013. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. 1. vydání. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-179-1.

POŽÁR, Ladislav. Psychologické determinanty inkluzivní pedagogiky. In LECHTA, Viktor (ed.), 2016. *Inkluzivní pedagogika*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1123-5.

ROMANČÍKOVÁ, Magdaléna. Sluchové postižení. In LECHTA, Viktor (ed.), 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.

RŮŽIČKOVÁ, Veronika. Osoby se zrakovým postižením. In POTMĚŠILOVÁ, Petra a kol., 2013. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. 1. vydání. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-179-1.

ŘÍČAN, Pavel, 2014. *Cesta životem: (vývojová psychologie)*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.

SLEPIČKOVÁ, Lenka a Helena VAĎUROVÁ. Sociální inkluze osob s postižením. In PANČOCHA, Karel, Lucie PROCHÁZKOVÁ a Kateřina SAYOUD SOLÁROVÁ et al., 2013. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6306-8.

SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-0095-8.

SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTĚCH, 2001. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-7184-929-4.

VALENTA, Milan. Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou. In MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

VAŠUTOVÁ, Marie a Michal PANÁČEK a kol., 2013. *Mezi dětstvím a dospělostí*. 1. vydání. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7464-125-1.

VÍTKOVÁ, Marie, 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.

VOTAVA, Jiří a kol., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.

Internetové zdroje:

Centrum aplikovaných pohybových aktivit (APA) [online]. [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: <https://apa.upol.cz/>

ČESKO, 2016. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 2015. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020-revize-2019_1.pdf

ČESKO, 2011. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 2011. Vyhláška MPSV č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 2009. Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 2006. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 2006. Zákoník práce č. 262/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 2004. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 2020-04-22]. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 1995. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>

ČESKO, 1993. Listina základních práva a svobod. [online]. [cit. 2020-04-22]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z. s. [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ICIDH	Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning Disability and Health – ICF)
§	paragraf
Σ	celkem
χ	chí

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví

Graf č. 2: Charakter města, ve kterém respondenti navštěvují základní školu

Graf č. 3: Třída, do které respondenti chodí

Graf č. 4: Výskyt osob se zdravotním postižením v okolí respondentů

Graf č. 5: Prostředí, ve kterém se respondenti nejčastěji setkávají s osobou se zdravotním postižením

Graf č. 6: Typy zdravotního postižení, se kterými se respondenti setkali

Graf č. 7: Zdravotní postižení ve výzkumném souboru

Graf č. 8: Názor respondentů na osoby se zdravotním postižením

Graf č. 9: Pocity respondentů z osob se zdravotním postižením

Graf č. 10: Ochota respondentů pomoci osobám se zdravotním postižením

Graf č. 11: Ochota respondentů pomáhat dlouhodobě osobám se zdravotním postižením

Graf č. 12: Ochota respondentů kamarádit s osobami se zdravotním postižením

Graf č. 13: Postoj respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě

Graf č. 14: Postoj respondentů k přítomnosti více žáků se zdravotním postižením ve třídě

Graf č. 15: Druh zdravotního postižení, který by respondentům vadil nejvíce

Graf č. 16: Druh zdravotního postižení, který by respondentům vadil nejméně

Graf č. 17: Ochota respondentů pomoci spolužákovi se zdravotním postižením s běžnými úkony ve škole

Graf č. 18: Názor respondentů na míru tolerance naší společnosti k osobám se zdravotním postižením

Graf č. 19: Názor respondentů na úspěšnost začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti

Graf č. 20: Subjektivní pohled respondentů na vlastní informovanost v oblasti zdravotního postižení

Graf č. 21: Informační zdroje respondentů o oblasti zdravotního postižení

Graf č. 22: Zájem respondentů zjišťovat si další informace z oblasti zdravotního postižení

Graf č. 23: Ideální zdroje dalších informací z oblasti zdravotního postižení dle respondentů

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Struktura dotazníku

Tabulka č. 2: Prostředí, ve kterém respondenti nejčastěji potkávají osoby se zdravotním postižením

Tabulka č. 3: Typy zdravotního postižení, se kterými se respondenti setkali

Tabulka č. 4: Pocity respondentů z osob se zdravotním postižením

Tabulka č. 5: Ochota respondentů pomoci osobám se zdravotním postižením

Tabulka č. 6: Ochota respondentů pomáhat dlouhodobě osobám se zdravotním postižením

Tabulka č. 7: Postoj respondentů k přítomnosti spolužáka se zdravotním postižením ve třídě

Tabulka č. 8: Postoj respondentů k přítomnosti více žáků se zdravotním postižením ve třídě

Tabulka č. 9: Druh zdravotního postižení, který by respondentům vadil nejvíce

Tabulka č. 10: Druh zdravotního postižení, který by respondentům vadil nejméně

Tabulka č. 11: Ochota respondentů pomoci spolužákovi se zdravotním postižením s běžnými úkony ve škole

Tabulka č. 12: Názor respondentů na míru tolerance naší společnosti k osobám se zdravotním postižením

Tabulka č. 13: Názor respondentů na úspěšnost začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti

Tabulka č. 14: Subjektivní pohled respondentů na vlastní informovanost v oblasti zdravotního postižení

Tabulka č. 15: Informační zdroje respondentů o oblasti zdravotního postižení

Tabulka č. 16: Zájem respondentů zjišťovat si další informace z oblasti zdravotního postižení

Tabulka č. 17: Ideální zdroje dalších informací z oblasti zdravotního postižení dle respondentů

Tabulka č. 18: Kontingenční tabulka - názor respondentů na osoby se zdravotním postižením a jejich pohlaví

Tabulka č. 19: Kontingenční tabulka - postoj respondentů k přítomnosti osoby se zdravotním postižením ve třídě a lokalita školy, kterou navštěvují

Tabulka č. 20: Kontingenční tabulka - názor respondentů na postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením a přítomnost osoby se zdravotním postižením v okolí

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník – Zdravotní postižení z pohledu žáků druhého stupně základní školy

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK - ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ Z POHLEDU ŽÁKŮ DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Dotazník – Zdravotní postižení z pohledu žáků druhého stupně základní školy

Vážená žákyně, vážený žáku,

dovoluji si Tě požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k získání údajů pro diplomovou práci na téma Zdravotní postižení z pohledu žáků 2. stupně základní školy. Prosím o pravdivé vyplnění jednotlivých otázek.

Dotazník je anonymní, veškeré údaje poslouží výhradně uvedenému záměru a jsou považovány za důvěrné.

Zvolenou odpověď zakroužkuj, případně doplň. Pokud není u otázky uvedeno jinak, zvol pouze jednu odpověď.

Děkuji Ti za spolupráci, ochotu a čas, který věnuješ vyplnění dotazníku.

Bc. Dominika Brzobohatá, studentka FHS UTB ve Zlíně

1. Pohlaví:

- a) chlapec
- b) dívka

2. Navštěvuji:

- a) školu v malém městě
- b) školu v krajském městě

3. Chodím:

- a) do 6. třídy
- b) do 7. třídy
- c) do 8. třídy
- d) do 9. třídy

4. Znáš ve svém okolí někoho se zdravotním postižením?

- a) ano
- b) ne

5. V jakém prostředí se nejčastěji setkáváš s osobou se zdravotním postižením?

- a) v rodině
- b) ve škole
- c) ve třídě
- d) na veřejnosti (např. na ulici, v kině ...)
- e) s osobou se zdravotním postižením jsem se nesetkal/a

6. S kterými typy zdravotního postižení jsi se setkal/a? (můžeš zvolit více možností)

- a) tělesné postižení
- b) mentální postižení
- c) zrakové postižení
- d) sluchové postižení
- e) poruchy řeči
- f) se zdravotním postižením jsem se nesetkal/a

7. Máš sám/sama některý z typů zdravotního postižení?

a) ano

pokud ano, uveď jaké: _____

b) ne

8. Jaký máš názor na osobu se zdravotním postižením?

a) nevadí mi

b) vadí mi

c) nepřemýšlel/a jsem o tom

9. Jaké pocity v Tobě vyvolává osoba se zdravotním postižením? (můžeš zvolit více možností)

a) obdiv

b) soucit

c) lítost

d) lhostejnost

e) pohrdání

f) odpor

g) nevím

10. Pomůžeš osobám se zdravotním postižením, pokud vidíš, že pomoc potřebují? (např. při přecházení vozovky, nastupování do prostředku MHD,...)

a) rozhodně ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) rozhodně ne

e) nevím

11. Dokázal/a bys pomáhat osobě se zdravotním postižením dlouhodobě?

a) rozhodně ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) rozhodně ne

e) nevím

12. Může být osoba se zdravotním postižením Tvým kamarádem/ kamarádkou?

a) ano

b) tak napůl

c) ne

13. Vadilo by Ti mít ve třídě spolužáka se zdravotním postižením?

a) rozhodně ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) rozhodně ne

e) nevím

14. Vadilo by Ti mít ve třídě více spolužáků se zdravotním postižením?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

15. Jaký druh zdravotního postižení by Ti u spolužáka vadil nejvíce? (zvol jen jednu možnost)

- a) tělesné postižení
- b) mentální postižení
- c) zrakové postižení
- d) sluchové postižení
- e) poruchy řeči

16. Jaký druh zdravotního postižení by Ti u spolužáka vadil nejméně? (zvol jen jednu možnost)

- a) tělesné postižení
- b) mentální postižení
- c) zrakové postižení
- d) sluchové postižení
- e) poruchy řeči

17. Pomáhal/a bys spolužákovi se zdravotním postižením s běžnými úkony ve škole?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

18. Myslíš si, že je naše společnost k osobám se zdravotním postižením tolerantní?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

19. Myslíš si, že se daří zdravotně postižené začleňovat do společnosti?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e)nevím

20. Myslíš si, že jsi o problematice zdravotně postižených informovaný/á?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

21. Odkud jsi získal/a informace týkající se problematiky zdravotně postižených?

(můžeš zvolit více možností)

- a) přímo od jedince s postižením
- b) z rodiny
- c) ze školy
- d) od kamarádů
- e) z médií (internet, televize, rozhlas, časopisy)
- f) odjinud – uveď: _____
- g) nemám žádné informace

22. Máš zájem získávat další informace o této problematice?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

23. Jaký způsob pro získávání dalších poznatků o zdravotně postižených by byl podle Tebe nejvhodnější?

- a) rozhovory, besedy s jedinci se zdravotním postižením
- b) přednášky odborníků
- c) využití médií (internet, televize, rozhlas, časopisy, film)
- d) studium odborné literatury
- e) jiný – uveď: _____

Děkuji za vyplnění dotazníku.