

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury

OBRÁZKOVÁ ŠKÁLA SEBEVĚDOMÍ A SOCIÁLNÍ AKCEPTACE  
U DĚTÍ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

Autor: Bc. Tereza Brázdová,

obor: Učitelství tělesné výchovy pro 2. stupeň ZŠ a SŠ se zaměřením na speciální  
pedagogiku

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Olomouc 2022

## **Bibliografická identifikace**

**Jméno a příjmení autora:** Bc. Tereza Brázdová

**Název diplomové práce:** Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace u dětí se sluchovým postižením v mladším školním věku

**Pracoviště:** Katedra aplikovaných pohybových aktivit

**Vedoucí diplomové práce:** Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

**Rok obhajoby diplomové práce:** 2022

### **Abstrakt:**

Diplomová práce využívá Obrázkovou škálu sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO (Čurdová, 2005), která je primárně určena pro děti s dětskou mozkovou obrnou. Cílem práce bylo ověřit uplatnitelnost škály v praxi speciální školy pro sluchově postižené, sledovat a popsat reakce či připomínky dětí na škálu a motivy pro administraci. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 30 probandů mladšího školního věku se sluchovým postižením. Popisujeme výstupní hodnoty škály, srovnáváme interindividuální rozdíly. Shledáváme případné rozdíly v užití komunikace, a to s využitím znakového jazyka nebo bez. Porovnáваме průměrné výsledky vybraných tříd. Ve výzkumném šetření se neukázaly významné rozdíly mezi průměrnými výsledky šetření dětí se sluchovým postižením a dětí s dětskou mozkovou obrnou.

**Klíčová slova:** sluchové postižení, znakový jazyk, mladší školní věk, sebepojetí, sebevědomí, projektivní metody

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

**Bibliographic identification****Author`s first name and surname:** Bc. Tereza Brázdová**Title of thesis:** Picture scale of self-confidence and social acceptance in children with hearing impairment at younger school age**Department:** Department of adapted physical activities**Supervisor:** Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.**The year of presentation:** 2022**Abstract:**

The diploma thesis uses the OSSSA-DMO Image Scale of Self-Confidence and Social Acceptance, which is primarily intended for children with cerebral palsy. The aim of the work was to verify the applicability of the scale in the practice of a special school for the hearing impaired, to monitor and describe the reactions or comments of children to the scale and motives for administration. A total of 30 young school-age probands with hearing impairment took part in the research survey. We describe the output values of the scale, we compare interindividual differences. We find possible differences in the use of communication, with or without the use of sign language. We compare the average results of selected classes. The research survey did not show significant differences between the average survey results of children with hearing impairment and children with cerebral palsy.

**Key words:** hearing impairment, sign language, younger school age, self-concept, self-confidence, projective methods

I agree with lending the thesis within the library services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením  
Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a  
dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci 20. června 2022

.....

podpis

Děkuji vedoucí práce Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D., za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce a RNDr. Milanu Elfmarkovi za pomoc při zpracování statistiky

Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni se se mnou podělit o své názory a pocity.

# Obsah

<b>Obsah .....</b>	<b>6</b>
<b>Úvod.....</b>	<b>8</b>
<b>1 PŘEHLED POZNATKŮ .....</b>	<b>9</b>
1.1 Základní škola speciální .....	9
1.1.1 Vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami.....	10
1.1.2 Organizace vzdělávání na základní škole speciální.....	11
1.1.3 Systém vzdělávání neslyšících .....	12
1.2 Žák se sluchovým postižením .....	13
1.2.1 Sluchové postižení.....	13
1.2.2 Základní vymezení typů sluchových vad.....	14
1.2.3 Komunikace osob se sluchovým postižením .....	16
1.3 Sebepojetí.....	17
1.3.1 Definice sebepojetí.....	18
1.3.2 Složky sebepojetí.....	18
1.3.3 Vývoj sebepojetí v mladším školním věku.....	19
1.3.4 Diagnostika sebepojetí .....	21
1.3.5 Jedinci s postižením a sebepojetí .....	23
1.4 Projektivní metody .....	25
1.4.1 Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO .....	28
<b>2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>31</b>
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>33</b>
3.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	33
3.2 Průběh šetření .....	33
3.3 Statistické zpracování dat.....	34
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>36</b>
4.1 Popis výsledků jako celku .....	36

4.2	Rozdíly v test-retestové reliabilitě .....	39
4.3	Interindividuální rozdíly .....	41
4.4	Rozdíly ve způsobu komunikace .....	42
4.5	Porovnávání průměrných výsledků tříd .....	44
<b>5</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚRY.....</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>SOUHRN .....</b>	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>SUMMARY.....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>57</b>
<b>10</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>62</b>

## Úvod

V průběhu celého studia jsem měla možnost pracovat s dětmi s různým typem postižení. Poslední rok pracuji s dětmi se sluchovým postižením a jsem velmi ráda, že mohu mít tu možnost nejen s nimi pracovat, ale i vnímat jejich názory, potřeby, ale také nedostatky. Také vnímám, že vzhledem k odlišné komunikaci prostřednictvím znakového jazyka některé děti nedokáží vyjádřit své kompetence či jejich akceptaci jak rodiči, tak svých spolužáků. Rozhodla jsem se tak věnovat pozornost těmto dětem se sluchovým postižením v mladším školním věku a jejich sebevědomí a akceptaci. Vybrala jsem si tak Obrázkovou škálu sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO. Vzhledem k tomu, že tato škála je uzpůsobena dětem mladšího školního věku a má neverbální obrázkovou podobu, můžeme se tak pokusit ověřit tuto semiprojektivní techniku, primárně upravenou pro děti s centrální parézou (dříve DMO), u dětí se sluchovým postižením.

V teoretické části práce se zabýváme základní školou speciální, kde charakterizujeme její organizaci, vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP) a žáků se sluchovým postižením. Dále se zabýváme samotným sluchovým postižením, typy sluchových vad, a také komunikaci se sluchově postiženými jedinci. Nedílnou složkou této diplomové práce je téma sebepojetí, kde se zmiňujeme složky a diagnostiku sebepojetí, jeho samotný vývoj v mladším školním věku a sebepojetí u jedinců se zdravotním postižením. Zabýváme se problematikou hodnocení sebevědomí a vnímaných kompetencí u dětí mladšího školního věku. Jsem ráda, že jsem si vybrala právě tuto problematiku, která mi umožnila nejen do tohoto tématu více nahlédnout, ale i více poznat děti na naší škole a strávit s nimi čas jinou aktivitou.



# 1 PŘEHLED POZNATKŮ

## 1.1 Základní škola speciální

Žáci jsou do základní školy speciální přijímáni na základě doporučení ze speciálně pedagogického centra (SPC) (Vyhláška č. 607/2020 Sb.). Jestliže dítě ještě není po šestém roce věku duševně či tělesně připravené na plnění školní docházky, může navštěvovat přípravnou třídu nejdéle po školní rok, kdy dovrší osmi let. Přípravná třída se zřizuje v rámci majority základních škol speciálních. Na rozdíl od ostatních typů škol může školní docházka v ojedinělých případech trvat v základní škole speciální až do dovršení 26. roku věku (Zákon č. 561/2004 Sb.). Základní škola speciální je jediný typ školy, kde je deset ročníků. První stupeň zařazuje 1. až 6. ročník a druhý stupeň 7. až 10. ročník (Vyhláška č. 27/2016 Sb.).

Kromě speciálních pedagogů jsou ve většině základních škol speciálních přítomni také asistenti pedagoga a osobní asistenti. Asistent pedagoga obvykle pedagogovi při edukačním procesu ve třídě a všem nezbytným žákům při asimilaci se školním prostředím (Vyhláška č. 27/2016 Sb.). Osobního asistent je především pracovníkem sociálních služeb a je nápomocný určitému žákovi, ovšem není placen ze školského rozpočtu (Zákon č. 108/2006 Sb.). Mezi následující specifika při vzdělávání žáku na základní speciální škole je tvorba individuálních vzdělávacích plánů (dále IVP). IVP obsahují cíle a postup vzdělávání v jednotlivých oblastech výuky (podle obsahu školního vzdělávacího programu) se zřetelem na osobní možnosti žáka. IVP jsou zhotoveny týmem pedagogických pracovníků, za podkladu speciálněpedagogického či lékařského vyšetření. IVP jsou závazným dokumentem pro zabezpečení speciálních vzdělávacích potřeb žáka (Vyhláška č. 27/2016 Sb.).

### 1.1.1 Vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami

Vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen osob se SVP) je legislativně zakotveno v zákoně č. 561/2004 Sb., § 16, podle kterého se osobou se SVP 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 jsou míněny úpravy ve vzdělávání a školských službách, vyvozené ze zdravotního stavu a různých životních podmínkách dítěte (Zákon č. 561/2004 Sb.).

Již zmíněná podpůrná opatření jsou klasifikována do pěti stupňů. První stupeň podpůrného opatření zahrnuje ze všech pěti nejméně úpravy, a to v režimu školní výuky a domácí přípravy. Náleží zde například takové metody práce, které podporují kvalitu poznávacích procesů žáka (pozornost, paměť, myšlení) a využívání metod, které zpevňují pracovní pravidla a návyky žáka. Mezi druhý až pátý stupeň podpůrného opatření se zařazují finančně normovaná opatření, která mohou být doznána pouze na základě doporučení školského poradenského zařízení. Řadíme zde například používání kompenzačních a speciálních pomůcek či úpravu vyučovacího obsahu (neuvedení části obsahu, který nemůže žák kvůli svým speciálním potřebám zvládnout), zabezpečení používání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob aj.) (Vyhláška č. 27/2016 Sb.).

Dle vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů, jsou za tímto účelem v České republice zřizovány základní školy se vzdělávacím programem zaměřením na vzdělávání žáku s konkrétním typem postižení (speciální školy):

- základní školy pro zrakově postižené,
- základní školy pro sluchově postižené,
- základní školy pro hluchoslepé,
- základní školy pro tělesně postižené,
- základní školy logopedické,
- základní školy praktické a základní školy speciální,

- základní školy při zdravotnickém zařízení,
- základní školy pro žáky se specifickými poruchami učení a základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování (Vyhláška č. 27/2016 Sb.).

### 1.1.2 Organizace vzdělávání na základní škole speciální

Na základní škole speciální se zahrnuje vzdělávání do deseti ročníků. První stupeň řadíme do prvního až šestého ročníku, druhý stupeň pak sedmý až desátý ročník (RVP pro obor vzdělání základní škola speciální VÚP Praha 2008).

Před nástupem do základní školy speciální může předcházet přípravný stupeň základní školy speciální, který je určen pro děti se středně těžkým nebo těžkým mentálním postižením, autismem nebo souběžné postižení vícero vadami pro děti od 5 let. Děti mohou být zde zařazeny pouze po dobu tří let, tedy maximálně do zahájení školní docházky (Zákon č. 561/2004 Sb.).

Na základní škole speciální je nástup do prvního ročníku totožný jako nástup do běžné základní školy. „Nástup může být opětovaně odložen, ale pouze v případě, že dítě musí zahájit docházku ve školním roce, ve kterém dovrší věku osmi let“ (RVP pro obor vzdělání základní škola speciální VÚP Praha 2008, p. 8). I když se vzdělávání na speciální škole základní uskutečňuje v rámci devítileté povinné školní docházky, pokládá se za fakt, že bude trvat déle než v běžné škole, jelikož druhý stupeň se završuje desátým ročníkem. Již zmíněná desetiletá docházka může být prodloužena, ovšem nejdéle do roku, kdy žák dovrší věku sedmnácti let. Výjimka o prodloužení může nastat v případě u žáků se zdravotním postižením, kdy ředitel základní školy speciální může povolit prodloužení docházky až do věku žáka dvaceti let. Další výjimkou jsou žáci s těžkým mentálním postižením, kombinované vady či autismem. Ti mohou dostat výjimku vzdělávat se na základní škole speciální až do věku dvaceti šesti let (Zákon č. 561/2004 Sb.).

### 1.1.3 Systém vzdělávání neslyšících

Prvotní dělení škol podle stupně sluchového postižení, které diferencovalo základní školy pro neslyšící, nedoslýchavé a také se zbytky sluchu, bylo vyhláškou MŠMT České republiky č. 399/1991 Sb. zrušeno v roce 1991. Byl následně zaveden jednotný název, a to *školy pro sluchově postižené*. V tu dobu byla také změněna volba vzdělávacích programů a výukových metod, která dříve závisela na typu školy. Nyní si každá škola může zvolit komunikační program, kterým bude vyučovat, a to podle programu Národní škola, Obecná škola, Základní škola nebo podle učebních plánů a osnov pro základní školu pro sluchově postižené. Každá škola si taktéž může zvolit komunikační přístup, kterým bude vyučovat. Žáci tak mohou být vzdělávání podle komunikačního přístupu orálním, bilingválním či totálním způsobem.

Povinná školní docházka je na základní škole pro sluchově postižené prodloužena o rok, tudíž desetiletá, kdy první rok je brán jako rok přípravný. Počet žáků ve třídě je taktéž snížen. Každé třídy jsou zařízeny skupinovými zesilovači a uspořádání lavic je do půlkruhu.

Do základních škol pro sluchově postižené mohou docházet také žáci s přidruženým postižením, pro které je sestrojen individuální vzdělávací plán nebo škola zajistí asistenta pedagoga.

Možnosti středních škol pro sluchově postižené jsou četné. Žáci si mohou vybrat mezi odborným učilištěm a odborným učilištěm pro sluchově postižené s širokým výběrem uplatnění (např. truhlář, kuchař, strojní mechanik, zahradník, dámská krejčová aj.). Žáci mohou také pokračovat a dosáhnout maturitního vysvědčení na středí zdravotnické škole, střední pedagogické škole, střední průmyslové škole či na gymnáziu (Souralová, 2005).

Je nezbytné zmínit, že všem sluchově postiženým žákům je zprvu nabídnuto vzdělávání formou individuální integrace. U integrace záleží na mnoha stanoviscích a není vždy zaručeno, že se integrace podaří. Podstatný vliv na úspěšnou integraci má spolupráce sluchově postiženého žáka, vyučujících pedagogů, spolužáků ve třídě, a především rodičů žáka.

Integrace sluchově postiženého žáka se uskutečňuje ve dvou formách:

*Individuální integrace* – vzdělávání žáka probíhá podle individuálně vzdělávacího programu, který vychází z jeho individuálních vzdělávacích potřeb. Individuální integrace může probíhat jak ve třídě běžného typu, tak i ve školách pro žáky s jiným typem postižení.

*Skupinová integrace* – samotný edukační proces žáka se uskutečňuje ve speciálních či specializovaných třídách.

Stále aktuálně řešeným termínem je *inkluzivní vzdělávání*, který lze chápat jako včleňování postiženého jedince do společnosti. Inkluzivní vzdělávání napomáhá žákům získávat širší pohled na svět, rozmýšlet nad rozdíly s druhými, napomáhá k naplnění sociálních a fyzických potřeb jedince (Janíková & Bartoňová, 2003).

## **1.2 Žák se sluchovým postižením**

Tato kapitola se věnuje základní charakteristice sluchového postižení, vymezení typů sluchových vad a komunikaci osob se sluchovým postižením.

### **1.2.1 Sluchové postižení**

*„Neslyšící lidé jsou specifickou a velmi osobitou komunitou lidské společnosti, která má stejně jako ostatní menšinové komunity svou historii, kulturu, svůj vlastní jazyk i soubor ustálených zvyků a pravidel chování, jakož i své specifické potřeby.“* (Janáková, 2006, p. 26).

Pojetí sluchového postižení zahrnuje rozmanitou skupinou sluchových vad a poruch slyšení, které mohou mít rozdílnou příčinu a stupeň postižení (Horáková, 2012). Porucha sluchu určuje zhoršení sluchu, které lze léčit či napravit, kdežto vada sluchu je vnímána jako trvalé poškození (Skákalová, 2011).

Vědní disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců se sluchovým postižením se nazývá surdopedie. Ta se po vzniku z roku 1983 vyčlenila z oboru Logopedie, kterého byla do té doby nedílnou součástí.

Surdopedie se tak stala vlastní složkou speciálně pedagogické disciplíny (Souralová, 2005).

Mnozí lidé si představí pod pojmem sluchové postižení jen sníženou schopnost slyšet. Je to však omyl. Ve skutečnosti však existuje mnoho typů a druhů sluchového postižení, i když jejich projevy jsou rozmanité. Z anatomického hlediska můžeme sluchové ústrojí rozdělit na mnoho částí (zevní ucho, střední ucho, vnitřní ucho, sluchový nerv a korové centra), která vytváří účelný celek umožňující příjem zvuku (Novosadová, 1999).

Novosadová (1999) tvrdí, že sluchové vnímání je individualitou každého člověka. Je totiž natolik odlišné, že není zcela stejné ani u jedinců s normálním sluchem. Pestrá je i schopnost vstřípení, vybavování a reprodukce zvuků. Složitější situace nastávají u nedoslýchavých dětí, jelikož neexistují dvě osoby s úplně stejným stupněm sluchových ztrát při totožném zpracování sluchových vjemů.

V každém věkovém období se sluchové vnímání postupně vyvíjí. Z toho vyplývá, že u osoby se sluchovým postižením se může stupeň sluchových ztrát měnit v průběhu života. V případě nedoslýchavého dítěte lze postupným sluchovým tréninkem zlepšit využitelnost stávajícího sluchu. Ovšem nedoslýchavé dítě může také sluch postupně ztrácet či úplně ohluchnout.

Každý člověk, který se zabývá výchovou či vzděláním osob se sluchovým postižením by měl pro vybrání správných pomůcek nebo správného komunikačního přístupu, znát všechny typy a druhy sluchového postižení (Novosadová, 1999).

### **1.2.2 Základní vymezení typů sluchových vad**

Níže představujeme klasifikaci měření sluchového postižení z hlediska velikosti ztráty sluchu, lokalizace vzniku sluchového postižení a doby vzniku sluchového postižení.

Sluchového postižení lze klasifikovat z mnoha různých aspektů. Primární klasifikace člení postižení sluchu podle *stupně postižení* (nedoslýchavost a hluchota), podle *doby vzniku* (prelingvální a postlingvální)

a podle *místa vzniku vady* (periferní nedoslýchavost či hluchota a centrální nedoslýchavost či hluchota).

Prelingvální hluchota vyznačuje stav osoby, která se narodila jako neslyšící nebo která ztratila sluch v době před vytvořením a osvojením mluvy a jazyk, tedy do tří let věku jedince.

Postlingvální hluchotou se rozumí stav osoby, která ztratila sluch v době po spontánním vytvoření a osvojení mluvy a jazyka.

Vrozenou hluchotou značíme vadu sluchu, která existuje bez ohledu na to, jaký podnět ji způsobil už v okamžiku narození. Dále označujeme hluchotu dědičnou nebo genetickou, která je nejčastěji vrozená. Může se také projevit až v pozdějším věku života (Freeman et al., 1992).

Podle místa vzniku postižení dělíme sluchové postižení na *periferní nedoslýchavost či hluchotu* a *centrální nedoslýchavost či hluchotu*. Periferní nedoslýchavost či hluchotu následně členíme na převodní vady a poruchy, při kterých dochází k problému ve středouší či zvukovodu, percepční vady a poruchy, které jsou zapříčiněny poškozením vnitřního ucha, sluchových buněk nebo sluchového nervu a v neposlední řadě smíšené vady a poruchy, při kterých se souběžně nacházejí problémy převodní i percepční. U centrální nedoslýchavosti či hluchoty je podstata v poškození korových a podkorových systémů (Horáková, 2012).

Na základě audiometrického měření bývá sluchová ztráta měřena v decibelech (dB). Existují různé škály pro vyhodnocení výsledků tohoto měření. Horáková (2012) uvádí tabulku se škálou podle World Health Organization (WHO).

Tabulka 1. Škála sluchového postižení podle WHO.

Název kategorie	Sluchová ztráta v dB
Normální sluch	0–25 dB
Lehké poškození sluchu	26–40 dB
Střední poškození sluchu	41–60 dB
Těžké poškození sluchu	61–80 dB
Velmi těžké poškození sluchu až hluchota	81 dB a více

Potměšil (2003) definuje *ohluchlost* jako ztrátu sluchu, která vznikla v období dovršení vývoje mluvené řeči, kdy se plně nevytrácí, ovšem se však ztrácí její formální úroveň. Včasná intervence logopedické péče má za cíl rozšiřování slovní zásoby, podpora rozvoji odezírání a cvičení orální pohotovosti.

Velmi nápomocným je v tento okamžik kochleární implantát, který může značně usnadnit život sluchově postiženým (Hrubý, 1999). Kochleární implantát je podle Souralové (2005) aparát, který je voperovaný do hlemýžďe vnitřního ucha. Umožňuje vnímat zvuky především jedincům s poškozeným Cortiho orgánem, ovšem pouze se zachovanou funkcí sluchového nervu.

Pojem *hluchota* vymezuje Potměšil (2003) jako získanou ztrátu sluchu v raném věku nebo vrozenou ztrátu. Logopedická aktivita zde hraje velkou roli, především zaměřením na výchovu k mluvené řeči.

*Zbytky sluchu* rozumíme takové postižení jedince, kdy je neúplná ztráta sluchu vrozená či získaná. Za pomoci zbytky sluchu je pak možné využití při výstavbě mluvené řeči (Potměšil, 2003).

### 1.2.3 Komunikace osob se sluchovým postižením

*Český znakový jazyk* je plně kvalifikovaný a přirozený komunikační systém, který je tvořený specifickými vizuálně-pohyblivými nástroji,



např. tvary rukou a jejich pohyby a postavení, pozicemi hlavy, mimikou a horní částí trupu. Základními vlastnostmi českého znakového jazyka jsou znakovost, systémovost, produktivnost, dvojí členění, svůj historický rozměr a svébytnost. Český znakový jazyk je také ustálen po stránce lexikální i gramatické (Zákon o znakové řeči č. 155/1998 Sb.).

**Znakovaný český jazyk** je oproti českému znakovému jazyku umělý jazykový systém, který využívají slyšící i neslyšící možnost dorozumívání. Znakovaný český jazyk uplatňuje gramatické nástroje češtiny, která je současně artikulována hlasitě či bezhlasně. Spojením znakového českého jazyka s českými slovy pak jedinec vytváří pohyb i postavení rukou, které odpovídají znakům českého znakového jazyka (Zákon o znakové řeči č. 155/1998 Sb.).

**Prstová abeceda** používá formalizované a ustálené postavení prstů, kdy dlaně jedné ruky slouží k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Prstová abeceda je nedílnou součástí jak českého znakového jazyka, tak znakového českého jazyka. Využívá se zde odhláskování cizích slov, odborných pojmů či termínů, pro které doposud nejsou upevněné znaky českého znakového jazyka (Zákon o znakové řeči č. 155/1998 Sb.).

### 1.3 Sebepojetí

„V nejširším smyslu je sebepojetí percepcí sebe samého. Tyto percepce jsou formovány prostřednictvím zkušenosti s prostředím, a jsou ovlivněny zvláště posílením z prostředí a od významných druhých lidí“ (Blatný & Plháková, 2003, p. 93).

Smékal (2002, p. 28) definuje v tomto kontextu sebepojetí „*základem jáství člověka, je souhrnem názorů na sebe, na své místo ve světě, a v tomto smyslu je souhrnem pocitů, jimiž prožíváme spokojenost nebo nespokojenost se sebou, větší nebo menší sebedůvěru, sebeúctu a vliv na druhé*“.

V roce 2019 byla vytvořena studie, která měla za cíl rozšířit chápání sebepojetí jako prediktoru online sebe prezentace. Dvě stě třicet účastníků ve věku od 18 do 35 let dokončilo škálu sebepojetí a prezentaci online škály sebe

sama (POSS). Analýza POSS odhalila, že u vzorku mladých dospělých byl faktor označený jako „Ideální Já“ rozdělen do dalších tří faktorů: „Vícenásobná já“, „Konzistentní já“ a „Preference online prezentace“. Navíc byla zjištěna významná pozitivní korelace mezi věkem a sebepojetím. Jedinci s nižším sebepojetím častěji vykazovali nesrovnalosti mezi svým „offline“ a „online“ já. Tato studie podporuje zjištění, že sebepojetí hraje důležitou roli v online sebe prezentaci (Strimbu & O'Connell, 2019).

### 1.3.1 Definice sebepojetí

Pojem sebepojetí bývá v psychologii označován jako soubor hodnotících soudů a představ, které může jedinec o sobě mít (Velehradský, 1978).

„Aktuálně lze v oblastech sebepojetí zaregistrovat nové pojmy, které doposud nemají v terminologii v českém jazyce ustálenou formu. Mezinárodně uznávaný je nejvíce anglický výraz „self-concept“, který můžeme do českého jazyka přeložit jako pojem „JÁ“ „(Blatný & Plháková, 2003, p. 108).

### 1.3.2 Složky sebepojetí

Vágnerová (2010, p. 305) vnímá sebepojetí jako „globální vztah k vlastní osobě, tj. generalizované sebepojetí, které se skládá z jednotlivých složek. Sebepojetí lze například dělit na souhrn hodnocení vlastních kompetencí a souhrn a hodnocení vlastních lidských kvalit“.

Podle Heluse (2007) nese sebepojetí čtyři základní složky, kterými jsou:

- **Sebehodnocení** – pojem lze chápat jako stejně významný, jako sebepojetí. Mnoho autorů pohlíží na tento jev jako na dílčí prvek sebepojetí. (Lokšová & Lokša, 1999). Helus (2007) dospěl k závěru, že je možné prostřednictvím vlastního sebehodnocení, aby jedinec porovnával sebe samého, popřípadě se postavil sám sobě s minulými vlastnostmi, na základě, čeho pak vznikají sebehodnotící verdikty. U sebehodnocení se jedná převážně o emoční vazbu sám k sobě či poznání sama sebe nebo způsobilosti v sociálních, mravních

i výkonových sférách, kterou lze realizovat skrze procesy mentální reprezentace (Blatný & Plháková, 2003).

- **Sebepoznání** – Helus (2007) zahrnuje sebepoznání do oblastí objevování a uvědomění se na to, kým daná osoba je, jaký má vzhled, vloh, schopnosti či jaký pohled si o něm utváří druzí lidé.
- **Seberealizace** – jde o snahu jedince v co největším měřítku zapadat do své vlastní ideální skupiny představ, které o sobě má. Jedinec touží po systematickém zdokonalování (Helus, 2007).
- **Sebecit** – ve své podstatě je tato složka prakticky vždy citově zbarvená, jak pozitivně, tak negativně. Jedinec má většinou sám sebe rád, ale může se stát, že cítí nenávisť sám k sobě či se za sebe stydí (Helus, 2007).

### 1.3.3 Vývoj sebepojetí v mladším školním věku

Vývoj sebepojetí se uskutečňuje před samotným vstupem dítěte do školy. Období školního věku je pro vývoj dítěte nesmírně důležitým, ovšem je důležité zmínit a připomenout si předchozí vývojové fáze.

Počátky vývoje rozlišování vlastní osoby od ostatních a okolního světa jsou již v prvních okamžicích života dítěte. Dítě se však nerodí s vědomím o vlastní osobě. Základy sebepojetí dítěte však záleží na jeho nejranějším kognitivním, sociálním a psychickém vývoji. V období mezi 3. a 6. měsícem života dítěte se začíná budovat základní uvědomování o sebe samém, dítě rozlišuje své projevy od projevů ostatních lidí (Vágnerová, 2012). V období 12. až 18. měsíce života dítě projde poznáním sama sebe v zrcadle či na fotografii. Je zde uskutečněná představa o svém těle (Feldman, 2010). Samotné sebepojetí batolete ještě netvoří ucelený systém. Zařazuje jednotlivé poznatky o sobě samotném, které mohou být taky protikladné a nejsou uspořádané podle důležitosti. Již zmíněné poznatky zahrnují tělo dítěte, jeho schopnosti a možnosti. Sebeobjevování batolete je často spojováno s aktuálním okamžikem a je rozdělené na dvě části (vnímá vlastnost jako pozitivní nebo negativní). Můžeme si pod těmito vlastnostmi představit protiklady vnímání, jako že je chytré nebo

hloupé, hodné nebo zlé. Dítě si nevšímá těchto charakteristik jako sjednocené spektrum, ale jako vlastnosti oddělené. Sebepojetí batolete je někdy až nerealisticky pozitivní, což pozorujeme také u dětí předškolního věku (Vágnerová, 2010; 2012). Langmeier a Krejčířová (2006) tvrdí, že ve dvou letech života se některé děti dokáží bavit o svých základních vlastnostech – například, že je chlapec, že je hodný apod. Ve 3. roce dokáže dítě o sobě mluvit v 1. osobě a velmi často používá zájmeno „já“, které je považováno za důležitá událost ve vývoji dětské identity.

V předškolním věku dítěte je klíčové jeho tělové schéma, viditelné znaky a takové charakteristiky, které dokáže zvládnout, například „jsem šikovný, protože jsem pomohl mamince“. Začíná se zde klást důležitost také na porovnávání se se sourozenci či vrstevníky (Vágnerová, 2010; 2012).

Pro vývoj sebepojetí, sebehodnocení a identity je školní věk dítěte považováno za významnou událost. Dítě se zvyká na novou společenskou roli – školák. Na roli školáka se dále spojuje nejen postavení, ale i povinnosti. Dítě je v novém prostředí – kolektiv nových spolužáků. Je hodnocen jak učiteli, tak spolužáky a rodiči. Hodnocení dítěte a jeho snaha o uznání je velmi neodmyslitelným činitelem v utváření sebepojetí a dále ovlivňuje vývoj jeho osobnostních rysů (Macek, Šulová, & Konečná, 2009). Dítě ve školním věku velmi často popisuje sebe samotného a mluví o svých vlastnostech a schopnostech, není již primárně zacílené pouze na slovní popis vnějších charakteristik. Ve věku 7 až 8 let dítě postupně začíná chápat stálost osobnosti v čase, stálé vlastnosti jeho i druhých lidí. Díky tomu se dítě dokáže srovnávat s ostatními, stabilizovat a opravovat tak své sebehodnocení (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Sebepojetí dítěte se kolem sedmého roku života postupně tvoří jako hierarchicky uspořádaná a multidimenzionální struktura. V tomto období se vyvíjí propojování a korigování doposud samostatných a protichůdných charakteristik dítěte. Setkáváme se zde s uvědoměním faktu, že školák má své silné i slabé stránky a nehodnotí se jen černobíle – hodný/zlý, chytrý/hloupý. Jedinec dokáže porozumět například tomu, že je natolik šikovný v matematice, aby dokázal vypočítat příklad v domácím úkolu, ale není natolik šikovný, aby

dokázal vypočítat úkol svého staršího bratra (Feldman, 2010). Dítě je od 8 let schopné začlenit jednotlivá hodnocení v globální pocit ze sebe sama, tzv. globální hodnocení (Macek et al., 2008).

Podle Vágnerové (2012) je sebepojetí dítěte ve školním věku ztvárněno názory a postoji lidí okolo něj a nepřijímá je kriticky. Ve své podstatě cokoliv řekne rodič nebo učitel, to je pro něj pravda. Názory vrstevníků a pravidla skupiny se stávají krok za krokem stále vlivnějšími. Okolní vlivy působící na sebepojetí dítěte se skládají z rozumového a emočního vztahu chování. Díky emočnímu přijetí dokáže dítě budovat sebedůvěru, sebeúctu a pozitivní sebehodnocení (pochvala), které působí na dětskou sebedůvěru. Na sebepojetí ve škole a roli žáka se participují sociální složky sebepojetí. Dítě potřebuje někam patřit a být přijímáno svými vrstevníky. Nová role školáka a spolužáka značí pro něj určitý rámec povinností, hodnot a postavení (Macek et al., 2009).

Samotná osobní identita školáka je vymezena tím, co sám dokáže. Podstatnou součástí dítěte školního věku je výkon. Negativní výkon či selhání má značný vliv na rozvoj pocitů méněcennosti. V předškolním věku žák posuzoval svůj výkon podle situace, jestli dokázal vypracovat úkol, natož v mladším školním věku posuzuje žák i samotné provedení úkolu a nastávání porovnání se s vrstevníky, posuzuje svůj výkon i na základě kritérií dospělých (Vágnerová, 2012). Je očividné, jak významné je období mladšího školního věku pro formování sebepojetí jedince. Sebepojetí dětí může být ovlivněno také různými zátěžovými situacemi, rodinným prostředím, školním prostředím a dalšími vlivy.

#### **1.3.4 Diagnostika sebepojetí**

Postavení diagnostických nástrojů a následných programů, které zvyšují sebevědomí ukazuje závažnost posuzování úrovně samotného sebepojetí a sebevědomí.

Ve své podstatě považují autorky Byrne (1996) a Sherrill (1998) za nejdůležitější stanovit teoretický rámec, který přijímáme v práci o sebepojetí. Podle něj lze dále vybrat nejvhodnější diagnostický nástroj pro jeho hodnocení. Z povahy sebepercepce vycházejí taktéž teoretické modely sebepojetí, které se

dělá na jednorozměrné (unidimenzionální), vícerozměrné (multimenzionální) a hierarchické. V minulosti byly diagnostické nástroje a starší teorie především unidimenzionální a schvalovaly programy přímého zvyšování celkového sebepojetí v rámci seminářů a různých cvičení, která měla za cíl učit jednotlivce cítit se dobře, zlepšovat toleranci a svůj vztah k sobě samotnému. V současnosti se veškeré teorie přiklání k modelům vícerozměrným a hierarchickým (Blatný, 2003; Byrne, 1996; Fox, 1997). Harter (1999) tvrdí, že jsou v praxi preferovány strategie zdokonalování dovedností, a to v jednotlivých oblastech, které provázejí ke zvyšování pocitu kompetentnosti a sebevědomí nejen v této konkrétní oblasti, ale také v přenositelně jiných oblastech. Způsob k dosažení cíle tohoto typu řadíme různé pohybové programy, lanové aktivity, expresivní taneční terapie či tréninky pracovních dovedností.

*Unidimenzionální teorie* považovala sebepojetí za „globální, ucelenou představu sebe, konzistentní v čase a situacích“ (Blatný, 2003, p. 97). Celkové skóre je podle této teorie dosažené diagnostickým nástrojem považováno za klasifikační obecné „Jáství“ a podílí se na celkovém skóre každá položka nástroje (Sherrill, 1998). Byrne (1996) dělí tyto jednorozměrné modely sebepojetí na unidimenzionální model a model nomotetický.

*Multidimenzionální teorie* není souhrnem sebepojetí svých jednotlivých dílů, ale považuje se za mnohaaspektovou strukturu, která postupem času se stává komplexní. Teorie vícerozměrného modelu neodmítá skutečnost celkového sebepojetí či globálního sebepojetí. Zmíněné celkové sebepojetí může být zhruba od osmi let odděleně měřeno. Je formulováno jako abstraktní pocit životní satisfakce a své celkové životní radosti. Byrne (1996) řadí do multidimenzionální teorie model souvztažných (korelovaných) faktorů, model nezávislých faktorů, taxonomický model a kompenzační model.

*Hierarchický model* sebepojetí tvoří myšlenku multidimenzionality (vícerozměrnosti), která je obohacena o rozdělení celkového sebepojetí v hlavní části, a to na akademickou a neakademickou. Toto rozdělení sebepojetí je později analyzováno do subkomponentů (Byrne, 1996; Sherrill, 1998). V hierarchickém modelu je sebepojetí definováno jako „generalizace poznatků

o sobě a tyto znalosti jsou hierarchicky uspořádány dle míry abstrakce od konkrétních, specifických prvků po obecné kategorie“ (Blatný, 2003, p. 98).

Podle Vágnerové (2001b, p.375) „je za potřebí standardizovat sebehodnotící diagnostické nástroje především pro jedince s různým typem postižení a různé věkové skupiny“ a zdůrazňuje, že „samotný názor dítěte na sebe sama je za potřebí vždy hodnotit i z vývojového hlediska, podle způsobu uvažování dítěte v životní fázi a jaký má sklon k názorovému zkreslení“. I přes veškeré výhrady a potřeby opatrnosti při vyhodnocení a následné interpretaci jsou sebehodnotící metody velmi užitečné. Využitelnost těchto metod ocení např. psychologové, kterým mohou poskytnou informace o postojích a názorech dítěte, o které se rodiče nebo škola zpravidla nezajímají.

Zjišťování názorů a postojů dětí je důležité zejména v diagnostice různých výchovných či výukových problémů nebo rodinných rozporů (např. týrání či zneužívání dětí, dysfunkce rodiny).

I přes fakt, že sebehodnocení je posuzováno za výsledek sociálního učení, je přijatelné použít pro lepší porozumění jednotlivce anamnestické údaje. Rodina přispívá v největším rozsahu k rozvoji příliš nízkého či vysokého sebehodnocení. Dalšími vlivy mohou být také škola či vrstevnická skupina.

### 1.3.5 Jedinci s postižením a sebepojetí

Odbornému výrazu postižení (ve smyslu z anglického překladu disability) používá Sherrill (1997, p. 259) shodný výraz, ve významu „*individuálních rozdílů ve vzhledu, struktuře, funkci a provádění, které jsou vnímány jako nežádoucí sebou samým nebo druhými*“.

V současné době se v české literatuře často pojednává o osobách se specifickými či speciálními potřebami. Těmito termíny vyjadřujeme sympatie především k „environmentální teorii postižení“ od autorky Sherill (1998, 2003). Zmíněná teorie také říká, že osoby s postižením nemají výjimečné potřeby, ale odlišnost je ve způsobu uspokojování těchto potřeb. S tímto názorem se u nás ztotožňuje například Novosad (2000). Tím

nejpodstatnějším elementem definice postižení, je podle Sherrill (1997) právě termín sebepojetí.

Postižení je ve své podstatě tzv. multidimenzionální identita, která je specifická především v její kultuře a historii. Je sociálně postavena a je zprostředkována povahou postižení, dobou vzniku, pohlavím, etnickou příslušností, množstvím očekávání, rolí, aspirací a percepce, které jsou začleňovány každým jedincem do „Jáství“ (Sherrill, 1997).

V jedné studii za pomoci dotazníku vědci zjistili, že zdravotnické služby by měly být upraveny tak, aby odpovídali psychologickým potřebám lidí s různými typy postižení. Také zjistili, že jedinci s mentálním postižením uváděli nižší úroveň sebepojetí a tělesného obrazu ve srovnání s tělesně postiženými jedinci. Bylo zjištěno, že pohlaví, rodinný stav a závažnost postižení jsou úzce spojeny se sebepojetím. Ukazuje se, že viditelnost postižení může hrát ochrannou roli pro osoby s tělesným postižením ve srovnání s osobami s psychiatrickým postižením (Shpigelman & HaGani, 2019).

Díky konceptu jedné studie základního sebehodnocení (CSE), kdy CSE znamená proměnná vyššího řádu, která odráží sebepojetí a zahrnuje osobnostní rysy včetně sebeúcty, zobecněné sebeúčinnosti, místa kontroly a emoční stability, se prokázalo, že má velký potenciál jako globální pozitivní přispěvatel k blahobytu u osob se zdravotním postižením. Výzkum se zabývá jeho vztahem k výsledkům, jako je duševní pohoda. Jeho klinické aplikace mají velký příslib, že v budoucnu rozšíří praxi rehabilitační psychologie (Smedema, 2014).

Oxfordská univerzita vydala studii, kde zkoumala sebepojetí neslyšících a nedoslýchavých (DHH) studentů v různých vzdělávacích prostředích ve srovnání se slyšícími studenty v Etiopii. Studenti byli vybráni ze speciální školy pro neslyšící, speciální třídy pro neslyšící a běžné školy. Výsledky studie ukázaly, že ve srovnání se svými slyšícími vrstevníky měli studenti DHH nižší sebepojetí v oblastech obecného já, obecné školy, čtení a vztahů s rodiči. Studenti DHH ve speciální škole vykazovali vyšší sebepojetí, pokud jde o jejich fyzický vzhled, než studenti slyšící a DHH ve speciální třídě (Mekonnen, Hannu, Elina, & Matti, 2016).



V Brazílii byla provedena studie s osobami se sluchovým postižením, kde byl použit sebehodnotící dotazník HHIE (Hearing Handicap Inventory for the Elderly). Vědci měli za cíl zhodnotit dopad vybavení sluchadel u starších pacientů pomocí HHIE, kdy se ukázalo, že přestože užívání sluchadel významně zlepšuje sluchový handicap, někteří pacienti si stále zachovávají sociální a emocionální omezení. Zjistili, že nástroj HHIE může být skvělým spojencem při pomoci profesionálům pochopit a rehabilitovat obtíže, které po amplifikaci přetrvávají (Barbosa et al., 2015).

## 1.4 Projektivní metody

V současnosti společnost chápe pojem projekce v rámci osobnostních metod relativně široce, a to ve smyslu procesu vnímání objektivního podnětu, který se shoduje s osobními přáními, zájmy, očekáváními či úzkostmi. Neujasněnost teoretických projektivních metod je však jedním z problémů, které mohou komplikovat jejich validity (Baštěcká, 2009).

Mezi první provedení projektivní zkoušky se v celé historii vědecké psychologie zapsal Francis Galton, a to v roce 1879. Můžeme tak říci, že se jednalo o první asociační experiment (Svoboda, 1999).

Šnýdrová (2008) konstatuje, že do psychologie se pojem projekce zavedl v roce 1894, a to Sigmundem Freudem, který používal pojem pro označení obranného mechanismu proti stavu úzkosti. Díky tomuto mechanismu promítáme vlastní přání a pocity do druhých osob či okolí. Sigmund Freud porozuměl tomuto termínu jako skutečnost, že vzpomínky na minulost velmi ovlivňují vnímání aktuálních podnětů.

Autor termínu projektivní metoda, psycholog Lawrence K. Frank, v roce 1939 poprvé veřejně použil tento termín na své přednášce v New York Academy of Science. Frank přirovnával projektivní metody k rentgenovým paprskům. Jedná se podle něj o metodu, která nepřímou klasifikuje vnitřní stav člověka pomocí průchodu daného podnětu skrze subjekt. Podle Franka tato metoda musí být vždy interpretována pouze vyškoleným profesionálem (Šípek, 2000). Později však psycholog Frank sám zpochybnil termín projektivní

metody, protože porozumění tohoto pojmu bylo velmi často substituováno za psychoanalytický výklad projekce. Termín poté procházel odlišnými alternativními označeními, např. v roce 1944 navrhl R.W. White označení „imaginární produkce“, v roce 1950 vymyslel L. Bellak termín „apercepční distorze“ nebo později v roce 1951 označil R. B. Cattell pojem jako „misperceptivní“ postupy. I přes kritizování termínu „projektivní metody“, se v terminologii označení upevnilo (Šípek, 2000).

Projektivní metody jsou ve své podstatě testové nástroje, kdy je právě jejich subjekt srovnáván s podnětovou situací. Vzhledem k této situaci, která není jasně určitá, má také mnoho možných významů. Subjekt má v této neurčité situaci reagovat podle významu předložené situace. Hypotéza projektivní metody značí fakt, že reakce subjektu se shoduje s jeho osobností a poskytuje tak diagnostické úsudky v daném směru. Dá se tedy konstatovat, že reakce subjektu je idiomatická (Šípek, 2000).

Základním principem projektivních metod je fakt, že díky spontánnímu chování jedince tak dochází k postupnému odhalování povahy, zájmů, zkušeností, stylu myšlení či dalších různých psychologických funkcí. Společnou vlastností projektivních technik je především snaha zachytit obsah a vnitřní organizaci jedince, a to pomocí takových způsobů, jakým subjekt reaguje na přednesené podněty, které jsou buď formulované nebo strukturované. Mezi další důležité vlastnosti projektivní metody je snaha poznání celé osobnosti posuzovaného jedince, nikoliv jen část. Touto skutečností se tato metoda odlišuje od testů schopností zabývajících se pouze na úzce vymezené složky osobnosti. Pomocí projektivních metod je samotná diagnostika osobnosti velmi závislá na schopnosti psychologa, který by měl odhalit smysl celkového úhlu pohledu subjektu, v jiném slova smyslu to, jak posuzovaná osoba vnímá svůj okolní svět. Tyto projektivní techniky jsou značně ovlivněny faktorem, a to subjektivním. Záleží také na důkladném vzdělání diagnostika a na jeho vlastní vnímání svého okolního světa (Šnýdrová, 2008).

Podle Šípka (2000, p. 21) se díky „projektivním technikám zachycuje nejen svět významností, osobních významů, reagování, ale také i prožívání.

Oproti osobním dotazníkům se můžeme zásluhou projektivních technik dozvědět více o osobnosti jedince“. Šnýdrová (2008) dále uvádí, že projektivní techniky mají hlavní výhodu v tom, že hodnocený jedinec má minimální či žádnou možnost, jakkoliv zkreslit její výsledky, a to díky nerozeznání skutečnosti, co daná metoda sleduje.

Šípek (2000, p. 23) charakterizuje základní projektivní metody následovně:

- „skrytá testovací procedura,
- globální přístup k hodnocení osobnosti jedince,
- méně uspořádané zadání, které umožňuje téměř neomezené množství přijatelných odpovědí,
- specifická působivost při odhalování vnitřních, nevědomých či potenciálních aspektů osobnosti,
- nejčastěji používané v klinické praxi,
- opětovaně zrcadlí vliv psychoanalytických koncepcí“.

Nejčastěji bývá kritika projektivních metod zakládána na jejich sporné validitě. Nejvíce obtížně použitelné jsou u těchto metod především tradiční psychometrické postupy. Zmíněné projektivní metody se dělí na dynamické charakteristiky osobnosti, a to na zájmy, postoje, potřeby, mezilidské vztahy, názory, ale také konflikty a problémy. Dochází zde ke srovnávání výsledků s životní historií hodnoceného jedince. Hlavní výhodou projektivních metod je fakt, že hodnocený jedinec má při jejich využití minimální, či žádnou možnost úmyslně zkreslit výsledky, jelikož netuší, co dané testy monitorují a jaké jsou „potřebné“ odpovědi. Vyplývá tak, že není snadné jednotně skórovat. Projektivní metody kladou veliké nároky také na zkušenosti, vědomosti a instinktivní poznání psychologa. Se zkušeností psychologa s konkrétní metodou tak roste validita projektivních metod (Svoboda, 1999).

Ruská studie z roku 2019 měla za cíl zdůvodnit efektivitu komplexního programu s využitím projektivních technik v prevenci autodestruktivního chování žáků. Výzkumu se zúčastnilo 40 studentů lékařské fakulty ve věku 17-20 let se známkami disadaptace, kteří podsoupli „Dotazník EPQ“, HADS, dotazník „SAN“, „Dotazník Hanse Schmischeka“, techniku M. Zuckermana

„Škála hledání vzrušení“. Zjistil se nárůst počtu neklidu a deprese studentů, které ovlivňují ukazatele zdraví, pohybové aktivity a nálady. Studenti si projektivní techniky chválili a ruští vědci budou nadále těchto technik využívat (Tataveva, Karimbaeva, Zhantikkeev, Akbayeva, & Musina, 2019).

Najbrtová et al. (2017) tvrdí, že projektivní metody jsou v psychodiagnostice takové prostředky, které konfrontují objekt s podnětovou situací velmi neurčitou až mnohovýznamnou. Subjekt má tak na ni reagovat podle smyslu významu, který sám poskytuje stimulu o sobě neurčitém.

Dle Svobody (2013) je dělení projektivních metod na:

- 1) Verbální metody
- 2) Grafické metody
- 3) Manipulační metody

#### **1.4.1 Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO**

Obrázková škála slouží jako diagnostický nástroj pro hodnocení sebevědomí a sociální akceptace u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Tato škála posuzuje sebehodnocení dětí ve čtyřech oblastech: oblast kognitivních a pohybových kompetencí a oblast akceptace rodiči a vrstevníky. U dětí v předškolním a mladším školním věku jsou tyto čtyři oblasti pokládány za stěžejní. Znalost úrovně sebepojetí může v určité oblasti být velmi nápomocná nejen rodičům a učitelům, ale také pracovníkům různých druhů poraden či rehabilitačním pracovníkům. Schopnost získat a zpracovat informace o sebehodnocení dítěte může značně ovlivnit přístup k efektivnější výuce a rehabilitačnímu procesu (Čurdová, 2005).

Podle Čurdové (2005) Obrázková škála OSSSA-DMO je přizpůsobena dětem v předškolním a mladším školním věku především proto, že obsahuje obrázkovou podobu a dá se vylíčit jako semiprojektivní technika. Obrázky, které jsou použité v této škále jsou barevné a mají jednoduchou podobu, což umožňuje vyvolat zájem u dětí, získat smysluplné odpovědi, a dokonce udržet jejich pozornost. Examinátor provádí administraci pomocí dotazování. Nápomocná může být tato škála také k odhalení kritických případů jedinců,

kteří mají příliš vysoké či nízké sebevědomí. OSSSA-DMO lze využít také jako podpůrný nástroj v oblasti školství a poradenství.

Diagnostický nástroj OSSSA-DMO obsahuje celkem 40 položek, které jsou členěné do dvou obecných konstruktů (A – vnímané kompetence a B – sociální akceptace). Obě struktury obsahují dvě subškály, tzn. dohromady 4 subškály (Čurdová, 2005).

Tabulka 2. Rozdělení konstruktů OSSSA-DMO (Čurdová, 2005).

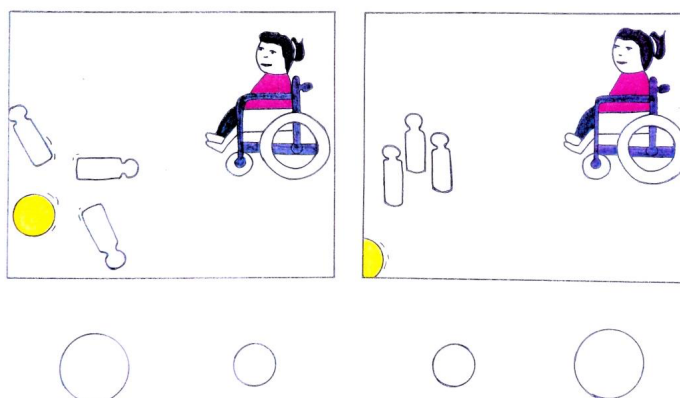
A. Vnímané kompetence	B. Vnímaná sociální akceptace
Kognitivní kompetence	Akceptace vrstevníky
Pohybové kompetence	Akceptace rodiči

Všechny čtyři subškály obsahují 10 položek, které definují vyznačené oblasti života dětí mladšího školního věku. Harter & Pike (1984) kladou důraz na možné nebezpečí v oblasti hodnocení výsledků škály jako seznamu celkového sebehodnocení nebo sebevědomí. Doporučují také výsledky ze všech čtyř subškál nechat oddělené, aby bylo umožněno dosáhnout důležitých informací o profilu dítěte. Pro dosažení vyšší pozornosti a možnosti ztotožnění jsou obrázky vytvořeny barevně a jsou zjednodušeny. U každé položky jsou probandovi představeny dva protichůdné obrázky, kdy jeden zobrazuje kompetentní a druhý nekompetentní dítě. Pod každým obrázkem se vyskytují vždy dva kroužky, jeden malý a jeden velký, který značí míru podobnosti (Čurdová, 2005).

Čurdová (2005) uvádí, že všechny položky (obrázky) jsou uspořádány jako strukturovaný odpověďový formát, kde je vždy 4bodová stupnice, kde dítě zde vyhodnotí míru, jaké se podobá dítěti na obrázku. Dítě nejprve volí ze dvou obrázků a potom rozlišuje míru podobnosti. Škála je rozdělena na verzi pro dívky a chlapce, což napomáhá akceptovat obrázkovou reprezentaci sebe sama.

Harter & Pike (1984) upozorňují, že pro děti tato škála poskytuje širší rozpětí odpovědí díky využitelnosti obrázkového formátu.

Hlavním účelem této obrázkové škály je získat více poznatků o očekávání dítěte. Je také nápomocná k odhalení kritických případů jedinců s nízkým či příliš vysokým sebevědomím, problémy dětí, které se podceňují nebo naopak přeceňují.



3A

Obrázek 1. Ukázka položky 3 z Obrázkové škály sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO (Čurdová, 2005).

## 2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO byla vytvořena především pro děti s dětskou mozkovou obrnou (DMO) (centrálními parézami) a byla zkušebně ověřena pro českou populaci na již zmíněném souboru dětí (Čurdová, 2005). Vzhledem k tomu, že tato škála byla ověřena také u dětí bez postižení (Vanická, 2014), rozhodly jsme ověřit využitelnost tohoto diagnostického nástroje na souboru dětí ze SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené v Olomouci, a to pro mladší školní věk. V diplomové práci si stanovujeme tři klíčové cíle.

Hlavním cílem této diplomové práce je ověřit uplatnitelnost Obrázkové škály sebevědomí a sociální akceptace v praxi speciální školy pro sluchově postižené, sledovat a popsat reakce či připomínky dětí na škálu, motivy pro administraci.

Druhým cílem je výsledky škály vyhodnotit a srovnat s tabulkou orientační normy pro děti s DMO (Čurdová, 2005), popsat případné odlišnosti dle pohlaví, věku, školního ročníku, užitého způsobu komunikace.

Třetím cílem je pilotně ověřit test-retestovou reliabilitu (stabilitu v čase) u žáků speciální školy pro sluchově postižené

Jelikož se jedná o práci pilotního charakteru, výsledky tohoto šetření by měly sloužit v první řadě jako podněty pro další možné zkvalitnění této psychodiagnostické techniky.

Podle zmíněných cílů mé diplomové práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Je psychodiagnostická technika Obrázková škály sebevědomí a sociální akceptace využitelná u dětí se sluchovým postižením?
  - a. Je za potřebí upravit některé položky ze škály?
  - b. Lze orientačně využít klasifikační stupnice pro děti s DMO? (tab. 4)

2. Ovlivňují interindividuální rozdíly probandů jejich výsledky v Obrázkové škále sebevědomí a sociální akceptace?
3. Jaká je test-retestová reliabilita (stabilita v čase) škály při administraci u žáků speciální školy pro sluchově postižené?



### 3 METODIKA

#### 3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro ověření uplatnitelnosti Obrázkové škály sebevědomí a sociální akceptace se skládal z dětí mladšího školního věku, které navštěvují SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené v Olomouci.

S účastí souhlasili rodiče celkem třiceti probandů, z toho 12 dívek (40 %) a 18 chlapců (60 %), ve věku 7-13 let.

Tabulka 3. Charakteristiky probandů (n=30).

Charakteristiky		Počet
Celkem	Dívky	12
	Chlapci	18
Věk	7	3
	8	4
	9	4
	10	6
	11	6
	12	5
	13	2

#### 3.2 Průběh šetření

Vzhledem k výběru SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené v Olomouci byla požádána paní ředitelka o umožnění provedení šetření. Po souhlasu paní ředitelky a získání souhlasu Etické komise FTK UP, byli rodiče formou žádosti o provedení šetření, požádáni autorkou diplomové práce o písemné vyjádření

souhlasu s výzkumem. Taktéž byli seznámeni s metodami a průběhem celého šetření.

Všechna šetření probíhala v dubnu 2022. Vzhledem k tomu, že šetření se týká také zjišťování statistických charakteristik škály, prováděla jsem šetření a dotazování pomocí škály u každého dítěte 2x v rozmezí 10–14 dnů (test-retestová reliabilita). Jednotlivé děti jsem brala do samostatné klidné místnosti po dohodě s vyučujícími, abych nenarušila výchovně-vzdělávací proces dítěte. Sezení trvalo přibližně kolem 20 min, kdy je dítěti předkládána obrázková škála. Proband byl upozorněn, že každá odpověď je správná a nemusí se bát říct, že v šetření nechce z jakéhokoliv důvodu dále pokračovat. Po ukončení šetření jsem se vždy zeptala probanda na zpětnou vazbu, jak ho to bavilo a poděkovala jsem mu, následně jsem ho šla zavést zpět do třídy.

Jelikož je škála primárně určena dětem s dětskou mozkovou obrnou, obsahuje varianty pro děti v předškolním věku, školním věku, na vozíčku či děti chodící. Já jsem při svém šetření aplikovala pouze obrázky určené pro děti chodící ve školním věku. Obrázky jsou taktéž rozděleny pro chlapce a pro dívky.

### **3.3 Statistické zpracování dat**

Zpracování dat probíhalo díky zaznamenávání odpovědí pomocí bodů do záznamového archu. Záznamové archy byly vyhodnoceny podle manuálu OSSSA-DMO a byly tak získány výsledné hodnoty všech subškál (kognitivní a motorické kompetence, akceptace rodiči a vrstevníky). Výsledné hodnoty byly vyhodnoceny a porovnány dle orientační normy.

Výsledné hodnoty obrázkové škály OSSSA-DMO skupiny 30 dětí jsou popsány formou popisné statistiky a grafů, a to průměr, minimum a maximum. Představené jsou také hodnoty pro soubor jako celek v jednotlivých subškálách i podle jednotlivých položek.

S pomocí RNDr. Milana Elfmarka, který pracoval v programu Statistica 12.0 a využíval neparametrických statistických metod, byl zjišťován

rozdíl mezi výslednými hodnotami chlapců a dívek (Mann-Whitney U Test) a mezi dětmi různého věkového rozmezí (Kruskal-Wallis ANOVA, Multiple Comparisons p-values), na hladině významnosti  $p \leq 0.05$ .

Tabulka 4. Orientační klasifikační stupnice dětí s DMO (Čurdová, 2005).

	1 Výrazně podprůměrné sebevědomí	2 Podprůměrné sebevědomí	3 Průměrné sebevědomí	4 Nadprůměrné sebevědomí	5 Výrazně nadprůměrné sebevědomí
Kognitivní kompetence	$\leq 2,3$	2,4-2,8	2,9-3,5	3,6-3,8	$\geq 3,9$
Pohybové kompetence	$\leq 2,6$	2,7-3,0	3,1-3,6	3,7-3,8	$\geq 3,9$
Akceptace vrstevníky	$\leq 1,6$	1,7-2,3	2,4-3,0	3,1-3,6	$\geq 3,7$
Akceptace rodiči	$\leq 2,2$	2,3-2,7	2,8-3,3	3,4-3,7	$\geq 3,8$

Tento chlapec/tato dívka umí hrát kuželky.

Tento chlapec/tato dívka neumí hrát kuželky.

**A co ty? Které/mu z nich se podobáš?**

Umíš hrát kuželky velmi dobře NEBO docela dobře.

Neumíš hrát kuželky vůbec NEBO je umíš jen trochu.

4

3

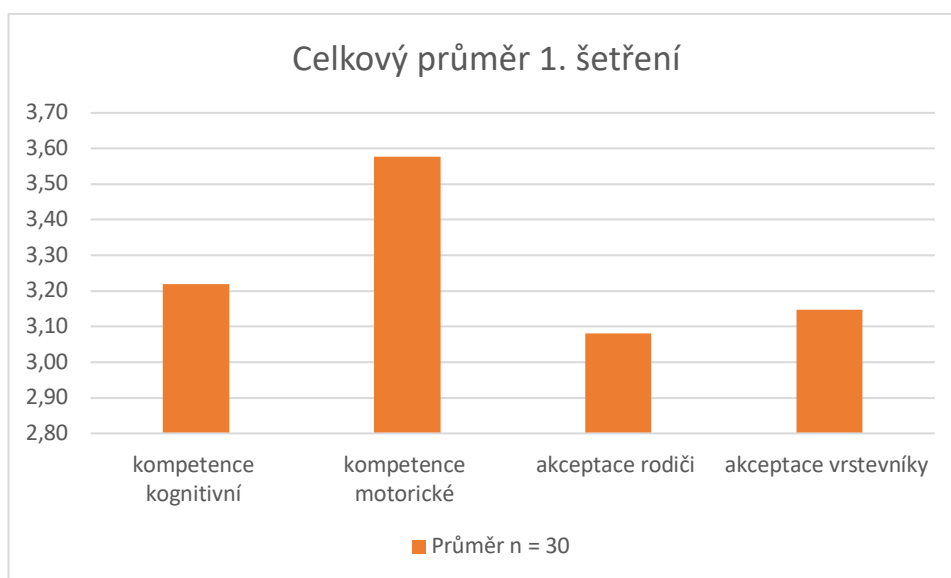
2

1

Obrázek 2. Ukázka instrukce u položky 19 z Obrázkové škály sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO (Čurdová, 2005).

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Popis výsledků jako celku



Obrázek 3. Průměrné naměřené hodnoty 1. šetření.

Vysvětlivky – n = počet probandů

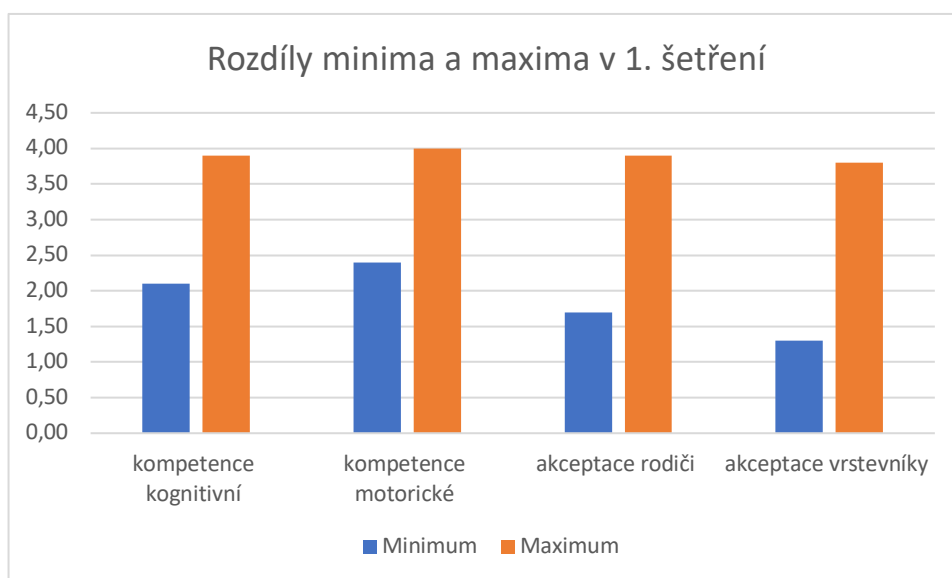
- osa x: výsledné hodnoty jednotlivých dětí v subškálách (kognitivní kompetence a motorické kompetence, akceptace rodiči a akceptace vrstevníky)
- osa y: naměřené hodnoty

V oblasti kognitivních kompetencí je průměrná naměřená hodnota u celého souboru třiceti probandů 3,22 (průměrné minimum je 2,10 a maximum je 3,90). V oblasti motorických kompetencí je průměrná naměřená hodnota 3,58 (průměrné minimum je 2,40 a maximum je 4). V oblasti akceptaci rodiči je průměrná naměřená hodnota 3,08 (průměrné minimum je 1,70 a průměrné maximum je 3,90). V oblasti akceptaci vrstevníky je průměrná naměřená hodnota 3,15 (průměrná minimální hodnota je 1,30 a průměrné maximum je 3,80).

Popíšeme-li soubor podle orientační klasifikační stupnice (tab. 4), v oblasti kognitivních kompetencí jsou probandi ve 3 kategoriích (průměrné sebevědomí).

V oblasti motorických kompetencí jsou probandi také ve 3 kategorii (průměrné sebevědomí). V oblasti akceptace rodiči jsou ve 4 kategorii (nadprůměrné sebevědomí) a oblast akceptace vrstevníky je u probandů ve 3 kategorii (průměrné sebevědomí).

Probandi se cítili více sebevědomí v oblasti akceptace rodiči, v oblasti kognitivních kompetencí a akceptace rodiči a vrstevníky dosahovali průměrného sebevědomí.



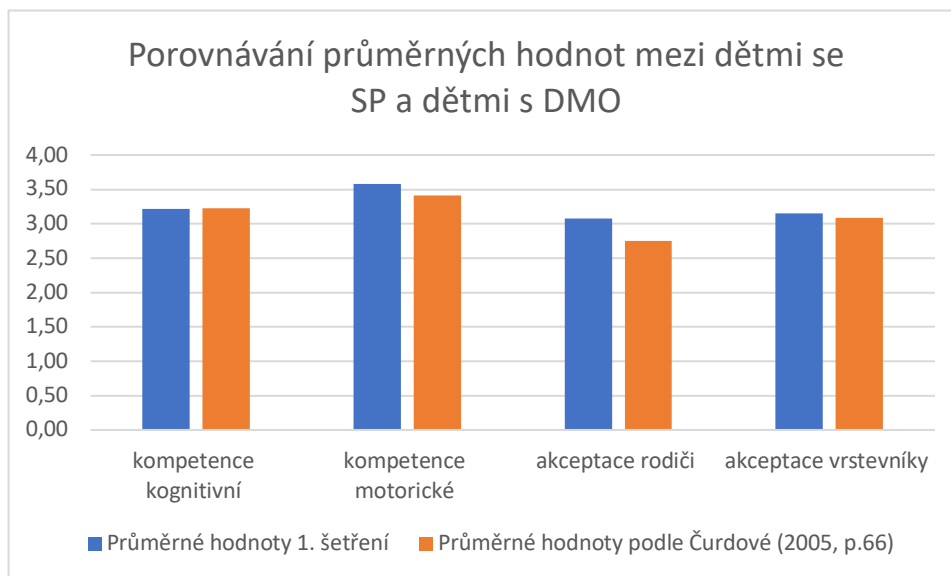
Obrázek 4. Rozdíly naměřené hodnoty minima a maxima v 1. šetření.

Vysvětlivky – n = počet probandů

- osa x: výsledné hodnoty jednotlivých dětí v subškálách (kognitivní kompetence a motorické kompetence, akceptace rodiči a akceptace vrstevníky)
- osa y: naměřené hodnoty

V prvním šetření se v oblasti kognitivní kompetence naměřilo minimum hodnoty 2,10 a maximum 3,90. U motorických kompetencí je minimální hodnota 2,40 a maximální hodnota 4,00. V oblasti akceptace rodiči byla výsledná hodnota minima 1,70 a maximální hodnota 3,90. V poslední oblasti akceptace vrstevníky se naměřila minimální hodnota 1,30, což můžeme považovat za nejnižší hodnotu z celkových oblastí. Maximální hodnota

u akceptace vrstevníky je 3,80. Z výsledků je zřejmé, že děti odpovídaly převážně maximální hodnoty.



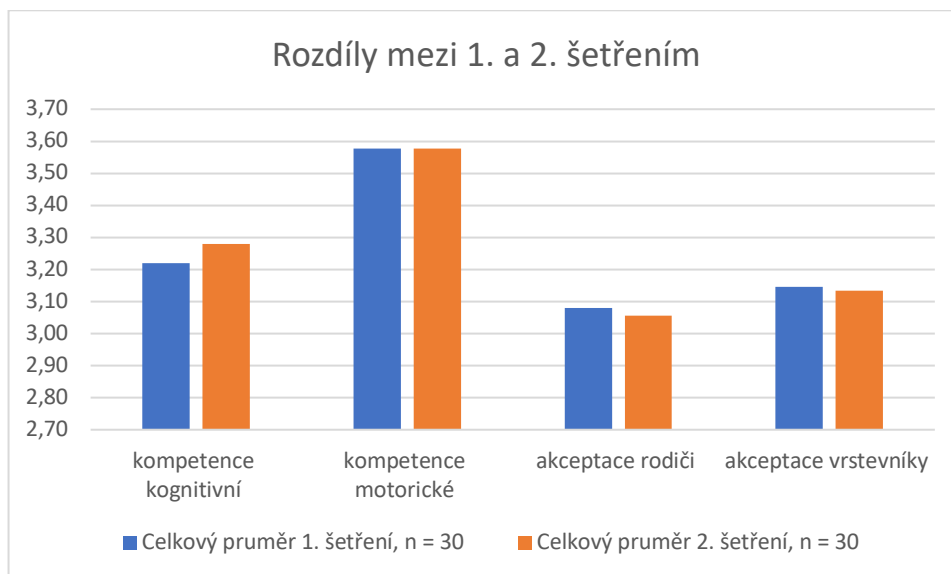
Obrázek 5. Porovnávání průměrných hodnot mezi dětmi se sluchovým postižením (1.šetření) a dětmi s DMO podle Čurdové (2005, p. 66).

Vysvětlivky – osa x: výsledné hodnoty jednotlivých dětí v subškálách (kognitivní kompetence a motorické kompetence, akceptace rodiči a akceptace vrstevníky)  
- osa y: naměřené hodnoty

Průměrné naměřené hodnoty v měření u dětí se sluchovým postižením v oblasti kognitivní kompetence jsou 3,22, u dětí s DMO (Čurdová, 2005, p. 66) jsou v této oblasti hodnoty 3,23. V oblasti motorických kompetencí jsou průměrné hodnoty u dětí se sluchovým postižením 3,58 a u dětí s DMO 3,41 (Čurdová, 2005, p. 66). V oblasti akceptace rodiči dosahovaly děti se sluchovým postižením hodnot 3,08, děti s DMO 2,75 (Čurdová, 2005, p. 66). Děti se sluchovým postižením dosahovaly v oblasti akceptace vrstevníky hodnot 3,15 a děti s DMO 3,09 (Čurdová, 2005, p. 66).

Můžeme konstatovat, že podle výsledků se průměry šetření s dětmi se sluchovým postižením a dětmi s DMO téměř neliší.

## 4.2 Rozdíly v test-retestové reliabilitě



Obrázek 6. Rozdíly naměřených hodnot v test-retestové reliabilitě.

Vysvětlivky – n = počet probandů

- osa x: výsledné hodnoty jednotlivých dětí v subškálách (kognitivní kompetence a motorické kompetence, akceptace rodiči a akceptace vrstevníky)
- osa y: naměřené hodnoty

Průměrné naměřené hodnoty probandů v prvním šetření v oblasti kognitivních kompetencí jsou 3,22, u druhého šetření je tato hodnota 3,28. V oblasti motorických kompetencí je průměrná hodnota prvního měření 3,58, u druhého šetření je průměrná hodnota totožná, tedy 3,58. V oblasti akceptace rodiči je hodnota celkového průměru v prvním šetření 3,08 a ve druhém šetření hodnota 3,06. V oblasti akceptace vrstevníky je průměrná hodnota prvního šetření 3,15 a u druhého šetření hodnota 3,13.

Z naměřených průměrných hodnot se hodnoty prvního a druhého šetření téměř neliší (viz Tabulka 5).

Na začátku druhého šetření jsem u většiny probandů vyzorovala nadšení v „pokračování“ v šetření, jelikož se jim první šetření velmi líbilo. Někteří probandi se tak více uvolnili a s nadšením vybírali obrázky.

V druhém šetření škálou se někteří z probandů více svěřovali se svými pocity a myšlenkami, což ovlivnilo celé šetření v lepší a důvěrnější atmosféru.

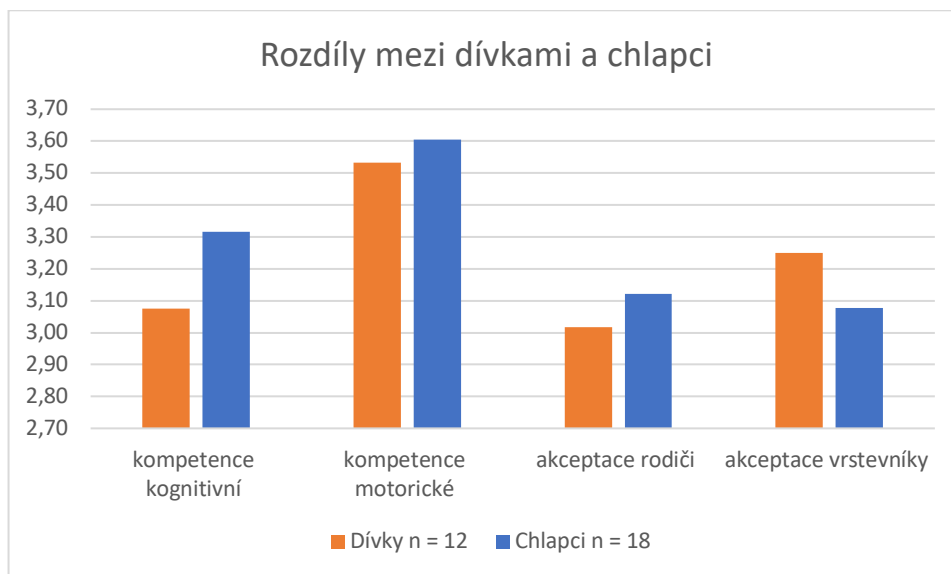
K ověření test-retestové reliability (stability v čase) bylo využito Spearmanovy korelace provedené u všech dvojic proměnných (položek i celých subškál). Všechny korelace byly významné na hladině  $p \leq 0.01$ , mimo položky 22, kde byla hladina významnosti lehce nižší, na  $p = 0.017$ . Spearmanovo R dosahovalo u 2 položek hodnoty lehce pod 0.05 (položka 15 a 22), u všech ostatních nad 0.06, většinou až hodnot kolem 0.08-0.09. Znamená to, že škála se jeví jako stabilní v čase, především jednotlivé subškály, které dosahovaly korelace nad 0.09.

Tabulka 5. Rozdíly naměřených hodnot v test-retestové reliabilitě.

	Celkový průměr 1. šetření (n = 30)	Celkový průměr 2. šetření (n = 30)
kompetence kognitivní	3,22	3,28
kompetence motorické	3,58	3,58
akceptace rodiči	3,08	3,06
akceptace vrstevníky	3,15	3,13



### 4.3 Interindividuální rozdíly



Obrázek 7. Rozdíly naměřené hodnoty mezi dívkami a chlapci v 1. šetření.

Vysvětlivky – n = počet probandů

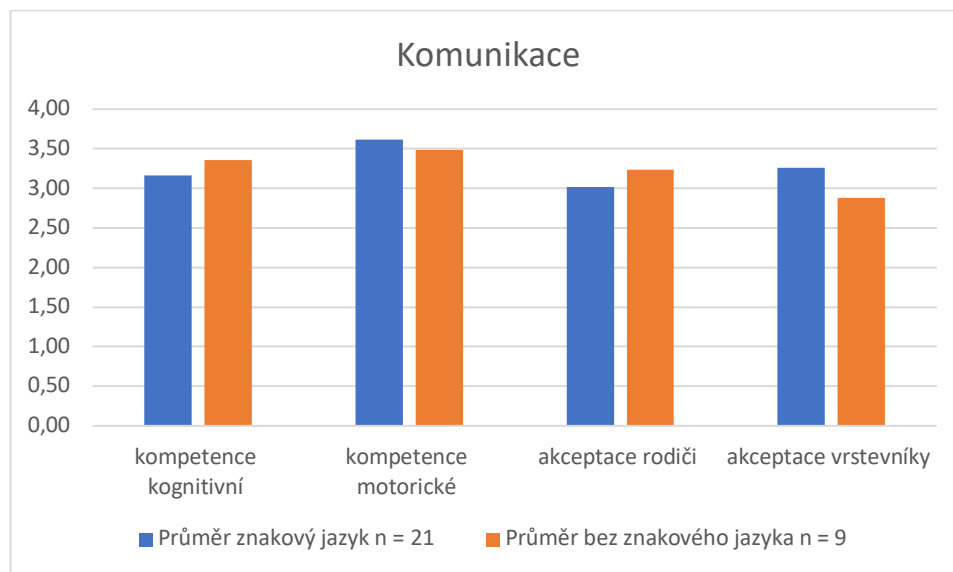
- osa x: výsledné hodnoty jednotlivých dětí v subškálách (kognitivní kompetence a motorické kompetence, akceptace rodiči a akceptace vrstevníky)
- osa y: naměřené hodnoty

V oblasti kognitivních kompetencí mají dívky s proměnnou (12), průměrnou výslednou hodnotu 3,08 a chlapci (18) výslednou hodnotu 3,32. V oblasti motorických kompetencí jsou průměrné naměřené hodnoty dívek 3,53, u chlapců 3,61. V oblasti akceptace rodiči mají dívky průměrné hodnoty 3,02 a chlapci skórují výslednými hodnotami 3,12. V oblasti akceptaci vrstevníky jsou průměrné naměřené hodnoty dívek 3,25 a chlapci s výsledky 3,08.

Dle Mann-Whitney U testu nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi pohlavím u jednotlivých subškál.

Co se týká jednotlivých položek, tak v prvním měření je významný statistický rozdíl, a to u položky 13, a to v oblasti kognitivních kompetencí (Zná dopravní značky) na hladině významnosti  $p = 0,02$ , kde dívky skórují v průměru 2,17 a chlapci v průměru 3,11.

#### 4.4 Rozdíly ve způsobu komunikace



Obrázek 8. Rozdíly ve způsobu komunikace.

Vysvětlivky – n = počet probandů

- osa x: výsledné hodnoty jednotlivých dětí v subškálách (kognitivní kompetence a motorické kompetence, akceptace rodiči a akceptace vrstevníky)
- osa y: naměřené hodnoty

V šetření používalo 21 probandů znakový jazyk a 9 probandů mluvený český jazyk. V oblasti kognitivních kompetencí byla průměrná výsledná hodnota u dětí využívající znakový jazyk 3,16 a děti bez znakového jazyka 3,36. V oblasti motorických kompetencí skórovaly děti využívající znakový jazyk s hodnotou 3,61 oproti dětem bez znakového jazyka s hodnotou 3,49. V oblasti akceptace rodiči byla průměrná výsledná hodnota u dětí využívající znakový jazyk 3,01 a děti bez využití znakového jazyka 3,23. V poslední oblasti, a to akceptace vrstevníky je průměrná naměřená hodnota u dětí se znakovým jazykem 3,26, skórovali děti bez využití znakového jazyka s průměrnou hodnotou 2,88.

Dle Mann-Whitney U testu nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi způsobem komunikace u jednotlivých subškál v prvním měření, významný rozdíl shledáme ve druhém měření u položky 14, a to v oblasti kognitivních kompetencí (Školní znalosti – zná mnoho věcí ve škole. / Je

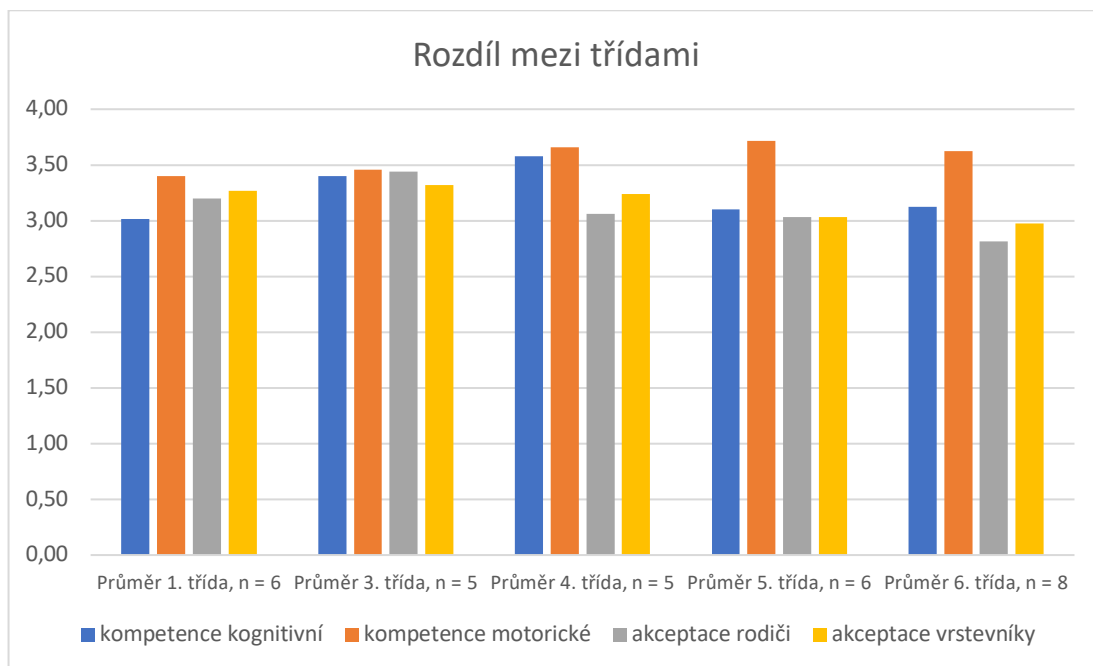
dobry, dobry ve škole) na hladině významnosti  $p = 0,036$ . Další statisticky významný rozdíl nacházíme u položky 17, v oblasti kognitivních kompetencí (Umí zpívat) na hladině významnosti  $p = 0,032$ .

Tento významný rozdíl se vyskytuje především kvůli odlišnému způsobu komunikace, tedy využití znakového jazyka. Vzhledem k individuální míře a typu sluchového postižení je tento rozdíl patrný, ne každé dítě se sluchovým postižením poslouchá či zpívá písničky.

Dle mého názoru by bylo vhodnější pro děti se sluchovým postižením položku 13 nahradit jinou kognitivní kompetencí, která by odpovídala jejich kompetencím.

Žádný z probandů neměl v průběhu šetření problém s pochopením zadání. Na začátku šetření jsem se vždy zeptala, zda mám použít znakový jazyk či ne a následně jsem tak s probandem komunikovala. Čas potřebný k šetření se pohyboval v rozmezí 20-30 minut, některá šetření trvala déle, vzhledem k náročnosti znakování.

## 4.5 Porovnávání průměrných výsledků tříd



Obrázek 9. Rozdíly naměřené hodnoty mezi třídami.

Vysvětlivky – n = počet probandů

- osa x: výsledné hodnoty jednotlivých dětí v subškálách (kognitivní kompetence a motorické kompetence, akceptace rodiči a akceptace vrstevníky)
- osa y: naměřené hodnoty

Celého šetření pomocí Obrázkové škály sebevědomí sociální akceptace OSSSA-DMO se zúčastnily děti dohromady z pěti tříd. Za 1. třídu provádělo šetření 6 dětí, kdy jejich naměřené průměrné hodnoty v oblasti kognitivních kompetencí jsou 3,02. V oblasti motorických kompetencí byla průměrná výsledná hodnota 3,40. V oblasti akceptace rodiči dosáhly děti prvních tříd hodnotu 3,20. V poslední oblasti akceptace vrstevníky byla naměřena průměrná hodnota 3,27.

Ve 3. třídě se šetření zúčastnilo dohromady 5 dětí, které měly průměrnou hodnotu v oblasti kognitivní kompetence 3,40. V oblasti motorických kompetencí mají děti průměrnou hodnotu 3,46. V oblasti akceptace rodiči dosáhly děti průměrné hodnoty 3,44. V oblasti akceptace vrstevníky skórovaly děti průměrnou hodnotou 3,44.

Ve 4. třídě se šetření zúčastnilo celkem 4 děti. Ty získaly průměrnou hodnotu 3,58 v oblasti kognitivních kompetencí. V oblasti motorických kompetencí byla průměrná hodnota 3,66. V oblasti akceptace rodiči děti dosáhly průměrné výsledné hodnoty 3,06 a v oblasti akceptace vrstevníky hodnotu 3,24.

Za 5. třídu provádělo šetření celkem 6 dětí, kdy jejich naměřené hodnoty v oblasti kognitivních kompetencí jsou 3,10 a skórovaly v oblasti motorických kompetencí 3,72. V oblasti akceptace rodiči byla průměrná hodnota 3,03 a v oblasti akceptace vrstevníky hodnota 3,03.

V 6. třídě se zúčastnilo celkem 8 dětí, které měly průměrnou hodnotu v oblasti kognitivních kompetencí 3,13 a v oblasti motorických kompetencí naměřenou hodnotu 3,63. V oblasti akceptace rodiči byla naměřena průměrná hodnota 2,81 a v oblasti akceptace rodiči hodnota 2,08, kterou považujeme za nejnižší ze všech tříd.

Při použití Kruskal – Wallisova testu nenacházíme rozdíly u dětí jednotlivých tříd v jednotlivých subškálách v 1. ani ve 2. měření. Co se týká jednotlivých položek, v prvním měření je významný statistický rozdíl, a to u položky 14, v oblasti kognitivních kompetencí (Školní znalosti – zná mnoho věcí ve škole. / Je dobrý, dobrý ve škole) mezi 1. a 5. třídou, na hladině významnosti  $p = 0,04$ . Průměrná hodnota činí u 1. třídy je 3,83 u 5. třídy 2,33. 1 třída vykazuje lepší výsledky u této položky. Dalším statisticky významným rozdílem je v prvním měření položka 34, oblasti akceptace rodiči (Tatínek chodí s dítětem na místa, kde si mohou hrát.), a to mezi 5. a 6. třídou, na hladině významnosti  $p = 0,05$ , o průměrné hodnotě 5. třídy 3,5 a 6. třídy 1,75. Výrazně vyšší hodnoty vykazuje u této položky 5. třída.

Statisticky významný rozdíl je u položky 10 ve druhém měření, v oblasti kognitivních kompetencí (Umí pracovat s počítačem.), a to mezi 1. a 4. třídou, na hladině významnosti  $p = 0,01$ , kde průměrná hodnota 1. třídy je 1,33 a 4. třídy je 4,00. Výrazně vyšší hodnoty dosahuje 4. třída. Příčina tohoto výsledku může zařazení informatiky ve 4. třídě do školního rozvrhu. Dalším významný rozdíl u této položky je mezi 1. a 6. třídou, na hladině významnosti  $p = 0,02$ ,

kde je průměrná hodnota 1. třídy 1,33 a 6. třídy 3,75. 6. třída vykazuje znatelně vyšší hodnoty, které můžeme odůvodnit zařazením informatiky do školního rozvrhu. Mezi další statisticky významný rozdíl řadíme položku 17 ve druhém měření, která je v oblasti kognitivních kompetencí (Umí zpívat.), a to mezi 3. a 6. třídou, na hladině významnosti  $p = 0,05$ , kde průměrná naměřená hodnota 3. třídy je 4,00 a 6. třídy 2,13. Znatelně převažující hodnoty u 1. třídy mohou mít mnoho důvodů. Jedním z důvodů může být to, že mladší děti se snaží a baví je zpívat bez ohledu na to, jestli zpívat umí či ne. Dalším faktorem může být vyšší sebevědomí, kterého děti 1. tříd mohou dosahovat.

Během šetření jsem vyzorovala na probandech z 1. třídy, že u zadávání položek v oblasti motorických kompetencí se soutěživým způsobem snaží předvést dané motorické kompetence a měli ze společného sdílení velkou radost. Tím se často prodlévala doba šetření, která i přesto byla v rozmezí 20-30 minut.

## 5 DISKUZE

V rámci statistického vyhodnocení získaných dat prostřednictvím Obrázkové škály sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO jsme zjistili, že se OSSSA-DMO (která je primárně určena pro děti s dětskou mozkovou obrnou), podle výsledků průměrných hodnot jednotlivých subškál dětí se sluchovým postižením příliš neliší od výsledků dětí s DMO (Čurdová, 2005). Výsledné průměrné hodnoty probandů také dosahují hodnot kategorie „průměrného sebevědomí“ u dětí s DMO (Čurdová, 2005).

Při administraci Obrázkové škály sebevědomí a sociální akceptace se části probandů zdálo šetření zdlouhavé a příliš jednoduché. Tito probandi byli většinou z vyšších tříd prvního stupně, tudíž bylo za potřebí vysledovat zavčas únavu či ztrátu zájmu u probanda a rozdělit šetření na dvě části s malou přestávkou, která vždy pomohla. Probandi z nižších tříd prvního stupně naopak jevíli ohromný zájem o šetření a velmi se na něj těšili. Patřily mezi ně také více komunikativní děti, tudíž se u jednotlivých položek více rozpovídaly či využívaly více znakového jazyka a sdílely tak nejen svoje poznámky k položkám, ale také informace např. o rodinné situaci, jejich koníčcích či kamarádech ve škole.

Škála je pro děti se sluchovým postižením srozumitelná i s využitím znakového jazyka, délka šetření se pohybovala v rozmezí 20-30 minut, avšak u některých položek děti více rozmýšlely nad odpovědí, vzhledem k jejich rodinnému prostředí. Například u položky „Tatínek chodí s dítětem na místa, kde si mohou hrát.“ mnoho dětí přemýšlelo nad odpovědí, která ve výsledku byla, že tatínka buď nemají nebo s nimi nežije. Proto bych chtěla upozornit a doporučit pro další měření, že by bylo na místě spolu s informovaným souhlasem od zákonných zástupců uvést, s kým dítě doma žije (jestli s maminkou, babičkou či nemá rodiče) a předejít tak nevhodné otázce při šetření, která nemusí být pro dítě příjemná.

U test-retestové reliability (stability v čase) se z naměřených průměrných hodnot prvního a druhého šetření hodnoty téměř neliší (viz Tabulka 5). Na

začátku druhého šetření většina probandů jevila velké nadšení v „pokračování“ v šetření, jelikož se jim první šetření velmi líbilo. Někteří probandi se tak více uvolnili a s nadšením vybírali obrázky.

Podle výzkumu z Portugalska, kde využívaly obrázkovou škálu pro vnímanou pohybovou dovednost pro děti (PMSC) pomocí test-retestové Bland – Altmanové metody se zjistilo, že většina dětí správně identifikovala dovednosti a porozuměla většině obrázků. Analýza spolehlivosti test-retest byla dobrá, s poměrem shody mezi 0,99 a 1,02 (Lopes et al., 2016). Barnett et al. (2015) zjišťoval vnímanou lokomoční kompetenci pomocí položek ze subškály fyzické kompetence z Obrázkové škály vnímané kompetence a akceptace pro malé děti. Tato studie poskytla předběžný důkaz spolehlivosti přístroje a validity obrázků s různými pohybovými kompetencemi. To umožňuje budoucí sladění mezi měřením vnímaných a skutečných základních pohybových dovedností u malých dětí. Na základě informací ze studie vědci konstatují, že ze dvou analýz výsledky naznačují, že spolehlivost měření sebeúcty u malých dětí lze predikovat nastavením studie, počtem položek na škále, věkem studovaných dětí, způsobem sběru dat (dotazníky nebo obrázky) a socioekonomickým statusem dětí (Davis – Kean & Sandler, 2001).

Výzkum v USA využíval metodu Picture Exchange Communication System na dětech s autistickým spektrem, kde lékaři používali komunikační systém pomocí výměny obrázků s dětmi s autismem. Pomocí hodnotících škál lékaři uvedli své znalosti komunikačního systému pomocí výměny obrázků a své představy o důležitosti, výhodách a překážkách používání komunikačního systému pomocí výměny obrázků. Praktici uvedli, že si byli jisti při implementaci systému a zvažovali integraci komunikačního systému pomocí výměny obrázků. Domnívají se, že může být ve škole být užitečný. Praktici také uvedli, že komunikační systém pomocí výměny obrázků byl snadno použitelný a účinný pro rozvoj komunikačních dovedností u dětí s autismem. Zjistili však, že používání tohoto komunikačního systému bylo časově náročné (Alsayedhassan et al., 2021). Podle našich výzkumných dat z hlediska časové náročnosti byl zjištěn podobný výsledek, a to vzhledem k časové náročnosti znakového jazyka. Doporučila bych pro další šetření s dětmi se sluchovým postižením vytvořit zásobník kartiček, kde vedle obrázků vyjadřující časté



pojmy v obrázkové škále, budou obrázkové pojmy vyjádřeny znakovým jazykem. Dítě tak rychleji pochopí, co se po něm vyžaduje a může se tak naučit nový pojem ve znakovém jazyce.

## 6 ZÁVĚRY

K dosažení cílů práce byly stanoveny výzkumné otázky:

*1. Je psychodiagnostická technika Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace využitelná u dětí se sluchovým postižením?*

Výzkumného šetření se zúčastnilo 30 probandů (12 dívek a 18 chlapců) ve věku 7-13 let. Šetření bylo provedeno u dětí se sluchovým postižením v mladším školním věku navštěvující SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené v Olomouci. Potřebný čas pro šetření se pohyboval v rozmezí 20-30 minut, v závislosti na užití způsobu komunikace. Děti všem zadáním rozuměly, při nejasnostech se dotazovaly na konkrétní položky. Jelikož škála obsahuje několik verzí, musela jsem ji upravit dle charakteristik dětí. Využila jsem verzi chlapec, dívka, školní věk a chodící děti. Ve škále jsou odlišeny obrázky zvlášť pro dívky a chlapce.

Výsledky průměrných hodnot jednotlivých subškál dětí se sluchovým postižením příliš neliší od výsledků dětí s DMO (Čurdová, 2005). Jelikož výsledné průměrné hodnoty probandů také dosahují hodnot kategorie „průměrného sebevědomí“ u dětí s DMO (Čurdová, 2005), je přijatelné použít orientačně klasifikační tabulku, která je určena pro děti s DMO (viz Tabulka 4.), pro děti se sluchovým postižením.

*a. Je za potřebí upravit některé položky ze škály?*

Dle Mann-Whitney U testu byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi způsobem komunikace u jednotlivých subškál ve druhém měření u položky 14 (Školní znalosti – zná mnoho věcí ve škole. / Je dobrý, dobrý ve škole) a 17 (Umí zpívat), a to v oblasti kognitivních kompetencí. Tento významný rozdíl v položce 17 se vyskytuje především kvůli odlišnému způsobu komunikace, tedy využití znakového jazyka. Vzhledem k individuální míře a typu sluchového postižení je tento rozdíl patrný, ne každé dítě se sluchovým postižením poslouchá či zpívá písničky. Dle mého názoru by bylo vhodné pro

osoby se sluchovým postižením nahradit tuto položku jinou kognitivní kompetencí.

Dále u položky „Tatínek chodí s dítětem na místa, kde si mohou hrát“ mnoho dětí přemýšlelo nad odpovědí, která ve výsledku byla, že tatínka buď nemají nebo s nimi nežije. Chtěla bych doporučit pro další měření, aby spolu s informovaným souhlasem, zákonní zástupci dětí uváděli, s kým dítě doma žije (jestli s maminkou, babičkou či nemá rodiče) a předejít tak nevhodné otázce při šetření, která nemusí být pro dítě příjemná.

U položky „Maminka čte dítěti“, kdy probandi často odpovídali, že si čtou sami, a to vzhledem ke sluchovému postižení, které mají, by bylo vhodné tuto položku upravit, aby byla kompatibilní se sluchovým postižením. Vzhledem ke sluchovému postižení dětí bych dále upozornila na položku: Umí zpívat, kde většina probandů neváhala s odpovědí a rychle odpověděla, že nikoliv. Tuto odpověď jsem většinou vždy očekávala, jelikož je značné, že podle míry postižení sluchu dítě nemusí poslouchat písničky, natož zpívat.

*b. Lze orientačně využít klasifikační stupnice pro děti s DMO? (tab.4)*

Výsledky probandů podle orientační klasifikační stupnice (tab. 4), v oblasti kognitivních kompetencí jsou probandi ve 3 kategorii (průměrné sebevědomí). V oblasti motorických kompetencí jsou probandi také ve 3 kategorii (průměrné sebevědomí). V oblasti akceptace rodiči jsou ve 4 kategorii (nadprůměrné sebevědomí) a oblast akceptace vrstevníky je u probandů ve 3 kategorii (průměrné sebevědomí).

Probandi se cítili více sebevědomí v oblasti akceptace rodiči, v oblasti kognitivních kompetencí a akceptace rodiči a vrstevníky dosahovali průměrného sebevědomí.

Můžeme konstatovat, že dle výsledků šetření se průměry dětí se sluchovým postižením a dětí s DMO téměř neliší, tudíž orientační klasifikační stupnici pro děti s DMO (Čurdová, 2005) lze využít.

2. *Ovlivňují interindividuální rozdíly probandů jejich výsledky v Obrázkové škále sebevědomí a sociální akceptace?*

Dle Mann-Whitney U testu nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi pohlavím u jednotlivých subškál. Významný rozdíl u jednotlivých položek nacházíme mezi chlapci a dívkami pouze u položky 13, a to v oblasti kognitivních kompetencí (Zná dopravní značky) na hladině významnosti  $p = 0,02$ , kde dívky skórují v průměru 2,17 a chlapci v průměru 3,11. Ve výše zmíněném Mann-Whitney U testu byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi způsobem komunikace u jednotlivých subškál ve druhém měření u položky 14 a 17. Tyto rozdíly u položek v oblasti kognitivních kompetencí mohou být důsledkem způsobu komunikace, který je individuální. V porovnání s ostatními třídami se významně lišila hodnota 1. třídy, z čeho můžeme konstatovat, že věk probandů může ovlivňovat jejich výsledky.

3. *Jaká je test-retestová reliabilita (stabilita v čase) při administraci u žáků speciální školy pro sluchově postižené?*

Z naměřených průměrných hodnot se hodnoty prvního a druhého šetření téměř neliší (viz Tabulka 5). K ověření test-retestové stability (stability v čase) jsme využily Spearmanovu korelaci, která byla provedena u všech dvojic proměnných (položek i celých subškál). Všechny korelace byly významné na hladině  $p \leq 0.01$ , mimo položky 22, kde byla hladina významnosti lehce nižší, na  $p = 0.017$ . Spearmanovo R dosahovalo u 2 položek hodnoty lehce pod 0.05 (položka 15 a 22), u všech ostatních nad 0.06, většinou až hodnot kolem 0.08-0.09. Znamená to, že škála se jeví jako stabilní v čase, především jednotlivé subškály, které dosahovaly korelace nad 0.09

U administrace prvního měření jsem si všimla velkého nadšení ze strany dětí, kdy jeden z důvodů byl, že se cítily výjimečně, když semnou odcházely zvláště do klidné místnosti a cítily se uvolněně.

Při administraci u druhého šetření jsem vyzorovala u dětí nečekané nadšení v „pokračování“, jelikož se jim první šetření líbilo. Část z probandů se více svěřovala se svými myšlenkami a pocity, což ovlivnilo celé šetření v důvěrnější atmosféru.

## 7 SOUHRN

Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace OSSSA-DMO byla využita při šetření s dětmi se sluchovým postižením. Škála hodnotí kompetence kognitivní, kompetence motorické, akceptace rodičů a akceptace vrstevníky. Na začátku šetření byli probandi dotazováni, zda je potřeba užití znakového jazyku či ne. Žádný z probandů neměl v průběhu šetření problém s pochopením zadání.

Šetření se zúčastnilo celkem 30 probandů, 12 dívek (40 %) a 18 chlapců (60 %), ve věku 7-13 let, z 1. – 6. tříd. Šetření a dotazování pomocí škály probíhalo u každého dítěte 2x v rozmezí 10–14 dnů (test-retestová reliabilita). Zpracování dat probíhalo díky zaznamenávání odpovědí pomocí bodů do záznamového archu. Záznamové archy byly vyhodnoceny podle manuálu OSSSA-DMO a byly tak získány výsledné hodnoty všech čtyř subškál. Potřebný čas k šetření se pohyboval v rozmezí 20-30 minut, některá šetření trvala déle, vzhledem k náročnosti znakování. Všechny děti výzkumné šetření bavila nad rámec našich očekávání. U oblasti motorických kompetencí šlo zřetelně poznat, že děti z 1. tříd tato oblast výrazně bavila a veškeré motorické kompetence předváděly při šetření.

Podle výsledků průměrných hodnot jednotlivých subškál dětí se sluchovým postižením příliš neliší od výsledků dětí s DMO (Čurdová, 2005). Výsledné průměrné hodnoty probandů také dosahují hodnot kategorie „průměrného sebevědomí“ u dětí s DMO (Čurdová, 2005). Při použití Kruskal – Wallisova testu nenacházíme rozdíly u dětí jednotlivých tříd v jednotlivých subškálách v 1. ani ve 2. měření, pouze u jednotlivých položek v prvním měření je významný statistický rozdíl. K ověření test-retestové reliability (stability v čase) bylo využito Spearmanovy korelace provedené u všech dvojic proměnných (položek i celých subškál). Z naměřených průměrných hodnot se hodnoty prvního a druhého šetření téměř neliší. Jak již bylo zmíněno, tak podle Mann-Whitney U testu nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi pohlavím u jednotlivých subškál. Dle Mann-Whitney U testu byly nalezeny

statisticky významné rozdíly mezi způsobem komunikace u jednotlivých subškál ve druhém měření u položky 14 a 17, zapříčiněny způsobem komunikace (s využitím znakového jazyka či bez). Zde bych doporučila položky upravit a přizpůsobit je osobám se sluchovým postižením. Pro lepší komunikaci bych doporučila vytvořit zásobník kartiček s obrázky, vedle kterých by byly obrázkové pojmy vyjádřeny znakovým jazykem pro rychlejší pochopení dětí.

Tento diagnostický nástroj lze využít pro děti se sluchovým postižením. Přestože se jedná o obrázkovou škálu a probandovi by měl být obsah obrázku zřejmý, u dětí se sluchovým postižením je tomu jinak, jelikož je za potřebí využívat znakový jazyk. Je důležité uvést, že examinátor by měl ovládat znakový jazyk, který je při výzkumném šetření podstatný.

## 8 SUMMARY

The OSSSA-DMO pictorial scale of self-confidence and social acceptance was used in a survey of children with hearing impairment. The scale evaluates cognitive competences, motor competences, parental acceptance and peer acceptance. At the beginning of the survey, probands were asked whether the use of sign language was needed or not. None of the probands had a problem understanding the assignment during the investigation.

A total of 30 probands, 12 girls (40 %) and 18 boys (60 %), aged 7-13 years, from 1st to 6th grades, took part in the survey. The survey and questioning using the scale took place twice for each child in the range of 10–14 days (test-retest reliability). Data processing took place by recording the answers using points in the record sheet. The record sheets were evaluated according to the OSSSA-DMO manual and the final values of all four subscales were obtained. The time required for the survey ranged from 20-30 minutes, some surveys took longer, due to the complexity of the marking. All the children researched the fun beyond our expectations. In the area of motor competencies, it was noticeable that children from the 1st grade had a lot of fun in this area and showed all motor competencies during the survey.

According to the results of the average values of individual subscales of children with hearing impairment, they do not differ much from the results of children with DMO (Čurdová, 2005). The resulting average values of probands also reach the values of the category of "average self-confidence" in children with DMO (Čurdová, 2005). When using the Kruskal – Wallis test, we do not find differences in children of individual classes in individual subscales in the 1st or 2nd measurement, only for individual items in the first measurement there is a significant statistical difference. To verify the test-retest reliability (stability over time), Spearman correlations performed on all pairs of variables (items and whole subscales) were used. From the measured average values, the values of the first and second surveys are almost the same. As already mentioned, according to the Mann-Whitney U test, no statistically significant

differences were found between the sexes of the individual subscales. According to Mann-Whitney In the test, statistically significant differences were found between the way of communication of individual subscales in the second measurement in items 14 and 17, caused by the way of communication (with or without the use of sign language). Here I would recommend adjusting the items and adapting them to people with hearing impairments. For better communication, I would recommend creating a stack of picture cards, next to which the pictorial terms would be expressed in sign language for faster understanding of children.

This diagnostic tool can be used for children with hearing impairments. Although it is a picture scale and the content of the picture should be obvious to the proband, it is different for children with hearing impairments, as it is necessary to use sign language. It is important to note that the examiner should be proficient in sign language, which is essential in the research investigation.



## 9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Alsayedhassan, B., Lee, J., Banda, D. R., Kim, Y., & Griffin-Shirley, N. (2021). Practitioners' perceptions of the picture exchange communication system for children with autism. *Disability and rehabilitation*, 43(2), 211–216. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1620878>
- Barbosa, M. R., Medeiros, D., Rossi-Barbosa, L. A., Silveira, M. F., de Barros Lima Martins, A. M., & Caldeira, A. P. (2015). Self-perception of the hearing-impaired elderly before and after hearing-aid fittings. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(8), 977–982. <https://doi.org/10.1111/ggi.12376>
- Barnett, L. M., Ridgers, N. D., Zask, A., & Salmon, J. (2015). Face validity and reliability of a pictorial instrument for assessing fundamental movement skill perceived competence in young children. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18(1), 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.12.004>
- Baštecká, B. (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
- Blatný, M. & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Tišnov: SCAN.
- Byrne, B. M. (1996). *Measuring self-concept across the life span: Issues and instrumentations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Čurdová, J. (2002). Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace pro děti s DMO. In D. Heller, I. Sobotková, & J. Šturma (Eds.), *Kořeny a vykořenění* (pp. 516–524). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Čurdová, J. (2005). Hodnocení sebevědomí u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Dizertační práce. Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Davis-Kean, P. E. & Sandler, H. M. (2001). A meta-analysis of measures of self-esteem for young children: a framework for future measures. *Child development*, 72(3), 887–906. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00322>

- Feldman, R.S. (2010). *Development Across the Life Span. (6th edition)*. New Jersey: Pearson.
- Freeman, R.G., et al. (1992). *Tvé dítě neslyší?* Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených.
- Harter, S. & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Development*, 55, 1968–82.
- Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vydání. Praha: Grada.
- Horáková, R. (2012). *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál.
- Hrubý, J. (1999). *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: FRPSP.
- Janáková, D. (2006). *Metodický průvodce na pomoc neslyšícím, nedoslýchavým a nevidomým studentům a jejich učitelům ve studiu a výuce anglického jazyka*. Praha: UK.
- Janíková V. & Bartoňová M. (2003). *Výuka německého jazyka u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. (2., aktualizované vydání). Praha: Grada.
- Lokšová, I. & Lokša, J. (1999). *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole*. Praha: Portál.
- Lopes, V. P., Barnett, L. M., Saraiva, L., Gonçalves, C., Bowe, S. J., Abbott, G., & Rodrigues, L. P. (2016). Validity and reliability of a pictorial instrument for assessing perceived motor competence in Portuguese children. *Child: care, health and development*, 42(5), 666–674. <https://doi.org/10.1111/cch.12359>
- Macek, P. (2008). Sebesystém. Vztah k vlastnímu Já. In Výrost, J., & Slaměnik, I. *Sociální psychologie* (89-104). Praha: Grada.

- Macek, P., Šulová, L. & Konečná, V. (2009). Proměny vztahu k sobě v průběhu dětství a dospívání. In Poledňová, I. (Ed.) *Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy (7-25)*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Mekonnen, M., Hannu, S., Elina, L., & Matti, K. (2016). The Self-Concept of Deaf/Hard-of-Hearing and Hearing Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(4), 345–351. <https://doi.org/10.1093/deafed/enw041>
- Najbrtová, K., Šípek, J., Loneková, K., & Čáp, D. (2017) *Projektivní metody v psychologické diagnostice*. Praha: Portál.
- Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.
- Novosadová, M. (1999). *Sluchově postižení v naší společnosti*. VOŠS Ostrava, Ostrava.
- Potměšil, M. (2003). *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Sherrill, C. (1997). Disability, identity, and involvement in sport and exercise. In K. R. Fox (Ed.), *The Physical Self. From motivation to well-being* (pp. 257–286). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sherrill, C. (1998). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan* (5th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Sherrill, C. (2003). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan* (6th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Shpigelman, C. N. & HaGani, N. (2019). The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(3-4), 77–86. <https://doi.org/10.1111/jpm.12513>
- Skákalová, T. (2011). *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Smedema S. M. (2014). Core self-evaluations and well-being in persons with disabilities. *Rehabilitation psychology*, 59(4), 407–414.

<https://doi.org/10.1037/rep0000013>

Smékal, V. (2002). Vývoj osobnosti dítěte. In Smékal, V & Macek, P. (Eds.), *Utváření a vývoj osobnosti; Psychologické, sociální a pedagogické aspekty (9-27)*. Brno: BARRISTER & PRINCIPAL.

Souralová, E. (2005). *Surdopedie I*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Souralová, E. (2005). *Surdopedie II*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Strimbu, N. & O'Connell, M. (2019). The Relationship Between Self-Concept and Online Self-Presentation in Adults. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 22(12), 804–807. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0328>

Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Svoboda, M., Humpolíček, P. & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.

Šnýdrová, Z. (2008). *Psychodiagnostika*. Praha: Grada.

Tatayeva, R., Karimbaeva, B., Zhantikeev, S., Akbayeva, L., & Musina, A. (2019). *Georgian medical news*, (292-293), 57–65.

Vágnerová, M. (2001b). Škály sebehodnocení. In M. Svoboda, D. Krejčířová, & M. Vágnerová (Eds.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících (pp. 374–397)*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. (2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Karolinum.

Velehradský, A., et al. (1978). *Hodnocení a hodnoty v činnosti člověka*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Svoboda.

### **Legislativní dokumenty**

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální. (2008). Praha: Výzkumný ústav pedagogický. Retrieved 25. 5. 2022 from Word Wide Web <https://www.msmt.cz/vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-obor-vzdelani-zakladni-skola>

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. § 19

Vyhláška č. 607/2020 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči

Zákon č. 561/2004 Sb. Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

## **10 PŘÍLOHY**

Příloha 1 Informovaný souhlas dobrovolného účastníka

Příloha 2 Záznamový list pro Obrázkovou škálu sebevědomí a sociální akceptace

## Příloha 1

### Informovaný souhlas dobrovolného účastníka

#### Prohlašuji:

Že jsem dobrovolnému zákonnému zástupci a respondentovi šetření (dítěti) závěrečné práce (Bc. či Mgr.) s pracovním názvem **Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace pro děti předškolního a mladšího školního věku**. (řešené na Univerzitě Palackého v Olomouci, Fakultě tělesné kultury), poskytla veškeré nezbytné informace o výzkumu, jeho metodách.

Jméno:.....

Podpis: ..... Dne.....

#### Potvrzuji:

Jako zákonný zástupce, že se mé dítě..... účastní šetření v rámci Bc. či Mgr. práce autora/rky s pracovním názvem **Obrázková škála sebevědomí a sociální akceptace pro děti předškolního a mladšího školního věku** řešené na Univerzitě Palackého v Olomouci, Fakultě tělesné kultury.

Jsem (zákonný zástupce) informován/a o metodách výzkumu, a souhlasím se zveřejněním informací pro účely závěrečné práce. Mé dítě je, dle možností, informováno o metodách výzkumu a šetření.

Byl/a jsem podrobně informován/a o cíle studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě a od mého dítěte očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností. Porozuměl/a jsem tomu, že účast mého dítěte ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Účast ve studii je dobrovolná.

Jméno:.....

Podpis: ..... Dne.....

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží účastník a druhý autor práce.

Příloha 2

**Záznamový list pro Obrázkovou škálu sebevědomí a vnímané sociální akceptace**

**SKÓROVACÍ FORMULÁŘ**

(4 – 6 let: položky 1 – 8, 7 – 9 let: položky 9 – 16)

(skóre 1 = minimálně kompetentní/akceptován; skóre 4 = max. kompetentní/akceptován)

položka	skóre	položka	skóre	položka	skóre	položka	skóre
<b>1/9</b>	1/2/3/4	<b>19</b>	1/2/3/4	<b>29</b>	1/2/3/4	<b>39</b>	1/2/3/4
<b>2/10</b>	1/2/3/4	<b>20</b>	1/2/3/4	<b>30</b>	1/2/3/4	<b>40</b>	1/2/3/4
<b>3/11</b>	1/2/3/4	<b>21</b>	1/2/3/4	<b>31</b>	1/2/3/4	<b>41</b>	1/2/3/4
<b>4/12</b>	1/2/3/4	<b>22</b>	1/2/3/4	<b>32</b>	1/2/3/4	<b>42</b>	1/2/3/4
<b>5/13</b>	1/2/3/4	<b>23</b>	1/2/3/4	<b>33</b>	1/2/3/4	<b>43</b>	1/2/3/4
<b>6/14</b>	1/2/3/4	<b>24</b>	1/2/3/4	<b>34</b>	1/2/3/4	<b>44</b>	1/2/3/4
<b>7/15</b>	1/2/3/4	<b>25</b>	1/2/3/4	<b>35</b>	1/2/3/4	<b>45</b>	1/2/3/4
<b>8/16</b>	1/2/3/4	<b>26</b>	1/2/3/4	<b>36</b>	1/2/3/4	<b>46</b>	1/2/3/4
<b>17</b>	1/2/3/4	<b>27</b>	1/2/3/4	<b>37</b>	1/2/3/4	<b>47</b>	1/2/3/4
<b>18</b>	1/2/3/4	<b>28</b>	1/2/3/4	<b>38</b>	1/2/3/4	<b>48</b>	1/2/3/4

Celkově: ..... ..

kompetence  
kognitivní

kompetence  
motorické

akceptace  
rodiči

akceptace  
vrstevníky

Pohlaví: M / Ž

Věk (datum narození): .....

Datum vyhotovení testu:

Poznámky: