

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
Pedagogická fakulta
Centrum pro sociální inovace a inkluzi ve vzdělávání



Bakalářská práce

Vliv směřování školy na postoje žáků vůči osobám s postižením

Vypracovala: Marie Lošťáková

Obor: Speciální pedagogika – intervence

Vedoucí práce: doc. Ladislav Zilcher, Ph.D.

Místo a rok odevzdání: Ústí nad Labem, 2023

UNIVERZITA JANA EVANGELISTY PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM

Pedagogická fakulta
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Marie LOŠŤÁKOVÁ
Osobní číslo: P20450
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – intervence
Téma práce: Vliv směřování školy na postoje žáků vůči osobám s postižením
Zadávající katedra: Centrum pro sociální inovace a inkluzi ve vzdělávání

Zásady pro vypracování

Cílem bakalářské práce bude zjistit jaký má vliv směřování školy na postoje žáků vůči osobám s postižením. Konkrétně jsme se rozhodli pro školy oceněné certifikátem „Zdravá škola“. Teoretická část bude věnována vymezení základní terminologie v oblasti osob s postižením, problematice postojů k těmto osobám. Dále zde bude pozornost zaměřena na inkluzivní vzdělávání a koncepci Škol podporujících zdraví neboli tzv. „Zdravých škol“. V praktické části budeme zjišťovat, jaký má vliv směřování školy na postoje žáků vůči lidem s postižením. Pro měření postojů žáků bude využit validizovaný výzkumný nástroj, který sestává ze tří videonahrávek a dotazníku. Data budou analyzována nejdříve deskriptivními, následně induktivními metodami. Dosažené výsledky mohou sloužit k lepšímu porozumění dané problematice a pochopení, do jaké míry může mít edukační prostředí vliv na dané postoje žáků. V případě prokázání vlivu směřování školy na postoje žáků mohou být tyto získané informace využity k realizaci konkrétních kroků, které by vedly k utváření a podpoře žádoucího klimatu školy.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- BARTOŇOVÁ, Miroslava, Marie VÍTKOVÁ, Barbora BOČKOVÁ, et al. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma: Inclusion in schools and society as an interdisciplinary issue*. 2., upravené vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8140-6.
- HÁJKOVÁ, Vanda, Iva, STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: Teorie a praxe*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. SBN: 978-80-247-3070-7
- MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- NEJEDLÁ, Marie, et al. *Program Škola podporující zdraví* [online]. Praha: Lidové noviny, 2015 [cit. 2022-05-22]. ISBN 978-80-7422-406-5. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Program_SPZ/07_Skola_podporujici_zdravi.pdf
- PANČOCHA, Karel. *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6344-0.
- ZILCHER, Ladislav, Zdeněk SVOBODA. *Inkluzivní vzdělávání: efektivní vzdělávání všech žáků*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0789-6.
- SLOWÍK, Josef, Zdeněk SVOBODA. *Inkluzivní speciální pedagogika: efektivní vzdělávání všech žáků*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3010-8.
- LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

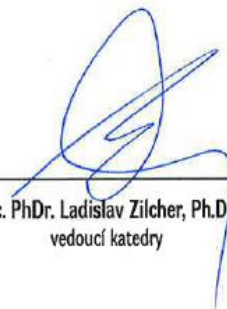
Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Ladislav Zilcher, Ph.D.**
Katedra speciální a sociální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 2. února 2023
Termín odevzdání bakalářské práce: 18. srpna 2023



doc. PhDr. PaedDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
garant oboru

L.S.



doc. PhDr. Ladislav Zilcher, Ph.D.
vedoucí katedry

V Ústí nad Labem dne 3. února 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci s názvem „Vliv směřování školy na postoje žáků vůči osobám s postižením“ vypracovala samostatně s použitím úplného výčtu citací informačních pramenů uvedených v seznamu, který je součástí této práce.

V Ústí nad Labem dne:

.....
Marie Lošťáková

Poděkování

Zde bych chtěla velice poděkovat doc. Ladislavu Zilcherovi, Ph.D. za neocenitelnou podporu a trpělivost, ochotu a cenné rady a připomínky při vedení mé práce. Poděkování patří také ředitelům a třídním učitelům vybraných základních škol za umožnění mého výzkumu, zejména pak všem žákům, kteří se na výzkumu podíleli.

Marie Lošťáková

Anotace

Bakalářská práce se zabývá vlivem směřování školy na postoje žáků vůči osobám s postižením a je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V první kapitole teoretické části se zabýváme konceptem postojů, konkrétně vymezením pojmu postoj a funkcemi a strukturou postoje. Dále se zaměřujeme na vymezení pojmu předsudek, stereotyp a diskriminace. V rámci první kapitoly se dále zabýváme vývojem přístupů k lidem s postižením v kontextu historie. Druhá kapitola se věnuje jedincům se zdravotním postižením, konkrétně jedincům s tělesným, mentálním a sluchovým postižením a jedincům s pervazivními vývojovými poruchami. Třetí kapitola se zaměřuje na program Škola podporující zdraví, který je klíčový pro náš výzkum. V empirické části využíváme validizovaný výzkumný nástroj pro měření postojů. Shromážděná data byla zpracována prostřednictvím nástrojů statistické analýzy a dále popsána deskriptivními a následně induktivními metodami. V diskuzi se věnujeme interpretaci dosažených výsledků. Konec práce tvoří závěr a seznam použité literatury.

Abstract

The bachelor thesis deals with the effect of school's direction on pupils' attitudes towards people with disabilities and is divided into a theoretical and a practical part. In the first chapter of the theoretical part, we deal with the concept of attitudes, specifically with the definition of the concept of attitude and the functions and structure of attitude. We also focus on the definition of the concepts of prejudice, stereotype and discrimination. Within the first chapter, we further examine the development of attitudes towards people with disabilities in the context of history. The second chapter focuses on individuals with disabilities, specifically individuals with physical, mental and auditory disabilities and individuals with pervasive developmental disorders. The third chapter focuses on the School for Health program, which is crucial to our research. In the empirical part, we use a validated research tool for measuring attitudes. The collected data were processed through statistical analysis tools and further described by descriptive and then inductive methods.

In the discussion, we are dedicated to interpreting the results achieved. The end of the thesis consists of a conclusion and a bibliography.

Klíčová slova

Postoje vůči lidem s postižením, jedinci s postižením, předsudky, stereotypy, školy podporující zdraví

Key words

Attitudes towards people with disabilities, individuals with disabilities, prejudices, stereotypes, health-promoting schools

Obsah

ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1.1 POSTOJE SPOLEČNOSTI K LIDEM S POSTIŽENÍM.....	12
1.1.1 Definice postoje.....	12
1.1.2 Struktura a funkce postojů.....	14
1.1.3 Formování a změna postojů.....	16
1.1.4 Stereotyp, předsudek, diskriminace.....	17
1.1.5 Přístupy společnosti k lidem s postižením z historického kontextu	19
1.2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	26
1.2.1 Vymezení zdravotního postižení.....	26
1.2.2 Dělení zdravotního postižení	27
1.2.3 Tělesné postižení	27
1.2.4 Mentální postižení.....	29
1.2.5 Pervazivní vývojové poruchy	31
1.2.6 Sluchové postižení	32
1.3 PROGRAM ŠKOLA PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ (DÁLE JEN ŠPZ).....	34
1.3.1 Koncept zdraví.....	34
1.3.2 Základní vymezení programu Škola podporující zdraví.....	35
1.3.3 Integrovaní principy školy podporující zdraví.....	37
1.3.4 Pilíře programu Škola podporující zdraví	38
1.3.4.1 První pilíř: Pohoda prostředí.....	38
1.3.4.2 Druhý pilíř: Zdravé učení.....	39
1.3.4.3 Třetí pilíř: Otevřené partnerství	40
2 EMPIRICKÁ ČÁST	41
2.1 POPIS VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	41
2.1.1 Cíle výzkumu.....	41
2.1.2 Výzkumný problém.....	41
2.1.3 Formulace hypotéz.....	42
2.1.4 Popis výzkumného souboru.....	42
2.1.5 Výzkumné metody a techniky šetření	43
2.1.6 Popis použitých technik výzkumu.....	44
2.2 POPIS A INTERPRETACE DOSAŽENÝCH VÝSLEDKŮ	45
2.2.1 Deskriptivní statistika	45

2.2.2	<i>Induktivní statistika</i>	46
3	DISKUZE	51
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
	PŘÍLOHY	66

Úvod

V současnosti se na poli přístupu k lidem s postižením dostává do popředí inkluze a inkluzivní tendence. Snahy o aktivní participaci jedinců s postižením stále narůstají a promítají se do nejrůznějších oblastí společenského života. Společnost usiluje o zkvalitňování života těchto jedinců a snaží se hledat cesty, které by umožnily lidem s postižením maximální možné uplatnění. Větší důraz se také klade na potlačování jazykových stereotypů, na základě kterých je člověk s postižením posuzován pouze v rovině svého postižení, tedy například mentálně postižený namísto člověk s mentálním postižením, a dochází tak k určité stigmatizaci. Jedná se však pouze o část jeho osobnosti. Cílem je tedy nahlížet na jedince s postižením jako na jedinečného člověka, kterého nedefinuje pouze jeho postižení.

Tyto tendence se výrazně projevují ve školním prostředí, kdy dochází ke vzniku heterogenních tříd a školy musí tuto skutečnost reflektovat. Důležitá je celková připravenost školy, učitelů, rodičů i žáků.

Navzdory těmto tendencím stále dochází k určitému vyčleňování jedinců s postižením, nejsou vždy nastaveny ideální podmínky, které by jim poskytovaly dostatečnou podporu, umožňovaly seberozvoj, a které by podporovaly celkovou jinakost a jedinečnost. Zároveň si jsme vědomi toho, že určitá část veřejnosti je stále skeptická k plnohodnotnému začleňování lidí s postižením mezi majoritní společnost a domnívá se, že by inkluze mohla negativním způsobem ovlivnit tzv. intaktní jedince.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se věnujeme problematice postojů a vývoji přístupu společnosti k lidem s postižením v historickém kontextu. Další kapitolu tvoří základní vymezení jednotlivých typů zdravotního postižení a následně je zde popsán program Škola podporující zdraví, který je pro nás významný z hlediska výzkumného šetření.

V empirické části se zabýváme popisem výzkumného problému včetně cíle bakalářské práce, stanovením hypotéz, dále vymezením výzkumného vzorku. Následně se věnujeme popisu výzkumného nástroje a metod zpracování získaných dat. Další kapitolu tvoří popis a interpretace získaných výsledků, kterou členíme na deskriptivní a induktivní statistiku. V rámci této kapitoly popisujeme zjištěné výsledky a ověřujeme námi stanovené hypotézy. Dále následuje diskuze, kde se zabýváme dosaženými výsledky,

vysvětlujeme je a hledáme další možnosti jejich odůvodnění. Poslední kapitolu tvoří doporučení pro pedagogickou teorii a praxi a závěr.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, zda má směřování školy oceněné certifikátem „Zdravá škola“ vliv na postoje žáků 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením.

1 Teoretická část

1.1 Postoje společnosti k lidem s postižením

V následující části věnujeme problematice postojů, zaměříme se na vymezení termínu postoj, dále na funkce postojů, jejich strukturu a formování. Pozornost zde budeme věnovat také předsudkům, stereotypům a diskriminaci, které s postoji souvisí.

1.1.1 Definice postoje

Prvně se s termínem postoj setkáváme již začátkem 18. století v oblasti umění. Vyskytoval se v malířství a sochařství a odkazoval na vnější držení těla. Později se také objevuje v dramatickém umění (Výrost, 2019, s. 101).

Do sociologie a sociální psychologie tento pojem zavedli W. Thomas a F. Znaniecki svou několikadílnou publikací s názvem *The Polish Peasant in Europe and America* (Polský rolník v Evropě a Americe), která byla vydávána postupně mezi roky 1918-1920. Postoj chápali jako „individuální protějšek společenské hodnoty“ a hodnotu jako „objekt společensky důležitý“ (Nakonečný, 2020, s. 271). Tento výrok lze chápat tak, že postoj „vyjadřuje vztah k nějaké hodnotě, způsob nějakého hodnocení“ (tamtéž).

Na počátku dvacátých let 20. století se velmi rychlým způsobem začal rozvíjet sociálněpsychologický výzkum, a to zejména díky vznikajícím nástrojům na měření postojů – postojovým škálám. Postoje se začaly stávat ústředním konceptem sociální psychologie. Výklad obsahu tohoto pojmu nebyl zcela jednotný, na což reagoval v polovině třicátých let 20. století Allport, který usiloval o vytvoření jednotné definice postoje (Výrost, 2019, s. 101–102). Ten definoval postoj jako „mentální a nervový stav připravenosti, organizovaný zkušeností, vyvíjející direktivní nebo dynamický vliv na reakci jedince vůči všem objektům a situacím, se kterými souvisí“ (Allport, 1935, s. 798–844) (přeloženo autorkou práce)¹. Dle Nakonečného (2020, s. 271) byla tato definice do určité míry nepřesná, jelikož jak již prokázal na základě výzkumu LaPiere (1934, s. 230–

¹ An attitude is a mental and neural state of readiness, organized through experience, exerting a directive or dynamic influence upon the individual's response to all objects and situations with which it is related.

237), mezi postojem a odpovídající reakcí jedince nemusí vždy existovat soulad, lidé mohou jednat v rozporu se svými postoji.

Doposud neexistuje jednotná, obecně přijatelná definice postojů (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 283). Dle Pančochy (2013, s. 27) vzniklo až do současnosti přes 30 nejrozličnějších definic termínu postoje, které se pokouší co nejpřesněji vysvětlit tento koncept. Eagly a Chaiken (1998, s. 269) definují postoje jako „psychologickou tendenci, která je vyjádřena hodnocením konkrétní entity s určitou mírou přízně či nepřízně“ (přeloženo autorkou práce)².

Termín postoj je také vymezen v pedagogickém slovníku, kde je definován jako „hodnotící vztah zaujímaný jednotlivcem vůči okolnímu světu, jiným subjektům i sobě samému. Zahrnuje dispozici chovat se či reagovat určitým relativně stabilním způsobem (...).“ (Průcha, 2013, s. 210).

D. G. Myers (2006, s. 110) postoje vnímá jako „příznivé či nepříznivé hodnotící reakce ve vztahu k něčemu (...), projevují se ve formě pocitů a sklonů k určitým činům“.

Dle Výrosta (2019, s. 101) mají postoje hodnotící charakter, vyjadřují náš vztah k určitým objektům v našem sociálním okolí. Z toho vyplývá, že postoje mají emocionální náboj, dáváme jimi najevo to, co upřednostňujeme, a naopak co odmítáme (tamtéž).

Ačkoliv výše uvedené definice tohoto konceptu nejsou úplně shodné, všechny obsahují dva zásadní prvky: *proces hodnocení* a *objekt postoje*. Objektem postoje může být naprosto cokoli, co se vyskytuje v sociálním prostředí jedince. Můžeme rozlišovat například objekty konkrétní či abstraktní, živé bytosti či neživé věci (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 283–284). Jak již bylo řečeno, pokud zaujímáme vůči nějakému objektu postoj, znamená to, že „vyjadřujeme určité hodnotící stanovisko, daným objektům přiřazujeme nějakou hodnotu“ (Nakonečný, 1970 in M. Nakonečný, 2020, s. 272). C. Kluckholm (1951, s. 395) hodnotu definuje jako něco pozitivního, žádoucího. Dle Nakonečného (2020, s. 272–273) se však jedná pouze o užší pojetí hodnoty. Objekty se mohou jevit jako žádoucí nebo nežádoucí, morální nebo nemorální, dobré nebo špatné, pravdivé nebo nepravdivé apod. V širším pojetí hodnota nemusí být pouze pozitivní, ale i negativní. V duchu toho označení lze postoje vnímat jako „produkt hodnocení“ (tamtéž).

² In formal terms, an attitude is a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor.

1.1.2 Struktura a funkce postojů

V současnosti převažuje tzv. tříkomponentový model postojů. Jedná se o komplexní pojetí modelu postojů, které předpokládá, že postoje jsou tvořeny třemi odlišnými modely zkušeností a reakcí na objekt: kognitivní, emoční neboli afektivní a behaviorální neboli konativní (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 284). V rámci kognitivních procesů získáváme poznatky, představy či přesvědčení o objektu postoje. Emoce a pocity, které v nás daný objekt vyvolává, jsou součástí emočních procesů. Jak již bylo řečeno, může se jednat jak o pozitivní emoce (například sympatie, radost), tak o emoce negativní (například hněv, antipatie, smutek) (tamtéž; Nakonečný, 2020, s. 277–278). Behaviorální procesy představují „jednání směřující k objektu postoje a úmysl se takto chovat“ (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 284). Jedná se o určitou připravenost chovat se nějakým způsobem vůči danému objektu, prožívaná jako snaha, úsilí, chtění (Nakonečný, 2020, s. 278).

Ve většině případů jsou tyto tři složky vyvážené, mnohdy se však může stát, že jedna složka dominuje. Pokud se dostává do popředí kognitivní složka, mluvíme o smýšlení, v případě, že je dominující emoční složka, jedná se o sentiment. Existuje i tzv. přesvědčení, které lze charakterizovat jako „jednotný, silný, vnitřně vyrovnaný postoj“ (tamtéž, s. 277). Emoční složka zároveň udává intenzitu postoje (Hayesová, 2013, s. 96). Nakonečný (2020, s. 278) udává, že nejsilnějšími postoji jsou ty, které mají velmi vysokou intenzitu, tedy extrémně pozitivní nebo negativní postoje. Tyto postoje však mohou být v určitých případech naprosto iracionální a nemusí stavět na pravdivých informacích ani přímých osobních zkušenostech. Může se jednat například o rasové předsudky (tamtéž).

V 50. letech 20. století se dvě skupiny autorů, kterými byli na jedné straně Katz a na druhé straně autoři Smith, Bruner a White, nezávisle na sobě věnovaly teoriím postojů. Obě skupiny autorů předpokládaly, že ačkoli dva lidé mohou mít postoj s naprosto stejnou hodnotou, tento postoj může u každého člověka plnit velmi odlišné funkce. Jako příklad můžeme uvést ženu, která bude mít kladný postoj k BMW z důvodu prostornosti a finanční úspornosti, zatímco muž zastává pozitivní postoj k BMW, protože si myslí, že díky tomu zapůsobí na ženy. Navzdory tomu, že obě skupiny autorů pracovaly samostatně, odvodily podobný seznam funkcí postojů. Ačkoliv obě skupiny autorů jednotlivé funkce definovaly odlišnými termíny, koncepty se značně překrývaly (Carpenter et al. 2013, s. 104–105).

Katz (1960, s. 170–175) rozlišuje čtyři základní funkce postoje: funkci instrumentální (též adjustační či užitkovou), ego-defenzivní (ego-obrannou), hodnotově expresivní a kognitivní funkci. *Instrumentální funkce* postoje jsou vytvářeny s cílem poskytnout osobám účinný způsob, jak odlišit objekty, které přinášejí potěšení a předměty, které způsobují bolest (Carpenter et al., 2013, s. 105–106). Cílem jedinců je maximalizovat odměny a minimalizovat tresty. *Ego-obranná funkce* postoje slouží k ochraně člověka před přijetím nepříjemných pravd o sobě samém a před vědomím ohrožujících vlivů vnějšího světa (Katz, 1960, s. 170-175). Tato funkce může u jedince podpořit ochranu sebeúcty (Carpenter et al., 2013, s. 105–106). Díky *hodnotově-expresivní funkci* jedinec získává uspokojení z vyjadřování postojů odpovídajících jeho osobním hodnotám a jeho sebepojetí (Katz, 1960, s. 170-175). Poslední zmíněnou funkcí je funkce kognitivní postoje, která pomáhá lidem lépe pochopit strukturu a fungování jejich světa (Carpenter et al., 2013, s. 107). Aby se člověk snadněji orientoval ve světě, má tendenci poznatky o svém okolí a sobě samém uspořádat, hledat určitý řád, pochopit smysl událostí a vztahy mezi nimi. Lidé potřebují určitý rámec, který jim postoje pomáhají utvářet (Katz, 1960, s. 170-175).

Autoři Smith, Bruner a White (Carpenter et al., 2013, s. 105–106) rozlišují tři funkce postojů: hodnocení objektů, funkci společensko-adaptivní a externalizaci. Tito autoři (1964 in Hayesová, 2013, s. 97) předpokládají, že díky funkci *hodnocení objektu* jsme schopni ovlivňovat naše reakce vůči objektům, zároveň při opakovaném setkávání s daným objektem dochází k utváření zkušenosti, což znamená, že při dalším setkání s daným objektem již nebudeme muset hledat vhodný způsob reakce. Pokud dojde k nějaké negativní zkušenosti s objektem, v budoucnu budeme mít tendenci se danému objektu vyhnout (tamtéž). Tato funkce odpovídá dle Katze funkci užitkovou a kognitivní. Další funkcí je funkce společensko-adaptivní, která slouží jako prostředek k regulaci vztahů (Carpenter et al., 2013, s. 105–106) a k identifikaci v rámci společnosti. Pokud zastávám určitý názor, mohu se ztotožnit s nějakou referenční skupinou nebo naopak se vůči ní vymezit (Smith, Bruner a White, 1964 in Hayesová, 2013, s. 97). Carpenter et al. (2013, s. 106) se zmiňuje, že Katz zvažoval působení sociální vlivů na jednotlivé funkce, avšak jako samostatnou funkci ji nikdy nevymezil. Poslední funkcí je externalizace, která odpovídá ego-defenzivní funkci (tamtéž). Jedná se o proces, kdy jedinec „spojuje nevědomé motivy či vnitřní stavy s něčím, co právě probíhá v jeho bezprostředním okolí“ (Smith, Bruner a

White, 1964 in Hayesová, 2013, s. 97). Toto spojení vede k utvoření postoje k danému objektu (tamtéž, s. 98).

Autorky Werthová a Mayerová (2008 in Nakonečný, 2020, s. 280) přišly s funkcí kognitivní a motivační. Kognitivní funkce nám poskytuje poznatky o objektech našeho sociálního okolí a na základě naší zkušenosti jsme schopni rozpoznat vlastnosti a hodnoty daného objektu, aniž bychom je museli přezkoumávat. Motivační funkce souvisí s dosahováním cílů a předpovídáním určitého chování (tamtéž).

1.1.3 Formování a změna postojů

Teorii o tom, jak se postoje utvářejí, existuje mnoho (Hayesová, 2013, s. 99). Dle Výrosta (2020, s. 101) postoje člověk získává především osobní zkušeností s daným objektem nebo sociálním učením, zároveň také při utváření postojů přikládá význam vrozeným predispozicím.

Tajfel (1978 in Hayesová, 2013, s. 99) tvrdí, že značný vliv na naše postoje má sociální identita a sounáležitost s určitou skupinou.

Eysenc a Wilson (1975 in Hayesová, 2013, s. 99) velký vliv přikládají genetickým dispozicím a předpokládají, že značná část postojů je vrozená. Autoři vycházejí z toho, že se u členů rodiny vyskytují podobné rysy a shodné postoje. S tímto tvrzením nelze zcela souhlasit, jelikož výskyt nějakého jevu v rodině neznamena, že se jedná o genetickou podmíněnost (Hayesová, 2013, s. 100). Jak již popsal Bandura (1972 in Bandura 2006, s. 224) rodina je velmi silným činitelem při utváření postojů, děti mají tendenci přejímat názory, myšlenky a postoje lidí ve svém nejbližším okolí, nejedná se však primárně o vliv dědičnosti. Dle Hayesové (2013, s. 100) se tedy tato teorie může zakládat na pravdě, avšak neexistuje pro ni dostatečné množství důkazů.

Stěžejním prostředkem pro navození změny postojů je persvaze neboli přesvědčování (Výrost, 2020, s. 109). Při persvazi dochází k „utváření nebo změně postojů často v reakci na argumenty a/nebo další informace o objektu postoje“ (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 293). Východiskem persvaze je emocionální a racionální argumentace, popřípadě kombinace obojího. Při emocionální argumentaci je cílem ovlivňovat primárně emoce, avšak mnohem méně již působí na chování. Působení na city má krátkodobý vliv, který postupně slábne (Nakonečný, 2020, s. 299). Dle Triandise (1975 in Nakonečný, 2020, s. 302–303) je důležité na změnu postojů (prostřednictvím persvaze) nahlížet

v širších souvislostech. „Informace nepůsobí nikdy sama o sobě, nýbrž v kontextu dané situace a svého zdroje – důvěryhodnosti, atraktivity a moci informátora, svou strukturou a ve vztahu k psychickému stavu příjemce“ (tamtéž, s. 302–303).

1.1.4 Stereotyp, předsudek, diskriminace

Koncept postojů je úzce propleten také s pojmy stereotyp, předsudek a diskriminace, zejména pak v souvislosti s jedinci s postižením. V následující části jednotlivé pojmy vymezíme a uvedeme konkrétní příklady projevů jednotlivých tendencí ve vztahu k lidem s postižením.

Dle Stagnora (2009, s. 2) stereotypy reprezentují vlastnosti, které považujeme za charakteristické pro danou sociální skupinu či její jednotlivé členy, a především ty, které od sebe skupiny odlišují. Stereotypy mohou ovlivňovat vnímání daných skupin a postoje vůči nim. Stereotypy mohou být pozitivní i negativní, avšak výrazně převažují negativní stereotypy (tamtéž).

Mezi typické znaky stereotypu patří iracionalita, obtížná ovlivnitelnost, neschopnost diferenciací a rigidita hodnocení a chování. Stereotypy lidem umožňují snadnější orientaci ve světě, vzniklé situace jsou pro nositele zdánlivě přehlednější a srozumitelnější. Ke zjednodušení světa nám slouží proces generalizace. Při generalizaci u osob se speciálními potřebami dochází k tendenci zcela opomíjet individuální odlišnosti a považovat tyto jedince za naprosto stejné (Vágnerová, 2004, s. 15). Myers (2016, s. 277) stereotyp definuje jako negativní přesvědčení. Krhutová (2011) ve vztahu k jedincům s postižením hovoří o jazykových stereotypech, které mohou přispívat ke stigmatizaci těchto jedinců (Krhutová in Michalík, 2011, s. 49). Dříve se pro označení osob se zdravotním postižením užívaly termíny, které jsou v dnešní době vnímány pejorativně (Michalík 2011, s. 35). Příkladem může být *mrzák*, dochází také k odmítání pojmu invalida (Krhutová in Michalík, 2011, s. 49). Termíny jako debilita, imbecilita či idiocie jakožto původní stupně mentální retardace jsou v současnosti naprosto nepřijatelné, a dokonce dochází k odklonu od označení mentálně (či jiným způsobem) postižený (Valenta in Michalík, 2011, s. 114). Daného člověka bychom měli vnímat jako jedinečnou osobnost, kde postižení stojí až na druhém místě (Krhutová in Michalík, 2011, s. 50).

Předsudky lze charakterizovat jako předem vytvořené postoje vůči jiným lidem či skupinám. Předsudky se neopírají o reálné informace, nýbrž vznikají na základě

nejrůznějších přesvědčení, která jsou ve většině případů mylná (Výrost, 2019, s. 657). Předsudky jsou velmi často – avšak chybně – vnímány pejorativně, neboť jsou spojovány s negativními postoji (Nakonečný, 2020, s. 305). Dle Stagnora (2009, s. 2) mohou být předsudky i pozitivní, avšak mnohem více se vytváří předsudky negativní, a z toho důvodu definuje předsudek jako „negativní postoj ke skupině nebo k členům skupin“. (přeloženo autorkou práce).³

Ačkoliv předsudek může být i pozitivní, psychologické výzkumy předsudků se zabývají především negativními předsudky (Hayesová, 2013, s. 121).

Dle Nakonečného (2019, s. 307) jsou předsudky „emočně silně akcentované postoje, které jsou velmi odolné vůči změnám“. Předsudky jsou také, stejně jako postoje, tvořeny třemi komponenty: kognitivní, afektivní a konativní. Kognitivní složka obsahuje přesvědčení o objektu postoje, afektivní může obsahovat negativní či nepřátelské emoce vůči dané skupině a v konativní složce jsou obsaženy určité předpoklady chovat se nějakým způsobem (většinou negativně či nepřátelsky) vůči dané skupině (Ajzen, 1988 in Deal, 2007, s. 94; Výrost, 2019, s. 657).

Ve vztahu k jedincům s postižením můžeme vymezit čtyři typy předsudků. První skupinu tvoří předsudky paternalisticko-podněčující. Příkladem může být výrok: „Lidé se zdravotním postižením si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem, jsou bezmocní a čekají na pomoc druhých.“ (Novosad, 2009, s. 30). Dalším typem je předsudek odmítavý. Jako příklad můžeme uvést větu: „...postižení jsou neužiteční a neproduktivní; jde o trest (boží) nebo si jej postižený zavinil sám případně jeho rodina.“ (Krhutová in Michalík, 2011, s. 47). Dále sem patří protektivně-paušalizující předsudky. V rámci paušalizujících předsudků lidé zastávají názor, že lidé s postižením mají spousty, mnohdy neoprávněných výhod (Novosad, 2009, s. 31). Jako příklad protektivního předsudku lze uvést výrok: „...je jasné, že každý postižený potřebuje ochranu a sociální péči.“ (Krhutová in Michalík, 2011, s. 47). Idealizující nebo také heroizující předsudky jsou takové, kdy lidé zastávají například názor, že „příroda postiženým chybějící schopnosti vynahradila rozvojem pozitivních vlastností a zlepšením ostatních funkcí, jsou mravně lepší než zdraví“ (Novosad, 2009, s. 31). Na základě zkušeností se však zjišťuje, že pokud má majoritní společnost adekvátní informace a popřípadě i zkušenost s jedincem

³ We now define prejudice as a negative attitude toward a group or toward members of the group.

s postižením, může dojít ke změně, kdy jsou jedinci s postižením hodnoceni na základě jejich vlastností a schopností (tamtéž).

S předsudky úzce souvisí diskriminace, kterou můžeme definovat jako „takové způsoby jednání, kterými jsou znevýhodňováni nebo ponižováni lidé na základě své příslušnosti k určité sociální skupině“ (Novosad, 2009, s. 32). Zatímco předsudky chápeme jako předem vytvořené negativní postoje vůči jiným lidem či určité skupině lidí, projevy diskriminace se již týkají určitého jednání vůči určitým jedincům a skupinám (Krhutová a Sochor, 2012, s. 6–11). U jedinců s postižením se s diskriminací můžeme setkat například v podobě odlišného zacházení než s intaktními jedinci, ačkoliv se jedná o shodnou situaci (Novosad, 2009, s. 32). V rámci pracovního prostředí se jedinci s postižením mohou setkat s projevy diskriminace například v podobě nepřijetí do zaměstnání. Ačkoliv jedinec splňuje všechny předpoklady, místo dostane jiný, nekvalifikovaný uchazeč (Krhutová a Sochor, 2012, s. 6–11).

1.1.5 Přístupy společnosti k lidem s postižením v kontextu historie

Existují důkazy o existenci osob s postižením a znevýhodněním a jejich výskytu prakticky ve všech historických obdobích. Ve společnosti se vyskytovala jak postižení vrozená, tak získaná v důsledku onemocnění či úrazu. Tento stav ovlivňoval nejen samotného jedince, ale také dané okolí, které si k těmto jedincům utvářelo určitý postoj (Slowík, 2022, s. 16).

Přístupy k lidem s postižením se měnily nejen v čase, ale také se lišily v rámci různých kultur (Pančocha, 2013, s. 48).

Pančocha (tamtéž) se ve své publikaci zaměřuje na typologii Jane R. Hanksové et al. (1948, s. 11-20), kterou o několik desítek let později doplnila o další kategorii Simi Lintonová (1998 in Pančocha, 2013, s. 11). Tento model vývoje společnosti v přístupu k lidem s postižením není striktně vymezen chronologicky, nýbrž předpokládá prolínání jednotlivých přístupů ve společnosti (Pančocha, 2013, s. 48). Původní typologie Jane R. Hanksové et al. (1948, s. 11-20) obsahovala pět kategorií, a to: zavržení či opovržení (phariah), ekonomický problém (economic liability), tolerující utilitu (tolerant utilization), omezenou participaci (limited participation) a liberální přístup (laissez-faire). Rozšíření o aktivní participaci proběhlo v roce 1998 (Lintonová in Pančocha, 2013, s. 48).

1) Zavržení

J. R. Hanksová et al. (1998, s. 14–15) zmiňuje první kategorii, kdy je lidmi s postižením opovrhováno, dochází k sociálnímu vyloučení, v extrémním případě také k fyzické eliminaci. Lidé s postižením jsou považováni za hrozbu a je jim odepřena jakákoliv podpora či ochrana ze strany majoritní společnosti (tamtéž). Tito jedinci zároveň nemají stejná práva jako intaktní většina, což se odráží například v prostředcích a zdrojích, které jim jsou na základě rozhodnutí majoritní společnosti poskytovány nebo naopak upírány. Fyzická likvidace byla obvyklá ve starém Řecku a Římě, kde byly například děti posuzovány podle vzhledu a zdravotního stavu. Dále se fyzické likvidace osob s postižením dopouštěla například Německá říše, která zavedla program, jehož cílem byla likvidace „tzv. života nehodného žití“ (Šimůnek a Schulze, 2008, s. 551–553). V tomto případě byli lidé s postižením považováni za hrozbu pro budování árijské rasy (tamtéž). J. Sheer a N. Groce (1998, s. 23–27) se zmiňují, že v některých kulturách k usmrcování novorozenců dochází dodnes, avšak v rozvojových zemích toto není běžné.

Přestože v současné evropské kultuře nedochází k fyzické likvidaci lidí s postižením, dle Pančochy (2013, s. 51) ve společnosti stále vyvstávají tendence směřující k eliminaci jedinců s postižením. Autor konkrétně hovoří o prenatálním screeningu, selektivních potratech a eutanazii, kdy je lidem s postižením konkrétně v případě eutanazie místo sociální a finanční podpory, lékařské a rehabilitační péče, možnosti seberealizace, vzdělání a bydlení, nabídnuta asistovaná sebevražda (tamtéž, s. 51).

2) Lidé s postižením jako ekonomický problém

Dle Pančochy (2012, s. 51–53) tato kategorie osoby s postižením nepovažuje za potenciální hrozbu, avšak intaktní většinou nejsou vítáni, jelikož představují nadbytečnou zátěž narušující ekonomickou stabilitu a vitalitu dané společnosti. Dochází také například k přísným kontrolám sociálních výdajů, segregaci až likvidaci. V době, kdy péče o osoby s postižením nebyla institucionalizovaná a nijak systematizovaná, žili tyto jedinci ve svých komunitách, kde byli méně či více akceptováni. Lidé s postižením zastávali různé role, od manuálního pomocníka, přes společenského baviče až po vyvržence přežívajícího na okraji dané komunity. Intaktní většina je zpravidla ale nevnímala jako funkční členy komunity, ve většině případů docházelo k ostrakizaci těchto jedinců (tamtéž).

Velký zlom nastává v 19. století, kdy se začíná na příčiny zdravotního postižení nahlížet více z biologického hlediska; do této doby lidé přisuzovali vliv nadpřirozené moci. Dochází k významné změně v přístupu k lidem s postižením, začínají se rozvíjet tzv. „pomáhající profese“, současně také vznikají státní instituce, jako například azyly, internátní školy, ústavy a rozvíjí se také léčba, terapie a různé druhy rehabilitace (tamtéž).

Celkový koncept vnímání lidí s postižením jako ekonomickou a sociální zátěž narušující stabilitu nebyl však nikdy prokázán. Nepotvrdila se ani myšlenka, že lidé s postižením představují překážku v rozvoji společnosti a „zvyšují možnost společenského rozvratu v nestabilních obdobích“ (tamtéž, s. 53). Přístup k osobám s postižením není ovlivňován ekonomickou situací dané společnosti, avšak i v dnešní době existují lidé s postižením, kteří se obávají, že v budoucnu bude jejich život posuzován podle ekonomické prospěšnosti (tamtéž).

3) Tolerující utilita osob s postižením

Lidé s postižením jsou majoritní společností stále marginalizováni, nicméně je jim dovoleno v určitých situacích a vybraných sociálních rolích účastnit určitých společenských oblastí. Dochází k tomu například při vykonávání činností, která jsou vhodnější právě pro lidi s postižením. Může se jednat například o práci pro neslyšící ve velmi hlučném prostředí. Během druhé světové války naopak lidé s postižením v některých zemích zastávali různé pozice z toho důvodu, že intaktní jedinci museli do války, avšak po skončení války se vše vrátilo do původního stavu. Na velmi pochybné pracovní pozice, kde není zajištěno bezpečí, práce je velmi náročná a není dobře platově ohodnocená, jsou dosazováni právě lidé s postižením. Objevuje se fenomén tzv. dvojího společenského opovržení, kdy je lidmi s postižením opovrhováno a současně je jim umožněno vykonávat činnosti, kterými společnost také opovrhuje (Pančocha, 2013, s. 54).

4) Omezená participace osob s postižením

V rámci této kategorie je lidem s postižením umožněna participace, pokud jsou schopni vyrovnat se standardům a normám většinové – intaktní společnosti. Jejich účast na společenském životě je tedy závislá na jejich schopnostech a hodnotě. Pokud lidé s postižením nejsou schopni se intaktní společnosti vyrovnat, je to považováno za individuální selhání a jejich participace může být omezena. Může také docházet k situacím,

kdy se lidé s postižením vyrovnají lidem bez postižení, a dokonce je předčí. Jako příklad zde můžeme uvést osud F. W. Roosevelta, který se navzdory svému postižení stal americkým prezidentem (Pančocha, 2013, s. 55).

5) Liberální přístup k osobám s postižením – laissez-faire

V rámci liberálního přístupu je lidem s postižením poskytnuta péče a podpora v nejrůznějších oblastech (vzdělávání, sociální služby a podpora atd.) bez ohledu na jejich společenskou prospěšnost, nedochází k segregaci, avšak společnost neusiluje ani o jejich začlenění či rovnoprávnost. Majoritní většina uznává pouze své hodnoty a normy, a lidé s postižením jsou nuceni se jim přizpůsobit (tamtéž, s. 55–56).

6) Aktivní participace osob s postižením

Aktivní participaci lze charakterizovat jako stav, kdy jsou všichni jedinci bez ohledu na svůj zdravotní stav ve společnosti akceptováni. Lidé s postižením se tak mohou účastnit všech oblastí společenského života ve stejné míře, jako lidé bez postižení. Většinová společnost usiluje o zapojení všech členů a snaží se přicházet s novými přístupy, které budou pokrývat široké spektrum potřeb, schopností a zájmů. Typickým příkladem aktivní participace je snaha o inkluzivní vzdělávání, kdy jsou žáci s postižením bez ohledu na typ a míru postižení vzděláváni v běžné třídě s intaktními žáky. Snahy o aktivní participaci se projevují především ve vzdělávání (inkluzi) v jiných sférách společenského života se s tímto přístupem setkáme spíše výjimečně (Pančocha, 2013, s. 56–58).

V české odborné literatuře speciální pedagogiky lze nalézt několik typologií, které však předpokládají jistou časovou posloupnost (Pančocha, 2013, s. 48). Typickým příkladem může být vymezení represivního, zotročovacího, charitativního či socializačního stádia (Michalík, 2011, s. 43.) Dle Lechty (2016 in Slowík, 2022, s. 16) toto chronologické vymezení může evokovat posun z primitivních a horších přístupů k lepším a vyspělejším. Každopádně vývoj přístupu k lidem s postižením neznamenal vždy automatické zlepšení životních podmínek pro jedince s postižením (Michalík, 2011, s. 44). Důležité je tedy poznamenat, že se nejedná o striktně vymezená a ohraničená období. Ačkoliv se v každé etapě objevovaly určité převládající tendence, přístupy k lidem s postižením byly rozmanité. I v současné době můžeme v určitých situacích rozeznat v určité míře prakticky všechny uvedené přístupy, které uvádí Slowík (2020, s. 16–17).

Nejstarším obdobím lidské civilizace jsou připisovány přístupy s prvky represivního postoje. Represe je velmi často spojována se zneužíváním, zotročováním či fyzickou likvidací osob s postižením, avšak dle dochovaných historických záznamů nedocházelo pouze k těmto jevům. V těchto dokumentech jsou zaznamenána opatření, která jedincům s postižením či sociálně znevýhodněným zaručovala zákonnou ochranu a péči, jak ze strany rodiny, tak v případě potřeby také ze strany společnosti (Slowík, 2022, s. 17–18). Díky archeologickým nálezům je patrné, že i někteří jedinci s velmi závažným postižením, ať vrozeným či získaným, ve starověkých kulturách přežívali; byla jim poskytnuta péče a pomoc, jsou dochované také záznamy o velmi složitých lékařských zákrocích (Titzl, 1998, s. 10–16). V moderním pojetí tohoto přístupu se s represivními prvky smýšlení lze setkat i v současnosti. Jedná se například o explicitní odmítání sociální integrace a inkluze, dále v případech předčasného ukončení těhotenství z důvodu diagnostikované závažné vývojové poruchy nebo v případech diskriminace lidí s postižením a znevýhodněním v rámci nejrůznějších oblastí společenského života (Slowík, 2022, s. 17–18).

Přístup s prvky charitativního postoje je spojován především s křesťanským středověkem. Pomoc a ochranu nemocným a jedincům s postižením zajišťovaly nově vznikající řeholní řády, také se zakládaly klášterní špitály a hospice. Úroveň pomoci a přístupu se lišila v závislosti na konkrétní instituci a jednotlivých osobách, které o tyto jedince pečovali (tamtéž). Ačkoliv již nedocházelo k likvidaci jedinců s postižením, jejich životy nebyly o mnoho lepší (Jeřábková et al., 2013, s. 23). Prvky charitativního postoje lze vyzorovat i v současné době. Konkrétním příkladem mohou být charitativní a benefiční akce, které například usilují o získání finančních či materiálních prostředků na pomoc lidem s určitým typem postižení či závažným onemocněním (Slowík, 2022, s. 18–19).

Přístup s prvky humanistického postoje je charakteristický pro novověký humanismus. V tomto období dochází k velkému posunu v nahlížení na osobnost člověka, kdy se vnímání osobnosti neorientuje pouze na duchovní složku, ale je na ni pohlíženo jako na celistvou strukturu tvořenou psychickou, duchovní, fyzickou a sociální složkou. Rozvíjí se medicína a vědecké poznání (tamtéž, s. 18–19), díky čemuž dochází k poskytování ke specializované zdravotní péči (Jeřábková et al., 2013, s. 36). Dochází k postupné diferenciaci jedinců dle typu postižení, což umožňuje adekvátní péči (tamtéž).

Dochází také ke vzniku specializovaných institucí pro osoby s postižením, jako jsou speciální školy či ústavy (Slowík, 2022, s. 19–20).

V 19. – 20. století se objevuje přístup s prvky rehabilitačního postoje (Jeřábková et al., 2013, s. 41). Rehabilitaci lze v širším slova smyslu definovat jako proces *znovu-uschopňování*. Tento přístup se vyznačuje potřebou nahlížet na osoby s postižením a znevýhodněním jako na rovnocenné jedince, kteří se mohou svobodně rozhodovat o svém životě. Určitá míra podpory v procesu seberealizace a zajištění důstojného a plnohodnotného života je samozřejmě stále potřebná. Úspěšnost zdravotní a sociální rehabilitace se však také odvíjí od závažnosti postižení či znevýhodnění a individuálních schopností a limitů každého jedince (Slowík, 2022, s. 20). V současnosti se prvky rehabilitačního postoje objevují v situacích, kdy společnost poukazuje na to, že lidé se speciálními potřebami jsou schopni se více či méně přizpůsobovat majoritní společnosti, popřípadě v určitých oblastech vynikat. Příkladem mohou být osoby s určitým handicapem, které zvítězili v nějakém sportu na paralympiádě (tamtéž).

V druhé polovině 20. století nastává rozmach přístupu s prvky integračního postoje. Důvodů, které daly impulz pro podporu a rozvoj sociální integrace je několik. Velkou roli sehrála druhá světová válka, kdy docházelo k postupné likvidaci lidí se zdravotním postižením a dalších etnik, s cílem úplného vyhlazení (Slowík, 2022, s. 21). Iniciativa zejména ze strany OSN se promítla do přijetí několika mezinárodních deklarací, které „iniciovaly ve většině signatářských zemí provedení legislativních změn prakticky ve všech oblastech života společnosti a posílily také rozvoj občanských a sociálních aktivit směřujících k začleňování lidí se speciálními potřebami do běžného sociálního prostředí“ (Slowík, 2022, s. 21). Proces integrace se objevuje i v současné době (tamtéž). Integraci lze vymezit jako proces začleňování minoritních skupin, kam se řadí právě jedinci s postižením, do majoritní společnosti (Novosad, 2009, s. 24). Integrace je chápána jako tendence začleňovat do společnosti ty jedince, kteří byli zprvu cíleně sociálně vyloučeni. Společnost není nucena významně změnit své postoje a hodnoty, při integraci je však nutné přizpůsobit sociální prostředí a životní podmínky společnosti tak, aby se co nejvíce lidí se speciálními potřebami mohlo plnohodnotně účastnit společenského života. Pomoc a podpora je orientována zejména na reedukaci a kompenzaci důsledků specifických omezení (Slowík, 2022, s. 21).

V současné době se do popředí dostává inkluzivní model přístupu, který je současně také považován za ten nejvhodnější. Inkluzi lze charakterizovat jako přístup usilující o přirozené soužití osob se speciálními potřebami s majoritní většinou v rámci běžné společnosti, netoleruje diskriminaci ani segregaci. Prvky, na které tento přístup klade důraz, jsou především lidská důstojnost a individuální originalita. Tento přístup se již nezaměřuje na limity, bariéry, evidované vady a poruchy, které s u těchto jedinců vyskytují, nýbrž sleduje nepoškozené funkce a struktury, schopnosti a potenciál každého jedince, hledá možnosti participace (tamtéž, s. 22).

1.2 Zdravotní postižení

Tato kapitola se zaměřuje na jedince se zdravotním postižením. Nejdříve se věnujeme vymezení zdravotního postižení z obecného hlediska, avšak pro potřeby této práce bude více prostoru věnováno především jedincům s tělesným, mentálním a sluchovým postižením a jedincům s pervazivními vývojovými poruchami. Zaměřujeme se zejména na specifické projevy jedinců s jednotlivými typy postižení, postoje společnosti vůči jednotlivým typům postižení a problematiku společenské participace těchto jedinců.

1.2.1 Vymezení zdravotního postižení

Postižení můžeme definovat jako „relativně trvalý, ireparabilní stav jedince v kognitivní, komunikační, motorické nebo emocionálně–volní oblasti, který se manifestuje signifikantními obtížemi při učení a sociálním chování“ (Vašek, 2005, s. 21–22; Kroupová, 2016, s. 36-37).

Podle úmluvy o OSN chápeme osoby se zdravotním postižením jako „osoby mající dlouhodobé tělesné, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které ve spojení s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (Evropská komise).

Z pedagogického hlediska hovoříme o žácích se speciálními vzdělávacími potřebami (Průcha, 2013, s. 210).

V důsledku zdravotního postižení nedochází však pouze k funkční poruše určitého orgánového systému, ale je ovlivněn celkový vývoj osobnosti daného jedince a s tím související postavení ve společnosti (Vágnerová, 2014, s. 155). Michalík (2011) uvádí, že „postavení osob se zdravotním postižením je v České republice možno charakterizovat jako stabilizované (...) a opírající se o převážně pozitivní postoje majoritní části společnosti“ (s. 57). Určitá část intaktní společnosti má někdy tendenci chovat se k jedincům se zdravotním postižením mnohem ohleduplněji, avšak zároveň dochází k jejich podceňování. Při kontaktu s člověkem s postižením obvykle dochází k emoční ambivalenci, tedy vyvstávají jak pozitivní, tak negativní emoce. Konkrétním příkladem může být pocit soucitu a zároveň odporu vůči takovému jedinci (Vágnerová, s. 182). Při používání termínů zahrnující zdravotní postižení bychom měli mít na paměti, že na prvním místě by měla vždy být osoba, zdravotní postižení je až druhořadé (Michalík, 2011, s. 33).

Z psychologické hlediska postižení netvoří celou osobnost daného jedince, je pouze jednou z jejích částí (Lechta, 2010, s. 21). Hovoříme tedy o osobě se zdravotním postižením, například osoba s mentální retardací, nikoliv mentálně retardovaný (Michalík, 2011, s. 34).

1.2.2 Dělení zdravotního postižení

Michalík (2011, s. 34) zdravotní postižení klasifikuje následovně:

- Tělesné postižení
- Mentální postižení včetně postižení duševního a pervazivním vývojovým poruchám
- Zrakové postižení
- Sluchové postižení
- Narušení komunikační schopnosti
- Kombinované postižení
- Nemocní civilizačními chorobami

V následující kapitole se zaměříme především na osoby s tělesným a mentálním postižením, dále na osoby s pervazivními vývojovými poruchami a osoby se sluchovým postižením. Je to z toho důvodu, že v rámci našeho výzkumného šetření pracujeme s nástrojem na měření postojů obsahující videonahrávky, na kterých jsou zaznamenáni jedinci s těmito konkrétními typy postižení.

1.2.3 Tělesné postižení

Tělesné postižení lze definovat jako „dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický orgánovou či funkční poruchou“ (Novosad, 2011, s. 186). Čadová et al. uvádí, (2022) že u jedinců s tělesným postižením můžeme vypočítat tři společné znaky: „poruchy hybnosti, poruchy vyšší nervové činnosti a psychické změny vyskytující se zejména v emocionální oblasti, oblasti sociability a celkového vývoje osobnosti“ (s. 7).

Tělesné postižení může být vrozené, které vzniká v prenatálním, perinatálním či krátce v postnatálním období, nebo získané, které vzniká v průběhu života v kterémkoliv období následkem úrazu či různých chorob (Fischer et al., 2014, s. 57–58). Příčinou vzniku

tělesného postižení je poškození nosného aparátu a pohybového ústrojí (kosti, klouby atd.) nebo nervového ústrojí (mozek, mícha atd.) (Kollárová, 2010, s. 236). Dále rozlišujeme chronické postižení, které bývá nevyléčitelné a je charakterizováno jako „dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav“ (Novosad, 2011 in Čadová, 2022, s. 7).

K tělesnému postižení se zároveň velmi často přidružují další postižení, která nepříznivým způsobem ovlivňují míru samostatnosti a soběstačnosti. Nejčastěji se jedná o mentální retardaci, epilepsii nebo těžké vady sluchu a zraku (Fischer et al., 2014, s. 58).

Tělesné postižení do značné míry ovlivňuje vývoj a utváření osobnosti daného jedince, má vliv na kognitivní, sociální a psychický vývoj, a zasahuje do různých oblastí života, jako je vzdělávací proces či profesní uplatnění. U jedinců s tělesným postižením je velmi zásadní úroveň soběstačnosti, která dále určuje míru závislosti daného jedince na svém okolí a možnosti pracovního uplatnění (tamtéž, s. 8, 33, 58). V rámci vzdělávacího procesu nemusí omezení v pohybové oblasti představovat zásadní bariéru, avšak výrazná omezení se u jedinců s tělesným postižením projevují zejména v pracovním uplatnění, při utváření společenských vztahů a v každodenních činnostech, které jedince výrazně limitují v nezávislém způsobu života (Slowík, 2022, s. 133). Další projevy, jako je nápadnost postižení, narušená komunikační schopnost či například snížená inteligence, které se u jedinců s tělesným postižením mohou vyskytovat, výrazně ztěžují proces socializace daného jedince (Čadová et al., 2022, s. 31). Nápadnost postižení má vliv na sebehodnocení a na vnímání a prožívání vlastního těla, což pro daného jedince představuje mnohdy větší psychickou zátěž než postižení hybnosti (Vágnerová, 2014, s. 237–238), zároveň se v důsledku nápadných odlišností snižuje jeho sociální status a může také docházet k negativnímu hodnocení ze strany společnosti (Čadová et al., 2022, s. 34). V dospělosti je potřeba seberealizace uspokojována obtížněji (tamtéž, s. 31–32).

Vzhledem k tomu, že s jedincem s tělesným postižením se velká část společnosti v průběhu života již setkala a je díky tomu schopna si určité prožitky těchto jedinců představit, a zároveň díky neustále se zvyšující úrovni bezbariérového prostředí, je sociální inkluze jedinců s tělesným postižením mnohem snazší. Společnost také více respektuje pravidla, která jsou nastavena tak, aby v co největší míře usnadňovala daným jedincům život ve společnosti. V některých oblastech se stále však můžeme setkávat s nepochopením a mnohdy i určitými formy diskriminace (Slowík, 2022, s. 136), jedinci s daným postižením bývají také mnohdy podceňováni a vnímáni jako celkově nekompetentní,

ačkoliv to vůbec nemusí být pravda (Vágnerová, 2014, s. 241). Postoje společnosti vůči jedincům s postižením jsou velmi často extrémní, na jedné straně může docházet k izolování, posměchům a jedinci mohou být v důsledku toho osamoceni, nebo naopak ochraňováni a litováni. Ani jedna varianta není přijatelná, jelikož tím dochází ke snižování sociálního statusu jedinců s postižením (tamtéž).

1.2.4 Mentální postižení

Termín *mentální postižení* se donedávna využíval především ve speciálněpedagogické, pedagogické a poradenské praxi, a sloužil jako zastřešující pojem zahrnující jedince s IQ pod 85, tedy jedince v hraničním pásmu mentální retardace a jedince s mentální retardací. V současnosti se hovoří spíše o *jedincích s oslabením kognitivního výkonu* a o *jedincích s mentální retardací* (Valenta, 2018, s. 33–34).

U jedinců s oslabením kognitivního výkonu dochází ke snížení výkonnosti a tím také k obtížím při vzdělávání, stále se však nejedná o mentální retardaci. U jedinců s mentální retardací dochází ke snížení kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností. Jedná se o vývojovou poruchu rozumových schopností, která vzniká v období prenatalním, perinatálním či postnatálním. V důsledku toho dochází u těchto jedinců k oslabení adaptačních schopností (tamtéž).

MKN-10 vymezuje 6 stupňů mentální retardace, a to konkrétně *lehkou mentální retardaci* (F70, IQ 50-69), *středně těžkou mentální retardaci* (F71, IQ 35-49), *těžkou mentální retardaci* (F72, IQ 20-34), *hlubokou mentální retardaci* (F73, IQ maximálně 20), *jinou mentální retardaci* (F78) a *nespecifikovanou mentální retardaci* (F79).

U jedinců s mentální retardací dochází k strukturálním vývojovým změnám, které se projevují v rovině kvantitativní i kvalitativní, proto dané jedince nemůže automaticky přirovnávat k mladšímu intaktnímu dítěti. Rozsah postižení v jednotlivých oblastech se odvíjí od stupně mentální retardace. Primárním specifikem mentální retardace je postižení poznávacích funkcí, jako je myšlení, řeč, učení, smyslové vnímání (Valenta in Michalík, 2011, s. 122–123). Myšlení je u jedinců s mentální retardací velmi konkrétní, nejsou schopni abstraktivního uvažování, orientují se na realitu a tomu, jak se jim daná situace jeví. Typická je stereotypnost, rigidita a omezené flexibilita. Úroveň myšlení lze do jisté míry ovlivnit procesem učení, který je však stále v různé míře omezen (Vágnerová, 2014, s. 276–277). Převažuje mechanické učení a stereotypní fixace. Učení se novým věcem

bývá dlouhodobé, často chybí motivace. Řeč je u jedinců s mentální retardací narušena jak v oblasti produkce, tak v oblasti porozumění (Pugnerová a Kvitová, 2016, s. 214). Slovní zásoba je velmi omezená, věty jsou jednoduché a často obsahují agramatismy, typická je také špatná artikulace (Valenta in Michalík, 2011, s. 122–123). Paměť je omezená, osvojování si nových znalostí a dovedností je pomalé, dochází také k rychlému zapomínání. Objevují se také nápadnosti emočního prožívání, jako například zvýšená dráždivost, až afektivní reakce či mrzutost (tamtéž, s. 124). U jedinců s mentální retardací se může objevovat také problémové chování způsobené například neschopností vyjádřit své potřeby (Vágnerová, 2014, s. 281). Sebehodnocení jedinců s mentální retardací neodpovídá realitě, bývají závislí na názorech svého okolí, které nekriticky přijímají. Jsou také snadno ovlivnitelní (Pugnerová a Kvitová, 2016, s. 215).

Jedinci s mentální retardací patří do skupiny, která je majoritní společností nejvýrazněji vylučována, a to jak z edukačního a pracovního prostředí, tak společenského života (Pančocha, Slepíčková a Vaňurová, 2014, s. 14). Mentální retardace bývá společností často vnímána jako stigmatizující postižení. Může to být v důsledku obtížného způsobu dorozumění se s těmito jedinci, odlišností v chování (Vágnerová, 2014, s. 293), dále také například omezenou schopností společnosti vcítit se do daného jedince a neschopnost porozumět jeho vnitřním procesům, a také sníženým intelektem, který společnost vnímá jako jeden z nejpodstatnějších aspektů lidské společnosti (Slowík, 2022, s. 190). Ke stigmatizaci nedochází jen v případě daného jedince, ale mnohdy také jeho rodiny, která bývá větší než v případě jiných typů postižení. Socializace jedinců s mentální retardací je zpravidla opožděná, jedinec obvykle nemá rozvinuté kompetence potřebné k osamostatnění, bývá také ovlivněna narušenou komunikační schopností (Vágnerová, 2014, s. 294). Společnost mnohdy jedince s mentální retardací vnímá jako „přerostlé děti“, a v důsledku toho leckdy dochází k opomíjení či ignorování jejich potřeb v různých oblastech života, jako jsou potřeby kulturní, duchovní či sexuální (Slowík, 2022, s. 196–197). U jedinců s mentálním postižením se předpokládá podpora sociální inkluze ze strany všech sociálních služeb, avšak v případě nejzávažnějších forem postižení je mnohdy obtížné daný požadavek naplnit a dochází tak k sociální izolaci těchto jedinců. Velmi dobré předpoklady pro úspěšné začlenění do společnosti s menší mírou podpory mají lidé s lehkým stupněm mentální retardace. Část majoritní společnosti má však stále předsudky vůči těmto jedincům, které považuje za nekompetentní a někdy také za méněcenné (tamtéž,

s. 199–200). Jedinci s tímto typem postižení bývají často podceňováni a přehlíženi (Vágnerová, 2014, s. 283).

1.2.5 Pervazivní vývojové poruchy

Pervazivní vývojové poruchy (dále PVP) spadají pod kategorii poruch psychického vývoje (MKN-10). Vývoj dítěte je v důsledku pervazivních neboli všeprostupujících vývojových poruch narušen do hloubky v mnoha oblastech (Thorová, 2016, s. 59). Obecně hovoříme o jedincích s poruchami autistického spektra (dále jen PAS) (Fischer et al., 2014, s. 176). Jedinci s tímto typem postižení mají obtíže zejména v oblasti sociálního interakce a chování, komunikace a představivosti, souhrnným názvem tyto problémové oblasti označujeme jako tzv. triádu poškození (Thorová, 2016, s. 59). Diagnostika PVP je velmi obtížná, jelikož se jednotlivé symptomy u každého jedince liší v intenzitě a četnosti, mnohdy některé symptomy chybí, liší se také stupeň závažnosti, zároveň jsou dané projevy ovlivňovány i věkem (tamtéž, s. 60).

Poruchy v chování a interakci se u každého jedince v důsledku závažnosti postižení odlišují, avšak mezi charakteristické znaky můžeme zařadit obtíže při navazování vztahu s vrstevníky, tendenci věnovat se zejména svým zájmům a trávit čas o samotě (Vágnerová, 2014, s. 305–307). Důvodem může být i například skutečnost, že jsou pro jedince s PVP sociální vztahy ohrožující a nepředvídatelné, avšak neznamená to, že netouží po vzájemné blízkosti. Dále je pro tyto jedince typický tzv. specifický kognitivní styl, který se projevuje „rigiditou myšlení a doslovným chápáním instrukcí, nízkou empatií, egocentrismem, obtížemi v chápání metakomunikace“. (Thorová, 2016, s. 80).

U jedinců s PVP se objevují odlišnosti v nonverbální i verbální komunikaci (Vágnerová, 2014, s. 307). Charakteristický je opožděný vývoj řeči (Thorová, 2016, s. 99). V komunikaci jedinců se velmi často vyskytují abnormality, někteří jedinci nemusí mít řeč vyvinutou vůbec, jiní mohou mluvit neustále, avšak řeč nemusí dávat smysl (Pastieriková, 2013, s. 19). Mezi typické řečové projevy patří například echolálie, neologismy, nesprávné užívání zájmen, problémy s generalizací slov (Lechta, 2010, s. 269). Jedinci s PVP mají obtíže také v užívání a porozumění nonverbální komunikaci (Thorová, 2016, s. 100–105).

Poruchy představivosti mají výrazný negativní vliv na mentální vývoj jedince. Dítě s PVP má zhoršenou schopnost nápodoby, kvůli čemuž se u něj nerozvíjí hra a symbolické

myšlení. Častěji dává přednost jednoduchým stereotypním činnostem, vyhledává předvídatelnost, typická je výrazná repetitivnost (tamtéž, s. 119-122). Jako další znaky můžeme uvést snížený práh bolesti, problémové chování, stereotypní a bizarní pohyby, stravovací obtíže či například sluchovou hypersenzitivitu (Adamus, Vančová a Löfflerová, 2017, s. 43).

Do této skupiny poruch se řadí dětský a atypický autismus, Rettův syndrom nebo například Aspergerův syndrom (MKN-10).

Úspěšnost začlenění jedince v PVP závisí především na závažnosti projevů daného postižení. V rámci vzdělávacího procesu je nutná určitá míra podpory. Začleňování do společnosti se stává obtížná zejména v období dospívání v důsledku sociálních interakcí, které jsou pro jedince s PVP složitější a mnohdy nesrozumitelné (Lechta, 2010, s. 276). Thorová (2016) uvádí, že jen malé procento jedinců s PVP je schopno fungovat v běžném pracovním prostředí (s. 391). I v tomto případě je do značné míry ovlivněna rodina jedince s postižením, mnohdy dochází ke ztrátě sociálních vztahů a k izolaci rodiny. Péče o jedince s PVP je zároveň velmi vyčerpávající a doporučuje se dítě již v předškolním věku umístit alespoň na pár hodin denně do specializovaného zařízení (Vágnerová, 2014, s. 314).

1.2.6 Sluchové postižení

Psychický vývoj člověka je významným způsobem ovlivňován sluchem, díky kterému jsme schopni vnímat zvuky, tedy naslouchat a komunikovat. Tyto dva procesy jsou zásadní při orientaci člověka v prostředí, komunikaci s druhými lidmi a sociálním kontaktu (Potměšil in Michalík, 2011, s. 353). Sluchové postižení proto představuje výraznou bariéru při začleňování do společnosti a utváření sociálních vztahů. Vrozené těžké vady sluchu zároveň negativním způsobem ovlivňují rozvoj myšlení. Sluch nám také slouží k zaznamenávání a rozpoznávání rizik vnějšího prostředí, což pro jedince se závažným sluchovým postižením může představovat značná nebezpečí (Slowík, 2022, s. 157–158).

Z hlediska místa vzniku můžeme sluchové vady dělit na vady centrální a vady periferní.

Z hlediska doby vzniku dělíme sluchové vady na vrozené vady a získané vady. Dále hovoříme o získané sluchové vadě prelingvální, která vzniká přibližně do 7 let věku a kdy

u jedince nedošlo k ukončení vývoje řeči a postlingvální sluchové vadě, která vzniká u osob s již rozvinutou řečí (Doležalová, 2022, s. 9; Slowík 2022, s. 159).

Dle WHO (Doležalová, 2022, s. 9) dále dělíme z hlediska velikosti ztráty sluchu sluchové vady na:

- a) Normální sluch (0–25 dB)
- b) Lehká nedoslýchavost (26–40 dB) – dle vyhlášky MPSV již od 20 dB
- c) Střední nedoslýchavost (41–55 dB) – dle vyhlášky MPSV středně těžká nedoslýchavost
- d) Středně těžké poškození sluchu (56–70 dB) – dle vyhlášky MPSV těžká nedoslýchavost
- e) Těžké poškození sluchu (71–90 dB) – dle vyhlášky MPSV praktická hluchota
- f) Velmi závažné poškození sluchu (více než 90 dB, ale body v audiogramu i nad 1 kHz) – dle vyhlášky MPSV úplná hluchota
- g) Neslyšící (v audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz) – dle vyhlášky MPSV úplná hluchota

Při ztrátě nad 100 dB se jedná o jedince neslyšící, kteří ke komunikaci musí využívat jiný způsob, například český znakový jazyk. Do této kategorie zároveň patří také jedinci, kteří mají vadu sluchu korigovanou kochleárním implantátem (tamtéž).

Vývoj psychomotorických funkcí bývá opožděný, jelikož dítěti chybí sluchové podněty, které by ho podněcovaly k dalšímu vývoji. Motorika zpravidla nebývá narušena. Myšlení se začíná rozvíjet v momentě, kdy si jedinec osvojí mluvený či znakový jazyk (Barvíková et. al, 2022, s. 16). Jedinci s vadou sluchu mohou mít potíže například při nácviku chování v různých sociálních situacích, s porozuměním určitých prvků empatie (Potměšil in Michalík, 2011, s. 396). Velmi často také dochází k potížím při navazování a udržení sociálních vztahů a v orientaci v mezilidských vztazích (Barvíková et. al, 2022, s. 15). Jedinci se sluchovým postižením mohou proto být více či méně závislí na svém okolí, může se u nich projevovat a prohlubovat pocity méněcennosti (Potměšil in Michalík, 2011, s. 396).

1.3 Program škola podporující zdraví (dále jen ŠPZ)

Mezi zdravím a vzdělávacím procesem existuje velmi významná propojenost. Zdraví žáci ve škole dosahují obecně lepších výsledků, což je následně spojováno i s lepším zdravotním stavem v pozdějším věku. Úzká souvislost mezi zdravím a vzděláváním utváří základní rámec přístupu k podpoře zdraví ve školním prostředí, tedy programu Škol podporujících zdraví Světové zdravotnické organizace (Langford et al., 2014, s. 2–4).

Ideálním prostředím pro podporu zdraví v moha ohledech jsou právě školy. Většina dětí i dospělých ve škole tráví velký část dne. Skutečnost, že zážitky získané v dětství mají vliv na zdravotní stav v pozdějším věku, je patrná ze studií mnoha autorů (Felitti et al., 1998; Galobardes et al., 2006; Kessler, 2010). Chování, postoje a přesvědčení utvářená v raném období věku dítěte, která se týkají například kouření, fyzické aktivity či výběru potravin, se objevují i v dospělosti. Podpora žádoucích návyků, postojů a přesvědčení v kontextu zdraví má proto zásadní význam (Langford et al., 2014, s. 2–4).

V následujících částech této kapitoly si nejdříve vymezíme pojetí konceptu zdraví a následně se budeme věnovat samotnému programu.

1.3.1 Koncept zdraví

Vzhledem k tomu, že zdraví je ústředním konceptem tohoto programu, je vhodné si nejdříve samotný pojem zdraví vymezit.

Mezi jednu z nejznámějších a nejrozšířenějších definic zdraví patří definice Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), která definuje zdraví jako „stav fyzické, psychické a sociální pohody, není to jen nepřítomnost nemoci nebo vady, neduživosti“ (World health organization, © 2023a).

Ačkoliv se jedná o nejznámější definici konceptu zdraví, tento program upřednostňuje definici, se kterou přichází Křivohlavý (2009, s. 40). Ten zdraví chápe jako „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (tamtéž).

1.3.2 Základní vymezení programu Škola podporující zdraví

Jak již bylo zmíněno, škola je ideálním prostředím pro podporu zdraví, které však často není součástí vzdělávacích cílů školy, neboť hlavní odpovědností školy je výuka. V roce 1991 zahájily tři mezinárodní agentury – Evropská komise, Regionální kancelář WHO pro Evropu a Rada Evropy – inovativní projekt, jehož cílem bylo propojit vzdělávání a podporu zdraví. Dochází tak ke vzniku Evropské sítě škol na podporu zdraví (ENHPS – European Network of Health Promoting Schools) (Barnekow et al., 2000, s. 4). Do českého prostředí se program ŠPZ dostal v roce 1991 a v současnosti je do tohoto programu zapojeno téměř 300 mateřských, základních a středních škol (Nejedlá et al., 2015, s. 13). V České republice je koordinátorem a garantem tohoto programu Státní zdravotní ústav (SZÚ).

Tradiční přístup vnímal zdraví jako uzavřený koncept definovaný lékaři, zaměřoval se zejména na nemoci, léky a chování mladých lidí, přístup ke zdravotní výchově ve školách byl zaměřen na získávání znalostí o nemocech a zdravém chování. Přístup škol podporujících zdraví pohlíží na zdraví jako na otevřenou koncepci, zaměřuje se životní podmínky, životní styl a well-being⁴ (Barnekow et al., 2006, s. 26–27). Tento program zastává tzv. holistické pojetí zdraví, které předpokládá, že zdraví je utvářeno vzájemnou interakcí biologických, psychických, sociálních, duchovních a enviromentálních faktorů (SZÚ). Přístup škol podporujících zdraví pohlíží na zdraví jako na otevřenou koncepci, zaměřuje se životní podmínky, životní styl, a well-being (Barnekow et al., 2006, s. 26–27).

Na základě tohoto konceptu program ŠPZ usiluje o to, aby se téma zdraví prolínalo do všech sfér školního prostředí, a nikoliv jen například pouze v rámci „zdravotní výchovy“ dle učebních osnov (Langford et al., 2014, s. 2–4). Dle WHO (World health organization, © 2023b) je „škola podporující zdraví školou, která neustále posiluje svou schopnost být zdravým prostředím pro život, učení a práci“. (přeloženo autorkou práce)⁵.

⁴ Well-being („celková pohoda“) není jednotně definován, avšak panuje obecná shoda, že well-being zahrnuje minimálně přítomnost pozitivních emocí a nálad, nepřítomnost negativních emocí, spokojenost se životem a pozitivní fungování. Well-being by měl zahrnovat oblasti fyzické, sociální, ekonomické, emocionální a psychické pohody, dále například rozvoj a aktivitu (Well-being concepts).

⁵ A health promoting school is one that constantly strengthens its capacity as a healthy setting for living, learning and working.

Podpora zdraví je proces, jehož cílem je u dětí a mladých lidí rozvíjet kompetence v chápání a ovlivňování životního stylu a životních podmínek (Barnekow et al., 2006, s. 26–27), škola by u žáků a pedagogů měla také klást důraz na rozvoj kompetencí, jejichž cílem je podporovat úctu ke zdraví a vést k celkové odpovědnosti vůči svému zdraví a zdraví druhých lidí. Mezi klíčové kompetence patří pochopení celkového konceptu zdraví a vnímání zdraví jako prioritní hodnotu, posilování duševní odolnosti, přebírání zodpovědnosti za své jednání, dále dovednosti související s řešením problémů, komunikací a spoluprací (Státní zdravotní ústav, nedatováno.).

Program ŠPZ současně také vychází z principů evropské sítě *Schools for Health in Europe* (Schools for health in Europe, ©2014–2023), který staví na pěti základních hodnotách a pilířích vymezených v následujících tabulkách:

ROVNOST	představuje rovný přístup ke vzdělání a zdraví pro všechny
UDRŽITELNOST	aktivita je důležité implementovat systematicky v rámci delšího časového období
INKLUZE	cílem je vítat a „oslavovat“ rozmanitost, důraz se klade na respekt vůči druhým
SPOLEČNÉ ROZHODOVÁNÍ	každý jedinec dané školní komunity se stává důležitým členem, je aktivně začleněn a podílí se na rozhodování
DEMOKRACIE	školy zastávají demokratické hodnoty

Tabulka 1: *Hodnoty evropské sítě SHE* (Schools for health in Europe, ©2014–2023; Státní zdravotní ústav, nedatováno)

CELOŠKOLNÍ PŘÍSTUP KE ZDRAVÍ	propojení výuky o zdraví s rozvojem školního prostředí, životních kompetencí, a zapojením celé školní komunity
ZAPOJENÍ	sounáležitost a zapojení všech studentů, zaměstnanců i rodičů
KVALITA ŠKOLY	podpora lepších procesů výuky a učení
DŮKAZ	rozvoj nových přístupů a postupů založených na stávajícím a vznikajícím výzkumu.
ŠKOLA A KOMUNITA	školy jsou považovány za aktivní činitele komunitního rozvoje

Tabulka 2: *Pilíře evropské sítě SHE* (Schools for health in Europe, ©2014–2023; Státní zdravotní ústav, nedatováno)

Pokud se škola rozhodne zapojit se do tohoto programu, musí nejdříve zanalyzovat podmínky daného školního prostředí a dosavadní činnosti, dále musí zjistit, jaké zdroje a prostředky má k dispozici. Následně škola vytváří rámcový projekt, který se stanovuje na

čtyři roky. V rámci rámcového projektu škola stanovuje cíle, kterých chce v následujících letech dosáhnout a prostředky k dosažení. Po rámcovém projektu přichází tzv. prováděcí plány, které se jsou konkrétnější a vytvářejí pouze na jeden rok. Škola se v tomto plánu zaměřuje na činnosti, které chce v nejbližším školním roce realizovat. V poslední řadě škola svůj projekt odesílá garantovi tohoto programu, jímž je SZÚ Praha (Nejedlá et al., 2015, s. 83–88).

V České republice bylo vytvořeno několik metodických příruček Programu podpory zdraví, které jsou určené mateřským, základním a středním školám. Dále byly vytvořeny metodiky také pro střediska volného času, domovy dětí a mládeže, školní družiny a školní kluby (Státní zdravotní ústav, nedatováno).

Vzhledem k tomu, že jsme se ve výzkumném šetření zaměřili na zkoumání postojů žáků základních škol zapojených do programu ŠPZ, v následujících kapitolách se budeme odkazovat na metodiku určenou pro základní a střední školy. Zaměříme se především na principy a hodnoty Školy podporující zdraví.

1.3.3 Integroující principy školy podporující zdraví

Tento program staví na dvou integroujících principech, kterými jsou *respekt k přirozeným potřebám jedince a rozvíjení komunikace a spolupráce* (Nejedlá et al., 2015, s. 24).

Respekt k přirozeným potřebám každého jedince je považován za nejdůležitější postoj, který by dle tohoto programu škola měla zastávat a podporovat nejen u žáků, ale také u pedagogů a rodičů. Vychází z teorie potřeb neboli tzv. Maslowovy pyramidy potřeb. Východiskem tohoto principu je předpoklad, že efektivní vzdělávání může probíhat pouze v případě, že jsou vytvořeny vhodné podmínky pro uspokojení všech okruhů potřeb (Havlíková, 2006, s. 43). Fyziologické potřeby mohou být díky škole uspokojovány formou pohybu, zdravým prostředím třídy a školy či poskytnutím vyvážené stravy. Potřeba bezpečí a jistoty je zajišťována zejména nastavením školních pravidel či kladným přístupem učitele k žákům. Prostředí školy i třídy by mělo být nastavené tak, aby v žácích nevyvolávalo pocit strachu (například ze špatné známky či šikany). Potřeba sounáležitosti a lásky je žákům saturována posilováním pocitu sounáležitosti, posilováním pocitu, že někam patří nebo že se spoluúčastní na rozhodování. Nabídka volitelných předmětů a

dalších aktivit by měla uspokojovat potřebu seberealizace a sebeaktualizace (Nejedlá et al., 2015, s. 24–25)

Druhým stěžejním principem je rozvíjení komunikace a spolupráce, který je nezbytný k efektivnímu vzdělávání. Komunikací, která si zakládá na respektu, zároveň posilujeme pocit bezpečí, sounáležitosti, seberealizace. Spolupráce usiluje o využití potenciálu každého jedince (Havlíková et al., 2006, s. 51–53).

1.3.4 Pilíře programu Škola podporující zdraví

Program ŠPZ stojí na třech základních pilířích, které dohromady sestávají z 9 zásad. Prvním pilířem je pohoda prostředí, druhým je zdravé učení a třetím otevřené partnerství. Všechny uvedené zásady se vzájemně prolínají (Nejedlá et al., 2015, s. 26–27).

1.3.4.1 První pilíř: Pohoda prostředí

Na základě tohoto pilíře by škola měla usilovat o vytvoření příznivých podmínek pro kvalitní vzdělávání. Tyto podmínky jsou vymezené v rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání a jedná se například o podmínky materiální, psychohygienické, organizační či personální. Cílem škol podporujících zdraví by mělo být dosažení optimálního stavu prostředí. Tento pilíř se řídí třemi zásadami, které se vzájemně prolínají a které ovlivňují celkovou pohodu prostředí. Jsou jimi: prostředí věcné, prostředí sociální a prostředí organizační. Jedná se o složky prostředí.

Do kategorie pohoda věcného (též fyzického) prostředí spadají vnější i venkovní prostory školy, tedy vnitřní vybavení tříd jako je nábytek či pomůcky, hygienická zařízení, školní dvůr a hřiště atd. Veškeré prostory školy by měly být plně využívány, bezpečné a nezávadné. Důležitým aspektem je vytvoření útulného a podnětného prostředí, ve kterém se žáci i zaměstnanci budou cítit příjemně. K vytvoření vhodného věcného prostředí přispívá například výzdoba chodeb a tříd, na které se podílejí především žáci svými vlastními výtvary. Dále škola může zajistit relaxační a sportovní koutky, kde mohou žáci trávit čas během přestávek. Během přestávek by žákům mělo být umožněno trávit čas na venkovních prostorech (školní dvůr či hřiště), které by k tomu měly být vhodně uzpůsobené. Škola by zároveň neměla zapomínat na své zaměstnance, kterým by měla zajistit účelně a esteticky zařízené sborovny a kabinety (Nejedlá et al., 2015, s. 37–38).

Pohoda sociálního prostředí se zaměřuje na interakci a sociální vztahy mezi zaměstnanci školy, žáky a rodiči. Pohodu sociálního prostředí lze na úrovni třídy podporovat nastavením třídních pravidel, pravidelnými třídnickými hodinami, zařazením komunitního kruhu do výuky, prováděním sociometrických šetření. Učitel také může vytvářet plány pro jednotlivé žáky, které slouží například k řešení aktuálních problémů. Na úrovni školy lze nastavit pravidla soužití, podpořit spolupráci napříč různými věkovými skupinami žáků formou projektových dnů či celoškolských akcí. Škola také může zavést tzv. tripartitní schůzky, kterých se kromě rodičů a učitelů účastní také žáci (Nejedlá et al., 2015, s. 37–38). V rámci této zásady by škola také měla rozvíjet humanistické postoje mezi žáky i zaměstnanci. K těm se řadí „úcta, důvěra, snášenlivost, uznání, účast a empatie, otevřenost a vstřícnost a vůle ke spolupráci a pomoci“ (Havlíková et al., 2006, s. 97).

Pohoda organizačního prostředí se věnuje dennímu režimu, zdravému stravování a pohybu (tamtéž, s. 103). Dle Nejedlé et al. (2015, s. 39–40) by škola měla podporovat volný pohyb venku, především na 1. stupni by měla klást důraz na relaxaci a pohyb i během vyučování. Školy podporující zdraví by žákům měly nabízet širokou nabídku volnočasových aktivit a v průběhu celého školního roku pořádat nejrůznější akce na podporu pohybu, jako jsou olympiády, turnaje, výlety (tamtéž).

1.3.4.2 Druhý pilíř: Zdravé učení

Cílem zdravého učení je rozvíjet osobnost každého žáka a jejich potenciál. Při procesu učení by učitel neměl klást důraz pouze na obsah učení, ale také na podmínky, za kterých se žáci budou učit. Při učení je vhodné přihlížet k individuálním potřebám každého žáka. Doporučuje se volit různé typy výuky, jako například induktivní či deduktivní vyučování nebo sociální formu vyučování. Tento pilíř se řídí těmito zásadami: smysluplnost, možnost výběru a přiměřenost, spoluúčast a spolupráce a motivující hodnocení (Nejedlá et al., 2015, s. 47–48).

Smysluplnost by měla být klíčovým prvkem při vzdělávání. Učitelé by měli vzdělávat žáky tak, aby rozuměli daným tématům, věděli, proč se dané učivo učí, a jak získané znalosti mohou uplatnit v praxi (Havlíková et al., s. 124).

Možnost výběru a přiměřenost spočívá v možnosti žáka zvolit si učivo podle oblasti zájmu v rámci vyučovacího předmětu nebo poskytnout žákům nabídku volitelných a nepovinných předmětů. Učitel by zároveň měl přihlížet k individuálním možnostem

každého žáka. Důraz se také klade na citovou a sociální výchovu, v rámci které se žáci učí porozumět a respektovat odlišností u lidí z jiného prostředí nebo se například učí se pracovat se svými emocemi a postoji (Nejedlá et al., 2015, s. 51–54).

Spoluúčast a spolupráce se týká nejen učitelů, žáků a dalších zaměstnanců školy, ale také rodičů a různých spolupracujících institucí (Havlíková et al., 2006, s. 155).

Motivující hodnocení by mělo u žáků směřovat zejména k podpoře pocitu uznání a úspěchu (tamtéž, s. 166).

1.3.4.3 Třetí pilíř: Otevřené partnerství

Dle Havlíkové et al. (2006, s. 173) „škola vždy tvoří sociální systém s mnoha vnějšími a vnitřními vztahy“. Systém školy je tvořen a ovlivňován žáky, rodiči, pedagogickými i nepedagogickými zaměstnanci školy, dále různými vnějšími institucemi a organizacemi, které mají na školu vliv (tamtéž). Škola by měla usilovat o budování kvalitních partnerských vztahů, které následně utváří klima školy. (Nejedlá et al., 2015, s. 69).

Mezi dvě zásady patří škola jako model demokratického společenství a škola jako kulturní a vzdělávací středisko obce (Havlíková et al., 2006, s. 180, 196).

Model demokratického společenství je utvářen například formou třídnických hodin a prací s třídním kolektivem, založením školního parlamentu či různých rodičovských spolků (Nejedlá et al., 2015, s. 70–72).

Prostory školy mohou mimo vyučování využívat například i střediska volného času, občanské spolky, odborné služby, mohou se zde konat různé přednášky či vzdělávací akce. Škola dále také úzce spolupracuje s mateřskými školami a s obcí (tamtéž, s. 73–75).

2 Empirická část

2.1 Popis výzkumného projektu

Problematicke postojů a přístupu k lidem s postižením se dostává stále více pozornosti, vznikají nové výzkumy a studie, které se věnují jednotlivým typům postižení a postojům různých skupin vůči těmto jedincům (Pančocha, 2013, s. 27). Zilcher (2017, s. 84) uvádí, že se výzkumy zaměřují na velmi širokou oblast zkoumání, jako jsou vlivy typů postižení na postoje nejrozličnějších skupin jedinců, vliv sociální blízkosti a sdíleného prostředí na postoje jedinců, zkoumají se postoje ve školním a pracovním prostředí, a můžeme nalézt mnoho dalších variant, kterými se autoři zabývají.

Naše výzkumné šetření je inspirováno studií Zilchera (2017), ve které se snažil ověřit předpoklad, že „proinkluzivní prostředí může mít vliv na postoje žáků 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením“ (tamtéž). Výsledky výzkumu prokázaly, že dané prostředí má vliv na postoje žáků vůči lidem s postižením, a to především v případech, kdy mají žáci nějakého kamaráda s postižením nebo pokud se jedná o vysoce proinkluzivního učitele.

Z tohoto důvodu jsme se rozhodli zaměřit se na další aspekty v rámci školního prostředí, které by mohly pozitivním způsobem ovlivnit postoje žáků vůči lidem s postižením. Program Škola podporující zdraví jsme zvolili kvůli tomu, že vychází z holistického modelu, který uznává fyzický, sociální, duševní, emoční a environmentální rozměr zdraví a „životní pohody“ (respektive well-beingu) (World health organization, © 2023b).

2.1.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumného šetření je ověřit předpoklad, že směřování školy, která usiluje o rozvoj úcty ke zdraví, jeho ochranu a posilování, může pozitivně ovlivnit postoje žáků 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením.

2.1.2 Výzkumný problém

Pro potřeby výzkumného šetření jsme zvolili kauzální výzkumný problém, který jsme zformulovali následovně: *Jaký vliv má míra sociální blízkosti s osobou s postižením u žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k osobě s postižením?*

2.1.3 Formulace hypotéz

Hypotéza můžeme definovat jako „návrh, představa o vztahu mezi uvažovanými výzkumnými proměnnými“ (Hendl, 2015, s. 25). Rozlišujeme hypotézu věcnou a hypotézu statistickou. Pokud formulujeme hypotézy výzkumu, mluvíme o věcných hypotézách. Abychom věcné hypotézy mohli statisticky ověřovat, musíme je převést na statistické hypotézy, které však neověřujeme přímo, nýbrž proti tzv. nulové hypotéze. Nulovou hypotézu nám říká, že mezi zkoumanými proměnnými není vztah. V případě, že můžeme nulovou hypotézu zamítnout, přijímáme tzv. alternativní hypotézu (Chráska, 2016, s. 62). Pro potřeby tohoto výzkumného šetření jsme definovali dvě věcné hypotézy:

H1: Postoje žáků 4. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ se liší oproti postojům žáků 5. ročníků základních škol s certifikátem „Zdravá škola“.

H2: Míra sociální blízkosti s osobou s postižením u žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k osobě s postižením má pozitivní vliv na jejich postoje vůči lidem s postižením.

2.1.4 Popis výzkumného souboru

Původním záměrem bylo provést výzkumné šetření ve 4. a 5. třídách základních škol s certifikací „Zdravá škola“ v Ústeckém, Karlovarském a Libereckém kraji. Seznam škol zapojených do programu Škola podporující zdraví poskytuje na vyžádání Státní zdravotní ústav, který je garantem a koordinátorem tohoto programu. Na základě získaného seznamu členů programu ŠPZ se zjistilo, že v Karlovarském kraji se nenachází žádná základní škola s certifikací „Zdravá škola“ a v Libereckém kraji je aktuálně pouze jedna základní škola s certifikací „Zdravá škola“, která nám však neumožnila provést výzkumné šetření. Osloveno bylo dohromady 13 základních škol v Ústeckém kraji zapojených do programu ŠPZ, z toho 7 základních škol nám výzkumné šetření umožnilo provést.

Základní soubor tedy představují žáci 4. a 5. tříd základních škol s certifikací „Zdravá škola“ v Ústeckém kraji, který tvoří celkem $N = 446$ žáků, z toho 213 žáků 4. tříd a 233 žáků 5. tříd.

2.1.5 Výzkumné metody a techniky šetření

Pro účely této bakalářské práce byl zvolen kvantitativně orientovaný výzkum, který Chráska (2016, s. 11) definuje jako „záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy“. V rámci tohoto výzkumu jsme vymezili dvě nezávisle proměnné. První nezávisle proměnná je vymezena jako sociální blízkost, respektive znalost nějaké osoby s postižením, druhou nezávisle proměnnou je ročník. Dále jsme také zvažovali třetí nezávisle proměnnou, kterou by byla certifikace školy certifikátem „Zdravá škola“. Vzhledem k tomu, že nemůžeme objektivně měřit míru zapojení škol do programu ŠPZ, zároveň nevíme, jak dlouho jsou jednotlivé školy certifikovány a zda tedy dochází k zásadnějšímu rozvoji, jsme tuto nezávisle proměnnou nezohledňovali. Závislou proměnnou, kterou zkoumáme, jsou postoje žáků vůči osobám s postižením.

Pro sběr dat byl využit validizovaný výzkumný nástroj, který byl vytvořen Zilcherem (2017, s. 93-96) pro účely výzkumného šetření na měření přístupu žáků k osobám s postižením. Tento výzkumný nástroj sestává ze 3 videonahrávek a dotazníku. Na každé videonahrávce je vyobrazen určitý typ postižení. Na první videonahrávce je dívka Vanesa s tělesným postižením bez mentálního postižení ve věku respondentů, která se v úvodu představí a v krátkosti o sobě něco řekne. Druhá videonahrávka reprezentuje chlapce Ládíka opět ve věku respondentů, který má diagnostikovaný atypický autismus a mentální postižení. V tomto případě o sobě v důsledku postižení nic nesděluje, avšak na snímku můžeme sledovat jeho činnost a komunikaci. Třetí nahrávka obsahuje monolog učitelky Adély se sluchovým postižením, která ke komunikaci využívá znakový jazyk. Dotazník je rozdělen na 3 podčásti, kdy každá část se vztahuje k jednotlivé nahrávce. V úvod dotazníku je jedna položka zaměřena na zjišťování sociální blízkosti, respektive znalost osoby s postižením, kterou v rámci šetření zkoumáme. Následují jednotlivé části dotazníku příslušící k daným videonahrávkám. V rámci těchto dotazníků žáci volí jednu odpověď na šestibodové škále, kdy číslo 1 představuje nejlepší hodnocení, zatímco hodnota 6 nejhorší hodnocení (tamtéž).

Nahrávka č. 1

Olázka č. 1 Jak moc je Ti žák na nahrávce podobný?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Olázka č. 2 Jak moc bys chtěl/a být kamarád/ka tohoto žáka?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Olázka č. 3 Jak moc bys chtěl/a být s takovýmto žákem ve třídě?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Olázka č. 4 Na kolik si myslíš, že by se líbilo Tvému učiteli, kdyby měl takového žáka ve vaší třídě?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Obrázek 1: ukázka nástroje na měření postojů žáků

2.1.6 Popis použitých technik výzkumu

Získaná data z dotazníků byla přepsána do tabulky v programu MS Excel. Poté došlo k přezkoumání zaznamenaných dat, aby se zjistilo, zda respondenti vyplnili všechny položky v dotazníku. Pokud nastala situace, kdy nebyla v rámci dotazníků příslušících k daným videonahrávkám zodpovězena některá z otázek, chybějící odpovědi byly doplněny tzv. mediánem neboli prostřední hodnotou v rámci dané otázky (Chrásková, 2016, s. 42). Dohromady bylo získáno 446 vyplněných dotazníků.

Data byla následně vyhodnocena v programu Social science statistic. K analýze dat byly využity dvě statistické kalkulačky: One-Way ANOVA Calculator for Independent Measures a T-Test Calculator for 2 Independent Means (Social Science Statistics, cit. 2023-04-09).

Statistická kalkulačka One-Way ANOVA Calculator for Independent Measures byla použita k analýze dat nezávisle proměnné vymezené jako míra sociální blízkosti. U každého respondenta byly odpovědi sečteny pomocí funkce suma v MS Excel a výsledky byly následně vloženy do statistické kalkulačky.

T-Test Calculator for 2 Independent Means byl použit k vyhodnocení dat druhé nezávisle proměnné definované jako ročník. Proces vyhodnocování probíhal stejně jako v prvním případě, kdy byly sečteny pomocí funkce suma v MS Excel odpovědi jednotlivých respondentů a získané výsledky byly vloženy v závislosti na daném ročníku do statistické kalkulačky.

Program MS Excel byl také využit k výpočtům základních statistických charakteristik.

2.2 Popis a interpretace dosažených výsledků

2.2.1 Deskriptivní statistika

Základní statistické charakteristiky, se kterými pracujeme, uvádíme dle odborné literatury (Hendl, 2015, s. 91–103). Jedná se o:

- N četnost,
- Ø průměr (mean)
- Med. medián,
- Mo. modus,
- Min. minimum,
- Max. maximum,
- SD směrodatná odchylka (standard deviation).

Základní soubor tvoří N = 446 dotazníků, avšak v N = 26 (5,83 %) případech nebyly vyplněny všechny položky v jednotlivých podčástech dotazníku. Data prošla metodou čištění dat, kdy byly chybějící hodnoty nahrazeny mediánem neboli prostřední hodnotou v rámci daného vzorku (Chráska, 2016, s. 42).

Následující tabulka znázorňuje počet respondentů, se kterými pracujeme, rozdělených podle ročníku a pohlaví. V kategorii pohlaví neodpovědělo celkem 14 žáků, jeden žák uvedl, že se identifikuje jako agender⁶. Vzhledem k tomu, že v rámci mnoha jiných výzkumných šetření (Pančocha, 2013, Zilcher, 2017, Gash and Coffee, 1995 cit. dle Laws a Kelly, 2005, Laws a Kelly 2005) byly prokázány pozitivnější postoje u dívek/žen oproti chlapcům/mužům vůči osobám s postižením, jsme předpokládali, že i v našem případě by se tato skutečnost potvrdila, a proto nepovažujeme za důležité zohledňovat pohlaví jako nezávisle proměnnou. Z tohoto důvodu nebylo nutné těchto 14, respektive 15 respondentů vyřazovat.

⁶ Agender je termín používaný osobami, které se neidentifikují s žádným konkrétním genderem. Gender nebo též rod se týká identity člověka, označuje to, jak se cítí vůči vlastnímu pohlaví (Bouchalová, 2021, s. 13-14, 19).

N	4. třída	5. třída	Celkem
Chlapci	115	105	220
Dívky	92	119	211
Agender	0	1	1
Neuvedeno	6	8	14
Suma	213	233	446

Tabulka 3: *Deskripce respondentů dle pohlaví a třídy.* (vytvořeno autorem práce)

2.2.2 Induktivní statistika

V rámci induktivní statistiky budeme ověřovat námi stanovené hypotézy. Jak již bylo uvedeno výše, získaná data byla vyhodnocována programem Social Science Statistic.

Induktivní statistika k výsledkům vlivu ročníku na postoje žáků postojů žáků 4. a 5. tříd

V této části budeme porovnávat postoje mezi žáky 4. a 5. ročníků základních škol, které mají certifikát „Zdravá škola“. Žáci vyplňovali jednotlivé podčásti dotazníku, které obsahovaly položky s šesti úrovněmi odpovědí, přičemž hodnota 1 reprezentuje nejlepší a hodnota 6 nejhorší možné hodnocení. Stanovili jsme věcnou hypotézu:

H1: *Postoje žáků 4. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ se liší oproti postojům žáků 5. ročníků základních škol s certifikátem „Zdravá škola“.*

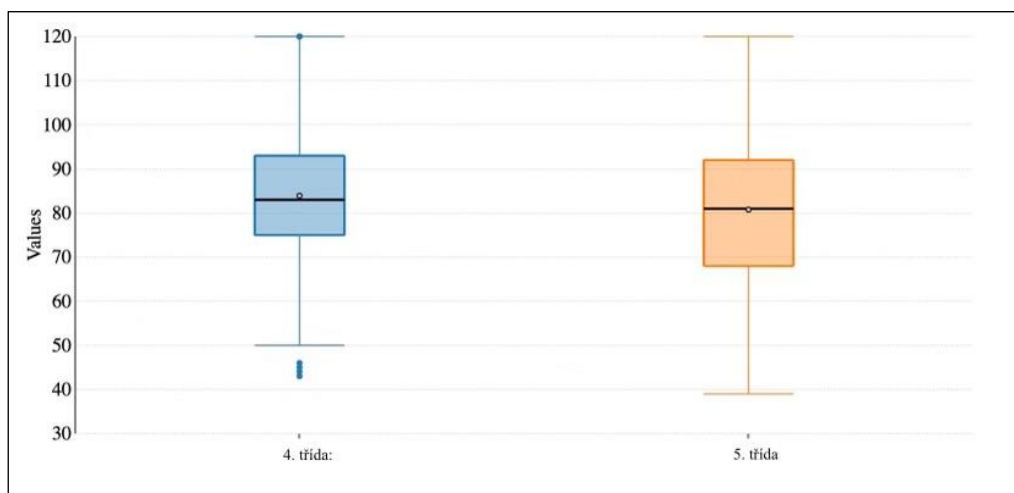
K hypotéze H1 jsme stanovili nulovou hypotézu:

H0₁: *Postoje žáků 4. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ jsou shodné s postojí žáků 5. ročníků základních škol s certifikátem „Zdravá škola“.*

Pro ověření dané hypotézy byl využit Studentův t-test, u kterého byla stanovena hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Na základě výpočtu byla zjištěna hodnota $p = 0.019994$, tedy menší než $\alpha = 0,05$. V důsledku toho můžeme nulovou hypotézu zamítnout a přijímáme alternativní hypotézu:

HA₁: *Mezi postoji žáků 4. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ a postoji žáků 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ existuje statisticky významný rozdíl.*

Zjištěné výsledné hodnoty předkládáme prostřednictvím krabicového grafu a související deskriptivní analýzy.



Graf 1: *Krabicový graf výsledných hodnot vlivu ročníku na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k lidem s postižením. (Box-and-Whisker Plot Maker, ©2015–2023, vytvořeno autorem práce)*

Třída	4.	5.
N	213	233
Ø	84	81
Med.	83	81
Mo.	76	77
SD	15,66	16,43
Max.	132	120
Min.	43	39

Tabulka 4: *Deskriptivní analýza výsledných hodnot vlivu ročníku na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k lidem s postižením. (vytvořeno autorem práce)*

Vzhledem k tomu, že v dotaznících hodnota 1 reprezentuje nejlepší stupeň hodnocení, znamená to, že nižší hodnoty signalizují lepší postoje vůči lidem s postižením. Z výše uvedeného grafu a tabulky tedy vyplývá, že žáci 5. ročníků zaujímají pozitivnější postoje vůči lidem s postižením než žáci 4. ročníků.

Induktivní statistika k výsledkům vlivu sociální blízkosti žáků 4. a 5. tříd k lidem s postižením

V následující části zjišťujeme, zda má vliv sociální blízkost k člověku s postižením na postoje žáků 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením. Stanovili jsme věcnou hypotézu:

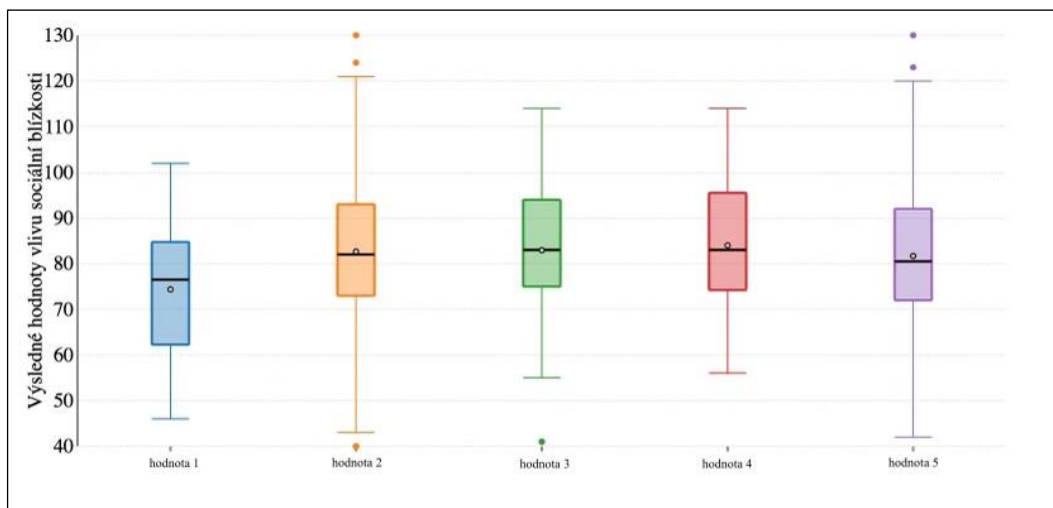
H2: *Míra sociální blízkosti žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k osobě s postižením má vliv na jejich postoje vůči lidem s postižením.*

K této hypotéze jsme vymezili nulovou hypotézu:

H2₀: *Míra sociální blízkosti s osobou s postižením u žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k osobě s postižením má pozitivní vliv na jejich postoje vůči lidem s postižením.*

Pro měření sociální blízkosti u žáků byla použita pětibodová škála, přičemž nejvyšší hodnota je reprezentována číslem 5 (*Mám příbuzného nebo kamaráda s postižením*) a nejnižší hodnotu představuje číslo 1 (*Nikdy jsem žádného člověka s postižením neviděl.*).

K ověření hypotézy byl využit test One-way ANOVA. Naměřená hodnota p byla v tomto případě vyšší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$, což znamená, že nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout, a tedy přijímáme nulovou hypotézu. Skutečnost, že míra sociální blízkosti k člověku s postižením nemá vliv na postoje žáků 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením, potvrzuje také odpovídající krabicový graf a deskriptivní analýza.



Graf 2: Krabicový graf výsledných hodnot vlivu sociální blízkosti žáků k lidem s postižením ročníku na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k lidem s postižením. (Box-and-Whisker Plot Maker, ©2015–2023, vytvořeno autorem práce)

	1	2	3	4	5
N	16	189	91	38	112
Ø	74,38	82,65	82,95	84	81,68
Med.	76,5	82	83	83	80,5
Mo.	nelze určit	82	76	67	76
SD	14,79	16,17	15,62	14,79	16,76
Max.	102	132	114	114	131
Min.	46	39	41	56	42

Tabulka 5: Deskriptivní analýza výsledných hodnot vlivu sociální blízkosti k lidem s postižením u žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ na jejich postoje vůči lidem s postižením. (vytvořeno autorem práce)

V tomto případě opět v dotaznících hodnota 1⁷ reprezentuje nejlepší stupeň hodnocení, což znamená, že nižší hodnoty indikují lepší postoje vůči lidem s postižením. Ve výše uvedené tabulce si můžeme všimnout, že ve sloupcích 1 až 3 jsou průměrné hodnoty nižší než

⁷ Žáci odpovídali na otázku „Znáš někoho, kdo má nějaké postižení?“ s pěti úrovněmi odpovědí: 1. Nikdy jsem žádného člověka s postižením neviděl; 2. Někde jsem již takového člověka viděl/a; 3. Už jsem s takovým člověkem mluvil/a; 4. Setkávám se s takovými lidmi pravidelně a 5. Mám příbuzného nebo kamaráda s postižením.

ve sloupci 4. Z toho vyplývá, že žáci, kteří se *setkávají s takovými lidmi (s lidmi s postižením) pravidelně*, mají i přesto negativnější postoje k těmto lidem než žáci, kteří volili hodnoty 1, 2 nebo 3. Dále vidíme, že mezi sloupci 2 a 5 jsou průměrné hodnoty srovnatelné, ačkoliv bychom mohli předpokládat, že průměrná hodnota ve sloupci 2 bude výrazně vyšší.

3 Diskuze

V rámci naší studie jsme vycházeli z předpokladu, že směřování školy, která usiluje o rozvoj úcty ke zdraví, jeho ochranu a posilování, může pozitivně ovlivnit postoje žáků 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením.

Zprv jsme porovnávali postoje mezi 4. a 5. třídou základních škol s atributem „Zdravá škola“ vůči lidem s postižením. Ověřovali jsme hypotézu, zda se postoje žáků 4. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ liší oproti postojům žáků 5. ročníků základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ (H1), respektive nás zajímalo, zda má na výsledky žáků vliv maturace neboli zrání a přirozený vývoj. Na pětiprocentní hladině významnosti nám vyšla hodnota $p = 0.019994$, což znamená, že mezi postoji žáků 4. tříd a postoji žáků 5. tříd vůči lidem s postižením existuje statisticky významný rozdíl. Ačkoliv rozdíl nebyl tak signifikantní, kladnější postoje byly zjištěny u žáků 5. ročníků.

Můžeme vyvodit, že postoje u žáků 5. ročníků jsou ovlivněny intervenujícími proměnnými či jinými faktory. Prvním z nich může být již zmíněná maturace neboli zrání a přirozený vývoj. Dle Vágnerové (2021, s. 267) však v období středního školního věku, kam se řadí jedinci ve věku od 9 do 12 let, nedochází k žádným výraznějším změnám v oblasti biologické ani sociální. Erikson (1993 cit podle Vágnerové, 2021, s. 267) toto období charakterizuje jako „fázi citové vyrovnanosti“, někdy se tato etapa nazývá obdobím latence (Langmeier, Krejčířová, s. 117). Postojům žáků 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením se věnoval například také Zilcher (2017, s. 136), který ve svém výzkumu ověřoval hypotézu, zda se liší postoje 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením. V jeho případě se na hladině významnosti $p = 0,68$ nepotvrdil statisticky významný rozdíl mezi postoji těchto dvou ročníků vůči lidem s postižením. Lansdorf (2021, s. 67–68) zjistil, že žáci 4. ročníků mají vyšší snahu pomoci lidem se zdravotním postižením než žáci 5. ročníku. I v jeho případě však rozdíl mezi ročníky nebyl tak signifikantní a maturaci nepřisuzuje žádný vliv.

Dalším významnějším vlivem může být skutečnost, že žáci 5. ročníku jsou ve vzdělávacím procesu déle než žáci 4. ročníku. Postoje žáků 5. ročníků mohou být pozitivně ovlivněny v důsledku delšího pozitivního působení. Zároveň dle Zilchera (2017, s. 156) a dalších autorů (Zilcher, Chytrý a Lanková, 2019, s. 41) má na postoje žáků vliv vysoce kompetentní učitel, který může jejich postoje ovlivňovat pozitivním způsobem. V těchto výzkumech se autoři zaměřovali na proinkluzivní kompetence učitele, avšak tvrdí, že

„inkluzivní či pro-inkluzivní kompetence pedagoga reflektují obecně kompetence dobrého učitele, a to bez ohledu na jeho případnou proinkluzivnost“ (tamtéž).

Zadruhé jsme se zaměřili na míru sociální blízkosti žáků vůči lidem s postižením. Ověřovali jsme hypotézu, zda má míra sociální blízkosti s osobou s postižením u žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ vliv na jejich postoje vůči lidem s postižením⁸. V našem případě jsme vzhledem k hodnotě *p*, která je vyšší než stanovená hladina významnosti, nemohli zamítnout nulovou hypotézu. Na základě tohoto výsledku se ukazuje, že míra sociální blízkosti k člověku s postižením **nemá vliv** na postoje žáků 4. a 5. tříd vůči lidem s postižením.

Východiskem pro tento předpoklad se stala tzv. kontaktní teorie G. W. Allport (1954 cit podle Zilcher 2017, s. 136), a tzv. teorie plánovaného chování Ajzena a Fishbeina (1985; Příhodová a Preiss, 2020, s. 42-43). Kontaktní teorie tvrdí, že „předsudek (...) lze oslabit rovnocennými kontakty mezi většinovou a menšinovou skupinou“ Allport (2004, s. 303), a současně se také podílí na rozvíjení schopnosti reagovat na rozdílné osoby, kdy za předpokladu setkávání se s osobou s konkrétním typem postižení je následně člověk schopen objektivně chápat potřeby i lidí s jiným typem postižení (Zilcher, Chytrý a Lanková, 2019, s. 38). I z dalších výzkumů zabývajících se kontaktní teorií vyplývá, že při zeslabení předsudků vůči jedné skupině může dojít k zeslabení předsudků i vůči jiným skupinám (Pettigrew a Tropp 2006, 2008,). Teorie plánovaného chování předpokládá, že na chování jedince působí různé faktory, které jej ovlivňují (Hrabovská, 2015, s. 28). Dle Rodda (1994 cit. dle Zilcher, 2017, s. 137) by před samotným kontaktem nejdříve mělo dojít k získání dostatečného množství informací o dané skupině či jedinci. Dle Ajzena (2005, s. 179) angažovanost, dostatečná znalost a přímá zkušenost s objektem postoje mají tendenci zlepšovat predikci chování v rámci postoje.

Vzhledem k jiným výzkumům, kde se vliv sociální blízkosti potvrdil, a na základě výše zmíněných teorií, jsme předpokládali, že čím vyšší bude míra sociální blízkosti, tím pozitivnější postoje budou žáci zaujímat. Jedná se například o výzkum Zilchera (2017, s. 140), u kterého se prokázalo, že žáci s větší sociální blízkostí k člověku s postižením zaujímají pozitivnější postoje vůči lidem s postižením. Signifikantní rozdíl byl patrný především u žáků, kteří hodnotili míru sociální blízkosti číslem 5, tedy že mají kamaráda nebo

⁸ Žáci odpovídali na otázku „Znáš někoho, kdo má nějaké postižení?“ s pěti úrovněmi odpovědí: 1. Nikdy jsem žádného člověka s postižením neviděl; 2. Někde jsem již takového člověka viděl/a; 3. Už jsem s takovým člověkem mluvil/a; 4. Setkávám se s takovými lidmi pravidelně a 5. Mám příbuzného nebo kamaráda s postižením.

příbuzného s postižením. V těchto případech žáci vykazovali pozitivnější postoje. Dále můžeme zmínit studii Cairns a McClatchey (2013), ve které bylo prokázáno, že žáci mladšího školního věku vzdělávající se v inkluzivním prostředí, mají pozitivnější postoje vůči lidem s postižením a zároveň také více rozumí potřebám těchto jedinců. Pozitivní vliv sociální blízkosti potvrdil ve své práci také například Lansdorf (2021, s. 68) nebo Procházková (2019), která sice pracovala s jiným výzkumným souborem a v jiném prostředí, ale i v jejím případě se hypotéza potvrdila.

Zajímavým zjištěním je, že postoje žáků s nižší mírou sociální blízkosti jsou srovnatelné s postoji žáků s vyšší mírou sociální blízkosti. Z toho lze usuzovat, že na žáky mohou působit daleko výraznější faktory, které mají vliv na jejich postoje vůči lidem s postižením, než je znalost osoby s postižením.

Významný vliv na postoje žáků mohou mít již zmíněné kompetence učitele. Autoři Zilcher, Chytrý a Lanková (2019, s. 142) prokázali pozitivní vliv „proinkluzivních kompetencí“ na postoje žáků vůči lidem s postižením. Ve své studii zdůrazňují, že pouze kvalitní učitel může být učitelem inkluzivním. Kompetence učitelů škol zapojených do programu ŠPZ a jejich vliv na postoje žáků jsme v tomto výzkumném šetření nezjišťovali, avšak mohlo by se jednat o zajímavý námět pro další výzkum.

Dalším důvodem může být samotný atribut „Zdravá škola“. V rámci výzkumu jsme prováděli šetření pouze na základních školách s certifikátem „Zdravá škola“, avšak zaměřovali jsme se na vliv sociální blízkosti, respektive znalosti osoby s postižením a porovnáváním postojů mezi 4. a 5. třídou. Můžeme uvážit, že celkové školní prostředí a hodnoty, které program ŠPZ zastává, mohou mít významný vliv na dané postoje žáků. Hodnoty jako aktivní spolupodílení se všech účastníků na tvorbě podmínek a prostředí pro zdraví své i svého okolí, rovnost, inkluze, demokracie apod., mohou být zásadnějším prediktorem akceptování a přijímání jinakosti nežli sociální blízkost.

Na základě výše zmíněných výsledků pro náš výběrový subor můžeme konstatovat, že jsme naplnili definovaný cíl práce. Zjistili jsme, že míra sociální blízkosti s osobou s postižením u žáků 4. a 5. tříd základních škol oceněných certifikátem „Zdravá škola“ nemá vliv na postoje žáků vůči osobám s postižením. Jak již zmiňujeme výše, v jiných výzkumech se vliv sociální blízkosti potvrdil. Můžeme zmínit studii Zilchera (2017), v rámci které se daná hypotéza potvrdila, avšak zjistil, že „samostatné proinkluzivní smýšlení školy, ani její certifikace jako škola „férová“, nemá na postoje žáků vůči lidem s postižením vliv“ (tamtéž). Z toho můžeme usuzovat, že celkové směřování školy a popřípadě samotný atribut „Zdravá

škola“ mohou pozitivně ovlivňovat postoje žáků vůči lidem s postižením, avšak pro ověření tohoto předpokladu jsou nutné další výzkumy.

Velmi důležité je neopomíjet intervenující proměnné, které mohly ovlivnit výsledky našeho šetření. V první řadě se může jednat o celkové ladění respondentů, únavu a s tím související nižší míru pozornosti či stres. Dalším faktorem mohla být snížená míra motivace, jelikož žáci věděli, že se dotazníky nebudou hodnotit. Neměli bychom zapomínat také na tzv. sociální desirabilitu neboli tendenci volit sociálně žádoucí odpovědi za účelem lepší sebe prezentace (Minarčíková a Preiss, 2018, s. 101-114). Dále můžeme uvést již zmíněný vliv učitelů na postoje žáků vůči lidem s postižením. Další velmi důležitou intervenující proměnnou jsou postoje rodičů a blízkých rodinných členů žáka, které mají dle Zilchera (2017, s. 153) pravděpodobně nejvýraznější vliv při utváření a formování postojů žáků vůči lidem s postižením.

Doporučení pro pedagogickou teorii a praxi

Určitě je velmi důležité se problematikou postojů dále zabývat, zkoumat další možné příčiny negativních postojů a možnosti jejich eliminace, a zároveň hledat funkční alternativy, které budou podporovat rovnost, vzájemnou důvěru a respekt, přijímat rozmanitost a jinakost, a přispívat tak k utváření vhodného klimatu školy.

Další doporučení vychází ze samotné metodiky programu ŠPZ, a sice, že školy by měly neustále usilovat o dosažení jakéhosi ideálního stavu prostředí a podmínek. Škola by zároveň měla dbát na kvalitu svých učitelů, jelikož jak jsme již zmínili výše, vysoce kompetentní učitel může pozitivním způsobem ovlivnit postoje žáků.

Vzhledem k tomu, že se nám nepotvrdila hypotéza týkající se vlivu sociální blízkosti na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol oceněných certifikátem „Zdravá škola“ vůči lidem s postižením, další výzkumy by mohly navázat na tuto práci. Zajímavým námětem by mohlo být zkoumání nezávisle proměnných, které mají zásadnější vliv na postoje těchto žáků vůči lidem s postižením.

Zajímavým námětem pro další výzkum by mohlo být zkoumání inkluzivně–didaktických kompetencí učitele a jeho vlivu na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol oceněných certifikátem „Zdravá škola“ vůči lidem s postižením.

Dále by bylo zajímavé zkoumat, do jaké míry má samotný atribut „Zdravá škola“ vliv na postoje 4. a 5. tříd základních škol vůči lidem s postižením.

V obou případech by bylo možné, a dle mého názoru i velmi přínosné, porovnat získané výsledky s žáky z běžných škol, které nejsou zapojené do programu ŠPZ.

Závěr

Bakalářská práce se zaměřovala na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol vůči osobám s postižením. V rámci výzkumného šetření jsme se zaměřili na školy zapojené do programu Škola podporující zdraví.

V teoretické části jsme se věnovali problematice postojů, základnímu vymezení zdravotního postižení a výše zmíněnému programu.

Přístupy k lidem s postižením směřují stále k větší toleranci, rovnocennosti a hledají se cesty k úspěšnému a plnohodnotnému začleňování těchto jedinců. V odborné literatuře dochází z důvodu zjednodušení k periodizaci vývoje přístupů k jedincům s postižením na základě časové posloupnosti, avšak toto chronologické členění může vzbudit dojem, že vývoj postupoval skrze pevně vymezené etapy, kdy docházelo k jakémusi automatickému zlepšení, tedy přesunu od primitivnějšího k vyspělejšímu. V současnosti převládají integrativní a zejména inkluzivní tendence, avšak vývoj přístupu k lidem s postižením bychom měli vnímat jako proces, kdy i navzdory převládajícímu přístupu docházelo k prolínání všech tendencí. Určité prvky jednotlivých přístupů můžeme zaznamenat i v současné době.

Výzkumné šetření probíhalo ve 4. a 5. třídách základních škol oceněných certifikátem „Zdravá škola“. Zkoumali jsme dvě nezávisle proměnné, konkrétně ročník a sociální blízkost s osobou s postižením. Dále jsme také zvažovali třetí nezávisle proměnnou, kterou by byla certifikace školy certifikátem „Zdravá škola“, avšak vzhledem k tomu, že nemůžeme objektivně měřit míru zapojení škol do programu ŠPZ, jsme tuto proměnnou z důvodu celkové náročnosti nezohledňovali. Domníváme se, že by se však mohlo jednat o zajímavý námět pro další výzkum.

Na našem výzkumném souboru jsme potvrdili, že postoje žáků 5. tříd vůči lidem s postižením jsou pozitivnější než postoje žáků 4. tříd. Tento výsledek přisuzujeme spíše délce vzdělávacího procesu než maturaci. Dále jsme zjistili, že míra sociální blízkosti nemá v rámci základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ žádný vliv na postoje žáků vůči lidem s postižením. Tento výsledek nás velice překvapil, jelikož v jiných výzkumech se potvrdilo, že žáci, kteří mají například kamaráda či příbuzného s postižením, vykazují obecně pozitivnější postoje. V našem případě jsme došli k závěru, že žáci, kteří se nikdy s člověkem s postižením nesetkali nebo nemají přímou zkušenost s člověkem s postižením zastávají srovnatelné postoje jako žáci, kteří mají kamaráda či příbuzného s postižením. Z toho můžeme usuzovat, že znalost nějaké osoby s postižením není pro žáky a jejich postoje vůči

těmto jedincům relevantní. Můžeme se domnívat, že mnohem více může postoje žáků ovlivňovat daný učitel, popřípadě celkové školní prostředí a hodnoty, které program ŠPZ zastává. V rámci šetření jsme dále nezjišťovali, jaká proměnná by mohla mít zásadnější vliv na jejich postoje, avšak mohlo by se jednat o zajímavý námět pro další výzkum.

Seznam použité literatury

1. ADAMUS, Petr, Alice VANČOVÁ a Monika LÖFFLEROVÁ, 2017. Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7464-957-8.
2. AJZEN, Icek a Martin, FISHBEIN, 1985. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl, J. and Beckmann, J., Eds., *Action-Control: From Cognition to Behavior* [online]. s. 11–39. [cit. 2023-04-18]. DOI: 10.1007/978-3-642-69746-3_2
3. AJZEN, Icek a Martin, FISHBEIN, 2005. The influence of attitudes on behavior. In. ALLBAEEACÍN, Dolores, Blair, JOHNSON, Mark, ZANNA et al., *The handbook od Attitudes* [online]. s. 173–221. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates . Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/264000974_The_Influence_of_Attitudes_on_Behavior
4. ALLPORT, Gordon, 1935. Attitudes. In: MURCHISON, Carl. *Handbook of Social Psychology* [online]. [cit. 20.4.2023]. Dostupné z: <https://www.scribd.com/document/333120405/Allport-G-W-1935-Attitudes-in-Handbook-of-Social-Psychology-C-Murchison-798-844>
5. ALLPORT, Gordon, 2004. *O povaze předsudků*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Prostor. ISBN 80-7260-125-3
6. BANDURA, Albert. (2006). The Stormy Decade: Fact or Fiction [online]. *Psychology in the Schools*, s. 224–231 [cit. 2023-04-21]. DOI: [10.1002/1520-6807\(196407\)1:3<224::AID-PITS2310010303>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1520-6807(196407)1:3<224::AID-PITS2310010303>3.0.CO;2-I)
7. BARNEKOW, Vivian a David RIVETT, 2000. The European Network of Health Promoting Schools – an alliance of health, education and democracy. *Health Education* [online]. **100**(2), s. 61-67 [cit. 2023-04-23]. ISSN 0965-4283. Dostupné z: doi:10.1108/09654280010312397
8. BARNEKOW, Vivian, 2006. *Health-promoting schools: a resource for developing indicators* [online]. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpgclclefindmkaj/https://healtheducationresources.un

esco.org/sites/default/files/resources/iiep_healthpromotingschoolsaresourcefordevelopingindicators.pdf

9. BARVÍKOVÁ et al., 2022. Metodika kariérového poradenství pro žáky se sluchovým postižením. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6116-8.
10. BOUCHALOVÁ, Hana, 2021. *LGBT+ a veřejné knihovny* [online]. Praha [cit. 2023-04-12]. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Hana Landová, Ph.D. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/148030/120398208.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
11. *Box-and-Whisker Plot Maker*, ©2015–2023. [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://goodcalculators.com/box-plot-maker/>
12. CAIRNS, Bernadette a Kirstie MCCLATCHEY, 2013. Comparing children's attitudes towards disability. *British Journal of Special Education* [online]. 40(3), s. 124-129 [cit. 2023-04-18]. ISSN 09523383. DOI: 10.1111/1467-8578.12033
13. CARPENTER, Christopher, Franklin, BOSTER a ANDREWS, Kyle, 2013. Functional attitude theory [online], s. 104–119 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://s3.amazonaws.com/arena-attachments/874289/055708a244025f06436e274abfcf8d79.pdf
14. ČADOVÁ, Eva et al., 2022. Metodika kariérového poradenství pro žáky s tělesným postižením a závažným onemocněním. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6118-2.
15. DOLEŽALOVÁ, Iva, 2022. Základní charakteristika cílové skupiny. In: BARVÍKOVÁ, Jana et al. *Metodika kariérového poradenství pro žáky se sluchovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 8–13. ISBN 978-80-244-6116-8.
16. EAGLY, Alice a Shelly, CHAIKEN, 1998. Attitude structure and function. In: GILBERT, Daniel, Susan FISKE, Gardner LINDZEY et al. *The handbook of social psychology* [online], s. 269–322 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=-4InWCsra7IC&oi=fnd&pg=PA269&dq=Attitude+structure+and+function+1998&oeq>

[ts=hbqAUPZlr5&sig=C0lIGB6G_zJZe543oGgmDhKESA0&redir_esc=y#v=onepage&q=Attitude%20structure%20and%20function%201998&f=false](https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=cs&q=Attitude%20structure%20and%20function%201998&f=false)

17. Evropská komise. *Osoby se zdravotním postižením*. [online]. [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=cs>
18. FELITTI, Vincent J, Robert, ANDA, Dále, NORDENBERG, David, WILLIAMSON, Alison, SPITZ, Valerie, EDWARDS, Mary, KOSS a James, MARKS, 1998. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. In: *American Journal of Preventive Medicine* [online]. **14**(4), s. 245-258 [cit. 2023-04-25]. ISSN 07493797. Dostupné z: doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
19. FISCHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří; SVOBODA, Zdeněk; ZILCHER, Ladislav, 2014. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7387-792-7.
20. GALO BARDES, Bruna, George, SMITH a John, LYNCH, 2006. Systematic Review of the Influence of Childhood Socioeconomic Circumstances on Risk for Cardiovascular Disease in Adulthood. *Annals of Epidemiology* [online]. **16**(2), s. 91-104 [cit. 2023-04-25]. ISSN 10472797. Dostupné z: doi:10.1016/j.annepidem.2005.06.053
21. HANKS, Jane a Lucien, HANKS, 1948. *The Physically Handicapped in Certain Non-Occidental Societies* [online]. [cit. 2023-04-21] DOI: 10.1111/j.1540-4560.1948.tb01514.x
22. HAVLÍNOVÁ, Miluše, Pavel, KOPŘIVA, Ivo, MAYER, Zdena, Vildová et al. 2006. Program podpory zdraví ve škole. 2., rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-059-3.
23. HAYESOVÁ, Nicky, 2013. *Základy sociální psychologie*. 7. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0534-0.
24. HENDL, Jan, 2015. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 5., rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.
25. HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE, 2006. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.

26. HRABOVSKÁ, Aneta. *Kontraproduktivní chování: psychometrické studie* [online]. Brno, 2015 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://is.muni.cz/th/wrqs3/DP.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Prof. Tomáš Urbánek, Ph.D.
27. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu* [online]. 2., aktual. vyd. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-04-08]. ISBN 978-80-271-9225-0. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://is.mvso.cz/el/mvso/zima2021/YMSID/250420/Metody_pedagogickeho_vyzkumu__1_.pdf
28. *im Reichsgau Sudetenland und Protektorat Böhmen und Mähren 1939-1945*. [online]. Praha [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.bohemia-online.de/index.php/bohemia/article/download/7480/11547/>
29. JEŘÁBKOVÁ, Kateřina, Rostislav, KRUŠINSKÝ a Eva MARTINKOVÁ, 2013. *Lidé se zdravotním postižením – historické aspekty*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3602-9.
30. KATZ, Daniel, 1960. The Functional Approach to the Study of Attitudes. *The Public Opinion Quarterly* [online]. 24(2), s. 163–204 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2746402>
31. KESSLER, Ronald, Katie, MCLAUGHLIN, Jennifer, GREEN et al., 2010. *British Journal of Psychiatry* [online]. 197(5) [cit. 2023-04-25]. ISSN 0007-1250. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.bp.110.080499
32. KLUCKHOHN, Clyde et al., 1951. *Values and Value-Orientations in the Theory of Action: An Exploration in Definition and Classification* [online]. s. 388-433 [cit. 2023-04-21]. DOI: <http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674863507.c8>
33. KOLLÁROVÁ, Ema. Tělesné postižení, nemoc a zdravotní oslabení, 2010. In: LECHTA, Viktor et al. *Základy inkluzivní pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 236–249. ISBN 978-80-7367-679-7.
34. KRHUTOVÁ, Lenka a Tomáš, SOCHOR, 2012. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Zpráva o výsledcích dotazníkového šetření [online]. Praha [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://nrzp.cz/wp-

content/uploads/2013/01/images_docs_PROGRESS_Vystupy_Vysledky-dotaznikoveho-setreni_3.pdf

35. KROUPOVÁ, Kateřina, 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8.
36. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-568-4.
37. LANGFORD, Rebecca et al., 2014. *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement (Review)*. [online]. [cit. 2023-04-04]. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
38. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
39. LANSFORD, Marek, 2021. *Postoje žáků základních škol k osobám se zdravotním postižením* [online]. Praha [cit. 2023-04-18]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PaedDr. Eva Marádová, CSc. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/150954/120395515.pdf?sequence=1.
40. LAPIERE, Richard, 1934. Attitudes vs. Actions. In: *Social Forces* [online]. **13**(2), s. 230-237 [cit. 2023-04-21]. ISSN 0037-7732. DOI: 10.2307/2570339
41. LAWS, Glynis a Elaine KELLY, 2005. The attitudes and friendship intentions of children in United Kingdom mainstream schools towards peers with physical or intellectual disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education* [online]. 52(2), s. 79-99 [cit. 2023-04-19]. ISSN 1034-912X. DOI: 10.1080/10349120500086298
42. LAWS, Glynis a Elaine KELLY, 2005. The attitudes and friendship intentions of children in United Kingdom mainstream schools towards peers with physical or intellectual disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education* [online]. 52(2), s. 79-99 [cit. 2023-04-19]. ISSN 1034-912X. DOI: 10.1080/10349120500086298
43. LECHTA, Viktor, 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.

44. MICHALÍK, Jan, Lenka, KRHUTOVÁ, Renata, MLČÁKOVÁ, Libor, NOVOSAD, Miloň POTMĚŠIL a Milan VALENTA, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
45. MINARČÍKOVÁ, Nikola a Marek PREISS, 2018. Sociální desirabilita a integrita zjišťována za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. In: *Psychologie a její kontexty* [online]. Ostrava [cit. 2023-04-18]. Filozofická Fakulta Ostravské Univerzity. ISSN 1805-9023. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://psychkont.osu.cz/fulltext/2018/2018_1_10_Minarikova-Preiss.pdf
46. MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize*. ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
47. MYERS G. David, 2016. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-087-4.
48. NAKONEČNÝ, Milan, 2022. *Sociální psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-842.-0.
49. NEJEDLÁ, Marie et al. *Program škola podporující zdraví*. [online]. 1. vyd. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2015, [cit. 2023-04-03]. ISBN 978-80-7422-406-5. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/02/Skola_podporujici_zdravi.pdf
50. NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
51. PANČOCHA, Karel, 2013. *Postižení jako anxiologická kategorie sociální participace*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6344-0.
52. PANČOCHA, Karel, Lenka, SLEPIČKOVÁ a Helena VAĐUROVÁ, 2014. Mentální postižení – sociologická perspektiva. In: PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie, VÍTKOVÁ et al. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. Brno: Masarykova univerzita, s. 13–21. ISBN 978-80-210-7689-1.

53. PASTIERIKOVÁ, Lucia, 2013. Poruchy autistického spektra. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3732-3.
54. PETTIGREW, Thomas a Linda TROPP, 2006. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. **90**(5), s. 751-783 [cit. 2023-04-21]. ISSN 1939-1315. DOI: 10.1037/0022-3514.90.5.751
55. PETTIGREW, Thomas a Linda TROPP, 2008. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology* [online]. **38**(6), 922-934 [cit. 2023-04-21]. ISSN 00462772. DOI: 10.1002/ejsp.504
56. PROCHÁZKOVÁ, Lucie, 2019. *Postoje k lidem s postižením v pracovním kontextu ve vztahu ke zkušenosti s nimi* [online]. s. 57-68 [cit. 2023-04-18]. ISSN 1805-8825. DOI: <https://doi.org/10.7441/soced.2019.07.02.04>
57. PRŮCHA, Jan, Eliška, WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktual. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
58. PRŮCHA, Jan, Eliška, WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktual. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
59. PŘÍHODOVÁ, Tereza a Marek PREISS, 2020. The theory of planned behavior and its applicability in research. *Psychologie a její kontexty* [online]. **10**(1) [cit. 2023-04-21]. ISSN 18039278. DOI: 10.15452/PsyX.2019.10.0003
60. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana, KVITOVÁ, 2016. Přehled poruch psychického vývoje. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.
61. Schools for health in Europe, ©2014–2023. *SHE values: Concepts*. [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.schoolsforhealth.org/concepts/she-values>
62. SHEER, J a N GROCE, 1998. Impairment as a Human Constant: Cross-Cultural and Historical Perspectives on Variation. In: *Journal of Social Issues* [online]. **44**(1), s. 23–37 [cit. 2023-04-21]. DOI: [10.1111/j.1540-4560.1988.tb02046.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02046.x)
63. SLOWÍK, Josef, 2022. *Inkluzivní speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3010-8.
64. Social Science Statistics: *Statistics Calculators* [online]. [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.socscistatistics.com/tests/>
65. STANGOR, Charles, 2009. The Study of Stereotyping, Prejudice and Discrimination Within Social Psychology: A Quick History of Theory and Research

- [online]. In: NELSON, Todd, et al. *Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination*: New York: Taylor & Francis Group [cit. 2023-04-22]. ISBN 978-0-8058-5952-2. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://emilkirkegaard.dk/en/wp-content/uploads/Todd_D._Nelson_Handbook_of_Prejudice_StereotypiBookos.org_.pdf
66. Státní zdravotní ústav, nedatováno. *Centrum podpory veřejného zdraví. Škola podporující zdraví* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://szu.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/skola-podporujici-zdravi/>
 67. ŠIMŮNEK, Michal a Dietmar, SCHULZE, 2008. *Die nationalsozialistische „Euthanasie“*
 68. THOROVÁ, Kateřina, 2016. Poruchy autistického spektra. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
 69. TITZL, Boris, 1998. *Postižený člověk ve společnosti: hledání počátků*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 80-86039-30-7
 70. VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ, 2021. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.
 71. VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
 72. VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH, 2004. *Psychologie handicapu*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.
 73. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK, Martin, LEČBYCH et al., 2018. *Mentální postižení*. 2., přeprac. a aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
 74. VAŠEK, Štefan, 2005. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského. ISBN 80-86723-13-5.
 75. VÝROST, Jozef, Ivan, SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, 2019. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5775-9.
 76. Well-Being Concepts. *Centers for disease control and prevention* [online]. [cit. 2023-04-25].

77. World health organization, © 2023a. *Constitution*. [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
78. World health organization, © 2023b. *Health promoting schools*. Health topics. [online]. [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1
79. ZILCHER, Ladislav, 2017. *Vliv proinkluzivního edukačního prostředí na postoje žáků vůči lidem se znevýhodněním* [online]. Praha [cit. 2023-04-08]. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/2269/150036018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
80. ZILCHER, Ladislav, Vlastimil CHYTRÝ a Barbora LANKOVÁ, 2019. Vliv didaktických kompetencí učitele na postoje žáků vůči lidem s postižením. *Online Journal of Primary and Preschool Education* [online]. 3(1), s. 37-45 [cit. 2023-04-18]. ISSN 2533-7106. DOI: 10.21062/ujep/330.2019/a/2533-7106/OJPPE/2019/3/3

Přílohy

Příloha č. I. – seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1: Hodnoty evropské sítě SHE (Schools for health in Europe, ©2014–2023; Státní zdravotní ústav, nedatováno)	36
Tabulka 2: Pilíře evropské sítě SHE (Schools for health in Europe, ©2014–2023; Státní zdravotní ústav, nedatováno)	36
Tabulka 3: Deskripce respondentů dle pohlaví a třídy. (vytvořeno autorem práce)	46
Tabulka 4: Deskriptivní analýza výsledných hodnot vlivu ročníku na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k lidem s postižením. (vytvořeno autorem práce)	47
Tabulka 5: Deskriptivní analýza výsledných hodnot vlivu sociální blízkosti k lidem s postižením u žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ na jejich postoje vůči lidem s postižením. (vytvořeno autorem práce)	49
Graf 1: Krabicový graf výsledných hodnot vlivu ročníku na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k lidem s postižením. (Box-and-Whisker Plot Maker, ©2015–2023, vytvořeno autorem práce)	47
Graf 2: Krabicový graf výsledných hodnot vlivu sociální blízkosti žáků k lidem s postižením ročníku na postoje žáků 4. a 5. tříd základních škol s certifikátem „Zdravá škola“ k lidem s postižením. (Box-and-Whisker Plot Maker, ©2015–2023, vytvořeno autorem práce)	49
Obrázek 1: ukázka nástroje na měření postojů žáků	44

Příloha č. II. – dotazník pro žáky

Ahoj, nyní Ti pustíme 3 videa. Na dvou videích budou záběry dětí a na jednom videu paní učitelka. Po zhlédnutí každého videa odpověz na 6 otázek. Nikam se nemusíš podepisovat, Tvé jméno nebudeme potřebovat, jen Tě poprosíme, abys odpověděl(a) pravdivě. Nikde neexistuje správná odpověď, zajímá nás právě to, co si myslíš. Moc Ti děkujeme a přejeme hezký den.

Úvodní otázka č. 1

Podle čeho Ty osobně poznáš postiženého člověka? Popiš právě pět znaků.

Úvodní otázka č. 2

Znáš někoho, kdo má nějaké postižení?

Zakroužkuj jednu z možností.

Nikdy jsem žádného člověka s postižením neviděl	Někde jsem již takového člověka viděl/a	Už jsem s takovým člověkem mluvil/a	Setkávám se s takovými lidmi pravidelně	Mám příbuzného nebo kamaráda s postižením.
---	---	-------------------------------------	---	--

Úvodní otázka č. 3

Zaškrtni jednu z možností

Jsem chlapec	Jsem dívka
--------------	------------

Nahrávka č. 1

Otázka č. 1

Jak moc je Ti žák na nahrávce podobný?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Otázka č. 2

Jak moc bys chtěl/a být kamarád/ka tohoto žáka?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Otázka č. 3

Jak moc bys chtěl/a být s takovýmto žákem ve třídě?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Otázka č. 4

Na kolik si myslíš, že by se líbilo Tvému učiteli, kdyby měl takového žáka ve vaší třídě?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Otázka č. 5

Jak si myslíš, že bys mohl/a tomuto žákovi nejvíce pomoci? A: Pomáhat mu s věcmi

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

B: Pomáhat mu s učením

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

C: Být jeho kamarád/ka

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

D: Nevím, nechtěl/a bych mu pomáhat

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Otázka č. 6

Jaké by to bylo, mít takového žáka ve třídě? A: Normální, nic by se nezměnilo.

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

B: Lepší, protože bych mu mohl/a pomáhat.

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

C: Horší, nelíbilo by se mi to.

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Nahrávka č. 2

Otázka č. 1

Jak moc je Ti žák na nahrávce podobný?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Otázka č. 2

Jak moc bys chtěl/a být kamarád/ka tohoto žáka?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Otázka č. 3

Jak moc bys chtěl/a být s takovýmto žákem ve třídě?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Otázka č. 4

Na kolik si myslíš, že by se líbilo Tvému učiteli, kdyby měl takového žáka ve vaší třídě?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Otázka č. 5

Jak si myslíš, že bys mohl/a tomuto žákovi nejvíce pomoci? A: Pomáhat mu s věcmi

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

B: Pomáhat mu s učením

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

C: Být jeho kamarád/ka

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

D: Nechtěl/a bych mu pomáhat

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Otázka č. 6

Jaké by to bylo, mít takového žáka ve třídě? A: Normální, nic by se nezměnilo.

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

B: Lepší, protože bych mu mohl/a pomáhat.

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

C: Horší, protože by na nás učitel/ka neměl/a tolik času.

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1 2 3 4 5 6

Nahrávka č. 3 - Paní učitelka

Otázka č. 1

Jak moc si myslíš, že je učitelka na nahrávce od Tvého učitele odlišná?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Otázka č. 2

Jak moc bys chtěl mít takovou učitelku?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Otázka č. 3

Myslíš si, že by Tě naučila stejně tato učitelka, jako Tvůj (Tvá) třídní?

Zakroužkuj jednu z možností. 1 je nejvíce a 6 je nejméně

1

2

3

4

5

6

Úvodní
otázka č. 4

Zkus napsat, v čem by to bylo jiné, kdybys měl/a takového pana učitele, jako v nahrávce: