MASARYKOVA UNIVERZITA

Pedagogická fakulta

Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky

Postoje rodičů intaktních žáků ke společnému vzdělávání s žáky se zdravotním postižením

Diplomová práce

BRNO 2019

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.

Vypracovala:
Mgr. Lucie Slouková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Brně dne 20. 3. 2019

… … … … … … … … … …

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Mgr. Iloně Fialové, Ph.D. za metodické vedení mé diplomové práce a za poskytnutí odborných a cenných rad a připomínek.

Mé poděkování patří také všem respondentům, kteří se aktivně podíleli na vyplnění dotazníků, který je důležitou součástí výzkumného šetření této práce.

Obsah

Úvod *5*

1 Legislativní vymezení řešené problematiky *6*

1.1 Legislativní východiska vzdělávání 6

1.2 Systém vzdělávání jedinců se zdravotním postižením v České republice 9

1.3 Systém vzdělávání jedinců se zdravotním postižením v zahraničí 12

1.4 Poradenské služby v základním školství 15

2 Inkluze a integrace *19*

2.1 Vymezení pojmů inkluze a integrace 19

2.2 Podmínky inkluzivního vzdělávání v České republice 22

2.3 Role asistenta pedagoga 24

2.4 Význam rodiny a neziskových organizací v procesu inkluze 27

3 Žáci se zdravotním postižením *32*

3.1 Definice a vymezení pojmu jedinec se zdravotním postižením 32

3.2 Klasifikace zdravotního postižení 34

3.3 Osobnost žáka se zdravotním postižením 39

3.4 Ucelená (koordinovaná) rehabilitace 42

4 Názory rodičů intaktních žáků na společné vzdělávání s žáky se zdravotním postižením *46*

4.1 Hlavní cíl výzkumného šetření, hypotézy, metodologie 46

4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného souboru 48

4.3 Interpretace výzkumného šetření 49

4.4 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi 73

Závěr *77*

Shrnutí 78

Summary 78

Seznam použité literatury a zdrojů 80

Seznam tabulek a grafů 90

Seznam příloh 92

Úvod

Předložená diplomová práce se zabývá postoji rodičů intaktních žáků ke společnému vzdělávání s žáky se zdravotním postižením v inkluzivním prostředí základní školy.

Integrace a inkluze jsou v dnešní době hojně skloňovanými termíny, ovšem ne každý významu těchto pojmů správně rozumí. I samotní odborníci občas nemají dostatek informací, jak má inkluze v praxi probíhat, a tak mnohdy ani nemohou poskytnout odpovědi na otázky rodičů, laiků. Inkluze neboli začleňování žáků se zdravotním postižením do škol hlavního vzdělávacího proudu je stále nedořešenou věcí, která s sebou kromě mnoha pozitiv přináší i mnoho negativ, problémů a úskalí. Nedostatek financí, personální nezajištěnost, odborná nepřipravenost učitelů a celého školského systému jsou považovány za body, ve kterých inkluze jako taková selhává. Ovšem ne všichni vidí inkluzi jako zcela špatný nápad, lze na ni totiž pohlížet ze dvou úhlů pohledu. V této práci jsem se zaměřila právě na pohled rodiče intaktního dítěte, které dochází do třídy, kde je inkludován i žák se speciálními vzdělávacími potřebami.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část tvoří tři kapitoly. Úvodní stránky práce jsou zaměřeny na legislativní východiska vzdělávání včetně poradenských služeb a dále na systém vzdělávání jedinců se zdravotním postižením nejen v České republice, ale i v zahraničí. Druhá kapitola se podrobněji věnuje vymezení pojmů integrace a inkluze, podmínkám inkluzivního vzdělávání, které mimo jiné zahrnují i pro inkluzi velmi důležitého asistenta pedagoga a tato kapitola se věnuje také významu rodiny a neziskových organizací v procesu inkluze. Třetí kapitola se zabývá zdravotním postižením jako takovým. V této kapitole najdeme definici zdravotního postižení, jeho klasifikaci, a je zde také popsána osobnost jedince se zdravotním postižením. Ucelená neboli koordinovaná rehabilitace nám uzavírá celou teoretickou část diplomové práce.

Čtvrtá kapitola je částí empirickou. Výzkumné šetření bylo prováděno za účelem analýzy postojů rodičů intaktních žáků ke společnému vzdělávání s žáky se zdravotním postižením. Pro sběr dat bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření, které probíhalo prostřednictvím dotazníkového šetření. V této kapitole jsou kromě hlavního cíle výzkumného šetření, vymezeny také cíl parciální, dále hypotézy, metodologie výzkumu, charakteristika výzkumné vzorku a v samotném závěru pak najdeme interpretaci výzkumného šetření včetně závěrů a doporučení pro pedagogickou praxi.

1 Legislativní vymezení řešené problematiky

1.1 Legislativní východiska vzdělávání

Klíčovým zákonem každého demokratického státu včetně České republiky je tzv. ústavní zákon považovaný za nejvyšší předpis právní síly, který mění či doplňuje ústavu. Svým článkem č. 33 je součástí ústavy České republiky i *Listina základních práv a svobod*, která mimo jiné definuje i to, že jedním ze základních práv dítěte je právo na vzdělání a každý stát by měl mít legislativu uzpůsobenou tak, aby toto právo každému jedinci umožňovala (ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.). Mimo Listiny základních práv a svobod je právo na vzdělání deklarováno také v *Úmluvě o právech dítěte*, která byla přijata Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 20. listopadu 1989 a v České republice pak vešla v platnost roku 1990. Jedním z důležitých článků této listiny, je článek č. 28, který vymezuje právo na povinné a bezplatné vzdělávání pro všechny bez ohledu na specifické potřeby žáků. Otázkou vzdělávacího práva se zabývá také *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* a *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod,* kterou přijala Rada Evropy (srov. Juríčková, Ivanová, Filka, 2014; Malíř, Doležal, 2016).

Národní program rozvoje a vzdělávání v České republice (tzv. *Bílá kniha*) byla vydána Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) v roce 2001.V tomto dokumentu se mimo jiné uvádí nutnost tvorby inkluzivního prostředí pro podporu integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen SVP). S tvorbou takového prostředí mimo jiné souvisí vedení pedagogických pracovníků proinkluzivním směrem, nutnost zvýšení kvalifikace učitelů v tomto ohledu, poukazuje také na nutnou přítomnost dalších pedagogických pracovníků ve třídě, a to od asistentů pedagoga, přes výchovné poradce a školních metodiků prevence až po školní speciální pedagogy (Národní program rozvoje vzdělávání v ČR, 2001, s. 54).

V roce 2014 byla schválena a přijata *Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020* a tím pozbyla svoji platnost Bílá kniha. Tento dokument se zabývá neustálým zkvalitňováním výuky, efektivním řízením vzdělávacího procesu a snižováním nerovností ve výuce. Poslední bod se vztahuje především k jedincům s SVP, kterým se snaží poskytnout co nejvyšší možnou míru rozvoje. Toho se snaží dosáhnout především prostřednictvím vhodně vytvořených vzdělávacích podmínek

s využitím speciálních metod při práci. V návaznosti na výše uvedený dokument byl v roce 2015 vytvořen *Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky na období 2015-2020*, který s výše zmíněnými principy pracuje a dále je rozpracovává (MŠMT, 2018 [online]). Dlouhodobý záměr je vypracován v souladu se školským zákonem *č. 82/2015 Sb.,* kterým se mění *zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. školský zákon)* ve znění pozdějších předpisů. Školský zákon vešel v platnost roku 2004 a jako takový stanovuje veškerá práva a povinnosti nejen dětí, ale také jejich zákonných zástupců a právnických osob při výchově a vzdělávání. Tento dokument se zabývá i působností orgánů, které ve školství vykonávají státní správu a samosprávu a taktéž odkazuje na důležité kurikulární dokumenty, na jejichž základě se uskutečňuje daná etapa vzdělávání.

Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – **státní** a **školní**. Mezi kurikulární dokumenty na státní úrovni patří **Národní program vzdělávání**, který definuje vzdělávání jako komplex a **rámcové vzdělávací programy**, které vymezují koncepci, cíle a povinné vzdělávací obsahy pro jednotlivé úseky vzdělávání – pro předškolní, základní, střední, základní umělecké, jazykové a vyšší odborné vzdělávání. **Školní vzdělávací programy** si vytváří každá škola zvlášť a jsou považovány za školní úroveň kurikulárních dokumentů. Na jejich základě pak probíhá organizace výuky na dané škole (Valenta, 2015).

Školský zákon prochází již řadu let množstvím novelizací, které se mimo jiné zabývají také otázkou vzdělávání žáků s SVP, popř. vzděláváním žáků nadaných. V důsledku těchto potřebných změn byl ve školském zákoně v roce 2015 pozměněn i §16, který se zabývá právě otázkou vzdělávání žáků s SVP. Za tohoto žáka se s účinností od 1. 9. 2016 považuje žák, který ke svému plnohodnotnému vzdělávání potřebuje zajištění určitých podpůrných opatření, která jsou dle novelizace rozčleněna do 5-ti stupňů. *„Podpůrná opatření prvního stupně uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení školského poradenského zařízení. Podpůrná opatření druhého až pátého stupně lze uplatnit pouze s doporučením školského poradenského zařízení“* (zákon č. 82/2015 Sb., §16, odst. 4). Nutné je podotknout, že pro uplatnění podpůrných opatření druhého až pátého stupně je nezbytný informovaný souhlas rodičů, popř. zákonného zástupce či zletilého žáka. Typ, stupeň a individuální potřeby žáka určují zařazení daného jedince do stupně podpůrných opatření (UPOL, 2018 [online]).

Nedílnou součástí vzdělávání výše uvedených žáků je *vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných* ve znění pozdějších předpisů. V této vyhlášce je definováno, kdo jsou to žáci s SVP, a že každý takový žák má právo při vzdělávání na využití různých didaktických pomůcek a speciálních metod, které odpovídají možnostem a potřebám daného jedince. Mimo jiné jsou zde vymezena také podpůrná opatření a postup při jejich poskytování, individuální vzdělávací plán, působnost asistenta pedagoga a je zde stanoven také způsob organizace vzdělávání žáků s SVP, popř. žáků nadaných.

Druhou, neméně podstatnou vyhláškou, související se vzděláváním žáků s SVP, je vyhláška č. *197/2016 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních,* kterou se mění vyhláška *č. 72/2005 Sb*. Poradenské služby můžeme rozdělit, jak již název vyhlášky napovídá, na školní a školská poradenská pracoviště. Na úrovni školní vykonává poradenskou činnost školní metodik prevence a výchovný poradce, kteří působí povinně na všech školách napříč republikou. Škola může zřídit také pozici speciálního pedagoga a školního psychologa, jejichž působnost na školách povinná naopak není. Nejen inkludovaným dětem jsou pak odborné poradenské služby poskytovány v pedagogicko-psychologických poradnách nebo ve speciálně-pedagogických centrech, kde působí psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Poradenská zařízení se zabývají mimo jiné řešením výukových a výchovných problémů žáků, prevencí vzniku sociálně patologických jevů, vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů integrace žáků se zdravotním postižením a žáků nadaných, jejich diagnostikou, ale poskytují také poradenskou pomoc při pozdější volbě povolání (srov. Knotová, 2014; Slowík, 2016)

Na školský zákon mimo výše uvedené vyhlášky nepřímo navazuje také vyhláška *č. 48/2005 Sb.* v novele *č. 256/2012 Sb. o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky*. Hlavním obsahem tohoto dokumentu jsou otázky týkající se organizace základního vzdělávání, počtu žáků ve třídách, poskytování učebnic, základních učebních textů a pomůcek či řešení otázek celkového hodnocení žáků.

1.2 Systém vzdělávání jedinců se zdravotním postižením v České republice

Vzdělávání žáků v České republice může začínat již ve třech letech věku dítěte docházkou do mateřské školy. V mateřské škole se zpravidla vzdělávají děti od 3–5 let. Vzdělávání v této instituci není povinné. Výjimku však tvoří poslední rok před odchodem dítěte do základní školy, který od září roku 2017 povinný je (zákon č. 178/2016 Sb. [online]). Předškolní vzdělávání připravuje dítě na přechod do základní školy, a to jak po stránce psychické, tak částečně i fyzické (vyhláška č. 151/2018 Sb. [online]).

V roce 1995 vešla v platnost devítiletá povinná školní docházka. Žák povinnou školní docházku plní v běžných základních školách ve dvou na sebe navazujících stupních – **první stupeň:** 1. - 5. třída a **druhý stupeň:** 6. – 9. třída, přičemž většina základních škol sdružuje oba dva stupně. Plnění povinné školní docházky obvykle začíná v šesti letech. Současná legislativa však umožňuje odklad školní docházky o jeden, max. dva roky, a to pouze v případě, že tuto skutečnost doporučí lékař, pedagogicko-psychologická poradna, popř. speciálně-pedagogické centrum či klinický psycholog a ředitel tuto žádost schválí. Do školy však musí dítě nastoupit nejpozději ve školním roce, v němž dovrší 8 let věku (zákon č. 561/2004 Sb. §37 [online]). K 1.9.2016 byl zrušena příloha Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV LMP). Od školního roku 2016/2017 tedy probíhá vzdělávání na základních školách podle novelizovaného Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV), který vymezuje obsah, prostředky a cíle vzdělávání. Na RVP ZV navazuje a přímo z něj vychází Školní vzdělávací program (ŠVP), který si každá škola vypracovává sama, a na jehož základě probíhá vzdělávání v dané škole (Valenta, 2015).

Absolvováním základní školy získává žák stupeň základního vzdělání. Dle školského zákona (č. 561/2004 Sb. §45 [online]) lze stupeň základního vzdělání získat: *„úspěšným ukončením vzdělávacího programu základního vzdělávání v základní škole, na nižším stupni šestiletého nebo osmiletého gymnázia nebo v odpovídající části osmiletého vzdělávacího programu konzervatoře. Stupeň základního vzdělání se získá po splnění povinné školní docházky rovněž úspěšným ukončením kursu pro získání základního vzdělání uskutečňovaného v základní nebo střední škole.“* Z citace vyplývá, že celý druhý stupeň základního vzdělávání, popř. jeho část lze studovat i na víceletých

gymnáziích. Gymnázia jsou také jediné vzdělávací instituce, které v České republice zajišťují prostupnost druhého stupně základní školy se sekundárním vzděláváním.

Sekundární vzdělávání pro žáky a studenty již povinné není, ale dle odborných studií se ho účastní přes 95 % populace. Studenti si mohou vybírat mezi několika institucemi, kterými jsou gymnázia, konzervatoře, střední odborné školy, popř. odborná učiliště. Vyjma vzdělávání na odborném učilišti trvá vzdělávání na výše uvedených institucích čtyři roky a je ukončeno maturitní zkouškou. Absolventi středního odborného učiliště mají také možnost maturitní zkoušku získat, avšak po absolvování odpovídajícího nástavbového studia.

Vyšší odborné školy a vysoké školy představují v České republice tzv. terciární stupeň vzdělávání a možnost studia na těchto školách je omezena pouze pro úspěšné absolventy středních škol s maturitní zkouškou. Mimo jiné jsou nabízeny také různé postsekundární programy středních škol určených k rozšíření kvalifikace (MŠMT, 2018 [online]).

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Vzdělávání žáků s SVP prochází celou řadu let výraznými změnami. Jedna z nejvýraznějších změn proběhla v roce 2015 a přinesla ji novelizace školského zákona č. 82/2015 Sb., především změna §16. Do této doby byli žáci s SVP vzděláváni především v základních školách praktických, respektive v základních školách speciálních, popř. integrováni do základních škol hlavního vzdělávacího proudu. Integrace je přitom chápána jako *„vzdělávání postižených jedinců společně s jejich nepostiženými vrstevníky, zařazování žáků s různými druhy zdravotního postižení do „hlavního proudu vzdělávání“, to znamená do běžných škol, případně i do běžných tříd, v nichž se vzdělávají žáci bez postižení“* (Švarcová-Slabinová, 2006, s. 132).

Současná legislativa tedy od této novelizace usiluje především o inkluzi žáků s SVP do běžných základních škol. Pojmy integrace a inkluze jsou často zaměňovány. Lechta (2010) uvádí srovnání těchto pojmů, které chápe ve trojím pojetí. První pojetí chápe inkluzi identicky jako integraci, druhý přístup popisuje inkluzi jako vylepšenou formu integrace a třetí pak chápe inkluzi jako nový přístup k dětem s postižením, který je však odlišný od integrace. Inkluze je tedy chápána především jako prostor pro to, aby škola vytvořila ve třídě takovou atmosféru, která vychází z odlišností, které oceňuje a vítá. Inkluze není považována za pouhopouhé zařazení žáka do běžné školy, ale měli bychom ji chápat jako důležitý proces, který využívá podpůrných opatření a tím umožní

žákovi vzdělávat se v přirozeném prostředí školy, rodiny, ale také vrstevnického kolektivu. Jedná se tedy o proces, kdy se škola podřizuje žákovi (srov. Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Bartoňová, Vítková, 2007; Černá, 2008; Švarcová – Slabinová, 2006; Valenta, 2012).

Pakliže má dojít k inkluzi žáka do běžné základní školy, musí školské poradenské pracoviště vytvořit pro daného žáka plán pedagogické podpory nebo individuální vzdělávací plán (dále jen IVP). Každý takový plán musí obsahovat doporučení pro aplikaci určitého stupně podpůrných opatření. Ne všechna opatření však musí vést k naplňování potřeb daného žáka. Pokud dané poradenské zařízení dojde k závěru, že by se tento scénář mohl naskytnout, doporučí danému jedinci vzdělávání ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené dle §16 odst. 9 školského zákona. Výběr typu vzdělávací instituce je vždy však zcela na rodičích, popř. zákonných zástupcích daného žáka. Školská poradenská zařízení dávají pouze doporučení (vyhláška č. 27/2016 Sb. [online]).

Aby docházelo v rámci inkluze k maximálnímu rozvoji všech složek žákovi osobnosti, vypracovává se každému žákovi s 2. a vyšším stupněm podpůrného opatření IVP. Ten je vypracován na dva roky studia. Pokud se však jedná o první vypracování tohoto plánu, musí dojít po jednom roce od uvedení do praxe ke kontrole. Na vypracování IVP se podílí ředitel školy, třídní učitel spolu s učiteli odborných předmětů, zákonný zástupce, popř. výchovný poradce. IVP zohledňuje specifické vzdělávací potřeby daného dítěte. Vychází z dosažené vývojové úrovně jedince a umožňuje mu tak pracovat na základě jeho individuálních schopností a tempa.

V inkluzi jako takové hrají také velice důležitou roli asistenti pedagoga. Ti jsou chápáni jako jedna z možností podpůrných opatření, které mají umožnit žákům dosáhnout kvalitnějšího vzdělání. Pozice asistenta pedagoga vzniká na základě doporučení školského poradenského zařízení, jeho funkci však zřizuje ředitel dané školy. Činnost asistenta pedagoga vychází především z metodického doporučení školských poradenských zařízení. Asistent pedagoga nepomáhá pouze žákům při výuce a přizpůsobování se školnímu prostředí, ale je zřízen také pro pedagogické pracovníky, kterým má být nápomocný při výchovně–vzdělávací činnosti žáků s SVP (Teplá, Šmejkalová, 2010).

1.3 Systém vzdělávání jedinců se zdravotním postižením v zahraničí

Jedinci s SVP jsou v anglicky mluvících zemích označováni termínem *Pupil with special educational needs*, v němčině se pak setkáváme s označením *Kinder mit sonderpädagogischer Förderbedarf*. Někteří zahraniční autoři také často zaměňují pojmy speciální a specifické vzdělávací potřeby. Je nutné podotknout, že označení specifické potřeby se používá především ve spojitosti s žáky se specifickými poruchami učení.

Stejně tak jako v České republice, tak i ve většině ostatních států Evropské unie se usiluje o integraci žáků s SVP do škol hlavního vzdělávacího proudu (do tzv. mainstreams school). Významným mezníkem pro tuto skutečnost je rok 1948, kdy byla vydána *Všeobecná deklarace lidských práv*, díky které docházelo ke kladnému přijímání osob s postižením do intaktní společnosti (Opatřilová, 2009).

Rok 2003 byl vyhlášen Radou Evropské unie jako *Evropský rok osob se zdravotním postižením (European Year of People with Disabilities).* Výběr roku 2003 nebyl náhodný, ale vycházel a úzce navazoval na *Madridskou deklaraci*, která byla přijata v březnu roku 2002. Hlavní vizí této deklarace totiž bylo, zamezit vylučování osob se zdravotním postižením ze společnosti a v návaznosti na výše uvedené změnit přístupy společnosti k jedincům s postižením. Z této vize Rada Evropy v roce 2003 vycházela a usilovala i o rozšíření obzorů společnosti, co se práv a možností vzdělávání jedinců s postižením týče (NRZP, 2018 [online]).

V roce 2010 započala Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání spolu s organizací UNESCO projekt s názvem *Inkluzivní vzdělávání v akci (Inclusive Education in Action).* Hlavní myšlenkou výše jmenovaného projektu bylo zavádění inkluze, a to nejen v Evropě, ale v celém světě (European Agency for Development in Special Needs Education, 2010 [online]).

Inkluzivní vzdělávání je společnou myšlenkou celé Evropy, ovšem každá země k tomuto vzdělávání přistupuje rozličným způsobem. Ne všechny země Evropské unie se ztotožňují s inkluzí osob s postižením do běžné společnosti a do běžného školství, proto není ani přístup ke společnému vzdělávání na stejné úrovni (Bartoňová, Vítková a kol. 2013).

Integraci v Evropě však můžeme jednoduše rozdělit do dvou základních skupin, kdy může probíhat:

- *formou individuálního začlenění žáka do běžné třídy* – tato forma integrace je typická např. pro Německo, kde se v rámci integrace využívá i určité formy podpory a pomocných služeb, např. druhého učitele
- *integrací do speciálních tříd, které jsou zřízeny pro žáky s SVP*

Evropské země můžeme dle jejich postoje k inkluzi v praxi rozdělit do tří základních skupin. Toto členění vychází z výzkumu *Evropské agentury pro rozvoj speciálního školství (Special Education across Europe).* Do první kategorie spadá Island, Itálie, Kypr, Norsko, Portugalsko, Řecko, Španělsko a Švédsko. Tyto zemně usilují o integraci, respektive inkluzi všech žáků do škol hlavního vzdělávacího proudu. Podpora žákům je poskytována pomocí různých služeb přímo na školách. Politika těchto států bývá rozvíjena k těmto účelům. Do druhé kategorie spadá mimo Českou republiku i Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Irsko, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Nizozemsko, Německo, Polsko, Rakousko, Slovensko, Slovinsko a Velká Británie. Ve výše uvedených zemích můžeme najít oba dva koncepty forem integrace, kterým je navíc poskytována celá řada doplňkových služeb (poradenské služby apod.) Do poslední kategorie spadá Belgie a Švýcarsko. Pro tyto země je typické, že žáci s SVP jsou vzdělávání v systému speciálního školství a nejsou tak integrování do škol hlavního vzdělávacího proudu. Dané státy mají legislativně vymezeny dva vzdělávací systémy s odděleným legislativním rámcem (srov. Bartoňová, Vítková a kol. 2016; Bazalová, 2006; Meijer, Soriano & Watkins, 2003).

Jelikož se v celé Evropské unii setkáváme s mnoha modely a pojetími týkající se vzdělávání žáků s SVP, zaměřme se blíže na koncepty vzdělávání těchto žáků u našich sousedů.

Velmi podobný koncept vzdělávání žáků s SVP jako Česká republika, má *Slovensko.* Na Slovensku jsou tito žáci začleňováni formou individuální integrace do škol hlavního vzdělávacího proudu nebo jsou odděleni od ostatních a zařazení do speciálních programů zaměřených na jejich vzdělávání. Z toho důvodu bývá slovenské vzdělávání žáků s SVP často označováno jako selektivní. Vzdělávání prostřednictvím těchto forem integrace je financováno ze státního rozpočtu.

Nejsložitější je asi situace v *Německu*, neboť je tvořeno 16 spolkovými zeměmi a každá z těchto zemí má ke vzdělávání žáků s SVP, byť jen minimálně, odlišný přístup. Komplexně lze však říci, že jsou studenti s SVP obvykle vzděláváni ve školách hlavního vzdělávacího proudu s individuální podporou. Nejsou-li však žáci pro svoje zdravotní postižení schopni zvládat vzdělávání v běžných školách, stanoví sama škola

individuální podporu daného žáka, její průběh, ale také místo, kde mu daná podpora bude poskytována. Žáci s SVP se tak v Německu mohou vzdělávat v jedné z následujících šesti forem speciálního vzdělávání, a sice: v běžné škole, v běžné škole s heterogenními skupinami, formou speciálně pedagogické podpory ve formě kooperace mezi běžnými školami a školami speciálními, formou speciálně pedagogické podpory prostřednictvím preventivních opatření, formou speciálně pedagogické podpory v rámci společných lekcí nebo formou speciálně pedagogické podpory ve speciálních školách. Z výše uvedeného je patrné, že pokud je to alespoň trochu možné, vzdělávají se jedinci s SVP ve školách hlavního vzdělávacího proudu a jejich podpora pak probíhá v rámci těchto škol formou individuální pomoci. Pro Německo je také typické, že zde vznikají tzv. sonderpädagogische Fördenzentren (speciální centra pro jedince s postižením), která poskytují pomoc nejen žákům s SVP, ale také jejich rodičům a zákonným zástupcům. Tato centra se zaměřují na poradenství, rehabilitaci, fyzioterapii, reedukaci, řečovou výchovu apod. Financování speciálních škol je stejné jako financování škol běžných (srov. Zpráva o úpravách speciálních vzdělávacích potřeb v jednotlivých evropských zemích, 2018 [online]); Bazalová, 2006).

Stejně tak jako v Německu, mohou i žáci s SVP v *Rakousku* navštěvovat buď speciální školy nebo mohou být pomocí inkluzivních programů začleňováni do běžných škol. Inkluzivní programy představují určitou formu asistence, pomoci či podpory, kam spadá například vzdělávání dle individuálních vzdělávacích plánů, přidělení speciálního pedagoga, využití speciálních pomůcek nebo speciálního nábytku apod. Rakousko se řadí k tzv. prointegračním zemím, čímž rozumíme vzdělávací politiku, která usiluje o to, aby byla většina žáků s SVP vzdělávána v běžných školách. Stejně tak jako v Německu, jsou i v Rakousku zřízena tzv. sonderpädegogische Zentren (speciálně pedagogická centra), která pomáhají žákům s SVP při začleňování do běžného vzdělávacího proudu (Komparativní analýza proinkluzivní školské legislativy – Finsko, Rakousko a ČR, 2018 [online]).

V *Polsku* se žáci s SVP mohou vzdělávat hned v několika institucích, a sice: v běžných školách, kde se v rámci výuky dostává žákům s SVP několika forem podpory jako např. socioterapie, logopedie, psychologická terapie, semináře, školení apod. Při vzdělávání žáků s SVP v běžných školách, jsou učitelé povinni přizpůsobit látku každému studentovi individuálně včetně použití vhodných pomůcek a materiálů. Další možností je vzdělávání v integračních třídách běžných škol, kde na třídu s cca 15-20 žáky připadá 3-5 žáků s SVP. Výuka v těchto třídách probíhá vždy za účasti dalšího

pedagoga, který má kvalifikaci pro speciální vzdělávání. Eventuální možností pro vzdělávání žáků s SVP v Polsku jsou speciální třídy v běžných školách nebo speciální školy jako takové. Financování speciálních škol v Polsku, je stejné jako financování běžných škol s tím rozdílem, že žáci s SVP dostávají od státu dvojnásobek financí než žáci intaktní. (Inkluzivní vzdělávání ve vybraných evropských státech, 2018 [online]).

1.4 Poradenské služby v základním školství

Činnost poradenských služeb poskytovaných v České republice je dána vyhláškou č. 197/2016 Sb. *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* ve znění pozdějších předpisů. Školská poradenská zařízení a školy poskytují poradenskou činnost žákům, jejich zákonným zástupcům, školám nebo jiným školským zařízení, a to vždy bezplatně podle §1 této vyhlášky. Poradenské služby jsou poskytovány pouze na základě písemného souhlasu žáka, respektive jeho zákonného zástupce s cílem o maximální rozvoj osobnosti daného jedince. Nezbytná je také spolupráce s jinými orgány jako jsou lékaři, soudy, odbory péče o dítě apod. (srov. Černá, 2015; Bartoňová, 2007; Knotová, 2014).

Z historického pohledu spadá vznik poradenských služeb do období 50. let minulého století, kdy v Brně vznikla první dětská psychologická poradna. Ta z počátku řešila jen výukové a výchovné obtíže a navazovala na činnost poraden pro volbu povolání v otázce dalšího vzdělávání či kariérového poradenství. K většímu rozkvětu systému speciálně-pedagogického poradenství pak došlo s vydáním časopisu *Výchovný poradce* z roku 1964. Na něj totiž o tři roky později navázalo MŠMT, které vydalo pokyn k zřizování pedagogicko-psychologických poraden. V souvislosti s rozmachem poraden vznikl v roce 1994 *Institut pedagogicko-psychologického poradenství*, který vykonával jakousi koordinační, kontrolní, metodickou a informační činnost nad funkcí jednotlivých poradenských služeb ve školství. V roce 2011 byl institut nahrazen *Národním ústavem pro vzdělávání,* což je instituce, kterou zřídilo MŠMT za účelem vzdělávání a koordinační činnosti pracovníků poradenského systému (srov. Knotová, 2014; Novosad, 2009).

Poradenství jako takové hraje důležitou roli nejen ve vývoji dítěte s postižením, ale také dětí, jejichž vývoj může být z nějakého důvodu ohrožen. Vzhledem k tomu, že včasné podchycení postižení, popř. obtíží ve vývoji, může být později směrodatné, vznikají u nás od roku 1990 střediska rané péče. Hlavní činností těchto středisek je

poskytování **rané intervence**, která se zaměřuje na prevenci, včasnou diagnostiku a začlenění jedince do společnosti. Raná intervence není poskytována pouze postiženému dítěti, ale tento komplexní přístup se naskýtá celé rodině (Černá, 2015).

Poradenské služby dělí školská legislativa na školská poradenská zařízení a školní poradenská pracoviště. Právě **školní poradenská pracoviště** představují tzv. **nejnižší úroveň poradenských služeb**, neboť jsou vykonávány personálem, který je s žáky v neustálém kontaktu. Ve školách zajišťuje poradenské služby výchovný poradce, školní metodik prevence, školní speciální pedagog a školní psycholog. Tyto osoby by měly úzce spolupracovat s pedagogickým sborem (Lazarová, 2005).

Absolvováním studia výchovného poradenství se může stát každý běžný učitel **výchovným poradcem.** Pozice výchovného poradce je zřizována na všech základních i středních školách. Činností výchovného poradce je především řešení výukových a výchovných obtíží žáků, individuální či skupinové šetření vztahující se k volbě povolání, popř. kariérové poradenství, poskytování informací o činnosti školy a metodické vedení dalších pedagogických pracovníků. Pakliže není na dané škole zřízena pozice speciálního pedagoga, pracuje výchovný poradce také s dětmi s SVP, respektive vyhledává tyto žáky, vypracovává podklady potřebné k inkluzi a spolupracuje s ostatními poradenskými zařízeními v otázkách vzdělávání těchto žáků.

Stejně jako pozice výchovného poradce, je na všech školách zřízena i pozice **školního metodika prevence**. Toho může vykonávat taktéž běžný učitel při svém plném úvazku. Školní metodik prevence vykonává činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské. Oblasti metodické a koordinační se úzce prolínají a týkají se především realizace preventivního programu školy, metodického vedení pedagogů a spolupráce s orgány statní správy a samosprávy. Součásti oblasti informační je podávání odborných informací o problematice sociálně patologických jevů a prezentace preventivní práce školy. Vyhledávání žáků s rizikem projevů sociálně patologických jevů, spolupráce s třídním učitelem v případě takových projevů, popř. příprava podkladů pro inkluzi žáků s SVP je součástí oblasti poradenské.

Pozice **školního speciálního pedagoga**, je jednou z nejdůležitějších na škole, co se inkluze týká, avšak tato funkce nemusí být zřizována na všech školách. Školní speciální pedagog hraje důležitou roli při začleňování žáků s SVP do škol hlavního vzdělávacího proudu. Pomáhá učitelům při vypracování individuálních vzdělávacích programů či plánů pedagogické podpory, úzce spolupracuje se školskými poradenskými zařízeními a taky asistenty pedagoga, které metodicky vede. Mimo jiné provádí také

depistáž, tedy vyhledávání žáků s SVP. Jednoduše lze tedy říci, že školní speciální pedagog vykonává činnost diagnostickou, intervenční, metodickou a koordinační.

Stejně tak, jako je tomu u školního speciálního pedagoga, tak ani zřízení pozice **školního psychologa** není na základních školách povinné. Školní psycholog poskytuje konzultační a poradenskou činnost nejen žákům, ale také jejich rodičům a zaměstnancům školy. Pomáhá také při depistáži a následné diagnostice např. nadaných žáků, žáků s výukovými a výchovnými obtížemi apod. (srov. vyhláška č. 197/2016 Sb.; Bartoňová, Vítková, 2007).

Pedagogicko-psychologické poradny, speciálně-pedagogická centra a střediska výchovné péče spadají do systému **školských poradenských zařízení**. V České republice patří tyto instituce do systému tzv. **specializovaných poradenských zařízení**.

Pedagogicko–psychologické poradny (PPP) poskytují služby dětem a žákům od 3 do 19 let. Hlavní tým pracovníků tvoří speciální pedagog, sociální pracovník a psycholog, kteří se zaměřují především na žáky s vývojovými poruchami učení a chování, a to z pohledu nejen diagnostiky, ale i reedukace. Tým odborníků také metodicky vede práci výchovných poradců a školních metodiků prevence a úzce spolupracuje s ostatními pedagogickými pracovníky v otázkách zjišťování školní zralosti, speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky žáků ohrožených nebo mimořádně nadaných, kariérového poradenství, problematiky školního klimatu apod.

Ve speciálně–pedagogickém centru (SPC) působí stejní odborníci jako v pedagogicko–psychologické poradně, avšak tým bývá často rozšířen ještě o další specialisty jako jsou logopedi, fyzioterapeuti, tlumočníci, etopedi apod. Činnost SPC může být vykonávána ambulantně, návštěvou v rodině, resp. prostředí, kde klient žije, popř. ve škole, kde je žák inkludován. Služby jsou zde poskytovány žákům od 3 do 19 let. SPC vznikají většinou při základních školách speciálních a jsou zřizovány vždy pro daný typ postižení (SPC pro sluchově postižené, SPC pro tělesně postižené apod.). Činnost SPC můžeme rozdělit na standartní činnosti společné a standartní činnosti speciální, které se odvíjí od postižení, pro které je dané SPC zřízeno. Standartní činnosti společné poskytují všechny SPC a specializují se na komplexní péči psychologického, speciálně-pedagogického a psychoterapeutického charakteru (srov. Bartoňová, Pipeková, In Pipeková a kol. 2010; Jedlička, 2018; Knotová, 2014).

V souvislosti s poskytováním poradenských služeb je nutné zmínit také poradenskou činnost poskytovanou **středisky výchovné péče (SVP),** která se zaměřují především na prevenci sociálně patologických jevů. Jejich činnost je vymezena

zákonem č. 333/2012 Sb., kterým se mění *zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů* ve znění pozdějších předpisů. Činnost SVP spadá od roku 1997 do systému pedagogicko–psychologického poradenství (NUV 2016 [online]).

Shrnutí

V České republice je nedůležitějším zákonem týkající se vzdělávání zákon č. 82/2015 Sb., tzv. školský zákon ve znění pozdějších předpisů. Ten prochází řadu let mnoha novelizacemi, z niž nejdůležitější proběhla k datu 1.9.2016 a týkala se zrušení přílohy RVP ZV upravující vzdělávání jedinců s lehkým mentálním postižením, a to za účelem inkluze těchto jedinců do škol hlavního vzdělávacího proudu. Inkludovaným žákům jsou přiznána podpůrná opatření 1.-5. stupně podle typu a stupně jejich postižení. Pakliže se žáci nemohou vzdělávat v běžných ZŠ, vzdělávají se ve školách, třídách, skupinách a odděleních zřízených dle §16 odst. 9 školského zákona, popř. v základních školách speciálních. Na přiznání podpůrných opatření se podílí poradenské služby, a to buď pedagogicko-psychologické poradny či speciálně-pedagogická centra, která také doporučí typ vzdělávací instituce. Inkluze je termín, který je neustále skloňován také v zahraničí. V Evropských zemích hrál důležitou roli především rok 2003, který byl vyhlášený Evropským rokem osob se zdravotním postižením, a to především za účelem zamezení vylučování osob se zdravotním postižením ze společnosti. Většina zemí Evropské unie usiluje o inkluzi těchto jedinců do normálních typů škol, ovšem některé země upřednostňuji vzdělávání těchto jedinců v systému speciálního školství.

2 Inkluze a integrace

2.1 Vymezení pojmů inkluze a integrace

Dříve než přistoupíme k vysvětlení pojmů integrace a inkluze, je třeba také vysvětlit pojmy s tímto související, a to pojmy exkluze a segregace. Péče o jedince s SVP se vyvíjela spolu s vývojem historie. Dříve byli jedinci s těžkým typem postižení považováni za nevzdělavatelné a byli tak zcela vylučováni ze školského systému. Tato skutečnost je označována pojmem **exkluze** *(z lat. exclutio),* což ve volném překladu znamená vyloučení, vypuštění ze vzdělávání ve veřejném školství. Postupem času se však tyto názory měnily a začal tak vznikat systém speciálního školství a ústavů pečující o tyto jedince. Do tohoto systému byli zařazováni, včleňováni jedinci s určitým typem postižení. Tento proces označujeme pojmem **segregace** (z *lat. sé-gregó)* (srov. Černá, 2015; Průcha et al. 2009).

Integer je latinské slovo označující pojmy celý, neporušený. U nás je tento pojem označován termínem **integrace.** Slovo integrace se může používat v mnoha souvislostech, nejen v souvislosti se speciální pedagogikou. V dnešní době se setkáváme např. s označeními integrovaný dopravní systém, integrovaná střední škola aj. Tato označení bývají užita ve významu slučování dopravních prostředků, popř. studijních oborů apod. My se však budeme zabývat speciálně pedagogickou integrací, která označuje začleňování žáků s SVP do škol, respektive tříd hlavního vzdělávacího proudu a do společnosti vůbec (Slowík, 2016).

Integrace je pojmem poměrně mladým, neboť se toto označení začalo nahlas skloňovat až s koncem socialistického zřízení, a to sice po roce 1989. Stejně tak jako se začalo měnit státní zřízení, začal se měnit i pohled na vzdělávání jedinců s SVP. Snahou bylo, aby osoby s různým druhem postižení, nebyly již nadále vyčleňovány ze společnosti, ale aby se, pokud jim to jejich postižení dovolovalo, mohly vzdělávat spolu s intaktní společností. Integrace je tedy jakýsi proces sjednocování se v jeden, nový celek, přičemž musí dojít k propojení všech sfér procesu integrace jedince s postižením, protože jedině to může vést k naplnění jejich podstaty (Bendová, Zikl, 2011). To nepřímo potvrzuje i definice WHO z roku 1976 (sec. cit. In Pipeková, 1998, s. 29), která uvádí, že integrace je: *„sociální rehabilitace, schopnost příslušné osoby podílet se na objektivně společenských vztazích. Integrace je stav, kdy je zdravotně postižený jedinec vyrovnán se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkon a vytváří*

hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné.“ V prostředí školy se proces integrace odráží především v široké nabídce vzdělávacích možností a postupů s přihlédnutím k individuálním možnostem těchto osob. Během integrace by mělo docházet k efektivní komunikaci a spolupráci mezi intaktními žáky a žáky s SVP, kdy se obě strany podílí na řešení různých situací, které se během výchovně-vzdělávacího procesu objevují. Hlavním smyslem integrace tedy není, aby se minorita podřizovala majoritě, ani naopak, nýbrž jde o to, aby se mezi participujícími stranami vytvořil partnerský vztah a docházelo tak k aktivní spolupráci obou stran. Mezi majoritou a minoritou přitom neexistuje žádná hranice (Jesenský In Bartoňová, 2005). Na výše uvedené navazuje i Potměšil (2010, sec. cit. In Havel, 2014, s. 16), který charakterizuje integraci následovně: *„Hlavní snahou integrace je zařadit nebo spojit dvě vzdělávacími potřebami odlišné skupiny v rámci výchovy a vzdělávání a poskytnout potřebnou speciálně pedagogickou podporu tam, kde je jí zapotřebí.“*

V roce *1994* ve španělské *Salamance* proběhla konference zabývající se otázkou speciálně vzdělávacích potřeb. Konference se zúčastnilo 25 zástupců mezinárodních organizací a vlád 92 zemí, kteří schválili dokument *„The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education.“* Tento dokument se zabývá možnostmi zařazení všech jedinců do škol hlavního vzdělávacího proudu bez ohledu na jejich intelektové, fyzické či sociální zvláštnosti. Sděluje skutečnosti, které jsou nutné pro přehodnocení potřeb vyhovujících projektu „škola pro všechny“ a tím tedy i vytvoření prostředí, které je nutné pro úspěšnou inkluzi (Opatřilová, Vítková, 2012).

Integrace v dnešní době bývá stále častěji nahrazována pojmem inkluze. Je však důležité říci, že pojmy integrace a inkluze nejsou obsahově totožné, proto je nelze používat jako pouhopouhá synonyma. Rozdíl mezi těmito pojmy spočívá v rozdílném pojetí žáka. Při integraci se zaměřujeme na daného jedince, na základě jehož potřeb se mění i potřeby školy. Jsou pro něho připravovány speciální programy a zohledňovány jeho potřeby s podmínkou, že se aktivně podílí na edukačním procesu. Intervence a expertizy pak provádí specialisté. Inkluze se na rozdíl od integrace zaměřuje na potřeby všech jedinců podílejících se na edukačním procesu. Dochází k celkové změně školy, která usiluje o kvalitní výuku a prospěch pro všechny (srov. Bendová, Zikl, 2011; Kocurková, 2001).

Termín **inkluze** pochází z anglického *inclusion* a znamená *zahrnutí.* Jednotná definice pojmu inkluze neexistuje. Pro příklad lze uvést dvě definice, které ačkoliv nejsou stejné, jejich podstata, tedy i podstata smyslu inkluze, naopak stejná je.

UNESCO definuje inkluzi jako *„proces vytváření optimálních podmínek pro různorodé potřeby žáků prostřednictvím většího zapojení žáků do vzdělávání, kulturního a společenského života a minimalizaci vyčlenění (exkluze) ze vzdělávání. Tento proces, vyžadující změny a úpravy obsahu, přístupů a strategií, se musí vztahovat na všechny děti dané věkové skupiny a musí vycházet z přesvědčení, že vzdělávání všech dětí bez rozdílu je povinností škol hlavního vzdělávacího proudu*“ (sec. cit. In Květoňová, Prouzová, 2010, s. 8). Andreas Heinz (sec. cit. In Anderliková, 2014, s. 44) vysvětluje inkluzi následovně: *„pro inkluzi neexistují žádné dvě skupiny žáků, nýbrž jednoduše děti a mladiství, kteří jsou žactvem a kteří mají rozdílné potřeby. Mnohé z těchto potřeb se týkají většiny z nich a vytvářejí společné výchovné a vzdělávací potřeby.“* Z výše uvedených definic vyplývá, že inkluze usiluje o to, aby všichni žáci bez rozdílu, navštěvovali školy hlavního vzdělávacího proudu. V praxi to znamená, že se v jedné třídě budou vzdělávat žáci s různým typem zdravotního postižení či znevýhodnění, žáci podprůměrní, průměrní i nadprůměrní, a dokonce i žáci nadaní. Důležitý z tohoto pohledu je tedy individuální přístup učitele, který každého jedince vnímá jako jedinečné individuum. Tohle však není jediná skutečnost, která musí být během inkluze respektována. Aby byla inkluze úspěšná, musí být dodržena celá řada požadavků: všichni pracovníci veřejné správy participující na vzdělávání jedinců s SVP musí respektovat úmluvu OSN o právech lidí s postižením, důležitá je úcta k osobnosti dítěte a respektování jeho individuálních potřeb a zájmů. Učitel musí být otevřený a musí ve třídě udržovat pozitivní naladění a přátelskou atmosféru, musí odstranit veškeré předsudky a být k dispozici všem dětem bez rozdílu. Výčet předpokladů, za kterých může být inkluze úspěšná, je samozřejmě velmi dlouhý. Ve zkratce jde o to, aby všichni jedinci podílející se na inkluzi (učitel, speciální pedagog, rodič, psycholog, úředník apod.) měli stejný cíl a usilovali o jeho dosažení. Jedině tak může být inkluze úspěšná (Anderliková, 2014).

V České republice byla inkluze zavedena se změnou školského zákona č. 82/2015 Sb. a to k datu 1. 9. 2016. Nová legislativa zrušila přílohu RVP ZV upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Tito žáci jsou nyní žáky inkludovanými a to dle §16 odst. 9 školského zákona. Vzdělávají se dle revidovaného RVP (MŠMT, 2018 [online]).

2.2 Podmínky inkluzivního vzdělávání v České republice

Snahou inkluzivního vzdělávání je nastavení takových podmínek, aby se všechny děti bez rozdílu, mohly vzdělávat ve školách hlavního vzdělávacího proudu, nejlépe i v místě jejich bydliště, a to již od první třídy. Hlavním cílem inkluze je tedy poskytnout rovné šance na vzdělávání všem, a to nejen jedincům se zdravotním postižením či znevýhodněním, ale také jiným, exkluzí ohroženým skupinám obyvatel. Správný výběr vzdělávací instituce totiž, ač chceme nebo nechceme, výrazně ovlivňuje postavení daného jedince ve společnosti a jeho následné úspěšné začlenění na trhu práce (Slepičková In Bartoňová, 2016).

Jak již byl řečeno výše, snahy o rovnocenné, tedy inkluzivní vzdělávání se začaly objevovat již od roku 1994, kdy byl na světové konferenci ve španělské Salamance schválen důležitý dokument pro inkluzivní vzdělávání. V roce 2006 pak schválilo Valné shromáždění OSN *Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením*, kde je zdůrazňováno právo osob se zdravotním postižením na vzdělání bez diskriminace. Vzdělávání má být založené na zásadě rovnosti. O rovnosti nejen při vzdělávání u nás pojednává *zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (tzv. antidiskriminační zákon)* (Adamus, 2016). V souvislosti s děním v zahraničí se i v České republice neustále řešila otázka problematiky vzdělávání jedinců se zdravotním postižením. V návaznosti na to vydala a postupně zapracovala vláda ČR pět Národních plánů týkajících se vzdělávání osob se zdravotním postižením.

- ✓ *Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům (1992)*
- ✓ *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (1993)*
- ✓ *Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižení (1998)*
- ✓ *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením (2005)*
- ✓ *Národní plán vytvářen rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 (2010).*

Protože se v ČR neustále objevovaly snahy o zvýšení míry inkluzivního pojetí vzdělávání v českém vzdělávacích systému a také snahy o vytvoření optimální úrovně vzdělávání všem dětem nezávisle na podobě jejich specifických potřeb, předložilo

MŠMT začátkem roku 2010 vládě ČR *Národní akční plán inkluzivního vzdělávání* (NAPIV). Tento dokument byl vládou schválen a stal se tak jedním ze základních listin, který vymezuje aktivity směřující k zajištění rovného přístupu a rovných příležitostí všech jedinců ke vzdělávání (Bendl, 2015).

Nejvýraznější změny v zavádění inkluzivního vzdělávání však přinesl až rok 2015, kdy s účinností k 1.9.2016, došlo k novelizaci školského zákona. V rámci těchto novelizací došlo také ke zrušení přílohy RVP ZV LMP, kdy podpora žáků s lehkým mentálním postižením je zapracována do revidovaného RVP. K těmto změnám došlo na základě strategického dokumentu vydaným MŠMT – *Akční plán inkluzivního vzdělávání na období 2016–2018 (APIV).* Zastřešujícím dokumentem jsou *Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2020* a *Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy v ČR na období 2015-2020* (MŠMT, 2015 [online]).

Aby byla inkluze úspěšná, je nutné, aby škola realizující inkluzi, vytvořila vhodné podmínky, které budou usnadňovat vzdělávání nejen žákům s SVP, ale také žákům intaktním. Stanovení těchto podmínek však není jednoduché, neboť inkluze vyžaduje změny nejen na úrovni školy, ale i na úrovni vzdělávacího systému. Valenta, Petráš a kol. (2012) ve své knize zmiňují několik podmínek, kterým je z jejich pohledu nutné věnovat pozornost při zavádění inkluzivního vzdělávání.

V první řadě hraje důležitou roli **personální zabezpečení**. Podstatné je, aby byli všichni pedagogičtí pracovníci ztotožněni s myšlenou inkluzivní školy a dokázali tak v tomto duchu s heterogenní třídou pracovat. Učitelé by měli disponovat dostatečnou odbornou kvalifikací a určitou speciálně-pedagogickou vybaveností, především co se diagnostické činnosti týče. Při inkluzi je nezastupitelná role třídního učitele, který by měl žáka s SVP znát nejlépe a měl by tak ostatním pedagogickým pracovníkům poskytnout dostatečné informace o tom, jak s ním vhodně pracovat. Ve třídě může působit i druhý učitel, tzv. podpůrný učitel, jehož činnost je právně zakotvena ve Směrnici MŠMT k integraci dětí a žáků s SVP do školských zařízení. Přítomnost podpůrného učitele ve třídě však nebývá příliš častá. Mnohem častěji se setkáváme s pozicí asistenta pedagoga, který působí jako jedno z podpůrných opatření. Jeho úkoly spočívají především v pomoci žákovi přizpůsobit se školnímu prostředí a v pomoci učitelům při výchovné a vzdělávací činnosti jedinců s SVP. Důležitá role připadá také pracovníkům, kteří nevykonávají přímou pedagogickou činnost, a sice školnímu speciálnímu pedagogovi a školnímu psychologovi úzce spolupracujícími se školskými

poradenskými zařízeními. Pedagogicko–psychologické poradny či speciálně-pedagogická centra hrají snad nejdůležitější roli při inkluzi žáků s SVP.

Inkluze je velice náročná také z pohledu **materiálního, prostorového a technického zabezpečení** školy. Žákům s SVP je poskytována celá řada pomůcek, které mohou být buď didaktické, kompenzační či rehabilitační. Zavedení a užívání těchto pomůcek by měli učitelé konzultovat s pracovníky školních poradenských pracovišť, popřípadě s lékaři. Poskytování pomůcek žákům s SVP je dle zákona bezplatné. K prostorovému vybavení školy řadíme bezbariérový přístup, úpravu třídy, úpravu pracovního místa žáka (lavice, paravany aj.). Využívání pomůcek či úprava prostředí by měla být součástí IVP.

Neméně důležitou roli hrají také **sociální podmínky** inkluze. Žáci s SVP by měli být nedílnou součástí třídního kolektivu, neměli by být z kolektivu vyčleňováni. Učitel a žáci by se měli snažit tyto žáky zapojit do všech aktivit a rozvíjet je (srov. Valenta, Petráš a kol. 2012; Bendl, 2015; Bartoňová, Vítková, 2011).

Kratochvílová (2013) považuje za důležitou, mimo výše uvedeného, také **organizační složku** vzdělávání. Žáci s SVP mají možnost vzdělávat se dle individuálního vzdělávacího plánu, který vytváří učitel ve spolupráci s rodiči, resp. zákonnými zástupci a pracovníky školského poradenského zařízení. V tomto plánu jsou zapracované údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování speciálně pedagogické nebo psychologické péče včetně odůvodnění. Mimo to zahrnuje IVP také cíle vzdělávání daného žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, pedagogické postupy a způsoby hodnocení žáka (MŠMT, 2018 [online]). S ohledem na potřeby žáků je možné do učebních plánů zařadit speciální vyučovací předměty, jako např. předmět speciálně pedagogické péče. Na základně doporučení poradenského zařízení může dojít také k úpravě vzdělávacích obsahů na základě disponibilních časových dotací, popř. může dojít také k úpravě očekávaných výstupů. S organizační složkou vzdělávání souvisí také výukové strategie, jež využívá učitel. Využití speciální výukových metod, forem či postupů by mělo být také specifikováno v IVP (Kratochvílová, 2013).

2.3 Role asistenta pedagoga

Asistent pedagoga je považován za jedno z podpůrných opatření, přičemž: *„podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám*

dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením" (Valenta a kol. 2018, s. 128). Asistent pedagoga se tedy podílí na vzdělávací činnosti dětí, žáků a studentů s SVP, kteří nejsou schopni vzdělávat se úspěšně a efektivně samy.

Pozici asistenta pedagoga ve třídě (mateřské školy, základní školy či střední školy), kde se vzdělává žák s SVP, zřizuje vždy ředitel školy a to podle odst. 9 §16 školského zákona. Ředitel takto činí dle doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu krajského úřadu (oboru školství). Žádost o zřízení pozice asistenta pedagoga podává vždy rodič, respektive zákonný zástupce a to písemně. Ředitel školy v souladu s doporučením školského poradenského zařízení a v souladu s nařízením vlády *č. 75/2005 Sb. o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků* vymezí asistentovi pedagoga rozsah přímé pedagogické činnost 20-40 hodin/týdně (srov. Lechta, 2016; Kendíková, 2017; Katalog podpůrných opatření, 2018 [online]).

Co se odborné kvalifikace asistenta pedagoga týče, tak ta je vymezena *zákonem č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů* ve znění pozdějších předpisů. Dle odst. 2 §2 je asistent pedagoga právoplatným členem pedagogického sboru. Podle odst. 1 §20 výše zmíněného zákona mohou funkci asistenta pedagoga, vykonávající přímou pedagogickou činnost ve třídě, ve které se vzdělávají žáci s SVP, dělat osoby, které získaly odbornou kvalifikaci:

a) *„vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu v oblasti pedagogických věd,*

b) *vysokoškolským vzděláním získaným studiem jiného akreditovaného studijního programu než podle písmene a) – vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku, studiem pedagogiky, nebo absolvováním vzdělávacího programu pro asistenty pedagoga uskutečňovaného vysokou školou nebo zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků,*

c) *vyšším odborným vzděláním získaným ukončením akreditovaného vzdělávacího programu vyšší odborné školy v oboru vzdělání s pedagogickým zaměřením,*

d) *vyšším odborným vzděláním získaným ukončením jiného akreditovaného vzdělávacího programu než podle písmene c) - vzděláním v programu*

celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku, studiem pedagogiky, nebo studiem pro asistenty pedagoga,

e) středním vzděláním s maturitní zkouškou získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru vzdělání s pedagogickým zaměřením, nebo

f) středním vzděláním s maturitní zkouškou získaným ukončením jiného vzdělávacího programu středního vzdělávání než podle písmene e) - vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku, studiem pedagogiky, nebo studiem pro asistenty pedagoga" (srov. zakonyprolidi.cz, 2018 [online]).

Činnost asistenta pedagoga je vymezena vyhláškou č. 27/2016 Sb. *o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných* ve znění pozdějších předpisů. Výčet činností asistenta pedagoga je zmíněn v §5 této vyhlášky. Protože se jedná opravdu o širokou škálu aktivit, zmíníme jen ty nejdůležitější. Asistent pedagoga spolupracuje s ostatními pedagogickými pracovníky a poskytuje jim pomoc při vzdělávání žáků s SVP. Postupuje vždy přesně dle pokynů a doporučení daného učitele. Pomáhá při organizaci a realizaci vzdělávání, podněcuje daného jedince k samostatnosti a usiluje o aktivní zapojení žáka do všech činností a jeho správnou adaptaci nejen na školní prostředí. Pomáhá žákovi při dosahování vzdělávacích cílů a při přípravě na výuku. Asistent pedagoga by měl být danému žákovi na blízku v případě, že by potřeboval pomoc při komunikaci se spolužáky. On sám spolupracuje a komunikuje s rodinou, respektive zákonnými zástupci a pracovníky školského poradenského zařízení.

Dle §5 výše uvedené vyhlášky nelze žákovi s SVP zřídit více než jednoho asistenta pedagoga, ovšem asistent pedagoga může poskytovat podporu při vzdělávání více žákům současně, nejvýše však čtyřem (MŠMT, 2018 [online]).

Role asistenta pedagoga je při vzdělávání žáků s SVP velmi důležitá. Nejen, že je asistent pedagoga jakousi podporou pro tyto žáky, ale zároveň je druhým pracovníkem ve třídě a partnerem učitele, se kterým úzce spolupracuje. Důležité proto je, aby si asistent pedagoga s učitelem sedli nejen po stránce pracovní, ale i lidské. Činnost vykonávaná nedostatečně kvalifikovaným a neznalým asistentem pedagoga, může mít nepříznivý dopad na vzdělání žáků s SVP a úroveň jejich výsledků nemusí korespondovat s jejich předpoklady. Proto je velmi důležité, aby byl asistent pedagoga

dostatečně seznámen s diagnózou daného žáka, měl o ní dostatečné informace a taky představu, jak má k danému žákovi přistupovat, jak s ním pracovat a jak se k němu chovat. Asistent pedagoga nevykonává pouze přímou pedagogickou činnost, ale také nepřímou spočívající v komunikaci se zákonnými zástupci, pracovníky školského poradenského zařízení, v tvorbě didaktických pomůcek a učebních materiálů, v pomoci při organizaci výuky apod. (Němec, Michalík In Morávková Vejrochová a kol. 2015). Asistent pedagoga by měl být dobře seznámen s individuálním vzdělávacím plánem. V IVP jsou přesně vymezeny kompetence asistenta pedagoga, třídního učitele, ale i dalších pedagogických pracovníků, včetně spolupráce se školským poradenským zařízením. Asistenti pedagoga jsou s žáky s SVP v užším kontaktu než ostatní pedagogové, proto by se měli podílet i na doplňování, přezkoumání či vyhodnocování IVP (Kendíková, 2017). Důležité je, aby byl každý asistent pedagoga seznámen se svojí náplní práce, která je obsažena ve vyhlášce *č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných* ve znění pozdějších předpisů.

Odborná kvalifikace určena zákonnou normou je jedním ze základních předpokladů pro výkon práce asistenta pedagoga. Ovšem jeho osobnostní předpoklady mohou být někdy mnohem důležitější. Neexistuje jednotná norma, jaký by měl asistent pedagoga po lidské stránce být. Existují však jisté předpoklady, které mohou asistenta pedagoga předurčovat k tomu, že bude dobrým pedagogickým pracovníkem. A jedním ze základních předpokladů potvrzující toto tvrzení může být to, že asistent pedagoga bude mít kladný vztah k dětem. Měl by jim jít osobním příkladem, měl by být empatický, zodpovědný, důsledný, spravedlivý a ochotný za každé situace pomoci. Především by měl chápat rozdíly mezi jednotlivými žáky a měl by k nim na základě nich správně a individuálně přistupovat. Měl by disponovat tedy i dostatečným přehledem o jednotlivých poruchách, které mohou děti mít. Od asistenta pedagoga se však také očekává, že bude mít týmového ducha, aby byl schopný efektivně spolupracovat s učiteli (srov. Palounková, Joklíková a kol. 2017; Kulštrunková In Morávková Vejrochová a kol. 2015; Teplá, 2016).

2.4 Význam rodiny a neziskových organizací v procesu inkluze

Rodina hraje v životě každého z nás důležitou a nezastupitelnou roli, protože díky ní dochází k procesu utváření naší osobnosti. Rodina také plní důležité funkce, a to funkce psychologické, sociální, biologické a ekonomické, popř. právní (Vágnerová,

2012). Kelner (sec. cit. In Kunhartová a kol. 2017, s. 9) chápe rodinu jako *„původní a nejdůležitější společenskou skupinu a instituci,“* která má mimo jiné za úkol plnit funkce reprodukce, výchovy, socializace a přenosu kulturních vzorců na dítě. Matějček (2017) navíc udává, že je pro dítě podstatné, aby vyrůstalo v citově vřelém prostředí, které vykazuje určitou stálost. Tato skutečnost však může být narušena, když se rodině narodí dítě s postižením, neboť rodiče se na tuto skutečnost dopředu nemohou nijak připravit. Tato situace s sebou přináší obrovskou zátěž, a to nejen pro matku, ale i pro otce. Matky se většinou s dítětem ztotožňují, a proto často trpí pocitem méněcennosti. Otcové se cítí, že v jejich nejdůležitější životní roli – roli ploditele – selhali. Pocity, že nejsou rodiče schopni zplodit zdravé dítě se může podepsat také na jejich sebedůvěře. Nemělo by však dojít k tomu, že budou danou situaci vnímat jako úděl, nýbrž jako úkol, kterému se musí postavit.

Rodiče, kterým se narodí dítě s postižením, prochází určitým fázemi vyrovnání se s touto skutečností. První fázi je *fáze šoku,* kdy jsou rodiče seznámeni s diagnózou dítěte a marně hledají odpovědi na otázky „proč zrovna já.“ Poté přichází *fáze popření*, nepřijetí informace neboli také hledání způsobu, jak se dá daná situace změnit. Třetí fází je *fáze smlouvání*, kterou chápeme jako tendenci hledat alespoň malé zlepšení, když víme, že už není možno dosáhnout žádoucího stavu dítěte. Další fází je *fáze agrese* vůči partnerovi nebo zdravotnickému personálu, popř. i samotnému dítěti s postižením. Tato fáze bývá často doprovázena pocity smutku a sebelítosti a postupně přechází do *fáze deprese* (pocitu viny), kdy mají rodiče tendence žít v ústranní, chápou dítě s postižením jako trest za své dřívější prohřešky. V tomto okamžiku je důležitá pomoc lékaře či jiného odborníka. Poslední fází je *fáze vyrovnání* se a akceptace faktu, že jejich dítě je takové, jaké je (Jankovský, 2006).

Délka jednotlivých fází, je u každého rodiče jiná. Důležité je však, aby se rodina dokázala s danou skutečností vyrovnat, začala včas jednat a poskytla tak svému dítěti adekvátní a kvalitní péči, výchovu a vzdělání. Někteří rodiče však rezignují a svěří svoje dítě do pobytové péče, kde jim dle jejich přesvědčení, budou poskytovány odpovídající služby. Nikdo však nenahradí psychoterapeutické a motivační účinky rodinného prostředí, které rozvíjí osobnost dítěte (Novosad, 2009). Nejideálnějším modelem je, když dokáže rodina přizpůsobit svůj život dítěti s postižením tak, aby byly naplňovány nejen všechny potřeby postiženého jedince, ale i ostatních členů rodiny. Z tohoto pohledu je velmi důležité, aby byla rodina dostatečně informována o daném postižení, a aby měla reálné informace o stavu a možnostech dítěte s postižením.

Prvotní informace o postižení a možnosti rozvoje dítěte poskytují lékaři, pediatři, později to mohou být odborníci zabývající se daným postižením, popř. pracovníci center rané péče, respektive školských poradenských zařízení, které také rodičům doporučují vhodnou vzdělávací instituci. Informovat o svém dítěti by se měli oba rodiče společně. Není vhodné, aby např. matka interpretovala závěry lékařů, pedagogů, psychologů či jiných odborníků svému partnerovi, a to ani s ohledem na to, že se s faktorem postižení vyrovnává každý jinak. Důležité je taky, aby rodina dokázala svému handicapovanému dítěti poskytnout odpovídající emocionální podporu, a aby byla zajištěna po sociální a finanční stránce, a to především z důvodu praktické péče o dítě (srov. Matějček, 1992; Bartoňová, Pipeková, 2006).

Rodičům dítěte s postižením se naskýtá celá řada služeb, která je zaměřena na podporu nejen jich samotných, ale především jejich potomků. Je důležité, aby rodina nezůstávala v této situaci sama a nebála se odbornou pomoc vyhledat. Čím dříve se rodiče na odborníky obrátí, tím dříve bude jejich dítěti odborná pomoc poskytnuta, a tak může dojít ke zmírnění dopadu postižení na dítě (Jankovský, 2006).

Mimo středisek rané péče či školských poradenských zařízení, existují i neziskové organizace, které hrají v životě jedinců s postižením důležitou roli. Jejich hlavním účelem je zlepšovat kvalitu života těchto osob, vést je k prožití plnohodnotného života a zvyšovat pocit spoluzodpovědnosti za jejich vlastní život. Stejně tak jako lidé bez zdravotního postižení mají i jedinci s určitým handicapem svoje zájmy, povinnosti a starosti, ovšem kvůli jejich postižení jsou závislí na pomoci druhých. Neziskové organizace se jim proto snaží tuto pomoc poskytnout, snaží se jim porozumět a na základě toho postiženému i pomoci daný problém řešit. Pomáhají osobám s postižením prosazovat rovnoprávné postavení ve společnosti, obhajovat jejich práva, společné zájmy a potřeby ve vztahu k orgánům státní moci, státní správy a samosprávy a dle svých možností jim poskytují také právní pomoc a poradenství. Některé organizace se zaměřují také na základní a odborné sociální poradenství, poskytují sociální služby, rehabilitační cvičení, vzdělávací kurzy a semináře, tábory pro děti apod. (srov. Faiglová, In Novotný, Lukeš, 2008; ARPZPD, 2018 [online]).

Neziskové organizace můžeme definovat jako organizace, které nevznikají za účelem podnikání a produkci zisku s tím, že pokud k zisku dojde, využívají jej výhradně na dosahování účelu, pro který daná organizace vznikla. V České republice rozlišujeme dva základní typy neziskových organizací. A to: nestátní (nevládní) neziskové organizace a statní (vládní) neziskové organizace.

Pro vytvoření úspěšné *nestátní (nevládní) neziskové organizace* je důležité, aby byl dobře vypracovaný strategický plán s jasně vytyčenými pravidly činnosti a představou o fungování organizace do budoucna. Dále je důležité, aby byly zajištěny zdroje financování, a aby byly funkční statutární orgány. Organizace by se také měla zasadit o to, aby byla dobře „vidět a slyšet“ a aby tak mohli potencionální klienti plnohodnotně využívat jejich služeb. Mezi nestátní neziskové organizace patří církve a náboženská sdružení, církevní právnické osoby, obecně prospěšné společnosti, nadace a nadační fondy a spolky (dříve občanská sdružení). Právě spolky jsou nejčastější formou neziskových organizací v České republice. Sdružují osoby či skupiny osob, kteří jsou vedeni společnými zájmy a názory a snaží se dosahovat společného cíle. Nejznámějšími spolky v ČR je *Sdružení zdravotně postižených v České republice*, které sdružuje další organizace zabývající se různými druhy postižení a *Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v České republice*, které sdružuje všechny, kteří mají zájem pomoci nejen dětem, ale i rodinám dětí se zdravotním postižením (srov. Jankovský, 2006; Novotný, Mejstříková, 2013 [online]).

Oproti nestátním (nevládním) organizacím se *státní (vládní) neziskové organizace* podílejí na výkonu státní správy, jsou vedeny právnickou osobou zřízenou k plnění úkolů ve veřejném zájmu. Řadí se sem příspěvkové organizace, organizační složky státu, kraje či obce.

Častým problémem neziskových organizací je nedostatek financí, neboť jsou závislé na cizích finančních zdrojích jako jsou: veřejná správa, nadace a nadační fondy, příjmy z vlastních činností jednotlivců či ostatních organizací. Významným zdrojem financí může být také reklama. Dalším problémem je nedostatek dobrovolníků, kteří by v neziskových organizacích pracovali, neboť většinou se jedná o práci s velmi nízkým či žádným finančním ohodnocením (Novotný, Lukeš, 2008).

Shrnutí

Společně s vývojem lidstva docházelo i k vývoji péče o osoby se zdravotním postižením. Tito jedinci byli ze společnosti a ze systému vzdělávání zpočátku vylučováni a později byli vzděláváni v institucích přímo zřízených pro osoby s určitým druhem postižení. Dnešní společnost přistupuje ke vzdělávání žáků se zdravotním postižením velmi otevřeně, a pakliže to jejich postižení dovoluje, snaží se je integrovat do škol hlavního vzdělávacího proudu. Inkluze s sebou přináší také řadu podmínek, které je potřeba splnit, aby bylo začlenění úspěšné. Jedná se především o vhodné

materiální, prostorové a technické vybavení školy, o splnění sociálních podmínek a neměla by být opomíjena také organizační složka vyučování, resp. celé školy. Nejpodstatnější je však personální zabezpečení, které mimo odborně vzdělaných pedagogů předpokládá také přítomnost asistenta pedagoga. Ten pomáhá žákům při adaptaci na nové školní prostředí, při komunikaci s pedagogy, při tvorbě IVP, ale také poskytuje rodině dítěte s postižením zpětnou vazbu o jeho školních výsledcích. Právě rodina hraje jednu z nejdůležitějších rolí při formování osobnosti dítěte s postižením. Kromě vzdělávacích institucí se na výchově a vzdělávání postižených jedinců podílí také neziskové organizace.

3 Žáci se zdravotním postižením

3.1 Definice a vymezení pojmu jedinec se zdravotním postižením

„A person with disability“ je pojem, který označuje osoby se zdravotním postižením, a se kterým se můžeme setkat v anglicky psané literatuře. V německy mluvících zemích je pak typické označení „die Menschen mit Behinderung nebo die behinderte Menschen.“

Jednotná definice zdravotního postižení nejspíš neexistuje. Všeobecně lze však zdravotní postižení označit jako *„dlouhodobé nebo trvalé omezení možnosti jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života – to se vztahuje i na případy dlouhodobých onemocnění. Obvyklé krátkodobé onemocnění samozřejmě může zasáhnout do života člověka někdy také významně a intenzivně, ovšem po odeznění nebo úspěšném dokončení léčby se stav věci vrací do normálu. Kritéria definice postižení (disability) v takovém případě nebudou naplněna“* (Slowík, 2007, s. 99). Existuje celá řada zdravotních postižení. Každé z nich si vyžaduje svůj specifický přístup, a to jak v léčbě, terapii, rehabilitaci, tak např. i při edukaci. Švarcová (2012, s. 7) vymezuje oblasti zdravotního postižení, do jejichž kategorií pak spadají konkrétní případy. Jedná se o: *„postižení mentální, tělesné, zrakové, sluchové, vady řeči, autismus, souběžné postižení více vadami a vývojové poruchy učení nebo chování.“* V souvislosti se speciální pedagogikou uvedla Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) v roce 1980 v Mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů tři základní pojmy, které označují zdravotní postižení, a sice: *impairment, disability, handicap.* V českém jazyce odpovídají těmto pojmům termíny poškození (porucha), omezení a postižení (Vítková, 2006). WHO definuje *poškození* jako *„abnormality psychické, anatomické či fyziologické funkce“* (Slowík, 2016, s. 26). *Omezení* nebo také *znevýhodnění* je chápáno jako stav, který danému jedinci znemožňuje, aby naplňoval roli odpovídající jeho věku, pohlaví, sociálním a kulturním činitelům. *Postižení* chápe Kroupová (2016, s. 36) jako *„relativně trvalý, ireparabilní stav jedince v kognitivní, komunikační, motorické nebo emocionálně-volní oblasti, který se manifestuje signifikantními obtížemi při učení a sociálním chování.“* Valenta (2015, s. 145) chápe pojem *postižení* podstatně jednodušeji jako: *„narušení běžné každodenní činnosti včetně osobní péče z důvodu tělesné či duševní poruchy.“* Vzhledem k tomu, že všechna výše zmíněná označení jsou spíše pejorativní, snažila se WHO hledat ještě jiné

možnosti, podle čeho budou jednotlivá postižení klasifikována. Z toho důvodu vyšla téměř po třiceti letech od vydání mezinárodní klasifikace nemocí další klasifikace, tentokrát s názvem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. WHO se v tomto dokumentu snaží vyhnout „hanlivému“ pojmosloví a vymezuje především schopnosti, které nejsou daným postižením zasáhnuty, a které by tak měly být rozvíjeny (funkční schopnosti). Cílem této terminologické změny bylo, aby se na osoby s postižením pohlíželo v lepším světle, kdy je poukázáno na možnosti aktivity a spoluúčasti těchto jedinců na životě společnosti (Vítková, 2006).

Postupné terminologické změny lze sledovat také např. ve vývoji speciální pedagogiky jako oboru. Jako příklad lze uvést vývoj psychopedie, tedy pedagogiky osob s mentálním postižením. Dle stupně mentálního postižení byli totiž tito jedinci označováni pojmy: debil, imbecil nebo idiot. Tato označení dnes považujeme za vulgární až urážlivé a byla proto nahrazena jednotným pojmem mentální retardace, resp. mentální postižení. Votava (2005, s. 11) ve své knize sám poukazuje na vývoj různých označení: *„V roce 1913 byl založen Jedličkův ústav pro mrzáčky, zatímco v současnosti by byl výraz mrzák zcela nepřijatelný, podobně jako dříve běžné označení crippled v angličtině. Výraz invalida, který je z francouzštiny a znamená vlastně bezcenný se u nás udržoval jako oficiální označení i pod vlivem ruštiny do roku 1989.“*

Vztah k osobám se zdravotním postižením se vyvíjel a neustále vyvíjí spolu s vývojem naší společnosti. Obecně jsme se v průběhu historie setkali se čtyřmi základními fázemi vztahu společnosti k osobám s postižením. První fází byl tzv. *represivní přístup,* kdy se společnost vážně postižených jedinců “zbavovala.“ Další fází byl tzv. *zotročovací přístup,* který je typický především pro starověké civilizace. V této době byli jedinci s nějakým druhem handicapu „vykořisťováni,“ využívání k nejtěžším a nejnáročnějším pracím. Na tuto fázi navazoval přístup *charitativní*, který byl naprostým opakem dvou předešlých fází. Jedinci s postižením totiž byli považováni za objekt milosrdenství potřebující pomoc, podporu a především ochranu. Poslední fází, považovanou za tu nejlepší, je přístup *socializační*, který je založen na maximální podpoře procesu socializace (Slowík, 2007).

Přístup společnosti k jedincům s postižením je vždy nutné hodnotit v širším kontextu a je třeba brát v úvahu i úroveň dané společnosti, stupeň organizace společnosti, míru sociálního zabezpečení, mínění, názory a úsudky o jedincích s postižením apod. Protože právě tyto aspekty se pak odráží v přístupu k nim. Ovšem díky tomu, že se všechny výše uvedené skutečnosti neustále zlepšují a vyvíjí,

zkvalitňuje se i pohled společnosti na osoby s postižením, kteří tak nestojí vně naší společnosti jako tomu bylo dříve. Těmto lidem je neustále poskytované široké spektrum pomoci a podpory, které se prolíná několika resorty. Tuto skutečnost ve své knize potvrzuje také Michalík (2011, s. 51): *„Zdravotní postižení svým charakterem, příčinami i nároky na specifická řešení představuje záležitost jednoznačně mezirezortní.“* Osobám se zdravotním postižením tak není poskytována pouze zdravotnická péče, ale stát se jim snaží zabezpečit také určitou sociální podporu a neustále se také řeší otázka vzdělávání těchto osob. Školství tak prochází již řadu let celým množstvím reforem. Jedinci se zdravotním postižením potřebují při vzdělávání speciální metody, postupy a mají své specifické potřeby. Z tohoto důvodu bývají označováni za děti, žáky, studenty se speciálními vzdělávacími potřebami. Dle Školského zákona č. 82/2015 Sb. ve znění pozdějších předpisů, jsou právě za žáky se speciálním vzdělávacími potřebami dle § 16 považováni žáci, *„kteří k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebují poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta“* (zákon č. 82/2015 Sb., §16). Na Školský zákon úzce navazuje Katalog podpůrných opatření, který vymezuje podpůrná opatření pro následující zdravotní postižení, a sice pro mentální postižení a oslabení kognitivního vývoje, tělesná postižení a závažná onemocnění, narušenou komunikační schopnost, poruchy autistického spektra a vybraná psychická onemocnění, zrakové postižení a oslabení zrakového vnímání, sluchová postižení nebo oslabení sluchového vnímání a sociální znevýhodnění.

3.2 Klasifikace zdravotního postižení

Zdravotní postižení můžeme vždy posuzovat z několika hledisek. *Podle typu* postižení se může jednat o postižení orgánové nebo funkční, *dle příčin* rozlišujeme postižení vrozené nebo získané a *dle intenzity* se může jednat o postižení lehké, střední nebo těžké (Slowík, 2016).

Mentální postižení lze definovat jako *„celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a*

nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích" (Černá a kol. 2015, s. 79). Hlavním kritériem pro klasifikaci mentálního postižení je posouzení struktury inteligence a schopnosti adaptačního chování. Mezi další aspekty při zhodnocování mentálního postižení může patřit také orientační posouzení inteligenčního kvocientu (IQ) a schopnosti zvládání obvyklých sociálně – kulturních nároků na jedince. Dle MKN 10. revize, kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO), rozlišujeme mentální retardaci: lehkou (IQ 69-50), středně těžkou (IQ 49–35), těžkou (IQ (34–20) a hlubokou (IQ 19 a nižší). Příčiny vzniku mentálního postižení nejsou jasně konkretizovány. Z časového hlediska se může jednat o příčiny prenatální (před porodem), perinatální (během porodu) a postnatální (po porodu, do 2. roku života dítěte). Někteří autoři také hovoří o mentálním postižení vrozeném či získaném, popřípadě vzniklém na základě endogenních (vnitřních) nebo exogenních (vnějších) příčin (srov. Valenta, Michalík, Lečbych, 2018; Marádová, Středa, Zima, 2010; MKN-10, WHO, 2018).

Oslabením kognitivního vývoje rozumíme *„snížení výkonnosti, které ještě není na úrovni mentálního postižení, ale přesto znevýhodňuje především při vzdělávání a indikuje podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru"* (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018, s. 34). Pro oslabení kognitivního vývoje je také typické variabilní spektrum dílčích funkcí, které se u každého jedince mohou projevovat rozličným způsobem. Mohou být výrazně oslabeny procesy učení a myšlení, avšak v jiných oblastech poznávání mohou být doplněny silnými stránkami. V této souvislosti někdy mluvíme o tzv. deficitech dílčích funkcí, které se mohou v prostředí školy projevit tzv. *poruchami učení,* pro které je charakteristické komplexní oslabení v oblasti nabývání vědomostí promítající se do práce ve většině vyučovacích předmětů. Poruchy učení mohou být někdy zaměňovány s termínem *specifické poruchy učení,* pro které je typické oslabení pouze v určité, specifické oblasti (např. čtenářské nebo matematické). Rozlišujeme specifickou poruchu čtení – dyslexie, psaní – dysgrafie, pravopisu – dysortografie, osvojování matematických schopností – dyskalkulie, specifickou vývojovou poruchu motorické funkce – dyspraxie, poruchu v oblasti výtvarných dovedností – dyspinxie a poruchu v osvojování hudebních dovedností – dysmúzie. S poruchami učení se často pojí také poruchy chování, které bývají v mnoha případech propojeny i s ostatními neurovývojovými problémy, obvykle s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou – ADHD. Obdobně jako žáci se závažnými poruchami chování patří do této kategorie také žáci s dalšími psychiatrickými diagnózami, jako je

např. bipolární porucha, depresivní poruchy, Tourettův syndrom, schizofrenie, explozivní porucha apod. Vzdělávání těchto žáků vyžaduje úpravu průběhu a organizace vzdělávání, tedy i využití určitého stupně podpůrných opatření (srov. Bartoňová, 2018, Katalog podpůrných opatření, UPOL. 2019, Sindelar, 2016).

Někteří autoři k mentálnímu postižení řadí také žáky s *poruchami autistického spektra* neboli autismem. Autismus je vrozený a řadí se mezi neurovývojové poruchy vznikající na neurobiologickém základě. Otázka vzniku poruch autistického spektra není dosud jasná. Vědecké studie pojednávají o tom, že autismus vzniká v důsledku geneticky podmíněných změn v mozkovém vývoji. Velkou váhu přikládají také genetickým faktorům, kdy se na vzniku autismu podílí různý počet genů v různé míře. Na etiologii autismu mají vliv také rizikové faktory během těhotenství, při porodu nebo krátce po něm (Thorová, 2006). Pro autismus je typická triáda příznaků: narušení komunikace, narušení sociální interakce a abnormality v chování, zájmech a hře. Míra a způsob manifestace jednotlivých příznaků je zcela individuální v závislosti na konkrétním jedinci a typu autismu. Některé z nich se mohou s vývojem jedince a jeho věkem zlepšovat, obměňovat nebo také stagnovat (Katalog podpůrných opatření, UPOL, 2019). Dle MKN-10. revize řadíme k pervazivním vývojovým poruchám: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, jinou dezintegrační porucha v dětství, hyperaktivní poruchu s mentální retardací a stereotypy, jinou pervazivní vývojovou poruchu a pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou (MKN-10, WHO, 2018).

Za *narušenou komunikační schopnost* jedince považujeme stav, kdy *„některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku“* (Klenková, 2006, s.54). Narušená komunikační schopnost (dále jen NKS) přitom může být v celkovém klinickém obraze dominantní nebo může být součástí jiného, dominantního postižení, poruchy. V takovém případě mluvíme o symptomatických poruchách řeči (Lechta, 2008). Problematika NKS je velice obsáhlá. Každý typ NKS vzniká na jiném podkladě a vyžaduje tak i vlastní specifický přístup k osobnosti postiženého a tedy i k následné reedukaci. Klasifikace NKS není jednotná a může být sestavena dle různých kritérií a v různém kontextu. Nejznámější je však klasifikace podle Lechty (2003), který dělí NKS na: vývojovou nemluvnost (vývojová

dysfázie), získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), narušení plynulosti řeči (tumultus sermonis, balbuties), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie), narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu a kombinované vady a poruchy řeči.

„Tělesné postižení chápeme jako přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým či značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony“ (sec. cit. Gruber, Lendl, 1992 In Kočová, 2017, s. 31). Dle Slowíka (2016) se však nemusí jednat pouze o poruchy hybnosti, které jsou zřetelné na první pohled, nýbrž do této skupiny zdravotního postižení spadají také dlouhodobá onemocnění či zdravotní oslabení. Slowík dále rozlišuje tělesné postižení dle doby vzniku, a to na vrozené a získané. Vrozené vznikají již během těhotenství nebo při porodu a jsou to např. vady lebky, rozštěpy lebky apod. Získané jsou pak způsobené buď úrazem nebo chorobou a mohou vzniknout v kterémkoli období života. Jedná se o úrazy – zlomeniny, amputace atd. Všeobecně lze říci, že vrozená postižení ovlivňují vývoj jedince ve větší míře, avšak oproti postižením získaným nejsou tolik traumatizující (Opatřilová, Zámečníková, 2007). Stejný autor dále dělí tělesné postižení podle etiologie a to na: tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů apod.), tělesné vývojové vady (vady končetin nebo lebky, rozštěpy), úrazy (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky), následky nemocí (encefalitida, žloutenka, TBC atd.), dětská mozková obrna (spastické a nespastické formy) a dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení (oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)

Jednotná definice *zrakového postižení* neexistuje, neboť se do této skupiny řadí jedinci s různým typem a druhem zrakové vady. Všeobecně lze však za zrakově postižené považovat všechny osoby se zrakovou vadou či poruchou, kteří i přes léčbu a případnou korekci refrakčních vad mají ostrost vidění nižší než 0,3 (6/18) nebo mají omezený rozsah zorného pole při centrální fixaci pod 10°. Tuto terminologii užívají však spíše lékařské obory. V pedagogice se setkáváme s klasifikací zrakových vad především podle omezení zrakové ostrosti a zorného pole a dělíme tak tento druh postižení do 5 kategorií: lehká a střední slabozrakost, těžká slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická nevidomost a nevidomost. Někdy bývá zrakové postižení posuzováno také dle doby, kdy k němu došlo, dle progrese postižení, přítomnosti dalšího postižení nebo dle charakteristického symptomu. Dle stupně daného zrakového postižení jsou tito

jedinci omezeni i v procesu učení, neboť spoustu věcí se učíme nápodobou. Omezeny jsou také jejich komunikační dovednosti, neboť nemohou odezírat a nevidí pohyby úst, někdy se objevují nedostatky v písemném či čtecím projevu, v motorice apod. Z tohoto pohledu je tedy velmi nutné kromě určení stupně zrakového postižení posoudit také jiné schopnosti a dovednosti žáka (využití kompenzačních smyslů, intelektových a kognitivních funkci, úroveň motoriky, grafomotoriky, sebeobsluhy apod.), neboť úroveň těchto schopností a dovedností pak určuje míru potřebných podpůrných opatření (srov. Růžičková, Vítková, 2014; Katalog podpůrných opatření, UPOL, 2019; Slezáková, 2014).

Osoby se *sluchovým postižením* tvoří velmi heterogenní skupinu osob. Sluchové postižení lze dělit hned z několika hledisek. Dle místa vzniku rozlišujeme vady periferní a vady centrální. K periferním vadám sluchu patří převodní vady sluchu, (při kterých je poškozeno zevní nebo střední ucho), percepční vady sluchu, (kdy je poškozen sluchový nerv nebo vnitřní ucho) a smíšené vady sluchu (kde se může jednat o poškození vnějšího, středního, ale také vnitřního ucha.) Při centrálních sluchových vadách je poškozený podkorový nebo korový systém sluchových drah a typické jsou také obtíže v porozumění řeči. Dle doby vzniku rozlišujeme vrozené vady sluchu, které vznikají ještě před narozením a příčiny mohou být jak genetické, tak i negenetické. Získané vady sluchu mohou vzniknout během porodu, krátce po něm nebo v pozdějším věku např. v důsledku úrazu. Dle ztráty sluchu dělí WHO sluchové postižení na: normální sluch (ztráta 0-25 dB), lehká nedoslýchavost (ztráta 26-40 dB), střední nedoslýchavost (ztráta 41-55 dB), středně těžké poškození sluchu (ztráta 56-70 dB), těžké poškození sluchu (ztráta 71-90 dB), velmi závažné poškození sluchu (ztráta více než 90 dB) a neslyšící (v audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz). Z pohledu vzdělávání sluchově postižených je velmi důležitá skutečnost, zda vada sluchu vznikla ještě před vývojem řeči (prelingválně) nebo až po 7. roce života, tedy po ukončení vývoje řeči (postlingválně). Kromě mluveného jazyka, který využívají především jedinci s lehčími typy sluchových ztrát a postlingválně neslyšící, využívají jedinci se sluchovým postižením také svoje komunikační systémy jako je např. znakový jazyk, pomocné artikulační znaky apod. (srov. Horáková, 2006; Doležalová, 2012).

3.3 Osobnost žáka se zdravotním postižením

Osobnost chápeme jako jedinečnou, neopakovatelnou, dynamickou a také harmonickou strukturu, která spojuje všechny fyzické a psychické vlastnosti jedince. Osobnost také bývá často označována termínem „biopsychosociální jednotka," protože jednotlivé složky (psychické, biologické a sociální) se od sebe nedají oddělit. Neexistují dva naprosto totožní jedinci–osobnosti (srov. Říčan, 2013; Cakirpaloglu, 2012).

Tato práce je zaměřena na názory rodičů intaktních dětí na společné inkluzivní vzdělávání s žáky se zdravotním postižením. Nástup dítěte do jakékoliv vzdělávací instituce, zejména pak do první třídy základní školy je považován za jedno z nejvýznamnějších období v životě dítěte, neboť dítě spolu se zahájením povinné školní docházky získává novou životní roli, a to roli školáka (Monatová, 2002). Tato role kromě vyšší sociální prestiže, přináší dítěti také mnohem větší psychickou zátěž spojenou se zvyšováním nároků na dítě, plněním těchto nároků, ale také změnou životního stylu. Z tohoto pohledu je velice důležité, aby dítě bylo na všechny tyto změny připraveno, a to nejen po stránce fyzické, ale právě psychické a také sociální. Připravenost na vstup do základní školy nám určuje tzv. *školní zralost*, kterou můžeme volně definovat jako připravenost žáka na vstup do první třídy nebo také dosažení takového stupně vývoje, kdy je dítě připraveno účastnit se vyučovacího procesu. Při školní zralosti je posuzována dostatečná úroveň slovní zásoby dítěte, patřičné poznatky o přírodě, společnosti, ale i o samotném člověku a také se hodnotí jeho dovednosti, návyky a socializační úroveň. Hodnocena bývá také úroveň volních procesů a emocionality, pozornosti a úroveň paměti, protože bez těchto psychických procesů, by se dítě nemohlo učit novým poznatkům a dosahovat tak nějakých výsledků. K posouzení školní zralosti dochází většinou na poradenských pracovištích, respektive v pedagogicko-psychologických poradnách. Jako nejčastější příčiny nepřipravenosti na plnění povinné školní docházky bývají uváděny: nedostatečný vývoj centrální nervové soustavy, nedostatečný somatický vývoj, neurotické projevy, nepodnětné sociální prostředí, logopedické obtíže apod. (Vágnerová, 2015). Nepřipravenost na plnění povinné školní docházky se může objevovat jak u žáků intaktních, tak především u žáků se zdravotním postižením či vážným onemocněním. Vždy zde však hraje důležitou roli skutečnost, kdy k danému postižení došlo, jde-li o postižení vrozené (získané v raném dětství) anebo získané v pozdějších letech života.

Pokud se zaměříme na děti, u nichž je zdravotní postižení vrozené nebo časně získané, je logické, že jejich omezení se budou do celkového psychického, fyzického i sociálního vývoje promítat mnohem markantněji a nápadněji. Obecně lze však říci, že jakékoliv postižení neovlivní jen jedinou oblast, popř. část orgánu. Vždy je zdravotním postižením zasažena celá osobnost člověka. Např. jedinec se zrakovým postižením, které je vrozené, nebude mít postižený pouze zrak, ale druhotně se budou objevovat obtíže také v řeči, neboť nebude schopný napodobovat pohyby úst, a tak správně vyslovovat jednotlivé hlásky. Narušení psychické sféry se tak promítne do normálního rozvoje jednotlivých funkcí. Mimo to je rozvoj funkcí druhotně ovlivněný individuálními možnostmi a vlastnostmi každého jedince a také vnějším prostředím, které každého z nás utváří. Většinou se však postoje a chování sociálního prostředí, ve kterém jedinec s postižením vyrůstá, právě kvůli danému hendikepu, mění. Všechny tři výše uvedené složky – interakce mezi vývojem osobnosti, působením prostředí a důsledky zdravotního postižení – jsou ve vzájemné součinnosti a výrazně ovlivňují vývoj osobnosti jedince s postižením (Vágnerová, 2016).

Stejně tak jak bylo zmíněno výše, neexistují ani dva stejní jedinci se zdravotním postižením, a to ani v případě, že se jedná o stejný typ a stupeň postižení. Omezení daného jedince jsou vždy odlišná. Existují však nějaká psychická specifika, která se u jedinců se zdravotním postižením téměř vždy objevují. Jedná se např. o deprivace, které mohou být buď zkušenostní, kdy jedinci nemají možnost získávat určitě potřebné životní zkušenosti (činnostní, sociální...) anebo podnětové deprivace, kdy daná osobnost není schopna (či má omezenou schopnost) přijímat zrakové, sluchové či hmatové podněty ze svého okolí. Příkladem, kdy může mít jedinec, jak zkušenostní, tak podnětovou deprivaci, je postižení označované jako hluchoslepota. Kvůli absenci smyslových i jiných podnětů, se tyto osoby velmi často opožďují ve vývoji a mohou se u nich objevovat zvláštnosti v chování, jako jsou automatismy. Představy takto postižených osob o světě a okolí bývají právě kvůli deprivacím a nedostatku informací velmi často nepřesné a zkreslené (srov. Vágnerová, 2012; Langmeier, Matejček, 2011).

Zdravotní postižení bývá často spojeno s nápadnostmi zevnějšku, odlišnostmi v chování nebo postojích a předsudcích širší společnosti k jedinci s hendikepem. Toho si později začnou všímat i samotné děti, které se pak často srovnávají s intaktními vrstevníky, což může negativně ovlivňovat jejich sebepojetí. Velký podíl na tom, jaký vztah si začne dítě k sobě samému a ke svému postižení budovat, má to, jaké postoje k němu zaujímají jeho nejbližší, především pak rodiče, sourozenci a užší rodina.

V tomto ohledu závisí také na tom, o jaké postižení se jedná. Zdali je např. viditelné, bolestivé, vyžaduje si časté hospitalizace atp. Kvůli postižení bývají děti se získaným zdravotním postižením také velmi často ochuzeni o různé činnosti (pohyb, běh, dieta apod.), které intaktní děti mohou vykonávat zcela bez problémů. To v nich může vyvolávat pocity úzkosti, strachu a smutku, což znamená, že by jim měla rodina poskytnout větší pocit bezpečí, jistoty a lásky. Typická je také velmi silná fixace na matku či jiného blízkého člověka, která většinou vzniká v důsledku toho, že se dítě v situaci, ve které se nachází, cítí ohroženě. Ničím neobvyklým není ani agresivita, která plyne ze strachu z neznámého a typická je také regrese tedy návrat do nižšího vývojového stádia (např. dítě, které již bylo odplenkováno, se začne znovu pomočovat apod.) (srov. Severová 2006; Vágnerová 2012).

Sebepojetí a osobní identita lidí, u nichž je postižení vrozené nebo získané v raných stádiích života, je odlišná od jedinců, kteří svoje postižení získali v průběhu života, ale také samozřejmě od osob intaktních. Významné jsou především deficity v oblasti zkušeností, kdy jedinci s vrozeným zdravotním postižením ani nemají možnost porovnat stav zdraví a stav nemoci. Faktory ovlivňující vývoj osob, u nichž se jedná o zdravotní postižení získané, ať již důsledkem úrazu nebo prodělané nemoci, jsou tedy velmi rozdílné. Tyto osoby zažily pocit relativního zdraví, a proto tak prochází často velmi náhlou změnou až šokem, když se objeví ve stavu omezení nebo nemohoucnosti. Jednou z prvních a mnohdy nejnáročnějších věcí, kterým musí tyto osoby čelit, je vyrovnat se s tímto stavem a se svojí zcela novou identitou. Významnou roli při tom, jak člověk sebe sám a svoje nově nabyté postižení přijme, hrají postoje okolí. Ty se významně podílí na subjektivním vnímání nově vzniklé situace.

Ve vztahu k osobnosti jedince se zdravotním postižením je důležité ještě zmínit, že se u nich může objevovat tzv. emoční deprivace. Ta se může objevit jak u vrozených, tak získaných zdravotních postižení. Jde o stav, kdy nedochází k uspokojování emočních potřeb nebo nejsou tyto potřeby uspokojovány v dostatečné míře, po dostatečně dlouhou dobu. Většinou se tato problematika objevuje v rodinách, které zanedbávají svoje výchovné povinnosti. Osoby trpící emoční deprivací se ve svém vývoji mohou projevovat opožděně, a to jak v řeči, tak v sociálním chování, může se u nich projevovat citová oploštělost, úzkostnost, pasivita až agresivita (Langmeier, Matějček, 2011).

Je důležité říci, že vzhledem k rozvoji osobnosti dítěte hrají významnou roli jeho specifika. Tedy vždy musíme zohlednit to, o jaký druh, rozsah, stupeň a typ postižení se

jedná a popř. jaké má jedinec projevy, protože s nimi se pak pojí i konkrétní dopady na rozvoj psychiky postiženého dítěte. Vývoj psychiky se může projevovat v chování jedince, na které je důležité navázat konkrétní výchovně-vzdělávací činností a vybrat tak vhodné obsahy, formy, metody, prostředky a pomůcky vzdělávání, popř. i vhodnou vzdělávací instituci.

3.4 Ucelená (koordinovaná) rehabilitace

Pojem rehabilitace je odvozen z latinského slova *„habilis,“* jehož českým ekvivalentem je slovo *schopný.* V historii českých zemích se však kromě tohoto označení používal také termín *„návratná péče.“* Tento výraz se však neslučoval s charakterem některých zdravotních postižení, jako je např. mentální postižení či mozková obrna, neboť tato postižení vznikají jako vrozená, popř. časně získaná. Chybí jim tedy bod, ke kterému by bylo možné se vracet. Z tohoto důvodu se tedy začalo užívat, jak u vrozených, tak i u získaných postižení společného pojmu rehabilitace (Jankovský, 2006).

Světová zdravotnická organizace WHO (2006) přitom definuje rehabilitaci jako: *„soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postiženým zdravím (nemocí, úrazem, vrozenou vadou). Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání“* (MPSV, 2019 [online]).

Z výše uvedeného vyplývá, že rehabilitaci musíme chápat uceleně. Jedná se tedy o interdisciplinární obor, propojující jednotlivé oblasti vývoje člověka, jejichž „rozvoj a léčení“ vedou k (opětovnému) začlenění jedince do společnosti. Rehabilitace tak propojuje složku léčebnou, pedagogickou, pracovní a sociální. V každém z těchto rezortů pracuje odborník, který se snaží o maximální rozvoj jedince s postižením. Nedílnou a mnohdy tu nejdůležitější roli v týmu odborníků věnující se rehabilitaci, zaujímají rodiče jedince s postižením, protože jako jediní dokážou propojit všechny složky rehabilitace.

Jesenský (1995) ve vztahu k rehabilitaci využívá také pojmu komprehenzivní rehabilitace, čímž chápe tento pojem širokospektrálně a mluví tak o rehabilitaci, která by měla být integrovaná, globální a komplexní.

Pojem rehabilitace byl poprvé použit v USA během 1. světové války. Tento pojem se užíval v souvislosti s péčí o vojáky, kteří si z války odnášeli nejen fyzické, ale také psychické následky, se kterými se pak museli potýkat po zbytek svého života.

Z tohoto důvodu začaly vznikat v USA první zákony o rehabilitaci, které propojovali léčebné složky s jinými, dnes již nezbytnými prvky ucelené rehabilitace (Zikl, 2011).

I když se počátky ucelené rehabilitace u nás datují až ke konci 20. století, jeho základy byly položeny přibližně o 20 let dříve panem profesorem Sovákem. Ten si uvědomoval důležitost propojení jednotlivých složek a do speciálně-pedagogické rehabilitace zařadil i složku psychologickou, pedagogickou, různé terapeutické aktivity, tělesná cvičení a výchovu k práci. Na tento koncept navázal později, v roce 1986 také pan profesor Kábele. Postupně se tento přístup začal promítat do činnosti jednotlivých resortů a v roce 1991 vydalo Ministerstvo zdravotnictví Metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci.

O 7 let později, dne 14. dubna 1998 byl usnesením vlády České republiky č. 256 schválen *Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*, který stanovoval zavedení komplexního systému rehabilitace osob se zdravotním postižením. Rok na to byla na Ministerstvu práce a sociálních věcí ustanovena mezirezortní pracovní skupina, která měla za úkol navrhnout koncepci systému rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením. Výsledkem byl koncepční materiál *Ucelená rehabilitace,* který obsahoval rozbor současného stavu, návrh právních úprav, systému financování a požadavek na ukotvení ucelené rehabilitace v mezinárodních dokumentech.

Snahy o zavedení systému ucelené rehabilitace neustále pokračovaly a dne 4. června 2003 byly usnesením vlády České republiky č. 547 schváleny *Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením,* které byly ve stejném roce začleněny *do Návrhu věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením.* V návrhu se však objevily nedostatky a některé skutečnosti, se kterými vláda nesouhlasila, a proto jej zamítla. Návrh byl proto v roce 2004 stažen a muselo dojít k jeho přepracování. Opět tedy na Ministerstvu práce a sociálních věcí za účelem přepracování předešlého věcného záměru vznikla mezirezortní pracovní skupina.

29. března 2010 byl usnesením vlády České republiky č. 253 přijat *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na rok 2010–2014.* Plán se mimo jiné zaměřuje i na systém koordinované rehabilitace, která je poskytovaná osobám se zdravotním postižením. Jsou zde stanovena opatření pro rozvoj jednotlivých složek rehabilitace a také legislativní a věcné podmínky pro jejich vzájemnou součinnost a koordinaci. Zodpovědnost za tento plán nese Ministerstvo práce a

sociálních věcí, ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MPSV, 2019 [online]).

Aktuálním smyslem a cílem ucelené rehabilitace je co nejúplnější začlenění osob se zdravotním postižením do aktivního života a do společnosti. V současné době a díky legislativním opatřením se k tomu využívá mnohem širší spektrum služeb a terapií, které jsou zajišťovány čtyřmi hlavními oblastmi, tj. oblastí zdravotnickou neboli léčebnou, pedagogickou, pracovní a sociální. Ne vždy je přitom nutno využívat kombinaci všech těchto složek. Vždy velmi záleží na typu a stupni daného postižení, dle kterého jsou pak jednotlivé složky rehabilitace využívány. Abychom však mohli mluvit o ucelené (koordinované) rehabilitaci je nutné, aby se skládala minimálně ze dvou, jejichž fungování je vzájemně propojeno (Votava, 2005).

Léčebná rehabilitace byla po dlouhou dobu zástupcem rehabilitace jako takové, než došlo k provázanosti jednotlivých složek. Tato část rehabilitace je velmi odborná a většinou je doménou čistě lékařskou. Je jen velmi tenká hranice mezi léčebnou rehabilitací a léčením samotným. Během léčebné rehabilitace se využívá léčebných a zdravotnických postupů, jejichž cílem je zmírnění nebo úplné odstranění zdravotního postižení. Řadíme sem celou řadu léčebných postupů jako je např. fyzioterapie, ergoterapie, rozvoj motoriky, zvládnutí denních rituálů apod. (srov. Votava, 2005; Jankovský, 2006).

Pedagogická rehabilitace se uskutečňuje ve výchovně-vzdělávacích zařízeních, popř. poradenských institutech. Nemusí být vždy nutně zaměřena pouze na žáka s vadou vývojovou, ale může jít o pedagogické působení, které má za cíl návrat k původní linii vývoje u postižení získaných. Neubauerová (2012) spatřuje cíl pedagogické rehabilitace v dosažení co nejvyššího stupně vzdělání, soběstačnosti a rozvoje specifických dovedností u žáků se zdravotním postižením. V rámci pedagogické rehabilitace hovoříme především o vhodném výběru vzdělávací instituce a využívání speciálních metod, postupů a prostředků, které se volí dle typu a stupně zdravotního postižení. Pedagogická rehabilitace využívá prostředků reedukace (postupy k nápravě narušené funkce), kompenzace (zlepšování, zdokonalování výkonnosti jiné funkce, než funkce postižené) a stimulace (která povzbuzuje rehabilitovanou osobu k pozitivní reakci na určité podněty, stimuly).

Cílem *pracovní rehabilitace* je příprava a pomoc s uplatněním na trhu práce, resp. získání a udržení vhodného zaměstnání. Dle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů zahrnuje pracovní rehabilitace především

poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání a vytváření a ochranu pracovních příležitostí (podporované zaměstnávání pomoci pracovní asistence).

Neubauerová (2012) definuje *sociální rehabilitaci* jako taková opatření, které mají aktivně vést ke snížení závislosti osoby se zdravotním postižením a zároveň zvýšení jeho samostatnosti. Sociální rehabilitace chápeme jako soubor specifických činností zaměřující se na materiální zabezpečení postiženého, jeho legislativní ochranu a zařazení do systému sociálních služeb. Do oblasti sociální rehabilitace spadá i sociální poradenství, které je sociální službou podle zákona č. 189/2016 Sb. o sociálních službách (Jonáková, 2019 [online]).

Všechny oblasti rehabilitace by se měly řídit určitými zásadami, kterými jsou: včasnost, dostupnost, komplexnost, koordinovanost, individuální a interdisciplinární posouzení a zhodnocení potřeb a rozsahu rehabilitace (Jankovský, 2006).

Shrnutí

Jednotná klasifikace zdravotního postižení neexistuje. Všeobecně lze říci, že za osobu se zdravotním postižením je považován jedinec, který má trvale omezené možnosti vykonávat běžné činnosti každodenního života, a to i včetně dlouhodobých onemocnění. Zdravotní postižení lze klasifikovat z různých úhlů pohledu. Podle typu rozlišujeme postižení orgánové a funkční, podle příčin pak vrozené nebo získané a dle intenzity se může jednat o postižení lehké, střední nebo těžké. Zdravotní postižení také klasifikujeme dle druhu na mentální, tělesné, zrakové, sluchové, poruchy autistického spektra, specifické poruchy učení a chování, narušenou komunikační schopnost, popř. kombinované postižení. Neexistují dvě stejné osoby se zdravotním postižením, a to ani v případě, že mají stejný druh, typ a stupeň postižení. Vždy je nutné osobnosti daného žáka správně porozumět a zaujmout k ní tak individuální přístup, co se vzdělávání, terapie apod. týká. Osobám se zdravotním postižením je poskytována tzv. ucelená (koordinovaná) rehabilitace, která usiluje o co nejvyšší možný rozvoj osobnosti jedince, a tak i jeho lepší začlenění do života společnosti. Pojem ucelená znamená, že rehabilitace propojuje složku lékařskou, pedagogickou, pracovní a sociální.

4 Názory rodičů intaktních žáků na společné vzdělávání s žáky se zdravotním postižením

4.1 Hlavní cíl výzkumného šetření, hypotézy, metodologie

Diplomová práce se zabývá názory rodičů intaktních dětí na společné vzdělávání s žáky se zdravotním postižením. S ohledem na cíle této práce byla využita technika *kvantitativního výzkumného šetření* prostřednictvím *dotazníkového šetření* (Příloha č. 1). Díky zvolenému výzkumnému nástroji se podařilo do průzkumu zapojit poměrně velké množství respondentů, kdy se navrátila data od 145 informantů.

Hlavním cílem diplomové práce a výzkumného šetření bylo zjistit názory rodičů, jejichž intaktní děti se vzdělávají společně s žáky se zdravotním postižením v inkluzivním prostředí základní školy.

V návaznosti na hlavní cíl, byly vytyčeny také **cíle parciální**, kterými jsou:

- Analyzovat, zda se rodiče intaktních žáků již setkali s pojmy integrace, inkluze a žák se zdravotním postižením
- Zjistit, zda rodiče intaktních žáků se společným vzděláváním souhlasí
- Zjistit jaké faktory považují rodiče intaktních dětí za klíčové pro úspěšné inkluzivní vzdělávání
- Zjistit, zda jsou rodiče přesvědčeni o tom, že je dnešní školství dostatečně připraveno na inkluzi
- Porovnat výhody a nevýhody inkluzivního vzdělávání z pohledu rodičů intaktních žáků

V rámci kvantitativního výzkumného šetření a k naplnění cílů diplomové práce byly stanoveny následující **hypotézy:**

Hypotéza H1: Respondenti budou častěji uvádět, že pojmy integrace, inkluze a žák se zdravotním postižením znají, než že se s těmito pojmy ještě nesetkali.

Hypotéza H2: Respondenti budou častěji vyjadřovat nesouhlas se společným vzděláváním jejich intaktních dětí s žáky se zdravotním postižením, než že se společným vzděláváním budou souhlasit.

Hypotéza H3: Jako nejdůležitější faktor pro úspěšné inkluzivní vzdělávání žáků budou respondenti častěji uvádět typ a stupeň zdravotního postižení než jiné faktory.

Hypotéza H4: Respondenti budou častěji uvádět, že běžné základní školy nejsou zcela připravené na společné inkluzivní vzdělávání, než že připraveny jsou.

Hypotéza H5: Respondenti budou častěji uvádět jako největší výhodu inkluzivního vzdělávání jednodušší začleňování do společnosti intaktních osob a do pracovního života než jiné výhody.

Metodologie

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Vypracování teoretické části předcházelo studium a s ní související analýza odborné literatury, legislativních dokumentů a internetových zdrojů. Empirická část pak byla zpracována formou *kvantitativního výzkumného šetření*. Gavora (2010) chápe kvantitativní výzkum jako práci s číselnými údaji, která se snaží zjistit míru a četnost výskytu zkoumaného jevu, a je vhodná ke zkoumání větších skupin. Výhody kvantitativního výzkumu spatřuje v nestranném přístupu výzkumníka k řešené problematice a v možnosti statistického zpracování údajů. Chráska (2016) spatřuje další výhodu v relativně rychlém sběru dat, který lze zobecnit na celkovou populaci. Mezi výzkumné metody řadící se ke kvantitativnímu výzkumnému šetření patří: škálování, dotazník, interview, pozorování, obsahová analýza textu a experiment. Pro danou diplomovou práci byla zvolena právě dotazníková metoda, která se pro daný zkoumaný soubor jevila jako nejvhodnější, a jejíž obsah i srozumitelnost byla předem konzultována. Dotazník je považován za jeden z nejčastějších výzkumných nástrojů při sběru dat u kvantitativního šetření, kdy chceme za relativně krátký čas získat, co možná nejvyšší množství odpovědí od výzkumného vzorku. Dotazník v sobě naskýtá i výhody pro samé respondenty, jelikož jim dává možnost déle se rozmýšlet nad jednotlivými odpověďmi a uspokojuje také potřebu určité anonymity. Obvykle se skládá ze tří částí: *vstupní část* (obsahující hlavičku, jména autora, cíl dotazníku), *druhá část* (ta obsahuje vlastní otázky, které by měli být formulovány od těch nejlehčích, po složitější) a *koncová část* (kde se obvykle objevuje poděkování za spolupráci) (srov. Gavora, 2010; Olecká, Ivanová, 2010).

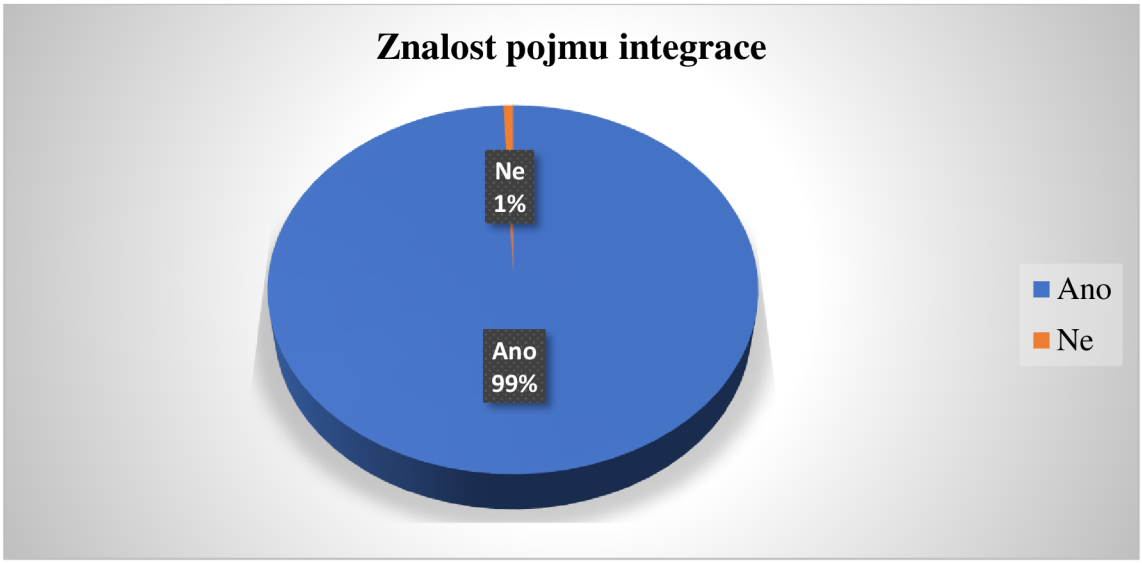
4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor byli vybráni rodiče, jejichž intaktní děti navštěvují základní školu v menším městě v Jihomoravském kraji. Jedná se o základní školu, která vznikla sloučením tří, do té doby samostatně fungujících budov základních škol. Daná škola je školou s devíti postupnými ročníky. Ve školním roce 2018/2019 navštěvuje školu 1362 žáků, z čehož je 678 žáků prvního stupně. Výuka zde probíhá podle školního vzdělávacího programu „Škola mnoha možností," ve kterém je uvedena i skutečnost, že škola přijímá žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Dotazníky byly předkládány rodičům intaktních žáků, a to právě na prvním stupni výše uvedené základní školy. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2018 do konce ledna 2019, tj. v průběhu tří měsíců a zúčastnilo se jej celkem 145 náhodně oslovených respondentů. Účastníci výzkumu byli osloveni buď osobně nebo elektronicky formou rozeslání dotazníku v elektronické podobě. Dotazník byl koncipován dle doporučené struktury Gavory (2010). V úvodu bylo vysvětleno, čeho se daný výzkum a celá diplomová práce týká, proč byli právě tito respondenti osloveni a součástí byl také slovníček s vysvětlením hlavních pojmů objevujících se v dotazníku. Respondenti byli také ujištěni anonymitou šetření a seznámeni s délkou trvání dotazníku, která činila přibližně 15 minut. Druhá část pak obsahovala vlastní výzkumné šetření, které se skládalo z 16 uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek, přičemž otevřený typ otázek byl využit výhradně pro uvedení názoru respondentů týkajícího se nejrozšířenějšího a nejzávažnějšího zdravotního postižení a připomínek k dotazníku. Prvních 12 otázek se zabývalo záležitostmi, které se vztahují k inkluzi, přičemž v 10. otázce respondenti uváděli, do jaké míry souhlasí s uvedenými výroky. V závěrečných čtyřech otázkách pak došlo ke sběru demografických údajů. V úplném závěru dotazníku nechybělo poděkování za jeho vyplnění.

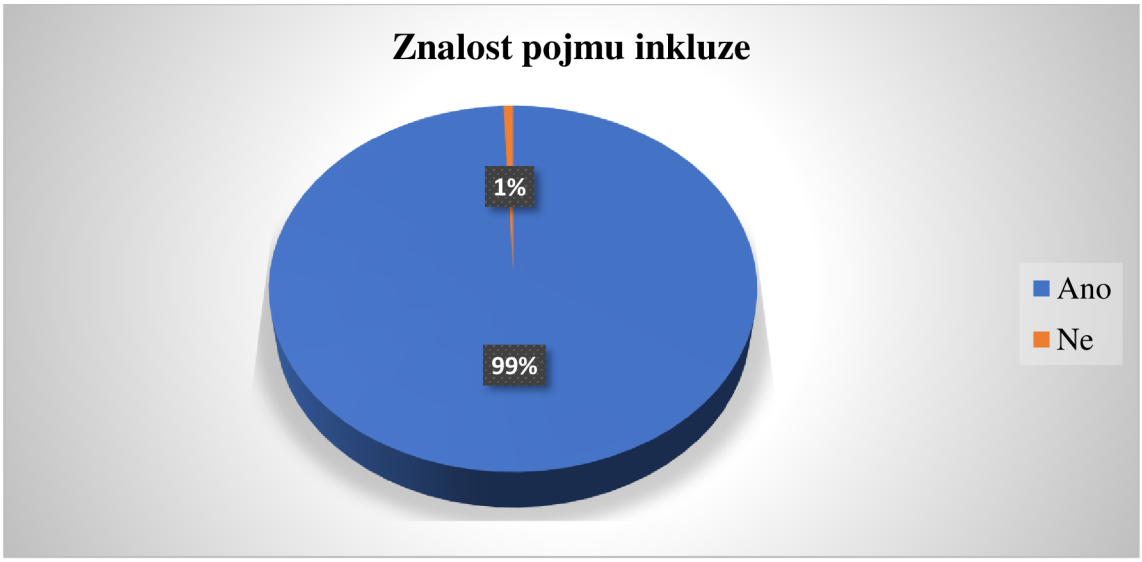
Výsledky výzkumu jsou vyhodnoceny v následující podkapitole a jsou přehledně zpracovány do tabulek a grafů.

4.3 Interpretace výzkumného šetření



Graf 1: Znalost pojmu integrace

První otázka se týkala toho, zda se respondenti již setkali s pojmem integrace. Odpovědi na tuto otázku byly uzavřené, a sice buď „ano“ nebo „ne.“ Téměř všichni dotazovaní, přesněji 144 (99 %) uvedli, že jim je tento termín znám. Pouze 1 (1 %) respondent se s tímto pojmem doposud nesetkal.



Graf 2: Znalost pojmu inkluze

Podobně jako u první otázky odpovídali respondenti také u druhé otázky, která se týkala znalosti pojmu inkluze. 143 (99 %) respondentů uvedlo, že se s tímto pojmem v minulosti setkalo a pouze 2 (1 %) respondenti uvedli, že tento pojem neznají.

Graf 3: Znalost pojmu „osoba se zdravotním postižením

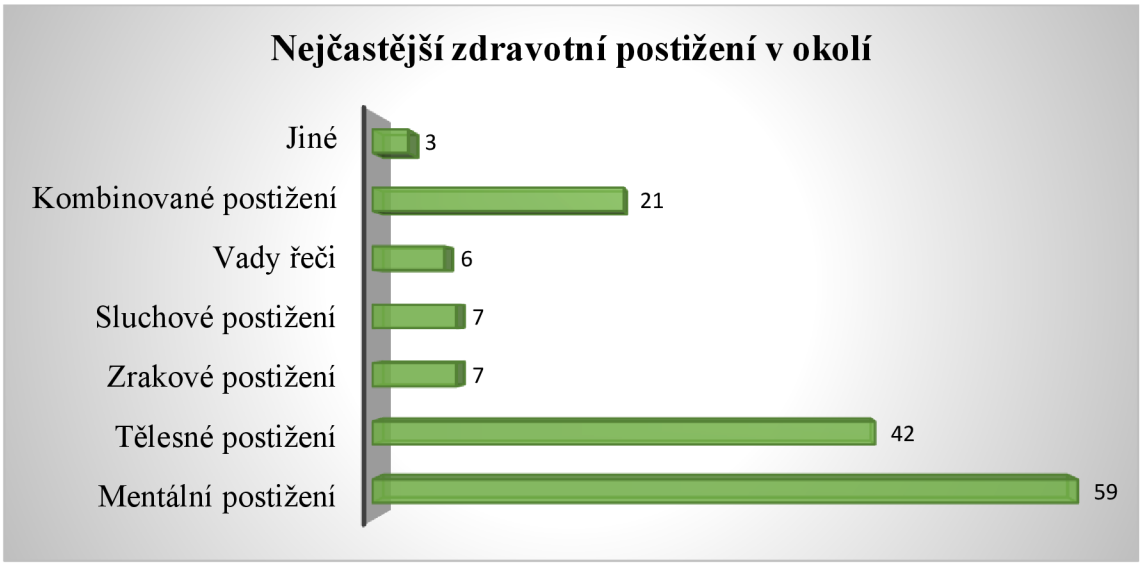
Třetí otázka byla položena stejně jako dvě předchozí a ani odpověď na tuto otázku nebyla překvapivá, neboť všech 145 (100 %) dotazovaných se s termínem osoba se zdravotním postižením již někdy ve svém životě setkalo.

Graf 4: Respondent je osoba se zdravotním postižením

U čtvrté otázky, zjišťující, zdali je účastník dotazování osobou s nějakým druhem zdravotního postižení, jsme se setkali se 142 (98 %) negativními odpověďmi. Pozitivní odpověď uvedli pouze 3 (2 %) respondenti, přičemž dva z této malé skupiny trpí zrakovým postižením a jeden sluchovým.

Graf 5: Osoba se zdravotním postižením v širším okolí

Pátá otázka se pak týkala zjištění, zdali se v okolí respondentů nachází někdo, kdo má nějaké zdravotní postižení. 23 (16 %) respondentů uvedlo, že nikoho se zdravotním postižením neznají, zbylí dotazovaní 122 (84 %) uvedli, že se v jejich okolí někdo takový nachází.



Graf 6: Nejčastější zdravotní postižení v okolí

Šestou otázkou bylo zjišťováno, s jakým postižením se respondenti ve svém okolí nejčastěji setkávají. Nejvíce bylo v odpovědích uváděno postižení mentální, které uvedlo 59 (41 %) respondentů, dále pak postižení tělesné-42 (29 %) a kombinované-21 (15 %). Zrakové a sluchové postižení uvedl jako nejčetnější stejný počet respondentů a to 7 (5 %). S vadami řeči se informanti setkávají poměrně řídce, neboť je uvedlo jako

časté pouze 6 (3 %) dotazovaných. Tři (2 %) respondenti uvedli, že se v okolí setkávají s jiným postižením, konkrétně dvakrát s autismem a jednou s vážným chronickým onemocněním.

Zdravotní postižení	Počet	Procenta
Mentální	54	37,2 %
Tělesné	38	26,2 %
Zrakové	14	9,7 %
Sluchové	7	4,8 %
Vady řeči	1	0,8 %
Kombinované	8	5,5 %
Autismus	5	3,4 %
ADHD	9	6,2 %
Jiné	4	2,8 %
Všechna	2	1,4 %
Nevím, nedokáži říct	3	2 %
Celkem	**145**	**100 %**

Tab. 1: Názory na nejrozšířenější zdravotní postižení

Otázky číslo 7 a 8 byly otázkami s možností volné odpovědi. Otázka číslo 7 byla zaměřena na zjištění, které zdravotní postižení považují respondenti za nejrozšířenější. Nejvyšší počet respondentů-54 (37,2 %) uvedl, že za nejrozšířenější zdravotní postižení považuje mentální postižení. V těsném závěsu pak bylo postižení tělesné 38 (26,2 %). Často se opakovala také odpověď zrakové postižení, které uvedlo 14 (9,7 %) respondentů. Jako další následovalo ADHD s 9 (6,2 %) odpověďmi, kombinované postižení s 8 (5,5 %) a sluchové postižení se 7 (4,8 %) kladnými odpověďmi. V otevřených odpovědích se objevil také autismus, který byl uveden konkrétně pětkrát (3,4 %) a pouze jeden respondent (0,8 %) uvedl, že se domnívá, že je v dnešní době nejrozšířenějším zdravotním postižením postižení logopedického rázu. Tři (2 %) dotazovaní nebyli schopni posoudit, které postižení může být nejrozšířenější a další dva (1,4 %) pak uvedli, že jsou toho názoru, že jsou všechna postižení rozšířena přibližně stejně. Čtyři (2,8 %) respondenti odpověděli jinak, než většina a uvedli, že považují za nejrozšířenější zdravotní postižení následující: „následky vážných úrazů a důsledky

dětské mozkové obrny, dysfunkce všeho druhu, špatná pohyblivost po úrazech (trvalá) a různé dysfunkce a hyperaktivita."

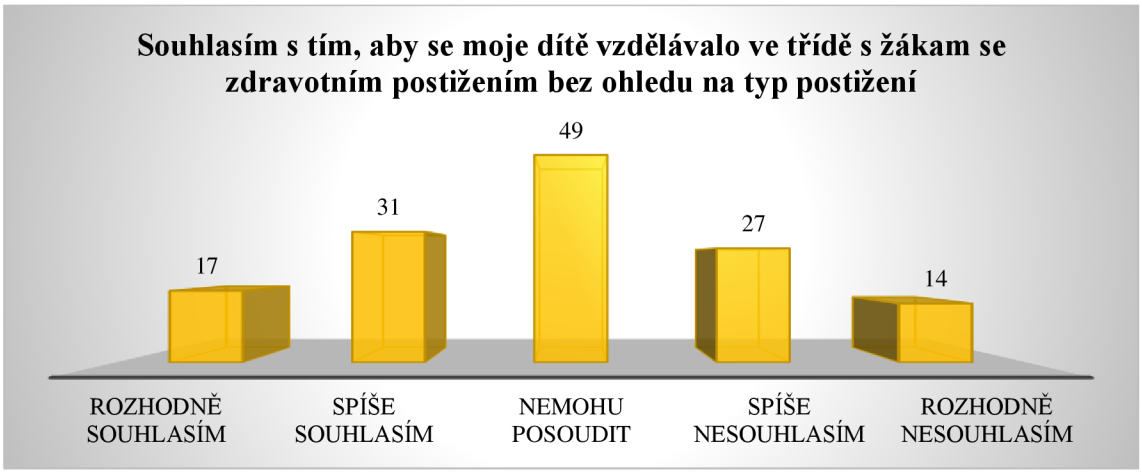
Zdravotní postižení	Počet	Procenta
Mentální	49	33,8 %
Tělesné	19	13,1 %
Zrakové	12	8,3 %
Sluchové	6	4,1 %
Vady řeči	1	0,7 %
Kombinované	44	30,3 %
Autismus	1	0,8 %
Jiné	4	2,8 %
Všechna	3	2 %
Nevím, nedokáži říct	6	4,1 %
Celkem	**145**	**100 %**

Tab. 2: Názory na nejzávažnější zdravotní postižení

Otázka číslo 8 se pro změnu dotazovala respondentů na jejich názor týkající se nejzávažnějšího zdravotního postižení. Velmi podobně v počtu odpovědí na tom bylo mentální a kombinované zdravotní postižení. Mentální postižení uvedlo jako nejzávažnější 49 (33,8 %) dotazovaných a kombinované postižení pak 44 (30,3 %). Shoda téměř panovala také v četnosti reakcí týkajících se tělesného postižení, kde se objevilo 19 (13,1 %) odpovědí a postižení zrakového-12 (8,3 %). Sluchové postižení bylo uvedeno jako těžké pouze v 6 (4,1 %) případech. Shodný počet byl u vad řeči a autismu, které vidí jako nejzávažnější postižení pouze 1 (0,8 %) respondent. Tři (2 %) účastníci dotazování uvedli, že považují všechna zdravotní postižení za stejně závažná, neboť každé z nich má svá specifika a daný jedinec je prožívá svým vlastním způsobem a s jinou intenzitou. Někteří respondenti, konkrétně 6 (4,1 %) nebyli schopni určit nejzávažnější zdravotní postižení a k dané otázce se proto raději vyjádřili slovy, že nejsou danou problematiku schopni posoudit. 4 (2,8 %) dotazovaní naopak zvolili ještě jiné možnosti, mezi kterými uvedli jako nejzávažnější postižení: „dětská mozková obrna a cystická fibróza, hluschoslepota, ochrnutí od krční páteře a svalová dystrofie."

Graf 7: Společné vzdělávání intaktních dětí s žáky se zdravotním postižením

Po otevřených otázkách opět následovaly otázky uzavřené. Otázka číslo 9 se týkala toho, zdali se s intaktními dětmi respondentů vzdělávají žáci se zdravotním postižením. 76 (53 %) dotazovaných uvedlo, že ne a zbývajících 68 (47 %) na otázku odpovědělo kladně. Dotazovaní také mohli v případě kladné odpovědi možnost uvést, o jaké postižení se jedná. Třináct z nich uvedlo postižení tělesné, dvanáct pak mentální, jedenáct poruchy autistického spektra, sedm sluchové postižení, čtyři zrakové postižení a také se objevila dvakrát odpověď vady řeči, konkrétně v obou případech vývojová dysfázie.

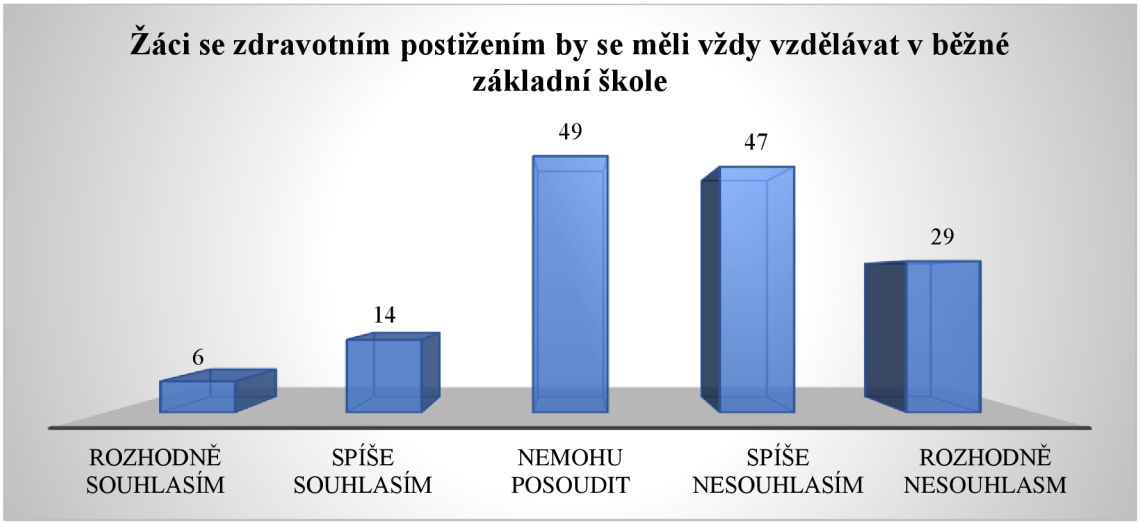


Graf 8: Výrok I.

Celá 10. otázka obsahovala 23 podotázek a zjišťovala od respondentů, na kolik souhlasí s jednotlivými výroky. Jak můžeme vyčíst z grafu č. 8, tak s prvním výrokem rozhodně souhlasí 17 (12 %) a spíše souhlasí 31 (22 %) respondentů. 49 (36 %) dotazovaných není schopno daný výrok posoudit a naopak 27 (20 %) respondentů spíše nesouhlasí a 14 (10 %) jich rozhodně nesouhlasí.

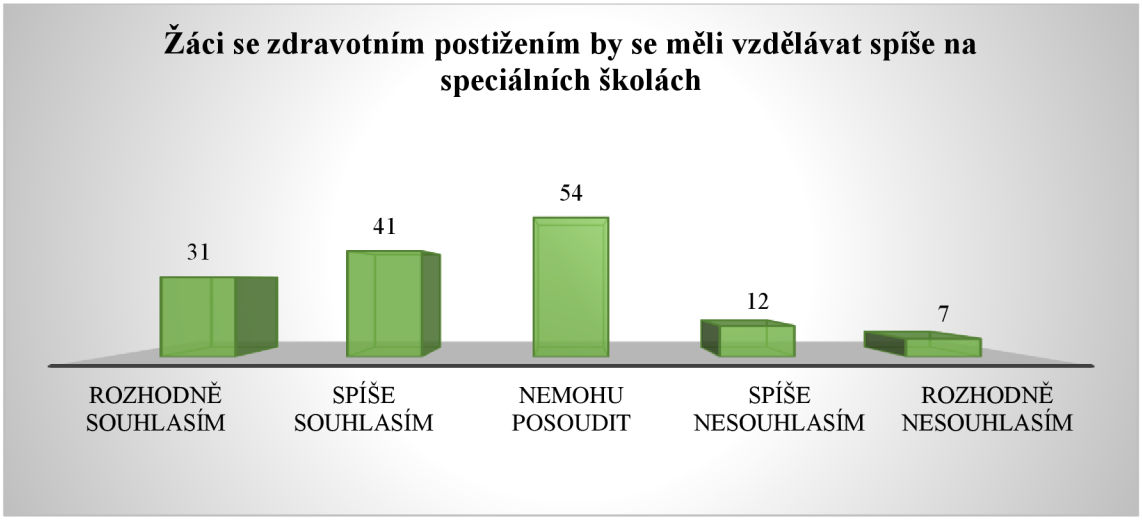
Graf 9: Výrok II.

U výroku č. II panuje poměrná shoda v odpovědích. Téměř všichni dotazovaní- 111 (77 %) rozhodně souhlasí a 25 (17 %) jich spíše souhlasí s výrokem, že by se zařazení žáků se zdravotním postižením do běžné základní školy mělo odvíjet od typu a stupně jejich postižení. 6 (4 %) respondentů nedokáže danou skutečnost posoudit. A pouze 3 (2 %) s tímto výrokem nesouhlasí.



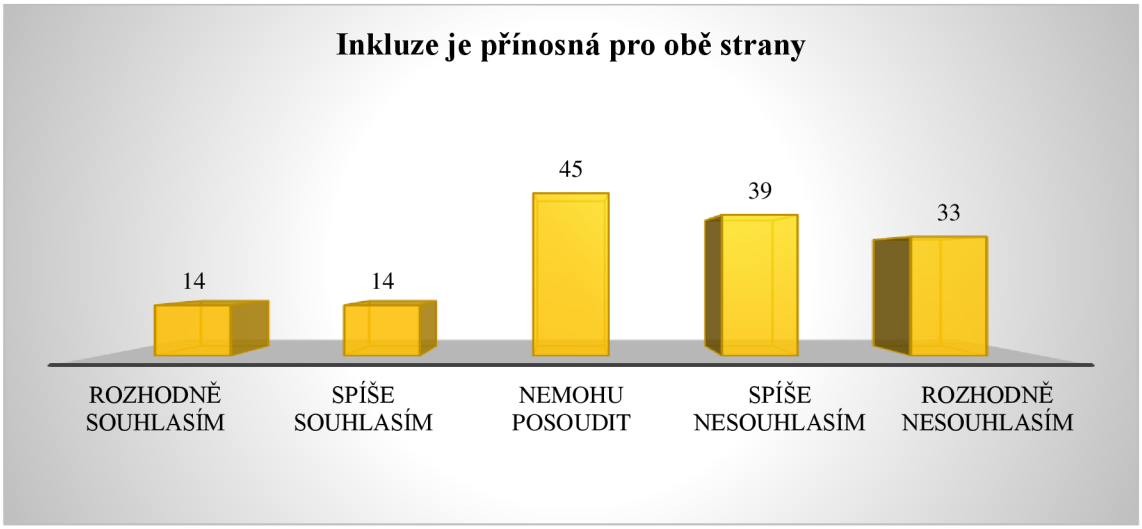
Graf 10: Výrok III.

I u výroku č. III: „žáci se zdravotním postižením by se měli vždy vzdělávat v běžné základní škole“ panuje skoro shoda. S tímto výrokem rozhodně nesouhlasí 29 (20 %) a spíše nesouhlasí 47 (32 %) respondentů. Někteří dotazovaní, konkrétně 49 (34 %) nebyli s to danou otázku posoudit. 14 (10 %) respondentů s tímto výrokem spíše souhlasilo a 6 (4 %) jich souhlasilo rozhodně.



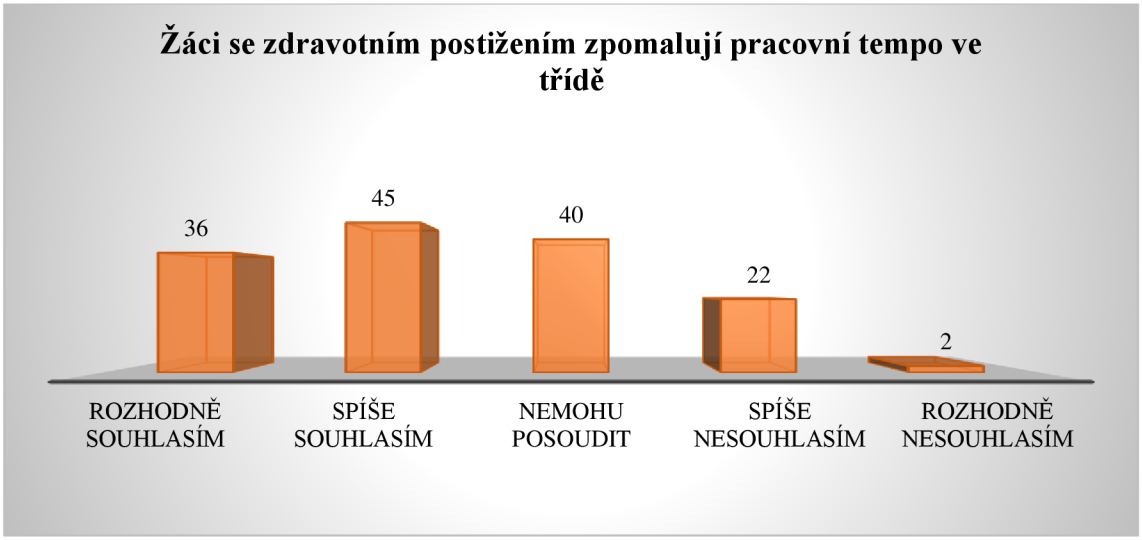
Graf 11: Výrok IV.

Následující otázka navazovala na předchozí, neboť se dotazovala na skutečnost, zda respondenti souhlasí s tím, aby byli žáci vzděláváni spíše ve speciálních základních školách. Zásadně pro bylo 31 (22 %) a spíše pro 40 (28 %) dotazovaných. 54 (38 %) z nich nedokázalo tuto skutečnost posoudit. S tím, že by žáci se zdravotním postižením měli být vzděláváni ve speciálních školách spíše nesouhlasilo 12 (8 %) a rozhodně nesouhlasilo 7 (4 %) respondentů.



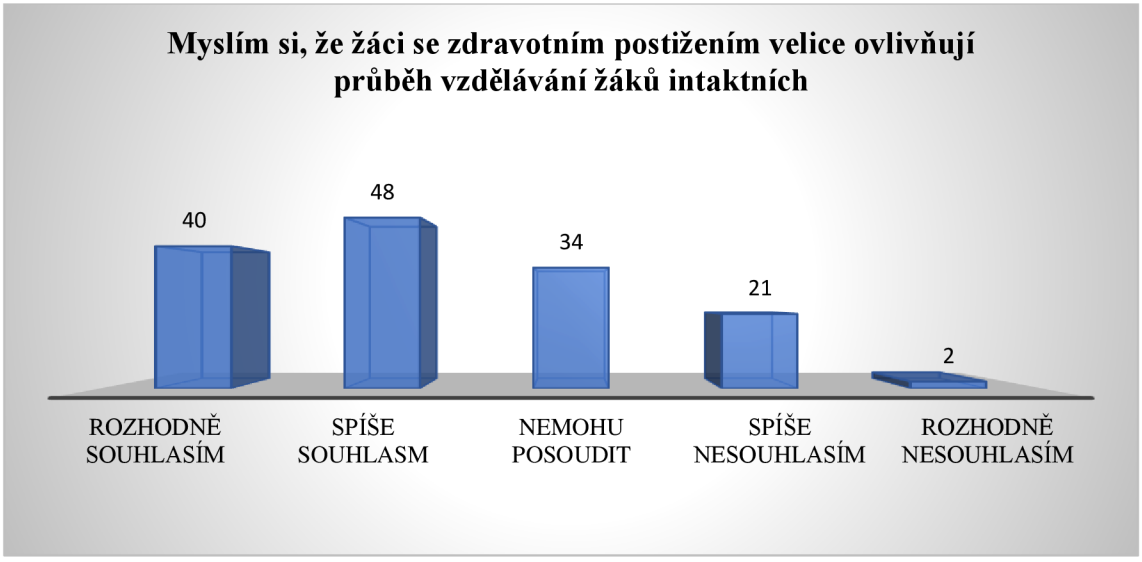
Graf 12: Výrok V.

Jak je patrné z grafu, tak u výroku č. V panuje taktéž poměrná shoda. Účastníci dotazování spíše nesouhlasí-39 (26 %) a rozhodně nesouhlasí-33 (23 %) s tvrzením, že je inkluze přínosná pro obě strany. Tuto skutečnost nedokázala posoudit téměř jedna třetina respondentů, přesněji 45 (31 %). S tvrzením naopak souhlasí celkově 28 (20 %) dotazovaných.



Graf 13: Výrok VI.

S výrokem č.VI rozhodně souhlasilo 36 (25 %) a spíše souhlasilo 45 (31 %) dotazovaných. 24 (16 %) z nich si naopak myslí, že žáci se zdravotním postižením pracovní tempo ve třídě nijak neovlivňují. 40 (28 %) respondentů si s odpovědí nebylo jisto, proto raději zvolili variantu „nemohu posoudit.“

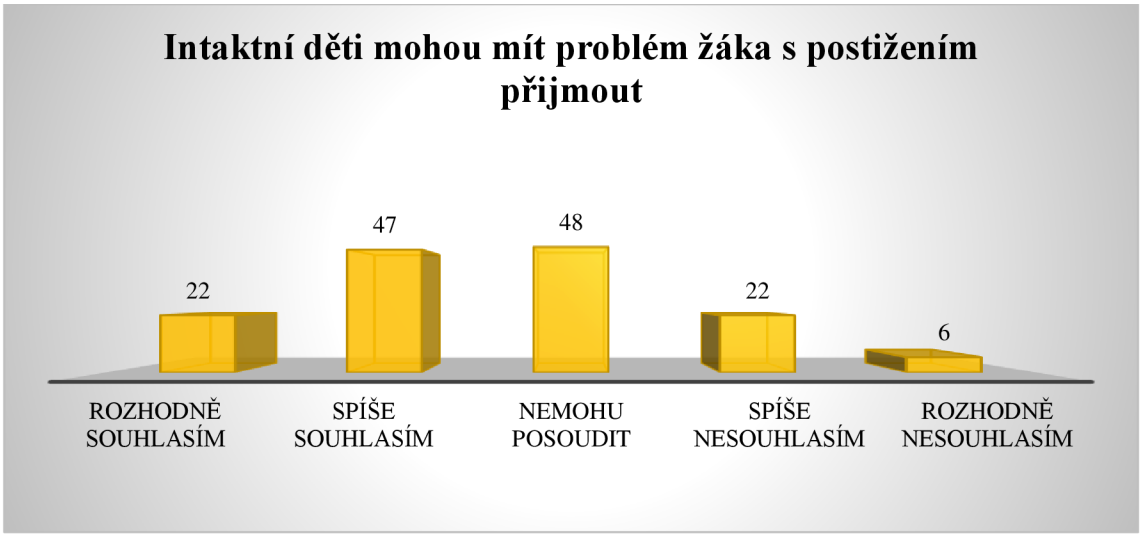


Graf 14: Výrok VII.

Více než polovina účastníků dotazování, konkrétně 88 (61 %) se shodla v tom, že žáci se zdravotním postižením velice ovlivňují průběh vzdělávání žáků intaktních. Naopak 23 (15 %) z nich si myslí, že tomu tak není. 34 (24 %) respondentů nedokázalo tuto skutečnost zhodnotit.

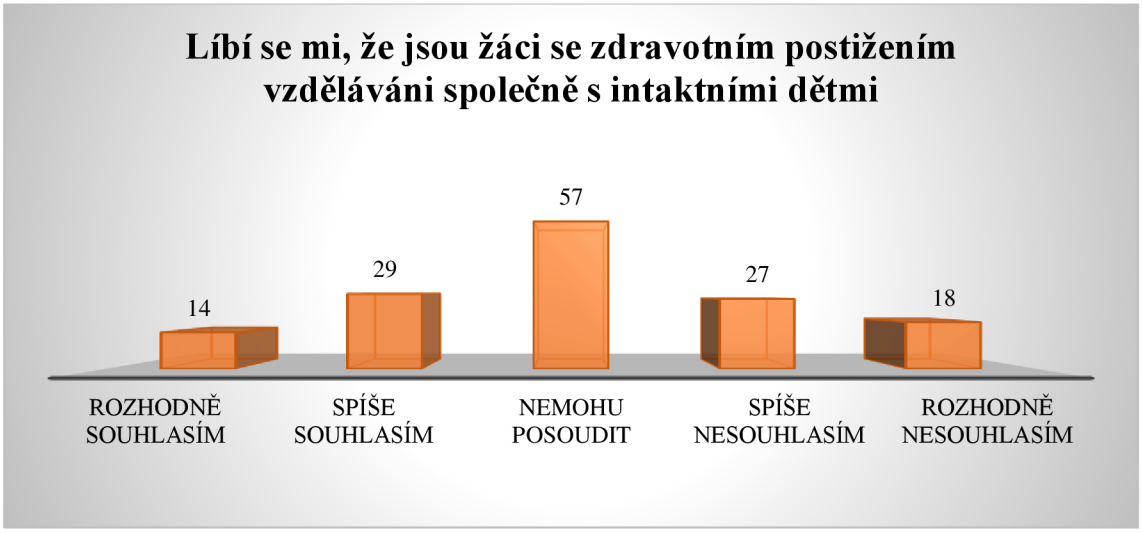
Graf 15: Výrok VIII.

U výroku č. VIII naopak jasná shoda nepanuje. 23 (16 %) respondentů rozhodně souhlasí a 35 (24 %) spíše souhlasí s tím, že žáci se zdravotním postižením mají problémy se začleněním do kolektivu. Naopak 27 (18 %), resp. 11 (8 %) dotazovaných s tímto výrokem nesouhlasí. 49 (34 %) respondentů nedokáže daný výrok posoudit.



Graf 16: Výrok IX.

Obdobně je tomu i u výroku č. IX. Opět si téměř jedna třetina, tedy 48 (33 %) dotazovaných netroufá danou situaci posuzovat. Celkově 28 (20 %) nesouhlasí s tvrzením, že mohou mít intaktní děti problém s přijetím postiženého jedince. 22 (15 %) respondentů s tímto výrokem naopak rozhodně souhlasí a dalších 47 (32 %) jich souhlasí spíše.

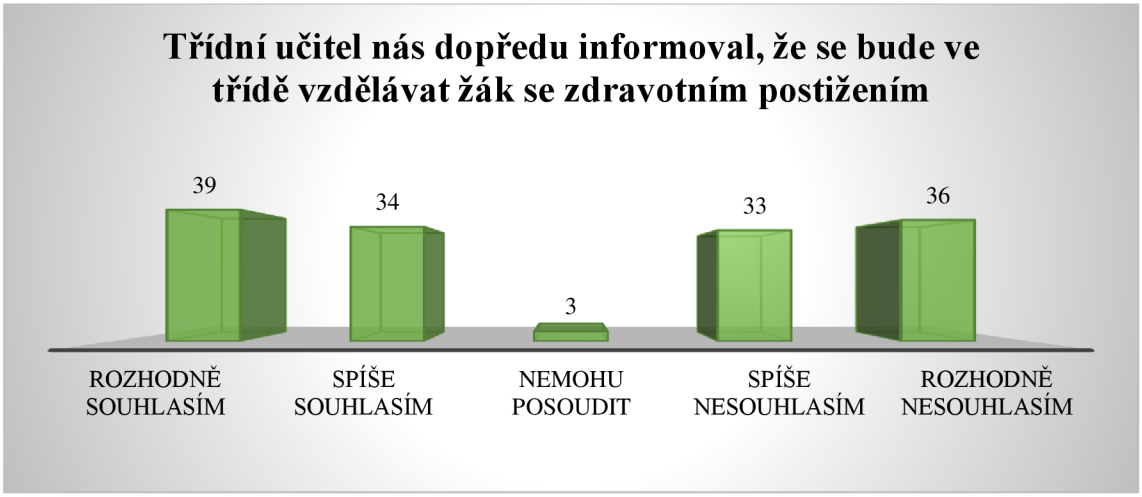


Graf 17: Výrok X.

Jednoznačnou odpověď jsme nedostali ani na výrok, zda se respondentům líbí společné vzdělávání žáků intaktních a žáků se zdravotním postižením. Z grafu je patrné, že výzkumný vzorek je v tomhle ohledu rozdělen téměř 50 na 50, resp. 43 (30 %) respondentů souhlasí a 45 (31 %) jich naopak nesouhlasí. Valná většina, tedy 57 (39 %) zvolila odpověď „nemohu posoudit."

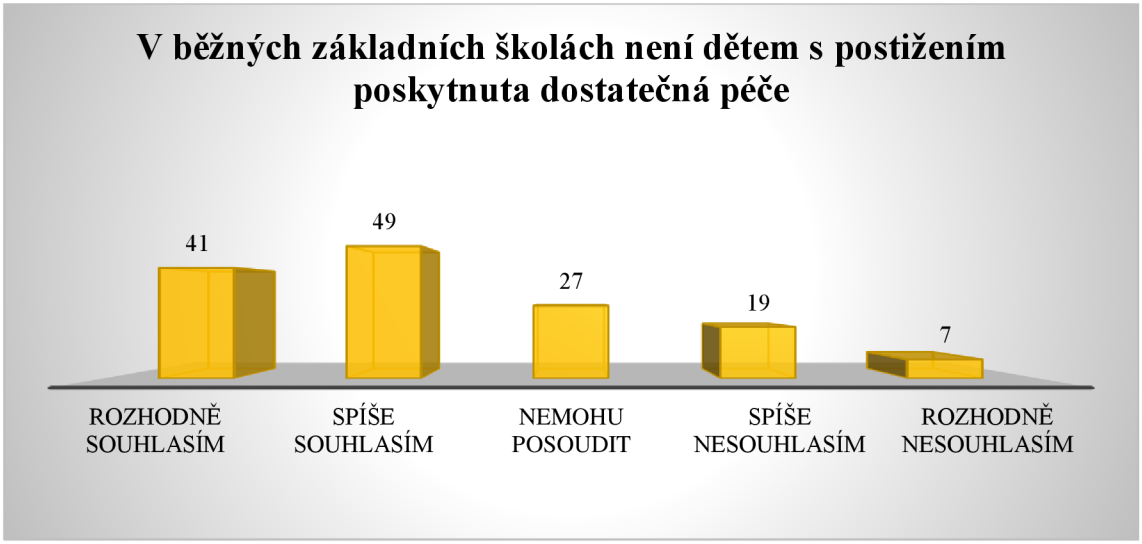
Graf 18: Výrok XI.

22 (15 %) účastníků dotazování rozhodně souhlasilo s tvrzením, že je pro obě strany přínosné, když se ve škole setkávají žáci intaktní s žáky s postižením. S tímto výrokem spíše souhlasilo 46 (32 %) dotazovaných. Jedna třetina respondentů (34 %) se k tomuto tvrzení vyjádřila neutrálně. Celkově 27 (19 %) dotazovaných s výše uvedeným výrokem nesouhlasilo.



Graf 19: Výrok XII.

Výrok č. XII se týkal toho, zda třídní učitel podal rodičům informaci o tom, že se ve třídě bude vzdělávat žák se zdravotním postižením. 73 (50 %) respondentů uvedlo, že s touto skutečností seznámeni byli a 69 (48 %) naopak, že nebyli. Pouze 3 (2 %) dotazovaní si nebyli odpovědí jisti. Četnost odpovědí u tohoto výroku může úzce souviset s otázkou číslo 9, která se zaměřovala na to, zda se ve třídě, kam dochází intaktní dítě respondentů vzdělává i žák se zdravotním postižením. Odpovědi i u této otázky totiž byly také téměř 50 na 50, resp. 53 % na 47 %.

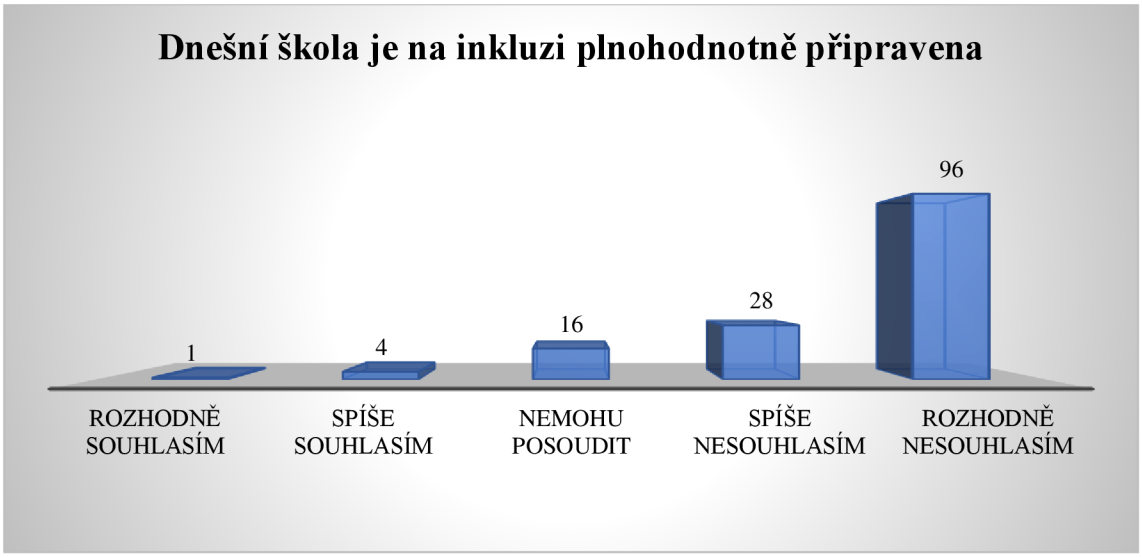


Graf 20: Výrok XIII.

„V běžných základních školách není dětem s postižením poskytnuta dostatečná péče“ s tímto výrokem souhlasí většina respondentů, neboť 41 (29 %) jich uvedlo, že rozhodně souhlasí a 51 (35 %), že souhlasí spíše. 27 (18 %) z dotazovaných uvedlo, že neví. Pouze 26 (18 %) respondentů s daným výrokem nesouhlasilo.

Graf 21: Výrok XIV.

U výroku č. XIV panuje téměř shoda, a to v tom, že zařazení zdravotně postižených žáků do běžných škol je úspěšné. S tímto výrokem rozhodně nesouhlasí 32 (22 %) a spíše nesouhlasí 53 (36 %) respondentů. Někteří dotazovaní, konkrétně 43 (30 %) z nich nebyli s to danou otázku posoudit. 14 (10 %) respondentů s tímto výrokem spíše souhlasilo a 3 (2 %) souhlasilo rozhodně.

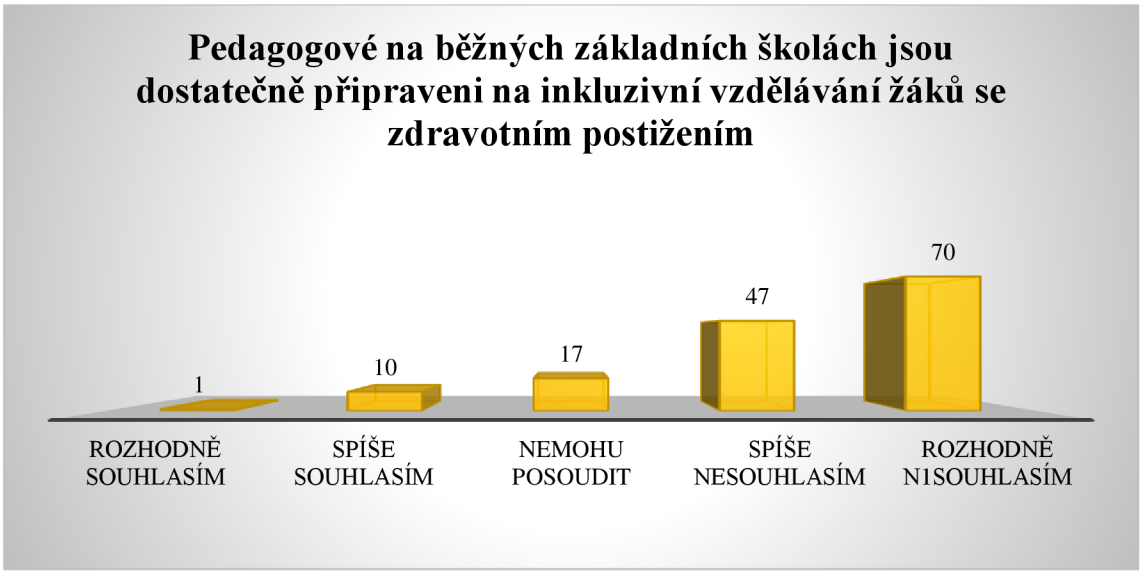


Graf 22: Výrok XV.

Z grafu č. 22 je patrné, že 96 (66 %) dotazovaných zcela nesouhlasí s výrokem, který tvrdí, že je dnešní škola na inkluzi plnohodnotně připravena. Dalších 28 (19 %) účastníků dotazování s výrokem také spíše nesouhlasilo. Pouze 5 (4 %) respondentů s tímto tvrzením souhlasilo a 16 (11 %) nedokázalo výrok posoudit.

Graf 23: Výrok XVI.

Velmi podobná shoda panuje také v otázce finanční připravenosti škol, co se inkluze týká. Zde také valná většina respondentů nesouhlasila a to konkrétně 123 (85 %). 9 dotazovaných si naopak myslí, že školy po finanční stránce na inkluzi připraveny jsou. 13 (9 %) respondentů odpovědělo neutrálně.

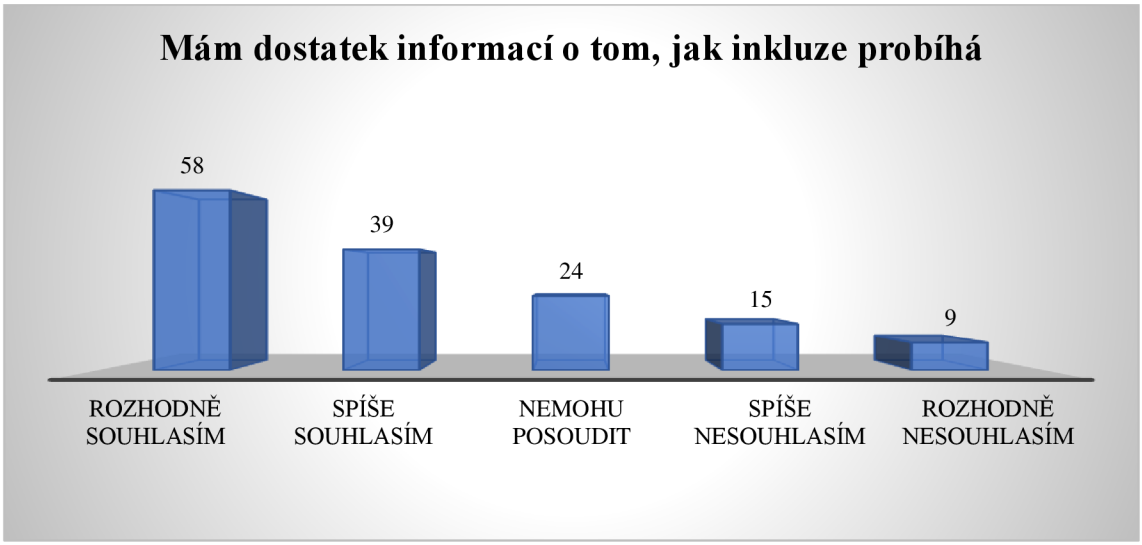


Graf 24: Výrok XVII.

K výroku č. XVII se vyjádřil plný počet respondentů, z nějž 117 (80 %) s daným výrokem nesouhlasilo a pouze 11 (8 %) vyjádřilo souhlas. Mezi odpověďmi se objevila také odpověď neutrální, kterou zvolilo přesně 17 (12 %) dotazovaných.

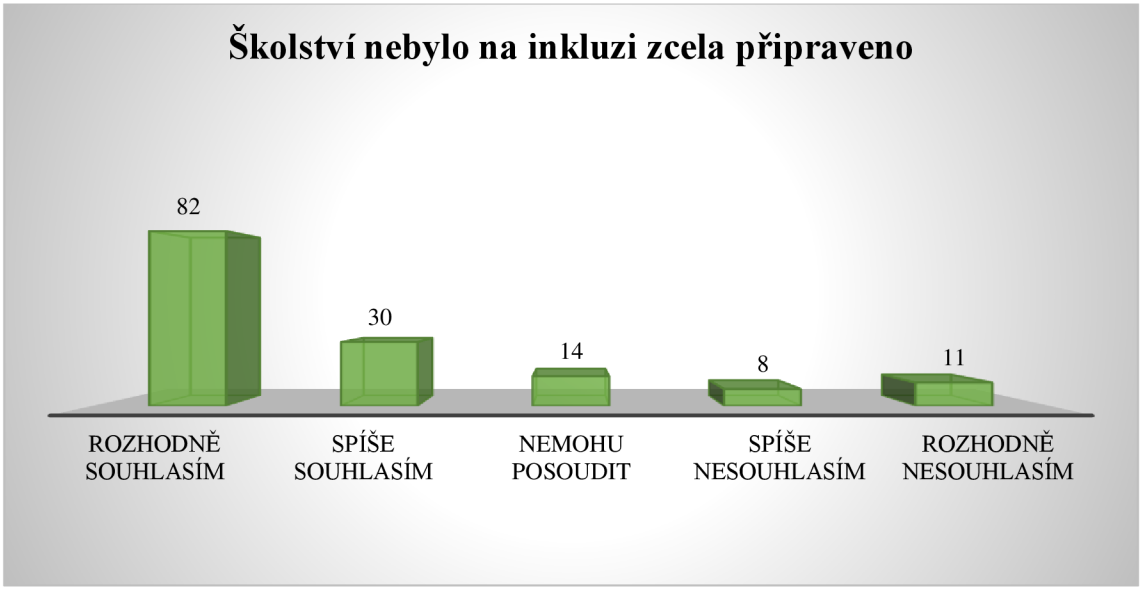
Graf 25: Výrok XVIII.

U výroku č. XVIII jsme se ve většině případů setkali spíše s negativními odpověďmi. Jak je z grafu patrné, tak 95 (66 %) respondentů uvedlo, že nesouhlasí s tvrzením, že by měla inkluze fungovat pouze na 1. stupni běžné základní školy. Pouze 6 (4 %) respondentů rozhodně souhlasilo a 9 (6 %) jich souhlasilo spíše. 35 (24 %) dotazovaných se vyjádřilo neutrálně.



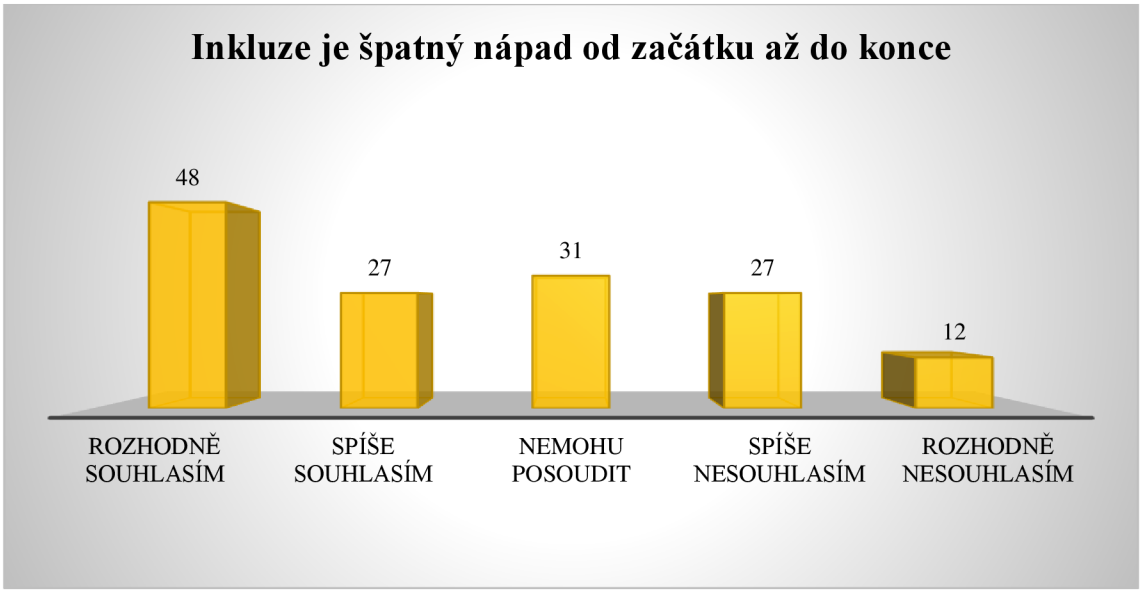
Graf 26: Výrok XIX.

Celkově 97 (67 %) účastníků dotazování uvedlo, že má dostatek informací o tom, jak inkluze probíhá. 24 (17 %) z nich si nebylo zcela jisto, proto raději zvolili odpověď „nemohu posoudit.“ Celkově 24 (16 %) respondentů cítí, že dostatek informací o této skutečnosti nemá.



Graf 27: Výrok XX.

Vyjádření respondentů k výroku „školství nebylo na inkluzi zcela připraveno“ bylo poměrně jednoznačné, neboť hned 112 (77 %) z nich uvedlo, že s tímto výrokem souhlasí. Pouze 19 (13 %) nesouhlasilo. Někteří dotazovaní, konkrétně 14 (10 %) zvolili neutrální odpověď.



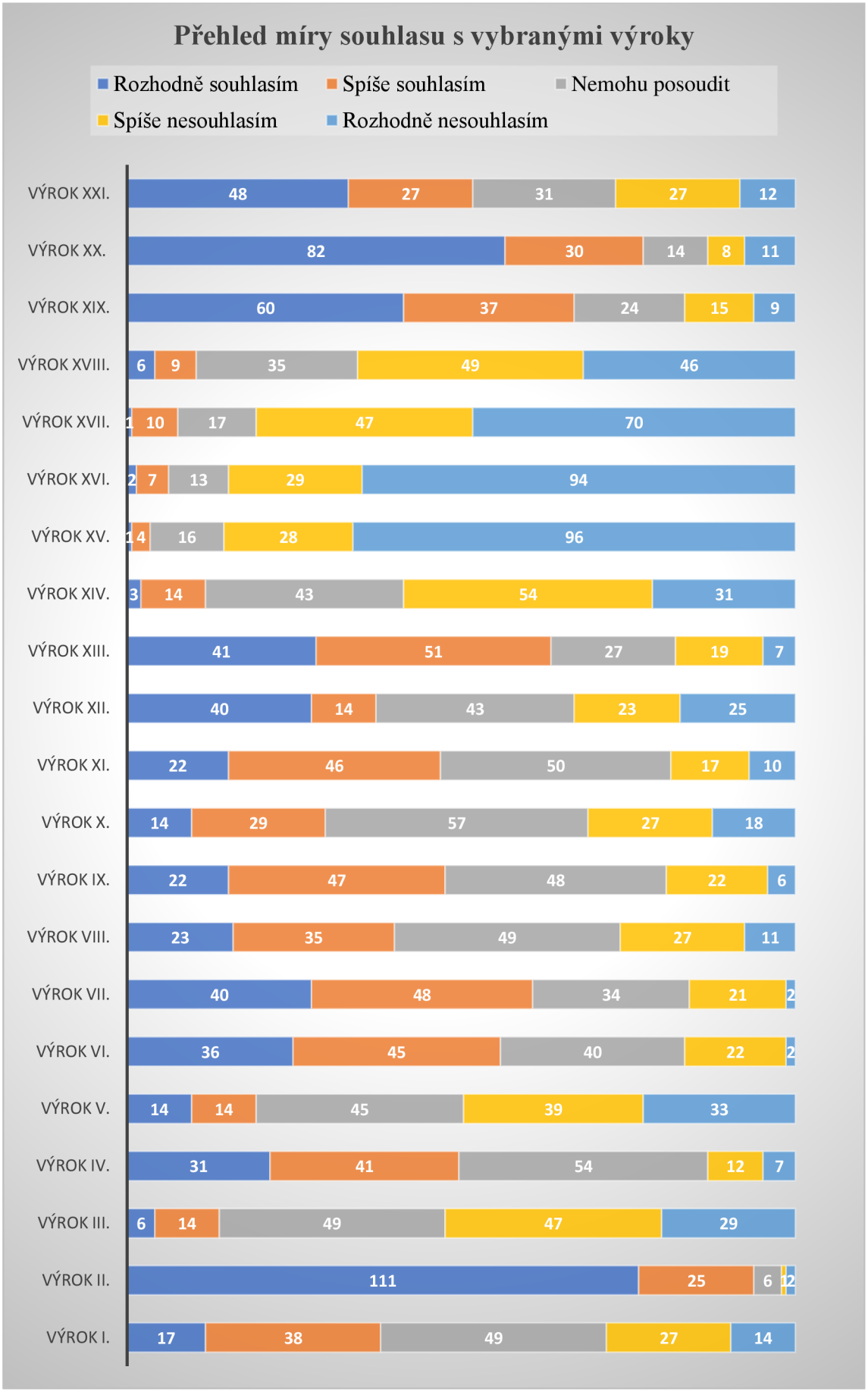
Graf 28: Výrok XXI.

Oproti předchozímu výroku se odpovědi respondentů u tohoto výroku poměrně rozchází. 48 (33 %) souhlasí s tím, že je inkluze špatný nápad. 27 (18 %) s výrokem souhlasí spíše. Oproti tomu 27 (19 %) respondentů spíše nesouhlasí a 12 (8 %) jich rozhodně nesouhlasí. Zbylých 31 (22 %) dotazovaných daný výrok neposoudila.

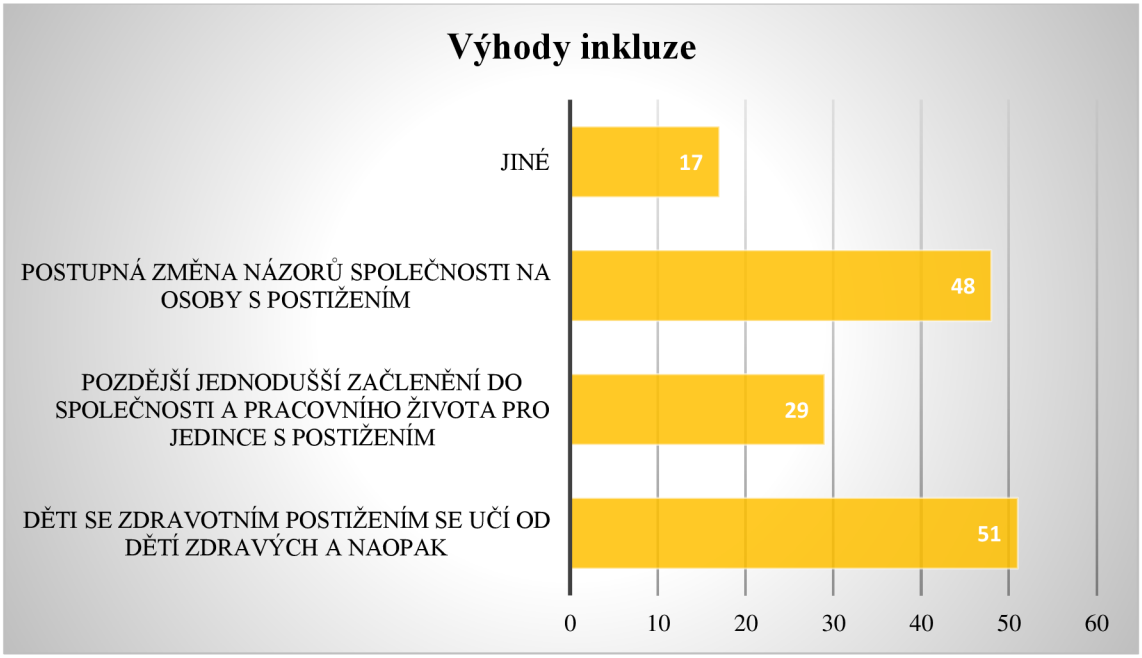
Pro větší přehlednost předkládám tabulku, kde je výčet jednotlivých výroků, které jsou následně souhrnně zpracovány do grafu, ve kterém je přehledně zpracován počet jednotlivých odpovědí u každého z výroku.

Označení výroku	**Výrok**
I.	Souhlasím s tím, aby se moje dítě vzdělávalo ve třídě s žákem se zdravotním postižením bez ohledu na typ postižení.
II.	Zda bude žák se zdravotním postižením vzděláván v běžné škole by se mělo odvíjet od typu a stupně jeho postižení.
III.	Žáci se zdravotním postižením by se měli vždy vzdělávat v běžné základní škole.
IV.	Žáci se zdravotním postižením by se měli vzdělávat spíše ve speciálních školách.
V.	Inkluze je přínosná pro obě strany.
VI.	Žáci se zdravotním postižením zpomalují pracovní tempo ve třídě.
VII.	Myslím si, že žáci se zdravotním postižením velice ovlivňují i průběh vzdělávání žáků intaktních.
VIII.	Žáci se zdravotním postižením mají problém se začleněním do kolektivu.
IX.	Intaktní děti mohou mít problém žáka s postižením přijmout.
X.	Líbí se mi, že jsou žáci se zdravotním postižením vzděláváni společně s intaktními dětmi.
XI.	Je pro obě strany přínosné, že se ve škole setkávají intaktní žáci s žáky s postižením.
XII.	Třídní učitel nás dopředu informoval, že se bude ve třídě vzdělávat žák se zdravotním postižením.
XIII.	V běžných základních školách není dětem s postižením poskytnuta dostatečná péče.
XIV.	Zařazení zdravotně postižených žáků do běžné základní školy je úspěšné.
XV.	Dnešní škola je na inkluzi plnohodnotně připravena.
XVI.	Školy disponují dostatečným množstvím financí na výdaje spojené s inkluzí žáků.
XVII.	Pedagogové na běžných základních školách jsou dostatečně připraveni na inkluzivní vzdělávání žáků se zdravotním postižením.
XVIII.	Inkluze žáků se zdravotním postižením by měla fungovat pouze na 1. stupni ZŠ.
XIX.	Mám dostatek informací o tom, jak inkluze probíhá.
XX.	Školství nebylo na inkluzi zcela připraveno.
XXI.	Inkluze je špatný nápad od začátku až do konce.

Tab. 3: Převodová tabulka výroků na číselný záznam



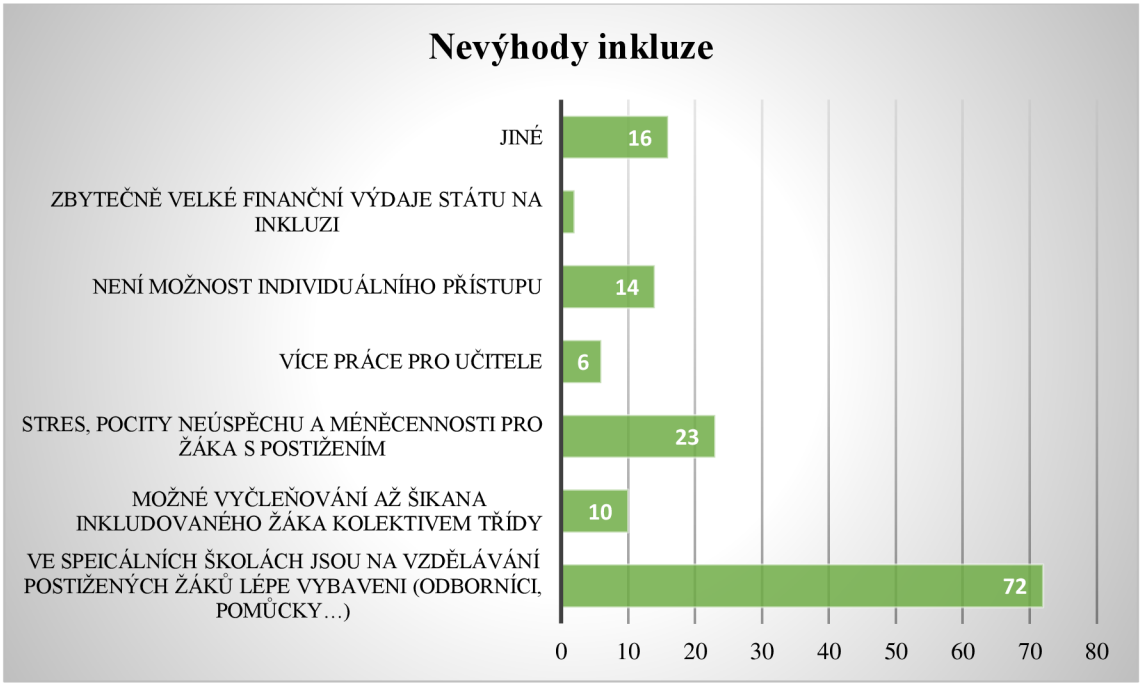
Graf 29: Přehled míry souhlasu s vybranými výroky



Graf 30: Výhody inkluze

Otázka č. 11 se dotazovala respondentů na to, zda vidí nějaké výhody v inkluzi a pokud ano, tak jaké. Na tuto otázku odpovědělo všech 145 respondentů. Nejméně z nich, konkrétně 29 (20 %) vidí výhodu inkluze v pozdějším jednodušším začlenění jedinců se zdravotním postižením do společnosti a pozdějšího pracovního života. Velmi podobně, co se počtu odpovědí týče, na tom byla odpověď „postupná změna názorů společnosti na osoby se zdravotním postižením“ se 48 (33 %) odpověďmi a odpověď „dětí se zdravotním postižením se učí od dětí zdravých a naopak“ s 51 (35 %) odpověďmi. U této otázky měli účastníci dotazování také možnost vyjádřit se jinak a samy popsat, jaké výhody v inkluzi vidí. Tuto možnost zvolilo 17 (12 %) respondentů. Pro zajímavost uvádím některé z jejich odpovědí:

- ✓ „V případě, že je škola dostatečně připravena a jsou vytvořeny vhodné podmínky (což tedy nejsou, ale nikoliv ze strany školy), tak je inkluze žáka s postižením přínosem pro obě strany. Intaktní žáci se učí běžnému soužití s postiženým a inkluzivní žák se učí soužití s intaktními a vše ostatní s tím související.“
- ✓ „Dítě nemusí na internát, může být se svými kamarády a vrstevníky, někdy je to pro dítě s postižením velmi přínosné.“
- ✓ „Inkluze může mít hodně výhod, ale podle mě jen u zrakových a tělesných vad, popř. kompenzovaných sluchových. U MP a agrese výhody nevidím absolutně žádné!“

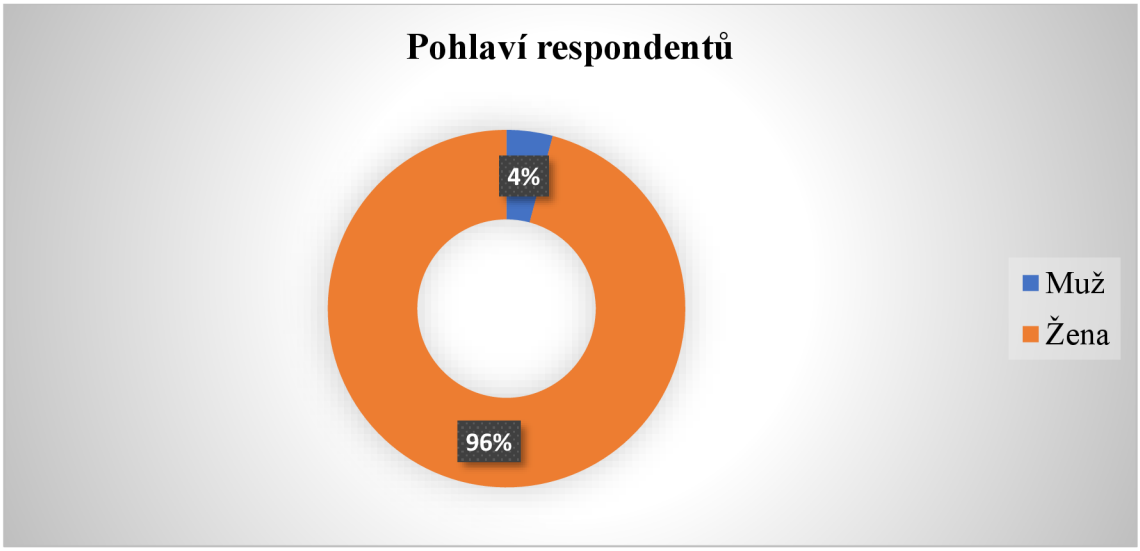


Graf 31: Nevýhody inkluze

72 (50 %) respondentů vidí hlavní nevýhodu inkluze v tom, že běžné školy nejsou na žáky se zdravotním postižením dostatečně připraveny, nedisponují potřebnými pomůckami, nejsou zde kvalifikovaní odborníci apod. Za další častou nevýhodu inkluze byla mezi respondenty uváděna odpověď, že celá inkluze je pro žáky se zdravotním postižením stresová, tito žáci nezažijí pocit úspěchu a mohou se proto cítit méněcenně. Tuto odpověď zvolilo celkem 23 (16 %) dotazovaných. Méně respondentů, celkem 14 (10 %) vidí nevýhodu inkluze v nemožnosti individuálního přístupu k žákovi a dalších 10 (7 %) respondentů si myslí, že kvůli inkluzi může docházet k vyčleňování až šikaně inkludovaného žáka. Velice zřídka se pak objevovaly odpovědi, které spatřují nevýhodu inkluze ve „víceprací“ učitele–6 (4 %) a ve zbytečně velkých finančních výdajích státu na inkluzi-2 (1 %). Stejně jako u předchozí otázky, měli dotazovaní možnost se volně vyjádřit k tomu, zda spatřují oni ještě nějakou nevýhodu v inkluzi. Tuto možnost zvolilo přesně 16 (12 %) respondentů a opět uvádím jen některé ze zajímavých odpovědí:

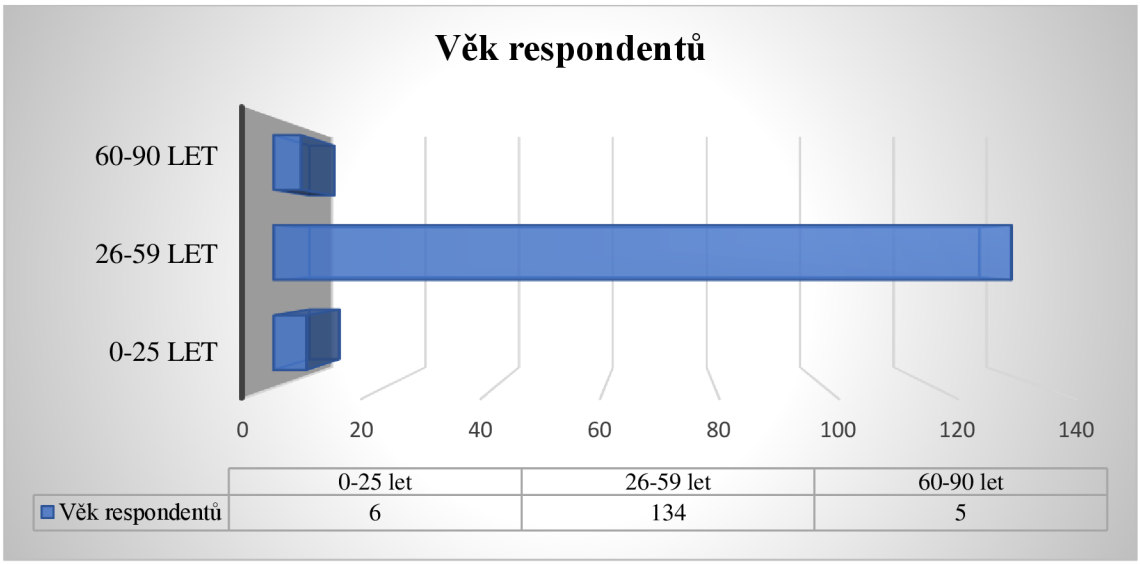
- ✓ „Záleží na druhu postižení. Někteří jsou totiž nezvladatelní, narušují hodinu, ubližují spolužákům...“
- ✓ „Učitel nemá tolik času, aby se řádně věnoval dětem zdravým a s postižením.“
- ✓ Myslím si, že body a) b) c) d) e) to vše platí. V případě f) ne, protože kdyby stát chtěl, finance by našel...

Demografické údaje



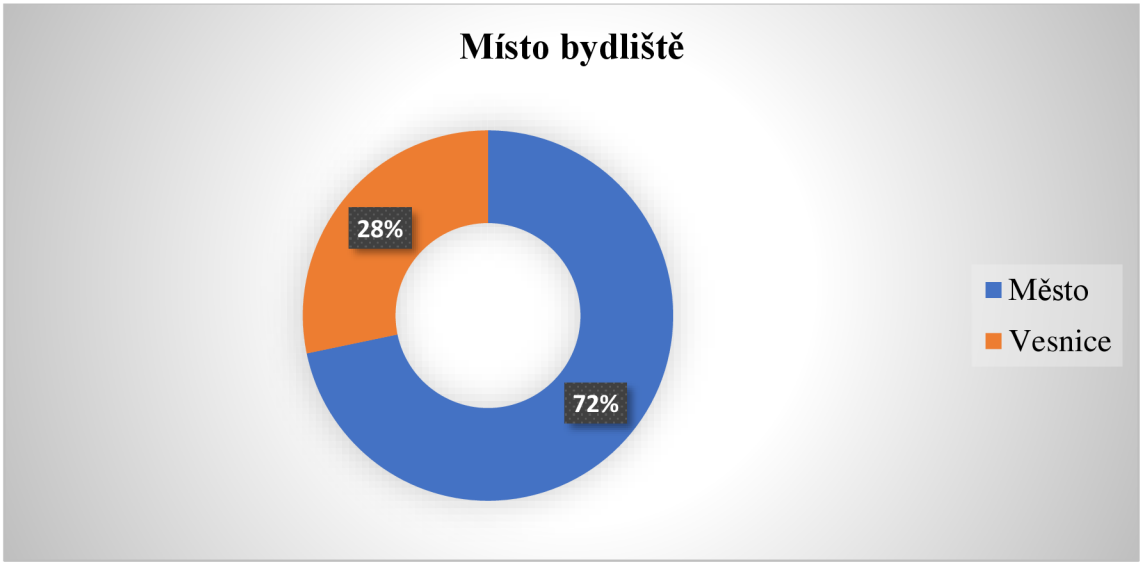
Graf 32: Pohlaví respondentů

Na závěr dotazníku následovaly otázky týkající se demografických údajů. Z grafu jasně vyplývá, že se dotazování zúčastnilo mnohem více žen než mužů. V konkrétním poměru 138 (96 %) ku 6 (4 %).



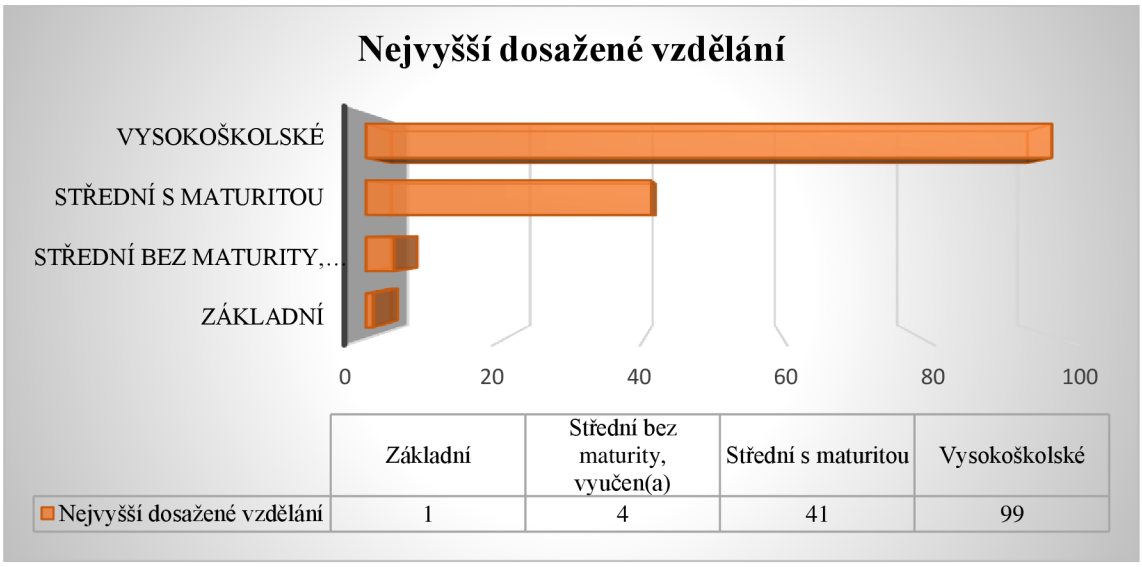
Graf 33: Věk respondentů

Nejčastější věkovou skupinou, která se účastnila dotazování byla skupina ve věku 26-59 let, kdy se na vyplnění dotazníku podílelo 134 (92,4 %) respondentů. O mnoho méně zastoupenou skupinu tvořili lidé ve věku 0-25 let. Zde se účastnilo výzkumu přesně 6 (4,1 %) dotazovaných. Výzkumu se zúčastnilo také 5 (3,5 %) seniorů.



Graf 34: Místo bydliště

Předposlední otázka se respondentů dotazovala na místo bydliště. Z výsledků je patrné, že 104 (72 %) dotazovaných žije ve městě a pouze 41 (28 %) z nich pochází z vesnice.



Graf 35: Nejvyšší dosažené vzdělání

Ohledně vzdělání informantů je patrné, že se dotazníkového šetření zúčastnilo nejvíce osob s vysokoškolským vzděláním a to konkrétně 99 (68,2 %). 41 (28,2 %) respondentů uvedlo jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou a 4 (2,8 %) pak střední bez maturity, vyučen(a). Jen jeden (0,8 %) dotazovaný má pouze základní vzdělání.

V samém závěru dotazníku měli respondenti možnost volně vyjádřit své připomínky k předloženému dotazníku, popř. uvést své vlastní zkušenosti. Níže předkládám některé odpovědi, které mě zaujaly.

- „Inkluze je nesmysl, který musí být ukončen, protože na to doplácí normální děti."
- „Takhle to posoudit je těžké. Určitě má inkluze své výhody i nevýhody. Pro děti zdravé i postižené je plus že se spolu učí žít i přes rozdíly. Pro učitele je to asi obtížnější v případech, že nemají asistentku a nemají čas se postiženým dětem věnovat. Finančně si myslím že to pro školy nijak výhodné není."
- „V severských zemích to, čemu se u nás říká inkluze, funguje již dlouhodobě. Společně se vzdělávají děti zdravé i se zdravotním postižením a dle mého názoru je to přínosné pro všechny. U nás je inkluze teprve v plenkách a záleží jakým směrem se bude ubírat."
- „Mrzí mě, že se systém speciálních a pomocných škol, který fungoval a mohl nám ho závidět celý svět, zničil za vidinou „my jsme všichni stejní". Můj názor je, že všichni můžeme dojít stejného cíle, ale cesta je různá a děti s postižením potřebují jinou podporu než děti zdravé."
- „Inkluze, jak je nyní vedena, je špatně. Pro všechny. Možnost by byla např. samostatné třídy, speciální pedagog, malý počet žáků atd. a společně pracovat jen např. VV, HV, na některých školních projektech apod."
- „Pracuji na ZŠ, máme několik žáků s inkluzí. Ta má smysl u tělesně postižených a u žáků s lehkou formou mentálního postižení. U kombinovaných vad (máme) a těžších mentálních je inkluze zbytečná (časově, materiálně, psychicky...). Žáci s úlevami (stupeň 2 a více) nesmí u nás propadnout, i když nedělají nic. Příprava ze strany rodiny je nulová, protože spoléhají na učitele, že on dítě vše naučí. Tito žáci by měli být ve speciálních (praktických školách), kde by měli méně učiva a více by je škola připravila po praktické stránce do života. Ve škole nechtějí být, nudí se, nezvládají učivo o 3-4 stupně nižší (Je v 9. ročníku a nezvládá úroveň 5. třídy)."
- „Inkluze není špatnou myšlenkou, ale je zcela nepřipravena-školy, odborníci, společnost... Neměla by probíhat na úkor dětí ani zdravých, ani se zdravotním postižením, ale myslet na to, co bude nejlepší, a ne problém řešit pozdě ve škole možností přestupu."

- „Inkluze není špatná, jen by se neměla týkat dětí s mentálním postižením. Pokud je dítě v pásmu TMR nebo je jeho chování nepředvídatelné (těžká forma ADHD, Tourettův syndrom...), tak není prospěšné jeho zařazení do běžného vzdělávacího proudu. Nemám nic proti inkluzivnímu vzdělávání dětí se somatickým postižením.“
- „Jsem matka dítěte s postižením i pedagog a dítě jsem do běžné ZŠ nedala. Trpěla by a šlo by to na úkor jejího vzdělání. Byla integrována jen v MŠ.“
- „Myšlenka inkluze sama o sobě není špatná. Paní Valachová jen spoustu důležitých detailů vycházejících z každodenní praxe učitele jaksi nezohlednila. Spoustě lidem tak dobrá myšlenka v rukou amatéra udělala ze života peklo, bohužel.“
- „Zdravotní postižení není na školách tolik vidět. Nejvíce je dětí s mentálním postižením-to je největší problém. Inkluze není pro ně vhodná.“

4.4 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Hlavním cílem diplomové práce bylo analyzovat názory rodičů intaktních žáků na společné vzdělávání s žáky se zdravotním postižením. Výzkumného šetření, které probíhalo na přelomu roku 2018/2019 kvantitativní výzkumnou metodou se zúčastnilo přesně 145 občanů žijících v České republice. Většina respondentů byly ženy (96 %), mužů se zúčastnilo pouze pár (4 %). Na výzkumu se podílely osoby všech věkových kategorií, nejvíce však byla zastoupena skupina dotazovaných ve věku 26-59 let (99 %) s bydlištěm ve městě (72 %). Vysokoškolské vzdělání uvedlo více než dvě třetiny účastníků výzkumu. Na základě dotazníkového šetření a jeho následné analýzy lze konstatovat, že postoje rodičů intaktních žáků k inkluzi jsou vesměs negativní. Většina z nich (66 %) si myslí, že dnešní škola není na inkluzi adekvátně připravena, a že ani nedisponuje dostatečným množstvím financí, aby mohly školy plnohodnotnou inkluzi zajistit. Pouze 1 % dotazovaných je toho názoru, že pedagogové v běžné základní škole byli a jsou kvalitně připraveni na vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Z tohoto důvodu si také více než 50 % respondentů myslí, že by se žáci se zdravotním postižením měli vzdělávat spíše ve speciálních školách. Ty shledávají jako lépe vybavené nejen co se personálního zabezpečení týče, ale také co se týče např. speciálních pomůcek apod. Naprostá většina (77 %) respondentů uvedla, že by se to, zda se žák se zdravotním postižením bude vzdělávat v běžné základní škole, mělo odvíjet od typu a stupně jeho postižení, přičemž za nejzávažnější postižení považují mentální postižení (33,8 %). Toto postižení je považováno také za nejrozšířenější (37,2 %).

V rámci kvantitativního výzkumného šetření jsme se snažili verifikovat nebo falzifikovat následující výzkumné hypotézy:

Hypotéza H1: *Respondenti budou častěji uvádět, že pojmy integrace, inkluze a žák se zdravotním postižením znají, než že se s těmito pojmy ještě nesetkali.*

K této hypotéze H1 se vztahovaly úvodní otázky, a to konkrétně otázky číslo 1, 2 a 3. Na základě sesbíraných dat a jejich následné analýzy jsme došly k závěru, že se většina respondentů se všemi třemi pojmy v minulosti již setkala. Pojem integrace byl známý 144 (99 %) dotazovaných, obdobně jako pojem inkluze, kde uvedlo 143 (99 %)

respondentů, že se s tímto pojmem setkalo. Označení „osoba se zdravotním postižením“ dokonce znalo všech 145 (100 %) účastníků výzkumu.

V rámci výzkumného šetření byla hypotéza H1**verifikována.**

Hypotéza H2: *Respondenti budou častěji vyjadřovat nesouhlas se společným vzděláváním jejich intaktních dětí s žáky se zdravotním postižením, než že se společným vzděláváním budou souhlasit.*

K vyhodnocení druhé hypotézy H2 odkazuje 10. otázka, která zkoumala míru souhlasu či nesouhlasu respondentů s výroky, které se vztahují k problematice inkluze. Odpověď na tuto hypotézu pak najdeme konkrétně v grafu číslo 8. Z něj je patrné, že 48 (24 %) respondentů souhlasí s tím, aby se jejich intaktní dítě vzdělávalo ve třídě s žákem se zdravotním postižením. Naopak 41 (30 %) z nich s touto skutečností nesouhlasí. Téměř jedna třetina dotazovaných, konkrétně 49 (36 %) se k danému výroku vyjádřilo neutrálně.

Na základě výsledků z výzkumného šetření nebyla hypotéza H2 **verifikována** ani **falzifikována.**

Hypotéza H3: *Jako nejdůležitější faktor pro úspěšné inkluzivní vzdělávání žáků budou respondenti častěji uvádět typ a stupeň zdravotního postižení než jiné faktory.*

Hypotéza H3 byla do výzkumného šetření zařazena z důvodu zjištění, zda intaktní rodiče považují typ a stupeň zdravotního postižení za důležitý ukazatel při integraci žáka do běžné školy. K této hypotéze se vztahuje opět otázka 10, tentokrát výrok číslo II. Přesná data jsou pak zaznamenána v grafu číslo 9. K výroku se vyjádřilo všech 145 účastníků výzkumného šetření, kteří ve 136 (94 %) případech s výrokem souhlasili. Pouze 3 (2 %) respondenti nepovažují typ a stupeň zdravotního postižení jako indikátor inkluze. Někteří účastníci, konkrétně 6 (4 %) nedokázali danou skutečnost posoudit a k výroku se nevyjádřili.

Na základě zjištěných údajů byla hypotéza H3 **verifikována.**

Hypotéza H4: *Respondenti budou častěji uvádět, že běžné základní školy nejsou zcela připravené na společné inkluzivní vzdělávání, než že připraveny jsou.*

Vyhodnocení hypotézy H4 se opět vztahuje k 10. otázce, kde respondenti vyjadřovali míru souhlasu s danými výroky. K této hypotéze se vztahoval konkrétně výrok číslo XV: „Dnešní škola je na inkluzi plnohodnotně připravena.“ K tomuto

tvrzení se vyjádřil plný počet respondentů, z nějž 124 (85 %) s daným výrokem nesouhlasilo a pouze 5 (4 %) vyjádřilo souhlas. Mezi odpověďmi se objevila také odpověď neutrální, kterou zvolilo přesně 16 (11 %) dotazovaných. Na konci dotazníku měli respondenti možnost se k dotazníku a celé inkluzi vyjádřit. Zde si dovoluji použít citaci jednoho z dotazovaných, neboť si myslím, že s danou hypotézou úzce souvisí: *„Inkluze není špatnou myšlenkou, ale je zcela nepřipravena-školy, odborníci, společnost... Neměla by probíhat na úkor dětí ani zdravých, ani se zdravotním postižením.“*

Hypotéza H4 byla výzkumným šetřením **verifikována.**

Hypotéza H5: *Respondenti budou častěji uvádět, jako největší výhodu inkluzivního vzdělávání, jednodušší začleňování do společnosti intaktních osob a do pracovního života než jiné výhody.*

K této hypotéze H5 se vztahuje otázka číslo 11, kde se respondenti vyjadřovali k tomu, jaké výhody z jejich pohledu inkluze má. Výsledky jsou zaznamenány v grafu číslo 30. Na základě analýzy uvedených odpovědí, můžeme konstatovat, že 51 (35 %) respondentů vidí výhodu inkluze v tom, že se děti se zdravotním postižením učí od dětí zdravých. Dalších 48 (33 %) dotazovaných spatřuje výhodu inkluze v postupné změně názorů společnosti na osoby s postižením. Nejmenší procento, konkrétně 20 % (29) respondentů uvedlo, že vidí výhodu inkluze právě v pozdějším jednodušším začlenění jedinců s postižením do společnosti a pracovního života.

V rámci výzkumného šetření byla hypotéza H5 **falzifikována.**

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Výsledkem empirické části výzkumného šetření diplomové práce je soubor poznatků, které lze využít v praxi, především při práci s žáky se zdravotním postižením. Práce na výzkumu mě samotnou velice obohatila, a to nejen o nové zkušenosti spojené s vytvářením dotazníku, ale také jsem se seznámila s názory laické společnosti, které ve vztahu k inkluzi zaujímají. Inkluze se snaží o prospěch všech vzdělávaných žáků, avšak většinová populace tento postoj nesdílí. Dle výsledků získaných ve výzkumu nebyla škola na zavedení inkluze zcela připravena, a to jak po stránce finanční, tak ani personální nebo materiální. Pokud má být inkluze úspěšná, mělo by ve škole působit více odborníků-speciálních pedagogů, popř. psychologů či asistentů pedagoga, mělo by

dojít ke snížení počtu žáků ve třídách, kde se vzdělává žák se zdravotním postižením a školy by měly disponovat odbornými pomůckami potřebnými pro tyto žáky. Důležité je také, aby učitelé, asistenti pedagoga a poradenská zařízení úzce spolupracovali s rodiči (popř. zákonnými zástupci) a dokázali je seznámit se všemi skutečnostmi, které inkluze žáka s postižením do konkrétní třídy přináší. A v neposlední řadě by měl stát zajistit dostatečné financování.

Závěr

„Netřeba se ohlédati, že někdo k učení nezpůsobený zdá se. Máme zajisté příklady, že někteří kupodivu zpozdilí velikého však umění předce docházeli i vtipných za sebou nechávajíce. Proč tedy ve škole rannějších i zpozdilejších hlav pospolu trpěti nemáme?“ Již v Didaktice české od Jana Ámose Komenského ze 17. století se můžeme dočíst o jeho názoru na skutečnost, kterou nyní označujeme pojmem „inkluze.“ Inkluze v sobě naskýtá mnoho pozitiv ale i negativ. Vždy záleží na postoji daného jedince, na jeho osobních zkušenostech a znalostech. Názory těchto jedinců mohou být také často ovlivněny veřejnými sdělovacími prostředky, které prezentují inkluzi ne vždy v dobrém světle. Některé z těchto negativních postojů se také odrazily ve výzkumném šetření této diplomové práce.

Práce je rozdělena na čtyři části, přičemž úvodní tři kapitoly vymezovaly teoretické poznatky, vztahující se k osobám se zdravotním postižením. První kapitola byla věnována legislativnímu vymezení řešené problematiky. Druhá pak vymezovala pojmy integrace a inkluze, podmínky inkluzivního vzdělávání a také zdůrazňovala význam rodiny a neziskových organizací v tomto procesu. Třetí kapitola se pak věnovala definici, klasifikaci a osobnosti jedinců se zdravotním postižením, včetně vymezení ucelené rehabilitace.

Výzkumné šetření je uvedeno v druhé části předložené práce a zaměřovalo se na zjištění názorů rodičů intaktních žáků na společné vzdělávání s žáky se zdravotním postižením v inkluzivním prostředí běžné školy. Kvantitativního výzkumného šetření, které probíhalo prostřednictvím dotazníkového šetření se zúčastnilo 145 respondentů, rodičů z Jihomoravského kraje. Ačkoliv se účastníci výzkumu v některých názorech rozcházeli, v některých se naopak velmi shodovali. Výsledky výzkumu ukázaly, že respondenti zaujímají k inkluzi spíše negativní postoj. Jako kámen úrazu bylo často uváděno, že škola nebyla a stále není na inkluzi plnohodnotně připravena, a to ani po stránce finanční, materiální nebo personální. Konkrétně zde chybí odborníci – speciální pedagogové, psychologové a nedostatek je také asistentů pedagoga. Důraz byl také kladen na skutečnost, že by se to, zda bude žák do dané třídy inkludován, mělo odvíjet od typu a stupně jeho postižení

Na základě získaných výsledků lze však říci, že byly hlavní i parciální cíle diplomové práce naplněny.

Shrnutí

Diplomová práce se zabývá názory rodičů intaktních dětí na společné vzdělávání s žáky se zdravotním postižením v inkluzivním prostředí základní školy.

Předložená práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je tvořena třemi kapitolami. První kapitola vymezuje legislativní rámec vzdělávání, systém vzdělávání žáků se zdravotním postižením jak v České republice, tak i v zahraničí a s ním související systém poradenských služeb. Druhá kapitola se věnuje vymezení pojmů integrace a inkluze, podmínkami inkluzivního vzdělávání včetně asistenta pedagoga a zdůrazňuje také význam rodiny a neziskových organizací v procesu inkluze. Poslední teoretická kapitola je zaměřena na žáky se zdravotním postižením. Je zde vymezena definice, klasifikace a osobnost žáka se zdravotním postižením a koordinovaná rehabilitace, která je těmto žákům poskytována.

Empirická část je tvořena výzkumným šetřením, které analyzuje názory rodičů intaktních dětí na společné inkluzivní vzdělávání. Ke sběru potřebných dat byl zvolen kvantitativní výzkum, který probíhal prostřednictvím dotazníkového výzkumného šetření. Dotazník obsahoval celkem 16 otázek, přičemž 10. otázku tvořilo 21 výroků. U nich respondenti hodnotili, do jaké míry s nimi souhlasí.

Summary

The diploma thesis analyzes the Attitudes of parents of intact pupils to joint education with pupils with disabilities in the inclusive school environment.

This paper is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter defines the legal framework of education, system of education of pupils with disabilities in the Czech Republic and abroad and a counseling system. The second chapter devoted to defining the concept of integration and inclusion, conditions of inclusive education including teaching assistant and also emphasizes importance of the family and non-profit organizations in the process of inclusion. The last theoretical chapter is aimed at pupils with disabilities. Definitions, classifications, and personality of the pupil with disabilities are defined here and also coordinated rehabilitation.

The empirical part consists of a research which analyzes the Attitudes of parents of intact pupils to joint education with pupils with disabilities. To gather the necessary

data the quantitative research was chosen. It was conducted through questionnaire survey. The questionnaire contained a total of 16 questions. The 10. question contains 21 statements where the respondents indicated the degree of consent.

Seznam použité literatury a zdrojů

1. ADAMUS, Petr. *Metodika hodnocení kvality inkluzivní školy: evaluační nástroj hodnocení kvality inkluzivní školy.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2015. ISBN 978-80-7510-163-1.
2. ANDERLIKOVÁ, Lore. *Cesta k inkluzi: úvahy z praxe a pro praxi.* Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-765-1.
3. BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice.* Brno: MSD, 2005, 416 s. ISBN 80-86633-37-3.
4. BARTOŇOVÁ, M. *Specifické poruchy učení: text k distančnímu vzdělávání. 2., rozšířené a aktualizované vydání.* Brno: Paid, 2018. ISBN 978-80-7315-266-6.
5. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 9788073151614.
6. BARTOŇOVÁ, Miroslava a Jamila PIPEKOVÁ. *Rodina s dítětem se zdravotním postižením*. In PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. s. 39-47. ISBN 80-7315-120-0.
7. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Marie VÍTKOVÁ, Barbora BOČKOVÁ, et el. *Inkluze ve škole a společnosti jako interdisciplinární téma.* 2., upravené vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8140-6.
8. BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Intervence v inkluzivní edukaci dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a jejich pracovní uplatnění.* Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6515-4.
9. BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a specifické poruchy učení: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2016. ISBN 978-80-7315-255-0.
10. BARTOŇOVÁ, M. a M. VÍTKOVÁ et al. *Vzdělávání se zaměřením na inkluzivní didaktiku a vyučování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole hlavního vzdělávacího proudu: Výzkumný mezioborový projekt.* Brno: Masarykova univerzita, 2014, 379 s. ISBN 978-80-210-6678-6.

11. BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. V. Brno: Paido, 2011. ISBN 978-80-7315-220-8.
12. BAZALOVÁ, Barbora. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích.* Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3971-X.
13. BENDL, Stanislav. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4248-9.
14. BENDOVÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
15. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007, iv, 212 s. ISBN 9788025118290.
16. CAKIRPALOGLU, P. *Úvod do psychologie osobnosti.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. 288 s. ISBN 978-80-247-4033-1
17. ČADILOVÁ, Věra, Zuzana ŽAMPACHOVÁ, Kateřina Thorová a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchami autistického spektra).* Olomouc: UP, 2012, s. 12-27. ISBN 978-80-244-3054-6.
18. ČERMÁK, František. *Jazyk a jazykověda: přehled a slovníky*. 4. vyd., V Karolinu 2., Praha: Karolinum, 2011. 380 s. ISBN 978-80-246-1946-0
19. ČERNÁ, Marie. *Česká prychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením.* Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
20. DOLEŽALOVÁ, Lenka. *Terciální vzdělávání studentů se sluchovým postižením v České republice*. 2012, ISBN 978-80-210-5993-1.
21. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. České vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
22. HAVEL, J. *Vzdělávání žáků se SVP na 1. stupni ZŠ jako východisko inkluzivní didaktiky*. Brno : Muni Press, 2014, 255 s. ISBN 978-80-210-7150-6.
23. HAVEL, J. a H. FIALOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání v primární škole. Inclusive Education in Primary School.* Brno: Paido, 2010. 321 s. ISBN 978-80-7315-4.
24. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha : Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4

25. HORÁKOVÁ, R. *Uvedení do surdopedie.* In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 2006. ISBN 80-85931-65-6.
26. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
27. JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychopedická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-725-4730-5.
28. JEDLIČKA, Richard, Jaroslav KOŤA a Jan Slavík. *Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání.* Praha: Grada, 2018. Psyché. ISBN 978-80-271-0586-1.
29. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených.* Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
30. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami: se specifickými poruchami učení a chování, s mentálním postižením (v MŠ i ZŠ), se sociálním znevýhodněním, z cizojazyčného prostředí.* 1. vyd. Praha: D + H, c2009, 158 s. ISBN 978-80-87295-00-7.
31. JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.
32. KENDÍKOVÁ, Jitka. *Asistent pedagoga.* Praha: Dr. Josef Raabe, 2017. ISBN 978-80- 7496-349-0.
33. KENDÍKOVÁ, Jitka. *Vademecum asistenta pedagoga.* Praha: Pasparta Publishing, 2016. ISBN 978-80-88163-12-1.
34. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušená komunikační schopnost, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe.* Praha: Grada, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.
35. KNOTOVÁ, Dana. *Školní poradenství.* Praha: Grada, 2014. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4502-2.
36. KOCUROVÁ, M. *Integrace žáků se specifickou poruchou učení.* Praha: Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta, 2001, 229 s. ISBN 80-72900-60-9.
37. KOČOVÁ, Helena. *Spinální svalová atrofie v souvislostech.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-3600-9.

38. KUNHARTOVÁ, Monika, Miloš POTMĚŠIL a Petra POTMĚŠILOVÁ. *Náročné otcovství: být otcem dítěte s postižením.* Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3600-9.
39. KRATOCHVÍLOVÁ, Jana. *Inkluzivní vzdělávání v české primární škole: teorie, praxe, výzkum.* Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6527-7.
40. KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy.* Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.
41. KVĚTOŇOVÁ, L., PROUZOVÁ, R. *Speciální pedagogika v podmínkách inkluzivního vzdělávání.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7290-472-3.
42. LANG, Greg a Chris BERBERICH. *Každé dítě potřebuje speciální přístup: vytváření integrovaných a inkluzivních tříd.* Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 146 s. ISBN 8071781444.
43. LANGMEIER, J. a Z. MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství.* 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
44. LECHTA, Viktor. *Inkluzivní pedagogika.* Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.
45. MALÍŘ, Jan a Tomáš DOLEŽAL. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy.* Praha: Wolters Kluwer, 2016. Právní monografie. ISBN 978-80-7552-224-5.
46. MARÁDOVÁ, Eva, Leoš STŘEDA a Tomáš ZIMA. *Vybrané kapitoly o zdraví.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7290-480-8.
47. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* 2., uprav. a rozš. vyd. Jinočany: H, 1992. ISBN 80-854-6742-9
48. MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti.* Třetí, upravené vydání (ve Vyšehradu první). Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-797-7.
49. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
50. MICHALÍK, Jan, Pavlína BASLEROVÁ a Michal RŮŽIČKA. *Postoje pedagogických pracovníků k vybraným aspektům společného vzdělávání.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. Monografie / Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-5321-7.

51. MONATOVÁ, Lili. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí.* Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9.
52. MORÁVKOVÁ VEJROCHOVÁ, M. a kol. (2015). *Standard práce asistenta pedagoga*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4722-3.
53. NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy. Vydání druhé, upravené.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7.
54. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-736-7509-7.
55. NOVOTNÝ, Jiří a Martin LUKEŠ. *Faktory úspěchu nestátních neziskových organizací.* Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2008. ISBN 978-80-245-1473-4.
56. OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti.* Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.
57. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 292 s. ISBN 80-210-3977-9
58. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5030-3.
59. OPATŘILOVÁ, D. et al. *Faktory úspěchu ve vztahu k inkluzivnímu vzdělávání u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.* Brno: Muni Press, 2012, 266 s. ISBN 978-80-210-5995-5.
60. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Somatopedie; texty k distančnímu vzdělávání.* Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.
61. PALOUNKOVÁ, Z., JOKLÍKOVÁ, H. a kol. *Asistent pedagoga v inkluzivním vzdělávání.* Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2017. ISBN 978-80-7494-386-7.
62. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 1998, 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
63. PLAŇAVA, Ivo. *Manželství a rodina. Struktura, dynamika, komunikace.*1. vyd. Brno: Doplněk, 2000, 294 s. ISBN 80-723-9039-2.

64. POTMĚŠIL, M. et al. *Metodika práce se žákem se sluchovým postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 136 s. ISBN 978-80-244-3310-3.
65. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník.* 3. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001, 322 s. ISBN 8071785792
66. PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie.* Praha: Portál, 2009, 935 s. ISBN 978-80- 7367-546-2.
67. PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání.* 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7
68. RŮŽIČKOVÁ, Kamila, VÍTKOVÁ Jitka. *Vybrané kapitoly z tyflopedie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy.* 2014, ISBN 978-80-7435-424-3
69. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie.* Čtvrté vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0532-6.
70. SINDELAR, Brigitte. *Předcházíme poruchám učení: soubor cvičení pro děti v předškolním roce a v první třídě.* Vydání šesté. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1082-5.
71. PŘIKRYLOVÁ, Lucie a Lenka Slezáková. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy. IV, Dermatovenerologie, oftalmologie. ORL, stomatologie.* 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-4342-4.
72. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.* Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3
73. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika.* 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0095-8.
74. ŠVARCOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky.* Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-176-0.
75. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
76. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
77. TEPLÁ, Marta a Hana ŠMEJKALOVÁ. *Základní informace k zajišťování asistenta pedagoga do třídy, v níž je vzděláván žák nebo žáci se zdravotním postižením, aktualizovaná verze.* Praha, 2010. Institut pedagogicko-

psychologického poradenství ČR, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků. ISBN 978-80-86856-66-7.

78. TEPLÁ, M. (2016). *Asistent pedagoga – Jak efektivně zavést pozici asistenta pedagoga ve školách.* Praha: POLY+. ISBN 978-80-87963-33-3.
79. VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 9788024738291
80. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie.* Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2
81. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché. ISBN 978-80-271-0378-2.
82. VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80- 262-0937-9.
83. VALENTA, Jiří. *Školské zákony a prováděcí předpisy s komentářem: 2015/2016*. 6. aktualizované vydání. Olomouc: Anag, 2015. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-974-8.
84. VÁGNEROVÁ, Marie. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ.* Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3268-1.
85. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: I. dětství a dospívání.* Vydání druhé, rozšířené a přepracované. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
86. VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
87. VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
88. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.
89. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole: Komplexní péče, léčebná rehabilitace ve škole: polohování, pomůcky pro děti s tělesným postižením.* Praha: Grada, 2011. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3856-7.

Internetové zdroje

1. *Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z. s.* [online]. [cit 2018-01-12]. Dostupné na WWW: http://arpzpd.cz/o-asociaci/
2. *Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky na období 2015-2020* [online]. [cit. 2018-12-04]. Dostupné na WWW: http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/dlouhodoby-zamer-vzdelavani-a-rozvoje-vzdelavaci-soustavy-3
3. *Inkluzivní vzdělávání vzdělávání ve vybraných evropských státech* (2016) [online]. [cit. 2015-29-12]. Dostupné z WWW:https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=88152
4. JONÁKOVÁ, Jana. *Rehabilitace* [online]. [cit. 2019-07-03]. Dostupné z WWW: http://rehabilitace-psychoterapie.cz/rehabilitace/
5. *Katalog podpůrných opatřen, UPOL* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z WWW: http://katalogpo.upol.cz
6. *Komparativní analýza proinkluzivní školské legislativy-Finsko, Rakousko a ČR.* [online]. [cit. 2018-11-15]. Dostupné z WWW: www.op-vk.cz/filemanager/files/file.php?file=36005
7. *Listina základních práv a svobod* [online]. [cit. 2018-11-11]. Dostupné z WWW: https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html
8. *Madridská deklarace* [online]. [cit. 2018-11-11]. Dostupné z WWW: http://www.nrzp.cz/dokumenty-odkazy/zkusenosti-ze-zahranici/413-madridska-deklarace.html
9. MEIJER, C. J. W., SORIANO, V. & WATKINS, A. *Special Needs Education in Europe: Thematic Publication* [online]. [cit. 2018-11-12]. Dostupné z WWW: https://www.european-agency.org/sites/default/files/special-needs-education-in-europe_sne_europe_en.pdf
10. *MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí).* [online]. [2018-11-02]. Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn
11. *MŠMT: NAPIV-Národní akční plán Inkluzivního vzdělávání na období 2016-2018* [online] [cit. 2018-19-10]. Dostupné z WWW: http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/apiv_2016_2018.pdf

12. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice (Bílá kniha)* [online]. 2001 [cit. 2018-11-05]. Dostupné z WWW: http://www.nuv.cz/uploads/nuv/strategicke/Bila_kniha_2001.pdf
13. NOVOTNÝ, Karel a MEJSTŘÍKOVÁ, Alena. *Založení občanského sdružení.* [online]. [cit. 26.9.2016]. Dostupné z WWW: http://obcan.ecn.cz/index.shtml?w=u&x=132554
14. *O modulu „Katalog podpůrných opatření“* [online]. [cit. 2018-11-12]. Dostupné z WWW: http://www.inkluze.upol.cz/portal/klicove-aktivity/modul-katalogy/katalog-podpurnych-opatreni/
15. *Osud koordinované rehabilitace* [online]. [cit. 2019-07-03]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/cs/11618
16. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání.* [online]. Praha: MŠMT ČR, 2011, [cit. 2018-17-11]. Dostupné z WWW: http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/ucebni-dokumenty
17. SEVEROVÁ, J. *Vybrané problémy zdravotnické psychologie.* 2014 [online]. [cit. 2018-22-2]. Dostupné z: http://is.muni.cz/el/1411/podzim2009/BLPS051c/I.S.- Zdravotni_laborant.pdf
18. *Struktury systémů vzdělávání a odborné přípravy v Evropě: Česká republika.* Vydání 2009/2010. European Commission, 2009 [online]. [cit. 2018-11-11]. Dostupné z WWW: www.msmt.cz/file/10185_1_1/download
19. *Střediska výchovné péče (SVP)* [online]. [cit. 2018-03-12]. Dostupné z WWW: http://www.nuv.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/strediska-vychovne-pece
20. *Systémová podpora inkluzivního vzdělávání v ČR.* Olomouc, UPOL, 2015 [online]. [cit.2018-10-04]. Dostupné z WWW: http://www.inkluze.upol.cz/portal/
21. UNESCO. *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education* [online]. [cit. 2018-11-11]. Dostupné z WWW: http://www.unesco.org/education/pdf/ SALAMA_E.PDF
22. *Úmluva o právech dítěte.* [online]. [cit. 2018-10-04]. Dostupné z WWW: https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf
23. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf

24. *Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod* [online]. [cit. 2018-10-04]. Dostupné z WWW: <www: http://www.ustrcr.cz/data/pdf/projekty/usmrceni-hranice/umluva.pdf>
25. *Vyhláška 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [online]. [cit. 2018-10-04]. Dostupné z WWW: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-11
26. *Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* [online]. Praha, MŠMT ČR, 2011, [cit. 2018-10-04]. Dostupné z WWW: https://www.msmt.cz/file/16097_1_1/
27. *Vyhláška č. 151/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 280/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, a některé další vyhlášky* [online]. [cit 2018-12-04]. Dostupné z WWW: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-151
28. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online]. [cit 2018-10-04]. Dostupné z WWW: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561
29. *Zákon č. 178/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů (školský zákon)* [online]. [cit 2018-10-05]. Dostupné z WWW: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-178
30. *Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti* [online]. [cit 2019-07-03]. Dostupné z WWW: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435
31. *Zpráva o úpravách speciálních vzdělávacích potřeb v jednotlivých evropských zemích* [online]. [cit. 2018-11-15]. Dostupné z WWW: http://cs.theingots.org/community/SENframe

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tab. 1: Názory na nejrozšířenější zdravotní postižení

Tab. 2: Názory na nejzávažnější zdravotní postižení

Tab. 3: Převodová tabulka výroků na číselný záznam

Grafy

Graf 1: Znalost pojmu integrace

Graf 2: Znalost pojmu inkluze

Graf 3: Znalost pojmu „osoba se zdravotním postižením.

Graf 4: Respondent je osoba se zdravotním postižením

Graf 5: Osoba se zdravotním postižením v širším okolí

Graf 6: Nejčastější zdravotní postižení v okolí

Graf 7: Společné vzdělávání intaktních dětí s žáky se zdravotním postižením

Graf 8: Výrok I.

Graf 9: Výrok II.

Graf 10: Výrok III.

Graf 11: Výrok IV.

Graf 12: Výrok V.

Graf 13: Výrok VI.

Graf 14: Výrok VII.

Graf 15: Výrok VIII.

Graf 16: Výrok IX.

Graf 17: Výrok X.

Graf 18: Výrok XI.

Graf 19: Výrok XII.

Graf 20: Výrok XIII.

Graf 21: Výrok XIV.

Graf 22: Výrok XV.

Graf 23: Výrok XVI.

Graf 24: Výrok XVII.

Graf 25: Výrok XVIII.

Graf 26: Výrok XIX.

Graf 27: Výrok XX.

Graf 28: Výrok XXI.
Graf 29: Přehled míry souhlasu s vybranými výroky
Graf 31: Nevýhody inkluze
Graf 32: Pohlaví respondentů
Graf 33: Věk respondentů
Graf 34: Místo bydliště
Graf 35: Nejvyšší dosažené vzdělání

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

pátým rokem jsem studentkou oboru Speciální pedagogika pro učitele na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Nyní dokončuji svoji diplomovou práci, jejíž výzkumný projekt je zaměřen na postoje rodičů intaktních dětí ke společnému vzdělávání s žáky se zdravotním postižením. Byla bych Vám velmi vděčná, kdybyste se zapojili do vyplnění tohoto dotazníku a stali se tak jedním z článků, které mi dopomohou ke zdárnému vypracování a dokončení diplomové práce, respektive celého mého studia.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky v něm získané budou použity výhradně pro zpracování výzkumného šetření. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat vice jak 15 minut.

Před vyplněním dotazníku, si Vás ještě dovolím seznámit s důležitými pojmy:

Intaktní osoba: Osoba, která je "zdravá," čili nemá žádné zdravotní postižení.

Integrace: Integraci chápeme jako začleňování člověka do společnosti, nejvyšší stupeň socializace. Ve školství se takto označuje zařazování žáků se zdravotním postižením do škol hlavního vzdělávacího proudu. Integrace vyžaduje přizpůsobení se dítěte podmínkám dané školy.

Inkluze: Inkluze usiluje o nastavení takového systému vzdělávání, kdy se budou všichni žáci bez rozdílu vzdělávat v běžných školách. Veškeré aktivity se dějí společně, tzn. že jde o společné vzdělávání žáků intaktních a žáků s postižením. Na rozdíl od integrace, usiluje inkluze o maximální přizpůsobení školy a školního prostředí žákům s postižením.

Zdravotní postižení: Zdravotní postižení můžeme chápat jako určitou odchylku (mentální, tělesnou, smyslovou) ve zdravotním stavu člověka, která daného člověka omezuje v určitých situacích (uplatnění ve společnosti, pohyb, komunikace…) Osoba se zdravotním postižením často potřebuje pomoc druhých či využití speciálních pomůcek.

Předem Vám děkuji za čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku.

Mgr. Lucie Slouková

1. **Setkal(a) jste se již někdy s pojmem integrace?**
   a) Ano, s tímto pojmem jsem se již setkal(a).
   b) Ne, s tímto pojmem jsem se ještě nesetkal(a).

2. **Setkal(a) jste se již někdy s pojmem inkluze?**
   a) Ano, s tímto pojmem jsem se již setkal(a).
   b) Ne, s tímto pojmem jsem se ještě nesetkal(a).

3. **Znáte pojem „osoba se zdravotním postižením?“**
   a) Ano, s tímto pojmem jsem se již setkal(a).
   b) Ne, s tímto pojmem jsem se ještě nesetkal(a).

4. **Jste Vy sám(a) osoba se zdravotním postižením?**
   a) Ne
   b) Ano (uveďte, o jaké postižení se jedná_____)

5. **Znáte někoho, kdo má zdravotní postižení?**
   a) Ne
   b) Ano

6. **S jakým postižením se ve Vašem okolí nejvíce setkáváte?**
   a) Mentálním
   b) Tělesným
   c) Zrakovým
   d) Sluchovým
   e) Vady řeči
   f) Kombinovaným
   g) Jiné:

   _____

7. **Jaké zdravotní postižení je dle Vašeho názoru nejrozšířenější?**
   Uveďte:

   _____

8. **Jaké zdravotní postižení je dle Vašeho názoru nejzávažnější?**

   Uveďte:

   _____

9. **Vzdělává se ve třídě, kam chodí Vaše dítě, i žák se zdravotním postižením?**

   a) Ne

   b) Ano (pokud víte s jakým typem postižení, uveďte: _____)

10. **Vyplňte, prosím, na kolik souhlasíte s následujícími výroky:**

Výrok	Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Nemohu posoudit	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
I. Souhlasím s tím, aby se moje dítě vzdělávalo ve třídě s žákem se zdravotním postižením bez ohledu na typ postižení.					
II. Zda bude žák se zdravotním postižením vzděláván v běžné škole by se mělo odvíjet od typu a stupně jeho postižení.					
II. Žáci se zdravotním postižením by se měli vždy vzdělávat v běžné základní škole.					
IV. Žáci se zdravotním postižením by se měli vzdělávat spíše ve speciálních školách.					
V. Inkluze je přínosná pro obě strany.					
VI. Žáci se zdravotním postižením zpomalují pracovní tempo ve třídě.					
VII. Myslím si, že žáci se zdravotním postižením velice ovlivňují i průběh vzdělávání žáků intaktních.					
VIII. Žáci se zdravotním postižením mají problém se začleněním do kolektivu.					

IX. Intaktní děti mohou mít problém žáka s postižením přijmout.					
X. Líbí se mi, že jsou žáci se zdravotním postižením vzděláváni společně s intaktními dětmi.					
XI. Je pro obě strany přínosné, že se ve škole setkávají intaktní žáci s žáky s postižením.					
XII. Myslím si, že žáci se zdravotním postižením velice ovlivňují i průběh vzdělávání žáků intaktních.					
XIII. V běžných základních školách není dětem s postižením poskytnuta dostatečná péče.					
XIV. Zařazení zdravotně postižených žáků do běžné základní školy je úspěšné.					
XV. Dnešní škola je na inkluzi plnohodnotně připravena.					
XVI. Školy disponují dostatečným množstvím financí na výdaje spojené s inkluzí žáků.					
XVII. Pedagogové na běžných základních školách jsou dostatečně vzděláni a připraveni na inkluzivní vzdělávání žáků se zdravotním postižením.					
XVIII. Inkluze žáků se zdravotním postižením by měla fungovat pouze na 1. stupni ZŠ.					
XIX. Mám dostatek informací o tom, jak inkluze probíhá.					
XX. Školství nebylo na inkluzi zcela připraveno.					
XXI. Inkluze je špatný nápad od začátku až do konce.					

11. Vidíte v inkluzi nějaké výhody? Pokud ano, jaké?

a) Děti se zdravotním postižením se učí od dětí zdravých a naopak.

b) Pozdější jednodušší začlenění do společnosti a pracovního života pro jedince s postižením.

c) Postupná změna názorů společnosti na osoby s postižením

d) Jiné, uveďte: _____

12. Vidíte v inkluzi nějaké nevýhody? Pokud ano, jaké?

a) Ve speciálních školách jsou na vzdělávání postižených žáků lépe vybaveni (odborníci, pomůcky…)
b) Možné vyčleňování až šikana inkludovaného žáka kolektivem třídy
c) Stres, pocity neúspěchu a méněcennosti pro žáka s postižením
d) Více práce pro učitele
e) Není možnost individuálního přístupu
f) Zbytečně velké finanční výdaje státu na inkluzi
g) Jiné, uveďte: _____

<u>Závěrečné otázky:</u>

13. Jsem:

a) Muž
b) Žena

14. Do jaké věkové kategorie se řadíte?

a) 0-25 let
b) 26–59 let
c) 60-90 let

15. Kde žijete?

a) Ve městě
b) Na vesnici

16. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) Základní
b) Střední bez maturity, vyučen(a)
c) Střední s maturitou
d) Vysokoškolské

Zde máte možnost uvést připomínky k dotazníku, popř. svoje osobní zkušenosti aj:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____