

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Ústav speciálněpedagogických studií**

**Diplomová práce**

Hana Kuzníková

Speciální pedagogika/Dramaterapie

**Efekt terminologie na postoj vůči lidem s postižením**

Olomouc 2017 vedoucí práce: Mgr. Martin Dominik Polínek Ph. D

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Efekt terminologie na postoj vůči lidem s postižením“ vypracovala samostatně a bylo využito pouze zdrojů informací uvedených v Seznamu bibliografických citací. Dále prohlašuji, že tištěná verze této práce je zcela shodná s verzí na přiloženém CD disku.

V Olomouci dne 21. 4. 2017

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Martinovi Dominikovi Polínkovi, Ph. D a Mgr. Pavlu Svobodovi, Ph. D za jejich cenné rady, ochotu a nezměrnou trpělivost.

Za inspiraci k dokončení této práce děkuji své mámě, tátovi, sestře a hlavně babičce, jejíž podpora mi byla velkou motivací.

Dále děkuji Jiřímu a Báře, díky kterým to všechno mělo smysl

## Obsah

Úvod	6
1. Proměna paradigmatu a s ní související proměna terminologie	7
1. 1 Proměna paradigmatu	13
1. 2. Proměna terminologie	16
2. Stigmatizace, diskriminace a terminologie	18
2. 1 Předsudky a mýty	18
2. 2 Stigmatizace	19
2. 3 Diskriminace	21
2. 4 Role terminologie	23
2. 4. 1 Disabling language	24
2. 4. 2 Nondisabling language	25
3. Rozdílné pohledy a výzkumy	28
3. 1. Těžkopádnost terminologie	28
3. 2 Postižení jako součást identity	28
3. 3 Výzkumy v zahraničí	30
3. 4 Výzkumy v České republice	33
4. Výzkumné šetření	35
4. 1 Cíle výzkumného šetření	35
4. 2 Metoda	35
4. 2. 1 Attitude Toward Disabled People Scale (ATDP škála)	36
4. 2. 2 Reliabilita ATDP škály	35
4. 2. 3 Validita ATDP škály	37
4. 2. 4 Ovlivnitelnost ATDP škály	38
4. 2. 5 Modifikace	38
4. 2. 6 Vyhodnocování	39
4. 3 Hypotézy	40
4. 4 Výběr respondentů	40
4. 5 Distribuce dotazníku	41
4. 6 Výsledky	41

Závěr

55

Seznam bibliografických citací

56

Příloha č. 1 - Původní ATDP dotazník

60

Příloha č. 2 - Překlad originálních anglických výroků do češtiny

63

## Úvod

„Základní škola pro sluchově postižené“

„Základní škola pro žáky se sluchovým postižením“

Dokázalo by jedno slůvko navíc ovlivnit postoj vůči postiženým?

Byl to právě tento nápis na banneru, propagující školu pro děti se sluchovým postižením, který inspiroval autorku k napsání této práce. Kam se nám vytratily ty děti?

V této práci jsme se rozhodli popsat, jak a z jakých důvodů vznikla terminologie člověk na prvním místě a reflektovat tento vývoj v souvislosti s vývojem a proměnou paradigmatu speciální pedagogiky. Za hlavní cíl této práce jsme si stanovili potvrzení nebo vyvrácení vlivu terminologie na postoj vůči lidem s postižením. Jaký má vlastně efekt propagovaný přístup Person-First na postoj vůči postiženým těch nejpovolanějších – budoucích speciálních pedagogů?

Práce je členěna do čtyř kapitol. V první popisujeme proměny paradigmatu speciální pedagogiky a s nimi spjatou proměnu používané terminologie, popisujeme příčiny vzniku terminologie člověk na prvním místě. V druhé kapitole se zabýváme významem terminologie jako nástroje pro eliminování negativních jevů spojených s postižením. Ve třetí kapitole nabízíme rozdílné pohledy na terminologický aparát, představujeme hlavní důvody kritiky a shrnujeme výsledky výzkumů, které zjišťovaly spojitost mezi terminologií a postojem vůči lidem s postižením před námi.

Čtvrtá kapitola popisuje průběh, shrnuje a interpretuje výsledky provedeného dotazníkového šetření.

Doufáme, že tato práce poslouží jako základ pro další výzkumy efektů terminologie a že přinesla odpověď na otázku, zda je nezbytně nutné vždy důsledně stavět člověka na první místo.

## 1. Proměna paradigmatu a s ní související proměna terminologie

V této kapitole tyto proměny nastíníme proměny paradigmatu speciální pedagogiky a budeme ilustrovat zároveň s nimi spojenou proměnu používané terminologie.

### 1. 1 Proměna paradigmatu

Jesenský (2000), jeden z autorů, který se podílel na klasifikaci paradigmat speciální pedagogiky, vykládá paradigma jako:

- „Nazírání na celkový zásadní charakter předmětu přístupu k jejímu zkoumání a interpretace.
- Nejširší konsensus (shodu) mezi vědci určité oblasti, která odlišuje členy různých seskupení (komunit, škol), případně subkomunit.
- Vymezování co, jaké otázky a jak, jakým způsobem má být studováno, jak, mají být kladeny otázky, dle jakých pravidel mají být interpretovány získané výsledky – poznatky.”

*„Konceptuální, strukturální i obsahové změny, které po sametové revoluci zasáhly všechny humanitně orientované obory, se nevyhnuly ani české speciální pedagogice, přičemž změny v rámci oboru vykazují kvalitativně takovou dimenzi, že nelze hovořit pouze o dílčích úpravách, přesunech či {krystalizacích} v oblasti terminologické, strukturální, obsahové atp., ale přímo o hledání nového paradigmatu disciplíny, tedy jejího nového modelování a vymezování v souladu s kvalitami postmodernistické společnosti” (Valenta, 2006).*

Za největší proměnu, kterou s sebou přinesla proměna paradigmatu speciální pedagogiky v posledních 25 letech, považujeme nahrazení dominujícího

segregačního pojetí přístupem inkluzivním (Zászkaliczky in Lechta, 2010).

Lidé s postižením byli nicméně součástí lidské společnosti již od jejích počátků. Přístup k nim se po staletí neustále proměňoval, a to v závislosti na různých faktorech. Mühlpachr (1999) definuje tyto proměny, založené na chronologickém vývoji společnosti, na jednotlivá stádia:

1. **Represivní** – společnost se lidí s postižením zbavovala,
2. **zotročování** – postižení byli využíváni jako otroci,
3. **charitativní** – postoj k postiženým byl vyjadřován lítostí, charitou,
4. **humanistické** – k postiženým se hledal lidský poměr,
5. **rehabilitační** – jevílo se jednodušší najít postiženým práci, než je zdarma živit,
6. **socializační** – postižený má být znovuuschopňován k práci a společenskému životu,
7. **prevenční** - snaha o předcházení postižení (Mühlpachr in Lechta, 2016).

Ačkoliv existují autoři, kteří popisují historii péče, podpory a edukace jedinců s postižením, může být toto chronologické pojetí značně problematické. Michalík (2006) upozorňuje, že není možné srovnávat jednotlivá stádia vývoje lidské společnosti, protože to podle něj může vést k závěru, že *„každé další stadium vývoje lidské společnosti znamenalo víceméně automaticky zlepšení podmínek života zdravotně postižených... domyšleno do důsledku – stačí se narodit v roce 2003 a život postiženého musí být již nutně zcela bez problémů. Přitom opak je pravdou.“*

V souvislosti se studiem tradičních společností v různých částech světa formulovala Jane R. Hanksová ve čtyřicátých letech kategorizaci, která nahlíží na postižení optikou participace a přijetí člověka s postižením do společnosti a není tolik závislá na vývoji v čase, díky čemuž je považována za univerzálně použitelnou (Lechta, 2016). Model popisuje šest různých fází:



1. **Zavržení a sociální vyloučení** – lidem s postižením je odepřena jakákoliv podpora ze strany většiny. Jsou vyloučeni ze společnosti, která jimi i aktivně opovrhne a vnímá je jako přímou společenskou hrozbu.
2. **Ekonomický a sociální problém** – lidé s postižením jsou nevítanou součástí společnosti a existuje přesvědčení, že jsou ekonomickou zátěží a vysávají systém, který by bez nich mohl fungovat lépe.
3. **Tolerantní utilita** – lidem s postižením je umožněno, byť omezeně, participovat na společenském dění. Tato účast je však silně vyhrazena majoritní společností.
4. **Limitovaná participace** – status a sociální role jedince je vyvozována z jeho schopnosti či neschopnosti. Tato kategorie je spojována s medicínským modelem postižení, který předkládá standardy zdravého jedince jako ideální normu, ke které by se měl každý člověk přiblížit.
5. **Liberální přístup** – osoby s postižením mají přístup k rozvinutému systému péče, pomoci a podpory. Komunita v různé míře postižené podporuje bez ohledu na to, zdali jsou prospěšní či nikoliv. Nicméně o tom, co je pro osoby s postižením nejlepší, stále rozhoduje majoritní společnost.
6. **Aktivní participace** (přidává Linton, 1998) – přijetí a zapojení všech osob bez ohledu na míru jejich postižení. Namísto snižování standardů dochází k jejich flexibilitě a přehodnocování s cílem aktivní participace všech členů společnosti (Hanks, Linton in Pančocha, 2013).

Jako třetí uvádíme typologii modelů postižení, která do jisté míry kombinuje oba předešlé přístupy. Počítá s vývojem v čase, nicméně připouští, že všechny kategorie se mohou objevovat současně, vzájemně se překrývat a ovlivňovat.

### 1. Medicínský (individuální) model postižení

*„V minulosti dominantní a v současné době stále ještě uplatňovaný medicínský*

model vnímá postižení podobně jako nemoc, kterou je třeba vyléčit, překonat, odstranit nebo jinak vyřešit” (Pančocha, 2013).

Podobně přistupuje k postižení Zászkaliczký ve svém tradičním pojetí:

„Pojímá se jako významná kvantitativní a kvalitativní odchylka od normálního vývoje, která se projevuje primárními a sekundárními příznaky“ (Zászkaliczký in Lechta, 2016).

Toto pojetí chápe postižení jako kvalitu či odchylku, která daného člověka charakterizuje. Jedinec je označen za postiženého, jeho postižení je prohlášeno stavem, který narušuje kognitivní či fyziologickou funkci a je možné ho léčit či zmírnit. Tento pohled však způsobuje, že je člověk s postižením stavěn do role příjemce péče a není vnímán jako rovnocenný člen komunity.

Vliv tohoto modelu přetrvává do dnešních dní, příkladem může být lékař, který se ptá sestry v nemocnici, “Už jste dala léky té poraněné míše na pokoji 330?” Jedinec je depersonalizován a postaven do role objektu na úkor svého stavu. (Dunn, 2015)

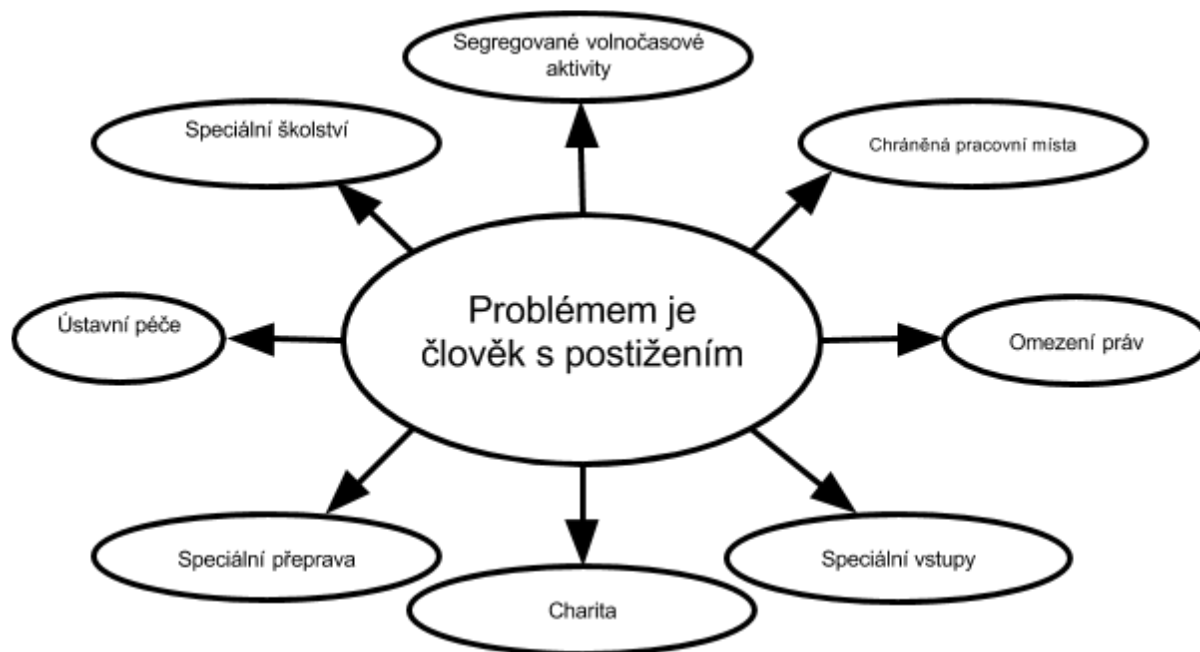


Schéma 1: Medicínský model postižení a jeho důsledky (Pančocha, 2013).

## 2. Funkční model postižení

Podobně jako medicínské pojetí, i funkční model postižení předpokládá jeho původ v jedincově nemoci, vadě či deficitu. Podle funkčního modelu je postižení stav, ve kterém člověk není schopen vykonávat důležité fyzické nebo psychické aktivity, řešen zlepšováním funkční kapacity jedince, nikoliv léčbou či korekcí příčiny.

*„Toto pojetí opět předpokládá, že limitované funkční schopnosti a z nich vyplývající postižení jsou abnormální stav, který se nachází mimo sociální normu. Přestože toto pojetí kategorizuje a nálepkuje osoby s postižením méně než model medicínský, stále je zde patrný dichotomický pohled, který rozděluje společnost na ty, kteří mají snížené schopnosti fungování (osoby s postižením), a ty, kteří snížené schopnosti fungování nemají” (Pančocha, 2013).*

Pokrok, který funkční model postižení přináší oproti modelu medicínskému tkví v tom, že do kategorie “osoby s postižením” nezahrnuje ty, kteří si se svým postižením dokázali poradit a zvládli eliminovat jeho dopady na život. Může se jednat např. o člověka po amputaci nohy, který za využití protézy začne znova chodit. Protože je jeho funkční schopnost chodit nezměněna, není podle tohoto modelu postiženým.

## 3. Sociální model postižení

V reakci na předchozí přístupy k lidem s postižením, které přinášely zejména jejich útlak a vytlačovaly je na okraj společnosti, vyvíjí se v 60. letech 20. století alternativní, tzv. sociální model postižení. Roku 1975 vydalo britské Sdružení tělesně postižených proti segregaci následující prohlášení:

*„Z našeho pohledu je to právě společnost, která vytváří postižení u lidí s tělesnou vadou. Postižení je něco, co je na nás uvaleno navíc k tělesné vadě tím, jak jsme zbytečně izolováni a vyčleňováni z plné participace ve společnosti”*

(The Union of Physically Impaired in Pančocha, 2013).

Zhruba v tu samou dobu se v USA formovalo hnutí Nezávislé žití (The Independent Living), které přišlo s jiným prohlášením:

*„Nezávislé žití neznamená, že chceme dělat všechno sami, že nikoho nepotřebujeme nebo že rádi žijeme v izolaci. Nezávislé žití znamená, že si žádáme mít ty samé volby a kontrolu v našich každodenních životech, jaké mají naši nepostižení bratři a sestry, sousedé a přátelé, a berou je jako samozřejmost. Chceme vyrůstat v našich rodinách, chodit do místních škol, jezdit stejným autobusem jako ostatní, mít práci v souladu s naším vzděláním a zájmem, mít svou vlastní rodinu. Jsme obyčejní lidé, kteří mají potřebu být součástí, být oceněni, být milováni”* (Rosa's Law. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]).

Právě s touto paradigmatickou změnou je spojen rozvoj inkluzivního přístupu.

Postižení již není vnímáno jako zátěž na straně jedince, který se má zpět “normalizovat”, namísto toho se pozornost směřuje na odstraňování bariér, které brání v plné participaci, ať už ve smyslu legislativním, fyzickém či postojo­vém. Aplikace tohoto modelu opět přináší změny ve vnímání osob, které postižení mají, a které ne. Uchazeč o zaměstnání, který má plnou kvalifikaci a v důsledku popálenin silně zjizvenou tvář, který byl zaměstnavatelem odmítnut na základě obav z negativních reakcí ze strany spolupracovníků či klientů, je dle tohoto modelu považován za postiženého, neboť je tímto postojem omezen na participaci a je omezen ve schopnosti vykonávat svou práci (Pančocha, 2013).

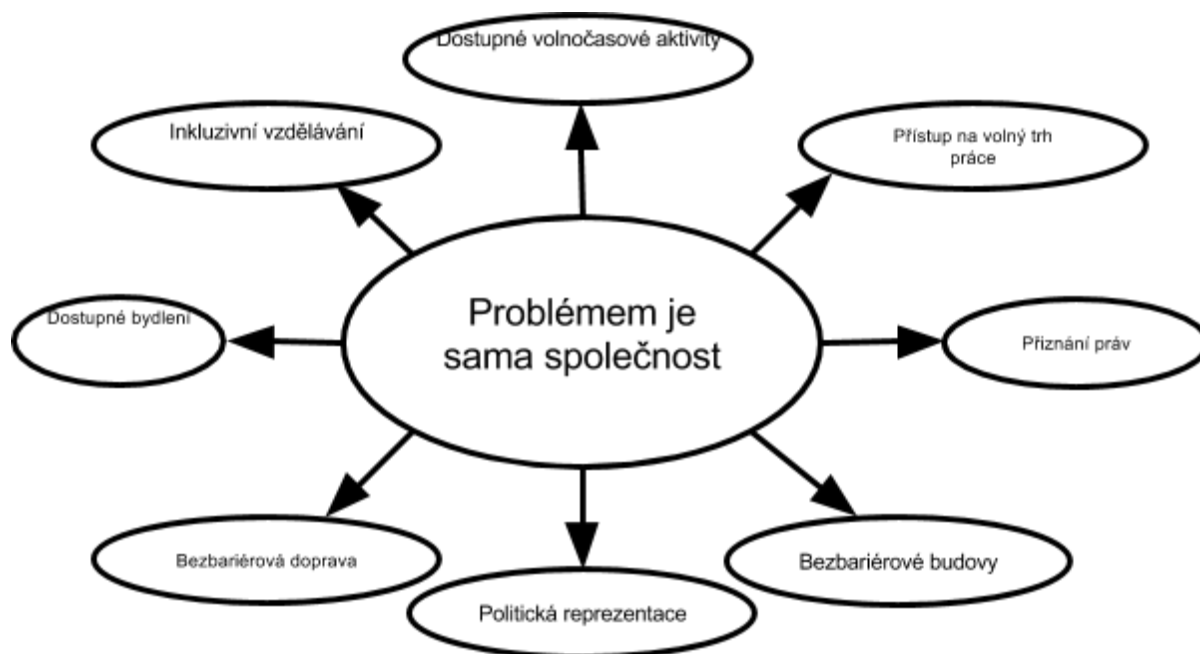


Schéma č. 2: Sociální model a jeho důsledky (Pančocha, 2013).

#### 4. Integrovaný model postižení WHO

Protože se všechny zmíněné modely časem ukázaly jako nedostačující, bylo vytvořeno několik modelů, které v sobě integrují všechny výše uvedené. Nejaktuálnější je model WHO, který vychází z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF), která vyšla v České republice v roce 2008. Tomuto modelu předcházela známá klasifikace MKN – 10, která popisuje etiologii postižení, jeho rozsah, lokalizaci a prognózu, svým pojetím postižení tedy spadá do výše popsaného medicínského modelu postižení. MKF oproti tomu popisuje postižení jako univerzální zkušenost, se kterou se do jisté míry setká každý člověk, kombinuje v sobě medicínské a sociální pojetí.

*„MKF se nezaměřuje na příčiny, ale na dopad zdravotního stavu postižení. Zaměřuje se na posouzení sociálních aspektů postižení a nevnímá jej pouze jako zdravotní problém či biologickou dysfunkci. Kromě toho představil MKF množství dalších*

změn, zejména rozšíření klasifikace o tzv. spolupůsobící faktor prostředí a osobní faktory, na základě kterých je možné hodnotit vliv prostředí na fungování jedince” (Pančocha, 2013).

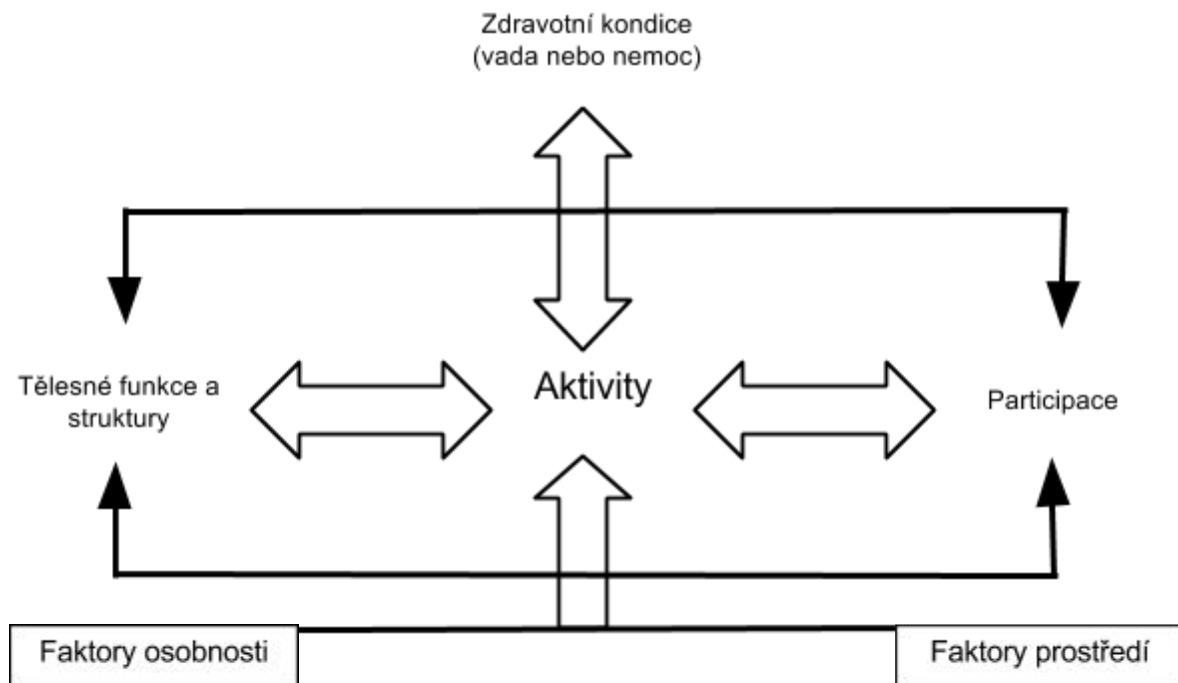


Schéma č. 3: Model disability podle MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF, 2008).

Oproti čistě medicínskému pojetí MKN zahrnuje MKF i komponenty prostředí, participace a osobnostní faktory. Díky tomu dva lidé se stejnou nemocí klasifikovanou podle MKN mohou mít různý stupeň schopností, tedy *“stejná diagnóza může mít pro různé lidi zcela odlišné následky, např. s ohledem na jejich momentální sociální situaci”* (Švestková, O. et. al in Pančocha, 2013).

WHO tedy nově vymezuje pojem postižení na třech úrovních:

- biologické
- somatopsychické poruchy funkcí
- interpersonální, sociální

Toto pojetí „dokazuje, že příčinou postižení není vždy daný stav člověka, ale může jím být i prostředí v podobě kontraselektivních mechanismů, stigmatizace a diskriminace jedince. Proto je odpovědnost společnosti za lidi s postižením evidentní” (Lechta, 2010).

## **1. 2. Proměna terminologie**

*Nejen lidé s postižením začali postupem času odmítat výrazy typu “mrzák”, delší dobu je také odmítán pojem “invalida”, který v překladu znamená doslova “ne-platný, ne-schopný”. Každý termín plní svoji funkci v určité době a v určitém kontextu. Přestane-li plnit svůj účel, nastupuje jiný. V současné době se vedle pojmu “zdravotně postižený” stále častěji prosazují výrazy primárně zaměřené na člověka a jeho osobnost. Aspekty jazykové kultury a změny přístupů se odrážejí v národních i nadnárodních právních normách, a tak postupně dochází i v české legislativě k nahrazování pojmů “zdravotně postižený žák, student, zaměstnanec” termíny “žák, student, zaměstnanec se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním.”*

Výše uvedenými slovy popisuje Krhutová (in Michalík, 2011) změny v terminologii, které má na svědomí přístup “People first”, který se rozšířil z USA. Tento přístup, který staví člověka na první místo, je výsledkem dlouhodobých paradigmatických změn popsanych v přechodí podkapitole i snah samotných lidí s postižením, jejich rodin a hnutí proti diskriminaci. Jedním z přímých výsledků tohoto přístupu je tzv. “Person-First language”, který ačkoliv je v českém prostředí adaptován a používán, nemá ustálený název. Pro účely této práce budeme používat spojení “terminologie člověk na prvním místě” (dále bez uvozovek), ačkoliv je dlouhé a poměrně krkolomné, je doslovným českým ekvivalentem anglického termínu.

Kořeny terminologie člověk na prvním místě můžeme najít v hnutí Nezávislé žití

(Independent Living), které jsme zmínili výše. Zastánci toho hnutí tvrdili, že předsudky a především medicínské pojetí postižení přispívá k negativnímu postoji vůči lidem s postižením. Tito jsou zobrazováni jako nemocní, defektní či deviantní, jako objekty profesionální péče, břímě pro ně samotné i pro jejich rodiny a jako osoby závislé na dobročinnosti ostatních.

Někdy 60. letech minulého století začalo množství organizací pracovat na osvětě většinové populace o tom, jaké jsou žádoucí a preferované způsoby oslovování a odkazování na lidi s postižením v naději, že tak změní vnímání postižení intaktní společností. Za dosažitelný cíl si kladli odstranění stigmatu, které pocházelo z používání tehdy nejrozšířenějších výrazů jako “kripl”, “retard” a řady dalších, které v sobě nesou rozdílné úrovně negativity a stigmatu (Bickford, 2004).

Nejzásadnějším mezníkem této snahy však byl až dokument *The Americans with Disabilities Act* (ADA), který byl roku 1990 zaveden do amerického právního řádu. Tento zákon, jehož hlavním účelem bylo ochránit lidi s postižením před diskriminací, jako první právní předpis využil v celém svém znění terminologii člověk na prvním místě.

Hned v zápětí byl uveden v platnost dokument *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA), který stejně jako ADA pomohl implementovat terminologii člověk na prvním místě (Muredda, 2012).

V roce 1992, Úřad pro lidská práva vydal prohlášení, které na státní úrovni podpořilo a povzbudilo použití jazyka člověk na prvním místě v učebnicích, příručkách a časopisech (Bickford, 2004).

Tyto snahy byly završeny roku 2010, kdy Americká psychologická asociace (APA) vydala *Publikační manuál pro vědeckou a profesionální komunikaci*, kde nařizuje vždy položit důraz na osobu před jejím postižením (Dunn, Andrews, 2015).

*„Používejte terminologii člověk na prvním místě, nesoustřeďte se na jedincův zdravotní stav (člověk s paraplegií, mladík s autismem)”* (University of Kansas,



Research and Training Center on Independent Living in APA Publication Manual, Sixth edition, 2010).

I česká speciální pedagogika má za sebou prudké terminologické zvraty. Od počátku 20. století se jí zabývali odborníci pod názvy jako Pedopatologie, Léčebná pedagogika, Nápravná pedagogika, Sociální pedagogika, Defektologie a konečně, Milošem Sovákem prosazená Speciální pedagogika, jak ji známe dnes, včetně praktického členění dle tzv. pédií, jednotlivých podoborů či specializací, které se intenzivně věnují lidem s určitým typem postižení.

Obdobný vývoj sledujeme u označování těch, kteří byli předmětem oborové péče, ku příkladu děti abnormální, subnormní, nenormální, defektní, defektivní, úchylná mládež, mládež vyžadující zvláštní péči apod. V současné době je za korektní považováno spojení: dítě, žák, člověk s (mentálním, smyslovým – zrakovým či sluchovým, řečovým, tělesným) postižením (handicapem, disabilitou) (Valenta, 2014).

Snad nejlépe však proměnu terminologie v české speciální pedagogice ilustruje postupná změna pojmů, které se používají v psychopedii. Jak píše Valenta (2014): *„Stále se hledají nové termíny, které by nahradily ty stávající, jež získaly pejorativní nádech, a to často i tam, kde se na první pohled o žádnou hanlivost nejedná (zvláštní škola – speciální škola – základní škola)... Jen za poslední půlstoletí se v odborné literatuře vystřídala následující označení poruch: duševně vadní, duševně úchylní, děti s vadným rozumovým vývojem, děti se sníženými rozumovými schopnostmi, rozumově zaostalí, intelektově vadní, intelektově úchylní, intelektově abnormální, slabomyslní, oligofrenní, mentálně vadní, mentálně defektní, mentálně deficitní apod.“*

Pro ilustraci vývoje terminologie ve speciální pedagogice zde srovnáváme pojmy z *Defektologického slovníku*, který roku 1978 vydal tým kolem Ludvíka Edelsbergera,

a ze *Slovníku speciální pedagogiky* sestaveného Milanem Valentou a kolektivem roku 2015, tedy téměř čtyřicet let poté.

<i>Defektologický slovník (1978)</i>	<i>Slovník speciální pedagogiky (2015)</i>
defektologie	speciální pedagogika
defektivita	postižení
oligofrenie	mentální retardace
debilita	lehká retardace
imbecilita	středně těžká retardace
idiocie	těžká retardace
těžká idiocie	hluboká retardace

Dnes již běžně užívané pojmy ze speciální pedagogiky – psychopedie, jako jsou debil – debilita, imbecil – imbecilita, idiot – idiocie – považujeme za nadávky a ze speciální pedagogiky zcela zmizely.

Avšak právě tato hesla nacházíme v *Defektologickém slovníku*, kde slouží jako označení pro lehkou, střední a těžkou mentální retardaci.

„Oligofrenie“, dnes již zastaralý pojem pro nedostatečný vývoj celé osobnosti postiženého, především po stránce duševní, někdy i s defekty tělesnými, byla nahrazena nám dobře známou „mentální retardací“. I tento pojem je však v dnešní době již na ústupu:

*„Co do pejorativnosti, také náš „umbrella terminus technicus“ mentální retardace se postupně dostává na index a v blízké budoucnosti bude patrně nahrazen dnes v zahraničí stále více užívaným termínem IDD – Intellectual and Development Disabilities (intelektová a vývojová porucha) (Valenta, 2015).*

Tato proměna je opět důsledkem přijetí tzv. Rosa's law, zákona, který byl přijat v roce 2012 v USA. Tento zákon je pojmenován po tehdy devítileté Rose, dívce s Downovým syndromem, která se svou rodinou bojovala za odstranění označení „mentálně retardovaný“ ze všech oficiálních dokumentů, a to právě pro jeho narůstající pejorativnost (Rosa's Law in *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]).

Také v českých zákonech můžeme již nějakou dobu sledovat postupné upouštění od pojmů “invalidita” či “handicap”, které jsou nahrazovány pojmem “disabilita” či “postižení”, zároveň je také důsledně dodržováno kladení důrazu na člověka, a ne na jeho postižení. Tato proměna se odráží i ve formulování zákonů, pro příklad uvádíme:

- VYHLÁŠKA č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

*(1) Tato vyhláška upravuje pravidla vzdělávání **dětí, žáků a studentů** (dále jen „žák“) **se speciálními vzdělávacími potřebami**, vzdělávání žáků uvedených v § 16 odst. 9 zákona a vzdělávání žáků nadaných.*

- ZÁKON č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

*(1) Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým **osobám v nepříznivé sociální situaci** (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.*

- ZÁKON č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

*(1) Fyzickým **osobám se zdravotním postižením** (dále jen „osoby se zdravotním postižením“) se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce.*

*(2) Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány:*

- a) invalidními ve třetím stupni (dále jen „**osoba s těžším zdravotním postižením**“),*
- b) invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo*
- c) zdravotně znevýhodněnými (dále jen „**osoba zdravotně znevýhodněná**“).*

V posledním citovaném zákoně nicméně nalezneme pojem invalidita, neboť zákon pro své účely rozděluje lidi s postižením podle stupně invalidity, tedy závažnosti

jejich postižení. Použití terminologie člověk na prvním místě je však ve všech zmíněných zákonech patrná.

## **Shrnutí**

V první kapitole jsme se zaměřili na vývoj přístupu k lidem s postižením, jeho možné podoby a praktické důsledky, včetně změn v terminologii, které ilustrují upouštění od dominujících segregačních tendencí k inkluzivnímu přístupu. Nositelem postižení pod vlivem proměny paradigmatu už není jedinec, který by byl kvůli tomu odsunut na okraj, protože vybočuje z normy. Naopak jsme svědky snah o přizpůsobení či úplné odstranění bariér, které byly dlouhou dobu formovány majoritní intaktní společností ve prospěch rozmanitosti a individuality jedince. Vidíme zde i snahy o eliminování diskriminace a stigmatizace, které jsou brány jako “postihující” faktory. Jistým vyvrcholením tohoto posunu je vznik terminologie člověk na prvním místě, která se od svého počátku v 60. letech minulého století v USA rozšířila i k nám, kde si našla své místo v terminologickém aparátu speciální pedagogiky.

## 2. Stigmatizace, diskriminace a terminologie

V předchozí kapitole jsme popsali modely přístupu k lidem s postižením, jejich vývoj a proměny. V této kapitole představíme negativní vlivy prostředí na postižení a popíšeme, jakým způsobem může terminologie přispět k formování postojů vůči lidem s postižením.

### 2. 1 Předsudky a mýty

*Postoje jsou sklony ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace či sebe sama a přímo souvisí se zájmy každého jedince. Jsou získávány v průběhu života především vzděláváním a vlivem širších sociálních jevů (jako je např. veřejné mínění, sociální kontakty atd.). Postoje předurčují lidské poznání, chápání, myšlení a cítění (Pančocha, 2013).*

V uvedené citaci Pančocha shrnuje faktory, na kterých se zakládá postoj každého jedince vůči lidem s postižením. MKF řadí právě postoje mezi faktory prostředí, které mohou formovat vznik a vývoj postižení, a to jak pozitivně, tak negativně (Pančocha, 2013).

Ačkoliv jsou to právě postoje vůči lidem s postižením, které mohou výrazným způsobem přispět ke zlepšení či překonání zdravotní podmínky, setkáváme se s mýty a přesvědčeními, které panují o lidech s postižením a jejich stavu, které mají opačný vliv. Michalík (2011) uvádí, že tyto předsudky a mýty pramení z nedostatku informací, které lidé o osobách s postižením mají.

Gouvier a Coon (2002) provedli výzkum, ve kterém převážná část respondentů (48 %) uvedla, že informace o postižení čerpá především z televizních show. Jsou to proto právě média, která se dominantním způsobem podílí na utváření postojů vůči lidem s postižením.

V roce 1987 Keller a kol. sesbíral a analyzoval náhodné vzorky deníků napříč

Spojenými státy aby posoudil, jak je postižení portrétováno. Zatímco 51 % článků vykreslilo vliv postižení na život člověka neutrálně, 48 % ukázalo, že postižení mělo dopad negativní a pouhé 1 % poukázalo na pozitivní vliv. V otázce negativního dopadu 78 % článků použilo pro jeho vyjádření výrazy jako “oběť” či “trpící” (West, Perner, Laz, Murdick, Gartin, 2015).

Velká část lidí čerpá své informace o postižení z médií, které ukazují postižení v negativním slova smyslu, jako pohromu, postiženého člověka staví do role obětí a trpícího. Jsou to však právě korektní informace, podané ve správný čas, které by mohly postoje vůči lidem s postižením změnit k lepšímu, což potvrzuje Pančocha ve svém výzkumu z roku 2013. Autor našel vztah mezi menší distancí vůči člověku s postižením a větším množstvím znalostí/informací o postižení, které respondenti udávali (Pančocha, 2013).

Podívejme si nyní na to, co jsou předsudky a jak je vnímá odborná veřejnost. Michalík (2011) definuje několik typů předsudků, a to zejména:

- Podceňující: *„Zrakově těžce postižení si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem, jsou to ubožáci, žijí ve světě tmy, jsou bezmocní a nemohoucí...”*
- Odmítavé: *„postižení jsou neužiteční a neproduktivní, jde o trest (boží) nebo si jej postižený zavinil sám, případně jeho rodina.”*
- Protektivní (ochranitelské): *„je jasné, že každý postižený potřebuje ochranu a sociální péči, ...jsou tak opuštění, postižení se přece neobejdou bez naší (mojí) pomoci.”*
- Hostilní: *„...mají samé výhodičky, ...mají všechno zadarmo, ...jen na ně furt doplácíme, ...kdo se má na toho mrzáka dívat...”*
- Idealizující: *„Příroda nevidomým chybějící zrak vynahradila zbystrěním ostatních smyslů, jsou mravně lepší než vidoucí (žijí vnitřním, duchovním životem, utrpení je zušlechťuje apod).”*
- Heroizující: *„...všechno bravurně zvládá, nepotřebuje žádnou pomoc, nikdo by*

*nedokázal to co on..."*

## **2. 2 Stigmatizace**

V předchozí části textu popsané předsudky mohou vést ke stigmatizaci jedince. Americký sociální psycholog Goffman, který tento pojem definoval, stigmatizaci chápe jako situaci, kdy tzv. normální většina vyloučí jedince na okraj společnosti, mohou být odmítáni, vystaveni posměchu či negativním reakcím, osoba zatížená stigmatem je *"horší než člověk"* (Goffman in Ocisková, Praško, 2015).

Ve slovníku sociologických pojmů je stigma popsáno jako *„označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině negativně odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo sociální normality, což ji ohrožuje v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých... Připsání stigmatu se děje stigmatizací, tedy přiřčením negativních skupinových nebo společenských atributů nějaké osobě"* (Jandourek, 2012).

Lidé s postižením se musí každý den vypořádávat s předpojatostí, diskriminací a stereotypizací v oblasti interpersonálních vztahů (Kleinfield in Gouvier, Coon, 2002) a je jim připisováno více negativních vlastností oproti lidem intaktním, ačkoliv výzkumy ohledně jejich morálních kvalit dokazují opak (Požár a kol. in Lechta, 2010). Na lidi s postižením je nejen často nahlíženo jako na lidi odlišné od ostatních, ale také jako na lidi, kteří postrádají kvality ostatních (Feldman, Gordon, White, Weber, 2002). Právě tyto faktory prostředí mohou zapříčinit vznik postižení či negativně ovlivnit jeho vývoj

Důvody pro vznik a rozvoj stigmat jsou různé, Vágnerová definuje tři hlavní teorie:

- Stigma jako omluva sociální nespravedlnosti, kdy panuje přesvědčení, že psychiatrickí pacienti jsou méněcenní a tak je jejich oddělení ospravedlnitelné;
- lidé se cítí lépe při srovnání svého života s životem nemocného člověka,

zatíženého stigmatem;

- stereotyp, který stigma provází, je jednoduchou zkratkou dovolující zařadit si lidi do kategorie a vytvořit si na ně názor (Vágnerová in Ocisková, Praško, 2015).

Hlavní reakce lidí s postižením vůči stigmatizaci je pocit nespravedlnosti, hlavním problémem totiž není jejich zdravotní stav, ale to, co si o nich myslí interakční partneři, jaké vlastnosti a schopnosti jim přisuzují. Zároveň existuje riziko, že pokud jsou jedinci vykreslováni jako odlišní od “normálních”, může být negativně ovlivněn jejich vlastní postoj k sobě sama (Feldman, Gordon, White, Weber, 2002). Následkem proto může být i **sebestigmatizace**, která je dopadem stigmatu na jedince, který aplikuje stereotypy o postižení na sebe. Důsledky sebestigmatizace jsou rozsáhlé, patří mezi ně například snížené sebevědomí, sebeúcta a sebedůvěra (Ocisková, Praško, 2015).

Nejvíce jsou stigmatem stíženi lidé s viditelným postižením. Z výzkumů je patrné, že tyto osoby vyvolávají nepříjemný pocit či přímo odpor ve styku s nimi. Nejde tak ani o přímé důsledky jejich zdravotního stavu, ale o vnímání a hlavně hodnocení těchto jedinců v porovnání s normou (Požár in Lechta, 2010).

Z lidí, u nichž postižení není na první pohled patrné, nejvíce trpí stigmatizací osoby se schizofrenií a bipolární afektivní poruchou (Jelenová a kol. in Ocisková, Praško, 2015).

Stigmatizace je “propojovacím” prvkem stereotypního smýšlení a dalšího negativního jevu, se kterým se postižení musí potýkat, diskriminací.

*“Stigmatizace může mít devastující vliv na vztahy a vést k diskriminaci stigmatizovaných lidí v zaměstnání, rodině (nezřídka dochází i k diskriminaci celé rodiny), v možnostech bydlení, vzdělávání, poskytování zdravotní péče”* (Ocisková, Praško, 2015).



## 2. 3 Diskriminace

Diskriminace lidí s postižením je spjata s bariérami, které majoritní, intaktní společnost vytváří. Tím zamezuje lidem s postižením uplatňovat jejich základní práva a dochází tak k jejich společenskému vyloučení. Michalík(2011) uvádí, že úroveň vzdělání a zaměstnanosti lidí s postižením je ve srovnání s intaktní populací velmi nízká.

Nejjednodušším příkladem bariér mohou být bariéry fyzické, architektonické, které brání osobám např. ve volném pohybu městem či ve vstupu do budovy. Příkladem je níže popsáný soudní spor:

*„Mezi lety 1981 a 1984 se u newyorského soudu soudila Východní asociace paralyzovaných veteránů s vedením Městského dopravního podniku města New York o získání architektonického přístupu k dopravním prostředkům městské hromadné dopravy. Ačkoliv se podnik hájil tím, že se vydané náklady nikdy nevrátí, soud prohrál”* (Katzmann in Fine, Asch, 1988).

Velkou měrou se diskriminace může projevit v zaměstnání. Osoby s postižením představují skupinu, která je vnímána jako pasivní příjemce peněžní pomoci. Pokud bychom však dokázali najít a vytvořit pracovní místa, mohou aktivně tvořit a užívat společenské bohatství. Je však potřeba, aby vedle prostého zákazu diskriminace, existovalo i právo na pomoc a podporu (Michalík a kol, 2011).

Jak je popsáno výše, diskriminace může být založena na předsudcích, opomíjení či ignoraci, což je důvodem dalšího posilování a vytváření bariér ve společnosti, v prostředí a na postojích. Právě tyto bariéry jsou důvodem, proč pro danou skupinu není možné plně se zapojit do společnosti (Michalík a kol, 2011).

*„Moje životní zkušenost s mozkovou obrnou natolik utvářela diskriminace vůči postiženým... Chápu rozdíl mezi nezvládnutím testu kvůli hloupému školnímu pravidlu nedat víc času a nezdoláním vrcholu Mount Adams, protože stezka byla pro moje nohy moc strmá a kluzká. První neúspěch souvisí se společensky konstruovaným omezením, druhý s tělesným”* (Clare in Kolářová, 2012).

Diskriminace se ovšem netýká pouze samotných lidí s postižením, ale i jejich pečujících příbuzných: „Ani nevíte, pane doktore, kolikrát jsem na tom sídlišti stála u okna, dívala se na lidi hluboko dole a připadala si, ne, já jsem věděla, že do toho jejich mraveniště prostě nepatřím. Ti lidi tam dole někam a za někým šli. Já byla pořád sama, za mnou nechodil nikdo...” (dopis matky, která se už téměř 30 let starala o syna s těžkým mentálním a tělesným postižením) (Michalík, 2011).

Hlavní důvody vzniku diskriminace vůči lidem s postižením vidí řada autorů v nevědomosti, strachu a pocitu nepohodlí. Takto vytvořená diskriminace může zasáhnout kteroukoliv z oblastí lidského života, od zaměstnání po každodenní aktivity (Gouvier, Coon, 2002).

Výzkum (Gouvier, Coon, 2002), který zkoumal vztah mezi diskriminací a postižením, shrnul na základě získaných dat faktory, jejichž vliv je pro vznik diskriminace zásadní:

- typ postižení
- míra zdravotních potíží spjatá s typem postižení
- původ postižení
- obeznamenost či vlastní zkušenost s lidmi s postižením

Obecně vzato, uchazeči s externě způsobeným postižením jsou preferováni před těmi s vnitřní příčinou, fyzická postižení jsou upřednostněna před mentálními, neviditelná postižení před viditelnými, nonneurologická postižení před neurologickými a nezáviněná postižení před těmi, za která si může uchazeč sám.

Původní latinské “discriminare” značí “rozdělovat, rozlišovat”. Tendence jednat s ostatními na základě sociálně zkonstruovaných kritérií, které se často nezakládají na reálných schopnostech ani vlastnostech, vedla k přijetí norem, které toto neopodstatněné rozlišování zakazují (Bobek, Boučková, Kühn, 2007). Diskriminace je tak jako jediná z negativních jevů, které jsou spjata s postižením, **zákonem**

## **zakázána.**

V České republice i ve světě byla v minulém století ve spojení s bojem za rovnoprávnost menšin vydána řada dokumentů, které měly zajistit rovnost všech lidí a zároveň bojovat proti diskriminaci. Ty stanovují kritéria, která jsou nepřípustná pro rozlišování lidí:

*„Přímou diskriminací se rozumí takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru”* (Antidiskriminační zákon č. 198/2009 Sb.).

## **2. 4 Role terminologie**

Slova jsou velmi mocným nástrojem. Mohou být použita k vykreslení jedince pozitivně a s respektem, ale i (a to i bez vědomého úmyslu) negativně.

*„Jazyk, který je v souvislosti s různými skupinami lidí používán (různá označení pro Romy nebo “postižené”), může tuto skupinu lidí stigmatizovat a tím významně přispívat k uplatňování nerovnosti a marginalizace”* (Krhutová in Michalík a kol, 2011).

### **2. 4. 1 Disabling language**

Lidé s postižením jsou pravidelně konfrontováni s výrazy, které udržují negativní stereotypy o tom, kým jsou (Gouvier, Coon, 2002).

Jako disabling či deficit oriented language byl definován jazyk či terminologie, která:

- *“zachovává mýty a stereotypy o lidech s postižením*
- *užívá podstatná jména namísto přídavných k popisu lidí s postižením*
- *užívá ponižujících či zastaralých slov či spojení při odkazování na lidi s*

*postižením*” (Patterson, Witten, in Lynch, Thuli, Groombridge, 1994).

Disabling language má potenciál postihnout téměř každou osobu s postižením, navíc tyto urážky používá prakticky každý mluvící člověk v naší společnosti.

Dunn (2015) uvádí, že pokud použijeme při odkazování na lidi s postižením monolitického výrazu, např. “tetraplegici”, soustředíme se na jejich nedostatky a tím je objektivizujeme (viz medicínský model postižení v kapitole 1), vidíme je jen skrze jejich postižení, a tak se postižení stane podstatnou součástí jejich identity, a jejich osobnost, schopnosti, zájmy a ostatní osobní kvality jsou podřízeny stavu, který je vnímán jako dominantní.

Ve svém Publikačním manuálu Americká Psychiatrická Asociace nabádá:

*„Pokud je to možné, vyhněte se nálepkování. Ve vědecké literatuře účastníci studií zcela běžně ztrácejí svou individualitu, jsou povšechně kategorizováni jako objekty (pojmy jako gayové nebo postarší) nebo, zejména při popisech lidí s postižením, jsou zaměňováni se svými stavy - (...)schizofrenici, například” (APA Publication Manual, Sixth edition, 2010).*

Na základě přesvědčení, že nevhodně zvolená terminologie může posilovat a dále šířit mýty a diskriminaci vůči lidem s postižením, odborníci a aktivisté začali preferovat a propagovat terminologii člověk na prvním místě.

#### **2. 4. 2 Nondisabling language**

*„Terminologie člověk na prvním místě byla vytvořena jedincem, který řekl: Nejsme naše postižení, jsme prvně lidé. Není to politická korektnost, ale dobré vychování a respekt” (Snow in West, Perner, Laz, Murdick, Gartin, 2015).*

Byly to právě výše rozvedené negativní jevy spojené s postižením, které vedly ke snahám proměnit terminologii používanou při odkazování na lidi s postižením tak, aby se jejich efekt redukoval či úplně vymizel. Tak vznikl nondisabling language –

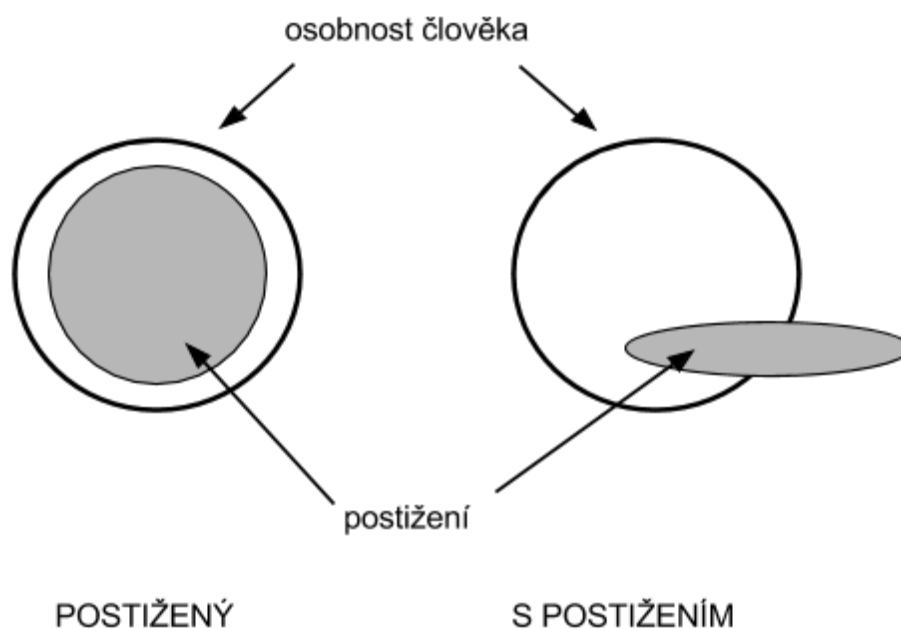
terminologie člověk na prvním místě.

*„Celkový princip nonhandicapping terminologie je zachovat integritu (hodnotu) všech jedinců jako lidských bytostí. Vyhněte se jazyku, který z člověka dělá předmět na základě jejího nebo jeho zdravotního stavu (autistický, neurotický), který využívá ilustrativních metafor (uvázaný, upoutaný na kolečkové křeslo), který využívá přehnané a negativní nálepky (oběť AIDS) nebo může být považován za nadávku (kripl, invalida) (University of Kansas, Research and Training Center on Independent Living in APA Publication Manual, Sixth edition, 2010).*

Hlavní přínosy terminologie člověk na prvním místě jsou:

- vytvoření vizuálního i ligvistického odstupu mezi člověkem a jeho postižením. Změnou pozic slov je zdůrazněn člověk nad svým postižením, takže se postižení stává pouhou druhotnou charakteristikou jedince,
- udržení odstupu mezi podstatným a přídavným jménem. Užitím postižení jako podstatného jména namísto jména přídavného se z “postižené osoby” stane “postižený” a postižení se stane její typickou charakteristikou. Muži i ženy mohou být označováni jako “postižení”, přičemž v tomto případě se postižení stává charakterističtější než gender (Feldman, Gordon, White, Weber, 2002; West, Pernet, Laz, Murdick, Gartin, 2015),
- zabránění viktimizaci osoby, protože vytváří nepodložený dojem, že člověk s postižením trpí (osoba upoutaná na vozík, oběť AIDS). To může mít za následek přijetí role oběti, ztrátě kontoly a zodpovědnosti za vlastní život. (Fine, Asch, 1988; Murphy in West, Pernet, Laz, Murdick, Gartin, 2015),
- posílení individuality jednice, kdy lidé se stejným typem postižení nejsou vnímáni jako skupina (diabetici - lidé s diabetem) (Wright in Dunn, Andrews, 2015),
- doplnění kampaní proti šikaně, kdy užití nálepek jako “retardovaný” může být považováno za formu šikany. Šikana zahrnuje užití škodlivých slov namířených proti člověku s postižením. Studie o šikaně z roku 2012 odhalila,

že 24,5 % žáků s postižením nižšího stupně a 34,1 % žáků s postižením vyššího stupně bylo šikanováno. Tento výsledek je 1,5krát vyšší než národní průměr pro studenty bez postižení (Blake a kol. in West, Pernet, Laz, Murdick, Gartin, 2015).



Obrázek č. 4: Schéma vnímání pojmu “zdravotně postižený člověk” a “člověk se zdravotním postižením” (Krhutová in Michalík a kol, 2011).

Doporučení týkající se využívané terminologie přináší Novosad (2001), který definuje tyto zásady:

- důraz na člověka, nikoliv na jeho nálepku,
- člověk je na prvním místě, nikoliv jeho postižení,
- důraz na pozitiva,
- nezaměřovat se na postižení,
- nezveličovat úspěchy lidí s postižením,
- nepředstavovat osoby jako “nemocné”,
- mluvit o lidech bez postižení (spíše než o normálních či zdravých),
- handicap není synonymem pro postižení,

- prezentovat aktivitu jedince.

## **Shrnutí**

Postoj vůči lidem s postižením může mít pozitivní i negativní vliv na formování postižení a kvalitu života jedince s postižením, který se musí vyrovnávat nejen se svým zdravotním stavem, ale i se stigmatizací a diskriminací. Na postoj majoritní společnosti má vliv několik faktorů, vedle relevantních informací může mýty a stereotypy vůči postižení vytvářet a posilovat nevhodně zvolená terminologie. Proto se odborníci v posledních letech přiklánějí k terminologii člověk na prvním místě ve víře, že dokáže eliminovat negativní jevy spojené s postižením. Je patrné, že pro označení terminologie se užívá různých výrazů - non/disabling language, non/handicapping language, person-first language, deficit-oriented language... Pro účely této práce budeme dále používat spojení “klasická terminologie” (dále bez závorek) k souhrnnému označení terminologie, která staví na první místo postižení a již představené spojení terminologie člověk na prvním místě pro terminologii, která klade důraz na člověka.

### 3. Rozdílné pohledy a výzkumy

V předchozích dvou kapitolách jsme popsali vznik terminologie člověk na prvním místě, rozebrali jsme motivaci jejího vzniku a popsali důvody, které vedly odborníky k přijetí tohoto pojmového aparátu.

Ne všichni se ale shodují na tom, že je tento přístup tím nejvhodnějším, který můžeme zastávat. V této kapitole shrneme odlišné pohledy na terminologii člověk na prvním místě, včetně její kritiky a představíme výsledky již proběhlých výzkumů, které zkoumaly vliv terminologie a postoj vůči lidem s postižením v zahraničí. Dále uvedeme přehled výzkumů, které se postojem vůči postiženým zabývaly u nás a seznámíme se s jejich výsledky.

#### 3. 1 Těžkopádnost terminologie

Prvním důvodem pro kritiku terminologie člověk na prvním místě je její těžkopádnost. Jejím vlivem jsou termíny jako “amputář” zakázány, ačkoliv nazývání skupiny lidí, kteří přišli o končetinu “amputaři” se nezdá být urážlivé a je méně těžkopádné než užití spojení “lidé s amputací” pokaždé, když chceme tyto osoby zmínit. V akademických publikacích jsou tyto termíny typicky zkracovány: je užití zkratky OSP (osoba s postižením) nebo LSP (lidé s postižením) opravdu nějakým zlepšením oproti “amputářům”? Zvažme fakt, že v každodenním jazyce nemluvíme ani nečteme o “lidech, kteří jsou muži” či “lidech s asijským původem” (Dunn, Andrews, 2015).

Tuto skutečnost si uvědomuje i autorka této práce. Při důsledném používání terminologie člověk na prvním místě je téměř nemožné vytvořit čtivý text a čtenář může být neustále se opakujícím spojením “člověk s”, “osoba s” či “lidé s” unaven. Z tohoto důvodu tato slovní spojení v některých pasážích textu vynecháváme.



### 3. 2 Postižení jako součást identity

Další kritika a odmítání terminologie člověk na prvním místě vychází přímo z komunity postižených a jejich ambasadurů.

*„Jsem mrzák. Rozhodla jsem se, že mě to slovo bude označovat... Lidé - ať už zmrzačení nebo ne - se při slovu mrzák šklebí, což u slov hendikepovaný nebo postižený nedělají. Možná chci aby se šklebili. Chci, aby mě vnímali jako náročnou zákaznici, ke které osud/bohové/viry nebyli laskaví, která však brutální pravdě své existence umí čelit tváří v tvář. Jako mrzák se neparuju“ (Mairs in Kolářová, 2012)*

Ti, kdo změnil svůj přístup k postižení, jej přijali za součást své identity a považují ho za důvod k hrdosti. Přijetí postižení jako součást vlastní identity znamená, že si postižená osoba svou identitu vybírá a nenechává ostatní – rodinu, vrstevníky, zaměstnance, lékaře či rehabilitační pracovníky, výzkumníky a vzdělavatele – aby ho za něj pojmenovali (Brueggemann in Dunn, Andrews, 2015).

Dr. Craig Werner, nevidomý univerzitní profesor anglického jazyka, uvedl, že terminologie člověk na prvním místě je *„ten nejkomplicovanější vynález/výmysl těch, kteří se kolem postižených cítí nepohodlně či dokonce provinile“*. Dále tvrdí, že mít postižení nebrání pozitivnímu sebehodnocení, stejně jako mít modré oči nebo kudrnaté vlasy. To, co vytváří újmu, je podle něj reakce okolí vůči rozdílu. Jazyk či odkazování namířené vůči jakékoliv minoritě nemají žádný vliv, dokud nejsou užity hanlivým způsobem. Užití terminologie člověk na prvním místě podle něj může naznačovat, že postižení není hodno respektu, a proto vyžaduje omluvu či maskování (Werner in Bickford, 2004).

Už roce 1993 Národní federace slepých, jedna ze dvou největších amerických organizací sdružující lidi se zrakovým postižením, formálně odmítla používání terminologie člověk na prvním místě:

*„Věříme, že můžeme být respektováni jako slepí, a i přesto, že nejsme nijak zvláště hrdi na skutečnost, že jsme slepí, také se za to nestydíme“ (National Federation of*

the Blind in Bickford, 2004).

Tímto prohlášením vyjádřili své přesvědčení, že užití terminologie člověk na prvním místě vytváří dojem, že je slepota důvod k nějaké omluvě, a zároveň že oddělení postižení od osoby dělá z postižení něco špatného, nepříjemného.

Dalším, zcela specifickým příkladem jsou lidé se sluchovým postižením, kteří používají svou hluchotu k definování sebe sama, své kultury a svého jazyka.

Tato komunita používá velké "N" ve slově "Neslyšící" v zemích celého světa, včetně České republiky. Komunita Neslyšících proto představuje právě ten typ lidí s postižením, kteří jej přijali za část své identity, a nepozorujeme zde známky toho, že by chtěli být nazýváni jako "lidé se sluchovým postižením", aby docílili oddělení svého postižení od své osoby.

Podobně jako neslyšící i některé osoby s autismem považují terminologii člověk na prvním místě za zbytečnou a označují autismus za *"rozhodující a život formující aspekt jejich osobnosti"* (Sarret in West, Perner, Laz, Murdick, Gartin, 2015).

*„Absolutně nejsem "člověk s autismem", autismus se nedá "odepnout"... "tento postoj propaguje autonomii, angažovanost a indikuje rozhodnutí výkonu volby překonat osud postiženého. Z této perspektivy není "člověk s autismem" ale raději "autistická osoba" nebo prostě jen "autista".* (Zick in Dunn, Andrews, 2015).

Zajímavý pohled na hodnoty postižených, kteří svůj stav nevidí jako obávaný a nenáviděný, přináší historik a aktivista za práva postižených, Paul Longmore:

*„Neslyšící a postižení odkrývají nebo formulují soubory alternativních hodnot vycházejících ze zkušeností neslyšících a postižených. Tyto hodnoty jsou výrazně jiné, a dokonce opačné, než hodnoty nepostižené většiny. [Postižení] tvrdí, že si necení soběstačnosti, ale sebeurčení, necení si nezávislosti, ale vzájemné závislosti, necení si funkční odloučenosti, ale lidské komunity. Toto utváření hodnot bere postižení jako své východisko"* (Longmore in Kolářová, 2012).

Odpůrci terminologie člověk na prvním místě přicházejí s terminologií **identita na**

**prvním místě** (Identity-First Language). Tato terminologie má své zastánce zejména ve Velké Británii, kde se běžně užívají termíny jako “postižená osoba” či “postižení lidé”. Její příznivci, podobně jako výše zmínění lidé s postižením, pohlížejí na postižení jako na rozmanitost, která je součástí lidské společnosti a měla by být vnímána neutrálně, či dokonce pozitivně.

Zároveň si však uvědomují, že lidé s postižením mohou svůj stav přijímat různě, od pocitů zahanbení po hrdost. Doporučují proto, aby terminologie byla zvolena v závislosti na individuální preferenci jedince (Dunn, Andrews, 2015).

### 3. 3 Výzkumy v zahraničí

Jedním z důvodů, proč někteří odborníci zpochybňují přínos terminologie člověk na prvním místě je fakt, že provedené výzkumy nepřinesly zcela jednoznačné závěry o jejím pozitivním vlivu na postoje vůči lidem s postižením (Feldman, Gordon, White, Weber, 2002).

Patterson a Whitten (1987) zkoumali 276 vysokoškolských studentů jejich postoj vůči lidem s postižením v závislosti na terminologii. Studenti byli rozděleni do tří skupin a každé z nich byl distribuován dotazník ATDP<sup>1</sup> ve třech terminologicky odlišných verzích. První ze skupin dostala verzi s původní terminologií beze změny, druhá verzi využívající klasickou terminologii a třetí dotazník formulovaný pomocí terminologii člověk na prvním místě. Žádná spojitost se však neprokázala. Cook (1992) zmiňuje, že tyto postoje jsou velmi komplexní a některá postižení se v závislosti na situačním kontextu zdají být hodnocena pozitivněji než jiná (Lynch, Thuli, Groombridge, 1994).

Preferenci terminologie zkoumali roku 1994 také Lynch, Thuli a Groombridge na vzorku 300 státních zaměstnanců. 60 % respondentů preferovalo frázi člověk s postižením, nicméně 26 % účastníků této studie považovalo výraz “člověk s

---

<sup>1</sup> Attitudes Toward Disabled Persons Scale je měrný nástroj, který využíváme v praktické části této práce, kde je podrobně popsán.

postižením” za ekvivalentní k výrazu “postižený člověk”, a to bez ohledu na typ postižení (Lynch, Thuli, Groombridge, 1994).

Další studie, tentokrát z roku 1996, zkoumala postoje a chování lidí bez postižení vůči těm s postižením, a to za pomoci psaného projevu. 261 studentů speciální pedagogiky bylo požádáno, aby napsali krátký text o své zkušenosti s člověkem s postižením. Analýza ukázala, že studenti používají tři typy terminologie: člověk na prvním místě, klasickou a jejich kombinaci. Výzkumníci nicméně nenašli žádnou korelaci mezi typem terminologie a postojem vůči osobám s postižením (Feldman, Gordon, White, Weber, 2002).

S překvapivým výsledkem přišla studie Millingtona a Leirera (1996), která zkoumala postoje praktikujících rehabilitačních poradců a studentů rehabilitačního poradenství vůči jejich klientům, ve které autoři odhalili významný rozdíl mezi postoji jednotlivých skupin vůči lidem s postižením. Skupina poradců a studentů, která používala klasickou terminologii, zaujímala vůči klientům pozitivnější postoje než skupina, která používala terminologii člověk na prvním místě (Bickford, 2004).

Nejnovější výzkum, z roku 2002, který byl proveden za pomoci ATDP škály a dvou dalších měrných nástrojů, nicméně přichází s opačným zjištěním. Jednalo se o šetření mezi 351 studenty psychologie. Studenti, u kterých bylo zjištěno menší využití terminologii člověk na prvním místě, byl zjištěn větší profesní a sociální odstup od jejich klientů (Feldman, Gordon, White, Weber, 2002).

Výzkumníci Gouvier a Betz se roku 1997 rozhodli zahrnout do výzkumného souboru osoby, které jsou samy postižené. Jejich výzkum zkoumal preference terminologie u 208 studentů, kteří buď prodělali zranění hlavy se ztrátou vědomí, nebo žili s osobou, která prodělala poranění hlavy se ztrátou vědomí, nebo neměli žádnou osobní zkušenost s poraněním hlavy. Stejně jako u výzkumu z roku 1987, účastníci

byli rozděleni do tří skupin a každá z nich obdržela jednu ze tří terminologicky odlišných verzí ATDP dotazníku. Výsledky výzkumu však nepřinesly žádné důkazy o rozdílech v postoji vůči postiženým založených na terminologii (Gouvier, Coon, 2002).

Ve zkoumání terminologických preferencí u lidí s postižením pokračovala i studie z roku 2004, jejíž výzkumný vzorek tvořilo 100 zrakově postižených. 37 % respondentů nemělo žádnou preferenci. Ze zbylých 63 % celkem 76 % participantů (48 osob) preferovalo terminologii postižení na prvním místě, 24 % (15 osob) upřednostňovalo terminologii člověk na prvním místě. Celkově odpovědi na dotazník tohoto výzkumu naznačují, že respondenti měli vysoké sebevědomí a pozitivní sebehodnocení (Bickford, 2004).

Hodgson, Hufges a Lambert provedli v Austrálii o rok později další průzkumnou studii, tentokrát u 32 jedinců s genetickým postižením. Účastníci výzkumu v dotazníku hodnotili zda dané termíny vnímají jako urážlivé či nevhodné, pokud se použijí pro odkazování na osoby s postižením. Respondenti vybrali jako nejvíce urážlivé následující termíny: retardovaný (94 %), mentální retardace (81 %), hendikepovaná osoba (69 %), postižená osoba (38 %), intelektové postižení (13 %) a osoba s postižením (0 %). Respondenti tohoto výzkumu tak ukázali preferenci výrazů, které se shodují s terminologií člověk na prvním místě (West, Perner, Laz, Murdick, Gartin, 2015).

### **3. 4 Výzkumy v České republice**

Při studiu literatury jsme nenalezli žádný výzkum, prováděný v České republice, který by zkoumal vliv terminologie na postoj vůči lidem s postižením. Uvádíme proto některé výzkumy, které zkoumaly postoje v závislosti na demografických údajích respondentů, nebo analyzovaly pojmy používané ve vztahu k lidem s postižením.

Průzkum realizovaný Pančochou si kladl za cíl „*analyzovat postoje české veřejnosti k participaci osob s postižením na společenském životě se zaměřením na oblast vzdělávání, zaměstnání a sociálních vztahů*” (Pančocha, 2013). Výzkum sledoval postoje vůči lidem s tělesným, mentálním a smyslovým postižením, zároveň se sociální distancí na základě demografických charakteristik, jako věk, vzdělání, pohlaví, intenzita kontaktu a znalosti o postižení. Z výzkumu vyplynulo, že mladší respondenti vykazovali pozitivnější vztah vůči lidem s postižením než starší, ovšem s výjimkou mentálního. Obdobně bylo zjištěno, že míra vstřícnosti vůči lidem s postižením roste s dosaženým vzděláním, u mentálního postižení však vzdělání nehrálo žádnou roli. Ženy vykazovaly pozitivnější vztah než muži, ovšem u mentálního postižení se rozdíl neprokázal. Celkově bylo zjištěno, že vůči lidem s mentálním postižením panují významně negativnější postoje než vůči ostatním (Pančocha, 2013).

V roce 2007 proběhl výzkum zkoumající postoje žáků vůči spolužákům se zrakovým postižením. Většina chlapců (59 % v 1. ročníku a 77 % ve 4. ročníku) se přiklonila k tomu, že by byli ochotni pomáhat spolužákovi se zrakovým postižením, a to i mimo vyučování. Dívky vyjádřily stejnou podporu o něco méně (57 % v 1. ročníku a 55 % ve 4. ročníku) (Mihalčíková in Požár in Lechta, 2010).

Stejného roku provedla Krhutová průzkum, který ukázal až 40% preferenci spojení “zdravotně postižený” u odborníků, publicistů a představitelů veřejné správy. Představitelé organizací osob s postižením naproti tomu silně preferovali pojem člověk/lidé s postižením, a to až v 70 % případů (Krhutová in Michalík a kol., 2011). Co se týče tisku, byl zjištěn významný rozdíl mezi tiskem laickým a odborným, kdy v odborném časopise byl v 60 % případů používán výraz osoby/lidé se zdravotním postižením, oproti 25% výskytu výrazu “postižený” v časopise laickém (Repková in Michalík a kol., 2011).

## **Shrnutí**

V této kapitole jsme uvedli hlavní důvody, proč je terminologie člověk na prvním místě odmítána a její přínos zpochybňován. Uvedli jsme řadu zahraničních výzkumů, které zkoumaly vliv terminologie na postoj vůči lidem a přinesly smíšené výsledky, a to jak u lidí s postižením, tak u lidí intaktních.

## **4. Výzkumné šetření**

V teoretické části práce jsme popsali důvody proměn terminologie ve speciální pedagogice. Uvedli jsme příčiny vzniku terminologie člověk na prvním místě, její přínos, ale i hlavní důvody pro její kritiku a odmítání, zahrnuli jsme výzkumy, které zkoumaly její dopad na postoj vůči lidem s postižením.

### **4. 1 Cíle výzkumného šetření**

Proběhlé výzkumy vlivu terminologie na postoj vůči lidem s postižením přinesly protichůdné výsledky. Některé vliv neprokázaly, jiné prokázaly vztah mezi pozitivnějším přístupem k lidem s postižením a terminologií člověk na prvním místě, další ale naopak ukázaly souvislost vztah mezi klasickou terminologií a pozitivnějším přístupem vůči lidem s postižením. Ukázalo se tak, že na pozitivnější vliv vůči lidem s postižením mohou mít vliv oba typy terminologie.

V České republice byly zkoumány postoje vůči lidem s postižením v závislosti na druhu postižení a demografických údajích účastníků výzkumu. Proto jsme se rozhodli ověřit, zda je i typ použité terminologie faktorem, který ovlivňuje postoje vůči lidem s postižením.

Primárním cílem prezentovaného výzkumu je zrealizovat dotazníkové šetření a jeho prostřednictvím zjistit, zda existuje spojitost mezi typem použité terminologie a pozitivnějším postojem respondenta vůči lidem s postižením. Konkrétně jsme se zaměřili na terminologii klasickou a terminologii člověk na prvním místě popsané v kapitole č. 2.



## 4. 2 Metoda

Inspirováni zahraničními výzkumy jsme jako výzkumnou metodu zvolili dotazník Attitude Toward Disabled People Scale.

### 4. 2. 1 Attitude Toward Disabled People Scale (ATDP škála)

Attitude Toward Disabled People Scale (dále jen ATDP škála) je měrný nástroj vytvořený v 70. letech minulého století, kdy se ukázala potřeba objektivního a spolehlivého nástroje pro měření postoje vůči lidem s postižením jako skupině. Výzkumníci věřili, že ačkoliv lidé s rozdílným typem postižení mohou být vnímáni jeden od druhého odlišně, je mezi nimi množství podobností. Důraz byl kladen na rozdíly mezi postiženými a nepostiženými osobami a to, že lidé s postižením mohou být jako skupina vnímáni jako odlišní od osob „normálních“, zdravých.

Z širokého repertoáru výroků popisujících lidi s postižením bylo vybráno 20, které byly upraveny tak, aby je bylo možné ohodnotit na škále likertova typu (viz příloha č. 1).

Tyto výroky z původního výzkumu jsme přeložili do češtiny. Při překladu jsme dbali na to, aby přeložený text zcela respektoval původní znění výroků, a to i za cenu jisté kostrbatosti. Dotazníky jsme vytvořili ve dvou verzích. První verze používá klasickou terminologii, druhá verze byla formulována pomocí terminologie člověk na prvním místě (viz příloha č. 2).

Obě verze dotazníku tedy obsahují 20 položek, na které respondent vyznačí odpovědi, které indikují jeho souhlas nebo nesouhlas v rámci následující škály:

- +3 Zcela souhlasím
- +2 Souhlasím
- +1 Docela souhlasím

- 1 Docela nesouhlasím
- 2 Nesouhlasím
- 3 Zcela nesouhlasím

Na škále není žádný neutrální nebo nulový bod, respondent je tak nucen odpovědět buď pozitivně nebo negativně.

#### **4. 2. 2 Reliabilita ATDP škály**

Pojem reliabilita lze též vyjádřit slovy spolehlivost, stabilita, homogenita, přesnost, konzistence či stálost. Abychom mohli prohlásit, že měření bylo reliabilní, je potřeba, aby při opakovaném měření za stejných podmínek poskytovalo zhruba stejné výsledky. Reliabilitu lze tedy označit za spolehlivost měření (Chráska, 2007).

Reliabilitu lze měřit mnoha způsoby. Pro ověření reliability původní ATDP škály byly použity dva rozdílné přístupy. První z nich je známý jako Metoda půlení (Half-split method), kdy se provedené měření rozdělí na dvě poloviny, každá z nich se samostatně vyhodnotí, výsledky se korelují a ze stupně korelace se stanoví koeficient reliability. Hodnota koeficientu v rozmezí 0–1 pak vyjadřuje míru reliability (Chráska, 2007). Pro ATDP škálu byl několika opakovanými měřeními stanoven koeficient reliability mezi 0.75 – 0.85 (Yuker, Block, Young, 1970).

Druhým přístupem, který byl zvolen při zkoumání reliability ATDP škály, byla Metoda paralelního měření. Měření se v tomto případě provádí opakovaně, ale za použití různých, avšak ekvivalentních nástrojů. V tomto případě se koeficient reliability vypočítává jako korelační koeficient pro obě měření (Chráska, 2007).

Výsledek druhého měření reliability byl naměřen v hodnotách v rozmezí 0,57–0,83. Autoři škály tedy shledali, že nashromáždili dostatek dobrých důkazů o tom, že ATDP škála je reliabilním nástrojem pro měření postoje vůči lidem s postižením (Yuker, Block, Young, 1970).

### **4. 2. 3 Validita ATDP škály**

Zásadní otázkou, týkající se jakéhokoliv měrného nástroje, je „co vlastně test měří“? Původně byla ATDP škála konstruována pro zkoumání postojů jak lidí s postižením, tak nepostižených. Pro potřeby této práce zmíníme testování validity pro druhou zmíněnou skupinu respondentů. Předpoklad byl, že ATDP škála měří postoj vůči lidem s postižením jako vůči skupině. Na tomto předpokladu můžeme interpretovat získaná data jako akceptaci nebo odmítání osob s postižením. Skóre tedy indikuje, jestli respondent považuje osobu s postižením za stejnou, jako jsou všichni ostatní, nebo jestli ji vidí jako rozdílnou či vyžadující speciální přístup.

Pro potvrzení validity byly hodnoty naměřené ATDP škálou korelovány s dalšími měřeními předsudků a výzkumníci došli k závěru, že jsou měření adekvátní. ATDP škála byla tedy shledána validním měrným nástrojem (Yuker, Block, Young, 1970). Autoři ATDP škály upozorňují, že výsledky získané pomocí tohoto dotazníku by měly být interpretovány vždy souhrnně, protože validita jednotlivých výroků nebyla ověřována.

### **4. 2. 4 Ovlivnitelnost ATDP škály**

Kdykoliv je pro výzkum využít sebehodnotící nástroj, je důležité určit, do jaké míry jsou jeho výsledky ovlivnitelné tím, že respondent chce dobře zapůsobit. Ovlivnitelnost testu může být odhalena tak, že dostaneme jedince do situace, kdy je vyzván a povzbuzen k tomu, aby odpovídal neupřímně. Výsledky tohoto testu jsou pak porovnány s jeho originálním skóre.

Přesně tímto způsobem zjišťoval Yuker ve třídě 62 studentů psychologie. Nejprve studenti dokončili test pod standardními administračními podmínkami. Když byly formuláře vysbírány, třída byla požádána, aby vyplnila test znovu za odlišných podmínek – studenti byli vyzváni, aby vyplnili test tak, aby zanechali co nejlepší

dojem, aniž by vzbudili přílišné podezření.

Skóre dosažené v obou testech pak byla ověřena t-testem. Rozdíl mezi měřeními nebyl statisticky signifikantní.

Ani výsledky druhého měření porovnávající skóre ATDP škály zaměstanců firmy Abilities, s.r.o se skóre uchazečů o zaměstnání v této firmě nebyly statisticky signifikantní. Uchazeči o práci nedosáhli vyššího skóre, ačkoliv můžeme předpokládat, že se budou snažit dosáhnout co nejlepších výsledků, aby dostali práci. Test tedy nebyl shledán ovlivnitelným (Yuker, Block, Young, 1970).

#### **4. 2. 5 Modifikace**

Od doby svého vzniku byla ATDP škála mnohokrát modifikována a přizpůsobována různým potřebám. Několik výzkumníků modifikovalo ATDP škálu nahrazením termínu „postižení“ za jiné. Bates (1965) použil výrazy handicapovaný, vozík, nervové zhroucení či srdeční vada. Freed (1964) použil výrazy mentálně nemocný a alkoholik. Jak jsme zmínili ve 3. kapitole, ATDP škála byla využita pro několik výzkumů, které měly stejný cíl jako tato práce, tedy zjistit, zda má terminologie vliv na postoj vůči lidem s postižením. Výzkumníci Patterson a Witten (1978) (in Lynch, Thuli, Groombridge, 1994) zkoumali vliv terminologie pomocí tří verzí ATDP škály, kdy jedna užívala původní terminologii, druhá klasickou a třetí terminologii člověk na prvním místě. Stejným způsobem postupovali i Gouvier a Betz (1997), Gouvier, Barbin, Tucker, Hayes a Deumite (2000) (in Gouvier, Coon, 2002), Feldman, Gordon, White a Weber (2002) použili dvě terminologicky odlišné verze ATDP škály jako jednu z částí výzkumu vlivu terminologie.

#### **4. 2. 6 Vyhodnocování**

Pro vyhodnocování původní ATDP škály byl stanoven následující postup:

1. Změna znamének pozitivně formulovaných výroků 2, 5, 6, 11, 12,

2. algebraický součet skóre všech výroků,
3. změna znaménka algebraického výsledku,
4. přidání konstanty 60 (Yuker, Block, Young, 1970).

Pro účely našeho výzkumu jsme se však rozhodli pro využití statistického testu dobré shody chí-kvadrátu. Statistické testy slouží k verifikaci statisticky významného vztahu mezi jevy (Chráška, 2007). Pokud výsledek shledáme statisticky signifikantní, není pravděpodobné, aby byl způsoben pouhou náhodou. Z tohoto důvodu se nám chí-kvadrát jeví jako ideální volba pro ověření vztahu mezi použitou terminologií a postojem vůči lidem s postižením.

Při vyhodnocování námi získaných výsledků jsme postupovali následovně:

1. Algebraický součet zvlášť negativních a zvlášť pozitivních skóre odpovědí u každého výroku,
2. převrácení součtem získaných hodnot u pozitivně formulovaných výroků 2, 5, 6, 11, 12,
3. součet zvlášť pozitivních a zvlášť negativních získaných hodnot všech výroků,
4. změna znaménka algebraického výsledku,
5. ověření statistické významnosti získaných dat.

#### **4. 3 Hypotézy**

Hypotézy jsou základem kvantitativně orientovaných výzkumů. K dosažení věrohodnosti výzkumu je třeba, aby byla hypotéza kvalitně formulovaná. Zpravidla je hypotézou tvrzení vyjádřené oznamovací větou, které vyjadřuje vztah mezi dvěma proměnnými a je možné jej empiricky ověřit (Chráška, 2007). Pro účely našeho výzkumu jsme formulovali následující statistické hypotézy:

$H_1$ : Při použití terminologie člověk na prvním místě se projeví výrazně pozitivnější postoj vůči lidem s postižením než při použití klasické terminologie.

$H_{10}$ : Není pravda, že při použití terminologie člověk na prvním místě se projeví výrazně pozitivnější postoj vůči lidem s postižením než při použití klasické terminologie.

$H_2$ : Při použití klasické terminologie se projeví výrazně pozitivnější postoj vůči lidem s postižením než při použití terminologie člověk na prvním místě.

$H_{20}$ : Není pravda, že při použití klasické terminologie se projeví výrazně pozitivnější postoj vůči lidem s postižením než při použití terminologie člověk na prvním místě.

#### 4. 4 Výběr respondentů

Výběr respondentů pro výzkumné šetření představoval poměrně velkou výzvu, protože bylo třeba distribuovat dotazníky dvěma skupinám respondentů, které by byly srovnatelné co se týče demografických údajů a nedošlo tak zkreslení výsledků šetření např. pohlavím respondentů, dosaženým vzděláním či informovaností o tématu. Bylo třeba vybrat takové dvě skupiny, které by byly téměř identické.

Z tohoto důvodu jsme se rozhodli vybrat respondenty **záměrně** a jako základní soubor jsme si zvolili studenty prezenčního i kombinovaného studia Ústavu speciálněpedagogických studií na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen ÚSS). Pro tento výběr jsme se rozhodli i z důvodu předpokladu obeznámenosti studentů s terminologickými trendy používanými ve speciální pedagogice.

#### 4. 5 Distribuce dotazníku

K tvorbě dotazníku byla využita aplikace click4survey.cz, která umožňuje tvorbu online dotazníků a jejich následné šíření pomocí vygenerovaného odkazu skrze sociální sítě, e-maily či nákupem respondentů.

Studenti byli kontaktováni pomocí svých studijních hromadných e-mailů, kde byli osloveni a vyzváni k účasti na šetření. Celkem se podařilo získat 54 e-mailových adres, které byly seřazeny podle abecedy, aby bylo docíleno náhodné distribuce obou verzí dotazníku napříč všemi obory a ročníky studentů a poté rozděleny na dvě poloviny

Každé takto vytvořené skupině byl hromadně zaslán oslovovací e-mail s odkazem na dotazník a žádostí o jeho vyplnění. Respondenti se po otevření e-mailu mohli sami rozhodnout, zdali se do šetření zapojí, nebo ne, jedná se tedy o **anketní výběr**. Skupině č. 1 byla zaslán dotazník formulovaný pomocí klasické terminologie, skupina č. 2 vyplňovala dotazník využívající terminologii člověk na prvním místě (viz příloha č. 3).

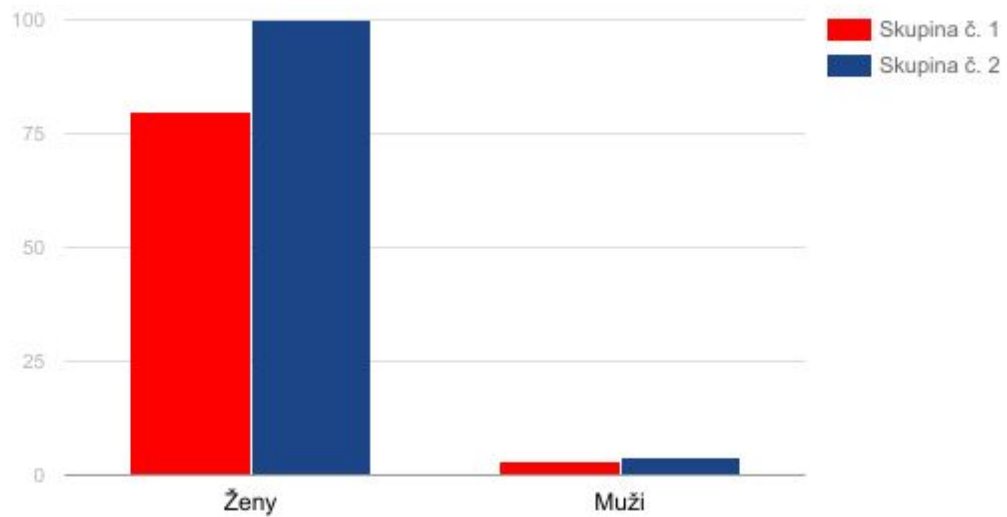
Protože byl počet odpovědí po třech dnech od oslovení relativně nízký a od několika respondentů přišly dotazy ohledně celého výzkumu, bylo rozhodnuto oslovit studenty ještě jednou. Tentokrát byl zaslán e-mail s podrobnějším vysvětlením celého výzkumu, s poděkováním za již vyplněné odpovědi a prosbou o další.

#### **4. 7 Výsledky**

Výše popsaným způsobem jsme získali celkem 187 vyplněných dotazníků.

Ve skupině č. 1 odpovědělo na dotazník celkem 83 respondentů. Z toho bylo 96 % žen (80 respondentek) a 4 % mužů (3 respondenti). Ve skupině č. 2 odpovědělo na dotazník celkem 104 respondentů, z toho 96 % žen (100 respondentek) a 4 % mužů (4 respondenti). Tato skladba respondentů odpovídá klasické převaze dívek na pedagogických oborech.

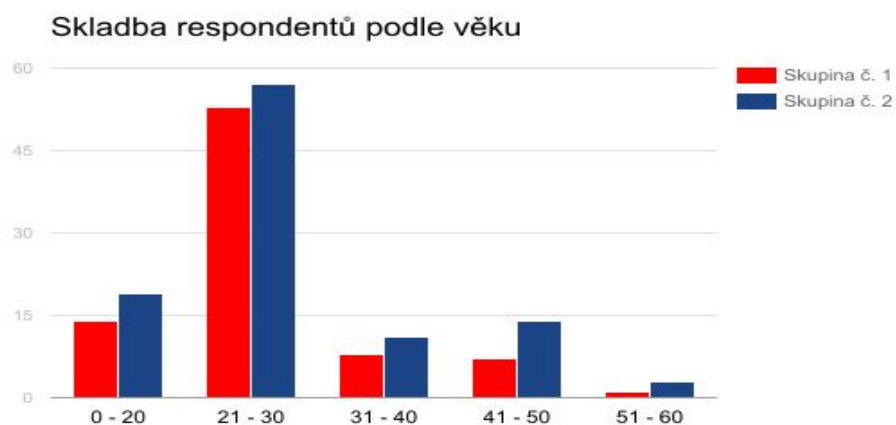
### Skladba respondentů podle pohlaví



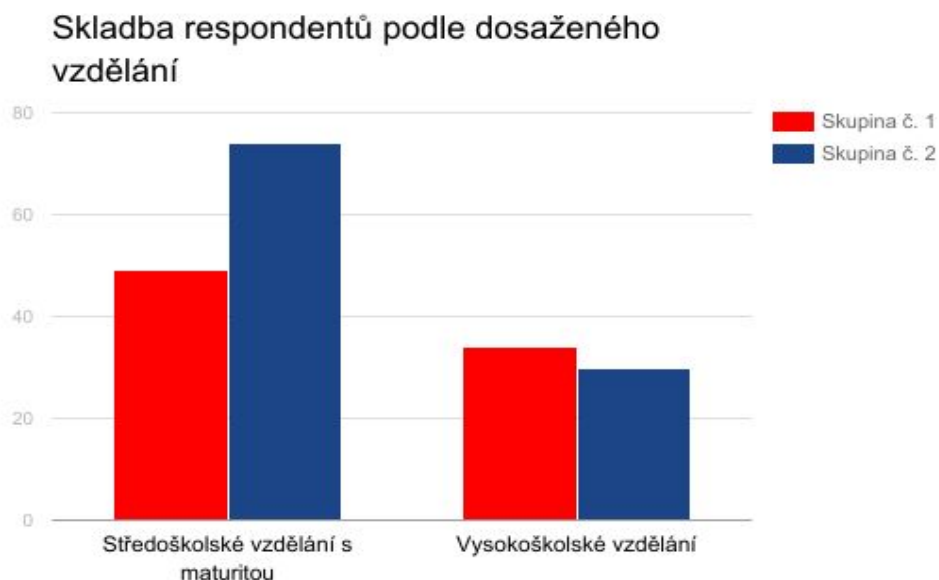
Co se týče věku, ve skupině č. 1 vyplnilo dotazník 17 % respondentů ve věku od 0 - 20 (14 osob), 64 % respondentů ve věku od 21 - 30 (53 osob), 10 % respondentů ve věku od 31 - 40 (8 osob), 8 % respondentů ve věku od 41 - 50 (7 osob) a 1 % respondentů ve věku od 51 - 60 (1 osoba).

Ve skupině č. 2 vyplnilo dotazník 18 % respondentů ve věku od 0 - 20 (19 osob), 55 % respondentů ve věku od 21 - 30 (57 osob), 11 % respondentů ve věku od 31 - 40 (11 osob), 13 % respondentů ve věku od 41 - 50 (14 osob) a 3 % respondentů ve věku od 51 - 60 (3 osoby).



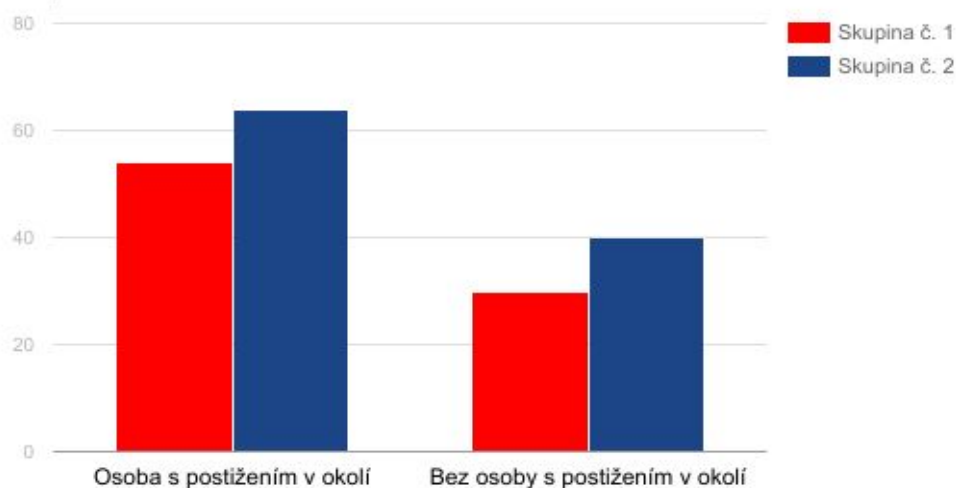


Výrazněji se skupiny odlišovaly v nejvyšším dosaženém vzdělání, kdy 59 % respondentů 1. skupiny (49 osob) dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou, zbylých 41 % (34 osob) pak vzdělání vysokoškolského. V 2. skupině byl podíl respondentů se středoškolským vzděláním vyšší - 71 % (74 osob), vysokoškolsky vzdělaní pak tvořili zbylých 29 % (30 osob).



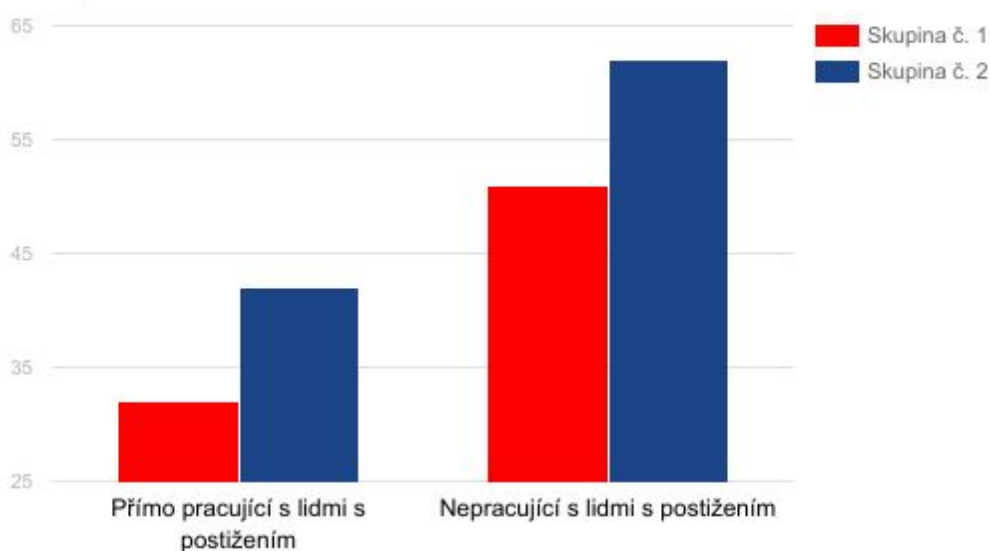
Dále byly zařazeny dvě otázky zjišťující případný vztah respondenta k osobě s postižením. 64 % respondentů (53 osob) 1. skupiny odpovědělo, že má osobu s postižením ve svém okolí, u druhé skupiny je to o 2 % méně, tedy 62 % (64 osob).

### Skladba respondentů podle existence osoby s postižením v blízkém okolí



Dále bylo mezi respondenty 1. skupiny 39 % (32 osob) přímo profesionálně pracujících s lidmi s postižením, o procento více pak ve skupině č. 2, 40 % (42 osob).

### Skladba respondentů podle přímé práce s lidmi s postižením



Po srovnání demografických údajů obou skupin lze konstatovat, že jsou téměř

identické a výsledky by neměly být ovlivněny jinými faktory než použitou terminologií.

Po ukončení sběru odpovědí jsme každé z odpovědí přisoudili hodnotu právě podle míry souhlasu či nesouhlasu respondenta na Likertově škále. Tyto hodnoty jsme sečetli u každého výroku, zvlášť negativní a zvlášť pozitivní. Získaná skóre tak značí, jak skupina jako celek souhlasila či nesouhlasila s daným výrokiem.

Pro zpřehlednění jsme výsledná skóre a popsany postup zaznamenali do tabulky:

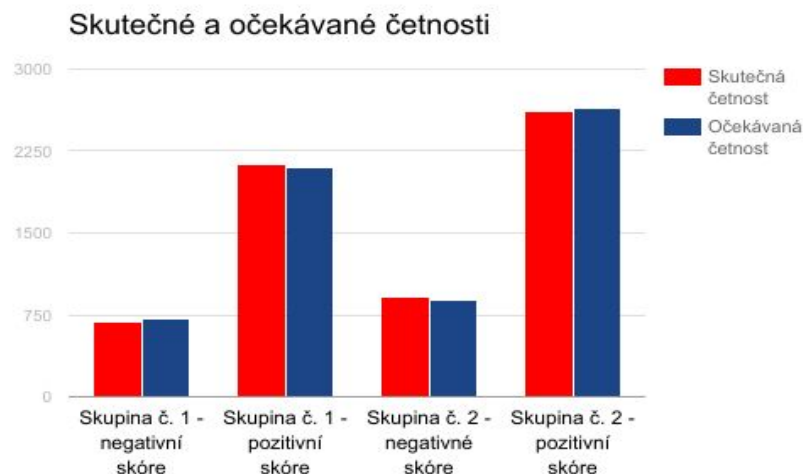
Výrok	Skupina č. 1						Skupina č. 2					
	Původní algebraický součet skóre		Převrácení skóre u pozitivně formulovaných výroků		Převrácení znaménka algebraického součtu, výsledné skóre		Původní skóre		Převrácení skóre u pozitivně formulovaných výroků		Převrácení znaménka algebraického součtu, výsledné skóre	
<b>1</b>	-124	23	-124	23	<b>-23</b>	<b>124</b>	-144	18	-144	18	<b>-18</b>	<b>144</b>
<b>2</b>	-9	178	-178	9	<b>-9</b>	<b>178</b>	-8	229	-229	8	<b>-8</b>	<b>229</b>
<b>3</b>	-89	26	-89	26	<b>-26</b>	<b>89</b>	-118	33	-188	33	<b>-33</b>	<b>118</b>
<b>4</b>	-146	1	-146	1	<b>-1</b>	<b>146</b>	-159	11	-159	11	<b>-11</b>	<b>159</b>
<b>5</b>	-26	109	-109	26	<b>-26</b>	<b>109</b>	-42	128	-128	42	<b>-42</b>	<b>128</b>
<b>6</b>	-178	6	-6	178	<b>-178</b>	<b>6</b>	-234	10	-10	234	<b>-234</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	-152	10	-152	10	<b>-10</b>	<b>152</b>	-190	12	-190	12	<b>-12</b>	<b>190</b>
<b>8</b>	-35	88	-35	88	<b>-88</b>	<b>35</b>	-49	112	-49	112	<b>-112</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	-58	56	-58	56	<b>-56</b>	<b>58</b>	-59	93	-59	93	<b>-93</b>	<b>59</b>
<b>10</b>	-56	59	-56	59	<b>-59</b>	<b>56</b>	-74	64	-74	64	<b>-64</b>	<b>74</b>
<b>11</b>	-9	141	-141	9	<b>-9</b>	<b>141</b>	-12	165	-165	12	<b>-12</b>	<b>165</b>
<b>12</b>	-66	50	-50	66	<b>-66</b>	<b>50</b>	-97	62	-62	97	<b>-97</b>	<b>62</b>
<b>13</b>	-120	19	-120	19	<b>-19</b>	<b>120</b>	-173	10	-173	10	<b>-10</b>	<b>173</b>
<b>14</b>	-139	9	-139	9	<b>-9</b>	<b>139</b>	-196	5	-196	5	<b>-5</b>	<b>196</b>
<b>15</b>	-117	11	-117	11	<b>-11</b>	<b>117</b>	-135	24	-135	24	<b>-24</b>	<b>135</b>
<b>16</b>	-125	17	-125	17	<b>-17</b>	<b>125</b>	-157	18	-157	18	<b>-18</b>	<b>157</b>
<b>17</b>	-155	15	-155	15	<b>-15</b>	<b>155</b>	-197	17	-197	17	<b>-17</b>	<b>197</b>

<b>18</b>	-77	38	-77	38	<b>-38</b>	<b>77</b>	-91	47	-91	47	<b>-47</b>	<b>91</b>
<b>19</b>	-102	27	-102	27	<b>-27</b>	<b>102</b>	-110	46	-110	46	<b>-46</b>	<b>110</b>
<b>20</b>	-149	2	-149	2	<b>-2</b>	<b>149</b>	-173	9	-173	9	<b>-9</b>	<b>173</b>
<b>Výsledný součet</b>	<b>- 689; 2128</b>						<b>-912; 2619</b>					

Výsledné hodnoty, pro každou skupinu negativní a pozitivní, jsme zadali do online aplikaci milankabrt.cz, která slouží k ověření statistické významnosti pozorovaných četností pomocí chí-kvadrátu. Ten ověřuje, zda se četnosti získané výzkumem odlišují od teoretických četností, které odpovídají nulové hypotéze. K výpočtu nám tedy slouží skutečné a teoretické četnosti:

<b>Skutečné četnosti</b>	<b>Negativní skóre</b>	<b>Pozitivní skóre</b>	<b>Celkem</b>
<b>Skupina č. 1</b>	689	2128	2817
<b>Skupina č. 2</b>	912	2619	3531
<b>Celkem</b>	1601	4747	6348

<b>Očekávané četnosti</b>	<b>Negativní skóre</b>	<b>Pozitivní skóre</b>	<b>Celkem</b>
<b>Skupina č. 1</b>	710.46	2106.54	2817
<b>Skupina č. 2</b>	890.54	2640.46	3531
<b>Celkem</b>	1601	4747	6348



Po sestavení obou tabulek jsme vypočetli testové kritérium **G = 1, 558**.

Kritická hodnota pro 2 stupně volnosti a zvolenou 5% hladinu významnosti, která je pro pedagogické výzkumy obvyklá, je  $\chi_{(1-\alpha); df} = 3, 841$ .

Pro odmítnutí nulové hypotézy musí být hodnota testového kritéria stejná nebo větší než hodnota kritická (Chráška, 2007).

Porovnáním námi získaných hodnot  $1, 558 < 3, 847$  docházíme ke zjištění, že výsledky realizovaného dotazníkového šetření **nejsou statisticky signifikantní** a stanovené **nulové hypotézy nelze odmítnout**.

### 4. 3 Diskuse

Naměřená data ukazují, že studenti Ústavu speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci, kteří se zabývají různými obory speciální pedagogiky, vykazují jako skupina **vůči lidem s postižením pozitivní postoj nezávisle na typu použité terminologie**. To znamená, že k postiženým přistupují jako k lidem, kteří jsou pro ně jen málo nebo vůbec odlišní od majoritní společnosti.

Jak jsme uvedli v teoretické části práce, na postoje vůči lidem s postižením má vliv množství faktorů. Výsledky provedeného dotazníkového šetření však ukazují, že druh použité terminologie mezi ně nepatří. Domníváme se, že ačkoliv je dnes používaná terminologie velkým a zásadním posunem oproti dřívějším “idiotům” či

“kriplům”, terminologický obrat k člověku na první místě už nepřinesl výraznější pozitivní posun v přístupu k postiženým.

Vliv terminologie na postoj vůči lidem s postižením jsme zkoumali u skupiny, která by vzhledem k náplni svého studia měla být v otázce postižení kvalitně informována a výběrem svého studia demonstruje záměr pracovat s lidmi s postižením. Je možné, že tento fakt přispěl k pozitivním výsledkům dotazníku. Obohacující srovnání by mohl přinést navazující výzkum, který předloží stejné dotazníkové šetření laické veřejnosti, která informace o postižení a postižených čerpá z jiných zdrojů, ne vždy spolehlivých a korektních, a tak i vnímání lidí s postižením pro ně může být v důsledku použité terminologie odlišné.

Nechť jsou zjištění této práce důkazem toho, že lidé, kteří se po skončení svého studia pravděpodobně budou věnovat právě lidem s postižením, přistupují k postižení jako k rozmanitosti, která je výhodou každé společnosti. Ačkoliv autoři měrného nástroje nedoporučují vyhodnocovat jednotlivé výroky škály, považujeme za vhodné zmínit výrazně záporného skóre u výroku č. 6, který zní:

„Speciální školy pro děti s postižením by neměly být,”

vůči kterému vyjádřila naprostá většina respondentů obou skupin svůj nesouhlas.

Zvláště nyní, když je v České republice stále aktuální téma inkluze, může být zjištěný pozitivní postoj budoucích speciálních pedagogů k existenci speciálních škol důležitým prvkem.

## Závěr

V předložené práci jsme zkoumali vliv terminologie člověk na prvním místě na vnímání lidí s postižením. Jedná se o terminologii, která byla vytvořena za účelem omezení či úplného potlačení stigmatizace a diskriminace spojené s postižením. Po letech se ze země svého původu, Spojených států amerických, rozšířila i do České republiky, kde se začala používat v odborné literatuře, názvech institucí i v médiích. Implikuje to však, že pokud při odkazování na postižené použijeme spojení “lidé s postižením”, automaticky je pokládáme za sobě rovné a rovnocenné členy naší společnosti se všemi právy, které jim náleží?

Ve speciální pedagogice, ale i všude jinde, kde je třeba odkazovat na lidi s postižením, je silně doporučováno využívat terminologie člověk na prvním místě ve víře, že tak posílíme individualitu jedince a zabráníme tak stigmatizaci či diskriminaci, které bývají s postižením často spojeny. Tyto negativní jevy jsou podle posledního integrovaného modelu postižení WHO spoluodpovědné za vylučování lidí s postižením ze společnosti a tím pádem za jejich sníženou participaci v běžném životě.

Výsledky provedeného dotazníkového šetření u studentů různých oborů speciální pedagogiky nicméně ukázaly, že terminologie člověk na prvním místě **nemá vliv na postoje vůči lidem s postižením**. U obou skupin oslovených studentů Ústavu speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci byly naměřeny obdobně pozitivní postoje vůči lidem s postižením jako skupině, a to jak v dotazníku, který používal klasickou terminologii, tak v dotazníku s terminologií člověk na prvním místě.

Ačkoliv byl záměr tvůrců a popularizátorů terminologie člověk na prvním místě dobrý, nechejme na postižených, aby si vybrali označení, které je jim samotným nejpříjemnější. Nevyzýváme zde k opuštění zavedených terminologických zásad, poznáváme však, že důsledné bazírování na důrazu na člověka na prvním místě nepřináší kýžené plody. Musíme se smířit s tím, že pouhé přehození slov nám samo

o sobě v boji proti stigmatizaci a diskriminaci nepomůže a budeme muset v tomto ohledu vyvinout větší, možná odlišná úsilí.