

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Zuzana Tomanková

Problematika přijetí žáka se zdravotním postižením jeho vrstevníky

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím níže uvedené literatury.

V Olomouci dne

Podpis:.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu diplomové práce panu prof. PhDr. Peadr. Miloni Potměšilovi, Ph.D., především za vedení, trpělivost a cenné rady při psaní diplomové práce. Dále děkuji Mgr. Marcele Fojtíkové Roubalové, Ph.D., za ochotu pomoci při vyhodnocování dotazníků. Poděkování patří také školám a jejich žákům, ve kterých byl prováděn výzkum. V neposlední řadě děkuji svým nejbližším za plnou podporu při studiu.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	8
1.1 DEFINICE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	8
1.2 ETIOLOGIE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	9
1.3 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH SKUPIN ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	10
1.3.1 Zrakové postižení.....	11
1.3.2 Sluchové postižení	12
1.3.3 Tělesné postižení	14
1.3.4 Mentální postižení	16
2 POSTOJE K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	19
2.1 DEFINICE POSTOJE	19
2.2 VÝVOJ POSTOJŮ K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	19
2.3 POSTOJ DNEŠNÍ SPOLEČNOSTI K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ...	21
3 VYMEZENÍ OBDOBÍ ADOLESCENCE	23
3.1 VÝVOJ V OBDOBÍ ADOLESCENCE	24
3.2 SOCIALIZACE ADOLESCENTA	26
3.3 POSTOJ ADOLESCENTŮ K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	27
4 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI....	29
4.1 PODPŮRNÁ OPATŘENÍ	29
4.1.1 Klima třídy v rámci podpůrných opatření	31
4.2 SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI NA STŘEDNÍ ŠKOLE	32
4.3 INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	33
4.4 PROBLEMATIKA INKLUZIVNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	34
5 VZDĚLÁVACÍ PROGRAM NA STŘEDNÍ ŠKOLE	37
5.1 ŠKOLSKÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO GYMNÁZIUM, KARVINÁ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE	37
5.2 ŠKOLSKÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO STŘEDNÍ ODBORNÉ UČILIŠTĚ V JABLUNKOVĚ.....	38
5.3 ZAŘAZENÍ VÝUKY O OSOBÁCH SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM DO VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍHO PROCESU	40

6	PROBLEMATIKA PŘIJETÍ ŽÁKA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM JEHO VRSTEVNÍKY	43
6.1	CÍL VÝZKUMU	43
6.2	HYPOTÉZY	44
7	METODOLOGIE VÝZKUMU	45
7.1	EXPERIMENT JAKO METODA V PEDAGOGICE.....	45
7.1.1	<i>Experimentální zásah</i>	46
7.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ	48
7.3	LIMITY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	48
7.4	ZPRACOVÁNÍ DAT	49
8	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	50
9	ODPOVĚDI NA VĚCNÉ HYPOTÉZY	58
10	DISKUZE.....	63
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM ZKRATEK	73
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	74
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	81

Úvod

Diplomová práce „Problematika přijetí žáka se zdravotním postižením jeho vrstevníky“ je reakcí na současný trend v teorii a praxi vzdělávání. Téma je aktuální také ve spojitosti s probíhajícím inkluzivním vzděláváním. Diplomová práce se zaměřuje na postoje žáků středních škol k osobám se zdravotním postižením. Nejedná se však pouze o přijetí osob se zdravotním postižením do kolektivu třídy, ale o celkový postoj žáků středních škol vůči osobám se zdravotním postižením. Inkluzivní vzdělávání je častým tématem, jelikož od září roku 2016 vyšla v platnost nová legislativa, která umožňuje všem osobám možnost vzdělávání na běžných školách. Jde však o dlouhodobý společenský proces, který je prosazován po dlouhá léta a nezasahuje jen do vzdělávání, ale do všech oblastí společenského života. Pokud žák se zdravotním postižením navštěvuje běžnou školu, vnímáme to jako dobrý předpoklad pro pozitivní socializaci a snadnější a přirozenější vrůstání do společnosti než u dětí, které navštěvují školy, třídy, skupiny a oddělení podle §16 odst. 9 školského zákona. Další přínos inkluzivního vzdělávání od raného věku dítěte spatřujeme zejména v pozitivním vnímání „jinakosti“ z pohledu „intaktního dítěte“ a předcházení předsudků vůči osobám se zdravotním postižením, které ve společnosti nadále přetrvávají. Přetrvávající problematiku negativního hodnocení vůči osobám se zdravotním postižením přikládáme zejména nedostatečné informovanosti většinové části společnosti. Přijímání osob se zdravotním postižením také může záviset na vývojové fázi, ve které se intaktní osoby nacházejí. Období adolescence s sebou přináší mnoho složitých procesů. Specifické pro období adolescence je hledání vlastní identity. Důležitým mezníkem je přestup ze základního vzdělávání na střední školu. Žák se musí přizpůsobovat novému prostředí, nárokům školy a musí obhájit své místo v třídním kolektivu. Období adolescence má tedy velký vliv na jeho názory a postoje, které se utvářejí v procesu socializace. Aby došlo k pozitivní změně postojů k osobám se zdravotním postižením vnímáme za důležité zejména zahrnutí problematiky zdravotního postižení do výchovně vzdělávacího programu žáků, studentů základních a středních škol.

Diplomová práce je rozdělena do dvou hlavních částí, v úvodu je to část teoretická a následuje část empirická. Cílem diplomové práce je zjistit, jak adolescenti vnímají problematiku osob se zdravotním postižením.

Teoretická část diplomové práce je rozčleněna do pěti samostatných kapitol, ve kterých jsou popsána důležitá témata, která jsou zásadní k uvedení do zkoumané problematiky. První kapitola je věnována vymezení zdravotního postižení, kde blíže specifikujeme práci se žáky se zdravotním postižením na středních školách. Další kapitoly se zaměřují na problematiku postojů vůči osobám se zdravotním postižením a na vymezení vývojového období adolescence. Následující kapitola se zaměřuje na vzdělávání žáků se zdravotním postižením, kde hovoříme o inkluzivním vzdělávání a podpoře žáků se speciálními vzdělávacími potřebami pomocí podpůrných opatření. Poslední kapitola se věnuje vzdělávacím programům na vybraných středních školách. Jedná se o gymnázium v Karviné a střední odbornou školu v Jablunkově. Školskému vzdělávacímu programu na vybraných středních školách jsme se věnovali zejména z pohledu informovanosti žáků o problematice osob se zdravotním postižením. Naším cílem bylo zjistit, jestli se některý vyučovací předmět na střední škole věnuje tématu zdravotního postižení.

Na teoretickou část diplomové práce navazuje část empirická. V této části se věnujeme popisu výzkumu a interpretaci získaných dat. Pro zodpovězení výzkumných otázek a věcných hypotéz byl zvolen kvantitativní výzkum. Sběr dat byl získán pomocí dotazníkového šetření u žáků na vybraných středních školách. Realizován byl také experimentální zásah, který byl proveden na obou středních školách ve vybrané třídě. Provedeným experimentem se zjišťovalo, zda přednáška na téma zdravotního postižení ovlivní odpovědi respondentů. Stejný dotazník byl žákům předložen po třech měsících, kdy se experimentální zásah prováděl. Získaná data byla následně analyzována a zpracována do grafů. Výsledky práce mohou být základem pro pedagogy při řešení problematiky inkluzivního vzdělávání, ale mohou být také doporučením pro zařazení tématu do výuky o problematice osob se zdravotním postižením.

1 Zdravotní postižení

1.1 Definice zdravotního postižení

Osoby se zdravotním postižením představují specifickou skupinu občanů, která se odlišuje od osob intaktních. Michalík (2011) uvádí, že osob se zdravotním postižením je v České republice kolem 10 %. V převážné části nejsou osoby postižené pouze zdravotně, ale hovoříme také o omezeních v oblastech sociálních, psychologických či ekonomických. Definice zdravotního postižení se v jednotlivých právních předpisech liší.

Osoba se zdravotním postižením je vnímána dle **Národního plánu** podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025 jako: *Osoba, která „vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo dlouhodobému či trvalému zdravotnímu znevýhodnění má určité specifické potřeby či potřebuje individuální přístup. I přes to, že skupina osob se zdravotním postižením není homogenní a existuje mnoho druhů zdravotního postižení a jejich kombinací, je zdravotní postižení často vnímáno pouze jako postižení výlučně tělesné“* (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, 2020).

V oblasti sociálního resortu nevnímáme jako překážku samotné zdravotní postižení, nýbrž vnější prostředí, které ho ovlivňuje. **Zákon o sociálních službách** definuje zdravotní postižení jako *„tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“* (zákon č. 108/2006 Sb., § 3, v platném znění).

Definici pojmu zdravotního postižení dle **speciální pedagogiky**, která není jasně definována na mezinárodní a národní rovině, označujeme jako humanitní vědu, jejímž předmětem zájmu jsou osoby zdravotně či sociálně znevýhodněné. Dnešní speciální pedagogika považuje člověka za osobnost. Tak jako je důležitá péče o děti je podstatná také péče o dospělé a starší osoby (Kelnarová a kol., 2016). V definici speciální pedagogiky hovoří Fischer (2014, str. 14) *„o vědním oboru, který se zabývá zákonitostmi výchovy a vzdělávání, a rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodněni vůči většinové populaci v oblasti fyzické, psychické nebo sociální, a mají speciální výchovně vzdělávací potřeby“*.

Z výše uvedených definic lze zdravotní postižení chápat jako nepříznivou a trvalou situaci, která se vymezuje zejména v oblasti socializace, vzdělávání a trávení volného času. Mnoho autorů poukazuje na důležitost individuálního přístupu a vnímání potřeb každého člověka jednotlivě.

1.2 Etiologie zdravotního postižení

Pro pochopení a přijetí zdravotního postižení hraje významnou roli doba vzniku a zjištění příčiny. Určení diagnózy je významné pro příští vývoj. Po stanovení diagnózy můžeme určit další průběh onemocnění, jeho progresi nebo naopak postupné zhoršování zdravotního stavu. Obvyklý i patologický vývoj jedince je ovlivněn **vnitřními a vnějšími** vlivy, které na sebe vzájemně působí. Postižení může vzniknout i na základě úrazu či nemoci. Pro další vývoj člověka je důležité rozlišit kategorii **vrozených** a **získaných** postižení (Vágnerová, 2014).

Vrozené zdravotní postižení vzniká v době prenatalní, perinatální nebo raně postnatální. Jinými slovy se jedná o dobu těhotenství, při porodu a krátce po něm. V **prenatálním** období mohou působit na plod různé vlivy, jako jsou infekční onemocnění matky, nesprávná životospráva, rentgenové záření, emocionální zatížení matky či nesprávné podání léku. Slowík (2007) k prenatalnímu období doplňuje možné úrazy během těhotenství, stres a sociálněpatologické prostředí. **Během porodu** může dojít ke komplikacím, které mohou vést k poškození centrální nervové soustavy. V perinatálním období prochází dítě náročnou změnou. Dítě už není uvnitř těla matky, ale stává se samostatnou bytostí. Ohrožující může být nejen samotný porod, ale také komplikace po porodu, infekce, mechanické poškození mozku nebo předčasný porod. Vágnerová (2014) dodává, že adaptace na vrozené postižení je pro osobu se zdravotním postižením i jeho okolí přijatelnější než postižení vzniklé během života.

Získané zdravotní postižení vzniká po úrazu nebo z příčiny vážné nemoci v jakémkoliv věku. Podstatnou roli při vyrovnávání se a přijetí získaného postižení hraje psychika jedince a přizpůsobení se na novou situaci. Důležitým faktorem je, zda bude moci osoba se získaným zdravotním postižením nadále pokračovat ve své práci a ostatních aktivitách a jestli si udrží vztah se svou rodinou a blízkými. Vágnerová (2014) tvrdí, že osoba se získaným zdravotním postižením srovnává a je si vědoma toho, o co přišla. Za kladnou stránku je považováno zachování nabytých zkušeností,

které jedinec získal během života a jejich následné využití v prostředí intaktních osob. K dalšímu rozvoji a práci s osobou se získaným zdravotním postižením je nutno znát úroveň získaného vývoje před postižením a jeho sociokulturní podmínky, ve kterých žil.

1.3 Charakteristika jednotlivých skupin zdravotního postižení

Vágnerová (2014) vysvětluje obtížnost při stanovení typických charakteristik osobnosti jedinců se zdravotním postižením. Je uvedeno, že výkon osoby se zdravotním postižením se v některých oblastech odlišuje od osob intaktních. Stejně tak u osob, které mají totožné zdravotní postižení, nelze očekávat, že zvolí stejné techniky k řešení jednotlivých situací.

oblast postižení	celkem	pohlaví		věková skupina				
		muži	ženy	15-34	35-49	50-64	65-79	80 a více
				absolutní počet v tis.				
celkem	1 151,90	510,9	641	64,6	136,6	313,6	415,9	221,2
pohybová, tělesná	830,5	350,6	480	34,4	75,2	224,9	307,4	188,7
zraková	252,4	96	156,4	10	16,7	47,3	98,9	79,5
sluchová	134,9	54,3	80,6	4,6	6,8	13,3	41	69,1
mentální, duševní, poruchy chování	172,3	79,5	92,8	29,6	40,4	46	28,5	27,8
vnitřní orgány, kůže	468	207,4	260,6	18	46,2	122,9	196,6	84,3
hlasová, řečová	66,9	38,3	28,6	15,4	10,8	16,1	17,2	7,4

Tabulka 1: Osoby se zdravotním postižením podle oblasti postižení, pohlaví, věku, dle Českého statistického úřadu (2018)

Tabulka z roku 2018 předkládá údaje o konkrétním počtu osob se zdravotním postižením v České republice, který činí 1 151 009 z toho 510 009 mužů a 641 000 žen. Nejpočetnější věkovou skupinu tvoří osoby od 65–75 let. Nejmenší počet zastupuje věková skupina 15–34 let (3 %), naopak věková skupina od 0–14 nebyla v tabulkách uvedena, a to vzhledem k malému počtu výskytu v populaci.

Velké rozdíly se objevují ve vzdělání osob s postižením v porovnání s intaktní populací ve věku 35–49 let. Vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání má pouze 6 % osob se zdravotním postižením, oproti 23 % v celkové populaci tohoto věku. Subjektivní i lékařské posouzení má 54 % osob z celkového vzorku. Tyto osoby jsou invalidní nebo pobírají příspěvek na péči. Další 44 % skupinou jsou osoby, které

kvůli zdravotním důvodům mají omezení ve vykonávání běžných činností. Pouhé 2 % osob z celkového vzorku pobírá invalidní důchod a příspěvky na péči, ale necítí omezení ve vykonávání běžných činností. Statistika dále uvádí, že pouhých 14 % osob ze zkoumaného vzorku má vrozené zdravotní postižení. 85 % osob uvádí, že příčinou zdravotního postižení bylo onemocnění, zatímco u 12 % osob bylo způsobeno úrazem. Zatím u osob od 15–39 roku věku je nejčastěji zdravotní postižení způsobeno vrozenou vadou, u nejstaršího vzorku osob je způsobeno onemocněním.

1.3.1 Zrakové postižení

“Díváme – li se na věci kolem sebe, jde o stejně přirozený automatický proces jako dýchání, chůze, slyšení. Běžně nepřemýšlíme o tom, proč vidíme a jak vidění funguje. Při zrakovém postižení je tento přirozený proces narušen a člověk musí na dívání se vynaložit vědomé úsilí” (Krhutová in Michalík, 2011, s. 270).

Osoba se zrakovým postižením je vnímána jako jedinec, kterému po optimální zrakové korekci činí nadále problém zrakové vnímání a zpracování zrakových vjemů v běžném životě. Při nedostatku zrakových podnětů může u jedince vzniknout zraková deprivace, která negativně ovlivňuje vývoj kognitivních procesů (Renotírová, Ludíková, 2006). V literatuře se setkáváme s klasifikací zrakového postižení, které rozlišuje osoby **slabozraké**, se **zbytky zraku**, **nevidomé**, s **poruchou binokulárního vidění**, **osoby barvoslepé** a osoby s **kombinovaným postižením**.

V České republice bylo v rámci výběrového šetření osob se zdravotním postižením z roku 2018 zmíněno přibližně 252 tisíc osob se zrakovým postižením, z toho je 14 000 osob částečně nebo úplně nevidomých. Tyto osoby vnímají omezení ve vykonávání běžných činností i přes správnou korekci brýlí, čoček a jiných optických pomůcek.

Vzdělávání žáků se zrakovým postižením na střední škole závisí na posouzení a doporučení od školského poradenského zařízení, které stanoví stupeň podpůrných opatření. Nabídka oborů pro žáky se zrakovým postižením je velice omezená a proto většina těchto žáků navštěvuje běžnou střední školu. Je důležité v rámci vzdělávání zajistit vhodné kompenzační pomůcky, které usnadní žákovi se zrakovým postižením zařazení do kolektivu třídy.

Na střední škole se podle Jankové (2015) upřednostňují společné hodiny před individuální výukou. Důležité je upravit strukturu vzdělávání zejména při stěhování žáků do jednotlivých učeben. Žáci se zrakovým postižením by tedy měli mít vhodné kompenzační pomůcky, které jsou určeny i pro přesun do jiných tříd. Zároveň je nutné vhodně zorganizovat prostor třídy, dodržovat základy zrakové hygieny a dbát na eliminaci hluku ve třídě. Žák se zrakovým postižením se obtížněji orientuje v prostoru, proto je vhodné vymezit stálé místo v lavici, které bude mít k dispozici. Vyučující by měl připravit pro žáka výuku tak, aby měl dostatek podnětů, které bude přijímat všemi smysly.

Nástupem žáka do běžného vzdělávacího proudu se mění klima třídy, sociální status a role žáka, která ovlivňuje jeho osobnost. Žák bývá vzhledem ke svému zdravotnímu postižení a snížení schopnosti koncentrace obtížněji přijímán intaktními spolužáky. Pro pedagoga je žádoucí spolupracovat se školním psychologem, speciálním pedagogem i výchovným poradcem, který může přispět ke zkvalitnění vztahů ve třídě. Přijetí žáka kolektivem třídy je podstatnou podmínkou pro úspěšnou integraci. Součástí by měla být osvěta i výuka na téma zrakové postižení, které může ovlivnit názor spolužáků na osoby se zrakovým postižením. Pro žáky středních škol se doporučuje zařazovat kooperativní, komunikativní a prožitkové aktivity, které vedou k upevnění vztahů ve skupině (Janková, 2020).

1.3.2 Sluchové postižení

Ztrátou sluchu lidé přicházejí o 60 % informací z okolního prostředí, což je relativně menší procento než u osob se zrakovým postižením (80 %), ale okolnosti nejsou o nic snazší než u osob s výše zmíněným zrakovým postižením. Langer, Suralová (2006, s. 7) uvádí, že „*sluchové postižení představuje závažnou komunikační bariéru, jejíž důsledky si mnoho slyšících lidí dokáže jen stěží uvědomit. Nedostatek akustických informací zásadním způsobem ovlivňuje způsob života, neboť narušuje vztahy s prostředím i možnost kontaktů s ostatními lidmi.*“

Sluchové postižení se týká různorodé skupiny osob, které klasifikujeme podle několika kritérií podle typu, stupně, doby vzniku a z etiologického hlediska. Dle Výběrového šetření osob se zdravotním postižením (2018) bylo v České republice v roce 2018 celkem 136 tisíc osob se sluchovým postižením. Z toho se uvádí, že 5 %

(6,5 tisíce) tvoří osoby neslyšící. Tyto osoby popisují omezení zejména ve vykonávání běžných činností.

Slowík (2007) zmiňuje další obtíže, kterými se osoby se sluchovým postižením potýkají. Jedna z překážek, které jsou vystavení, je komunikační bariéra a schopnost orientace v prostoru. Osoba se sluchovým postižením je omezena pouze na zorné pole, neboť není schopna doplnit sluchem zrakovou orientaci. Porozumět mluvené řeči může osoba se sluchovým postižením pomocí odezírání, které rovněž souvisí s přijímáním zrakových podnětů. Vágnerová (2014) doplňuje, že pomocí odezírání lze zachytit pouhých 30 % sdělení. Udržet pozornost při sledování mluvidel komunikačního partnera je únavné a pro oba komunikační partnery psychicky náročné. V případě, že se u člověka nerozvine dostatečně řeč, zvyšuje se možnost negativního dopadu na vývoj myšlení, které může ovlivnit zařazení žáka do běžného vzdělávacího proudu. Srozumitelnost mluvené řeči je u osob se sluchovým postižením snižena. Pro tyto osoby je situace psychicky náročná a může vést k omezení sociálních vztahů a izolovanosti od osob intaktních.

Žáci se sluchovým postižením musejí v procesu vzdělávání vydávat obrovskou námahu při učení věcí, které jejich intaktní vrstevníci získávají spontánně. Autoři Hanselmann, (in Šedivá, 2006) uvádějí, že vzdělávání ve školách určených pro žáky se sluchovým postižením je častokrát přínosem i pro samotné rodiče. Ti se dozvídají více informací o tom, jak s dítětem pracovat, než jak by tomu bylo ve škole běžné. Jakmile žák se sluchovým postižením zdárně ukončí primární vzdělávání na základní škole, je nutné se zaměřit na další vzdělávání. Nejširší nabídka pro osoby se sluchovým postižením je v učňovských oborech dámské krejčovství, kuchař, cukrář, strojní mechanik a zahradník. Existují také gymnázia pro žáky se sluchovým postižením a další obory zakončené maturitní zkouškou (zubní technik, průmyslová škola elektrotechnická) (Langer, Souralová, 2006). Jeden z předpokladů úspěšného ukončení studia je zvolení vhodných kompenzačních pomůcek (signalizační, orientační, komunikační a informační). Přizpůsobit by se měly celkové podmínky prostředí, ve kterém se žák vzdělává. Vhodné akustické a vizuální podmínky přispívají k lepšímu porozumění řeči a soustředění na vykonávanou práci. Při výuce se nesmí zapomenout na vhodné osvětlení a správné posazení žáka ve třídě (Vágnerová, 2014). Součástí správného porozumění ve škole i v běžném životě je dodržování základních zásad komunikace s osobami se sluchovým postižením. Stejně jak jsme již zmiňovali

u zrakového postižení, je důležitá spolupráce se školským poradenským zařízením, školním psychologem, speciálním pedagogem a výchovným poradcem.

Barvíková (2015) popisuje, že potíže v rámci třídního kolektivu mohou vzniknout v okamžiku, kdy spolužáci nevědí o příchodu žáka se sluchovým postižením do kolektivu třídy a nemají dostatek informací. Významný podíl na utváření příznivého klimatu ve třídě je vytvoření bezpečného prostředí, odstranění bariér a předsudků u intaktních spolužáků vůči žákovi se sluchovým postižením. Pro kladné přijetí žáka na běžnou školu může být vhodným prostředkem vytvoření pravidel komunikace, rituálů pravidelné sdílení zážitků, ale i obav a průběžné oceňování třídního kolektivu. Jak uvádí Potměšil (2007), pokud běžná škola, kterou navštěvuje dítě se sluchovým postižením, nezajistí vhodné podmínky pro socializaci a komunikaci, proces inkluze do běžných škol bude pro tyto děti náročný.

1.3.3 Tělesné postižení

Tělesné postižení zahrnuje mnohdy osoby, jejichž tělesné postižení není tolik viditelné, ale přesto může působit větší znevýhodnění, než bychom očekávali. Obor somatopedie zahrnuje jak osoby s postižením hybnosti, tak osoby dlouhodobě nemocné či zdravotně oslabené, které jsou omezené ve vykonávání běžných činností každodenního života (Slowík, 2007). Vítková (2006, s. 39) definuje tělesné postižení jako, „*vadu pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností, ať tato poškození vznikají na základě dědičnosti, nemocí nebo úrazem*“. Vrozené poškození pohybového aparátu označujeme jako poruchu primární. Porucha sekundární označuje tělesné postižení, které vzniklo důsledkem nemoci či úrazu. Podle postižené části těla se tělesné postižení dělí do následujících skupin: centrální a periferní obrny, deformace, malformace a amputace. Klasifikaci tělesných postižení uvádí také Slowík (2007), který dělí tělesné postižení dle jeho typu na postižení hybnosti, dlouhodobé onemocnění či zdravotní oslabení.

Dle Výběrového šetření osob se zdravotním postižením (2018) je skupina osob s tělesným postižením v populaci vnímána, jako nejrozšířenější postižení v České republice, které představuje 831 tisíc osob.

Osoby s tělesným postižením se často potýkají se sníženou možností pohybu a nezpůsobilostí být aktivní v zaměstnání. Podstatným rozporem v životě osob s tělesným postižením je na jedné straně jejich psychická nezávislost v kontrastu se závislostí fyzickou, která je vázána na podporu či péči jiných lidí. Viditelné tělesné odchylky představují větší psychickou zátěž. Tělesný vzhled podle Vágnerové (2014) je podstatná složka sebehodnocení, a to někdy ve větší míře než pouhé postižení pohybových funkcí. Důležité pro tuto skupinu osob je si vytvořit vnitřní rovnováhu, která napomáhá intelektuálnímu úspěchu, jenž se může stát kompenzačním prostředkem. Obecně lze říci, že většinová populace intaktních osob má o osobách s tělesným postižením obvykle nižší mínění než si zaslouží. Komunikaci často narušuje nedostatečná plynulost a nepřesná artikulace, která je spojena s doprovodem neadekvátních mimických a pantomimických projevů. Celkovým dojmem se může osoba s tělesným postižením vystavit negativnímu hodnocení z pohledu osob intaktních. Toto chování ovlivňují předsudky a nedostatek informací o těchto osobách. Každé zdravotní postižení má své komunikační zásady, podle kterých bychom se všichni měli chovat.

Pokud se žák se zdravotním postižením vzdělává v běžné škole, je práce učitele spojena se specifickými nároky na vytváření vhodných podmínek. Podle druhu a stupně postižení je důležité nezapomenout na konzultaci s lékařem a rodiči, kteří oznámí veškeré důležité skutečnosti o stavu žáka, což přispívá ke správnému průběhu výuky. Škola by měla mít provedené náležitě úpravy prostředí, které žákovi zjednoduší průběh vzdělávání. Tyto úpravy se týkají bezbariérového prostředí, vhodného materiálního a výukového vybavení třídy a také uspořádání nábytku. Vedení školy může nastavit výuku tak, aby byly přesuny v rámci budovy školy pro osobu s tělesným postižením omezeny. Při samotné výuce se nabízí možnost využívání vhodných kompenzačních pomůcek k ulehčení práce (větší plochy na psaní, speciální psací potřeby a sešity). Klima třídy je pro žáka s tělesným postižením zásadním bodem. Učitel třídy je ten, který vytváří atmosféru pomocí postojů, hodnot a jde vlastním příkladem. Intaktní děti se samy mohou zapojit do řešení vhodných opatření, která by spolužákovi s tělesným postižením mohla pomoci při zvládnutí bariér.

Čádová a kolektiv autorů (2015) se zmiňují o narušení funkcí v oblastech, které s sebou můžou nést podstatné problémy při výuce. Mezi narušenými funkcemi je orientace vlastního těla, hmatové vnímání či plánování přiměřeného pohybu.

U jedinců s tělesným postižením může být omezeno zrakové vnímání v důsledku motorické poruchy. Při výuce může být rovněž narušeno udržení pozornosti, na které se váže zvýšená unavitelnost žáka při vyučování.

1.3.4 Mentální postižení

Obor zabývající se mentálním postižením se ve speciální pedagogice nazývá psychopedie. Dalším odvětvím, na které by se nemělo zapomínat, jsou duševní poruchy, kde mimo jiné řadíme autismus či bipolární afektivní porucha. Mentální postižení definuje Vágnerová (2014, s. 273) jako *“postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit”*. Dále uvádí, že i přes dostatečnou stimulaci dítě nedosahuje adekvátního stupně rozumového vývoje, který se normativně liší až o 70 %. Mentální postižení má největší dopad na oblast myšlení, učení a na schopnost přizpůsobit se každodenním podmínkám intaktní populace. Toto shrnuje v definici Valenta in Michalík (2011, s. 115) jako *“vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností.”*

Pravděpodobně žádné z výše zmíněných zdravotních postižení nemá takovou etickou potíž jako samotné mentální postižení. Na rozdíl od ostatních oborů, které pracují jen s posuny ve vědě, se musí obor speciální pedagogiky osob s mentálním postižením věnovat i hledáním nové terminologie, protože se ta zastaralá stává společensky nepřijatelnou vzhledem k jejímu pejorativnímu charakteru (Valenta in Michalík, 2011). V současnosti klasifikujeme osoby s mentálním postižením do šesti kategorií, které odbourávají pejorativní charakter předešlých klasifikací a zavádí pojmenování neutrální. Stupeň mentální retardace se určuje podle inteligenčních testů. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize vydaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě (2018), uvádí rozdělení na osoby s **lehkou mentální retardací**, kdy se IQ osoby pohybuje mezi 50–69. Potíže nastávají při školní výuce, ale mnoho dospělých je schopno udržovat hodnotné sociální vztahy a příznivě se podílet na společenském životě. Do rozmezí 34–49 IQ zařazujeme osoby se **střední mentální retardací**, jejichž vývoj je značně opožděn již v dětském věku. Osoby se střední mentální retardací si dokáží osvojit komunikaci, kterou využívají v interakci s ostatními, ale při vzdělávání a práci potřebují určitý stupeň podpory. U **těžké**

mentální retardace dosahuje IQ člověka 20–34, osoba je odkázána na stálou potřebu podpory. Nejvýše dosažené IQ u osob s **hlubokou mentální retardací** je 20. Osoba je odkázána na pomoc při osobní hygieně, pohybu a komunikaci. MKN 10 se také zmiňuje o kategorii osob s **jinou a neurčenou mentální retardací**.

Mezi **endogenní** příčiny mentálního postižení patří genetické vady. **Exogenní** příčiny rozdělujeme podle původního mentálního postižení na období v průběhu těhotenství, během porodu či po porodu. Mnoho publikací uvádí důvody mentálního postižení, které mohou vzniknout nepodnětným prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Obvykle se jedná o rodiče s nižším intelektem a úrovní vzdělání. V České republice je celkem 172 tisíc osob s mentálním postižením. Největší procento potíží uvádí osoby s mentálním postižením v oblastech paměti, myšlení a pozornosti při běžných činnostech. Více než čtvrtina těchto osob nedokáže udržet pozornost při pracovních úkolech, plánování trasy či luštění křížovek. Bez potíží tyto úkoly zvládá 7 % osob s mentálním postižením. U osob s mentálním postižením se často objevují deprese, úzkosti nebo fobie (Výběrové šetření osob se zdravotním postižením, 2018).

Daný stupeň mentálního postižení má svá specifika a liší se v samotné práci při vzdělávání. Vzdělávání žáků s mentálním postižením je obtížný a velice individuální proces, který zahrnuje práci v různých oblastech. Důležité rysy pro kvalitní edukaci zmiňuje Hučík (in Lechta, 2010), mezi které patří emoční stabilita, znalost úrovně pozornosti, míra přizpůsobivosti a motivace k vykonávání činností. U osob s mentálním postižením se při edukaci musíme zaměřit na specifika zrakového vnímání. Osoby s mentálním postižením mají omezenou diferenciaci předmětů. Objevují se u nich také problémy s diferenciací figury a pozadí. V oblasti sluchového vnímání se objevují obtíže ve vnímání rytmu a intenzitě zvuku. Nejméně zasaženou oblastí je **hmatové vnímání**, které se pohybuje v normě. **Představy** u dětí s mentálním postižením jsou charakteristické svou nepřesností, nejasností a neúplností. Schopnost analýzy a syntézy je u osob s mentálním postižením omezena. **Paměť** bývá krátkodobá a všechny nové poznatky jsou osvojovány pomaleji a po několikanásobném opakování. V rámci vzdělávání se objevují potíže při organizaci učení, logickém zapamatování a vzpomínání. Největší obtíže se objevují v oblasti **myšlení**, které je závislé na kvalitě a kvantitě výše zmíněných schopnostech. Často se vyskytuje nedůsledné a stereotypní myšlení, které dále navazuje na nedostatky v generalizaci,

indukci, dedukci a strukturalizaci. V důsledku mentálního postižení se často objevují i poruchy řeči. U **řečové** složky vnímáme malou slovní zásobu (která je rozdílná v pasivní a aktivní slovní zásobě) a neadekvátní používání slov. Při učení žáka s mentálním postižením se často volí nevhodné strategie, které se ve většině případů z důvodu stereotypního chování nemění.

Při nástupu do vzdělávací instituce hraje významnou roli rodina, která by měla vést dítě k co největší samostatnosti v oblasti sebeobsluhy a sociálních vztahů. Rodiče vycházejí z charakteristik dítěte, která je pro dítě typická a úkoly mu rozčleňují do menších kroků. Dítě by mělo později chápat své povinnosti, které musí splňovat. Žák s mentálním postižením může být integrován do běžných škol, podstatné však je myslet na jeho dispozice a vhodné zařazení do třídy. Pobyt ve větší skupině se může jevit jako psychicky náročný a únavný. Autoři z praxe Bendová, Zíkl (2011) uvádí, že i když rodina a učitelé jsou přesvědčeni o úspěšnosti žáka s mentálním postižením, žákovy pocity se mohou často lišit. Práce s třídním kolektivem spočívá v navazování sociálních vazeb, které jsou pro žáka snižené v důsledku mentálního postižení. Aktivity prováděné v průběhu edukace by měly být zaměřené mimo jiné na limity žáka a jeho individuální potřeby. Na to navazuje možnost provádění nácviku různých nežádoucích situací a hledání variant k jejich řešení v rámci celého kolektivu. Zapomínat nesmíme na dodržování daných pravidel, které jsou pro žáka důležitým bodem ve vzdělávání. (Petrášová, in Valenta a kol., 2015).

2 Postoje k osobám se zdravotním postižením

2.1 Definice postoje

Postoje definuje Boudon (2004, s. 147), jako *“nepozorovatelnou proměnnou, o níž se předpokládá, že je základem chování nebo slovního vyjádření.”* Postoje podle Cooper, McGaugh (in Geist 1992), nevznikají od narození, ale jsou získávány na základě zkušeností, které se postupem času vymezují a rozlišují. Obsahově jsou postoje vymezeny socializačním procesem, které osoba získává ve svém socio-kulturním prostředí. Toto tvrzení potvrzuje Kassin (2007), který také hovoří o získaných, nikoliv vrozených postojích. Modifikace postojů není zcela běžná, ale ke změnám může docházet za určitých podmínek. K funkčním složkám postojů patří emoce, předsudky, názory, postoje jiných osob, sociální kontakty, vztahy a afekty. Z **psychologického hlediska** jsou postoje rozlišovány na pozitivní, negativní, smíšené nebo dokonce lhostejné. Při utváření postojů vznikají charakteristické rysy každého jedince. Z **pedagogického hlediska**, lze postoje definovat jako *“hodnotící vztah zaujímaný jednotlivcem vůči okolnímu světu, jiným subjektům i sobě samému; zahrnuje dispozici chovat se či reagovat určitým relativně stabilním způsobem; postoj je získáván na základě spontánního učení v rodině a v jiných sociálních prostředích; postoje souvisejí s hodnotovými systémy, a jsou tudíž závislé na kulturních, etnických a vzdělanostních faktorech“* (Průcha a kol., 2013, s. 210).

2.2 Vývoj postojů k osobám se zdravotním postižením

Důležité je zmínit vývoj postojů k osobám se zdravotním postižením z historického hlediska. V různých kulturách se vyvíjel vztah k osobám s postižením v závislosti na morálních hodnotách, uspořádání a normách společnosti.

Pro **represivní přístup k osobám se zdravotním postižením** byl charakteristický odmítavý postoj. Ve Spartě o životě zdravotně postižených dětí rozhodovala rada starších, která následně určovala způsob jejich usmrcení. V Aténách děti se zdravotním postižením vkládali do hliněných hrnců a nechali u cesty, o jejich životě rozhodovaly porodní báby. Děti s nižším stupněm zdravotního postižením byly prodávány do otroctví nebo žebrały na ulici. V Římě se každoročně organizoval tzv. trh bláznů, kde byly osoby se zdravotním postižením posílány z různých zemí a odváženy na ostrov Tiber, kde byly ponechány svému osudu. Důvodem pro zákaz zabíjení dětí se zdravotním postižením v Izraeli byla obava z případného poklesu počtu otroků. Osobám s postižením v této době nebyla přiznávána stejná práva, jako

osobám intaktním. Ideálem byl dobrý občan, který se zajímal o veřejný život, právo a fungování státu (Lechta, 2010).

V Židovsko – křesťanské tradici nebylo povoleno zabíjení dětí s postižením. Nový život byl brán jako dar Boží, který je Bohu podřízen a nikdo nemá právo rozhodovat o bytí jiného člověka. Počátkem křesťanství (1. stol. po Kr.) vzniklo právo na důstojný život člověka s postižením a zavedl se zákaz usmrcování. Nelegálně se však tyto praktiky stále vykonávaly. V rámci lásky k bližnímu svému se iniciovalo zakládání azylů, špitálů, řádů a klášterů.

V počátcích institucionalizované péče o osoby se zdravotním postižením v novověku se lidé vyprostili ze starověkého a středověkého uvažování a začali se orientovat na člověka. Stavěly se první ústavy, kde se osobám s postižením začala poskytovat speciální péče. J. A. Komenský požadoval všeobecné vzdělávání pro všechny lidi, bez rozdílu. O postižení se již neuvažovalo jako o trestu božím, ale hledaly se možnosti pomoci a lidé se více zabývali otázkou příčin postižení. V tomto období vznikaly publikace a změny v organizaci školství (Renotiérová, Ludíková, 2003).

Počátky organizované a cílené péče o osoby s postižením v 19. století a v první polovině 20. století definujeme jako období rozvoje techniky a nárůstu různých sociálních tříd. Pro období je charakteristický vznik vědních oborů psychologie, pedagogiky a sociologie. Cílená péče o osoby se zdravotním postižením byla důvodem k vzniku speciálních škol a charitativních organizací, které byly rozděleny podle typu zdravotního postižení. Michalík (2005) však upozorňuje na to, že během 2. světové války byly osoby se zdravotním postižením odváděny do plynových komor.

Inkluzivní pojetí jako hledání nového přístupu k jedincům s postižením popisuje Lechta (2010), jako dobu institucionalizace a rozkvětu technického vybavení. Osoba s postižením však stále hledá smysl života, který mu instituce nemůže nabídnout. Slowík (2007), se zmiňuje o náročnosti přijetí osob se zdravotním postižením do společnosti a poukazuje na aktivní účast obou skupin, kdy se budou muset učit společnému soužití. Ostatně vztah osob intaktních a osob s postižením závisí na konkrétních lidech, kteří se setkávají.

V dnešní době můžeme označit postavení osob s postižením v České republice za stabilizované. Setkáváme se s pojmem **individuální přístup** k člověku. Charakteristické pro tento pojem je, že každý nový jedinec, který přijde na svět, je odlišný a má různé potřeby. Právě kvůli individualitě a odlišným potřebám osob se zdravotním postižením by se neměla problematika zdravotního postižení týkat pouze dvou resortů (sociálního a zdravotního), jak má v povědomí většinová společnost. Specifická řešení spadají jednoznačně do meziresortní spolupráce (Michalík, 2011). Vojtko (2005) naopak upozorňuje na přetrvávající problémy, se kterými se osoby s postižením potýkají nadále. Ani v dnešní době nelze hovořit o vyzrálosti většinové populace ve vztahu k osobám se zdravotním postižením. Prodlužující se délka života osob se zdravotním postižením však dokazuje zlepšení služeb a zvyšování počtu institucí zabývajících se touto problematikou.

2.3 Postoj dnešní společnosti k osobám se zdravotním postižením

Postoj k osobám se zdravotním postižením utváří společnost, ve které osoby se zdravotním postižením žijí. Osoby se zdravotním postižením byly v minulosti odkázány na pomoc druhých, zejména v podobě dobročinnosti a charit. V současné společnosti tento postoj stále přetrvává, ale je nutné si uvědomit, že tento přístup vede k nesamostatnosti osob se zdravotním postižením, při kterém nemohou plně využívat svá práva. Cílem moderního přístupu je zjišťovat stav osob se zdravotním postižením a umožnit jim samostatné rozhodování a sociální začlenění pomocí rehabilitace a léčby. Tento přístup vyžaduje větší požadavky na společnost, s jehož pomocí by mělo docházet k odstraňování bariér a překážek, kterým osoby se zdravotním postižením čelí (Vágnerová, 2014).

Postoje intaktních osob bývají často ambivalentní. Vzbuzují hrůzu nebo k osobám se zdravotním postižením cítí soucit či ostych. Zdravého člověka také upozorňuje na jeho vlastní zranitelnost, kdy si uvědomuje, že i on sám se může stát osobou s postižením. O postoji dnešní společnosti k osobám se zdravotním postižením hovoří Vágnerová (2014, s. 182) *“zdravotní postižení je nápadné a znevýhodňující, může být příčinou obtíží se zařazením do společnosti. Zdraví lidé se k postiženému člověku, dospělému i dítěti, obvykle chovají ohleduplněji, ale zároveň mají tendenci jej podceňovat, nemají k němu stejná očekávání.”* Hodnota vztahu většinové společnosti vzhledem k osobám se zdravotním postižením je ovlivněna předsudky,

mýty a také nedostatkem informací. Předsudky se rozšiřují v rodinách, mezi vrstevníky a v médiích. Hayes (2007, s. 121) dodává, že *„předsudek je fixovaný, předem formovaný postoj k nějakému objektu projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu. Člověk, který má předsudky, nezvažuje při posuzování druhých žádná alternativní vysvětlení. Výsledek jeho interpersonálního hodnocení je dopředu určen nějakou libovolnou vlastností toho druhého“*.

Jak uvádí Michalík (2011), postoje nelze hodnotit ve vztahu k minulosti, ale musíme hodnotit společnost dle aktuální doby. Důležitým faktorem je znát uspořádání celé společnosti, být seznámen s její ekonomickou úrovní, právními normami a mimo jiné i technickým vybavením daného státu. Výzkumy zaznamenávají větší respektování a náklonnost k osobám s postižením, avšak veřejná správa má jisté nedostatky v přístupu k osobám se zdravotním postižením. Chování společnosti k osobám se zdravotním postižením je stále nejisté. Lidé nevědí, jak se k těmto osobám chovat, jak reagovat a co říct v různých situacích. Slowík (2007) podotýká, že jakési pochybnosti ve vztahu k osobám se zdravotním postižením budou ve společnosti přetrvávat stále.

3 Vymezení období adolescence

Za období adolescence neboli dospívání se pokládá doba, kdy člověk přechází z dětství do dospělosti. Toto období je vymezeno od 10 do 20 let. Vágnerová (2005) poukazuje na celkovou proměnu osobnosti, která se týká oblastí somatických, sociálních i psychických, jež jsou na sobě závislé. Stádium dospívání je vázáno na konkrétní sociální a kulturní předpoklady, ve kterých dospívající člověk vyrůstá. Toto období se často spojuje s fází hledání a přehodnocování, které směřuje k utváření sociálního postavení a tvoření vlastní identity a sebepojetí. Nicméně Langmeier, Krejčířová (2006) poukazují nejen na tělesné změny, které jsou pro období adolescence typické. Na rozvoj osobnosti má vliv především výchovný přístup rodičů, učitelů, zároveň je však ovlivněn ekonomickými a kulturními faktory. Typickými znaky pro dospívání je přechod od závislosti na dospělých osobách k nezávislosti a samostatnosti, které vede k sebevzdělávání.

V literatuře se uvádí několik rozdělení období adolescence. Nejčastěji používané je rozdělení podle Švancary (in Langmeier, Krejčířová, 2006) na **období pubescence**, které se dále dělí na fázi prepuberty a vlastní puberty. Období trvá zhruba od 11 do 15 let věku. Typickými znaky této fáze je pohlavní dozrávání a rychlý růst. U žen končí období prepuberty nástupem menarche a u chlapců první emisí semene. V druhé fázi jde o ustálení menstruace u žen a u mužů o začínající reprodukční schopnosti. Dalším podstatným obdobím je období **adolescence**, která se vymezuje mezi 15–22 rokem. Postupně se ukončuje růst a reprodukční zralost. Typickou změnou je postavení ve společnosti při volbě studijního oboru, kdy se jedinec začíná připravovat na povolání. U mladistvých dochází k tělesné nerovnováze a pohybové nemotornosti. Podstatnou změnou je také zrání mozku, se kterým souvisí zvýšená emoční labilita a snížená pozornost. Dalším dělením se zabývá také Vágnerová (2005), která rozlišuje toto období na **ranou** a **pozdní** adolescenci. Macek (2003) nazývá adolescencí celé období, které dělí na tři fáze; **časná adolescence** (10–13 let), **střední adolescence** (13–16 let) a **pozdní adolescence** (17–20 let). Spolehlivě však vymezit období dospívání nelze, jelikož je ovlivněno odlišností ve vývojové úrovni jednotlivců. Je obtížné také jednoznačně určit konec období adolescence. Jedna z možností je ekonomická nezávislost člověka, která začíná vstupem do zaměstnání.

3.1 Vývoj v období adolescence

Tělesný vývoj je u adolescentů téměř u konce, všechny zásadní změny proběhly již v pubertě, postava již má dospělé proporce. Postava dívek se mění a to především díky růstu boků a ňader. Pohyby těla a končetin se ustálily a jak zmiňuje Říčan (2014), tělo je připraveno k tanci. Do popředí se dostává zejména tělesný vzhled, který je pro adolescenta důležitý. Adolescent si své tělesné změny uvědomuje a snaží se být originální. Šimíčková (2008) dále hovoří, že pro stádium adolescenta je typická velká fyzická produktivita, při které mohou dosahovat vynikajících sportovních výkonů Vágnerová (2005) zmiňuje, že vizáž může být nástrojem při vytváření vlastní identity, sociální akceptace a může mít vliv na vytváření sebevědomí. V tomto období většina adolescentů, zejména dívky, napodobují vzory krásy, kdy taková role je sice krátkodobá, ale pro dané období důležitá. Pokud se osoba v oblasti tělesné složky nějakým způsobem odlišuje (omezení hybnosti, fyzické síly či deformaci), jejich identita může být ovlivněna v oblasti negativního sebehodnocení či nejistotou.

Kognitivní vývoj se řadí do kritického realismu, což představuje prověřování nabytých poznatků. Pro adolescenty je typický příklon k realitě na rozdíl od naivního vidění světa charakteristického pro období pubertální. Adolescenti jsou typičtí svým jednostranným vnímáním skutečností, které bývá netradiční a novátorské, zároveň své názory často projevují nekompromisním a jednostranným způsobem, což může vést k nerozváženosti a netaktu. Náзор, kterým se adolescent zabývá, je více prosazován, zejména vůči dospělým osobám, kdy nepředpokládá dopad svého jednání (Šimíčková, 2008). Obdobně popisuje kognitivní vývoj také Vágnerová (2005), která poukazuje na zkvalitnění užívání formálních operací, které se zdokonalují pomocí postupného cvičení a shromažďování zkušeností. Převažuje upřednostňování jasných, zásadních a rychlých řešení, při kterých dosáhne adolescent větší jistoty. Řešení za pomoci kompromisů je v očích adolescenta považováno za méně kvalitní a nežádoucí. O formálních operacích se zmiňuje také Langmeier, (2006), který je popisuje jako operace, které jsou znovu objektem dalšího zkoumání, tj. myslí se o myšlení, což je pro adolescenta zcela nový pohled na svět. Různé myšlenkové kombinace se mnohonásobují a spousta z nich se ve skutečnosti ani nemůže vyskytnout. Šimíčková (2008) popisuje období adolescence nejen jako poznávání vnitřního světa, ale i zvětšení sebekritiky k sobě samému. Mnoho lidí chápe chování adolescenta jako lhostejné, kdy se adolescent nezajímá o ostatní lidi a nepodílí se na zájmech druhých.

Tento typ odcizení chápe mnoho autorů, jako nezbytnou součást k formování pevného a sjednoceného já. Zvládnutím všech výše zmíněných změn v osobnosti člověka může jedinec dosáhnout příslušného vzdělání a připravit se na budoucí povolání. V tomto období je člověk schopen změnit své názory, pokud jsou mu nabídnuty rozumné argumenty. Avšak vnucování názoru, se kterým nesouhlasí, je pro člověka v tomto období nepřijatelné. Adolescent si vytváří své názory, ke kterým došel pomocí svých zkušeností, prahne po svobodě a osobním vyjádření.

Jak uvádí Vágnerová (2014) **při emočním vývoji** vzniká v těle dospívajícího hormonální proměna, která podněcuje v oblasti emočního prožívání určité změny. K typickým projevům se řadí častá kolísavost nálad, přecitlivělost na běžné podněty, labilita a zvýšená dráždivost. Nepřiměřené a nápadnější reakce dále autorka popisuje jako proměnlivé a spíše krátkodobé. Adolescenti v tomto období ještě nejsou zcela seznámeni se svými reakcemi na emoce, a proto jsou pro ně často nepříjemné. Důvodem je zejména neznalost a neschopnost vysvětlit jejich původ. Náročné je udržet si určitý odstup od svých emocí. Vágnerová (2014) tyto výkyvy popisuje jako fluktuaci aktivační úrovně, která se projeví ztrátou sebeovládání a impulzivitou, která má za následek větší vznik konfliktů. Naopak Macek (2003) emocionalitu u adolescentů popisuje jako přibývání nových vyšších citů, kdy se objevuje více druhů a typů emocí, které jsou prostředkem k vytváření osobnosti. U pozdní adolescence hovoříme o ustupování náladovosti a kolísavosti, kdy dochází k vzniku nových kvalit. K charakteristickým znakům tohoto období patří menší vznětlivost a větší stálost nálad. O psychických poruchách v období adolescence hovoří Thorová (2015), která upozorňuje na možný výskyt schizofrenie, afektivních poruch i poruch příjmu potravy. Reakce na stresové situace se zvyšuje a může přerůst v úzkosti či panické poruchy. Popisem emočního egocentrismu, který se vyznačuje prožitkem, kdy adolescent věří, že jeho momentální prožitek je ten nejintenzivnější a výjimečný, se zabývá Vágnerová (2014). Dále popisuje větší uzavřenost a nechuť k vyjadřování svých citů navenek. Své prožitky si chtějí nechat adolescenti pro sebe a odmítají je s kýmkoliv sdílet. Vztahovačnost je pro období dospívání typická a je projevem nejistoty, která je charakteristická v době vytváření vlastní identity. Starší adolescenti již dokáží pracovat s emočními projevy u jiných lidí.

3.2 Socializace adolescenta

Jedna ze základních charakteristických vlastností období dospívání je jednoznačně nová kvalita mezilidských vztahů, která je zdrojem vytváření sebedůvěry, pocitu samostatnosti a nezávislého rozhodování. Podstatným aspektem je rozvoj komunikačních dovedností. Předcházet vnitřnímu napětí, agresi a navazování přívětivých vztahů může jedinec, který zvládne vyjádřit vlastní názor, být zdvořilý, naslouchat nebo poskytnout či přijmout pochvalu. Rozdílnost ve vztazích se objevuje obzvláště ve vztahu k rodičům či vrstevníkům (Macek, 2003). Jak zmiňuje Kon (1986), adolescenti na středních školách již zaujímají postavení starších, na což navazuje i jistá zodpovědnost. Úkoly, které musí středoškolák zvládat, jsou již složitější a jsou na něho kladeny větší nároky. Po stránce kázeňské však zůstává ve stejném postavení, jak tomu bylo dříve. Studium se momentálně stává jeho prostředkem k přípravě na budoucí povolání. S vrstevnickou skupinou se adolescent vyskytuje ve stejné situaci. Jedna z hlavních potřeb dospívajících osob je sdružování s vrstevníky a je chápána jako důležitý informační kanál. Touto cestou se adolescenti dozvídají informace, které jim rodiče z nějakých důvodů neřeknou. Vzájemná soutěživost vrstevníků přináší důležitou životní zkušenost, kterou v rodině nezíská. Uvědomování si příslušnosti k určité skupině zjednodušuje osamostatňování od dospělých a přináší určitou stabilitu a emocionální spokojenost. Trávení času s rodinou se tedy redukuje a přesměrovává k vrstevníkům. Za důležité adolescent pokládá rozlišení skupiny, do které přísluší, tj. k jaké skupině člověk patří. Tato tvrzení potvrzuje také Vágnerová (2014), která dále doplňuje, že vztahy v adolescenci se označují jako období experimentu v různých rolích. V rodině jsou vztahy nadále důležitými, ale adolescent se od ní začíná odpoutávat a snaží se osamostatnit. Vrstevnická skupina je pro adolescenta ta nejdůležitější, se kterou se jedinec identifikuje a stává se pro něho oporou. Rozvíjejí se v ní nová přátelství a první lásky. Adolescent je postaven před nové sociální role, které se nadále mění a vyvíjejí. Za důležité sociální role pokládáme roli dospívajícího, roli před profesní a roli člena nějaké skupiny či blízkého přítele. V neposlední řadě se v období pozdní adolescence hovoří i o nově vznikající partnerské roli, která zastává potřebu emoční, sexuální i potřebu seberealizace.

3.3 Postoj adolescentů k osobám se zdravotním postižením

„...Mladí lidé se mohou též vyznačovat výraznou klanovou soudržností a krutostí ve svých snahách vytěsňovat všechny, kteří jsou „jiní“, ať už barvou pleti či kulturním zázemím, vkusem a nadáním a často takovými malichernými aspekty odívání a gest, jež byly dočasně vybrány jako právě ty znaky rozlišující člena a nečlena party“ (Erikson, 2002, s. 238).

Odborná literatura se spíše věnuje postojům z pohledu osob se zdravotním postižením než přístupu intaktních adolescentů vůči nim. Autorka (Vágnerová, 2014) podotýká, že mimo jiné, jak prokázat svou vyzrálost je přijetí svého postižení. Psychická vyrovnanost a přijetí omezení se vyznačuje tím, že člověk není jen předmětem péče, ale rovnocenným partnerem. Nejčastějším problémem, se kterým se adolescenti potýkají, je socializace, kdy je jedinec se zdravotním postižením na okraji skupiny a je vnímán jako rozdílná bytost, která do kolektivu nepatří. Osoby s postižením mívají problémy zejména s prosazením své pozice, kdy ho intaktní žáci neberou za rovnocenného partnera, a je mu přiřazena role postiženého spolužáka. Za ne zcela běžný stav považuje Vágnerová (2014) přizpůsobení se potřebám spolužáka a snaha ho chránit. Podle výsledků studií bylo prokázáno, že odmítavější přístup k vrstevníkům s postižením mají zejména chlapci, zatímco dívky dávají najevo větší sociální citění. Tento výrok potvrzuje také ve svém výzkumu Wöhrle a kol. (2018), který doplňuje, že postoj dívek se projevuje méně vyhýbavým chováním a pozitivnějším přístupem v poznávání osob se zdravotním postižením. Hlubší analýzou se zjistilo, že žáci s postižením dávali kladnější ohlasy svým spolužákům intaktním než intaktní spolužáci žákům s postižením. Adolescenti s postižením tak musí vynaložit větší úsilí o přátelství, které se ne vždy setkává s úspěchem. Osobám s postižením jde především o respektování jejich omezení a respektování jejich osoby. Proto jsou citlivější na posuzování svých výkonů a postavení ve třídě. Postoje spolužáků mohou být tedy buď příliš laskavé, nebo naopak podceňující. Dojem druhořadosti může nastat při opětovném neúspěchu v porovnání s intaktními vrstevníky. Pokud se v dospívání nevytvoří kladné sebehodnocení, může adolescent reagovat obrannými mechanismy, které ovlivňují další vývoj osobnosti. Mnoho osob se zdravotním postižením proto vyhledává a vytváří skupiny s lidmi s podobným znevýhodněním, kde se cítí komfortněji. Tyto skupiny mají charakter minority, o které se zmiňuje dále Tyrlík (2012). Ten popisuje situace, kdy osoba se zdravotním

postižením má potřebu patřit do nějaké skupiny. Pokud tato potřeba není naplněna mezi majoritou, lidé se začnou více identifikovat se skupinou osob jim blízkým.

Jak dále uvádí Delgado a kol. (2020), škola je považována za významné prostředí, ve kterém lze iniciovat změnu postojů k osobám se zdravotním postižením. Dále uvádí, že postoj adolescentů vůči osobám se zdravotním postižením se rozděluje do tří skupin, **přijetí / odmítnutí, kompetence / omezení a princip rovné příležitosti**. Výzkumné práce také ukázaly, že lidé, kteří již měli zkušenosti s osobami se zdravotním postižením, je lépe přijímají. Výzkumu se také věnoval Wöhrle a kol. (2018), který popisuje postoj středoškoláku u německých adolescentů vůči osobám s postižením jako **pozitivní, negativní, pasivní** postoj a **vyhýbavé chování**. Největší zastoupení měl podle výzkumu postoj, který byl pojmenován jako **váhavý**. Vychází z negativního přístupu vůči osobám s postižením, kdy většina adolescentů je neklidná při setkání s těmito osobami, zejména kvůli nepředvídatelnosti situace. Adolescenti popisují setkání s osobami se zdravotním postižením jako náročné, a to do té míry, že odmítají pozitivní poznání, které by mohlo být společensky žádoucí.

4 Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Ve **školské legislativě** se nesetkáme přímo s termínem zdravotní postižení, ale jedná se o dítě, žáka a studenta se speciálními vzdělávacími potřebami, kterým „se rozumí osoba, 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.“ (zákon č. 561/2004 Sb., §16, odst. 1, v platném znění). V dnešní době je termín speciální vzdělávací potřeby otázkou mnoha diskusí. Jinak řečeno, vedle osob vzdělávaných běžným způsobem jsou osoby, které ke vzdělávání vyžadují jiné, speciální požadavky. Právo lidí na vzdělávání je uvedeno v Listině základních práv a svobod, a to konkrétně v článku 33 hlavy 4, kde je uvedeno, že, *každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon.*“

Žákem se speciálními vzdělávacími potřebami rozumíme podle definice žáka, který potřebuje ke svému vzdělávání úpravy, které se týkají nejen třídy a prostředí školy, ale také dalších částí, které se objevují během vzdělávání. Stanovení, kdo je žák se speciálními vzdělávacími potřebami, již neurčuje diagnóza žáka, nýbrž dopady znevýhodnění na vzdělávání. Záměrem je co nejvíce rozvinout žakovy vzdělávací schopnosti a poskytnout adekvátní podpůrná opatření (Michalík a kol., 2015).

4.1 Podpůrná opatření

Podpůrná opatření jsou určena jak pro žáky mateřských, základních, středních, škol tak i pro studenty vyššího odborného vzdělávání. Osoba se speciálními vzdělávacími potřebami vyžaduje poskytnutí podpůrných opatření, aby mohla plnohodnotně naplnit své vzdělávací možnosti a tím vyrovnat podmínky ke vzdělávání. Nejpočetnější skupinou jsou žáci se zdravotním postižením nebo také žáci z odlišného kulturního prostředí či s rozdílnými životními podmínkami. Podpůrná opatření jsou poskytována bezplatně školou či školským zařízením. Dle aktuálně platné vyhlášky (č.27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných v platném znění) se setkáváme s pěti stupni podpůrných opatření, které se dále člení podle náročnosti organizační, finanční a pedagogické.

Každý druh i stupeň je možné kombinovat dle potřeb každého žáka. První stupeň podpůrných opatření popisuje Čadová (2015) jako opatření, které je finančně nezávislé a nevyžaduje žádné finanční prostředky. Pokud se však objevují závažnější vzdělávací obtíže, doporučí škola či školské zařízení podpůrná opatření druhého až pátého stupně. Z doporučení školského poradenského zařízení se ve škole učiní určitá opatření, která napomáhají žákovi ve vzdělávání. Konkrétní formy podpory se stanovují za pomoci §16 odst. 2 školského zákona v platném znění, které se týkají:

- Poradenské pomoci školy a školského zařízení
- Úpravy organizace, forem a metod vzdělávání
- Úpravy podmínek k přijetí žáka a ukončování vzdělávání
- Využití kompenzačních a speciálních pomůcek a učebnic
- Úpravy výstupů ve vzdělávání
- Možnosti vzdělávání dle individuálního vzdělávacího plánu
- Možnosti využití asistenta pedagoga
- Využití jiného pedagogického pracovníka
- Umožňování vzdělávání v prostorech speciálně upravených

Je uvedeno, že prioritní vzdělávání žáků je uskutečňováno v běžných školách, za pomoci podpůrných opatření. Školský zákon (§16, odst. 9) dále umožňuje pro žáky s mentálním, zrakovým, sluchovým, tělesným postižením, se závažnými vývojovými poruchami učení nebo chování, závažnými vadami řeči, souběžným postižením více vadami a s autismem zřizovat samostatné školy či třídy v běžných školách (oddělení, studijní skupiny). Toto vzdělávání se týká zejména žáků, kterým dle školského poradenského zařízení nepostačují podpůrná opatření, která jsou proveditelná na běžných školách. Školy podle §16, odst. 9 však aktivně spolupracují a zapojují se do vývoje nových metod, postupů a poskytují poradenskou podporu školám v běžném proudu vzdělávání (EACE, 2021).

Podstatné je také zmínit nárůst počtu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v běžných školách, ke kterému došlo v posledních 25 letech, díky změně zákona o docházení do spádové základní školy. Kvůli nárůstu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se i v běžných školách zvýšil počet asistentů pedagoga a navýšila se finanční podpora ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

4.1.1 Klima třídy v rámci podpůrných opatření

V rámci podpůrných opatření je nutno pracovat s pozitivním klimatem ve třídě, které je důležité pro rozvoj sociálních interakcí mezi žáky a pedagogy. Žáci by měli být v rámci výuky podporováni v sounáležitosti, k ochotě pomáhat a ke vzájemnému respektu. Třídní učitel by měl žáky obeznámit, proč je žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami umožněna podpora nebo poskytován jiný přístup ke vzdělávání než jejich spolužákům. Důležité je pro učitele průběžně pozorovat projevy chování žáků ve společné interakci (Felcmanová in Baslerová a kol., 2020).

Podpůrná opatření 1. stupně mají mimo jiné také za úkol předcházet obtížím v nepřijetí žáka do kolektivu třídy. Opatření se týkají posilování sociálního postavení žáka v třídním kolektivu a tvorba aktivit, které napomáhají ke zdravému třídnímu klimatu. V těchto případech by měl učitel spolupracovat se školním metodikem prevence a pracovat na podpoře pozitivních vztahů ve třídě. Příkladem mohou být aktivity, které se konají v rámci dvojic nebo menších skupin, namísto individuálních činností. Ke zkvalitnění práce na kladných vztazích je důležité zařadit pravidelné třídnické hodiny či ranní kruhy, kde se řeší různá nedorozumění nebo konflikty. Ke zvolení vhodných metod pro práci s třídním kolektivem může být učitelům nápomocná metodická příručka osobnostní a sociální výchovy (výstupy projektu Odyssea).

Ve **2. stupni podpůrných opatření** se aplikují v rámci vzdělávání témata osobnostní a sociální výchovy. Učitelé využívají vhodné nástroje k podpoře kladných vztahů ve třídě, kooperativnímu učení a sociálnímu začleňování. Pedagogickou intervenci ve 2. stupni podpůrných opatření lze využít pro práci s třídou nebo pouze skupinou žáků, a to v rozsahu 1 hodiny týdně. Ve **3. stupni podpůrných opatření** se rozsah hodin pro pedagogickou intervenci zvyšuje na 2 hodiny týdně, kterou lze využít při práci s třídou a posilováním vztahů v kolektivu. Pedagogickou intervenci ve **4. stupni** mohou učitelé využít 3 hodiny týdně, díky ní podpoří lepší adaptaci žáka na školní prostředí nebo na práci s kolektivem.

Ve třídě, kde se vzdělává žák se speciálními vzdělávacími potřebami, je nutné podpořit pozitivní vztahy a zaměřit se na přijetí odlišností, nehledě na stupeň podpůrných opatření. Nejvhodnější formou pro podporu pozitivního klimatu ve třídě je dle Felcmanová (in Baslerová a kol., 2020) zavedení pravidelných třídnických

hodin, kde můžeme využít metody osobnostní a sociální výchovy, která se zaměřuje na řešení problému a podpory kolektivu. Se třídou se také lze domluvit na třídní schránce, která slouží k vložení podnětů na téma, které chtějí probrat v rámci třídnické hodiny. Autorka dále vnímá za důležité nastavení pravidel třídy. Jasná, konkrétní a srozumitelná pravidla by se měla nastavit na začátku školního roku. U nastavování pravidel by měli být přítomni všichni žáci třídy a aktivně se na nich podílet. Mnoho žáků nechápe, proč mají žáci se speciálními vzdělávacími potřebami odlišný přístup a proč učitel hodnotí jejich práci jinak. Mnohdy je lepší než žákům vysvětlovat odlišnosti, zprostředkovat společnou zážitkovou aktivitu, která se zabývá tématem jinakosti. Začít by se mělo vždy aktivitami, které danou skupinu spojují a ve které mají spolužáci i žáci se speciálními vzdělávacími potřebami něco společného. Teprve po těchto aktivitách se zaměřujeme na odlišnosti a na porozumění potřebám žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Při realizaci zážitkových aktivit zaměřených na odlišnost postupujeme systematicky. Prvním bodem je zprostředkovat zážitek daného postižení, který má spolužák se speciálními vzdělávacími potřebami. Dále zážitek společně reflektujeme a hovoříme s žáky, jak na ně působil. Poté učitel poskytne informace o postižení a vhodné podpoře. Poslední částí je seznámit žáky s osobnostmi, které postižení mají, a hovořit o jejich významu pro společnost Felcmanová (in Baslerová a kol., 2020).

Felcmanová (in Baslerová a kol., 2020) dále hovoří o vrstevnické podpoře, kde je podpora žákům se speciálními vzdělávacími potřebami poskytována jejich spolužáky. Nejčastěji se vrstevnická podpora poskytuje při kooperativních aktivitách, kde si spolužáci navzájem pomáhají.

4.2 Specifika vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na střední škole

Celkový počet žáků na středních školách pro rok 2019 je 408 086. Počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je ke dni 30. 9. 2019 celkem 29 320. Z toho vyplývá, že procentuální zastoupení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami oproti žáků intaktních je 7,2 %. Žáky se speciálními vzdělávacími potřebami dále rozdělujeme na žáky se **zdravotním postižením**, kteří mají většinové zastoupení, a to 25 052 (85,4 %). Největší nárůst žáků se zdravotním postižením za posledních pět let zaznamenáváme u žáků s vývojovými poruchami učení, žáků s postižením více vadami a u žáků se závažnými poruchami chování. Menší nárůst byl zaznamenán

u žáků s vadami řeči a poruchou autistického spektra. Naopak ke snížení počtu došlo u žáků s mentálním postižením, a to o necelé 2 000. V menším zastoupení jsou žáci, kteří mají **jiné zdravotní znevýhodnění**, které není uvedeno v §16 a činí 4 956 (16,9 %) žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Poslední nejméně zastoupenou skupinou jsou žáci, kteří jsou **kulturně či sociálně znevýhodnění**. Jejich počet je 1 965 což je 6,7 % (NPI ČR, 2020).

Střední škola je navazujícím studiem základního vzdělání, která má významný dopad na rozvoj osobnosti žáka a jeho socializaci. Pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami se na středních školách aplikují stejná podpůrná opatření, jak na školách základních. I na střední škole je nezbytná spolupráce se školským poradenským zařízením, a to už při samotném výběru vhodného oboru. Na střední škole je kladen větší důraz na samostatnost při vzdělávání, užívání kompenzačních pomůcek a sebeobsluhu. Janková (2020) také považuje za důležité kvalitní komunikaci pedagogických pracovníků při práci se žákem se speciálními vzdělávacími potřebami. Školní sbor by měl znát a mít k dispozici doporučení školského poradenského zařízení, aby při výuce, kde se pedagogové střídají, všichni věděli, jak se žákem pracovat. Pedagogové by se neměli soustředit pouze na výkon a kvalitu vzdělávání, ale také na začleňování žáka do kolektivu třídy a jeho motivaci k práci. (Janková in Baslerová a kol., 2020).

4.3 Inkluzivní vzdělávání

Moderní vzdělávací systém v rozvinuté demokratické společnosti je vytvořen tak, aby vyhovoval individuálním vzdělávacím potřebám jednotlivce s přihlédnutím k individuálním schopnostem, možnostem, zájmům a motivům žáka (Koridorov, 2020). Inkluze je v České republice víceméně prosazována po roce 1989 s příchodem změny v chápání jinakosti či změnou přístupu k osobám se zdravotním postižením. V současnosti je inkluzivní vzdělávání stále diskutovaným tématem, které vzbuzuje různé nejasnosti u laické a odborné veřejnosti. Nejčastějším tématem diskuse v odborných kruzích jsou pojmy integrace a inkluze. McGilp (in Smit a kol., 2001) popisuje čtyři fáze vývoje k dnešní inkluzi. První fázi nazýváme jako fázi **vyloučení**, kdy žáci nebyli součástí vzdělávání. U druhé fáze **segregační** již společnost chápala, že i osoby se zdravotním postižením by se měly vzdělávat, ale i přesto zůstávaly odděleny od ostatních. Ve třetí fázi **integrace**, byly pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami vytvořeny nové prostory, aby se mohli vídat a komunikovat

se žáky intaktními. Jako poslední fázi autor uvádí zmíněnou **inkluzi**, kde jsou struktury třídy, školy i aktivity od začátku navrženy pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Další autoři definují inkluzi jako vyšší úroveň integrace, která se netýká pouze žáka, ale také osob, které jsou v jeho okolí (rodiče, asistenti, učitele, spolužáci). Integrace se dle Uzlové (2010) zaměřuje na potřeby žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, zatímco inkluze je orientovaná na zajištění potřeb pro všechny vzdělávané. Téma inkluzivního vzdělávání dále popisuje Kodírov (2020) jako přizpůsobivé adaptivní vzdělávací prostředí, které splňuje podmínky pro všechny žáky školy. Dále tvrdí, že pro úspěšnou inkluzi žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžného proudu škol je nutná samotná změna ve vzdělávacím systému a překonání negativních postojů vůči osobám se zdravotním postižením. Badatele Národního pedagogického institutu České republiky provedli ve školním roce 2019/2020 průzkum vývoje inkluzivního vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na středních školách. Ten uvádí, že za posledních pět let byl zaznamenán velký nárůst žáků se zdravotním postižením v běžných školách, a to konkrétně o necelých 6 000. Toto navýšení se týká zejména žáků integrovaných v běžných třídách.

Lebeer (Urbanovská, Škobrtal, 2012) uvádí jako výhodu inkluzivního vzdělávání začlenění žáka do běžných institucí, které vytváří pozitivní identitu a plnohodnotné zapojení do společnosti. V běžné škole se žák setkává s přirozeným sociálním učením, kde musí komunikovat, spolupracovat a respektovat ostatní žáky třídy. V běžných školách je učební látka různorodá a klade vyšší nároky na vzdělávání.

4.4 Problematika inkluzivního vzdělávání

K inkluzivnímu vzdělávání se v současné době zavazuje mnoho zemí. Jak však ukazují zkušenosti, inkluzivní vzdělávání není tak snadným úkolem. Překážky popisují Bendová a Zikl (2011) a to zejména v neznalosti a nepochopení žáka ze strany učitele či školy. I v dnešní době se setkáváme s názorem pedagogů, že různé poruchy či zdravotní postižení jsou jen výmysl a samotné zdravotní postižení zaměňují za nevychovanost. Učitelé nejsou dle autorů ještě dostatečně připraveni a vzdělávání na práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami nebo k tomu nemají dostatečnou motivaci. Suleymanov (2015) dodává, že společnost jakožto i učitelé nejsou připraveni přijmout inovace, jelikož se můžou jevit jako radikální změna ve vzdělávání. Pedagogové či dokonce rodiče mohou váhat s přijetím takové změny a mít z ní obavy. Objevit se mohou také komplikace ze strany vedení školy, která není

dostatečně připravená a nespĺňuje adekvátní podmínky ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Jako další bariéru autor uvádí rozdělení funkcí a povinností mezi třídním učitelem, asistentem pedagoga a speciálním pedagogem, kde může nastat překážka při vytváření vzájemné dohody. Nevhodné rozdělení funkcí může negativně ovlivnit kvalitu vzdělávání. Mohou se také objevovat bariéry v prostředí školy, kdy není škola dostatečně vybavena. Při vybavení školy novými pomůckami se vyžaduje nové zaškolení učitelů i samotného žáka, což může pedagogy určitým způsobem obtěžovat.

Jak shrnují svou práci Priyadarshini a Thangarajathi (2017) inkluzivní vzdělávání je cesta k rovným příležitostem ve vzdělávání s ostatními. Učitelé tak mohou reagovat a rozpoznávat různé potřeby žáků a zajistit jim kvalitní vzdělávání prostřednictvím příslušných osnov, organizačních opatření, výukových strategií a využíváním zdrojů jiných pedagogů. K těmto změnám může dojít, pokud budou mít učitelé a pedagogický kolektiv kladný přístup k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Pedagogové by se měli podpořit zejména ve vzdělávání a přípravě, a to pomocí školení a rozvoje dovedností při práci s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Opomenout také nemůžeme spolupráci učitelů s celým pedagogickým týmem, který zahrnuje i asistenta pedagoga. Individuální přístup k žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami může vést k negativním postojům ze strany spolužáků, kteří cítí jistou nespravedlivost (Urbanovská, 2012).

Jak uvádí studie Hankové, Vávrové (2016) největší potíže v přijetí žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do kolektivu běžné střední školy je počáteční nedůvěra a neporozumění ze strany spolužáků a učitelů. Jako důvod autorky uvádějí zejména nedostatečnou informovanost o tom, jak k jedinci s postižením přistupovat a zároveň neochotu změnit zavedený systém vzdělávání. Na jedné straně je to neochota spolužáků pracovat v rámci jednoho kolektivu, kdy je žák se speciálními vzdělávacími potřebami z kolektivu vyčleněn. To přináší pro integrovaného žáka pocity samoty a méněcennosti. Adolescenti tedy často uvádějí, že se cítí osamělí a izolovaní. Nová data však odhalila, že dochází k postupnému přizpůsobování integrovaných žáků spolužáky a učiteli. Klíčovou roli hraje schopnost vyjadřování, ale také dokazování, že zdravotní postižení je jen pomyslnou bariérou mezi účastníky vzdělávání. Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami uvádějí, že díky pozitivním vztahům ve třídě cítí, že jsou součástí třídního kolektivu. Problematické je však stále malé zapojení

těchto žáků do školních aktivit, které nejsou podporované třídním učitelem. Tato tvrzení shrnuje Čadová (2012), která uvádí, že klíčovou roli k úspěšné integraci je příprava tříd a učitelů na příchod žáka se zdravotním postižením. Důležitou součástí je také následná práce třídních učitelů, kteří vytváří různé metody k zapojení žáka do vzdělávacích aktivit, které umožňují spolupráci v rámci celého třídního kolektivu.

Také Egilson a Traustadottir (2009) se zmiňují o problematice přijetí žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do inkluzivního vzdělávání. Problém spatřuje autor u některých žáků se zdravotním postižením v nadměrném spoléhání na učitele či asistenty pedagoga, nebo naopak na podporu nedostatečnou či neúčinnou. Ačkoli se bere v potaz, že asistenti pedagoga mohou cenně přispět k podpoře učení a zpevnování sociálních vztahů, naopak neustálá přítomnost asistenta může mít za následek omezené využití silných stránek žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a může vytvářet zbytečné nebo nezdravé závislosti právě na asistentovi pedagoga. Výzkumem autor popisuje sladění vzdělávacího systému se všemi zúčastněnými stranami – žáka, rodiči a ostatními osobami, které se žákem pracují. Pereira a kol. (2010) popisuje jako problematické zapojení žáků s tělesným postižením do pohybových aktivit. V situacích, kdy žáci nebyli schopni vykonávat dané činnosti, se cítili vyloučení. Žáci zmiňují nedostatek vhodných aktivit, které by vyhovovaly potřebám a preferencím žáků se zdravotním postižením. Žáci si proto hledají jiný typ činností, mimo dohled ostatních spolužáků.

5 Vzdělávací program na střední škole

Než přejdeme k samotnému školnímu vzdělávacímu programu (dále ŠVP) konkrétních středních škol, musíme se zmínit i o rámcovém vzdělávacím programu (dále RVP), který je definován dle Školského zákona 561/2004, §4, jako obecný rámec pro vytváření ŠVP škol. Týká se oborů předškolního, základního, základního uměleckého, jazykového a středoškolského vzdělávání. Tento vzdělávací program byl vytvořen na základě zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. RVP má za úkol stanovit zejména cíle, délku, formu, obsah, průběh a ukončování vzdělávání, které jsou zaměřené na daný obor. Dále RVP udává podmínky ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, kde se zaměřuje především na úpravy materiální, personální, organizační a také na bezpečnost a ochranu zdraví. Důležitým bodem, který je nutno zmínit, je jeho flexibilita, kdy RVP musí reagovat na aktuální stav nejen ve školství. Nejnovější poznatky vycházejí zejména z vědních disciplín, pedagogiky a psychologie. Tyto znalosti napomáhají především k úpravě metod a organizačního uspořádání, které se vážou k věku žáka a jeho rozvoji ve vzdělávání. Tvorbu tohoto programu můžeme nazvat jako multidisciplinární, jelikož se na ní nepodílí jen ministerstva, ale i odborníci vědy a praxe, společně s psychology a pedagogy. Podmínkou pro tvorbu školního vzdělávacího programu je soulad s rámcovým vzdělávacím programem. Většinou je obsah vzdělávání uspořádán v ŠVP do předmětů či modulů. ŠVP vytváří ředitel školy, který je povinen ho zveřejnit na dostupné místo a každý občan má právo do něj nahlížet a pořizovat si z něj opisy či obdržet jeho kopii (zákon 561/2004 Sb.).

5.1 Školský vzdělávací program pro gymnázium, Karviná, příspěvková organizace

Školský vzdělávací program pro čtyřleté gymnázium v Karviné má momentálně 8 tříd a pedagogický sbor tvoří 10 mužů a 27 žen. Průměrný věk těchto pedagogů činí 51,5 roků. Všichni pracovníci jsou dostatečně kvalifikováni v rámci své aprobace a absolvují akreditované kurzy. Na škole také mimo jiné působí školní metodik prevence sociálně-patologických jevů, který spolupracuje s jinými institucemi. Škola spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou a Centrem pro prevenci sociálně patologických jevů. ŠVP je sestaveno tak, aby žáci získali všeobecné znalosti, dovednosti a širší vzdělání ve zvolených předmětech, které jsou přípravou na vysokou školu. Žák získává v rámci studia kompetence k učení, řešení

problému a komunikaci. Dále získává kompetence pracovní a občanské, které zahrnují toleranci vůči osobám s odlišnostmi. V ŠVP gymnázia v Karviné je zmíněno zabezpečení výuky žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Tito žáci zejména s poruchami učení mají k dispozici předmět Cvičení z českého jazyka. Žákům, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje se vzdělávat běžným způsobem, je k dispozici studium dle individuálního vzdělávacího plánu.

Žáci si ve třetím ročníku studia vybírají volitelný předmět, který odpovídá jejich zájmu. Předmět, který se okrajově dotýká problematiky osob se zdravotním postižením, je **psychologie**, kde v rámci praktické části výuky žáci navštíví pedagogicko-psychologickou poradnu. V rámci třetího ročníku v učebních osnovách **biologie** se objevuje téma vývoje člověka, včetně průběhu těhotenství, během něhož mohou vývoj člověka ovlivnit rizikové faktory. Rovněž se ve čtvrtém ročníku v osnovách biologie hovoří o tématu genetické proměnlivosti, kdy by žáci měli znát různé typy genetických mutací, příčiny jejich vzniku i jejich následky a dědičné choroby. V učební osnově **společenských věd** se nesetkáváme v žádném ročníku přímo s termínem zdravotní postižení. Tématem, který je mu nejbližší, je učivo o psychickém zdraví a poruchách, které se jen okrajově v prvním ročníku studia zmiňuje o osobách s psychickými poruchami. V druhém ročníku je zmíněno začlenění jedince do sociálních vazeb, které není však přímo spojováno s osobami s postižením. Ve třetím ročníku v učivu člověk a svět se setkáváme s tématem systému sociálních dávek. Zmínka o osobách se zdravotním postižením a přístupu k nim není tedy uvedena v žádném předmětu.

5.2 Školský vzdělávací program pro střední odborné učiliště v Jablunkově

Školský vzdělávací program pro střední odborné učiliště v Jablunkově, které je zřizováno Moravskoslezským krajem, má aktuálně pět studijních oborů v denní a dálkové formě. Jedná se o maturitní obory: Infomační technologie a Dopravní prostředky. Učební obory 3leté ukončené výučním listem jsou obory Mechanik opravář motorových vozidel, Opravář zemědělských strojů a Kuchař-číšník. Ve škole je evidováno 16 tříd denního studia a 4 třídy dálkového studia. Učitelův sbor se skládá z 33 pracovníků. Celkem školu navštěvuje přibližně 300 žáků. Škola připravuje žáky k maturitní a závěrečné zkoušce využitelnou v praxi nebo k dalšímu studiu. Škola nemá bezbariérové prostory. Ve škole je přibližně pět žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří jsou integrováni do vzdělávání. Škola spolupracuje se

školským poradenským zařízením zajišťující podporu a odbornou pomoc ve vzdělávání. Ke všem integrovaným žákům škola přistupuje individuálně a reaguje na jejich aktuální potřeby. Škola poskytuje poradenskou pomoc v oblasti výchovy a vzdělávání v rámci třídnických hodin či při individuálních konzultacích. Na škole působí dva školní metodici prevence pro předcházení sociálně patologických jevů ve spolupráci s třídním učitelem a výchovným poradcem. Ve škole je také výchovná komise pracující s nadměrnou absencí, která je spojena se školním neprospěchem. Pedagogové proto propagují prevenci ve výuce a sledují žákovy zájmové a volnočasové aktivity. Škola se každoročně účastní projektu „**72 hodin – pomáhat nás baví**“ ve spolupráci s Charitou Jablunkov. Žáci v rámci projektu pomáhají v Denním stacionáři sv. Josefa a v Domě s pečovatelskou službou. Pedagogové vidí v projektu velký přínos v seznámení se s osobami se zdravotním postižením a předpokládají lepší přijetí žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do kolektivu třídy.

V rámci čtyřletého maturitního oboru **Mechanik opravář motorových vozidel** mají žáci předmět *Základy společenských věd*, který se vyučuje po celou dobu studia. Výuka předmětu se zaměřuje na přijímání žákovy odpovědnosti za své rozhodnutí a jednání. Žáci by také měli být schopni solidarity a umět jednat v souladu s humanismem a vlastenectvím. Ve čtvrtém ročníku v předmětu *Základy společenských věd* se hovoří o Listině základních práv a svobod, kde se žáci učí o ohrožených dětech a moci zákonodárné, výkonné a soudní. Také v tématu člověk jako jedinec jsou žáci seznámeni se základy psychologie a osobnosti člověka. V předmětu *Environmentální výchova* je v prvním ročníku tématem Biologie člověka a jeho zdraví a nemoci. V tříletém oboru **Kuchař – Číšník** se opět zmíníme o předmětu *Základy společenských věd*. V tomto předmětu se žáci vzdělávají o dobrém vztahu k lidem a etice v chování. O tématech sociálních nerovností, menšin ve společnosti, migrantů se žáci setkávají v prvním ročníku tříletého studia. Ve druhém ročníku se objevuje téma náhradní rodinná výchova a kriminalita páchaná na dětech. V posledním ročníku školský vzdělávací program uvádí téma pomoc státu a zmiňuje se o institucích, které pomáhají sociálně potřebným občanům. V *Environmentální výchově* se žáci mohou setkat s tématem Biologie člověka, které zahrnuje téma prevence nemocí, konkrétně bakteriálních, virových a infekčních.

5.3 Zařazení výuky o osobách se zdravotním postižením do výchovně vzdělávacího procesu

O tématu zařazení výuky o osobách se zdravotním postižením do vzdělávacího procesu nenalezneme mnoho publikací. Jedna z nich, kterou uvádí Browningová (2014), se zabývá problematikou nedostatečného povědomí o osobách s postižením na středních školách. Autorka tvrdí, že učitelé, kteří mají perspektivu dát žákům povědomí o osobách se zdravotním postižením, by měli kriticky přemýšlet o každém aspektu, který vyučují a jakým způsobem mají zahrnovat toto téma do výuky. Pro mnohé pedagogy se to však jeví jako náročný úkol. Autorka například uvedla zařazení tématu o osobách se zdravotním postižením do výuky, na téma „**problémy v Americe**“. Žáci si jako téma zvolili problematiku zneužívání, kdy jim pedagog položil otázku, jak souvisí zneužívání s osobami se zdravotním postižením. Během společných diskusí uvedla statistiku zneužívaných osob se zdravotním postižením. Autorka tento způsob zařazení tématu hodnotí jako účelný pro zamýšlení se nad touto problematikou, protože zvyšuje povědomí o osobách se zdravotním postižením.

Většinou je téma zdravotního postižení zařazeno do učebních osnov zdravotních oborů. Tuto problematiku však bereme jako všeobecně prospěšnou i pro jiné vzdělávání. Pro zlepšení kompetencí lékařů k osobám se zdravotním postižením se konal výzkum, který zahrnoval řadu přednášek, videí i modelových situací. V rámci výzkumu se zjistilo, že kompetence zdravotníků se zlepšily především v postojích, dovednostech a spokojenosti osob se zdravotním postižením (Constantinou a kol., 2018). O změně osnov pro zdravotníky se zmiňuje také Peirish-John a kol., (2021), kdy potvrzuje, že znalosti o problematice zdravotního postižení jsou nedostatečné. Zkoumaná skupina popisovala, že k osobám se zdravotním postižením přistupují spíše intuitivně. Většina identifikovala zásadní potřebu zavést systematický a upevněný přístup ve vzdělávání v oblasti zdravotního postižení. Také sledovali přínosným zapojení osob, které mají zkušenosti se zdravotním postižením do výuky. Nabídku kurzů považují za nezbytnou pro řešení současných mezer ve vzdělávání. Belousov (2016), naopak zkoumal přijetí žáka se zdravotním postižením prostřednictvím ukávek paralympijských sportů. Tyto sportovní aktivity nabízí různorodou škálu nástrojů k efektivnímu dosažení socializace osob se zdravotním postižením do škol. Prostředkem výzkumu bylo pořádání paralympijských dnů a setkávání intaktních osob s těmito sportovci a jejich zapojení do dobrovolnické práce. Tyto aktivity, jak

podotýká autor, mohou být začleněny do osnov tělesné výchovy, kde se může účastnit i žák se zdravotním postižením. Ankam a kol. (2019) tvrdí, že pokud v institucích nejsou učební plány o osobách se zdravotním postižením součástí vzdělávání, doporučuje tyto znalosti a dovednosti zahrnout do stávajících osnov, pokud má být inkluzivní vzdělávání účelné.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Problematika přijetí žáka se zdravotním postižením jeho vrstevníky

6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo popsat problematiku přijetí žáka se zdravotním postižením jeho vrstevníky na středních školách. Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat, zda jsou postoje žáků na středních školách k osobám se zdravotním postižením spíše pozitivní nebo negativní. Výsledky dále posoudit se zvolenými proměnnými, zejména v závislosti na studovaném oboru. Pro výzkum bylo vybráno gymnázium a střední odborné učiliště. V obou školách byla vybrána jedna třída, kde proběhl experimentální zásah. Pro vyhodnocení proměnných se u respondentů zjišťoval obor studia, pohlaví respondentů, předešlé zkušenosti se zdravotním postižením a informovanost žáků o problematice zdravotního postižení. U adolescentů se analyzovalo, co si myslí, že pojem zdravotní postižení znamená. V neposlední řadě se výzkumné šetření zaměřilo na otázky integrace a začleňování žáků se zdravotním postižením do běžných škol.

Proto, aby byly popsány postoje žáků k osobám se zdravotním postižením, přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy a srovnat odpovědi obou středních škol, jsme si stanovili dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Existují rozdíly v informovanosti žáků o zdravotním postižení na střední odborné škole a gymnáziu?

DVO2: Přijali by žáci gymnázia osobu se zdravotním postižením do kolektivu třídy snadněji než žáci na střední odborné škole?

DVO3: Existují rozdíly v odpovědích o pojmu zdravotní postižení u žáků gymnázia a střední odborné škole?

DVO4: Přijali by dívky žáka se zdravotním postižením snadněji než chlapci?

DVO5: Ovlivňuje přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy jejich předchozí zkušenost s osobami se zdravotním postižením?

DVO6: Mají respondenti, kteří jsou v kontaktu s osobou se zdravotním postižením, více informací o osobách se zdravotním postižením?

DVO7: Ovlivnil experimentální zásah žáky v přijetí osoby se zdravotním postižením do kolektivu třídy?

6.2 Hypotézy

Pro kvantitativní výzkum ověřujeme tzv. věcné hypotézy, které se zaměřují na vztahy mezi proměnnými. Hypotéza je vnímána jako odpověď na výzkumnou otázku, kterou lze ověřit a která zároveň zahrnuje dvě alternativy. Cílem je tedy buď danou hypotézu falzifikovat, nebo ji přijmout. Žádnou hypotézu nemůžeme jasně dokázat, můžeme pouze zdůvodnit její přijatelnost (Chráska, 2016). Z výzkumných otázek jsme si stanovili následné hypotézy, které budeme vyhodnocovat.

Pro tuto diplomovou práci byly stanoveny tyto věcné hypotézy:

VH1: Mezi žáky střední odborné školy a žáky gymnázia je v informovanosti žáků o zdravotním postižení statisticky významný rozdíl.

VH2: Rozdíl odpovědí o pojmu zdravotní postižení v pre-testu a post-testu je u žáků statisticky významný.

VH3: Rozdíl v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy v pre-testu a post-testu je statisticky významný.

VH4: Mezi chlapci a dívkami v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl.

VH5: Mezi žáky se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl.

7 Metodologie výzkum

Data byla získaná pomocí kvantitativního výzkumu, jehož hlavním rysem je numerické měření zkoumaného jevu. Podle Chráska (2016, s.11) jde o „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují a testují) hypotézy o vztazích mezi jevy*“.

Pro výzkumnou metodu je charakteristická systematická, která vede k vysvětlení dané problematiky. Pro tuto diplomovou práci byla zvolena metoda dotazníkového šetření, která je jednou z nejrozšířenějších technik v pedagogickém výzkumu. Hlavním cílem dotazníku je zjistit data, názory a postoje o respondentovi, které budou přínosem pro výzkum. Za výhodu dotazníkové metody se považuje rychlá administrace, oslovení většího počtu respondentů a anonymita tázaných. Za nevýhodu Skutil (2011) považuje možné nevyplnění otázky, subjektivitu výpovědí, nepochopení otázky nebo možnost zkreslení odpovědí. Dotazník obsahoval celkem 16 otázek, které byly otevřené, uzavřené, polo-uzavřené, dichotomické i škálové.

Dotazník byl rozdělen na tři části. Ve vstupní části bylo úvodní slovo, které je podstatné zejména k oslovení respondentů a seznámení se s tématem dotazníku. Dále následovaly otázky, které se týkají samotného výzkumu. V poslední části je poděkování za čas strávený vyplňováním dotazníku. Před realizací výzkumu byl proveden předvýzkum, kterého se zúčastnilo 20 respondentů. Předvýzkum byl velkou pomocí zejména k lepší formulaci otázek a ujasnění některých odpovědí.

7.1 Experiment jako metoda v pedagogice

Další použitou metodou k ověření hypotéz byl experiment. V rámci pedagogického výzkumu se jedná o výzkumnou metodu, která je významným nástrojem k ověření kauzální závislosti. Jak uvádí Hendl (2016, str.42), „*jednou ze základních vlastností experimentu je to, že výzkumník aktivně a úmyslně přivodí určitou změnu situace, okolností nebo zkušenosti sledovaných jedinců a pak sleduje změnu jedinců*“. Výzkumník tedy pracuje s nezávisle proměnnými a následně zkoumá změnu závislé proměnné. Nezávisle proměnná, se kterou výzkumný pracovník manipuluje, je zcela pod jeho kontrolou. Z toho důvodu Chráska (2016) výsledky experimentálního výzkumu považuje za věrohodné. Dále autor uvádí, že se za žádných okolností při experimentu nesmí nijak manipulovat s proměnnými, které by mohly vyvolat negativní změnu v osobnosti žáka.

Pro diplomovou práci byla zvolena experimentální metoda **jedné skupiny před – po**. Tuto metodu popisuje Chráska (2016), jako experimentální metodu, u které dochází před samotnou manipulací s nezávisle proměnou ke změření úrovně vlastnosti skupiny, která bude dále ovlivňována experimentálním zásahem. Mezi hlavní nástroje měření experimentu patří pre-test a post-test. Při zvolení techniky jedné skupiny musí výzkumník počítat s problémy, které se mohou během měření vyskytnout. Autor hovoří o problémech, které jsou spojeny s přirozenými změnami podmínek skupiny, které mohou mít vliv na odpovědi respondenta.

7.1.1 Experimentální zásah

Pro výzkum byly vybrány tyto školy; **Gymnázium Karviná**, příspěvková organizace a **Střední odborné učiliště** v Jablunkově. Cílovou skupinou pro experiment jsou subjekty (dále jen žáci), kteří navštěvují střední školu. Podmínkou pro experiment byl výběr ze dvou škol dvou paralelních skupin, které studují stejný ročník. Na obou středních školách se uskutečnila přednáška na téma zdravotní postižení, kde si žáci středních škol mohli vyzkoušet různé situace, kterými jsou osoby se zdravotním postižením denně vystaveny. Před zahájením přednášky žáci elektronicky vyplnili dotazník (viz. příloha), který jim zabral přibližně 7 minut. Kvůli vládním omezením, které nedovolovaly vstup cizí osoby do prostorů škol, se hodina uskutečnila za pomoci online setkání. Vyučovací hodina u obou škol byla pro žáky 1. ročníků. Úvod hodiny měl na starosti vyučující, který představil a seznámil všechny zúčastněné osoby. Poté probíhala samotná přednáška, která byla doprovázena prezentací. Úvodem se hovořilo o pojmu zdravotní postižení a jeho možných příčinách. Na konci tématu byly žákům předloženy jednoduché otázky, na které měli odpovídat. Další kapitoly pojednávaly o sluchovém, zrakovém, tělesném a mentálním postižení. Na konci každého tématu byly zobrazeny známé osobnosti, kterých se dané postižení týká, a představeny pomůcky, které osoby s postižením používají. U tématu **sluchové postižení** byli žáci rozděleni do skupin, kde si měli vypnout mikrofony a pomocí odezírání, mimiky a gest se domluvit na společné večeři a na použití základních ingrediencí, které pro pokrm použijí. K tématu **zrakové postižení** měli žáci za úkol přeložit slovo z Braillova písma. Tématem **tělesného postižení** bylo mimo jiné představení paralympijských sportů, jako je: Boccia, Sledge hokej a Powerchair Hockey. Úkolem také bylo napsání svého jména bez rukou za pomoci úst. Posledním tématem bylo **mentální postižení**, kde se žáci rozdělili do

skupin a diskutovali o pozitivních a negativních inkluzivního vzdělávání. Přednáška na obou středních školách trvala jednu vyučovací hodinu (45 minut). Na závěr přednášky respondenti poskytli také slovní či písemnou reflexi, která se týkala názoru na již proběhlý výklad experimentátora. V rámci post-testu, který proběhl po třech měsících experimentálního zásahu, měli žáci vyplnit stejný dotazník. Dotazník již byl zprostředkován formou tužka-papír.

Experimentální zásah na Střední odborné škole v Jablunkově

Pre-test a post-test zjišťoval vstupní a výstupní postoje žáků středních škol k osobám se zdravotním postižením. První experimentální zásah byl proveden na Střední odborné škole v Jablunkově, kterého se zúčastnilo 22 žáků mužského pohlaví ve věkovém rozmezí 15–17 let. Na začátku hodiny byly žákům zprostředkovány elektronické dotazníky. Ve zbytku hodiny jsme se věnovali samotnému tématu o osobách se zdravotním postižením. Většina respondentů byla během přednášky komunikativní a aktivně se zapojovala do plnění úkolu. Během prezentace měli žáci dotazy, které se netýkaly vždy tématu. Po upozornění pedagoga, který byl přítomný ve vyučovací hodině, se žáci lépe soustředili a dotazy, které se týkaly tématu, psali do chatu. Všechny aktivity, které byly součástí prezentace, žáci splnili s nadšením. V rámci experimentálního zásahu následovala krátká reflexe, kde měli žáci možnost sdělit své pocity, postřehy a dojmy z přednášky. Většina respondentů uvedla, že podané informace byly pro ně nové a zajímavé. Nejlepší hodnocení měly aktivity, kterých se účastnila celá třída.

Experimentální zásah na Gymnáziu v Karviné

Druhý experimentální zásah se konal na Gymnáziu v Karviné. Celkem se výuky zúčastnilo 27 žáků. Konkrétně se jednalo o 18 žen a 9 mužů ve věkovém rozmezí 15–17 let. V rámci distanční výuky žáci nebyli povinni mít zapnuté kamery. Cvičení, které bylo zaměřené na vizuální práci, nebylo možné realizovat. Žáci se nezapojovali do diskuse, jak tomu bylo v experimentálním zásahu na střední odborné škole. Celkově byla skupina žáků spíše pasivní. Domníváme se, že důvodem byl ostych tázaných respondentů nebo obava ze špatně zvolené odpovědi. Reflexe byla uskutečněna slovní formou s možným komentářem do chatovací okénka. Žáci hodnotili přednášku jako zajímavou, ve které se dozvěděli nové informace.

7.2 Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí

Celkem bylo zpracováno 278 dotazníků které byly žákům distribuovány papírovou nebo elektronickou formou. Ze zmíněných 278 dotazníků bylo použito 49 dotazníků znovu v rámci post-testu u obou zkoumaných tříd, kde proběhl experimentální zásah. Výzkumu se z celkového počtu žáků zúčastnilo 134 mužů a 94 žen. Tento rozdíl vnímáme za přirozený demografický vývoj, kdy větší zastoupení v populaci v letech 2001–2006 mají chlapi, a to přibližně o 3 000 (ČSÚ, 2011–2015).

Vzorek respondentů byl zvolen záměrným výběrem, který klasifikuje Chráska (2016) jako druh výběru, o kterém nerozhoduje náhoda, ale mínění výzkumníka nebo výzkumné osoby. Základním východiskem bylo vyhledání adolescentů ve věkovém rozmezí od 15–20 let na středních školách v Moravskoslezském kraji. Výzkumné šetření probíhalo na 2 středních školách. Odlišný typ škol jsme určili záměrně, a to z důvodu zapojení žáků z rozdílných vzdělávacích oborů, čímž můžeme zajistit určitou variabilitu zkoumaného vzorku. Do výzkumného šetření se zapojili žáci všech ročníků, tedy 1.– 4. ročníků. Věk žáků byl v rozmezí od 15–20 let. U dotazníků jsme se setkali s vysokou návratností, domníváme se, že důvodem byla osobní distribuce a dobrá komunikace s vedením škol.

7.3 Limity výzkumného šetření

Za jeden z limitů výzkumu můžeme označit pandemii Covid-19, která měla za následek nemožnost zrealizovat workshop pro žáky středních škol. Školy jsme nemohli navštívit kvůli zpřísnění proti pandemickým opatřením, a proto se musela konat online přednáška namísto workshopů.

Dotazník byl vyhotoven dvěma způsoby. První způsob byla elektronická podoba dotazníku, která se použila v obou třídách experimentálního zásahu v pre-testu. V post-testu byly již dotazníky předány osobně vyučujícími. Elektronická distribuce dotazníků byla poskytnuta zbytku respondentu na gymnáziu. U dotazníků, které jsou distribuovány přes internet, nelze otázku vynechat, respondenti se tak musí rozhodnout pro některou z odpovědí. Zbytek dotazníků pro střední odbornou školu byly vyhotoveny pro verzi tužka-papír. Za limity považujeme pro verzi tužka-papír nevyplnění některých položek ze strany respondentů.

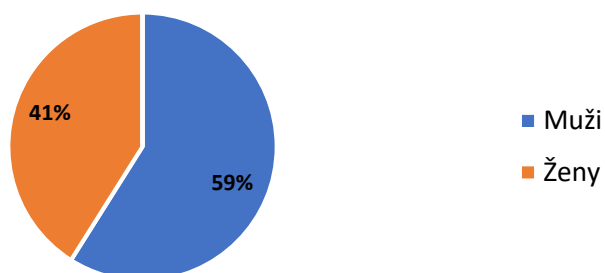
7.4 Zpracování dat

Popis výzkumného vzorku a zpracování dat bylo provedeno počítačovým programem Microsoft Excel. Za pomocí párového t-testu a chí-kvadrátu jsme provedli statistický test významnosti v tabulkovém procesoru Microsoft Excel. Všechna uvedená data jsou zobrazena v tabulkách a grafech.

8 Analýza a interpretace dat

Z celkového počtu 229 respondentů bylo 59 % (N = 135) chlapců a 41 % (N = 94) dívek. Věkové rozpětí respondentů, které zobrazuje následující graf je v rozmezí od 15–20 let.

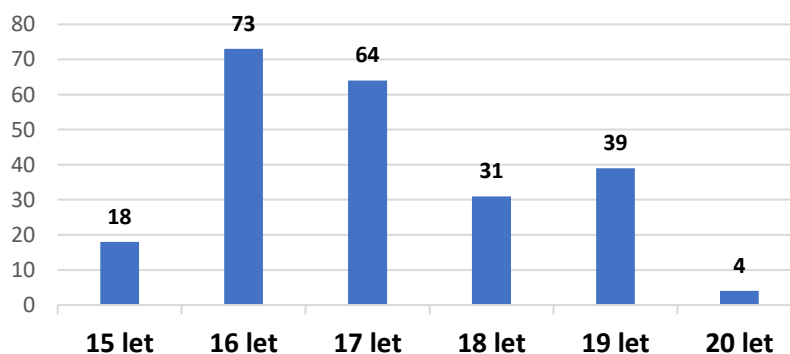
Počet respondentů podle pohlaví



Graf 1: Počet respondentů podle pohlaví

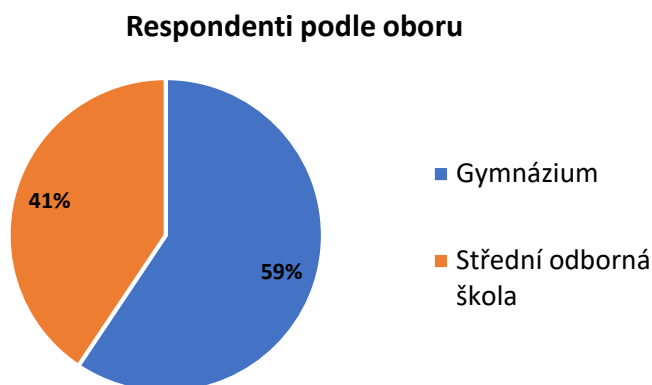
Jelikož se výzkumného šetření zúčastnili respondenti středních škol denní formy studia, věkové rozpětí bylo od 15 do 20 let. Největší zastoupení 32 % (N = 73) měli žáci, kterým bylo 16 let. Další nejpočetnější skupinou byli žáci, jejichž věk byl 17 let a jednalo se celkem o 28 % respondentů (N = 64). 19 let mělo 17 % respondentů (N = 39), 13 % žákům (N = 31) bylo 18 let. Nejméně zastoupenou věkovou skupinou byli žáci, kteří měli 15 let a to konkrétně 8 % (N = 18) a 20 let měli pouze 2 % žáků (N = 4). Průměrný věk činil 17 let. Blíže se s věkovým rozmezím respondentů můžeme seznámit v následujícím grafu.

Věk respondentů



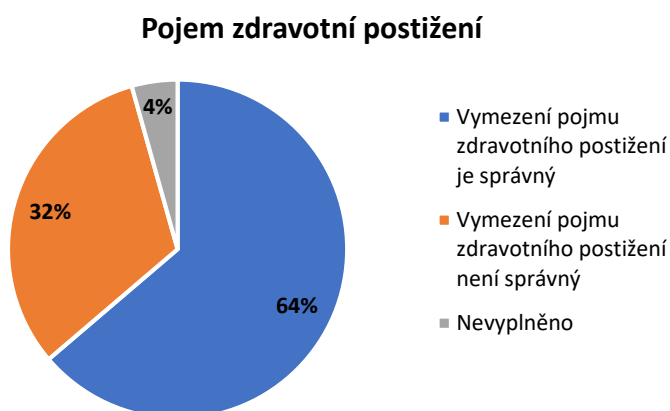
Graf 2: Počet respondentů podle věku

Dle výsledků, které nám znázorňuje následující graf je nejvíce respondentů z gymnázia v Karviné (N = 136, tj. 59 %), žáků Střední odborné školy v Jablunkově bylo 41 % žáků (N = 93).



Graf 3: Respondenti podle oboru

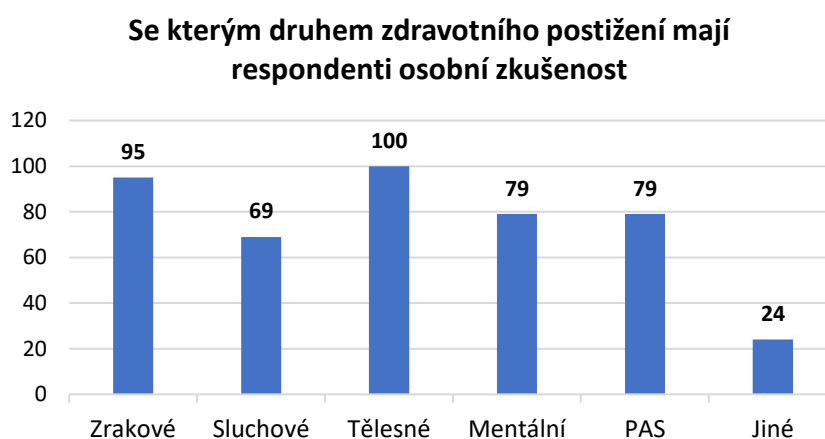
Další graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku z dotazníkového šetření „jak byste vysvětlili pojem zdravotní postižení“. Na otázku odpovědělo 219 žáků a pouhých 10 respondentů na otázku neodpovědělo. Odpovědi na tuto otázku byly vyhodnoceny buď číslem 1 (vědí, co je zdravotní postižení) nebo 2 (nevědí, co zdravotní postižení znamená). Ze získaných odpovědí můžeme tedy tvrdit, že 64 % (N = 146) respondentů vymezili pojem zdravotního postižení správně a 32 % (N = 73) respondentů neví, co zdravotní postižení znamená.



Graf 4: Vymezení pojmu „zdravotní postižení“

Na otázku „se kterým druhem zdravotního postižení máte osobní zkušenost“, kterou nám představuje následující graf odpověděli všichni respondenti a měli možnost vybrat z více odpovědí. Nejčastější odpovědí, kterou respondenti uváděli, bylo tělesné postižení 22 % (N = 100). Následovalo zrakové postižení 21 % (N = 95).

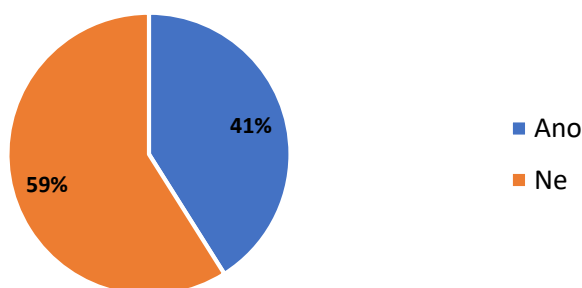
S mentálním postižením a s poruchou autistického spektra se setkala 18 % respondentů (N = 79). Nejméně respondentů se setkala se sluchovým postižením 16 % (N = 69). Na odpověď jiné odpovědělo 5 % respondentů (N = 24). Tato otázka byla doplňující a respondenti měli napsat otevřenou odpověď. Jako nejčastější odpověď respondenti uváděli, že se neseťkali s žádným zdravotním postižením, a to v 17 případech. 2 respondenti uvedli, že se setkali s psychickým onemocněním a 1 respondent s narušenou komunikační schopností.



Graf 5: Osobní zkušenost se zdravotním postižením

Na otázku, zda mají respondenti někoho z rodiny či přátel se zdravotním postižením, odpověděli všichni. Odpovědi na otázku jsou zobrazeny v následujícím grafu. 59 % (N = 135) respondentů odpovědělo, že žádnou osobu se zdravotním postižením ve svém okolí nemá. Zbýlých 41 % (N = 94) odpovědělo, že znají někoho z rodiny či přátel se zdravotním postižením.

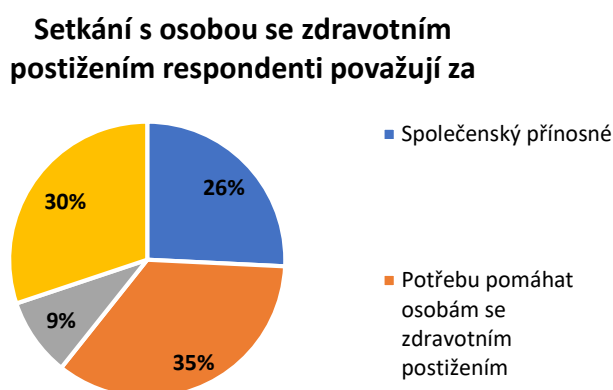
Má někdo z respondentů v blízkosti člověka se zdravotním postižením



Graf 6: Rodina či přátele se zdravotním postižením

V další položce měli respondenti uvést, zda navštěvují nějakou organizaci, která je určena pro osoby se zdravotním postižením. Většina respondentů tj., 96 % (N = 219) uvedlo, že žádnou organizaci nenavštěvuje. Zbylá 4 % respondentů (N = 10) navštěvují některou z organizací. Respondenti uváděli humanitární organizaci ADRA, domov pro seniory, Slezskou diakonii, nemocnici, stacionář a ústav sociální péče.

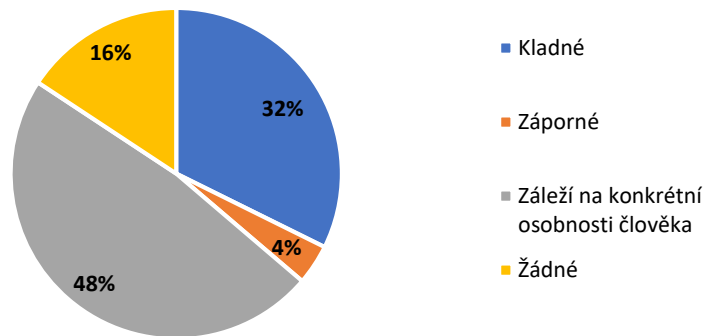
Setkání s osobou se zdravotním postižením respondenti středních škol považují v 26 % (N = 59) za společensky přínosné. Ve 35 % (N = 80) vyvolává u respondentů potřebu pomáhat osobám se zdravotním postižením. 9 % respondentů (N = 21) popisují situaci jako obtížnou, ve které se necítí komfortně. 30 % (N = 69) respondentů uvedlo, že při setkání s osobami se zdravotním postižením nemají žádné pocity a situace je jim lhostejná. Výsledky odpovědí jsou uvedeny v následujícím grafu.



Graf 7: Setkání s osobou se zdravotním postižením

Na otázku, jaké mají respondenti zkušenosti s osobami se zdravotním postižením, většina tazajících konkrétně 48 % (N = 110) respondentů odpovědělo, že neshledávají rozdíly, ale záleží na konkrétní osobnosti člověka, ne jeho postižení. 32 % (N = 74) respondentů odpovědělo, že s osobami se zdravotním postižením mají kladné zkušenosti. Pouhé 4 % (N = 9) respondentů má s osobami se zdravotním postižením negativní zkušenost. K vyjádření všech odpovědí slouží následující graf.

Jaké mají respondenti zkušenosti s osobami se zdravotním postižením



Graf 8: Zkušenosti s osobami se zdravotním postižením

V další položce měli respondenti odpovědět na otázku, zda souhlasí, aby žáci se zdravotním postižením navštěvovali stejnou školu společně s dětmi intaktními. 13 % (N = 31) respondentů odpovědělo, že souhlasí, 10 % (N = 22) respondentů nesouhlasí. Většina respondentů 70 % (N = 161) uvádí, že k přijetí žáka do školy záleží na jeho konkrétním postižení. 7 % respondentů (N = 15) neví, zda by chtěli, aby žák se zdravotním postižením navštěvoval stejnou školu. Pro ověření správnosti jsme zvolili otázku, která je podobná, ale ptá se na přijetí do kolektivu třídy. Chtěli jsme zjistit, zda žáci vnímají odlišně přijetí žáka se zdravotním postižením do školy a přijetí žáka se zdravotním postižením do jejich kolektivu třídy. V 51 % (N = 117) by respondenti do třídy žáka se zdravotním postižením přijali. 3 % respondentů (N = 8) by do kolektivu žáka se zdravotním postižením nepřijali. 22 % (N = 50) respondentů odpovědělo, že jim je jedno, jestli by žák s postižením navštěvoval stejnou třídu a 24 % respondentům (N = 54) záleží na tom, jaké by žák zdravotní postižení měl.

Podle uvedené tabulky můžeme vyslovit tyto závěry. Je statisticky velmi malá skupina těch, kteří souhlasí, aby žáci se zdravotním postižením navštěvovali stejnou školu, ale k přijetí do kolektivu třídy jim záleží na tom, jaký druh zdravotního postižení bude žák mít. Je statisticky velká skupina respondentů, kteří nesouhlasí s přijetím žáka se zdravotním postižením do školy a zároveň by žáka se zdravotním postižením nepřijali do kolektivu třídy. Statisticky malá skupina respondentů by osobu se zdravotním postižením přijala jen za nějakých podmínek (druh zdravotního postižení). To znamená, že respondenti odpověděli, že souhlasí, aby osoby se zdravotním postižením navštěvovaly stejnou školu pouze podle toho, jaký druh zdravotního postižení bude žák mít a zároveň by ho do kolektivu třídy přijali také jen na základě toho, jaký druh zdravotního postižení má. Další statisticky významnou skupinou

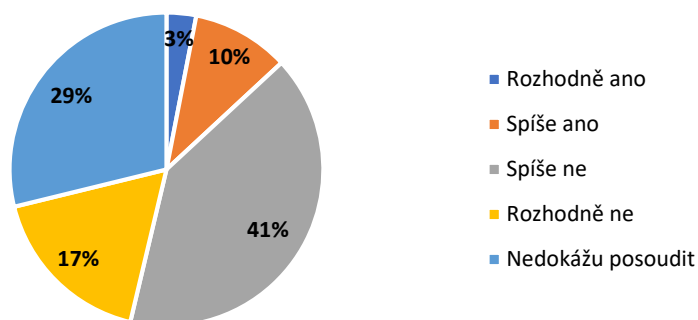
jsou respondenti, kteří neví, jestli souhlasí s přijetím žáka se zdravotním postižením do školy a zároveň odpověděli, že by žáka se zdravotním postižením nepřijali do kolektivu třídy. Podobnou statisticky významnou skupinou byli žáci, kteří rovněž neví, jestli souhlasí, aby žák se zdravotním postižením navštěvoval stejnou školu a zároveň je jim jedno, jestli bude součástí kolektivu jeho třídy.

		-
+++	-	+
		++

Tabulka 2: Tabulka pozorovaných četností

3 % (N = 7) respondentů odpovědělo, že žák se zdravotním postižením rozhodně ovlivňuje vývoj žáků intaktních. Spíše ovlivňuje vývoj, odpovědělo 10 % (N = 23) a 41 % (N = 93) respondentů uvedlo, že si myslí, že společně trávený čas s osobami se zdravotním postižením spíše neovlivňuje vývoj žáků intaktních. 17 % (N = 40) respondentů odpovědělo, že pobyt intaktních žáků společně s osobami s postižením rozhodně neovlivňuje jejich vývoj. Respondentů, kteří nedokážou posoudit, zda ovlivňuje nebo neovlivňuje jejich vývoj je 29 % (N = 66). Odpovědi, zda žák se zdravotním postižením negativně ovlivňuje vývoj intaktních žáků jsou uvedeny v následujícím grafu.

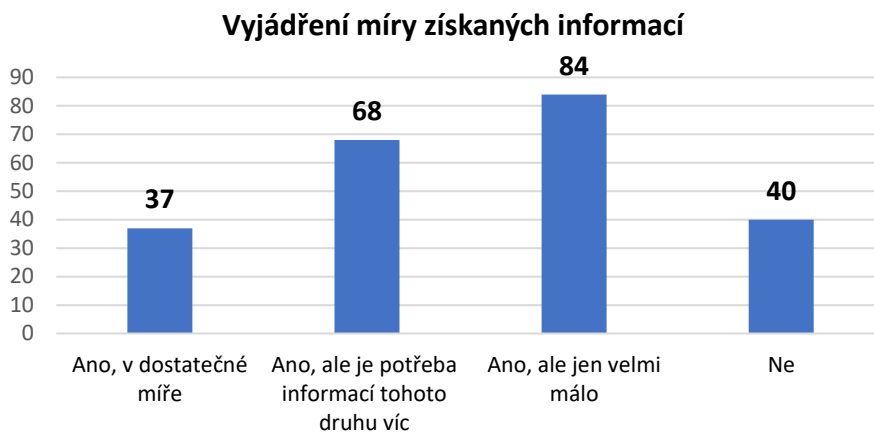
Respondenti se domnívají, že žák se zdravotním postižením negativně ovlivňuje vývoj intaktních žáků



Graf 9: Společné trávení času s osobami s postižením ovlivňuje vývoj osob intaktních

Většina respondentů uvedla, že se setkali s informacemi o životě osob se zdravotním postižením. Odpověď ano, v dostatečné míře uvedlo pouhých 16% (N = 37) respondentů. 30% (N = 68) respondentů získalo nějaké informace o osobách se zdravotním postižením, ale myslí si že by informací mělo být více. Největší procento 37 % (N = 84) tázaných má pocit, že se s nějakými informacemi o životě osob

se zdravotním postižením setkali, ale je jich málo. A 17 % (N = 40) respondentů se neseťkalo se žádnými informacemi o osobách se zdravotním postižením. Míra získaných informací je uvedena v následujícím grafu.

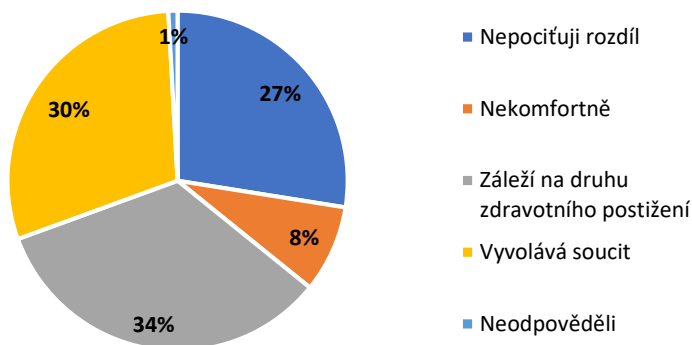


Graf 10: Míra informací o osobách se zdravotním postižením

10 % (N = 23) respondentů odpovědělo, že má negativní zkušenost s osobami se zdravotním postižením. Jejich nejčastější uváděná negativní zkušenost je agresivita u osob se zdravotním postižením. Jako další negativní zkušenost respondenti uvedli neadekvátní chování a narušování osobní zóny. Zbýlých 90% (N = 206) tázaných uvedlo, že žádnou negativní zkušenost nemá.

Na otázku, jak se respondenti cítí v přítomnosti osoby se zdravotním postižením, neodpovědělo 1 % (N = 2). Většina respondentů 34 % (N = 77) uvedla, že záleží na druhu zdravotního postižení osoby se kterou se setkají. 30 % (N = 68) respondentů uvedlo, že setkání s osobou se zdravotním postižením u nich vyvolává soucit. 27 % (N = 63) respondentů nepociťuje rozdíl, jestli se setkává s osobou se zdravotním postižením nebo osobou intaktní a 8 % (N = 19) se cítí v přítomnosti s osobou se zdravotním postižením nekomfortně. Vyjádřené odpovědi na tuto otázku jsou uvedeny v následujícím grafu.

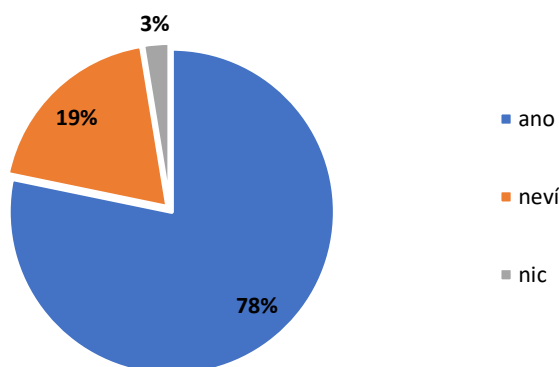
Jak se respondenti cítí v přítomnosti osoby se zdravotním postižením



Graf 11: Pocity při setkání s osobou se zdravotním postižením

Většina respondentů 78 % (N = 151) by něco změnila v přístupu k osobám se zdravotním postižením. Změny by se týkaly především většího respektování odlišností lidmi intaktními a to ve 35 % (N = 53). Další respondenti 28 % (N = 42) uvádějí, že je třeba brát osoby se zdravotním postižením takové, jaké jsou. 21 % (N = 32) cítí potřebu začleňovat osoby se zdravotním postižením do běžného života. 9 % (N = 14) respondentů vnímá za důležité informovat veřejnost o tom, že osoby se zdravotním postižením jsou mezi námi, a zvýšit povědomí běžné populace o této problematice. Zbytek respondentů 7 % (N = 10) by především zlepšilo státní podporu a finanční pomoc pro osoby se zdravotním postižením. Zbytek respondentů 19 % (N = 37) neví jestli by něco změnili v přístupu k osobám se zdravotním postižením a 3 % (N = 5) respondentů by nezměnili nic. Odpovědi na tuto otázku jsou zobrazeny v následujícím grafu.

Změnili by něco respondenti v přístupu k osobám se zdravotním postižením



Graf 12: Změna v přístupu k osobám se zdravotním postižením

9 Odpovědi na věcné hypotézy

Pomocí indukční statistiky, která má za úkol „pomáhat při rozhodování, zda mezi sledovanými jevy (proměnnými) je, či není vztah“, jsme vyhodnotili věcné hypotézy (Chráška, 2014, s.16). Díky výsledkům, ke kterým jsme pomocí statistické metody chí kvadrátu a párového t-testu došli, můžeme uvést závěry. Pro věcné hypotézy jsme stanovili nulové a alternativní hypotézy. Hypotézy nám poté pomohou zjistit, zda odpovídá koeficient korelace o vztahu mezi proměnnými. Kritická hodnota testového kritéria chí kvadrátu na hladině významnosti $p > 0,05$ a stupních volnosti 3 odpovídá hodnotě 7,815 u vztahů mezi proměnnými, kromě vztahů jedné z položek, kde byl stupeň volnosti 1, a její hodnota je 3,841. U vyhodnocování pre-testu a post-testu byla kritická hodnota testového kritéria t na hladině významnosti $p > 0,05$ a stupních volnosti 50 odpovídá hodnotě 2,009 u vztahů mezi všemi proměnnými.

Věcné hypotézy

VH1: Mezi žáky střední odborné školy a žáky gymnázia je v informovanosti žáků o zdravotním postižení statisticky významný rozdíl.

První hypotéza zjišťovala, zda je statisticky významný rozdíl v informovanosti žáků o osobách se zdravotním postižením na gymnáziu a střední odborné škole. K této věcné hypotéze se vztahuje položka z dotazníku „Setkali jste se s informacemi o životě osob se zdravotním postižením?“

Pracovní hypotézy:

H0: Mezi střední odbornou školou a gymnáziem není v informovanosti žáků o zdravotním postižení statistický významný rozdíl.

H1: Mezi střední odbornou školou a gymnáziem je v informovanosti žáků o zdravotním postižení statisticky významný rozdíl.

Po výpočtu chí kvadrátu bylo zjištěno, že mezi proměnnými je statisticky významný rozdíl, a proto můžeme přijmout alternativní hypotézu.

χ^2	42,48057174
$\chi^2_{0,05 (3)}$	7,814727903

Potvrdili jsme tedy alternativní hypotézu. To znamená, že mezi střední odbornou školou a gymnáziem je v informovanosti žáků o zdravotním postižení statisticky významný rozdíl.

14 % respondentů z gymnázia a 19 % respondentů ze střední odborné školy se domnívá, že je dostatečně informováno o životě osob se zdravotním postižením. Velký rozdíl nastával u odpovědi „ano, ale myslím, že by bylo potřeba informací tohoto druhu víc“. Tuto potřebu informovat se o životě osob se zdravotním postižením má 43 % respondentů z gymnázia na rozdíl od respondentů střední odborné školy, kterých tuto odpověď zvolilo jen v 10 %. U odpovědi „ano, ale jen velmi málo“ byly odpovědi obou středních škol shodné. Respondenti gymnázia i střední odborné školy ji zvolili ve 37 %. Odpovědi u obou škol, které se nesetkaly s informacemi o životě osob se zdravotním postižením, byly rozdílné. Na gymnáziu se s informacemi o osobách se zdravotním postižením nesetkalo pouhých 6 % respondentů. Naopak na střední odborné škole se s informacemi nesetkalo 34 %.

VH2: Rozdíl odpovědí o pojmu zdravotní postižení v pre-testu a post-testu je u žáků statisticky významný.

Další zkoumaná hypotéza zjišťuje, jestli je statisticky významný rozdíl ve znalostech o pojmu zdravotního postižení v pre-testu a post-testu.

Pracovní hypotézy:

H0: Rozdíl odpovědí o pojmu zdravotní postižení v pre-testu a post-testu není u žáků statistický významný.

H1: Rozdíl odpovědí o pojmu zdravotní postižení v pre-testu a post-testu je u žáků statisticky významný.

U párového t-testu jsme po výpočtu testového kritéria t zjistili, že mezi proměnnými není statisticky významný rozdíl, proto přijímáme nulovou hypotézu.

χ^2	0,551107
$\chi^2_{0,05} (50)$	2,009

Potvrzujeme nulovou hypotézu. Rozdíl odpovědi o pojmu zdravotního postižení v pre-testu a post-testu není u žáků statistický významný. Experimentální zásah, který proběhl pomocí přednášky o zdravotním postižení a úkolech, které žákům měly více přiblížit život osob se zdravotním postižením, nebyly natolik dostačující, aby výsledek byl statistický významný.

I přesto, že jsme přijali nulovou hypotézu, jsme s daty dále pracovali a detailněji je představíme. Žáci střední odborné školy v pre-testu věděli v pouhých 9 %, co pojem zdravotní postižení znamená oproti žáků z gymnázia, kde v 81 % odpověděli respondenti na otázku správně. V post-testu žáci střední odborné školy věděli ve 45 % případů, co pojem zdravotní postižení znamená, což je procentuálně o 36 % více než tomu bylo v pre-testu. U žáků gymnázia se správná odpověď navýšila o 8 %, což znamená, že respondenti z gymnázia vědí v 89 %, co znamená pojem zdravotní postižení.

VH3: Rozdíl v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy v pre-testu a post-testu je statisticky významný.

Třetí testovaná hypotéza zjišťuje, zda je rozdíl v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy v pre-testu a post-testu.

Pracovní hypotézy:

H0: Rozdíl v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy v pre-testu a post-testu není statisticky významný.

H1: Rozdíl v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy v pre-testu a post-testu je statisticky významný.

Pomocí provedeného výpočtu párového t testu bylo zjištěno, že není statisticky významný rozdíl. Přijímáme tedy nulovou hypotézu.

χ^2	0,08858
$\chi^2_{0,05} (50)$	2,009

Potvrzujeme nulovou hypotézu. Rozdíl v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy v pre-testu a post-testu není statisticky významný.

47 % respondentů v pre-testu by žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy přijalo. V post-testu se počet respondentů zmenšil a žáky se zdravotním postižením by přijalo 35 % respondentů. V pre-testu ani jeden respondent nevedl, že by žáka se zdravotním postižením nepřijal do kolektivu třídy. V post-testu odpovědi byly odlišné, kdy celkem 7 % respondentů odpovědělo, že by nepřijali žáka se zdravotním postižením. 39 % respondentů v pre-testu dále odpovědělo, že je jim jedno, jestli bude žák se zdravotním postižením navštěvovat stejnou třídu. V post-testu se počet zmenšil a bylo celkem 31 % respondentů, kterým je jedno, jestli žák se zdravotním postižením bude navštěvovat stejnou třídu. Respondentům v pre-testu ve 14 % záleželo v přijetí žáka do kolektivu třídy na druhu zdravotního postižení. V post-testu, záleželo na druhu zdravotního postižení k přijetí žáka do kolektivu třídy 28 % respondentům.

VH4: Mezi chlapci a dívkami v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl.

Čtvrtá hypotéza zjišťuje, zda existuje rozdíl mezi chlapci a dívkami v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy.

Pracovní hypotézy:

H0: Mezi chlapci a dívkami v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy není statisticky významný rozdíl.

H1: Mezi chlapci a dívkami v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl.

Na základě výpočtu pomocí chí kvadrátu bylo zjištěno, že mezi proměnnými je statistický významný rozdíl. Přijímáme tedy alternativní hypotézu.

χ^2	19,5368226
$\chi^2_{0,05(3)}$	7,8147279

Potvrzujeme tedy alternativní hypotézu. To znamená, že mezi chlapci a dívkami v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl.

Následně můžeme výsledky blíže specifikovat. Dívky by v 67 % přijaly do kolektivu třídy osobu se zdravotním postižením, naopak chlapci ve 40 %. Žádná dívka neuvedla, že by osobu se zdravotním postižením nepřijala do kolektivu třídy, chlapci tak uvedli v 5 %. 13 % dívek uvedlo, že je jim jedno, pokud by byla ve třídě osoba se zdravotním postižením. Chlapcům je tato situace lhostejná ve 29 %. Na druhu zdravotního postižení a jeho přijetí do kolektivu třídy dívkám záleží ve 20 %, u chlapců je to 26 %.

VH5: Mezi žáky se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl.

Poslední testovanou hypotézou zjišťujeme, jestli je rozdíl mezi žáky se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka do kolektivu třídy.

Pracovní hypotézy:

H0: Mezi žáky se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka do kolektivu třídy není statisticky významný rozdíl.

H1: Mezi žáky se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl.

Na základě provedeného výpočtu pomocí chí kvadrátu bylo zjištěno, že mezi proměnnými není statisticky významný rozdíl. Proto přijímáme nulovou hypotézu.

χ^2	6,286935287
$\chi^2_{0,05(3)}$	7,814727903

Potvrzujeme nulovou hypotézu. Mezi žáky se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka do kolektivu třídy není statisticky významný rozdíl.

Žáci, kteří nemají zkušenost s osobami se zdravotním postižením, by žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy přijali ve 33 %. Naopak žáci, kteří mají zkušenost s osobami se zdravotním postižením, by přijali do kolektivu třídy žáka

se zdravotním postižením v 53 %. Respondenti, kteří nemají zkušenost s osobami se zdravotním postižením by nepřijali žáka se zdravotním postižením v 8 % a respondenti, kteří mají zkušenost, uvedli odpověď „ne“ jen ve 3 %.

10 Diskuze

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké postoje mají žáci středních škol k osobám se zdravotním postižením. Pro zjištění tohoto cíle bylo stanoveno osm výzkumných otázek, na které pomohou odpovědět věcné hypotézy. Ze všech položek z dotazníků vyplývají informace, které poukážou na postoje žáků středních škol k osobám se zdravotním postižením.

Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 278 respondentů, z nichž se 49 respondentů zúčastnilo experimentálního zásahu. Před experimentálním zásahem byly 49 žákům rozdány dotazníky, na které respondenti odpovídali. Po experimentálním zásahu jsme po 3 měsících tentýž dotazník rozdali znovu a zkoumali proměnné. Dotazník se skládal z 16 otázek, které byly otevřené, uzavřené, polo-uzavřené, dichotomické i škálové. Ve většině případů respondenti odpověděli na všechny otázky. Důvodem byla zejména elektronická distribuce dotazníků, kde respondenti nemohli žádnou z otázek vynechat. U střední odborné školy v Jablunkově se dotazníky distribuovaly osobně, tudíž jsme se setkali s nevyplněním některých položek.

Výzkum se mimo jiné věnoval také informovanosti respondentů o problematice osob se zdravotním postižením. V diplomové práci jsme se tedy zaměřili na školní vzdělávací program vybraných středních škol. Cílem bylo zjistit, zda je ve vyučovacích předmětech zahrnuto téma zdravotní postižení. Po prostudování školních vzdělávacích programů bylo zjištěno, že žádný předmět se přímo nezaobírá tématem zdravotního postižení. V teoretické části je uvedeno, že důležitá je samotná osobnost vyučujícího, který je zodpovědný za řízení výuky a za zapojení problematiky osob se zdravotním postižením do výuky. Vyučované předměty, které se nejvíce dotýkaly tématu zdravotního postižení, byly biologie a základy společenských věd, které se vyučují na obou středních školách. Za vhodné proto považujeme se dále zaměřit na další výzkumné šetření, které by zahrnuo zařazení tématu o osobách se zdravotním postižením do vyučovacích předmětů a učebního plánu, který předjímá obsah a rozsah učebních osnov.

Postoje žáků středních škol k osobám se zdravotním postižením můžeme sledovat zejména u otázek č. 8, 10, 11, 14 a 15. Z odpovědí můžeme uvést, že velké procento respondentů cítí k osobám se zdravotním postižením soucit a mají potřebu jim pomáhat. Polovina respondentů také uvedla, že by do kolektivu třídy přijali osobu se zdravotním postižením, ale velkému množství žáků také záleží na tom, o jaké zdravotní postižení by se jednalo. Respondenti, kteří by do kolektivu třídy osobu se zdravotním postižením nepřijali, tvořili pouhých 3 %. Tyto výsledky tedy považujeme v celku za pozitivní, přičemž vnímáme, že se inkluze stává účinnou.

Nyní se zaměříme na dílčí výzkumné otázky, ke kterým se ve většině případů vztahuje také jedna z hypotéz.

Výzkumná otázka č. 1: *Existují rozdíly v informovanosti žáků o zdravotním postižení na střední odborné škole a gymnáziu?*

Celkově se mezi žáky gymnázia a střední odborné školy objevily odlišné odpovědi ohledně informovanosti o osobách se zdravotním postižením. Tento výsledek potvrzuje také výzkumná hypotéza č. 1: „Mezi žáky střední odborné školy a žáky gymnázia je v informovanosti žáků o zdravotním postižení statisticky významný rozdíl“. Tato hypotéza nám potvrdila alternativní hypotézu, co znamená, že mezi proměnnými je statisticky významný rozdíl. Žáci gymnázia jsou ve 14 % dostatečně informováni o osobách se zdravotním postižením a na střední odborné škole tuto odpověď zvolilo 19 %. Respondenti gymnázia si ve 43 % myslí, že informací o osobách se zdravotním postižením mají málo a chtěli by informací tohoto druhu více. Na druhé straně na střední odborné škole tuto odpověď respondenti zvolili v pouhých 10 %. Což může odpovídat tomu, že žáci gymnázia jsou více otevření k přijímání nových informací o problematice zdravotního postižení. Na otázku, zda je informací o problematice zdravotního postižení málo, odpovědělo na obou středních školách 37 % respondentů. Respondenti gymnázia se jen v 6 % nesetkali se žádnými informacemi o problematice zdravotního postižení, zatímco na střední odborné škole to bylo 34 % respondentů. Z výzkumu tedy vyplývá, že žáci gymnázia mají o osobách se zdravotním postižením více informací než na střední odborné škole a také chtějí další informace o této problematice, zatímco na střední odborné škole čtvrtina respondentů nemá žádné informace o osobách se zdravotním postižením a zároveň nemají zájem o další informace o životě osob se zdravotním postižením. Výuka na gymnáziu je více

zaměřená na všeobecný přehled, což může být příčina větší informovanosti žáků na gymnáziu o osobách se zdravotním postižením.

Výzkumná otázka č. 2: Přijali by žáci gymnázia osobu se zdravotním postižením do kolektivu třídy snadněji než žáci na střední odborné škole?

U této výzkumné otázky jsme se snažili zjistit rozdílnost v odpovědích na přijetí žáka se zdravotním postižením na gymnáziu a střední odborné škole a výsledky dále porovnat. Na gymnáziu by více jak polovina (59 %) respondentů přijala žáka se zdravotním postižením. Na druhou stranu žáci střední odborné školy by žáka se zdravotním postižením přijala jen ve 34 %. Žáci gymnázia uvedli pouze v 1 %, že by žáka se zdravotním postižením nepřijali do kolektivu třídy, zatímco žáci střední odborné školy tak uvedli v 7 %. U odpovědi „je mi to jedno“, zda osoba se zdravotním postižením navštěvuje stejnou školu, uvedli žáci gymnázia ve 21 % a žáci střední odborné školy ve 30 %. Na konkrétním druhu zdravotního postižení, který by ovlivnil, zda žáci středních škol přijmou osobu se zdravotním postižením či nikoliv, záleží u žáků gymnázia v 19 % oproti střední odborné škole, která tak odpověděla ve 29 %. Z výsledku tedy můžeme tvrdit, že žáci gymnázia by přijali žáka se zdravotním postižením rychleji než žáci střední odborné školy.

Pro zajímavost jsme také porovnali odpovědi mezi otázkami č. 10 a 15 v dotazníku. Zajímalo nás, jestli respondenti odpovídali podobně na otázku: „Souhlasíte s tím, aby děti se zdravotním postižením navštěvovaly společně stejnou školu či třídu, jako děti bez postižení?“ a na otázku „Přijali byste do svého kolektivu třídy osobu se zdravotním postižením?“ Tyto dvě otázky mají jistou podobnost. Chtěli jsme zjistit, zda žáci, kteří souhlasí s přijetím žáka se zdravotním postižením do běžné školy, mají podobný názor i k přijetí žáka se zdravotním postižením do svého kolektivu třídy. Statisticky byla velká skupina těch, kteří by nechtěli, aby žák se zdravotním postižením navštěvoval stejnou školu a také by žáka se zdravotním postižením nepřijali do kolektivu třídy. Malou skupinou byli žáci, kteří by žáka přijali jen za nějakých podmínek, konkrétně by se jednalo o to, jaké zdravotní postižení by žák měl. Statisticky významnou skupinou také byli ti žáci, kteří nevědí, jestli by přijali žáka se zdravotním postižením do školy, ale zároveň odpověděli, že by ho nepřijali do kolektivu třídy. Statisticky významnou skupinou byli také žáci, kteří nevědí, jestli by

chtěli, aby žák se zdravotním postižením navštěvoval stejnou školu, ale zároveň je jim jedno, kdyby navštěvovali stejnou třídu.

Výzkumná otázka č. 3: Existují rozdíly v odpovědích o pojmu zdravotní postižení u žáků gymnázia a střední odborné školy?

Tato výzkumná otázka se zabývá do jisté míry také otázkou informovanosti o osobách se zdravotním postižením. Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda respondenti gymnázia a odborné střední školy mají rozdílné odpovědi o pojmu zdravotní postižení.

Žáci gymnázia vědí, co znamená pojem zdravotní postižení, a to až v 78 %. Žáci střední odborné školy odpověděli správně, co pojem zdravotní postižení znamená ve 40 %. Zbytek respondentů neodpovědělo nebo nevědělo, co pojem zdravotní postižení znamená.

Otázka byla otevřená a respondenti měli možnost napsat vlastními slovy, co si myslí, že pojem zdravotní postižení znamená. Otázka se vyhodnocovala podle správnosti odpovědí. U odpovědi jsme netrvali na přesné definici zdravotního postižení, ale vyhodnocovali jsme, zda je odpověď pravdivá či nikoliv. Žáci gymnázia odpovídali většinou delší větou, popřípadě dvěma, kde se snažili vysvětlit pojem zdravotní postižení. Většina respondentů gymnázia uváděla, že jde o osobu, která má potíže v socializaci a v činnostech běžného života. Také vyjmenovávali různé druhy zdravotního postižení, které osoba se zdravotním postižením může mít. Žáci střední odborné školy odpovídali velice stroze. Jejich odpověď byla ve velké většině jednoslovná či dvouslovná. Nevyhnuli jsme se ani odpovědím, které nesouvisely s otázkou.

Tyto výsledky jsou podobné jak u výzkumné otázky číslo 12, kdy jsme zjišťovali, jaké mají respondenti informace o osobách se zdravotním postižením. Můžeme tedy na základě těchto dvou výzkumných otázek konstatovat, že celková informovanost a znalost pojmu zdravotního postižení je na gymnáziu lepší než na střední odborné škole.

Výzkumná otázka č. 4: Přijali by dívky žáka se zdravotním postižením snadněji než chlapci?

K výzkumné otázce č. 4 jsme chtěli navázat na výzkum Wöhrleho a kol. (2018), který tvrdí, že dívky mají k osobám se zdravotním postižením kladnější vztah

a větší sociální citění než chlapci. Toto tvrzení se nám potvrdilo také pomocí věcné hypotézy č. 4 „Mezi chlapci a dívkami v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl“. Tato věcná hypotéza je statisticky významná, a proto jsme přijali alternativní hypotézu. Dívky by v 67 % přijaly žáka se zdravotním postižením, naopak chlapci pouze ve 40 %. Dívky neuvedly ani jednou, že by žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy nepřijaly chlapci by tak učinili v 5 %. Dívkám ve 13 % je jedno, jestli by žák se zdravotním postižením navštěvoval stejnou třídu, naopak u chlapců je to až ve 29 %.

Tvrzení můžeme prokázat také otázkou z dotazníků č. 8: „Setkání s osobou se zdravotním postižením považujete za.“ Dívky ve 31 % považují setkání s osobou se zdravotním postižením za společensky přínosné, naopak co chlapci uvedli tuto odpověď ve 22 %. Ve 36 % dívky uvedly že setkání s osobou v nich vyvolává potřebu pomáhat osobám se zdravotním postižením a chlapci mají tuto potřebu v 34 %. Také dívky uvedly v 17 %, že je to pro ně obtížná situace, ve které se necítí komfortně. Tuto situaci chlapci uvádí v menším procentu, a to konkrétně v 7 %. Největší rozdíl v odpovědích spatřujeme u odpovědi „je mi to jedno“, kdy chlapcům je situace lhostejná ve 37 % naopak dívkám jen ve 20 %. Můžeme tedy přijmout fakt, že dívky mají větší sociální citění a setkání s osobami se zdravotním postižením jim není lhostejná, naopak setkání považují za společensky přínosné. Žáka se zdravotním postižením by tedy přijaly do kolektivu třídy rychleji než chlapci, kterým je to jedno.

Výzkumná otázka č. 5: Ovlivňuje přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy jejich předchozí zkušenost s osobami se zdravotním postižením?

Tato výzkumná otázka se zabývá přijetím žáka do kolektivu třídy s ohledem na to, zda respondenti mají či nemají předchozí zkušenost s osobami se zdravotním postižením. Při hledání odpovědí na tuto výzkumnou otázku jsme pracovali s hypotézou č. 5: „Mezi žáky se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka do kolektivu třídy je statisticky významný rozdíl“. Na základě výpočtu jsme přijali nulovou hypotézu, což znamená, že mezi žáky se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka do kolektivu třídy není statisticky významný rozdíl.

Respondentů, kteří by přijali osobu se zdravotním postižením do kolektivu třídy a současně mají zkušenost s osobami se zdravotním postižením, je 53 %. Na

druhé straně žáci, kteří nemají zkušenost s osobami se zdravotním postižením, by přijali do kolektivu třídy osobu se zdravotním postižením pouze v 33 %. Respondentů, kteří mají osobní zkušenost s osobami se zdravotním postižením a nepřijali by takového žáka, jsou 3 %. Respondenti, kteří zkušenost nemají, by žáka se zdravotním postižením nepřijali v 8 %. U odpovědi „je mi to jedno“, byly odpovědi téměř shodné, a to přibližně u 20 % respondentů. Na druhu zdravotního postižení záleží respondentům, kteří mají zkušenost s osobami se zdravotním postižením ve 22 %, oproti respondentům, kteří nemají zkušenost s osobami se zdravotním postižením (38 %). Tyto výsledky můžeme shrnout tak, že žáci, kteří mají zkušenost s osobami se zdravotním postižením, mají kladnější vztah k přijetí takového žáka do kolektivu třídy, zatímco žáci bez zkušeností mají jisté obavy a k přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy jsou zdrženlivější. Tomu také odpovídají výsledky, kdy respondentům bez zkušeností s osobou se zdravotním postižením záleží v přijetí do kolektivu třídy na druhu zdravotního postižení. Tato odpověď mohla být zapříčiněna tím, že respondenti nemají dostatek zkušeností s těmito osobami, a proto mají jisté obavy, kdyby žák se zdravotním postižením měl být součástí třídního kolektivu.

Výzkumná otázka č. 6: Mají respondenti, kteří jsou v kontaktu s osobou se zdravotním postižením více informací o osobách se zdravotním postižením?

Další výzkumnou otázkou bylo, zda respondenti, kteří ve svém blízkém okolí mají osobu se zdravotním postižením, mají více informací o osobách se zdravotním postižením. Žáci, kteří mají zkušenost s osobami se zdravotním postižením, mají ve 22 % dostatek informací o osobách se zdravotním postižením. Na druhé straně osoby bez osobní zkušenosti s osobami se zdravotním postižením jsou dostatečně informováni jen ve 12 %. 33 % respondentů s osobní zkušeností s osobami se zdravotním postižením, mají nějaké informace, ale chtěli by informací více. Žáci bez zkušeností mají nějaké informace, ale nestojí o další ve 26 %. Respondenti společně se zkušeností a bez zkušeností s osobami se zdravotním postižením mají málo informací v 37 %. Bez informací o těchto osobách jsou žáci s osobní zkušeností s osobami se zdravotním postižením v 8 %, naopak respondenti bez zkušeností se nesečkali se žádnými informacemi ve 25 %. Podle výpočtu tedy můžeme tvrdit, že respondenti, kteří mají ve svém blízkém okolí osobu se zdravotním postižením, jsou lépe informováni o osobách se zdravotním postižením než respondenti, kteří žádnou zkušenost nemají.

Výzkumná otázka č. 7: Ovlivnil experimentální zásah žáky v přijetí osoby se zdravotním postižením do kolektivu třídy?

Na tuto výzkumnou otázku navazuje také hypotéza č. 3: „Rozdíl v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy v pre-testu a post-testu je statisticky významný“. Výpočtem pomocí párového t-testu jsme došli k závěru, že platí nulová hypotéza, což znamená, že rozdíl v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy v pre-testu a post-testu není statistický významný. Dále jsme se zaměřili na vyhodnocení této výzkumné otázky a zjistili jsme následující data.

Odpovědi respondentů v pre-testu byly kladnější než v post-testu. Konkrétně v pre-testu odpovědělo 47 % respondentů, že by žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy přijali, naopak co v post-testu by žáka se zdravotním postižením přijali v pouhých 35 %. O nepřijetí žáka do kolektivu třídy v pre-testu nepřemýšlel ani jeden z respondentů. U post-testu bylo 6 % žáků, kteří by nepřijali žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy. V pre-testu bylo 39 % respondentů, kterým je situace lhostejná, a v post-testu tuto odpověď zvolilo 31 %. 14 % respondentům záleželo v pre-testu na přijetí žáka do kolektivu třídy, jaký druh zdravotního postižení by spolužák měl. U post-testu to bylo 28 %.

Odpovědi, které respondenti zvolili v post-testu vzhledem k ostatním výzkumným otázkám, které proběhly po experimentálním zásahu, jsou neobvyklé. Největší změnu zaznamenáváme v otázce, že k přijetí žáka se zdravotním postižením záleží na druhu zdravotního postižení, který by spolužák měl. Jedna z možností, proč ke změně došlo, může být, že se žáci blíže seznámili s různými druhy zdravotního postižení a sami si vyzkoušeli různá úskalí jednotlivých druhů zdravotního postižení. Žáci mohli nabýt dojmu, že přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy může negativně ovlivnit klima třídy a žáci mohou mít pocit, že společně trávený čas se žákem se zdravotním postižením bude náročný. Na druhou stranu odpovědi u žáků, kteří měli zkušenost se zdravotním postižením, by do kolektivu třídy rychleji přijali žáka se zdravotním postižením. Proto se domníváme, že by mohla být účelná přednáška na školách přímo s osobami se zdravotním postižením, kde by žáci přišli do přímého kontaktu s osobami se zdravotním postižením. Jedno z možných řešení by tedy mohlo být zmiňované zařazení výuky o osobách se zdravotním postižením do vzdělávání, kdy by učitelé měli žáky seznámit s problematikou zdravotního postižení a zdůraznit,

jaké klady může žák se zdravotním postižením vnést do třídy, a také seznámení s konkrétními osobami, které mají určitý druh zdravotního postižení.

Tématem diplomové práce je **„Problematika přijetí žáka se zdravotním postižením jeho vrstevníky“**. Na základě výzkumu se nám podařilo zjistit:

Polovina žáků (51 %) by přijala žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy. Pouhé 3 % žáků odpovědělo, že by do kolektivu třídy nechtěli žáka se zdravotním postižením. Souhlasilo však pouhých 13 % žáků s tím, aby osoby se zdravotním postižením navštěvovaly stejnou školu. S tím může souviset informovanost škol o osobách se zdravotním postižením. 84 % žáků středních škol uvádí, že nemají informace o osobách se zdravotním postižením nebo jich mají málo nebo cítí, že informací o této problematice osob se zdravotním postižením by bylo potřeba více.

Většina žáků se setkala s osobou se zdravotním postižením a 41 % žáků středních škol má osobu se zdravotním postižením ve svém okolí. Negativní zkušenost však popisuje jen 10 % respondentů všech tázaných.

Žáci středních škol by změnili v přístupu k osobám se zdravotním postižením zejména jejich větší začlenění do běžného života, větší respektování osob se zdravotním postižením. Také větší informovanost o problematice osob se zdravotním postižením a větší finanční podporu od státu.

Závěr

Diplomová práce je věnována tématu „Problematika přijetí žáka se zdravotním postižením jeho vrstevníky“. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak žáci středních škol vnímají žáka se zdravotním postižením, jejich informovanost o osobách se zdravotním postižením a zda by žáka se zdravotním postižením přijali do kolektivu třídy.

Analýzou dat získaných šetřením bylo prokázáno, že u žáků gymnázia a střední odborné školy v informovanosti o osobách se zdravotním postižením je statisticky významný rozdíl. Lze tedy konstatovat, že žáci gymnázia jsou o problematice osob se zdravotním postižením více informováni než žáci střední odborné školy. Také se u žáků středních škol po provedení experimentálního zásahu procentuálně obohatily vědomosti o pojmu zdravotního postižení. Výsledky šetření nebyly statisticky významné, ale i přesto výsledky ukazují, že žáci ve větším procentu věděli, co pojem zdravotní postižení znamená. V rámci pre-testu a post-testu byly zkoumány rozdíly v přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy. Proti očekávání se ukázalo, že výsledky post-testu byly negativnější než v pre-testu. Znamená to tedy, že žáci v post-testu uvedli, že by žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy přijali obtížněji, než bylo v pre-testu. U těchto výsledků se musíme také zamyslet nad momentálním rozpoložením žáků a jejich pozorností. Dotazníky v post-testu byly distribuovány papírovou formou namísto elektronické, která byla u pre-testu. Můžeme se tedy domnívat, že pozornost žáků byla menší, a proto nad odpověďmi tolik nepřemýšleli. Další možností je, že žáci po přednášce o osobách se zdravotním postižením nabyli dojmu, že přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy může být pro žáky náročný a mohl by narušit klima třídy. Rozdíl mezi chlapci a dívkami a jejich přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy je statisticky významný. U dívek byl zaznamenán pozitivnější postoj k osobám se zdravotním postižením a zároveň jejich kladnější přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy než u chlapců. Poslední zkoumanou hypotézou bylo zjištěno, že neexistuje rozdíl mezi žáky s osobní zkušeností a žáky bez osobní zkušenosti s lidmi se zdravotním postižením a jejich souhlasem s přijetím žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy.

Z výsledku výzkumného šetření vyplynulo, že jistá informovanost žáků na středních školách o osobách se zdravotním postižením existuje, a to zejména u žáků

gymnázia. Přijetí žáka se zdravotním postižením do kolektivu třídy můžeme považovat v celku za pozitivní. Na druhou stranu výzkumným šetřením bylo zjištěno, že jedna hodina přednášky není pro žáky středních škol natolik dostatečná, aby změnila postoj žáků ve středních školách vůči osobám se zdravotním postižením. Má-li inkluzivní vzdělávání být účinné, považujeme za důležité zaměřit se na výuku o problematice osob se zdravotním postižením a zahrnout je do vyučovacích osnov.

Seznam zkratk

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

IQ – Inteligenční kvocient

ŠVP – Školský vzdělávací program

RVP- Rámcový vzdělávací program

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Osoby se zdravotním postižením podle oblasti postižení, pohlaví, věku, dle Českého statistického úřadu	10
Tabulka 2: Tabulka pozorovaných četností	55
Graf 1: Počet respondentů podle pohlaví	50
Graf 2: Počet respondentů podle věku	50
Graf 3: Respondenti podle oboru	51
Graf 4: Vymezení pojmu „zdravotní postižení“	51
Graf 5: Osobní zkušenost se zdravotním postižením	52
Graf 6: Rodina či přátelé se zdravotním postižením	52
Graf 7: Setkání s osobou se zdravotním postižením	53
Graf 8: Zkušenosti s osobami se zdravotním postižením.....	54
Graf 9: Společné trávení času s osobami se zdravotním postižením ovlivňuje vývoj osob intaktních	55
Graf 10: Míra informací o osobách se zdravotním postižením.....	56
Graf 11: Pocity při setkání s osobou se zdravotním postižením	57
Graf 12: Změna v přístupu k osobám se zdravotním postižením.....	57

Seznam použité literatury

- Ankam, N., Bosques, G., Carley, N., Sauter, S., Stiens, S., Maya, R., Therattil, F., Caleb, C., & Atkins, R. (2019). Competency-Based Curriculum Development to Meet the Needs of People With Disabilities: A Call to Action. *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 94 (6), 781-788. doi: 10.1097/ACM.0000000000002686
- Barvíková, J. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání: dílčí část*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Baslerová, P., Michalík, J., & Felcmanová L. (2020). *Katalog podpůrných opatření: obecná část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání. 2., přepracované a rozšířené vydání*. Univerzita Palackého v Olomouci,
- Bellousov, L. (2016). Paralympic Sport as a Vehicle for Teaching Tolerance Toyong People. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.10.128>
- Bendová, P., & Zíkl, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Grada.
- Boudon, R. (2004). *Sociologický slovník*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Browning, E. R. (2014). Disability Studies in the Composition Classroom. *Composition Studies*, 42(2), 96–117. <http://www.jstor.org/stable/43501858>
- Constantinou, C., Papageorgiou, A., Samoutis, G., & McCrorie, P. (2018). Acquire, apply, and activate knowledge: A pyramid model for teaching and integrating cultural competence in medical curricula. *Patient Education and Counseling*, 101 (6). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.016>
- Čadová, E. (2012). *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čadová, E. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Delgado, J., León-del- Barco, B., Polo-del-Rio, M., & Mnedo-Lázato, S. (2020). Questionnaire for Adolescents to Evaluate Their Attitudes towards Disability. *Department of Psychology, Faculty of Teacher Training College, University of Extremadura*, 12 (21). <https://doi.org/10.3390/su12219007>
- Egilson, S., & Traustadottir, R. (2009). Assistance to Pupils with Physical Disabilities in Regular Schools: Promoting Inclusion or Creating Dependency? *European Journal of Special Needs Education*, 24 (1). <https://doi.org/10.1080/08856250802596766>
- Erikson E. (2002). *Dětství a společnost*. Argo.
- Fischer, S. (2014). *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Triton.
- Geist, B. (1993). *Sociologický slovník*. Victoria Publishing.
- Hanková, M., & Vávrová, S. (2016). Emotional and Social Needs of Integrated Disabled Students in Secondary School Environment. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 217, 229-238. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.073>
- Hayes, N. (2007). *Základy sociální psychologie*. Vyd. 4. Přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Portál.
- Janková, J. (2020). *Katalog podpůrných opatření: dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zrakového postižení a oslabení zrakového vnímání*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kassin, S. (2007). *Psychologie*. Computer Press.
- Kelnarová, J., Metějková, E., & Vojkovská, G. (2016). *Speciální pedagogika pro zdravotnické obory*. Galén.
- Kodirov, G. (2020). Gayrat. Inclusive Approach and Innovation in the Education System: Pedagogical Process, Mechanisms, Training and Education, Individual's Need, Inclusion in Education. *JSPI Scientific Publications*, 10 (7).
- Kon, I.S. (1986). *Kapitoly z psychologie dospívání*. SPN.

- Langer, J., & Suralová, E. (2006). *Surdopedie - Andragogika*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada, 2006.
- Lechta, V. (Ed.), (2010). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Portál.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál.
- Michalík, J. (2005). *Školská integrace dětí se zdravotním postižením na základních školách v České republice: výzkumná zpráva*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Portál.
- Michalík, J., Baslerová, P., & Felcmanová, L. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- MKN-10 (2018). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Peiris-John, R., Neera, R., Hogan, A., & Ameratunga, S. (2021). Educating health science students about disability: Teachers' perspectives on curricular gaps. *Disability and Health Journal*, 14 (1). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100985>
- Pereira, E., Cour, K., Jonsson, H., & Hemmingsson, H. (2010). The Participation Experience of Children with Disabilities in Portuguese Mainstream Schools. *British Journal of Occupational Therapy*, 73 (12). <https://doi.org/10.4276/030802210X12918167234244>
- Potměšil, M. (2007). *Sluchové postižení a sebereflexe*. Karolinum.
- Priyadarshini, S., & Thangarajathi, S. (2017). Effect of Selected Variables on Regular School Teachers Attitude towards Inclusive Education. *Journal on Educational Psychology*, 10 (3), 28-38.
- Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2013). *Pedagogický slovník*. Portál.

- Renotiérová, M., & Ludíková, L. (2003). *Speciální pedagogika*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Renotiérová, M., & Ludíková, L. (2006). *Speciální pedagogika*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. 3. vyd. Portál.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Grada.
- Smit, F., Wolf, K., & Slegers, P. (2001). A Bridge to the Future. Collaboration between Parents, Schools and Communities. *Institute for Applied Social Sciences University Nijmegen Sco-Kohnstamm Institute*.
- Suleymanov, F. (2015). Issues of Inclusive Education: Some Aspects to be Considered. *Electronic Journal for Inclusive Education*, 3 (4).
- Šedivá, Z. (2006). *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Septima.
- Šimíčková – Čížková, J. (2008). *Přehled vývojové psychologie*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Tyrlík, M. (Ed.), (2012). *Zátěž v adolescenci*. Masarykova univerzita.
- Uzlová, I. (2010). *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Portál.
- Urbanovská, E., & Škobrtal, P. (2012). *Sociální a pedagogická psychologie pro speciální pedagogy*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Karolinum.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Valenta, M. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu: dílčí část*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Vašek, Š. (2005). *Základy speciální pedagogiky*. Vysoká škola Jana Amose Komenského.

Vítková, M. (2006). *Somatopedické aspekty*. Paido.

Vojtko, T. (2005). *Postižený člověk v dějinách: vybrané přednášky k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe*. Gaudeamus.

Wöhrle, F., Franke, S., & Kissgen, R. (2018). The German Multidimensional Attitude Scale Toward Persons With Disabilities (G-MAS): A Factor Analytical Study Among High-School Students. *Rehabilitation Psychology*, 63 (1). <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Frep0000170>

Legislativní zdroje:

Listina základních práv a svobod. Usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky (2021). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2/zneni-20211001>

Vyhláška č. 27/2016 sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných ve znění pozdějších předpisů (2021). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27/zneni-20210101>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů (2021-2022). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách (2019-2021). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Webové stránky:

Český statistický úřad (2006, 30. listopadu). Porodnost a plodnost - 2001 – 2005. Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/csu/czso/porodnost-a-plodnost-2001az-2005-n-unikr4ubbk>

Český statistický úřad (2019, 16. prosince). Výběrové šetření osob se zdravotním postižením. Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018>

Eurydice (2021, 12. října). Separate Special Education Needs Provision in Early Childhood and School Education. Evropská výkonná agentura pro vzdělávání a kulturu. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/separate-special-education-needs-provision-early-childhood-and-school-education-17_cs

Trhlíková, J. (2020). Žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami ve středním a vyšším odborném vzdělávání 2019/2020. Národní pedagogický institut České republiky.

<https://www.infoabsolvent.cz/Temata/PublikaceAbsolventi?Stranka=9-0-173&NazevSeo=Zaci-a-studenti-se-specialnimi-vzdelavacimi->

Úřad vlády České republiky (2020, 20. července). Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025. Sekretariát Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Narodni-plan-2021-2025.pdf>

Seznam příloh

1. Dotazník

Dotazník

Vážení studenti,

obracím se na Vás s žádostí o pomoc při realizaci výzkumu. Zajímá mě postoj lidí k zdravotnímu postižení. Předem děkuji za čas strávený jeho vyplněním, který by neměl přesáhnout 10 minut. Informace, které poskytnete, jsou důvěrné, anonymní a budou využity pouze pro účely výzkumu.

1. Pohlaví muž žena

2. Věk _____

3. Uveďte obor studia:

4. Jak byste vysvětlili pojem zdravotní postižení?

5. Se kterým druhem zdravotního postižení máte osobní zkušenost?

- a) zrakové postižení
- b) sluchové postižení
- c) tělesné postižení
- d) mentální postižení
- e) poruchy autistického spektra
- f) Jiné: _____

6. Má někdo z Vaší rodiny či přátel zdravotní postižení?

- a) ano
- b) ne

7. Navštěvujete některou z organizací pomáhající lidem se zdravotním postižením?

Pokud ano, uveďte prosím kterou?

- a) ano _____
- b) ne

8. Setkání s osobou se zdravotním postižením považujete za:

- a) společensky přínosné
- b) potřebu pomáhat osobám se zdravotním postižením
- c) obtížnou situaci, ve které se necítím komfortně
- d) je mi to jedno

9. Jaké máte zkušenosti s osobami se zdravotním postižením?

- a) většinou kladné
- b) většinou záporné
- c) neshledávám rozdíl, záleží na konkrétní osobnosti
- d) žádné

10. Souhlasíte s tím, aby děti se zdravotním postižením navštěvovaly společně stejnou školu či třídu, jako děti bez postižení?

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) záleží na druhu zdravotního postižení
- d) nevím

11. Domníváte se, že pobyt zdravých dětí společně s dětmi s postižením může negativně ovlivnit jejich vývoj?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nedokážu posoudit

12. Setkali jste se s informacemi o životě osob se zdravotním postižením?

- a) ano, v dostatečné míře
- b) ano, ale myslím, že by bylo potřeba informací tohoto druhu víc
- c) ano, ale jen s velmi málo

d) ne

13. Máte nějakou negativní zkušenost s osobami se zdravotním postižením? Pokud ano, specifikujte prosím jakou.

a) ano

b) ne

14. Jak se cítíte v přítomnosti osoby se zdravotním postižením?

- a) nepocítuji rozdíl
- b) nekomfortně
- c) záleží na druhu zdravotního postižení
- d) vyvolává ve mně soucit

15. Přijali byste do svého kolektivu třídy člověka se zdravotním postižením?

- a) ano
- b) ne
- c) je mi to jedno
- d) záleží na zdravotním postižení

16. Co by se podle Vás mělo změnit v přístupu k osobám se zdravotním postižením?

Děkujeme za Váš čas!

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Zuzana Tomanková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. PeadDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Problematika přijetí žáka se zdravotním postižením jeho vrstevníky
Název v angličtině:	The issue of acceptance of a disabled pupil by his/her peers.
Anotace práce:	<p>Diplomová práce je zaměřena na téma problematika přijetí žáka se zdravotním postižením jeho vrstevníky. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola se věnuje definici zdravotního postižení její etiologii a charakteristikou jednotlivých druhů zdravotního postižení. Druhá kapitola je věnována vývoji postojů k osobám se zdravotním postižením. Další kapitola se věnuje vývojovému období adolescenta. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na vzdělávací program vybraných středních škol. Empirická část diplomové práce se věnuje</p>

	kvantitativnímu výzkumu prováděném za pomoci dotazníkového šetření a experimentálním zásahem u žáků středních škol.
Klíčová slova:	zdravotní postižení, přijetí do kolektivu třídy, žáci středních škol, vzdělávání
Anotace v angličtině:	The thesis concerns the issue of acceptance of a disabled pupil by his/her peers. The Thesis is divided into theoretical part and empirical part. The theoretical part is divided into 5 chapters. The first chapter is dedicated to the definition of disability, its etiology and characteristics of particular types of disability. The second chapter is dedicated to the development of approaches towards disabled people. Next chapter is dedicated to the development stage of adolescence. The fourth chapter is focused on education of pupils with special educational needs. Final chapter of the theoretical part is focused on educational programme of selected secondary schools. The empirical part of the thesis is dedicated to quantitative research which included a questionnaire survey and an experimental intervention with high school students.
Klíčová slova v angličtině:	Disability, acceptance to the class collective, secondary school students, education
Přílohy vázané v práci:	Dotazník

Rozsah práce:	81 s.
Jazyk práce:	Český jazyk