

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**FILOZOFICKÁ FAKULTA**  
**KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE**

**Poradenství rodičům dětí v inkluzivním vzdělávání**

Magisterská diplomová práce

Obor studia: Andragogika

**Autor:** Bc. Jindřiška Riesnerová

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Poradenství rodičům dětí v inkluzivním vzdělávání*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 5. dubna 2018

.....

Jindřiška Riesnerová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především PhDr. Mgr. Naděždě Špatenkové, Ph.D. za její vstřícné a podnětné vedení mé diplomové práce, za inspiraci, kterou mi poskytla, ale také za příjemnou spolupráci a lidský přístup. Rovněž děkuji i všem rodičům za vstřícnost, že si našli čas k odpovědím na mé otázky a přeji jim hodně sil a odhodlání do jejich dalšího života. Velký dík patří také mé rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla a které si nesmírně vážím.

## **Anotace**

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Jindřiška Riesnerová
<b>Název katedry:</b>	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
<b>Obor studia:</b>	Andragogika
<b>Obor obhajoby práce:</b>	Andragogika
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2018
<b>Název práce:</b>	Poradenství rodičům dětí v inkluzivním vzdělávání
<b>Názvy příloh:</b>	Příloha č. 1: Schéma rozhovoru Příloha č. 2: Poradenství rodičům dětí v inkluzivním vzdělávání
<b>Počet literatury a zdrojů:</b>	67
<b>Rozsah práce:</b>	168 471 znaků s mezerami

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá poradenstvím rodičům dětí v inkluzivním vzdělávání, se zřetelem na poradenství andragogické. Cílem práce je poukázat na přínos andragogického poradenství pro rodiče dětí se zdravotním postižením v souvislosti s inkluzivním vzděláváním a určit, kdy je vhodné toto poradenství využít a na jaké oblasti by mělo být zaměřeno. V teoretické části je přiblížena zkoumaná problematika. V praktické části je popsán kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jaká témata by měla být v rámci poradenství rodičům dětí se zdravotním postižením akcentována. Součástí práce je doporučení pro praxi a informační leták pro rodiče dětí se zdravotním postižením.

**Klíčová slova:** děti, inkluzivní vzdělávání, poradenství, rodiče, škola, zdravotní postižení, andragogické poradenství

**Title of Thesis:** Counseling for Parents of Children in Inclusive Education

**Annotation**

The diploma thesis deals with counseling for parents of children in inclusive education, with regard to andragogical counseling. The main aim of the diploma thesis is to highlight the benefit of andragogical counseling for parents of children with disabilities in connection with inclusive education and establish, when it is suitable to utilize such counseling and on which areas it should be focused. In the theoretical part, the main topics are examined. The practical part describes qualitative research aimed at finding out what topics should be emphasized in the counseling for parents of children with disabilities. Part of the thesis is a practical recommendation and a leaflet for parents of children with disabilities.

Keywords: Children, inclusive education, counseling, parents, school, disabilities, andragogical counseling

# OBSAH

ÚVOD .....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1. PORADENSTVÍ .....	9
1. 1 Poradenství jako součást andragogické praxe .....	9
1.2 Andragogické poradenství orientované na člověka v kritických uzlech jeho životní dráhy .....	11
1.3 Průběh poradenského procesu .....	15
2. RODIČE .....	18
2.1 Vymezení pojmů .....	18
2.2 Očekávání a motivace .....	19
2.3 Požadavky a potřeby .....	23
3. INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ .....	28
3.1 Zdravotní postižení v kontextu školního vzdělávání .....	28
3.2 Integrace a inkluzivní vzdělávání .....	32
3.3 Strategie rodičů .....	38
EMPIRICKÁ ČÁST .....	43
4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	43
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	44
5. METODY ANALÝZY A INTERPRETACE DAT .....	46
5.1 Metody a techniky výzkumu .....	46
5.2 Organizace výzkumu .....	48
5.3 Výzkumný soubor .....	51
6. VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	53
6.1 Otevřené kódování .....	53
6.2 Axiální kódování .....	67
6.3 Selektivní kódování .....	70

7. DISKUSE .....	72
8. DOPORUČENÍ PRO RODIČE.....	77
ZÁVĚR.....	79
LITERATURA A ZDROJE .....	83
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	88
SEZNAM PŘÍLOH .....	89
PŘÍLOHY .....	90
Příloha č. 1: Schéma rozhovoru.....	90
Příloha č. 2: Poradenství rodičům dětí v inkluzivním vzdělávání.....	92

# ÚVOD

Problematika inkluzivního vzdělávání zejména v posledních dvou letech není pouze tématem, kterému se věnují odborníci, tedy převážně pedagogové a teoretici vzdělávání. Změna školského zákona zcela přirozeně vzbudila i zájem veřejnosti, především té části populace, která má děti předškolního či školního věku.

Mnohem méně je však známá problematika andragogiky a možnosti andragogického poradenství. To však dle mého názoru nabývá v současné době na významu, neboť na rozdíl např. od poradenství psychologického akcentuje témata, která se objevují ve společenském diskursu a týkají se velké části populace. Z tohoto důvodu, ale též ze zájmu o danou problematiku se v diplomové práci zaměřuji na integraci dětí se zdravotním postižením do běžné školy, se zřetelem k využití andragogického poradenství v tomto kritickém uzlu životní dráhy rodičů těchto dětí. Cílem práce je poukázat na přínos andragogického poradenství pro rodiče dětí se zdravotním postižením v souvislosti s inkluzivním vzděláváním a určit, kdy je vhodné toto poradenství využít a na jaké oblasti by mělo být zaměřeno.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části s využitím odborné české i zahraniční literatury charakterizují andragogické poradenství, uvádím jeho specifika, kterými se odlišuje od jiných forem poradenství. Poukazuji též na důvody, proč lze toto poradenství využít právě v situaci integrace dítěte se zdravotním postižením do běžné školy. Dále je popsána situace rodičů, kteří zvažují integraci dítěte s postižením do běžné školy, zabývám se očekáváními, motivacemi, potřebami těchto rodičů. Uvedeny jsou i hlavní znaky inkluzivního vzdělávání a jeho přínos pro děti se zdravotním postižením.

V praktické části je popsán realizovaný výzkum, kterého se zúčastnilo devět rodičů dětí se zdravotním postižením. Všichni tito rodiče mají v současné době své dítě s postižením integrované v hlavním vzdělávacím proudu. Prostřednictvím narativních rozhovorů bylo zjišťováno, jaká témata by měla být v rámci poradenství rodičům dětí se zdravotním postižením akcentována. Získaná data byla analyzována s využitím zakotvené teorie.

V diskusi jsou zjištěné výsledky komparovány s teoretickými východisky. Hlavní témata, která byla identifikována jako významná v rámci možnosti poskytnutí andragogického poradenství rodičům dětí se zdravotním postižením, jsou shrnuta v kapitole věnované doporučením rodičů dětí se zdravotním postižením.



Součástí práce je i leták s nejdůležitějšími informacemi, které nenahrazují andragogické poradenství, avšak mohou sloužit rodičům dětí se zdravotním postižením jako návod, jak vhodně postupovat při vzdělávání svého dítěte se zdravotním postižením v běžné škole zejména v případech, kdy nejsou zajišťovány optimální podmínky pro vzdělávání dítěte.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PORADENSTVÍ

V první kapitole práce přibližuji problematiku poradenství, přičemž se zaměřuji především na poradenství andragogické. Definovány jsou hlavní termíny, poukázáno je na specifika andragogického poradenství a v závěru kapitoly jsou stručně popsány hlavní atributy poradenství.

### 1. 1 Poradenství jako součást andragogické praxe

Termín poradenství má podle Kaliny a kol. (2008, s. 111) svůj původ v poskytování rady. Rady dostává člověk již od útlého dětství, nikoliv však v rámci odborného, resp. profesionálního poradenství. Laické poradenství vzniká podle autora spontánně, často nebývá ani vyžádané a ten, kdo jej poskytuje, většinu čerpá ze své osobní zkušenosti. Oproti tomu profesionální poradenství představuje činnost se dvěma aktéry: na jedné straně je odborník, tedy vyškolený poradce, který nabízí a realizuje poradenské služby, na straně druhé se ocitá klient, který dané služby využívá. Jak autor dále vysvětluje, pro poradenství je charakteristické, že mezi klientem a poradcem existuje určitý vztah (čím je důvěryhodnější, tím vyšší je šance, že bude rada poskytnutá poradcem klientem vyslechnuta), přítomna bývá motivace, jejíž intenzita opět ovlivňuje možnosti poradenství, a dále odborná znalost – tu má poradce, může ji však mít v určité míře i klient. Na úrovni klientovy odborné znalosti závisí způsob intervence poradce. Platí také, že se s poradenstvím můžeme setkat v různých oborech činnosti, přičemž dle toho, o jaký obor se jedná, nabývá poradenství charakter spíše pomoci (např. v oblasti psychologického či sociálního poradenství) nebo kontroly, vedení, řízení (např. v oblasti daňového poradenství, právního poradenství apod.).

Jurkovičová a Regec (2013, s. 10-11) vysvětlují, že neexistuje jednotná či všeobecně přijímaná a uznávaná definice poradenství, což je dáno i skutečností, že je poradenství poskytováno v mnoha oblastech lidské činnosti. Podle autorů tak můžeme definovat poradenství jako vztah mezi klientem a poradcem, kdy tento vztah vznikl na základě individuálního problému klienta a klient vyjádřil přání či souhlas řešit svůj problém tímto způsobem. Na poradenství také můžeme podle autorů nahlížet jako na doprovázení, přičemž je jedinci poskytována pomoc ve formě naslouchání klientovi, zaměření pozornosti klienta i poradce na potíže či obecně situaci klienta,

dochází též k nabízení návrhů na řešení dané situace. Poslouchání přináší pomoc samo o sobě, neboť při vyprávění dochází ke snižování prožívané tenze, jedinec dále vnímá, že na své potíže není sám, že někdo druhý naslouchá, je ochoten naslouchat.

Poradenské intervence mohou podle Drapely, Hrabala a kol. (1995, s. 7-8) směřovat k následujícím cílům:

- zlepšení sebepoznání člověka, jeho silných a slabých stránek;
- klient si může ujasnit, jaké jsou jeho krátkodobé a dlouhodobé osobní cíle, které může následně modifikovat;
- pokud klient řeší závažný životní problém, poradce mu může pomoci poznat, v čem problém spočívá a též jak jej realisticky vyřešit;
- pomoci klientům, aby při svém rozhodování jednali svobodně a zároveň byli schopni přijmout důsledky za své jednání;
- pomoci klientům získat sebedůvěru a schopnost důvěřovat druhým.

Zamyslíme-li se nad výše uvedeným výčtem možných poradenských intervencí, můžeme konstatovat, že ve všech těchto aspektech má uplatnění i andragogické poradenství. Podle Klimenta (2003, s. 239) představuje de facto jakékoliv profesionální poradenství zároveň poradenství andragogické, neboť je určené dospělému člověku.

Dle mého názoru však užití termínu andragogický v souvislosti s poradenstvím ještě blíže nespecifikuje, jaké andragogické poradenství je, resp. např. právní poradenství může být z tohoto hlediska taktéž považováno za andragogické, nicméně v případě této diplomové práce, zabývám-li se andragogickým poradenstvím, nemám na mysli jakékoliv poradenství, jehož klientem je člověk, ale takové poradenství, které vychází ze zásad andragogiky.

Andragogiku definuje Beneš (2014, s. 11) jako vědní a studijní obor, který je zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých. Na toto vymezení však lze nahlížet jako na vymezení užší. Dle téhož zdroje termín pochází z latinského výrazu andros, který lze přeložit jako muž. V obecné rovině tedy můžeme podle autora nahlížet na andragogiku jako na doprovázení člověka na jeho cestě – a to cestě za vzděláním, poznáním a pochopením světa.

Čech (2015, s. 2) vysvětluje, že andragogika z hlediska sociálních věd nemá svůj vlastní předmět zájmu, zkoumání, ale sdílí jej s dalšími vědními obory. Tímto předmětem je člověk, ovšem člověk učící se. Předmět andragogiky tak může být různý, přičemž jedním z nich je orientace člověka v kritických uzlech jeho životní dráhy nebo při problémovém průběhu životní dráhy, andragogika může však být chápána i jako

animace dospělého člověka. Objektem andragogiky je tak podle autora jedinec dospělý, a to v průběhu své životní dráhy.

Podle Švece (2008, s. 61) je andragogické poradenství specializací andragogické práce, která se zaměřuje na pomoc jednotlivcům i skupinám při porozumění a překonávání adjustačních problémů, tedy potíží, s nimiž se jedinec setkává v okamžiku, kdy čelí náročné, většinou neobvyklé životní situaci. V rámci andragogického poradenství dochází podle autora také k působení na jedince v jeho životní cestě, v jednotlivých fázích životního cyklu. Samotná praxe andragogického poradenství je pak podle autora blízká jiným formám poradenství, využívány jsou techniky a metody z oblasti psychologie, psychoterapie, sociální práce apod.

Bližší popisují andragogické poradenství dále v textu.

## **1.2 Andragogické poradenství orientované na člověka v kritických uzlech jeho životní dráhy**

Životní dráhu lze podle Čecha (2015, s. 2) popsat na základě čtyř následujících dimenzí:

- čas: čas může být chápán jako biografický (tj. potenciál délky života), ale i jako čas sociálně-historický (jedinec prochází během svého života určitými časovými cykly, společenskými změnami atd.);
- horizontální dimenze životní dráhy: podle autora se jedná o sociálně historický prostor, v němž jedinec žije, do této dimenze patří i status jedince;
- vertikální dimenze životní dráhy: z tohoto hlediska se jedná zejména o postupy, nebo naopak propady na společenském žebříčku, pracovní úspěchy či neúspěchy apod.;
- význam životní dráhy: zohledňováno je, jak jedinec hodnotí svoji životní dráhu, např. z hlediska úspěchů, náročných životních situací apod.

Toto vymezení životní dráhy však není jediné možné. Blatný (2010, s. 186-187) představuje jiný model, který taktéž tvoří čtyři charakteristiky. První z nich jsou sociální trasy: jedná se o způsoby vzdělávání a práce, rodiny a bydlení jedinců či skupin, přičemž vliv na sociální trasy mají společenské instituce a historické síly. Dále se jedná o vývojové trajektorie, tj. chronologicky uspořádané společenské role a zkušenosti jedince. Tyto trajektorie jsou složeny z více tranzic, což je další dimenze životní dráhy: tranzice jsou změny ve stavu jedince, jeho společenské roli (může se jednat např. o

přechod ze základní školy na střední, vstup do manželství apod.). Podle autora platí, že příliš časná tranzice mohou ovlivnit život jedince i na mnoho dalších let, což se týká např. situace nezletilé matky. Poslední charakteristiku představuje bod obratu: jedná se o objektivní nebo subjektivní změnu v nasměrování životní dráhy.

Podle Henschkeho (2012, s. 580) lze také nahlížet na životní dráhu dospělého jedince z hlediska charakteristiky jednotlivých dekád, přičemž v rámci andragogického poradenství by měl mít poradce podle autora vždy dostatečné povědomí o hlavních znacích těchto životních úseků, neboť je zapotřebí zohlednit je i v rámci samotného poradenství. Klient ve věku 20-29 let ve svém životě experimentuje, zažívá mnoho tranzicí (nové zaměstnání, založení rodiny), k významným životním hodnotám patří peníze, sex, jedinec se zabývá vhodným trávením volného času, učí se zodpovědnosti ve vlastním jednání. V další dekádě dospělého života (30-39 let) dosahuje většinou jedinec podle autora vrcholu ve své profesní kariéře, vstupuje do významné životní role, tj. role rodičovské, finančně plánuje, rozvíjí své sociální vztahy, v rámci rodičovství se významným způsobem podílí na životě svých dětí, včetně jejich započetí školní docházky a pokračování v ní. V tomto věku se však lidé také často začínají starat o své rodiče, čelí některým životním ztrátám (rozvod, ztráta kariéry), rozvoj Já může být na určitou dobu pozastaven, a to kvůli životním nárokům či ocitání se v kritických uzlech své životní dráhy. Podobně existují charakteristiky i pro další životní dekády, a to až do 100 let věku jedince.

Je tedy zřejmé, že pakliže se andragogické poradenství zaměřuje mimo jiné na jedince v kritických uzlech jeho životní dráhy, při tomto poradenství je nutné zohledňovat výše uvedené dimenze či charakteristiky životní dráhy. Je to dáno i specifickým andragogickým poradenstvím, které se podle Henschkeho (2012, s. 569) na rozdíl od jiných typů poradenství zaměřuje v rámci poradenského procesu na jedince z holistického hlediska, z pohledu průběhu jeho životní dráhy, přičemž je sledován zejména osobnostní růst klienta, a to v kontextu jeho životní dráhy, ve smyslu jejího budoucího směřování.

Povšimnout si tedy můžeme rozdíl mezi andragogickým poradenstvím a poradenstvím např. psychologickým, vycházejícím z psychoanalytické teorie. Zatímco v psychoanalýze se terapeut či poradce zaměřuje z velké části na minulost jedince, v andragogickém poradenství tato minulost opomíjena není, nicméně důraz je kladen spíše na budoucí perspektivu, na kterou je však pohlíženo v kontextu celé životní dráhy jedince, včetně dílčích charakteristik jednotlivých období. Psychologické poradenství

podle Jurkovičové a Regece (2013, s. 14-15) si sice také klade mimo jiné za cíl přispívat k řešení životních situací jedince a napomoci tak k optimalizaci jeho životní cesty, avšak nezaměřuje se pouze na aktuální problémy jedince, ale také na problémy, které vznikly v minulosti, během jeho osobnostního vývoje. V rámci psychologického poradenství je kladen důraz zejména na psychickou stránku člověka.

Co se týče kritického uzlu v životní dráze jedince, ten lze vnímat jako krizi, za kterou považuje Špatenková a kol. (2004, s. 15) jakoukoliv situaci, v níž se něco výrazněji, až dramaticky mění, přičemž většinou tuto změnu jedinec hodnotí a prožívá negativně. Jedná se tak o rozhodný obrat děje, ale též o jakoukoliv obtížnou situaci (nikoliv tedy nutně dramatickou), okamžik nerovnováhy v životě člověka, který se může vyznačovat určitým nedostatkem. Krizi či kritický uzel tak můžeme dle téhož zdroje definovat jako *„přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými životními událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení.“*

Cimrmannová (2013, s. 21) však upozorňuje na skutečnost, že se jedná vždy o záležitost subjektivní, a nelze tedy jasně vymezit, co v životě jedince krizi je, a co jíž není. V obecné rovině je podle autorky krize (nebo tedy kritický uzel v životní dráze člověka) jakákoliv situace, kterou jedinec subjektivně vnímá a hodnotí jako nezvládnutelnou s využitím zdrojů, které má aktuálně k dispozici. Podle autorky však také platí, že byť je krize provázena úzkostí a často je tedy prožívána negativně, může v životní dráze jedince představovat i potenciál průlomu, nového zrodu, změny k lepšímu. Krize je de facto výzvou ke změně, přičemž tato příležitost může být promarněna, nebo v rámci prožívaného kritického uzlu může jedinec volit náhradní, a ne zcela vhodné řešení, což ovšem z hlediska budoucí trajektorie životní dráhy jedince může být rozhodnutím negativním, vedoucím v pozdější fázi života např. k propuknutí tělesného či duševního onemocnění.

Je tedy zcela jistě vhodné, aby jedinec v obtížně prožívaném kritickém uzlu své životní dráhy nezůstával na řešení sám a vyhledal odbornou pomoc. Andragogické poradenství je podle Szabové-Šírové (2013, s. 123) v některých ohledech jedinečné, což se týká zejména jeho interdisciplinárního a komplexního charakteru (je jisté, že poradce nemůže rozumět všem oblastem lidské činnosti, někdy je tedy zapotřebí nasměrovat klienta k jinému odborníkovi, poskytovat pouze tu formu pomoci, kterou poradce poskytnout na základě svého vzdělání a zkušeností může) a též charakteru biodromálního. Je sledován osobnostní růst člověka, ovšem při současném zohlednění

dosavadního průběhu životní dráhy, důraz je kladen na tranzitní fáze a kritické životní uzly.

Zmiňují-li poradenství zaměřené na člověka, v tomto ohledu se jeví jako jedna z nejvhodnějších forem poradenství tzv. Přístup zaměřený na člověka, jehož tvůrcem je psycholog Carl R. Rogers. Jak uvádí Vymětal (2004, s. 207), původně (ve 40. letech minulého století) se jednalo o psychoterapeutický přístup, zaměřený především na klinickou oblast. V 70. letech minulého století rozšířil Rogers svoji terapii i na neklinickou oblast a začal prosazovat užívání označení Přístup zaměřený na člověka. Tento přístup připisuje klíčový význam klientovi, člověku, který je hlavním subjektem v poradenském nebo terapeutickém vztahu, tedy tím, kdo roste, vyvíjí se a určuje směr poradenství, psychoterapie. Jak autor dále uvádí, někdy se užívá označení terapie rozhovorem nebo terapie zaměřená na klienta. Klíčové jsou ve vztahu klient-poradce (terapeut) tři fenomény, a to opravdovost (autenticita), nepodmíněné přijetí (bezpodmínečné pozitivní přijetí) a empatie. Pokud poradce/terapeut dokáže tyto kvality zprostředkovat klientovi, nastává změna v osobnosti klienta, jeho prožívání a následném jednání. V centru pozornosti stojí zážitek, zkušenost. Ke klientovi je přistupováno jako k celku, je respektována jeho autonomie a individualita. Tento přístup pak dle téhož zdroje *„uvolňuje v lidech sebedůvěru, schopnost zaměřit své životy uspokojujícím způsobem, a také se dokáží lépe a konstruktivněji rozhodovat.“*

Je tedy zřejmé, že právě tento přístup je vhodným přístupem pomoci formou poradenství v případě rodičů dětí se zdravotním postižením. Jak bude dále uváděno v textu, a zejména v empirické části v souvislosti s výsledky analýzy dat rozhovorů vedených s rodiči dětí s postižením, tito rodiče se ocitají v kritickém životním uzlu, v němž se potřebují zorientovat. Ne vždy další subjekty spolupracují, respektují dítě a jeho rodiče. Dochází k nejistotě v tom, zda jsou požadavky rodičů oprávněné, v prožívání rodičů se objevuje zoufalství, strach, snižuje se jejich sebeúcta. Rodiče dětí se zdravotním postižením potřebují nejen relevantní informace, ale především průvodcovství tímto kritickým uzlem, a to ve smyslu uvědomění si vlastní hodnoty, znovu posílení respektu vůči vlastní osobě, nalezení zdrojů k potřebnému jednání, získání jistoty a víry ve své schopnosti, včetně schopnosti učinit dobré rozhodnutí pro sebe i samotné dítě. Poradenství tak nemůže být pouze odborné, ve smyslu podávání informací, ale též odborné ve smyslu podpory a posilování integrity osobnosti rodiče dítěte se zdravotním postižením, a to tak, aby prožívaný kritický uzel byl možností k osobnostnímu růstu a posílení kongruence v dílčích strukturách osobnosti rodiče. Tím

dochází k zachování kontinuity životní dráhy, propracování její celistvosti a konzistence jednotlivých událostí a prožitků, směřování k určitému smyslu v životě, v souladu s hodnotami jedince. Směřování životní dráhy pochopitelně může variovat, mimo jiné i v závislosti na přítomnosti kritických uzlů, je však žádoucí, aby si byl jedinec vědom toho, jakým směrem se jeho život ubírá, a především aby měl dotyčný kontrolu nad tím, co se v jeho životě odehrává. K tomu bezesporu přispívá andragogické poradenství, výše zmíněný Přístup zaměřený na člověka, který nahlíží na život jedince v kontinuu životní dráhy a jedinečnosti osobnosti klienta.

### **1.3 Průběh poradenského procesu**

V rámci poradenského procesu jsou stanovovány cíle, které následně určují průběh poradenství. Jsou orientovány na pomoc a povzbuzení klienta, a to ve smyslu vlastního sebepoznání za účelem identifikace silných a slabých stránek osobnosti. Klient se s pomocí poradce začíná v problému orientovat a hledá co nejoptimálnější strategie jeho řešení. Neměl by být opomíjen ani fakt, že je nutné za dané rozhodnutí přijmout a nést odpovědnost. V ideálním případě by měl klient prožívat vnitřní spokojenost se zvoleným a realizovaným řešením. Platí též, že by tyto cíle měly být především dosažitelné (Jurkovičová a Regec, 2013, s. 37-39).

V rámci poradenského procesu rozlišují Drapela, Hrabal a kol. (1995, s. 11-13) následující fáze:

- seznámení a vytvoření kladného vztahu s klientem: poradce by měl usilovat o tvorbu příznivého klimatu, měl by v úvodu setkání také seznámit klienta s hlavními zásadami poradenského procesu. Důležité je, aby se v tomto vztahu cítil klient bezpečně, což také obnáší důvěru klienta v poradce. Autoři zdůrazňují, že není nutné (a mnohdy ani možné) se v úvodním setkání plně zorientovat v situaci klienta. Důležité je na klienta nevyvíjet nátlak a dát mu dostatek času k tomu, aby začal hovořit o tom, co je pro něj důležité, co jej trápí, s čím se však např. obává svěřit druhé, navíc cizí osobě;
- diagnóza klientova problému: v dalších setkáních je snahou poradce porozumět problému nejen v jeho objektivní podobě, ale především z hlediska emočního prožívání klienta. Jak autoři dále popisují, poradce pomáhá klientovi soustředit se na podstatné rysy problému, které byly naznačeny již při prvním setkání (zjišťuje např., jak dlouho problém trvá, kdy se objevil, jaké okolnosti jej



zesilují, co lze označit za jeho příčiny atd.). Vždy by mělo platit, že výsledný obraz problému či kritického uzlu životní dráhy klienta je společným dílem jak klienta, tak i poradce, zároveň se nesmí stát, že by poradce např. vnucoval klientovi svůj názor (na to, v čem problém spočívá, jak je vhodné jej řešit apod.);

- volba cíle a alternativy řešení problému: východiskem je určitá diagnóza popisující aktuální situaci klienta, podstatu a rozsah jeho problému, osobní klady a slabosti. Lze zvažovat alternativy řešení problému, které však nejsou cílem poradenského procesu, ale svojí konkrétností napomáhají porozumět možnému řešení kritického uzlu klienta;
- klientovo rozhodnutí a zhodnocení výsledku: rozhodnutí je vázáno na kognici, ale je silně synceno emocemi. Jak autoři vysvětlují, klient se rozhoduje opustit stav, který doposud dobře znal, a hodlá se vydat do často zcela neznámého terénu. Ze strany poradce je tedy zapotřebí trpělivosti, empatického pochopení a podpory, a to i dlouhodobějšího rázu. Je vhodné zůstat ve styku s klientem i po určitou dobu poté, co dotyčný rozhodnutí učiní a začne svoji situaci řešit. Mohou nastat i případy, kdy klientovo rozhodnutí nevede k vytyčenému cíli – většinou je podle autorů příčinou chybná diagnostika. Je tedy žádoucí motivovat klienta, aby ve spolupráci pokračoval, společně se pak klient s poradcem vrací do předchozích fází poradenského procesu.

Na dílčí řešení lze nahlížet jako na parciální cíle, které jsou ovšem taktéž důležité, neboť představují mezníky v poradenském procesu. Cíle, které jsou v rámci poradenského procesu stanovovány, mohou být krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Hlavním cílem je úspěšné vyřešení dohodnuté zakázky mezi klientem a poradcem (Jurkovičová a Regec, 2013, s. 42-43).

V rámci poradenského procesu se může poradce dopustit řady chyb. Zamezení těmto chybám je úzce provázáno s tím, co je to poradenství, tedy i co poradenství není. Poradenství podle Drydena (2008, s. 23-26) není přátelství (je tedy nutné dodržovat hranice tohoto profesního vztahu. Jak autor uvádí, klient může hledat v poradci přítele, úkolem poradce je však pomoci klientovi hledat a nalézt blízké osoby v reálném světě), ani rodičovství, nejedná se ani o obdobnou léčbu, jako je tomu u lékaře (zatímco pacient je spíše pasivní, od klienta je očekávána aktivita). Poradce nemůže být ani výlučně učitelem či dokonce vůdcem, poradenství zároveň není pouze o poskytování rad. Podle autora by měl poradce dávat klientovi rady minimálně, neboť to, co je dobré (vhodné

v dané situaci) z pohledu poradce, nemusí být dobré pro klienta, navíc tím, že je udělena rada, není klient povzbuzován k samostatnému přemýšlení.

Kliment (2003, s. 237) upozorňuje na úskalí poradenství spočívající v zastoupení moci ze strany poradce, kdy poradce přestává být klientovi nápomocný, spíše ho kontroluje. To ovšem brání aktivitě klienta a v důsledku tak výsledkem poradenství není facilitace, ale inhibice klienta.

Pochopitelně charakter i úspěch poradenského procesu závisí nejen na tom, jaký je poradce, ale též na osobnosti klienta a jeho přístupu k poradenství. Schneiderová (2008, s. 32-34) uvádí, že klient je jedinec, který nedokáže zvládnout problém (náročnou životní situaci, kritický uzel ve své životní dráze) vlastními silami či s využitím pomoci blízkých osob. Podle autorky si většinou klient spojuje svůj problém se situací, v níž se nachází, velmi často není schopen definovat či si jen přiznat svůj podíl na dané situaci. Klienty dělí autorka do tří pomyslných skupin: první představuje klient aktivní (jedná se o klienta, který vyhledal poradenství dobrovolně, přijal tuto roli, v poradenském procesu je aktivní), další klient problémový (často nevstoupil do poradenského procesu dobrovolně, což se může projevat odporem – např. mlčením, neposkytováním relevantních informací) a poslední skupinu reprezentuje klient rizikový (nejčastěji se jedná o klienty s psychickými obtížemi, kteří nespolupracují, mohou pro poradce představovat ohrožení). Vždy je tedy podle autorky nutné pracovat s očekáváním klienta. Očekávání se mohou vztahovat k formě interakcí mezi poradcem a klientem, velmi často ke způsobu pomoci. Odvíjet se však mohou i od kompetencí poradce nebo jeho činností.

## 2. RODIČE

Ve druhé kapitole práce se detailněji zabývám rodiči dětí se zdravotním postižením. Zaměřuji se na situaci, v níž se rodiče ocitají, když se začínají připravovat na povinnou školní docházce svých potomků do základní školy. Tato životní situace je pro mnoho rodičů s dětmi intaktními náročná, o to náročnější je pro rodiče s dětmi zdravotně postiženými, kdy nastavený běh rodiny se výrazně mění a nyní rodiče musí spoléhat na školu, že jejich dítěti bude poskytnuta odpovídající péče v souladu s jejich speciálními potřebami. Rodiče se tedy, se zahájením docházky jejich dítěte do základní školy, ocitají v kritickém uzlu ve své životní dráze. Na tuto situaci nahlížím z hlediska vnitřního prožívání těchto rodičů, v souvislosti s případnou potřebou poradenství: blíže pojednávám o očekávání a motivaci rodičů, jejich požadavcích a potřebách v souvislosti se vzděláváním jejich zdravotně postižených dětí. V úvodu nejprve stručně hlavní termíny charakterizuji.

### 2.1 Vymezení pojmů

Očekávání můžeme podle Brissonové a Sorinové (2016, s. 209) chápat jako určitý předpoklad budoucích událostí, v němž se propojuje minulost i budoucnost jedince. Očekávání se následně promítá do chování jedince. Při očekávání dochází podle autorek k aktualizaci mnoha kognitivních procesů. Jedinec zohledňuje možné následky určitého jednání či existence jevu, využívá při tom své vlastní zkušenosti a znalosti. Autorky také vysvětlují, že očekávání se vždy vztahuje k nějakému cíli a dle toho, jak jedinec vyhodnotí situaci, a to ve smyslu možnosti dosažení požadovaného nebo anticipovaného cíle, může docházet k modifikaci takového cíle.

Rotenstreich (1972, s. 114) vysvětluje, že očekávání je určitou hybnou silou v psychice jedince, je výrazem naší snahy uvést do souladu existující skutečnost a budoucnost, která je anticipována. Dle téhož zdroje je očekávání také vyjádřením významu, který pro nás určitý jev má. V rámci očekávání je na jedné straně v mysli jedince zohledňována existující realita a to, jak dotyčný nahlíží na události budoucí – očekávání je pak dle autora snahou propojit oba tyto póly skutečné či anticipované reality.

Motivaci vymezuje Říčan (2007, s. 92) jako „*souhrnné označení pro motivy a jejich působení.*“ Autor dále vysvětluje, že termín motiv pochází z latinského slova motus, což lze přeložit jako pohyb. Motiv lze tedy chápat jako faktor, který uvádí

jedince v pohyb, přičemž pohybem je myšlen jak pohyb fyzický (určité jednání, chování, interakce jedince s vnějším prostředím), tak i pohyb psychický, ve smyslu pohybu představ, myšlenek, přání, rozhodnutí apod. S využitím fyzikální terminologie lze dle téhož zdroje nahlížet na motiv jako na vektor mající sílu a směr.

Požadavek lze chápat jako pociťovanou potřebu, na níž se podílí např. osobní zkušenost, kultura či osobnostní rysy jedince (Zamazalová a kol., 2010, s. 4).

Cakirpaloglu (2012, s. 180) definuje potřebu jako „*vnitřní stav přebytku nebo nedostatku něčeho v organismu.*“ Autor upozorňuje na časté zaměňování dvou různých termínů, kterými jsou motiv a potřeba, avšak mezi oběma fenomény existuje rozdíl: motiv lze podle téhož zdroje chápat jako kategorii nadřazenou, do níž patří i potřeby, přičemž motiv kromě potřeby, která je určitou pohnutkou jednání, v sobě zahrnuje i dané chování vyvolané tímto podnětem, tedy potřebou.

Podobně nahlíží na potřeby i Nakonečný (1995, s. 125), který považuje potřeby za základní formu motivů, tj. motivy vznikají z potřeb. Potřeby mohou být biologické a psychologické. K tomuto Pavlovský a kol. (2012, s. 214) doplňuje, že motivy (tedy do určité míry i potřeby) lze uspořádat hierarchicky: základ tvoří biologicky podmíněné potřeby či pudy, z nichž se rozvíjejí motivy (potřeby) vyšší, specificky lidské.

## 2.2 Očekávání a motivace

V obecné rovině můžeme očekávání rozdělit do tří pomyslných kategorií, a to očekávání od sebe samých, očekávání od druhých lidí a očekávání druhých lidí od nás. V případě, že se očekávání jedince nenaplní, objevují se v jeho prožívání většinou negativní emoce, mezi nimiž dominuje zklamání, často je přítomen smutek, hněv, bezmocnost, může docházet i ke snížení sebeúcty apod. (Špatenková, 2011, s. 77).

Findler a Taubman (2016, s. 73) uvádějí, že rodiče dětí se zdravotním postižením mají různá očekávání vůči různým osobám v jejich okolí. Zcela jistě podle autorů rodiče očekávají pomoc zvenčí, avšak např. od blízkých osob (nejčastěji prarodičů) očekávají rodiče dětí se zdravotním postižením zejména podporu emoční. Jak autoři uvádějí, z četných výzkumů realizovaných ve Spojených státech amerických či Izraeli vyplynulo, že vůči ostatním osobám, tedy např. i učitelům dětí, odborníkům apod., rodiče očekávají spíše pomoc instrumentální, tj. pomoc v dílčích aktivitách či oblastech. Autoři tento rozdíl vysvětlují odlišnou emoční vazbou rodičů dětí se zdravotním postižením k lidem v jejich okolí. Zatímco tedy např. od prarodiče rodič

očekává zejména to, že na tuto situaci nezůstane sám, spíše než konkrétní pomoc však rodiče očekávají, že jim blízká osoba bude k dispozici ve smyslu bytí, možnosti sdílet své radosti a starosti. Od ostatních osob rodiče očekávají konkrétní jednání a pomoc.

Při práci s očekáváním v rámci poradenství doporučuje Banmen (2001, in Špatenková, 2011, s. 77-78) zejména následující postupy:

- upustit od nesplněných očekávání: tento způsob s sebou přináší prožitek ztráty nebo frustrace. Pokud se však podaří rodičům upustit od svých nereálných očekávání (např. ve vztahu k dítěti s postižením, vůči škole, pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogickému centru), je možné snáze se vyrovnat s realitou, zaměřovat se na to, co je v ní funkční, pozitivní atd.;
- najít alternativu k naplnění vlastních očekávání: dle autora není nutné vést klienta primárně k opuštění existujícího očekávání, ale lze pracovat na tvorbě očekávání nových;
- ulpívání na nesplněných očekáváních: pokud se jedinec nechce vzdát svých očekávání, nechce ani hledat nová, vhodnější, autor doporučuje nenutit jedince ke změně, nebo jej dokonce kvůli této rigiditě odmítat, kritizovat. Má však smysl uvažovat o tom, jakou cenu za toto setrvávání na daném očekávání zaplatí, zejména však o tom, jakou cenu za toto setrvání je ochoten zaplatit;
- jít ke svým touhám: v tomto přístupu je kladen důraz na jedinečnost každé osoby. Je hledán a propracováván význam daného očekávání pro dotyčného;
- pracovat na splnění očekávání: důraz je kladen na jednání v realitě, podpoře jedince v jeho jednání.

Muchová (2015, s. 78) vysvětluje, že dítě s postižením (např. postižením mentálním, u něž je motivace ke školnímu výkonu často silně narušena) představuje pro učitele velkou výzvu. Dítě potřebuje učitele k tomu, aby mohlo objevit v sobě vnitřní motivaci ke školní práci. Úkolem učitele v inkluzivní škole je tedy dle téhož zdroje především nutnost nalézt v sobě tvořivost a hledat cestu k takovému dítěti. Učitel by měl být schopen dříve či později nalézt vhodný způsob, jak motivovat každého žáka k učení, přičemž u každého žáka budou způsoby, jak jeho vnitřní motivaci k učení zvýšit, různé. U dětí s mentálním postižením je vhodné pracovat i se systémem odměn, což platí nejen pro školní, ale též pro rodinné prostředí.

Domnívám se, že v tomto ohledu je velmi důležitá kooperace učitele s rodiči. Rodič je tím, kdo zná své dítě nejlépe, ví, jaké motivační prvky se mu již v minulosti osvědčily, jakým tempem je vhodné s dítětem pracovat apod. Nepovažuji za slabost či

selhání učitele, pokud požádá rodiče v této oblasti o pomoc, získá od nich cenné informace, ujednotí se ve vhodném výchovném přístupu k danému dítěti. Lang a Berberichová (1998, s. 117) na základě vlastních poznatků z praxe uvádějí, že rodiče dětí se zdravotním postižením jsou často velmi angažovaní a pochopitelně též osobně zainteresovaní na vzdělávání svých dětí. V důsledku toho je tedy možné, že budou mít potřebu častějšího a intenzivnějšího kontaktu s učitelem dítěte: mohou se hodně ptát, mohou jej častěji navštěvovat. To, co tito rodiče podle autorů potřebují ze strany školy (tj. nejen učitelů, ale též vedení školy) především, je podpora a porozumění: *„nejen proto, že museli vybojovat tolik zápasů kvůli potřebám svého dítěte, ale hlavně proto, že není vůbec jednoduché starat se o dítě postižené nebo nemocné a vychovávat ho. Učitelé i rodiče potřebují podporu. Společně přitom mohou dosáhnout překvapivě dobrých výsledků. Vzájemné nabízení a přebírání spoluzodpovědnosti za různé věci, které někdo z nich umí lépe, je vhodné, zmenšuje se tím nával práce, zvyšuje to motivaci a umožňuje to podstupovat větší riziko; úkoly, které se zdály příliš náročné na čas nebo příliš těžké, se najednou dají zvládat denně a poměrně lehce.“* (Lang a Berberichová, 1998, s. 117).

Matky dětí s postižením neposuzují u učitelů pouze jejich pedagogickou práci, ale též jejich přístup k dítěti, chování. Je pro ně také velmi významné, jaký postoj zaujímá učitel vůči nim samotným: ve svém jednání s pedagogem jsou motivovány přáním, aby je učitel považoval především za svého partnera. Pokud naopak pedagog zaujímá vůči rodiči dítěte se zdravotním postižením nadřazený postoj, opírá se o svoji pedagogickou roli a činí vzájemný vztah asymetrickým, tato nerovnováha sil může rodiče dítěte s postižením velmi dráždit, znepokojovat, znejišťovat apod. Není výjimkou, že se rodič v důsledku takového jednání cítí méněcenně (Vágnerová, Strnadová & Krejčová, 2009, s. 249).

Dle Vágnerové, Strnadové a Krejčové (2009, s. 285-288) se většinou přání matek dětí s postižením týkají samotného dítěte. Centrální hodnotou je zdraví dítěte. I přesto, že matka velmi dobře zná diagnózu dítěte a prognózu jeho dalšího zdravotního (i psychického) stavu, přesto si alespoň ve fantazii přeje, aby dítě bylo zdravé, nebo alespoň aby se jeho zdravotní a psychický stav nezhoršil. Autorky dále vysvětlují, že některé matky dětí se zdravotním postižením se ve vědomé rovině svého prožívání soustředí na školu, hodnocení výkonu dítěte ve škole, což je dle téhož zdroje těmito matkami (pravděpodobně zejména na nevědomé úrovni prožívání) vnímáno jako potvrzení kvality dítěte, ale i jejich vlastní hodnoty; dobrý školní výkon potomka je

v tomto případě chápán rodičem též jako ocenění vynaloženého úsilí, které se tak stává smysluplným. Oproti tomu se velká část matek orientuje spíše na psychické prožívání dítěte, přeje si, aby dítě bylo spokojené, což se promítá i do postoje těchto rodičů ke škole. Neznamená to, že by tito rodiče neusilovali o zvyšování kompetencí jejich dětí, je však pro ně mnohem důležitější, zda dítě chodí do školy rádo, jak se cítí mezi dětmi, zda je pyšné na vlastní, byť jen drobné úspěchy.

Proč tedy má smysl zaměřovat se na rovinu motivace rodičů dětí se zdravotním postižením? Vojtová (2004, s. 177-178) vysvětluje, že v případě dítěte se zdravotním postižením je pro jeho osobnostní rozvoj i zajištění saturace významných životních potřeb klíčová právě rodina. V okamžiku, kdy dítě vstupuje do školy, tato instituce za něj do určité míry přebírá odpovědnost, stává se v jeho vývoji důležitým socializačním prvkem, avšak tato socializace má charakter sekundární. Z hlediska potřeb emočního a sociálního vývoje dítěte stojí na prvním místě rodina, tedy zejména rodiče těchto dětí.

Je tedy nezbytné, aby takto na roli rodiče ve vývoji dítěte nahlíželi i samotní učitelé. Vyžaduje to od nich schopnost upozadit se, předat část svých kompetencí rodiči, naslouchat rodičům, nechat se jimi vést.

Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009, s. 116) uvádějí, že se mnoho rodičů dětí s postižením setkává ve školách s nepřijetím. Příčinou bývá nezdědka nedostatečná otevřenost zaměstnanců školy vůči těm, co jsou jiní, ale i nedostatek kompetencí učitelů nebo jiných pedagogických pracovníků vhodně komunikovat s dítětem s postižením a jeho rodiči. Nelze ovšem z této situace vinit pouze školu. Autorky zmiňují, že mnohdy potíže v interakci škola-rodič vznikají na straně rodiče dítěte s postižením. Může se jednat o nevyjádřený nebo nezvládnutý strach, způsob myšlení rodičů, ale i specifické rysy osobnosti rodičů. Autorky upozorňují na skutečnost, že rodiče dětí s postižením potřebují mnohdy pozornost ze strany školy: potřebují vnímat, že jsou ze strany zaměstnanců školy vnímáni jako rovnocenní partneři, že učitele zajímá jejich názor, potřeby, zkušenosti. Potřeby těchto rodičů mohou být různé: *„Někteří rodiče potřebují velkou podporu, s jinými stačí si chvilku popovídat před vyučováním nebo po něm. Pokud učitel cítí, že požadavky rodičů na jeho čas a energii přerůstají snesitelnou mez, je vhodná chvíle k zamyšlení, co vlastně rodiče požadují. Obvykle jim může pomoci i někdo jiný ze školy. Určité struktury pomáhají se sdílením břemene: plánování schůzek učitele s rodiči, svépomocné skupiny rodičů, pravidelné zprávy o stavu žáka, časté neformální rozhovory o individuálních vzdělávacích programech.“* (Vágnerová, Strnadová & Krejčová, 2009, s. 116).

## 2.3 Požadavky a potřeby

To, co rodiny dětí s postižením podle Michalíka (2012a) často potřebují, je individuální přístup – k dítěti, jim samotným, celé rodině. Dle autora však tento požadavek nebývá v praxi vždy naplněn. Dle Kopřivy (2006 in Kunhartová, Potměšil & Potměšilová, 2017, s. 182) nemůže učitel, speciální pedagog apod. předem vědět, co pro daného rodiče jeho situace (skutečnost, že vychovává dítě s postižením) znamená. Požadavky rodičů se často významně vztahují k respektování jejich osobnosti, situace, znalostí, zkušeností apod.

Co se týče samotného vzdělávání žáků se zdravotním postižením v běžné škole, nezbytným předpokladem jeho úspěšnosti je nastavení optimálního individuálního vzdělávacího plánu, často označován zkratkou IVP. Jeho podstatu u žáka se zdravotním postižením spatřuje Michalík (2012b, s. 181-182) především v úpravě obecných podmínek vzdělávání, jednotlivých forem a metod práce. Může se jednat např. o užívání specifických forem komunikace, daných postižením dítěte, využití speciálních pomůcek, včetně pomůcek kompenzačních, specifická pravidla hodnocení žáka, dostupnost asistenta pedagoga apod. Autor vysvětluje, že individuální vzdělávací plán je klíčovým dokumentem při vzdělávání žáka s postižením. Za jeho přijetí je odpovědný ředitel školy, na jeho přípravě se podílejí učitelé, a to s vedením ze strany speciálně pedagogického centra, ale také za spolupráce s rodiči. Individuální vzdělávací plán by měl být co nejvíce konkrétní, měl by být zcela jasným návodem, jak s žákem jednat, pracovat, měl by obsahovat přesné informace, jak upravit vzdělávací podmínky žáka, aby respektovaly jeho vzdělávací potřeby. Dle téhož zdroje však v praxi zůstává individuální vzdělávací plán spíše formálním dokumentem.

Uzlová (2010, s. 51) považuje za ideální situaci, kdy jsou rodiče přizváni k tvorbě individuálního vzdělávacího plánu. Tím se ovšem spolupráce rodiče a školy nevyčerpává. Rodič by měl být dle téhož zdroje pravidelně informován o prospěchu a chování svého dítěte, mělo by se mu dostávat doporučení, jak s dítětem v rámci domácí školní přípravy pracovat, měli by mu být adresovány návrhy, jak odstraňovat případné – odstranitelné – nedostatky. Důležité je tedy domluvit se i na způsobu komunikace, která by měla být pravidelná a měla by vyhovovat oběma stranám. Neméně podstatná je také dostatečná informovanost rodiče o dění ve škole.

Jestliže se rodič dítěte se zdravotním postižením rozhodne pro běžnou školu pro docházku svého dítěte, očekává, že dítě bude mít možnost skutečně se vzdělávat dle



svých možností a potřeb, že se mu v tomto ohledu dostane co nejlepší péče a služeb, zároveň však bývá významným motivem přání začlenit svého potomka co nejdříve do společnosti, mezi intaktní žáky. Michalík (2012b, s. 184) uvádí, že „vzdělávání integrovaného žáka by v zásadě mělo probíhat souběžně s ostatními spolužáky. Integrovaný žák by měl mít stejná práva a povinnosti, jako ostatní žáci ve třídě: odevzdávání práce v hodině, vypracování domácího úkolu, plnění služeb v rámci třídy (např. tzv. třídní služby), účast na skupinové práci. Vše samozřejmě s přihlédnutím k omezením vyplývajícím z jeho zdravotního postižení. Je však zcela nevhodné, pokud je žák „vyčleňován“ ze třídy na celé hodiny pro individuální práci mimo třídu. Děje se tak v některých školách, které mají k dispozici asistenta pedagoga a učiní z něj „samostatného učitele jen pro dítě s postižením“.“

Je otázkou, do jaké míry mají rodiče požadavek na „speciální“ zacházení s dítětem, a do jaké míry si naopak přejí, aby k tomuto dítěti bylo přistupováno v základních aspektech jako k ostatním, intaktním žákům. Pravděpodobně nelze tuto oblast generalizovat. Vyjasnění si této skutečnosti však považují za významný prvek zajišťující úspěšnou spolupráci rodiče se školou, což se opět projeví v tom, jak dítě s postižením ve škole prospívá.

Na tomto místě je vhodné si uvědomit, že rodiče a škola nemusí vždy zastávat stejné názory a postoje. Michalík (2012b, s. 190) vysvětluje, že se jedná o zcela běžný a přirozený stav. Tato odlišnost však nutně nemusí znamenat, že obě strany nemohou sledovat společný cíl, kterým je zajištění maximálního možného rozvoje dítěte, včetně dosažení co nejvyššího stupně vzdělání, s ohledem na možnosti a schopnosti dítěte. To, co by dle autora nemělo v žádném případě mezi oběma stranami ve vzájemné komunikaci a interakci převládat, je nedůvěra, násilné či mocenské řešení dílčích situací. Problémy mohou nastávat, je však zapotřebí hledat řešení smířčí.

Požadavky, které rodiče dětí se zdravotním postižením nejčastěji mohou mít v souvislosti se zařazením svého potomka do běžné školy, bývají podle McDonella (1987 in Hájková & Strnadová, 2010, s. 68) často úzce spjatý s obavami rodičů a mohou být následující:

- bezpečnost dítěte;
- postoje ostatních žáků vůči dítěti;
- kvalita vzdělávacího programu dané školy, osobnost učitele;
- dostupnost školy z hlediska dopravy;
- sociální izolace dítěte;

- výskyt sociálně-patologických jevů, k nimž patří zejména šikana;
- selhání inkluzivního vzdělávání.

Co se týče potřeb rodičů dětí se zdravotním postižením, poměrně detailní přehled těchto potřeb nabízí Dobiášová (2013, s. 10-27), která vychází z vlastního výzkumného šetření realizovaného na výzkumném souboru 36 rodičů dětí se zdravotním postižením, navštěvujících Speciální základní školu Poděbrady. Tito rodiče vyplnili dotazník zjišťující jejich aktuální i budoucí potřeby, s rodiči byla též vedena skupinová diskuse. Autorka, na základě analýzy zjištěných výsledků, uvádí seznam následujících potřeb rodičů dětí se zdravotním postižením v jednotlivých životní situacích těchto rodičů (které se dají označit jako krizové uzly v životní dráze těchto rodičů):

- prvotní potřeby rodiny, do které se narodí dítě se zdravotním postižením: první nejistotu zažívá rodič v okamžiku, kdy zjistí, že se mu narodí nebo narodilo dítě s postižením. Rodiče potřebují odborníky, kteří jim pomohou zorientovat se v této náročné situaci, poradí a pomohou, jak ji zvládnout. Velmi oceňovali, když měli k dispozici někoho, s kým mohli o svých zkušenostech hovořit, kdo se uměl do jejich situace vcítit, provedl je tímto obdobím. Dle autorky rodiče zdůrazňovali potřebu objektivních a srozumitelných informací, a to jak o postižení dítěte, tak i o jeho perspektivách do budoucnosti, způsobech pomoci a péče. Teprve poté, co se jim daných informací a pomoci dostalo, začala se jim situace jevit jako řešitelná a zvládnutelná. K informacím, které tyto rodiče potřebují, řadili respondenti informace o sociálních dávkách a příspěvcích, zdravotních pomůckách a možnostech jejich úhrady. Bylo též zjištěno, že kontakty na jiné rodiče dětí se zdravotním postižením získali většinou respondenti až v okamžiku, kdy dítě nastoupilo na základní školu;
- potřeby v oblasti životních jistot: rodiče potřebují vědět, co bude s jejich dítětem po ukončení povinné školní docházky, resp. jaké možnosti a vyhlídky jejich dítě má. Životní jistoty souvisí i s oblastí financí. Tito rodiče bývají závislí na sociálních dávkách, příspěvcích, nečistota se vztah partnerů rozpadá se zjištěním, že jejich dítě není zcela zdravé, a tak se o tyto děti starají matky samy. Matky samoživitelky se potýkají nejen s nedostatkem financí, ale i obtížným uplatněním na trhu práce;
- potřeby v oblasti uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce: rodiče dětí se zdravotním postižením chtějí, aby se dítě s ohledem na jeho zdravotní stav zapojilo do pracovního procesu v dospělosti. Sami rodiče však mají

s uplatněním na trhu práce potíže. Pečovat o dítě s postižením většinou znamená zůstat s ním doma, plně se mu věnovat. Změní-li se podmínky (např. dítě začne chodit do školy), je pro tyto rodiče obtížné uplatnit se na trhu práce – chybí jim pracovní zkušenosti, sebevědomí, na trhu práce nebývají příliš žádáni, neboť nezřídka se jedná o matky samoživitelky, u nichž se očekává, že budou nuceny zůstat s dítětem doma v případě jeho nemoci apod.;

- potřeby v oblasti sociálních služeb: rodičům chybí dostatek informací, jaké služby mohou využívat (to se týká např. odlehčovací péče), což ztěžuje dostupnost těchto služeb. Navíc síť sociálních služeb není ve všech regionech dostatečně rozvinutá;
- potřeby v oblasti služeb návazných: respondenti zmiňovali, že potřebují poradenství v oblasti vyrovnávání se se zdravotním handicapem jejich dítěte. Jak autorka doplňuje, rodiče potřebují pro své děti i pro sebe samotné psychologickou pomoc, děti zejména péči dětského psychiatra, logopedickou péči či různé formy ergoterapie. Respondenti zmiňovali, že několik měsíců čekali např. na termín v pedagogicko-psychologické poradně, na sezení v rámci rodinné psychoterapie. Zajistit vhodného odborníka není snadné, nezřídka rodiče dojíždějí desítky kilometrů daleko, ne vždy jsou všechna odborná pracoviště bezbariérová apod.;
- potřeby v oblasti volnočasových aktivit a sociálních kontaktů: rodiče dětí se zdravotním postižením usilují nejen o integraci jejich potomků do běžné školy, ale chtějí, aby i svůj volný čas trávily jejich děti stejně jako děti ostatní. Autorka uvádí, že tito rodiče uvítají jakoukoliv možnost volnočasových aktivit, při nichž by se jejich děti mohly setkávat se svými vrstevníky;
- potřeby v oblasti začlenění se do majoritní společnosti: prakticky všichni rodiče si přáli, aby jejich dítě mohlo navštěvovat běžnou školu, což považovali zároveň s vhodnou náplní volného času společně stráveného s vrstevníky za první a nenásilné začlenění jejich dítěte do většinové společnosti. Rodiče zmiňovali potíže, s nimiž se setkávali při snaze integrovat jejich dítě do běžné mateřské školy – většinou naráželi na předsudky, strach, ale i neschopnost učitelů, což vedlo k tomu, že tato integrace dle názoru respondentů jejich dítěti spíše uškodila;
- potřeby v oblasti informovanosti: rodiče uváděli, že první soubor informací očekávali většinou od pediatra (ne vždy se jim ale potřebných informací

dostalo). Pro rodiče je také obtížné orientovat se v legislativě upravující pomoc těmto rodinám, informace vyhledávají sami, chybí přehledné katalogy, letáky, ale též kompetentní pracovníky na úřadech či mezi lékaři.

Z tohoto rozsáhlého výčtu je zřejmé, že potřeby rodičů dětí se zdravotním postižením pokrývají prakticky všechny oblasti života. To, co rodičům chybí především, je dostatek relevantních a užitečných informací, ale i odborná péče, včetně pomoci psychologické.

Lang a Berberichová (1998, s. 113) uvádějí, že v souvislosti s výběrem vhodné školy pro dítě se zdravotním postižením zvažují rodiče mnoho aspektů, k nimž patří umístění školy, možnost dopravy, pověst školy a také informace týkající se její kvality, úrovně.

Do značné míry platí, že není postiženo pouze dítě, ale danou situací je postižen i rodič, mimo jiné je výrazně omezen v saturaci svých vlastních potřeb. Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009, s. 134) přibližují situaci rodičů dětí se zdravotním postižením, resp. zaměřují se především na matky, neboť otec většinou v rodině přítomen není, nebo v ní bývá málo, proto péče o dítě je především úkolem matky, zatímco otec zajišťuje rodinu ekonomicky. Péče o dítě je natolik náročná, že matky těchto dětí většinou nemohou docházet do zaměstnání, případně se věnovat něčemu jinému. Jejich život se stává značně stereotypním, což je unavuje, vyčerpává, zejména v případě, že nemají ve svém sociálním okolí nikoho, kdo by je v jejich roli alespoň na chvíli zastoupil. Autorky soudí, že není dostatečná nabídka služeb ze strany různých institucí. Matky těchto dětí se tedy navíc cítí značně sociálně izolované, velmi často ztratily kontakt s přáteli, nebo mají omezené možnosti setkávání se s nimi. Tato situace ovšem nemusí platit pro všechny matky: mnohé si dokáží zorganizovat svůj čas tak, aby našly i čas pro sebe sama, umí vyhledat pomoc, umí o pomoc požádat, případně delegovat některé své aktivity na ostatní členy rodiny. Dle téhož zdroje je v tomto ohledu důležité, zda má matka přijatelné sociální zázemí, zda si umí říci o pomoc, zda je vyrovnanou a optimistickou osobností a zda je vybavena kompetencemi umožňujícími hledat řešení vyhovující celé rodině, což se týká i možnosti vyhledání poradenství.

### 3. INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Třetí kapitola práce je věnována problematice inkluzivního vzdělávání. V úvodu nejprve definuji relevantní pojmy a stručně také uvádím, jak je vzdělávání dětí se zdravotním postižením vymezeno platnou legislativou. Dále zmiňuji hlavní rozdíly integrace a inkluze a v závěru kapitoly pojednávám o přístupu rodičů ke vzdělávání jejich dětí se zdravotním postižením.

#### 3.1 Zdravotní postižení v kontextu školního vzdělávání

Byť je patrně většina dospělých osob schopna určit, co znamená zdravotní postižení, vzhledem k zaměření této práce je vhodné daný termín zcela přesně vymezit a detailněji popsat, jaké formy zdravotního postižení u dětí navštěvujících běžné základní školy zohledňuji.

Zdravotní postižení definuje Nováková (2012, s. 142) jako „*individuální problém člověka daný újmou na zdraví způsobenou nemocí, zraněním.*“ Tato definice je poměrně jednoduchá, dle mého názoru však není zcela přesná. Pochopitelně zdravotní postižení může pro jedince představovat „problém“, zejména v prvních okamžicích uvědomění si omezení vyplývajících z daného postižení. V rámci vyrovnávání se s určitým zdravotním handicapem však nezdědka dochází k přijetí této skutečnosti. To, že jedinec je zdravotně postižen, se může proměnit z případného problému ve výzvu apod. Domnívám se, že vymezení zdravotního postižení dopadem, jaký tento jev na psychické prožívání má či může mít, a to ještě jen u určité skupiny osob, není příliš vhodné. Navíc ve výše uvedené definici chybí také bližší specifikace toho, co zdravotní postižení znamená, co je jeho příčinou apod.

Za vhodnější považuji následující definici zdravotního postižení, kterou uvádějí Novák a Kalnická (2008, s. 542) jako výsledek shody členů pracovní skupiny Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR: „*Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento nepříznivý stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.*“

V této definici považuji za významné přesné vymezení deficitu v oblasti zdraví a dopad tohoto omezení na kvalitu života jedince, která je v dané definici zastoupena

společenským uplatněním. Ani tato definice však podle mého názoru není vyčerpávající, neboť v ní chybí např. specifikace zdravotního omezení dle rozsahu či příčiny. Krhutová (2011, s. 126) vysvětluje, že zdravotní postižení lze blíže specifikovat, s užitím konkrétních kritérií. Zdravotní postižení tak může být podle autorky lehké, středně těžké, těžké a velmi těžké, pakliže na něj nahlížíme podle jeho intenzity či hloubky, stupně postižení, dále se rozlišuje zdravotní postižení dle doby vzniku, a to na postižení vrozené a získané, a poslední typ nejčastěji užívané klasifikace představuje podle autorky dělení zdravotního postižení dle jeho druhu: rozlišuje se zdravotní postižení smyslové (např. zrakové, sluchové), tělesné (hybnosti, vnitřní nemoci apod.), postižení mentálních funkcí (např. mentální postižení) a postižení kombinované, při kterém je přítomno více druhů postižení.

V čem spočívají specifika osob se zdravotním postižením? Votava (2011, s. 261) vysvětluje, že není vhodné nahlížet na jedince se zdravotním postižením primárně z hlediska jejich zdravotního omezení, neboť *„každý z nás je nejprve člověk s řadou vlastností, z nichž jedna může být i zdravotní postižení.“* S tímto tvrzením se ztotožňuji. Vzhledem k rozsahu této práce však není možné podat vyčerpávající charakteristiku člověka, a následně se zabývat jedinečností v životě osob se zdravotním postižením. Při popisu některých atributů spjatých se zdravotním postižením tedy vysvětluji, jak se zdravotní postižení promítá do dílčích oblastí lidského života, distancuji se však od nahlížení na osoby se zdravotním postižením jako na osoby méněcenné oproti intaktní populaci. Z tohoto důvodu také v mé práci neuvádím pojem osoby zdravotně handicapované. Dle Votavy (2011, s. 261) nemůže být handicap, tj. omezení, základní charakteristikou jedince, protože určité omezení je až výsledkem konkrétní situace, tedy např. nevhodně utvořenými podmínkami ve společnosti pro osoby se zdravotním postižením.

Toto pojetí je v souladu s tím, jak na zdravotní postižení nahlíží Chvátalová (2012, s. 168), dle které je celkový obraz postižení výsledkem schopností a dovedností jedince, ale i tím, jak jedinec svoji situaci prožívá, jakým způsobem je schopen i přes dané omezení vstupovat do mezilidských vztahů. Autorka zdůrazňuje, že i dítě se závažným zdravotním postižením může vést kvalitní život a rozvíjet svůj potenciál, pakliže se mu dostává již od prvních dnů života lásky a přijetí ze strany významných osob (tedy rodičů). Významná je dle téhož zdroje dostupnost odborné péče, za jejíž pomocí lze v maximální možné míře podporovat vývoj dítěte. Cílem odborné,

ale i rodinné péče je optimální naplňování potřeb dítěte, a to ve všech oblastech lidského života.

Dítě se zdravotním postižením se ocitá oproti dospělému jedinci v odlišné situaci, což zdůrazňuje např. Kukla, Velemínský sen., Schneiberg, Velemínský jun., Struk a Struková (2016, s. 178), kteří u dětí se zdravotním postižením vyzdvihují skutečnost, že se jedná o jedince ve vývoji. Zdravotní postižení podle autorů ovlivňuje bio-psycho-sociální vývoj jedince negativně, postižení dítěte je dle autorů umocněno tím, že se dítě ještě má dále vyvíjet. Je tedy nutné zajistit takovému jedinci včasnou pomoc a podporu, aby na další vývoj mělo postižení co nejmenší dopad.

V tomto ohledu vnímám značný přínos inkluzivního vzdělávání pro děti se zdravotním postižením, a to zejména v rovině psychického vývoje a rozvoje sociálních dovedností. Jak uvádí Zemský (2017), v inkluzivní škole je kladen velký důraz na to, aby každý žák využil svého potenciálu. Odlišnost žáků není vnímána jako problém nebo přítěž, ale stává se příležitostí k rozvíjení respektu k druhé osobě, bez ohledu na to, jakými specifiky se tato osoba vyznačuje, resp. inkluzivní vzdělávání vychází dle autora z premisy, že každý člověk je jedinečnou bytostí, každá osoba se vyznačuje určitými specifiky. Specifika dětí se zdravotním postižením v tomto ohledu nejsou tedy větší či menší ve srovnání s intaktními žáky. V inkluzivním vzdělávání by tak dle autora nemělo docházet k tomu, že jsou rozlišováni žáci se speciálními potřebami a bez nich.

Pochopitelně ne vždy v praxi nastává tento ideální stav. Inkluzivní vzdělávání je v českém školství konceptem relativně novým. Je tedy nutné, aby byl tento přístup přijímán všemi zúčastněnými osobami, k nimž v širším pojetí patří i česká veřejnost. Tannenbergerová (2016, s. 40) uvádí, že pakliže inkluze ve škole selhává, nejedná se o selhání jedince, ale o selhání systému.

Jak se promítá zdravotní postižení do postavení dítěte ve škole a přístupu k tomuto jedinci ze strany pedagogických pracovníků je již naznačeno v předchozím textu. Děti se zdravotním postižením jsou dle Michalíka (2013, s. 29) zařazeny do skupiny dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Dle § 16 Zákona č. 561/2004 Sb., se jedná o osoby, které k naplnění svých vzdělávacích možností, nebo k uplatnění svých práv potřebují poskytnutí tzv. podpůrných opatření, tedy úpravy ve vzdělávání a školských službách, které odpovídají jejich zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí, v němž dítě vyrůstá, nebo jiným životním podmínkám. Podpůrná opatření jsou těmto žákům poskytována bezplatně. Dle téhož zdroje se rozlišuje pět

stupňů podpůrných opatření, a to dle jejich organizační, pedagogické a finanční náročnosti (Česko, 2004).

Za zdravotní postižení je pro účely školského zákona podle Michalíka (2013, s. 29) považováno postižení nejen tělesné, ale i mentální, smyslové – konkrétně zrakové a sluchové, vady řeči, ale též souběžné postižení více vadami. Ke zdravotně postiženým žákům patří dle téhož zdroje také děti s autismem nebo děti, u nichž jsou přítomny vývojové poruchy učení nebo chování. Kromě zdravotního postižení pracuje školský zákon také s termíny zdravotně znevýhodněný žák a sociálně znevýhodněný žák. Jak autor dále vysvětluje, zdravotní znevýhodnění se týká např. dlouhodobé nemoci žáka, zdravotního oslabení, nebo lehčích zdravotních poruch, v jejichž důsledku dochází k poruchám učení nebo chování. Sociální znevýhodnění se dle téhož zdroje vztahuje k rodinnému prostředí, v němž dítě vyrůstá, přičemž rodina je ohrožena sociálně-patologickými jevy, může se jednat o rodinu s nízkým sociálně-kulturním postavením, nebo o děti, jimž byla nařízena ústavní či ochranná výchova. Poslední skupinu sociálně znevýhodněných dětí představují děti se statutem azylanta nebo účastníci řízení o udělení azylu na území České republiky.

Co se týče podpůrných opatření, která jsou dětem se speciálními vzdělávacími potřebami ve školách poskytována, dle § 2 Vyhlášky č. 27/2016 Sb., představuje první stupeň podpůrných opatření pouze minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání. Tato opatření zajišťuje škola sama. Pokud nejsou s ohledem na potřeby žáka podpůrná opatření prvního stupně dostatečná, škola doporučí žákovi využití poradenské pomoci školského poradenského zařízení. V tomto zařízení jsou posouzeny speciální vzdělávací potřeby dítěte. Na základě doporučení školského poradenského zařízení a zároveň s poskytnutím informovaného souhlasu žáka či jeho zákonného zástupce následně škola zajišťuje podpůrná opatření druhého až pátého stupně. Tato opatření lze kombinovat, přičemž platí, že konkrétní druh podpůrného opatření lze poskytovat pouze v jednom stupni (Česko, 2016).

Podpůrná opatření poskytovaná ve školách žákům se zdravotním postižením zahrnují kromě speciálních metod, postupů, forem nebo prostředků vzdělávání též využívání různých pomůcek (kompenzačních, rehabilitačních, učebních apod.) – může se jednat např. o speciální učebnice, didaktické materiály. Mezi podpůrná opatření však patří také poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě apod. (Michalík, 2013, s. 33).



Je tedy zřejmé, že v kontextu inkluzivního vzdělávání je kladen velký důraz na zajištění takových podmínek vzdělávání, aby i děti se zdravotním postižením mohly co nejlépe naplnit svůj potenciál. Uváděla jsem, že zdravotní postižení více či méně snižuje možnosti jedince plně se zapojit do společnosti, přičemž zároveň platí, že s dopomocí z vnějšího prostředí lze v tomto ohledu mnohé změnit tak, aby postižení dítěte představovalo co nejmenší omezení v jeho současném i budoucím životě. Na inkluzivní vzdělávání tak můžeme nahlížet jako na cenný nástroj, jak zvyšovat kvalitu života dětí se zdravotním postižením. Problematice inkluzivního vzdělávání a integrace dětí se zdravotním postižením do hlavního vzdělávacího proudu se více věnuji v následujícím textu.

### **3.2 Integrace a inkluzivní vzdělávání**

Bendová a Zikl (2011, s. 42) uvádějí, že pojem integrace pochází z latiny, ze slova *integrare*, což lze přeložit jako sjednocovat, scelovat. Na integraci můžeme nahlížet z širšího i užšího hlediska. V širším pojetí se integrací podle autorů rozumí začleňování osob s postižením nebo znevýhodněním do společnosti. V užším pojetí rozumí autoři tímto termínem integraci školní, tedy vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v běžných školách. Autoři zdůrazňují, že školní integrace je pouze dílčí složkou celkové integrace jedince do společnosti, stává se prostředkem k dosažení širší, sociální integrace.

Michalík (2013, s. 10-12) uvádí, že v mnoha mezinárodních i českých významných dokumentech, k nimž patří např. Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod či Listina základních práv a svobod, je zdůrazňováno právo každého jedince na rovné zacházení. Jak autor dále vysvětluje, lidé si jsou rovni v důstojnosti a právech. Zákaz diskriminace osob se zdravotním postižením je dle téhož zdroje deklarován také např. v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, v níž je také kladen důraz na podporu osob se zdravotním postižením při jejich aktivním začleňování do života společnosti. Diskriminace spočívá podle autora zejména ve znevýhodnění jedince. Diskriminace je zakázaná v mnoha oblastech lidské činnosti, mimo jiné i v oblasti vzdělávání.

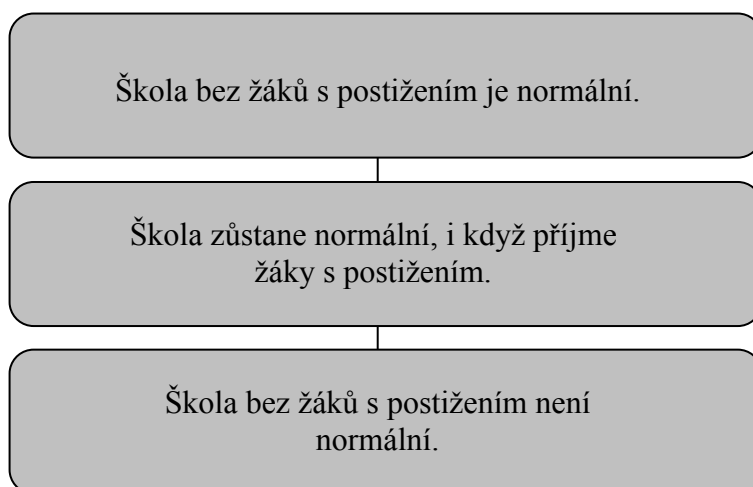
Podobně v Bílé knize jsou shrnuty základní principy demokratické vzdělávací politiky uplatňované v současné době v České republice. V dokumentu je uváděno, že je nutné zajistit spravedlivý přístup ke vzdělávacím příležitostem „*tak, aby byly*

*uspokojeny všechny vzdělávací potřeby společnosti, aby každý její člen měl možnost nejen si najít vlastní vzdělávací cestu, ale i později – v průběhu života – ji změnit. Znamená to svobodnou volbu vzdělávací cesty i instituce, přístup k potřebným informacím, především však vytvoření odpovídajících vzdělávacích příležitostí a forem pro všechny podle jejich schopností, požadavků i potřeb.“ Zároveň je dle téhož zdroje nutné, aby byl maximálně rozvíjen potenciál každého jedince, nejen určité, „preferované části populace...Jde tedy o zásadní změnu orientace, o přizpůsobení vzdělávacího systému jedinci, o co největší možnou diferenciaci a individualizaci vzdělávání.“ (MŠMT, 2001, s. 17).*

Důraz na integraci dětí se zdravotním postižením do hlavního vzdělávacího proudu tak můžeme vnímat jako reflexi nevhodného přístupu k osobám s postižením, který byl v české společnosti desítky let uplatňován. Bezesporu ke změně dřívějšího systému vzdělávání přispěla i kritika České republiky v zahraničí. Za přelomový v tomto ohledu označuje Kostlán (2013) rozsudek Evropského soudu pro lidská práva z roku 2007, dle něž Česká republika porušila právo na vzdělávání u 18 romských dětí z Ostravska.

Vývoj přístupu k integraci žáků se zdravotním postižením ilustruje obrázek 1. Jak je z tohoto obrázku zřejmé, zatímco dříve bylo zcela běžné považovat za normální, aby žáci s různým druhem postižení byli vzděláváni mimo hlavní vzdělávací proud, v současné době je segregace těchto žáků do speciálních typů škol považována za nevhodnou, nenormální. Jedná se však o postupný proces změny v myšlení laické a odborné veřejnosti.

Obrázek 1: Vývoj přístupu společnosti k integraci ve školství



Zdroj: Hájková (2005, in Bendová & Zikl, 2011, s. 44)

Při bližším zkoumání prezentovaného schématu stojí za pozornost také nikoliv však explicitně vyjádřená obava z toho, zda bude škola (a tedy i žáci v ní) normální, pakliže ji budou navštěvovat i žáci s postižením. Zde můžeme pozorovat potřebu vlastní všem lidem chránit vlastní společenství, zvyšovat kohezi skupiny, do níž jedinci patří, a to tím, že je vyloučeno začleňování skupin cizích, neznámých. Dle Allporta (2004, in Čeněk, Smolík, & Vykoukalová, 2016, s. 203) je typické, že členové jedné skupiny užívají pro její vymezení slovo „*my*“, zatímco příslušníci jiných skupin či lidé stojící mimo vlastní skupinu jsou považováni za ty jiné, ostatní, druhé apod.

Možnost začlenění dítěte se zdravotním postižením do běžné školy byla ve významných legislativních dokumentech poprvé zmíněna ve Vyhlášce č. 291/1991 Sb., o základních školách. V roce 1994 byl přijat Metodický pokyn MŠMT o integraci dětí a žáků se zdravotním postižením, který byl v roce 2002 nahrazen Směrnicí MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení. Za pozornost stojí, že do této doby bylo možné, aby děti s těžkým zdravotním postižením byly osvobozeny od povinné školní docházky. Změna nastala přijetím nového školního zákona, který začal platit v roce 2005. Mimo jiné v tomto dokumentu chybí možnost osvobození dítěte od povinné školní docházky, zároveň tento dokument klade důraz na rovnost ve vzdělávání (Uzlová, 2010, s. 16).

Přínos integrace spatřují Langmeier a Krejčířová (2006, s. 116) nejen pro samotné děti se zdravotním postižením, ale zdůrazňují, že je tento přístup cenný také pro děti bez postižení. Děti s postižením se v běžné škole připravují na dospělý život v normálních podmínkách. Také intaktní děti se však mnohem učí – mají možnost lépe poznat jedince, kteří jsou odlišní, mohou jim lépe porozumět. Především jsou však zcela přirozeným způsobem vedeny k rozvíjení prosociálních dovedností. Dle Groofa a Lauwerse (2003, in Slowík, 2013, s. 33) si děti bez postižení mohou utvářet nezaujaté postoje k vrstevníkům s handicapem a mohou tedy i relativně snadno přijmout hlavní myšlenku inkluze, tedy že „*být odlišný je normální*“.

V českém školním prostředí lze podle Tannenbergerové (2016, s. 39-40) identifikovat dva hlavní typy integrace, a to integraci individuální a integraci skupinovou. Jak název napovídá, v případě individuální integrace dochází ke vzdělávání jednoho žáka s postižením či speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole, mezi intaktními žáky, zatímco skupinová integrace představuje vzdělávání jednotlivce či skupiny osob se zdravotním postižením v běžné škole, avšak odděleně od intaktních žáků. Jak autorka dále vysvětluje, v případě integrace si jedinec s postižením *de facto*

musí zasloužit docházku do běžné školy, musí být u něj zřejmé, že podmínky vzdělávání v běžné škole zvládne. U inkluze však žádné takové podmínky na dítě, včetně jeho rodiny, kladeny nejsou.

Pouhým zařazením či přeřazením dítěte se zdravotním postižením do běžné školy však pochopitelně nedochází ke změně v myšlení intaktních žáků, ani k benefitu v osobnostním rozvoji dětí se zdravotním postižením. Chvátalová (2012, s. 113-114) vysvětluje, že integrace žáků s postižením do běžné školy může mít na všechny zúčastněné pozitivní dopad pouze za podmínky, že tomuto způsobu vzdělávání jsou nakloněni učitelé ve škole a vedení školy. Dle autorky musí např. učitelka, která má takové děti ve třídě, vnímat a chápat, že tato změna je přínosem pro třídní kolektiv, ale i pro ni samotnou. V případě, že se učitelům daří přizpůsobit své působení ve třídě žákům se speciálními vzdělávacími potřebami (např. tím, že volí nové vyučovací metody, zaměřují se na vhodnou motivaci žáků), zvyšuje se i jejich sebevědomí a vědomí vlastní účinnosti. To následně zpětně působí na samotné žáky a celou třídu, v níž vzniká pozitivní sociální klima. Autorka dále uvádí, že by učitelé měli rozumět tomu, že není jejich úkolem naučit všechny děti všechno, ale mnohem významnější je vést děti k pochopení individuálních odlišností, rozvíjet u nich toleranci k odlišnostem, prosociální dovednosti a schopnost empatie či solidarity.

Z doposud uvedených poznatků vyplývá, že problematika integrace není jednoznačně pojímána a přijímána odbornou veřejností. Rodiče dětí se zdravotním postižením se tak ocitají nezdědka ve velmi obtížné situaci, neboť jak uvádí Horváthová (2014), je především na rodičích rozhodnout, jakým způsobem bude jejich dítě vzděláváno. K tomu, aby rodiče dětí s postižením mohli učinit rozhodnutí v této oblasti, je nutná jejich dostatečná informovanost. Autorka zdůrazňuje, že integrace dětí se zdravotním postižením do hlavního vzdělávacího proudu má výhody i nevýhody. K výhodám patří možnost navštěvovat školu v blízkosti bydliště, kontakt s vrstevníky, včetně společného dospívání, zmenšení rizika sociálního vyloučení dítěte. Navíc dle autorky často dochází k tomu, že docházka dítěte s postižením do běžné školy zvyšuje sociální status daného jedince. K nevýhodám patří dle téhož zdroje menší dostupnost vhodných pomůcek k výuce, ve speciálních školách učí speciální pedagogové, dostupná bývá i léčebná, rehabilitační či sociální péče. Ve speciálních školách také bývá ve třídách méně žáků, což vytváří prostor pro individuální přístup k žákům. Patrně nejzávažnější je však možný negativní dopad začlenění žáka se zdravotním postižením do běžné třídy, daný přístupem intaktních žáků k těmto jedincům – ti nemusí žáka se

zdravotním postižením přijmout, může docházet k projevům šikany vůči tomuto jedinci, samo dítě s postižením může vnímat, že není spolužáky přijímáno, případně dítě může vnímat své spolužáky jako nedosažitelnou konkurenci. To vše může v žákovi s postižením vyvolávat značný stres.

Co je to inkluze či inkluzivní vzdělávání lze dle Bendové a Zikla (2011, s. 43-44) vyložit různými způsoby. První z nich je pojetí inkluze jako vrcholu integrace. Druhý, často užívaný přístup, se týká procesu začleňování jedince s postižením do běžné školy. Při inkluzi není přítomno původní vyčlenění jedince z intaktní populace, tj. jedinec s postižením je plně zapojen do společnosti po celý svůj život, zatímco integrace v tomto smyslu znamená začlenění do společnosti jedince, který z ní byl vyloučen. Třetí přístup, který autoři uvádějí, zohledňuje kontext, v němž oba procesy probíhají – inkluze je tedy chápána jako začleňování jedince do širší společnosti, zatímco integrace je vnímána jako začleňování jedince do školního prostředí. Inkluze může být dle téhož vzoru pojímána jako splynutí jedince s postižením se společností, nebo mohou být oba pojmy užívány jako synonyma. Autoři však upozorňují na rozdíly obou fenoménů.

Také v této práci pojmám inkluzi a integraci jako odlišné procesy. V rámci inkluzivní filosofie nejsou a priori činěny rozdíly mezi žáky, neboť každý žák je pojímán jako jedinečný, nikoliv jako méně či více hodnotný dle určitého kritéria. Mnohdy rodiče dětí se zdravotním postižením musí velmi složitě hledat potřebné informace k tomu, jaká škola je pro jejich dítě nejvhodnější. Dostávají se nezřídka do pozice prosebníka, žádajícího ředitele školy o rovnocenný přístup k jejich dítěti. Potýkají se s pochybnostmi, zdali skutečně zajišťují svému dítěti optimální podmínky vzdělávání. Tyto vnější okolnosti, které proces integrace doprovázejí, nejsou u inkluze přítomny, pakliže existuje ve společnosti shoda, že inkluzivní vzdělávání je pro všechny děti tím nejlepším řešením.

Za pozornost stojí názor K. Pančochy, vedoucího Institutu výzkumu inkluzivního vzdělávání na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity. Pančocha nahlíží na školní inkluzi v kontextu inkluze společenské a popisuje přínos inkluzivního vzdělávání pro společnost: *„Když budeme vzdělávat sociálně vyloučené nebo jinak handicapované žáky společně s ostatními, naučí se ve společnosti lépe fungovat i v dalším životě, ostatní se naopak naučí přijímat jinakost a rozmanitost. Odpadne vám celoživotní segregace a starost o takto vyloučené lidi, kteří díky inkluzi třeba získají zaměstnání na běžném trhu práce nebo získají sebevědomí a dovednosti, aby se*

*postarali sami o sebe. Nebudete muset zajišťovat celoživotní péči, vyplácet sociální dávky a tak dále.*“ (Povolný, 2016, s. 9).

Ukazuje se, že jedním z klíčových faktorů určujících, zda inkluze bude či nebude pro žáka přínosná, je osobnost učitele. Chvátalová (2012, s. 113) zdůrazňuje u učitelů především ochotu a přesvědčení jako významné nositele změny: *„musí existovat ochotná paní učitelka, která je přesvědčena, že ji postižené dítě bude inspirovat k přemýšlení, změně vyučovacích metod, výrazné motivaci a přinese i jí zpětně uspokojení z vlastní schopnosti situaci zvládnout, i když musí vyvinout daleko větší úsilí. V takové třídě bude dítě s postižením šťastné, vítané, a tím i dle svých možností úspěšné.*“ Podobně Vítečková (2011, s. 330) přisuzuje primární úlohu ve výchově dítěte ve škole právě učitelům. Autorka uvádí, že jen stěží mohou být děti ochotné sdílet svůj osobní prostor a spoluvytvářet jej s ostatními jedinci, pakliže k tomuto nejsou vedeni, nedostává se jim podpory, ale i vhodné zpětné vazby. Učitel v inkluzivním vzdělávání by se měl dle téhož zdroje vyznačovat angažovaným postojem, měl by být schopen zvládat předsudky, vést své žáky k toleranci vůči odlišnosti.

Podle Tannenbergerové (2016, s. 36-37) je důležité, aby si byl pedagog vědom hlavních zásad inkluzivní pedagogiky, které jsou podle autorky následující:

- princip humanizace a demokracie: na inkluzivní vzdělávání lze podle autorky nahlížet jako na aplikaci důrazu kladeného na dodržování lidských práv do praxe, stejně jako prosazování hodnot svobodné a demokratické společnosti;
- princip heterogenity, tj. různorodosti;
- princip spolupráce: na školní třídu či školu můžeme nahlížet jako na sociální skupinu, v níž se děti přirozeně učí spolupráci, komunikaci, dosahování cílů apod., přičemž podobně jako v dospělém životě jsou komunikačními partnery různí lidé, s různými charakteristikami;
- princip regionalizace: školu navštěvují prioritně děti žijící v okolí školy, tj. posilována je soudržnost komunity;
- princip otevřenosti a efektivity: otevřenost chápe autorka jako otevřenost vůči všem dětem z daného okolí školy;
- princip individualizace: inkluzivní vzdělávání podporuje jedinečnost každého žáka, včetně zaměřenosti na potřeby jednotlivců;
- princip celistvosti: u každého žáka jsou rozvíjeny dílčí složky osobnosti, ale i oblast fyzická.

Na zajištění dodržování všech uvedených principů pochopitelně nezůstává učitel sám. Straková (2016) doporučuje učitelům využívat různé formy pomoci, kterou představují také další aktéři inkluzivní pedagogiky, tj. např. etoped, psycholog, asistent pedagoga. Spolupráce učitele s rodiči žáka je vždy nezbytná, u dětí se zdravotním postižením tomu není jinak, naopak v tomto případě potřeba kooperace vzrůstá, neboť rodiče většinou velmi dobře znají své dítě a mohou učiteli pomoci v přístupu k němu. Jak autorka shrnuje: „*cesty jsou různé, pomoc rozmanitá, ale na začátku musí být víra v to, že inkluzivní přístup je smysluplný a dosažitelný.*“

### 3.3 Strategie rodičů

Způsob, jakým rodiče dětí se zdravotním postižením přistupují k inkluzivnímu vzdělávání, byl již v textu naznačen. Na tomto místě se zaměřím na možné strategie, které rodiče užívají v souvislosti s možnou integrací jejich dětí do hlavního vzdělávacího proudu.

Hodkin a Newel (2007, in Tannenbergerová, 2016, s. 26) nahlížejí na inkluzi jako na způsob, jak doručit dětem jejich práva – užívají termín *child-centered education*, který lze volně přeložit jako způsob vzdělávání, v jehož centru pozornosti stojí dítě samotné.

Pochopitelně i pro většinu rodičů představuje dítě středobod jejich subjektivního prožívání světa. Je zcela přirozené, že rodiče chtějí, aby se jejich dítě mělo co nejlépe, zejména však, aby sociální okolí přistupovalo k jejich potomkovi s úctou a zájmem. Tento přístup by měl být v inkluzivním vzdělávání samozřejmostí, jak dále uvádím, ne vždy se tak děje.

Z občanského zákona a ustanovení o rodině vyplývá, že za nezletilého žáka jedná ve věci vzdělávání vždy jeho zákonný zástupce, přičemž toto jednání musí být v zájmu dítěte. Školské poradenské zařízení pouze navrhuje nejvhodnější vzdělávací cestu pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, tj. o samotném způsobu vzdělávání nerozhoduje. Také školské poradenské zařízení musí vždy jednat v zájmu dítěte. Pokud jsou obě strany, tedy rodiče a školské poradenské zařízení, ve shodě, je vše v pořádku – problém však může nastat v situaci, kdy např. rodič požaduje, aby jeho dítě bylo vzděláváno ve speciální škole (tj. dle § 16 odst. 9 školského zákona), avšak školské poradenské zařízení k tomuto typu vzdělávání neshledá důvod, do jednání obou stran může vstoupit orgán sociálně-právní ochrany dětí, případně může rodič

požádat o revizi doporučení ke vzdělávání. Co se týče ředitele spádové školy, ten může žáka odmítnout pouze v odůvodněných případech – může se jednat o naplněnou kapacitu školy, třídy, nebo o nemožnost zajistit některé z podpůrných opatření, které určilo školské poradenské zařízení. I v tomto případě však neplatí, že jsou možnosti ředitele nelimitované – důvodem nepřijetí žáka do školy může být nemožnost zajistit stavební úpravy (např. bezbariérovost školy) v případě, že se jedná o budovu u památkově chráněného objektu, avšak nelze nepřijmout žáka do školy kvůli tomu, že v ní nepůsobí asistent pedagoga. Asistent pedagoga je z hlediska inkluzivního vzdělávání pojímán jako podpůrné opatření pro žáka, a je povinností ředitele školy zajistit stanovená podpůrná opatření do čtyř měsíců od jejich stanovení školským poradenským zařízením (MŠMT, n.d.).

Z tohoto vymezení je tedy zřejmé, že v případě, že si rodič přeje vzdělávat své dítě v běžné, a to spádové škole, školské poradenské zařízení neshledá tento způsob vzdělávání žáka jako nevhodný, kromě výše uvedených výjimek musí ředitel žáka do školy přijmout, přičemž zároveň také musí zajistit, aby byly naplněny podmínky nutné k optimálnímu vzdělávání tohoto žáka.

Rodiče dětí se zdravotním postižením tak dnes mají oporu v zákoně, chtějí-li pro své dítě inkluzivní vzdělávání. To ovšem neznamená, že vždy jsou tomuto přístupu nakloněni ředitelé škol, pedagogové na školách, a že je tedy inkluzivní vzdělávání pro rodiny dětí se zdravotním postižením bezproblémové. Rodiče dětí se zdravotním postižením často vedou se školami, resp. jejich pracovníky, velmi psychicky i fyzicky náročná jednání ve snaze zajistit svým dětem co nejlepší vzdělávací možnosti, tedy i co nejlepší budoucnost.

Velmi cenné přiblížení procesu usilování rodičů dětí se zdravotním postižením o inkluzivní vzdělávání jejich potomků nabízí ve své diplomové práci Míčková (2017, s. 47), která v rámci vlastního výzkumného šetření provedla polostrukturované rozhovory s jednou ředitelkou základní školy a sedmi členy aliance Rodiče za inkluzi, která je dle autorky jedinou organizací v České republice zabývající se integrací všech žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol. Tito členové jsou zároveň rodiči dětí se zdravotním postižením. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se rodiče angažují v oblasti inkluzivního vzdělávání.

Míčková (2017, s. 70-73) na základě analýzy dat pomocí otevřeného kódování zakotvené teorie uvádí, že angažovanost těchto rodičů začíná již při samotném hledání vhodné školy pro jejich dítě. Rodiče vyhledávají informace, navštěvují semináře,



přednášky, tato angažovat však nekončí ani v případě, kdy dítě začne navštěvovat běžnou školu. Rodiče jsou velmi aktivní, komunikují se školou, což je většinou nutností. Tito respondenti jsou navíc skutečně velmi angažovaní – šíří informace a poradenství mezi dalšími rodiči dětí se zdravotním postižením, vystupují v televizních pořadech, zasílají učitelům informace o akcích týkajících se inkluzivního vzdělávání, pomáhají škole např. získáváním peněz na pomůcky či jiné potřebné věci. Respondenti uváděli, že si musí mnoho informací týkajících se docházky jejich dětí zajišťovat sami, hodně kontaktují další rodiče, neboť např. na webových stránkách škol potřebné informace chybí. Rodiče se také stávají členy komisí a výborů školy, zúčastňují se zasedání školy, jeden z respondentů vede ve škole zájmový kroužek pro tamější žáky. Všichni respondenti, včetně ředitelky školy, se shodovali v názoru, že rodiče dětí se zdravotním postižením musí více než rodiče intaktních žáků komunikovat se školou. Jak autorka dále vysvětluje, důvodem pro tuto angažovanost rodičů byl vždy nějaký problém, který v souvislosti se vzděláváním jejich dětí vyvstal. Rodiče měli potřebu zjistit více informací, poradit se s někým, jak postupovat, jak se rozhodnout. Sami tedy začali vyhledávat semináře, odborné přednášky apod. Následně zjistili, že obdobné zkušenosti mají i další rodiče, což byl důvod k založení zmíněné platformy. Jeden z respondentů uváděl odlišnou motivaci, a to vlastní zkušenost s inkluzí v Anglii. Po zjištění odlišné praxe v České republice dospěl k názoru, že chce v této oblasti něco změnit, že je to zapotřebí. Autorka uvádí, že škola jako taková se stává významným motivem k aktivitě těchto rodičů, velmi často je však i demotivující, a to v případě, kdy škola brání integraci dítěte se zdravotním postižením. Autorka soudí, že pakliže škola nechce přijmout dítě se zdravotním postižením, rodič je téměř bezmocný. Pokud je však škola spolupracující, představuje tato skutečnost velkou motivaci pro rodiče angažovat se, spolupracovat, pracovat nad běžný rámec ve prospěch školy.

Zcela jistě ne všichni rodiče dětí se zdravotním postižením chtějí či mohou věnovat tolik úsilí a energie integraci jejich potomků do hlavního vzdělávacího proudu. Odlišnost přístupu je podle Kasariho et al. (1999, in Hájková & Strnadová, 2010, s. 70) dána mimo jiné i diagnózou dítěte, jeho věkem a místem, kde je vzděláváno. Autoři v rámci vlastního výzkumu zjistili, že rodiče dětí s Downovým syndromem bývají velkými zastánci inkluze, zatímco rodiče dětí s poruchami autistického spektra se klonili jen k částečné inkluzi. Rodiče malých dětí a dětí vzdělávajících se v běžných školách měli pozitivnější postoj k inkluzi, než tomu bylo u rodičů starších dětí a dětí navštěvujících školu speciální.

Za pozornost stojí, že v roce 2016, kdy vstoupila v platnost novela školského zákona podporující společné vzdělávání dětí se zdravotním postižením v běžných školách, nepříbylo dle Hronové (2016) výrazně těchto dětí v hlavním vzdělávacím proudu. Jedním z důvodů této situace lze spatřovat podle autorky v novosti této změny. Velkou roli však sehrála i „odstrašující kampaň“ v médiích, která vylekala nejen rodiče dětí intaktních, ale i rodiče dětí se zdravotním postižením. Do určité míry odrazovali rodiče dětí se zdravotním postižením sami pedagogové na školách, s tvrzením, že nevědí, co je čeká, zda vůbec bude inkluzivní vzdělávání realizovatelné a úspěšné. Autorka také uvádí, že mnozí rodiče dětí se zdravotním postižením nevolí integraci jejich potomka do běžné školy z obav, zda se dítěti skutečně dostane podpory, kterou potřebuje.

Podíváme-li se však na data týkající se integrace dětí se zdravotním postižením v letech 2011-2017, pocházející přímo od Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (viz tabulka 1), můžeme sledovat nárůst počtu těchto dětí v běžných školách.

Tabulka 1: Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol v období 2011-2017

Druh postižení	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
Individuálně integrovaní žáci celkem	<b>39 160</b>	<b>40 888</b>	<b>43 352</b>	<b>45 853</b>	<b>49 225</b>	<b>53 206</b>
mentálně postižení	1 222	1 314	1 387	1 511	1 690	2 013
sluchově postižení	582	574	597	645	705	704
zrakově postižení	398	428	441	496	519	559
s vadami řeči	1 250	1 489	1 800	2 339	2 976	3 733
tělesně postižení	1 021	1 002	971	927	926	961
s více vadami	663	696	739	704	841	1 057
s vývojovými poruchami učení	30 149	30 678	31 610	32 085	32 830	33 830
s vývojovými poruchami chování	2 929	3 527	4 349	5 388	6 559	7 777
s lékařskou diagnózou autismus	946	1 180	1 458	1 758	2 179	2 572

Zdroj: MŠMT (2017)

Z tabulky 1 vyplývá, že každým školním rokem přibývá žáků se zdravotním postižením, integrovaných do hlavního vzdělávacího proudu, což se týká různého druhu

postižení těchto dětí. Největší nárůst můžeme sledovat u dětí s vývojovými poruchami chování, dětí s lékařskou diagnózou autismus či dětí s mentálním postižením. Tato data také dávají možnost nahlédnout na postoj rodičů dětí se zdravotním postižením k inkluzivnímu vzdělávání. Zvyšující se nárůst dětí se zdravotním postižením integrovaných v běžných školách lze dle mého názoru vnímat jako zájem mnoha těchto rodičů o inkluzivní vzdělávání. Je však pochopitelně předčasné vyvozovat jasné závěry, neboť tento způsob vzdělávání je na státní úrovni prosazován především až od roku 2015. Také data získaná od komunikačních partnerů však vypovídají o tom, že rodiče těchto dětí vnímají přínos inkluze pro své děti, usilují o ni, a to i přesto, že v praktické rovině přináší tento způsob vzdělávání jejich dětí pro ně samotné velmi často mnoho stresových událostí, bolestných zkušeností či velký výdaj energie i finančních prostředků.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V předchozích kapitolách jsem se zabývala problematikou inkluzivního vzdělávání, přičemž pozornost byla věnována rodičům dětí se zdravotním postižením, jejich potřebám, požadavkům, očekáváním a motivacím spojených se vzděláváním jejich dítěte se zdravotním postižením v běžné základní škole.

V úvodu teoretické části bylo charakterizováno andragogické poradenství, které může představovat cennou pomoc rodičům dětí se zdravotním postižením v případě, kdy se potýkají s obtížemi při prosazování práv dítěte v souvislosti s jejich vzděláváním.

Problematika vzdělávání dětí se zdravotním postižením je mi osobně blízká, neboť sama jsem jedním z rodičů dítěte se zdravotním postižením. V době, kdy jsem zvažovala, jaká forma vzdělávání je pro moji dceru nejvhodnější, nebylo andragogické poradenství ani příliš známé, ani zcela dostupné. Zorientovat se ve velkém množství informací či požadavků kladených na mne či mé dítě v souvislosti s jeho zařazením do běžné školy nebylo vůbec snadné. Každou získanou informaci jsem musela několikrát ověřovat, abych ji mohla obhájit před učiteli či ředitelem školy, kteří se k inkluzivnímu vzdělávání stavěli odmítavě. Pokud jsem potřebovala pomoc či radu, využívala jsem internet, známé, organizace pomáhající rodičům dětí se zdravotním postižením. Dostávalo se mi často protichůdných informací. Dnes jsem již vybavena poměrně uceleným souborem poznatků týkajících se tohoto tématu. Stálo mne to však mnoho času a úsilí a bylo nutné nevzdávat se při případném nezdaru a prožívaném zoufalství, neboť těchto nezdarů mne při orientaci v tom, co pro své dítě mohu či nemohu chtít, co bych chtít měla nebo neměla, potkalo velmi mnoho. O co snazší by bylo obrátit se na fundovaného odborníka, který by mne touto náročnou situací, kterou lze bezpochyby označit za krizový životní uzel, provedl.

Během procesu získávání informací o vzdělávání dětí se zdravotním postižením jsem pochopitelně prostudovala mnoho odborných materiálů. Některé z nich byly užity i při zpracování teoretických východisek pro realizovaný výzkum. Tématu inkluzivního vzdělávání se věnují např. V. Hájková a I. Strnadová (kniha *Inkluzivní vzdělávání* z roku 2010) či M. Tannenbergerová (kniha *Průvodce školní inkluzí aneb jak vypadá kvalitní základní škola současnosti?* z roku 2016). Problematiku andragogického poradenství přibližuje P. Kliment souborem učebnic pro studenty daného oboru.

Tématem životních krizí se zabývá např. N. Špatenková (kniha *Krizová intervence pro praxi*, druhé vydání z roku 2011).

Poznávala jsem, že mnoho mých zkušeností není ojedinělých, protože rodiče dětí se zdravotním postižením zažívají obdobné potíže, s jakými jsem se potýkala já osobně. I přesto, že je inkluzivní vzdělávání v České republice stále více prosazováno a přijímáno, zůstává skutečností, že mnozí, včetně pedagogů, se této myšlence na nediskriminaci dětí se zdravotním postižením v oblasti vzdělávání stále brání. Souboj s odpůrci inkluze tak patrně stále čeká i jiné rodiče dětí se zdravotním postižením, kteří budou chtít vzdělávat své dítě v běžné základní škole.

Toto poznání mne vedlo k záměru zjistit, jaké informace rodiče dětí se zdravotním postižením potřebují, jakou formu pomoci by rádi využili, a tedy v obecné rovině jakou podobu by mělo mít andragogické poradenství, aby bylo pro tyto jedince přínosné v jejich životní situaci.

Vytvořen byl tedy koncept výzkumu, jehož cíl a od něj odvozené výzkumné otázky jsou uvedeny dále v textu.

#### **4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky**

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká témata by měla být v rámci poradenství rodičům dětí se zdravotním postižením akcentována.

Stanoveny byly následující výzkumné otázky (VO):

VO1: Jak u rodičů probíhal proces rozhodování o způsobu vzdělávání svých dětí se zdravotním postižením?

VO2: Jak probíhal proces adaptace rodičů dětí se zdravotním postižením na novou životní situaci?

VO3: Jaké jsou zkušenosti rodičů dětí se zdravotním postižením s integrací jejich dítěte do běžné základní školy?

Předpokládala jsem, že všichni oslovení rodiče (tedy komunikační partneři výzkumu) budou mít četné zkušenosti s tím, co v praxi znamená vzdělávat své dítě s postižením v běžné škole, tedy i s tím, s jakými úskalími se rodič v praxi setkává a v čem potřebuje pomoci především, neboť zahájení povinné školní docházky jeho dítěte bylo a je nesporně velmi náročnou životní situací. Je jisté, že zkušenost každého z rodičů bude jedinečná. Mým záměrem bylo podat co nejkompaktnější přehled toho, co v tomto krizovém uzlu životní dráhy rodiče dětí se zdravotním postižením zažívají

či mohou zažívat, co potřebují nebo mohou potřebovat, na jaké oblasti je vhodné se v této situaci zaměřit, včetně toho, jaká forma pomoci je pro tyto rodiče nejvíce přínosná.

Při studiu relevantní literatury k tématu se mi nepodařilo nalézt provedený výzkum na toto téma. Přínos práce tedy spočívá v možnosti poskytnutí těmto rodičům, ale i andragogům či jiným odborníkům zabývajícím se poradenstvím, návod, na jaké oblasti se v daném krizovém uzlu zaměřit, jaké informace může rodič získat a požadovat, a jak by měl v této životní situaci jednat. Produktem výzkumu je leták pro rodiče uvedený v příloze práce č. 2, se základními informacemi týkajícími se procesu integrace dítěte se zdravotním postižením do běžné školy.

## 5. METODY ANALÝZY A INTERPRETACE DAT

Pátá kapitola je věnována popisu realizovaného výzkumného šetření. Nejprve charakterizují užitou metodologii výzkumu, dále je pojednáno o organizaci výzkumu a v závěru kapitoly je charakterizován výzkumný soubor.

### 5.1 Metody a techniky výzkumu

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu byl zvolen jako nejvhodnější výzkumný design kvalitativní výzkum. Dle Reichela (2009, s. 40-41) umožňuje tento typ výzkumu zkoumat sledovaný jev do hloubky, a to intenzivně, přičemž je možné mimo jiné identifikovat vztahy mezi sledovanými fenomény, formulovat nové hypotézy, což umožňuje porozumět zkoumanému problému. Autor také vysvětluje, že v případě kvalitativního výzkumu vzniká jedinečná výpověď, která však může být zkreslena osobou výzkumníka. Na rozdíl od výzkumu kvantitativního probíhá sběr dat nestandardizovaným způsobem, v průběhu sběru dat dochází k jejich vyhodnocování, sběr dat končí po tzv. teoretickém nasycení, kdy další získaná data již nepřinášejí nové poznatky relevantní k výzkumnému problému.

Hlavní technikou sběru dat byl narativní rozhovor. Ten dle Hendla (2005, s. 176-177) vychází z určité skepse výzkumníka, že lze zachytit zkušenost jedince s využitím schématu otázka-odpověď. Účastníci výzkumu jsou při vedení narativního rozhovoru vyzváni k volnému vyprávění, přičemž může být sledováno určité téma (v případě mého výzkumu byly těmito tématy poradenství, problematika inkluzivního vzdělávání a pochopitelně též zdravotní postižení dítěte komunikačních partnerů). Dle stejného zdroje lze u vlastního rozhovoru identifikovat čtyři fáze, kterými jsou stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností, zobecňující otázky. Nejprve je tedy komunikační partner stimulován, a to tak, že je mu prezentováno téma a jeho význam, výzkumník usiluje o získání důvěry komunikačního partnera. Následně je komunikační partner vyzván k vyprávění. Autor uvádí, že je možné zajímat se o celý život dotazovaného, nebo jen o určitý tematický či časový výsek života jedince.

Vzhledem k zaměření vlastního výzkumu jsem zvolila primárně sledování tematického výseku, avšak nechala jsem komunikační partnery volně vyprávět. Při realizaci výzkumu, který je součástí diplomové práce, jsem kombinovala některé postupy, které uvádí Švaříček (2007, s. 130), konkrétně se jednalo o užití biografického dotazníku administrovaného v úvodu rozhovoru a dále o využití schématu rozhovoru

(příloha práce č. 1). V úvodu prvního rozhovoru byly zjištěny základní informace o dítěti a jeho rodině. Následně rodič volně vyprávěl na téma inkluzivního vzdělávání jejich dítěte. Dále v rámci prvního, druhého či třetího rozhovoru byly komunikačním partnerům předloženy připravené otázky, a to v případě, že se k těmto oblastem spontánně nevyjadřovali již v úvodní fázi prvního rozhovoru. Otázky jsem sestavovala tak, aby se vztahovaly k vytyčenému výzkumnému problému a přinesly tak co nejdetailnější vhled do zkoumané problematiky. Otázky byly otevřené, což umožňovalo získat od komunikačních partnerů více informací, a to informací detailních, ale též informací, které napomáhaly porozumět kontextu zkoumaného jevu.

Získaná data byla analyzována pomocí zakotvené teorie. Šed'ová (2007, s. 84-85) vysvětluje, že autory zakotvené teorie jsou B. Glaser a A. Strauss, jejichž snahou bylo poskytnout studentům sociálněvědních oborů nástroj, jak tvořit nové teorie a překonat tak propast mezi teorií a výzkumem. Později se autoři zakotvené teorie profesně rozešli a každý z nich začal rozvíjet svoji vlastní koncepci zakotvené teorie. Jak autorka dále uvádí, hlavní rozdíl různých koncepcí zakotvené teorie spočívá v odlišném způsobu zpracování dat, pro které se v rámci zakotvené teorie užívá termín kódování. U Glasera existují dvě základní fáze kódování, u Strausse a jeho spolupracovnice Corbinové nalezneme tři fáze kódování (otevřené, axiální a selektivní).

V realizovaném výzkumu jsem užila zakotvenou teorii dle Strausse a Corbinové. Fáze kódování začíná v okamžiku, kdy má výzkumník nasbírané určité množství dat. Data jsou komparována, vybírány jsou důležité kódy. Dále jsou hledána další relevantní data (dochází k tzv. teoretickému vzorkování), kdy výzkumník opakovaně vstupuje do terénu. Jakmile již nová data z terénu (rozhovorů) nepřináší nové informace, vzorek je považován za nasycený. Cílem není postihnout charakteristiku určité populace, ale zkoumaného problému. Co se týče kódování, to představuje jádro zakotvené teorie. Výroky komunikačních partnerů jsou rozčleněny na jednotlivé fragmenty, které mohou představovat slova, ale i části vět, a tyto fragmenty jsou následně rozřazovány k příslušným konceptům. Ty jsou dále kategorizovány, tj. slučovány na základě společného kritéria. Tyto kategorie představují proměnné budoucí teorie (Šed'ová, 2007, s. 88-91).

Označení kategorie by mělo být abstraktnější, než je označení pojmů, které kategorii tvoří. Kategorie je dále v rámci otevřeného kódování rozvíjena, a to tak, že jsou určovány její vlastnosti, případně dimenze těchto vlastností. Vlastnosti jsou znaky kategorie, dimenze představují umístění vlastnosti na určité škále. Platí také, že



každá z vlastností má své podvlastnosti, přičemž každé z nich může být přiřazena určitá dimenze, pokud to analýza vyžaduje (Strauss a Corbinová, 1999, s. 44-49).

Po vytvoření kategorií a podkategorií v první fázi kódování (otevřené kódování), zpřesněných a revidovaných na základě opakovaného vstupu do terénu a revizí do té doby existujících kategorií a podkategorií, bylo přistoupeno k druhé fázi kódování, a to kódování axiálnímu. V něm byly vytvořené kategorie a podkategorie uspořádány dle schématu navrženého Straussem a Corbinovou (1999, s. 72), které má následující podobu: „(A) *příčinné podmínky* → (B) *jev* → (C) *kontext* → (D) *intervenující podmínky* → (E) *strategie jednání a interakce* → (F) *následky*.“

Nově vytvořená teorie je výsledkem přistoupení k poslední fázi kódování, kterým je kódování selektivní. Jak vysvětluje Šedřová (2007, s. 92-95), v této fázi jsou vytvořené proměnné (kategorie, podkategorie) uvedeny do vzájemného vztahu. Nejprve je nutné identifikovat centrální kategorie, kterou zastupuje taková kategorie nebo podkategorie, jež je nejvíce teoreticky nasycená, vztahuje se k ní nejvíce dalších kategorií a podkategorií. Výsledná teorie je vyložena slovně, zobrazena bývá pomocí schémat či diagramů. Tím, jak je teorie postupně zpracovávána, dochází ke stále větší odpoutanosti od konkrétních zpracovávaných dat, k zobecňování vzniklé teorie.

V kapitole šesté jsou prezentovány výsledky kódování a též vytvořená teorie. Výsledky jsou pro větší přehlednost uváděny v rámci dílčích fází kódování. Při samotné analýze dat však pochopitelně docházelo k prolínání všech tří fází, opětovnému vstupování do terénu

## **5.2 Organizace výzkumu**

Výzkum probíhal od září do prosince roku 2017. Nejprve byl v závislosti na teoretických východiscích vytvořen koncept výzkumu, který je popsán v kapitole 4. Vytvořeno bylo též schéma rozhovoru, tj. otázky, které byly komunikačním partnerům položeny v případě, že o daných tématech spontánně nehovořily.

Před vlastní realizací rozhovorů byl proveden předvýzkum, který dle Dismana (2011, s. 122) umožňuje otestovat nástroj, který má být ve výzkumu užít, v případě tohoto výzkumu se tedy jednalo o schéma rozhovoru. Bylo také mým cílem vyzkoušet si rozhovor „nanečisto“, zjistit, zda je nutné některá témata do schématu rozhovoru doplnit apod. Předvýzkum byl proveden na vzorku 2 osob. Jednalo se o dvě matky, které osobně znám, jejichž dítě se zdravotním postižením dochází do běžné základní

školy, tedy problematiku znají. Na základě jejich zpětné vazby a průběhu vedení rozhovoru byla do schématu rozhovoru přidána poslední položka (dotaz na doporučení pro rodiče dětí se zdravotním postižením v souvislosti s inkluzivním vzděláváním).

Co se týče získávání komunikačních partnerů k účasti ve výzkumu, užitá byla technika sněhové koule. Jak uvádí Ferjenčík (2000, s. 117), nejedná se o reprezentativní výběr vzorku, bývá však volbou v případech, kdy je populace, z níž jsou vybírání komunikační partneři, badateli obtížně dostupná. Při užití této techniky nejprve výzkumník naváže vztah s jedním členem zkoumané populace, který dále doporučí další osoby do výzkumu, zprostředkuje kontakt na ně.

Nejprve jsem tedy oslovila jednu z matek, o níž jsem věděla, že má dítě se zdravotním postižením, docházející do běžné základní školy, kterou jsem však osobně neznala (při realizaci výzkumu jsem se snažila zajistit co nejvyšší validitu výzkumu, tj. mimo jiné co nejméně vlastní osobou ovlivnit výsledky výzkumu) a která mi byla doporučena jednou z matek, s níž jsem vedla rozhovor v rámci předvýzkumu. Tato matka dále doporučila další osoby do výzkumu (výzkumný soubor je popsán v kapitole 5.3).

Rodiče, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit, byli kontaktováni telefonicky, smluven byl termín rozhovoru a místo konání. Rozhovory probíhaly v klidném, nerušeném prostředí. Vždy se jednalo o domácnost komunikačních partnerů. Před započítáním výzkumu byli komunikační partneři, tedy rodiče, seznámeni s cílem výzkumu a průběhem realizace rozhovorů. Komunikační partneři souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon, takto získaná data jsem později přepsala do textového editoru Microsoft Word, verze 2016. Od komunikačních partnerů byl získán ústní informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Důraz jsem kladla na etiku výzkumu – z tohoto důvodu také neuvádím, jakou školu děti navštěvují, jména dětí nejsou v práci uváděna v plném znění, nezmiňuji také osobní údaje týkající se dětí s postižením či jejich rodičů. Komunikační partneři měli možnost kdykoliv svoji účast ve výzkumu přerušit, ukončit. Této možnosti však žádný z komunikačních partnerů nevyužil.

Vzhledem k tomu, že kvalitativní výzkum je procesem cirkulárním, dochází k překrývání fází sběru a analýzy dat. V rámci prvního rozhovoru získá většinou výzkumník určitou časovou osu s několika významnými životními událostmi komunikačního partnera. Poté by měla následovat analýza dat, při níž dochází mimo

jiné k identifikaci „bílých míst“, tj. oblastí, které v rozhovoru nezazněly (Švaříček, 2007, s. 132).

Jak již bylo uváděno, s každým komunikačním partnerem byly vedeny 2-3 rozhovory, dle dosažení teoretické nasycenosti, ale též v závislosti na časových možnostech komunikačních partnerů. Před přistoupením k druhému či třetímu rozhovoru jsem provedla analýzu předchozího rozhovoru či rozhovorů, prostřednictvím níž vznikala klíčová témata rozhovorů a též první kódy v rámci otevřeného kódování. V každém dalším rozhovoru bylo komunikačním partnerům pokládáno v případě potřeby několik specifických otázek, týkajících se zkoumané problematiky, což mi umožnilo zkoumat sledovaný problém do větší hloubky.

Vedení více rozhovorů také prohlubovalo důvěru komunikačních partnerů vůči mé osobě, domnívám se, že se mi díky tomu podařilo získat více detailních informací. Zároveň jsem si však uvědomovala úskalí opakovaného setkávání se s komunikačními partnery, týkající se možnosti zkreslení validity výzkumu. Velký důraz jsem tedy kladla na předchozí analýzu již získaných dat, pokládání předem vytvořených otázek, s komunikačními partnery jsem dodržovala hranice do jisté míry „profesionálního vztahu“, čímž se mi dle mého názoru podařilo v maximální možné míře eliminovat zkreslení dat výzkumu.

Hendl (2005, s. 176) doporučuje během rozhovorů kvůli potřebě objasnit některé nejasnosti citovat úseky vyprávění. Také tento postup jsem ve svém výzkumu využila, zejména v úvodních fázích dalších rozhovorů vedených s tímž komunikačním partnerem.

Během vedení rozhovorů s komunikačními partnery jsem si také vedla poznámky (tužka-papír), a to zejména v rámci prvního rozhovoru vedeného s každým z komunikačních partnerů, které jsem následně porovnávala se získanými daty v rámci přepisu rozhovoru (přepis rozhovoru byl proveden též den, nebo nejpozději další den po realizaci rozhovoru).

Poté, co byly provedeny všechny rozhovory s komunikačními partnery (a to tak, že bylo dosaženo teoretické nasycenosti), rozhovory byly přepsány, jsem přistoupila k závěrečné analýze dat. V rámci příprav na další rozhovor s tímž komunikačním partnerem jsem již měla k dispozici základní analýzu dat, prvotně vytvořené kódy (jednotlivé fragmenty vět, případně i větné celky, byly tříděny dle obdobného významu, vytvářeny byly kategorie, rozvíjeny jejich vlastnosti). Využívala jsem program Microsoft Excel, verze 2016. Abstrahované kategorie i jejich vlastnosti byly opakovaně

revidovány, několikrát jsem se vracela k původním rozhovorům, znovu ověřovala identifikované kódy apod.

### 5.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 9 rodičů dětí se zdravotním postižením. Všichni komunikační partneři pochází z České republiky, konkrétně z Jihomoravského kraje a Prahy, kde také žijí. Od komunikačních partnerů bylo v úvodu rozhovorů zjišťováno, jaké postižení jejich dítě má, proces stanovení diagnózy (kdy byly rozpoznány první odlišnosti ve vývoji, kdy a kým byla stanovena diagnóza dítěte) a jak se tyto oblasti promítly do života rodiny a následně i do inkluzivního vzdělávání jejich dětí. Dále jsem se zajímala o rodinné, zejména výchovné podmínky v rodině a osobnost dětí. Charakteristika výzkumného souboru je uvedena v tabulce 2.

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru

Proband	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Věk dítěte	Postižení dítěte	Úplná rodina
KP1	Žena	41 let	VŠ	10 let	Vývojová dysfázie	Ne
KP2	Žena	42 let	SŠ	12 let	Atypický autismus	Ne
KP3	Žena	43 let	SOU	12 let	ADHD	Ne
KP4	Žena	44 let	VŠ	12 let	Atypický autismus	Ne
KP5	Žena	44 let	VŠ	16 let	Vysokofunkční autismus	Ano
KP6	Žena	36 let	SOU	8 let	Porucha pozornosti se známkami ADHD, poruchy učení	Ne
KP7	Žena	41 let	VŠ	11 let	Ochrnutí dolních končetin	Ne
KP8	Žena	30 let	SŠ	10 let	Downův syndrom	Ne
KP9	Muž	32 let	SOU	8 let	ADHD, autismus	Ne

Zdroj: autorka práce

Jak je z tabulky 1 zřejmé, většinu výzkumného souboru tvořily ženy. Komunikační partneři převážně zůstali na výchovu svého dítěte s postižením sami. Druhý rodič se s dítětem stýká sporadicky, maximálně několik dní v měsíci, kontakt však většinou probíhá (s výjimkou komunikačního partnera č. 9), domluva s druhým

rodičem na výchově a péči o dítě taktéž probíhá. Na péči o dítě se často a také intenzivně, se zájmem, podílejí většinou i prarodiče dítěte.

Co se týče dětí komunikačních partnerů, většina těchto dětí má postižení v oblasti kognitivního vývoje, pouze jedno dítě (komunikační partner č. 7) má postižení tělesné.

Rodiče také popisovali osobnost dětí, jejich schopnosti a kompetence. Často byla zmiňována zvýšená citlivost, která se projevuje emočně silnými reakcemi na některé podněty a situace (neúspěch), ale i zvýšeným prosociálním chováním (ochranitelství, mazlivost). Z rozhovorů bylo zřejmé, že rodiče nahlíží na osobnost dětí komplexně, své děti velmi dobře znají, vědí, v čem je jejich dítě výjimečné, co potřebuje.

Většina rodičů také absolvovala některé semináře věnované problematice daného zdravotního postižení, nutností bylo a je samostudium v oblasti inkluzivního vzdělávání, probíhá kontakt s organizacemi pomáhajícími rodičům dětí s daným typem postižení, jinými rodinami v obdobné situaci.

## 6. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující kapitole prezentuji zjištěné výsledky výzkumu. Nejprve je podán přehled kategorií vytvořených v rámci otevřeného kódování zakotvené teorie, a to v tabulce, s uvedením podkategorií a jejich dílčích vlastností. Dále je pod každou tabulkou daná kategorie blíže popsána, a to i s využitím konkrétních výroků komunikačních partnerů, přičemž identifikace komunikačního partnera je provedena zkratkou vyjadřující pořadí vedení rozhovorů a koresponduje s označením komunikačních partnerů v kapitole 5.3.

V kapitole jsou dále prezentovány výsledky vztahující se k dalším fázím zakotvené teorie, které představují axiální a selektivní kódování.

### 6.1 Otevřené kódování

Celkem bylo identifikováno pět kategorií, které byly nazvány Rodič dítěte se zdravotním postižením, Motivace k inkluzi, Úvahy o integraci dítěte do běžné školy, Zkušenost s inkluzivním vzděláváním a Dítě se zdravotním postižením v běžné škole.

Popis první kategorie je uveden v tabulce 3. Jak je z tabulky zřejmé, kategorii tvoří čtyři podkategorie, kterými jsou Reakce na informaci o postižení, Pomoc rodiči dítěte se zdravotním postižením, Potřeby rodičů a Psychohygiena.

Reakce rodičů na informaci o postižení dítěte byla v mnohém podobná a odrážela prožitý šok, zklamání, nejistotu, zoufalství, ale i pocity viny. Jak uvedl komunikační partner č. 5: *„i když jsme měli už delší dobu podezření, že s naším dítětem není všechno úplně v pořádku, jakmile něco takového slyšíte, najednou nevíte, co dělat, co si myslet a jak se cítit. Na jedné straně konečně nějaké potvrzení vašich pochybností nebo podezření, na straně druhé verdikt, který jste vlastně nikdy nechtěli slyšet. A taky se ptáte sama sebe, jestli jste to nějak nemohla zavinit, jestli jste nemohla něco udělat jinak...“*

Tabulka 3: Kategorie č. 1

<b>Rodič dítěte se zdravotním postižením</b>	
Reakce na informaci o postižení dítěte	Copingové strategie
	Emoce
	Sdílení prožitku a zkušenosti
Pomoc rodiči dítěte se zdravotním postižením	Vyhledávání pomoci
	Poskytnutí pomoci
Potřeby rodičů	Komunikace
	Zájem
	Ujištění
	Potřeba informací
	Potřeba pomoci ze strany odborníků
	Potřeba pomoci ze strany blízkých
Psychohygiena	Přístup k psychohygieně
	Dodržování psychohygieny
	Preference v oblasti psychohygieny

Zdroj: autorka práce

Komunikační partneři uváděli, že neměli příliš mnoho prostoru a času k přijetí a vyrovnání se s danou informací, neboť běžný život se příliš nezměnil a měli dítě, které je potřebovalo. Zejména ženy hovořily o potřebě blízkosti, možnosti sdílet svoji bolest s někým druhým, nejčastěji s partnerem. Z rozhovorů však vyplynulo, že každý z rodičů volil svůj vlastní přístup ke zvládnání tohoto kritického uzlu životní dráhy, přičemž vliv měl preferovaný copingový styl jedince, resp. nejčastěji užívaná copingová strategie každého z rodičů. Zatímco ženy vykazovaly tendenci o situaci hovořit se svými blízkými, zejména s partnerem, muži s tímto zjištěním zůstávali spíše sami, nebo hledali řešení, kontaktovali další odborníky se žádostí o vyšetření, nebo od problému unikali – do společnosti kamarádů, ke sportu, ale i k návykovým látkám. Za pozornost stojí, že v prvních dnech, ale i měsících po stanovení diagnózy, žádný z komunikačních partnerů nevyhledal odbornou pomoc (psychologa, kouče apod.) či některou z forem

poradenství. V pozdější fázi bylo vyhledáváno zejména poradenství v oblasti sociální pomoci (poskytnutí sociálních dávek, možnost využití sociální služby zaměřené na pomoc rodinám, péči o dítě apod.). Pokud v počátcích daného kritického uzlu neměli komunikační partneři silnější potřebu sdílet svoji zkušenost s někým druhým, tato potřeba se objevila a narůstala v pozdější fázi, kdy bylo nutné s dítětem specifickým způsobem pracovat, ve snaze zajistit dítěti co nejoptimálnější podmínky pro jeho vývoj, život rodiny se změnil (např. odchodem otce dítěte z rodiny), dítě začalo mít specifické potřeby apod. Nárůst této potřeby souvisel podle komunikačních partnerů s větší orientací v dané situaci a přebíráním odpovědnosti za stav dítěte.

Nelze však tvrdit, že by rodiče vyhledávali odbornou pomoc teprve v okamžiku, kdy byla stanovena diagnóza dítěte. Jak již bylo uváděno, rodiče často již brzy po narození dítěte vnímali, že je jeho vývoj v některých oblastech specifický, navštěvovali odborníky či se dotazovali na stav dítěte u jeho pediatra, velmi často jim však nebyla poskytnuta potřebná pomoc (KP2: *„odmala jsme upozorňovali každého lékaře, psychologa, imunologa, v pedagogicko-psychologické poradně, že má dítě specifické pohyby ručičkami, a nikdo si toho nevšiml a nekomentoval. Až nyní, po tolika letech jsme se dověděli, že je to projev autisty.“*).

Tento nečekaný „vstup“ do kritického životního uzlu pochopitelně vedl k aktualizaci některých potřeb v prožívání komunikačních partnerů. K těm patřila zejména potřeba informací, potřeba pomoci ze strany odborníků i osob blízkých, s čímž souvisí i potřeba komunikace, v rovině emoční pociťovali komunikační partneři potřebu ujištění a zájmu o jejich situaci, ale i zájmu o jejich dítě a zájmu pomoci rodině.

Také situace rozhodování o tom, jakou školu pro dítě zvolit, představovala pro komunikační partnery kritický uzel v jejich životní dráze, neboť toto rozhodování znamenalo rozhodování o aktuální i budoucí kvalitě života jejich potomka. Vzhledem k tomu, že jsem se v rozhovoru zaměřovala zejména na téma integrace dítěte komunikačního partnera do běžné školy, rodiče hovořili zejména o této situaci.

Komunikační partner č. 2 uvedl: *„My rodiče potřebujeme mnohem častější komunikaci se školou, resp. s učiteli, kteří učí naše dítě. My víme, jaké dítě je a jak reaguje na různé situace, a proto bychom rádi učitele informovali a zároveň se dověděli, jak naše dítě reaguje ve škole a navrhnout nebo poradit, jak se mají v takové situaci zachovat, aby se dítě co nejrychleji zklidnilo a mohlo pracovat dál.“* Můžeme si povšimnout, že v tomto případě pociťoval komunikační partner nejen potřebu komunikace, ale též zájmu o rodinnou situaci, stav dítěte, jeho blaho, dále potřebu



spolupráce a podpory. Oslovení rodiče dětí se zdravotním postižením si uvědomují, že má-li jejich dítě co nejlépe prospívat, nestačí pouze intervence rodičů, ale je nutná spolupráce všech relevantních odborníků, v případě vzdělávání pochopitelně školy.

Podle komunikačního partnera č. 5 je zapotřebí *„možnost častějšího kontaktu s poradnou, více dětských psychiatrů a psychologů, intenzivnější práce s rodinou, kurzy a přednášky.“*

Již bylo nastíněno, jakým způsobem se s těmito kritickými uzly ve své životní dráze vyrovnávali. Kromě uvedených copingových strategií věnovali komunikační partneři pozornost psychohygieně. Všichni komunikační partneři se shodovali v tom, že nelze zůstat pouze „rodičem dítěte s postižením“, ale je zapotřebí nevzdávat se dalších životních rolí (partnerky, sestry, mladé ženy, sportovkyně apod.). Jak uvedl komunikační partner č. 2: *„Je třeba si najít pro sebe chvíli oddechu, aby člověk nabral sílu a další dech na obtížnou práci. Práce s hendikepovaným dítětem je práce na plný úvazek, těžko říci, zda vůbec skončí až dítě dospěje.“* Obdobně na situaci nahlíží i komunikační partner č. 4: *„Po všech konzultacích s odborníky, neustálou návštěvou školy, poraden, psychologů, dennodenních stresů v práci a dalšího řešení doma, výchovou a péčí o domácnost, musí najít čas jen a jen pro sebe. Zainteresovat celou rodinu, tatínky, babičky, dědečky, strýčky a tetičky, a prostě věnovat se sami sobě, zajít si do kina, do divadla, zajet na dovolenou s kamarádkou nebo jen zajít na kafe, prostě se odreagovat, zrelaxovat, nabrat síly, aby se pak s novou vervou a životní silou se mohli pustit do dalšího výchovného procesu.“* Komunikační partner č. 5 si psychohygienu spojuje i s návštěvou odborníka (*„psychologické poradenství pro pomoc při tom, že si o sobě myslí, že je špatný rodič“*), komunikační partner č. 6 zmiňoval, byť s nadsázkou, i užívání návykových látek, i když jejich konzumace je nejen nevhodnou copingovou strategií, nelze ji ani považovat za psychohygienu (*„Drogy, alkohol, neurolog, a všeho hodně (smích). Tak jinak, jóga, meditace, dlouhé procházky lesem, ale pořád mi nejvíc vychází ten chlast (smích). Asi udržovat se v dobré psychické a fyzické kondici, ale všichni víme, že ti nepomůže nic (smích).“*). V tomto výroku si můžeme povšimnout nejen určitého zoufalství tohoto rodiče, ale i reflexe této situace. Pomoc, kterou by komunikační partneři nejvíce uvítali, představuje zázrak, tj. „uzdravení“ dítěte či alespoň zmírnění některých obtíží, symptomů postižení. V tomto ohledu jim ovšem nikdo pomoc poskytnout nemůže, stejně jako nelze příliš zmenšit míru odpovědnosti, kterou rodič za dítě pociťuje.

Druhá kategorie byla nazvána Motivace k inkluzi a tvoří ji následující podkategorie: Očekávání a Potřeba vzdělávat dítě v běžné škole. Jak je z tabulky č. 4 zřejmé, identifikovány byly i vlastnosti těchto podkategorií.

Tabulka 4: Kategorie č. 2

Motivace k inkluzi	
Očekávání	Prospěch dítěte
	Přínos pro dospělý život
Potřeba vzdělávat dítě v běžné škole	Geneze potřeby
	Obsah potřeby

Zdroj: autorka práce

Povinnost dítěte absolvovat povinnou školní docházku představovala pro komunikační partnery další významný kritický uzel v jejich životní dráze. V realizovaných rozhovorech se komunikační partneři vyjadřovali ke své motivaci k inkluzi, v níž byla aktualizována očekávání komunikačních partnerů a do popředí vyvstala potřeba vzdělávat své dítě v běžné základní škole.

Potřeba vzdělávat své dítě v běžné základní škole se utvářela postupně. S tím, jak dítě vyrůstalo, rodiče stále častěji a více uvažovali o tom, jaká budoucnost jej čeká a jaké podmínky pro kvalitu dospělého života mohou svému dítěti zajistit, či se alespoň pokusit zajistit: „*Celej život na mně přece nemůže bejt závislej!*“ (KP9). Napomáhaly též poznatky získané od osob blízkých: „*Ona mi ta známá pak poradila, že její dcera je na jiné škole, už druhý stupeň a má svého pomocníka, asistenta ve škole, kterej s ní sedí a pomáhá jí v učivu. Ale to už je jiná škola než ta naše. Takže skoro všechno jsem se dozvěděl od ní, škola mi v tom moc nepomáhala, spíš se ho chtěli zbavit. Ale ona mě v tom podporovala a taky odrazovala od speciální školy. A když ta její holka je už na druhým stupni, tak to přece musí zvládnout i L\*\*.*“ (KP9).

Obsah potřeby vzdělávat své dítě v běžné základní škole se u jednotlivých komunikačních partnerů lišil - pro komunikačního partnera č. 2 bylo důležité, aby „*naše holčička byla v co nejširším kontaktu s běžnými dětmi, s běžnou populací.*“, pro komunikačního partnera č. 1 bylo významné, „*aby pak v životě nebylo překvapeno, že svět venku je jiný než skleníkové prostředí, které vytváří speciální školy.*“, někteří komunikační partneři zohledňovali především blízkost školy – chtěli, aby jejich dítě

navštěvovalo školu spádovou, a to nejen kvůli většímu komfortu rodiny, ale především proto, „že ji má na stejné ulici jako náš dům a je tudíž předpoklad, že se naučí chodit do školy sama.“ (KP2) nebo proto, že „když je to škola hned vedle domu, tak je schopná dojít do ní sama a je na sebe hrdá. A také má tady v okolí kamarády už od školky a následně i ve třídě a setkává se s nimi i mimo vyučování. A navíc ji tyto zdravé děti motivují k tomu, aby se více učila, aby se chovala jako ony, přebírá zdravé vzorce chování a tím zdravé myslím v uvozovkách.“ (KP4).

Co se týče očekávání rodičů vůči inkluzivní škole, komunikační partneři se ve svých úvahách zabývali zejména tím, jak může být docházka prospěšná pro dítě, ale i pro ně samotné. Pro komunikačního partnera č. 9 bylo takřka nemyslitelné, aby jeho dítě docházelo do speciální základní školy: „Moje děcko se nebude vzdělávat s těma druhýma, dyť na tom není tak hrozně. Jakože není přece mentál. Pardon za to slovo, ale to já nechtěl.“ Komunikační partner č. 4 zvažoval nutnost dojíždění do speciální školy, vzdálené od místa bydliště: „jednak bychom musely dojíždět, což by se výrazně prodloužil čas strávený v dopravních prostředcích a dcera by musela dříve vstávat, a já bych pak nezvládala ani pořádně pracovat určenou pracovní dobu“. Komunikační partneři většinou očekávali bezproblémové jednání se školou: „Já jsem to vnímala jako tak, že to není žádný problém, že je to již nějaký systém, který funguje už nějakou dobu, děti jdou do poradny, tam vypíší vše, co tomu dítěti je a co to dítě potřebuje, pak to vypíší pro toho učitele a ten to prostě zařídí tak, jak je to napsáno.“ (KP3). Komunikační partneři od vzdělávání jejich potomka v běžné škole očekávali především možnost dosažení vyššího, kvalitnějšího vzdělání, osvojení si komunikace s intaktními dětmi, možnost individuální práce s dítětem prostřednictvím asistenta pedagoga.

Třetí kategorie byla nazvána Úvahy o integraci dítěte do běžné školy (subkategorie a jejich vlastnosti jsou uvedeny v tabulce 5). Po ujasnění si toho, jakou školu rodiče pro své dítě preferují, byly již detailněji zvažovány výhody i nevýhody běžné školy, většinou v porovnávání se školou speciální.

Některé z výhod běžné školy již byly uvedeny. Komunikační partneři se zabývali ve svých úvahách zejména tím, jakého vzdělání se dítěti dostane, s ohledem na jeho pozdější uplatnění v běžném životě. V tomto ohledu pro ně byla běžná škola vhodnější volbou.

Tabulka 5: Kategorie č. 3

Úvahy o integraci dítěte do běžné školy	
Získávání informací	Cílené
	Náhodné
Výhody běžné školy	Spádovost
	Příprava na dospělý život
Výhody speciální školy	Přístup k dítěti ve škole
	Zážitek úspěchu
Srovnání běžné a speciální školy	Přínos pro dítě
	Přínos pro rodiče
	Nevýhody pro dítě
	Nevýhody pro rodiče
Očekávání vůči škole	Spolupráce se školou
	Dodržování zákona a doporučení školského poradenského zařízení

Zdroj: autorka práce

Porovnávání obou typů škol pro komunikační partnery nebylo snadné, neboť bylo nutné vzít v potaz nejen obsah a kvalitu předávaných informací v rámci vzdělávání, ale též socializační aspekt vzdělávání, tedy to, jak se podaří dítěti začlenit do kolektivu vrstevníků, jak bude intaktními spolužáky přijato, jak bude v dané skupině případně prožívat svoji odlišnost apod. Hlavní nevýhody vzdělávání v běžné škole spatřovali komunikační partneři v možné stigmatizaci dítěte a též v nepřipravenosti školy na přijetí žáka se zdravotním postižením.

Z výpovědi některých komunikačních partnerů vyplývalo, že toto srovnávání probíhalo mnohdy pouze na základě představ komunikačních partnerů, které ne vždy odrážely skutečnou realitu (KP3: „v těch speciálních jsou děti, kterým se třeba rodiče i tolik nevěnují, neřeší jejich problémy, a tudíž jsou v těch školách. Pokud rodiče se o děti s postižením starají, tak jsou úplně jinde a takový děti tam, do speciální školy, nepatřej.“). Ne každý oslovený rodič cíleně vyhledával informace týkající se

vzdělávání dětí se zdravotním postižením, což dle mého názoru mohlo vést i k případnému zklamání či rozčarování v kontaktu s realitou (více se tomuto tématu věnuji v diskusi). Žádný z komunikačních partnerů neuváděl, že by v souvislosti s danou situací vyhledal odbornou pomoc (např. poradenství), komunikační partneři se většinou ani neobraceli na jiné rodiče se žádostí o sdělení vlastních zkušeností se vzděláváním dítěte ve vybrané škole, podobně se neobraceli ani na školu, aby jim bylo sděleno, jak vzdělávání dítěte se zdravotním postižením probíhá. Pokud byly získávány informace týkající se inkluzivního vzdělávání, zdroj byl většinou internet, případně organizace pomáhající rodičům dětí se zdravotním postižením.

Na dotaz, proč poradenství nebylo vyhledáno, či zda vůbec o nějaké poradenství rodiče stáli nebo stojí, rodiče odpovídali, že neočekávali potíže, nenapadlo je to, až zpětně si uvědomují, že by jim odborná pomoc či provázení touto situací pomohlo nejen eliminovat některé potíže, které následně nastaly (byli by více informovaní o tom, jaká mají práva, co mohou požadovat, jinak by přistupovali k jednání se školou, školským poradenským zařízením). Komunikační partner č. 4 uvedl: *„Nemyslela jsem si, že to bude takový problém. Taky nejdu žádat o radu, když přemýšlím, kam začnu chodit cvičit, jak mám jednat s fitness centrem. Asi to není dobrý příklad, ale prostě jsem měla pocit, že se jedná o nárokovou věc, která nebude zpochybňována.“* Stejný komunikační partner uváděl, že dnes by poradenství využil, kdyby se mohl vrátit v čase, další komunikační partneři zmiňovali, že k tomu, aby člověk využil poradenství, musí být této formě pomoci dotyčný nakloněn a schopen a ochoten ji přijmout (KP1: *„Nebyl na to čas, jedna událost přicházela za druhou, asi mi chyběl odstup k tomu posoudit, jak jednat, jestli něco nedělat jinak.“*), většinou však bývá motivem až určitá zkušenost (KP5: *„Teprve až člověk pozná, že mu dochází síly, že si neví rady, že je asi potřeba něco změnit, nebo když člověka někdo navede, tak mu dojde, že jsou i jiné cesty – třeba to poradenství.“*). Pokud se komunikační partneři zamýšleli nad tím, kdy k poradenství přistoupit, kdy jej využít, a co by mělo být jeho obsahem, rodiče se shodovali v tom, že vždy záleží na rodiči – tj. využít v případě problémů, pocitu, přesvědčení, že je nutné nebýt na danou situaci sám, získat nadhled, odstup, přičemž samotný obsah poradenství závisí podle komunikačních partnerů na tom, co rodič potřebuje. Komunikační partner č. 9 uvedl: *„Rodič potřebuje hlavně informace. Ale musím uznat, že i nějakou tu psychickou podporu. Podržet, cítit, že je tu i někdo, komu na Vašem děcku záleží, kdo je třeba ochoten poslechnout si, čím procházíte, jak Vám je...ale třeba já na to nejsem a*

*mám dost starostí, jsem na výchovu sám. Osobně tomu moc nefandím, dám víc na pomoc z okolí. Mně nejvíc pomohla ta maminka spolužáka L\*\*.*“

Komunikační partneři od školy očekávali, že v případě potřeby bude s nimi jako rodiči jednat, naváže spolupráci, komunikaci, nicméně většinou předpokládali hladký průběh vzdělávání jejich dítěte: *„Podívala jsem se na webové stránky školy. Čekala jsem normální, pozitivní a přijímací přístup, nečekala jsem ani nic jiného. Pokud by něco škola potřebovala, tak jsem očekávala, že si zajistí sama, anebo ve spolupráci se mnou jako s rodičem. Já jsem však předpokládala, že dcera nebude nic potřebovat a vše zvládne v pohodě. Ale prostě to pro dceru je spádová škola, a tak to má vlastně být.*“ (KP4). Někteří komunikační partneři se však připravovali na možné potíže: *„Naše očekávání bylo takové, že syn bude vyrůstat v běžném kolektivu a budou na něj kladeny vyšší nároky což se pak projeví jako vyšší vzdělání. To považujeme za klady. A za zápory považujeme, že ty vyšší nároky znamenají vyšší tlak na psychiku.*“ (KP5).

Očekávání komunikačních partnerů tak mělo vliv na prožívání zkušenosti vzdělávání dítěte v běžné škole, kdy se tato zkušenost většinou dramaticky lišila od toho, jaké byly představy (očekávání) komunikačních partnerů.

Zkušenost s inkluzivním vzděláváním byla na základě analýzy dat určena za čtvrtou kategorií, jejíž charakteristika je podána v tabulce 6. Tuto kategorii tvoří následující podkategorie: Požadavky školy na rodiče, Přístup k rodičům, Dodržování doporučení školského poradenského zařízení, Zkušenost s pedagogy, Spolupráce se školským poradenským zařízením, Řešení problémů a Emoční prožívání rodičů.

Zkušenost se školou se lišila v závislosti na tom, zda již ve škole bylo integrováno dítě se speciálními potřebami (KP7: *„V našem případě bylo jednání se školou celkem bezproblémové, protože spádová škola je dobře připravena pro handicapované žáky co se bezbariérovosti týče (výtah, příjezdová cesta pro vozíčkáře, případně kočárky). Co se týče zkušeností, škola zatím žádné nemá. Jsme v podstatě první „případ“ pro tuto školu, takže se učíme na obou stranách. Avšak spolupráce, hlavně s třídní učitelkou, je uspokojivá.*“), ale též v závislosti na přístupu pedagogů a ředitele školy k inkluzivnímu vzdělávání.

Tabulka 6: Kategorie č. 4

<b>Zkušenost s inkluzivním vzděláváním</b>	
Požadavky školy na rodiče	Oprávněnost požadavků
	Náročnost požadavků
	Způsob formulování požadavků
Přístup k rodičům	Symetrie vztahu
	Způsob jednání s rodiči
Dodržování doporučení školského poradenského zařízení	Reakce školy na doporučení školského poradenského zařízení
	Angažovanost pracovníků
	Reakce rodičů na nedodržování doporučení
Zkušenost s pedagogy	Individuální rozdíly
	Přístup k rodičům
	Přístup k dítěti
	Přístup k asistentovi pedagoga
Spolupráce se školským poradenským zařízením	Ochota domluvit se
	Objektivita pracovníků
Řešení problémů	Ochota řešit problémy ze strany školy
	Odpovědnost za řešení problémů
Emoční prožívání rodičů	Emoce vyvolané jednáním školy
	Nakládání s emocemi

Zdroj: autorka práce

Požadavky rodičů na školu již byly taktéž nastíněny v předchozím textu. Rodiče neočekávali žádné potíže, předpokládali bezproblémovou spolupráci, profesionalitu pedagogických pracovníků. Co se týče požadavků školy na rodiče, ty lze v některých případech označit za neoprávněné: „*Překvapilo nás, že po nás chtěli zajistit asistenta pedagoga.*“ (KP2), přičemž tyto požadavky byly školou formulovány často jako příkazy, byly označovány za povinnost rodičů. Pokud by tyto požadavky rodiče dítěte se zdravotním postižením nesplnili, škola by jejich dítě odmítla a toho se rodiče obávali.

Strach z nesplnění požadavků školy projevilo více komunikačních partnerů, stejně jako se setkali s odmítavým přístupem nebo jim přímo bylo doporučováno přehlášení dítěte na jinou školu: „Úplně první kontakt nebyl nějak extra takový, jaký bych si představovala, snažili se mě přesvědčit o tom, abych dceru dala do zvláštní školy, což nebylo dle poradny potřeba, snažila jsem se je přesvědčit, aby dceru vzali. Myslím, že jejich hodnocení bylo velmi zaujaté z důvodu toho, že neměli takové informace jako já, neznali dceru osobně a mysleli si, že vše dopadne ve špatném obraze.“ (KP8).

Požadavky školy se však netýkaly pouze přijetí dítěte do školy, ale byly školou vznášeny i v průběhu školní docházky dítěte (KP4: „Škola vymyslela po třech letech docházky dcery do školy, že najednou z ničeho nic potřebuje ještě navíc k asistentovi pedagoga i osobního asistenta. A postavila mě před hotovou věc – buď zajistíte a zaplatíte dceři osobního asistenta, nebo ji vyloučíme, nevezmeme na školu v přírodě a další věci. Vůbec jsem nechápala, kde se to najednou vzalo, byl to požadavek v době, kdy SPC zjistilo novou diagnózu dcery. A prostě s novou diagnózou škola vnesla nový požadavek, který ovšem SPC nepodpořilo. Projevila jsem s požadavkem nesouhlas, dokonce jsem sdělila, že se domnívám, že se jedná o diskriminační požadavek a škola místo jakékoliv diskuze a řešení se obrátila na OSPOD, který je pod stejným zřizovatelem jako škola a ten bez jakéhokoliv kontaktování mě dal na soud návrh na výchovná opatření s tím, že sdělil, že bude požadovat ústavní výchovu. Celé toto jednání je v naprostém rozporu se zákonem, je šikanózní a jediným cílem bylo, abych dceru přehlásila na jinou školu, to mi bylo opakovaně sděleno. I přímo starosta zřizovatele školy mi napsal, že mám dceru přehlásit do školy speciální, když chci individuální přístup. Ten ona ale má doporučen poradnou, a navíc má ve škole vyznamenání.“).

Komunikační partneři také většinou vyjadřovali nespokojenost s přístupem školy (pedagogů), kterou velmi stručně, ovšem s vystižením zkušenosti velké části komunikačních partnerů, popsal komunikační partner č. 7 následovně: „Já musím být ta, co škemrám, a oni mi říkají, že mohou, ale nemusí mi vyjít vstříc.“ Učitelé byli podle komunikačních partnerů většinou neangažováni, a to jak co se týče spolupráce s rodiči, tak i co se týče spolupráce se školskými poradenskými zařízeními. Bylo na rodičích v případě nespokojenosti danou situaci řešit, přičemž se de facto jednalo o boj se školou, kdy se škola stavěla proti rodičům a jejich oprávněným požadavkům týkajících se např. dodržování doporučení ze strany školského poradenského zařízení.



Komunikačním partnerům chyběl zájem pedagogů o jejich situaci, vzdělávací potřeby dítěte, nebyli podle komunikačních partnerů bráni jako partneři školy, pedagogů, ale spíše jako někdo, kdo je problémový a ztěžuje jejich práci. Komunikačním partnerům chyběly zejména informace o možnostech, které škola má, ale i o možnostech, které má rodič. Rodič tak nevěděl, na koho se má obrátit se žádostí o pomoc, jaké doklady je zapotřebí k tomu, aby dítěti byly ve škole poskytnuty potřebné podpůrné prostředky. Škola většinou komunikačním partnerům opakovaně sdělovala, že integrace není možná a pro dítě ani není vhodná, vhodnější je škola speciální: *„Vůbec nic mi neřekli o tom mít asistenta. A jaký má L\*\* šance. Prostě to bylo ze začátku hodně špatný a já sem se cítil hodně špatně. Vypadalo to, jakože ho chtějí dostat pryč, aby s ním neměli tolik práce a aby se nesnižovala ta dobrá jakože pověst školy, že tam mají děcka dobrý známky.“* (KP9).

V praxi tedy naráželi komunikační partneři i na nerespektování doporučení ze strany školského poradenského zařízení: *„Dcera má od první třídy individuální vzdělávací plán a asistenta pedagoga. S IVP mám zkušenost asi takovou, že škola si jej nějak zpracuje, vezme si ze zprávy poradny jen to, co chce a předloží mi to k podpisu. Když mám k plánu připomínky, že neodpovídá doporučení a ani realitě, tak mi dělá škola velké problémy.“* (KP4), nicméně ani ze strany školských poradenských zařízení se rodičům často nedostávalo podpory a pomoci: *„Jenže škola doporučení nedodržovala a já si na to v poradně stěžovala, dcera byla přetížená, začali velké problémy a poradna mi řekla, že to oni nezajišťují, že se jich to netýká a že si to musím zajistit sama. Nic nepomáhalo, škola se dokonce obrátila na OSPOD za účelem odstranění dcery a mě nezbylo nic jiného než se obrátit na Českou školní inspekci. Ta zjistila velká pochybení ze strany poradny, ostatně i ze strany školy, a doporučili mě, abych změnila poradnu. Tak jsem tak učinila a v další poradně, tedy speciálně pedagogickém centru, zjistili další diagnózy dcery a pohlídali správné nastavení učiva a podpůrných prostředků ve škole.“* (KP4).

Je tedy zřejmé, že úspěch inkluzivního vzdělávání v případě komunikačních partnerů závisel z velké části na ochotě pracovníků školy a školských poradenských zařízení. Projevoval se vliv lidského faktoru – rodič mohl mít „štěstí“ nebo „smůlu“ v tom, s jakým pracovníkem jednal – tedy zda se jednalo o pro-inkluzivního nebo proti-inkluzivního pracovníka: *„Zjistila jsem, že dobře provedená inkluze je opravdu jen a jen o lidech a jejich přístupu k těmto dětem a jejich pochopení.“* (KP4). Zcela běžně nebyla respektována zákonná vymezení inkluze a bylo pouze na rodiči, jak bude tuto

situaci – a to svépomocí – řešit: „Škola neposkytuje žádné poradenství, nehovoří s rodiči o tom, jak probíhá inkluzivní vzdělávání našeho dítěte ve škole, co je třeba vylepšit nebo čeho se vyvarovat, nebo jak navzájem spolupracovat, aby se dítěti ve škole dařilo.“ (KP2).

Oproti pracovníkům školy však komunikační partneři měli většinou dobré zkušenosti s pracovníky školských poradenských zařízení: „Výborná zkušenost, nevýhodou jsou dlouhé čekací doby a málo častý kontakt.“ (KP5), „My jsme tam jenom přišli, oni tam sepsali papír, takže tam jsem nic neřešila, prostě napsali, co bylo potřeba. Nabídli, ať jim klidně paní učitelka zavolá a vše dovysvětlí, takže v poradně taky v pořádku. Tak v té poradně byly úplně zlaté ty ženský. Klidně školy objíždějí a dovysvětlí, co to dítě konkrétně má mít, a to jsou přitom mladý holky, nevím ani třiatdvacet let, fakt výborný. Ale objednávací doba byla více než půl roku, musela jsem se objednat v pololetí druhé třídy a dostali jsme se tam až někdy ve třetí třídě.“ (KP6), „Zkušeností s PPP a SPC mám celkem dobré, a i díky jim je dcera v klasické základní škole.“ (KP8). Podle komunikačního partnera č. 1 však i v této oblasti panují nedostatky: „Zejména chybí informace o tom, jak s takovým dítětem pracovat. Odborníci si většinou jen zapíší, co dítě dělá nebo nedělá, ale rodičům neporadí, jak s takovým dítětem pracovat a jak ho rozvíjet.“

Podobně měli většinou všichni komunikační partneři dobrou zkušenost s asistenty pedagoga: „Asistentka je opravdu výborná, funguje tak jak má s dcerou. Ty asistenty dělají lidi, co je to baví, protože ty platy nejsou nic moc, myslím, že je ta práce s dětmi baví a všechny, co jsem kdy viděla, tu práci dělali rády a od toho se to všechno odvíjí.“ (KP6), přičemž právě asistent pedagoga je podle komunikačních partnerů pro dítě se zdravotním postižením velmi důležitý, je-li tento podpůrný prostředek dítěti přiznán. Jak však bylo uváděno, učitelé asistenty pedagoga často nevnímají jako své spolupracovníky, ale jako někoho, koho si má rodič pro své dítě zajistit sám. To však může být dáno i dřívější praxí, kdy pro školy nebylo snadné získat právě tyto pracovníky. Podle komunikačního partnera č. 2 se inkluzivní praxe změnila po provedení legislativních změn: „Integrace skutečná, nastala až vlastně skutečným dnem, tj. 1.9.2016, do té doby chodilo dítě do školy a muselo se bojovat o to, aby byl přístup k ní trochu jiný než k běžným dětem. Jednání s pedagogy bylo do té doby trochu problematické. Chování bylo víceméně nadřazené.“

Odmítavý přístup mnohých pracovníků tak vedl u rodičů k prožívání silných negativních emocí, což bylo způsobeno častým zdůrazňováním učitelů, že je jejich dítě

jiné, pro školu problémové, do školy nepatří. Mezi rodiči a školou tak často vznikaly problémy, které škola nebyla ochotná řešit, odpovědnost byla svalována na rodiče. Emoce, které rodiče zažívaly, byly vyvolány většinou odmítavým přístupem školy, ale i malým pochopením pro dítě a jeho potřeby, neustálým soubojem se školou za dodržování práv daných zákonem. Většinou však energie spjatá s těmito emocemi byla soustředěna do boje za práva dítěte na inkluzivní vzdělávání.

Poslední kategorie byla označena jako Dítě se zdravotním postižením v běžné škole a blíže je popsána v tabulce 7.

Tabulka 7: Kategorie č. 5

<b>Dítě se zdravotním postižením v běžné škole</b>	
Začlenění do kolektivu	Podpora učitele
	Reakce spolužáků
	Chování dítěte
Zvládání náročných situací	Zapojení dítěte
	Individualita dítěte
Přístup učitelů	Sympatie
	Odbornost
	Kooperace s rodiči

Zdroj: autorka práce

Komunikační partneři v rozhovorech popisovali, jaký je přístup učitelů k jejich dítěti (mnohé již bylo uvedeno v rámci výše uvedených výroků), přičemž se zaměřovali kromě samotné výuky i na začleňování dítěte do kolektivu třídy.

Začlenění dítěte do kolektivu závisí na aktivitách učitele, ale i asistenta pedagoga (KP2: „*spíš problém vidím v původní třídní učitelce. Nevíme, co řekla rodičům, ale tam vznikla nevráživost. Proto si myslíme, že jak bude hendikepované dítě přijímáno v kolektivu záleží jen a jen na pedagogickém sboru.*“, KP5: „*Náš syn stojí mimo kolektiv, neumí se sám začlenit. Asistent ho k tomu nutil.*“). Většina komunikačních partnerů uváděla, že je jejich dítě dobře začleněno do kolektivu, přičemž pomohly některé děti, zejména dívky, roli však hraje i to, jaké dítě je: „*S dětmi je v pohodě, ale to má dcera obecně, že má svůj svět, že si ráda sama tvoří něco svého.*

*Ona to má tak napůl, že část času tráví v kolektivu a část času tráví sama, nevidím tam žádný problém. Čas, kdy je sama, tráví i třeba s družinářkou, ale ráda i je s dětma.“ (KP6).*

Pochopitelně i přes většinou dobré začlenění dítěte do třídního kolektivu se mohou vyskytovat obtíže, které by měl ideálně vhodně projednat s rodiči učitel: *„Jednoho chlapce řešíme od první třídy. Původní paní učitelka to nijak neřešila, a dokonce i řekla, že si to máme vyřídit sami. Současná paní učitelka se tomu věnuje. Dcerka říká, že je spokojená napůl. Při dotazu, co je to napůl, tak řekne, že tam má kamarádky, ale že se tam musí učit.“ (KP2).* Pokud nevolí učitelé vhodný přístup k dítěti, nepomáhají mu v začlenění do kolektivu, je tak opět na rodiči, aby usiloval o nápravu: *„Nejdříve učitelé moc dceru nebrali, ale po tom, co byla ve škole inspekce a zjistila pochybení v jejich práci a v přístupu, a také se změnou třídní učitelky, je dcera ve škole v normálním postavení. Možná ji znají všichni učitelé, ale dcera je dobrosrdečná a má lidi ráda, tak snad je ve škole v rámci možností ráda. Nejraději má samozřejmě družinu.“ (KP4).*

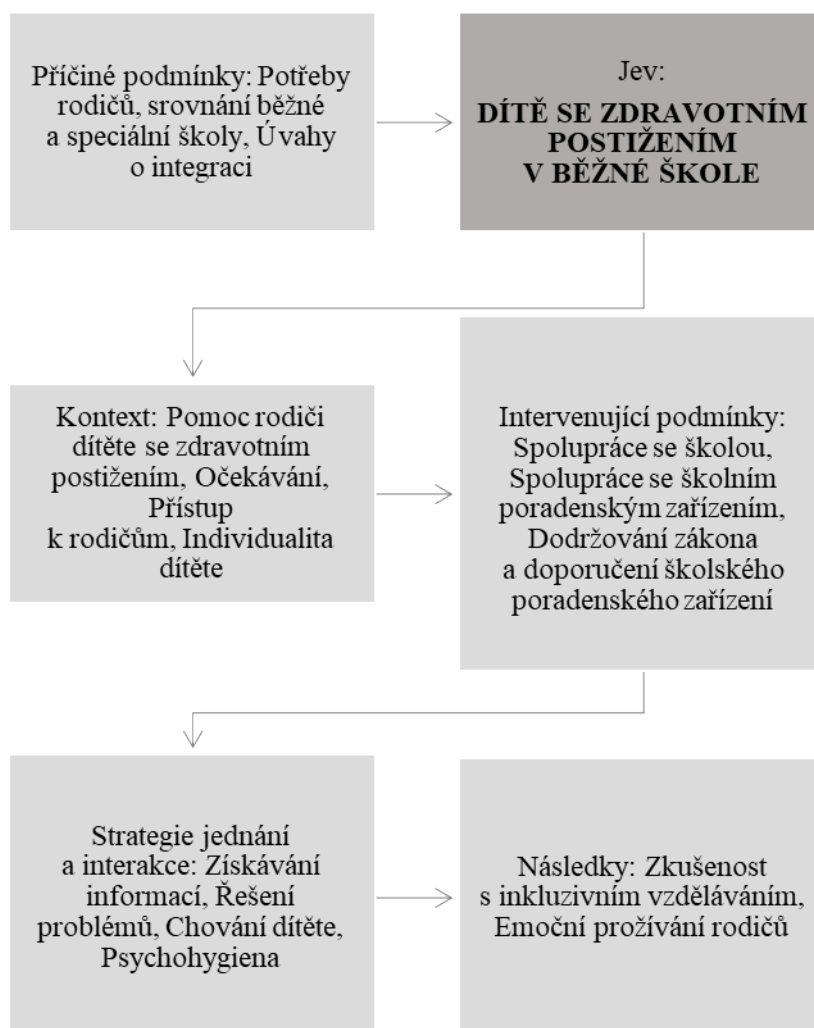
## **6.2 Axiální kódování**

Ve fázi axiálního kódování byly relevantní kategorie a podkategorie, vztahující se ke zkoumanému problému, uspořádány do paradigmatu popsaného v kapitole 5.1. Výsledek axiálního kódování je zachycen na obrázku 2.

Jak je z obrázku 2 zřejmé, za hlavní jev byla označena kategorie Dítě se zdravotním postižením v běžné škole. Jednalo se o ústřední téma rozhovorů s komunikačními partnery, přičemž komunikační partneři hovořili nejen o své zkušenosti s integrací svého dítěte do běžné školy, ale též o svých očekáváních a představách vztahujících se k integraci dítěte do hlavního vzdělávacího proudu.

K příčinám tohoto jevu byly přiřazeny následující kódy: Potřeby rodičů, Srovnání běžné a speciální školy, Úvahy o integraci dítěte do běžné školy. Právě potřeby rodičů byly hlavním motivem k tomu, aby dítě bylo zařazeno do běžné školy. Potřeby rodičů se pochopitelně primárně odvíjely od potřeb dítěte a též očekávání rodičů týkajících se kvality budoucího života jejich potomka. Rodiče uvažovali o integraci svého dítěte do běžné školy, vycházeli především ze srovnávání běžné a speciální školy, dílčích výhod a nevýhod obou typů škol.

Obrázek 2: Schéma axiálního kódování



Zdroj: autorka práce

Kontextem se podle Corbina a Straussové (1999, s. 74) rozumí jak soubor podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání, tak i vlastnosti jevu. Ke kontextu byly přiřazeny následující kódy: Pomoc rodiči dítěte se zdravotním postižením, Očekávání, Přístup k rodičům a Individualita dítěte. Jednání rodičů se odvíjelo od toho, jaká byla jejich očekávání, a to zejména očekávání vůči škole, ale též od toho, jaká pomoc byla rodiči dítěte se zdravotním postižením poskytována (její kvalita i kvantita) a jaký byl přístup (školy, školského poradenského zařízení) k rodičům. Neméně významná je pochopitelně i osobnost dítěte (Individualita), tedy např. jeho vzdělávací potřeby, od nichž se primárně odvíjí vzdělávání v běžné škole a proces integrace dítěte do běžné školy.

Intervenující podmínky jsou podle Corbina a Straussové (1999, s. 75) „široké a obecné podmínky, které ovlivňují strategie jednání nebo interakce“ a zahrnují

např. individuální biografii, kulturu ve společnosti apod. To, jaké bylo následné jednání rodičů, bylo tedy dáno i tímto širším kontextem, v němž se odrážel i vliv společnosti, resp. situace ve školství, přístup pedagogů k inkluzivnímu vzdělávání (jak bylo zmiňováno, velmi často se rodiče setkávali s odmítáním integrace, bylo jim doporučováno dítě zapsat do speciální základní školy, nebyly respektovány vzdělávací potřeby dětí apod.). K intervenujícím podmínkám tak byly přiřazeny tyto kódy: Spolupráce se školou, Spolupráce se školským poradenským zařízením a Dodržování zákona a doporučení školského poradenského zařízení.

K jednání byly přiřazeny tyto kódy: Získávání informací, Řešení problémů, Chování dítěte a Psychohygienu. Jak vyplynulo z rozhovorů, komunikační partneři přistoupili k intenzivnějšímu a systematictějšímu získávání informací teprve až poté, co se v souvislosti s integrací jejich dítěte do běžné školy začaly objevovat potíže. To pochopitelně není vhodné a více se této problematice věnujeme v diskusi a v závěru. Integrace potomka komunikačních partnerů neprobíhala většinou bez problémů, rodiče byli nuceni řešit mnoho situací (odmítání dítěte školou, neochota školských poradenských zařízení vyjít rodiči vstříc, resp. naplňovat požadavky dané legislativou, nedostatečná spolupráce se školou a školským poradenským zařízením apod.). Průběh integrace dítěte se zdravotním postižením do běžné školy neprobíhal podle očekávání rodičů, ani dle potřeb dítěte. To mělo následně i vliv na chování dítěte, které nebylo vždy dobře podpořeno učitelem v začleňování do kolektivu, bylo přetěžováno (domácí úkoly prováděné několik hodin denně i přes odlišné doporučení školského poradenského zařízení) a pochopitelně narůstal i požadavek na realizaci optimální psychohygieny ze strany rodičů dítěte se zdravotním postižením.

Co se týče následků, v souvislosti se zkoumaným jevem byly do této oblasti přiřazeny dva kódy, a to Zkušenost s inkluzivním vzděláváním a Emoční prožívání rodičů. Tyto následky, detailněji popisované v narativních rozhovorech rodičů, se promítaly především do oblasti kognice a emocí a lze také na ně nahlížet jako na cenný zdroj informací o tom, jaké poradenství vlastně rodiče se zdravotním postižením potřebují či mohou využít v případě úvah o integraci jejich dítěte do běžné školy a následné realizaci této integrace.

### 6.3 Selektivní kódování

Na základě předchozích fází kódování a analýzy dat vztažené ke zkoumanému problému byla vytvořena teorie, která identifikuje hlavní oblasti, v nichž je vhodné a možné využít andragogické poradenství. Schéma teorie je uvedeno na obrázku 3.

Obrázek 3: Teorie vytvořená selektivním kódováním



Zdroj: autorka práce

Za centrální kategorii byl označen kód Získávání informací. Komunikační partneři nehovořili o využívání poradenství, uváděli, že je využití této formy pomoci v procesu úvah i realizace integrace jejich dítěte do běžné školy nenapadlo, teprve až po prožití negativních zkušeností si začali uvědomovat, že je tato pomoc vhodná a mohli ji využít, patrně by jim pomohla eliminovat některé obtíže, s nimiž se setkali, jejich emoční prožívání by bylo méně zatížené dopady obtížného a problematického začleňování dítěte do běžné školy.

Další kategorie a podkategorie, které jsou na obrázku 3 uvedeny, jsou oblastmi, které v procesu analýzy dat byly identifikovány jako oblasti, v nichž by bylo vhodné využít poradenství, např. poradenství andragogické. Mnohé z nich se úzce vztahují ke kritickým uzlům životní dráhy rodiče se zdravotním postižením: jedná se např. o kód Individualita dítěte. To, jaké dítěte je, jaké má schopnosti, silné i slabé stránky,

ovlivňuje přístup rodiče k dítěti a způsob saturace jeho potřeb, které je taktéž nutné identifikovat. Andragogické poradenství lze tak využít již při narození dítěte s postižením, resp. v situaci, kdy rodič rozpozná odchylky ve vývoji či je stanovena diagnóza dítěte. Za kritický životní uzel lze označit i úvahy o integraci dítěte s postižením do běžné školy.

Rodiče dítěte se zdravotním postižením mohou a dle mého názoru by také měli využívat poradenství zaměřené na získávání konkrétních informací týkajících se procesu integrace dítěte do běžné školy, tak i zaměřené na podporu – může se jednat např. o Přístup zaměřený na člověka. Nejen že se rodiči ze strany poradce nebo terapeuta dostane bezpodmínečného přijetí, tedy něčeho, co očekávali ze strany školy, ale toto očekávání nebylo naplněno. Ocitnutí se v kritickém životním uzlu, které vedlo mimo jiné k prožívání zoufalství, bezmoci, velmi silných negativních emocí, může představovat do určité míry i výzvu k osobnostnímu růstu a samostatnému rozvoji, pochopitelně za doprovázení tímto kritickým uzlem poradcem, terapeutem. V tomto přístupu je dáván velký prostor emocím klienta (tedy rodiče dítěte se zdravotním postižením), jeho prožívání, problémům, kterými se zabývá (chování dítěte, nedodržování zákona, doporučení ze strany školského poradenského zařízení apod.), je pracováno s potřebami a očekáváním.

Dílním aspektům vytvořené teorie se věnuji dále v textu, v němž jsou zjištěné výsledky vztaheny k výzkumným otázkám a cíli výzkumu i práce.



## 7. DISKUSE

Ve výše popsaném výzkumu jsem se zaměřila na zkoumání kritického uzlu životní dráhy rodičů dětí se zdravotním postižením, který představovala situace rozhodování o vzdělávání dítěte se zdravotním postižením s následnou docházkou jejich dětí do základní školy. Komunikačními partnery bylo 9 rodičů, kteří mají dítě se zdravotním postižením integrované do běžné, většinou spádové základní školy.

První výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, jak u rodičů probíhal proces rozhodování o způsobu vzdělávání svých dětí se zdravotním postižením. Z analýzy dat získaných z rozhovorů vyplynulo, že samotné rozhodování o volbě školy nebylo pro komunikační partnery náročné, a to ani z hlediska času, ani z hlediska samotného procesu rozhodování.

O vzdělávání svého dítěte byli komunikační partneři nuceni uvažovat již v předškolním věku dítěte, což souviselo s postižením dítěte, tedy i vzdělávacími potřebami, které dítě mělo a má. Při vzpomínání na tuto dobu komunikační partneři uváděli, že se jim ze strany odborníků (pediatrů, specialistů, jako byli psychologové, psychiatři) nedostávalo vždy dostatečné pozornosti, a to v tom smyslu, že jejich obavy, zda se dítě vyvíjí dle norem, či zda některé jeho projevy jsou v pořádku, byly do určité míry bagatelizovány, obavy rodičů byly podceňovány: „*Odmala jsme upozorňovali každého lékaře, psychologa, imunologa, v pedagogicko-psychologické poradně, že má dítě specifické pohyby ručičkami, a nikdo si toho nevšímal a nekomentoval. Až nyní, po tolika letech jsme se dověděli, že je to projev autisty.*“ (KP2). Za pozornost také stojí, že v případě komunikačního partnera č. 9 byla diagnóza stanovena až v průběhu školní docházky, i když se jedná o dítě s autismem a ADHD – až teprve v rámci první třídy byl rodič upozorněn, a to nikoliv učitelkou, ale matkou jiného žáka, že by se v případě jeho syna mohlo jednat o autismus, a že je vhodné navštívit dětského psychologa, s čímž souhlasila i učitelka.

Rodiče si již v průběhu adaptace na postižení dítěte utvářeli svůj názor na to, jakou kvalitu života by jejich dítě mělo mít, což je téma, které v případě dětí se zdravotním postižením vyvstává do popředí. Knotová (2014, s. 98) uvádí, že v případě závažnějších onemocnění mohou rodiče využívat již rané podpory a během docházky do mateřské školy je nutné zvažovat další formu vzdělávání.

Tak jako žádný z komunikačních partnerů nevyhledal odbornou pomoc poté, co mu byla sdělena diagnóza dítěte, nenavštívil žádný z komunikačních partnerů odborníka

(psychologa, kouče, poradce) ani v okamžiku, kdy se rozhodoval o vzdělávání svého dítěte v základní škole. To ovšem lze považovat za nevhodnou copingovou strategii, neboť jak rodiče zmiňovali, proces začleňování dítěte do běžné školy byl většinou velmi emočně náročný, což bylo dáno i nedostatkem informací, které rodiče o inkluzivním vzdělávání měli. Komunikační partneři měli očekávání, která byla v rozporu s tím, jak tento proces v realitě probíhal a též probíhat mohl, s ohledem na nízkou připravenost škol na inkluzi.

Na základě analýzy dat získaných z rozhovorů s rodiči dětí se zdravotním postižením byla vytvořena teorie popisující, jaká témata jsou v souvislosti s inkluzivním vzděláváním dítěte se zdravotním postižením akcentována, a které by tedy bylo vhodné zohlednit v rámci poradenství. Domnívám se, že by rodiče měli preferovat především poradenství andragogické, které akceptuje rodiče a doprovází jej silně emočně prožívaným kritickým uzlem životní dráhy, s poskytováním podpory, ale i potřebných informací. Za centrální kategorii nově vytvořené teorie tak bylo označeno Získávání informací (které bylo v případě komunikačních partnerů nahodilé, neodpovídající jejich potřebám, ani potřebám dítěte) a oblasti, v nichž by mělo či mohlo být poradenství využito, se týkají jak specifík dítěte (jaké vzdělávání je pro něj nejlepší, s ohledem na jeho individualitu, jak postupovat, pokud má vzdělávání negativní dopad na chování dítěte, jeho prožívání), tak i procesu inkluzivního vzdělávání (řešení problémů, jak postupovat, na koho a kdy se obrátit, když není respektována platná legislativa, škola nerespektuje doporučení poradenského zařízení apod.), tak i pochopitelně samotných rodičů (potřeby, očekávání, jejich emoční prožívání, přičemž se jedná o fenomény, které jsou s rodiči úzce spjaty a jsou aktualizovány v prožívání a emocích rodiče v různých životních situacích. K poradenství je vhodné přistoupit, pokud očekávání nejsou naplněna, ale i předtím, než se jedinec rozhodne k závažnému životnímu kroku, kterým je bezpochyby integrace dítěte do běžné školy).

Pokud komunikační partneři cíleně získávali informace, většinou se jednalo o informace uvedené na internetu (odborné i neodborné) nebo informace získané od jiných rodičů v obdobné situaci. Zcela jistě by však bylo vhodnější potřebné informace získávat cíleně. Komunikační partner č. 4 sice uvedl, že navštívil webové stránky školy, do které mělo být dítě zapsáno, avšak další informace nezískával – uvítal, že se škola prezentuje jako pro-inkluzivní, uvádí, že má zkušenost s integrací žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, což daný rodič považoval za dostatečné penzum informací. Zkušenost tohoto rodiče byla později taková, že bylo nutné mimo jiné

intervence České školní inspekce, která zjistila pochybení ze strany pedagogicko-psychologické poradny i školy. Teprve po změně poradny a jednání pracovníků poradny začala škola respektovat doporučení poradny, které bylo i nově vytvořeno. Dítě tohoto rodiče již chodí do páté třídy, změnila se třídní učitelka, a až nyní chodí dítě ze školy domů spokojeno a z inkluze profituje.

Co se týče rozhodování rodičů o volbě školy, komunikační partneři zvažovali pro a proti u školy běžné a speciální. V tomto porovnávání se jevila běžná škola jako vhodnější volba, ať již kvůli spádovosti (tj. dítě nemusí dojíždět, netráví čas v dopravních prostředcích, může udržovat vztahy se spolužáky i mimo vyučování, ve svém volném čase, může do školy chodit samo, což pozitivně působí na jeho samostatnost a sebedůvěru) nebo kvůli možnostem kvalitnější výuky (z pohledu rodičů) a vhodnější připravenosti dítěte na dospělý život. Rodiče se obávali, že speciální základní škola nepřipraví jejich dítě dostatečně na dospělý život (ve škole budou snižovány nároky na dítě), speciální škola vytváří podle komunikačního partnera č. 1 „*skleníkové prostředí*“, komunikační partner č. 9 nechtěl, aby dítě chodilo do školy s „*mentály*“.

Druhá výzkumná otázka zněla: Jak probíhal proces adaptace rodičů dětí se zdravotním postižením na novou životní situaci? Dle zjištěných výsledků vztahujících se k prožívanému kritickému uzlu životní dráhy rodiče (integrace při poskytování vzdělávání a přístup školy k jejich dítěti a jim samotným) probíhala adaptace postupně, a to v závislosti na získávání nových zkušeností i informací. Do určité míry tato adaptace odpovídala procesu vyrovnávání se se závažným onemocněním či ztrátou, popsaném Kübler-Rossovou. Jak uvádějí Kunhartová, Potměšil a Potměšilová (2017, s. 24), tento proces se vyznačuje sledem fází šok-popření (vytěsnění, útěk ze situace) - hledání viny, vztek-smutek, lítost-vyrovnání se s novou situací, adaptace na tuto situaci. Autoři vysvětlují, že tento proces se vyskytuje i u rodičů, kteří se musí vyrovnat s diagnózou postižení u svého dítěte.

Jak jsem již uváděla, všichni komunikační partneři prožívali šok z toho, jakým způsobem je dítě integrováno do běžné školy, neboť tento proces probíhal zcela odlišně, než očekávali. Rodiče měli v souvislosti se školní docházkou svých dětí potřeby, které nebyly školou naplněny (potřeba komunikace školy s rodičem, předávání informací, spolupráce, podpory, ale i zájmu o dítě a jeho blaho a též zájmu o rodinnou situaci). To může být dáno dle mého názoru i tím, že o těchto svých potřebách rodiče nehovořili se zástupci školy při jednání o integraci dítěte do školy a nezajímali se tedy ani o to, jak

může škola tyto jejich potřeby saturovat. Mnozí rodiče se setkali s nezákonnými požadavky školy, a dokonce se objevil strach rodičů, co by se stalo, kdyby tyto požadavky nesplnili. V případě jednoho komunikačního partnera škola vyvinula velký nátlak s pomocí OSPOD a následného soudního jednání. Ani v této době komunikační partner nevyhledal odbornou pomoc v podobě poradenství, i když již prožíval zklamání z jednání školy, všiml si negativního dopadu neoptimální integrace na dítě, neboť nevěděl, na koho se obrátit. Obdobně ovšem k využití poradenství přistupovali všichni komunikační partneři.

Lze však považovat za pozitivní, že si všichni komunikační partneři uvědomovali a uvědomují potřebu pečovat o sebe samotného, tedy věnovat se psychohygieně. Komunikační partneři dokáží předat odpovědnost na své blízké, zejména prarodiče, a odpočinout si, odreagovat prožívané napětí a stres, přičemž většinou volí vhodné copingové strategie (s výjimkou konzumace návykových látek).

Frustraci, kterou rodiče zažívali, většinou zpracovávali prostřednictvím boje za práva svého dítěte. To také komunikačním partnerům většinou již přineslo potřebné informace – rodiče se začali orientovat v tom, jaká práva mají, jaké má být jednání školského poradenského zařízení, školy, a začali systematicky jednat s cílem zajistit jejich dodržování. Zde již můžeme sledovat proces vyrovnávání se s novou situací a postupnou adaptaci na ni. Zatímco se nejprve rodiče snažili naplňovat často i nesmyslné a neoprávněné požadavky školy, později změnili přístup ke škole, začali se více považovat za rovnocenné partnery školy a začali sami uvádět, jaké změny chtějí.

Žádný z komunikačních partnerů tento boj nevzdal. To bylo patrně dáno silnou motivací rodičů, aby se jejich dítě vzdělávalo v běžné základní škole, roli mohlo hrát i nezhřídkava prožívané bezpráví.

Třetí výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, jaké jsou zkušenosti rodičů dětí se zdravotním postižením s integrací jejich dítěte do běžné základní školy. Jak již bylo zmiňováno, většinou rodiče hodnotili tyto zkušenosti jako negativní, avšak uváděli též, že případná selhání nebyla dána filosofií inkluze či způsobem její realizace, ale lidským faktorem. Pokud se rodič setkal s učiteli, pracovníky školských poradenských zařízení, asistenty pedagoga, kteří jevíli zájem pomoci dítěti, a především dodržovat platnou legislativu, vždy bylo možné se domluvit a vhodně intervenovat ve prospěch dítěte. Podle Feusera (1995, in Hájková & Strnadová, 2010, s. 111) v případě inkluzivní školy nemá být žák tím, kdo se přizpůsobuje kritériím školy, ale naopak škola se má přizpůsobovat možnostem žáků. Vycházeno je z premisy, že předpoklady pro učení se

mohou u dítěte jen stěží změnit, avšak lze měnit vzdělávací služby, které škola poskytuje.

Takto ovšem školy dle komunikačních partnerů nepostupovaly, a naopak chtěly po rodičích, ať dítě přeřadí do speciální základní školy, zajistí dítěti asistenta, více se s dítětem učí, více jej vedou ke koncentraci pozornosti, i když se např. jednalo o dítě, u něžž snížená koncentrace souvisela s jeho postižením. Za pozornost stojí, že i když si rodiče uvědomovali nelegitimitnost požadavků ze strany školy, přesto se snažili uspokojit tyto požadavky, někdy i na úkor duševní pohody a svých možností. Velmi často však trvalo delší dobu, než si rodiče začali uvědomovat, že postup školy není oprávněný, a sami následně změnili přístup ke škole – přestali zastávat podřízenou pozici a začali se dožadovat dodržování práv svých a svého dítěte.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká témata by měla být v rámci poradenství rodičům dětí se zdravotním postižením akcentována. Na základě analýzy dat byly identifikovány oblasti, kdy je vhodné využít poradenství, což je obsahem nově vytvořené teorie, a především co by mělo být obsahem tohoto poradenství. Obsah potřebného poradenství je formulován v následující kapitole.

## 8. DOPORUČENÍ PRO RODIČE

V kapitole uvádím, jaká témata vyvstávají do popředí v souvislosti s inkluzivním vzděláváním dětí se zdravotním postižením, přičemž tato témata rozčleňuji dle specifických období (většinou se jedná o kritické uzly životní dráhy rodičů dětí se zdravotním postižením). Uvádím, jaké poradenství rodiče potřebují. Návod, jak jednat v případě prožívaných obtíží v souvislosti s inkluzivním vzděláváním dětí se zdravotním postižením, je podán v příloze práce č. 2, a to formou letáku.

V době raného dětství a předškolního věku:

- jaká forma vzdělávání je pro dítě nejvhodnější
- jaké informace získat o škole, v níž má dítě absolvovat povinnou školní docházku;
- od koho získat potřebné informace o škole, v níž má být dítě vzděláváno.

V době počátku integrace dítěte do běžné školy:

- jak jednat se školou, resp. jejími zástupci – ředitelem školy, budoucí třídní učitelkou,
- jaké odborníky navštívit, jaké dokumenty je zapotřebí zajistit;
- jaká pomoc je dostupná v případě selhávání integrace, jak tuto pomoc využít a kdy ji využít;
- jaká jsou práva rodičů i dítěte, jak zajistit jejich dodržování (na koho se obrátit, kdy již vyhledat pomoc, jaká by tato pomoc měla být);
- jak rozpoznat, kdy je již prožívaný stres vyplývající ze situace příliš vysoký a je vhodné změnit chování, umenšit stres, změnit copingové strategie a kdo pomůže s tímto rozpoznáním.

V průběhu inkluzivního vzdělávání dítěte:

- jaká forma komunikace se školou či školským poradenským zařízením je nejvhodnější;
- jaké postupy školy a/nebo školského poradenského zařízení jsou legitimní a jaké nikoliv;

- jaký je postup jednání rodiče při nedodržování zásad inkluzivního vzdělávání (zajišťování potřeb dítěte v souvislosti s jeho speciálními vzdělávacími potřebami);
- jak rozpoznat, kdy je zapotřebí důrazně trvat na dodržování práv dítěte a rodiče, na koho se obrátit;
- jak dítě podpořit a pomoci mu, pokud k němu není ve škole vhodně přistupováno.

Tím, že zkušenost rodičů dětí se zdravotním postižením s integrací jejich potomka do běžné školy bývá nezdědk negativní (a byla negativní v případě všech komunikačních partnerů, nebyla naplněna očekávání rodičů), přičemž toto negativum je spojeno zejména s nerespektováním rodiče – jeho potřeb, práv, stejně jako s nerespektováním práv a potřeb dítěte, poradenství by mělo být především akceptující. To, co rodiče nezdědk zažívají, lze nazvat arogancí moci. Komunikační partneři uváděli, že museli doslova „škemrat“ o to, na co měli a mají nárok. Tím dochází ke snižování sebeúcty jedince, v důsledku i k omezení zdrojů potřebných na jednání se školou, péči o dítě, ale i k saturaci vlastních potřeb. Rodiče dostávali od školy nebo školského poradenského zařízení v některých případech – nikoliv ovšem explicitně sdělenou – informaci, že oni nebo jejich dítě jsou „špatní“, méněcenní, že je jejich místo a místo jejich dětí jinde, než o čem jsou přesvědčeni. Poradenství by tak nemělo být pouze odborné, ale z hlediska potřeb rodiče a dopadu integrace dítěte do běžné školy na jejich emoční prožívání též podpůrné, akceptující, se zájmem o jedince a ochotou doprovázet klienta náročnou životní situací (kritickým uzlem). Právě pro tyto situace a pro tento typ klientů je nejvhodněji uzpůsobeno poradenství andragogické.

# ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává o problematice integrace dětí se zdravotním postižením do běžné základní školy, se zřetelem k možnostem andragogického poradenství poskytované rodičům těchto dětí.

V teoretické části byla věnována pozornost tématům vztahujícím se k andragogickému poradenství, přiblížena byla situace rodičů dětí se zdravotním postižením, zejména byla popsána jejich očekávání, motivace, potřeby a požadavky související se zajištěním optimálního vzdělání jejich dítěte s postižením. Charakterizováno bylo též inkluzivní vzdělávání a strategie rodičů.

Na teoretická východiska bylo navázáno realizací vlastního výzkumného šetření, které bylo koncipováno jako kvalitativní. Výzkumný soubor tvořilo devět komunikačních partnerů. Jednalo se o rodiče dětí se zdravotním postižením, kteří se rozhodli pro integraci svého dítěte do hlavního vzdělávacího proudu. S komunikačními partnery byly vedeny narativní rozhovory, získaná data byla analyzována pomocí zakotvené teorie.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká témata by měla být v rámci poradenství rodičům dětí se zdravotním postižením akcentována.

V rámci axiálního kódování bylo vytvořeno pět hlavních kategorií, a to Rodič dítěte se zdravotním postižením, Motivace k inkluzi, Úvahy o integraci dítěte do běžné školy, Zkušenost s inkluzivním vzděláváním a Dítě se zdravotním postižením v běžné škole. V axiálním kódování byl za hlavní jev označen kód Dítě se zdravotním postižením v běžné škole. V rámci paradigmatického modelu byla přiblížena kauzalita identifikovaných proměnných. Nově vytvořená teorie již odpovídá na cíl výzkumu. Za centrální kategorii bylo označeno Získávání informací a identifikovány byly i oblasti, které by měly být v rámci poradenství rodičům se zdravotním postižením akcentována. Jedná se o tato témata: Individualita dítěte, Přístup rodičů ke škole, Řešení problémů, Chování dítěte, Dodržování zákona a doporučení školského poradenského zařízení, Emoční prožívání (rodičů), Úvahy o integraci dítěte do běžné školy, Potřeby a očekávání rodičů.

Co se týká očekávání rodičů, ta se vztahují jak k dítěti (kvalitě jeho budoucího života, tedy i vzdělávání dítěte), tak i ke škole (spolupráce se školou, dodržování zákona a doporučení odborníků). Rodiče též očekávali respektující přístup, tedy to, že budou považováni školou (ředitelem, učiteli) za rovnocenné partnery, tj. očekávali symetrii



vztahu. Očekávání rodičů naplněna nebyla, což však bylo dáno i tím, že jejich očekávání byla v některých ohledech nerealistická (např. v souvislosti se zaváděním inkluzivního vzdělávání). Dnešní situace se již mírně změnila, a to v případě dostupnosti asistentů pedagoga, větší zkušenosti školských poradenských zařízení i škol s podpůrnými prostředky.

Výzkumem bylo zjištěno, že oslovení rodiče byli poměrně brzy rozhodnutí o vzdělávání svého dítěte v běžné škole, což bylo dáno jejich kontinuální zkušeností s postižením dítěte a předchozí adaptací na tuto novou zkušenost, kterou lze označit za kritický uzel životní dráhy těchto rodičů. Za pozornost stojí, že žádný z rodičů nevyhledal žádnou formu poradenství či jiné odborné pomoci pro sebe v situaci, kdy uvažoval o způsobu vzdělávání svého dítěti či v souvislosti s integrací dítěte do běžné školy čelil nerespektování práv dítěte, pocíťoval nerespektování vlastní osoby ze strany školy nebo školského poradenského zařízení. V tomto ohledu by zcela jistě bylo vhodné vyhledat pomoc odborníků, přičemž v případě těchto rodičů by měla daná pomoc reflektovat témata související s andragogikou, která nabízí provázení dospělého jedince jeho životní dráhou, včetně situací, které jsou kritickými uzly, čímž zahájení povinné školní docházky jejich zdravotně postiženého dítěte pro rodiče bezpochyby je. Dítě s postižením nezřídka potřebuje své rodiče i v dospělosti, nedochází tedy zcela k vymanění se ze závislosti dítěte na rodiči, která je charakteristická především pro období dětství. Životní dráha rodiče postiženého dítěte je tak velmi často úzce provázána po celý jeho život s životní dráhou dítěte s postižením. Nástup dítěte do školy představuje pro toto dítě taktéž kritický uzel. Dítě však většinou nedisponuje potřebnými kompetencemi či copingovými strategiemi, jak jej vhodně zvládnout, což platí o to více pro dítě s postižením. V andragogickém poradenství může být reflektován status rodiče, který je silně ovlivněn potřebami jeho dítěte, pozornost je věnována i společenským změnám, životní situaci jedince se zaměřením na jeho úspěchy i neúspěchy, jejich prožívání apod. Lze jej tedy chápat jako poradenství holistické, v němž poradce pohlíží na klienta ve značně širokém kontextu, který reprezentuje i provázanost rodiče s jeho dítětem.

Je také důležité zdůraznit, že samotným rodičům není v rámci inkluzivního vzdělávání přímo pomoc poskytována. Ze zákona je poskytováno speciálně-pedagogické poradenství, které však není orientováno přímo na pomoc rodiči, ale je poskytováno v souvislosti se vzdělávacími potřebami dítěte. Rodič je však zákonným zástupcem dítěte, jeho opatrovníkem. Má-li být schopen naplňovat požadavky plynoucí

z této role, musí být mocný a kompetentní. Není chybou ani slabostí využít pomoci, poradit se, požádat o podporu a doprovázení kritickým životním uzlem. Rodiče poradenství nevyužili, neboť si neuvědomovali jeho význam a přínos (což si uvědomují zpětně, po získání osobní zkušenosti), nebyli ani informováni o tom, že jej lze – a je vhodné – využít. Byli také příliš zaměstnáni řešením vzniklé situace, obtížemi při integraci dítěte do běžné školy. V tomto ohledu lze vnímat jako největší nedostatek absenci informovanosti rodičů o tom, že lze poradenství využít, jaké poradenství je vhodné, co by mělo či mohlo být jeho náplní, a především přínosem.

Komunikační partneři očekávali hladký průběh vzdělávání svých dětí i dodržování zákonů ze strany školy, avšak zkušenosti těchto rodičů s integrací jejich dítěte do běžné školy byly většinou negativní a rodiče tak museli za dodržování práv svých dětí bojovat. Potřebné informace související s inkluzivním vzděláváním získávali postupně, většinou až poté, co čelili obtížím. To jim přinášelo značný stres, který se však komunikačním partnerům podařilo překonat, především mobilizací svých zdrojů a aktivním jednáním, i když se jednalo o dlouhodobý a pro ně často vyčerpávající proces. Využívány byly i vhodné copingové strategie v rámci psychohygieny jako jeden z prostředků adaptace na tento kritický uzel životní dráhy.

Je nutné podotknout, že oslovení rodiče většinou absolvovali tuto náročnou situaci v době, kdy inkluze nebyla podpořena legislativně v plné míře a školy a školská poradenská zařízení teprve samy zjišťovaly, co je a není možné. Do určité míry se však snažili pracovníci těchto zařízení prožívaná úskalí zaváděné inkluze eliminovat tím, že za viníky neúspěchů a problémů označovali dítě nebo jeho rodiče. Tomu se komunikační partneři dlouho nebránili, neboť jim chyběly potřebné informace. Očekávání rodičů, mnohdy sycena nedostatkem informací či neznalostí v jejich získávání, vedla k prožitkům šoku. Adaptace na tento kritický uzel tak kopírovala stádia vyrovnávání se se ztrátou popsaná Kübler-Rossovou. Teprve poté, co se rodiče na tuto situaci plně adaptovali, bylo možné optimálně jednat.

Na základě analýzy dat tak bylo možné identifikovat témata, která by měla být v rámci andragogického poradenství akcentována, cíl diplomové práce tak byl naplněn.

Sama jsem rodičem dítěte s postižením a taktéž jsem absolvovala často strastiplnou cestu za respektováním práv svého dítěte v souvislosti s jeho integrací do běžné školy. Při vedení rozhovorů s komunikačními partnery a analýzou dat jsem si uvědomila, kolik starostí jsem musela prožít zbytečně, podobně jako oslovení rodiče, a to jen proto, že jsem věřila v dodržování práv a zájmu pedagogických pracovníků o

blaho mého dítěte. Je jisté, že se učitelé i pracovníci školských poradenských zařízení ocitají v náročné situaci, dané zejména nárůstem změn ve školství, často zaváděných rychle a bez potřebné edukace relevantních osob. Dnes si uvědomuji, jak přínosné by bylo využít pomoci odborníků, poradit se v tom, co bylo těžké a jevílo se jako nevládnutelné. Má osobní zkušenost mne vedla k volbě tématu i záměru vytvořit užitečný návod pro rodiče v obdobné situaci, který představuje jak soubor doporučení vztahující se k obsahu andragogického poradenství, tak i leták uvedený v příloze práce č. 2. Tento výstup práce tak může být cenným nástrojem pro rodiče dítěte s postižením, kteří se ocitají teprve na počátku svého dalšího kritického uzlu životní dráhy.

## LITERATURA A ZDROJE

- BENDOVIÁ, P., & ZIKL, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada.
- BENEŠ, M. (2014). *Andragogika*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada.
- BLATNÝ, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- BRISSON, J., & SORIN, A.-L. Anticipation and Child Development. In NADIN, M. (Ed.). (2016). *Anticipation and Medicine*(pp. 207-218). New York, NY: Springer.
- CAKIRPALOGLU, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- CIMRMANNOVÁ, T. (2013). *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum.
- ČENĚK, J., SMOLÍK, J., & VYKOUKALOVÁ, Z. (2016). *Interkulturní psychologie*. Praha: Grada.
- DISMAN, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum.
- DRAPELA, J. V., HRABAL, V. a kol. (1995). *Vybrané poradenské směry: Teorie a strategie*. Praha: Karolinum.
- DRYDEN, W. (2008). *Poradenství*. Praha: Portál.
- FERJENČÍK, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- FINDLER, L. a O. TAUBMAN. (2016). *Grandparents of Children with Disabilities: Theoretical Perspectives of Intergenerational Relationships*. New York: Springer.
- HÁJKOVÁ, V., & STRNADOVÁ, I. (2010). *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada.
- HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- HENSCHKE, J. A. (2012). Counseling in an Andragogical Approach. In WANG, V. C. (Ed). *Encyclopedia of E-Leadership, Counseling and Training*. Heshey: Information Science Reference, p. 569-586.
- CHVÁTALOVÁ, H. (2012). *Jak se žije dětem s postižením: po deseti letech*. Praha: Portál.
- JURKOVIČOVÁ, P. a V. REGEC (2013). *Úvod do speciálněpedagogického poradenství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KALINA, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

- KLIMENT, P. (2003). Poradenství jako součást formálního curricula studijního oboru andragogika. In *Kurikulum andragogiky: sborník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 237-240.
- KNOTOVÁ, D. (2014). *Školní poradenství*. Praha: Grada.
- KRHUTOVÁ, L. (2011). Sociální práce s klienty se zdravotním postižením. In KUZNIKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví* (s. 124-133). Praha: Grada.
- KUNHARTOVÁ, M., POTMĚŠIL, M., & POTMĚŠILOVÁ, P. (2017). *Náročné otcovství: být otcem dítěte s postižením*. Praha: Karolinum.
- KUKLA, L., VELEMÍNSKÝ, M. sen., SCHNEIBERG, F., VELEMÍNSKÝ, M. jun., STRUK, P., & STRUKOVÁ, N. (2016). Děti vyžadující speciální péči. In KUKLA, L. a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí* (s. 177-206). Praha: Grada.
- LANG, G., & BERBERICHOVÁ, CH. (1998). *Každé dítě potřebuje speciální přístup: vytváření integrovaných a inkluzivních tříd*. Praha: Portál.
- LANGMEIER, J., & KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada.
- MICHALÍK, J. (2013). *Rodiče a dítě se zdravotním postižením (nejen) na základní škole*. Pardubice: Studio Press.
- MUCHOVÁ, J. (2015). Podpora motivace žáka. In VALENTA, M. a kolektiv. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu* (s. 77-80). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- NAKONEČNÝ, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- NOVÁK, J., & KALNICKÁ, V. (2008). Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky. *Statistika*, 6, 541-552.
- NOVÁKOVÁ, I. (2012). *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada.
- PAVLOVSKÝ, P. a kolektiv. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada.
- REICHEL, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- ROTENSTREICH, N. (1972). *Philosophy: The Concept and its Manifestations*. Springer: Rotterdam.
- ŘÍČAN, P. (2007). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Vyd. 5., rozš. Praha: Grada.
- SCHNEIDEROVÁ, A. (2008). *Základy poradenství: učební text pro distanční studium*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- SLOWÍK, J. (2016). *Speciální pedagogika*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada.

- STRAUSS, A. G. a J. CORBIN (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky zakotvené teorie*. Brno, Boskovice: Albert, Podané ruce.
- SZABOVÁ-ŠÍROVÁ, L. (2013). Sociálně poradenstvo ako nástroj sociálnej pomoci a rozvoja osobnosti dospelého človeka. In LUKÁČ, M. (Ed). *Edukácia človeka – problémy a výzvy pre 21. storočie*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 122-129.
- ŠEĐOVÁ, K. (2007). Zakotvená teorie. In ŠVARŤÍČEK, R., & ŠEĐOVÁ, K. (Eds). *Kvalitatívni výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry* (s. 84-96). Praha: Portál.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada.
- ŠVARŤÍČEK, R. (2007). Biografický design. In ŠVARŤÍČEK, R., & ŠEĐOVÁ, K. (Eds). *Kvalitatívni výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry* (s. 126-141). Praha: Portál.
- ŠVEC, Š. (2008). *Anglicko-slovenský lexikón pedagogiky a andragogiky*. Bratislava: Iris.
- TANNENBERGEROVÁ, M. (2016). *Průvodce školní inkluzí aneb jak vypadá kvalitní základní škola současnosti?* Praha: Wolters Kluwer.
- UZLOVÁ, I. (2010). *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ I., & KREJČOVÁ L. (2009). *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum.
- VÍTEČKOVÁ, M. (2011). Spolupráce rodiny a školy v oblasti výchovy a vzdělávání. In VALIŠOVÁ, A., & KASÍKOVÁ, H. (Eds.) *Pedagogika pro učitele* (s. 333-340). 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada.
- VOJTOVÁ, V. (2004). Poradenství v rámci školy. In VÍTKOVÁ, M. (Ed.). *Otázky speciálně pedagogického poradenství: Základy, teorie, praxe* (s. 176-182). Brno: MSD.
- VOTAVA, J. (2011). Komunikace s osobami se zdravotním postižením – možné etické problémy. In PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kolektiv. *Etika a komunikace v medicíně* (s. 261-272). Praha: Grada.
- VYMĚTAL, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada.
- ZAMAZALOVÁ, M. a kolektiv (2010). *Marketing*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: C. H. Beck.

Legislativní zdroje:

ČESKO. (2004). Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). *Sbírka zákonů České republiky*, částka 190, 10262-10325.

ČESKO. (2016). Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. *Sbírka zákonů České republiky*, částka 10, 234-320.

Internetové zdroje:

ČECH, T. (2015). *Základy andragogiky*. Citováno 12. března 2018. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1421/podzim2016/PS\\_BA005/um/Zaklady\\_andragogiky.pdf](https://is.muni.cz/el/1421/podzim2016/PS_BA005/um/Zaklady_andragogiky.pdf)

DOBIÁŠOVÁ, P. (2013). *Analýza potřeb rodiny se zaměřením na potřeby dětí, mládež a rodiny s dětmi se zdravotním postižením*. Citováno 7. ledna 2018. Dostupné z: [http://www.mesto-podebrady.cz/assets/File.ashx?id\\_org=12349&id\\_dokumenty=16533](http://www.mesto-podebrady.cz/assets/File.ashx?id_org=12349&id_dokumenty=16533)

HORVÁTHOVÁ, I. (2014). *Pro a proti integrace dětí se zdravotním postižením*. Citováno 19. prosince 2017. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/pro-a-proti-integrace-deti-se-zdravotnim-postizenim.shtml>

HRONOVÁ, M. (2016). *Obavy odpůrců inkluze se nenaplnily. Postižených dětí v běžných třídách nepřibude, ukázaly zápisy*. Citováno 19. prosince 2017. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/postizenych-deti-od-zari-v-beznych-tridach-nepribude-zajem-o/r~01d84b1efa4911e5aff80025900fea04/>

KOSTLÁN, F. (2013). *Uplynulo 6 let od rozsudku Evropského soudu pro lidská práva v případě D. H. Vzdělávání romských dětí se ale příliš nezměnilo*. Citováno 18. prosince 2017. Dostupné z: <http://www.romea.cz/cz/zpravodajstvi/domaci/uplynulo-6-let-od-rozsudku-evropskeho-soudu-pro-lidska-prava-v-pripadu-d-h-vzdelavani-romskych-deti-se-ale-prilis-nezmenilo>

MICHALÍK, J. (2012a). *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. Citováno 23. prosince 2017. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rodina-ditete-se-zdravotnim-postizenim/rodina-a-dite-se-zdravotnim-postizenim.shtml>

MICHALÍK, J. (2012b). *Metodický průvodce rodiče dítěte se zdravotním postižením (nejen) na základní škole*. Citováno 23. prosince 2017. Dostupné z: [http://svp-vzacnaonemocneni.cz/portal/wp-content/uploads/Metodicky\\_pruvodce.pdf](http://svp-vzacnaonemocneni.cz/portal/wp-content/uploads/Metodicky_pruvodce.pdf)

MŠMT. (n.d.). *Obecné dotazy ke společnému vzdělávání a právním předpisům*. Citováno 8. ledna 2018. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/obecne-dotazy-ke-spolecnemu-vzdelavani-a-pravnim-predpisum#otazka1>

MŠMT. (2002). *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: Bílá kniha*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání – nakladatelství Tauris. Citováno 18. prosince 2017. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/bila-kniha-narodni-program-rozvoje-vzdelavani-v-ceske-republice-formuje-vladni-strategii-v-oblasti-vzdelavani-strategie-odrazi-celospolecenske-zajmy-a-dava-konkretni-podnety-k-praci-skol>

MŠMT. (2017). *Tematické tabulky*. Citováno 8. ledna 2017. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/vyvojova-rocenka-skolstvi-2006-07-2016-17>

POVOLNÝ, D. (2016). *Inkluze je idea, která brání štěpení*. Citováno 19. prosince 2017. Dostupné z: [https://www.online.muni.cz/images/stories/pdfmuni/muni\\_zari\\_2016.pdf](https://www.online.muni.cz/images/stories/pdfmuni/muni_zari_2016.pdf)

STRAKOVÁ, J. (2016). *V českém školství chybí důvěra. Inkluze ji tam může vrátit*. Citováno 21. prosince 2017. Dostupné z: <http://faktus.info/2016/06/30/jana-strakova-v-ceskem-skolstvi-chybi-duvera-inkluzi-ji-tam-muze-vratit/>

ZEMSKÝ, M. (2016). *Á propos k inkluzi...Definice – díl první 1/4*. Brno: Liga lidských práv. Citováno 18. prosince 2017. Dostupné z: <http://www.ferovaskola.cz/novinky/a-propos-k-inkluzi-definice-dil-prvni-1-4-2242>

Ostatní zdroje:

MÍČKOVÁ, L. (2017). *Občanská angažovanost rodičů v oblasti inkluzivního vzdělávání*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze.



## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Vývoj přístupu společnosti k integraci ve školství .....	33
Obrázek 2: Schéma axiálního kódování .....	68
Obrázek 3: Teorie vytvořená selektivním kódováním .....	70
Tabulka 1: Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol v období 2011-2017.....	41
Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru.....	51
Tabulka 3: Kategorie č. 1 .....	54
Tabulka 4: Kategorie č. 2 .....	57
Tabulka 5: Kategorie č. 3 .....	59
Tabulka 6: Kategorie č. 4 .....	62
Tabulka 7: Kategorie č. 5 .....	66

# **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Schéma rozhovoru

Příloha č. 2: Poradenství rodičům dětí v inkluzivním vzdělávání

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1: Schéma rozhovoru

*Jaká byla Vaše motivace přihlásit Vaše dítě do běžné školy?*

*Jaké informace jste v té době měl/a o inkluzivním vzdělávání?*

*Odkud jste tyto informace čerpal/a? Jakou pomoc jste v souvislosti s úvahami o zařazení Vašeho dítěte do běžné školy případně vyhledala a jaká byla Vaše zkušenost s touto formou pomoci?*

*V čem spatřujete rozdíl, srovnáte-li vzdělávání dítěte se zdravotním postižením v běžné škole a např. ve škole speciální – jaké výhody a nevýhody u obou forem vzdělávání vnímáte?*

*Co podle Vás potřebuje dítě se zdravotním postižením, které se vzdělává v běžné základní škole?*

*Jak probíhal Váš úvodní kontakt se školou (ředitelem školy, třídní učitelkou)? Jak toto jednání hodnotíte, co by mohlo být jinak?*

*Popište mi prosím Vaši zkušenost s integrací Vašeho dítěte do běžné školy*

- *Jednání s pedagogy na škole, přístup pedagogů k Vašemu dítěti*
- *Zkušenost s pomocí v PPP, SPC, jinými odborníky*
- *Zkušenost s podpůrnými prostředky (včetně asistenta pedagoga)*
- *Začlenění Vašeho dítěte do třídního kolektivu*
- *Postavení Vašeho dítěte na škole*
- *Kvalita vzdělávání*
- *Zkušenost s řešením případných problémů*

*Co podle Vás rodiče dětí se zdravotním postižením, kteří se rozhodnout zařadit dítě do běžné školy, potřebují v souvislosti s inkluzivním vzděláváním?*

*Porovnejte prosím, jaké bylo Vaše původní očekávání týkající se vzdělávání Vašeho dítěte v běžné škole, a jaká je Vaše současná zkušenost s praktickou realizací tohoto vzdělávání? Jaká očekávání se naplnila a proč, jaká ne a proč, jaká očekávání rodičů dětí se zdravotním postižením hodnotíte jako nereálná s ohledem na praxi inkluzivního vzdělávání?*

*Co se podle Vás v současném inkluzivním vzdělávání daří, v čem spatřujete nedostatky, co by mělo být jinak?*

*Jak hodnotíte pomoc poskytovanou rodičům dětí se zdravotním postižením? Co by se mělo v této oblasti případně změnit?*

*Co si myslíte o poradenství pro rodiče dětí se zdravotním postižením – potřebují jej (potřeboval/a jste jej Vy, potřebujete jej Vy), pokud ano, proč, pokud ne, proč? Kdy by mělo být poradenství využito a na jaké oblasti by podle Vás mělo být zaměřeno?*

*Porovnejte prosím, jaké bylo Vaše původní očekávání týkající se vzdělávání Vašeho dítěte v běžné škole, a jaká je Vaše současná zkušenost s praktickou realizací tohoto vzdělávání? Jaká očekávání se naplnila a proč, jaká ne a proč, jaká očekávání rodičů dětí se zdravotním postižením hodnotíte jako nereálná s ohledem na praxi inkluzivního vzdělávání?*

*Zkuste prosím uvést doporučení pro rodiče, kteří uvažují o tom, že přihlásí své dítě se zdravotním postižením do běžné školy:*

- *Jaké informace by si měli zjistit*
- *Jaké by měly být první „kroky“ rodiče, nastoupí-li jejich dítě do běžné školy (nebo má nastoupit) – ve vztahu ke škole, ostatním dětem a jejich rodičům, ve vztahu k samotnému dítěti, ostatním členům rodiny*
- *Jak by měli přistupovat k zajištění a dodržování práv dítěte, daných legislativou, nejsou-li v praxi respektována*
- *Jaký přístup by měli volit při jednání se školou a odborníky (komunikace, asertivita apod.)*
- *Jak by měli řešit případné obtíže v inkluzivním vzdělávání jejich dětí*
- *Jak by měli pečovat o sebe, aby byli pro dítě vhodnou oporou a vytvářeli optimální zázemí pro jeho vzdělávání v běžné škole?*

*Je něco, co v rozhovoru nezaznělo a chcete doplnit?*

## **Příloha č. 2: Poradenství rodičům dětí v inkluzivním vzdělávání**

Vážení rodiče, máte školou povinné dítě se speciálními potřebami, tedy s nějakým zdravotním omezením? O jiném vzdělávání než na běžné základní škole neuvažujete? Pak následující řádky jsou určeny právě Vám.

- Pokud začínáte uvažovat o vzdělávání Vašeho dítěte se speciálními potřebami, je důležité formu vzdělávání konzultovat s Pedagogicko-psychologickou poradnou nebo se Speciálně pedagogickým centrem v závislosti na konkrétním zdravotním postižení Vašeho dítěte. Vhodné jsou i zkušenosti jiných rodičů v obdobné situaci. Tyto poradny a centra nabízejí tzv. rodičovské skupinky, kde se rodiče setkávají a konzultují vybraná témata. Informace o tom, na jaké zařízení se obrátit, Vám podá škola, do které chcete dítě přihlásit, případně mateřská škola, kterou Vaše dítě právě navštěvuje.
- Před nástupem dítěte do školy, v níž má dítě absolvovat povinnou školní docházku, si zjistěte informace o kvalitě poskytovaného vzdělávání na vybrané škole, zkušenosti s inkluzivním vzděláváním, obsazenost pedagogického sboru (speciální pedagog, psycholog, vybavenost školy atp.). Tyto informace je možné získat z internetových stránek školy a jejich dokumentů, od ředitele školy, případně od rodičů dětí, kteří již školu navštěvují, nebo od pracovníků poraden.
- Proberte se zástupci školy (ředitelem školy, budoucí třídní učitelkou), jaká jsou Vaše očekávání a potřeby, motivace k volbě školy, zjišťujte, co škola může a nemůže nabídnout, zajistit. Můžete také využít odborné pomoci (poradenství, psychoterapie), prostřednictvím níž si můžete ujasnit, jaká Vaše očekávání jsou, do jaké míry jsou reálná, jak mají být naplněna apod. Obrátit se můžete na sociální službu, která poskytuje bezplatnou pomoc (Registr poskytovatelů sociálních služeb najdete na webových stránkách [www.iregistr.mpsv.cz](http://www.iregistr.mpsv.cz)), využít můžete i placené psychoterapeuty či poradce, přičemž je vhodné vyhledat takové poradenství, v němž je kladen důraz na potřeby klienta a jeho život v kontextu celé životní dráhy (může se jednat o humanistické směry – např. Přístup zaměřený na člověka, osobnostního kouče, ale i krizové poradenství).
- O tom, jaké odborníky navštívit nebo jaké dokumenty je zapotřebí zajistit Vám informace podá škola, školské poradenské zařízení, ale i některé neziskové organizace (např. Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR – webové stránky jsou: [www.arpzpd.cz](http://www.arpzpd.cz); platforma Rodiče za inkluzi – webové stránky jsou [www.rodicezainkluzi.cz](http://www.rodicezainkluzi.cz) či na webových stránkách podporované Národním ústavem pro další vzdělávání – Podpora společného vzdělávání na [www.inkluzevpraxi.cz](http://www.inkluzevpraxi.cz), kde najdete přehled krajských center podpory).
- Informace o inkluzivním vzdělávání a jeho průběhu najdete na webových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, legislativní dokumenty vymezující inkluzivní vzdělávání jsou zejména Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

a žáků nadaných. Velmi podrobně se legislativě a řešení různých krizových situací věnuje příručka pro rodiče *Praktický průvodce právem na vzdělání* od Šárky Duškové, volně přístupné na internetu na stránkách Ligy lidských práv, ve které najdete informace o tom, jaké postupy školy a/nebo školského poradenského zařízení jsou legitimní a jaké nikoliv a jak se případnému porušování zákona bránit.

- Využívejte zkušeností jiných rodičů, zapojte se do skupin utvořených k tomuto účelu na sociálních sítích, dbejte na své pocity, ale i signály těla (případné zdravotní obtíže), které jsou cenným signálem o Vaší spokojenosti s tím, jak je k Vám v souvislosti s inkluzivním vzděláváním Vašeho dítěte přistupováno ze strany institucí či jednotlivců. Snažte se o to, aby Vám nejprve bylo rozuměno, aby relevantní osoby byly seznámeny s tím, jaká jsou Vaše očekávání a potřeby. Vysvětlujte, zjišťujte míru porozumění, nebojte se komunikovat se školou i ve vyšší míře, můžete využít i služeb mediátora. Teprve poté, co Vy i škola budete mít jasno v tom, co chcete a co potřebuje dítě, jednejte a nevzdávejte se při prvním nezdaru. Inkluzivní vzdělávání je procesem, z něhož profitují všichni – jedná se však o proces, který vyžaduje čas a dialog.
- Pokud chcete Vaše dítě co nejvíce podpořit a pomoci mu, pokud k němu není ve škole vhodně přistupováno, tak si všimněte jeho reakcí na docházku ze školy, snažte se od něj zjistit, zda a jak je spokojené, co může být podle jeho názoru jinak. V případě potřeby můžete navštívit dětského psychologa, který pomůže nejen dítěti, ale i Vám.
- V případě, že se nepodaří změnit situaci ku prospěchu dítěte, škola či školské poradenské zařízení nejedná dle legislativního ustanovení, lze se obrátit i na Českou školní inspekci nebo ombudsmana České republiky.
- Pokud vnímáte, že Vám ubývají síly, jste podráždění, unavení, objevují se poruchy spánku, příjmu potravy, jste více konfliktní, nebo se naopak uzavíráte do sebe apod., dejte na své pocity, znamená to totiž, že prožívaný stres vyplývající ze situace je již příliš vysoký a proto posilujte svoji psychohygienu a neostýchejte se vyhledat odbornou pomoc – psychologa, kouče apod.
- S využitím poradenství, např. andragogické, lze získat potřebné informace a zorientovat se v následujících oblastech, které vyvstávají do popředí v souvislosti s integrací dítěte do hlavního vzdělávacího proudu. Nepodceňujte získávání informací o těchto oblastech, využívejte pomoci, usnadníte tím nejen začlenění Vašeho dítěte do školy, ale ušetříte si i spoustu starostí a můžete předejít vzniku možných problémů.

Bud'te aktivní, ale nebojte se i projevit slabost, uvědomujte si limity svých schopností, ale i své zdroje. Požádání o pomoc však není slabostí, je v něm síla, kterou ve své situaci a boji za práva svého dítěte potřebujete!