



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Postoje žáků 2. stupně základní školy ke spolužákům
se zdravotním postižením

Vypracovala: Alena Reisingerová

Vedoucí práce: Mgr. Marie Najmonová

České Budějovice 2020

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2020

.....

Alena Reisingerová

Poděkování

Ráda bych vyjádřila poděkování Mgr. Marii Najmonové, která mi při vedení bakalářské práce poskytla cenné rady a směřovala mě správným směrem. Děkuji za flexibilitu a čas, který mi věnovala při konzultacích, obzvláště v období distanční výuky. Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu a čas, který strávili vyplněním dotazníků. Na závěr patří velké díky mé rodině a přátelům za podporu po celou dobu mého studia.

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je zjistit postoje žáků 2. stupně základní školy ke spolužákům se zdravotním postižením. Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická část je zpracována na základě aktuální literatury a zabývá se jedincem se zdravotním postižením, definicí zdravotního postižení a osobností jedince se zdravotním postižením. Dalším tématem je žák se speciálními vzdělávacími potřebami, jeho možnosti vzdělávání a inkluzivní vzdělávání. Poslední kapitola je zaměřena na problematiku postojů, jejich změnu a postoje společnosti k jedincům se zdravotním postižením. Závěr této kapitoly i celé teoretické části se zabývá prosociálním chováním a morálkou v období dospívání. Praktická část je zpracována na základě kvantitativního výzkumného šetření a jejím cílem je zjistit postoje žáků 2. stupně základní školy ke spolužákům se zdravotním postižením.

Klíčová slova

zdravotní postižení, speciální vzdělávací potřeby, inkluzivní vzdělávání, intaktní spolužáci, postoje

Abstract

The aim of this bachelor thesis is to find out the attitudes of second grade pupils towards their classmates with disabilities. The thesis is divided into two parts: a theoretical and a practical. The theoretical part is based on the current literature and deals with a person with a disability, the definition of disability and the personality of these individuals. The theoretical part further defines a pupil with special educational needs, his/her educational possibilities and inclusive education. The last chapter is focused on the subject of attitudes, their changes and attitude of society towards persons with disabilities. The end of this chapter and the whole theoretical part deals with prosocial behavior and morality in adolescence. The practical part is based on quantitative research and its aim is to find out the attitudes of second grade pupils towards their classmates with disabilities.

Keywords

disability, special educational needs, inclusive education, intact classmates, attitudes

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 JEDINEC SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	9
1.1 Definice zdravotního postižení	9
1.2 Osobnost jedince se zdravotním postižením	12
2 ŽÁK SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI	16
2.1 Možnosti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami	16
2.2 Inkluzivní vzdělávání	21
3 POSTOJE	26
3.1 Změna postojů	28
3.2 Postoje společnosti k osobám se zdravotním postižením	30
3.3 Prosociální chování a morálka v období dospívání	32
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	35
4.1 Cíl a metodologie výzkumného šetření	35
4.2 Etické principy výzkumného šetření	36
4.3 Průběh výzkumného šetření	37
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku	37
4.5 Vyhodnocení výzkumného šetření	39
4.5.1 Výsledky výzkumného šetření	39
4.5.2 Interpretace výsledků	52
5 DISKUZE	56
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	62
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	65
SEZNAM PŘÍLOH	65

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou postoje žáků 2. stupně základní školy ke spolužákům se zdravotním postižením. Cílem bakalářské práce je zjistit postoje žáků ke spolužákům se zdravotním postižením, kteří se v rámci inkluzivního (společného) vzdělávání stali nedílnou součástí tříd na školách hlavního vzdělávacího proudu. Toto téma jsem si zvolila nejen z důvodu jeho aktuálnosti, ale také z osobních důvodů, které doplňuje vlastní zájem o tuto problematiku.

Inkluzivní vzdělávání je často probíraným tématem od září roku 2016, jelikož byla uvedena v platnost nová legislativa, která podporuje rovné šance na vzdělávání ve školách hlavního vzdělávacího proudu. Konkrétně se jedná o děti, které v současném vzdělávacím systému potřebují podporu a které školský zákon definuje jako žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (dále se SVP). Do roku 2016 u nás bylo zavedeno integrativní vzdělávání, které vyžaduje větší přizpůsobení dítěte. Naopak současné inkluzivní vzdělávání se snaží více přizpůsobit školní prostředí žákům.

Inkluzivní vzdělávání se dotýká nejen vedení školy, učitelů a ostatních pedagogických pracovníků, ale také rodičů a spolužáků dítěte se SVP. Podle mého názoru inkluze přináší mnoho pozitiv, avšak pouze v případě, že všechny výše zmínění účastníci inkluze příznivě spolupracují a mají dostatečný zájem a znalosti k této problematice. V případě docházky dítěte se SVP do školy hlavního vzdělávacího proudu můžeme předpokládat, že socializace tohoto dítěte do společnosti bude probíhat snadněji a přirozeněji, než kdyby navštěvovalo speciální školu. Co se týká intaktních spolužáků, inkluzivní vzdělávání je už od školního věku učí, že odlišnost je přirozenou součástí života, pomáhá jim osvojovat sociální dovednosti, a v důsledku toho budou tito žáci připraveni na budoucí život a různorodost obyvatel kolem sebe. Samozřejmě mají na hodnoty a postoje žáků značný vliv také osobnostní rysy a rodinné prostředí. Žáci na 2. stupni základní školy jsou navíc v citlivém období puberty, která s sebou přináší spousty překážek a výrazně ovlivňuje přijímání sebe sama i lidí se zdravotním postižením.

Důležitost tohoto tématu bych chtěla demonstrovat na datech ze statistických ročenek ministerstva školství. Od zavedení inkluze ve školním roce 2016/2017 se do školního roku 2018/2019 celkový počet žáků se zdravotním postižením na běžných i speciálních základních školách zvedl z 81 644 na 101 983, což znamená o 20 339 žáků. Pouze na běžných základních školách bylo ve školním roce 2018/2019 80 688 těchto žáků, což je o 21 765 více než ve školním roce 2016/2017. Tyto data můžeme porovnat například se školním rokem 2005/2006, kdy celkový počet žáků se zdravotním postižením na běžných i speciálních základních školách byl 89 527, z toho běžné základní školy navštěvovalo pouze 55 362 těchto žáků. (MŠMT, 2019) Zvyšující se počet dětí se zdravotním postižením a žáků se SVP na školách hlavního vzdělávacího proudu je zřetelný, proto bychom měli o problematice inkluzivního vzdělávání přemýšlet, reflektovat ji a vytvořit si na ni vlastní názor.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části je shrnout poznatky z aktuálních odborných zdrojů týkajících se tématu bakalářské práce. První kapitola teoretické části se nazývá jedinec se zdravotním postižením. Zabývá se definicí zdravotního postižení a popisem osobnosti jedince se zdravotním postižením. Druhá kapitola nese název žák se SVP a věnuje se možnostem vzdělávání žáku se SVP včetně podpůrných opatření na školách hlavního vzdělávacího proudu. Závěr této kapitoly je věnován konkrétně inkluzivnímu vzdělávání. Poslední kapitola je nejobsáhlejší a zabývá se postoji, jejich obecným popisem, změnou postojů a postoji společnosti k osobám se zdravotním postižením. Závěr třetí kapitoly a zároveň celé teoretické části je věnován tématu prosociálního chování a morálky v období dospívání, jelikož právě dospívající žáci jsou předmětem výzkumu této bakalářské práce.

Praktická část této bakalářské práce zahrnuje výzkumné šetření, který si klade za cíl zjistit postoje žáků 2. stupně základní školy ke spolužákům se zdravotním postižením. Sběr dat proběhl pomocí kvantitativního výzkumu. Žákům byly předloženy dotazníky obsahující Likertovy škály. Na těchto škálách o pěti stupních měli žáci vyjádřit míru svého souhlasu či nesouhlasu s předloženými výroky. Praktická část obsahuje cíle výzkumného šetření, dále jeho metodologii, etické principy a průběh, charakteristiku výzkumného vzorku, vyhodnocení výzkumného šetření a na závěr diskuzi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 JEDINEC SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

V návaznosti na legislativu se ve společnosti mění pohled na jedince se zdravotním postižením. Postavení občanů se zdravotním postižením se v našem právním řádu posunulo pozitivním směrem z velké části díky našemu členství v Evropské unii. Ovšem výrazný posun jsme zaznamenali už od počátku 90. let minulého století, kdy bylo postupně zpracováno několik národních plánů zaměřených na zlepšení situace znevýhodněných občanů v naší společnosti. Tím posledním a v současnosti aktuálním je Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením pro období 2015–2020, který je spojen s Národní radou zdravotně postižených. Navíc svá práva začínají aktivněji prosazovat sami lidé s postižením a stejně jako v evropském a celosvětovém měřítku se rovněž u nás přesouvá pozornost na opatření proti diskriminaci znevýhodněných osob. (Michalík, 2003, in Slowík, 2007)

Tato kapitola se zabývá hledáním definice zdravotního postižení v mnoha oblastech naší společnosti, jelikož jednotná definice není stanovena. Dále se věnuje osobnosti jedince se zdravotním postižením. Zdravotní postižení totiž jedinci přináší náročnou životní situaci, která na něj klade zvýšené nároky ve všech oblastech lidského života. Zdravotní postižení nepostihuje pouze tělo jedince, ale ovlivňuje také jeho psychiku a okruh lidí kolem něj.

1.1 Definice zdravotního postižení

Při hledání definice pojmu zdravotní postižení se setkáváme s určitou nejednotností. Jednotná definice totiž neexistuje ani v České republice, ani v žádné z evropských zemí. Pozitivním faktem je alespoň posun týkající se označování osob se zdravotním postižením. Dnes již nemluvíme o postiženém, nýbrž o člověku, osobě či jedinci se zdravotním postižením. Navíc se při definování těchto osob již nezabýváme jejich postižením a nedostatky, nýbrž jejich potencionálem a potřebou pomoci a podpory. (Procházková, 2011)

Pipeková a Vítková (2010, s. 111) uvádí, že z pedagogického hlediska lze za osoby se zdravotním postižením považovat „všechny děti, mladé lidi a dospělé, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně ztížena.“ Tito jedinci potřebují speciálně pedagogickou podporu a mluvíme o nich jako o jedincích se SVP, jímž věnuji celou následující kapitolu. Pojem jedinec se zdravotním postižením je však dodnes hojně užívaný ve všech sférách naší společnosti včetně vzdělání, a proto je potřeba si jej v této bakalářské práci vymezit.

Zdravotní postižení každý autor definuje po svém. Komplexní definici uvádí Matějček (2001, s. 7), který zdravotním postižením míní „nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti“.

Problematikou jedinců se zdravotním postižením se vedle nejrůznějších vědeckých disciplín, jako je medicína, psychologie, speciální pedagogika apod., zabývají také v oblasti politiky různé resorty, například resort sociální, zdravotní, školský, politika trhu práce a mnoho dalších. Z toho důvodu je patrné i používání různých označení, mluvíme-li o lidech se zdravotním postižením. (Procházková, 2011) Například v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se zdravotním postižením rozumí „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“ (MPSV, 2006) Zákon o sociálních službách tedy vymezuje další osobu, na které je jedinec se zdravotním postižením závislý. Touto osobu je nejčastěji člen blízké rodiny, který dostává státní finanční podporu. Procházková (2011, s. 104) dále zmiňuje jednoduchou definici zdravotního postižení pro účely českého zdravotního pojištění, která říká, že „postižení je stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady.“ Je tedy důležité si uvědomit, že mluvíme-li o lidech se zdravotním postižením, může se jednat i o postižení či omezení získaná v průběhu života v důsledku onemocnění, úrazu či zdravotní komplikace. (Procházková, 2011)

Důležité je také zmínit definici zdravotního postižení podle Světové zdravotnické organizace (dále WHO), která prošla od roku 1980 značným vývojem. V současné době se již nezabýváme nedostatky a omezeními, nýbrž potencionálem osob se zdravotním postižením a jejich potřebou pomoci a podpory, aby byl možný jejich aktivní život a participace na životě společnosti. (Procházková, 2011) V roce 1980 WHO vymezila termín postižení v Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů (dále ICIDH). V této klasifikaci jsou použity tři termíny: impairment, disability, handicap. Výhoda této diferenciacce spočívá především v oddělení těchto tří dílčích procesů. Existující poškození tělesného, smyslového nebo mentálního druhu u jednoho člověka nemusí nutně vést k omezení všech jeho schopností a dovedností. (Pipeková & Vítková, 2010) Slowík (2007, s. 26) tyto termíny rozvíjí následovně: „Vada, porucha, defekt (impairment) je narušení neboli abnormalita psychické či fyziologické struktury nebo funkce. Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. A na konec znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj normální.“

V roce 2001 vydala WHO Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví (dále ICF), která nahradila původní verzi klasifikace postižení ICIDH. Jak už jsem zmínila výše, podle revidovaného přístupu ICF se pohled na situaci člověka se zdravotním postižením zásadně mění. Sleduje se funkce a stav tělesných struktur člověka namísto jejich vad a poruch, dále se sleduje aktivita takového jedince namísto jeho postižení, a konečně je také rozhodující jeho možnost participace na životě společnosti, nikoliv už pouze vlastní handicap. Výše zmíněné termíny tedy přecházejí v nové znění: impairment, activity, participation. (Procházková, 2011; Slowík, 2007)

Jak uvádí Slowík (2007, s. 40), „za posledních 50 let bylo vydáno mnoho mezinárodních deklarácí a úmluv, které se vztahují k osobám s různými druhy postižení a které sice nejsou právně závaznými dokumenty, ale měly by inspirovat státní legislativu k naplňování těchto významných dohod.“ Zmíním například Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, kterou dne 13. 12. 2006 přijala Organizace spojených národů. Podle Úmluvy se osobou se zdravotním postižením

rozumí „osoba mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejímu plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“ (MZV, 2010) Z toho vyplývá, že Úmluva se též nezabývá pouze zdravotní diagnózou, ale zmiňuje i postavení jedinců se zdravotním postižením ve společnosti.

1.2 Osobnost jedince se zdravotním postižením

Zdravotní postižení nebo nemoc nevytvářejí samy o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, nýbrž mu připravují náročnější životní situaci. Taková životní situace přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a následkem toho i určitá specifická nebezpečí pro psychický vývoj jedince se zdravotním postižením. (Matějček, 2001) Je tedy důležité si uvědomit, že jakékoli postižení nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje celého člověka, jeho psychiku a mimo jiné i okruh lidí kolem něj. Jak uvádí Vágnerová (2004c, s. 161), „z psychologického hlediska platí, že jakékoli postižení se neprojeví jen poruchou funkcí jednoho orgánového systému, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince a podílí se na vytvoření specifické sociální situace spoluurčující jeho společenské postavení.“

V psychologii a pedagogice dětí se zdravotním postižením je tedy podstatné porozumění jejich životní situaci. Z toho vyplývá, že výchova každého takového dítěte by měla snižovat či zcela odstraňovat ono potencionální ohrožení jeho psychického vývoje. Nejlepší variantou je však toto ohrožení přeměnit v pozitivní přínos. Je-li dítě od počátku dobře vedeno a zachází-li se s ním přiměřeně k jeho potřebám a možnostem, nemusí se ono potencionální nebezpečí vůbec objevit a dítě, třeba vážně nemocné, se bude vyvíjet dobře a zdravě. Naopak, při nevhodném zacházení a v nepříznivých životních podmínkách se mohou různá nebezpečí objevit až do té míry, že člověk, třeba jen s lehkým zdravotním postižením, je neschopný se dobře společensky uplatnit a zapojit. Navíc je zátěží nebo rušivým činitelem i pro své společenské okolí. (Matějček, 2001)

Výskyt výše zmíněného nebezpečí psychického vývoje však nezávisí pouze na výchově a prostředí, v němž dítě se zdravotním postižením vyrůstá. Významnými činiteli jsou také základní rysy duševní výbavy, které si dítě přináší na svět jako

genetický vklad po rodičích a dalších předcích. Jedná se například o inteligenci, stupeň dráždivosti či naopak odolnosti nervového systému, temperamentové rysy, ale i o některé hlouběji zakotvené povahové rysy, jako je extraverte a introverze, dominance a submise a jiné. (Matějček, 2001) Jednotlivé děti reagují na totéž onemocnění nebo postižení různě. Pokud dítě akceptuje svůj defekt a vyrovnává se s ním realisticky, existence postižení nemusí mít za následek výraznější změny ve struktuře osobnosti. Častější je však situace, že dítě reaguje na své postižení takovým způsobem, že jeho reakce má za následek vznik určitých specifických rysů osobnosti. Různé techniky vyrovnání se s postižením se totiž mohou stabilizovat do stálých způsobů chování, které se mohou stát trvalým rysem osobnosti. (Hadj-Moussová, 2004)

Jak uvádí Hadj-Moussová (2004, s. 59), „z tohoto hlediska je sekundární, jakým typem postižení jedinec trpí, dokonce i to, jak těžké je jeho postižení, protože způsoby řešení lze zobecnit jako reakci na náročnou životní situaci, kterou postižení představuje.“ Jinými slovy prožívaná závažnost postižení není v přímé úměře k jeho reálné závažnosti. Lehčí postižení může způsobovat těžší sekundární postižení psychiky, pokud se s ním postižený hůře vyrovnává. Většina technik, používaných pro řešení náročných životních situací, je odvozena ze dvou základních reakcí. První reakcí je přímá agrese, řešení útokem čili reakce aktivní. Druhá reakce je spíše pasivní, tedy únik neboli znehybnění. Je jisté, že tyto techniky ve své čisté podobě jsou spíše vzácné, protože normy společnosti nás usměřují do sociálně přijatelných forem. U téhož jedince nacházíme zpravidla různé typy reakcí, pocházející původně z obou zdrojů, agrese i úniku. Pravděpodobně však existuje jistá preference daná individuálními zkušenostmi jedince, jeho temperamentem i dalšími faktory. (Hadj-Moussová, 2004)

Rozdíly ve vlivu zdravotního postižení na jednotlivé složky osobnosti jsou způsobeny také časem, kdy postižení vzniklo. Příčiny vzniku postižení mohou být různé. Mohou se na nich podílet poruchy genetických dispozic, ale i působící vlivy vnějšího prostředí. Mohou vzniknout následkem onemocnění nebo úrazu. Z hlediska jejich důsledků pro další život jedince se zdravotním postižením je užitečné rozlišovat kategorii vrozených a později získaných postižení. Vrozené postižení ovlivňuje ve větší míře vývoj dítěte, které v důsledku toho nemůže získat určité zkušenosti představující například sociální kompetence. Na druhé straně je tento jedinec na své postižení

„zvyklý“ již od útlého věku a lépe se na něj adaptuje. Naopak později získané postižení představuje větší psychické trauma, jelikož náhle postižený člověk si uvědomuje, co ztratil. Svůj aktuální stav považuje za jednoznačně horší, dokonce nepřijatelný. Na rozdíl od jedinců s vrozeným zdravotním postižením má však výhodu v zachování dřívějších zkušeností. Po určitou dobu se rozvíjel standardním způsobem a má mnohé kompetence, které mu budou v dalším životě užitečné a které prvně zmínění jedinci nemají. Může jít například o představu prostoru u později slepých nebo o zachovanou slovní zásobu a schopnost verbální komunikace u později ohluchlých. (Vágnerová, 2004c)

Osobnost jedince se zdravotním postižením je také významně ovlivněna tím, že jakékoliv postižení zcela obecně vede k omezení sociálního kontaktu, a tím i zkušeností s různými sociálními rolemi. Děti poznají mnohem méně variant chování, navíc ve stereotypnějších situacích. (Vágnerová, 2004a) Postižení či narušení začíná měnit sociální pozici dítěte a mění se i jeho role v rodině. V každém případě se v porovnání s intaktním dítětem ve většině případů stává závislejším na okolním sociálním prostředí. Členové rodiny se především domnívají, že takové dítě potřebuje větší emoční podporu, a to se odrazí ve výchovných postojích. Rodiče se mu často snaží vše ulehčit, což přirozeně vede ještě k větší závislosti. Dítě se zdravotním postižením si postupně na tuto submisivní roli zvyká, i když by v mnoha případech mohlo být mnohem samostatnější. (Požár, 2016) Situace rodičů je zvláště náročná. Reagují velmi různě na skutečnost, že mají dítě se zdravotním postižením. Mít takové dítě je citově velmi náročným úkolem, kterého se ne každý zhostí zcela vyrovnaně. Jak uvádí Matějček (2001, s. 28), „za těchto okolností je pochopitelné, že na straně rodičů se častěji objeví tendence k nevhodným výchovným postojům, které pak správnému vývoji dětí spíše překážejí, než aby jej usnadňovaly.“ Příkladem může být příliš úzkostná výchova, kdy rodiče na dítěti až nezdravě lpí ze strachu o jeho bezpečí, nebo rozmazlující výchova, která je vedena snahou „vynahradit“ dítěti přemírou rodičovské lásky to, o co bylo podle jejich představy ochuzeno. (Matějček, 2001)

Kromě výchovy v rodině je dalším kritickým mezníkem puberta a adolescence. Lidé s postižením zažívají velké problémy týkající se navázání přátelských a později i sexuálních vztahů s druhým pohlavím. Další problémy vznikají při volbě povolání a

zařazení do pracovního procesu. Z toho plyne, že jedinec se zdravotním postižením má ztížené možnosti se samostatně uživit, nebo je případně vůbec nemá. Tyto překážky jsou značným sociálním handicapem, který se přidružuje k primárnímu postižení. Navíc mají vliv na utváření osobnosti, zejména na sebehodnocení člověka se zdravotním postižením a na jeho postoje k intaktní populaci. Dochází tedy ke zvyšování sociální izolace lidí se zdravotním postižením. (Požár, 2016) Vágnerová (2004a, s. 163) k tomuto uvádí, že „nedílnou součástí socializačního vývoje je rozvoj sebepojetí, vztahů k sobě samému, které vznikají mimo jiné i jako odraz sociální interakce. Postižené a nemocné dítě je obecně více izolováno, obvykle v rodině, popřípadě ústavním zařízením. Omezení daná postižením dítěte i sociálním tlakem vesměs podporují závislost takového jedince a přetrvávání symbiotického vztahu mezi matkou a dítětem.“

Na závěr této kapitoly je důležité zmínit, že zdravotní postižení je společností velmi často vnímáno jako něco negativního. Nejvíce opovrhovaných pohledů směřuje zejména k postižením, která jsou viditelná a která se projevují v sociálním styku. Například se jedná o viditelná tělesná postižení, narušenou komunikační schopnost nebo nízkou úroveň rozumového vývoje. (Požár, 2016) Jak uvádí Matějček (2001, s. 20), „pocity méněcennosti se všemi svými komplikacemi provázejí především děti se znatelnými odchylkami tělesného zjevu.“ Na druhou stranu, i když tělesné postižení ovlivňuje rozvoj mnoha funkcí a zkušeností, zejména sociálního charakteru, pro jedince s tímto zdravotním postižením je relativně nejdostupnější integrace do majoritní společnosti. Pokud nejsou postižení kombinovaně, mohou dosahovat velice dobrých studijních výsledků, a kompenzovat tak svůj handicap jiným, sociálně vysoce hodnoceným způsobem.

2 ŽÁK SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

V posledních desetiletích došlo v České republice k významným změnám ve vzdělávání žáků se SVP, což se projevuje systematickými změnami legislativních podmínek pro realizaci inkluzivního vzdělávání na školách hlavního vzdělávacího proudu. (Bartoňová & Vítková, 2016)

Před přijetím novely školského zákona č. 82/2015 Sb. a zavedením jednotného pojmu speciální vzdělávací potřeby, byly vymezeny tři kategorie žáků – se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. Za zdravotní postižení se považuje postižení mentální, tělesné, zrakové, sluchové, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Za zdravotní znevýhodnění je považováno zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. A na konec za sociálně znevýhodněné jsou považováni žáci, kteří pochází z rodinného prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením, žáci ohroženi sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochranou výchovou a žáci v postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky. (Hájková & Strnadová, 2010)

Tato kapitola se dále zabývá možnostmi vzdělávání žáků se SVP včetně podpůrných opatření na školách hlavního vzdělávacího proudu. Druhá podkapitola je věnována konkrétně inkluzivnímu vzdělávání, jeho historickému utváření, rozdílům mezi integrací a inkluzí a také problémům, které spolu s inkluzí přicházejí.

2.1 Možnosti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Novela školského zákona č. 82/2015 Sb., kterou se mění školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ustanoveními uvedenými v § 16-19 vytvořila základní předpoklady pro naplňování principů inkluzivního vzdělávání ve vzdělávacím systému České republiky. (Bartoňová & Vítková, 2016) Tato novela školského zákona č. 82/2015 Sb., je platná od 1. 9. 2016 a dítětem, žákem a studentem se SVP rozumí „osobu, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými

opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“ (MŠMT, 2015)

Předešlý model horizontálního dělení žáků do kategorií se tak mění ve vertikální model posuzování míry daného znevýhodnění a z něj vyplývající potřeby podpůrných opatření. Zavádí se tedy nový pojem podpůrných opatření nezbytných pro zajištění maximálně dosažitelného plnohodnotného vzdělávání. Podpůrná opatření mají být volena tak, aby odpovídala žákovu zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám. (Bartoňová & Vítková, 2016)

Podpůrná opatření představují podporu pro práci pedagoga se žákem, kdy vzdělávání žáka vyžaduje v různé míře upravit jeho průběh. Cílem úprav je především vyrovnávat podmínky ke vzdělávání žáka, které mohou být ovlivněny mírnými či závažnými obtížemi, které jsou způsobeny nepřipraveností žáka na školu, odlišnými životními podmínkami a odlišným kulturním prostředím, ze kterého žák vstupuje do vzdělávání. Současně početnou skupinu představují žáci se zdravotním znevýhodněním či postižením, které může v různé míře ovlivňovat vzdělávání těchto žáků. (NÚV, 2011-2020)

Základním příjemcem a uživatelem podpůrných opatření je žák se SVP. Jejich užití je v rukou pedagogických pracovníků. Závažnost příslušného znevýhodnění či postižení vyžaduje různou intenzitu poskytovaných podpůrných opatření, která jsou tak členěna do pěti stupňů. Důvodem je nastavení dostatečného síta, které zajistí naplnění speciálních vzdělávacích potřeb každého žáka přesně podle hloubky jeho znevýhodnění či postižení. (Bartoňová & Vítková, 2016) I. stupeň opatření vždy navrhuje a poskytuje škola, zatímco II. – V. stupeň navrhuje a metodicky provází jeho naplňování školské poradenské zařízení. Podpůrná opatření různých stupňů lze kombinovat. Vedle organizace vzdělávání obsahují také speciální učebnice, pomůcky a kompenzační pomůcky. Podpůrná opatření mají tzv. normovanou finanční náročnost. Je tedy zřejmé, kolik finančních prostředků za opatření půjde. Stejně tak je podpůrné opatření

tzv. nárokové. To znamená, že rodiče se na jejich financování nemusejí podílet. (NÚV, 2011–2020)

Hájková a Strnadová (2010) uvádějí následující podpůrná opatření, na která mají děti, žáci a studenti se SVP právo:

- speciální metody, formy a postupy;
- speciální učebnice;
- didaktické materiály;
- kompenzační pomůcky;
- rehabilitační pomůcky;
- zařazení předmětů speciálněpedagogické péče;
- služby asistenta pedagoga;
- snížené počty dětí, žáků a studentů ve třídě;
- další možné úpravy podle individuálního vzdělávacího plánu;
- poskytování pedagogicko-psychologických služeb.

Jedním z podpůrných opatření je tvorba individuálního vzdělávacího plánu (dále IVP). Základní náležitosti týkající se IVP jsou stanoveny v § 3 a 4 vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Pokud má žák IVP přiznán v rámci podpůrných opatření, k jeho vytvoření a realizaci školou je kromě doporučení školského poradenského zařízení nutná žádost zákonného zástupce žáka. Škola v zásadě nemá možnost odmítnutí zpracování IVP a je povinna na základě žádosti zákonných zástupců a doporučení školského poradenského zařízení IVP žákovi vypracovat. Rozhodování o podobě IVP je v kompetenci ředitele školy, který provádění IVP zajišťuje. (MŠMT, 2013-2020) IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálněpedagogického a psychologického vyšetření školským poradenským zařízením a vyjádření zletilého žáka či jeho zákonného zástupce. IVP je závazným dokumentem pro zajištění SVP žáka a stává se součástí jeho dokumentace. Práce na tvorbě IVP by měla být týmová. Podílí se na ní třídní učitel, žák se SVP a jeho rodiče, pracovníci školského poradenského zařízení i asistent pedagoga. (Bartoňová & Vítková, 2016)

Důležité je zmínit, že jedním z významných aspektů poskytování podpůrných opatření je jejich včasnost. U žáků s tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením jsou jejich potřeby většinou známy ještě před zahájením docházky do mateřské školy nebo před zahájením školní docházky. (Bartoňová & Vítková, 2016) U jedinců se SVP je včasná intervence klíčová. Nezávislá organizace Evropské unie EADSNE (Evropská agentura pro zvláštní potřeby a inkluzivní vzdělávání) ji definuje jako řadu všech nezbytných sociálních, lékařských, psychologických a výchovných zásahů zaměřených na děti a jejich rodiny. Cílem je uspokojit zvláštní potřeby dětí, u kterých se projeví nebo jim hrozí určitý stupeň zpoždění ve vývoji. Včasná intervence směřuje na děti od narození do tří let a má čtyři primární cíle:

- 1) podporovat rodiny při podpoře rozvoje jejich dětí;
- 2) podporovat rozvoj dětí v životně důležitých oblastech;
- 3) podporovat sebedůvěru dětí;
- 4) zabránit vzniku budoucích problémů. (National Children's Bureau, 2004, in Drabble, 2013)

Cílem současného školství v České republice je vytvořit takové školní prostředí a klima školy, které poskytne všem žákům stejné podmínky a šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajistí jim právo na rozvoj jejich individuálních předpokladů. (MŠMT, 2015) Výhody tohoto přístupu můžeme vidět jak na straně žáku se SVP, tak na straně jejich spolužáků. Žáci se SVP jsou zařazeni do hlavního vzdělávacího proudu, díky kontaktu se svými vrstevníky nejsou tolik izolováni v rodině a v úzkém kruhu jedinců se zdravotním postižením a snadněji u nich probíhá socializace. Jejich spolužáci získávají více zkušeností s odlišností různých jedinců, učí se být tolerantní a trpěliví vůči žákům se SVP a osvojují si sociální dovednosti. Současná školská legislativa však respektuje SVP i žáků s těžkým nebo kombinovaným postižením. Pro ně je vytvořen Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální, realizovaný v základní škole speciální, v níž pracují erudovaní speciální pedagogové. (Bartoňová & Vítková, 2016)

Žovinec (2016) uvádí sedm forem vzdělávání žáků se SVP. Pro potřeby této bakalářské práce je vhodné zmínit pouze ty nejvíce rozšířené. Nejpreferovanější

formou je, že se žák účastní celého vyučování na běžné základní škole za pomoci výše zmíněných podpůrných opatření. Na této úrovni se respektuje individuální pracovní tempo a individualizace kritérií hodnocení. Pokud je nutná terapie nebo jiná podpora logopedie, poradenského zařízení či psychoterapeuta, je zajišťována v malém rozsahu a obvykle mimo školu. Druhá častá forma vzdělávání žáků se SVP se liší od první v tom, že se žák neúčastní celého vyučování, nýbrž jeho větší části. Zapojuje se do většiny aktivit, avšak může být individuálně nebo v malých skupinkách vzděláván mimo třídu. Může jít o vzdělávání ve vybraných předmětech, speciálních předmětech (komunikační dovednosti, logopedická cvičení apod.) nebo pouze části problémového učiva. Speciálněpedagogickou a další podporu dostává žák se SVP mimo třídu méně než 20 % školního dne. (Žovinec, 2016) Počet žáků se SVP v jedné třídě na běžné základní škole je však omezen. Školy mají nejméně 17 žáků v průměru na jednu třídu a nejvyšší počet žáků je 30. Ve třídě běžné základní nebo střední školy se mohou s přihlédnutím k rozsahu SPV žáků vzdělávat nejvýše čtyři žáci s postižením. (Bartoňová & Vítková, 2016)

Méně preferovanou formou, avšak v některých případech nezbytnou, je pak vzdělání na výše zmíněné základní škole speciální. Někdy se žákům se SVP nedostává v běžné základní škole dostatečné pozornosti a péče, jakou by vzhledem ke svému postižení potřebovali. Základní školy speciální takovým žákům pomáhají rozvíjet jejich schopnosti a usnadňují jim vstup do dalšího vzdělávání a praktického života. Zpravidla se zde realizuje vzdělávání žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením, s více vadami a autismem. Od škol hlavního vzdělávacího proudu se odlišují jak organizačními formami vzdělávání, tak i obsahem výuky. Jedná se například o nízké počty žáků ve třídě, speciální učebnice a sešity, upravený časový plán, a především klidné a nestresující prostředí. (NÚV, 2011-2020; Žovinec, 2016)

A na závěr, mnohdy nevyhnutelnou formou vzdělávání žáků se SVP je individuální vyučování v domácím prostředí. K tomu dochází při různých zdravotních kontraindikacích a limitované možnosti žáka docházet do školy. (Žovinec, 2016)

2.2 Inkluzivní vzdělávání

Inkluze je v současné době často skloňovaným pojmem, a to hlavně v souvislosti se vzděláváním žáků se SVP ve školách hlavního vzdělávacího proudu společně s intaktními spolužáky. Od září roku 2016 je účinná již výše zmíněná novela školského zákona č. 82/2015 Sb., která podporuje rovné šance na vzdělávání ve školách hlavního vzdělávacího proudu. Inkluzivní vzdělávání tedy vystřídalo integrativní vzdělávání, které zjednodušeně řečeno vyžadovalo větší přizpůsobení dítěte školnímu prostředí. Naopak současné inkluzivní vzdělávání se snaží více přizpůsobit školní prostředí žákům. (Votavová, 2013) Na integraci a inkluzi a jejich vzájemný vztah pohlíží každý autor odlišně. Podrobnější popis těchto pojmů je rozebrán níže.

Pro pochopení vzniku inkluzivního trendu je nutné charakterizovat klíčové události, které mu předcházely. Pokud jde o edukační postoj k lidem se zdravotním postižením, již Komenský v 17. století tvrdil, že z výchovy nelze vůbec nikoho vyčleňovat. V 18. století pak začaly v Evropě vznikat instituce pro péči o jedince se zdravotním postižením. Postupně byla tato institucionální péče systematictější organizována a pozvolna se rozvíjely i konkrétní edukační metody podle typu postižení. Institucionalizace však současně jako vedlejší produkt způsobovala segregovanou edukaci těchto jedinců. Zpočátku neexistoval shrnující speciálněpedagogický přístup k problematice edukace dětí se zdravotním postižením ve smyslu zvláštní pedagogiky. Úsilí o odlišení od obecné pedagogiky lze evidovat až během 19. století. Oživení v pojetí edukace dětí se zdravotním postižením přinesl nástup reformní pedagogiky na přelomu 19. a 20. a v první třetině 20. století, a to hlavně díky alternativním proudům, jako je například pedagogika Marie Montessori nebo Rudolfa Steinera. S nástupem postmoderny ve druhé polovině 20. století, především v 80. letech, přichází hledání správného přístupu k lidem se zdravotním postižením ve smyslu trendu integrované edukace. Tento trend přinesl možnost vzdělávání žáků se zdravotním postižením na školách hlavního vzdělávacího proudu ne pouze jako výjimky, ale jako systémové řešení. (Lechta, 2016) Aktivity týkající se geneze inkluzivní pedagogiky jsou tedy spíše jednotlivé a izolované. Jen tak ale bylo nakonec možné dospět k inkluzivní pedagogice, jak ji známe dnes. (Slowík, 2018)

Diskuze o inkluzivní pedagogice se vynořily koncem 20. století a vrcholí zejména počátkem 21. století. (Lechta, 2016) Ačkoliv je pojem inkluze aktuálním tématem dnešní doby, je důležité si uvědomit, že iniciačním dokumentem pro současnou vlnu inkluzivních trendů ve vzdělávání je prohlášení konference UNESCO ve španělské Salamance již v roce 1994. Samotný koncept inkluzivní edukace tedy není ve skutečnosti až tak nový, jak by se mohlo zdát. (Slowík, 2018) Jak uvádí Štěch (2018, s. 384), „od začátku 90. let tak probíhalo zařazování dětí s různými znevýhodněními nebo postiženími (později: žáků se speciálními vzdělávacími potřebami – SVP) do běžných škol tam, kde došlo k dohodě mezi rodiči a školou. Počet těchto žáků rostl, ale po známé deklaraci ze Salamanky z roku 1994 se objevil pojem inkluzivního vzdělávání pod heslem *pouhá integrace nestačí*.“ Na konferenci v Salamance řešilo problematiku speciálních edukačních potřeb přes 300 účastníků z 92 zemí a 25 mezinárodních organizací. Výstupem byla Deklarace požadující budování inkluzivních škol přijímajících všechny žáky, připouštějící jejich různorodost a reagující na jejich potřeby. (Lechta, 2016)

Pojem „inkluze“ má původ v latinském jazyce. Latinské „*inclūsio*“ znamená „přijetí“. Je pozoruhodné, že slovo přijetí je v latině zároveň i synonymem „akceptace“, která v inkluzivní pedagogice dominuje jako základní princip „akceptace heterogenity“ (rozmanitosti). (Lechta, 2016) Různorodost se stává přínosem a impulzem k rozvoji a společnost si ji osvojuje jako svoji přirozenou součást. Jakkoliv je dnes pojem inkluze skloňován nejčastěji právě v souvislosti se školním vzděláváním, ve skutečnosti se inkluze, stejně jako samotné vzdělávání, nikdy netýká pouze školy, ale zasahuje vždy také širší sociální prostředí. (Slowík, 2018) Inkluzivní vzdělávání tedy můžeme podřadit pod inkluzi sociální, která se snaží zabraňovat sociální exkluzi či odstraňovat již vzniklou izolaci. Inkluze zasahuje do všech oblastí lidského života, kam také mimo školství patří oblast zaměstnání, volného času, bydlení apod. (Tannenbergerová, 2016)

Pedagogický slovník obecně definuje inkluzivní vzdělávání jako „vzdělávání začleňující všechny děti do běžných škol“ (Průcha, Walterová & Mareš, 2009, s. 104). Podstatou inkluzivní školy je změněný pohled na selhání dítěte v systému, respektive selhání konkrétního vzdělávacího systému v případě konkrétního dítěte. Při neúspěchu je třeba hledat bariéry v systému, který není dostatečně otevřený k potřebám

jednotlivce. Každé dítě má unikátní charakteristiku, zájmy, schopnosti a vzdělávací potřeby. (Průcha, Walterová & Mareš, 2009) Jak uvádí Tannenbergerová (2016, s. 35), „na individualizovaném přístupu k žákům je postavena nejen výuka, ale i celá organizace a filozofie školy“.

Pokud jde o cíle, mají segregovaná, integrativní i inkluzivní edukace stejnou konečnou metu, a to sociální adaptaci jedince se zdravotním postižením. Liší se však z hlediska principiálního chápání procesu neboli v tom, jak toho dosáhnout. (Lechta, 2010) Zatímco integrace se spojuje s pedagogikou speciálních potřeb (special needs education), inkluze se pojí ke škole pro všechny děti (education for all), tedy k inkluzivní škole, ve které se heterogenita pokládá za obohacení edukačního procesu. Změna paradigmatu tedy určuje i změnu cíle: od „integrace pro postižené“ k cíli „škola pro všechny děti“. (Lindmeier, 2008, in Lechta, 2010)

Lechta (2010) uvádí třídimenzionální pojetí inkluzivní edukace. Inkluze se může:

- 1) ztotožňovat s integrací,
- 2) chápat jako vylepšená, „optimalizovaná“ integrace,
- 3) nebo jako nová kvalita přístupu k dětem s postižením, odlišná od integrace, tedy jako bezpodmínečné přijetí speciálních potřeb všech. (Lechta, 2016)

Je zřejmé, že vymezení inkluze jako autonomního pedagogického konceptu si vyžaduje i její autonomní pojímání. Z toho vychází, že chápání inkluze ve třetím pojetí je korektní, jinak by v podstatě šlo pouze o duplicitu termínů. (Lechta, 2010)

Je tedy jasné, že používání pojmů integrace a inkluze jako synonym je nesprávné a značí o omezeném přehledu v této problematice. Jak uvádí Lechta (2016, s. 37), „hlavním rozdílem je, že do konceptu inkluzivní edukace musíme zařadit mnohem širší populaci, než jsou pouze žáci s postižením či narušením (na které především cílí koncept integrace)“. Jedná se například o děti nadané, pracující, děti ulice, z odlehlých oblastí, z kočujících populací, z lingvistických, etnických a kulturních minorit nebo děti ze znevýhodněných oblastí nebo skupin. (Lechta, 2016) Tannenbergerová (2016, s. 40) jako jeden z hlavních rozporů mezi integrací a inkluzí uvádí, že „u integrace si dítě musí zasloužit zařazení do běžné základní školy. Naproti tomu v inkluzi je dítě automaticky přijímáno a nekladou se mu žádné podmínky přijetí.“ Inkluze tedy v sobě zahrnuje

integraci, jelikož integrace je cestou, jak postupně dosáhnout cíle, kterým je samotná inkluze. (Lechta, 2016)

Přestože je inkluze pro lidskou společnost krokem kupředu, přináší s sebou mnoho otázek a problémů, které je třeba řešit. Lechta (2016) upozorňuje, že Deklarace v Salamance má vážné sociální, politické, edukační a ekonomické důsledky v současné době. Je odvážným dokumentem, který však vyvolává i mnohé otázky a kritiku, při níž se upozorňuje zejména na nebezpečí předčasné, nedostatečně připravené inkluze prováděné pod nátlakem různých politických institucí a nerespektující názory odborníků. (Lechta, 2016)

Inkluzivní pedagogika patří v současné evropské pedagogice k nejvíce diskutovaným pedagogickým fenoménům. Často se však zapomíná na to, že její skutečně kompetentní řešení v reálné situaci si vyžaduje nejprve analýzu jednotlivých komponentů. Bohužel taková výchozí analýza a následná komunikace mezi zainteresovanými složkami velmi často chybí, a přesto se přijímají radikální, a ne vždy optimální řešení. Dnešní celosvětový trend směřující k inkluzivní pedagogice přináší u nás i v zahraničí vícero nedořešených problémů. Nejnaléhavější otázky se týkají jak samotného konceptu inkluzivní pedagogiky, tak i způsobu a tempa její implementace do každodenní pedagogické praxe. (Lechta, 2010) Pojetí inkluze, které je orientované výhradně na rychlé politické či administrativní řešení, se ukazuje jako redukované a limitované. Současný pojem inkluze není totiž dostatečně napojen na vlastní filozofická východiska, a tak se předkládá jako pragmatický sociální program v multikulturním prostředí. Zároveň mnohé praktické okolnosti znemožňují jeho uplatňování, nejednou způsobují rezignaci a vzbuzují dojem „inkluze jako iluze“. (Rajský, 2016)

Slowík (2018) důrazně upozorňuje na to, že inkluze ve vzdělávání je pouze jedním z aspektů inkluze ve společnosti. Inkluzivní vzdělávání není samostatným a izolovaným konceptem, ale neoddělitelně souvisí se sociální inkluzí osob se zdravotním postižením a znevýhodněním a dalších minorit, které jsou v běžné společnosti ohroženy sociálním vyloučením. Na to u nás momentálně prosazovaný koncept „společného vzdělávání“ prakticky nepomůže. (Slowík, 2018)

Je evidentní, že pozornost se musí výrazně více věnovat otázce „jak“, tedy praktickým pedagogickým a organizačním postupům v jednotlivých případech. Před pedagogy, psychology i speciálními pedagogy běžných či speciálních škol vyvstává výzva: změnit pedagogická přesvědčení a postoje a nebát se didakticky experimentovat a zkoušet. To je velmi obtížný úkol, obzvláště v systému a atmosféře dokonale fungujícího mechanismu podle standardních postupů. Nyní jde o to, abychom se přiblížili skutečné inkluzi. Klíčové bude, jak zvládneme flexibilně reagovat na nefunkční prvky a zajistit přiměřené podmínky a skutečnou participaci žáků se SVP zařazených do škol hlavního vzdělávacího proudu. Jen tak může po letech dojít k akceptaci myšlenky inkluzivního vzdělávání. (Štěch, 2018)

3 POSTOJE

Postoje jsou předmětem studia sociální psychologie. Tento pojem vnesli do sociologie a sociální psychologie Thomas a Znaniecki (1918, 1920, in Nakonečný, 2009, s. 239), kteří postoj chápali jako „individuální protějšek společenské hodnoty“ a hodnotu jako „objekt společensky důležitý“. Můžeme tedy říci, že postoj vyjadřuje způsob nějakého hodnocení. Vyjadřujeme-li nějaký postoj k určitému objektu, tento objekt hodnotíme. V duchu tohoto pojetí postoje označujeme jako hodnotící vztahy. (Nakonečný, 2009)

Postoje se pokoušelo správně definovat mnoho autorů. Fishbein a Ajzen (1975, in Hayseová, 2003, s. 95) je například definovali jako „naučené predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost“. Tato definice zdůrazňuje tři důležité rysy postojů, a to, že jsou naučené, konzistentní a týkají se příznivých nebo nepříznivých reakcí. Jiné definice zase zdůrazňují, že postoje nás připravují k činnosti a způsobují, že se častěji chováme určitým způsobem. (Hayesová, 2003) Vágnerová (2010, s. 291) postoje definuje jako „přetrvávající získané dispozice k určitému hodnocení a z toho vyplývajícím specifickému způsobu chování v různých situacích, respektive ve vztahu k nějakým objektům.“ Jednoduše řečeno postoj je „sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama.“ (Hartl & Hartlová, 2000, s. 442) Postoje obvykle vycházejí z hodnotového žebříčku jedince a vyznačují se určitým stupněm stálosti a různou mírou intenzity. (Vágnerová, 2010)

Je jasné, že postoje nejsou pouhou množinou myšlenek týkajících se nějakého objektu, nýbrž jsou spojeny s činnostmi neboli chováním. Otázkou však je, do jaké míry chování ovlivňují. Vztahem mezi postoji a chováním se ve svém výzkumu zabýval LaPierre. Tvrdil, že postoje, které vyjadřujeme verbálně, se mohou značně lišit od postojů, o nichž svědčí naše chování. Postoje, které lidé vyjadřují, nemusejí vždy být přesným indikátorem jejich budoucího chování. (Hayesová, 2003) Obecně lze říci, že postoje jsou konzistentní způsoby chování, pokud to situace dovoluje. Postoj tedy zakládá určitou konativní pohotovost, jejíž realizace v příslušném jednání závisí na situačních podmínkách. (Nakonečný, 2009) Sociální psycholog Ajzen upozornil na to, že zkoumáme-li souvislosti mezi postoji a chováním, můžeme se setkat s konfliktem mezi

dvěma protikladnými postoji. Proto považuje mnoho výzkumů konzistentnosti postojů za naivní, neboť neberou ohled na sociální tlaky a na jiné postoje. (Hayesová, 2003)

Postoje mají své významné funkce. Slouží ke snadnější orientaci ve světě, jeho porozumění a uspořádání do přehledné a předpověditelné struktury. Stálost postojů subjektivně usnadňuje aktuální orientaci a člověku se jeví realita jasnější a srozumitelnější. Může to však být orientace značně nepřesná, zejména pokud je více ovládána citovou než rozumovou složkou. Další funkcí postojů je, že dodávají jistotu v řešení různých problémů. Vyplývají z nich základní modely chování, které jsou společností považovány za vhodné, a tudíž předem schválené. Mnohé postoje tedy slouží k regulaci chování, jelikož vycházejí z hodnot a norem dané společnosti. Trvalejší, obecně převažující postoje činí chování jednotlivce srozumitelnějším a předvídatelnějším. Můžeme lépe porozumět a předpovědět chování jednotlivce, který vzhledem ke svým relativně trvalým postojům reaguje typickým způsobem. Navíc mají postoje ochrannou funkci, jelikož mohou sloužit jako obrana před nepříjemnými pocity, nejistotou i ztrátou sebeúcty. (Vágnerová, 2004b, 2010)

Podrobnějším zkoumáním postojů lze zjistit, že jsou složité a mohou se projevovat na mnoha úrovních. Každý postoj má tři komponenty – kognitivní, emotivní a konativní. Kognitivní komponenty neboli smýšlení zahrnují to, co subjekt o objektu svého postoje ví. Jedná se tedy o souhrn informací a z něho vyplívající názor na situaci či objekt. Emotivní neboli afektivní komponenty zahrnují emoce, které objekt postoje v subjektu vyvolává. Tento objekt může být příjemný či nepříjemný a vzhledem k tomu lze rozlišovat pozitivní či negativní postoje, které mají různou intenzitu. Tyto komponenty mohou zásadním způsobem ovlivňovat rozumové hodnocení. Konativní neboli behaviorální komponenty jsou vnějším projevem postoje a vyjadřují snahu či pohotovost chovat se vůči objektu postoje určitým způsobem. Chování je ovlivněno rozumovou i emoční složkou postoje. (Hayesová, 2003; Nakonečný, 2009; Vágnerová, 2010)

Pro správné porozumění je důležité postoje umět rozlišit od hodnot a názorů. Rozdíl mezi postoji a názory spočívá v jejich emocionální dimenzi. Názory můžeme označit jako výroky, o kterých si myslíme, že jsou pravdivé, tudíž jsou v podstatě neutrální. Postoje jsou však na rozdíl od názorů hodnotící. Indikátorem toho, že se

jedná o postoj, bývá emočně zabarvený jazyk použitý při popisu. Postoje také rozpoznáme podle jejich souvislosti s hodnotami. Hodnoty jsou poměrně stálé osobní předpoklady a leží v samém základu postojů. Osobní hodnoty a principy nám slouží jako standardy, podle nichž posuzujeme vlastní chování i chování ostatních. Jak už jsem zmínila výše, postoje většinou přímo vycházejí ze základní hodnotové soustavy člověka. (Hayesová, 2003)

První podkapitola se zabývá možnostmi změny postojů a proměnou postojů k osobám se zdravotním postižením. Druhá podkapitola se věnuje obecně postojům společnosti k osobám se zdravotním postižením včetně medicinizace a stigmatizace postižení. Tato kapitola a zároveň celá teoretická část bakalářské práce je ukončena podkapitolou týkající se prosociálního chování a morálky dospívajících. Na závěr jsou nastíněny postoje adolescentů k osobám se zdravotním postižením.

3.1 Změna postojů

Postoje se vyznačují rezistencí ke změně, mnohdy až rigiditou. To znamená, že se obtížně mění, i když jejich změna je samozřejmě možná. Pravděpodobnost změny závisí na typu postoje. Subjektivně nejvýznamnější a extrémní postoje se mění velmi obtížně, jelikož mívají silnější emoční složku a člověk s nimi musí být identifikován, aby je dokázal hájit před společností. Naopak jakékoli průměrné, konformní postoje jsou snáze ovlivnitelné, jelikož nebývají tak vyhraněné, nemívají velkou intenzitu a člověk nemusí vynaložit tolik úsilí na jejich obhájení. (Vágnerová, 2010)

Lidé obecně usilují o to, aby jejich postoje byly v souladu s jinými postoji, a snaží se dosáhnout kognitivní rovnováhy. Nesoulad neboli disonance mezi postoji pak vede ke kognitivní nerovnováze, kterou se snažíme odstranit pomocí změny situace, nebo pomocí změny jejího chápání. Americký sociální psycholog Leon Festinger přispěl k porozumění změny postojů svou teorií kognitivní disonance, která se objeví, když si naše postoje odporují. Se vzniklým napětím se vyrovnáváme buď změnou jednoho z postojů, nebo přidáním dalšího postoje, který nám umožní interpretovat situaci jiným způsobem. (Hayesová, 2003; Vágnerová, 2010)

Zkoumání změny postojů se také týká procesu přesvědčování. Pro dnešní konzumní společnost je typická snaha o změnu postojů formou různých reklam,

kampaní, proslovů apod. To celé je zacíleno na změnu chování jedinců, aby si koupili nějaký nový produkt nebo aby přijali za své politické názory a myšlenky. Model změny postojů založený na zpracování informací se soustředí na mnoho aspektů. Především závisí na důvěryhodnosti zdroje – jakou důvěru v nás vzbuzuje člověk, který nám nabízí určité informace. S důvěryhodností souvisí odbornost člověka, který poskytuje informace. Spíše se necháme přesvědčit odborníkem než ostatními lidmi. Další důležitou proměnnou je atraktivita mluvčího. Atraktivní mluvčí nás přesvědčí snadněji než jeho opak. Na změnu postoje má pravděpodobně vliv i osobnost, a to především její inteligence, sebeúcta a úzkost. Inteligence určuje přesnost pochopení nabízeného názoru, vysoká úzkost může naopak zkomplikovat přesné pochopení a nízká sebeúcta může zvýšit připravenost člověka přijmout cizí názor. (Hayesová, 2003)

Postoje souvisí se sklony a zájmy osobnosti a získávají se v průběhu života, především vzděláváním a širšími sociálními vlivy, jako je například veřejné mínění či sociální kontakty. (Hartl & Hartlová, 2000) Dosáhnout dlouhodobé změny postojů je tedy možné prostřednictvím vzdělávání a sociálních kontaktů. Jinými slovy, čím více jsou žáci vystavováni interakci s vrstevníky se SVP, tím větší je šance pozitivně ovlivnit jejich postoje k osobám s těmito potřebami obecně. (Hájková & Strnadová, 2010) Je jasné, že postoje k osobám se zdravotním postižením se mění k lepšímu častou interakcí mezi nimi a intaktními osobami ať už ve škole, nebo mimo ni. Kromě toho pozitivní změnu také podporuje běžné vystupování jedinců se zdravotním postižením v médiích. Jejich zviditelnění by mohlo pomoci zvýšit povědomí širší veřejnosti a omezit diskriminační postoje.

Postoje společnosti k osobám se zdravotním postižením prošly velkým vývojem směřujícím k jejich přirozenému přijetí. Před 20. stoletím odrážely postoje společnosti názor, že osoby se zdravotním postižením jsou nezdravé, vadné a deviantní. Po celá staletí společnost jako celek považovala tyto lidi za objekty strachu a soucitu. Převládal postoj, že tito jednotlivci nejsou schopni se podílet na společnosti a že se musí spoléhat na sociální nebo charitativní organizace. Postupně však docházelo ke změně těchto postojů a spolu s tím se měnila i terminologie použitá pro popis osob se zdravotním postižením. Hanlivé výrazy byly nahrazeny slovy „zdravotně postižený“. V posledních letech se začal zdůrazňovat jednatel a jeho

potenciál, nikoli jeho postižení. Z toho důvodu používáme například termín „lidé s mentální retardací“ spíše než „mentálně retardovaní lidé“. Lidé se zdravotním postižením chtějí být uznáni za své schopnosti, nikoli za jejich postižení. (Burtner, 2019) Změnu postojů směrem k osobám se zdravotním postižením v České republice také podpořila novela školského zákona z roku 2015, která podporuje rovné šance na vzdělávání ve školách hlavního vzdělávacího proudu, a zabraňuje tak jejich segregaci a diskriminaci.

Navzdory tak významnému společenskému vývoji se negativní postoje vůči osobám se zdravotním postižením stále objevují. Postoji společnosti k osobám se zdravotním postižením se dále věnuji v následující podkapitole.

3.2 Postoje společnosti k osobám se zdravotním postižením

Postoje společnosti k lidem se zdravotním postižením bývají odmítavé či ambivalentní. Často vycházejí z nedostatku porozumění jejich problémům, jelikož tato problematika byla po dlouhou dobu tabuizována. Laická společnost měla o problémech, možnostech a omezeních lidí s handicapem jen velmi málo informací. Sklon k negativnímu postoji a z toho vyplývající izolaci od lidí se zdravotním postižením také pramení z obecné dispozice reagovat na vše, co se nějakým způsobem liší od normy, jako na možné ohrožení. Člověk si uvědomuje vlastní zranitelnost, a tak se v jeho postoji fixuje i potencionální deprivace v oblasti emocionální či ve vztahu k potřebě seberealizace a otevřené budoucnosti, která by s onemocněním mohla souviset. (Vágnerová, 2004b, 2004c)

V současné společnosti stále přetrvává medicinizace postižení, která se projevuje především pohledem na člověka se zdravotním postižením jako na pacienta. Slovo pacient je neodmyslitelně spojeno s pojmem nemoc, avšak zdravotní postižení je přitom ne vždy možné ztotožnit s nemocí. Za určitých podmínek dokonce můžeme člověka s postižením označovat za zdravého. Navíc je sociální role pacienta odlišná od role člověka s postižením. Pacient je vnímán jako ten, kdo se nachází v nežádoucím stavu, a tento stav se snaží co nejrychleji změnit. Naopak člověk s trvalým postižením nemůže nikdy nežádoucí stav odstranit, a i přesto je schopen prožívat svůj život plnohodnotně a kvalitně. (Slowík, 2007) Problémem je, že medicínské oblasti je

svěřeno řešení problémů jedinců se zdravotním postižením mnohdy i v případech, kde by bylo na místě spíše řešení pedagogické, psychologické či sociální. Společnost tento postoj přijímá, protože ji zbavuje spoluzodpovědnosti a umožňuje izolovat jedince se zdravotním postižením do speciálních zařízení, která jsou pro ně určena. (Vágnerová, 2004b)

Tyto postoje společnosti se těžko mění a mnohdy můžeme mluvit až o stereotypu neboli předsudku. Předsudek je charakteristický rigiditou, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými zkušenostmi, jelikož nevyplývá z pochopení určitého jevu. Slouží tedy jako laické diagnostické kritérium, podle něhož bývají jedinci se zdravotním postižením posuzováni. Jedním z projevů stereotypu je tendence ke generalizaci, tedy sklon vidět je všechny šablonovitě bez ohledu na jejich individuální odlišnosti. (Vágnerová, 2004b, 2004c)

Ve společnosti bývá se zdravotním postižením také často spojen pojem stigma, což je označení, či dokonce jakýsi cejch s víceméně negativním významem, který provází všechny takto odlišné jedince. Stigmatizující jsou především nežádoucí nápadnosti v sociálních projevech, jako je například zevnějšek, komunikace nebo úroveň uvažování, které ve společnosti vyvolávají určitou nechuť, někdy dokonce odpor. Z toho vyplývá, že handicap není příčinou stigmatizace, nýbrž stigma je příčinou handicapu. Stigmatizace defektu pak negativně ovlivňuje roli takového jedince a do určité míry i jeho identitu. Jedinec se zdravotním postižením musí být velmi psychicky silný, aby si vytvořil proti těmto neakceptovatelným postojům nejrůznější způsoby obrany. To se se však často nedaří a tito jedinci propadají sekundárním potížím psychosociálního charakteru. (Slowík, 2007, Vágnerová, 2004b, 2004c)

Nakonec je třeba zmínit významnou úlohu subjektivního hodnocení postižení. Klíčovým činitelem v postojích okolí je totiž sám jedinec se zdravotním postižením i se svými biologickými a psychickými vlastnostmi. Jak uvádí Matějček (2001, s. 23), „on jakožto svébytná bytost je neustále se svým sociálním prostředím ve složité interakci – je pod jeho vlivem, ale sám je také ovlivňuje.“ Tento jedinec do svého prostředí vnáší neobvyklé nároky, přitahuje pozornost, někdy dokonce provokuje, dráždí, budí lítost, a navíc časově i fyzicky vyčerpává. Jsou však také životní situace, kdy ve svých rodičích, sourozencích, kamarádech nebo také ve společnosti budí mnohé pozitivní lidské

vlastnosti, které by jinak zůstaly neaktivovány. Jedná se například o obětavost, soucit, empatii nebo altruismus. (Matějček, 2001)

3.3 Prosociální chování a morálka v období dospívání

Tato bakalářská práce je zaměřena na 2. stupeň základní školy, tedy především na dospívající žáky. Vágnerová (2012) adolescenci neboli dospívání rozděluje na dvě fáze. První fází je raná adolescence, která je časově lokalizována přibližně mezi 11. a 15. rok a kterou označujeme také jako období pubescence. Patří sem tedy žáci 2. stupně základní školy. Druhou fází je pak pozdní adolescence, která trvá přibližně od 15 do 20 let. (Vágnerová, 2012) Pozdní adolescence však není předmětem výzkumu. Vzhledem k cíli bakalářské práce je třeba se zaměřit na sociální hodnocení, prosociální chování a morálku pubescentů.

Jak uvádí Vágnerová (2012, s. 442), „sociální hodnocení, tj. způsob uvažování o jiných lidech, se mění v závislosti na celkové proměně prožívání a myšlení. Dospívající jsou schopni posuzovat lidi podle podstatnějších vlastností než dříve, už se v takové míře nezaměřují na viditelné projevy, aktuální chování, subjektivně významné vlastnosti či nějaké nápadnosti.“ Jejich názory na lidi však bývají, zejména ve střední adolescenci, radikální a leckdy i dost kritické. Z takového postoje vyplývá zvýšené riziko různých konfliktů. Postupem času radikální generalizace ubývá a sociální hodnocení se stává přesnější. (Vágnerová, 2012)

Nakonečný (2009) uvádí, že prosociální chování je konceptem z oblasti motivace sociálního chování, respektive chování poskytující pomoc neboli helping behavior. Prosociální chování je v podstatě významově ekvivalentní s pojmem altruismus. Jedná se o dobrovolné jednání osoby, které není zaměřeno na vlastní zisk, ale na samotný účel, a způsobuje pouze dobro. (Staub, 1982, in Nakonečný, 2009) V období dospívání se rozvíjejí, diferencují a nápadnějším způsobem uplatňují prosociální, ale i asociální, či dokonce antisociální tendence. Dospívající mívají silné a autentické sociální citění, které dovedou projevit, pokud jsou přesvědčeni o správnosti takového počínání. Altruistické chování se rozvíjí v rámci blízkých vrstevnických vztahů, ať se jedná o přátelství nebo partnerství. Dospívající dovedou však jednat i krutě a bezcitně, leckdy jsou dokonce přesvědčeni o oprávněnosti bezohledného jednání. Četnost i intenzita

násilí začíná narůstat již v pubertě, v 17 letech dosahuje svého vrcholu a po 20. roce pomalu klesá. (Vágnerová, 2012)

Pedagogický slovník definuje morální vývoj jako „vývoj morálních postojů, morálního usuzování a morálního jednání jedince během života. Je ovlivněn věkem, zvláštnostmi osobnosti, výchovou (zejm. rodinou), sociálním prostředím, normami dané společnosti.“ (Průcha, Walterová & Mareš, 2009, s. 159) V období dospívání je třeba rozlišovat postoj dospívajících ke společenským konvencím, který bývá spíše odmítavý, a k morálním hodnotám, které sice nejsou v takové míře zpochybnovány, ale dospívající se snaží najít jejich smysl a v závislosti na svém aktuálním postoji i jednají. Vývojově podmíněná proměna se týká především morálního uvažování. Na počátku adolescence jsou někteří dospívající schopni reagovat způsobem generalizující konvenční morálky, která vychází z obecně platných norem, je závazná a platná pro všechny. Zásadnější proměna morálního uvažování nastává teprve tehdy, když začnou dospívající myslet abstraktně a jsou schopni pochopit podstatu mravních norem. To vede k odmítání automatické akceptace dosud respektovaných norem, především sociálně konvenčních pravidel. Dospívající jedinec přisuzuje již větší hodnotu vlastním prožitkům a zkušenostem. (Vágnerová, 2012) Kohlberg (1976, in Vašutová, 2013) mluví o přechodu od heteronomní morálky k morálce autonomní, kdy si dospívající vybírají takové normy a hodnoty, o nichž se domnívají, že mají smysl.

Změna postoje ke společenským konvencím a morálním postojům probíhá souběžně s proměnou vztahu k autoritě. Dospívající se snaží odpoutat ze závislosti na názoru autority a vytváří si názor vlastní. Součástí hledání vlastní identity je volba hodnot a norem, které dospívající přijme jako závazné. Už nejsou ochotni přijmout nějaká pravidla jen proto, že na tom dospělí trvají. (Vágnerová, 2012) Tuto tendenci označil Erikson (1964, in Vágnerová, 2012) jako autoidentifikaci. Kromě vytváření vlastních hodnot a norem se pubescenti identifikují s normami skupiny, k níž patří. Navíc kladou na dodržování těchto norem velmi silný důraz. Pubescenti se řídí tzv. morálkou sociální konformity, která nebere ohled na situaci, ani kontext. Teprve na počátku pozdní adolescence jsou schopni nepodléhat tlaku skupiny a zaujmout vlastní stanovisko. (Vágnerová, 2012) U pubescentů se obecně projevuje nízká tolerance k osobám, které zastávají zásady a názory odlišující se od těch jejich. Nejčastěji

zaujímají netolerantní postoje k principům uznávaným dospělými lidmi. Sami pubescenti však požadují, aby byly uznávány a též dodržovány principy jim vlastní. (Vašutová, 2013)

Co se týká postojů k jedincům se zdravotním postižením, způsob, jakým je vnímáme, se mění s věkem. Nejvíce přívětivé jsou ve svých postojích k vrstevníkům se zdravotním postižením děti do tří let, které si zatím nevytváří žádné předsudky vůči svému okolí. Čím starší však děti jsou, tím více se u nich začínají objevovat negativní reakce vůči jedincům se zdravotním postižením, které se prohlubují až do adolescence a vstupu na střední školu. V období adolescence se snižuje tendence dospívajících navazovat kamarádké vztahy s osobami se zdravotním postižením. V období dospělosti se pak tyto postoje opět mění směrem k pozitivním přístupům. (Hájková & Strnadová, 2010)

Toto tvrzení dokazuje i výzkumné šetření Bazalové (2004, in Hájková & Strnadová, 2010), ve kterém byly analyzovány postoje k integraci osob s tělesným postižením v brněnském regionu. Zjistilo se, že nejzaujatější skupinou byli mladiství do 18 let věku, což podle autorky signalizuje stále nedostatečnou integraci dětí do škol hlavního vzdělávacího proudu, nedostatečnou informovanost a následně vznikající negativní postoje vůči osobám se zdravotním postižením. (Bazalová, 2004, in Hájková & Strnadová, 2010) Nyní je však rok 2020, probíhá proces inkluze a žáci na základních školách se mnohem častěji setkávají se spolužáky se zdravotním postižením, než tomu bylo při integraci. Lze tedy předpokládat, že zaujatost dospívajících vůči těmto spolužákům začne slábnout. Důležité je však zmínit, že postoje dětí vůči vrstevníkům se zdravotním postižením jsou také výrazně formovány postoji jejich rodičů, učitelů a ředitelů škol. (Hájková & Strnadová, 2010) Pozitivní přístup pedagogů a vedení školy, jejich schopnosti, motivace pro práci s jedinci se zdravotním postižením a ochota učit se novým věcem jsou jedny z nejdůležitějších faktorů pro úspěšnou inkluzi.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření se zabývá postoji žáků 2. stupně ZŠ ke spolužákům se zdravotním postižením (dále se ZP), kteří se v rámci inkluzivního (společného) vzdělávání stali nedílnou součástí tříd na školách hlavního vzdělávacího proudu. Díky inkluzi se žáci stále více setkávají s jedinci se ZP, k nimž zauímají určité postoje.

Praktická část je zpracována na základě kvantitativního výzkumného šetření a obsahuje cíle, metodologii, etické principy a průběh výzkumného šetření, charakteristiku výzkumného vzorku, vyhodnocení výzkumného šetření a diskuzi.

4.1 Cíl a metodologie výzkumného šetření

Cílem bakalářské práce je zjistit postoje žáků 2. stupně ZŠ ke spolužákům se ZP. Vzhledem k tomuto cíli jsou stanoveny následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké postoje mají žáci 2. stupně ZŠ k jedincům se zdravotním postižením?

Díličí výzkumné otázky:

Kdo je pro žáky 2. stupně ZŠ jedinec se zdravotním postižením?

Jaké postoje mají žáci 2. stupně ZŠ ke společnému vzdělávání s jedinci se zdravotním postižením ve školách hlavního vzdělávacího proudu?

Jak žáci 2. stupně ZŠ vnímají potřeby žáků se zdravotním postižením?

Výzkumné šetření se uskutečnilo na základě kvantitativní metody sběru dat. Data byla shromažďována pomocí hlavního nástroje výzkumu, jímž byl dotazník. Jedná se o nejrozšířenější pedagogickou výzkumnou techniku vůbec. Podstatou dotazníku je zjištění dat o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají. (Skutil, 2011) Jak uvádí Chráska (2007, s. 163), „samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“

Dotazník obsahoval celkem 25 otázek. Začátek dotazníku tvořily čtyři identifikační uzavřené otázky zjišťující informace o respondentovi a jedna otázka otevřená. Poté následovalo 20 hlavních otázek, které obsahovaly Likertovy škály sloužící k měření postojů a názorů lidí. Likertovy škály se skládají z výroku a stupnice, na níž jedinec vyjádří stupeň svého souhlasu, respektive nesouhlasu s výrokem. (Gavora, 2000) V závislosti na množství stupňů je určena jemnost posouzení. (Skutil, 2011) Ve výzkumném šetření bylo použito pět stupňů: souhlasím – spíše souhlasím – nevím – spíše nesouhlasím – nesouhlasím. Hlavní část dotazníku byla rozdělena na dvě části, přičemž ve vyplňování druhé části pokračovali pouze ti respondenti, kteří uvedli, že se během své školní docházky setkali se žákem se ZP.

Uskutečnění výzkumného šetření bylo naplánováno na březen 2020, ale vzhledem k současné epidemiologické situaci v České republice bylo přesunuto na duben 2020. Tato situace ovlivnila podobu výzkumného šetření, jelikož povinná distanční výuka na všech školách umožnila pouze elektronickou distribuci dotazníků. Původně měly být dotazníky podávány do tříd na základních školách osobně.

4.2 Etické principy výzkumného šetření

Důležitým etickým principem výzkumného šetření je zachování anonymity respondentů. V úvodu dotazníku byli respondenti informováni, že jejich identita nebude žádným způsobem odhalována a výpovědi slouží pouze k výzkumným účelům.

Z hlediska etických principů výzkumu je před provedením výzkumného šetření na základní škole nezbytný souhlas ředitele či ředitelky dané školy. Ředitelé základních škol, kam byly dotazníky zaslány, potvrdili svůj souhlas s výzkumným šetřením emailem či prostřednictvím učitelů výzkumných tříd. Dalším nutným opatřením před provedením výzkumného šetření je etický princip informovaného souhlasu rodičů žáků. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly kvůli současné epidemiologické situaci vyplňovány elektronicky, byly zaslány pouze do škol, které mají informované souhlasy rodičů již pro podobné výzkumy podepsané.

Dotazník byl distribuován vždy všem žákům třídy, včetně žáků se ZP. Zároveň byl dotazník sestaven tak, aby jím žáci se ZP nebyli nějakým způsobem zneklidněni. Z toho důvodu byly do dotazníku vloženy otázky č. 4 a 5, které odsouvaly pozornost od

konkrétního žáka se ZP v dané výzkumné třídě. Dalším etickým prvkem v dotazníku bylo jeho rozdělení na dvě části, přičemž ve vyplňování druhé části měli pokračovat pouze ti respondenti, kteří se během své školní docházky setkali se žákem se ZP. Ve skutečnosti měli pokračovat všichni žáci, jelikož dotazníky byly podávány pouze do tříd se žákem se ZP. Pokud nějaký žák nepokračoval ve vyplňování druhé části, značí to skutečnost, že si tento žák ani neuvědomuje přítomnost spolužáka se ZP.

4.3 Průběh výzkumného šetření

Vlastnímu výzkumnému šetření předcházela pilotáž, která ověřuje validitu a reliabilitu dotazníku. Pilotní ověření testuje správnost, srozumitelnost a vhodnost formulace otázek v plánovaném dotazníku. Také odhaluje, zda není výzkum příliš náročný a zda jeho vyplnění nezabírá velké množství času. (Skutil, 2011) Dotazník byl ověřen na deseti respondentech ve věku 12–16 let. Vyplnění dotazníku trvalo respondentům 10 až 15 minut a nejevilo se jako náročné. Respondenti odpověděli na všechny otázky až na jednu výjimku, kdy nebyla vyplněna otevřená otázka. Může to být způsobené tím, že tuto otázku respondent přehlédl, jelikož dotazníky byly vyplňovány elektronicky a na vyplnění otevřené otázky nemůže zadavatel dotazníku osobně upozornit.

Poté následovalo samotné výzkumné šetření. Jak jsem zmínila výše, nejprve byli osloveni ředitelé a ředitelky základních škol, které jsem emailem požádala o souhlas s provedením výzkumného šetření. Dotazník jsem zaslala v rámci emailu. Zároveň jsem je seznámila s cílem dotazníkového šetření a informovala o anonymitě výzkumu. Po souhlasu vedení školy jsem se spojila s třídními učiteli či učitelkami tříd se žákem se ZP a zaslala jim dotazník. Učitelé dotazník poslali svým žákům do online výuky a žáci mi vyplněné dotazníky posílali na osobní email.

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Jak vyplývá z názvu bakalářské práce, výzkumný vzorek tvořili žáci 2. stupně ZŠ. Dotazníky byly podávány do škol hlavního vzdělávacího proudu, nikoliv do škol speciálních. Kritériem bylo, že výzkumný vzorek tvořili pouze ti žáci, kteří měli ve své třídě žáka se ZP.

Dotazník byl poslán 230 žákům základních škol od 6. do 9. třídy. Návratnost byla 67 %, celkem tedy 154 dotazníků. Dva dotazníky byly vyřazeny vzhledem k neúplnému vyplnění. Začátek dotazníku tvořily kontaktní položky zjišťující pohlaví, věk a třídu respondentů. Ze zjištěných dat vyplývá, že výzkumného šetření se účastnilo celkem 82 dívek (54 %) a 70 chlapců (46 %). Nejvíce respondentů bylo ve věku 12 a 13 let (22 % a 20 %) a nejméně ve věku 10 let (5 %). Respondenti nejčastěji navštěvovali 6. třídu základní školy (36 %). Podíly respondentů ze 7. až 9. třídy se pohybovaly okolo 20 %.

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dívky	82	54 %
Chlapci	70	46 %
Celkem	152	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
10 let	7	5 %
11 let	22	14 %
12 let	33	22 %
13 let	31	20 %
14 let	25	16 %
15 let	23	15 %
16 let	11	7 %
Celkem	152	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 3: Třída respondentů

Třída	Absolutní četnost	Relativní četnost
6. třída	55	36 %
7. třída	33	22 %
8. třída	29	19 %
9. třída	35	23 %
Celkem	152	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

4.5 Vyhodnocení výzkumného šetření

Tato kapitola se zabývá vyhodnocením výzkumného šetření, jehož data byla shromažďována pomocí dotazníku. V první podkapitole jsou vyhodnoceny jednotlivé položky dotazníku a výsledky jsou vyjádřeny pomocí tabulek a grafů zpracovaných v programu Microsoft Excel. Ve druhé podkapitole jsou tyto výsledky interpretovány prostřednictvím výzkumných otázek, které byly stanoveny v úvodu praktické části.

4.5.1 Výsledky výzkumného šetření

Začátek dotazníku tvořily kontaktní položky č. 1, 2 a 3 zjišťující pohlaví, věk a třídu respondentů. Z toho důvodu jsou tyto položky vyhodnoceny již v předchozí podkapitole. V této podkapitole jsou vyhodnoceny položky č. 4 až 25. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách a grafech a ke každé položce je přidán komentář shrnující zjištěná data.

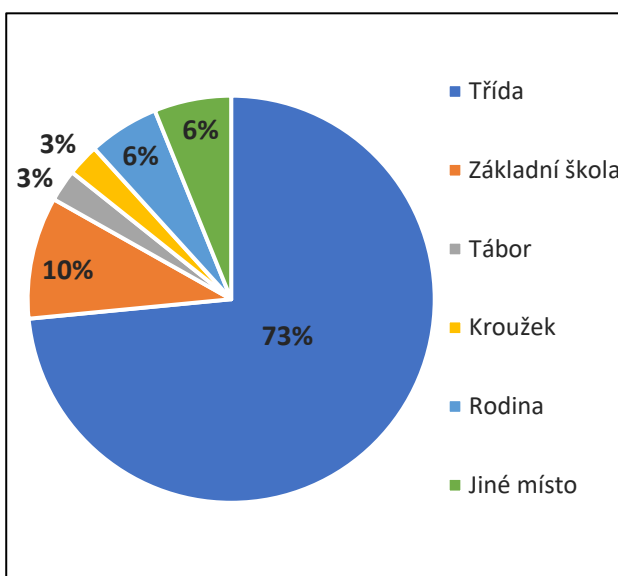
4. Setkal/a ses ve svém životě s jedincem se zdravotním postižením?

Tabulka č. 4: Setkání s jedincem se ZP

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	150	99 %
Ne	2	1 %
Celkem	152	100 %
Místo	Absolutní četnost	Relativní četnost
Třída	144	73 %
Základní škola	19	10 %
Tábor	5	3 %
Kroužek	5	3 %
Rodina	11	6 %
Jiné místo	12	6 %
Celkem	196	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 1: Místo setkání s jedincem se ZP



Zdroj: vlastní zpracování

V položce č. 4 respondenti odpovídali, zda se ve svém životě setkali s jedincem se ZP či nikoliv. Jak jsem zmínila výše, tato otázka spolu s otevřenou otázkou č. 5 byla do dotazníku vložena z toho důvodu, aby odsouvala pozornost od konkrétního žáka se ZP v dané výzkumné třídě. Jelikož byly dotazníky distribuovány pouze do tříd se žákem se ZP, dalo se předpokládat, že všichni respondenti odpoví kladně. Avšak dva respondenti zvolili zápornou odpověď, a navíc nepokračovali ve vyplňování druhé části dotazníku, která byla určena pro žáky, kteří se během své školní docházky setkali se žákem se ZP. Ve vyplňování druhé části dotazníku nepokračovalo celkem 8 žáků, přičemž 6 z nich uvedlo, že se s jedincem se ZP setkali na jiném místě než ve třídě. Z toho vyplývá, že tito žáci si neuvědomují přítomnost spolužáka se ZP ve své třídě, nýbrž vnímají jedince se ZP na jiných místech.

Respondenti měli také uvést, kde se s jedincem se ZP setkali. Kromě zmíněných 8 žáků všichni uvedli, že se s jedincem se ZP setkali ve třídě (73 %). Někteří respondenti volili i více odpovědí. Kromě své třídy se setkali s jedincem se ZP také na základní škole (10 %), a to pravděpodobně v ostatních třídách, v rodině (6 %), na táboře (3 %) či zájmovém kroužku (3 %). Respondenti též mohli napsat jiné místo setkání s jedincem se ZP. Tuto možnost zvolilo 6 % respondentů. Nejčastěji uváděli divadlo, ulici, obchodní centrum, nemocnici či kulturní akce.

5. Kdo je podle tebe jedinec se zdravotním postižením?

Dotazník obsahoval jednu otevřenou otázku, která koresponduje s první dílčí výzkumnou otázkou. Respondenti odpovídali, kdo je podle nich jedinec se ZP. Odpovědi byly převážně stručné a respondenti nejvíce zmiňovali, že jedinec se ZP je ten, kdo má fyzické či mentální postižení. Někteří respondenti pravděpodobně odpovídali podle vlastní zkušenosti s těmito jedinci. Žáci, kteří mají ve třídě spolužáka s mentálním postižením, odpověděli, že se jedná o jedince, který má mentální postižení. To samé se týká i žáků, kteří mají spolužáka s tělesným postižením. Častěji však žáci uváděli obě možnosti postižení.

Z odpovědí jasně vyplývá, že respondenti mají jedince se ZP spojené s pohybem na mechanickém vozíku. Slova jako „invalidní vozík“, „vozík“ či „voziček“ se v odpovědích vyskytovaly velmi často. Respondenti si též uvědomili, že postižení není pouze vrozené, nýbrž může být i získané. Správně považovali za jedince se ZP nejen ty, kteří se s postižením narodili, ale také ty, kteří ho získali během života. Nejčastěji uváděli, že tento jedinec přišel o končetinu nebo jinou část těla například při autonehodě.

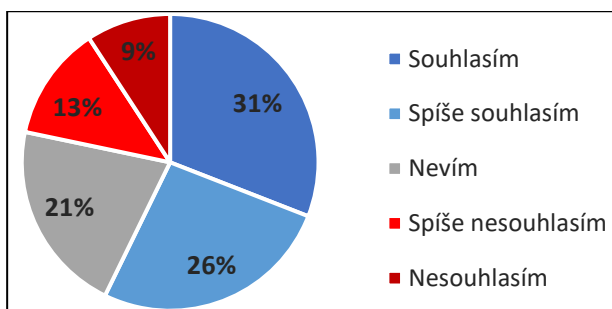
Respondenti také upozorňovali na to, že zdravotní postižení jedincům stěžuje život a přináší jim mnohá omezení v normálním životě. Mnoho respondentů si však uvědomilo, že i přes tato omezení jsou jedinci se ZP v mnoha ohledech stejní jako zdraví lidé. Někteří respondenti navíc uvedli, že jedinci se ZP jsou dobří a hodní lidé. Také v odpovědích reflektovali situaci jedince se ZP, který často není schopen žít sám a potřebuje pomoc ostatních.

6. Všechny děti by měly být vzdělávány ve školách hlavního vzdělávacího proudu (= běžné základní školy).

Tabulka č. 5: Vzdělávání dětí se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	47	31 %
Spíše souhlasím	40	26 %
Nevím	32	21 %
Spíše nesouhlasím	19	13 %
Nesouhlasím	14	9 %
Celkem	152	100 %

Graf č. 2: Vzdělávání dětí se ZP



Zdroj: vlastní zpracování

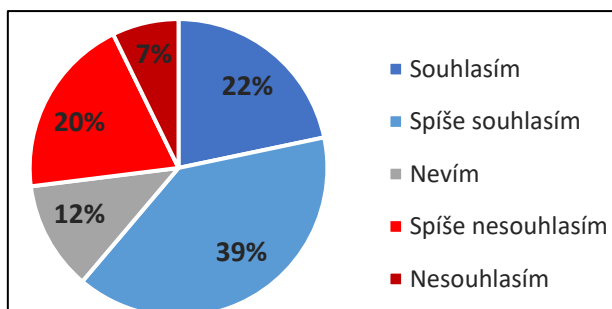
Zdroj: vlastní zpracování

Položka č. 6 se zabývala postoji respondentů ke společnému vzdělávání. Četnost odpovědí se postupně zvyšovala od stupně „nesouhlasím“ (9 %) po stupeň „souhlasím“ (31 %). Nelze tvrdit, že respondenti jednoznačně souhlasí se vzděláváním všech dětí ve školách hlavního vzdělávacího proudu, avšak více než polovina odpovědí (57 %) se pohybovala v kladných stupních. Pětina respondentů (21 %) nedokázala posoudit, zda se společným vzděláváním souhlasí či nikoliv.

7. Naše společnost má pozitivní vztah k jedincům se zdravotním postižením.

Tabulka č. 6: Vztah společnosti k jedincům se ZP Graf č. 3: Vztah společnosti k jedincům se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	33	22 %
Spíše souhlasím	60	39 %
Nevím	18	12 %
Spíše nesouhlasím	30	20 %
Nesouhlasím	11	7 %
Celkem	152	100 %



Zdroj: vlastní zpracování

Zdroj: vlastní zpracování

V položce č. 7 měli respondenti posoudit, jaký je vztah společnosti k jedincům se ZP. Z odpovědí vyplývá, že podle respondentů je tento vztah spíše pozitivní. Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce respondentů (39 %). Naopak pouze 7 % dotázaných uvedlo, že společnost nemá pozitivní vztah k jedincům se ZP.

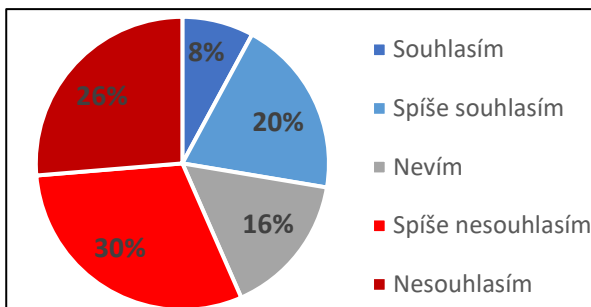
8. Děti se zdravotním postižením by se měly vzdělávat pouze ve speciálních školách.

Tabulka č. 7: Vzdělávání dětí se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	12	8 %
Spíše souhlasím	30	20 %
Nevím	24	16 %
Spíše nesouhlasím	46	30 %
Nesouhlasím	40	26 %
Celkem	152	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 4: Vzdělávání dětí se ZP



Zdroj: vlastní zpracování

Položka č. 8 je kontrolní k položce č. 6. Vzhledem k odpovědím na položku č. 6 se dalo předpokládat, že četnost odpovědí bude u položky č. 8 postupně klesat od záporných stupňů po stupně kladné. Tento předpoklad se potvrdil pouze částečně. Ačkoli se 56 % odpovědí pohybuje v záporných stupních, respondenti častěji volili stupeň „spíše nesouhlasím“ (30 %). Z těchto dvou položek vyplývá, že respondenti souhlasí se vzděláváním všech dětí ve školách hlavního vzdělávacího proudu a spíše nesouhlasí se vzděláváním dětí se ZP pouze ve speciálních školách.

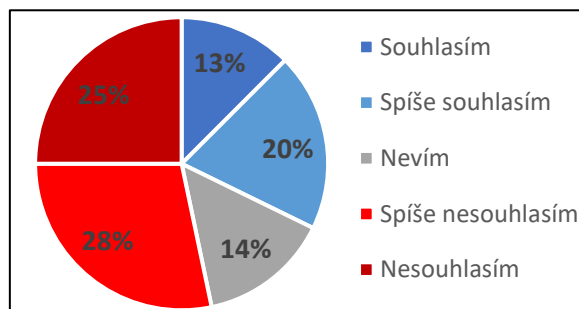
9. Nevím, jak se mám chovat k jedincům se zdravotním postižením.

Tabulka č. 8: Chování k jedincům se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	19	13 %
Spíše souhlasím	30	20 %
Nevím	22	14 %
Spíše nesouhlasím	43	28 %
Nesouhlasím	38	25 %
Celkem	152	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 5: Chování k jedincům se ZP



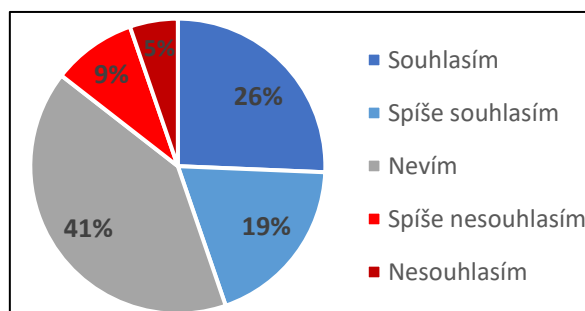
Zdroj: vlastní zpracování

I přes skutečnost, že se respondenti setkávají se spolužákem se ZP téměř každý den ve třídě, pouze polovina (53 %) uvedla, že ví či spíše ví, jak se chovat k jedincům se ZP. 13 % respondentů přiznalo, že neví, jak se k těmto jedincům chovat.

10. Setkání s jedincem se zdravotním postižením mi přineslo pozitivní zkušenost do mého budoucího života.

Tabulka č. 9: Pozitivní zkušenost s jedincem se ZP Graf č. 6: Pozitivní zkušenost s jedincem se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	39	26 %
Spíše souhlasím	29	19 %
Nevím	62	41 %
Spíše nesouhlasím	14	9 %
Nesouhlasím	8	5 %
Celkem	152	100 %



Zdroj: vlastní zpracování

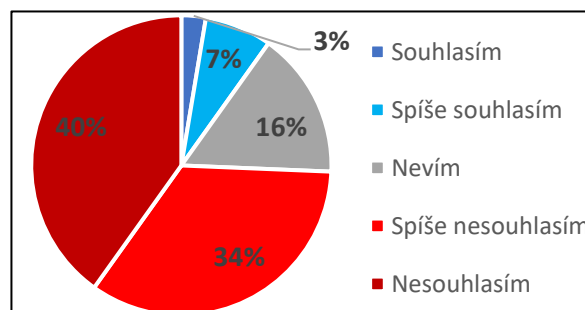
Zdroj: vlastní zpracování

V položce č. 10 nejvíce respondentů zvolilo odpověď „nevím“ (41 %). Z toho vyplývá, že respondenti pravděpodobně ve svém věku ještě nedokáží posoudit, zda jim setkání s jedincem se ZP přineslo pozitivní či negativní zkušenost. Pokud respondenti tuto zkušenost dokázali posoudit, jejich odpovědi se pohybovaly v kladných stupních. 26 % respondentů s tvrzením souhlasilo a 19 % spíše souhlasilo.

11. Převládají u mě negativní pocity vůči jedincům se zdravotním postižením.

Tabulka č. 10: Negativní pocity vůči jedincům se ZP Graf č. 7: Negativní pocity vůči jedincům se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	4	3 %
Spíše souhlasím	11	7 %
Nevím	24	16 %
Spíše nesouhlasím	52	34 %
Nesouhlasím	61	40 %
Celkem	152	100 %



Zdroj: vlastní zpracování

Zdroj: vlastní zpracování

Položka č. 11 zjišťovala, zda u respondentů převládají negativní pocity vůči jedincům se ZP. Z četnosti odpovědí jasně vyplývá, že negativní pocity u respondentů nepřevládají (40 %) či spíše nepřevládají (34 %). Pouze 3 % dotázaných uvedla, že mají vůči jedincům se ZP negativní pocity.

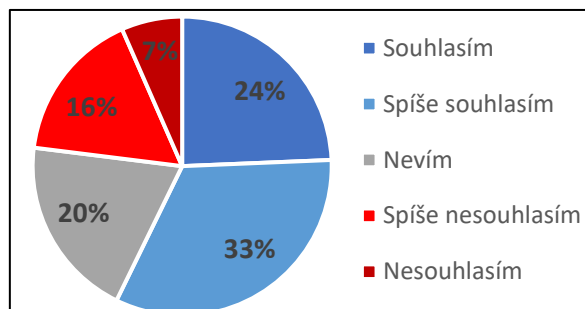
12. Domnívám se, že potřeby žáka se zdravotním postižením by byly lépe uspokojovány ve speciální škole.

Tabulka č. 11: Potřeby žáka se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	37	24 %
Spíše souhlasím	50	33 %
Nevím	30	20 %
Spíše nesouhlasím	25	16 %
Nesouhlasím	10	7 %
Celkem	152	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 8: Potřeby žáka se ZP



Zdroj: vlastní zpracování

Položka č. 12 se znovu zabývala postoji respondentů ke společnému vzdělávání. Z předchozích položek č. 6 a 8 vyplývá, že respondenti se společným vzděláváním spíše souhlasí. Položka č. 12 se však zaměřovala na potřeby žáků se ZP. Více než polovina respondentů (57 %) souhlasila či spíše souhlasila s tím, že potřeby žáka se ZP by byly lépe uspokojovány ve speciální škole. Pouze 7 % dotázaných s tímto tvrzením nesouhlasilo a 16 % spíše nesouhlasilo. 20 % respondentů toto tvrzení nedokázalo posoudit.

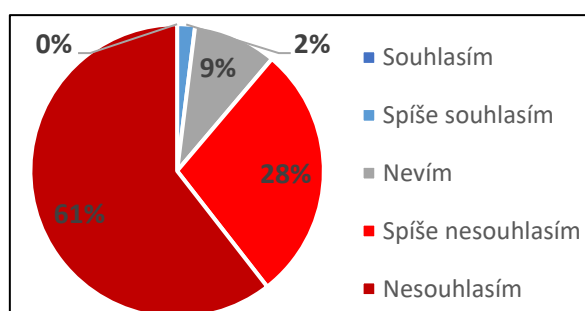
13. Myslím si, že jedinci se zdravotním postižením nepotřebují pomáhat a vše zvládnou sami.

Tabulka č. 12: Pomoc jedincům se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	0	0 %
Spíše souhlasím	3	2 %
Nevím	14	9 %
Spíše nesouhlasím	43	28 %
Nesouhlasím	92	61 %
Celkem	152	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 9: Pomoc jedincům se ZP



Zdroj: vlastní zpracování

V položce č. 13 většina respondentů (61 %) nesouhlasila s tvrzením, že jedinci se ZP nepotřebují pomáhat a vše zvládnout sami. Žádný respondent nevyjádřil souhlas a pouze 2 % dotázaných spíše souhlasilo.

V následující části dotazníku měli pokračovat pouze ti respondenti, kteří se v průběhu školní docházky setkali se žákem se ZP. Druhou část dotazníku vyplnilo celkem 144 respondentů. 8 respondentů si přítomnost spolužáka se ZP neuvědomilo. V následujících položkách je pozornost přesunuta od jedinců se ZP k žákům se ZP.

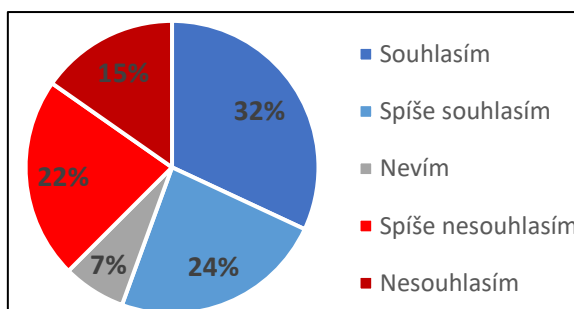
14. Učitelé nás dostatečně seznámili s potřebami spolužáka se zdravotním postižením.

Tabulka č. 13: Informace od učitelů

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	46	32 %
Spíše souhlasím	34	24 %
Nevím	10	7 %
Spíše nesouhlasím	32	22 %
Nesouhlasím	22	15 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 10: Informace od učitelů



Zdroj: vlastní zpracování

Z položky č. 14 vyplývá, že pouze 32 % respondentů se cítí být od učitelů dostatečně seznámeno s potřebami žáků se ZP. Částečně seznámeno je 24 % respondentů. Opačný pocit má při sečtení obou záporných stupňů 37 % žáků.

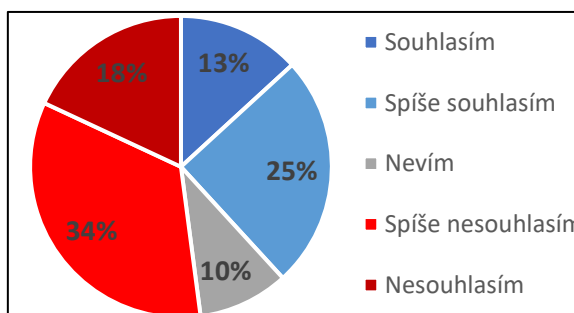
15. Myslím si, že žáci se zdravotním postižením by měli mít stejné podmínky pro hodnocení jako ostatní žáci.

Tabulka č. 14: Stejně podmínky pro hodnocení

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	19	13 %
Spíše souhlasím	36	25 %
Nevím	14	10 %
Spíše nesouhlasím	49	34 %
Nesouhlasím	26	18 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 11: Stejně podmínky pro hodnocení



Zdroj: vlastní zpracování

Z položky č. 15 vyplývá, že 38 % respondentů souhlasí či spíše souhlasí s tím, že žáci se ZP by měli mít stejné podmínky pro hodnocení jako ostatní žáci. Naopak 52 % respondentů se s tímto postojem neztotožňuje. Z toho vyplývá, že většina respondentů uznává, že žáci se ZP by měli mít podmínky pro hodnocení nějakým způsobem individualizované.

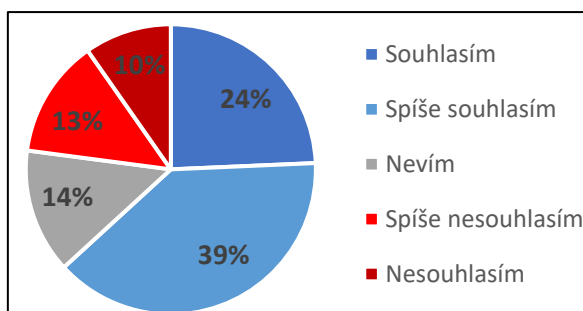
16. Mám pocit, že učitel věnuje více času a pozornosti spolužákovi se zdravotním postižením.

Tabulka č. 15: Učitel a žák se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	35	24 %
Spíše souhlasím	56	39 %
Nevím	20	14 %
Spíše nesouhlasím	19	13 %
Nesouhlasím	14	10 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 12: Učitel a žák se ZP



Zdroj: vlastní zpracování

V položce č. 16 respondenti posuzovali, zda učitel věnuje více času a pozornosti spolužákovi se ZP. 39 % respondentů zvolilo stupeň „spíše souhlasím“ a 24 % „souhlasím“. Naproti tomu pouze 23 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasilo či spíše nesouhlasilo. Jedná se o standardní jev, kdy učitel věnuje více času a pozornosti žákovi se ZP, jehož potřeby tento přístup vyžadují.

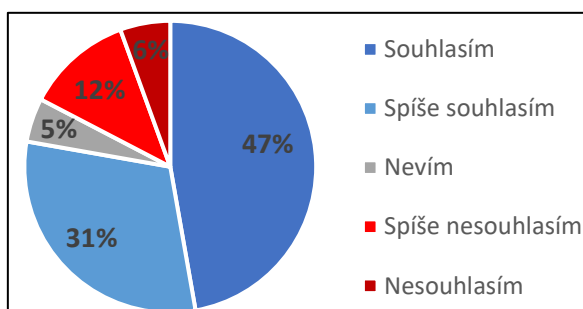
17. Nedělá mi problém se přizpůsobit potřebám mého spolužáka se zdravotním postižením.

Tabulka č. 16: Přizpůsobení se potřebám spolužáka se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	68	47 %
Spíše souhlasím	4	31 %
Nevím	7	5 %
Spíše nesouhlasím	17	12 %
Nesouhlasím	8	6 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 13: Přizpůsobení se potřebám žáka se ZP



Zdroj: vlastní zpracování

V položce č. 17 téměř polovina respondentů (47 %) odpověděla, že jim nečiní žádný problém přizpůsobit se potřebám svého spolužáka se ZP. Poměrně vysoká četnost odpovědí se vyskytuje také u stupně „spíše souhlasím“ (31 %). Důvodem je pravděpodobně nejistota, kdy žák není schopen posoudit, zda správně vnímá potřeby svého spolužáka se ZP.

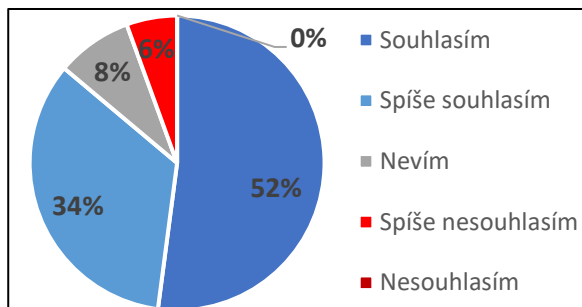
18. Chápu, že spolužák se zdravotním postižením potřebuje určité úlevy ve výuce.

Tabulka č. 17: Pochopení pro úlevy ve výuce

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	75	52 %
Spíše souhlasím	49	34 %
Nevím	12	8 %
Spíše nesouhlasím	8	6 %
Nesouhlasím	0	0 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 14: Pochopení pro úlevy ve výuce



Zdroj: vlastní zpracování

Z četnosti odpovědí u položky č. 18 jednoznačně vyplývá, že respondenti respektují úlevy ve výuce u žáků se ZP. Odpověď v kladných stupních zvolilo až 86 % respondentů. Žádný respondent nezvolil stupeň „nesouhlasím“. Pokud se tato položka porovná s položkou č. 15, která se týkala podmínek pro hodnocení, je znatelné, že v položce č. 18 jsou respondenti mnohem shovívavější. Úlevy ve výuce žáci tolerují více než individualizované podmínky pro hodnocení, i když se prakticky jedná o totéž.

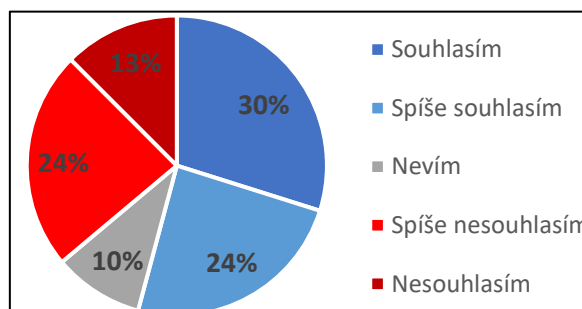
19. Zdravotní postižení mého spolužáka nijak nebránilo tomu, aby se bez problémů začlenil do třídního kolektivu.

Tabulka č. 18: Začlenění do třídního kolektivu

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	43	30 %
Spíše souhlasím	35	24 %
Nevím	14	10 %
Spíše nesouhlasím	34	24 %
Nesouhlasím	18	13 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 15: Začlenění do třídního kolektivu



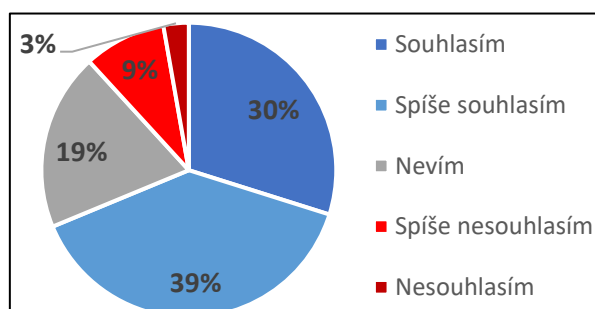
Zdroj: vlastní zpracování

Položka č. 19 se zabývala začleněním žáků se ZP do třídního kolektivu z hlediska jejich zdravotního postižení. Z odpovědí vyplývá, že začlenění má spíše různorodý průběh a pravděpodobně závisí na typu postižení. Přestože převládají odpovědi v kladných stupních (54 %), četnost záporných odpovědí není zanedbatelná (37 %).

20. Učitelé jsou shovívavější k žákům se zdravotním postižením.

Tabulka č. 19: Shovívavost učitelů k žákům se ZP Graf č. 16: Shovívavost učitelů k žákům se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	43	30 %
Spíše souhlasím	56	39 %
Nevím	28	19 %
Spíše nesouhlasím	13	9 %
Nesouhlasím	4	3 %
Celkem	144	100 %



Zdroj: vlastní zpracování

Zdroj: vlastní zpracování

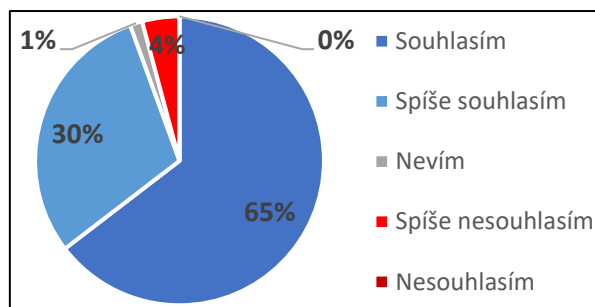
Z četnosti odpovědí u položky č. 20 jednoznačně vyplývá, že učitelé jsou shovívavější k žákům se ZP. Pro tuto odpověď se rozhodlo 30 % respondentů a 39 % zvolilo stupeň „spíše souhlasím“. Z tohoto zjištění nemusí nutně plynout závěr, že učitelé žákům se ZP nadřezují. Ve skutečnosti se snaží žáky se ZP motivovat k výuce, která pro ně může být vzhledem ke zdravotnímu postižení náročnější než pro zdravé jedince.

21. Pokud mě spolužák se zdravotním postižením požádá o pomoc, rád mu vyhovím.

Tabulka č. 20: Vyhovění žádosti o pomoc

Graf č. 17: Vyhovění žádost i pomoc

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	93	65 %
Spíše souhlasím	43	30 %
Nevím	2	1 %
Spíše nesouhlasím	6	4 %
Nesouhlasím	0	0 %
Celkem	144	100 %



Zdroj: vlastní zpracování

Zdroj: vlastní zpracování

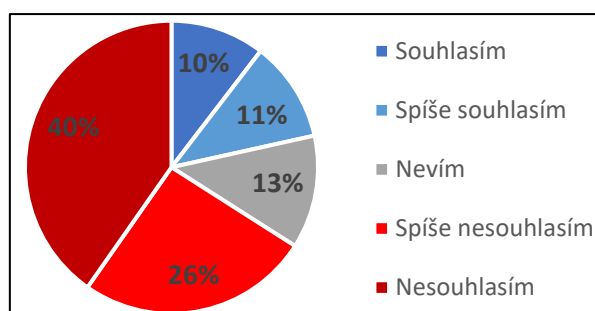
Položka č. 21 zjišťovala, jak respondenti reagují na požádání o pomoc ze strany spolužáka se ZP. Zjištěná data potvrzují základní aspekt mezilidských vztahů, a to ochotu pomoci. Až 65 % respondentů uvedlo, že pokud je spolužák se ZP požádá o pomoc, rádi mu vyhoví. 30 % dotázaných s tímto tvrzením spíše souhlasilo a pouze 4 % spíše nesouhlasilo. Žádný respondent s tímto tvrzením přímo nesouhlasil.

22. To, že máme ve třídě spolužáka se zdravotním postižením, mě negativně ovlivňuje.

Tabulka č. 21: Negativní ovlivnění žáků

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	15	10 %
Spíše souhlasím	16	11 %
Nevím	18	13 %
Spíše nesouhlasím	37	26 %
Nesouhlasím	58	40 %
Celkem	144	100 %

Graf č. 18: Negativní ovlivnění žáků



Zdroj: vlastní zpracování

Zdroj: vlastní zpracování

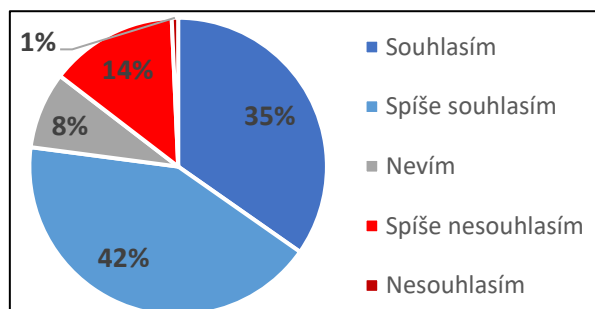
Respondenti se v položce č. 22 vyjadřovali k tvrzení, že přítomnost žáka se ZP je negativně ovlivňuje. I když celkem 66 % dotázaných s tímto tvrzením nesouhlasilo či spíše nesouhlasilo, pětina respondentů (21 %) se cítí být více či méně negativně ovlivňována. Důvodem může být typ zdravotního postižení daného spolužáka, ale také přístup učitelů.

23. Pokud mám pracovat na společném úkolu se spolužákem se zdravotním postižením, snažím se přizpůsobit jeho tempu práce.

Tabulka č. 22: Přizpůsobení tempu práce

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	50	35 %
Spíše souhlasím	61	42 %
Nevím	12	8 %
Spíše nesouhlasím	20	14 %
Nesouhlasím	1	1 %
Celkem	144	100 %

Graf č. 19: Přizpůsobení tempu práce



Zdroj: vlastní zpracování

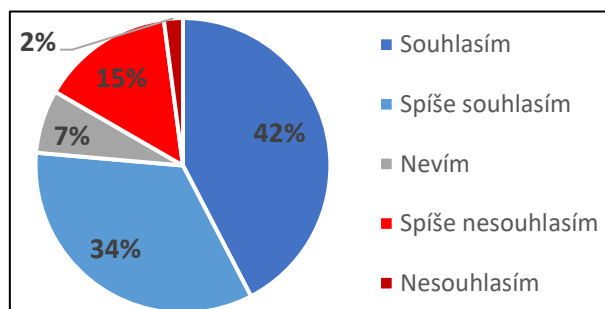
Zdroj: vlastní zpracování

Položka č. 23 spolu s předcházející položkou č. 17 zjišťovala, zda se žáci 2. stupně ZŠ dokáží přizpůsobit potřebám svého spolužáka se ZP. V položce č. 23 většina respondentů souhlasila s tvrzením, že při společném úkolu se snaží přizpůsobit tempu práce jejich spolužáka se ZP. Více respondentů však zvolilo stupeň „spíše souhlasím“ (42 %) než „souhlasím“ (35 %). Pro žáky je pravděpodobně obtížné zhodnotit sami sebe, jak se přizpůsobují svému spolužákovi se ZP.

24. Nedělá mi problém trávit přestávky se spolužákem, který má zdravotní postižení.

Tabulka č. 23: Trávení přestávek se spolužákem se ZP Graf č. 20: Trávení přestávek se spolužákem se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	61	42 %
Spíše souhlasím	49	34 %
Nevím	10	7 %
Spíše nesouhlasím	21	15 %
Nesouhlasím	3	2 %
Celkem	144	100 %



Zdroj: vlastní zpracování

Zdroj: vlastní zpracování

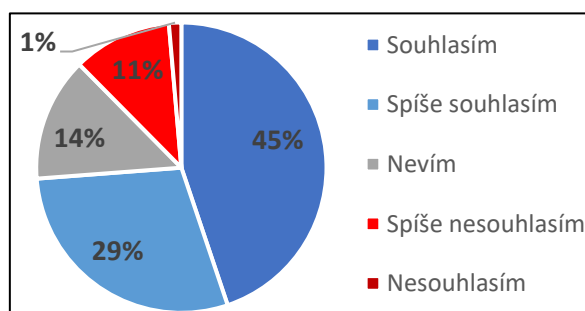
V položce č. 24 většina respondentů uvedla, že jim nedělá problém trávit přestávky se spolužákem se ZP. Stupeň „souhlasím“ zvolilo 42 % respondentů a stupeň „spíše souhlasím“ 34 %. Někteří respondenti však zvolili i záporné stupně, a to celkem 17 %.

25. Snažím se mému spolužákovi se zdravotním postižením pomáhat.

Tabulka č. 24: Snaha pomoci spolužákovi se ZP

Graf č. 21: Snaha pomoci spolužákovi se ZP

Stupeň souhlasu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	65	45 %
Spíše souhlasím	42	29 %
Nevím	20	14 %
Spíše nesouhlasím	16	11 %
Nesouhlasím	2	1 %
Celkem	144	100 %



Zdroj: vlastní zpracování

Zdroj: vlastní zpracování

Položka č. 25 se opět vrací k ochotě pomoci. Na rozdíl od položky č. 21 se však v této položce jedná o trvalou snahu pomáhat, nikoli o pomoc na požádání. Tento rozdíl je znatelný i ve zjištěných datech. Zatímco v položce č. 21 stupeň „souhlasím“ zvolilo 65 % respondentů, v položce č. 25 tento stupeň zvolilo pouze 45 %. Dva respondenti se dokonce přiznali, že se nesnaží svému spolužákovi se ZP pomáhat.

4.5.2 Interpretace výsledků

V úvodu praktické části byly stanoveny celkem čtyři výzkumné otázky, které tvoří jedna hlavní výzkumná otázka a tři dílčí výzkumné otázky. V této podkapitole jsou výzkumné otázky zodpovězeny prostřednictvím výsledků zjištěných z dotazníku.

Hlavní výzkumná otázka vychází především z výsledků zjištěných v první části dotazníku, která se zabývala postoji žáků 2. stupně ZŠ k jedincům se ZP. Druhá část dotazníku byla zaměřena na postoje žáků 2. stupně ZŠ k jejich spolužákům se ZP. Obě části dotazníku i stanovené výzkumné otázky spolu souvisí a odpovědi na výzkumné otázky se tedy vzájemně doplňují. Syntézou zjištěných výsledků dochází ke splnění cíle bakalářské práce, kterým je zjistit postoje žáků 2. stupně ZŠ ke spolužákům se ZP. Cíl práce je podrobně okomentován a porovnán s teoretickými východisky v následné diskuzi.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké postoje mají žáci 2. stupně ZŠ k jedincům se zdravotním postižením?

Jak už jsem zmínila výše, odpověď na hlavní výzkumnou otázku dávají položky z první části dotazníku, konkrétně č. 6 až 13. Z položek č. 6, 8 a 12 vyplývá, že většina žáků 2. stupně ZŠ zastává pozitivní postoje ke společnému vzdělávání spolu s jedinci se ZP. Žáci se spíše neztotožňují s názorem, který prosazuje separaci jedinců se ZP výhradně do speciálních škol. Z toho lze vyvodit, že žáci 2. stupně ZŠ nevnímají jedince se ZP jako něco nepříjemného, či dokonce ohrožujícího, čemu je třeba se vyhnout. Je možné, že pro ně jedinci se ZP představují něco neznámého a nového, ale i přesto k nim nezaujímají odmítavé postoje. Žáci též reflektují potřeby a zvýšené nároky jedinců se ZP, na které nejsou školy hlavního vzdělávacího proudu v mnoha případech dostatečně připravené. Z toho důvodu se žáci 2. stupně ZŠ domnívají, že potřeby jedince se ZP by byly lépe uspokojovány ve speciální škole. To se však nevylučuje z jejich pozitivním postojem ke společnému vzdělávání.

Položky č. 7, 9, 10 a 11 se zabývaly vztahem a pocity žáků 2. stupně ZŠ k jedincům se ZP. Podle žáků je vztah společnosti k jedincům se ZP spíše pozitivní a drtivá většina z nich nesouhlasila s tvrzením, že u nich převládají negativní pocity vůči jedincům se ZP. Obecně lze tvrdit, že žáci 2. stupně ZŠ zaujímají pozitivní postoje k jedincům se ZP. I

přes to se někteří žáci přiznali, že neví nebo si nejsou jistí, jak se mají k jedincům se ZP chovat. Velké množství žáků 2. stupně ZŠ také nebylo schopno posoudit, zda jim setkání s jedincem se ZP přineslo pozitivní či negativní zkušenost do budoucího života. Důvodem může být jejich nízký věk. Zkušenost s jedincem se ZP pravděpodobně ocení až v následujících letech svého života.

Na závěr první části položka č. 13 zjišťovala postoj žáků 2. stupně ZŠ k potřebě pomáhat jedincům se ZP. Žádný žák nevyjádřil souhlas s tvrzením, že jedinci se ZP nepotřebují pomáhat a vše zvládnou sami. Žáci si uvědomují, že jedinci se ZP potřebují pomoc druhých, jelikož mnoho životně důležitých věcí sami nezvládají.

Díličí výzkumné otázky:

Kdo je pro žáky 2. stupně ZŠ jedinec se zdravotním postižením?

Jak už jsem zmínila výše, tato díličí výzkumná otázka koresponduje s otevřenou otázkou č. 5 v dotazníku. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že pro žáky 2. stupně ZŠ je jedinec se ZP ten, kdo má fyzické či mentální postižení a většinou se pohybuje na mechanickém vozíku. Toto postižení má jedinec buď vrozené, nebo získané během života například při autonehodě. Podle žáků 2. stupně ZŠ zdravotní postižení jedincům stěžuje život a přináší jim mnohá omezení v normálním životě. Tito jedinci často nejsou schopni žít sami a potřebují pomoc ostatních. Žáci však upozorňují na to, že i přes tato omezení jsou jedinci se ZP stejní jako zdraví lidé. Podle některých žáků 2. stupně ZŠ jsou jedinci se ZP také dobří a hodní lidé.

Jaké postoje mají žáci 2. stupně ZŠ ke společnému vzdělávání s jedinci se zdravotním postižením ve školách hlavního vzdělávacího proudu?

Tato výzkumná otázka vychází z výsledků zjištěných v položkách č. 6, 8, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 22 a 24. Z položek č. 6, 8 a 12 vyplývá, že většina žáků 2. stupně ZŠ souhlasí s tím, že všechny děti by měly být vzdělávány ve školách hlavního vzdělávacího proudu. Žáci spíše odmítají vzdělávání dětí se ZP pouze ve speciálních školách. Pokud jsou však žáci dotazováni na potřeby dětí se ZP, výsledky se relativně změní. Žáci 2. stupně ZŠ se domnívají, že potřeby žáka se ZP by byly lépe uspokojovány ve speciální škole. Tímto se nemění pozitivní postoj žáků ke společnému vzdělávání, které zajišťuje rovné příležitosti pro všechny typy žáků, avšak žáci na toto vzdělávání nahlíží z pohledu

potřeb žáků se ZP. Speciální školy přizpůsobují veškerou výuku žákům se ZP, kteří zde mají potřebné pomůcky a zázemí.

Položky č. 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22 a 24 zjišťovaly kromě postojů ke společnému vzdělávání také postoje k samotnému fungování tohoto vzdělávání, jehož jsou respondenti přímými účastníky. Více než polovina žáků 2. stupně ZŠ uznává, že žáci se ZP by měli mít podmínky pro hodnocení nějakým způsobem individualizované vzhledem k jejich zdravotnímu postižení. Zároveň většina žáků respektuje úlevy ve výuce u žáků se ZP. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že úlevy ve výuce jsou pro žáky přijatelnější než individualizované podmínky pro hodnocení, i když se prakticky jedná o totéž. Slovo *hodnocení* v žácích vyvolává soutěživost a žáci pak nárokují spravedlnost a rovnost podmínek pro všechny.

Většina žáků 2. stupně ZŠ se necítí být společným vzděláváním negativně ovlivňována. Někteří žáci však uvádí, že přítomnost spolužáka se ZP má na ně negativní dopad. Důvodem může být typ zdravotního postižení jejich spolužáka nebo také přístup učitelů. Vzhledem k poměrně nízkému počtu žáků, kteří se cítí být od učitelů dostatečně seznámeni s potřebami spolužáka se ZP, může ve třídě docházet k mnoha nedorozuměním. Žáci 2. stupně ZŠ jako účastníci společného vzdělávání uvádí, že učitelé jsou k žákům se ZP shovívavější a věnují jim více času a pozornosti. Jedná se o standardní jev, kdy úkolem učitele je motivovat žáky se ZP k výuce, která pro ně může být vzhledem k jejich zdravotnímu postižení náročnější než pro zdravé jedince. Z toho důvodu věnují více času a pozornosti žákům se ZP, jejichž potřeby tento přístup vyžadují. Učitelé by však měli míru této shovívavosti a pozornosti udržet tak, aby se ostatní žáci necítili znevýhodnění a nedocházelo k vylučování žáka se ZP z třídního kolektivu. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že začlenění žáka se ZP do třídního kolektivu má spíše různorodý průběh. Přestože převládají odpovědi v kladných stupních, četnost záporných odpovědí není zanedbatelná. Začlenění pravděpodobně závisí na typu postižení, ale také na povaze žáka se ZP. Co se týče trávení společného času se spolužákem se ZP, většina žáků 2. stupně ZŠ odpověděla, že jim nečiní žádný problém trávit přestávky se spolužákem, který má zdravotní postižení.

Jak žáci 2. stupně ZŠ vnímají potřeby žáků se zdravotním postižením?

Odpoověď na tuto výzkumnou otázku podávají výsledky v položkách č. 12, 13, 15, 17, 18, 21, 23 a 25. Jak jsem zmínila v předchozí výzkumné otázce, podle žáků 2. stupně ZŠ by byly potřeby žáků se ZP lépe uspokojovány ve speciální škole, která je přímo těmto žákům přizpůsobena. Co se týče společného vzdělávání na školách hlavního vzdělávacího proudu, žáci 2. stupně ZŠ vnímají potřeby žáků se ZP realisticky a nezaujatě. Většina žáků respektuje úlevy ve výuce a individualizované podmínky pro hodnocení u žáků se ZP.

Položky č. 17 a 23 zjišťovali, jak žáci 2. stupně ZŠ vnímají potřeby svého spolužáka se ZP. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že žákům většinou nečiní žádný problém se potřebám spolužáka se ZP přizpůsobit a při společném úkolu následují jeho tempo práce. V těchto dvou položkách žáci velmi často volili stupeň „spíše souhlasím“. Důvodem je pravděpodobně nejistota, kdy žák není schopen posoudit, zda správně vnímá potřeby svého spolužáka se ZP. Navíc je pro žáky obtížné zhodnotit sami sebe, jak se dokáží přizpůsobit. Nejvíce žáků však odpovědi volilo v kladných stupních, z čehož lze vyvodit, že žáci 2. stupně ZŠ se snaží potřeby svého spolužáka se ZP vnímat citlivě.

V položkách č. 13, 21 a 25 žáci 2. stupně ZŠ vyjadřovali svůj stupeň souhlasu s tvrzeními, jež se týkaly pomoci jedincům či žákům se ZP. Žáci si uvědomují, že jedinci se ZP potřebují pomoc druhých, jelikož mnoho životně důležitých věcí nezvládají sami. Ze zjištěných výsledků také vyplývá, že drtivá většina žáků 2. stupně ZŠ je ochotna pomoci svému spolužákovi se ZP, který požádá o pomoc. Rozdílné výsledky však byly zjištěny, pokud se jedná o trvalou snahu pomáhat bez předchozího požádání. V tomto případě je již méně aktivních žáků. Závěrem lze tvrdit, že většina žáků 2. stupně ZŠ je ochotna spolužákovi se ZP pomoci, avšak u méně než poloviny se jedná o trvalejší snahu pomáhat. Ne každý žák je schopen neustále nabízet svou pomoc. Toto zjištění však nevyvrací skutečnost, že žáci 2. stupně ZŠ vnímají potřeby svých spolužáků se ZP a snaží se jim vyhovovat či přizpůsobovat.

5 DISKUZE

V rámci inkluzivního (společného) vzdělávání se žáci ve školách hlavního vzdělávacího proudu stále více setkávají s jedinci se ZP, k nimž zauímají určité postoje. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké postoje žáci 2. stupně ZŠ zauímají ke spolužákům se ZP. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 152 žáků 2. stupně ZŠ, kteří mají ve třídě spolužáka se ZP. Důležité je zmínit, že osm žáků nepokračovalo ve vyplňování druhé části dotazníku, která byla určena pro žáky, kteří se během své školní docházky setkali se žákem se ZP. Z toho dva žáci uvedli, že se nikdy nesečkali s jedincem se ZP a šest žáků označilo jiné místo setkání než vlastní třídu. Z toho vyplývá, že tito žáci si neuvědomují přítomnost spolužáka se ZP ve své třídě, nýbrž vnímají jedince se ZP na jiných místech, jako je například divadlo, obchodní centrum či nemocnice. Důvodem může být lehké zdravotní postižení jejich spolužáka, které nemá žádný vliv na průběh vyučování a vzhledem k tomu si žáci zdravotní postižení svého spolužáka neuvědomují.

Postoje jsou přetrvávající získané dispozice k určitému hodnocení a z toho vyplývajícím specifickému způsobu chování v různých situacích, respektive ve vztahu k nějakým objektům. V případě této bakalářské práce jsou objekty žáci se ZP. Jednoduše řečeno se jedná o sklon ustáleným způsobem reagovat na jedince se ZP. Postoje obvykle vycházejí z hodnotového žebříčku žáků a vyznačují se určitým stupněm stálosti a různou mírou intenzity. (Hartl & Hartlová, 2000, Vágnerová, 2010) Postoje jsou složité a mohou se projevovat na mnoha úrovních. Každý postoj má tři komponenty – kognitivní, emotivní a konativní, které jsou následně rozebrány ve vztahu k jedincům se ZP. Kognitivní komponenty zahrnují to, co žáci 2. stupně ZŠ o jedincích se ZP, jakožto objektu svého postoje, ví. Jedná se tedy o souhrn informací o postižení, potřebách a dalších vlastnostech jedinců se ZP a z něho vyplývající názor na tyto jedince. Emotivní neboli afektivní komponenty zahrnují emoce, které jedinci se ZP v žácích 2. stupně ZŠ vyvolávají. Jedinci se ZP mohou vyvolávat příjemné či nepříjemné emoce a vzhledem k tomu lze rozlišovat pozitivní či negativní postoje, které mají různou intenzitu. Konativní neboli behaviorální komponenty jsou vnějším projevem postoje a vyjadřují snahu či pohotovost chovat se vůči jedincům se ZP určitým způsobem. Jedná se tedy o snahu pomáhat, ochotu přizpůsobit se potřebám jedinců se

ZP nebo s nimi trávit čas o přestávce. (Hayesová, 2003; Nakonečný, 2009; Vágnerová, 2010)

Co se týče kognitivní dimenze postojů, žáci znají mnoho informací o jedincích se ZP, a mohou si tak na ně udělat vlastní názor. To vyplývá z otevřené otázky v dotazníku, kde žáci 2. stupně ZŠ zmínili všechny aspekty zdravotního postižení včetně jeho rozdělení podle vzniku a typu. Navíc se žáci při definování těchto jedinců nezabývali pouze jejich postižením a nedostatky, ale také jejich kladnými vlastnostmi a potřebou pomoci a podpory. Dnes již nemluvíme o postiženém, nýbrž o člověku, osobě či jedinci se ZP. (Procházková, 2011) Co se týče znalostí potřeb, někteří žáci se necítí být od učitelů dostatečně seznámeni s potřebami spolužáka se ZP. I přes to většina žáků respektuje individuální pracovní tempo a individualizaci kritérií hodnocení pro žáky se ZP. Žáci se snaží reflektovat potřeby a zvýšené nároky svých spolužáků se ZP, na které nejsou školy hlavního vzdělávacího proudu v mnoha případech dostatečně připravené. Z těchto důvodů se žáci 2. stupně ZŠ domnívají, že potřeby jedince se ZP by byly lépe uspokojovány ve speciální škole. Speciální školy přizpůsobují veškerou výuku žákům se ZP, kteří zde mají potřebné pomůcky a zázemí. Na druhou stranu si žáci možná neuvědomují, že žáci se ZP ztrácejí ve speciálních školách kontakt se zdravými jedinci, a snižují se tak příležitosti pro jejich socializaci, která je nezbytná pro plnohodnotný život. Osobnost jedince se ZP je významně ovlivněna tím, že jakékoliv postižení zcela obecně vede k omezení sociálního kontaktu, a tím i zkušeností s různými sociálními rolami. Děti poznají mnohem méně variant chování, navíc ve stereotypnějších situacích. Dochází tedy ke zvyšování sociální izolace jedinců se ZP. (Požár, 2016, Vágnerová, 2004a)

Emotivní neboli afektivní dimenze postojů zahrnuje emoce, které v žácích 2. stupně ZŠ vyvolávají jejich spolužáci se ZP. Z výsledků je patrné, že u žáků nepřevládají nepříjemné emoce vůči jejich spolužákům se ZP. Vzhledem k tomu lze tvrdit, že k nim zaujímají spíše pozitivní postoje, které mají různou intenzitu. Tuto intenzitu lze poznat například podle toho, jak se žáci snaží svým spolužákům se ZP pomáhat nebo zda s nimi tráví svůj volný čas. Tyto činnosti již patří do konativní neboli behaviorální dimenze postojů, která je vnějším projevem postoje a vyjadřuje snahu či pohotovost chovat se vůči spolužákům se ZP určitým způsobem. Žákům 2. stupně ZŠ

většinou nečiní žádný problém se přizpůsobit potřebám spolužáka se ZP a při společném úkolu následují jeho tempo práce. Z výsledků také vyplývá, že drtivá většina žáků 2. stupně ZŠ je ochotna spolužákovi se ZP pomoci, avšak u méně než poloviny se jedná o trvalejší snahu pomáhat. Na tomto příkladu lze sledovat právě různou intenzitu pozitivních postojů. Nejintenzivnější pozitivní postoje vyplývají z trávení volného času se spolužákem se ZP. Většina žáků 2. stupně ZŠ odpověděla, že jim nečiní žádný problém trávit přestávky se spolužákem, který má zdravotní postižení.

Obecně lze tvrdit, že žáci 2. stupně ZŠ zauímají převážně pozitivní postoje ke svým spolužákům se ZP. Dokazují to výše zmíněné výsledky zjištěné z dotazníku a z výzkumných otázek. Navíc většina žáků 2. stupně ZŠ zastává pozitivní postoje ke společnému vzdělávání spolu s jedinci se ZP. Žáci spíše odmítají vzdělávání těchto jedinců pouze ve speciálních školách. Z toho vyplývá, že žáci 2. stupně ZŠ nevnímají své spolužáky se ZP jako něco nepříjemného, či dokonce ohrožujícího, čemu je třeba se vyhnout. Je možné, že pro ně představují něco neznámého a nového, ale i přesto k nim nezauímají odmítavé postoje. Podle žáků je vztah společnosti k jedincům se ZP spíše pozitivní, což je odlišné tvrzení, než se lze dočíst v literatuře. Zdravotní postižení je společností často vnímáno jako něco negativního. Postoje společnosti k lidem se ZP bývají odmítavé či ambivalentní. Tyto postoje společnosti se těžko mění a mnohdy můžeme mluvit až o stereotypu neboli předsudku. Jedním z projevů stereotypu je tendence ke generalizaci, tedy sklon vidět všechny šablonovitě bez ohledu na jejich individuální odlišnosti. Ve společnosti bývá s postižením také často spojen pojem stigma, což je označení, či dokonce jakýsi cejch s víceméně negativním významem, který provází všechny takto odlišné jedince. Tyto postoje často vycházejí z nedostatku porozumění problémům jedinců se ZP, jelikož tato problematika byla po dlouhou dobu tabuizována. Laická společnost měla o problémech, možnostech a omezeních lidí s handicapem jen velmi málo informací. (Požár, 2016, Vágnerová, 2004b, 2004c)

Dosáhnout dlouhodobé změny postojů je možné prostřednictvím vzdělávání a sociálních kontaktů. Jinými slovy, čím více jsou žáci vystavováni interakci s vrstevníky se ZP, tím větší je šance pozitivně ovlivnit jejich postoje k osobám s těmito potřebami obecně. (Hájková & Strnadová, 2010) Důkazem jsou výsledky výzkumného šetření, kdy žáci 2. stupně ZŠ, jakožto účastníci inkluzivního vzdělávání, mají ke svým spolužákům se

ZP spíše pozitivní postoje. Jak bylo zmíněno v teoretické části, pubescenti přechází od heteronomní morálky k morálce autonomní. To znamená, že dospívající jedinci přisuzují větší hodnotu vlastním prožitkům a zkušenostem s jedinci se ZP a vybírají si takové normy a hodnoty, o nichž se domnívají, že mají smysl. (Vágnerová, 2012, Vašutová, 2013)

Výsledky výzkumné šetření této bakalářské práce nejsou totožné s výsledky výzkumného šetření Bazalové z roku 2004, ve kterém byly analyzovány postoje k integraci osob s tělesným postižením v brněnském regionu. Ve výzkumu se zjistilo, že nejzaujatější skupinou byli mladiství do 18 let věku, což podle autorky signalizuje stále nedostatečnou integraci dětí do škol hlavního vzdělávacího proudu, nedostatečnou informovanost a následně vznikající negativní postoje vůči osobám s postižením. (Bazalová, 2004, in Hájková & Strnadová, 2010) Nyní se však díky inkluzivnímu vzdělávání žáci na školách hlavního vzdělávacího proudu mnohem častěji setkávají se spolužáky se ZP, než tomu bylo při integraci. Lze tedy předpokládat, že zaujatost dospívajících vůči těmto spolužákům začne slábnout. Z výsledků současného výzkumného šetření lze tvrdit, že tento předpoklad postupně nabývá na pravdě.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje žáků 2. stupně ZŠ ke spolužákům se ZP. Postoje společnosti k jedincům se ZP se postupně mění od negativních postojů k postojům pozitivním. I přes to se v dnešní společnosti dosud objevuje mnoho odmítavých postojů vůči těmto jedincům. Díky inkluzivnímu vzdělávání se žáci stále častěji setkávají s jedinci se ZP, k nimž zauímají určité postoje. Čím více jsou žáci vystavováni interakci s jedinci se ZP, tím větší je šance pozitivně ovlivnit jejich postoje. Žáci tak mají možnost podle vlastních zkušeností dosáhnout dlouhodobé změny postojů. Výsledkem je, že jedinci se ZP se pro nastupující generaci pomalu stávají běžnou součástí života a přestávají být pro společnost něčím neznámým, čemu je lepší se vyhnout.

V teoretické části jsem shrnula poznatky z aktuálních odborných zdrojů. Zabývala jsem se definicí zdravotního postižení a popisem osobnosti jedince se ZP. Poté jsem se věnovala možnostem vzdělávání žáků se SVP a inkluzivnímu vzdělávání. V poslední kapitole teoretické části jsem popsala postoje, jejich změnu a postoje společnosti k osobám se ZP. Na závěr jsem se zabývala prosociálním chováním a morálkou dospívajících, kteří byli předmětem výzkumného šetření.

V praktické části jsem na základě teoretických poznatků stanovila cíle a metodologii výzkumného šetření. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit postoje žáků 2. stupně ZŠ ke spolužákům se ZP. Vzhledem k tomuto cíli byly stanoveny celkem čtyři výzkumné otázky. Výzkumné šetření se uskutečnilo na základě kvantitativní metody sběru dat. Hlavním nástrojem výzkumného šetření byl dotazník, ve kterém byly použity Likertovy škály o pěti stupních. Výzkumný vzorek tvořili žáci 2. stupně ZŠ, kteří měli ve své třídě žáka se ZP. Po získání všech dat jsem provedla vyhodnocení výzkumného šetření pomocí tabulek a grafů. Následně jsem zodpověděla výzkumné otázky a výsledky propojila z teoretickými východisky v diskuzi.

Z výsledků výzkumného šetření jsem zjistila, že žáci 2. stupně ZŠ zauímají převážně pozitivní postoje ke svým spolužákům se ZP. Žáci prokázali, že o jedincích se ZP znají základní informace. Navíc se při definování těchto jedinců nezabývali pouze jejich postižením a nedostatky, ale také jejich kladnými vlastnostmi a potřebou pomoci a

podpory. U žáků nepřevládají nepříjemné emoce vůči jejich spolužákům se ZP, naopak se snaží přizpůsobit jejich potřebám a tempu práce. Žáci 2. stupně ZŠ jsou ochotni svým spolužákům se ZP pomáhat, pokud je o to požádají, a u některých žáků se navíc jedná o trvalou snahu pomáhat. Navíc žákům nečiní žádný problém trávit přestávky se spolužákem se ZP. Co se týče vzdělávání, žáci 2. stupně ZŠ zastávají pozitivní postoje ke společnému vzdělávání se žáky se ZP. Naopak nesouhlasí s jejich vzděláváním pouze ve speciálních školách. Většina žáků se necítí být společným vzděláváním negativně ovlivňována, dokonce respektuje individuální pracovní tempo a individualizaci kritérií hodnocení pro žáky se ZP.

Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření lze tvrdit, že cíl mé bakalářské práce byl splněn. Přínos bakalářské práce spatřuji zejména v přiblížení toho, jaké postoje mají žáci ke svým spolužákům se ZP a k inkluzivnímu vzdělávání. Vypracování práce bylo přínosem i pro mě, neboť jsem získala mnoho cenných poznatků, které mohu využít ve své nastávající profesi. I když je každá třída jiná, je příjemné vědět, že žáci přistupují otevřeně k novým zkušenostem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- Bartoňová, M., & Vítková, M. (2016). Realizace inkluzivní edukace v České republice. In V. Lechta (ed.), *Inkluzivní pedagogika* (s. 205–219). Praha: Portál.
- Drabble, S. (2013). *Support for Children with Special Educational Needs (SEN)*. Evropská unie: RAND Corporation. Dostupné z https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR180.html.
- Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- Hadj-Mousová, Z. (2004). Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In M. Vágnerová, Z. Hadj-Mousová, & S. Štěch, *Psychologie handicapu* (s. 57–64). Praha: Karolinum.
- Hájková, V., & Strnadová, I. (2010). *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hayesová, N. (2003). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Chráška, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada.
- Lechta, V. (2010). Inkluzivní pedagogika – základní vymezení. In V. Lechta (ed.), *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole* (s. 20–41). Praha: Portál.
- Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H & H.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Pipeková, J., & Vítková, M. (2010). Uvedení do speciální pedagogiky. In J. Pipeková, et al., *Kapitoly ze speciální pedagogiky* (s. 109–116). Brno: Paido.
- Požár, L. (2016). Psychologické determinanty inkluzivní pedagogiky. In V. Lechta (ed.), *Inkluzivní pedagogika* (s. 96–109). Praha: Portál.

- Procházková, L. (2011). Zdravotní postižení a zaměstnávání. In D. Opatřilová & L. Procházková, *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením* (s. 103–114). Brno: Masarykova univerzita.
- Průcha, J., Walterová, E. & Mareš, J. (2009). *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál.
- Rajský, A. (2016). Inkluzivní edukace versus inkluzivní kultura. In V. Lechta (ed.), *Inkluzivní pedagogika* (s. 64–76). Praha: Portál.
- Skutil, M. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.
- Slowík, J. (2018). Co je rozmanité a co je společné v inkluzivní škole z hlediska Ukazatele inkluze. *Pedagogická orientace*, 28(2), 213–234.
- Štěch, S. (2018). Inkluzivní vzdělávání – obtížné zvládnání „rozmanitosti“ v praxi. *Pedagogická orientace*, 28(2), 382–398.
- Tannenbergerová, M. (2016). *Průvodce školní inkluzí aneb Jak vypadá kvalitní základní škola současnosti?* Praha: Wolters Kluwer.
- Vágnerová, M. (2004a). Socializace postižených dětí. In M. Vágnerová, Z. Hadj-Moussová, & S. Štěch, *Psychologie handicapu* (s. 158–186). Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2004b). Sociální akceptace a charakteristické rysy postojů společnosti k postižení. In M. Vágnerová, Z. Hadj-Moussová, & S. Štěch, *Psychologie handicapu* (s. 14–32). Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2004c). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2010). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vašutová, M. (2013). Morální vývoj, hodnoty. In M. Vašutová, M. Panáček, a kol., *Mezi dětstvím a dospělostí* (s. 60–65). Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity.
- Žovinec, E. (2016). Inkluzivní didaktika. In V. Lechta (ed.), *Inkluzivní pedagogika* (s. 135–157). Praha: Portál.

Internetové zdroje:

Burtner, P. (2019). *Society's Attitude Toward People with Disabilities*. Gainesville: University of Florida. Dostupné z <https://paul-burtner.dental.ufl.edu/oral-health-care-for-persons-with-disabilities/societys-attitude-toward-people-with-disabilities/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. (2013-2020). *Individuální vzdělávací plán*. Praha: MŠMT. Dostupné z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/individualni-vzdelavaci-plan-1>.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. (2019). *Statistická ročenka školství – výkonové ukazatele*. Praha: MŠMT. Dostupné z <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

Ministerstvo zahraničních věcí ČR. (2010). *Sbírka mezinárodních smluv*. Praha: MZV. Dostupné z www.mvcr.cz/soubor/sb004-10m-pdf.aspx

Národní ústav pro vzdělávání. (2011–2020). *Podpůrná opatření*. Praha: NÚV. Dostupné z <http://www.nuv.cz/t/podpurna-opatreni>.

Národní ústav pro vzdělávání. (2011–2020). *Základní školy speciální*. Praha: NÚV. Dostupné z <http://www.nuv.cz/t/zakladni-skoly-specialni>

Votavová, R. (2013). *Rozdílný význam pojmů integrace a inkluze*. Praha: Metodický portál RVP.CZ. Dostupné z <https://clanky.rvp.cz/clanek/a/15587/17243/ROZDILNY-VYZNAM-POJMU-INTEGRACE-A-INKLUZE.html/>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění zákona č. 82/2015 Sb. (2015). Praha: MŠMT. Dostupné z <http://www.msmt.cz/file/35181/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2006). Praha: MPSV. Dostupné z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ICF – Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví

ICIDH – Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů

IVP – Individuální vzdělávací plán

SVP – Speciální vzdělávací potřeby

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZP – Zdravotní postižení

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro žáky 2. stupně ZŠ

PŘÍLOHY

Milé žákyně, milí žáci,

jmenuji se Alena Reisingerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia učitelství na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude součástí výzkumu mé bakalářské práce, která je zaměřena na problematiku zdravotního postižení. Dotazník je zcela anonymní a všechny vámi vyplněné informace budou využity pouze pro zpracování výzkumu.

Předem vám děkuji za váš čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku.

Alena Reisingerová

Pedagogická fakulta JU

ODPOVĚDI ZVÝRAZNI ČERVENOU BARVOU (nápověda: odpověď označ kurzorem a nahoře na liště zvol červenou barvu písma)

1. Jsi
 - dívka
 - chlapec
2. Je ti
 - 10 let
 - 11 let
 - 12 let
 - 13 let
 - 14 let
 - 15 let
 - 16 let
3. Chodíš do
 - 6. třídy
 - 7. třídy
 - 8. třídy
 - 9. třídy
4. Setkal/a ses ve svém životě s jedincem se zdravotním postižením?
 - Ano (Zvýrazni **červenou barvou** místo) – ve třídě – na základní škole – na táboře – na kroužku – v rodině – jiné místo uveď _____
 - Ne

NAPIŠ ODPOVĚĎ

5. Kdo je podle tebe jedinec se zdravotním postižením?

ZVÝRAZNI ČERVENOU BARVOU MÍRU SVÉHO SOUHLASU ČI NESOUHLASU S TĚMITO VÝROKY

6. Všechny děti by měly být vzdělávány ve školách hlavního vzdělávacího proudu (= běžné základní školy).

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

7. Naše společnost má pozitivní vztah k jedincům se zdravotním postižením.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

8. Děti se zdravotním postižením by se měly vzdělávat pouze ve speciálních školách.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

9. Nevím, jak se mám chovat k jedincům se zdravotním postižením.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

10. Setkání s jedincem se zdravotním postižením mi přineslo pozitivní zkušenost do mého budoucího života.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

11. Převládají u mě negativní pocity vůči jedincům se zdravotním postižením.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

12. Domnívám se, že potřeby žáka se zdravotním postižením by byly lépe uspokojovány ve speciální škole.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

13. Myslím si, že jedinci se zdravotním postižením nepotřebují pomáhat a vše zvládnou sami.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

POKRAČUJ V DOTAZNÍKU, POUZE POKUD SES V PRŮBĚHU ŠKOLNÍ DOCHÁZKY SETKAL SE ŽÁKEM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM!

14. Učitelé nás dostatečně seznámili s potřebami spolužáka se zdravotním postižením.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

15. Myslím si, že žáci se zdravotním postižením by měli mít stejné podmínky pro hodnocení jako ostatní žáci.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

16. Mám pocit, že učitel věnuje více času a pozornosti spolužákovi se zdravotním postižením.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

17. Nedělá mi problém se přizpůsobit potřebám mého spolužáka se zdravotním postižením.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

18. Chápu, že spolužák se zdravotním postižením potřebuje určité úlevy ve výuce.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

19. Zdravotní postižení mého spolužáka nijak nebránilo tomu, aby se bez problémů začlenil do třídního kolektivu.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

20. Učitelé jsou shovívavější k žákům se zdravotním postižením.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

21. Pokud mě spolužák se zdravotním postižením požádá o pomoc, rád mu vyhovím.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

22. To, že máme ve třídě spolužáka se zdravotním postižením, mě negativně ovlivňuje.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

23. Pokud mám pracovat na společném úkolu se spolužákem se zdravotním postižením, snažím se přizpůsobit jeho tempu práce.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

24. Nedělá mi problém trávit přestávky se spolužákem, který má zdravotní postižení.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

25. Snažím se mému spolužákovi se zdravotním postižením pomáhat.

SOUHLASÍM – SPÍŠE SOUHLASÍM – NEVÍM – SPÍŠE NESOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI! 😊