

# Zdravotní postižení očima dětí předškolního věku

Bc. Michaela Polčáková

---

Diplomová práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela POLČÁKOVÁ**  
Osobní číslo: **H10688**  
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Zdravotní postižení očima dětí předškolního věku**

Zásady pro vypracování:

**Nastudování odborné literatury a zpracování rešerše.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v problematice vnímání odlišnosti, vyplývajících ze zdravotního postižení, u dětí předškolního věku.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumného šetření, následné zpracování a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků výzkumu, shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**ATKINSONOVÁ, R. L., ATKINSON, R. C. Psychologie. Praha: Victoria Publishing, 1995. 862 s. ISBN 80-85605-35-X.**

**HELUS, Z. Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál, 2004. 228 s. ISBN 80-7178-888-0.**

**MATĚJČEK, Z. Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte. Praha: Grada Publishing, 2005. 182 s. ISBN 80-247-0870-1.**

**MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany: H&H, 2001. 145s. ISBN 80-86022-92-7.**

**RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. A KOLEKTIV. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2003. 290 s. ISBN 80-2440646-2.**

**ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-0.**

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Eva Machů, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce:

**27. dubna 2012**

Ve Zlíně dne 17. ledna 2012

  
doc. Ing. Anužke Lengátová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzláním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez omezení na výsledek činnosti<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejího skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ze studijní a výzkumných účelů (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.4.2012

  
.....

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47a Zveřejněním – inženýrských prací.

2) Právo autora neopřevést či povolit druhé osobě, aby dílo nebo jeho část byla publikována, včetně poskytnutí licenční smlouvy, a vyjádřit obhajobu proti vydání díla nebo jeho části bez jeho souhlasu. Zároveň zveřejněním vlastní práce může být.

(2) Účastníci, diplomanti, kandidáti a výzkumní pracovníci občanské ochrany a dobrovolníci musí být při výkoně své práce kardinála obhájeby zpravidla k realizaci své práce a všim úkolům nutným pro výkon své práce nebo kardinála obhájeby zpravidla k realizaci své práce. Každý z nich se vzhledem k práci podléhá na své náležitě výpis, který může namítnout.

(2) Před, za odvoláním práce nebo v období se zastupování své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledky obhajoby.

3) zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorství, o právech souvisejících s právem autorským a o právech účelných k němu (autorský zákon) se vztahuje použitelně právních předpisů, § 55 odst. 2.

(3) Co práva autorská má nezachyceno dílo nebo dílech či výtvarným dílem, výpis-č. zákon se vztahuje přímě nebo nepřímě, bez ohledu na obchodního prospěchu a může nebo k tomu může být vyžadováno dílo, zejména dílem nebo autorem ke právu autorskému nebo zvláštních právních vztahů (výpis) a jeho právního vztahu ke dílu nebo dílech a zvláštních právních (zákon č. 121/2000 Sb.).

3) zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorství, o právech souvisejících s právem autorským a o právech účelných k němu (autorský zákon) se vztahuje použitelně právních předpisů, § 60 odst. 1 a 2.

(1) Dílo nebo dílech či výtvarným dílem musí za odměněnou podstatnou práce do veřejnosti se svým způsobem a v jeho obsahu díla č. 2. a 3. a 4. a 5. autor nebo jeho díla může být k tomu může být vyžadováno dílo, zejména dílem nebo autorem ke právu autorskému nebo zvláštních právních vztahů (výpis) a jeho právního vztahu ke dílu nebo dílech a zvláštních právních (zákon č. 121/2000 Sb.).

(2) Dílo nebo dílech či výtvarným dílem musí za odměněnou podstatnou práci do veřejnosti se svým způsobem a v jeho obsahu díla č. 2. a 3. a 4. a 5. autor nebo jeho díla může být k tomu může být vyžadováno dílo, zejména dílem nebo autorem ke právu autorskému nebo zvláštních právních vztahů (výpis) a jeho právního vztahu ke dílu nebo dílech a zvláštních právních (zákon č. 121/2000 Sb.).

(3) Dílo nebo dílech či výtvarným dílem musí za odměněnou podstatnou práci do veřejnosti se svým způsobem a v jeho obsahu díla č. 2. a 3. a 4. a 5. autor nebo jeho díla může být k tomu může být vyžadováno dílo, zejména dílem nebo autorem ke právu autorskému nebo zvláštních právních vztahů (výpis) a jeho právního vztahu ke dílu nebo dílech a zvláštních právních (zákon č. 121/2000 Sb.).

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá postoji dětí předškolního věku ke zdravotně postiženým lidem. Teoretická část se věnuje vývoji dítěte předškolního věku, prostředí rodiny, mateřské školy a vrstevnické skupiny, jakožto významných činitelů utváření postojů a postavení zdravotně postiženého člověka ve společnosti. Cílem praktické části je pak prostřednictvím rozhovorů v ohniskových skupinách a jejich následné analýzy využívající prvky zakotvené teorie, zjistit, jak děti předškolního věku vnímají lidi se zdravotním postižením, jak reagují na tyto odlišnosti a co a jakým způsobem formuje jejich postoje k této problematice.

Klíčová slova: dítě předškolního věku, postoje, předsudky, stereotypy, prostředí, zdravotní postižení

## **ABSTRACT**

Diploma thesis deals with the attitude of preschool children to disabled people. The theoretical part is devoted to the development of children through their childhood, life in the family, nursery school and then the peer groups, as the major factors of shaping the attitudes and the status of disabled people in society. The aim of the practical part is then conducted interviews in outbreaks of groups and their subsequent analysis using the elements enshrined theory, find out how preschool children perceive people with disabilities, how to respond to these differences, and what and how it shapes their attitudes towards this issue.

Keywords: preschool children, attitude, prejudice, stereotype, environment, disabled people

## **Poděkování a čestné prohlášení**

Ráda bych touto cestou poděkovala všem, jejichž podpora mi usnadnila zpracování mé diplomové práce. V první řadě chci poděkovat své vedoucí práce Mgr. Evě Machů, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady, zvláště pak chci poděkovat své rodině za trpělivost a vytvoření potřebného zázemí po celou dobu studia a v neposlední řadě také svým přátelům za pomoc a inspiraci.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## **Motto**

„V dětech překonáváme svůj osobní čas, protože v nich bude pokračovat, až my tu nebudeme, nejen náš genetický vklad, ale i to, co získaly naší výchovou, životem s námi.“

Zdeněk Matějček

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 VÝVOJ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU</b> .....	<b>12</b>
1.1    FAKTORY OSOBNOSTNÍHO VÝVOJE .....	12
1.2    VÝVOJ ZÁKLADNÍCH SCHOPNOSTÍ A DOVEDNOSTÍ .....	13
1.2.1    Hrubá motorika .....	13
1.2.2    Jemná motorika .....	13
1.3    KOGNITIVNÍ VÝVOJ.....	14
1.3.1    Myšlení a inteligence.....	14
1.3.2    Řeč.....	15
1.3.3    Hra.....	16
1.3.4    Kresba.....	16
1.4    EMOČNÍ A SOCIÁLNÍ VÝVOJ .....	17
1.4.1    Sebepojetí .....	17
1.4.2    Morálka .....	18
1.4.3    Prosociální chování a empatie.....	18
<b>2 PROSTŘEDÍ JAKO VÝZNAMNÝ ČINITEL FORMOVÁNÍ POSTOJŮ</b> .....	<b>20</b>
2.1    RODINA .....	23
2.1.1    Typologie rodin a její funkce .....	24
2.1.2    Výchova v rodině .....	25
2.1.3    Dětství v současné rodině.....	27
2.2    MATEŘSKÁ ŠKOLA.....	28
2.2.1    Vzdělávání a výchova v mateřské škole.....	29
2.3    VRSTEVNICKÁ SKUPINA.....	31
2.3.1    Vrstevnické skupiny v předškolním věku .....	32
<b>3 ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ ČLOVĚK JAKO SOUČÁST SPOLEČNOSTI</b> .....	<b>33</b>
3.1    CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	33
3.2    VNÍMÁNÍ ČLOVĚKA ČLOVĚKEM .....	34
3.3    ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ ČLOVĚK NOSITELEM ODLIŠNOSTI.....	37
3.3.1    Postavení zdravotně postiženého člověka ve společnosti .....	37
3.3.2    Kvalita života zdravotně postiženého člověka .....	38
3.3.3    Rodina se zdravotně postiženým dítětem .....	39
3.4    STEREOTYPY A PŘEDSUDEKY VE VZTAHU K ODLIŠNOSTI.....	41
3.5    INTEGRACE.....	43
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>47</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>48</b>



4.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	48
4.2	CÍL VÝZKUMU .....	48
4.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	48
4.4	POJETÍ VÝZKUMU .....	48
4.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	49
4.6	VÝZKUMNÉ METODY .....	50
4.7	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	51
<b>5</b>	<b>ANALÝZA KVALITATIVNÍCH DAT.....</b>	<b>53</b>
5.1	OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	53
5.2	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ .....	63
5.3	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ .....	67
5.4	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	69
<b>6</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>71</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>82</b>

## ÚVOD

Zdravotně postižený člověk je součástí společnosti a stále se hledají způsoby a cesty pro optimální vyrovnání se s touto skutečností. Snahy některých institucí, organizací i jednotlivců o rovnoprávné místo zdravotně postiženého člověka ve společnosti často narážejí na stereotypy a předsudky veřejnosti. Ta je stále o zdravotním postižení informována nedostatečně a její postoje k této skupině obyvatel jsou ambivalentní, často se v nich odráží nejistota, neporozumění, lítost i strach.

*Monitoring problematiky dětí se zdravotním postižením v České republice*, který byl realizován v roce 2010 nadací Sirius a který se formou dotazníkového šetření s rodiči zdravotně postižených dětí a pracovníky státního i nestátního sektoru pečující o zdravotně postižené děti snažil zmapovat společné problémy dětí se zdravotním postižením, přinesl kromě jiného i zjištění, že rodiče dětí i pracovníci neziskového sektoru vidí jako druhý nejčastější problém v oblasti péče o zdravotně postižené děti postoj veřejnosti protknutý nezájmem, posměchem a předsudky. (Nadace Sirius, ©2010)

Mimo jiné i tato skutečnost mě vedla k volbě tématu diplomové práce. A jelikož předškolní věk je ideální dobou pro konfrontaci dětí s odlišnostmi, protože právě v tomto věku ji s pomocí adekvátního vysvětlení jsou schopni přijmou jako běžnou součást života, zaměřila jsem se na postoje ke zdravotně postiženým lidem právě u této věkové kategorie.

V teoretické části práce je ve třech hlavních kapitolách věnován prostor vývoji dítěte předškolního věku, dále pak významným činitelům formujícím postoje dětí této věkové kategorie, tedy rodině, mateřské škole a vrstevnické skupině a uzavírá ji kapitola, která řeší postavení zdravotně postiženého člověka ve společnosti a jeho soužití s majoritou.

Praktická část prezentuje výsledky získané kvalitativním výzkumným šetřením, které mělo za úkol zjistit, jaké postoje dětí předškolního věku ve vztahu ke zdravotně postiženým lidem zaujímají a odhalit faktory, které je ovlivňují.

Cílem diplomové práce je zprostředkovat celistvý náhled na problematiku postojů dětí předškolního věku k menšině zdravotně postižených osob a předpokládám, že její výstupy budou moci sloužit jako inspirace v praxi rodinné i institucionální při formování postojů a odbourávání předsudků u dětí předškolního věku ke zdravotně postiženým osobám.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VÝVOJ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

"Jde o velkou vývojovou epochu, samostatnou a svébytnou..." (Matějček, 2005, s.139)

V úvodní kapitole bude věnován prostor nejdříve faktorům, které umožňují vývoj osobnosti člověka, po té se budeme podrobněji zabývat jednotlivými složkami vývoje dítěte v předškolním věku, jejichž dělení je převzato od Langmeiera, Langmeiera a Krejčířové, Čerpáno je hojně i z dalších zdrojů např. Čačky, Matějčka, Vágnerové atd.

## 1.1 Faktory osobnostního vývoje

"Vývoj lidského jedince od jeho početí až do smrti ovlivňují jak dědičné dispozice, tak podněty prostředí, které působí ve vzájemné, obvykle složité interakci." (Vágnerová 2000, s.16)

Vágnerová (2000, s. 16-19) popisuje **dědičné dispozice** jako souhrn mnoha genetických informací předávaných prostřednictvím chromozomů zárodečných buněk otce i matky dítěti již při početí. Jakým způsobem a zda se genetická informace projeví, ve velké míře závisí na vnějším prostředí. Dědičné dispozice jsou značně variabilní a některé z genů se u jedince neprojeví vůbec. Kvalita **prostředí**, do něhož se člověk rodí a v němž žije, hraje nezastupitelnou úlohu při rozvoji psychických vlastností.

Prostřednictvím procesu **socializace** se člověk učí zařazovat do života ve společnosti a jako činitele socializace Vágnerová (2000, s. 19-20) uvádí:

1. *Sociokulturní vlivy*, které člověka seznamují s žádoucími hodnotami, normami, způsoby uvažování a chování společnosti, ke které náleží.
2. *Větší sociální skupina*, do níž jedinec patří, ho s těmito sociokulturními vlivy seznamuje a pomáhá mu s orientací v nich.
3. *Malá sociální skupina* je charakteristická úzkými vnitřními vazbami svých členů a nejvýznamnější z nich je bezesporu rodina, o jejímž významu budeme ještě hovořit.

Psychický vývoj člověka se realizuje prostřednictvím procesů **zrání** a **učení**. Zrání je procesem vývojových změn, které určují připravenost osobnosti k procesu učení. Je tedy pouhým předpokladem k rozvoji psychických vlastností. Jejich samotný rozvoj se realizuje právě prostřednictvím procesu učení, které může být důsledkem specifické nebo obecné

zkušenosti. Proces učení nemá na rozdíl od procesu zrání nezvratný charakter a nově přicházející zkušenosti stále ovlivňují jeho výsledek. (Vágnerová, 2000, s. 21-22)

Jak uvádí Čačka (2009, s. 15-17), psychický vývoj je složitým procesem, který neprobíhá rovnoměrně, nýbrž ve skocích a u jedinců všech světových kultur existuje časová shoda jednotlivých vývojových změn. Každá vývojová etapa je kvalitativně i kvantitativně odlišná od předchozí a jednotlivé funkce duševních procesů se postupně zjemňují a tříbí. To vede nejen k rozvoji dílčích složek duševních procesů ale i osobnosti jako celku. Tempo duševního vývoje postupem času klesá a je třeba mít na mysli, že všechny vývojové změny mají individuální průběh.

## **1.2 Vývoj základních schopností a dovedností**

### **1.2.1 Hrubá motorika**

V tomto vývojovém období dítě vyspívá jak po stránce tělesné, tak i pohybové. Postava se prodlužuje a mění své proporce a v souvislosti s tím také vyspívá hrubá motorika.

Čačka (2009, s. 68) uvádí, že zlepšení koordinace hrubé motoriky je následkem posunutí těžiště těla do oblasti pánevní, což dítěti umožňuje lépe udržet rovnováhu a vykonávat tak náročné pohybové dovednosti jako je např. jízda na kole, bruslení, lyžování atd. Matějček (2005, s. 143-144) dodává, že dítě předškolního věku zvládá házení a kopání do míče, ježdění na tříkolce i kole, mnohdy také plavání a lyžování a to i přes to, že norma pro zvládnutí těchto dovedností je teprve v mladším školním věku.

V pohybových projevech dětí tohoto věku je znát radost, uvolnění a spontaneita. Pohyb je pro ně přirozeností a je žádoucí ho všemožně podporovat. Fyzická zdatnost dítěte také z velké míry určuje jeho postavení ve vrstevnické skupině.

### **1.2.2 Jemná motorika**

U dětí předškolního věku je znatelný pokrok v obratnosti. Dítě se učí ovládat předměty i nástroje denní potřeby, zacházet s nožem, nůžkami, příborem, telefonem, televizí, v současné době není výjimkou ani obsluha PC. Jemná motorika dítěte se rozvíjí také prostřednictvím tvůrčí práce s použitím různých výtvarných technik a pomocí modelování.

Rozvoj obratnosti přináší také velký pokrok v oblasti sebeobsluhy. Dítě se učí jíst příborem, samo se oblékne, vyčistí si zuby, umyje ruce, je schopno také pomáhat s domácími pracemi jako je stlaní, prostírání stolu, utírání nádobí, vysávání atd. (Matějček, 2005, s. 144)

Zapojování dítěte do povinností okolo chodu domácnosti přináší dítěti nejen rozvoj šikovnosti v manipulaci s předměty ale dává mu také pocit důležitosti a rozvíjí smysl pro povinnost.

### 1.3 Kognitivní vývoj

"Kouzlo je nyní samozřejmou součástí denního života dětí..." (Matějček, 2005, s.148)

#### 1.3.1 Myšlení a inteligence

Centrální nerovnový systém dítěte dozrává a inteligence dítěte se dostává z úrovně symbolického na úroveň názornou. Uvažování dítěte probíhá celostně, pojmy vystihují důležité vlastnosti vnímaného, usuzování je vázáno na to, co vidí. Jelikož je předoperační myšlení úzce spjata s činností dítěte, hovoříme o myšlení egocentrickém a antropomorfním. (Langmeier, Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 73-74)

Vágnerová (2000, s. 102-103) uvádí typické znaky myšlení dětí v předškolním věku takto:

1. *Egocentrismus* - dítě si zkrsluje úsudek na základě vlastních preferencí
2. *Fenomenismus* - fixace dítěte na vyobrazení světa, tak jak se dítěti jeví, jak vypadá
3. *Magičnost* - k pochopení dění okolo si dítě vypomáhá fantazií
4. *Absolutismus* - tendence chápat každé poznání jako definitivní a neměnné

Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem a Nolen-Hoeksema (1995, s. 114-115) popisuje myšlení dětí na základě vývojových stadií Piagetovy teorie, podle které se dítě v předškolním věku nachází v předoperačním stadiu. To umožňuje dítěti zaměřovat pozornost pouze na jeden aspekt situace. Dítě tedy např. třídí předměty dle barvy, nikoli však zároveň dle tvaru. V souvislosti se spoléháním se dětí na zrakovou percepci je velmi znám Piagetův pokus konzervace, který popisuje jako neschopnost dítěte v předoperačním stadiu určit, že množství vody přelité z jedné nádoby do druhé, avšak odlišného tvaru, zůstává stejné. Toho je schopno dítě až o několik let později.

V předškolním věku si dítě, podle Čačky (2009, s. 75) osvojuje povědomí o množství a základních matematických operacích především hrou. Zpočátku období je toto povědomí nízké, postupně se však zvyšuje. Dítě nejdříve nejistě odříká číselnou řadu, později dokáže poslední číslo v řadě spojit s určitým počtem.

Vágnerová (2000, s. 111-112) popisuje vnímání času a prostoru v předškolním věku jako silně subjektivní zkreslené. Určitou představu o plynutí času si dítě vytváří za pomoci pravidelných událostí, které jsou v jeho očích důležité. I když dokáží povrchně chápat minulost či budoucnost, centrem jejich života zůstává přítomnost. Prostorové vztahy jsou hodnoceny v souladu s egocentrickým myšlením dítěte, předměty nejbližší jsou vnímány jako největší oproti těm, které jsou v pozadí.

„Typickým znakem myšlení předškolních dětí je útržkovitost, nekoordinovanost a nepropojenost, chybí mu komplexní přístup.“ (Vágnerová, 200, s.107)

### 1.3.2 Řeč

V tomto věku dochází k výraznému pokroku v řečových dovednostech. Ten dítěti umožňuje dozvídat se o světě kolem sebe stále nové informace a zároveň se zvyšuje úroveň jeho porozumění.

Slovní zásoba ke konci předškolního období čítá okolo 2500 - 3000 slov aktivně užívaných a u dalších tisíce slov dítě rozumí významu. Předškolní dítě si také rádo s řečí hraje a i když se často dokáže vyjadřovat velmi vyspěle a formálně, chybí obvykle porozumění. (Čačka, 2009, 72-73)

Langmeier, Langmeier a Krejčířová (1998, s. 70) hovoří o tom, že ke konci tohoto období by mělo být dítě již artikulačně vyspělé. Oproti tomu Čačka (2009, s. 73) uvádí, že 50 % dětí má problémy s vyslovováním hlásek ř, r, s, t, d, n , l a to z důvodu nedostatečné zralosti mluvidel a sluchové diferenciaci.

Vágnerová (2000, s. 114-115) i Čačka (2009, s. 73) se zmiňuje o tzv. egocentrické řeči, která má návaznost na myšlení dítěte a není určena další osobě. Pomáhá také dítěti ke zjednodušování a orientaci v životních situacích a usnadňuje mu přizpůsobení se realitě. Později tato řeč zvnitřní.

Jelikož se děti, jak uvádí Vágnerová (2000, s. 114), učí prostřednictvím nápodoby verbálních projevů dospělých, s nimiž jsou v úzkém kontaktu, je nutné s nimi co nejvíce mluvit, ptát se, odpovídat na nekonečné otázky, vysvětlovat a také pravidelně číst.

### 1.3.3 Hra

Předškolní období je charakteristické především hrou. Hrou spontánní, svobodnou a samoučelnou. Tato přirozená aktivita je provázána tendencí dítěte k osamostatňování, neodlišování se a odráží se v ní dosažená úroveň duševního vývoje. V tomto období převažuje hra symbolická, kdy chlapec vidí v krabici od bot autobus, dívka domeček pro panenky. Dítě samo se dokáže převtělít bez problému do čehokoli a intenzivně pak přijatou roli plnit. (Čačka, 2009, s. 83-85)

Vágnerová (2000, s. 110) v souladu s Říčanem (1990, s. 138-139) hovoří také o hře jako o zrcadlu emočního prožívání dítěte a jeho postojů. Odráží se v ní potřeba dítěte dodržování jasných pravidel, neboť takový svět vnímá dítě jako bezpečný a srozumitelný. Podle Matějčka (2005, s. 155) se v ní navíc odráží zkušenost a poznání dítěte.

### 1.3.4 Kresba

Dle Říčana (1990, s. 141) je kresba pro dítě vedle hry tím "nejpřirozenějším vyjadřovacím prostředkem" a lze z ní hodně vyčíst o jeho vnitřním světě.

K tomu, aby dítě bylo schopno projevovat se kresbou, je samozřejmě nutné dostatečné osvojení dovednosti ovládnání tužky. Způsob, jakým se dokáže v této oblasti vyjádřit, hovoří také o úrovni jeho kognitivních schopností. Po třetím roce věku dítě začne kreslit postavu v podobě hlavonožce, postupně přibývají detaily v obličeji a objevuje se náznak trupu. Později začnou děti kreslit i jiné objekty než lidskou postavu, tedy květiny, domy, auta atd. Po pátém roce dávají v kresbě děti přednost realitě, s níž jsou emočně spjatí, než tomu, co vidí. Prozatím je patrné nedostatečné zvládnutí proporcí a prostoru. (Čačka, 2009, s. 82-83)

Langmeier, Langmeier a Krejčířová (1998, s. 71-73) píše, že dítě ve věku tří let dokáže nakreslit kruh a jeho kresba je prozatím nerealistická. Ve čtyřech letech zvládá napodobení křížku a postavu hlavonožce. Pro pětileté dítě je charakteristické vyobrazení postavy s trupem a postupným přibýváním detailů, z geometrických tvarů pak dokáže napodobit



čtverec. V šesti letech jsou u postavy přítomny další detaily, jako prsty na ruce, boty, uši klobouk apod. a proporcionálně je vyvážena.

"Dětská kresba je tedy výrazem motorického, rozumového i emocionálního vývoje dítěte - tedy projevem celé jeho osobnosti, jejíž ustálené charakteristiky a aktuální prožívání z ní pak lze do jisté míry zpětně vyčíst." (Čačka, 2009, s.82)

## 1.4 Emoční a sociální vývoj

### 1.4.1 Sebepojetí

"Předškolní dítě přejímá názor dospělých na sebe sama nekriticky, tak jak je mu prezentován. V této podobě se stává součástí jeho sebepojetí". (Vágnerová, 2000, s.116)

Vágnerová (2000, s. 115-116) píše, že v tomto věku dochází k dalšímu rozvoji osobní identity. Děti si uvědomují samy sebe jako subjekt odlišný od ostatních nejen na základě významných znaků tělesného schématu. Vzhledem k tomu, že uvažování dětí je egocentrické a magické, tak také sebehodnocení je nezralé a zcela závislé na hodnocení druhých, zejména blízkých osob. Čačka (2009, s.78) k sebehodnocení předškolních dětí dodává, že je založeno na povrchním posuzování vnějších projevů a jejich důsledků, což znamená, že se prozatím nedokáží orientovat motivem činu, nýbrž pouze jeho následkem.

Děti se také přirozeně identifikují s mužskou a ženskou rolí, která je dána normami společnosti, ve které vyrůstají. Jsou si vědomy rozdílů sociálních rolí vyplývajících z pohlaví a chápání těchto rolí se rozvíjí podmiňováním, kdy je dítě za své chování hodnoceno, dále pak nápodobou rodičů či sourozenců. (Vágnerová, 2000, s. 117-119)

V souvislosti se sexualitou a zájmem o opačné pohlaví se Říčan (1990, 149-151) věnuje freudovskému pojetí předškolního období, stadiu falického. Hlavní erotogenní zónou jsou zde pohlavní orgány a dítě zažívá *oidipovské drama*, kdy je zamilováno do rodiče opačného pohlaví a zároveň žárlí a nenávidí rodiče stejného pohlaví. Tato nenávisť se ale konfrontuje s láskou k němu, což vede ke krizi a z té musí dítě najít východisko. Klasickým řešením je potlačení sexuální touhy k rodiči do nevědomí a identifikace s rodičem stejného pohlaví.

### 1.4.2 Morálka

Vágnerová (2000, s. 120-121) hovoří v souladu s Piagetovou teorií o heteronomní fázi morálního vývoje, která se vyznačuje tím, že se dítě řídí normami, které mu předávají jím uznávané autority a protože toho prozatím není schopno, dále o nich neuvažuje. Dále také zmiňuje Kohlberga, který v návaznosti na Piagetovu teorii vytvořil vlastní teorii morálního vývoje a dítě předškolního věku zařadil na úroveň premorální. Stěžejní pro tuto fázi je motiv dítěte k dodržování norem, kterým je vnější kontrola založená na systému odměn a trestů.

Matějček (2005, s. 153) vidí typickým osobnostním rysem tohoto věku konformitu, která se projevuje v morálce dítěte touhou dělat stejné věci jako ostatní děti a také chápáním, co je správné a co ne, co se dělat s mí a co ne, které probíhá také v souladu s ní. S konformitou souvisí i schopnost tolerance, pro jejíž rozvoj je velmi vhodná doba. A jak dále uvádí, dítě totiž přijímá zcela bez problémů vrstevníka s nápadným zdravotním postižením a při adekvátním vysvětlení si k němu nevybudoje averzi a nechuť, ba naopak kvůli jeho zvláštnosti se s ním často chce kamarádit.

Vágnerová (2000, s.122) vysvětluje schopnost pociťovat vinu u předškolních dětí a v souvislosti s přechodem od vnější kontroly k vnitřní zmiňuje vývojovou fázi popsanou E. Eriksonem, kdy dítě řeší konflikt mezi vlastní aktivitou a pocitem viny. Typickými rysy tohoto autoregulačního mechanismu je, že platnost normy dítě spatřuje pouze v konkrétní situaci, s níž má zkušenost. Chápání norem je tedy stereotypní a rigidní a nese prvky egocentrismu. Ve vztahu k sobě samému si je totiž často vyloží způsobem, jaký mu právě vyhovuje. K tomu můžeme doplnit, že podle Říčana (1990, s. 144-145) je pro svědomí dítěte charakteristické to, že je na počátku založené na negativní motivaci, tedy zákazech a jeho intenzita může být různá, od slabého až po nadměrně vyvinuté, dokonce se nemusí vyvinout vůbec.

### 1.4.3 Prosociální chování a empatie

"V běžném životě dochází k aktivizaci prosociálního chování apelem na pocity úcty k sobě, svědomí, na pocitu sounáležitosti." (Zášková a Mičák, 2009, s.62-63)

Vágnerová (2000, s. 123-124) vidí rozvoj prosociálního chování možný pouze za předpokladu dosažení určité úrovně schopnosti vcítit se do druhého. Podle ní jsou ho jsou

schopny děti, které dosáhly určité úrovně kognitivních schopností, které mají zajištěny základní potřeby bezpečí a jistoty, neboť jen tak jednají pod vlivem zkušenosti a mohou ovlivňovat vývoj určitých sociálních situací. Jsou tedy schopny respektovat potřeby druhých lidí a ovládnout své agresivní tendence.

Právě předškolní věk je podle Matějčka (2005, s. 167-173) senzitivním obdobím prosociálního chování a hovoří o něm jako o chování, které zpětně posiluje identitu dítěte i jeho životní jistotu. Ve výsledku dobrého skutku a zpětné odezvy na něj, se jedná o vzájemnou směnu pozitivních citů, kdy se předpokládá, že dítě tento žádoucí postoj přijme jako trvalou součást své osobnosti.

Předškolní období je obdobím všestranného společenského i kognitivního rozvoje, je prostoupeno světem kouzelné fantazie a hry a Matějček (2005, 138) ho příznačně nazval "přípravou na významné věci budoucí..."

## 2 PROSTŘEDÍ JAKO VÝZNAMNÝ ČINITEL FORMOVÁNÍ POSTOJŮ

Kraus (2001, s. 42) popisuje prostředí jako objektivní realitu, která člověka obklopuje a zahrnuje jak podmínky materiální, tak duchovní. V obou případech se jedná o podněty podmiňující vývoj osobnosti člověka. Prostředí můžeme vnímat jako sféru vztahů člověka s přírodou, kulturou a druhými lidmi. V žádném případě se nejedná o statický prvek, ale člověk po celý život do prostředí zasahuje, přetváří ho a mění a tyto změny ho následně opět ovlivňují.

Klapilová (1996, s. 24) vidí výchozím bodem typologie prostředí, jeho rozdělení na **vnitřní**, tedy aktuální psychický i fyzický stav člověka a jeho vrozené dispozice a **vnější**, které zahrnuje materiální podmínky a sociální vztahy.

Kraus (2008, s.68-69) rozděluje prostředí takto:

- *Podle velikosti prostoru* - makroprostředí (vytváří podmínky existence celé společnosti), mikroprostředí (bezprostřední prostor pobytu člověka), regionální (prostor rozsáhlejšího teritoria), lokální (bydliště, městská čtvrť)
- *Podle povahy realizované činnosti* - pracovní (např. dílny, školní třída), obytné, rekreační (např. hřiště, klubovna)
- *Z hlediska podílu člověka na podobě daného prostředí* - přirozené, umělé
- *Podle charakteru* - přírodní, společenské (mezilidské vztahy, uspořádání společnosti atd.), kulturní (hmotné i nehmotné výsledky lidské činnosti)
- *Podle povahy daného teritoria* - venkovské, městské, velkoměstské
- *Podle frekvence, pestrosti, kvality podnětů* - podněťově chudé, přesycené, optimální, jednostranné, mnohostranné, zdravé, závadné

Kraus dále (2001, s. 46-47) popisuje jeho dvě základní funkce. **Situační**, kdy prostředí životních situací tvoří jakési pozadí, kulisu a ta ovlivňuje její další vývoj a **výchovnou**, kterou se rozumí ovlivňování jednání člověka vlivem působení prostředí. Jednání lidí se tedy mění závisle na střídání různých prostředí (např. jinak se chováme doma, v práci atd.).

V souvislosti s prostředím je nutno zmínit proces **socializace**, který představuje začleňování člověka do společnosti, osvojování si jejich hodnot a norem, kultury a způsobů

chování. Probíhá již od narození v přirozeném prostředí rodiny a její vývoj pokračuje dál po celý život člověka. Kraus (2008, s.59-62) se věnuje jejím fázím takto. První fáze formování základů osobnosti, **sociabilita**, se odehrává především v rodině. Ve fázi **personalizace** si osvojujeme první sociální role a vědomí vlastní identity. **Profesionalizace** zahrnuje období přípravy na vykonávání vybrané profese a **společenská angažovanost** zakončuje socializační proces kompletním začleněním do společnosti .

O socializaci, která pomáhá člověku orientovat se ve společenských hodnotách, hovoří také Kohoutek (1998, s. 5). Jeho pohledem socializace pomáhá člověku rozlišovat dobro od zla, formovat hygienické a pracovní návyky, osvojovat řeč, společenská pravidla. Vzdělává člověka a připravuje ho na manželství, rodičovství, stáří. Prostřednictvím ní se utváří také sociální a profesní kompetence osobnosti atd. Jejím výsledkem je pak člověk, který se v každé situaci chová v souladu se zvnitřněnými hodnotami a pravidly, jako by byl trvale pod sociální kontrolou.

Dnes už je jistě nepopiratelným faktem, že prostředí, které člověka obklopuje již od narození se nevratně vrývá do jeho osobnosti a významně formuje a ovlivňuje jeho **postoje**. Působí na něj přirozeně, nezáměrně, nad jeho jednáním má však až neuvěřitelnou moc.

"Postojem rozumíme sympatii nebo nesympatii - náklonnost nebo odpor k objektům, osobám, skupinám a situacím, nebo k dalším identifikovatelným stránkám prostředí, včetně abstraktních idejí a sociální politiky." (Atkinson, Atkinsonová, Smith, Bem a Nolen-Hoeksema 1995 s. 727)

Nakonečný (1999, s.131-134) vysvětluje postoj jako "hodnotící vztah", který determinuje, v ideálním případě konzistentně, způsob jednání člověka. Zároveň upozorňuje na vzájemné ovlivňování postojů a chování člověka a uvádí tři Mayerseovy teorie vysvětlující závislost chování a postojů.

- *Teorie sebe prezentace* - změna postojů souvisejících se snahou zanechání "dobrého dojmu".
- *Teorie disonance* - změna postojů v souvislosti s napětím vznikajícím při rozporu postojů s jednáním.

- *Teorie sebe-percepce* - vyhýbání se vnitřním rozporům při ambivalentních postojích prostřednictvím odůvodňování vlastního chování.

Dále se Nakonečný (1999, s. 135-136) věnuje také **vnitřním komponentům** postojů, složce **kognitivní**, která zahrnuje fakta o jevu, či osobě, ke kterému jedinec zaujímá postoj, složce **afektivní**, zahrnující emoce k objektu postojů a složce **konativní**, která vyjadřuje chování k objektu postoje.

Podle Hayesové (cit. podle Kosek, 2004, s. 192) souvisí **postoj** s hodnotami, jelikož pomocí nich posuzujeme chování sebe i druhých. Postoje tedy vychází z osobního hodnotového systému člověka. O hodnotové orientaci člověka píše také Nakonečný (1999, s. 143) a věnuje se jejímu formování, která probíhá již od raného věku, kdy se dítě postupně učí odlišovat dobro od zla v rovině norem společnosti a rovině subjektivního vnímání. Pojetí dobra a zla si dítě vytváří subjektivní zkušeností prostřednictvím odměn a trestů v souvislosti s chováním žádoucím a sankciovaným.

Určitý postoj může člověk zastávat z různých důvodů a každý z nich plní konkrétní psychologickou funkci, která koresponduje s konzistencí postoje, tedy s možností jeho změny. Jednou z nich je funkce **instrumentální**, která souvisí s touhou člověka po prospěchu a vyhnutí se trestu. Funkce **kognitivní** pomáhá utvářet názor prostřednictvím řádu umožňujícího třídit a zpracovávat informace. **Hodnotová** funkce je zrcadlem sebepojetí člověka a funkce **ego-obranná** poskytuje ochranu před úzkostí a ztrátou sebeúcty. Funkce, které zprostředkovávají pocit sounáležitosti s určitým sociálním společenstvím, se nazývá **sociálně adjustiční**. (Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem a Nolen-Hoeksema 1995, s. 731-733)

Podle Kohoutka (1998, s. 8-9) své postoje člověk přizpůsobuje okolí z touhy po přijetí. Přítomnost druhých působí na jeho chování a tedy i na vyjadřování postojů. Člověk však většinou vyjadřuje pouze ty, které jsou sociální skupinou, ve které se právě nachází, akceptovány či alespoň tolerovány. Také Řezáč (1998, s. 166-167) v souladu s Kohoutkem poukazuje na ovlivňování postojů sociálními normami skupiny, v níž se člověk aktuálně nachází, zvláště pak poukazuje na přebírání postojů k aktérům a prvkům sociálního prostředí od členů skupiny referenční, jejímž členem touží jedinec být. Podle něj lze tedy o nich říci, že jsou výsledkem sociálního učení, odráží se v nich celková osobnost člověka, projevují se v chování a podílí se na budování vztahů s prostředím.

Na utváření postojů se podílí řada činitelů, jako nejvýznamnější uvádí Kosek (2004, s. 194-196) **specifickou zkušenost**, která vede často ke generalizaci pozitivního i negativního postoje na související jevy, **sociální komunikaci**, neboť už děti od svých rodičů přebírají hotová postojová schémata, **nápodobu modelů**, která je také patrná již v ranném věku, kdy dítě kopíruje chování svého okolí a konečně **institucionální faktory**, tedy postoje prezentované v institucionálním prostředí škol, klubů, zaměstnání atd. Uvedené faktory nejen, že postoje utváří, ale podílí se i na jejich změně.

V souvislosti se změnou postojů hovoří Nakonečný (1999, s. 147-153) o vlivu **osobní zkušenosti** a **komunikace**, což jsou fakta důležitá v souvislosti s naším výzkumným šetřením. Dále pak uvádí, jako významný činitel změny, provázanost **psychického stavu** nositele postoje a **kontextu situace**.

V předškolním věku při utváření a formování postojů dítě bezesporu nejvíce ovlivňuje přirozené prostředí **rodiny**, ke které se později přidává **vrstevnická skupina**. S tou se pravidelně setkává v intencionálním prostředí **mateřské školy**, a právě těmto konkrétním institucím se budeme dále věnovat.

## 2.1 Rodina

"Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, jeho vztahy ke skupinám lidí. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům, poskytuje mu určitý typ podpory..." (Matoušek, 1997, s.8)

Možný (2002, s. 13-14) popisuje rodinu jako sociální útvar, který je pro své členy útočištěm před chaosem okolního světa. Byť může na první pohled působit staticky, opak je pravdou, neboť svou dynamikou brání rozpadu společenského systému. V jistém smyslu lze také říci, že se od počátku civilizace příliš nezměnila a pravděpodobně se dlouho měnit nebude. I přes výrazné změny, které sebou vývoj moderní společnosti přinesl, táta, máma a děti zůstávají jejím základním prvkem.

Kraus (2001, s. 31) nazývá rodinu taktéž sociálním útvarem, ve kterém jsou spojeni nejméně tři lidé, pár opačného pohlaví a alespoň jedno dítě manželskými, příbuzenskými, rodičovskými a především citovými pouty.

Matějček (1994, s. 15) vidí rodinu jako nejstarší společenskou instituci, za jejímž vznikem je nejen pud sexuální a rozmnožovací, ale především potřeba člověka své potomstvo chránit, učit a socializovat.

Existuje velké množství definic a pojetí rodiny. Ty staré přestávají platit a nahrazují je nové, které lépe vystihují její dnešní úlohu a funkce. Poněkud pejorativní označení, že rodina je základem společnosti však jistě platí i dnes. Rodina se vyvíjí kontinuálně se společností a její charakter se zároveň odráží zpět do ní. Jedná se tedy o cirkulující proces vzájemného ovlivňování.

### 2.1.1 Typologie rodin a její funkce

V literatuře najdeme několikero typologií rodin. Uvádíme jednoduché a přehledné dělení dle Bakošové: (1994, s. 27-29)

- *Úplná rodina* - jedná se dvougenerační soužití rodičů a dětí, které může být v ideálním případě **harmonické**, kdy jsou adekvátně uspokojovány všechny potřeby členů nebo **disharmonické**, které se vyznačuje napjatou atmosférou, nezájmem či hrubým zacházením s dítětem. Patří sem i rodina **doplňená**, kdy do nového svazku vstupují partneři s dětmi z bývalého manželství.
- *Neúplná rodina* - je rodinou jednoho rodiče s dětmi, který je nucen plnit funkci rodičů obou. Jedná se o rodinu **vdovců/vdov**, rodinu **svobodné matky** a **rodiny rozvedené**. Všechny jmenované situace jsou pro rodiče i děti velmi komplikované a ke zvládnutí vyžadují obrovskou vnitřní sílu, často i pomoc zvenčí od širší rodiny a nejrůznějších veřejných institucí.

Každá rodina má za úkol plnit své **funkce**. S jejich vymezením se v literatuře můžeme také setkat v několika podobách. Funkce rodiny dle Krause (2008, s.81-83) jsou:

- *Biologicko - reprodukční* - zajišťuje reprodukci nutnou k zachování rodu a naplnění biologických a sexuálních potřeb partnerů.
- *Sociálně - ekonomická* - rodina je na jedné straně spotřebitelem a na straně druhé jsou její členové aktivně zapojeni do výrobního i nevýrobního procesu v rámci svých profesí.



- *Ochranná* - zahrnuje zajišťování biologických, hygienických a zdravotních potřeb všech svých členů.
- *Socializačně - výchovná* - připravuje děti na život ve společnosti v souladu s žádoucími normami jejích členů.
- *Rekreačně - relaxační* - obsahuje způsob, jakým tráví její členové volný čas.
- *Emocionální* - klíčová funkce, která slouží k zajištění pocitu lásky, bezpečí a jistoty svým členům, především pak dětem.

### 2.1.2 Výchova v rodině

Rodina působí na dítě a jeho osobnost nezáměrně svou strukturou, materiálními a ekonomickými podmínkami, osobnostmi všech členů, zkrátka tím, jaká je. Působí však na něj také cíleně a to prostřednictvím pravidel, jejichž dodržování je od dítěte očekáváno, požadavků, které jsou na dítě kladeny a také předáváním hodnot a postojů k životu, ke světu, k lidem...

"Výchova je cílevědomé a záměrné utváření a ovlivňování, které umožňují optimální rozvoj každého jedince a to v souladu s individuálními dispozicemi a stimuluje jeho vlastní snahu stát se autentickou, vnitřně integrovanou a socializovanou osobností." (Pelikán 1995, cit. podle Šmelová 2004, s. 80)

V literatuře bychom našli nespočet definic a pojetí výchovy. To, jak se bude osobnost dítěte vyvíjet, záleží ve velké míře na tom, jak rodiče ke svým dětem přistupují v rámci výchovného stylu. Budeme se tedy stručně věnovat jich základním typům, tak jak je uvádí Průcha, Walterová a Mareš (2003, cit. podle Šmelová, 2004, s. 90-91). **Autoritativní** výchova je založena na příkazech, zákazech, popřípadě trestech. Jedná se o styl, který nerespektuje potřeby a zájmy dítěte a jeho důsledky jsou potom např. výrazná nesamostatnost a závislost dítěte, které je zvyklé na neustálé organizování a kontrolu. Osobnost takto vedeného dítěte může být výrazně submisivní nebo naopak agresivní. Poněkud opačným extrémem je potom výchova **liberální**, pro kterou je typické minimální řízení dítěte a absence jakýchkoli požadavků na něj, což vede k neschopnosti dítěte dodržovat jakékoli normy a pravidla. Ideálním výchovným stylem se pak jeví výchova **demokratická**, jejímiž východisky jsou pozitivní vzory, respekt k dítěti, porozumění,

podpora atd. Ve vysoké míře se pak dá předpokládat, že takto vedené dítě bude samostatné, zodpovědné a respektující druhé.

Výchova je složitým procesem, vyžaduje vnitřní sílu, odpovědnost, chuť vychovávat. Odráží se v ní osobnost vychovatele i způsob výchovy, kterým si jako dítě prošel. Podle toho jak se různé vnější podmínky i vnitřní hodnoty a cíle člověka, různé se i výchova, ve které se mohou projevit určité negativní tendence. Těm se věnuje Bakošová (1994, s. 33-34) a hovoří o nich následovně.

- *Zákazy a příkazy* - výchovné tendence, které u nás mají tradici a stále přetrvávají i v současné české rodině. Projevují se také tělesnými tresty a tresty ve formě odmítání lásky, což se velmi negativně podepisuje na sebepojetí dítěte.
- *Nadměrné ochraňování* - těmito tendencemi rodiče brání dítěti v překonávání překážek vlastními silami, postupnému osamostatňování se a zdravému budování důvěry v sebe i druhé.
- *Perfekcionismus* - projevuje se neúměrným kladením požadavků na dítě a důrazem na výkonnost. Dítě je pak často vyčerpané a z opakování takové zkušenosti se učí, že bez dostatečného výkonu si nezaslouží být milováno.
- *Projekce vlastních seberealizačních plánů na dítě* - rodič si chce prostřednictvím dítěte splnit nenaplněné tužby a nerespektuje jeho vlastní seberealizační představy.
- *Nedůslednost a improvizace* - pravidla jsou v rodině určována nahodile, často se řídí momentálními potřebami rodičů. To vede ke zmatení a nejistotě dítěte, jelikož pravidla a hranice jsou pro něj nečitelná, nedávají mu smysl.

Rodiče mají povinnost starat se o své děti, což znamená především uspokojovat jejich potřeby a zájmy. Zaměříme se na potřeby duševní, jejichž míra uspokojení má nesporně významný vliv na vývoj osobnosti dítěte, který se pak odráží v jeho postojích k životu, světu i lidem. Matějček (1994, s. 25-26) uvádí tyto duševní potřeby dětí:

- *Přísun podnětů zvenčí* - pro správný vývoj dítěte je již od narození nutná stimulace smyslů povídáním, mazlením, hraním.
- *Smysluplnost světa* - k tomu, aby se dítě ze zkušeností smysluplně a s radostí učilo, potřebuje cítit v podnětech určitý řád.

- *Životní jistota* - ta je dodávána dítěti prostřednictvím vztahů s nejbližším, především rodiči. Ti mu zajišťují pocit bezpečí a ochrany a dodávají tak jistotu k postupu osamostatňování se a k navázání vztahů s dalšími lidmi.
- *Vlastní společenská hodnota* - uznání a ocenění je základem a nutností k získání zdravé osobní identity.
- *Otevřená budoucnost* - vyjadřuje naději a životní perspektivu, smysluplnost plánování, směřování k něčemu, těšení se na něco .

Zpětnou vazbou uspokojování duševních potřeb dítěte je pro rodiče uspokojení těch svých. To jim přináší pocit užitečnosti, společenské hodnoty a zejména otevřené budoucnosti, jelikož prostřednictvím dětí dostává náš život jiný rozměr a smysl. (Matějček a Langmeier, 1981, s. 213)

### 2.1.3 Dětství v současné rodině

Rodina prošla v posledních desetiletích zásadním vývojem. Kraus (2001, s. 32-35) vidí její zásadní proměny zejména v převzetí funkcí jinými institucemi, ustupování od ritualizace partnerských svazků, snižování stability rodiny, měnící se struktura rodiny (klesání počtu dětí a odklon od více generačních soužití), prodlužující se délce života a s tím souvisejících změn v organizaci rodiny a konečně vzrůstající pracovní vytíženost rodičů, která má za následek úbytek času věnovaný rodinnému životu.

Možný (2002, s. 151-152) hovoří o současné české rodině jako o rodině zaměstnané ženy, což má na straně jedné ekonomické opodstatnění, nicméně na straně druhé tato situace ženu přetěžuje. Nebylo jí totiž nic z povinností okolo chodu domácnosti a péče o děti, stává se tak častěji ve svazku nespokojenou, zvláště přidá-li se k tomu nedostatečná citová angažovanost ze strany muže.

Zároveň se změnami v rodině přicházejí i změny v životě dětí. Současná společnost je charakteristická obratem k dítěti, s lehkou nadsázkou lze říci, že zažíváme tzv. *kult dítěte*, kdy veškerá pozornost rodiny se strhává k němu a téměř celý rodinný život probíhá v jeho režii. Zároveň se však stává trendem přehazování odpovědnosti za výchovu a rozvoj v čím dál vyšší míře na institucionální zařízení. V praxi to vypadá například tak, že nejrůznější instituce nabízejí za poplatek prostřednictvím mateřských škol dětem výuku plavání, lyžování, přímo v mateřské škole se odehrávají preventivní zubní prohlídky atd. Tyto

aktivity jsou směřovány k odebrání co nejvyšší možné míry povinností z beder rodičů, bohužel ti jsou však zároveň ochuzeni o sdílení se svými dětmi, i o to být jejich emocionální oporou v zátěžových situacích.

V souvislosti se současným dětstvím hovoří Helus (2004, s. 63-79) o jeho **prostoupenosti školou**, kdy děti tráví v tomto institucionálním prostředí většinu času všedních dnů a zbývající čas se věnují přípravě na následující den v něm. Dále popisuje běžný den současného dítěte, který se skládá z **kontrolovaných přesunů** z jednoho funkčního ostrůvku na další - ze školy do zájmového kroužku, z něj pak domů atd. Jako další typický rys uvádí **konzumní** způsob života, který útočí na dítě prostřednictvím psychologicky propracované reklamy a pokud se rodiče sami nedokážou konzumu vnucovanému médiu ubránit, stěží to naučí svoje děti. Dětství **jedináčkovské** přináší zhoršení orientace ve světě vrstevníků a mnohdy nepřiměřenou fixaci na svět dospělých. Významnou složkou dnešního světa dětí tvoří **média**, která významně ovlivňují osobnost dítěte již v předškolním věku. Média manipulují, ochuzují o reálné prožitky, představují jednu z příčin agresivního chování a to jsou jen vybrané negativní dopady plynoucí z jejich nesprávného užívání.

Rodině je v odborné literatuře věnován obrovský prostor pravděpodobně právě z důvodu její nenahraditelnosti a nezastupitelnosti žádnou jinou institucí. Rodina, její struktura, materiální i duchovní podmínky, které její členové sdílejí se nesmazatelným způsobem vrývají do jejich osobností, zvláště pak dětí.

"Rodina by měla znamenat pro dítě základní životní jistotu. To je ten nejlepší vklad, který mu můžeme dát. A je v naší moci!." (Matějček, 1994, s. 17)

## 2.2 Mateřská škola

Mateřská škola je institucí, ve které dítě nabírá další významné sociální zkušenosti, jak s novou autoritou paní učitelky, tak s vrstevníky. Postupně se učí přizpůsobovat se chodu skupiny, oddálit uspokojení svých osobních potřeb v jejich prospěch. Je však nutno dodat, že aby byl pro dítě pobyt v mateřské škole přínosem, musí být na ni dostatečně fyzicky, emočně i sociálně zralé.

V mateřské škole se mimo jiné dítě učí postupnému osamostatňování a podřizování pravidlům skupiny. Jak uvádí Čačka (2009, s. 90), obohacující se pro něj stává v případě,

že pouze doplňuje výchovu v rodině. Sociální chování a návyky osvojené v mateřské škole pomáhají dětem k adaptaci v následném základním vzdělávání.

V dnešní době můžeme zaznamenat trend, že děti tráví v mateřské škole čím dál více času. Není výjimkou, že do ní ráno přicházejí krátce po jejím otevření a odcházejí těsně před uzavřením, což čítá zhruba deset i více hodin denně. Z toho jasně vyplývá, že mateřská škola se velmi výrazně podílí na socializaci a rodinnou výchovu nedoplňuje, ale z velké části supluje. Jistě nemusíme zdůrazňovat, že pro dítě předškolního věku institucionální výchova v takovéto míře ztrácí na prospěchu.

Mateřská škola má za úkol dítě rozvíjet, prohlubovat jeho dosavadní znalosti, dovednosti a zprostředkovávat mu prostřednictvím nových zkušeností další. Významně se také podílí na utváření a ovlivňování postojů, popřípadě stereotypů a předsudků vůči odlišnostem.

### 2.2.1 Vzdělávání a výchova v mateřské škole

Děti v Mateřské škole se vzdělávají podle Rámcového programu pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV), ten byl vytvořen v roce 2001 a v roce 2004 aktualizován. Jedná se o základní pedagogický dokument, který definuje nároky na předškolní výchovu. Mateřské školy si potom tvoří vlastní Školní vzdělávací program, který vychází právě z RVP PV a jehož zavedení v mateřských školách je povinné od školního roku 2007/2008. (Šmelová, 2004, s. 107)

Jako důležitý aspekt předškolního vzdělávání vnímá Šmelová (2004, s. 110-111) respekt k individuálním potřebám a zájmům dítěte a celkový důraz na jeho osobnost. Ten je také obsahem RVP PV stejně jako myšlenka podněcování rozvoje komunikace a spolupráce mezi mateřskou školou a rodinou.

Předškolní vzdělávání v pojetí RVP PV respektuje fyziologický, kognitivní, sociální a emocionální vývoj a potřeby dětí. Podporuje vyváženost spontánních a řízených aktivit a jejich iniciování pomocí vhodné motivace ze strany pedagoga. Cíle předškolního vzdělávání jsou formulovány jako **výstupy** a **záměry** v obecné a oblastní úrovni. Mezi rámcové cíle patří:

- *Rozvíjení dítěte, jeho učení a poznání*
- *Osvojení hodnot*

- *Získání osobnostních postojů*

Naplňování těchto cílů vede k utváření **klíčových kompetencí**, které mají podobu výstupů předpokládaných vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot. Jedná se o:

- *Kompetence k učení* - prostřednictvím zkušeností, otázek a odpovědí si osvojilo základní poznatky o světě, lidech, kultuře i orientaci v různých prostředích. Učení probíhá spontánně i vědomě, dokáže se soustředit a řídit se instrukcemi.
- *Kompetence k řešení problémů* - zahrnují problematiku samostatného řešení pro dítě adekvátně náročných logických, matematických, sociálních a jiných typů problémů s využitím dosavadních zkušeností i metodou pokus - omyl.
- *Kompetence komunikativní* - jedná se o dovednosti v oblasti vyjadřovacích schopností a využití informativních a komunikačních prostředků, dále pak vytvoření elementárních předpokladů ke čtení psaní a učení cizích jazyků.
- *Kompetence sociální a personální* - patří sem schopnost prosadit se i podřídit ve skupině vrstevníků, respekt k druhým i základní prosociální postoje, vytvoření si vlastního názoru atd.
- *Kompetence činnostní a občanské* - zahrnují plánování, organizování, řízení a vyhodnocování vlastní činnosti, dosažení odpovídající úrovně smyslu pro povinnosti a odpovědnost a také uvědomování si práv svých i druhých. (Smolíková, 2004, s. 8-12)

RVP PV obsahuje pět **interakčních oblastí**, v jejichž rámci je definován záměr, specifické cíle, hlavní činnosti a příležitosti i možná rizika.

- *Dítě a jeho tělo* - zaměření na rozvoj fyzického vývoje a zdatnosti, zlepšování koordinovanosti pohybu, patří sem také podpora sebeobslužných činností a vedení ke zdravému životnímu stylu.
- *Dítě a jeho psychika* - vyjadřuje podporu psychické vyrovnanosti odolnosti, rozvoj inteligence a kognitivních schopností. Oblast je rozčleněna a v jednotlivých podoblastech se zaměřuje na rozvoj jazyka a řeči, poznávacích schopností, funkcí, myšlenkových operací, představivosti a fantazie, dále pak sebepojetí, citů a vůle.

- *Dítě a ten druhý* - zaměřuje se na podporu a kvalitu interpersonálních vztahů a komunikace. Oblast má za úkol dále vytvářet a rozvíjet prosociální postoje k druhým lidem a posilovat v dětech povědomí o soukromí a bezpečí ve vztazích s dospělými i ostatními dětmi.
- *Dítě a společnosti* - vede dítě k osvojování si žádoucích dovedností a návyků, dále pak zdůrazňuje předávání kulturních a společenských hodnot a postojů.
- *Dítě a svět* - enviromentální oblast zprostředkovávající dítěti informace o světě, životním prostředí a možnostech jeho ovlivňování člověkem. (Smolíková, 2004, s. 16-31)

Šmelová (2004, s. 118) vnímá RVP PV jako vodítko pro pedagogy, především v klíčových oblastech předškolního vzdělávání. Zároveň ale dodává, že je jim stále ponechán dostatečný prostor pro kreativitu a tvořivost ve všestranném rozvoji dětí.

Oproti dobám minulým se v předškolním vzdělávání mnohé změnilo. Na děti je nazíráno pod jiným úhlem. Již není žádoucí přistupovat k nim autoritativním způsobem. Tomuto obratu v přístupu k dítěti se musí pedagogové mateřských škol přizpůsobit, rovněž tak nárokům na kreativitu a stálém doplňování nových poznatků.

### 2.3 Vrstevnická skupina

Vrstevnické skupiny představují přirozenou formu života dětí a mládeže. Jsou to skupiny, které charakterizuje věková, ale také názorová blízkost. Vyznačují se bezprostředními kontakty se silným pocitem příslušnosti ke skupině." (Kraus, 2008, s.88)

Klapilová (1996, s. 30-31) uvádí jako základní znaky vrstevnické skupiny vzájemnou interakci mezi členy, existenci komunikačních sítí a sociálních vztahů, společnou činnost i cíl, vlastní systém norem a sankcí, diferenciaci rolí a vědomí skupinové příslušnosti i odlišnosti.

Kraus (2008, s. 88-90) vnímá funkci vrstevnických skupin jako naplnění potřeby dětí ukázat co se **naučily životem s dospělými** a zároveň **rozvíjet ambice**, které jinde než právě prostřednictvím ní uskutečnit nemohou. Zároveň píše, že trvalejší charakter mají teprve až v mladším školním věku, do té doby můžeme hovořit o tzv. "herních skupinách", jejichž životnost je pouze dočasná. Pro členství ve vrstevnických skupinách je

charakteristická sociální kontrola, která hlídá dodržování vnitřních hodnot a norem pomocí systému sankcí a mnohdy se vyznačuje také silnou konformitou jejich členů. Má bezesporu silný vliv na osobnost dítěte a to jak ve smyslu pozitivním, tak negativním.

### 2.3.1 Vrstevnické skupiny v předškolním věku

Čačka (2009, s. 88-89) píše, že pro dítě v předškolního věku má vrstevnická skupina oproti rodině prozatím výrazně zanedbatelnější vliv, jelikož vztahy dětí mají pouze nahodilý charakter a i když jde o vztah víceméně rovnocenný, neposkytuje dítěti potřebnou dávku jistoty, která pro něj v tomto věku představuje bezpečí. Výběr kamaráda se řídí obvykle souladem v pohlaví, příjemným zevnějškem, atraktivitou ve smyslu vlastnění určitých hraček a způsobem chování. K tomu můžeme doplnit podle Vágnerové (2000, s. 127), že vznik vrstevnických skupin je možný až v době, kdy dítě dosáhne určitého stupně zralosti a je schopno se do určité míry odpoutat od rodiny a světa dospělých, aby bylo schopno tento nejistý vztah ustát.

Vrstevnické vztahy pomáhají dítěti v předškolním věku budovat také prosociální postoje, které dětem umožňují postupně rozvíjet vlastnosti nezbytné pro úspěšné zařazení do společnosti. (Matějček, 2001, cit. podle Hoskovcová, 2006, s. 54)

"Děti v této době přijímají i postiženého vrstevníka, ještě si dostatečně nezafixovaly běžné sociální předsudky." (Vágnerová, 2000, s.129)

I když v předškolním věku dítěte rodina stále hraje nejdůležitější roli, co se týče ovlivňování dítěte, význam vrstevnické skupiny je nezastupitelný. Dítě se učí, jak vyjít s lidmi zvenčí, učí se snášet bolest z odmítnutí i naplnění ze sounáležitosti. Většinou zde dokáže snáze než například v rodině ovládat své emoce a ustoupením ze svých potřeb překonávat typický egocentrismus. Vrstevníci jsou totiž pro dítě významným motivačním činitelem. Děti touží být oblíbené a v kolektivu žádané a ve vztahu k vrstevníkům se projevují výrazně konformně, což sebou bohužel nese také negativní stránky. Chce se identifikovat s vrstevníky prostřednictvím vlastnictvím nejrůznějších hraček, sdílení filmů, či kreslených seriálů, které jsou nevhodné, ba přímo závadné pro děti tohoto věku. Touha po identifikaci se také odráží ve sdílení postojů k osobám i jevům uvnitř i vně vrstevnické skupiny. Je potom v kompetenci rodičů, jak tuto snahu o identifikaci budou korigovat, aby dítě nebylo ze skupiny vyloučeno, aby mu však zároveň zůstalo vědomí o vlastní individualitě a autentičnosti, která je důležitou součástí osobnosti každého člověka.



### 3 ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ ČLOVĚK JAKO SOUČÁST SPOLEČNOSTI

#### 3.1 Charakteristika zdravotního postižení

Světová zdravotnické organizace WHO, která vydala v roce 1980 **Mezinárodní klasifikaci poškození, postižení a omezení** (v roce 1998 nahradila stávající pojmy novými a to **poškození, aktivita a participace**), vymezuje zdravotně postiženou osobu jako "Jedince, u kterých v důsledku poškození organismu a porušení jeho funkcí dochází ke snížených některých jejich schopností (disaptibilit) a výkonnosti a následně i k jejich znevýhodnění (handicapu)." (Jesenský, 1998, s.22)

Definice zdravotního postižení se různí podle účelu, kterému má za úkol sloužit. Podle § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, který se mění zákonem č. 375/2011 Sb. a vyhláškou č. 1/2012 Sb., jsou zdravotně postiženými chápány fyzické osoby, kterým je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce a které jsou:

1. Orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidním ve třetím stupni
2. Orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidním v prvním nebo druhém stupni

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), který se mění zákonem č. 472/2011 Sb., definuje žáka či studenta se speciálními vzdělávacími potřebami jako osobu se **zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním** nebo **sociálním znevýhodněním**. Zdravotním postižením pro své účely rozumí postižení mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, který se mění vyhláškou č. 116/2011 Sb., pracuje s rozdělením zdravotního postižení na žáky s vadami řeči, se zrakovým, sluchovým, tělesným nebo mentálním postižením, poruchami autistického spektra, hluchoslepé a více vadami.

Etiologie zdravotního postižení je rozmanitá a v mnoha případech nejasná. Mezi nejfrekventovanější etiologické činitele Ludíková (2003b, s. 282) „genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS,

metabolické a nutriční činitele, mechanické poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, psychické faktory, trauma apod.“

### 3.2 Vnímání člověka člověkem

Vnímání každého člověka je závislé na mnoha faktorech a sociálních zkušenostech. Pro vnímanou realitu je určující význam, který jí vnímající přikládá. Jinými slovy, tatáž realita bude rozdílně vnímána a hodnocena různými lidmi. (Kohoutek a kol., 1998, s. 11)

Vnímání druhé osoby podle Nakonečného (1999, s. 90) se vždy děje v kontextu konkrétní **sociální situace**, která představuje souhrn sociálních faktorů formujících chování člověka a pro jednotlivé účastníky interakce může mít také různý význam.

Vnímání reality v kontextu určité sociální situace je tedy čistě subjektivní záležitostí. Odvíjí se od dostupných informací, zkušeností, osobní zainteresovanosti, emocionální angažovanosti a mnoha dalších vlivů. Při setkání dítěte se zdravotně postiženým člověkem bude hrát významnou roli charakter situace, která vnímání podkresluje a následně také ovlivňuje. V situaci, která se dítěti jeví jako bezpečná, bude vnímat zdravotně postiženého člověka i přes výrazné odlišnosti pravděpodobně v lepším světle a může si vytvořit relativně pozitivní zkušenost, oproti situaci, ve které převládá subjektivní pocit nejistoty či dokonce ohrožení.

V sociální percepci existují určité zákonitosti a těm se věnuje Řezáč (1998, s. 93-94). Podle něj jsou podněty nejdříve **selektovány** a člověk přijímá pouze některé z nich. **Primárně** přijaté podněty mají nejvýraznější vliv na vytvoření celkového obrazu, oproti těm, které byly přijaty později. Pro percepční proces je typická **interference**, ovlivňování celkového obrazu předchozí zkušeností a v jeho průběhu se také **podvědomě** tvoří **hodnotící hlediska**.

Mezi základní činitele v sociální percepci osob řadí Secord a Backman (1964 cit. podle Nakonečný, 1998, s. 84) **informace** týkající se fyzického vzhledu a projevů chování, dále **proměnné vnímajícího**, které vyjadřují pocity a poznatky o vnímaných podnětech, také **sebepojetí** a **stereotypy** pozorovatele a konečně **dojmy ze stimulující osoby**, tedy to jaké k ní aktuálně chováme pocity a přisuzujeme jí osobnostní rysy .

"Sociální percepce je tedy jakýmsi druhem kompromisu mezi tím, co člověk na základě své zkušenosti očekává, a tím, co fakticky, skutečně v okolním světě nachází." (Kohoutek a kol., 1998, s.13)

V souvislosti s vnímáním se můžeme v literatuře setkat také s pojmem **sociální kognice**. Podle Nakonečného (1999, s. 81) tento pojem na rozdíl od sociální percepce pracuje i s mimopercepčními fenomény jako např. atribucí a pojímá v sobě kromě vjemů také úsudky o vnímaném člověku. Zabývá se nejen osobami, jako aktéry sociálních situací, ale i interpretací těchto událostí. Sociální kognice může být vnímána jako pojem podřazený či nahrazující sociální percepci.

Vnímání reality člověkem je ovlivněno mnoha faktory a provázeno řadou chyb. Řezáč (1998, s. 102-104) popisuje nejčastější chyby v sociální percepci takto:

- *Haló efekt* - je nejčastější chybou v sociální percepci. Dominující znak osoby odpoutává pozornost od ostatních a skrze něj je nahlíženo na celkovou osobnost člověka.
- *Efekt novosti* - nově získané informace se výrazně podílí na utvoření celkového dojmu o člověku.
- *Logická chyba* - tendence hodnotit člověka podle vlastní logiky.
- *Efekt shovívavosti* - hodnocení druhého se liší v závislosti na jeho oblíbenosti.
- *Chyba centrální tendence* - při hodnocení většího počtu lidí se objevuje tzv. škatulkování, kdy po vyčlenění dvou opačných pólů je většina lidí zařazena do škatulky průměrnosti, i přes existující rozdíly.
- *Chyba kontrastu* - tendence přisuzovat vnímanému opačné vlastnosti než má sám pozorovatel.
- *Chyba blízkosti* - časová a prostorová blízkost vnímaného často chybně asociuje i významovou blízkost vnímaných skutečností.
- *Předsudky* - předpojaté nazírání na člověka, rasu, národnost, pohlaví atd.
- *Tradiční* - zjednodušování vnímané skutečnosti za pomoci výroků ohledně životních zkušeností, které jsou obsahem lidové moudrosti.

- *Vulgarizace* - je typická pro povrchní myšlení a neoprávněné zjednodušování zásad a poznatků v praxi.
- *Posuzovací styl* - směrodatná je míra kritičnosti posuzovatele, protože na základě ní posuzuje nejen své okolí, ale přistupuje i k pohledu ostatních posuzovatelů, vnímání osob je vnímání sociálních situací

Kohoutek (1998, s. 15-16) se zmiňuje v souvislosti s percepcí o jejím výrazném ovlivňování pomocí sociální rolí a statusu vnímané osoby, k tomu přidává ještě aktuální psychické rozpoložení pozorovatele. Řezáč k tomu (1998, s. 96-97) dodává, že percepci v malé sociální skupině výrazně ovlivňuje popularita, sebevědomí a fyzický vzhled jedince. Na základě těchto faktorů je mu pak přisuzována určitá míra schopností. V souvislosti s fyzickým vzhledem hovoří také o tváři člověka jako o významném komunikačním prostředku, protože výraz a mimika dítěti přináší důležité informace o sociálním světě. Existuje tak velká pravděpodobnost, že pozitivně bude přijímat tvář, která je v naší kultuře médii proklamovaná z estetického hlediska za normu, kdežto tvář, která je nápadná výraznějšími odlišnostmi bude vnímat negativně.

Dítě předškolního věku vnímá lidi kolem sebe na základě odrazu vnímání osob nejbližších, tedy rodičů, prarodičů, sourozenců. Dále ho pak ovlivňují vrstevníci, sociální klima mateřské školy a v neposlední řadě média. Dítě je stejně jako dospělý prostřednictvím médií manipulováno. Předává mu obraz dokonalého, šťastného, člověka, pro něj je zdraví samozřejmostí a jehož hlavním životním posláním a zárukou štěstí je dosažení vlastnictví aktuálně trendových produktů. V médiích je stále často vykreslení zdravotně postiženého člověka jako ubohého, trpícího, závislého na ostatních a to za účelem uspokojení touhy po senzaci či vzbuzení lítosti. V kontrastu s dokonalostí *průměrného* člověka popsaného výše nám vznikají dva protipóly lidí, kteří nemají mnoho společného a jejichž vztah je výrazně asymetrický. Je zarážející, že i dnes po více než dvaceti letech demokratického zřízení není výjimkou vnímání těžce zdravotně postižených osob, zvláště pak osob s mentální retardací jako nadbytečných, ukrajujících finančních prostředků ze státního rozpočtu na úkor zdravých, pro společnost přínosných jedinců. Zdravotně postižený člověk je společností vnímán především jako **nositel odlišnosti**, to je prvotní informace, kterou vnímající přijímá a která má také určující význam pro kvalitu jeho života a postavení ve společnosti.

### 3.3 Zdravotně postižený člověk nositelem odlišnosti

Zdravotní postižení sebou, až na výjimky nese, více či méně viditelnou nápadnost či odlišnost zevnějšku. Takto postižený člověk je potom v kontrastu k majoritě nositelem odlišnosti, z čehož pro něj vyplývá řada nepříjemných situací a omezení. Neboť jak píše Matějček (2001, s. 48-50), společnost svým členům předepisuje standardy tělesné krásy a fyzické zdatnosti, ty slouží jako měřítko k hodnocení sebe i druhých a stávají se součástí identity každého člověka. U zdravotního postižení, které je viditelně odchýlené od těchto norem, potom zraňuje jedince často více než samotný defekt.

#### 3.3.1 Postavení zdravotně postiženého člověka ve společnosti

Postavení zdravotně postižených osob v České republice se jistě od dob minulých výrazně zlepšilo, to ovšem neznamená, že každý zdravotně postižený člověk má dnes vyšší kvalitu života než tomu bývalo dříve. Výrazná změna spočívá v informovanosti veřejnosti o podmínkách života zdravotně postižených osob, kdy se tato problematika stává věcí veřejnou a je patrná snaha o harmonii ve společném soužití. Povaha vztahů majority a minority zdravotně postižených se vždy ukáže v kritických chvílích, kdy musí majorita ve prospěch minority obětovat určité hmotné výtobytky a omezit se v její prospěch. Tady se pak obnaží vnitřní postoje většinové společnosti k zranitelnější části populace. (Michalík, 2003, s. 29-31)

Pro zdravotně postiženého člověka je typická nerovnost v oblasti příležitostí, možností a šancí. Michalík (2003, s. 35) upozorňuje na diskriminaci, která je patrná ve všech etapách vývoje lidské společnosti a které se na konci 20. století projevuje v nerespektování odlišností, což se projevuje v hluboce zakořeněných zvycích majority i postojích jednotlivců. I když Listina základních práv a svobod, která tvoří součást ústavního zákona č. 2/1993 Sb., hovoří o rovnosti všech lidí, o zákazu diskriminace zdravotně postižených osob se konkrétně nezmiňuje. V různé míře a v různém kontextu je mu věnován prostor v právu občanském, pracovním, rodinném, trestním a právu sociálního zabezpečení.

Opatřilová (2006, s. 68-69) uvádí, že odlišnost se projevuje také v rovině vrstevnických vztahů. Ty se vyvíjí výrazně již v předškolním věku a zdravotní postižení dítěte je samozřejmě ovlivňuje. V rámci vrstevnické skupiny si dítě osvojuje sociální role a

projevují se zde rozdíly mezi dětmi, což zdravotně postižené dítě znevýhodňuje a brzdí při navazování přátelských vztahů.

Specifické postavení ve společnosti zaujímají mentálně postižení lidé. Nedostatek rozumových schopností je stále přijímáno ambivalentně, bez porozumění či dokonce s odporem. Jednou z příčin je nedostatek informací, kterých se veřejnost o mentálním postižení dostává v dostatečné míře, ale samozřejmě i výrazná odlišnost těchto lidí, která může vzbuzovat strach či úzkost. Často také hraje roli neschopnost takto postižených jedinců dodržovat základní hygienické návyky a u těžkých kombinovaných postižení také nemožnost zajištění si základních životních potřeb, což u většinové populace může vyvolávat mírně řečeno ambivalentní pocity. Jednou z lidských potřeb je porozumění smyslu věcí, situací, života. Pokud jsou pak lidé konfrontováni se skutečností, jejíž smysl pro ně není zřejmý, je často následkem vyhranění postojů ve smyslu zbytečnosti nejen samotné existence takto postižených lidí, ale i snah směřujícím ke zkvalitňování jejich života.

### **3.3.2 Kvalita života zdravotně postiženého člověka**

"Pojem kvalita života můžeme všeobecně chápat jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho ekosystému. Hlavně se týká naplnění životních potřeb a spokojenosti v životě." (Vyhnálek, 1996, s.8)

Kvalita života se bude samozřejmě lišit společně s typem zdravotního postižení, osobností člověka a životním prostředím, které ho obklopuje. Jiné budou životní potřeby mentálně a tělesně postiženého člověka, přičemž kvalita života obou může být dle subjektivního hodnocení životní spokojenosti na vysoké úrovni.

Omezení člověka v důsledku zdravotního postižení vidí Kuja (2003, s. 127) mimo jiné i v partnerských vztazích, využití volného času, sportu atd. Tato omezení ho totiž nutí věnovat více času základním činnostem a klíčovou roli v kvalitě života zdravotně postižených osob tak hraje míra zvládnutí sebeobsluhy, samostatnost v domácnosti i zaměstnání a jeho možnost mobility.

V současné době je životní prostředí, v co nejvyšší možné míře, přizpůsobováno zdravotně postiženým občanům, tak aby kvalita jejich života dosáhla co nejvyšší možné úrovně. Tomuto trendu odpovídá i systém vzdělávání, který umožňuje i vzdělávání dětí s těžkým

kombinovaným postižením. To je výrazná změna oproti dobám minulým, kdy vzdělávání jedinců s těžkou a hlubokou mentální retardací nebylo v rámci školského systému možné. Speciálně k tomuto účelu byl vytvořen *Rehabilitační vzdělávací program*, který dává koncept pro zhotovení individuálního vzdělávacího plánu pro každé dítě. Vzdělávání v této rovině je založeno na uvědomování si sebe i okolí, zprostředkovávání smyslových podnětů, rehabilitačním cvičení, rozvoji rozumových schopností v souladu s možnostmi a schopnostmi dítěte a v poslední řadě také na rozvoji sebeobslužných činností.

O zkvalitňování života osob nacházejících se v nepříznivé sociální situaci, kam můžeme zahrnout i zdravotní postižení se stará také Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který se mění zákonem č. 420/2011 a zákonem č. 375/2011, který ošetřuje hmotné zabezpečení zdravotně postižených osob, podmínky čerpání sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence. Zavedení tohoto zákona, i přes řadu jeho nesrovnalostí, představuje v oblasti péče o kvalitu života zdravotně postižených osob velký posun. Spolu se *Standardy kvality sociálních služeb*, jejichž dodržování je v zákoně také zakotveno a které určují minimální standard kvalitní služby, dal konečně státu i neziskovému sektoru její konkrétní podobu.

### 3.3.3 Rodina se zdravotně postiženým dítětem

Nositelem odlišnosti se spolu se zdravotně postiženým člověkem stává celá jeho rodina. V případě narození zdravotně postiženého dítěte jsou touto skutečností zasaženi především rodiče.

Podle Matějčka (1992, cit. podle Opatřilová, 2006, s. 63) dítě se zdravotním postižením nedokáže naplnit očekávání svých rodičů, které si vytvořily dávno před tím než se dítě narodilo a což je zasahuje v jejich rodičovské identitě.

"Všechny hodnoty, které pro ně dítě představuje, jsou ohroženy. Retardované dítě bude těžko rozvíjet rodičovské ambice, i každodenní soužití s ním bude těžké, obtížně si bude budovat vztah ke členům rodiny, těžko bude opětovat projevy náklonnosti, jeho osobní vývoj bude velmi pomalý, srovnání s nepostiženými sourozenci či vrstevníky bude pro retardované dítě vždycky nepříznivé. Traumatizovaná je především matka, která dítě bere jako součást sebe." (Matoušek, 1997 s. 109)

Narození takového dítěte přináší rodičům bolestné zklamání, ztrátu sebedůvěry, pocity selhání a méněcennosti a pro vyrovnání se s touto skutečností je nutno projít si několika fázemi postupné adaptace na postižené dítě, které popisuje Opatřilová (2006, s. 62-63) následovně. Prvotní fázi **šoku** a **popření**, vystřídá obvykle fáze **bezmoci**, pro kterou jsou typické pocity viny k dítěti a pocity studu vůči sociálnímu okolí. Ve fázi **postupné adaptace** a **vyrovnávání se s problémem** je nutno překonat obranné mechanismy vztahující se k příčině postižení, které hledají mimo rodinu, což jim do jisté míry umožňuje uchovat si relativně únosné sebehodnocení. Dále však dodává, že narušenému sebehodnocení rodičů také nahrává postoj společnosti, který se liší u zdravotního postižení získaného a vrozeného. Rodiče dítěte, u kterého došlo ke zdravotnímu postižení v prenatálním období mají v očích společnosti výrazně nižší prestiž, než-li rodiče dítěte se zdravotním postižením získaným. I Michalík (2003, s. 30), se zmiňuje, že v postojích společnosti je stále cítit přetrvávání určitých mýtů, které vidí zdravotní postižení jako *trest boží* či alespoň jakousi zvláštnost, která pro ně není srozumitelná a za níž si rodina přece musí nést vinu sama.

V této náročné životní situaci, ve níž se rodina nachází se objevuje i riziko užívání nevhodných výchovných stylů vůči zdravotně postiženému dítěti, které uvádíme podle Ludíkové (2003a, s. 145). Rodiče se mohou k dítěti upínat a zahrnovat ho **rozmazlující**, či **úzkostnou** výchovou založenou na nadměrné ochraně. Výjimkou není ani výchova **protekční**, kdy rodiče odstraňují dítěti z cesty všechny překážky a totéž očekávají od celého jeho okolí. Na druhé straně však hrozí i tendence **perfekcionistické** výchovy, která se odvíjí od dosahování úspěchů často založených na nerealisticky zhodnocených možnostech dítěte. Nedostatečné zpracování takto náročné životní situace může vést až k výchově vědomě či skrytě **zavrhující**, založené především na trestech.

Ovlivnění zdravotním postižením je patrné také v sourozeneckých vztazích, kdy se zdravý sourozenec musí vyrovnat s tím, že se i on vymyká z průměru vrstevníků prostě jen tím, že tato postiženého sourozence má a to pro něj často nebývá jednoduché.

Sourozenecký vztah je zdravotním postižením taktéž ovlivněn. Je pro něj typická výrazná asymetrie, neboť zdravé dítě, často mladší, se ocitá v roli pečovatele a ochránce zdravotně postiženého sourozence. Rodiče jsou navíc k němu často velmi shovívaví nebo naopak výrazně upřednostňují zdravého sourozence, který má za úkol jim tuhle životní křivdu vynahradiť. (Opatřilová, 2006, s. 67-68)



Každý člověk, každá rodina se zdravotně postiženým dítětem má jinou kapacitu vnitřních zdrojů a také odlišné podmínky k vyrovnání se s touto skutečností. Jsou rodiny, které se vlivem náročné životní situace rozpadly a naopak rodiny, které se stmelily a vnitřně se obohatily. V každém případě však jak osoby se zdravotním postižením, tak jejich rodiny mají ve společnosti zcela specifické postavení.

### 3.4 Stereotypy a předsudky ve vztahu k odlišnosti

Každá odlišnost či výraznější odchylka od normy jde ve společnosti ruku v ruce se **stereotypy** a **předsudky**. Odlišnost může mít mnoho podob a předsudky a stereotypy, které ji provázejí zase různou intenzitou. Nejčastěji jsou spojovány s problematikou rasismu, ale výrazně se také projevují ve vztahu ke zdravotně postiženým, byť se jedná o odlišnost, která je společností akceptována a nepředstavuje pro její členy žádné ohrožení, naopak se od nich očekává prosociální postoje ve vztahu k této menšině. Pro mnoho lidí je však, více či méně, vědomě vnitřně nepřijatelná.

Hnilica (2010, s. 13) definuje **stereotyp** jako přesvědčení, že k určité sociální kategorii náleží konkrétní atributy, které však nejsou přiřazovány logicky, ale na základě zkušenosti. Tyto atributy jsou zobecňovány a připsány všem členům této kategorie. Stereotyp je v podstatě paměťová struktura, která je aktivována vždy při kontaktu člověka s příslušníkem určité sociální kategorie a úzce souvisí se sociálními rolami, jelikož právě pro ně je typické očekávání určitých atributů a chování. Kosek pak (2004, s. 208) stereotyp přirovnává k "nadměrnému zevšeobecnění", kterému se dítě učí v rodině a škole a jen výjimečně se tak děje na základě osobní zkušenosti. Zároveň dodává, že mají nepostradatelný význam při orientaci člověka v sociálních situacích.

Kohoutek (1998, s. 14) dělí stereotypy na **autostereotypy**, které vyjadřují vnímání a představy členů skupiny sobě samých a **heterostereotypy**, které zahrnují vnímání a představy o členech jiných skupin.

Od stereotypů už není daleko k **předsudkům**. Pro ty je podle Nováka (2002, s. 8) charakteristické, že na rozdíl od stereotypů mají výrazný emocionální náboj, nejčastěji negativní a jejich typickými prvky jsou averze a hostilita.

Allport (cit. podle Kosek, 2004, s. 207-208) předsudek vnímá jako iracionální postoj, který taktéž zahrnuje averzi, odpor i nenávisť k jednotlivci či skupině a který je spojen s

představou o závadných kvalitách této skupiny. Nakonečný (1999, s. 154) ve shodě s ním uvádí také jejich silný emoční náboj a navíc výraznou odolnost vůči změnám. Dodává, že prostřednictvím nich si lidé omlouvají své nepřátelství či sobectví, chrání svou sebeúctu, zdůvodňují a vysvětlují nepřijatelné chování ve jménu společenského dobra atd.

Předsudky pomáhají obhajovat diskriminaci, která se ve společnosti projevuje nejen ve vztahu k etnickým menšinám, ale ke všem skupinám obyvatel. Podle Simpsona a Yingera (cit. podle Novák, 2002, s. 37) vystihují vzájemný vztah předsudků a diskriminace tyto varianty:

- *Předsudky mohou existovat bez diskriminace*
- *Diskriminace je možná i bez předsudků vůči diskriminované skupině*
- *Diskriminace může být příčinou předsudků*
- *Předsudek může být příčinou diskriminace*
- *Předsudky a diskriminace se s největší pravděpodobností umocňují*

Mezi významné teorie vysvětlující předsudky uvádí dále Novák (2002, s. 50-51) **domnělé alibi**, tedy racionalizaci předsudků a jejich zdůvodňováním a **teorii kognitivní disonance**, o které jsme se již zmiňovaly a podle které člověk pod tlakem nerovnováhy přizpůsobí své postoje tak, aby ladily s jeho chováním.

Novák (2002, s. 41-43) se také věnuje problematice osobnosti člověka jako nositele předsudků. Výzkumy potvrdily, že náchylnější k nim jsou autoritativní osobnosti, které hledají vinu za své chyby a nedostatky v okolí a kompenzují si tak svou úzkost z vnitřní slabosti.

Gough a Martin (cit. podle Novák, 2002, s. 43-44) potvrdili vztah mezi **předsudky** dětí a **typem výchovy**, kdy děti ze silně autoritářských rodin, kde po nich byla požadována téměř absolutní poslušnost, byly výrazně více zatíženy předsudky než děti z rodin ostatních. Hofstätter (citovaný tamtéž, s. 44) zase podal důkaz o **přetrvávání předsudků** získaných v dětském věku do dospělosti a o jejich **dopadu na charakter a osobnost člověka**.

Předsudky a stereotypy ke zdravotně postiženým lidem mají mnoho podob. Nahlížení na schopnosti, možnosti a životní perspektivu zdravotně postiženého je často značně zkresleno normami a standardy společnosti vůči zdraví, kráse, štěstí, životní naplněnosti. V

chování se pak mohou projevovat tendencemi k úniku ze situace, kdy se člověk nachází v přímé interakci se zdravotně postiženým člověkem, lhostejností, zvědavostí, falešnou lítostí, opovrhováním, odporem a mnoha dalšími. Také tyto postoje předávají rodiče svým dětem a ty je v předškolním věku ještě nekriticky přijímají a v souladu s nimi se i chovají.

### 3.5 Integrace

Obecně lze říci, že integrace se zabývá problematikou soužití majorit a minorit, které je spojeno s komunikačními, informačními, adaptačními a kooperačními procesy, pro něž jsou charakteristické určité znaky. Některé ze znaků mohou být pro majoritu i minoritu společné, některé naopak odlišné. Jinými slovy jde o sladování postojů, hodnot a chování, které v případě nesouladu vedou ke stresovým situacím, konfliktům a narušování vztahů. Integrace se snaží tyto rozdíly překonávat i přes vlastní rozporuplnost. Významně se podílí na tvorbě identity jednotlivců i skupin a ovlivňuje interpersonální i skupinové vztahy. Je komplexním jevem, který můžeme aplikovat v oblasti osobní, sociální, kulturní, pedagogické i pracovní. (Jesenský, 1998, s. 21)

V souvislosti s integračními procesy úzce souvisí socializace jednotlivce, která v případě zdravotně postižených osob má svá specifika. Možnost dosažené úrovně se liší v závislosti na druhu a hloubce postižení. Novosad (1998, s. 35-36) uvádí tyto čtyři základní stupně socializačního procesu, kterých může zdravotně postižený člověk dosáhnout.

1. *Integrace* - plné začlenění zdravotně postiženého do společnosti, jeho nezávislost a nepotřebnost speciálních přístupů ze strany společnosti.
2. *Adaptace* - přizpůsobování se jedince společnosti a dosažení optimální míry soběstačnosti.
3. *Utilita* - jedince se značně omezeným vývojem, který je sociálně upotřebitelný, nicméně v mnoha směrech závislý na svém okolí.
4. *Inferiorita* - totální vyloučení jedince ze společnosti vlivem naprosté nesamostatnosti a odkázanosti i při uspokojování základních životních potřeb na svém okolí.

Integraci v pedagogickém pojetí se věnuje Bartoňová a Vítková (2007, s. 20-23). Takto chápaná integrace v sobě pojímá význam **sociologický**, ten zahrnuje integrační procesy určitých společenských jednotek a **psychologický**, který vyjadřuje soulad mezi člověkem a

jeho okolím. Dále autorky uvádějí, že integrace osob se zdravotním postižením může probíhat v linii přímé a nepřímé. **Nepřímá** cesta je podpořena výchovou a podporou speciálních pedagogů v segregovaných zařízeních, což má za cíl vytvořit lepší předpoklad pro společenskou integraci. Tento přístup je kritizován z důvodu, že tato zařízení podporují diskriminaci a stigmatizaci zdravotně postižených dětí a doba strávená v chráněném prostoru speciálních škol společenskou integraci příliš nenahrává. **Přímá** integrace je založena na umístění zdravotně postiženého dítěte do běžného vzdělávacího proudu již v ranném věku. Za nedostatek v tomto směru je považováno srovnávání výkonů s vrstevníky, což může vést k nízkému sebehodnocení a narušení motivace, na druhou stranu se však dítě brzy učí poznávat své reálné možnosti.

Jesenský (1996, s. 14-16) vymezuje dva základní integrační přístupy a to **asimilační** a **koadaptační**. Pro přístup asimilační je charakteristické vnímání integrace na základě asymetrického vztahu, kdy majorita zaujímá nadřazenou roli a úkolem minority je přizpůsobení se ve svých hodnotách a normách majoritě. Koadaptační přístup vidí integraci jako společný problém majority a minority, je založen na vzájemném partnerství a výsledkem je jakýsi kompromis mezi hodnotami a normami obou skupin.

Integrace v České republice byla zbržděna čtyřiceti lety totalitního zřízení, kdy děti i s nepatrným postižením byly umísťovány do speciálních škol a děti s těžkým zdravotním postižením potom do izolace ústavů sociální péče. Běžná populace tak s nimi prakticky nepřišla do styku. Takto hovoří o vývoji integrace Vocilka (1997, s. 93), kdežto Bartoňová a Vítková (2007, s. 11-12) hovoří už o 20. století jako o období rozmachu speciální školství a to z toho důvodu, že se stalo součástí veřejného školství a dostalo se mu koncepčního a právního základu. Postupně totiž docházelo ke kritickému přehodnocování vzdělávání žáků s postižením a obratu ke trendu integrace, který má oporu v důležitých dokumentech, Listině základních práv a svobod, Úmluvě o právech dítěte a Národním programu rozvoje v České republice Bílé knize.

Pro úspěšné zvládnutí integrace je nutná motivace dětí, rodičů i pedagogů, a i tak je její dosažení složitým procesem, pro který je nezbytná připravenost pedagogů, finanční zajištění, propracovaná organizační struktura vzdělávání a samozřejmě legislativní opora. (Vocilka, 1997, s. 63-64)

Integraci ve vzdělávacím systému České republiky ošetřuje vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, která se mění vyhláškou č. 147/2011 Sb., a která v § 3 vymezuje formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením takto:

- *Individuální integrace* - vzdělávání žáka v běžné škole nebo ve speciální škole zaměřené na jiný druh postižení.
- *Skupinová integrace* - vzdělávání žáka ve třídě nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo speciální škole určené pro jiný druh postižení.
- *Integrace ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením*
- *Kombinací všech výše uvedených možností*

V kontextu integrace se často hovoří o **inkluzi**, kterou vidí Bartoňová a Vítková (2007, s. 16) jako rozšířenou potřebu integrace, což by v důsledku znamenalo úplné zrušení speciálního školství a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v běžných školách.

Inkluzi podle Langa, Berberichové (1998, s. 10-29) lze charakterizovat jako změnu celého systému, kdy se ve třídách vytváří společenství, která plně přijímají spolužáky s postižením a respektují jejich projevy. Vychází z předpokladu, že všechny děti mají právo na nediskriminující formu vzdělávání a je založena na pochopení druhého a vytváření bezpečného, otevřeného avšak náročného prostoru, oceňujícího odlišnost. Dá se říci, že inkluze pracuje vědomím jakési vzájemné závislosti a potřeby jednoho na druhém, která je klíčová pro přežití jednotlivců i celého druhu. Oproti tomu Matějček (2001, s. 43) je ve svých úvahách o integraci a inkluzi opatrný a i když souhlasí s dnešním trendem začleňování zdravotně postižených dětí do společnosti zdravých vrstevníků a oceňuje pozitivní přínos na rozvoj osobnosti dětí obou stran, poukazuje zároveň na nutnost individuálního posouzení tohoto kroku. A to proto, aby byl ve výsledku opravdu prospěšný samotnému integrovanému dítěti a nerealizoval se jen ve jménu ideálu současných trendů ve vzdělávání.

Myšlenka inkluze se však v podmínkách českého školství prozatím nerealizovala, avšak v poslední době se začíná intenzivně projednávat úplné zrušení praktických škol a zařazení

žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných základních škol, ke kterému má dojít od roku 2014. K tomu, aby se stal tento krok úspěšným, však stojí v cestě mnohé organizační, finanční a legislativní nedostatky a také celková nechuť pedagogů k takto nastavené změně. Teprve řešením problémů v praxi se ukáže, zdali je české školství na takto zásadní krok připraveno.

Integraci však nelze omezovat pouze na rovinu vzdělávací, i když právě s tou je nejčastěji spojována. Ale jak píše Vocilka (1997, s. 93) musíme ji chápat především jako integraci **společenskou**, která zahrnuje podporu jedincům s postižením či znevýhodněním k plnohodnotnému životu a to vzděláváním, následnou participací na trhu práce dle individuálních možností, aktivním využitím volného času a rozvíjením mezilidských vztahů.

"Ale i tam, kde integrace není možná, zůstává naším úkolem dosažení takové kvality života, která plně respektuje individualitu jedince a dané subjektivní i objektivní možnosti a okolnosti." (Novosad, 1998, s. 36)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkumná část se snaží zachytit postoje dětí předškolního věku ke zdravotně postiženým osobám a jejich způsob uvažování vztahující se k této problematice.

### 4.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém zní: Jak vnímají děti předškolního věku zdravotní postižení, jak na tuto skupinu osob nahlízejí a co a jakým způsobem formuje jejich postoje k této problematice?

### 4.2 Cíl výzkumu

Stěžejním cílem výzkumného šetření je zjistit, jaké postoje zaujímají děti předškolního věku ke zdravotně postiženým osobám a pomocí kterých faktorů jsou tyto postoje utvářeny a ovlivňovány.

### 4.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou formulovány v souladu s cíly výzkumu takto:

- Jaká je informovanost dětí předškolního věku o zdravotním postižení?
- Jakou zkušenost mají děti předškolního věku se zdravotně postiženými osobami?
- Jak děti předškolního věku ve svých postojích reagují na odlišnosti vyplývající ze zdravotního postižení?
- Jaké rozdíly a omezení vyplývající ze zdravotního postižení vnímají děti předškolního věku?
- Jaký prostor je věnován problematice zdravotního postižení v rodině a mateřské škole?

### 4.4 Pojetí výzkumu

Vzhledem ke zkoumané problematice a věkové kategorii na níž je výzkum zacílen se jevílo jako vhodné zvolit kvalitativní způsob šetření. Ten umožňuje proniknout více do hloubky problému a odhalit alespoň částečně jeho podstatu. Na rozdíl od kvantitativního šetření je



pro něj typická osobní interakce s jeho aktéry, což umožňuje výzkumníkovi bezprostředně reagovat a jednotlivá témata více rozvinout. Na druhé straně je však nutno říci, že jeho závěry nelze zobecňovat, ale jsou platné tzv. *tady a ted'*. Samozřejmě jsme si těchto mantinelů kvalitativního šetření vědomi, nicméně i tak věříme, že mohou přinést zajímavé postřehy ve zkoumané problematice, na kterých se dá dále stavět např. navazujícími výzkumy a především dobrou praxí.

#### 4.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří celkem 26 dětí věku pěti až šesti let. V mateřské škole "A" byly vytvořeny dvě ohniskové skupiny, z nichž v každé bylo sedm dětí. V mateřské škole "B" byly vytvořeny také dvě ohniskové skupiny, vždy po šesti dětech. V rámci výzkumného šetření je zachována anonymita Mateřských škol i jednotlivých informantů.

1. **Mateřská škola "A"** se nachází ve Zlínském kraji nedaleko centra města. MŠ je trojtřídní s kapacitou devadesáti dětí, do tříd jsou děti rozděleny podle věku a pracuje s nimi šest pedagogických pracovníků podle vlastního Školního vzdělávacího programu (dále jen ŠVP), který byl zaveden již v roce 2003 a je postupně doplňován a zkvalitňován. MŠ neintegruje žádné dítě se zdravotní postihem. Vytváření žádoucích postojů a prosociálního chování ve vztahu ke zdravotně postiženým osobám není ve školním vzdělávacím plánu konkrétně zakotveno. Hovoří se zde pouze obecně o utváření povědomí o rovnosti a stejné hodnotě všech lidí, vztahů k ostatním dětem i dospělým a posilování a kultivování těchto vztahů. V praktické činnosti je pak zmíněna spolupráce s institucí, která se zabývá zaměstnáváním zdravotně postižených osob a poskytováním sociálních služeb této skupině obyvatel. MŠ využívá prostory této neziskové organizace k vlastním akcím.
2. **Mateřská škola "B"** se nachází ve Zlínském kraji ve vesnici v blízkosti krajského města. Kapacita MŠ je sto dvacet dětí. Děti jsou do tříd rozděleny podle věku a pracuje s nimi celkem deset pedagogických pracovníků podle vlastního Školního vzdělávacího programu. MŠ neintegruje žádné dítě s postižením. Vytváření postojů a prosociálního chování ve vztahu ke zdravotně postiženým je v ŠVP zmíněno ve smyslu praktické činnosti spolupráce s institucí Domova pro osoby se zdravotním postižením, kde jsou uvedeny společné návštěvy na školních zahradách, společná

vánoční posezení, vzájemná pozvání na různé akce např. karnevaly, stavění a kácení máje, dětské dny apod. V oblasti interpersonální je zmíněno obecně posilování prosociálních vlastností ve vztahu k ostatním lidem. V ŠVP je také uvedeno, že MŠ je schopna zajistit péči o dítě s nižším stupněm znevýhodnění či postižení a v případě přítomnosti osobního asistenta, by se snažili vzdělávat i dítě s vyšším stupněm zdravotního postižení. Nicméně zároveň uvádí, že v současné době není v možnostech MŠ snížit počet dětí ve třídách a zařazení takového dítěte tedy z praktického hlediska není možné.

## 4.6 Výzkumné metody

Pro získání dat byla využita **metoda ohniskových skupin**.

Jak píše Morgan (2001, s.13-14), ohniskové skupiny nejsou pouze skupinovým rozhovorem, který probíhá pouhou výměnou otázek a odpovědí, ale pracuje se skupinovou interakcí, kterou vyvolávají témata předkládaná moderátorem.

Byly vytvořeny čtyři ohniskové skupiny dětí ve věku pěti až šesti let. Byly sestaveny vždy v rámci jedné třídy mateřské školy, v prostorách mateřské školy a to z důvodu navození uvolněné atmosféry, která napomáhá snazší interakci mezi dětmi, které se navzájem znají a diskutují ve známém prostředí.

Příprava ohniskové skupiny byla vytvořena v souladu se Švaříčkem a Šed'ovou (2007, s. 189), kteří stejně jako Morgan (2001, s. 47-50), upozorňují na pečlivou přípravu scénáře, který však musí být dostatečně flexibilní, aby neznemožňoval vývoj diskuse. Vzhledem k nízkému věku informantů bylo nutné poměrně výrazné řízení diskuse.

### **Oblasti témat diskuse v ohniskových skupinách:**

#### *Každý jsme jiný*

Oblast, která je zaměřena na **informovanost** o zdravotním postižení, **kontakt** a **zkušenost** se zdravotně postiženým člověkem.

Diskuse začínala tématem, co si představují pod pojmem zdravotní postižení. Dále bylo dětem postupně předloženo třináct fotografií a měli za úkol určit, ve kterých případech se jedná o zdravotně postiženou osobu. Jedna z fotografií byla z analýzy dat později vyřazena, jelikož se ukázalo, že její kvalita nebyla dostačující a stanoviska dětí by tak mohla být

zavádějící. Následovala témata, zda a kde se setkávám s postiženým člověkem a jakou s ním mám zkušenost. Zamyšlení, v čem to mají osoby s konkrétním zdravotním postižením těžší, zda potřebují pomoc druhých a jakou konkrétně, zda navštěvují školy či školky, jak tráví svůj den.

### *Náš svět - jejich svět*

Oblast měla za úkol zmapovat **postoje** dětí ke zdravotně postiženým osobám.

Diskuse probíhala opět za pomoci fotografií, které znázorňovaly děti i dospělé se zjevným zdravotním postižením. Děti si prohlížely jednotlivé fotografie a zamýšlely se nad tím, v jakém emočním rozpoložení lidé na fotografiích asi jsou, zda jsou šťastní, veselí, smutní atd. Snažily se zodpovědět otázky, zda si děti rády hrají, jestli mají kamarády, zda by si i ony dokázaly představit, že by se staly jejich přáteli a v čem by asi bylo jiné si s nimi hrát, zda by jim byly ochotny pomoci.

### *Co říkají ostatní*

Témata v této oblasti se snažila zjistit, jak **prostředí**, v němž děti žijí, ovlivňuje jejich vnímání zdravotně postižených osob.

Otázky mířily k tématu vnímání řeči dospělých i vrstevníků v souvislosti se zdravotním postižením. Povídal si děti na toto téma s rodiči, učitelkami ve školce nebo s kamarády?

Jmenovaná témata se navzájem prolínala v jednotlivých blocích, mezi které byly vsazeny hry ladící k tématice zdravotního postižení. Vzhledem k věku informantů bylo pro udržení pozornosti nezbytné střídání činností a začlenění pohybových aktivit.

## **4.7 Způsob zpracování dat**

Rozhovory v ohniskových skupinách byly nahrávány a poté přepsány do textové podoby. Při analýze dat bylo využito prvků **zakotvené teorie** a jejich kódovacích postupů, **otevřeného**, **axiálního** a **selektivního** kódování. Zakotvená teorie podle Strausse a Corbinové (1999, s. 17) za předpokladu dodržování jejích zásad splňuje kritéria *dobré vědy*. Za nepostradatelné považují také schopnost výzkumníka tvořivě pracovat s kategoriemi, výstižně je pojmenovávat, přeorganizovat tak, aby bylo možno dospět ke zjištění vztahů mezi nimi.

"Začínáme zkoumanou oblastí, fenoménem a necháváme, aby se v průběhu výzkumu mohlo vynořit to, co je v této oblasti významné, aniž to dopředu předjímáme či jakkoli označujeme." (Miovský, 2006, s. 226)

Konkrétní postupy jednotlivých úrovní kódování jsou popsány v následujících kapitolách.

## 5 ANALÝZA KVALITATIVNÍCH DAT

### 5.1 Otevřené kódování

Otevřené kódování je první úrovní analýzy dat zakotvené teorie. Přepsaný text rozhovorů byl rozdělen na významové jednotky a těm byly přiřazeny určité kódy. Jelikož bylo nutné s kódy dále flexibilně pracovat, byly jednotlivě přepsány na samostatné papírky, což při následné kategorizaci, tedy hledání vnitřních souvislostí a jejich seskupování podle podobností, usnadnilo práci. Bylo vytvořeno šest kategorií, které byly co nejdůležitěji pojmenovány.

- Jsi jiný...jsi zvláštní
- Nemůžeš dělat všechno co já, ale když ti pomůžu, můžeš si i hrát...
- Jsi smutný, protože jsi zvláštní....
- Občas tě někde potkám a nevím si s tím rady...
- Neznáme se, ale možná bychom se mohli kamarádit...
- Moc o tobě nevím... dospělí mi málo vysvětlili...

Jednotlivé kategorie jsou následně popsány včetně jejich vlastností s dimenzionálním rozsahem. K popisu jsou použity také výroky informantů, které jsou označeny tak, aby je bylo možné v prepisech rozhovorů snáze najít.

**Příklad:** A2-85/I10

- A** mateřská škola "A"
- 2** ohnisková skupina č. 2
- 85** řádek, na kterém se nachází příslušný kód
- I10** číslo informanta

1. Kategorie: **Jsi jiný....jsi zvláštní....**

Vlastnost	Dimenzionální rozsah
Odlišnost	výrazná
Informovanost	nedostatečná
Stereotypy	silné
Předsudky	významné

Tab. 1 Vlastnosti a dimenze kategorie *Jsi jiný...jsi zvláštní...* (otevřené kódování)

*Ta holka je...má divné rty, ten pán není....ten pán není zvláštní.... (A1-148/I6)*

*On není postižený, vypadá normálně... (B1-75/I16)*

Tyto výroky dětí výstižně charakterizují pravděpodobně nejvýraznější vlastnost této kategorie - **odlišnost**. Děti ve všech ohniskových skupinách vnímaly zdravotní postižení téměř výhradně na základě odlišnosti ve zjevu a podle této skutečnosti ho také identifikovaly na předložených fotografiích.

*Je postižená....má jedno oko takhle a jedno takhle... (A1-63/I6)*

*Má takový jiný obličej... (A1-50/I3)*

*Je postižený...má postižené uši.. (A2-105/I9)*

*Ona tak vypadá...má ten ret takový... (B1-75/I17)*

*Má nemocné nožičky, je postižený... (B1-96/I15)*

*Má otevřenou pusou... (B1-103/I15)*

*Jo, je postižená....málo má otevřené oka... (B2-99/I26)*

Také při identifikaci zdravotního postižení v osobním kontaktu je zřejmá orientace podle zjevných nápadností či odlišností.

*Já sem viděl v zoologické zahradě, že ten pán měl oči u sebe... (B1-135/I20)*

*Že ten pán měl nemocnou hlavu...ale neměl na ní žádný obvaz...on tou hlavou pořád tak kroutil.. (A1-160/I3)*

*Ještě u nás v baráku bydlí pán co nemá ruku... (A1-180/I3)*

*My jsme byli na takové oslavě a ten postižený měl otevřenou pusou a bílý svetr... (B1-121/I19)*

*A já sem viděla pejška co má jen tři nohy... (A1-185/I6)*

Jen výjimečně se objevila tendence neposuzovat postiženého výhradně podle nápadného zevnějšku.

*No on se tak divně tváří...já nevím, ale asi není postižený... (B2-41/I21)*

*To nepoznám... (B2-108/I21)*

Výraznou roli při odhalování znaků zdravotního postižení hrálo také využívání kompenzačních pomůcek.

*Já jsem viděl paní ve městě ...co měla hůlku... (A1-176/I2)*

*Já znám paní a ona má čagánky, ona má myslím už 81 roků... (A1-174/I1)*

*A já sem viděla jednoho pána jak dvě paní ho vozili na vozíku... (B2-126/I24)*

Další vlastností této kategorie byla určena **informovanost**. Ukázalo se, že je u dětí v jednotlivých ohniskových skupinách celkově spíše na nízké úrovni. Bylo zřejmé výrazné zkrácení vnímání trvalosti postižení.

*Já jsem šel s maminkou a viděl sem paní co měla zlomené nohy... (A1-162/I4)*

Také při předložení fotografie muže s ovázanou hlavou a zlomenou rukou jej děti shodně označily za postiženého. Důvody, proč ho určily jako zdravotně postiženého, uváděly např.

*Nefunguje mu hlava, proto ji má zavázanou... (A2-39/I11)*

*Protože má zavázanou hlavu... a takhle ruku... (B2-85/I21)*

Stejně situace nepochopení trvalosti postižení se opakovala u fotografie dívky s podlitinami pod okem.

*Je postižená, má divné oči... (A1-122/I6)*

*Je slepá... (B2-61/I22)*

Dále se objevovalo vnímání zdravotního postižení jako nemoci, což vypovídá nejen o nedostatečné informovanosti o zdravotním postižení, ale odráží také **stereotypy** a **předsudky** dětí, stejně tak jako obava z nákazy zdravotním postižením.

*Aby se uzdravil, tak musí brát vitamíny...* (A1-333/I6)

*Prášky musí, aby se uzdravil...* (A1-340/I4)

*Paní doktorka mu může pomoci...* (A1-340/I2)

*Ona jen leží a leží...v posteli...má slepé oko...* (A2-270/I11)

*Protože je postižená a nakazila by i ty druhé...* (B1329/I15)

*Ne, to by mohly další děcka onemocnět...* (B2-158/I22)

## 2. Kategorie: **Nemůžeš dělat všechno co já, ale když ti pomůžu, můžeš si i hrát...**

Vlastnost	Dimenzionální rozsah
Omezení	velké
Závislost	silná
Stereotypy	výrazné
Rozdíly	významné
Shoda	možná

Tab. 2 Vlastnosti a dimenze kategorie "Nemůžeš dělat všechno co já, ale když ti pomůžu můžeš si i hrát..." (otevřené kódování)

Tato kategorie se snaží zachytit, jak děti z ohniskových skupin vnímají kvalitu života zdravotně postižených. Výrazně se zde projevuje **omezení**. Děti silně vnímají omezení ve schopnostech zdravotně postižených např. ve hře, která je přirozenou dětskou aktivitou. Tady se často objevovaly názory, že zdravotně postižení si hrát nemohou. To zároveň vypovídá o další vlastnosti kategorie a tou jsou **stereotypy**.

*Protože je na vozíčku a nemůže si hrát...* (A1-236/I6)

*Protože když mu něco spadne oblíbeného, tak on si to nemůže podat...* (B1-231/I17)

*Protože se nemůže ani hýbat...* (B1-208/I16)

Především v ohniskové skupině B1 bylo zřetelné silné omezení ve hře u zdravotně postižených, oproti tomu děti v ohniskové skupině B2 akceptovaly hru jako přirozenou



aktivitu. Ve skupině A2 byla výrazná nerozhodnost při posuzování schopností ve hře u zdravotně postižených.

Podobně se odrážely stereotypy i omezení v posuzování schopnosti vzdělávat se u zdravotně postižených osob.

*Nechodí nikam...protože je na vozíku...* (A2-191/I11)

*Jak může jít do školy, když je na vozíku...?* (B2-155/I21)

*Ale jak může psát...?* (B2-152/I22)

*Protože je postižená a nakazila by ty druhé...* (B1-329/I15)

Na druhou stranu některé z dětí uváděly, že zdravotně postižené děti na obrázcích základní školu navštěvují. Jednalo se o děti z ohniskové skupiny A1 a B2.

Velmi výrazně se v očích dětí ze všech ohniskových skupin projevovala **závislost** zdravotně postižených osob. Děti vyjmenovaly spoustu aktivit, u kterých zdravotně postižený člověk vyžaduje asistenci další osoby.

*V hraní, podávat hračky...* (A1-274/I2)

*Nasednout na vozík...* (A1-274/I7)

*S jídlem...* (A1-274/I1)

*Jo, když leze z postele a zavazovat boty...* (A1-331/I4)

*Musí se mu pomáhat oblékat tričko...* (A1-331/I6)

*S chozením...* (B1-356/I18)

*Koupat se třeba...* (B2-203/I23)

*Ano..potřebuje vědět kde je překážka...* (B2-281/I23)

Z tohoto vyjádření chlapce *Nevím...ona si tak hrát neumí...* (A1-199/I3), který se snažil popsat zkušenost při hře se zdravotně postiženou osobou je patrné vnímání **rozdílů**. Děti je v kvalitě života zdravotně postiženého a běžného dítěte cítí především ve schopnosti vzdělávat se a v závislosti na druhé osobě. Všechny dotazované děti zcela samozřejmě uvedly, že na první pohled běžný vrstevník navštěvuje mateřskou školu a že pomoc a asistenci nevyžaduje.

Byla však patrná i určitá **shoda** v činnostech, které mohou být náplní volného času zdravotně postiženého dítěte....

*Chystá si úkoly na zítřek...* (A1-266/I6)

*Hraje si...* (A1-266/I2)

*Dívá se na pohádky...* (A1-266/I4)

*Prohlíží si fotky..kreslí si...* (A1-266/I7)

...a běžného vrstevníka.

*Hraje si..dělá úkoly...pomáhá mamince...* (A1-364/V)

*Hraje si, chodí ven...* (A2-310/V)

### 3. Kategorie: **Jsi smutný, protože jsi zvláštní...**

Vlastnost	Dimenzionální rozsah
Rozdíly	velké
Stereotypy	silné

Tab. 3 Vlastnosti a dimenze kategorie *Jsi smutný, protože jsi zvláštní...* (otevřené kódování)

Tato kategorie vyjadřuje snahu dětí vcítit se do pocitů zdravotně postižených osob na fotografiích. Všechny děti shodně vnímaly emoční rozpoložení zdravotně postiženého na fotografii negativně.

*Určitě smutný...* (A1-285/I5)

*Smutný...protože je na vozíku...* (A2-182/I12)

*Je smutný...je postižený...* (A2-182/I8)

Oproti tomu emoční naladění na první pohled běžného dítěte hodnotily opět ve shodě a pozitivně.

*Je veselý...* (B1-276/V)

Z této skutečnosti je patrné vnímání velkých **rozdílů** jak mezi emočním rozpoložením zdravotně postiženého a běžného dítěte, tak rovněž **stereotypy**, které se odrážejí v odpovědích dětí na důvod smutného naladění zdravotně postižených dětí na fotografiích.

*No protože je postižený...(A1-288/I6)*

*Protože si nemůže hrát... (B1-204/I15)*

*Protože se nemůže ani hýbat... (B1-208/I16)*

#### 4. Kategorie: **Občas tě někde potkám a nevím sis tím rady....**

Vlastnost	Dimenzionální rozsah
Nahodilost	výrazná
Organizovanost	částečná
Izolovanost	významná
Nechuť	silná

Tab. 4 Vlastnosti a dimenze kategorie *Občas tě někde potkám a nevím si s tím rady...* (otevřené kódování)

Společná setkání dětí se zdravotně postiženými osobami mají výrazně **nahodilý** charakter.

Děti je popisují takto:

*Na cyklostezce, jak jsme šli s babičkou... (A1-155/I3)*

*Já sem viděl pána s tou hůlkou, jak skoro narazil do takové cedule... (A1-178/I3)*

*Já sem ho viděl, jak jsme šli s mamkou do Albíku...měl slepé oči a hůlku... (A2-133/I8)*

*A já sem viděla jednoho pána jak dvě paní ho vozili na vozíku... (B2-126/I24)*

Pravidelný kontakt dítěte se zdravotně postiženou osobou v přirozeném prostředí byl u dětí v ohniskových skupinách spíše výjimkou a zmínily se o něm pouze dvě děti z ohniskové skupiny A1.

Objevil se také jako kontakt se zdravotně postiženou zprostředkovaný přes masmédiá, který však nebyl nikterak častý.

*Já jsem ho viděl v televizi...když postižený tam zpíval...měl slepé oči.. (A2-133/I9)*

*Já sem viděla zase v pohádce.... (A2-133/I14)*

V ohniskové skupině B1 byla zaznamenána **organizovanost** společných setkání se zdravotně postiženými, která byla výrazná, avšak pouze v rámci této skupiny. Kromě

jednoho dítěte se ostatní děti této ohniskové skupiny účastnily společenských akcí se zdravotně postiženými.

*Já sem je viděla na H...my jsme tam byli a hráli jsme tam s beruškami...* (B1-144/I15)

Na popisu těchto organizovaných společných setkáních je však zřejmá **izolovanost** dětí od zdravotně postižených, děti uváděly, že si s nimi nehrály ani nepovídaly.

*Ne...my jsme jim zpívali básničky a písničky...* (B1-144/I15)

*...no nechtěl sem, jen sem se na něj díval...* (B1-129/I26)

U všech dětí z ohniskové skupiny B1, které se účastnily společně organizovaných setkání, se projevila **nechuť** k opětovnému setkání se zdravotně postiženými. Důvod vyjádřily např. slovy:

*Já bych se od nich nechtěla nakazit...* (B1-165/I15)

##### 5. Kategorie: **Neznáme se, ale možná bychom se mohli kamarádit...**

Vlastnost	Dimenzionální rozsah
Zkušenost	nízká
Averze	silná
Spolupráce	možná
Odmítání	časté
Předsudky	výrazné
Stereotypy	výrazné
Rozdíly	významné

Tab. 5 Vlastnosti a dimenze kategorie *Neznáme se, ale možná bychom se mohli kamarádit...* (otevřené kódování)

Osobní **zkušenost** interakce se zdravotně postiženou osobou je poměrně nízká. Jak už jsme psali výše, dvě děti z ohniskové skupiny A1 se zmínily o zkušenosti se zdravotně postiženou osobou v prostředí širší rodiny a pouze děti z ohniskové skupiny B1 hovořily o účasti na společných akcích se zdravotně postiženými. Zároveň je u dětí s touto zkušeností

(ohnisková skupina B1) zaznamenána poměrně silná **averze** k osobám se zdravotním postižením.

*Já se bojím...* B1-177/I15)

*Těch fotek, mě to moc nedělá dobře...* (B1-181/I15)

*Mě z toho je špatně...* (B1-185/II17)

*To je takové strašidelné...* (B1-191/I15)

V této kategorii můžeme také zaznamenat možnost **spolupráce**, jelikož některé z dětí připouští ochotu k interakci ve hře se zdravotně postiženými dětmi na fotografiích. Jedná se o děti z ohniskových skupin A2 a B2. Nejvýrazněji se pak možnost spolupráce projevila ve skupině A1.

*Ano, bylo...museli bychom jí podávat hračky...* (A1-257/I6)

*Ano, kamarádila bych se...já taky...* (A2-232/I12, I13, I14)

*Je větší,...mohl by na něco dosáhnout...mohl by mi pomoci něco podat...* (B2-197/I22)

Možnost spolupráce se objevuje také v ochotě dětí poskytnout pomoc zdravotně postižené osobě. K té byly svolné všechny děti z ohniskových skupin A1. Ve skupině A2 se našlo pouze jedno dítě, které nebylo ochotné poskytnout pomoc. Nedokázalo však říci proč a stejná situace se opakovala i ve skupině B2. I když možnost spolupráce byla přítomna i ve skupině B1 (některé z dětí se pomoci zdravotně postiženým osobám nebránily), je zde patrné **odmítání**, které se projevuje jak v nechuti hrát si, či se přátelit se zdravotně postiženou osobou, tak částečně i v odmítnutí pomoci. Odmítání je přítomno i v jiných skupinách, i když v nižší míře.

*Mám ve školce už moc kamarádů...* (A2-230/I8)

*Já nevím kde bydlí, takže asi ne...* (B2-191/I21)

*Já ne...je velká.."* (B2-275/I25)

*Ne, já se radši kámoším s tatškou...* (B1-234/I19)

*Protože já bych nechtěla, aby mě nakazila...* (B1-384/I16)

Výše uvedené výroky o nakažlivosti zdravotního postižení vypovídají opět o přítomnosti **předsudků**. Vnímání neslučitelnosti zdravotního postižení se sdílením přátelství, pak představuje **stereotypy**. Tyto jevy se objevují výrazněji v ohniskových skupinách A2 a B1.

*Nemá...on je jen doma...proto...* (A2-209/I11)

*Nemá...protože je na vozíku...* (A2-216/I12, I13, I14)

*Protože je sám, ...protože nemá žádného kamaráda...* (B2-182/I21)

V této kategorii byly také přítomny významné **rozdíly**. Děti ve všech ohniskových skupinách se u fotografie s na první pohled běžným, přibližně stejně starým dítětem shodly, že má kamarády a že i oni by byly ochotny se s ním přátelit, popřípadě si hrát.

#### 6. Kategorie: **Moc o tobě nevím....dospělí mi málo vysvětlili....**

Vlastnost	Dimenzionální rozsah
Frekvence	nízká
Zájem	malý
Návaznost	nedostatečná

Tab. 6 Vlastnosti a dimenze kategorie *Moc o tobě nevím....dospělí mi málo vysvětlili...* (otevřené kódování)

Kategorie vypovídá o skutečnosti, do jaké míry je věnována pozornost komunikaci s dětmi o zdravotním postižení. Z výpovědí dětí je patrné, že její **frekvence** je nízká a že jí s největší pravděpodobností není v rodině věnována dostatečná pozornost. Nejčastěji o ní hovořily děti z ohniskové skupiny A1. Všechny děti potom shodně popřely jakoukoli komunikaci o zdravotním postižení v mateřské škole.

*Jen maminka mi říkala, že měl tak tu hlavu...* (A1-382/I5)

*Já jo, s maminkou a bráchou...no, že byl nemocnej, že nemůže choti, protože má vozík...*  
(A1-388/I4)

Dále je však zřejmé, že **zájem** dětí o tohle téma je malý a pokud komunikace v rodině o zdravotním postižením s dítětem proběhla, pak děti výrazněji nezaujala.

*Maminka mi o nich něco říkala, ale už si to nepamatuju...* (A1-388/I7)

*Jo s babičkou, ale nic si nepamatuju...* (A1-388/I3)

*Jo...s maminkou..no že třeba má někdo ty špatné očička..ale jinak už nevím...* (B1-376/I15)

Byla také zaznamenána nedostatečná **návaznost** komunikace o zdravotním postižení na přímou zkušenost dítěte se zdravotně postiženou osobu a to především v ohniskové skupině B1, kde se děti účastnily společných akcí se zdravotně postiženými a popírají komunikaci o této problematice v mateřské škole.

### **Shrnutí otevřeného kódování**

Z analýzy dat postupem otevřeného kódování vyplývá, že děti se celkově orientují na hledání zjevných odlišností a rozdílů, na které pak citlivě reagují ve svých postojích a reakcích. Děti cítí velké omezení a závislost v životech zdravotně postižených lidí. Je zřejmá nedostatečná informovanost o zdravotním postižení u všech dětí v ohniskových skupinách a celkově je tato problematika protknuta předsudky a stereotypy. V ohniskových skupinách se objevují setkání dětí se zdravotně postiženými lidmi přímá i nepřímá, jak s nahodilým, tak organizovaným charakterem. Je tedy zřejmé, že tato zkušenost a komunikace vztahující se k této problematice bude hrát ve výsledku významnou roli při utváření postojů. Závěry z otevřeného kódování mají spíše obecný charakter avšak tvoří východiska pro kódování axiální a následně selektivní, které přináší konkrétnější výstupy.

## **5.2 Axiální kódování**

Jak píše Švaříček a Šedřová (2007, s. 232), jedná se o techniku, která následuje po kódování otevřeném a jednotlivé kategorie či subkategorie jsou přiřazovány k paradigmatickému modelu:

*(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY*

Nové kategorie vznikly přepracováním, přeskupováním a vyjmutím části kategorií vzešlých z otevřeného kódování. Do paradigmatického modelu byly vsazeny následovně:

<b>Příčinné podmínky</b>	<b>Jev</b>	<b>Kontext</b>	<b>Intervenční podmínky</b>	<b>Strategie jednání</b>	<b>Následky</b>
Stereotypy Předsudky	Odlišnost	Standardy společnosti	charakter zkušenosti a navazující komunikace	průběh interakce	Postoj k odlišnosti

Tab. 7 Užití paradigmatického modelu

Ústředním jevem axiálního kódování byla určena **odlišnost**. Ta je totiž nejen základním kritériem, podle kterého děti identifikovaly zdravotní postižení, ale odvíjel se od ní i jejich názor na kvalitu života a především určovala prvotní postoje dětí k osobám s výrazněji nápadným či odlišným zjevem.

U ústředního jevu jsme určily vlastnosti a jejich dimenzionální rozsah, jelikož je tak snazší podstatu jevu lépe pochopit. Vlastnosti hlavního jevu byly určeny takto:

<b>Vlastnost</b>	<b>Dimenzionální rozsah</b>
Srovnání	rozhodující
Rozdíly	velké
Stereotypy	silné
Předsudky	významné

Tab. 8 Vlastnosti a dimenze centrální kategorie *Odlišnost* (axiální kódování)

Ukázalo se, že **srovnání**, které probíhá ve vztahu k normám majority má rozhodující význam při vnímání člověka. **Odlišnost**, která je výsledkem takového srovnání v sobě zahrnuje velké **rozdíly**. Ty se následně projevují vytvořením obrazu o schopnostech, možnostech, emočním rozpoložení i celkové kvalitě života nositelů odlišnosti. Vnímání odlišnosti u dětí je na všech úrovních prostoupeno silnými **stereotypy** a **předsudky**.

Pro odlišnost byl zvolen kontext **standardů společnosti**, protože ty slouží jako měřítko pro společenskou normu a na jejím základě probíhá srovnávání. Příčinné podmínky zahrnují **stereotypy** a **předsudky**, které si děti již stačily vytvořit a které představují významnou složku ovlivňující vnímání člověka na základě odlišnosti. Intervenčními podmínkami byly

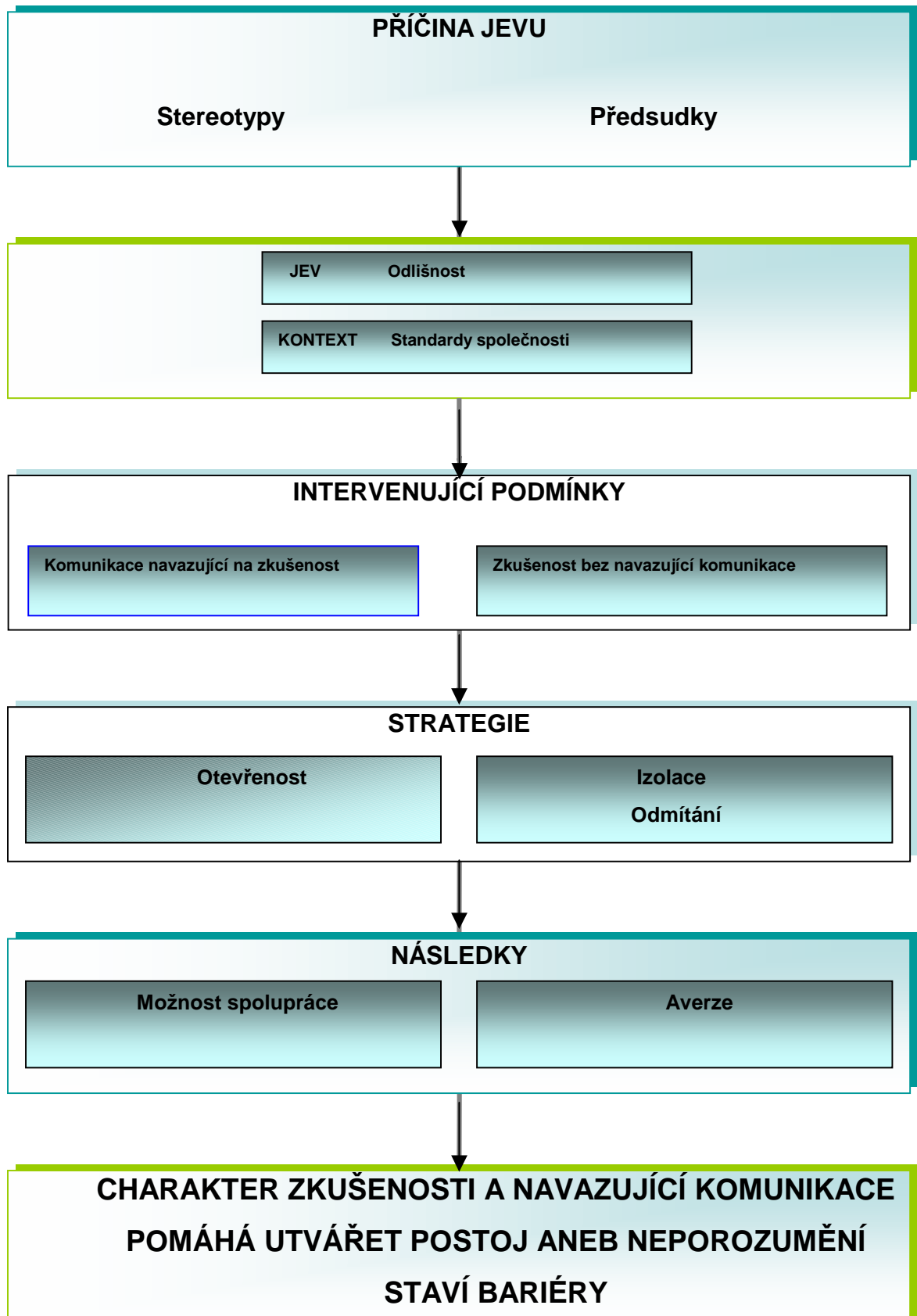


shledány **charakter zkušenosti a navazující komunikace**, jelikož právě tyto faktory mají rozhodující význam při změně strategiích jednání, které se odvíjí v rámci **interakce** se zdravotně postiženým člověkem a následkem čehož se také formuje **postoj k odlišnosti**.

Ukázalo se, že děti, které mají **opakovanou, organizovanou a přímou** zkušenost se zdravotně postiženými lidmi a u kterých zároveň chybí komunikace navazující na tuto zkušenost, směřují ve strategiích jednání k **izolaci a odmítání** a ve výsledku si děti vybudovaly **averzi** ke zdravotně postiženým lidem. U dětí v ohniskových skupinách, kde zkušenost se zdravotně postiženým člověkem byla jen nahodilá, krátkodobá a víceméně nepřímá, je zároveň s výraznější komunikací o zdravotním postižení zřejmý nárůst **otevřenosti** v postojích k nim. Výsledky axiálního kódování můžeme stručně shrnout takto:

*Charakter zkušenosti a navazující komunikace pomáhá utvářet postoj aneb neporozumění staví bariéry*

Schéma 1: Paradigmatický model axiálního kódování *Zdravotní postižení očima dětí předškolního věku*



### 5.3 Selektivní kódování

Na výsledky axiálního kódování navazuje kódování selektivní. Nejprve jsme vyložili kostru analytického příběhu, která stručně vystihuje podstatu celého příběhu.

V postojích dětí předškolního věku ke zdravotnímu postižení se silně odrážejí stereotypy a předsudky, které si dítě osvojilo a které jsou silně podporovány normami společnosti v oblasti zdraví, zevnějšku a přisuzováním schopností, dovedností a možností člověku na základě míry jejich naplnění. Důležitým faktorem ovlivňujícím postoje dětí je pak míra smysluplnosti a návaznosti komunikace na zkušenost dítěte se zdravotně postiženou osobou. Ta dětem přináší různou hloubku porozumění a odráží se tak i ve způsobech interakce se zdravotně postiženými osobami.

Těžištěm selektivního kódování je výběr centrální kategorie, kolem které je organizován analytický příběh a která zároveň musí být natolik abstraktní, aby se v ní celý příběh odrážel. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 89)

V souladu s tímto byla v našem výzkumném šetření centrální kategorií pro selektivní kódování určena kategorie s názvem **Neporozumění staví bariéry**, která je natolik abstraktní, že v sobě pojímá celý analytický příběh. Ten jsme vyložili pomocí popsaní vlastností této kategorie s jejich dimenzionálním rozsahem, neboť ty zachycují vztahy mezi jednotlivými subkategoriemi a pro snadnější orientaci v příběhu jsme zvolili jeho rozdělení do tří částí, které odráží jednotlivé vlastnosti kategorie a jejich vymezení.

Vlastnost	Dimenzionální rozsah	
Odlíšnost	nenápadná	výrazná
Zkušenost	nahodilá	organizovaná
Komunikace	přítomna	nepřítomna

Tab. 9 Vlastnosti a dimenze centrální kategorie *Neporozumění staví bariéry* (selektivní kódování)

#### Odlíšnost jako identifikátor kvality života

Odlíšnost zevnějšku, v kontrastu ke standardům majority, člověka svým způsobem stigmatizuje. Na jejím základě děti identifikují zdravotní postižení a připisují člověku určité atributy vztahující se k vlastnostem, možnostem a celkové kvalitě jeho života. Čím je odlíšnost výraznější, tím větší omezení v očích dětí představuje. Výrazná odlíšnost v

dětech asociuje také výraznou závislost u řady běžných, převážně sebeobslužných činností a negativně se promítá také do emočního rozpoložení jejího nositele. Dále také pro děti představuje významný faktor ovlivňující podobu vzájemné interakce. Nápadná odlišnost vyplývající ze zdravotního postižení v dítěti evokuje zdrženlivost až úplné odmítání společné interakce se zdravotně postiženou osobou. U zdravotního postižení, které na první pohled neupoutá pozornost svou odlišností, jsou patrné rozdíly v postojích dětí. V tomto případě vnímají osobu jako sobě rovnou, bez omezení v běžném životě.

Shrnutí: Odlišnost je pro děti identifikačním prvkem zdravotního postižení a zároveň pro jejího nositele představuje značná omezení a závislost na pomoci druhých v běžném životě. Nápadnost odlišnosti je pro děti určujícím faktorem pro vnímání kvality života, emočního ladění člověka i měřítkem jejich chuti ke společné interakci se zdravotně postiženou osobou.

### **Zkušenost jako východisko postojů**

K setkání dětí se zdravotně postiženými lidmi, které je základem vytváření osobní zkušenosti, dochází ve většině případů náhodně. Tento nahodilý charakter společných setkání se v postojích dětí projevuje otevřeností dítěte k interakci se zdravotně postiženým člověkem. Děti jsou více nakloněny sdílet společně hru či kamarádství a také jsou více ochotny poskytnout pomoc zdravotně postiženému. Oproti tomu setkání organizovaná, která nejsou příliš častá, budí v dítěti nejistotu či strach, který se projevuje v izolovanosti, odmítání a v konečném důsledku i k averzi ke zdravotně postiženým osobám. Organizovaná setkání totiž oproti těm nahodilým trvají většinou výrazně delší dobu, děti tak mají více času vnímat odlišnosti v zevnějšku i chování a konfrontovat je se zažitou normou. To pak prohlubuje jejich neporozumění, které má za následek již zmíněnou úzkost, strach, což se v postojích projevuje negativně. Zkušenost sama o sobě sice má významný vliv na utváření postojů, nicméně nemůžeme o ní hovořit pouze izolovaně, neboť tvoří jen jednou složkou proměnné ovlivňující formování či změnu postojů.

Shrnutí: Zkušenost dětí se zdravotně postiženými má většinou nahodilý charakter, který se projevuje otevřeným postojem ve vzájemné interakci, kdežto zkušenost organizovaná, z důvodu hlubšího neporozumění, vede k opačným tendencím. Zkušenost jako faktor ovlivňující postoje dětí ke zdravotně postiženým lidem nelze brát v úvahu pouze izolovaně, neboť tvoří jen jednu jeho část.

### **Komunikace jako nástroj porozumění**

Komunikace představuje druhou část proměnné, která pomáhá formovat postoje ke zdravotně postiženým lidem v předškolním věku. Celkově se dá říci, že jí není v rodinách a především v mateřských školách, v případě dětí z našeho výzkumného souboru, věnován dostatečný prostor. Nedostatečná informovanost o zdravotním postižení, která se odráží v jeho zkresleném vnímání u dětí předškolního věku, tuto skutečnost potvrzuje. Jako podstatná se pak při formování postojů dětí k problematice zdravotního postižení jeví především návaznost komunikace na zkušenost dítěte se zdravotně postiženým člověkem. Při nahodilé zkušenosti, kdy se dítě mělo možnost rodiče či jiné dospělé osoby ptát a dostávalo se mu určitého vysvětlení, je patrná otevřenost v postojích dítěte vůči minoritě zdravotně postižených osob. Naopak zkušenost organizovaná, probíhající v režii mateřských škol a kde evidentně chybí návaznost komunikace adekvátní situaci, zapříčiňuje odmítavý až averzní postoj dětí ke zdravotně postiženým lidem.

Shrnutí: Komunikace, především pak ta, která smysluplně navazuje na zkušenost dítěte se zdravotně postiženou osobou pozitivně ovlivňuje jeho postoje ke zdravotně postiženým osobám. V případě absence této návaznosti návaznost se setkáváme s postoji odmítavými.

### **5.4 Shrnutí výzkumného šetření**

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že děti předškolního věku ve svých postojích velmi citlivě reagují na odlišnost zevnějšku či chování vyplývající ze zdravotního postižení a v jejich očích z ní plynou mnohá omezení a rozdíly v kvalitě života člověka oproti majoritě. Z jejich výpovědí je zřejmá nedostatečná informovanost o zdravotním postižení a děti si již stačily vytvořit stereotypy a předsudky ve vztahu k odlišnosti. Z podrobnější analýzy vyvstaly závěry, že zásadním faktorem při formování postojů ke zdravotně postiženým lidem je zkušenost a na ni smysluplně navazující komunikace. Ukázalo se, že děti, které zažívají pouze nahodilá setkání se zdravotně postiženými lidmi a dostane se jim smysluplného vysvětlení blízké osoby, jsou ve svých postojích výrazně otevřenější, než-li děti se zkušeností organizovanou, kdy navazující komunikace zcela chybí. V jejich postojích se naopak projevuje odmítání až averze ke zdravotně postiženým lidem. Zkušenost a komunikace jsou tedy proměnnými, které významně ovlivňují formování postojů dětí předškolního věku ke zdravotně postiženým lidem.

Tuto teorii, která se postupně vynořovala z analýzy dat, považujeme za platnou v rámci mantinelů námi realizovaného výzkumného šetření.

## 6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem ke zjištěným skutečnostem se nyní budeme krátce věnovat praktickým doporučením. Je zřejmé, že pro to, aby byly postoje dětí formovány žádoucím způsobem, je nutné působit nejen na ně, ale také na jejich rodiče a další osoby, které děti výchovně ovlivňují.

Dobrym příkladem takového působení je mediální kampaň vytvořená nadací Sirius s názvem *Chodící lidé*, která je zaměřena na změnu zažitých vzorců většiny ve vztahu k menšině zdravotně postižených. Na základě výsledků monitoringu problematiky dětí se zdravotním postižením v ČR v roce 2010, odborníci zpracovaly texty o specifikách komunikace dětí s různými typy zdravotního postižení a byly realizovány workshopy s dětmi a mladými lidmi se zdravotním postižením. Ti hovořili o svých důležitých životních tématech a také o tom, jak by chtěli, aby je veřejnost vnímala. Na základě poznatků z workshopů byla potom vytvořena velmi kreativní mediální kampaň, která se pomocí videí inspirovanými reálnými zkušenostmi lidí se zdravotním postižením snaží informovat veřejnost o správné pomoci těmto lidem. (Nadace Sirius, ©2010)

Kampaň je velmi poutavě zpracována a může být dobrým základem také pro pedagogy nejen v předškolních zařízeních, kteří jejích poznatků mohou využít ve své praxi.

Nyní krátce zmíníme konkrétní návrhy, které mohou soužit jako inspirace pro poučení o zdravotním postižení v dětských kolektivech. Úvodem je třeba říci, že vzhledem ke specifikům předškolního věku je nutné předávat dětem informace formou hry a samozřejmě je důležité každou aktivitu provázet smysluplným vysvětlováním, které respektuje kognitivní a sociální úroveň této věkové kategorie.

**Seznámení s využitím kompenzačních pomůcek pro zdravotně postižené** - Děti se pohybují ve známém prostředí třídy se zavázanýma očima a orientují se pomocí slepecké hole. Podobně si mohou vyzkoušet i přesun s využitím invalidního vozíku. Děti se tak snáze vžijí do pocitů zdravotně postižených, kteří jsou při své mobilitě odkázáni na pomoc kompenzačních pomůcek.

**Seznámení s různými formami komunikace** - Dětem postupně ukazujeme znaky ze znakové řeči a ty mají za úkol uhodnout, co znamenají. Mohou se také pár jednoduchých, lehce zapamatovatelných znaků naučit (např. ahoj, maminka, tatínek, sluníčko, různá zvířátka atd.). Formou hádanek se mohou seznámit i s významem některých obrázkových

symbolů využívaných v augmentativních formách komunikace. Děti si tak lépe uvědomí, že lidská řeč není jediným komunikačním prostředkem a ti z nás, kteří jí nemohou využívat se i s pomocí jiných komunikačních systémů mohou dorozumět stejně jako my.

**Hraní a pohádky** - Děti si mohou zahrát hmatové pexeso, prohlédnout a hmatem vyzkoušet reliéfní obrázky, seznámit se s různým provedením pohádkových knih pro nevidomé, vyzkoušet si psací stroj určený pro psaní Braillova písma, atd. Život vrstevníků se zdravotním postižením se tak dětem více přiblíží. Uvidí, že i oni si mohou hrát, číst pohádky, mohou tedy také vést relativně *normální* život.

**Jak správně pomáhat** - Ze zdravotního postižení samozřejmě plynou pro člověka určitá omezení a s nimi je spojena potřeba pomoci. Tomu, jakým způsobem ji nabízet či poskytovat, děti lépe porozumí prostřednictvím hraní rolí ve vytvořených modelových situacích. V jednotlivých rolích se děti střídají a společně diskutují o správném řešení.

Uvedené návrhy mohou mateřské školy realizovat např. ve spolupráci se speciálními školami, či jinými organizacemi, které se zabývají problematikou zdravotního postižení a jsou schopny a ochotny mateřské škole zapůjčit pomůcky a poskytnout speciálně pedagogické znalosti a zkušenosti.

Za velmi důležité považujeme, podporování přímé zkušenosti dětí předškolního věku s lidmi se zdravotním postižením a to za předpokladu dodržování určitých zásad.

1. Pokud je to možné, připravíme děti na setkání se zdravotně postiženými lidmi dopředu a vysvětlíme jim určitá specifika chování, se kterými se mohou v jejich přítomnosti setkat (zvláště je to žádoucí u osob s mentální retardací či u osob s narušenými komunikačními schopnostmi).
2. Pokud je to možné, tak se při samotných setkáních snažíme předejít izolování dětí od zdravotně postižených za pomoci co nejpřirozenějšího a nenásilného zapojování do společné interakce. Odmítnutí dítěte zapojit se, vždy plně respektujeme.
3. Pokud je to možné, tak si záhy po skončení setkání s dětmi sedneme a popovídáme si o pocitech ze společného setkání. Reakce dětí jsou pro nás impulsem k dalšímu vysvětlování.



4. Podporujeme opakovaná setkání dětí s různými komunitami zdravotně postižených osob a v různém prostředí. Čím pestřejší budou situace, ve kterých se s nimi děti budou setkávat, tím snadněji se pro ně stanou přirozenou součástí společnosti.
5. Nikdy dětem neříkáme: *Nedívej se tam...je to neslušné...*, rovněž tak se nesnažíme umlčet jejich otázky. U dětí předškolního věku je přirozené, že si odlišnost potřebují prohlédnout a mluvit o ní. Chování dětí samozřejmě korigujeme, aby nezpůsobovalo nepříjemné pocity samotné osobě se zdravotním postižením, naším cílem však není podporovat v dítěti nevšímavosti k okolí. To se pak může projevit nevšímavostí k poskytnutí pomoci lidem nejen se zdravotním postižením.

Závěrem chceme říci, že to, jakým způsobem vnímáme lidi se zdravotním postižením my sami, se zásadním způsobem odráží v dětech, na které se snažíme výchovně působit. Musíme si tedy v první řadě udělat inventuru sami v sobě a kriticky zhodnotit zatížení svých postojů předsudky a stereotypy. Teprve poté, až my sami od nich budeme očištěni, můžeme očekávat změny v postojích dětí, které se snažíme vést a vychovávat.

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zprostředkování náhledu na problematiku postojů dětí předškolního věku ke zdravotně postiženým osobám. V teoretické části jsou za pomoci odborné literatury popsány hlavní složky vývoje u dítěte předškolního věku, dále činitele prostředí, kteří významně ovlivňují utváření postojů u dětí této věkové kategorie, rodina, mateřská škola a vrstevnická skupina. Uzavírá ji kapitola zabývající se postavením zdravotně postiženého člověka ve společnosti, kde je věnován prostor také tématům, které s tímto postavením úzce souvisí, tedy sociální percepci, stereotypům a předsudkům vztahující se k odlišnostem vyplývající ze zdravotního postižení a v neposlední řadě integraci.

V praktické části je prezentována realizace výzkumného šetření, které probíhalo formou rozhovorů celkem ve čtyřech ohniskových skupinách v rámci dvou mateřských škol. Z analýzy dat, při které byly využito kódovacích postupů zakotvené teorie, kódování otevřeného, axiálního a selektivního, postupně vyplynulo, že děti předškolního věku citlivě vnímají odlišnosti a reagují na ně ve svých postojích. Odráží se v nich nedostatečná informovanost o této problematice a také stereotypy a předsudky, které si již stačily vytvořit. Jak ukázalo výzkumné šetření, významnou roli při utváření postojů hraje zkušenost a na ni navazující komunikace. Ta ovlivňuje průběh interakce se zdravotně postiženou osobou a také pomáhá formovat postoje dítěte. Komunikace k tématice zdravotního postižení smysluplně navazující na zkušenost dítěte se v jeho postojích projevuje otevřeností oproti dítěti, které prošlo touto zkušeností bez následné adekvátní komunikace. V tomto případě se objevuje postoj odmítavý až averzní.

Domnívám se, že cíle formulované v úvodu diplomové práce se podařilo splnit, neboť byl zprostředkován celistvý náhled na problematiku postojů dětí předškolního věku ke zdravotně postiženým osobám a na základě výstupů z praktické části byla vytvořena doporučení pro praxi, která mohou být inspirací pro pracovníky institucionálních zařízení věnujících se dětem této věkové kategorie a jsou využitelná také pro výchovu rodinnou při formování postojů a odbourávání předsudků dětí ke zdravotně postiženým lidem.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ATKINSONOVÁ, Rita, Richard ATKINSON, Edward SMITH, Daryl BEM a Susan NOLEN-HOEKSEMA, 2009. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing. ISBN 80-85605-35-X.
2. BAKOŠOVÁ, Zlatica, 1994. *Sociálna pedagogika*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava. ISBN 80-223-0817-X.
3. BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ, 2007. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. edice pedagogické literatury. ISBN 978-80-7315-158-4.
4. ČAČKA, Otto, 2009. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-7239-060-0.
5. HELUS, Zdeněk, 2004. *Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-888-0.
6. HNILICA, Karel, 2010. *Stereotypy, předsudky, diskriminace. pojmy, měření, teorie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1776-3.
7. HOSKOVCOVÁ, Simona, 2006. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1424-8.
8. JESENSKÝ, Ján. Podstata integrace zdravotně postižených. In: PAVLŮ, Dagmar. *Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů. sborník konference s mezinárodní účastí konané 9. - 11. listopadu 1995 na FTVS UK*. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu UK a Společnost pro ucelenou rehabilitaci zdravotně postižených, 1996. s. 11-24. příspěvek
9. JESENSKÝ, Ján. Podstata integrace handicapovaných. In: JESENSKÝ, Ján. *Integrace - znamení doby*. Praha: Karolinum. Folia paedagogica specialis. 1998. s. 21-26. ISBN 80-7184-691-0. příspěvek
10. KLAPILOVÁ, Světlá, 1996. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. ISBN 80-7076-669-8.
11. KOHOUTEK, Rudolf a kol., 1998. *Základy sociální psychologie*. Brno: Cerm. ISBN 80-7204-064-2.

12. KOSEK, Jan, 2004. *Člověk je (ne)tvor společenský. kapitoly ze sociální psychologie*. Praha: Argo. Aliter. ISBN 80-7203-591-6.
13. KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
14. KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ, 2001. *Člověk – prostředí – výchova*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-004-2.
15. KUJA, Jindřich. Kvalita života. In: Renotiérová Marie a Libuše Ludíková. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Pedagogická fakulta univerzity Palackého, 2003, s. 123-130. ISBN 80-244-0646-2. příspěvek
16. LANG, Greg a Chris BERBERICHOVÁ, 1998. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-144-4.
17. LANGMEIER, Josef, Miloš LANGMEIER a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie*. Praha: H&H. ISBN 80-86180-03-4.
18. LUDÍKOVÁ, Libuše. Problematika péče o dítě s postižením v předškolním věku. In: Renotiérová Marie a Libuše Ludíková. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Pedagogická fakulta univerzity Palackého, 2003a, s. 145-150. ISBN 80-244-0646-2. příspěvek
19. LUDÍKOVÁ, Libuše. Problematika osob s vícenásobným postižením. In: Renotiérová Marie a Libuše Ludíková. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Pedagogická fakulta univerzity Palackého, 2003b, s. 281-284. ISBN 80-244-0646-2. příspěvek
20. MATĚJČEK, Zdeněk, 1994. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál. ISBN 80-85282-83-6.
21. MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H&H. ISBN 80-86022-92-7.
22. MATĚJČEK, Zdeněk, 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0870-1.

23. MATĚJČEK, Zdeněk a Josef LANGMEIER, 1981. *Výpravy za člověkem*. Praha: Odeon.
24. MATOUŠEK, Oldřich, 1997. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. rozš. a přepr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-24-9.
25. MICHALÍK, Jan. Postižení, společnost, právo. In: Renotiérová Marie a Libuše Ludíková. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Pedagogická fakulta univerzity Palackého, 2003, s. 29-46. ISBN 80-244-0646-2. příspěvek
26. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
27. MORGAN, David, 2001. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 2. vyd. Boskovice: Albert. Scan. ISBN 80-85834-77-4.
28. MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. 2. uprav. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-05-9.
29. NAKONEČNÝ, Milan, 1999. *Sociální psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0690-7.
30. NOVÁK, Tomáš, 2002. *O předsudcích*. Brno: Doplněk. ISBN 80-72-39-121-6.
31. NOVOSAD, Libor. Sociální integrace zdravotně znevýhodněné populace a úspěšnost socializačního procesu. In: JESENSKÝ, Ján. *Integrace - znamení doby*. Praha: Karolinum, 1998. s. 33-36. ISBN 80-7184-691-0. příspěvek
32. OPATŘILOVÁ, Dagmar ed., 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity. ISBN 80-210-3977-9.
33. ŘEZÁČ, Jaroslav, 1998. *Sociální psychologie*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-48-6.
34. ŘÍČAN, Pavel, 1989. *Cesta životem*. Praha: Panorama. Pyramida.
35. SMOLÍKOVÁ, Kateřina et al., 2004. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický. ISBN 80-87000-00-5.

36. STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky zakotvené teorie*. Brno: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
37. ŠMELOVÁ, Eva, 2004. *Mateřská škola. teorie a praxe I*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. ISBN 80-244-0945-8.
38. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-0.
39. VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie. dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
40. VOCILKA, Miroslav, 1997. *Integrace sociálně a zdravotně postižených dětí do společnosti*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický.
41. VYHNÁLEK, Miroslav. Kvalita života a její hodnocení. In: PAVLŮ, Dagmar. *Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů. Sborník konference s mezinárodní účastí konané 9. - 11. listopadu 1995 na FTVS UK*. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu UK a Společnost pro ucelenou rehabilitaci zdravotně postižených, 1996. s. 8-10. příspěvek
42. ZÁŠKODNÁ, Helena a Zdeněk MLCĀK, 2009. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-306-6.

### **Legislativa:**

Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupný také z:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=16>

Česko: Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143, s. 8270-8316. Dostupný také z:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=10>

Česko. Zákon č. 561 ze dne 10. listopadu 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190, s. 10262-10324. Dostupný také z:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=5>

Česko. Vyhláška č. 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 20, s. 490-502. ISSN 1211-1244. Dostupný také z:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2005&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=17>

Česko. Vyhláška č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 2005, částka 20, s. 503-510. ISSN 1211-1244. Dostupný také z:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2005&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=17>

### **Internetové zdroje:**

Nadace Sirius, ©2010. *Kampaň chodicilide.cz* [online]. [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/cs/aktivity/komunikace-s-detmi-se-zdravotnim-postizenim>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
MŠ	Mateřská škola
ŠVP	Školní vzdělávací program



**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1 Vlastnosti a dimenzionální rozsah kategorie *Jsi jiný...jsi zvláštní...* (otevřené kódování)

Tab. 2 Vlastnosti a dimenzionální rozsah kategorie *Nemůžeš dělat všechno co já, ale když ti pomůžu, můžeš si i hrát...* (otevřené kódování)

Tab. 3 Vlastnosti a dimenzionální rozsah kategorie *Jsi smutný, protože jsi zvláštní.....* (otevřené kódování)

Tab. 4 Vlastnosti a dimenzionální rozsah kategorie *Občas tě někde potkám a nevím si s tím rady....* (otevřené kódování)

Tab. 5 Vlastnosti a dimenzionální rozsah kategorie *Neznáme se, ale možná bychom se mohli kamarádit....* (otevřené kódování)

Tab. 6 Vlastnosti a dimenzionální rozsah kategorie *Moc o tobě nevím... dospělí mi málo vysvětlili...* (otevřené kódování)

Tab. 7 Užití paradigmatického modelu

Tab. 8 Vlastnosti a dimenzionální rozsah centrální kategorie *Odlišnost* (axiální kódování)

Tab. 9 Vlastnosti a dimenzionální rozsah centrální kategorie *Neporozumění staví bariéry* (selektivní kódování)

## SEZNAM PŘÍLOH

P I: Okruhy dotazovaných témat v ohniskových skupinách

P II: Záznamový list rozhovoru ohniskové skupině č. 1 s ukázkou kódování

## **PI: Okruhy dotazovaných témat v ohniskových skupinách**

Co je to zdravotní postižení, co si pod tímto názvem představuješ?

Identifikace zdravotního postižení za pomoci fotografií.

Setkaly jste se někdy se zdravotně postiženým člověkem?

Proč jste si ho všimli, co na něm bylo neobvyklého?

Hrály jste si někdy se zdravotně postiženým?

Bylo to stejné jako si hrát s kamarádem ze školky?

Jaké je holčička, chlapeček na obrázku, jak se cítí?

Jak tráví den, chodí do školy, školky?

Co rádi dělají?

Hrají si rádi? Pokud ne, proč?

Mají kamarády? Pokud ne, proč?

Hrály by jste si s nimi?

Kamarádily by jste se s nimi?

Bylo by to jiné než si hrát, kamarádit se s kamarádem ze školky?

Myslíte, že to má holčička, chlapec na fotce v něčem těžší, že potřebuje pomoc? V čem?

Pomohly by jste jim?

Povídaly jste si o zdravotně postižených lidech s mámou, tátou, sourozencem, kamarádem, paní učitelkou ve školce?

**PII: Záznamový list č. 1**

**Ohnisková skupina č. 1 (7 dětí ve věku 5 až 6 let)**

**Mateřská škola A**

**Seznam zkratk:**

**I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7 - čísla informantů**

**V - všichni**

**T - tazatel**

-

---

**T: Tak děti já se s vámi přivítám, dobrý den...**

**V: Dobrý den**

**T: já jsem si s vámi děti přišla popovídat a taky si trošku pohrajeme, ano?**

**V: Ano**

**T: Popovídat jsem si s vámi přišla o zdravotním postižení, o postižených lidech. Víte někdo co to znamená, když je někdo postižený?...Přemýšlejte, víte někdo?**

**I3: "Když je někdo slepý třeba..."**

(A1-18/I3: Pojmenování znaků ZP)

**T: Ano, výborně, znáte někdo ještě další postižení?**

**I3: "Nebo hluchý..."**

(A1-22/I3: Pojmenování znaků ZP)

**T: Ano, výborně, ještě někoho něco napadá.....ne? Dobře, nevadí.**

**My co tady spolu sedíme máme dvě zdravé ruce, které umí tleskat, zatleskejte si..., máme taky dvě zdravé nožičky, které umí dupat...zadupejte s nimi, jestli to opravdu umí....máme dvě zdravé oči, co vidí...dvě uši, které slyší...pusinku, která mluví.....a hlavičku, která umí co ...přemýšlet...**

**Určitě víte, že jsou mezi námi lidé, kteří nemají takové štěstí jako my, nefunguje jim v tělíčku všechno tak jak má a tito lidi jsou zdravotně postižení. Když jim nefungují nožičky, tak jsou?**

**V: "Na vozíčku..."**

**T: Ano, když jim nefungují oči, tak...?**

**I6:** *"Tak mají brýle..."*

**I2, I5:** *"Jsou slepí..."*

**T:** **Když jim nefungují ouška?**

**V:** *"Jsou hluší..."*

**T:** **Někomu nefunguje pořádně hlavička a neumí přemýšlet tak rychle jako my.**

**Já vám teď ukážu fotky, vy si je pořádně prohlédnete a řeknete mi, kdo si myslíte, že je zdravý a kdo postižený. Tady máme holčičku, podívejte se na ni a řekněte. Myslíte, že je postižená? (fotka č. 11)**

**V:** *"Jo, je ..."*

**T:** **Proč myslíte, že je postižená?**

**I6:** *"Má jiné oči...."*

**I7:** *"Takovou pusou má divnou...."*

**I3:** *"Má takový jiný obličej..."*

(A1-50/I6, I7, I3: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T:** **Půjdeme na další fotku. Teď tady máme pána, prohlédněte si ho pořádně a řekněte, myslíte, že je postižený? (fotka č. 3)**

**V:** *"Jo....."*

**T:** **Proč?**

**I5:** *"Má jinou nohu..."*

(A1-58/I5: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T:** **Teď tady máme holčičku... (fotka č. 1)**

**I6:** *" je postižená... má jedno oko takhle a jedno jinak..."*

**I4:** *"Jedno oko má zavřené a jedno otevřené...."*

(A1-63/I6, I4 Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T:** **A co si myslí ostatní, A.....?**

**I2:** *"Jo je....."*

(A1-67/I2: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: A teď tu máme chlapečka, co myslíte, je postižený?** (fotka č. 7)

**I3:** "*Já myslím, že ne...*"

**I6:** "*Jen brečí...*"

(A1-72/I3, I6: Rozlišení emočního stavu od ZP)

**T: Ostatní děti si myslí co?**

**V:** "*Jen brečí... není postižený....*"

(A1-76/V: Rozlišení emočního stavu od ZP)

**T: Tady máme pána...** (fotka č. 9)

**I4, I2:** "*Je postižený...*"

**T: A proč?**

**I4, I2:** "*Má ruku ovázanou, a ovázanou hlavu...*"

(A1-83/I4, I2: Označení ZP na základě odlišnosti, nápadnosti ve zjevu)

**T: Teď je tady chlapeček.....** (fotka č. 2)

**V:** "*Není...*"

(A1-87/V: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I2:** "*Je.....*"

**T: Proč myslíš?**

**I2:** "*Nevím.....*"

(A1-92/I2: Neschopnost vyjádřit důvod označení ZP)

**I6:** "*Já myslím, že není...*"

(A1-94/I6: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: Co ostatní děti?**

**I1:** "*Má zuby divné.....*"

(A1-98/I1: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I7:** "*Myslím, že se jen směje... že není*"

(A1-100/I7: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I5:** "Není...."

(A1-102/I5: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I2, I4:** "Má jinou tvář....asi je"

(A1-104/I2, I4: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: Aha, tak to je takové sporné, to jsme se neshodli, tak ho dáme tady stranou.**

**T: A další chlapec....**(fotka č. 10)

**V:** "Je postižený.."

**T: Proč?**

**I5:** "Je na vozíčku...má nemocné nohy"

(A1-112/I5: Označení ZP na základě užití kompenzační pomůcky)

**T: Další chlapeček** (fotka č. 4)

**V:** "Není.."

(A1-116/V: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: Holčičku tady máme.....** (fotka č. 6)

**I6:** "Je postižená má divné oči..."

**I3:** "Divnou pusou..."

**I4:** "Jedno oko zavřené, jedno otevřené...."

(A1-122/I6, I3, I4: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: Máme tady chlapečka....** (fotka č. 12)

**V:** "Není postižený...."

(A1-126/V: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: Další fotka.....**(fotka č. 5)

**I2:** "Myslím že je, má divné oči....."

(A1-130/I2: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I6:** "Myslím, že není....."

(A1-132/I6: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I1:** "Není....."

(A1-134/I1: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I2:** " Je..."

(A1-136/I2: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: Další fotka u tabule....** (fotka č. 13)

**I6:** "Je postižený..., má hlavu tak dozadu..."

(A1-140/I6: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I7:** "Nemůže asi přemýšlet..."

(A1-142/I7: Vnímání rozdílů ve schopnostech zdravotně postižených)

**I4:** "Nemůže si vzpomenout a asi nemůže psát..."

(A1-144/I4: Vnímání rozdílů ve schopnostech zdravotně postižených)

**T: Poslední fotka dva dospělí tady máme....** (fotka č. 8)

**I6:** "Ta holka je..má divné rty, ten pán není...ten pán není zvláštní..." (ostatní přikyvují)

(A1-148/I6: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: Tak teď jsme si prohlídka fotky postižených a teď se vás chci zeptat, jestli si vzpomenete, kde jste nějakého postiženého člověka potkali...**

**I4:** "Ve městě..."

**I6:** "V nemocnici..."

**I3:** "Na cyklostezce, jak jsme šli s babičkou..."

(A1-155/I4, I6, I3: Označení místa setkání se ZP)

**T: A co vás na nich zaujalo, jak jste poznali, že jsou postižení?**

**I3:** "Že ten pán měl nemocnou hlavu...ale neměl na ní žádný obvaz...on tou hlavou pořád tak kroutil..."

(A1-160/I3: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti v chování)

**I4:** "Já sem šel s maminkou a viděl sem paní co měla zlomené nohy..."

(A1-162/I4: Nepochopení trvalosti ZP)

**I6:** "Moje babička má čagánky..."

(A1-164/I6: Označení ZP na základě využití kompenzační pomůcky)



**T: A viděli jste ještě někdo nějak jinak postiženého?**

**I5:** *"Moje mamka viděla...že měl takhle nějak hlavu..."*

(A1-168/I5: Označení ZP na základě odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: A maminka ti o tom povídala?**

**I5:** *"Jo..."*

(A1-172/I5: Komunikace o ZP v rodině)

**I1:** *"Já znám paní a ona má čagánky, ona má myslím už 81 roků..."*

(A1-174/I1: Označení ZP na základě užití kompenzační pomůcky)

**I2:** *"Já jsem viděl paní ve městě, co měla hůlku..."*

(A1-176/I2: Označení ZP na základě užití kompenzační pomůcky)

**I3:** *"A já sem viděl pána s tou hůlkou, jak skoro narazil do takové cedule..."*

(A1-178/I3: Vnímání ZP jako výraznější odlišnosti nebo nápadnosti v chování)

**I3:** *"Ještě u nás v baráku bydlí pán, co nemá ruku..."*

(A1-180/I3: Kontakt se ZP)

(A1-181/I3: Vnímání ZP jako odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I4:** *"Já zase sem viděl pána co neměl nohu..."*

(A1-183/I4: Vnímání ZP jako odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**I6:** *"A já sem viděla pejska, co má jen tři nohy..."*

(A1-185/I6: Vnímání ZP jako odlišnosti nebo nápadnosti ve zjevu)

**T: Aha, to byl postižený pejsek...**

**T: A děti máte někdo postiženého kamaráda? Hráli jste si někdy s někým postiženým...nebo povídali?**

**I4:** *"Jo..moje teta má dítě a ono je nemocné a plakalo....."*

(A1-191/I4: Kontakt se ZP v rodině)

**I3:** *"Jo, s Renatkou, to je moje teta..."*

(A1-193/I3: Kontakt se ZP v rodině)

**T: Teta je postižená?**

**I3:** *"Jo..."*

**T: A v čem je to jiné než si hrát tady s dětmi ve školce?**

**I3:** *"....nevím....ona si tak hrát neumí..."*

(A1-199/I3: Vnímání rozdílů ve schopnostech ZP)

Fotka č. 1

**T:** Ted' si zase budeme chvíli povídat o těch obrázcích..Tady ta holčička se jmenuje J....., podívejte se na ni a řekněte mi, co myslíte, jaká ta janička je? Je hodná...zlobivá...veselá....

**I6:** "Smutná...."

**T:** Proč myslíš?

**I6, I5:** "Je postižená..."

(A1-209/I5, I6: Negativní emoční naladění ZP)

**T:** Myslíte, že je smutná, protože je postižená?

**V:** "Ano..."

**T:** Děti a myslíte, že třeba J..... doma i zlobí?

**I6:** "Neumí zlobit, je hodná...."

(A1-216/I6: Absence nežádoucího chování u ZP)

**T:** Proč?

**I6:** "Protože je postižená...."

**I4:** "Já myslím, že zlobí..."

(A1-221/I4: Akceptace nežádoucího chování u ZP)

**T:** A myslíte, že J..... chodí do školy?

**V:** "Jo, chodí..."

(A1-225/V: Akceptace vzdělávání u ZP)

**T:** Co myslíte, že J..... ráda dělá? (všichni mlčí a krčí rameny)

(A1-228/V: Neznámá náplň volného času ZP)

**T:** Hraje si ráda?

**I6:** "Ne....."

(A1-232/I6: Absence hry u ZP)

**T: Proč myslíš?**

**I6:** *"Protože je na vozíčku a nemůže si hrát..."*

(A1-236/I6: Omezení v běžných činnostech ZP)

**I1:** *"Nevím..."*

(A1-238/I1: Nerozhodnost při posuzování schopností ZP)

**I6:** *"Nemůže si hrát..."*

(A1-240/I6: Omezení ve schopnostech ZP)

**I2:** *"Nevím..."*

(A1-242/I2: Nerozhodnost při posuzování schopností ZP)

**I4:** *"Může si hrát, když jí někdo podává hračky..."*

(A1-244/I4: Nutnost asistence při hře se ZP)

**T: A myslíte, že má J..... kamarády?**

**I7:** *"Ano, ve škole má...i kamarádky..."* (ostatní přikyvují)

(A1-248/I7: Akceptace přátelství u ZP)

**T: A kdyby si J..... chtěla hrát s vámi, hráli by jste si s ní?**

**I5, I6, I7:** přikyvují...ostatní neví

(A1-252/I5, I6, I7: Ochota sdílet hru se ZP)

(A1-253/ I1, I2, I3, I4: Nerozhodnost sdílet hru se ZP)

**T: Myslíte, že by to bylo jiné než si hrát s holkama ve školce?**

**I6:** *"Ano bylo....museli bychom jí podávat hračky"* (ostatní přikyvují)

(A1-257/I6: Nutnost asistence při hře se ZP)

**T: Když J..... přijde ze školy, co dělá?**

**I6:** *"Chystá si úkoly na zítřek..."*

**I4:** *"Nachystá si věci do školy..."*

**I2:** *"Hraje si..."*

**I4:** *"Dívá se na pohádky..."*

**I7:** *"Prohlíží si fotky...kreslí si"*

**I3:** "Jde s kamarády ven..."

(A1-266/I6, I4, I2, I7, I3: Běžné denní činnosti ZP)

**T:** Myslíte, že ta J..... to má v něčem těžší než vy? Potřebuje v něčem pomoci?

**I2:** "V hraní, podávat hračky...."

**I7:** "Nasednout na vozík..."

**I1:** "S jídlem..."

**I6:** "S chozením, kdyby neměla vozíček..."

**I5:** "Oblékat...boty zavazovat..."

(A1-274/I2, I7, I1, I6, I5: Konkrétní aktivity vyžadující asistenci u ZP)

**T:** Pomohli by jste jí, kdyby potřebovala?

**V:** "Ano..."

(A1-278/V: Ochota poskytnout pomoc ZP)

### **Fotka č. 10**

**T:** Tady máme chlapce, podívejte se na něj, pořádně si ho prohlédněte..jmenuje se M....., jaký si myslíte, že M..... je?

**V:** "Smutný..."

**I5:** "Určitě smutný...."

(A1-285/V, I5: Negativní emoční naladění u ZP)

**Ano? A proč myslíte?**

**I6:** "No protože je postižený..." (ostatní přikyvují)

**Myslíte si, že chodí do školy?**

**I2:** "Ano..."

(A1-292/I2: Akceptace vzdělávání z důvodu ZP)

**I4:** "Ne..."

(A1-294/I4: Nemožnost vzdělávání u ZP)

**T:Aproč?**

**I4:** "Protože je postižený..."

(A1-297/I4: Vnímání odlišností ve schopnostech ZP)

**T: A kde myslíš, že přes den je, když nechodí do školy....**

**I4:** *"Je doma v posteli, když je postižený..."*

(A1-300/I4: Vnímání ZP jako nemoci)

**I6:** *"S maminkou..."*

(A1-302/I6: Život v rodině ZP)

**T: Myslíte si, že si rád hraje?**

**I5:** *"Když mu podávají hračky, tak jo..."*

(A1-306/I5: Nutnost asistence při hře se ZP)

**T: Má kamarády?**

**V:** *"Ano..."*

(A1-310/V: Akceptace přátelství u ZP)

**T: Kamarádili by jste se s ním?**

**I7:** *"Jo..."*

(A1-314/I7: Ochota sdílet přátelství se ZP)

**T: Bylo by to jiné než se kamarádit s kamarády ze školky?**

**I1, I2, I3:** *"Jo..."*

(A1-318/I1, I2, I3: Vnímání rozdílů v kvalitě přátelství se ZP)

**T: Proč?**

**I1:** *"Protože je cizí..."*

(A1-322/I1: Nepochota sdílet přátelství s neznámým dítětem)

**I3:** *"Protože je postižený..."*

(A1-324/I3: Vnímání rozdílů v kvalitě přátelství se ZP)

**T: Myslíte, že Marcelek potřebuje v něčem pomoci?**

**I4:** *"Jo, když leze z postele a zavazovat boty..."*

**I6:** *"Musí se mu pomáhat oblékat tričko..."*

**I3:** *"Obouvat....podat láhev s pitím..."*

**I5:** *"Pomoc při jídle..."*

(A1-331/I4, I6, I3, I5: Konkrétní aktivity vyžadující asistenci u ZP)

**I6:** *"Aby se uzdravil, tak se mu musí dát vitamíny..."*

(A1-333/I6: Vnímání ZP jako nemoci)

(A1- 334/I6: Nepochopení trvalosti ZP)

**T: Aha, myslíš, že když bude jíst vitamínky, tak se uzdraví?**

**I6:** *"Ano..."*

**I4:** *"Prášky musí, aby byl zdraví..."*

**I2:** *"Paní doktorka mu může pomoci..."*

(A1-340/I6, I4, I2: Vnímání ZP jako nemoci)

(A1-341/I6, I4, I2: Nepochopení trvalosti ZP)

## **Fotka č. 12**

**T: Tento chlapec se jmenuje R....**

**I4:** *"Je veselý..."*

(A1-347/I4: Pozitivní emoční naladění běžného dítěte)

**T: Co si myslí ostatní?**

**I6:** *"Že si třeba z někoho dělá srandu..."*

**I5:** *"Taky si myslím, že si dělá srandu a směje se..."*

(A1-352/I6, I5: Pozitivní emoční naladění běžného dítěte)

**T: Myslíte si, že je hodný nebo zlobí?**

**I6:** *"Já si myslím, že někdy zlobí a někdy ne...."*

(A1-356/I6: Akceptace nežádoucího chování u běžného dítěte)

**T: Chodí do školy nebo školky?**

**V:** *"Ano..."*

(A1-360/V: Akceptace vzdělávání u běžného dítěte)

**T: Co dělá odpoledne děti?**

**V:** *"Hraje si, dělá úkoly, pomáhá mamince..."*

(A1-364/V: Náplň volného času běžného dítěte)

**T: Má kamarády?**

**V:** "Ano..."

(A1-368/V: Akceptace přátelství u běžného dítěte)

**T: Hráli byste si s ním?**

**V:** "Jo..."

(A1-372/V: Ochota sdílet hru s běžným dítětem)

**T: Bylo by to stejné jako si hrát třeba tady s Pavlíkem...?**

**I6:** "Ne, protože je taky cizí..." (ostatní příkyvuují)

(A1-376/I6: Vnímání rozdílů v interakci s neznámým dítětem)

**T: Nakonec se vás zeptám, jestli jste si s někým o těch zdravotně postižených lidech povídali, třeba doma s rodičema, sourozencem, babičkou, kamarádem...**

**I5:** "Jen maminka říkala, že měl tak tu hlavu..."

**I4:** "Já jo, s maminkou a bráchou..."

(A1-382/I5, I4: Komunikace o ZP v rodině)

**T: A co jste si povídali?**

**I4:** "No, že byl nemocnej, že nemůže chodit, protože má vozík..."

**I7:** "Maminka mi o nich něco říkala, ale už si to nepamatuju..."

**I3:** "Jo s babičkou, ale nic si nepamatuju..."

(A1-388/I4, I7, I3: Neupoutání zájmu o tematiku ZP)

**T: A co ve školce, povídali jste si o tom?**

**V:** "Ne..."

(A1-392/V: Absence komunikace o ZP v MŠ)