

UNIVERSITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií

MICHAL VYSLOUŽIL

II. ročník navazujícího magisterského studia – kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika – učitelství technických a informačních věd

Žák se zdravotním postižením a zdravotním a sociálním znevýhodněním na  
základní škole

(Analýza statistických dat)

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

Olomouc 2014

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené literatury a pramenů.

V Prostějově 22. června 2014

.....

Michal Vysloužil

## **Poděkování**

Děkuji Doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytnutí cenných rad, Mgr. Miluši Hutyrové, Ph.D. za velkou podporu, cenné rady a vstřícnost při dokončování práce a Doc. PaedDr. Mgr. Janu Michalíkovi, Ph.D. za odbornou pomoc a cenné rady.

## Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část .....	10
1    Integrace a inkluze – terminologické vymezení .....	10
1.1    Historický vývoj názorů na osoby se zdravotním postižením.....	10
1.2    Pojmy integrace, segregace, inkluze.....	12
1.3    Zdravotní postižení, narušení, ohrožení .....	17
1.4    Zdravotní znevýhodnění .....	18
1.5    Sociální znevýhodnění.....	20
2    Jednotlivé druhy zdravotního postižení dle školské legislativy.....	23
2.1    Mentální postižení .....	23
2.2    Sluchové postižení.....	25
2.3    Zrakové postižení .....	27
2.4    Vady řeči.....	29
2.5    Tělesné postižení .....	30
2.6    Souběžné postižení více vadami.....	32
2.7    Vývojové poruchy učení.....	33
2.8    Vývojové poruchy chování.....	33
2.9    Autismus.....	35
Praktická část .....	38
3    Metodologie výzkumného šetření.....	38
4    Celkové procentuální zastoupení žáků se zdravotním postižením .....	41
4.1    Česká republika .....	41
4.2    Situace v jednotlivých krajích .....	41
4.3    Situace na Prostějovsku .....	43
5    Celková míra integrace žáků se zdravotním postižením.....	45
5.1    Situace v jednotlivých krajích .....	45

5.2	Situace v Olomouckém kraji .....	46
5.3	Situace na Prostějovsku .....	47
6	Vývoj zastoupení žáků s jednotlivými druhy zdravotního postižení v populaci žáků základních škol .....	49
6.1	Žáci s mentálním postižením .....	49
6.1.1	Počty žáků s mentálním postižením v závislosti na stupni postižení.....	50
6.1.2	Situace v Olomouckém kraji.....	52
6.1.3	Situace na Prostějovsku .....	53
6.1.4	Míra integrace žáků s mentálním postižením .....	54
6.1.5	Míra integrace žáků s mentálním postižením v závislosti na hloubce postižení	54
6.1.6	Situace v Olomouckém kraji.....	55
6.1.7	Situace na Prostějovsku .....	57
6.2	Žáci se sluchovým postižením.....	58
6.2.1	Počty žáků se sluchovým postižením v závislosti na stupni postižení .....	58
6.2.2	Vývoj míry integrace žáků se sluchovým postižením .....	59
6.2.3	Situace v Olomouckém kraji.....	60
6.2.4	Situace na Prostějovsku .....	62
6.3	Žáci se zrakovým postižením .....	63
6.3.1	Vývoj míry integrace žáků se zrakovým postižením .....	64
6.3.2	Situace v Olomouckém kraji.....	65
6.3.3	Vývoj míry integrace žáků se zrakovým postižením v Olomouckém kraji.....	66
6.3.4	Situace na Prostějovsku .....	67
6.4	Žáci s vadami řeči.....	68
6.4.1	Vývoj míry integrace žáků s vadami řeči .....	69
6.4.2	Situace v Olomouckém kraji.....	70
6.4.3	Vývoj míry integrace žáků s vadami řeči v Olomouckém kraji .....	70

6.4.4	Situace na Prostějovsku .....	72
6.5	Žáci s tělesným postižením.....	73
6.5.1	Vývoj míry integrace žáků s tělesným postižením v ČR.....	73
6.5.2	Situace v Olomouckém kraji.....	74
6.5.3	Vývoj míry integrace žáků s tělesným postižením v Olomouckém kraji .....	75
6.5.4	Situace na Prostějovsku .....	76
6.6	Žáci s více vadami .....	77
6.6.1	Žáci hluchoslepí.....	78
6.6.2	Vývoj míry integrace žáků s více vadami.....	78
6.6.3	Vývoj míry integrace žáků hluchoslepých.....	79
6.6.4	Situace v Olomouckém kraji.....	79
6.6.5	Situace na Prostějovsku .....	81
6.7	Žáci s vývojovými poruchami učení .....	82
6.7.1	Vývoj míry integrace žáků s vývojovými poruchami učení .....	83
6.7.2	Situace v Olomouckém kraji.....	84
6.7.3	Míra integrace žáků se SVPU v Olomouckém kraji.....	85
6.7.4	Situace na Prostějovsku .....	85
6.8	Žáci s vývojovými poruchami chování .....	87
6.8.1	Žáci s těžkými vývojovými poruchami chování.....	87
6.8.2	Vývoj míry integrace žáků s vývojovými poruchami chování .....	88
6.8.3	Situace v Olomouckém kraji.....	89
6.8.4	Situace na Prostějovsku .....	90
6.9	Žáci s autismem.....	92
6.9.1	Vývoj míry integrace žáků s PAS.....	92
6.9.2	Situace v Olomouckém kraji.....	93
6.9.3	Vývoj míry integrace žáků s poruchami autistického spektra .....	93
6.9.4	Situace na Prostějovsku .....	94

7	Vývoj zastoupení jednotlivých druhů postižení v celkovém souboru žáků s postižením	96
7.1	Situace v Olomouckém kraji .....	97
7.2	Situace na Prostějovsku .....	98
8	Podíl integrovaných žáků podle druhu postižení .....	100
8.1	Situace v Olomouckém kraji .....	101
8.2	Situace na Prostějovsku .....	102
9	Souhrn a zhodnocení .....	104
9.1	Oblast vzdělávání žáků se zdravotním postižením .....	104
9.2	Žáci se zdravotním znevýhodněním a žáci se sociálním znevýhodněním .....	113
	Závěr .....	115
	Seznam použitých zkratk: .....	116
	Seznam použité literatury a pramenů: .....	118
	Seznam příloh: .....	122

## Úvod

Už při dokončování bakalářské práce, která se zabývala integrací žáků se zdravotním postižením v běžné vesnické škole a zaměřovala se i na praktickou stránku integrace – vypracování individuálního vzdělávacího plánu, jsme byli v podstatě rozhodnutí, že bychom chtěli při psaní diplomové práce pokračovat ve vybrané problematice a rozšířit ji na širší oblast – Prostějovsko, Olomoucký kraj a celkovou situaci v České republice. Naším cílem bylo zmapovat procentuální zastoupení žáků se zdravotním postižením a zjistit míru integrace těchto žáků. Zároveň jsme chtěli získat obraz o střednědobém vývoji těchto údajů. Smyslem naší práce bylo ověřit, zda integrační trendy, které byly zahájeny v devadesátých letech minulého století, a které byly akcelerovány přijetím „nového“ školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.), mají stále stoupající tendenci a zda se týkají všech skupin žáků se zdravotním postižením. Zajímalo nás rovněž, zda vývoj je ve všech krajích podobný. Podrobněji jsme se chtěli zaměřit na situaci v našem kraji a na Prostějovsku (Pro účely naší práce je Prostějovskem chápána oblast v působnosti obce s rozšířenou působností Prostějov). Výsledek svého výzkumu bych rád prezentoval na poradě ředitelů škol v úvodu nového školního roku. Původně bylo našim záměrem provést obdobný kvantitativní rozbor i v případě žáků zdravotně znevýhodněných a sociálně znevýhodněných, ale ukázalo se, že podobné statistiky nejsou shromažďovány. Důvodem je pravděpodobně, že tyto skupiny žáků nevyžadují zvýšené finanční nároky na MŠMT. Tyto údaje nejsou součástí žádného statistického výkazu. Zjištění relevantních dat se tak ukázalo jako nereálné. Proto jsme se plně zaměřili na analýzu vybraných statistických dat týkajících se pouze žáků s nějakým druhem zdravotního postižení.

Celá práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má tři kapitoly. V první kapitole se zabýváme terminologickým vymezením základních pojmů integrativní a inkluzivní pedagogiky. Ve druhé se věnujeme stručné charakteristice jednotlivých druhů zdravotního postižení.

V praktické části ve třetí kapitole objasňujeme metodiku našeho výzkumu. Obsahem čtvrté kapitoly je přehled o vývoji procentuálního zastoupení žáků se zdravotním postižením mezi žáky základních škol v období let 2008 - 2013. Pátá kapitola podává podobný přehled o celkové míře individuální integrace žáků se zdravotním postižením. Šestá kapitola, která je nejrozsáhlejší se podrobněji zabývá vývojem zastoupení a integrace žáků s jednotlivými druhy zdravotního postižení. Rozbor změn v procentuálním zastoupení žáků s jednotlivými typy poruch v celkovém souboru žáků se zdravotním postižením mezi roky 2008 a 2013 je obsahem sedmé kapitoly.



Osmá kapitola předkládá přehled změn v procentuálním zastoupení žáků s jednotlivými zdravotními postizeními mezi individuálně integrovanými žáky ve stejném časovém období. Poslední devátá kapitola se pokouší o shrnutí a částečně i zdůvodnění zjištěných výsledků. V závěru v maximální míře zobecňujeme výsledky výzkumu.

# Teoretická část

## 1 Integrace a inkluze – terminologické vymezení

Termíny integrace a inkluze jsou v současné době stěžejními pojmy moderní komprehenzivní speciální pedagogiky. Vzhledem k potřebám žáků se zdravotním postižením se od 90. let minulého století výrazně zlepšily možnosti k začlenění žáků se zdravotním postižením do běžné školy.

### 1.1 Historický vývoj názorů na osoby se zdravotním postižením

Vzhledem k tématu naší práce považujeme za důležité nastínit stručně vývoj přístupu k osobám se zdravotním oslabením. Umožní nám lépe pochopit současný trend integrační nebo lépe inkluzivní pedagogiky. Nutně si musíme být vědomi faktu, že název kapitoly je z části zavádějící, protože implikuje předpoklad, že vývoj vždy musí směřovat od horšího k lepšímu a to nemusí rozhodně platit bez výhrad. Jak upozorňuje Michalík, v historicky relativně nedávné době docházelo v koncentračních táborech nacistického Německa k holokaustu osob se zdravotním postižením. (Michalík, 2013, s. 47). Stejně tak náš automatický předpoklad neplatí globálně pro celou Zemi. Co je v našem kulturním okruhu předpokládaným standardem, rozhodně neplatí pro všechny země.

Přesto nebo spíš právě proto je důležité pochopit, jakým vývojem prošla především evropská společnost v období od starověku po dnešek. Pro potřebu stručného výkladu se nám jevil jako nejvhodnější přehled vývoje vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením, jak jej uvádí Vančová (in Valenta, 2013, s. 18) :

- společnost bez mentálně postižených
- mentálně postižení mimo společnost
- mentálně postižení vedle intaktních
- mentálně postižení mezi intaktními
- mentálně postižení spolu s intaktními

Podle našeho názoru se tento vývoj dá generalizovat na celou oblast jedinců s postižením:

#### 1. Společnost bez zdravotně postižených

V první etapě, kterou můžeme sledovat od pravěku, až do starověku byl jedinec s postižením vnímán jako přítěž pro společnost a v dobách nedostatku dokonce jako jedinec společnost přímo ohrožující. V tomto stádiu, které je někdy nazýváno, jako represivní bylo

naprosto běžné, že jedinci s postižením byli fyzicky likvidováni. To dokumentuje výrok římského filozofa Seneky citovaný Kysučanem (1979, s. 65): „My usmrcujeme mrzáky a topíme ty děti, které přicházejí na svět neduživé a znetvořené. Nejednáme tak z hněvu a zlosti, ale řídíme se zásadami rozumu – oddělit tak špatné od dobrého.“ Z takového výroku dnešnímu člověku mrazí, ale období Třetí říše nás přesvědčilo, jak lehce se v jistých situacích může společnost vrátit ve svém myšlení i o tisíce let zpět.

## **2. Zdravotně postižení mimo společnost**

Další etapa, která úzce souvisí s nástupem křesťanství je období, kdy byli postižení jedinci segregováni (vyučováni) ze společnosti. Společnost jim prokazovala „milosrdenství“ tím, že jim poskytovala stravu a oděv. Někdy však bylo v tomto období postižení vnímáno jako boží trest. Typickým příkladem segregace zdravotně postižených byli například lodě bláznů, na kterých duševně a mentálně postižení lidé putovali Porýním (Valenta, 2013, s. 21). Toto segregáčnické období přetrvávalo v nejrůznější podobě až do doby nedávno minulé. Například ústavy sociální péče byly typickým příkladem instituce, kam byly zdravotně postižené osoby odkládány, a kde trávily zbytek života.

## **3. Zdravotně postižení vedle intaktních**

Tento stav můžeme dokumentovat situací, kdy například v rámci jedné budovy existovaly v 80. letech minulého století třídy základní školy a také třídy pomocné školy. Protože jsem na jedné z nich pracoval, mohu potvrdit, že žáci pomocné školy se nikdy nezúčastnili žádné společné akce se svými intaktními vrstevníky. Paradoxní bylo, že my, zaměstnanci pomocné školy jsme měli ředitelství v Brně a se základní školou jsme kromě budovy neměli nic společného.

Podobně je tomu i v případě skupinové integrace, kdy jsou v rámci jedné školy zřízeny speciální třídy. Žáci těchto tříd se setkávají se svými vrstevníky, některé aktivity vykonávají společně, ale ve škole jsou spíše vedle sebe, než spolu.

## **4. Zdravotně postižení mezi intaktními**

Tento stav je typický pro individuální integraci, kdy je žák s postižením brán ostatními žáky, ale i učiteli jako jedinec, kterého musíme vést tak, aby se co nejlépe začlenil do běžné třídy. V dospělosti budou osoby s postižením vnímány, jako někdo výjimečný, na koho musíme brát ohled a pomáhat mu v zapojení do intaktní společnosti.

## **5. Zdravotně postižený spolu s intaktními**

Tento stav nám demonstruje inkluzivní model vzdělávání a inkluzivní model společnosti. Žák i dospělý s postižením je vnímán jako nedílná součást společnosti. Nemusí se přizpůsobit „naší“ „intaktní“ společnosti, protože společnost je jen jedna (společná pro všechny). Vše ve společnosti by mělo být přirozeně dostupné všem bez omezení. K tomuto „ideálu“ směřují aktuální inkluzivní pedagogické tendence.

Lechta (2010, s. 17) ale upozorňuje na rizika, kterých si moderní komprehenzivní speciální pedagogika musí být vědoma:

„Koncept inkluzivní edukace je v podstatě bipolární. Implikuje na jedné straně nezpochybnitelné humanistické směřování, ale na druhé straně současně i stejně tak nezpochybnitelné nebezpečí, že v případě nevhodné, nepřiměřené, či unáhlené aplikace, může uškodit právě těm, kterým chce pomoci: dětem s postižením, narušením a ohrožením. Proto je třeba při jeho uplatňování postupovat sice odhodlaně vzhledem k dlouhodobé perspektivě, ale současně i rozvážně, pokud jde o jeho aktuální řešení“

### **1.2 Pojmy integrace, segregace, inkluze**

#### **Integrace**

Obecně je pojem integrace vysvětlován jako „scelení, ucelení nebo sjednocení“ (Klimeš, 1985, s. 297) nebo jako: „sjednocení, ucelení, splynutí, proces spojování ve vyšší celek, začlenění, zapojení“. (Kučera, 2006, online)

V pedagogice se jedná o relativně mladý pojem. Objevuje se od 60. let minulého století. V pedagogické praxi můžeme pojem integrace chápat z dvojího úhlu:

1. Jako pojem z oblasti socializace osob se zdravotním postižením
2. Jako součást termínu integrované vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

Relativně detailně propracované se jeví rozdělení míry integrace Jesenského, která vychází z hodnocení Světové zdravotnické organizace (WHO):

#### **Plná integrace**

1. sociálně integrovaný jedinec – jedinec se v podstatě účastní všech společenských činností.

### **Vysoká integrace**

2. inhibovaná účast – jedinec se účastní společenského života, ale s určitými omezeními, která vylučují plnou účast.
3. omezená účast – osoby v tomto stupni integrace se plně neúčastní obvyklých společenských činností, protože typ a stupeň postižení jim to plně neumožňuje.

### **Středně vysoká integrace**

4. zmenšená účast – jedinec není schopen vinou postižení navazovat náhodné sociální kontakty a jeho společenský život je zúžen na přirozené komunitní vztahy jako jsou rodina, pracoviště apod.

### **Nízká integrace/ nízká segregace**

5. ochuzené vztahy – jedinci mají vážné postižení, které nemá tendenci ke zlepšení, a ochuzují i přirozené komunitní vztahy na vnější vztahy jedinec rezignuje.
6. redukované vztahy – sociální vztahy jsou velmi redukované na několik nejbližších osob, někdy pouze na jednoho člověka.
7. narušené vztahy – jedinec není schopen udržovat trvalejší vztahy, protože změny jeho chování působí negativně i na jeho nejbližší.

### **Středně vysoká segregace**

8. odcizení – jedná se o jedince, kteří jsou jen velmi těžko a ve velmi omezené míře schopni navazovat kontakt s okolím a jsou již do jisté míry ze společenského života vyloučeni.

### **Vysoká segregace**

9. společenská izolace – osoby s těžkou nebo hlubokou mentální retardací nejsou schopni navazovat kontakt s ostatními a ocitají se ve společenské izolaci. Neznamena to ale, že by jim nebyl v rámci jejich možností umožněn rozvoj alespoň v omezeném rozsahu.

(Jesenský, 1995)

Můžeme srovnat s dnes již překonanou koncepcí Miloše Sováka, který vnímal integraci jako nejvyšší stupeň začlenění „defektního jedince“ do „pracovního a společenského života“. (Sovák, 1986, s. 25) Sovák rozeznává čtyři stupně socializace:

1. Integrace (integer – celý, neporušený) – jedinec se stává zcela nezávislým a samostatným. Dokázal se vyrovnat s vlastní vadou

2. **Adaptace** – takový stupeň socializace, kdy jedinec při vytvoření určitých podmínek je schopen samostatně pracovat a žít.
3. **Utilita** – velmi omezená socializace vyžadující dohled a řízení jinou osobou
4. **Inferiorita** – naprostá nemožnost socializace. Jedinec je plně odkázán na pomoc „zdravých“ podle Sováka zde není možné hovořit o socializaci. Protože není možné těžce postižené jedince začlenit do společnosti, nehovoří o socializaci, ale o segregaci (vyčlenění) ze společnosti.

Problém celé koncepce je v dnes už neaktuálním pohledu na jedince s postižením. Jejím cílem bylo maximální přizpůsobení postiženého jedince potřebám společnosti (i když s její podporou). Tento trend, který byl ve své době vnímán jako pokrokový, je dnes už překonaný a naše snahy směřují v maximální míře k zapojení těchto osob do běžného života při respektování jejich případných omezení a potřeb. Maximální zapojení osob s postižením do života společnosti je tak samozřejmým úkolem společnosti, nikoli postiženého jedince.

#### **Švarcová upozorňuje na dvojí chápání pojmu integrace:**

- „jednak ve smyslu hledání cest k zapojení postiženého člověka (dítěte či dospělého) do společnosti
- jednak ve smyslu dosažení maximálního možného splynutí postiženého jedince s nepostiženou populací.“ (Švarcová, 1994, s. 17)

#### **Segregace**

Pojem segregace stojí na opačném pólu socializace. Jedná se o nemožnost zapojení zdravotně postiženého do většinové společnosti. Jedinec žije vyčleněn z většinové společnosti.

V nedávné minulosti bylo naprosto běžné, že osoby se zdravotním postižením byli segregovány z takzvané většinové nebo takzvané zdravé společnosti. Toto vyloučení začínalo už v předškolním věku, kdy většině dětí se zdravotním postižením nebylo umožněno navštěvovat běžnou mateřskou školu a zpravidla bylo znemožněno navštěvovat mateřskou školu vůbec. Vyloučení zdravotně postižených z hlavního vzdělávacího proudu pokračovalo i ve všech dalších typech škol. Až téměř do poloviny 90. let neexistoval způsob, jakým by bylo možné žáka se zdravotním postižením začlenit do kolektivu běžné třídy. Pojem integrace si začal razit cestu do prostředí „běžných“ škol až v průběhu 90. let. Před sametovou revolucí byl navíc hojně využíván institut zbavení povinnosti vzdělávat se.

V roce 1993 přišla do naší (tehdy pomocné) školy jedenáctiletá dívka, která byla do té doby umístěna v ÚSP ve Šternberku bez možnosti navštěvovat školu. Během dvou měsíců byla

převedena do (v dobové terminologii) prvního ročníku zvláštní školy. Do konce pololetí zvládla tolik učiva, že byla znovu převedena, tentokrát do třetí třídy ZvŠ. Přestože měla proti svým vrstevníkům velký skluz, podařilo se jí v sedmnácti letech ukončit devátý ročník ZvŠ. Řádně se vyučila a dnes by si asi nikdo netroufal označit tuto mladou manželku a maminku za osobu s mentálním postižením. I když to byl samozřejmě extrémní případ, nebyl tak úplně výjimkou. Jiná naše žačka po získání výučního listu zdárně ukončila i střední školu s maturitou. To svědčí o naprosto nekompetentním postupu při určování hloubky zdravotního postižení. V době před rokem 1989 nebo přesněji před rokem 1991 nebyla fakticky možná žádná prostupnost mezi dvěma proudy vzdělávání. Prvním proudem bylo vzdělávání většinové „zdravé“ populace a druhý naprosto oddělený proud pro žáky s postižením. To se týkalo všech druhů postižení. Žáci s vadami zraku navštěvovali pouze školy pro takto postižené žáky, dokonce i žáci s koktavostí (balbutici) navštěvovali téměř výhradně speciální školu. Nejmarkantnější propast zela mezi „zdravými“ většinovými žáky a žáky s mentálním postižením. Ani to není úplně přesné. Do zvláštních škol (jak zněl jejich tehdejší název) přicházeli nejen žáci s mentálním postižením, ale často sem byli zařazováni i žáci, kteří z jakéhokoliv důvodu selhávali ve své kmenové třídě, případně, kterým nepomohl pobyt v tzv. vyrovnávacích třídách. O zařazení do zvláštní školy rozhodoval ředitel této školy a nepotřeboval k tomu ani souhlas rodičů. Cesta zpět do hlavního vzdělávacího proudu nebyla možná. Navíc po ukončení zvláštní školy nastupovali tito žáci automaticky na dvouletá učiliště, bez možnosti dalšího pokračování. To by pravděpodobně odpovídalo možnostem žáků s lehkým mentálním postižením, ale rozhodně tento postup nebyl vhodný u žáků, kteří selhávali z jiných důvodů. Například z důvodu sociálního znevýhodnění (dříve se používaly termíny pseudooligofrenie nebo sociální debilita!).

Změnu přinesla až devadesátá léta minulého století, která současně se vznikem speciálně pedagogických center přinesla i změnu paradigmatu na osoby (žáky) s postižením. Nástup integračních tendencí otevřel cestu k prostupnosti mezi jednotlivými typy škol. Absolventi základních škol praktických mohou, v případě splnění přijímacích kritérií, absolvovat jakýkoliv typ střední školy. Zároveň se objevují stále výraznější snahy po začlenění žáků s postižením do hlavního vzdělávacího proudu.

### **Inkluze**

V aktuální literatuře se stále častěji setkáváme s pojmem inkluze, inkluzivní pedagogika. Velmi dobře vystihuje význam pojmu inkluze a hlavního rozdílu oproti pojmu integrace V. Lechta: „Praktické uplatňování principů inkluzivní pedagogiky je v našich podmínkách teprve v začátcích: inkluzivní vzdělávání představuje dlouhodobý trend, jehož cílem má být úplně

přijetí každého dítěte – tj. i dítěte s postižením (narušením, ohrožením) jako a priori samozřejmého člena školní komunity“ (Lechta, 2010, s. 16).

Základní rozdíl mezi pojmy integrace a inkluze chápeme v přístupu k žákovi s postižením, narušením, ohrožením (dále jen s postižením). Jestli integrační tendence mají napomoci osobě (žákovi) s postižením v začlenění do intaktní společnosti (běžné třídy), inkluze je chápána jako bezpodmínečné přijetí osoby (žáka) společností (školou). Jak zmiňuje Lechta, „Problém optimální péče o děti s různými postiženími, ohroženími a narušeními v běžných školách patří mezi permanentně aktuální, současně však permanentně nedořešené problémy.“ (Lechta, 2010 s. 16) V podobném duchu vyznívá i „povzdech“ J. Michalíka: „Do dnešního dne není otázka uspokojivě vyřešena. Chybí její legislativní vyjádření – z platných právních norem nelze explicitně vysledovat, kdo je odpovědný za volbu vzdělávací cesty pro dítě. Není zodpovězena ani samotnou speciální pedagogikou. Objevují se názory zahrnující celou škálu možností. Od požadavku plné integrace (školské) všech a vždy až po opatrné odmítání integrace „těch pro něž není vhodná.“ (In Renotierová, 2006, s. 77)

### **Zdravotní postižení a sociální znevýhodnění**

V úvodu kapitoly je potřeba si uvědomit, že nepanuje jednotnost v označení protipólu pojmu osoba (žák) se zdravotním postižením. Naskýtá se dříve používaný pojem „normální“ nebo „zdravý“ jedinec (žák). Tyto pojmy jednak nevystihují skutečnost, protože jedinec (žák) bez postižení nemusí být zdravý a pojem normality byl již mnohokrát zpochybnován v odborné literatuře. Navíc opakem pojmu normální je nejčastěji chápán pojem nenormální. Proto se tento pojem již v praxi nepoužívá. Stejně tak je tomu s pojmem zdravý jedinec. Na jednu stranu nemusí být jedinec bez postižení nutně vždy zdravý a na druhé straně jedinec s postižením nemusí sám sebe chápat jako nemocného. Proto se ani pojem zdravý nejeví jako vhodné opozitum k pojmu jedinec s postižením. Logickým antonymem by mohl být pojem nepostižený, ale ani tohoto výrazu se v odborné literatuře dnes nepoužívá. V současné době je odbornou veřejností nejčastěji používán pojem intaktní. Jak upozorňuje Lechta ani tento výraz není ideální, ale má relativně nejméně slabých stránek (Lechta, 2010, s. 10). Jako opak označení třídy nebo školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením se nejčastěji používá termín běžná třída nebo škola. Pro označení protipólu skupiny osob se zdravotním postižením, případně i skupiny osob se sociálním znevýhodněním bývá nejčastěji použit termín většinový (většinová populace). Tento termín je obecně využíván jako opozitum skupiny, která je ve společnosti v menšině (romské etnikum – většinová společnost).



### 1.3 Zdravotní postižení, narušení, ohrožení

Ani pojem zdravotní postižení není jednoznačně vymezený. Osoby s nějakým zdravotním problémem jsou u nás označovány nejčastěji jako osoby postižené, osoby s postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby zdravotně znevýhodněné nebo handicapované. Vašek používá v oblasti speciální pedagogiky pro vymezení speciálních potřeb tři základní pojmy:

- **Postižení** – „jedná se o relativně trvalý, ireparabilní stav jedince v kognitivní, komunikační, motorické nebo emocionálně – volní oblasti, která se manifestuje signifikantními obtížemi při učení a sociálním chování.“ (Vašek, 2003, s. 33)
- **Narušení** – na rozdíl od postižení, mohou mít „patogenní faktory charakter limitovaného působení; to znamená, že jsou reparabilní“ (tamtéž, s. 35)
- **Ohrožení** je v tomto kontextu chápáno, jako “dlouhodobé nepříznivé působení fyzikálních, biologických, chemických, psychických či sociálních faktorů, které v případě nepříznivých okolností mohou narušit integritu organismu a způsobit „narušení“ (tamtéž, s. 36)

#### Speciální vzdělávací potřeby

V oblasti speciální pedagogiky se setkáváme také s pojmem dítě, žák, student se speciálními vzdělávacími potřebami.

Pojem se vyskytuje i v zákoně 561/2004 Sb. (školský zákon). Tento termín je termínem zastřešujícím, nadřazeným pojmům zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění a sociální znevýhodnění. Vzhledem k tomu, že se naše práce zabývá především školskou problematikou, budou pro nás právě pojmy ze školské legislativy stěžejní.

#### Zdravotní postižení a zdravotní znevýhodnění z pohledu školské legislativy

Zdravotní postižení je ve školském zákoně rozděleno do devíti oblastí:

- Mentální postižení
- Tělesné postižení
- Zrakové postižení
- Sluchové postižení
- Vady řeči
- Souběžné postižení více vadami
- Autismus
- Vývojové poruchy učení

- Vývojové poruchy chování  
(zákon 561/2004 sb., §6, odst. 2)

Vyhláška č.73/2005 Sb. dále ještě v rámci skupiny zdravotně postižených žáků vymezuje část z nich, a ty označuje jako žáky s těžkým zdravotním postižením.

Za žáky s těžkým zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky považují žáci:

- S těžkým zrakovým postižením
- S těžkým sluchovým postižením
- S těžkým tělesným postižením
- S těžkou poruchou dorozumívacích schopností
- Hluchoslepí
- Se souběžným postižením více vadami
- S autismem
- S těžkým tělesným postižením
- Se středně těžkým mentálním postižením
- S těžkým mentálním postižením
- S hlubokým mentálním postižením

Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpurných opatření.“ (vyhláška č.73/2005 Sb., § 1, odst. 5).

Výše uvedené rozčlenění jednotlivých druhů a především stupňů postižení má přímý dopad na financování podpurných opatření. Žáci, kteří nespádají do kategorie žáků s těžkým zdravotním postižením, mají nárok na menší navýšení normativního příspěvku pro školu, do které docházejí. Žáci uvedení v §1, odst. 5 vyhláška č. 73/2005 sb. Mají nárok na větší navýšení. Přesná hodnota není stanovena, liší se podle jednotlivých krajů.

V dalších podkapitolách bychom se chtěli zaměřit na jednotlivá zdravotní postižení vymezená školskou legislativou.

## **1.4 Zdravotní znevýhodnění**

Přesto, že v praktické části se z výše uvedených důvodů budeme zabývat problematikou integrace zdravotně postižených žáků, považujeme za vhodné dotknout se alespoň okrajově dvou úzce souvisejících pojmů. Prvním z nich je pojem zdravotní znevýhodnění. Ve výkladu pojmu panuje jistá nejednotnost.

Z hlediska speciální pedagogiky je pojem znevýhodnění používán jako synonymum nebo lépe překlad anglického pojmu handicap. Znamená to, že je zdravotní znevýhodnění chápáno jako vyjádření postižení, defektu jedince v rámci interakce se společenským prostředím. Z pohledu školské legislativy je pojem chápán ve smyslu poruchy, oslabení nebo nemoci, které jsou méně závažné, než v případě zdravotního postižení.

Z pohledu naší práce je závazný výklad zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon). Ve školském zákoně je zdravotní znevýhodnění chápáno jako: „*zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání*“ (§ 16, odstavec 3).

Znamená to, že zdravotní znevýhodnění má menší dopad na osobnost žáka a proto i podpora ze strany školy může být menší. V praxi se žák se zdravotním znevýhodněním bude vzdělávat zpravidla podle školního vzdělávacího plánu kmenové školy bez dalších úprav. Zohlednění má formu poskytnutí delšího času na vypracování úkolů, preferenci slovního přezkušování, upřednostňování doplňování do textu proti diktátům apod.

Nového rozměru nabyl pojem zdravotní znevýhodnění po novele vyhlášky č. 73/2005 Sb. (vyhláška č. 147/2011 Sb.), která by měla vyloučit vzdělávání žáků bez zdravotního postižení ve speciálních školách zřizovaných pro žáky se zdravotním postižením. Všichni zdravotně znevýhodnění žáci by se měli vzdělávat v „běžné“ základní škole. Přesto novela vyhlášky umožňuje výjimky. Pokud žák se zdravotním znevýhodněním selhává v prostředí běžné základní školy i přes uplatnění všech zohlednění a podpůrných opatření, může být zařazen do školy, třídy nebo studijní skupiny pro zdravotně postižené, ale je nutné neustále sledovat jeho vývoj. Alespoň jednou za rok musí škola posoudit, zda důvody pro zařazení do takové školy, třídy nebo skupiny trvají. Pokud by škola zjistila, že důvody pro zařazení pominuly, musí zákonnému zástupci dítě navrhnout návrat na běžnou základní školu.

Zde bychom chtěli zmínit naši dřívější zkušenost. Do naší zvláštní školy přestoupil koncem devadesátých let na žádost rodičů žák, který byl na přechodnou dobu zařazen do takzvané vyrovnávací třídy. Po návratu do kmenové třídy opětovně selhával a projevovaly se u něj problémy neurotické povahy. Po nástupu do naší školy ještě po jistou dobu přetrvávaly problémy. Karel byl velmi citlivý na jakýkoliv zdánlivý posměch. V takovém případě jednal velmi prudce a neadekvátně. Poté ale nabyl sebejistoty, protože ve třídě byl brzy nejlepším žákem. Stal se neformální autoritou třídy. Po ukončení základní školy se vyučil na běžném odborném učilišti. Nutno poznamenat, že jeho intelekt se pohyboval na horní hranici průměru.

Těžko posoudit, jestli dosáhl svého maxima v osvojování vědomostí, dovedností a návyků, ale rozhodně mu velmi prospěl přechod z prostředí, kde byl outsiderem třídního kolektivu do prostředí, kde se stal uznávanou osobností. Konkrétně v tomto případě došlo k začlenění do intaktní společnosti teprve po skončení základní školy. Začlenění proběhlo bez výraznějších problémů a dnes je Karel spokojený mladý muž, který už založil vlastní rodinu.

Přirozeně, uvedený příklad není v žádném případě důkazem, že začlenění zdravotně znevýhodněných žáků do třídního kolektivu běžné školy je nevhodné. Pouze dokumentuje složitost a různorodost procesu integrace.

## 1.5 Sociální znevýhodnění

Sociální znevýhodnění je v současnosti velmi často používaný pojem. Nejčastěji se s ním setkáváme v kontextu s romskou kulturní a etnickou menšinou. Podle školského zákona je sociálním znevýhodněním:

„a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,

b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo

c) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu.“ (§ 16, odstavec 4)

Naproti tomu vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných považuje za žáka sociálně znevýhodněného zejména žáka z prostředí, kde se mu nedostává potřebné podpory k řádnému průběhu vzdělávání včetně spolupráce zákonných zástupců se školou, a žáka znevýhodněného nedostatečnou znalostí vyučovacího jazyka.

Oba výklady se do jisté míry rozcházejí, protože žák pocházející z rodiny s nízkým sociálně kulturním postavením může mít plnou podporu k řádnému průběhu vzdělávání. Tím nechceme říci, že by tomu tak bylo často. Jistě se jedná o výjimku. Podstatné je, že školský zákon stanoví, že speciální vzdělávací potřeby žáků zjišťuje školské poradenské zařízení. V praxi to znamená, že škola sama nemůže posoudit, zda se jedná o žáka se sociálním znevýhodněním a vždy je nutné vyjádření pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra.

Na závěr této pasáže bychom ještě chtěli upozornit, že až donedávna docházelo celkem často k umístování právě žáků se sociokulturním znevýhodněním do základních škol praktických. I dnes je v některých těchto školách více než padesátiprocentní zastoupení romských žáků, kteří většinou pocházejí z rodin, kde nikdo s rodičů, ani prarodičů nenavštěvoval jinou než zvláštní školu nebo v „lepšíh případě“ opustil základní školu v některém z nižších ročníků. I když definice mentálního postižení je stále značně nejednotná, v žádném případě nemůžeme žáka z nepodnětného prostředí nebo žáka zanedbávaného považovat za mentálně retardovaného. Už Sovák ve svém Nárysu speciální pedagogiky z roku 1980 podrobně popisuje stav pseudooligofrenie (česky nejlépe asi zdánlivé mentální postižení). Hned na prvním místě v příčině vzniku této poruchy uvádí „nedostatek výchovných podnětů potřebných k rozvoji osobnosti“. Dále pak uvádí: „Zanedbávání výchovného působení má pak své důsledky, jež se souhrnně označují jako zanedbanost. Zanedbané dítě má podstatně méně znalostí a dovedností než dítě jiné. Jeho rozumová úroveň se proto zdá nižší, třebaže rozumové schopnosti jsou zachovány a schopny dalšího rozvoje při přiměřeném podněcování“ (Sovák, 1980, s. 132 a 133).

Tolik M. Sovák. Přesto, že i Rubinštejnová už v roce 1976 uvádí v definici mentálního postižení: „Mentálně zaostalé je takové dítě, jehož poznávací činnost je trvale porušena v důsledku poškození mozku.“ (Rubinštejnová, 1976, s. 37), dlouhodobě přetrvávala praxe přeřazení žáka, který v základní škole zaostává do základní školy praktické. Často sem byly přímo zařazovány i děti, které vinou rodinného prostředí zaostávaly za svými vrstevníky už v mateřské škole nebo, které ji ani nenavštěvovaly. Tato praxe by měla být postupně opouštěna. Proces je to ale značně pomalý, což dokládá situace na základní škole praktické v Prostějově. Ve školním roce 2011/2012 bylo z celkového počtu 101 žáků 61 Romů (60,4 %) a v aktuálním roce je ze 79 žáků 42 romského etnika (53,2 %), (údaje byly zjištěny subjektivním posouzením jedné z třídních učitelek školy).

Problémem, který je celorepublikový se z podnětu České školní inspekce zabýval v roce 2010 i veřejný ochránce práv JUDr. Otakar Motejl. Ze závěrů můžeme citovat:

„Na základě výše uvedených okolností lze konstatovat:

A) Nadměrný počet romských dětí, které byly doporučeny školským poradenským zařízením ke vzdělávání do základní školy praktické bez diagnózy mentálního postižení či jiného zdravotního postižení ve smyslu školského zákona, je nepřímou diskriminační. Neexistuje oprávněný rozlišující důvod, kterým by bylo možno odůvodnit nepřiměřeně vysoké procento romských dětí za těchto okolností doporučených ke vzdělávání do základní školy praktické.

Kromě toho je třeba připomenout, že zařazení ke vzdělávání do základní školy praktické bez diagnózy mentálního postižení je zásadním pochybením odpovědného orgánu, a to v případě dětí romských i neromských.

B) Třetinové zastoupení romských dětí ve skupině dětí s diagnózou mentálního postižení je diskriminací. Obdobně jako v předchozí otázce nelze než kvalifikovat negativní dopady rozdílného zacházení vůči romským a neromským dětem, které nejsou odůvodněny žádným legitimním cílem.“ (Motejl, 2010)

Rovněž ochránce veřejných práv Pavel Varvařovský vystoupil začátkem června 2012 na brífinku k otázce diskriminace romských žáků na základních školách praktických. V podstatě potvrzují, že žáci romského etnika jsou často automaticky zařazováni do škol zřízených pro žáky se zdravotním postižením (základní škola praktická), přesto, že není úplně jasné, jestli do takového zařízení patří. Ombudsman na základě průzkumu odhaduje, že základní školy praktické vzdělávají přibližně jednu třetinu žáků romského etnika. (ČT 24, 2012)

Na základě novely Vyhlášky č. 73/2005 Sb., která vstoupila v platnost 1. září 2011, může být sociálně znevýhodněný žák zařazen maximálně na dobu pěti měsíců do školy, třídy nebo studijní skupiny zřízené pro žáky se zdravotním postižením pouze v případě, že není účinné zohledňování individuálních vzdělávacích potřeb ani uplatňování vyrovnávacích potřeb. Sociálně znevýhodněný žák po tuto dobu zůstává žákem původní školy. (§ 3, odstavec 5 b). V praxi by to mělo znamenat, že by se konkrétně v základní škole praktické neměli vzdělávat žáci sociálně znevýhodnění (ti kteří nemají poradenským zařízením jednoznačně diagnostikováno mentální postižení). Nové znění vyhlášky č. 73/2005 Sb. rovněž kritizoval veřejný ochránce práv a upozornil na rozpor vyhlášky se zákonem č. 561/2004 (školský zákon) (ČT 24, 2012).

## 2 Jednotlivé druhy zdravotního postižení dle školské legislativy

Kapitola se snaží v maximální stručnosti nastínit charakteristiku jednotlivých zdravotních postižení a případně jejich rozdělení. Pořadí jednotlivých zdravotních postižení je v souladu s vykazovanými daty na výkazech, ze kterých vychází praktická část naší práce.

### 2.1 Mentální postižení

Podle 10. revize MKN (aktualizovaná druhá verze k 1.4.2014) je mentální retardace definována jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihující všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“ (MKN, 2014, s. 242) Velmi důležité je konstatování, že: „Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací.

Je nutné si uvědomit, že mentální postižení je hned po vývojových poruchách učení druhým nejrozšířenějším zdravotním postižením, se kterým se u žáků na základní škole můžeme setkat.

Mentální retardace se řadí do V. skupiny mezi „Poruchy duševní a poruchy chování“. Dle MKN je mentální retardace rozdělena do šesti základních skupin podle hloubky postižení:

- F70 – lehká retardace (IQ 50 – 69; mentální věk 9 – 12 let)
- F71 – střední mentální retardace (IQ 35 – 49; mentální věk 6 – 9 let)
- F72 – těžká mentální retardace (IQ 20 - 34; mentální věk 3 – 6 let)
- F73 – hluboká mentální retardace (IQ méně než 20; mentální věk do 3 let)
- F78 – jiná mentální retardace
- F79 – neurčená mentální retardace

Každá z uvedených základních diagnóz je doplněna o číslo za desetinnou čárkou, které určuje rozsah souběžných poruch chování:

- 0 Žádná nebo minimální porucha chování
- 1 Významná porucha chování vyžadující pozornost a nebo léčbu.
- 8 Jiné poruchy chování
- 9 Bez zmínky o poruchách chování (MKN, 2014, s. 242, 243)

Inkluze žáků s mentálním postižením je v pedagogických kruzích dlouhodobě diskutovaným tématem. Zdá se, že individuální integrace má u žáků s mentálním postižením určité limity. Vzhledem k cíli, kterým je v dlouhodobém horizontu co nejvyšší míra začlenění žáka s mentálním postižením do běžné společnosti, nebude v praxi možné plné začlenění dětí (osob) s těžkou nebo dokonce hlubokou mentální retardací. Osoby s tak vážným zdravotním postižením potřebují i v dospělosti trvalou podporu ze strany společnosti a v případě hluboké mentální retardace se jedná o stálou osobní asistenci. Takto zdravotně postižené děti se těžko prosadí v žákovském kolektivu „běžné“ třídy. I zkušenosti ze zahraničí svědčí o tom, že žáci s těžším stupněm mentálního postižení obtížně hledají mezi spolužáky kamarády a vinou toho se často ocitají na okraji žákovského kolektivu. V takovém případě se rodiče sami většinou rozhodnou pro docházku na speciální školu, která je lépe vybavena, může poskytnout dítěti skutečně individuální přístup a děti se zde snáze začlení do kolektivu třídy. V žádném případě nesmí být dotčeno právo rodiče zvolit pro své dítě školu podle vlastního uvážení.

V naší škole jsme se v praxi setkali se žáky s lehkým stupněm mentálního postižení, kteří se alespoň částečně začlenili do třídního kolektivu. Většinou se spolupráce v rámci třídy daří lépe v prvním až pátém ročníku. Ve vyšších ročnících pak většinou dochází k postupnému odcizení. Děti „zdravé“ a děti s mentálním postižením těžko hledají společný námět k rozhovorům. Neznamená to samozřejmě, že děti s mentálním postižením (s výjimkou těžkého až hlubokého) nemohou navštěvovat „běžnou“ třídu, ale přirozeně se ocitají v jejím kolektivu spíše na okraji a všichni, vyučující i rodiče si musí být vědomi, že právě tyto děti mohou být terčem nevhodného chování nebo dokonce šikanování ze strany potenciálních agresorů. Tento problém je zpravidla řešen přítomností pedagogického asistenta.

V každém případě integrace mentálně postižených dětí do kolektivu „běžné“ třídy s sebou nese zvýšenou zátěž jak pro vyučující ve třídě (musí pracovat v rámci jedné hodiny se dvěma tematickými plány), tak na rodiče dítěte, ale může být náročnější i pro třídní kolektiv. Všechny strany podílející se na této pedagogické výchovně vzdělávací interakci si všech rizik musí být vědomy a cíleně pracovat na jejich minimalizaci.

Na druhé straně je potřeba mít na mysli kladné stránky integračního (inkluzivního) modelu vzdělávání. Především je to účast na aktivitách v rámci přirozeného kolektivu „dětí ze sousedství“. Pro rodiče je rovněž nespornou výhodou dostupnost školy. Děti nemusí denně dojíždět deset i více kilometrů do nejbližší specializované školy (ZŠ praktická, ZŠ speciální). V některých případech by denní dojíždění nebylo vůbec možné a internátní pobyt by pro děti (ale mnohdy i pro jejich rodiče), především na prvním stupni základní školy, představoval enormní



zátěž. Záměrně nakonec jsme nechali ekonomickou stránku věci, která ale pro mnohé rodiny není jistě zanedbatelná.

Co musí tedy škola a rodiče udělat, aby mohla být integrace dítěte s mentálním postižením úspěšná? Východiskem se musí stát především přesvědčení učitelského sboru o smysluplnosti a naději na úspěch takového kroku. Měla by v maximální míře objasňovat rodičům ostatních žáků, že takový krok je přirozený a žádným způsobem neovlivní negativně vzdělávání a výchovu jejich dětí. Přirozeně je naprosto nepřijatelné pořádat nějaké besedy nebo snad hlasování o připravované inkluzi. Nevhodné je rovněž neinformovat rodiče o tomto kroku vůbec.

## 2.2 Sluchové postižení

Za sluchové postižení je ve speciálně pedagogické praxi zpravidla považován sociální důsledek takové ztráty sluchu, kterou již není možné plně kompenzovat technickými pomůckami.

Sluchové postižení můžeme klasifikovat podle období vzniku postižení, podle místa postižení nebo podle míry nebo hloubky postižení. Významným faktorem bude období vzniku postižení, především, jestli ke ztrátě sluchu nebo k jeho významnému poškození došlo v prelingvním nebo postlingvním období. Postižení sluchu po 4 – 7 roce jedince má výrazně nižší dopad na jeho celkový vývoj, protože mluvená řeč je již vytvořena a umožňuje žákovi s tímto postižením jednodušeji komunikovat a osvojovat si nové vědomosti. Nutné je ale neustálé procvičování a udržování získané schopnosti, jak po stránce obsahové, tak i zvukové.

Z pohledu naší práce je ovšem stěžejní klasifikace podle hloubky (míry) postižení, protože je významným limitujícím faktorem k získávání informací z vnějšího prostředí a především tento faktor bude mít významný vliv na dopad postižení do vzdělávací praxe.

Vzhledem k tomu, že klasifikace podle hloubky postižení se u různých autorů liší, jeví se jako nejvhodnější kategorizace dle WHO z r. 1980:

- zdravý sluch  
Normální sluch je zpravidla vymezen maximální ztrátou 25 dB
- Lehká ztráta sluchu  
U lehké ztráty sluchu označované také někdy jako lehká nedoslýchavost bývá horní hranicí ztráta 26 – 40 dB
- Střední ztráta sluchu  
Bývá často označována jako střední nedoslýchavost – ztráta sluchu 41 – 55 dB

- Středně těžká ztráta sluchu  
Nebo také středně těžké postižení sluchu – ztráta sluchu 56 – 70 dB
- Těžká ztráta sluchu  
Nebo těžké postižení sluchu – ztráta sluchu 71 – 90 dB
- Hluchota  
Některými autory označováno jako velmi závažné poškození sluchu – ztráta více než 90 dB

(Schmidtová in Lechta, 2010, s. 219; Bytešnicková, Horáková, Klenková, 2007, s. 94)

V rámci speciálně pedagogické teorie se jeví jako vhodné rozdělení sluchově postižených dětí na čtyři skupiny, které uvádí Schmidtová (In Lechta, 2010, s. 220 - 221) a které mají přímý vliv na edukaci žáků se sluchovým postižením:

- Nedoslyšavé děti  
Jako nedoslyšavé označujeme děti, kterým jejich sluchové postižení způsobuje narušení sluchového vnímání, ale které za pomoci kompenzačních pomůcek mohou v omezené míře vnímat mluvenou řeč. Někdy se tato skupina dělí ještě podle závažnosti na lehkou, střední, těžkou a velmi těžkou nedoslyšavost nebo podle typu na nedoslyšavost převodního, percepčního a kombinovaného typu.
- Neslyšící děti  
Jde o děti s vrozenou nebo ve velmi raném věku (asi do 3 - 4 let) získanou ztrátu sluchu. Vzhledem k tomu, že ještě nedošlo k dokonalému osvojení řeči, je pro ně velmi náročné osvojit si mluvenou řeč. I přes veškerou péči zůstává zvuková stránka mluvené řeči výrazně postižena, protože chybí zpětná vazba. Děti obvykle komunikují pomocí znakového jazyka.
- Ohluchlé děti  
Tímto termínem jsou označovány děti, které ztratili sluch nebo došlo k jeho vážnému poškození po ukončení vývoje řeči (asi po 4. – 6. roce věku). Hovoří se také o postlingvní nebo postlingvální ztrátě sluchu (hluchotě). Jak již bylo výše uvedeno, je postavení těchto dětí zdánlivě jednodušší, protože jsou schopny si vybavovat získané akustické představy. Obsahová ani zvuková stránka mluvené řeči nemusí být při optimální péči výrazněji postižena. Na druhé straně jak uvádí Schmidtová (In „Lechta,

2010, s. 220) mohou mít ohluchlé děti závažné psychické problémy, protože si velmi intenzivně uvědomují svoji ztrátu.

- Děti s kochleárním implantátem

Tato skupina je relativně mladá a klade před speciální pedagogy úkoly. Kochleární implantát může výrazným způsobem zkvalitnit život dětem (osobám) se sluchovým postižením.

Děti, které využívají kochleární implantáty, můžeme dále rozdělit na dvě menší skupiny:

- Ohluchlé děti s kochleárním implantátem

Stejně jako bylo uvedeno výše, náprava komunikační kompetence je podstatně jednodušší a dá se říct i úspěšnější. Přesto, že slyšení s kochleárním implantátem nemusí být dokonalé, náprava řeči bývá velice dobrá.

- Neslyšící děti s kochleárním implantátem

V tomto případě je situace o mnoho složitější a závisí na mnoha faktorech. Kochleární implantát jako protetická pomůcka nemůže plně nahradit zdravý sluchový aparát. Při včasné diagnostice a optimálně zvolené době operace (okolo 1 roku) a maximální míře péče si mohou děti s implantátem osvojit mluvenou řeč přirozenou cestou (nápodobou).

Pro úplnost uvádíme ještě poslední skupinu, která je ve speciálně pedagogické praxi často vyčleňována. Jedná se o skupinu **dětí se zbytky sluchu**. Ta má specifické postavení, protože stojí na pomezí mezi skupinou neslyšících a nedoslýchavých a v optimálním případě je možné zbytky sluchu využít k výstavbě mluvené řeči přirozenou cestou. Z pohledu naší práce je to zlomová skupina. Žáci s tímto stupněm postižení jsou v případě dalších zdravotních znevýhodnění zpravidla zařazováni společně s neslyšícími dětmi mezi žáky s těžkým zdravotním postižením (ve smyslu vyhlášky č. 73/2004 sb.).

Vzhledem k šíře problematiky můžeme ještě doporučit k prostudování pro srovnání údaje uváděné ve vyhlášce č. 359/2009 Sb. (vyhláška o posuzování invalidity).

## 2.3 Zrakové postižení

Objektem speciálně pedagogického působení bude v tomto případě osoba (dítě, žák) se zrakovým postižením. Z tyflopédického pohledu je za jedince se zrakovým postižením považována osoba, „která po optimální korekci (např. medikamentózní, chirurgické, optické) své zrakové vady či poruchy má dále problémy při zrakovém vnímání a zpracování zrakem

vnímaného v běžném životě.“ (Renotiérová, 2006, s. 192) Stejně jako většinu ostatních, také zraková postižení je možno dělit podle různých kritérií. Základní dělení je podle doby vzniku na prenatální, perinatální a postnatální. Podle doby trvání na krátkodobé, opakující se a dlouhodobé. Z etiologického hlediska můžeme mluvit o poruchách orgánových nebo funkčních (Vančová a kol., 2007, s. 73). Zrakové postižení se může projevit ve třech oblastech:

- a) Snížením zrakové ostrosti
- b) Omezením nebo poškozením zorného pole
- c) Poruchou barevného spektra (tamtéž)

Podle stupně postižení děti se zrakovým postižením dělí zpravidla na tři až čtyři základní skupiny. Jednotliví autoři se v pořadí, počtu i označení jednotlivých skupin částečně liší. Pro srovnání uvádíme tři z nich:

Tabulka č. 1

Renotiérová (2010, s. 192)	Lechta (2010, s. 202)	Vančová (2007 s. 74)
Nevidomí	Nevidomé děti	Nevidomí
Slabozrací	Slabozraké děti	Slabozrací
Osoby se zbytky zraku	Děti se zbytky zraku (prakticky nevidomé)	
Osoby s poruchami binokulárního vidění	Tupozraké a šilhavé děti	Binokulárně postižení (tupozrací a šilhaví)

Jak je zřejmé, hranice i názvy typů zrakového postižení se u různých autorů liší. Pro srovnání uvádíme dělení podle WHO:

Tabulka č. 2

Kategorie	Stupeň poruchy	Ostrost zraku
<b>Normální zrak</b>	Žádná	5/6, 6/7, 20/25 nebo lepší
	Lehká	Méně než 5/7, 6/7, 20/25
<b>Slabý zrak</b>	Střední	Méně než 5/15, 6/18, 6/20, 20/80
	Silná	Méně než 5/40, 6/48, 20/160
<b>Slepota</b>	Hluboká	Méně než 5/100, 3/60, 20/400

	Téměř úplná Úplná	Méně než 5/300, 1/60, 3/200 Žádné vjemy světla
--	----------------------	---

(Vančová, 2007 s. 74)

Stejně jako v případě sluchově postižených bude mít specifické postavení skupina žáků se zbytky zraku, protože i zde je možné je využít v rámci edukačního procesu. Z pohledu naší práce je skupinou hraniční, protože telefonickou konzultací v SPC pro zrakově postižené v Olomouci jsme si ověřili, že rozhodnutí, zda se jedná o těžké zrakové postižení ve smyslu vyhlášky č. 73/2005 Sb. je posuzováno individuálně. Tito žáci jsou, společně s nevidomými žáky, zařazováni do skupiny žáků s těžkým stupněm postižení v případě dalších závažnějších potíží (znevýhodnění).

## 2.4 Vady řeči

V aktuální speciálně pedagogické literatuře se termín vady řeči objevuje spíše výjimečně. V poslední době se můžeme setkat daleko častěji s termínem narušené komunikační schopnosti (NKS). Obsah pojmu je velmi rozsáhlý a zastřešující pro celou řadu zdravotních postižení od obvyklých a speciálně pedagogickými postupy relativně lehce zvládnutelných (jedná se tedy ze speciálně pedagogického hlediska spíše o narušení), jako je lehká forma dyslálie až po velmi vážné případy například vývojové dysfázie, které vyžadují dlouhodobou a velmi intenzivní práci, s ne vždy jistým výsledkem nápravy.

Komunikační schopnost je velmi komplexní pojem a její narušení se projevuje ve všech jazykových rovinách – foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické i morfologické.

Vzhledem k rozsahu problematiky a omezenému prostoru v naší práci se proto víceméně omezíme na stručný přehled okruhů narušených komunikačních schopností, jak je uvádí Peutelschmiedová:

- Vývojová nemluvnost (dysfázie)
- Získaná orgánová nemluvnost (afázie)
- Získaná neurotická nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus)
- Narušení člankování řeči (dyslálie)
- Narušení plynulosti řeči (balbuties)
- Narušení grafické stránky řeči (dyslexie)
- Narušení zvuku řeči (rinolálie)

- Poruchy hlasu (dysfonie)
- Symptomatické poruchy řeči
- Kombinované vady řeči (Renotierová, 2006, s. 280)

Pro úplnost je potřeba doplnit, že z hlediska speciálně pedagogického je nutné z uvedeného přehledu vyčlenit dyslexii, která je řazena ve školské legislativě i praxi mezi specifické poruchy učení.

V MKN bychom našli část z výše uvedeného výčtu v kapitole XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde pod označením R47 – R49.

Ani v této oblasti není úplně jednotná praxe v posuzování stupně postižení. Nejčastěji budou mezi žáky s těžkou formou postižení zařazováni žáci s vývojovou dysfázií.

## 2.5 Tělesné postižení

Pod pojmem tělesné postižení můžeme zahrnout velice širokou škálu postižení pohybového aparátu nejrůznější etiologie. „Tělesné postižení vzniká poškozením nosného pohybového ústrojí (kosti, klouby, šlachy, svaly) nebo nervového ústrojí (mozek, mícha, periferní nervstvo).“ (Kollárová in Lechta, 2010, s. 236). Jak uvádí i Kollárová, jsou tělesná postižení v MKN - 10 rozložena v tak velkém množství, že by vymezení představovalo samostatnou kapitolu. Proto se nám jeví jeho základní rozdělení jako velice vhodné. Kollárová (tamtéž, s. 236) rozděluje tělesná postižení na dva základní typy:

- Tělesná postižení, která vznikla v důsledku postižení mozku – tato postižení mohou být komplikovaná přidruženými postiženími, jako je mentální retardace, senzorická postižení, NKS, epilepsie, poruchy některých psychických funkcí či chování. Příkladem mohou být např. dětská mozková obrna nebo stavy po úrazech hlavy
- Ostatní tělesná postižení – poškození páteře a míchy, poruchy v zakřivení páteře, vývojové anomálie, deformace nebo amputace v důsledku choroby či úrazu.

Z výše uvedeného můžeme vyvodit i základní rozdělení podle mechanismu vzniku postižení. Jsou to především:

- Dědičnost
- Nemoc
- Úraz
- Obrna

- Deformace
- Malformace
- Amputace

Kábele (1993, s. 38) dělí v souvislosti s předmětem somatopedie, jako speciálně pedagogické disciplíny zabývající se výchovou a vzděláváním (dnes hovoříme o komplexní péči) osoby s omezenou hybností na tři kategorie:

- Tělesné postižení
- Nemoc
- Zdravotní oslabení

Významné je rovněž dělení z pohledu mobility:

1. Mobilní jedinec – je schopen samostatné chůze.
2. Částečně mobilní jedinec – je při chůzi odkázán na pomoc další osoby, případně na různé ortopedické pomůcky.
3. Imobilní jedinec – není schopen pohybu ani s dopomocí.

Někteří částečně mobilní a imobilní jedinci jsou schopni ovládat invalidní vozík. (Renotierová, 2006, s. 211)

Toto rozdělení rozšiřuje Kollárová (in Lechta, 2010, s. 237) a rozděluje tělesně postižené podle toho, zda jedinec dokáže:

1. udržet polohu těla v sedě a ve stoje ;
2. vykonávat lokomoční pohyby;

Z tohoto pohledu může být jedinec

- imobilní – neschopný chodit ani s pomocí
  - částečně mobilní – chodí s pomocí nebo s pomůckou
  - mobilní – i když je chůze nejistá nebo chybná
3. vykonávat manipulační pohyby (pohyby mohou být omezené v různých oblastech a v různém rozsahu.

Z pohledu závažnosti poruchy jsou tato kritéria velmi důležitá. V oblasti tělesných postižení jsou z pohledu školské legislativy dva stupně postižení lehký a těžký stupeň tělesného postižení. Rozhodování je vždy v kompetenci příslušného SPC.

V současné době je při posuzování míry postižení možno využívat rovněž Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) a pomocným kritériem by mohla být i kritéria stanovená ve vyhlášce č. 359/2009 Sb. (o posuzování míry invalidity).

## **2.6 Souběžné postižení více vadami**

Jedná se o postižení několika vadami současně, a to takovými, které nejsou v příčinné souvislosti. (Slomek, 2006, s. 15). Ve speciálně pedagogické literatuře se rovněž vyskytuje pojem žák s kombinovanými vadami a z angličtiny převzatý pojem multihandicapovaný jedinec (žák).

Vašek (2003, s. 190) rozděluje tuto velmi rozsáhlou skupinu postižení do tří symptomatologicky příbuzných skupin:

1. Mentální postižení v kombinaci s dalším postižením – představuje nejpočetnější skupinu vícenásobně postižených.
2. Hluchoslepotu – představuje nejtěžší formu vícenásobného postižení
3. Poruchy chování v kombinaci s dalším postižením či narušením

Naproti tomu Slomek (2006, s. 15) navrhuje rozdílné členění:

1. Mentální postižení v kombinaci s jiným postižením – vady tělesné, vady řeči, poruchy chování, vady smyslové, vývojové poruchy učení
2. Kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči
3. Kombinace autismu s další vadou – mentální retardace, vady řeči, vady smyslové, vady tělesné

Zároveň upozorňuje na velkou různorodost této skupiny postižení, která v pedagogické praxi vyžaduje vysokou míru podpůrných opatření.

Dovolujeme si s autorem polemizovat v případě kombinace mentálního postižení a vývojové poruchy učení, protože jak uvádí Zelinková (2000, s. 14), ke stanovení diagnózy vývojových poruch učení je potřebný alespoň průměrný intelekt žáka.

Kysučan (1998, s. 79) dělí vady u souběžného postižení více vadami na symptomatické a nesymptomatické a zároveň na primární a sekundární a tím částečně popírá Slomkovu definici, protože mezi žáky s více vadami řadí i žáky, u kterých jejich různá postižení jsou podle našeho názoru v příčinné souvislosti.



Pro potřeby naší práce je důležité, že žáci se souběžným postižením jsou vždy zařazeni do skupiny těžce zdravotně postižených. Naprosto samostatnou skupinu představují žáci hluchoslepí, pro jejichž rozvoj je potřebná maximální míra podpůrných prostředků. Vždy ale platí, že kombinace dvou vad není pouhým jejich aritmetickým součtem, ale dochází ke komplexní negativní změně celkového zdravotního stavu jedince (žáka).

## **2.7 Vývojové poruchy učení**

V podmínkách běžné školy jsou dominantním zdravotním postižením bez sporu specifické vývojové poruchy školních dovedností nebo ve školské terminologii specifické vývojové poruchy učení.

Pod zastřešujícím pojmem specifické vývojové poruchy školních dovedností jsou zahrnuty tyto poruchy (za pomlčkou je uvedena klasifikace podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí):

- Dyslexie – F 81.0 Specifická porucha čtení
- Dysgrafie – F 81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti
- Dyskalkulie – F 81.2 Specifická porucha počítání
- F 81.3 Smíšená porucha školních dovedností
- F 81.8 Jiná vývojová porucha školních dovedností
- F 81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná

Z výše uvedeného výčtu se na „běžných“ základních školách setkáváme nejčastěji s prvními dvěma z nich.

Velmi důležité je, že o specifických vývojových poruchách učení můžeme hovořit pouze u dětí, které mají alespoň průměrný intelekt (Zelinková, 2000, s. 14) a zároveň se nejedná o problémy spojené s nedostatečně podnětným prostředím nebo nedostatky ve výchovně vzdělávacím procesu ani problémy s organickým poškozením zraku nebo sluchu. Jedná se vývojovou poruchu, proto sem nespádají ani problémy při pozdějším poranění nebo poškození mozku.

## **2.8 Vývojové poruchy chování**

Speciálně pedagogický pojem, který je spojován nejčastěji s diagnózou dle MKN – 10:

F90 – Hyperkinetické poruchy – jedná se o skupinu poruch charakterizovanou časným začátkem, nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti a tendencí

přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou.

Do této skupiny můžeme zařadit:

- F90.0 – Porucha aktivity a pozornosti – Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou
- F90.1 – Hyperkinetická porucha pozornosti
- F90.8 – Jiné hyperkinetické poruchy
- F90.9 – Hyperkinetická porucha nespecifická

V aktuální literatuře se stále častěji používá termín ADHD podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM), Americké psychiatrické společnosti (APA), aktuálně ve čtvrté revizi – DSM – IV.

Tento pojem je definován diagnostickými kritérii ve třech oblastech:

- **Deficit pozornosti** – musí platit alespoň 6 kritérií po dobu alespoň 6 měsíců v takové míře, že to má za následek nepřízpůsobivost dítěte a projevy neodpovídají vývojovému stádiu:
  1. Často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci, či při jiných aktivitách.
  2. Má problémy udržet pozornost při plnění úloh nebo při hraní.
  3. Často se zdá, že neposlouchá, co se mu přímo říká.
  4. Často nedokáže postupovat podle pokynů a není schopno dokončit školní práce, domácí práce, či povinnosti na pracovišti.
  5. Má problémy organizovat si úkoly a činnosti.
  6. Často se vyhýbá vykonávání úloh, které vyžadují soustředěné duševní úsilí.
  7. Často ztrácí věci potřebné k vykonání určitých úkolů nebo činností.
  8. Snadno se dá vyrušit vnějšími podněty.
- **Hyperaktivita** – musí platit alespoň 3 kritéria po dobu alespoň 6 měsíců v takové míře, že to má za následek nepřízpůsobivost dítěte a projevy neodpovídají vývojovému stádiu:
  1. Často mimovolně pohybuje rukama a nohama, vrtí se na stoličce.
  2. Při vyučování a také v jiných situacích, kdy by mělo sedět, vstává ze židle.
  3. Často pobíhá nebo chodí v situacích, kdy se to nehodí.
  4. Při hře a jiných činnostech bývá hlučné, má problémy se ztišit i při oddechových činnostech.

5. Trvale projevuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou zásadně není schopno podřídit společenským podmínkám a požadavkům
- **Impulzivita** – musí platit alespoň 1 kritérium po dobu alespoň 6 měsíců v takové míře, že to má za následek nepřízpůsobivost dítěte a projevy neodpovídají vývojovému stádiu:
    1. Často vyhrkne odpověď, dřív než byla dokončena otázka.
    2. Často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, než na něho přijde řada.
    3. Často přerušuje ostatní nebo jim skáče do řeči.
    4. Bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení, nadměrně mluví.

(Horňáková in Lechta 2010, s. 344 – 346)

V rámci ADHD můžeme rozlišit tři typy:

- Typ s dominující poruchou pozornosti (ADD – Attention Deficit Disorder)
- Typ impulzivně – hyperaktivní (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
- Smíšený typ

(tamtéž, s. 346)

Pro úplnost můžeme dodat, že v našich podmínkách stále často přetrvává starší označení tohoto typu zdravotního postižení jako LMD (lehká mozková dysfunkce). Celkově můžeme konstatovat, že tento typ zdravotního postižení zaznamenává v poslední době viditelný nárůst.

Pro potřeby naší práce zmíníme, že se v praxi rozlišují lehké a těžké specifické vývojové poruchy chování.

## 2.9 Autismus

Posledním typem postižení, kterým se v praktické části naší práce zabýváme, jsou pervazivní vývojové poruchy, někdy rovněž označované jako poruchy autistického spektra (PAS), které jsou ve školském zákoně souhrnně nazývány autismem. Jak už sám název napovídá, tato porucha proniká do všech oblastí psychiky a výrazným způsobem poznamenává sociální vztahy. Jedná se o postižení, které záporně mění celou osobnostní a psychosociální úroveň dítěte. Zabraňuje mu úspěšně se začlenit do společnosti.

Charakteristiku tohoto typu zdravotního postižení můžeme najít v 10. revizi MKN (aktualizace k 1. 4. 2014): „Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením

reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností.

Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.“  
(MKN, 2008)

Podle 10. revize MKN (aktualizovaná verze k 1. 4. 2014) patří mezi pervazivní vývojové poruchy:

- F84.0 Dětský autismus – hlavními znaky jsou:
  - Nástup před třetím rokem věku
  - Patologie v oblasti reciproční sociální interakce
  - Patologie v oblasti komunikace
  - Opakující se omezené stereotypní chování

Kromě těchto specifických diagnostických rysů se často přidružuje řada dalších nespecifických problémů.

- F84.1 Atypický autismus
  - Počátek až po třetím roce
  - Nesplňuje jedno nebo dvě kritéria
  - Jsou přítomny charakteristické abnormality v jiných oblastech
  - Častý u výrazně retardovaných jedinců
- F84.2 Rettův syndrom
  - Pouze u dívek
  - Začátek ve věku 7 – 24 měsíců
  - Po počátečním bezproblémovém vývoji dochází ke ztrátě řeči, poruše obratnosti při chůzi a užívání rukou a k zástavě růstu hlavy
  - Charakteristické jsou choreatické pohyby rukou a spontánní hyperventilace
  - Téměř vždy končí těžkou mentální retardací
- F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha
  - Po období normálního vývoje nastupuje trvalá ztráta dříve získaných dovedností v průběhu několika měsíců
  - Ztráta zájmu o okolí
  - Stereotypní motorické manýrování
  - Porušení sociálních interakcí a komunikace

- F84.4      Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
  - Obtížně definovatelná porucha
  - Nejistá nozologická validita
  - Těžká MR – IQ nižší než 34
  - Hyperaktivita, poruchy pozornosti, stereotypní chování
  - Často přidružena řada specifických nebo globálních vývojových opoždění
- F84.5      Aspergerův syndrom
  - Nejistá nozologická validita
  - Patologie v oblasti reciproční sociální interakce
  - Opakující se stereotypní repertoár zájmů a aktivit
  - Není opožděn vývoj řeči a kognitivních schopností
- F84.8      Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.9      Pervazivní vývojová porucha nespecifická

Zařazení žáka do této skupiny znamená, že se jedná vždy o žáka s těžkým zdravotním postižením, který vyžaduje maximální uplatnění vyrovnávacích a podpůrných opatření. V případě integrace na běžné základní škole je téměř vždy nutná pedagogická asistence.

# Praktická část

## 3 Metodologie výzkumného šetření

V naší práci jsme se zaměřili na analýzu statistických dat z pohledu vývoje procentuálního zastoupení žáků se zdravotním postižením v rámci vzorku všech žáků základních škol v České republice a z pohledu míry individuální integrace těchto žáků v běžných základních školách. Zároveň jsme prováděli dílčí analýzu stejných ukazatelů v rámci Olomouckého kraje a v rámci Prostějovska. Pro účely naší práce je pojmem Prostějovsko chápána oblast obce s rozšířenou působností Prostějov (oblast působnosti Magistrátu města Prostějova). Pokud v naší práci hovoříme o integrovaných žácích, jsou tím myšleni individuálně integrovaní žáci.

Snažili jsme se najít zdroj, ze kterého bychom mohli čerpat potřebné informace.

Ve výsledku jsme využili pro získání potřebných informací tyto zdroje:

### 1. Stránky MŠMT – Statisticko-analytického odboru:

<http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

na této stránce je možno získat velké množství údajů, které vznikají agregací dat předávaných základními školami vždy k 30. 9. Příslušného roku. V našem případě se jedná o výkazy M3 o základní škole (do školního roku 2010/2011 se předával obdobný výkaz S3), ve kterém se uvádí základní údaje o škole a především počty všech žáků a také počty žáků s jednotlivými druhy zdravotního postižení. Tyto informace zpracovával do 31. 12. 2011 z pověření MŠMT Ústav pro informace ve vzdělávání. Ten byl od 1. 1. 2012 zrušen a výše uvedenou agendou se nyní zabývá analyticko-statistický odbor ministerstva školství.

Na výše uvedené webové adrese je možno nalézt obrovské množství statistických dat uspořádaných do velice rozsáhlých tabulek.

Pro naši potřebu jsme zvolili tři tabulky týkající se základního školství:

- C1.1 Základní vzdělávání – školy, třídy, žáci/dívky – podle území
- C1.6.1 Základní vzdělávání – postižení žáci/dívky podle formy integrace, žáci/dívky bez ZP v DD a DgÚ – podle území
- C1.7.1 Základní vzdělávání – žáci/dívky podle druhu postižení – podle území a formy integrace

Z těchto přehledů jsme získali základní hodnoty týkající se základního školství k 30. 9. let 2008 - 2013:

- Celkový počet žáků
- Celkový počet žáků v jednotlivých krajích
- Celkový počet žáků se zdravotním postižením
- Celkový počet žáků se zdravotním postižením v jednotlivých krajích
- Počty žáků s jednotlivými druhy a stupni postižení
- Počty žáků s jednotlivými druhy a stupni postižení v krajích
- Celkový počet individuálně integrovaných žáků
- Počty individuálně integrovaných žáků v jednotlivých krajích
- Počty žáků s jednotlivými druhy a stupni postižení v ČR i v jednotlivých krajích

Všechny údaje jsme zjišťovali za období posledních šesti let (delší sledování bylo problematické a nepřesné vinou rozdílné metodiky sběru dat do začátku školního roku 2008/2009). Sledovali jsme situaci v celé ČR, ale rovněž v jednotlivých krajích.

Ze získaných dat jsme sestavili tabulky umožňující generování procentuálních přehledů. (Zdroj označen v grafech jako MŠMT.)

Pro obdobné hodnocení situace v oblasti působnosti obce s rozšířenou působností (Prostějovsko) jsme ve finále byli nuceni využít další tři zdroje informací:

## **2. Agregovaná data odboru školství, kultury a sportu Magistrátu města Prostějova za posledních šest let**

Z těchto přehledů jsme získali základní data o celkových počtech žáků navštěvujících základní školy zřizované obcí nebo městem (obecní školy) a údaje o počtech žáků s postiženími a počtech žáků integrovaných skupinově i individuálně v „běžné“ škole

## **3. Souhrnná data za školy zřizované Olomouckým krajem za posledních šest let.**

Díky podpoře ze strany krajského úřadu jsme získali obdobné údaje jako v případě údajů z obecních škol Prostějovska.

## **4. Souhrnná data z výkazů S3 a od roku 2011 z výkazu M3 jediné soukromé základní školy, která poskytuje vzdělání především žákům se souběžným postižením více vadami.**

Data jsme získali díky podpoře a ochotě vedení školy, které nám poskytlo kopie předaných výkazů z výše uvedených let. Také z těchto výkazů jsme získali základní údaje o celkových počtech žáků i počtech žáků s jednotlivými zdravotními

postizenými. (Data ze zdrojů 2, 3, 4, označeny jako Magistrát města Prostějova, KÚOK a výkazy ZŠ.)

Všechna data byla uspořádána do přehledných tabulek, které sloužily ke srovnávání a generování grafů. Všechny tabulky jsou přílohou naší práce.

Stěžejní údaje, se kterými v našem výzkumu pracujeme je procentuální zastoupení žáků se zdravotním postižením v populaci žáků základních škol a míra integrace, která představuje procentuální podíl individuálně integrovaných žáků se zdravotním postižením v celkovém počtu žáků s postižením.

Před zahájením výzkumu jsme si stanovili několik hypotéz:

1. Procentuální zastoupení všech žáků se zdravotním postižením na základní škole v rámci České republiky bude v průběhu sledovaných šesti let konstantní nebo se bude velice pomalu zvyšovat,
2. frekvence jednotlivých druhů zdravotního postižení bude v ČR rovněž konstantní nebo mírně vzrůstající,
3. zastoupení zdravotně postižených žáků bude ve všech krajích přibližně stejné,
4. míra integrace se bude v celé ČR v průběhu sledovaného období mírně zvyšovat,
5. míra integrace se bude mírně zvyšovat u všech druhů a stupňů zdravotních postižení s výjimkou těžkého a hlubokého mentálního postižení a u žáků postižených hluchoslepotou.
6. míra integrace bude ve všech krajích přibližně stejná,
7. struktura procentuálního zastoupení jednotlivých zdravotních postižení v celkovém součtu bude v průběhu sledovaného období poměrně stálá.
8. obdobné výsledky očekáváme i v rámci Olomouckého kraje a v oblasti Prostějovska.



## 4 Celkové procentuální zastoupení žáků se zdravotním postižením

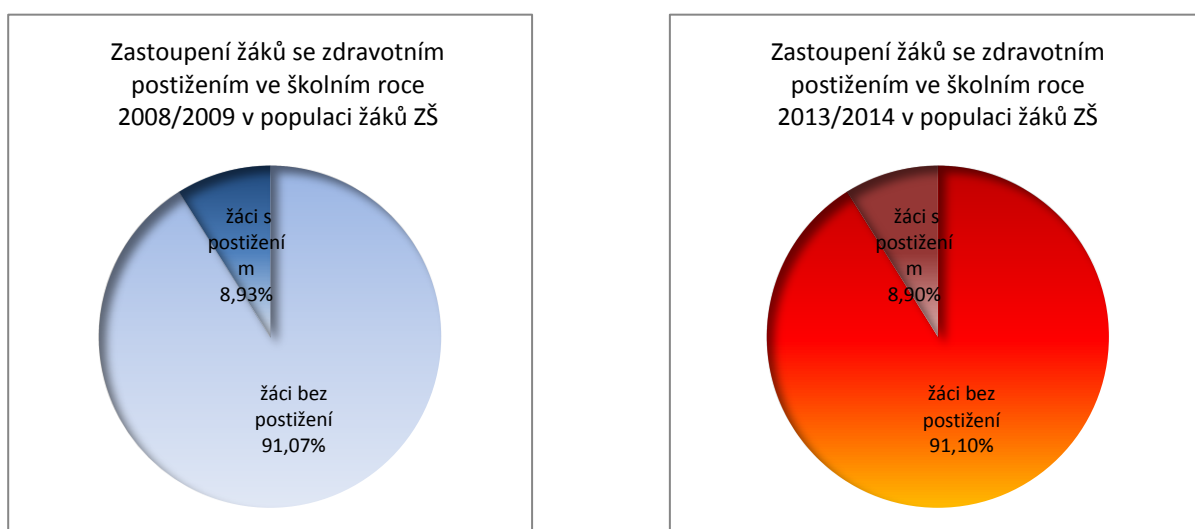
Tato kapitola poskytuje přehled celkového procentuálního zastoupení žáků se zdravotním postižením v populaci všech žáků základních škol.

### 4.1 Česká republika

Z výše uvedených zdrojů byly zjištěny tyto údaje:

V průběhu posledních šesti let se zastoupení žáků se zdravotním postižením v populaci žáků základních škol v rámci České republiky výrazněji neměnilo. Ve školním roce 2008/2009 bylo z celkového počtu 816 015 žáků 72 854 žáků se zdravotním postižením, což představuje 8,93 %. V dalších letech se sice mírně měnil počet žáků, v rozmezí od 789 486 po 827 654, ale procento žáků se zdravotním postižením se udržovalo v těsné blízkosti 9 %. Nejnižší hodnoty 8,90 % dosáhl údaj ve školním roce 2013/2014.

Graf č. 1



Zdroj: MŠMT

### 4.2 Situace v jednotlivých krajích

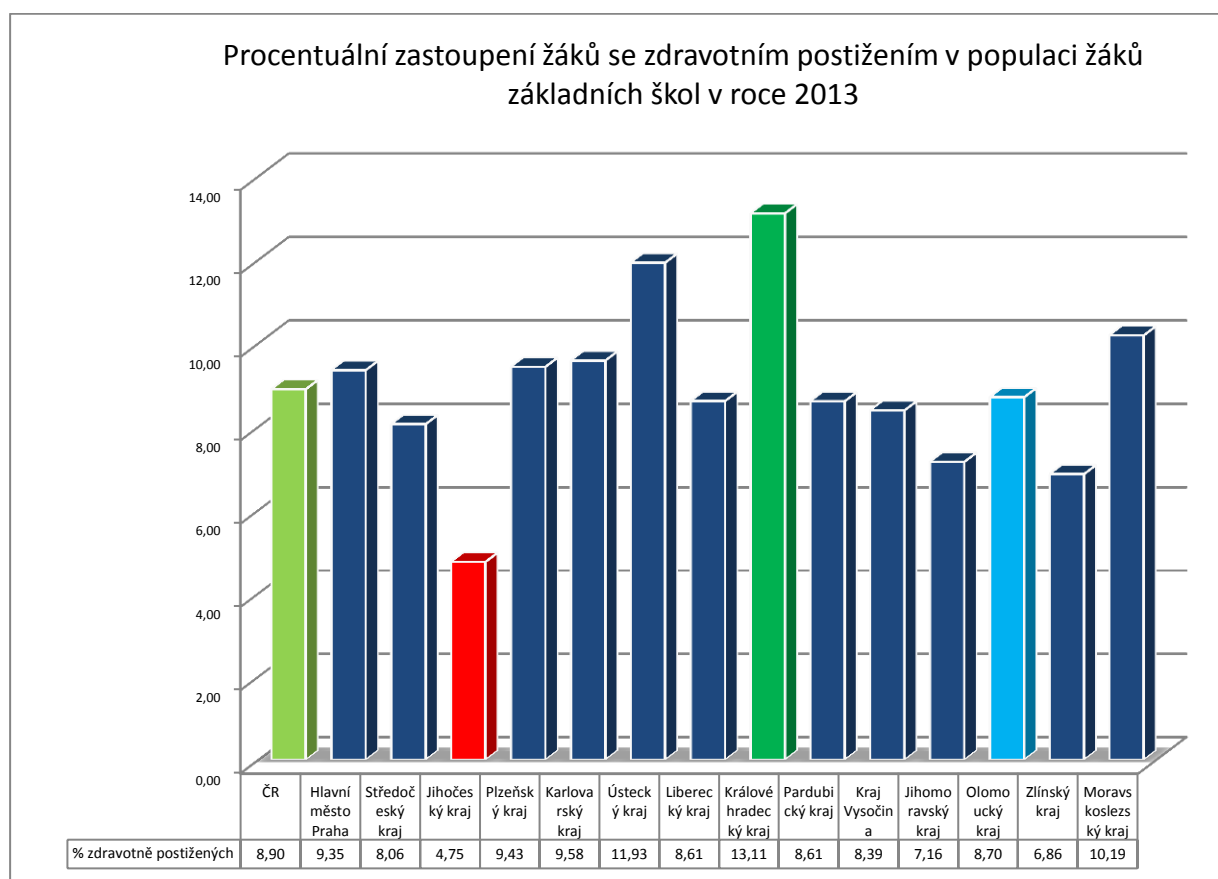
Podobná situace byla i v jednotlivých krajích, kde se rovněž zastoupení žáků s postižením výrazněji nelišilo v roce 2008 a v roce 2013.

Velmi zajímavé je ale srovnání procentuálního zastoupení žáků se zdravotním postižením. Domníval jsem se, že všechny kraje budou mít přibližně stejné zastoupení žáků s postižením v populaci žáků základních škol. To platí pro osm krajů, ve kterých se v roce 2013 pohybovalo

procento žáků se zdravotním postižením mezi hodnotami 8,06 % a 9,58 % a neodchylovalo se tak o více než jedno procento (mezi ně patří i Olomoucký kraj s údajem 8,70 %). Ostatní kraje pak vykazovaly větší odchylku.

Překvapivé jsou údaje z Jihočeského a Královéhradeckého kraje. V jižních Čechách bylo v roce 2013 evidováno pouze 4,75 % žáků se zdravotním postižením. Proti tomu na opačném pólu stojí Královéhradecký kraj, kde ve stejném období registrovali 13,11 % žáků se zdravotním postižením. Údaje se sice za sledované období od roku 2008 do roku 2013 měnily, ale tyto dva kraje stojí po celou dobu na opačných koncích pomyslné osy. V praxi pak stojíme před zajímavým zjištěním, že v Královéhradeckém kraji je téměř trojnásobná koncentrace zdravotně postižených než v Jihočeském kraji. O částečné zdůvodnění tohoto faktu jsme se pokusili v dalších kapitolách týkajících se jednotlivých druhů postižení.

Graf č. 2

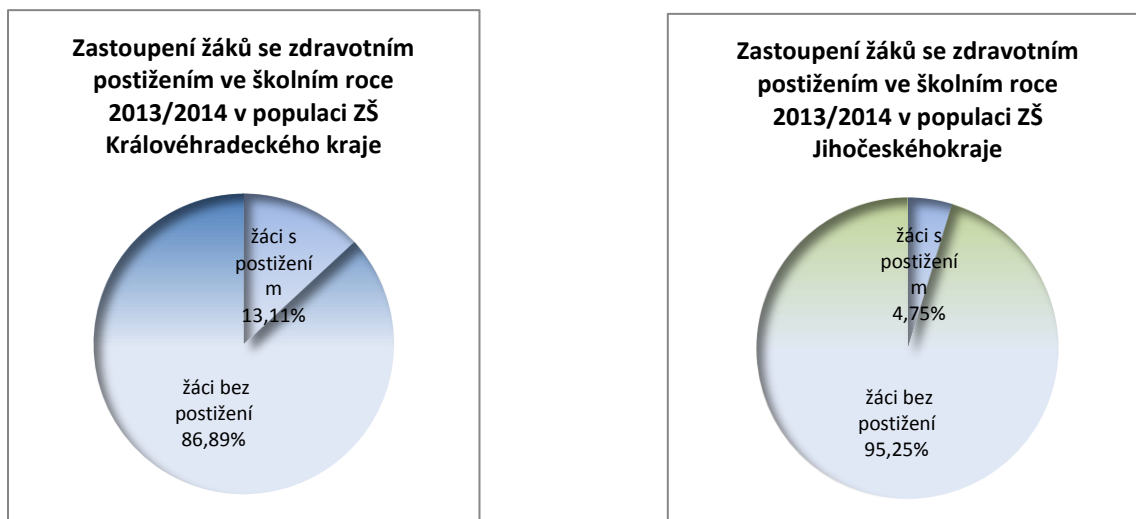


Zdroj: MŠMT

Celkově můžeme konstatovat, že náš předpoklad, že celkový počet žáků se zdravotním postižením bude konstantní nebo se bude mírně zvyšovat, se víceméně potvrdil. Rozdíl mezi roky 2008 a 2013 je pouhé tři setiny procenta.

Pro ilustraci uvádíme přehledné grafy zastoupení žáků se zdravotním postižením ve výše uvedených krajích:

Graf č. 3

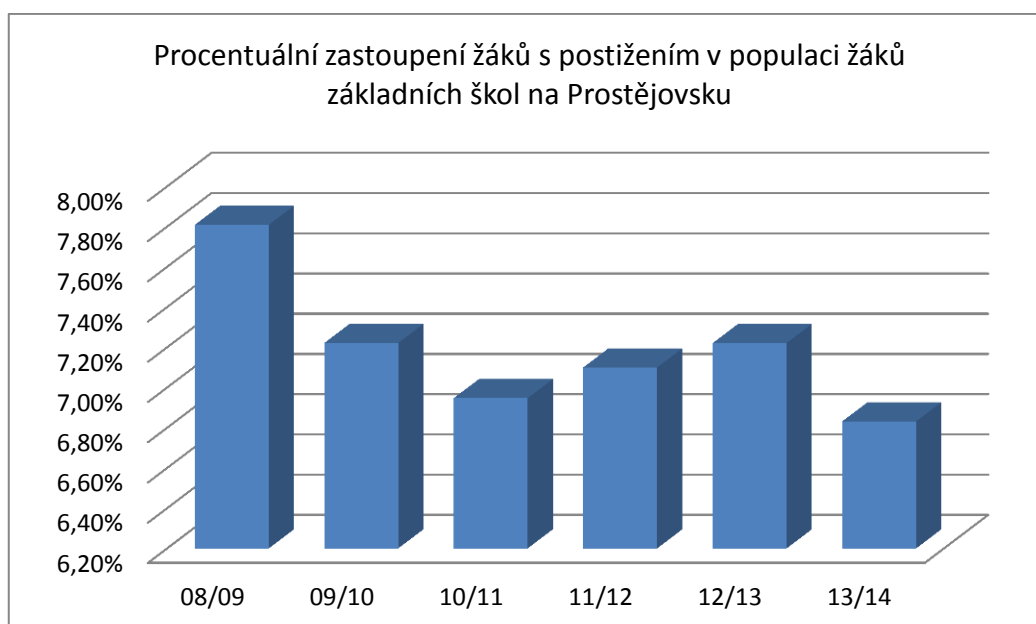


Zdroj: MŠMT

### 4.3 Situace na Prostějovsku

Pro účely naší práce je pojmem Prostějovsko chápána oblast obce s rozšířenou působností Prostějov (oblast působnosti Magistrátu města Prostějova).

Graf č. 4



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

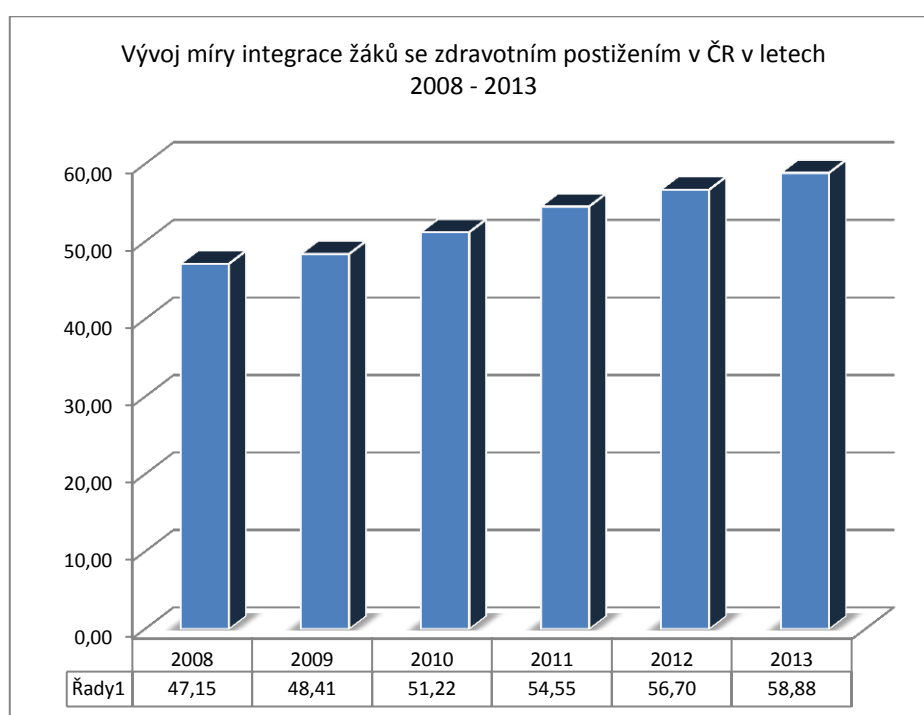
V oblasti Prostějovska se náš předpoklad nenaplnil, protože ve sledovaném období pokleslo procentuální zastoupení žáků se zdravotním postižením ze 7,8 % na 6,8 %. To znamená téměř 13 % pokles.

## 5 Celková míra integrace žáků se zdravotním postižením

V této oblasti jsme jako kritérium zvolili procentuální poměr mezi celkovým počtem postižených žáků a počtem žáků s postižením, kteří byli individuálně integrováni na běžných ZŠ.

Zjistili jsme, že počet individuálně integrovaných žáků se za posledních šest let výrazně zvýšil. Mezi lety 2008 a 2013 došlo k navýšení téměř o jednu čtvrtinu oproti výchozímu stavu. Pokud v roce 2008 nebyla individuálně integrována ani polovina žáků se zdravotním postižením, v roce 2013 se míra integrace blíží dvěma třetinám.

Graf č. 5



Zdroj: MŠMT

### 5.1 Situace v jednotlivých krajích

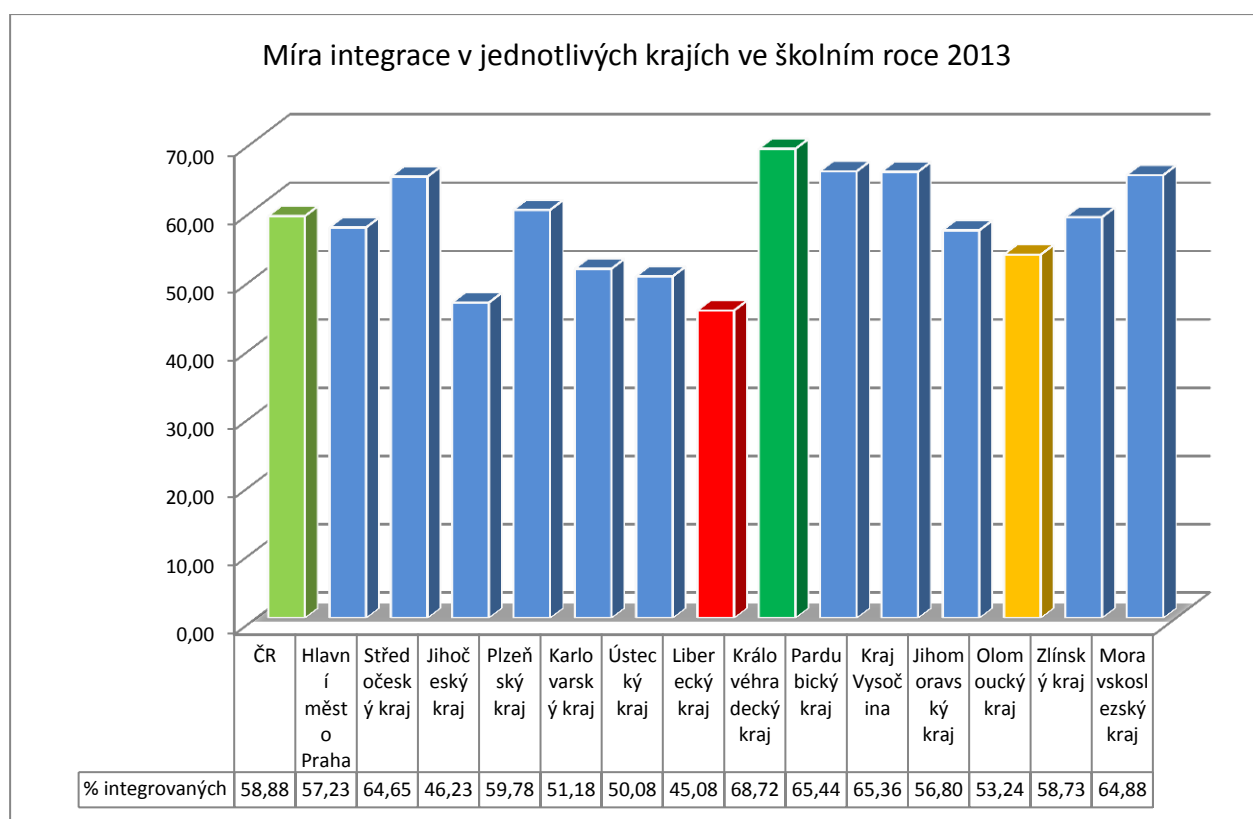
Stejně jako v případě počtu zdravotně postižených se i míra integrace v jednotlivých krajích podstatně liší, i když rozdíly nejsou tak markantní.

Celkem logické se jeví, že Královéhradecký kraj při velmi vysokém procentu zdravotně postižených žáků bude mít rovněž vysoké procento těchto žáků integrovaných. Královéhradecký kraj je jediný kraj v republice, který má více než dvě třetiny žáků se zdravotním postižením integrovaných.

Na základě obdobné úvahy můžeme očekávat, že Jihočeský kraj bude mít při nízkém počtu zdravotně postižených žáků i nízkou míru integrace. Přestože při srovnávání tohoto kritéria nejsou jižní Čechy krajem s nejnižší mírou integrace, patří společně s Libereckým krajem k jediným, které mají méně než polovinu žáků se zdravotním postižením individuálně integrovaných. Míra integrace je tak v Královéhradeckém kraji o více než polovinu vyšší než v Liberecké.

Důvody těchto skutečností se budeme snažit najít v dalších částech naší práce, zabývajících se jednotlivými druhy zdravotního postižení.

Graf č. 6

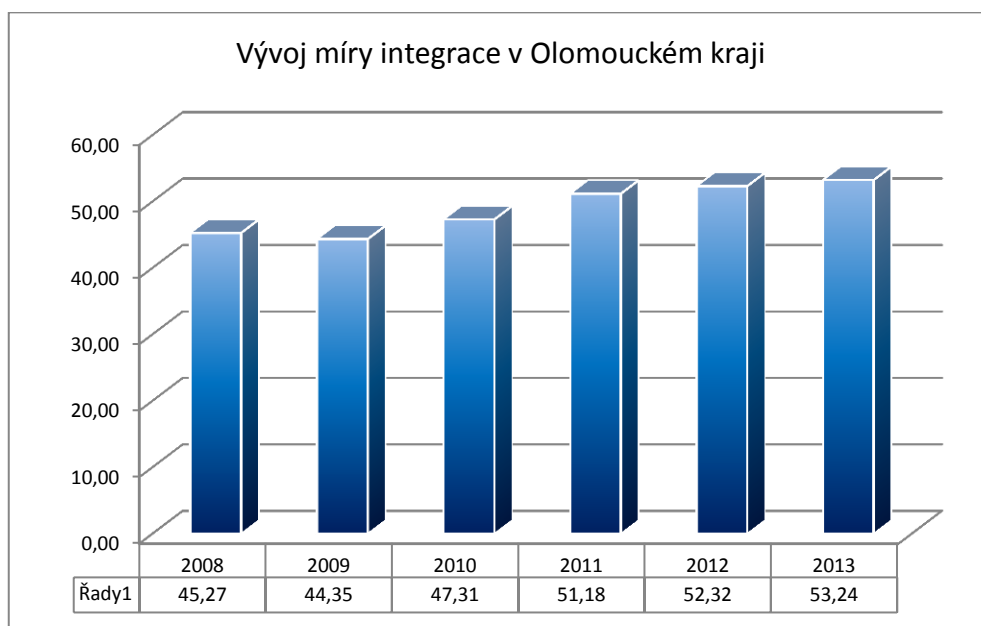


Zdroj: MŠMT

## 5.2 Situace v Olomouckém kraji

Z grafu č. 7 můžeme zjistit i situaci v Olomouckém kraji. Olomoucký kraj patří ke krajům s nižší mírou integrace žáků se zdravotním postižením. Svými 53,24 % se řadí až na desáté místo v České republice. Vývoj za posledních šest let je podobný, jako ve zbytku české republiky, ale tempo je oproti průměru pomalejší.

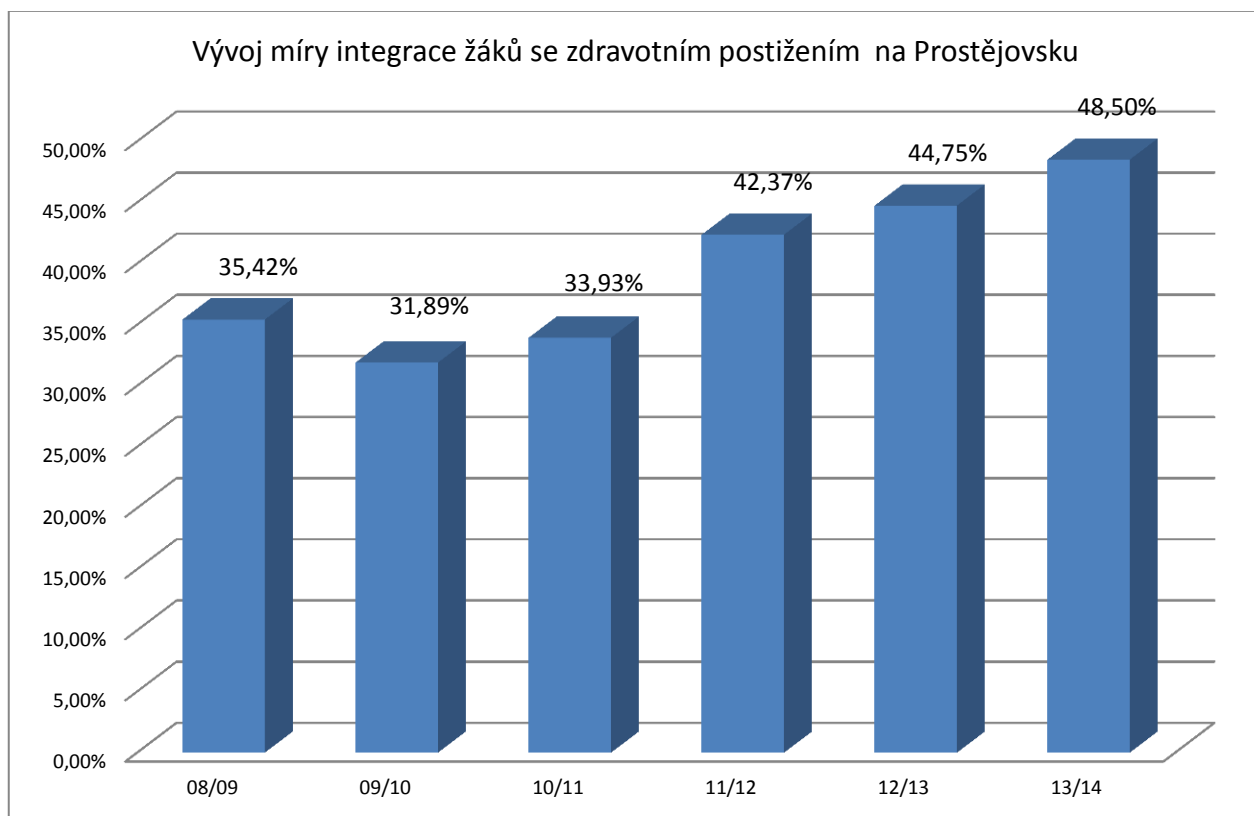
Graf č. 7



Zdroj: MŠMT

### 5.3 Situace na Prostějovsku

Graf č. 8



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Vývoj v oblasti míry integrace žáků se zdravotním postižením je víceméně shodný s celorepublikovým trendem a kromě drobného výkyvu mezi roky 2008 a 2009 se míra integrace vyvíjí předpokládaným směrem. Přes jednoznačně rychlejší nárůst procenta integrovaných žáků oproti průběhu v celém Olomouckém kraji, má Prostějovsko po celé sledované období nižší míru integrace.

Celkově můžeme výsledek označit za očekávaný, protože se potvrdila naše hypotéza, že míra integrace žáků se zdravotním postižením na běžných základních školách bude postupně narůstat. To platí jak pro ČR, tak i pro Olomoucký kraj. Zajímavé je, že míra integrace se z dlouhodobého hlediska celkem výrazně liší v jednotlivých krajích. Rovněž nás do jisté míry překvapila nižší míra integrace na Prostějovsku, která je téměř srovnatelná s Libereckým krajem (nejnižší míra integrace 45,08 %).



## 6 Vývoj zastoupení žáků s jednotlivými druhy zdravotního postižení v populaci žáků základních škol

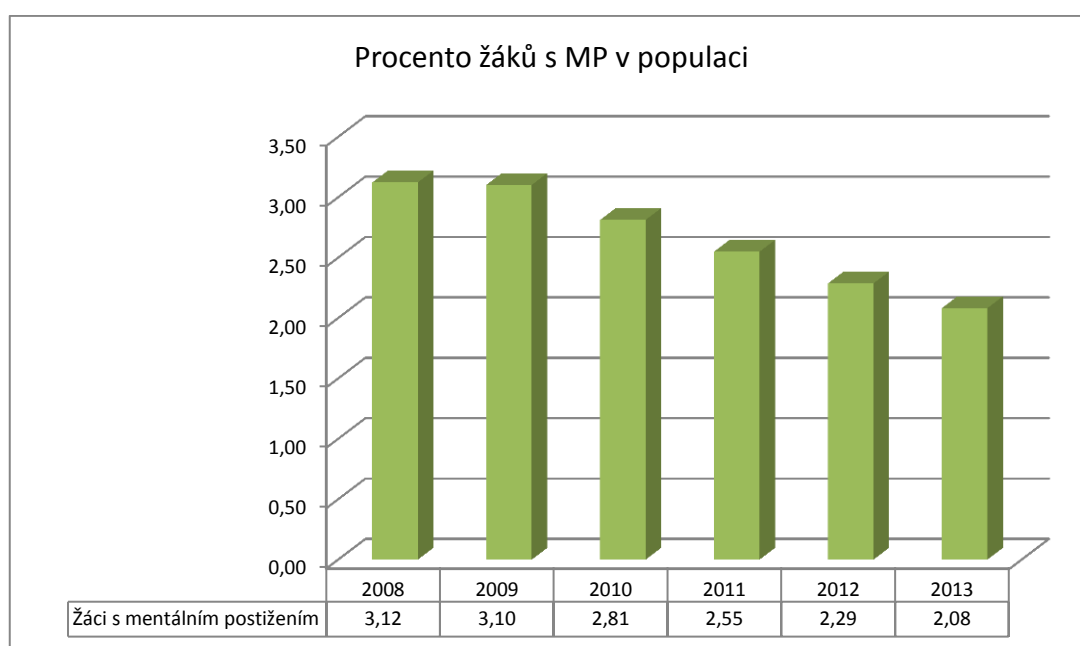
Vývoj počtu žáků s jednotlivými druhy zdravotních postižení měl odlišný průběh než u celkového součtu všech postižení. Proto je nutné zabývat se vývojem počtu žáků s jednotlivými druhy postižení podrobněji.

### 6.1 Žáci s mentálním postižením

Stejně jako u ostatních druhů zdravotních postižení jsme předpokládali, že zastoupení žáků s mentálním postižením v populaci žáků základních škol bude stálé, případně se bude mírně zvyšovat. Výsledek našeho výzkumu tak byl pro nás celkem překvapující.

Počet žáků s mentálním postižením se v průběhu uplynulých šesti let lineárně snižoval z výchozí hodnoty 3,12 % na výslednou 2,08 %. Znamená to, že se počet diagnostikovaných žáků s mentálním postižením snížil o celou jednu třetinu. Zajímavé je rovněž zjištění, že výskyt v jednotlivých krajích je dlouhodobě značně rozdílný. Nejnižší frekvence žáků s diagnózou mentální postižení je dlouhodobě v Hlavním městě Praha, nejvyšší naopak v Ústeckém kraji. Aktuálně se jedná o hodnoty 1,32 % a 4,17 %. To znamená, že v Ústeckém kraji je frekvence žáků s mentálním postižením více než třikrát vyšší, než v Praze.

Graf č. 9



Zdroj: MŠMT

Vzhledem k tomuto faktu jsme se snažili zjistit, jestli se pokles týká všech stupňů mentálního postižení.

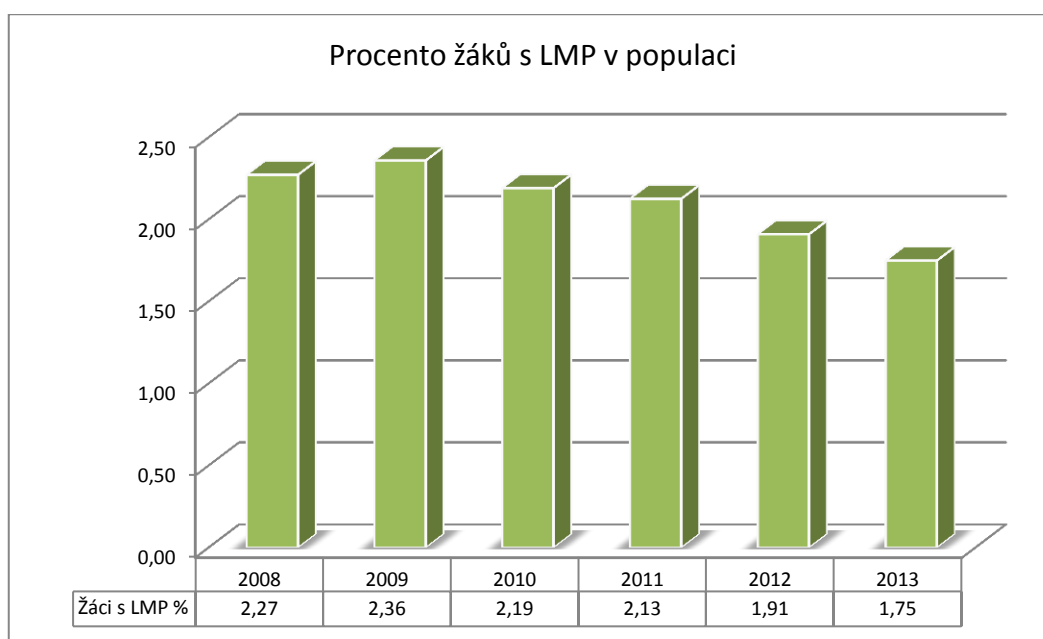
### 6.1.1 Počty žáků s mentálním postižením v závislosti na stupni postižení

Pokles počtu žáků s mentálním postižením se týká všech stupňů postižení, i když tempo poklesu se do jisté míry liší a nejrychlejší byl ve sledovaném období u těžkého stupně postižení.

#### Žáci s lehkým mentálním postižením

V oblasti výskytu lehkého mentálního postižení v populaci žáků základních škol jsme zaznamenali obdobný vývoj jako u celkového počtu žáků s mentálním postižením. Počty se stabilně snižují od školního roku 2009/2010.

Graf č. 10

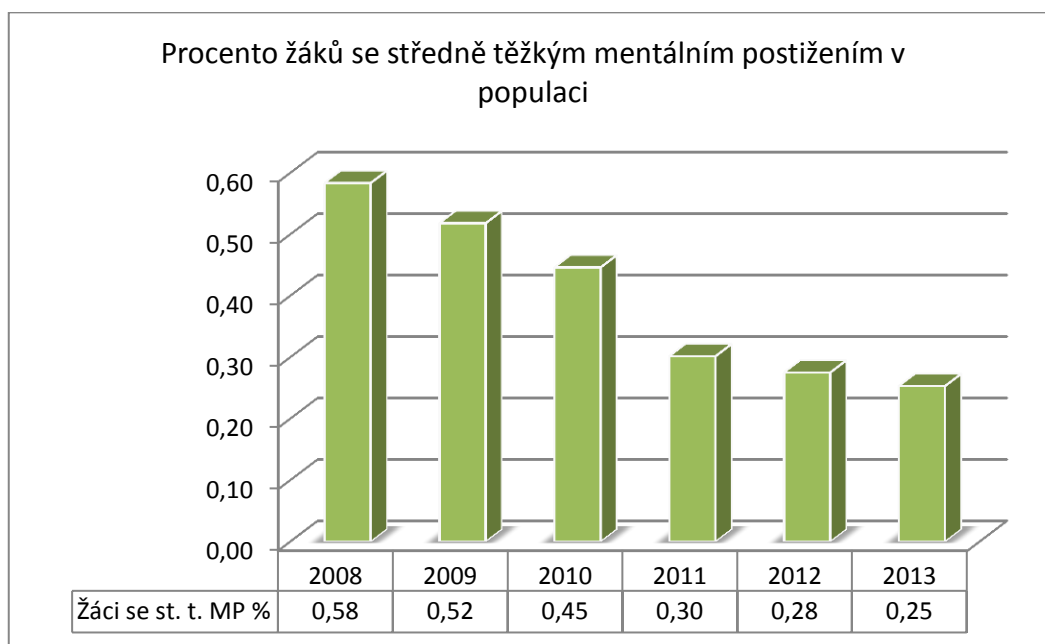


Zdroj: MŠMT

#### Žáci se středně těžkým mentálním postižením

Výrazný pokles jsme zaznamenali rovněž u diagnostikovaných žáků se středně těžkým mentálním postižením. Za šest let kleslo zastoupení těchto žáků v populaci žáků základních škol na méně než polovinu.

Graf č. 11

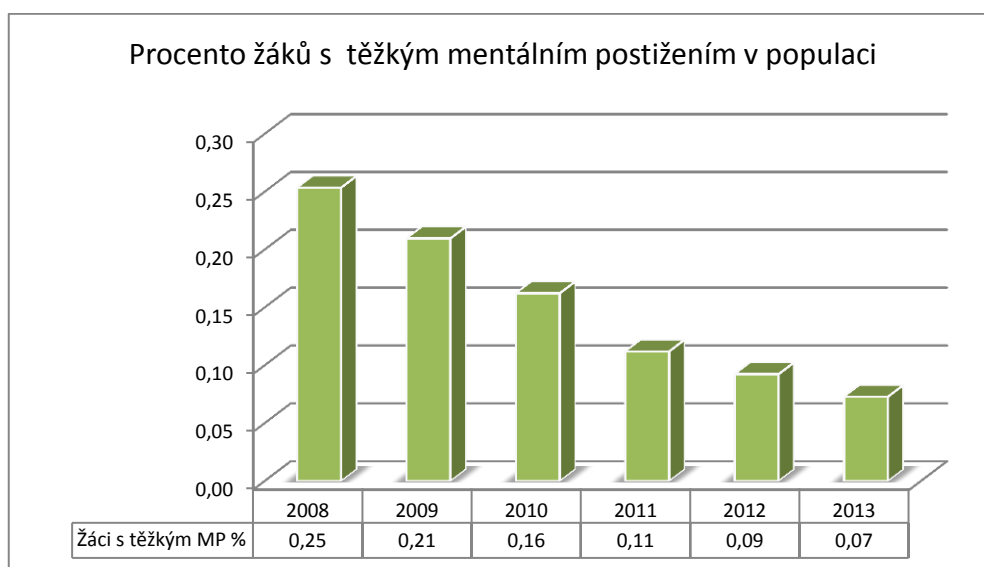


Zdroj: MŠMT

### Žáci s těžkým mentálním postižením

Ještě větší propad jsme zaznamenali u žáků, jejichž intelekt se pohybuje na úrovni těžkého mentálního postižení. V této skupině došlo k poklesu o více než dvě třetiny,

Graf č. 12

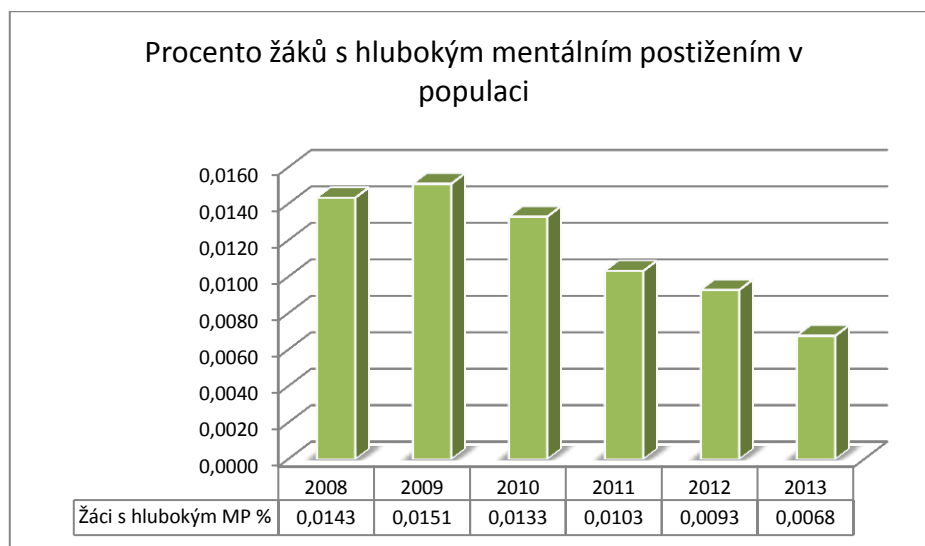


Zdroj: MŠMT

## Žáci s hlubokým mentálním postižením

V tomto případě nás výsledek již tolik nepřekvapil, ale i procento žáků s hlubokým mentálním postižením se od 30. 9. 2008 do 30. 9. 2013 snížilo na méně než polovinu. Přes velmi nízký počet takto postižených žáků je z grafu jasně čitelný trend.

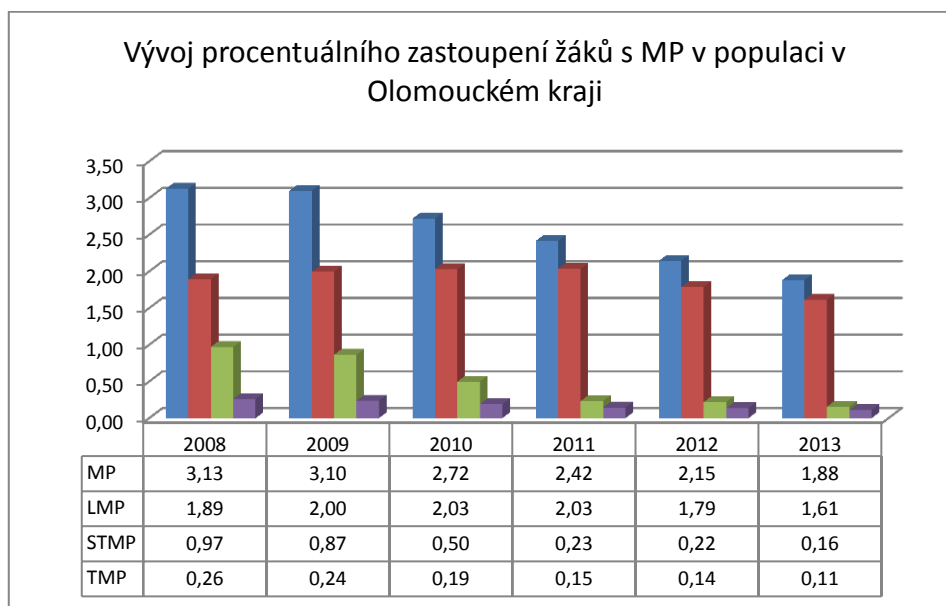
Graf č. 13



Zdroj: MŠMT

## 6.1.2 Situace v Olomouckém kraji

Graf č. 14

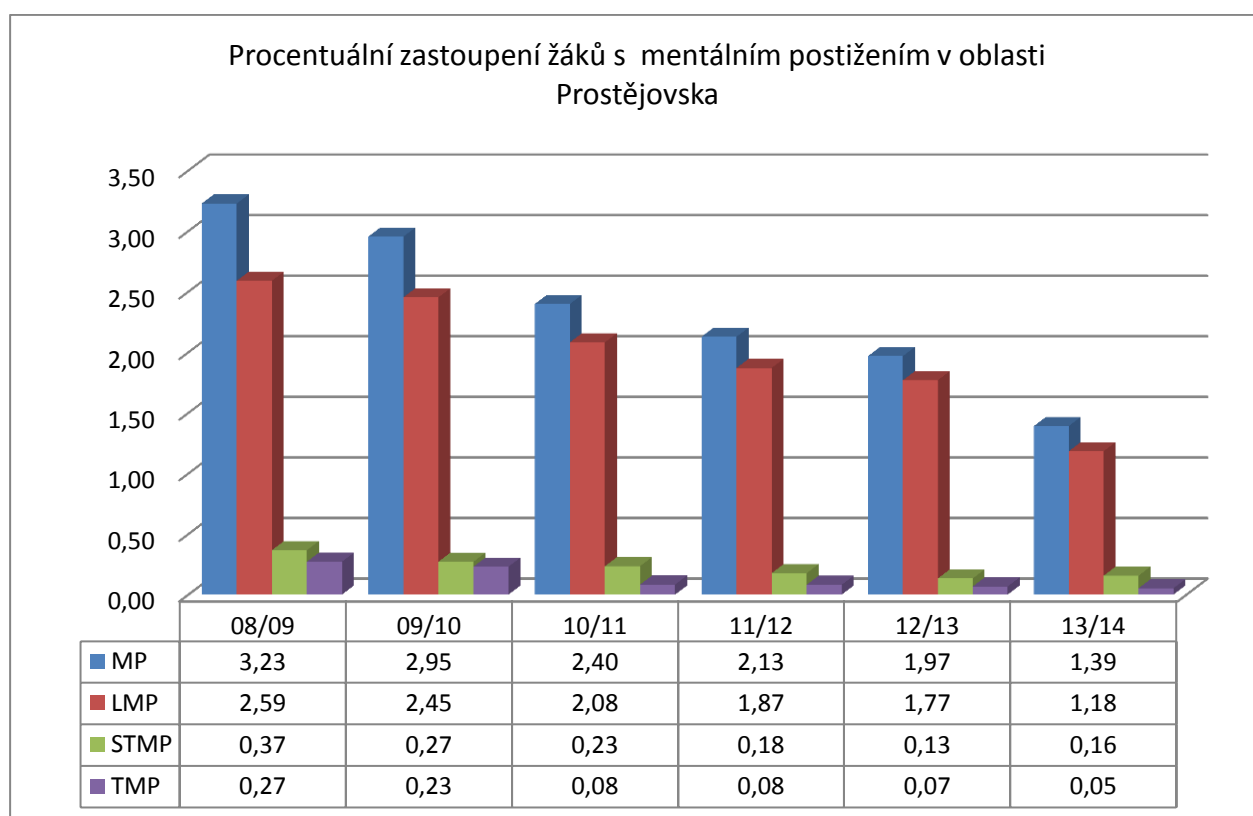


Zdroj: MŠMT

V Olomouckém kraji má vývoj počtu žáků s mentálním postižením podobný vývoj jako v celé ČR, pouze se v některých případech mírně liší vstupní hodnoty a tempo poklesu frekvence výskytu žáků s jednotlivými hloubkami MP. V grafu záměrně neuvádíme žáky s hlubokým mentálním postižením, jejichž zastoupení je tak nízké, že by v grafu nebylo patrné, ale vývoj v této oblasti je vzhledem k malému počtu takto postižených žáků kolísavý.

### 6.1.3 Situace na Prostějovsku

Graf č. 15



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Velice zajímavá je situace na Prostějovsku, kde v průběhu posledních šesti let došlo k velmi radikálnímu poklesu počtu žáků s mentálním postižením.

Přesto, že v roce 2008 bylo procento žáků s mentálním postižením znatelně vyšší, než v ČR i než v Olomouckém kraji, v září 2013 bylo procentuální zastoupení žáků s postižením nejnižší z uvedených oblastí. Pokud v ČR a v kraji došlo k poklesu o asi 1 respektive o 1,25 %, to znamená přibližně o jednu třetinu, na Prostějovsku byl pokles vyšší než o polovinu. Pokles se dotýká všech stupňů postižení.

#### **6.1.4 Míra integrace žáků s mentálním postižením**

Celková míra individuální integrace žáků s mentálním postižením, bez ohledu na hloubku postižení, se stejně jako celková míra integrace všech žáků se zdravotním postižením v uplynulých šesti letech plynule zvyšovala z počátečních 4,19 % na výsledných 8,05 %. Znamená to nárůst o více než 92 %. Přesto je nutné si uvědomit, že téměř 92 % žáků s mentálním postižením navštěvuje ve školním roce 2013/2014 školy zřízené pro žáky se zdravotním postižením.

Míra integrace v jednotlivých krajích se může výrazně lišit od celostátního průměru. Dlouhodobě nejméně se daří integrovat žáky s mentálním postižením v Ústeckém kraji, naopak nejúspěšnější jsou kraje Vysočina a Jihomoravský kraj. Posledně jmenovaný integruje aktuálně 14,26 % žáků s mentálním postižením. Ústecký kraj v letošním školním roce individuálně integroval pouze 4,30 % (téměř 3,5 krát méně).

#### **6.1.5 Míra integrace žáků s mentálním postižením v závislosti na hloubce postižení**

##### **Žáci s lehkým mentálním postižením**

Vývoj v této oblasti je téměř shodný jako u souhrnné hodnoty všech žáků s mentálním postižením. Pouze tempo růstu počtu integrovaných žáků je o poznání vyšší a ve svém výsledku stav z roku 2013 představuje více než dvojnásobek počtu integrovaných v roce 2008.

##### **Žáci se středně těžkým mentálním postižením**

Zlom ve vývoji integrace žáků se středně těžkým mentálním postižením představuje školní rok 2009/2010. V tomto roce byla z celého sledovaného období míra integrace nejvyšší. Od školního roku 2010/2011 dochází k mírnému, ale stabilnímu poklesu počtu individuálně integrovaných žáků se středně těžkým mentálním postižením. Oproti nejvyšší hodnotě došlo do začátku školního roku 2013/2014 k poklesu o více než jednu pětinu (21,41 %). Zajímavé je, že až do školního roku 2010/2011 převyšovalo procento integrovaných žáků se středně těžkým mentálním postižením stejný údaj u žáků s lehkým mentálním postižením.

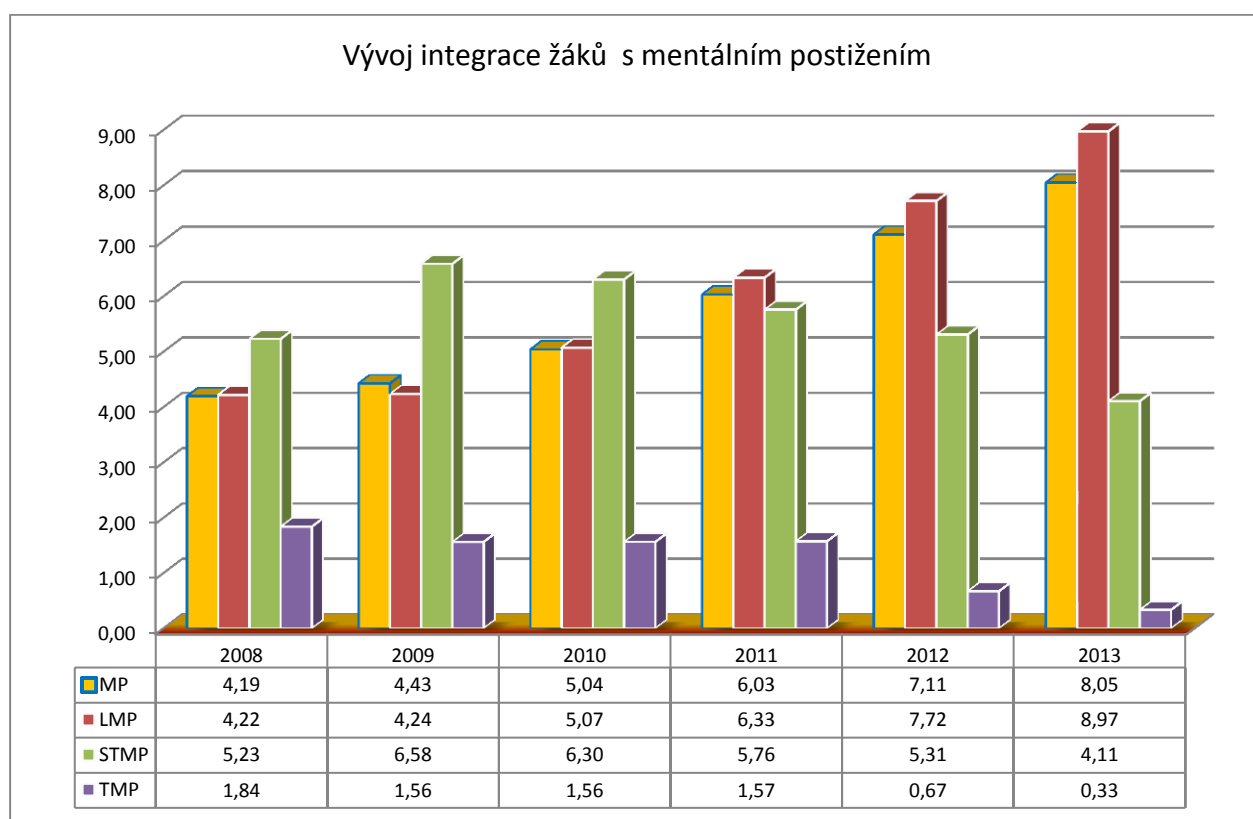
## Žáci s těžkým mentálním postižením

Jednoznačně opačný vývoj než u žáků s lehkým mentálním postižením jsme zaznamenali u žáků s těžkým stupněm postižení. Míra integrace poklesla z počáteční hodnoty 1,84 % na 0,33 %. To představuje pokles téměř o 82 %. Nutno poznamenat, že významný zlom nastal ve školním roce 2012/2013, kdy došlo k poklesu o více než 57 %.

## Žáci s hlubokým mentálním postižením

V celém sledovaném období nebyl individuálně integrován žádný žák s hlubokým mentálním postižením.

Graf č. 16

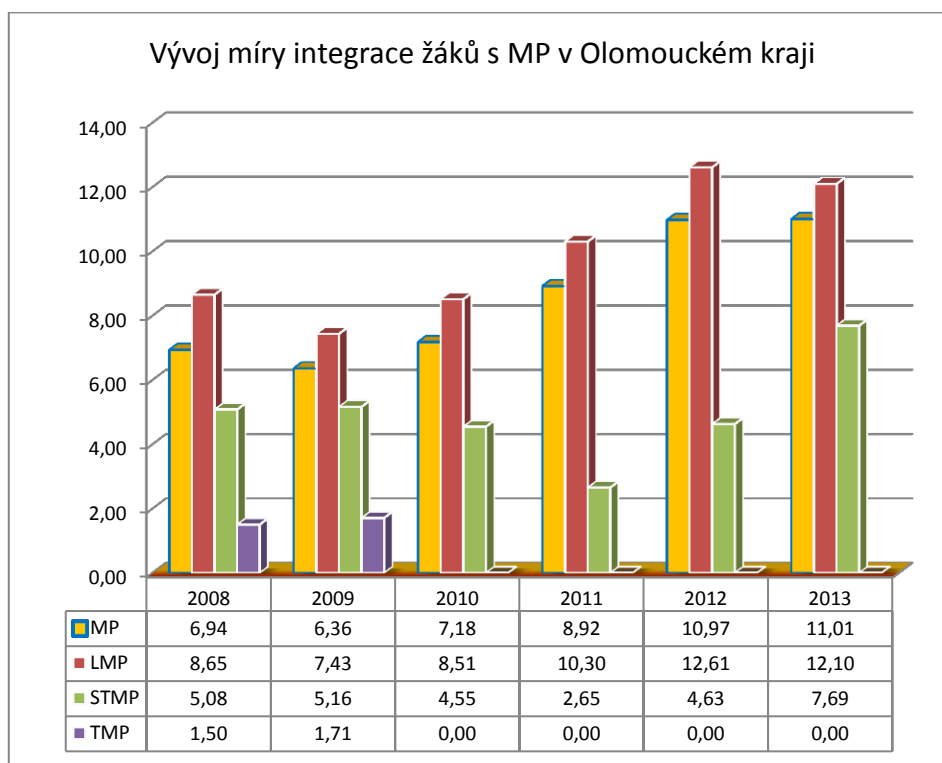


Zdroj: MŠMT

### 6.1.6 Situace v Olomouckém kraji

Olomoucký kraj patří v oblasti integrace žáků s mentálním postižením k nejprogressivnějším v celé České republice. Celorepublikový průměr předstihuje o téměř 3 % a kromě výkyvu mezi roky 2008 a 2009 jsou integrační tendence jednoznačné.

Graf č. 17



Zdroj: MŠMT

## **Míra integrace žáků s mentálním postižením v závislosti na hloubce postižení**

### **Žáci s lehkým mentálním postižením**

Vývoj v oblasti žáků s lehkým mentálním postižením kopíruje vývoj míry integrace všech žáků s mentálním postižením, přičemž výslednou hodnotou 12,10 % v roce 2013 předstihuje celorepublikový průměr o více než 3 %.

### **Žáci se středně těžkým mentálním postižením**

V oblasti integrace žáků se středně těžkým mentálním postižením je Olomoucký kraj s hodnotou 7,69 % individuálně integrovaných dokonce druhým nejprogresivnějším krajem. Vývoj nebyl tak stabilní, jako u žáků s lehkým mentálním postižením (nejnižší hodnota 2,65 % v roce 2011), ale v posledních dvou letech je tempo nárůstu procenta integrovaných žáků pravděpodobně nejvyšší v ČR.

### **Žáci s těžkým mentálním postižením**

Ve sledovaném období byli na běžných školách integrováni pouze čtyři žáci v letech 2008 a 2009 (může se jednat o dva žáky integrované v průběhu dvou školních roků). Od školního roku



2010/2011 do současnosti již žáci s těžkým mentálním postižením nebyli individuálně integrováni.

### Žáci s hlubokým mentálním postižením

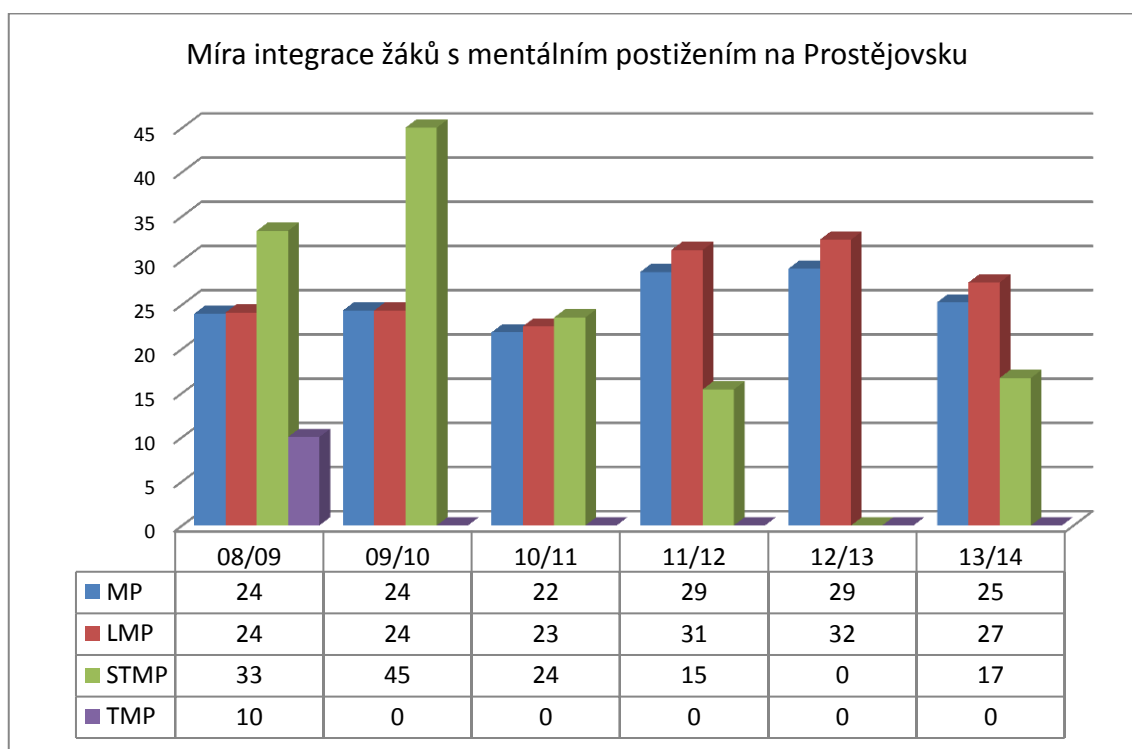
Jak vyplývá s celostátních statistik, nebyli po celou sledovanou dobu integrováni žádní žáci s hlubokým mentálním postižením.

### 6.1.7 Situace na Prostějovsku

Situace v oblasti působnosti obce s rozšířenou působností Prostějov je následující:

Celková míra integrace žáků s mentálním postižením zůstává po celé sledované období „přibližně stejná“, je poznamenána určitými výkyvy, ale ve výsledku se hodnoty z let 2008 a 2013 liší pouze o jedno procento.

Graf č. 18



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

U jednotlivých stupňů postižení je situace značně rozdílná. Pokud můžeme u žáků s LMP sledovat snad jistý mírný progres v míře integrace, u ostatních stupňů postižení je vývoj jednoznačně opačný. Procento individuálně integrovaných žáků se středně těžkým mentálním postižením se od školního roku 2010/2011 víceméně trvale snižuje, žáci s těžkým mentálním

postižením nejsou na Prostějovsku integrováni od školního roku 2009/2010 vůbec. Pro úplnost doplňujeme, že na Prostějovsku nebyl ve sledovaném období vzděláván na základní škole žádný žák s hlubokým mentálním postižením.

## 6.2 Žáci se sluchovým postižením

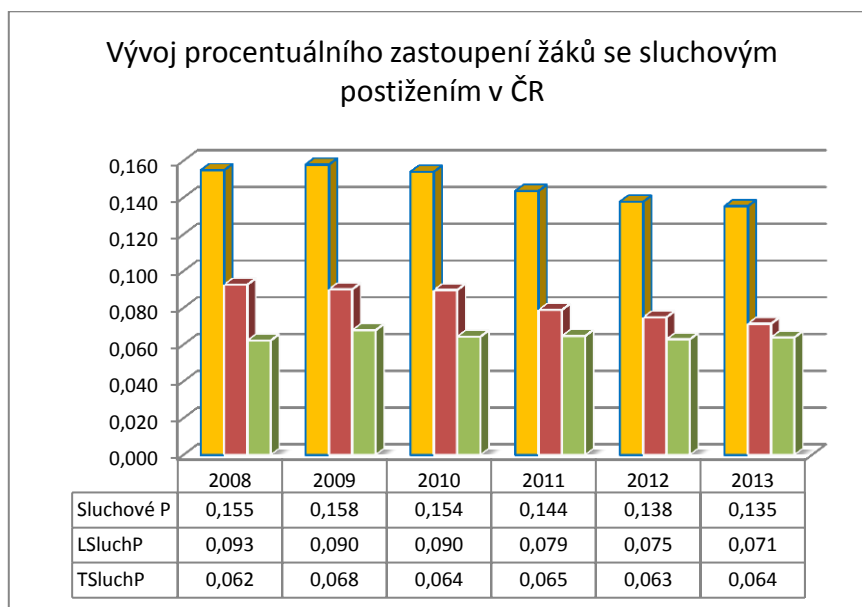
Vývoj procentuálního zastoupení v populaci žáků ZŠ má v uplynulých šesti letech v rámci České republiky mírně klesající tendenci. Žáci se sluchovým postižením v současnosti představují necelých 15 setin procenta populace žáků základních škol. Zajímavostí je, že podobně jako u ostatních zdravotních postižení můžeme zaznamenat velmi výrazné rozdíly v počtech sluchově postižených žáků v jednotlivých krajích. Jestliže ve Středočeském kraji je aktuální výskyt sluchově postižených žáků 0,068 %, v Plzeňském kraji je to 0,318 %. To znamená více než 4,5 násobek.

### 6.2.1 Počty žáků se sluchovým postižením v závislosti na stupni postižení

#### Žáci s lehkým sluchovým postižením

Snížení počtu žáků s lehkým sluchovým postižením je hlavní příčinou poklesu celkového počtu žáků se sluchovým postižením a za sledované období představuje téměř jednu čtvrtinu (23,66 %).

Graf č. 19



Zdroj: MŠMT

## **Žáci s těžkým sluchovým postižením**

Počet žáků s těžkým sluchovým postižením je ve sledovaném období stabilní a procentuální zastoupení se postupně srovnává s procentuálním zastoupením žáků s lehkým sluchovým postižením. Na začátku sledovaného období představoval rozdíl téměř jednu třetinu (31,93 %), v roce 2013 už byl rozdíl pouhá jedna desetina (9,86 %).

### **6.2.2 Vývoj míry integrace žáků se sluchovým postižením**

Celková míra integrace žáků se sluchovým postižením má mírně stoupající tendenci. Její zvýšení představuje ve sledovaném období téměř jednu pětinu (18,24 %). Ve srovnání s žáky s mentálním postižením je míra integrace daleko vyšší a v posledním roce překračuje 50 %. Žáci s lehčí formou zdravotního postižení jsou individuálně integrováni téměř ve dvou třetinách případů (64,64 %). Stejně jako v ostatních oblastech nacházíme i v míře integrace diametrální rozdíly mezi jednotlivými kraji. Jestliže v Plzeňském kraji je integrováno pouhých 11,97 % sluchově postižených (žáci s lehkým sluchovým postižením jsou integrováni pouze v necelých 10 %), Pardubický kraj integruje celých 100% žáků se sluchovým postižením. V tomto kontextu je významné i srovnání celkových počtů sluchově postižených žáků (Plzeňský kraj – 169 žáků, Pardubický kraj – 40 žáků, při téměř shodném celkovém počtu všech žáků).

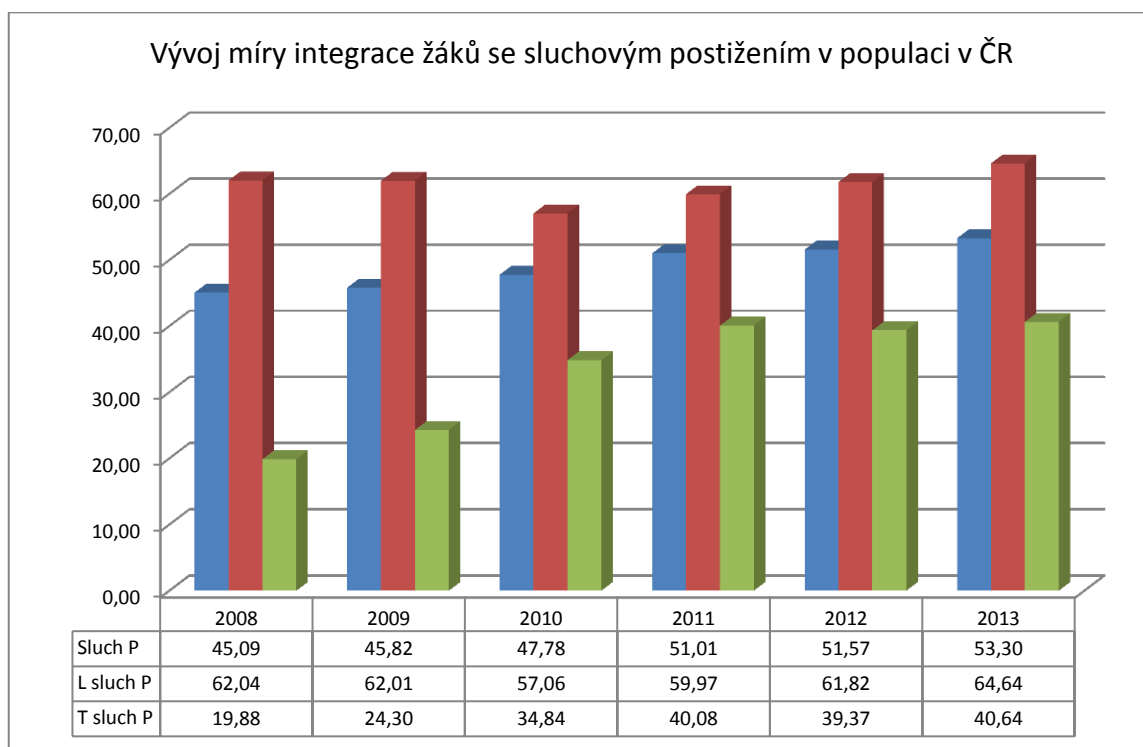
## **Žáci s lehkým sluchovým postižením**

Stav integrace žáků s lehkým sluchovým postižením je celkem stabilní. Přes určité kolísání křivky, nedochází z hlediska sledovaného období k výraznějšímu nárůstu, ani poklesu.

## **Žáci s těžkým sluchovým postižením**

Křivka míry integrace žáků s těžkým sluchovým postižením měla vzestupnou tendenci mezi roky 2008 a 2011, kdy došlo k nárůstu o více než 100% (101,61 %). V následujícím období do roku 2013 došlo k její stabilizaci.

Graf č. 20



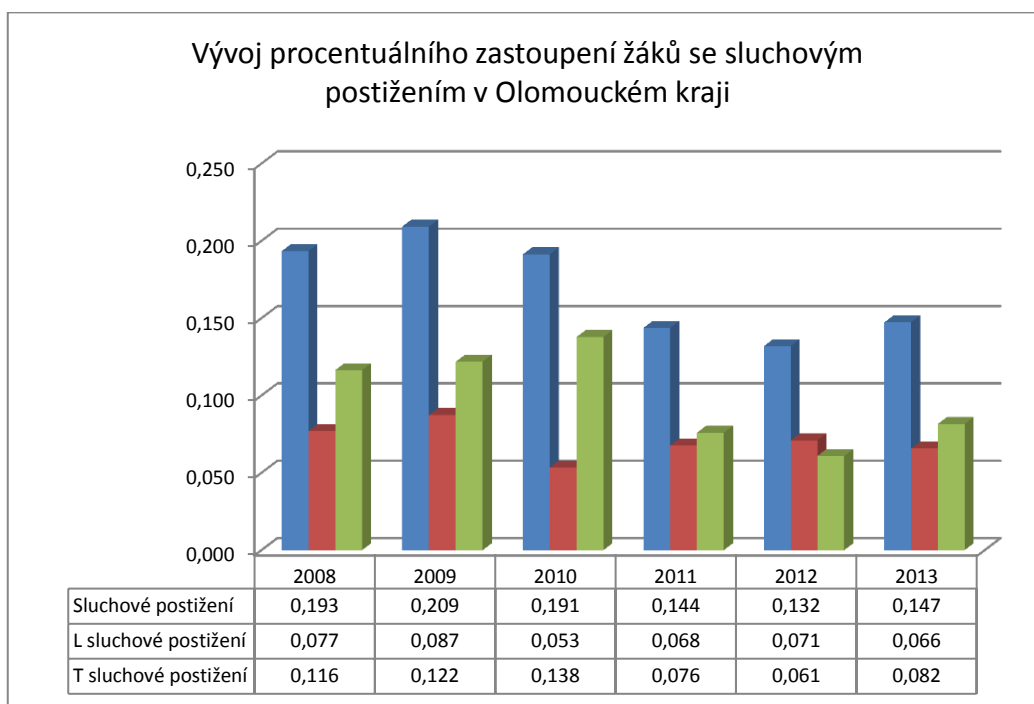
Zdroj: MŠMT

### 6.2.3 Situace v Olomouckém kraji

Počty žáků se sluchovým postižením mají odlišný vývoj než u průměrné hodnoty v ČR. Do roku 2010 počty sluchově postižených v Olomouckém kraji ty průměrné výrazně převyšovaly. Zlom nastal v roce 2011, kdy výrazně poklesl počet těžce sluchově postižených. Proti roku 2010 došlo ke snížení téměř na polovinu (o 44,93 %). Mírné navýšení žáků s lehčím stupněm postižení nevyrovnalo celkový pokles počtu žáků se sluchovým postižením v kraji. V současné době se počty žáků se sluchovým postižením pohybují lehce nad průměrem ČR. Zajímavostí je, že na rozdíl od průměru ČR v Olomouckém kraji je s výjimkou roku 2012 v celkové populaci vyšší zastoupení žáků s těžkým postižením, než s lehkým stupněm postižení. V roce 2010 byla dokonce frekvence těžkého sluchového postižení více než dvojnásobná.

Celkově se dá říct, že počty sluchově postižených žáků jsou značně nevyrovnané. V letech 2008 – 2010 byly značně vysoké. Poté došlo k výraznému poklesu, ale zdá se, že v posledních třech letech dochází k jejich stabilizaci. Období tří let je ale příliš krátké na to, abychom mohli rozlišit, jedná-li se o změnu trendu nebo dojde-li následně k dalším výkyvům. Musíme ještě připomenout, že počty žáků se sluchovým postižením jsou relativně malé a proto každá menší změna v počtech výrazně ovlivní výsledné hodnoty.

Graf č. 21



Zdroj: MŠMT

### **Míra integrace žáků se sluchovým postižením v Olomouckém kraji**

Vývoj míry integrace v Olomouckém kraji má stoupající tendenci (i když v posledním roce došlo k mírnému poklesu). V aktuálním školním roce mírně zaostává za průměrnou hodnotou.

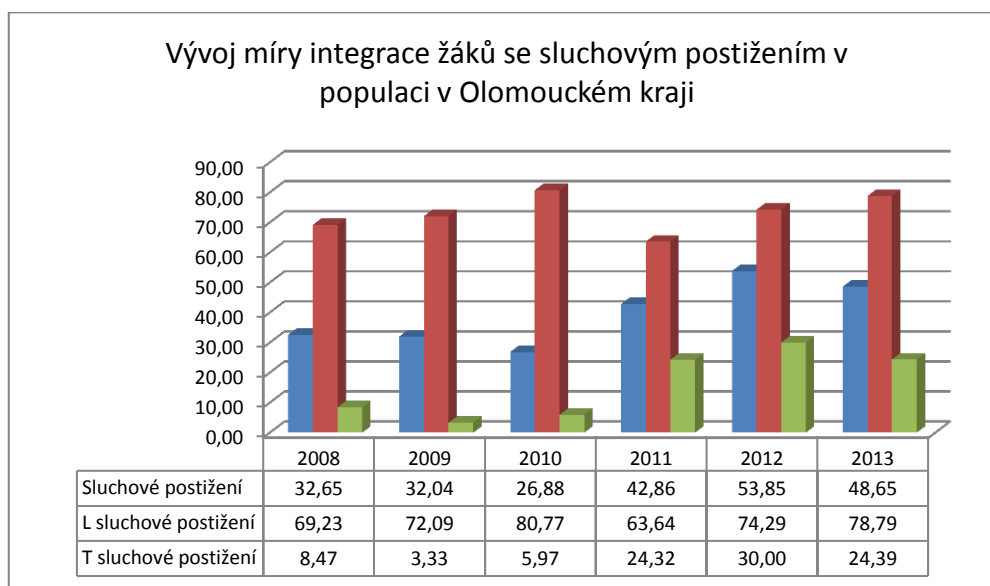
#### **Žáci s lehkým sluchovým postižením**

V oblasti integrace žáků s lehkým sluchovým postižením se Olomoucký kraj pohybuje dlouhodobě lehce nad celorepublikovým průměrem. V aktuálním roce jej převyšuje přibližně o 14 %.

#### **Žáci s těžkým sluchovým postižením**

Integrace žáků s těžším sluchovým postižením se již tolik nedaří a Olomoucký kraj výrazně zaostává za republikovým průměrem. Hodnota 24,39 % představuje pouze 60 % průměru.

Graf č. 22

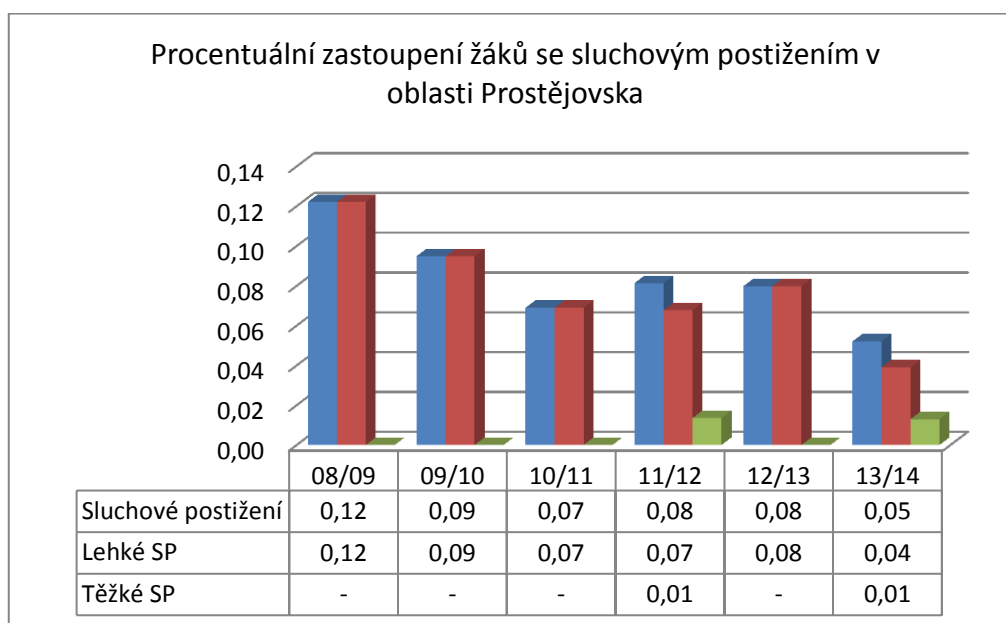


Zdroj: MŠMT

#### 6.2.4 Situace na Prostějovsku

Počty žáků se sluchovým postižením jsou na Prostějovsku velmi malé. Ve sledovaném období došlo k významnému poklesu počtu žáků s postižením. Žáci s těžkým stupněm postižením se na Prostějovsku v populaci žáků ZŠ objevují pouze výjimečně.

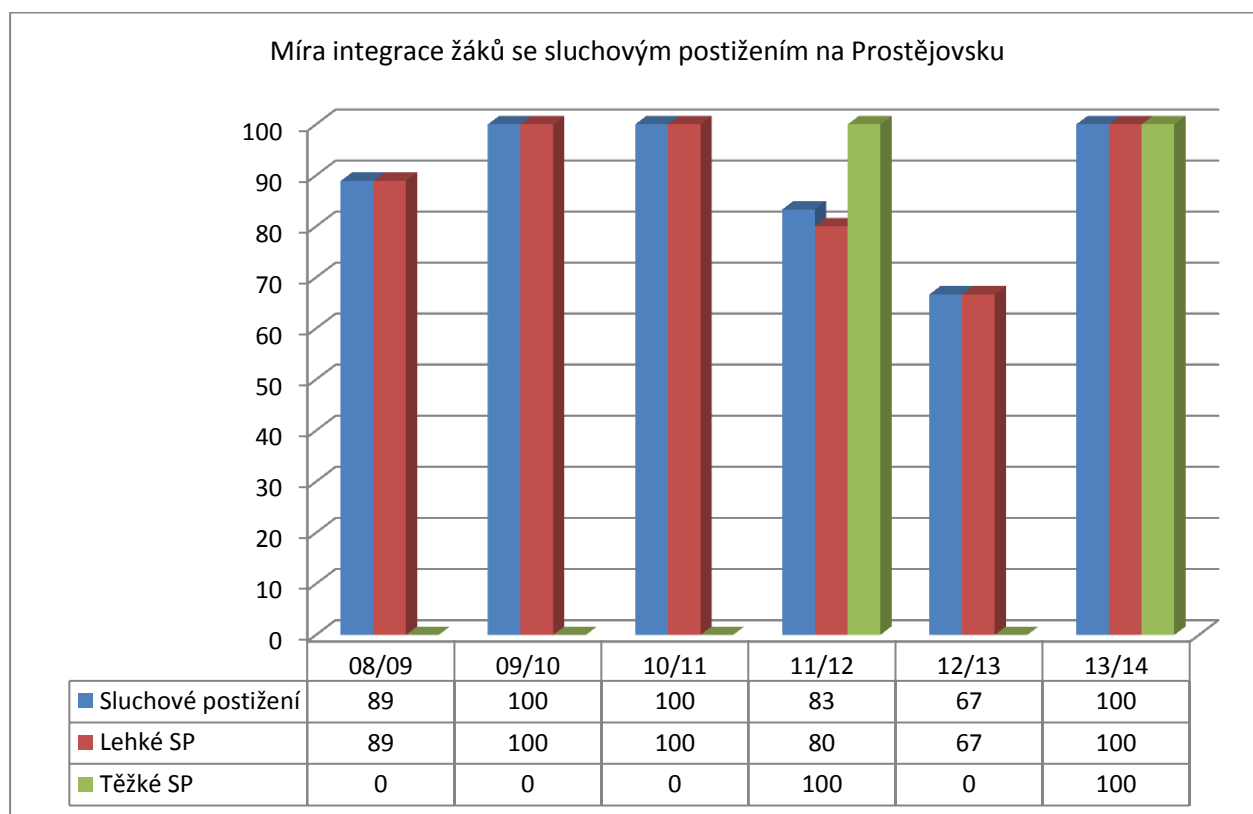
Graf č. 23



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Vzhledem k tomu, že na Prostějovsku není zřízena základní škola pro žáky s tímto druhem zdravotního postižení, jsou žáci ve velké míře individuálně integrováni do běžných základních škol. Menší část žáků navštěvuje třídy nebo školy zřízené pro žáky s jiným druhem postižení. Žáky, kteří eventuálně navštěvují základní školu pro sluchově postižené v jiné oblasti (nejčastěji Olomouc) náš výzkum nezachycuje.

Graf č. 24

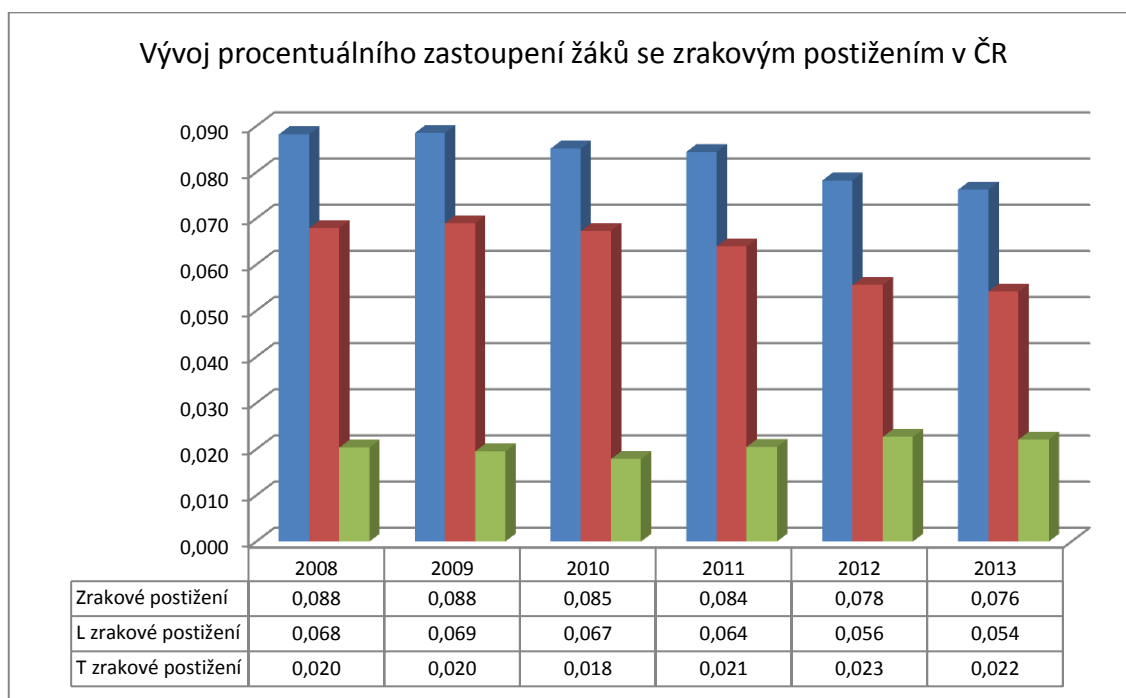


Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

### 6.3 Žáci se zrakovým postižením

Vývoj počtu žáků se zrakovým postižením vykazuje v posledních šesti letech mírný, ale stabilní pokles. Pokles se týká výhradně žáků s lehkou formou zrakového postižení. Stav žáků s těžkým postižením se nemění. Počty žáků se zrakovým postižením představují velmi malé procento všech žáků základní školy. (Na každých 1 000 žáků bez zrakového postižení připadá méně než jeden žák s tímto typem postižení. U žáků s těžkým zrakovým postižením je poměr dokonce 5 000 : 1.) Opět se setkáváme s významnými rozdíly v procentuálním výskytu žáků se zrakovým postižením v jednotlivých krajích. V Královéhradeckém kraji (0,15 %) je v aktuálním školním roce pětkrát vyšší koncentrace žáků se zrakovým postižením než v sousedním Pardubickém (0,03 %).

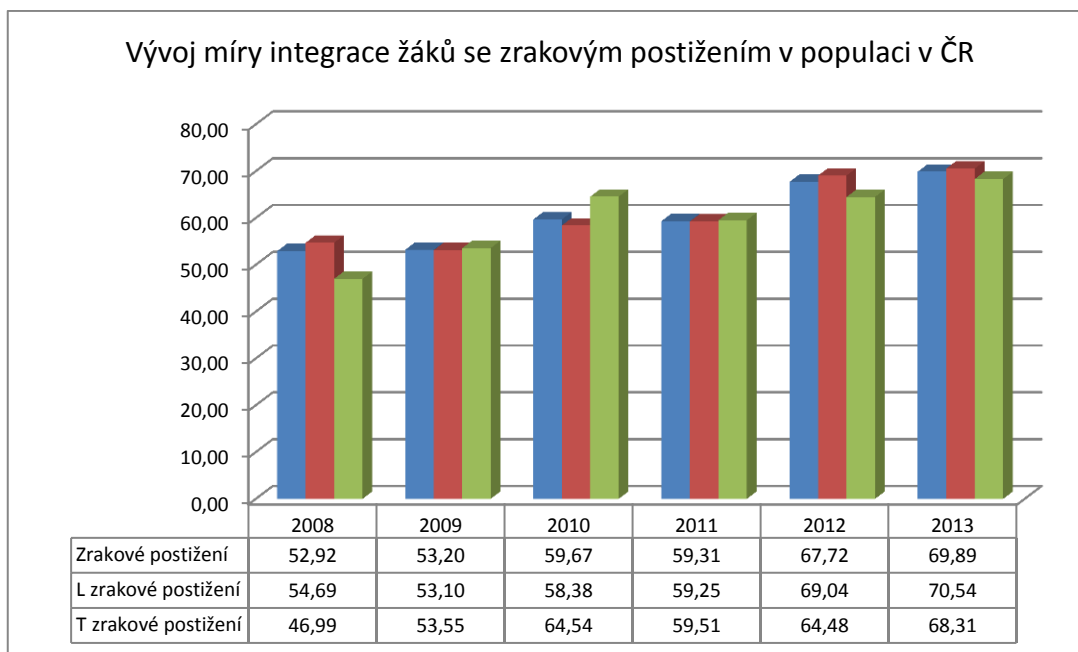
Graf č. 25



Zdroj: MŠMT

### 6.3.1 Vývoj míry integrace žáků se zrakovým postižením

Graf č. 26



Zdroj: MŠMT

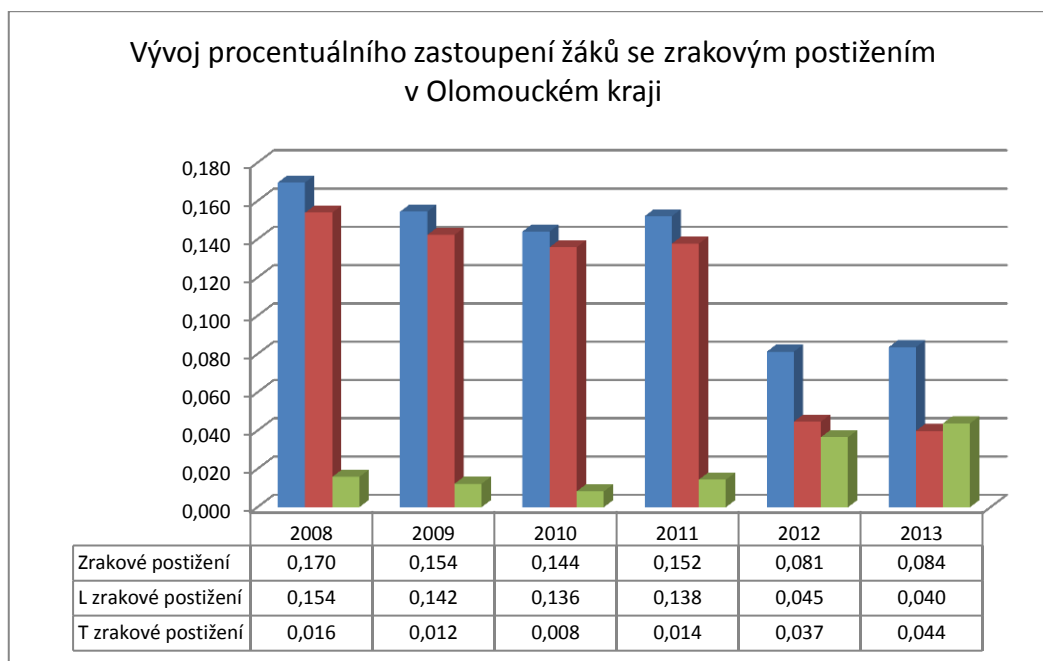


Míra integrace žáků se zrakovým postižením je značně vysoká a vykazuje pomalý, ale trvalý vzestup. V současné době jsou individuálně integrovány více než dvě třetiny zrakově postižených žáků. V případě integrace žáků se zrakovým postižením není žádný rozdíl v míře integrace mezi žáky s lehkou nebo těžkou formou postižení. Míra integrace v jednotlivých krajích je značně rozdílná. V probíhajícím školním roce je nejvyšší míra integrace ve Zlínském kraji, kde jsou integrováni všichni žáci se zrakovým postižením. Krajem s nejnižší mírou integrace je Olomoucký kraj (38,10 %).

### 6.3.2 Situace v Olomouckém kraji

Vývoj počtu zrakově postižených v základních školách má zajímavý vývoj. Zatím co v roce 2008 byl Olomoucký kraj krajem s nejvyšším procentem zrakově postižených žáků (0,17 %) a podobně tomu bylo i v následujících třech letech, v roce 2012 dochází k radikálnímu zlomu a v současnosti patří mezi kraje s průměrným zastoupením zrakově postižených.

Graf č. 27



Zdroj: MŠMT

## Žáci s lehkým zrakovým postižením

V oblasti lehkého zrakového postižení došlo v průběhu posledních šesti let k velkému snížení počtu žáků základních škol o téměř 400 % (přesně 385 %). Největší rozdíl je mezi roky 2011 a 2012.

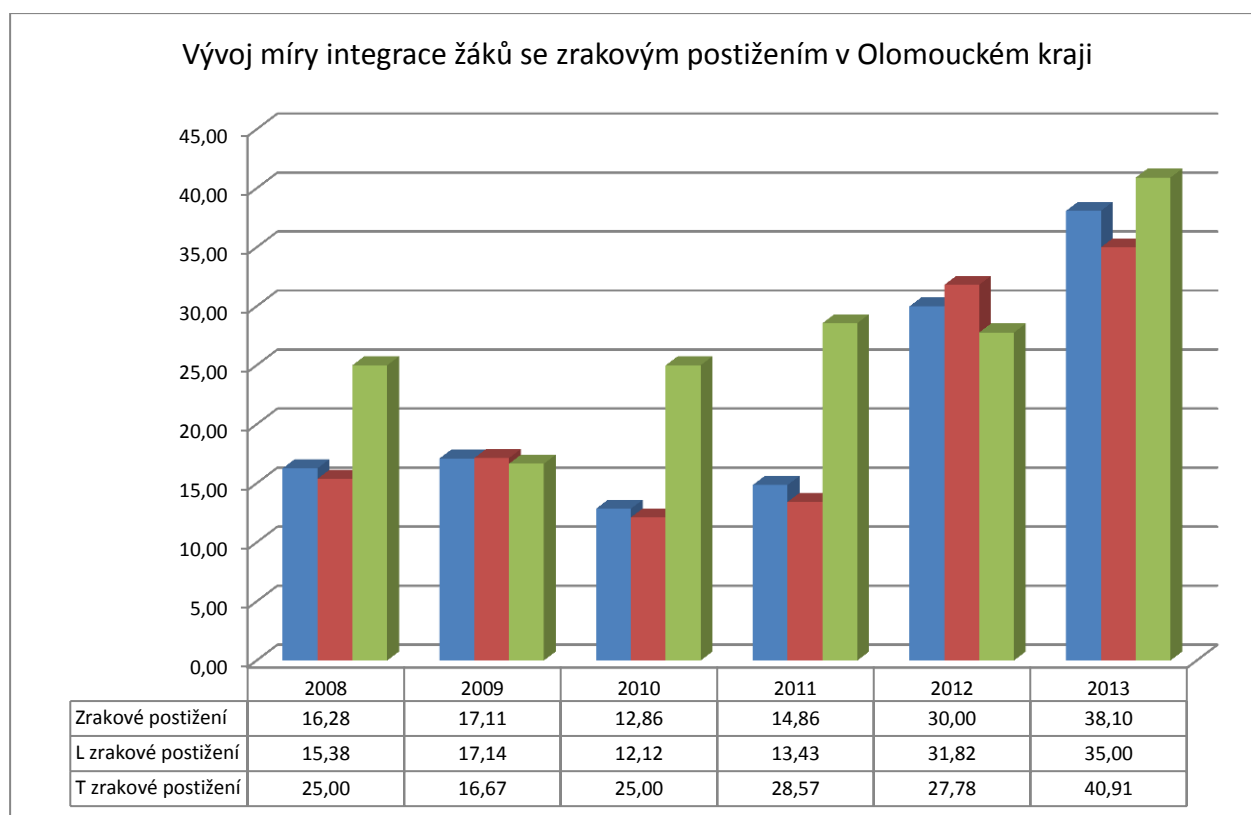
## Žáci s těžkým zrakovým postižením

Přesně opačný trend jsme zjistili u žáků s těžším stupněm postižení. Zde došlo v průběhu sledovaného období ke zvýšení o 275 %. Největší rozdíl je opět mezi roky 2011 a 2012.

### 6.3.3 Vývoj míry integrace žáků se zrakovým postižením v Olomouckém kraji

Ve sledovaném období došlo k nepravidelnému, ale trvalému zvyšování míry integrace z počátečních 16 % na současných 38 %, což je téměř 2,5 násobek. Přesto je Olomoucký kraj po celou sledovanou dobu krajem s nejnižší mírou integrace v celé republice.

Graf č. 28



Zdroj: MŠMT

## Žáci s lehkým zrakovým postižením

Podobně jako v celkovém souhrnu si stojí Olomoucký kraj i v oblasti integrace žáků s lehkým zrakovým postižením. S výjimkou roku 2009, kdy jej „předstihl“ kraj plzeňský je Olomoucký kraj jednoznačně krajem, ve kterém se integrace zrakově postižených daří nejméně. Pozitivní je, že míra integrace lehce zrakově postižených žáků relativně rychle roste. Největší navýšení můžeme pozorovat mezi roky 2011 a 2012. (může souviset s poklesem celkového procenta zrakově postižených a přestěhováním ZŠ profesora Vejvodského.)

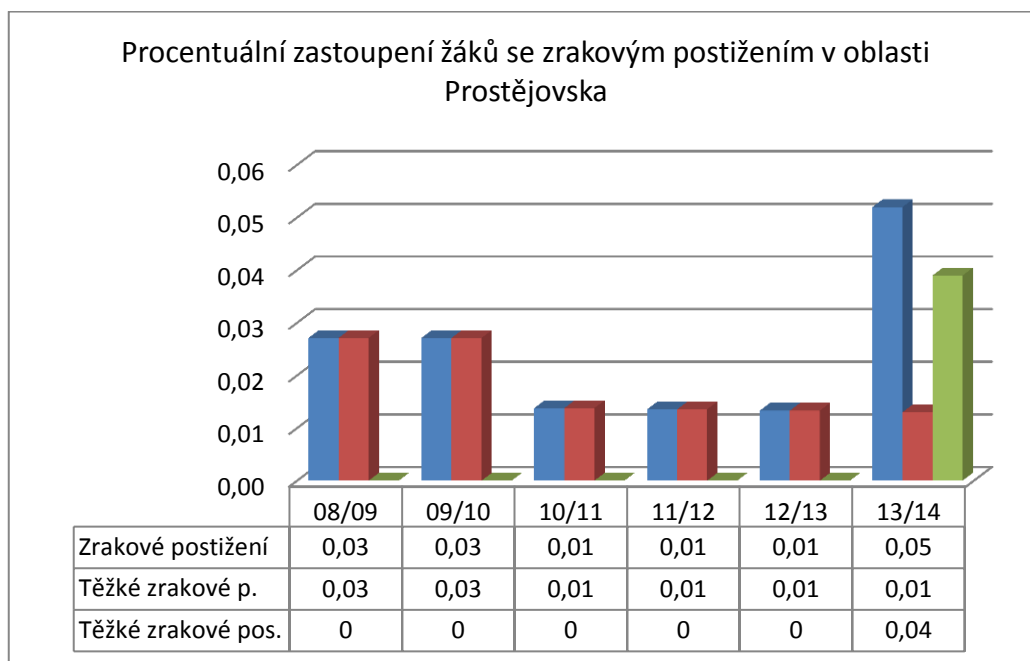
## Žáci s těžkým zrakovým postižením

Ani v oblasti integrace žáků s těžkým zrakovým postižením není situace příliš dobrá a Olomoucký kraj patří společně s Plzeňským krajem po celou dobu k oblastem s nejnižší mírou integrace žáků s těžkým zrakovým postižením. Potěšitelný je nárůst o více než 13 % v průběhu posledního školního roku.

### 6.3.4 Situace na Prostějovsku

Vývoj počtu žáků lze na Prostějovsku jen velmi obtížně sledovat. Při velmi malém počtu žáků s tímto postižením nelze hovořit o žádných trendech.

Graf č. 29

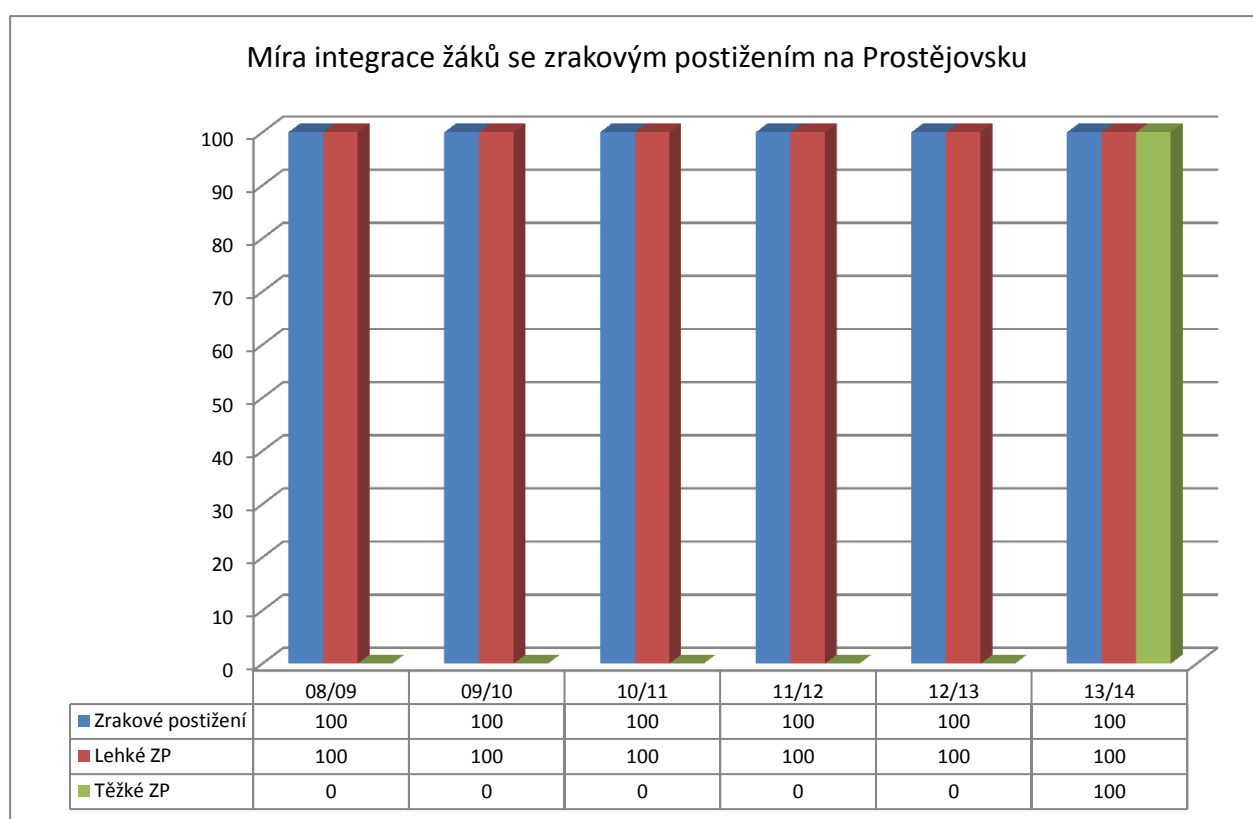


Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Pokud budeme předpokládat, že zastoupení na Prostějovsku bude podobné, jako ve zbývajících částech kraje, pak je pravděpodobné, že část žáků navštěvuje Základní školu prof. V. Vejvodského pro zrakově postižené v Olomouci. Ti nejsou zahrnuti do našeho přehledu.

V oblasti míry integrace žáků se zrakovým postižením je situace obdobná, jako u počtu žáků s tímto postižením. Vzhledem k velmi nízkým počtům žáků je velmi náročné předpokládat další vývoj. Vzhledem k tomu, že nejbližší škola pro zrakově postižené žáky je v Olomouci, byli všichni žáci individuálně integrováni. Ve školním roce 2013/2014 poprvé i čtyři žáci s těžkým zrakovým postižením.

Graf č. 30



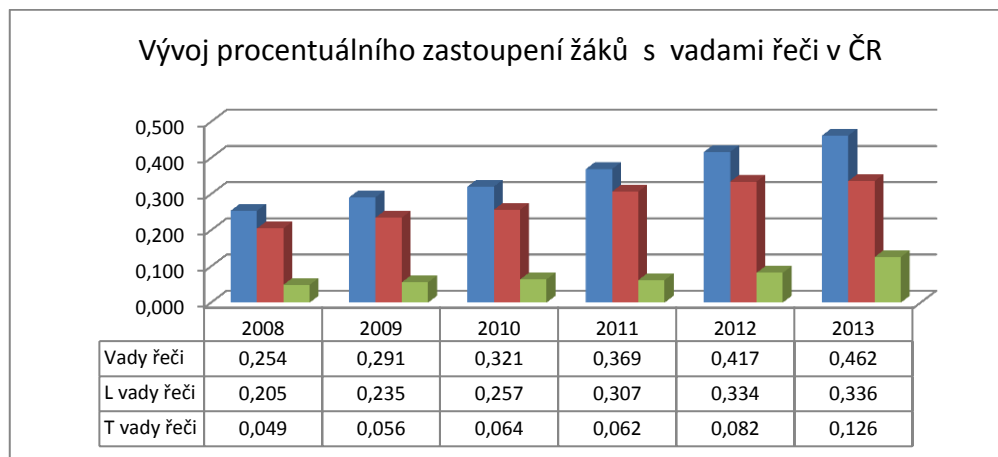
Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

## 6.4 Žáci s vadami řeči

Procentuální zastoupení žáků s vadami řeči má jednoznačně stoupající tendenci a ve sledovaném období se frekvence tohoto postižení zvýšila o 82 %. Vývoj je velmi podobný v obou stupních zdravotního postižení, pouze tempo nárůstu je rozdílné. V případě lehkého stupně došlo k nárůstu o 64 % a v případě těžkých vad řeči dokonce o 157 %. Znovu se projevuje rozdílné procento výskytu zdravotního postižení v populaci žáků základních škol.

Moravskoslezský kraj má více než jednoprocenní výskyt diagnostikovaných řečových vad, na druhé straně v Pardubickém kraji a na Vysočině je frekvence více než čtyřikrát nižší.

Graf č. 31

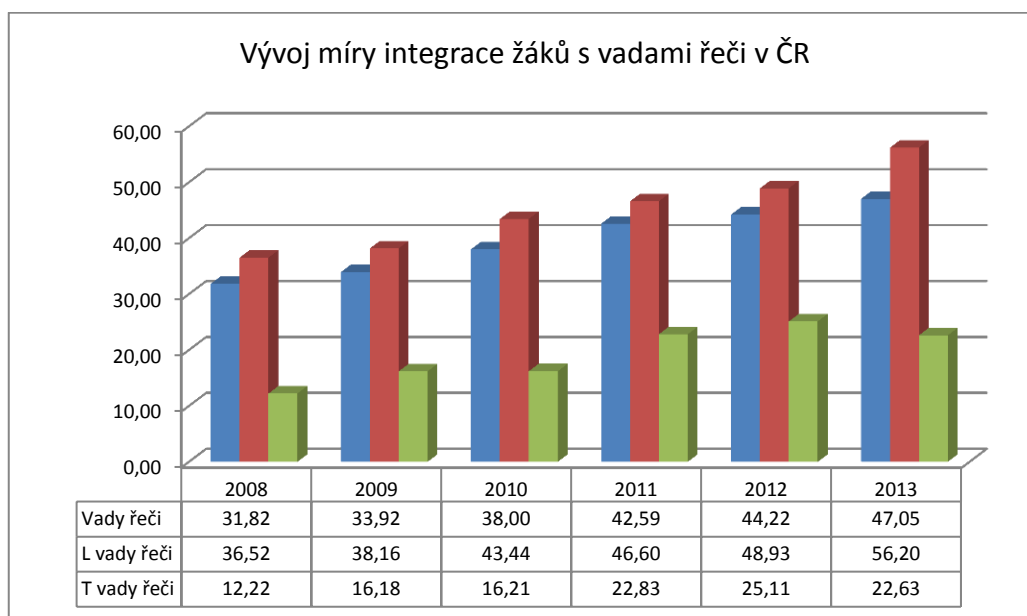


Zdroj: MŠMT

#### 6.4.1 Vývoj míry integrace žáků s vadami řeči

Míra integrace u žáků s vadami řeči má stejně jako výskyt žáků s řečovými vadami plynulý stoupající trend.

Graf č. 32



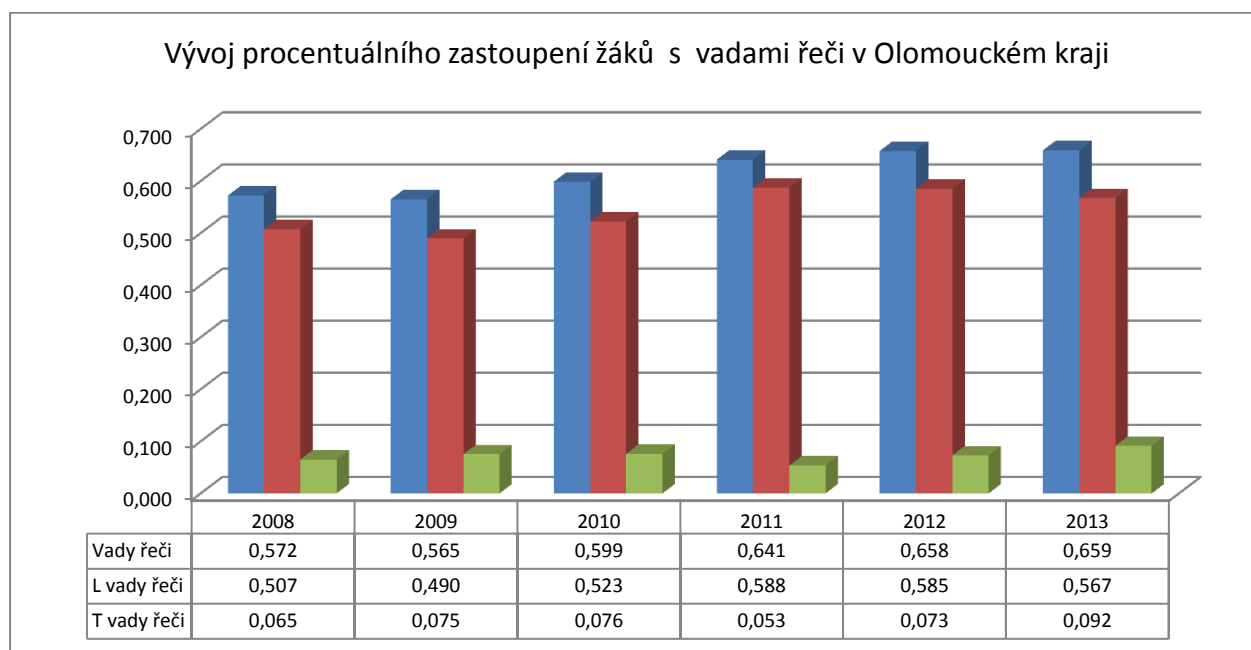
Zdroj: MŠMT

Výjimkou je poslední školní rok, kdy došlo v oblasti žáků s těžkým stupněm postižení k mírnému poklesu. Přesto můžeme konstatovat nárůst celkového procenta integrovaných žáků téměř o polovinu, v oblasti lehkého stupně postižení o 54 % a v oblasti těžkého postižení o 85 %.

## 6.4.2 Situace v Olomouckém kraji

V oblasti řečových vad dochází podobně jako v celé republice k plynulému nárůstu žáků s postižením. Tempo nárůstu je sice pomalejší než je průměrné, ale i přesto má Olomoucký kraj téměř nejvyšší frekvenci vad řeči v ČR. Výjimkou je Moravskoslezský kraj, který dlouhodobě převyšuje ostatní. Výrazný rozdíl je rovněž v rozložení počtu žáků s různým stupněm postižení. Olomoucký kraj má ve srovnání s průměrem výrazně vyšší zastoupení žáků s lehkými vadami řeči, ale také celkem výrazně nižší procento žáků s těžkými řečovými vadami.

Graf č. 33



Zdroj: MŠMT

## 6.4.3 Vývoj míry integrace žáků s vadami řeči v Olomouckém kraji

Celkový vývoj začleňování žáků s vadami řeči do běžných škol má v Olomouckém kraji vzestupnou tendenci, ale není úplně plynulý. Například v letech 2011 a 2012 došlo ke stagnaci až mírnému poklesu. V letošním školním roce je míra integrace nejvyšší za sledované období.

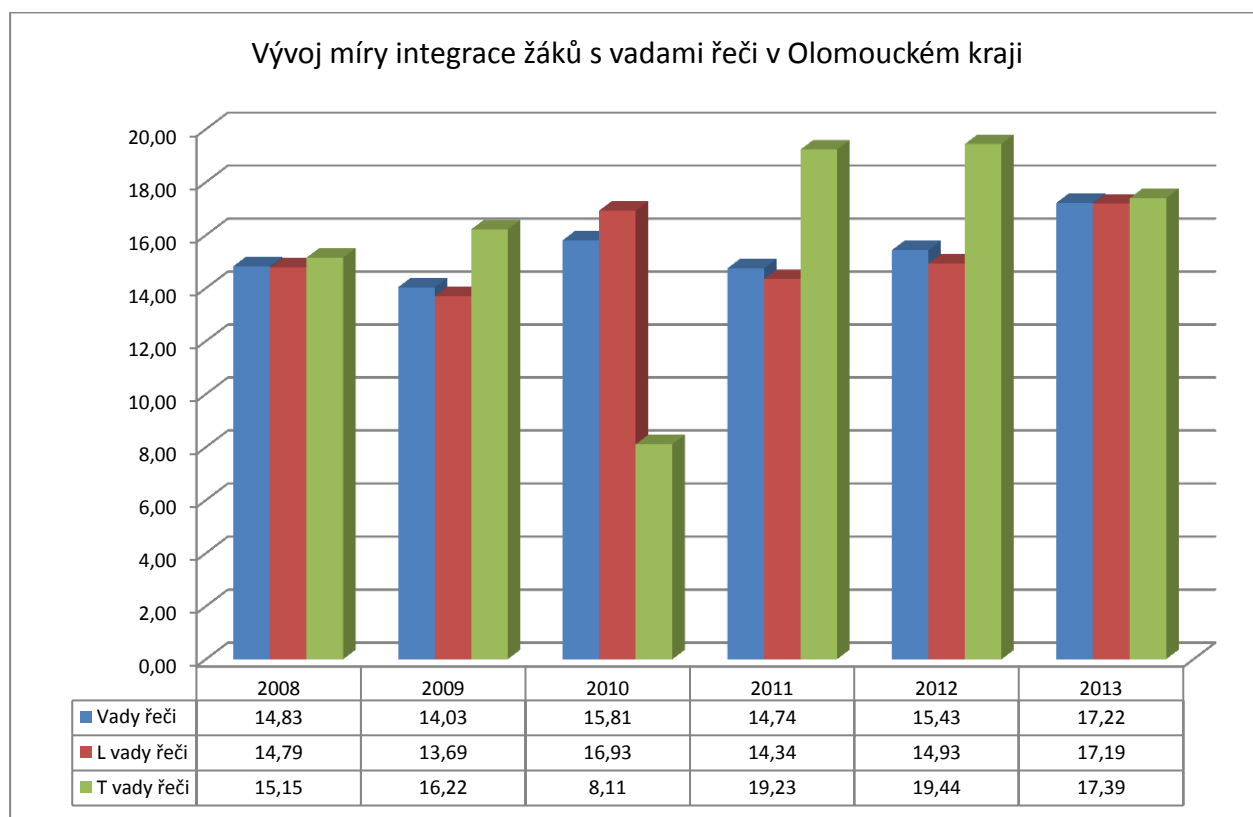
## Žáci s lehkými vadami řeči

Vývoj v oblasti integrace žáků s lehčím stupněm postižení víceméně kopíruje celkovou míru integrace žáků s vadami řeči.

## Žáci s těžkými vadami řeči

Nejednoznačná je situace v případě integračních snah u žáků s těžkým stupněm postižení. Nejvyšší míra integrace byla dosažena v letech 2011 a 2012 (více než 19 %). Letošní školní rok je třetí neúspěšnější ve sledovaném období. Přesto je zřejmé, že vývoj i v této oblasti směřuje k většímu začlenění do běžných základních škol. Zároveň je třeba vzít v úvahu, že počty integrovaných žáků s těžkým postižením jsou velice nízké a proto jakákoliv změna přináší výrazné ovlivnění míry začlenění. (Při počtu 26 žáků s těžkou vadou řeči v roce 2011 představuje každý žák téměř 4 % celku.)

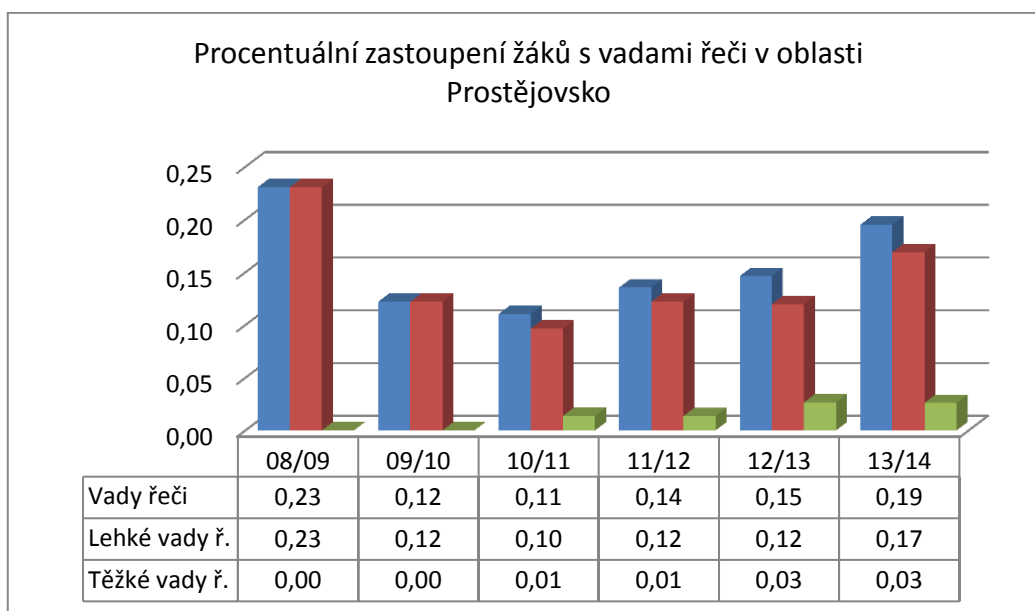
Graf č. 33



Zdroj: MŠMT

## 6.4.4 Situace na Prostějovsku

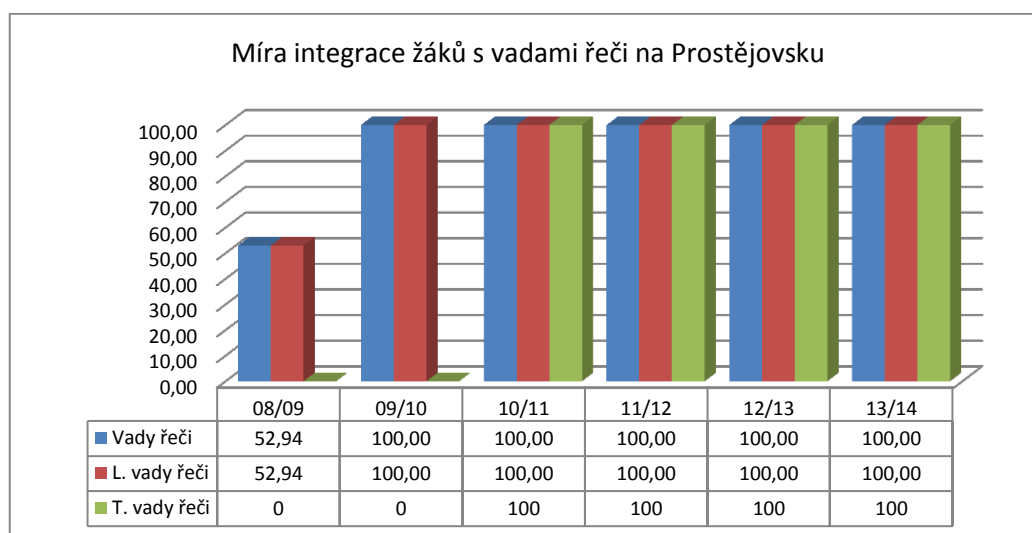
Graf č. 34



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Znovu se opakuje podobný scénář jako u žáků se sluchovým a zrakovým postižením. Vzhledem k tomu, že v oblasti není zřízena základní škola pro žáky s vadami řeči, je zde nižší výskyt žáků s postižením na ZŠ. Zároveň jsou ale všichni žáci s vadami řeči od školního roku 2009/2010 individuálně integrováni na běžných základních školách

Graf č. 35



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ



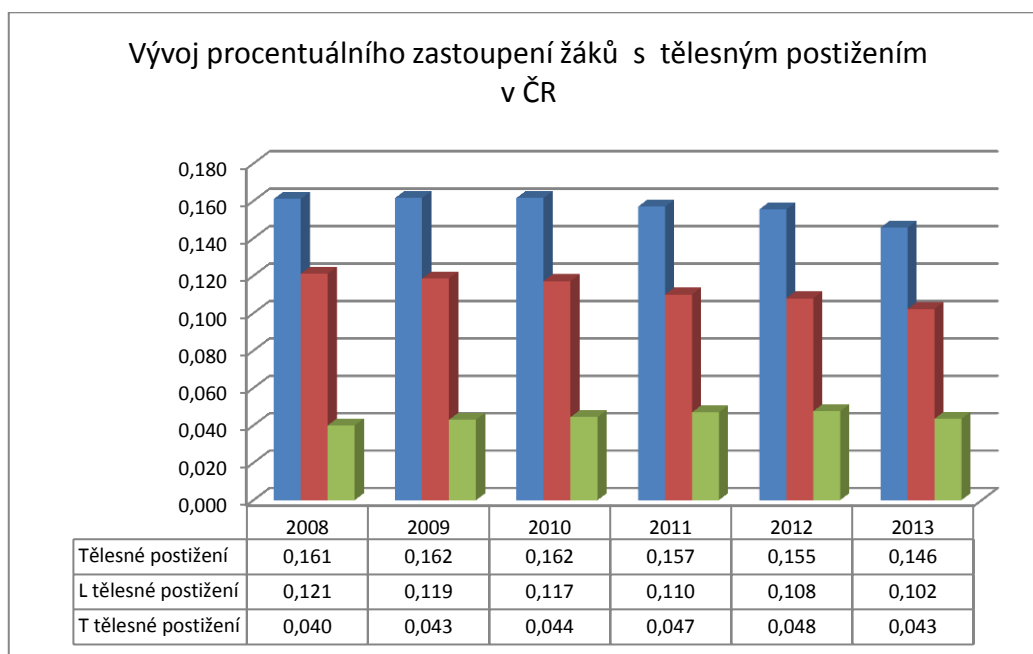
## 6.5 Žáci s tělesným postižením

Výskyt diagnostikovaného tělesného postižení mezi žáky základních škol má ve sledovaném období mírnou, ale jednoznačně klesající tendenci. Z hodnoty 0,163 % klesla hodnota na 0,146 % (pokles o více než 9 %).

Stejný průběh má i vývoj u žáků s lehkým postižením, kde snížení výskytu představuje necelých 16 %.

Rozdílná je situace u žáků s těžkým tělesným postižením, u kterých se počet, přes významné navýšení mezi lety 2008 až 2012, vrátil v roce 2013 téměř na výchozí úroveň.

Graf č. 36

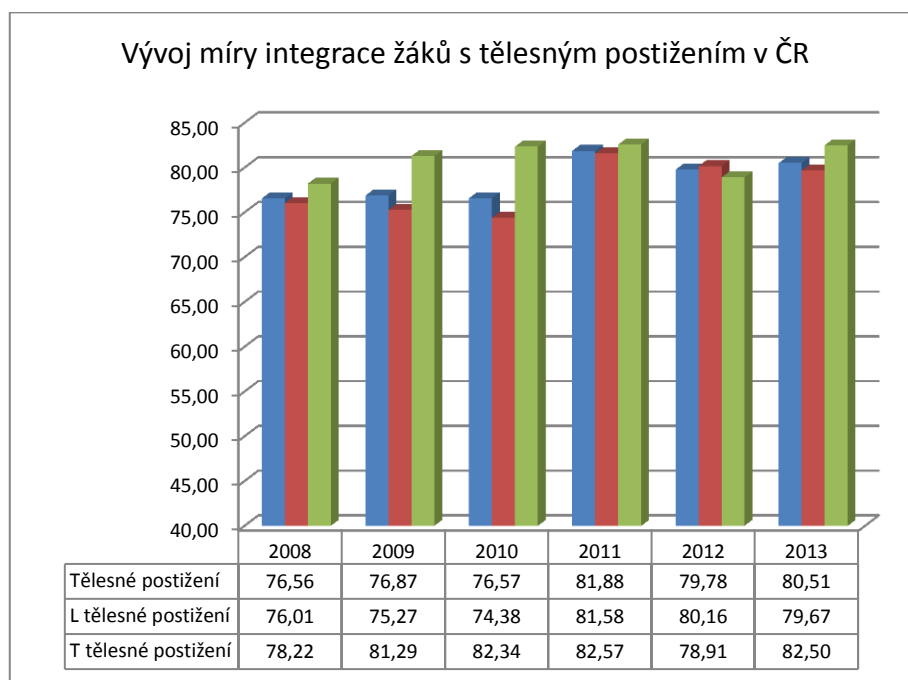


Zdroj: MŠMT

### 6.5.1 Vývoj míry integrace žáků s tělesným postižením v ČR

Míra integrace žáků s tělesným postižením je stabilně vysoká a ve sledovaném období má mírně vzrůstající tendenci. Maximum dosáhla integrace v roce 2011, kdy bylo integrováno téměř osmdesát dva tělesně postižených žáků ze sta. Vysoká je hodnota rovněž v letošním roce, kdy míra integrace přesahuje 80 %. Zajímavostí je, že ve sledovaném období byla s výjimkou roku 2012 míra začlenění žáků s těžkým postižením mírně vyšší, než u žáků s lehkým stupněm postižení.

Graf č. 37



Zdroj: MŠMT

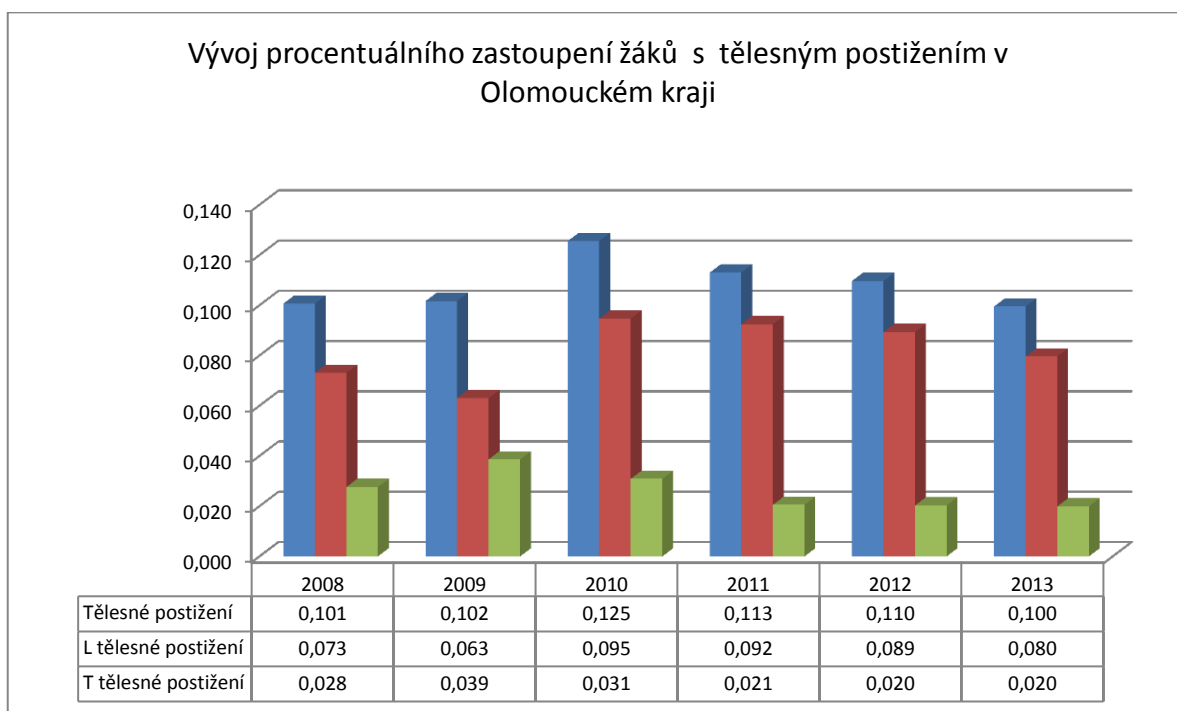
## 6.5.2 Situace v Olomouckém kraji

Vývoj zastoupení žáků s tělesným postižením v populaci žáků základních škol je v rámci monitorovaného období možno rozdělit na dvě časová období. Mezi lety 2009 a 2010 došlo ke skokovému nárůstu diagnostikovaných tělesných postižení o téměř 25 %. V následujícím období se procento žáků s postižením plynule snižovalo a v roce 2013 se dostalo zpět na úroveň roku 2008. V současné době je Olomoucký kraj společně s Plzeňským a Pardubickým krajem oblastí s nejnižší koncentrací výskytu tělesného postižení v populaci žáků základních škol.

Podobný vývoj má i procento žáků s lehčí formou tělesného postižení. Aktuální procento lehce tělesně postižených je ale nepatrně vyšší než stav v roce 2008 a ve srovnání s ostatními kraji se pohybuje v dolní třetině pomyslného žebříčku.

Křivka procentuálního zastoupení žáků s těžkým stupněm postižení má od roku 2009 klesající tendenci. Oproti tomuto roku je aktuální zastoupení žáků s těžkým tělesným postižením téměř o polovinu nižší a ve srovnání se zbytkem České republiky má Olomoucký kraj nejnižší procento těžce tělesně postižených žáků. Olomoucký kraj nedosahuje ani 50 % celostátního průměru (ČR – 0,43 %; Olomoucký kraj – 0,20 %).

Graf č. 38



Zdroj: MŠMT

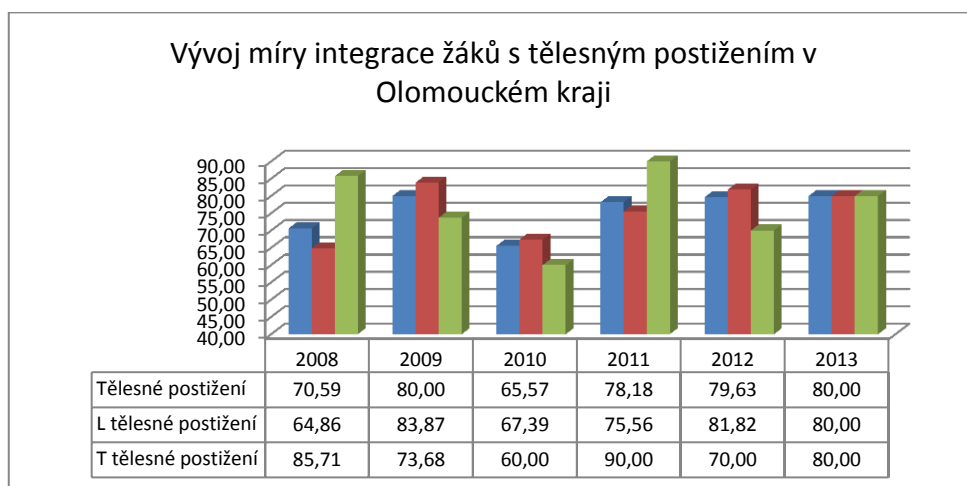
### 6.5.3 Vývoj míry integrace žáků s tělesným postižením v Olomouckém kraji

Procento individuálně integrovaných žáků se výrazně neliší od průměrné hodnoty v rámci České republiky. Ve sledovaném období nemá vývoj jednoznačný charakter. Po výrazném nárůstu mezi roky 2008 a 2009 došlo hned vzápětí v roce 2010 k ještě výraznějšímu propadu. Od roku 2011 je stav celkem stabilní a dosahuje hodnoty z roku 2008.

Propad v průběhu roku 2010 se týká všech stupňů tělesného postižení a vymyká se z průměrných hodnot v rámci monitorovaného období.

Specifická je situace v oblasti integrace žáků s těžkým tělesným postižením, kde je vývoj těžko předvídatelný. Mezi lety 2008 – 2010 došlo k rychlému poklesu míry integrace o 30 %. Následně v roce 2011 došlo ke skokovému nárůstu o 50 % a hned v následujícím roce k propadu o více než 20 %. Věříme, že současný stav je předzvěstí stabilizace v této oblasti.

Graf č. 39

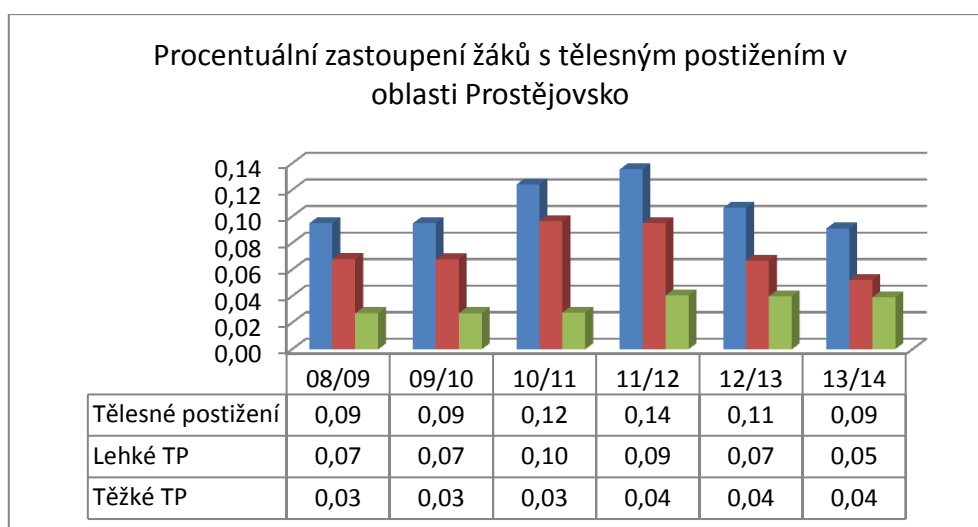


Zdroj: MŠMT

#### 6.5.4 Situace na Prostějovsku

Výskyt žáků s tělesným postižením v prostějovské oblasti je přibližně stejný, jako ve zbytku Olomouckého kraje. Vývoj v oblasti lehkého postižení je nerovnoměrný a aktuálně dosahuje nejnižší úrovně za sledované období. V oblasti těžkého postižení je situace celkem stabilní, ale opět musíme konstatovat, že v případě prostějovské oblasti se jedná o velice malý vzorek, a proto nárůst nebo pokles o jednoho žáka výrazně ovlivňuje procentuální zastoupení v oblasti.

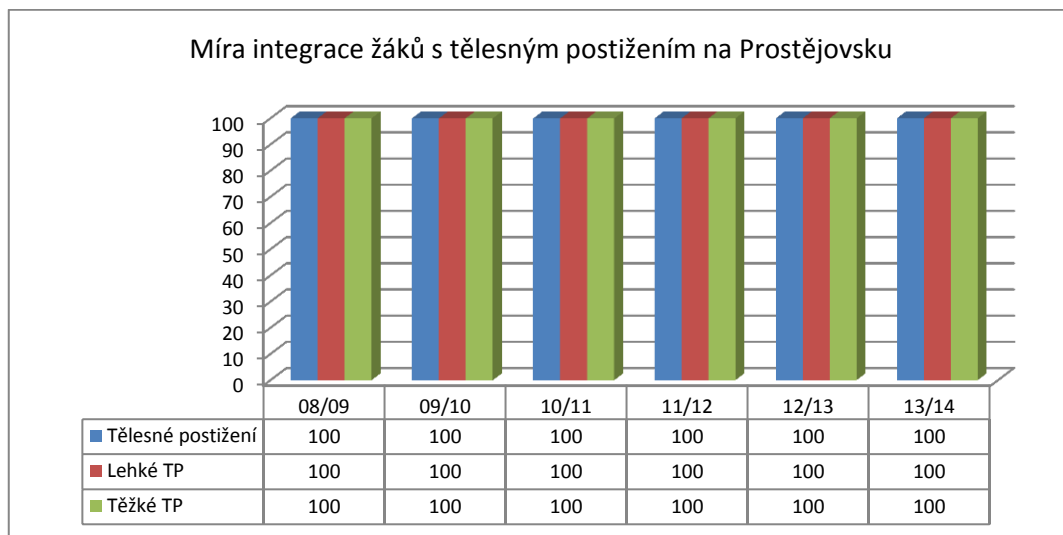
Graf č. 40



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Po celé sledované období byli všichni žáci s tělesným postižením individuálně integrováni na běžné ZŠ.

Graf č. 41

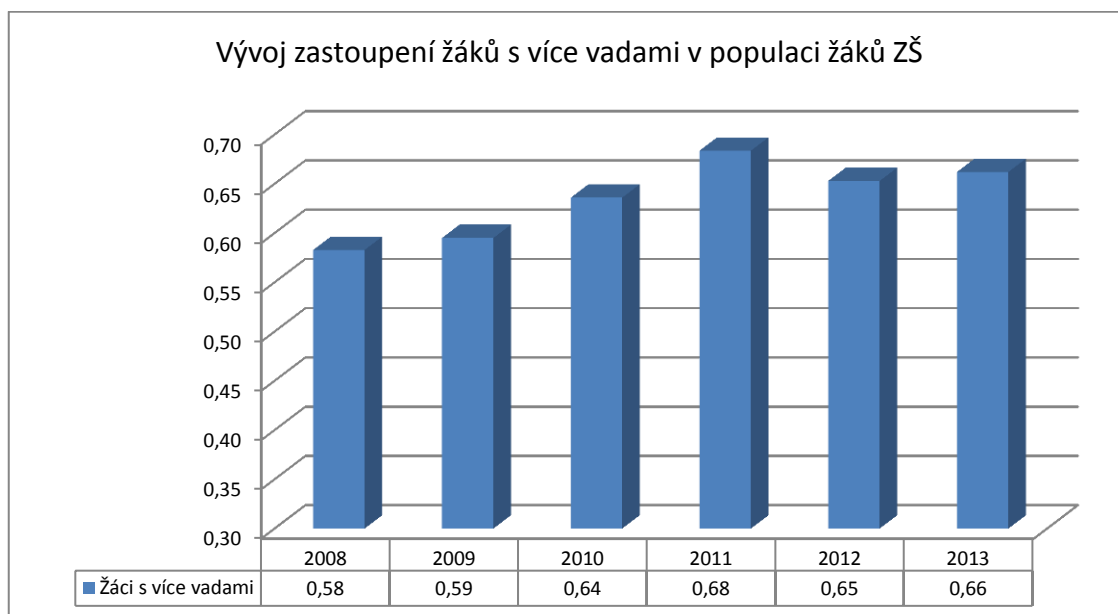


Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

## 6.6 Žáci s více vadami

Počty žáků s více vadami měly do roku 2011 mírně stoupající tendenci. Stav je v současnosti stabilizován a pohybuje se na úrovni 0,66 % populace.

Graf č. 42

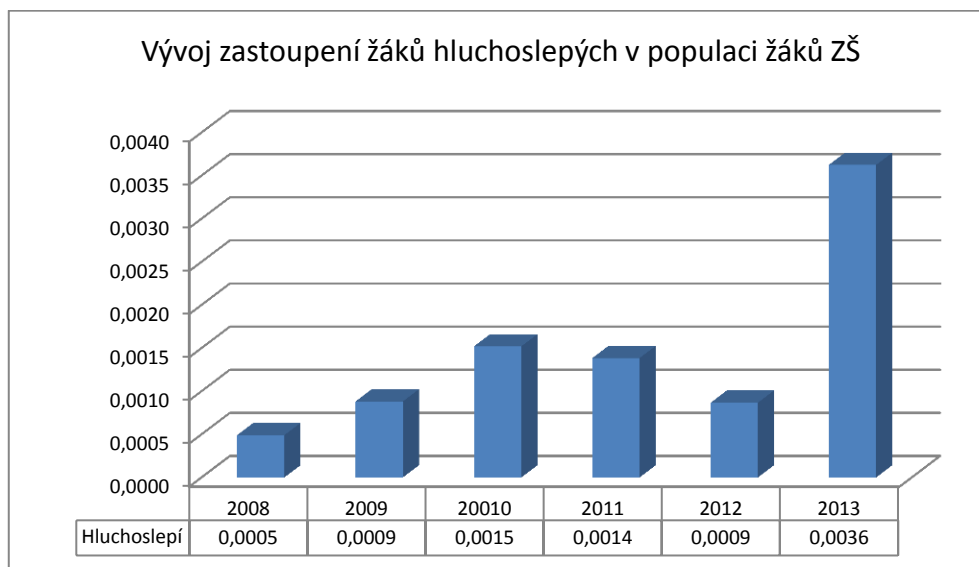


Zdroj: MŠMT

## 6.6.1 Žáci hluchoslepi

Frekvence výskytu hluchoslepých žáků v populaci žáků základních škol je velice nízká a pohybuje se po celou dobu mezi 0,0005 % (1 žák s postižením na 200 000 žáků „zdravých“) – 0,0036 % (poměr 1 : 27 778). Zajímavý je nárůst počtu žáků s postižením v posledním školním roce o 400 %.

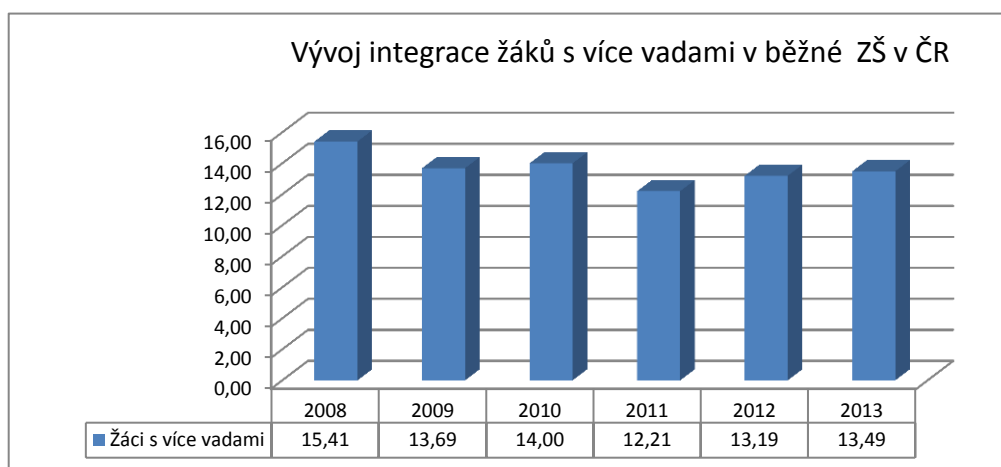
Graf č. 43



Zdroj: MŠMT

## 6.6.2 Vývoj míry integrace žáků s více vadami

Graf č. 44



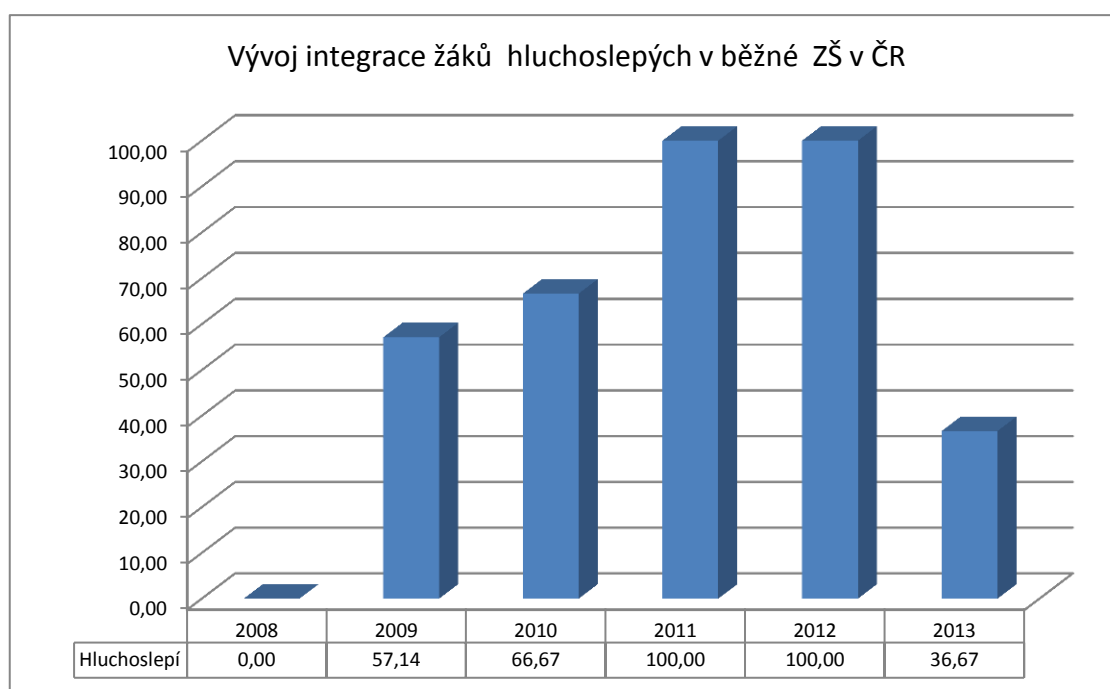
Zdroj: MŠMT

Vývoj míry integrace nemá jednoznačnou tendenci. Ve sledovaném období se pohybuje mezi hodnotami 15,41 % a 12,21 %, přičemž v současném školním roce je nižší než v průběhu let 2008 – 2010.

### 6.6.3 Vývoj míry integrace žáků hluchoslepých

Míra integrace žáků s tímto vážným postižením byla v posledních letech velmi vysoká (v letech 2011 a 2012 – 100 %). V posledním roce došlo k poklesu. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi malý vzorek, mohou být výsledky výrazně zkresleny změnami u čtyř nebo pěti žáků.

Graf č. 45



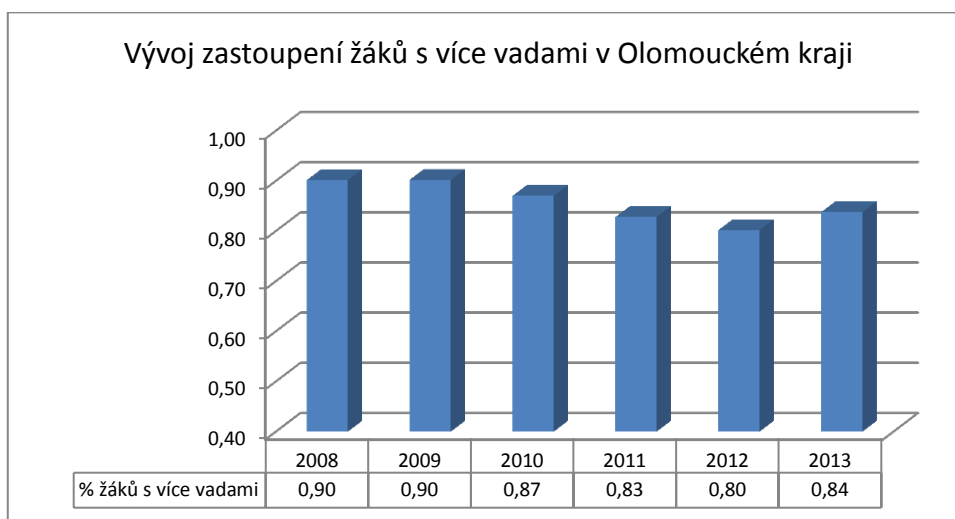
Zdroj: MŠMT

### 6.6.4 Situace v Olomouckém kraji

#### Vývoj zastoupení žáků s více vadami

Procento žáků s více vadami je v Olomouckém kraji v průběhu celého období vysoké a přes mírný pokles proti roku 2008 převyšuje aktuálně celostátní průměr o více než 27 %. Olomoucký region patří mezi čtyři kraje s nejvyšším zastoupením žáků s více vadami.

Graf č. 46



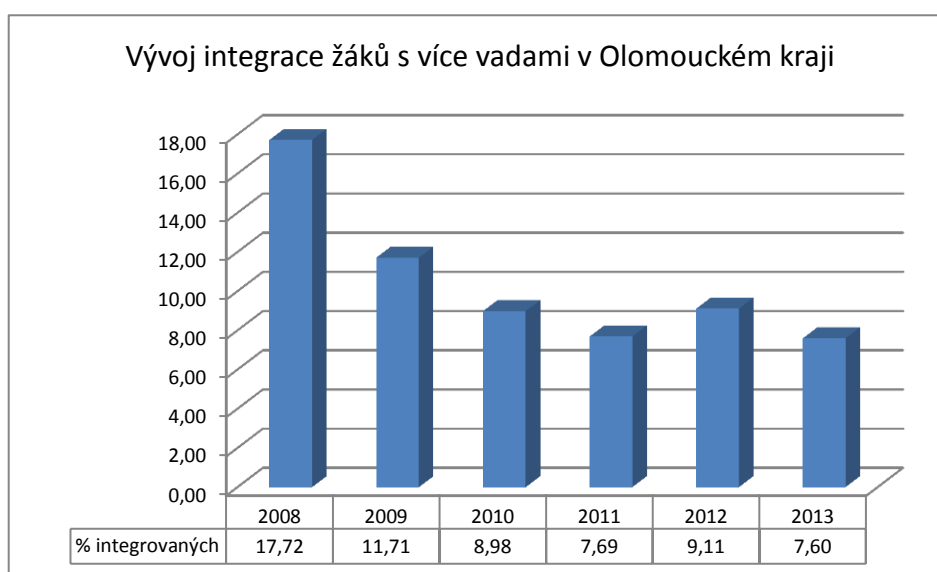
Zdroj: MŠMT

### Vývoj zastoupení žáků hluchoslepých

V Olomouckém kraji se žáci s tak vážným zdravotním postižením vyskytli teprve v letošním roce. Olomoucko v této oblasti patří aktuálně ke krajům s nadprůměrným zastoupením tohoto velmi vážného postižení. Ze čtyř hluchoslepých žáků je jeden individuálně integrovaný.

### Vývoj integrace žáků s více vadami

Graf č. 47



Zdroj: MŠMT

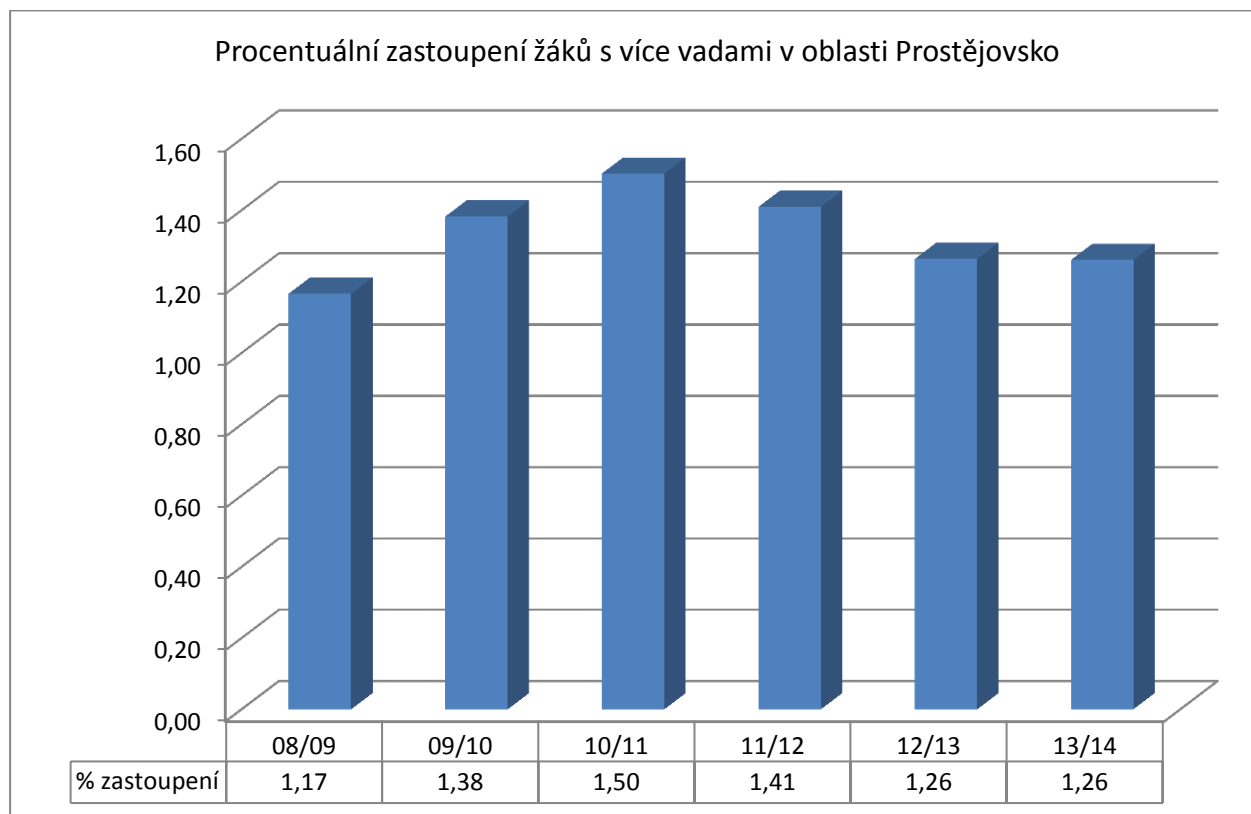


Vývoj integrace žáků s více vadami má v Olomouckém kraji opačný vývoj, než bychom očekávali. Pokud v roce 2008 byl Olomoucký kraj v této oblasti nejprogressivnějším krajem v České republice, v roce 2013 patří ke třem krajům s nejnižší mírou integrace. Za sledované období došlo v Olomouckém kraji k poklesu míry integrace o 57 %!

### 6.6.5 Situace na Prostějovsku

Jestli Olomoucký kraj patří ke krajům s nejvyšším procentem žáků se souběžným postižením více vadami, pak je to i díky vysokému zastoupení tohoto postižení na Prostějovsku. Procentuální výskyt žáků s postižením přesahuje republikový průměr téměř dvojnásobně. Pravděpodobným důvodem je vysoké procento těchto žáků na jedné ze speciálních škol v Prostějově, ve které představují žáci s postižením více vadami ve sledovaném období vždy více než 80 % celkového počtu žáků a rovněž fakt, že další základní škola speciální se zaměřuje na žáky s těžším stupněm mentálního postižení, které s sebou často nese i další zdravotní postižení (např. u DMO).

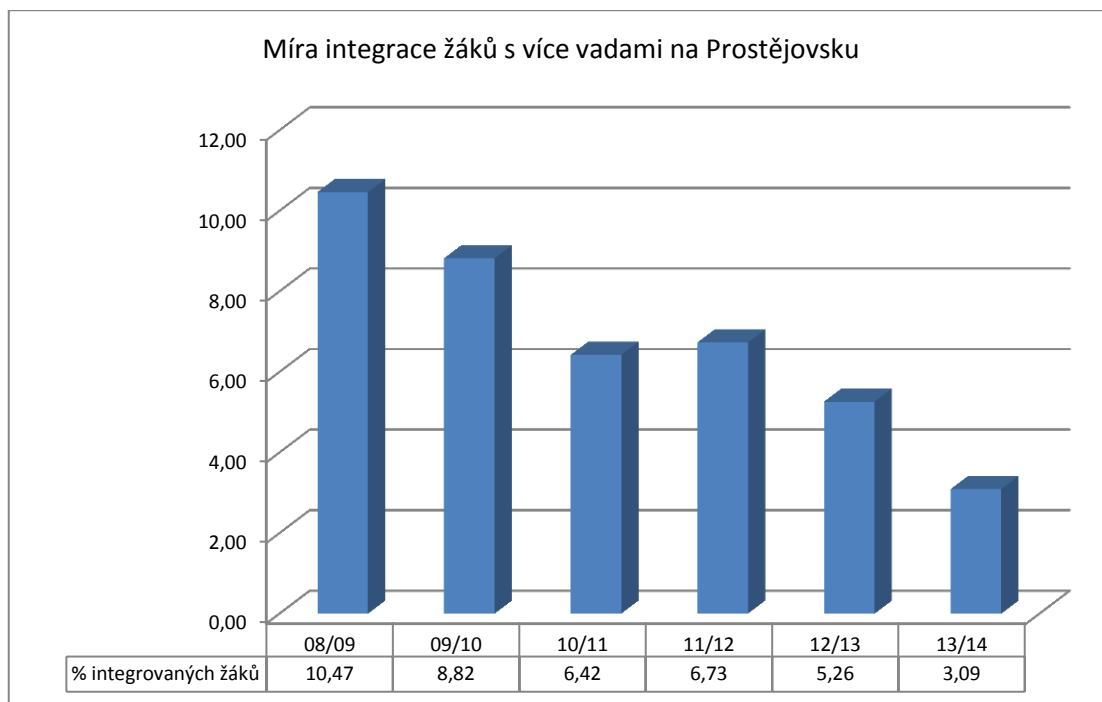
Graf č. 48



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Míra integrace se stejně jako v celém Olomouckém kraji plynule snižuje. Jedná se o důsledek výše zmíněných skutečností. Tempo snižování procenta individuálně začleněných žáků s postižením je ještě vyšší, než ve zbytku kraje a oproti výchozímu stavu došlo k více než trojnásobnému poklesu!

Graf č. 49



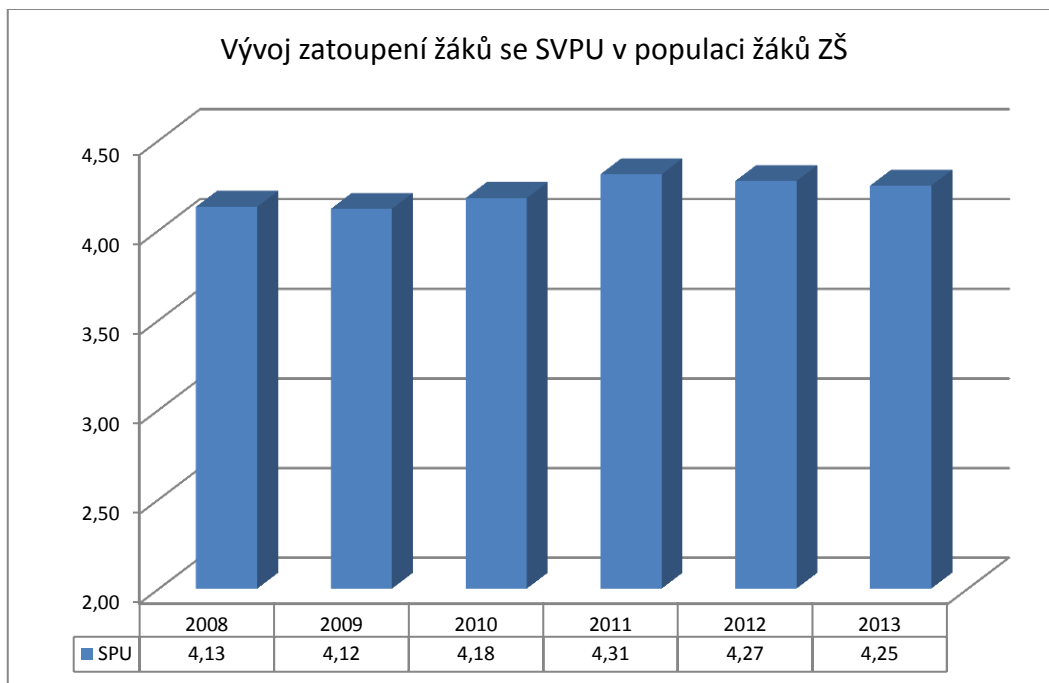
Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

## 6.7 Žáci s vývojovými poruchami učení

Procentuální zastoupení žáků se specifickými poruchami učení je celkem stabilní. Zdá se, že křivka vyjadřující zastoupení žáků s postižením má lehce stoupající tendenci. Po celou sledovanou dobu jsou specifické poruchy učení jednoznačně nejpočetněji zastoupeným zdravotním postižením v populaci žáků základních škol. Opět se musíme zmínit o diskrepanci v četnosti diagnostikovaných specifických vývojových poruch učení v rámci jednotlivých krajů. Rozdíly jsou opravdu velmi vysoké. Aktuální průměrná četnost žáků s tímto druhem postižení je v ČR 4,25 %. Přesto je v Jihočeském kraji diagnostikováno pouze 1,17 %. Této hodnotě se žádný další kraj ani zdaleka nepřibližuje. Zlínský kraj eviduje 2,96 % žáků s SVPU. Na druhé straně Královéhradecký kraj vykazuje 8,16 % žáků s SVPU. Ani tuto hodnotu žádný jiný kraj nemůže „ohrozit“. Druhé „místo“ patří hlavnímu městu, kde mají aktuálně 5,14 % postižených žáků. Vzhledem k tomu, že SVPU je jednoznačně nejfrekventovanějším zdravotním postižením (aktuálně ze 100 zdravotně postižených je 48 žáků s diagnózou SVPU), rozdíly významným

způsobem ovlivňují i celkové procento žáků se zdravotním postižením. Tento fakt vysvětluje, proč právě Jižní Čechy a Hradec Králové stojí na opačných koncích pomyslné osy i v procentuálním zastoupení všech zdravotně postižených žáků.

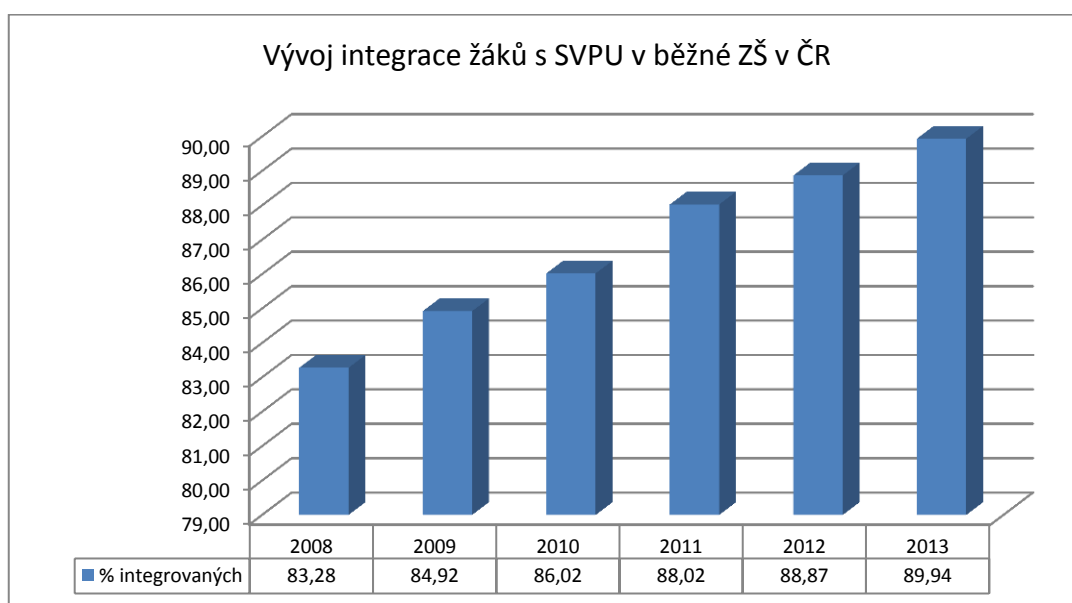
Graf č. 50



Zdroj: MŠMT

### 6.7.1 Vývoj míry integrace žáků s vývojovými poruchami učení

Graf č. 51

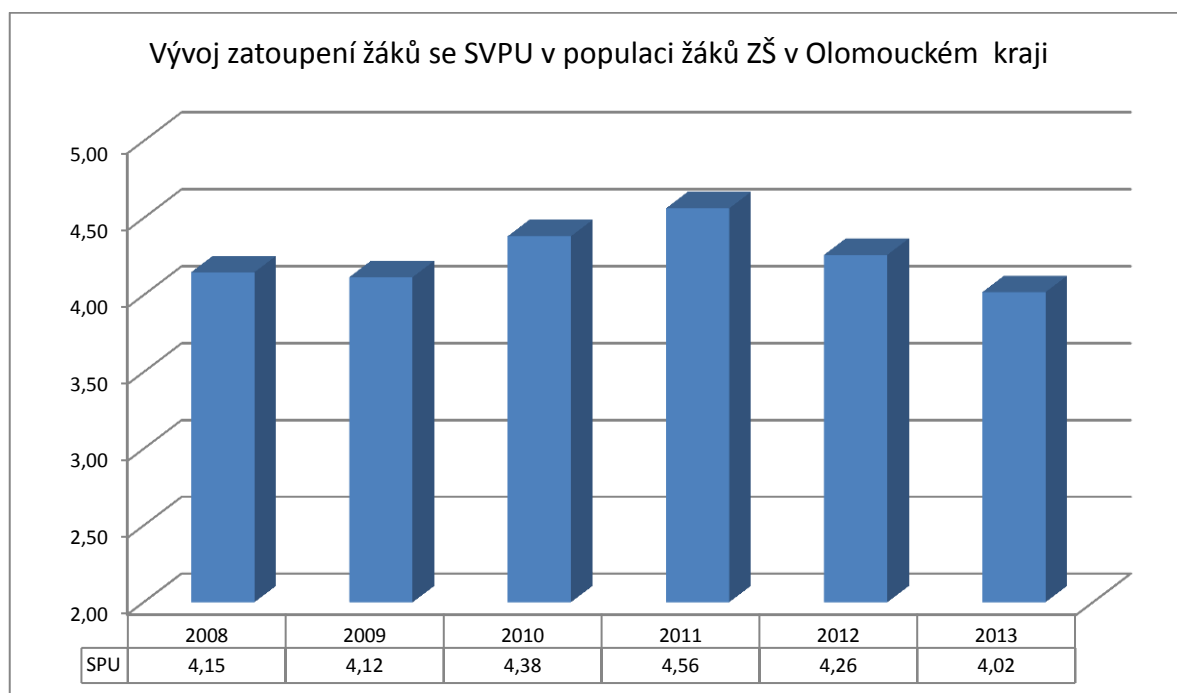


Zdroj: MŠMT

Vývoj míry integrace u žáků se SVPU má téměř „učebnicový“ průběh. Žáky s tímto typem postižení se dlouhodobě daří začleňovat do kolektivu běžné třídy. Míra integrace žáků je velmi vysoká a od roku 2008 se dále zvýšila o 8 %. Osm ze čtrnácti krajů integruje více než 90% žáků s SVPU a Pardubický kraj dokonce více než 99 % (z 1 919 žáků s SVPU je 1 900 individuálně integrováno). I zbývající žáci navštěvují v drtivé většině běžnou základní školu, ve které jsou zřízeny speciální třídy pro žáky se zdravotním postižením. Rozdíly mezi jednotlivými kraji jsou sice významné (rozdíl mezi Pardubickým krajem a hlavním městem Praha je téměř 20 %), ale vzhledem k vysoké míře integrace a jejímu trendu lze očekávat stále vyšší začlenění žáků s SVPU do běžných základních škol.

## 6.7.2 Situace v Olomouckém kraji

Graf č. 52



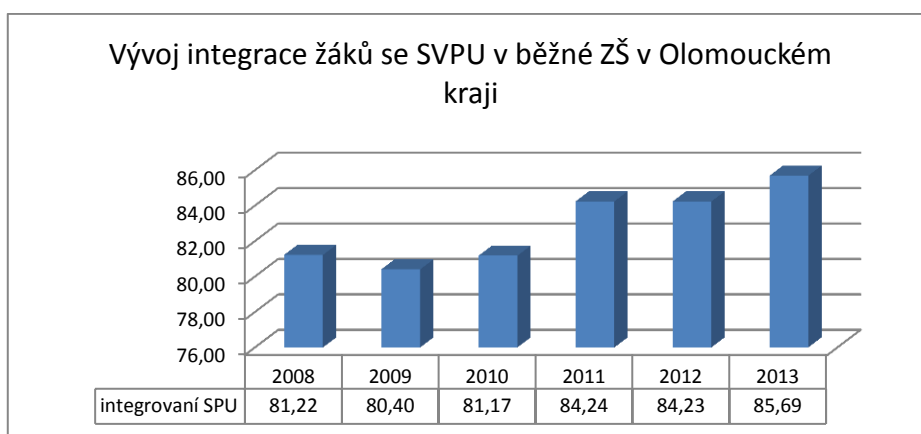
Zdroj: MŠMT

Procentuální zastoupení žáků se SVPU a jeho vývoj je rozdílný od republikového průměru. V letech 2008 a 2009 se hodnota výskytu postižení téměř neměnila. V roce 2010 došlo k mírnému zvýšení o více než 6 %. Následně se i v roce 2011 procento diagnostikovaných SVPU ještě navýšilo, ale od roku 2012 se stavy postižených snižují. Aktuální výskyt SVPU je v Olomouckém kraji nižší, než v roce 2008.

### 6.7.3 Míra integrace žáků se SVPU v Olomouckém kraji

Začleňování žáků se specifickými poruchami učení do běžných tříd základní školy je stejně jako v rámci celé ČR celkem běžné. Za sledované období se míra integrace zvýšila o pět a půl procenta a v letošním školním roce navštěvuje speciální třídy pro žáky se zdravotním postižením pouze něco přes čtrnáct žáků ze sta. Přesto zaostává míra integrace v Olomouckém kraji za celostátním průměrem.

Graf č. 53

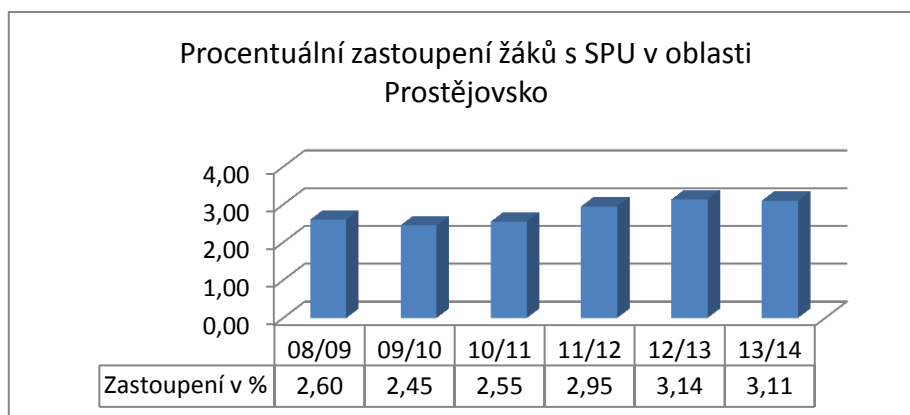


Zdroj: MŠMT

### 6.7.4 Situace na Prostějovsku

Pokud jsme se u procenta žáků se souběžným postižením více vadami pozastavovali nad vysokým zastoupením tohoto postižení v populaci žáků ZŠ, pak u žáků se specifickými vývojovými poruchami učení bude situace opačná.

Graf č. 54

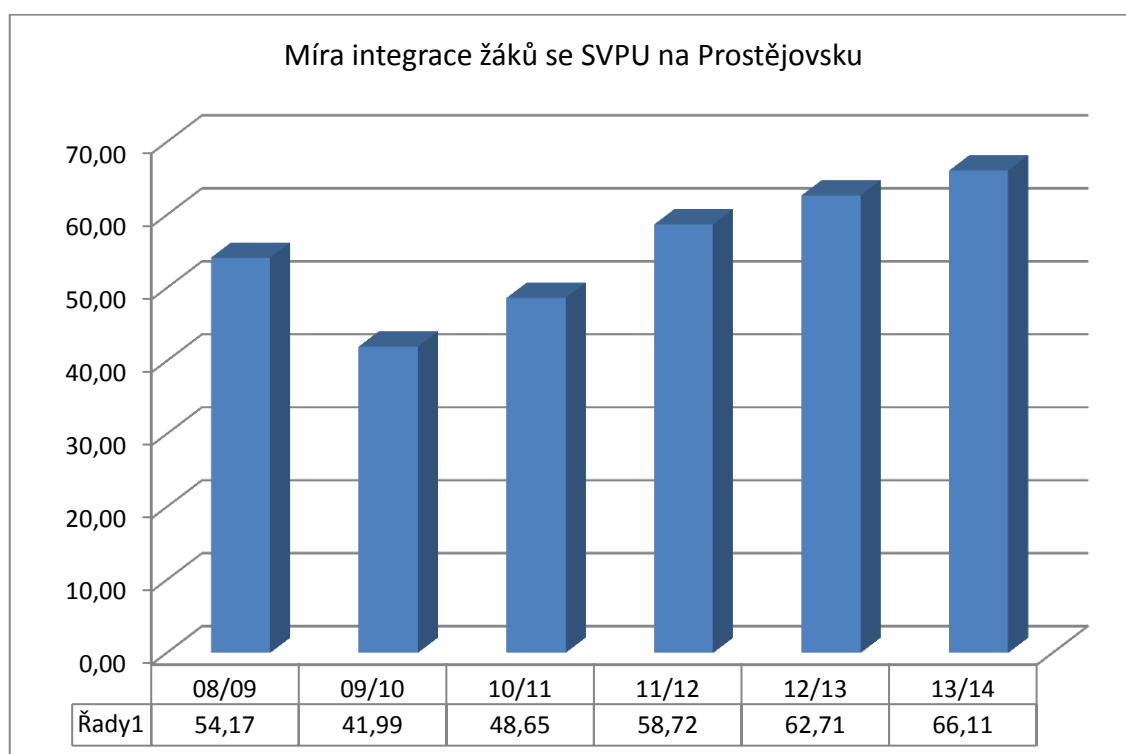


Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Na Prostějovsku jsme evidovali o čtvrtinu méně diagnostikovaných případů SVPU, než je celorepublikový průměr. Na rozdíl od zbytku Olomouckého kraje však na Prostějovsku dochází k celkem stabilnímu nárůstu zastoupení z 2,60 % na 3,11 %.

Míra integrace žáků je vzhledem k povaze zdravotního postižení podle očekávání vcelku vysoká, ale zdaleka nedosahuje průměrné hodnoty v ČR, ani v Olomouckém kraji a ve srovnání s krajem s nejnižší mírou integrace v ČR, Libereckým krajem zaostává Prostějovsko téměř o 14 % (rozdíl v míře integrace je více než 1/6). Pozitivní je, že s výjimkou propadu mezi školními roky 2008/2009 a 2009/2010 lze sledovat plynulý a celkem rychlý nárůst individuálně integrovaných žáků. Zbývající žáci s tímto typem zdravotního postižení jsou integrováni skupinově na dvou běžných základních školách. Aktuálně od školního roku 2013/2014 skupinově integrují v devíti třídách celkem 81 žáků. Jedna ze škol pracuje se žáky z 1. – 7. ročníku a druhá ZŠ se stará o žáky 8. a 9. ročníku. Tyto speciální třídy navštěvují rovněž v menší míře i žáci se souběžným postižením více vadami se specifickými vývojovými poruchami chování a v letošním roce i dva žáci se středně těžkým mentálním postižením a jeden žák s poruchami autistického spektra.

Graf č. 55



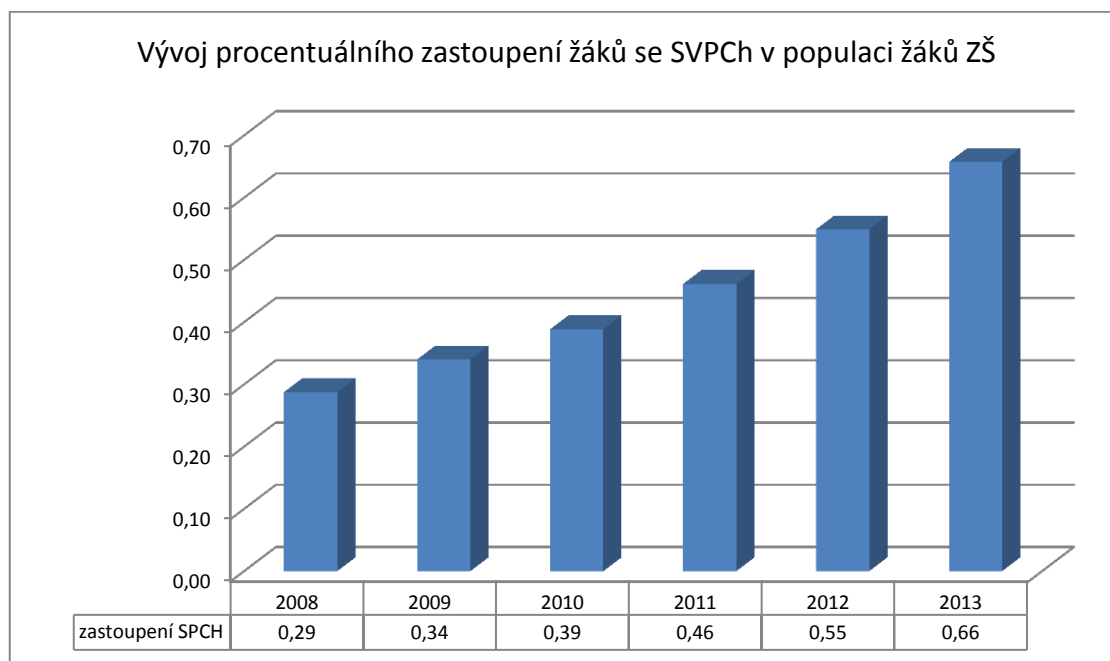
Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

## 6.8 Žáci s vývojovými poruchami chování

Počty žáků se SVPCCh mají po celé sledované období plynule vzrůstající tendenci. Nárůst procentuálního výskytu v populaci žáků základních škol v relativně krátkém časovém období je překvapivý. Od roku 2008 do roku 2013 došlo k více než dvojnásobnému nárůstu (nárůst o 228 %). V současné době jsou specifické poruchy chování čtvrtým nejrozšířenějším zdravotním postižením po SVPU, mentálním postižení a postižení více vadami.

Také v případě žáků se SVPCCh se míra diagnostikovaných případů v jednotlivých krajích značně liší. Krajem, který dlouhodobě vykazuje nejnižší zastoupení žáků s postižením je Jihočeský kraj, který eviduje pouze 0,26 % postižených. Naproti tomu kraj s nejvyšším zastoupením žáků s SVPCCh Středočeský vykazuje více než třikrát vyšší koncentraci 0,88 %.

Graf č. 56

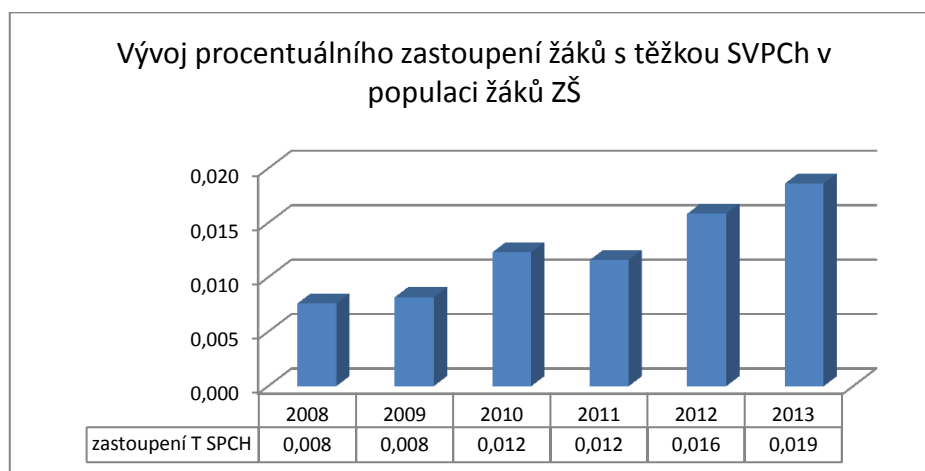


Zdroj: MŠMT

### 6.8.1 Žáci s těžkými vývojovými poruchami chování

V populaci žáků základních škol je diagnostikováno velmi nízké procento žáků s těžkými specifickými poruchami chování (jeden žák s těžkou SVPCCh připadá na 5 263 žáků „zdravých“).

Graf č. 57



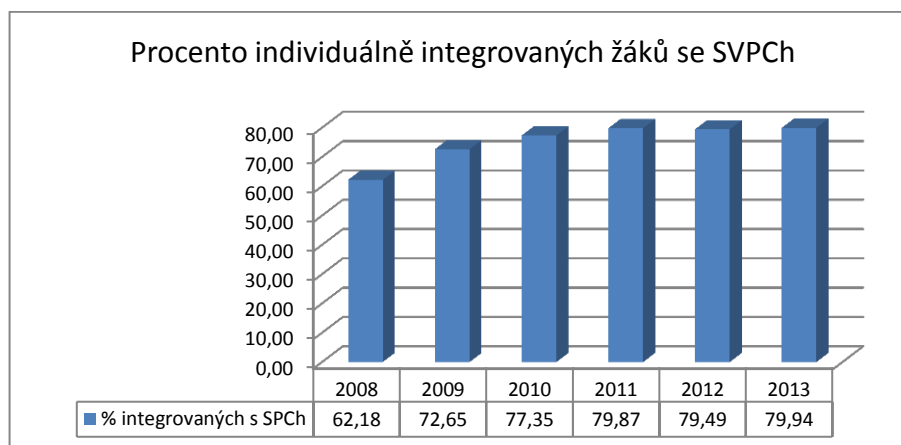
Zdroj: MŠMT

Frekvence výskytu tohoto zdravotního postižení zaznamenala v průběhu šesti let více než dvojnásobný nárůst (nárůst o 238 %). V této oblasti je největší disproporce mezi jednotlivými kraji. Rozdíl mezi Zlínským a Moravskoslezským krajem, které vykazují shodně 0,002% žáků s těžkou formou postižení a Královéhradeckým krajem, který má diagnostikováno 0,067% stejně vážně postižených žáků je 3 350 %!

### 6.8.2 Vývoj míry integrace žáků s vývojovými poruchami chování

Míra integrace žáků se specifickými poruchami chování je vysoká a zdá se, že po celkem rychlém nárůstu mezi roky 2008 – 2011 o téměř 30 % došlo ke stabilizaci na úrovni přibližně 80 % žáků s postižením. V případě žáků s těžkým stupněm postižení platí, že při velmi malém počtu těchto žáků nebyl po celé sledované období individuálně integrován žádný z nich.

Graf č. 58



Zdroj: MŠMT



## Žáci s těžkou vývojovou poruchou chování

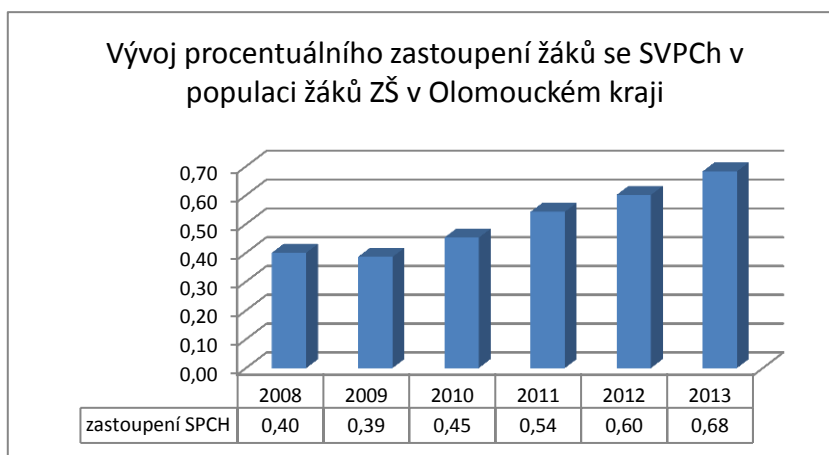
Po celé monitorované období nebyl individuálně integrován žádný žák s těžkou SVPCh.

### 6.8.3 Situace v Olomouckém kraji

#### Žáci s vývojovými poruchami chování

Vývoj počtu žáků s postižením je velmi podobný, jako ve zbytku republiky, pouze tempo nárůstu je nepatrně nižší. Zastoupení žáků se SVPCh v populaci žáků ZŠ aktuálně téměř shodné s průměrem ČR.

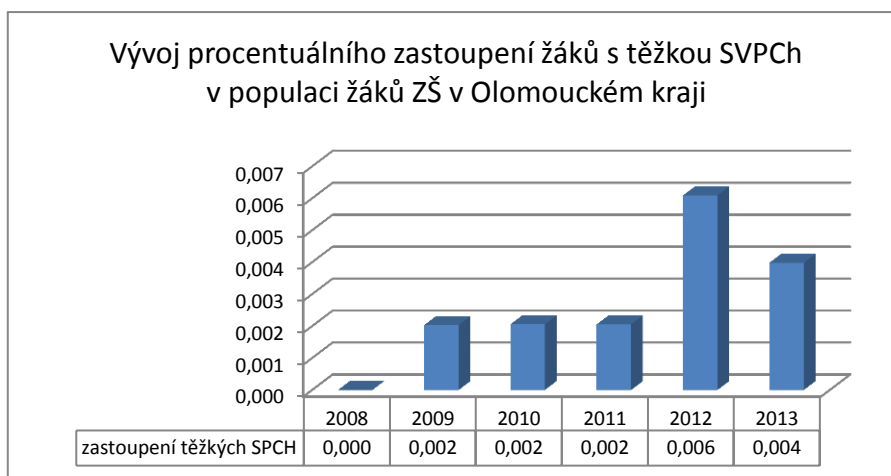
Graf č. 59



Zdroj: MŠMT

#### Žáci s těžkými vývojovými poruchami chování

Graf č. 60



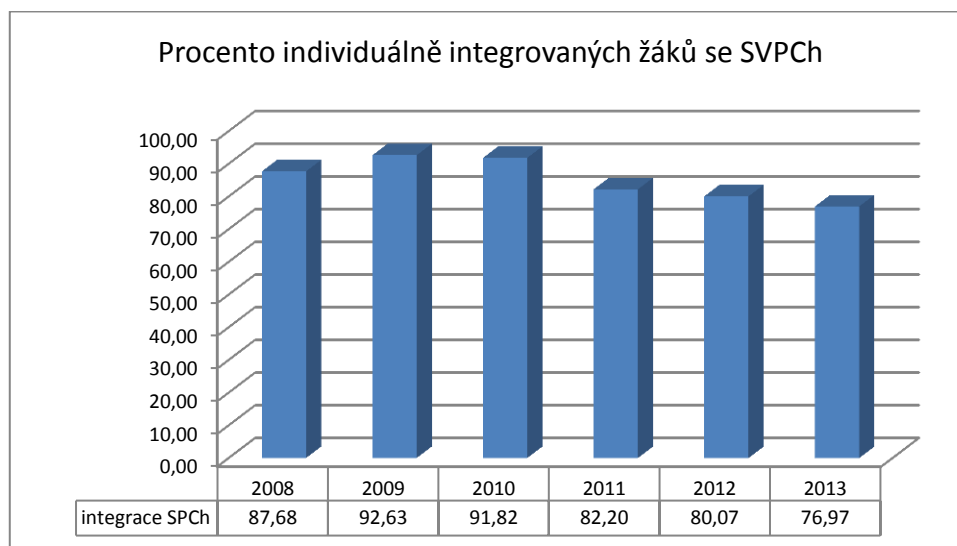
Zdroj: MŠMT

Olomoucký kraj má dlouhodobě velmi nízké zastoupení žáků s těžkými SVPCh v populaci žáků základních škol. I v našem kraji je ale znát pozvolný nárůst počtu takto postižených žáků. Nutno však vzít v úvahu, že v Olomouckém kraji je počet žáků s postižením skutečně mizivý a aktuálně připadne jeden žák s těžkou SVPCh na 25 000 „zdravých“.

### Vývoj míry integrace žáků s vývojovými poruchami chování

Vývoj míry integrace v Olomouckém kraji má do značné míry odlišný vývoj proti republikovému trendu. Celková míra integrace se celkem rychle snižuje a od roku 2009 došlo k poklesu o 17 %. Zatím co míra integrace v roce 2009 byla o 20 % vyšší než průměr, v současné době je mírně pod celostátním průměrem. Jak vyplývá z celostátních statistik, nebyl individuálně integrován žádný z žáků s těžkými poruchami chování.

Graf č. 61

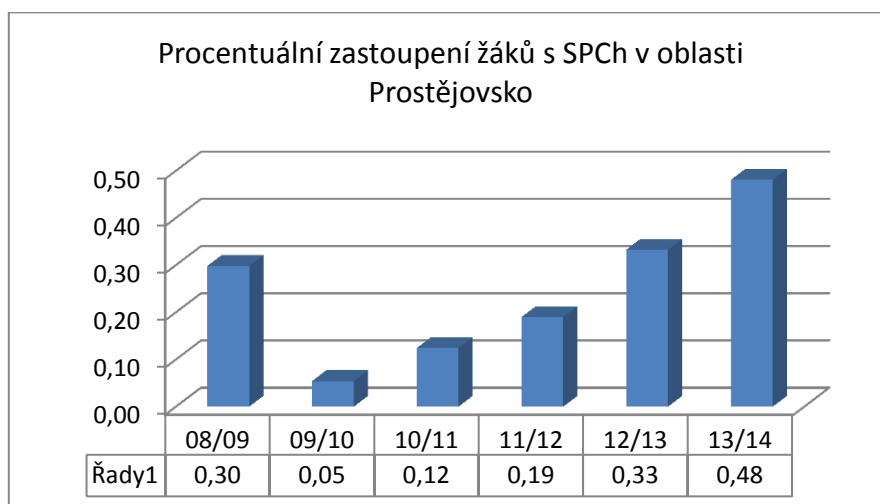


Zdroj: MŠMT

### 6.8.4 Situace na Prostějovsku

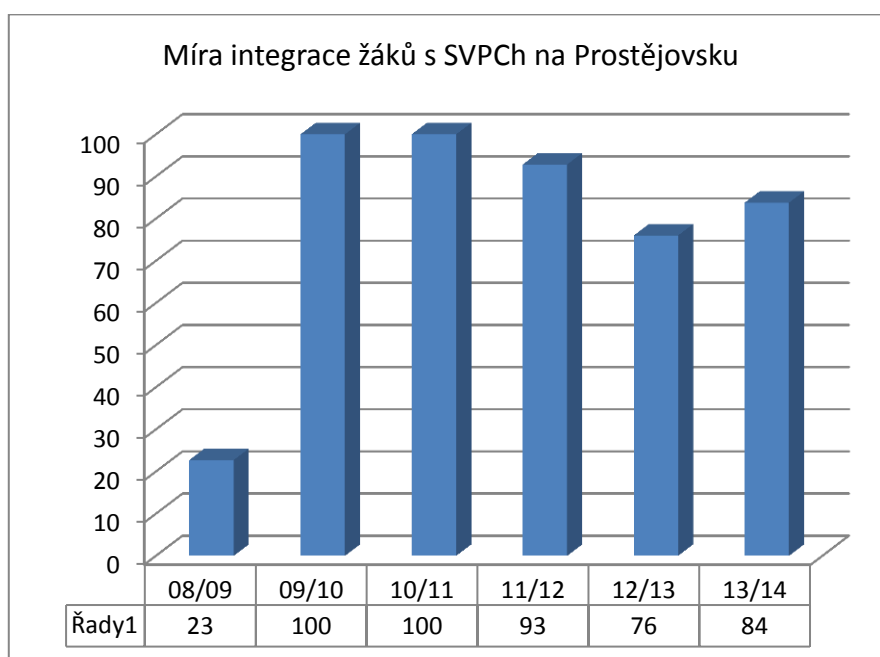
Prostějovsko má v porovnání s celkovou úrovní kraje i ČR nižší zastoupení žáků se SVPCh. Po těžko vysvětlitelném propadu mezi roky 2008 a 2009 o pět šestin původního stavu, došlo v následujících pěti školních letech k velmi strmému nárůstu a aktuálně je výskyt žáků SVPCh více než devětkrát vyšší než v roce 2009. Přesto oblast stále zaostává za zbylými oblastmi přibližně o čtvrtinu.

Graf č. 62



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Graf č. 63



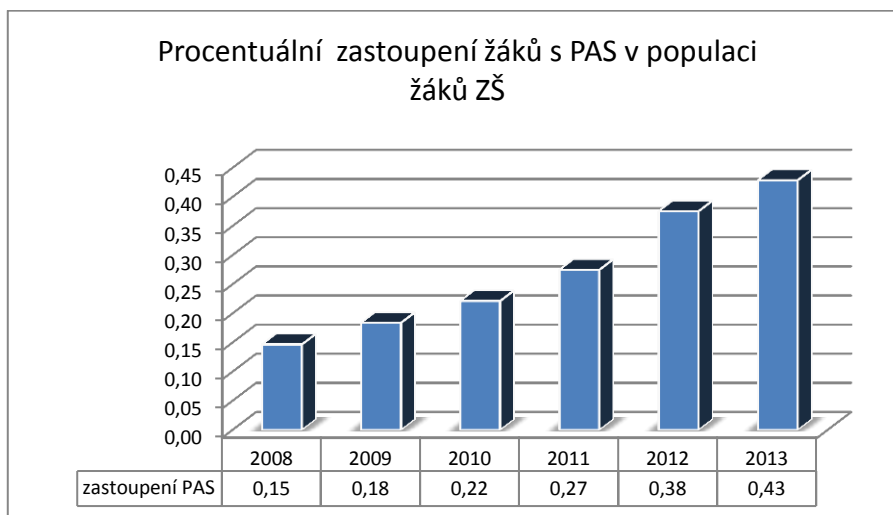
Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Míra integrace koresponduje s údaji zjištěnými v oblasti zastoupení žáků v populaci žáků základních škol. Ve školním roce 2008/2009 navštěvovalo speciální třídy ZŠ celkem 17 žáků. O rok později už žádný. Není nám známo, kam žáci odešli, ale v následujícím roce se neobjevili ani mezi integrovanými. Z toho důvodu došlo ve školním roce 2009/2010 k poklesu počtu žáků se SVPCCh ze 22 na 4 žáky. Zároveň se samozřejmě zvýšila míra integrace z 23 na 100 %. V následujících letech je významná většina žáků s postižením individuálně integrována v běžných ZŠ, ale část navštěvuje i speciální třídy s převahou žáků se SVPU.

## 6.9 Žáci s autismem

Nárůst počtu žáků s PAS v průběhu sledování je velmi dynamický a plynulý. Stoupající křivka nezaznamenává žádné výkyvy a ve svém důsledku představuje nárůst celkového počtu žáků s diagnózou PAS na téměř trojnásobek. Aktuální koncentrace žáků s PAS je přibližně jeden žák s postižením na 200 „zdravých“.

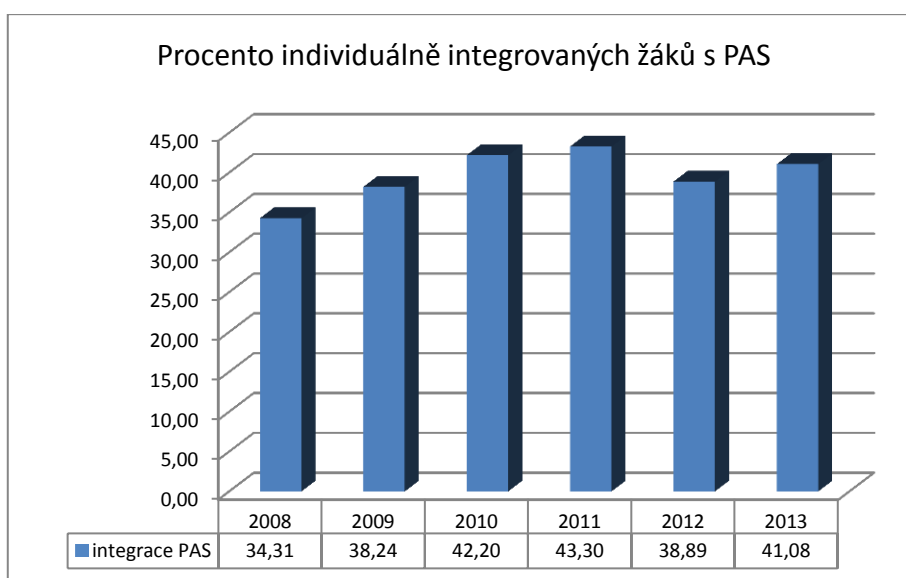
Graf č. 64



Zdroj: MŠM

### 6.9.1 Vývoj míry integrace žáků s PAS

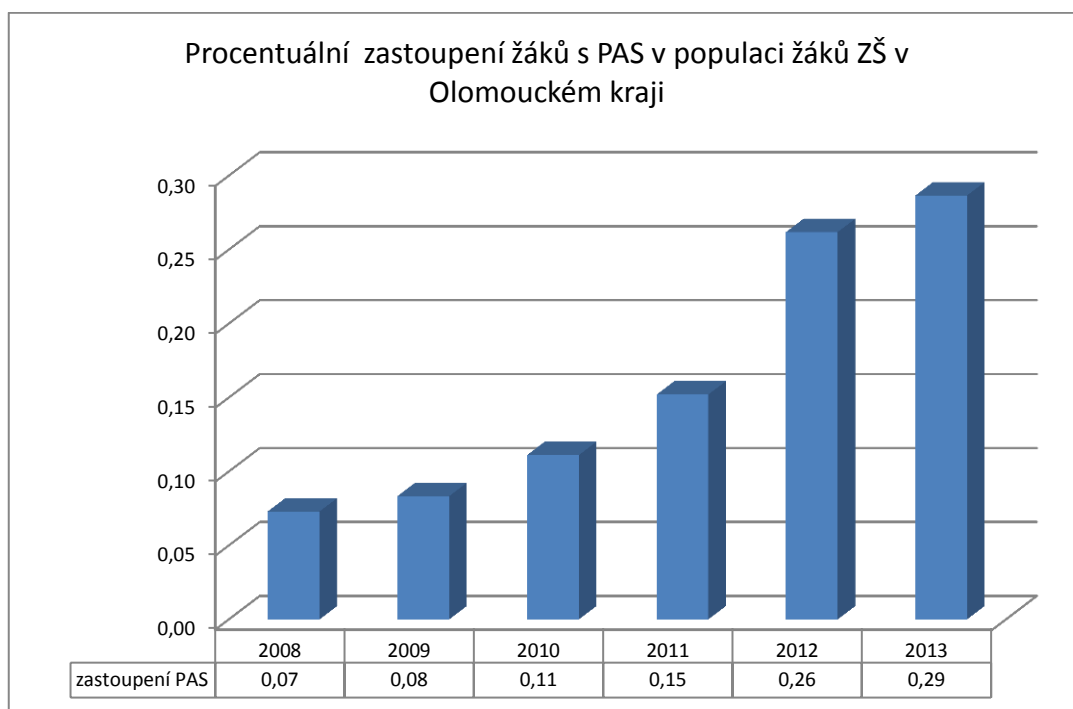
Graf č. 65



Zdroj: MŠMT

## 6.9.2 Situace v Olomouckém kraji

Graf č. 66



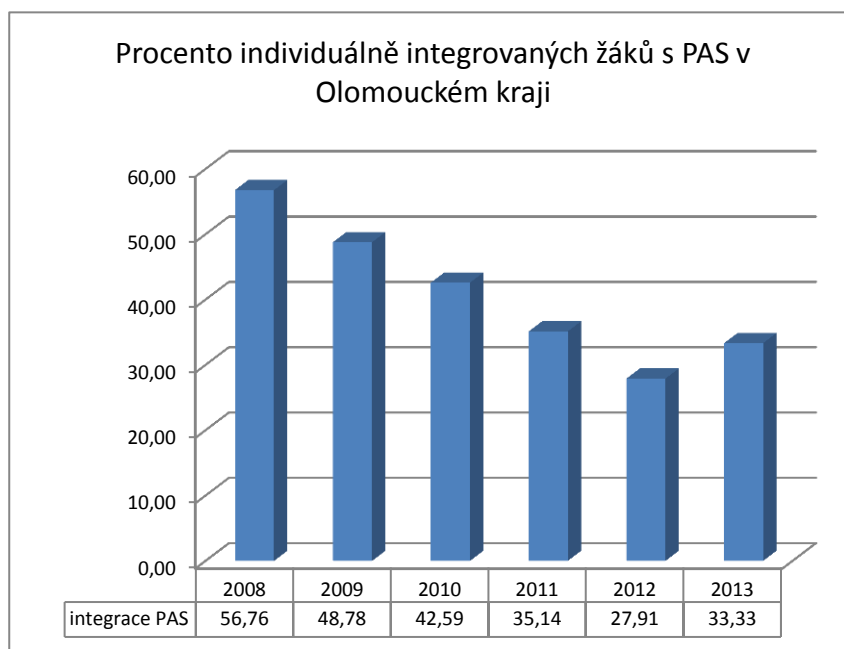
Zdroj: MŠMT

Nárůst frekvence žáků s PAS je mnohem strmější, než průměrné hodnoty z celé ČR. Tento fakt je z velké části způsoben tím, že v Olomouckém kraji bylo zastoupení žáků s postižením výrazně nižší než ve většině ostatních krajů. Ve výsledku to znamená, že přes velmi dynamický nárůst procenta postižených žáků je stále jejich koncentrace o více než 23 % nižší než průměrná a Olomoucký kraj patří, jako ostatně po většinu sledovaného období, ke krajům s nejnižším procentem diagnostikovaných žáků s PAS (aktuálně druhé nejnižší procentuální zastoupení).

## 6.9.3 Vývoj míry integrace žáků s poruchami autistického spektra

Očekávali bychom, že míra integrace bude stálá nebo se bude, jako v případě většiny ostatních zdravotních postižení mírně zvyšovat. O to překvapivější je skutečnost, že až do roku 2012 míra integrace velmi rychle klesala z 56,76 % na 27,91 % (pokles o více než 50 %). V loňském roce došlo k mírnému nárůstu na 33,33 %. Olomoucký kraj tak patří k těm s nejnižší mírou integrace žáků s PAS.

Graf č. 67

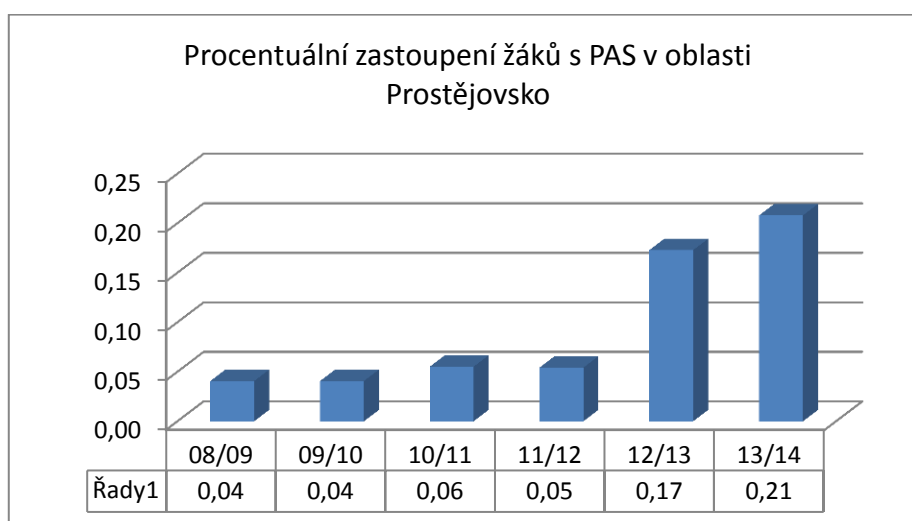


Zdroj: MŠMT

#### 6.9.4 Situace na Prostějovsku

Počty žáků s poruchami autistického spektra v oblasti Prostějovska první čtyři roky sledovaného období v podstatě stagnovaly a přes překotný vzestup v posledních dvou letech, kdy došlo ke čtyřnásobnému nárůstu, zaostává Prostějovsko výrazně nejen za průměrem ČR a Olomouckého kraje, ale nedosahuje ani průměrné hodnoty Jihočeského kraje, který je krajem s nejnižší koncentrací žáků s PAS.

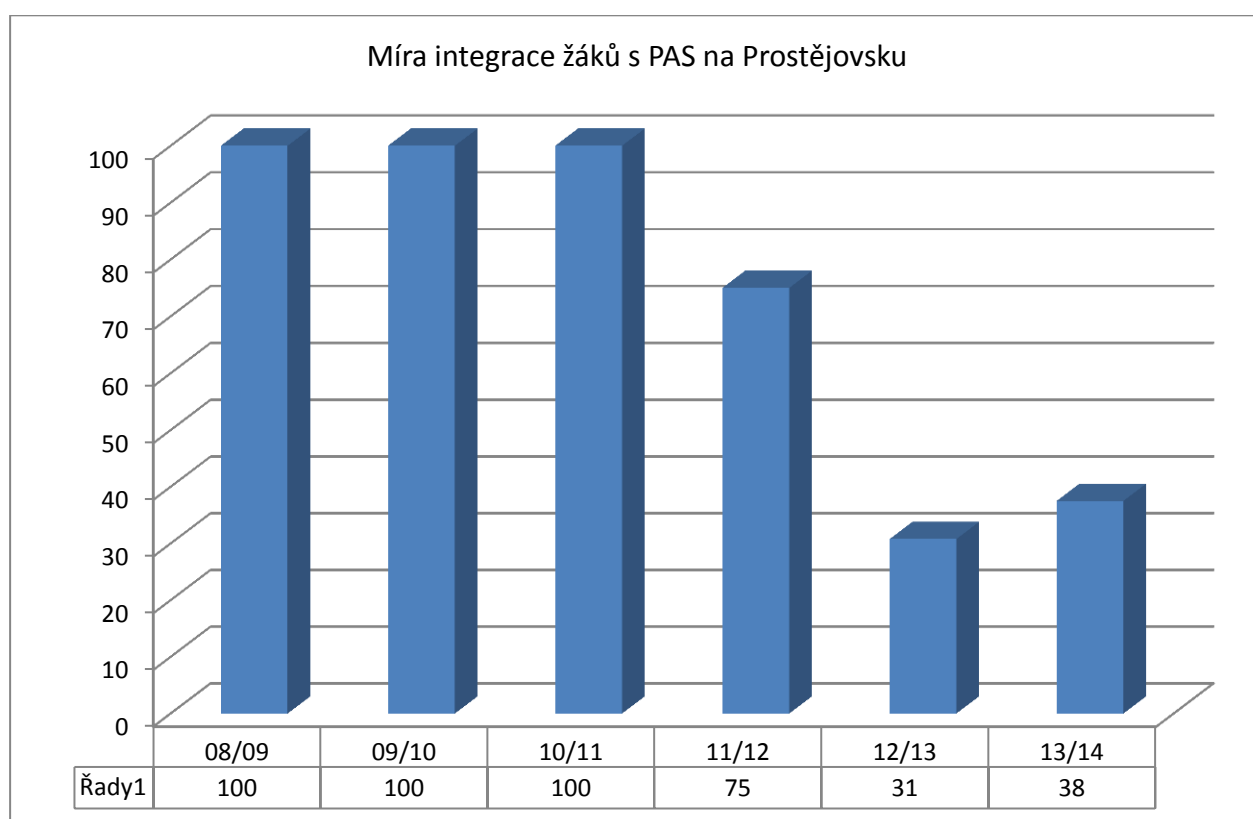
Graf č. 68



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

Graf míry integrace je mírně zavádějící, protože v době nejnižší koncentrace žáků s postižením, kdy se jednalo o 3 – 4 žáky, byli žáci individuálně integrováni do běžných tříd ZŠ. V současné době jich běžnou ZŠ navštěvuje vyšší počet, ale většina diagnostikovaných dochází do škol zřízených pro žáky s postižením, výjimečně do speciálních tříd v běžné ZŠ. Proto můžeme pozorovat strmý pokles míry integrace žáků. Jistě má na tento fakt vliv především to, že se zkvalitnila diagnostika poruch autistického spektra a část žáků, kteří byli v minulosti posuzováni jako žáci s mentálním postižením a navštěvovali ZŠ praktickou, případně ZŠ speciální, jsou dnes klasifikováni správně jako žáci s některým z postižení spadajícího do oblasti PAS.

Graf č. 69

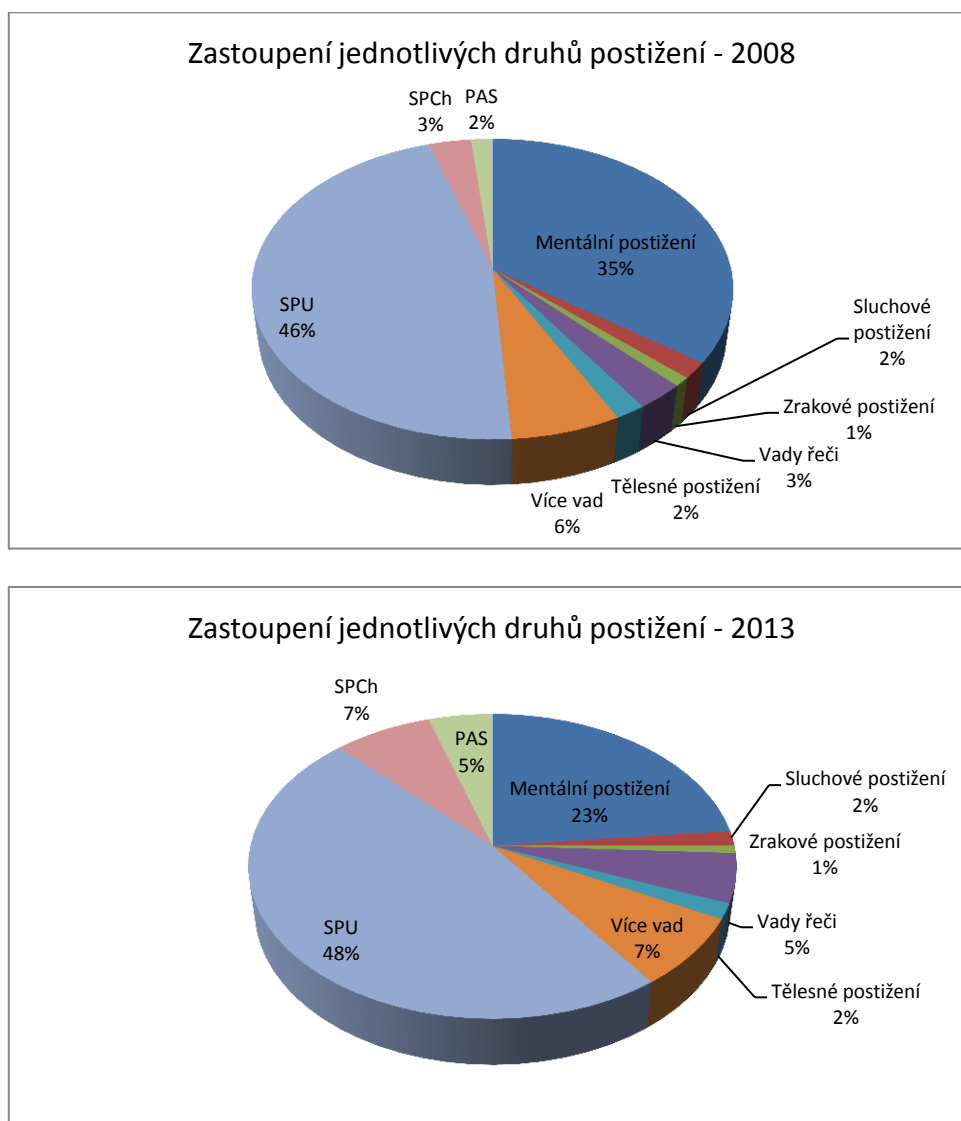


Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

## 7 Vývoj zastoupení jednotlivých druhů postižení v celkovém souboru žáků s postižením

Vývoj procentuálního zastoupení zaznamenal za posledních šest let významné změny. Beze změn zůstalo pouze procentuální zastoupení žáků se sluchovým, zrakovým a tělesným postižením. Menší změny jsme zaregistrovali u žáků se specifickými poruchami učení a u počtu žáků s více vadami. Nejprudší nárůst jsme evidovali u žáků s vadami řeči, se specifickými poruchami chování a žáků s poruchami autistického spektra. V těchto oblastech byl zaznamenán nárůst v rozmezí 167 – 250 %. Naopak jedinou oblastí, ve které se projevilo výrazné snížení zastoupení v celkovém souhrnu, byla oblast žáků s mentálním postižením, kde došlo k poklesu o více než jednu třetinu.

Graf č. 70



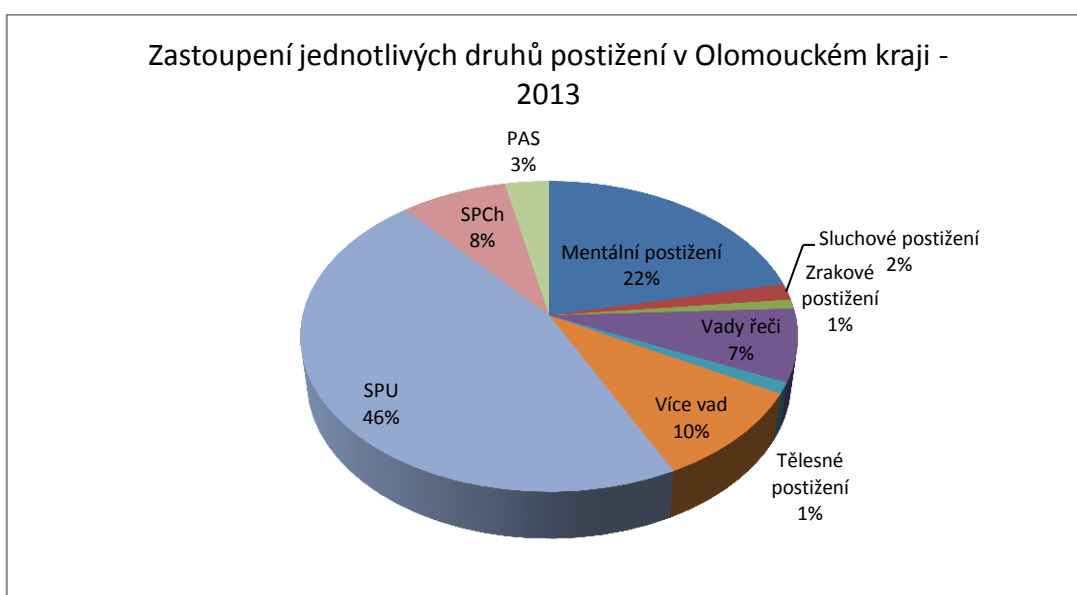
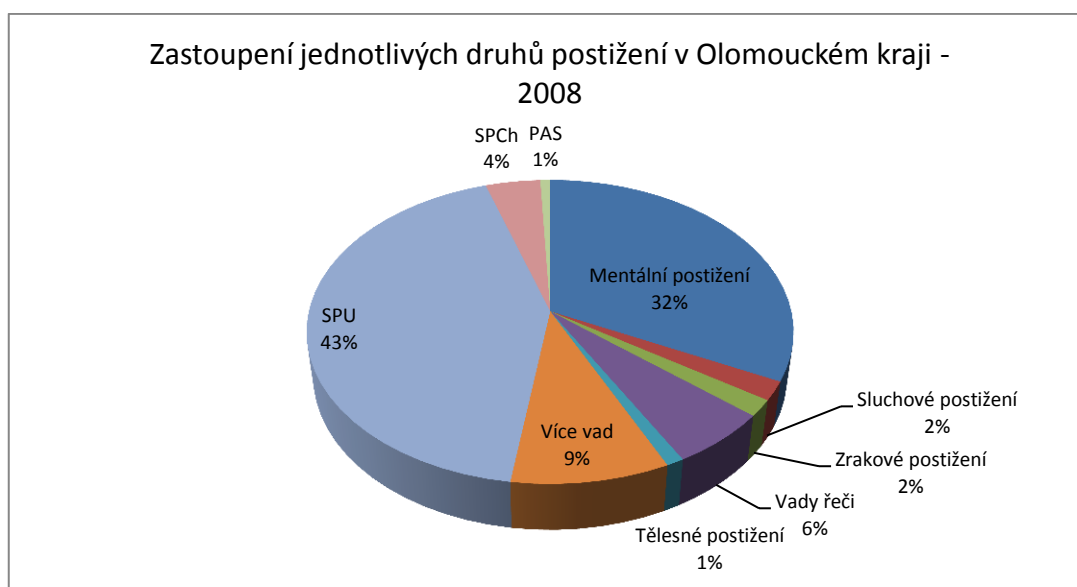
Zdroj: MŠMT



## 7.1 Situace v Olomouckém kraji

Vývoj v Olomouckém kraji je podobný jako ve zbytku ČR. Beze změn zůstalo zastoupení žáků se sluchovým a tělesným postižením. K mírnému nárůstu došlo u žáků se zrakovým postižením, s více vadami, vadami řeči a u žáků se specifickými poruchami učení. Významný nárůst jsme zaznamenali u diagnostikovaných specifických poruch chování (nárůst na dvojnásobek) a poruch autistického spektra (nárůst na trojnásobek).

Graf č. 71



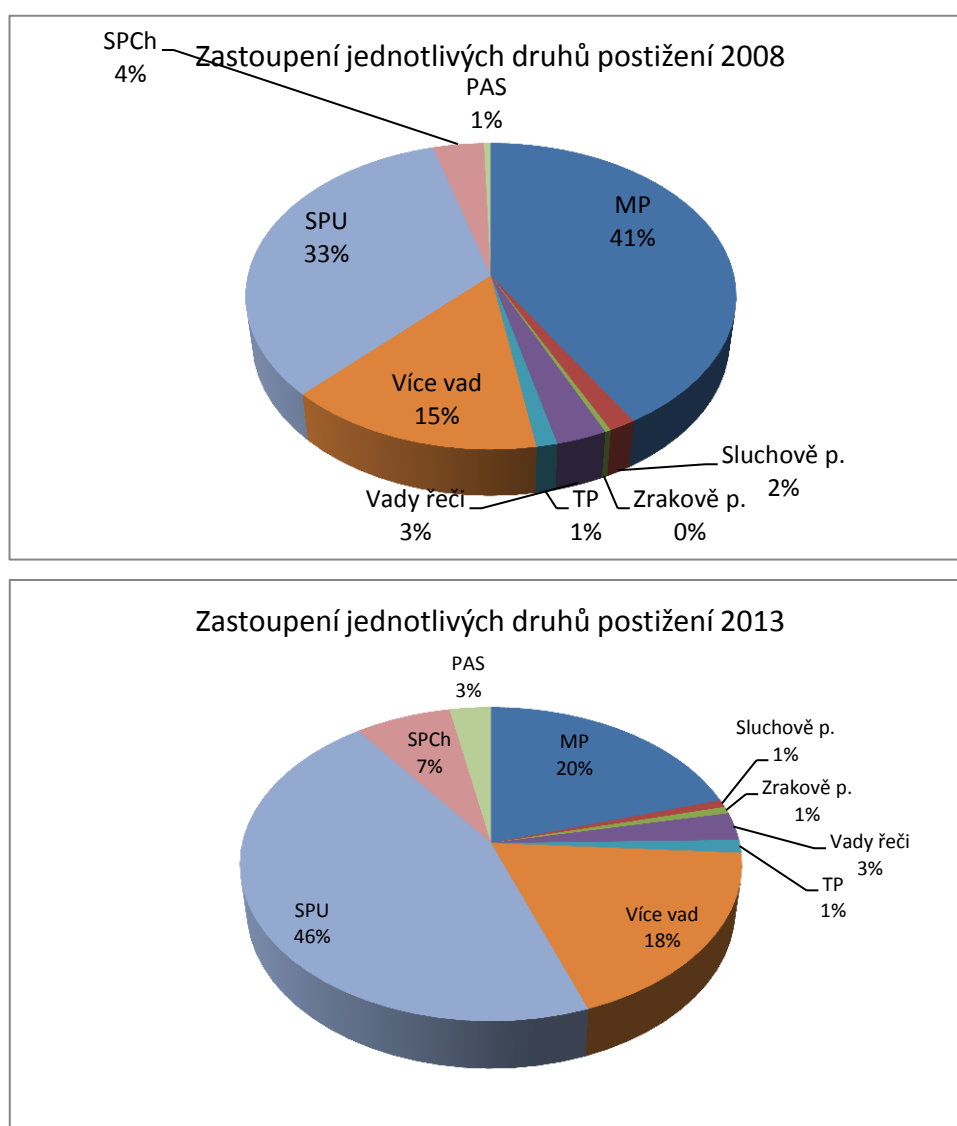
Zdroj: MŠMT

## 7.2 Situace na Prostějovsku

Jednoduchým porovnáním dvou grafů z let 2008 a 2013 se můžeme přesvědčit o významných změnách ve struktuře žáků se zdravotním postižením. Nejvýznamnějšími změnami jsou především:

- Významné zvýšení podílu žáků se SVPU o více než 1/3.
- Ještě významnější pokles podílu žáků s MP. Procento žáků se snížilo za šest let na méně než polovinu výchozího stavu.
- Výrazný nárůst jsme zaznamenali v oblasti žáků se SVPCh a PAS

Graf č. 72



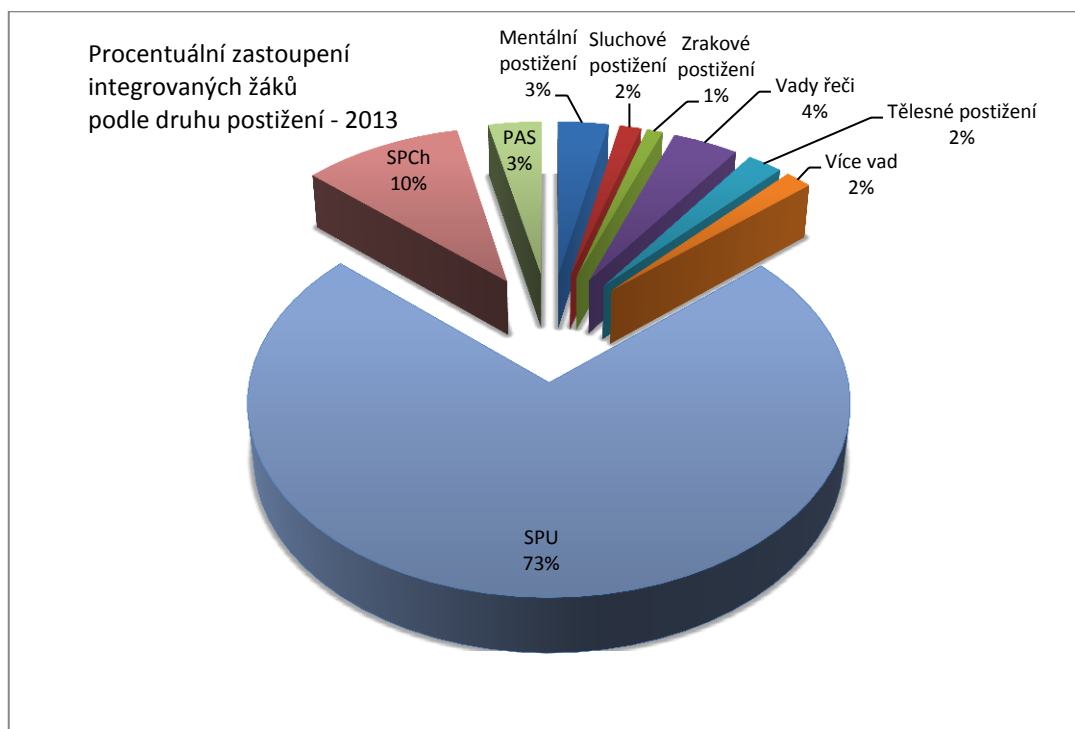
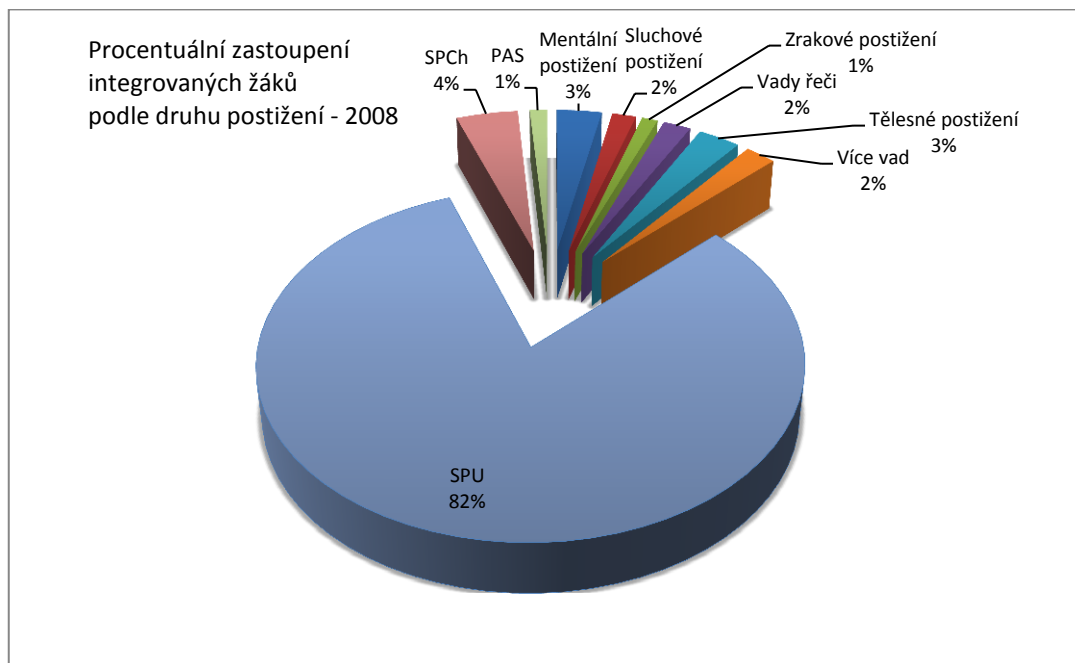
Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

V porovnání se stavem v ČR nás překvapil nulový nárůst procenta žáků s vadami řeči a velmi vysoké zastoupení žáků se souběžným postižením více vadami.

## 8 Podíl integrovaných žáků podle druhu postižení

Největší změnou v průběhu sledované doby je významné snížení podílu žáků se SVPU. V roce 2008 bylo ze sta integrovaných žáků 82 žáků se specifickou poruchou učení. V roce 2013

Graf č. 73



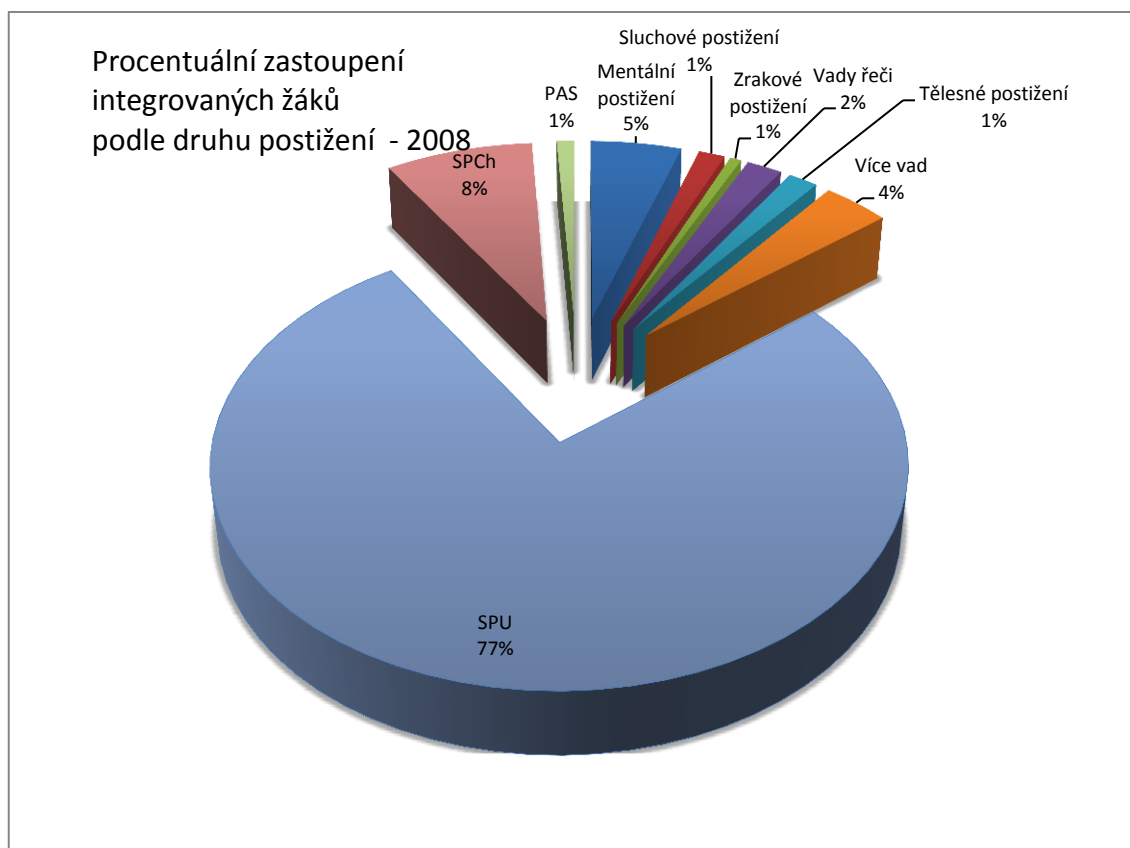
Zdroj: MŠMT

se tento podíl snížil na 73 žáků ze sta. Největší nárůst jsme zaznamenali u žáků se specifickými poruchami chování. Jejich podíl se zvýšil ze 4 na 10 %. Z hlediska nárůstu byl ještě větší posun zjištěn u žáků s poruchami autistického spektra (z 1 na 3 %). Vzhledem k tomu, že obě postižení zaznamenala největší nárůst i v celkovém počtu postižených žáků, je to pochopitelné. Třetím druhem zdravotního postižení, jehož podíl mezi integrovanými žáky se zvýšil, jsou vady řeči, které svůj podíl zdvojnásobily. V ostatních oblastech nedošlo k téměř žádnému posunu, pouze podíl žáků s tělesným postižením se snížil ze 3 na 2 %.

## 8.1 Situace v Olomouckém kraji

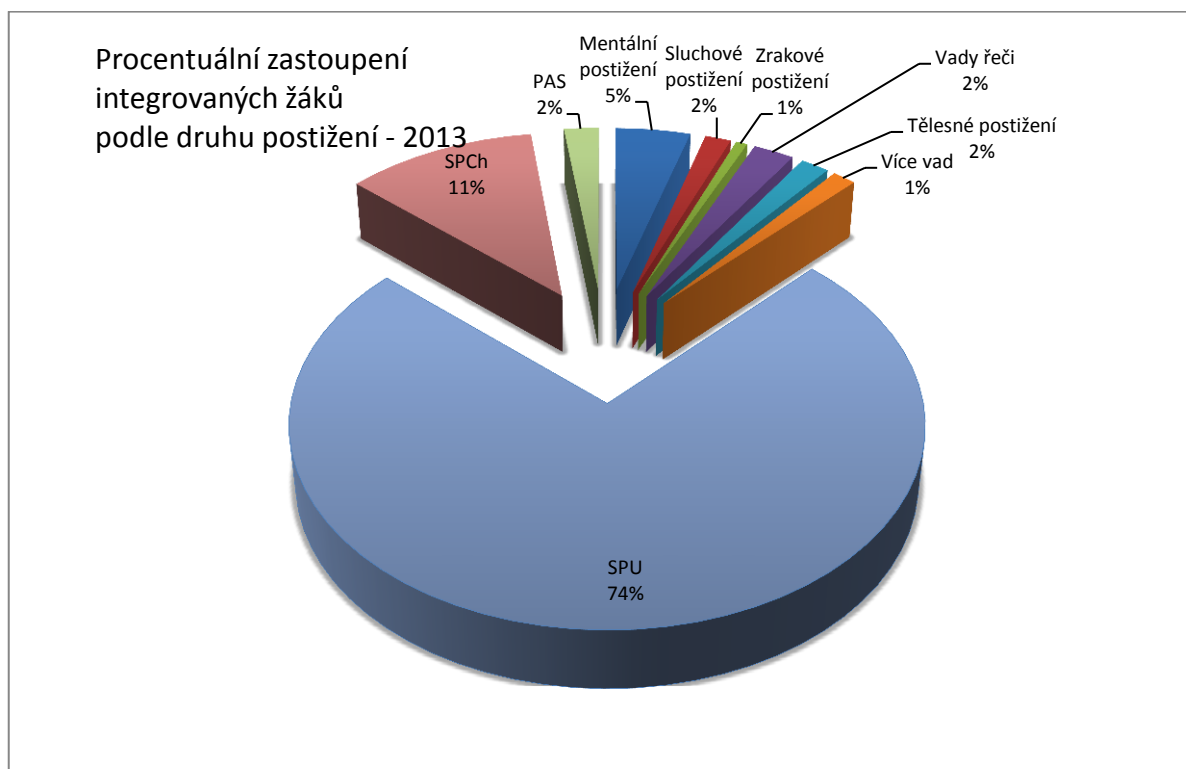
Průběh vývoje v Olomouckém kraji je velmi podobný tomu celorepublikovému, pouze je méně dynamický. Ke snížení došlo u SVPU a u žáků s více vadami. Naopak zvýšení jsme zaznamenali především u žáků se SVPCh, autismu a u žáků s tělesným postižením.

Graf č. 74



Zdroj: MŠMT

Graf č. 75

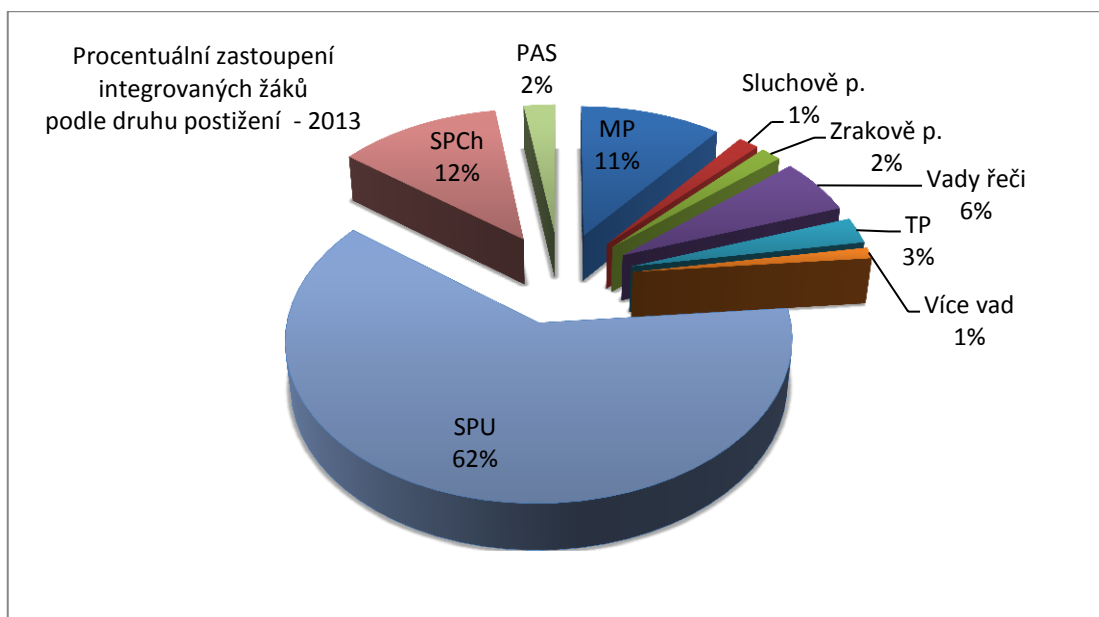
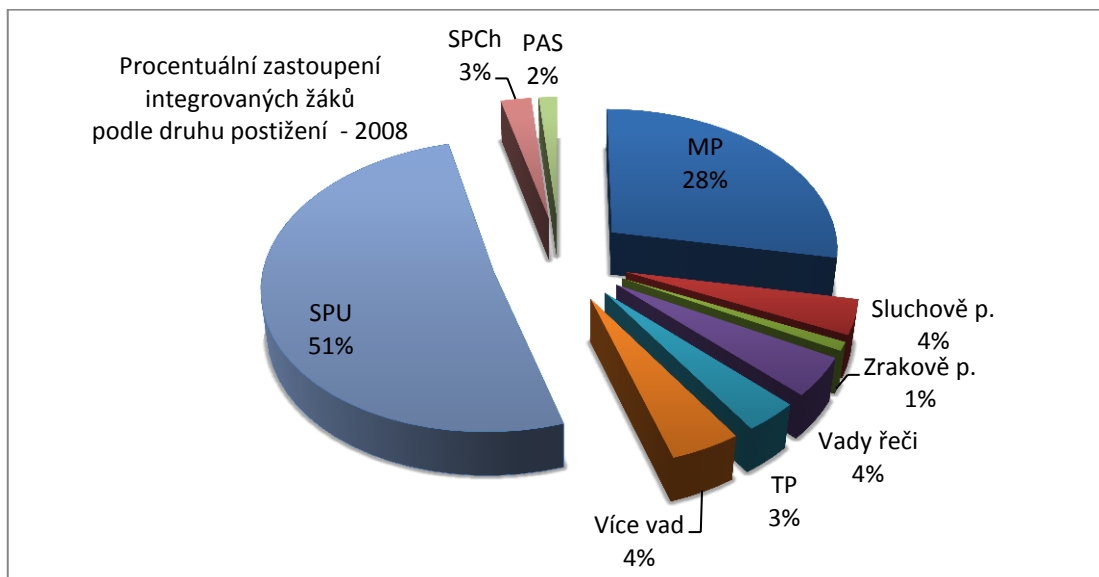


Zdroj: MŠMT

## 8.2 Situace na Prostějovsku

Na základě rozboru grafů můžeme podle našeho názoru konstatovat, že integrace žáků se zdravotním postižením se příliš nedaří, protože k výraznému nárůstu integrovaných v celkové struktuře sledované oblasti se význačně zvýšil pouze podíl SVPU a SVPCh a částečně i u žáků s vadami řeči. U „těžších“ typů postižení, jako je MP, souběžné postižení více vadami nebo smyslová a tělesná postižení zaznamenáváme stagnaci, případně pokles. Nejvýznamnější je snížení v oblasti žáků s mentálním postižením, na kterém se částečně podílí významný pokles počtu žáků s tímto postižením.

Graf č. 76



Zdroje: Magistrát města Prostějova, KÚOK, výkazy ZŠ

## 9 Souhrn a zhodnocení

V této části práce se zabýváme stručným souhrnem a rozbořem zjištěných údajů. Pokoušíme se o případné vysvětlení výsledků výzkumu.

### 9.1 Oblast vzdělávání žáků se zdravotním postižením

Na úvod uvádíme pro přehlednost hypotézy, které jsme si stanovili před zahájením naší práce:

1. procentuální zastoupení všech žáků se zdravotním postižením na základní škole bude v průběhu sledovaných šesti let konstantní nebo se bude velice pomalu zvyšovat,
2. frekvence jednotlivých druhů zdravotního postižení bude rovněž konstantní nebo mírně vzrůstající
3. zastoupení zdravotně postižených žáků bude ve všech krajích přibližně stejné,
4. míra integrace se bude v průběhu sledovaného období mírně zvyšovat,
5. míra integrace se bude mírně zvyšovat u všech druhů a stupňů zdravotních postižení s výjimkou těžkého a hlubokého mentálního postižení a u žáků postižených hluchoslepotou.
6. míra integrace bude ve všech krajích přibližně stejná,
7. struktura procentuálního zastoupení jednotlivých zdravotních postižení v celkovém součtu bude v průběhu sledovaného období poměrně stálá

Hypotézy naší práce se potvrdily pouze v některých oblastech:

- Procentuální zastoupení všech žáků se zdravotním postižením zůstává přibližně na stejné úrovni. Hodnota se pohybovala v rozmezí od 8,90 % po 9,04 %. Nejnižší hodnota byla v roce 2013 a nejvyšší v roce 2009.
- Celková míra integrace žáků se zdravotním postižením skutečně ve sledovaném období plynule narůstala z hodnoty 47,15 % po 58,88 %. Tento výsledek svědčí o jednoznačném prointegračním trendu v oblasti základního školství. Nárůst téměř o čtvrtinu nás příjemně překvapil.

V ostatních oblastech jsme zjistili údaje, které byly ve značném rozporu s našimi předpoklady:



- Výskyt jednotlivých druhů zdravotních postižení zaznamenal v některých oblastech překvapivě intenzivní vývoj.

- V oblasti žáků s mentálním postižením došlo k výraznému poklesu procentuálního zastoupení v populaci žáků základních škol. Tento vývoj byl naprosto lineární a ve sledovaném období došlo k poklesu z hodnoty 3,12 % ve školním roce 2008/2009 na hodnotu 2,08 % ve školním roce 2013/2014. Pokles se týká všech stupňů mentálního postižení, i když pokles není vždy úplně plynulý jako u celkového souhrnu. Ve výsledku to znamená, že v oblasti žáků s MP se snížil procentuální výskyt žáků s postižením téměř o jednu třetinu.

Částečné vysvětlení můžeme najít v oblasti zkvalitnění diferenciální diagnostiky a pravděpodobně i ve změně paradigmatu na problematiku romských žáků. Vzhledem k tomu, že ve stejné době, kdy došlo k poklesu procentuálního zastoupení žáků s MP, došlo k výraznému nárůstu počtů žáků s poruchami autistického spektra a řečových vad, můžeme předpokládat, že část žáků, kteří dříve byli posuzováni jako mentálně postižení, bylo diagnostikováno jako žáci s autismem, případně žáci s těžkou vadou řeči (dysfázie). Stejně tak lze předpokládat, že v období, kdy se začalo výrazněji poukazovat na fakt, že základní školy praktické navštěvuje přibližně 30 % žáků romského etnika, došlo k přehodnocení diagnózy u řady z nich. Stanovení IQ nemůže být jediným kritériem. Je nutné zohlednit podnětnost rodinného prostředí a především sociální aspekt. Na rozdíl od žáků s MP, žáci romského etnika i přes případnou sníženou hodnotu IQ neselhávají ve většině sociálních očekávání svého užšího i širšího prostředí a naopak jsou velmi samostatní a soběstační.

Pokles v oblasti těžkého a hlubokého mentálního postižení je možné vysvětlit snad jedině lepším screeningem v oblasti genetiky, kdy je možné přerušit těhotenství v případě rizika těžkého postižení dítěte.

- V oblasti žáků se sluchovým postižením došlo stejně jako u žáků s MP k plynulému poklesu výskytu v populaci žáků základních škol. Snížení ale není tak významné a týká se pouze žáků s lehkým stupněm. Počet žáků s těžkým sluchovým postižením je stabilní.

Vysvětlením by mohl být rychlý pokrok v oblasti kompenzačních pomůcek, především kvalita sluchadel a rovněž progres v oblasti chirurgických korekčních zásahů do sluchového aparátu. Význam kochleárních implantátů je nezanedbatelný a do budoucna může znamenat revoluci v léčbě sluchových postižení.

- Obdobný vývoj jsme zaznamenali u žáků se zrakovým postižením. Také zde se pokles týká výhradně žáků s lehčími formami zdravotního postižení a pokles je stejně jako u žáků s lehkým sluchovým postižením více než 20 %. Situace žáků s těžkým zrakovým postižením je stabilní.

Podobně jako u sluchových postižení, můžeme pozitivní vývoj v počtech žáků s lehkým stupněm postižení vysvětlit rychlým vývojem přesných chirurgických zásahů v oblasti zrakového aparátu. V nepříliš vzdálené budoucnosti se pravděpodobně setkáme s řešením i u těžších zrakových vad pomocí spojení mozkových center s moderními digitálními technologiemi.

- Výskyt žáků s vadami řeči má naprosto odlišný vývoj. Za sledované období došlo k markantnímu nárůstu výskytu a to jak v pásmu lehčích postižení, tak i v případě těžkých vad řeči, kde byl nárůst dokonce více než 150 %. V této souvislosti se nabízí dvojí zdůvodnění: V oblasti lehčích vad řeči dochází k nárůstu vlivem nedostatečné péče ze strany rodičů, kteří ve stále větší míře umísťují své děti v předškolních zařízeních. Je naprosto běžná docházka dětí do mateřské školy od dvou let, výjimečně i dříve. Zároveň se snižuje počet rodičů, kteří dětem čtou nebo vyprávějí pohádky. Běžnější je, že děti tráví sami velké množství času sledováním pohádek v televizi a na DVD. Podle našeho názoru je na vině i to, že si rodiče s dětmi méně hrají a tak mají děti méně prostoru pro rozvoj řeči.

Odlišná bude situace v případě vad těžšího stupně. Tady se podle našeho názoru výrazným způsobem na zvýšení diagnostikovaných případů podílí právě zpřesnění diferenciatní diagnostiky a překvalifikování části žáků s lehkým mentálním postižením. Například těžší dysfázie se manifestuje projevy, které mohou být mylně vykládány jako mentální postižení. Menší péče o vývoj řeči nebude v případě takto postižených dětí hrát významnější roli. Ve fázi nápravy je naopak maximální péče naprosto nezbytná. Funkční spolupráce rodiny s logopedem a se školou je základem úspěšné reedukace a začlenění žáka s postižením do kolektivu běžné třídy.

- Počty žáků s lehkým tělesným postižením mají stabilně mírně klesající tendenci. Důvodem je podle nás stejně jako v případě sluchových a zrakových postižení rychlý vývoj v oblasti chirurgické intervence a využití nových postupů a progresivních materiálů.

V případě těžkých tělesných postižení se situace vyvíjela odlišně a ve výsledku, po celkem strmém nárůstu v letech 2008 až 2012 o 20 %, se procentuální zastoupení postižených žáků vrátilo na hodnoty z let 2009 a 2010. Vzhledem k malému počtu žáků

s těžkým postižením může malá změna v počtu žáků představovat významnou změnu procentuálního zastoupení. Proto podle našeho názoru můžeme počty žáků s těžkým tělesným postižením považovat za celkem stabilní, bez tendence ke zvýšení nebo snížení.

- V případě žáků s více vadami je velmi složité najít vysvětlení jakéhokoliv vývoje, protože se jedná téměř jistě o zdravotní postižení s velmi rozmanitou etiologií i manifestací postižení. Můžeme jen konstatovat, že míra zastoupení žáků s postižením se zvýšila z 0,58 % na 0,66 % což představuje nárůst o téměř 14%.

Specifickou skupinou v rámci zdravotního postižení více vadami představují žáci s kombinací praktické nevidomosti a praktické ztráty sluchu. Tato oblast je specifická hloubkou postižení, které velmi intenzivně zasahuje do dispozic žáků ke vzdělávání a klade velice náročný úkol před pedagogy. Míra zastoupení v populaci žáků základních škol je u tohoto postižení naštěstí velice nízká. Nízké zastoupení mezi žáky základních škol zároveň způsobuje, že menší změna počtu žáků způsobuje významné výkyvy v procentuálním zastoupení. Přesto je velmi zajímavý údaj, že v posledním roce došlo k nárůstu počtu žáků s tímto postižením o 400%. Název oblasti žáků s kombinací těchto zdravotních postižení mi v průběhu práce činil velké problémy, protože ve statistikách se pravděpodobně pro svoji stručnost používá pojem hluchoslepí. Vzhledem k posunu paradigmatu speciální pedagogiky je to přes svůj popisný charakter velmi sporné označení, protože jak v případě označení hluchý, tak v označení slepý je vnímán osobami s postižením, ale i obecnou populací nádech pejorativnosti a ani jeden z pojmů se v současné době v odborné literatuře nepoužívá. Podle našeho názoru by vhodné označení mohlo být žáci s kombinací ztráty zraku a sluchu, žáci s kombinací těžkého zrakového a sluchového postižení, případně žáci se souběžným těžkým postižením zraku a sluchu.

- Jestli žáci se souběžným těžkým postižením zraku a sluchu představují nejmenší skupinu zdravotně postižených žáků, naopak další skupina, kterou jsme se zabývali, skupina žáků se specifickými vývojovými poruchami učení, je skupinou jednoznačně nejrozšířenější. Výskyt tohoto zdravotního postižení je relativně častý a v současnosti mezi stem žáků základních škol najdeme více než čtyři žáky s tímto druhem postižení. Znamená to zároveň, že téměř každý druhý žák se zdravotním postižením bude mít diagnostikovány SVPU. V průběhu výzkumu nedošlo k větším změnám v procentuálním výskytu žáků s tímto postižením. Zdá se, že diagnostika tohoto druhu zdravotního postižení je již delší dobu detailně

propracovaná (a nedošlo k její změně) a nezvýšil se ani skutečný počet postižených žáků.

- To v žádném případě neplatí o předposlední skupině našeho výčtu, o specifických poruchách chování. Dynamika nárůstu je s výjimkou poruch autistického spektra nejvyšší ze všech sledovaných zdravotních postižení. Ve sledovaném období došlo k plynulému nárůstu o více než 200 %. Předpokládáme, že tak vysoký nárůst zdravotního postižení není možné zdůvodnit skutečným zvýšením počtu žáků s postižením, ale bude s největší pravděpodobností důsledkem změny diagnostických kritérií a náhledu na danou oblast. Pravděpodobně se zde může projevit i změna v diagnostice žáků s mentálním postižením. Vzhledem k tomu, že značná část žáků se sociálním znevýhodněním navštěvovala (a stále ještě ve velkém počtu navštěvuje) základní školu praktickou, nevybočovali svým chováním z průměru a při menším počtu žáků a nižších nárocích na ně, se problémové chování nemuselo nutně ani manifestovat. V současné době je intenzivní snaha (podložená platnou legislativou) v maximální míře „integrovat“ sociálně znevýhodněné žáky do běžných tříd. To s sebou nese řadu výchovných problémů, z nichž část může být diagnostikována jako SVPCh. V předchozí větě jsem záměrně použil okolo slova integrovat uvozovky, protože v současné době jiná alternativa, než aby žáci se sociálním znevýhodněním navštěvovali běžnou základní školu, ani není možná, a proto se nejedná o integraci ve smyslu školského zákona.

Faktorů, které ovlivňují vysoký nárůst zastoupení žáků se specifickými poruchami chování, bude jistě více, například narůstající počet neúplných nebo nepůvodních rodin. Široce se diskutuje podíl sociálních sítí, sledování nevhodných pořadů, hraní her s tematikou násilí a podobně. Všechny tyto vlivy jsou předmětem výzkumů, ale závěry nejsou vždy jednoznačné. Faktem zůstává, že specifické poruchy chování zvýšily svůj podíl v celkovém počtu všech žáků se zdravotním postižením ze 3 na 7 %.

- Jak už jsme zmínili v předchozím odstavci, nárůst počtu žáků s poruchami autistického spektra je jednoznačně nejdynamičtější a představuje oproti výchozímu stavu z roku 2008 téměř trojnásobek (287 %). Nárůst je naprosto plynulý a ve svém důsledku znamenají zvýšení procentuálního zastoupení žáků s PAS ze 2 na 5 %. Autismus se tak z téměř okrajové poruchy přesunuje do pásma téměř běžných zdravotních postižení.

Vysvětlení tohoto faktu je pravděpodobně ve zkvalitnění diferenciální diagnostiky, kdy jsou případy, které byly kvalifikovány jako mentální postižení

- Také další naše hypotéza se ukázala jako chybná. Náš předpoklad, že míra zastoupení žáků se zdravotním postižením bude ve všech krajích stejná, se v žádné oblasti nepotvrdila. Pro ilustraci předkládáme aktuální údaje ze začátku školního roku 2013/2014:
  - V celkovém souhrnu je rozdíl mezi Jihočeským krajem (4,75 %) a Královéhradeckým krajem (13,11 %) v zastoupení žáků s postižením 276 %.
  - Také u jednotlivých zdravotních postižení je situace obdobná. Pro přehlednost uvádíme tabulku extrémních hodnot z aktuálního školního roku:

Tabulka č. 3

Druh zdravotního postižení	Kraj	Procentuální zastoupení
Mentální postižení	Ústecký	4,17
	Hlavní město Praha	1,32
Sluchové postižení	Plzeňský	0,318
	Pardubický	0,076
Zrakové postižení	Královéhradecký	0,149
	Středočeský	0,047
Vady řeči	Moravskoslezský	1,019
	Pardubický	0,220
Tělesné postižení	Liberecký	0,233
	Plzeňský	0,090
Více vad	Ústecký	0,90
	Moravskoslezský	0,47
Vývojové poruchy učení	Královéhradecký	8,16
	Jihočeský	1,17
Specifické poruchy chování	Středočeský	0,88
	Vysočina	0,32
Poruchy autistického spektra	Plzeňský	0,57
	Jihočeský	0,25

Z tabulky jednoznačně vyplývá, že žáci s jednotlivými zdravotními postiženími nemají rovnoměrné zastoupení ve všech krajích. Tento fakt je možné vysvětlit dvojitým mechanismem. Částečně se na zmiňovaném faktu může podílet přítomnost specializovaného zařízení pro určitý druh zdravotního postižení, ale v daleko větší míře bude procentuální zastoupení jednotlivých postižení ovlivněno metodikou diagnostiky. Tento fakt je dosti překvapivý, protože v rámci České republiky existuje samozřejmě jednotná legislativa a ta by měla být jednotně vykládána. Příkladů výraznějších rozdílů

v počtech zdravotně postižených bychom jistě našli více, ale demonstrujme si vzniklou situaci na případu asi nejokřídlenějším. V oblasti žáků se specifickými vývojovými poruchami učení jsou rozdíly mezi Královéhradeckým a Jihočeským krajem natolik markantní, že posunuly oba kraje na opačné konce pomyslné osy i v celkovém součtu všech postižených. V Královéhradeckém kraji bylo nejen diagnostikováno téměř sedmkrát tolik žáků s touto poruchou, ale dokonce téměř dvakrát více (přesněji 172 %), než bylo v Jihočeském kraji diagnostikováno všech žáků se zdravotním postižením.

- Ani naše hypotéza o zvyšování míry integrace u jednotlivých zdravotních postižení se nepotvrdila. Vývoj míry integrace se liší podle druhu postižení a také podle hloubky postižení, přičemž zpravidla platí, že u těžších zdravotních postižení stoupá míra integrace významně pomaleji než u lehčích forem nebo v průběhu sledovaného období dokonce klesá.

Uvedeme si stručný přehled zjištěných údajů.

- Oblast žáků s mentálním postižením dokonale ilustruje výše uvedené konstatování. Celková míra integrace žáků s mentálním postižením se významně zvýšila. V roce 2013 dosáhla téměř dvojnásobku hodnoty z roku 2008, ale zvýšení se týkalo výhradně žáků s LMP. U žáků s těžšími stupni MP došlo oproti výchozímu stavu naopak k poklesu míry integrace. Celková míra integrace se sice významně zvýšila, ale stále více než 90 % žáků s mentálním postižením navštěvuje školy nebo třídy pro ně speciálně zřízené.
- V případě žáků se sluchovým postižením byl vývoj přesně opačný. Celková míra integrace sice plynule rostla, ale tempo integrace bylo výrazně vyšší u žáků s těžšími formami sluchového postižení. Ve školním roce 2013/2014 bylo individuálně integrováno více než polovina žáků se sluchovým postižením.
- Integrace žáků se zrakovým postižením měla podobný vývoj, jako u sluchových postižení, jen tempo u lehkých a těžkých forem postižení bylo více méně vyrovnané. V současné době je integrováno téměř 70 % žáků s postižením do běžné třídy základní školy.
- I v případě integrace žáků s vadami řeči došlo k výraznému posunu správným směrem. Pro tento druh zdravotního postižení ale platí, že tempo integrace je výrazně nižší u těžkých vad řeči a v posledním roce se míra integrace dokonce mírně snížila. Celkově je integrováno téměř polovina žáků s vadami řeči.
- Míra integrace žáků s tělesným postižením dosáhla pravděpodobně svého aktuálního vrcholu ve školním roce 2011/2012. Od té doby došlo k mírnému

poklesu. Přesto je integrováno velmi vysoké procento žáků s postižením, více než 80 %. Zajímavostí je, že aktuálně je vyšší procento individuálně integrovaných žáků s těžkým stupněm postižení.

- Specifická je situace v případě integrace žáků souběžně postižených více vadami. Zde došlo k opačnému vývoji, než bychom očekávali. Procento integrovaných se mírně snížilo a aktuálně je integrováno okolo 13,5 % žáků. U žáků souběžně postižených těžkým sluchovým a zrakovým postižením je vzhledem k velmi malému vzorku velmi nesnadné předvídat vývoj.
- U žáků se specifickými vývojovými poruchami učení dochází k plynulému mírnému nárůstu procenta individuálně integrovaných žáků a aktuálně je tak integrováno téměř 90% zdravotně postižených žáků. Nutno ještě dodat, že žáci s tímto druhem zdravotního postižení jsou ve zbytku případů zpravidla integrováni skupinově ve třídách zřízených na běžné základní škole.
- Žáci se specifickými poruchami chování jsou integrováni ve velmi vysokém procentu případů. Po celkem rychlém nárůstu mezi roky 2008 – 2011 došlo následně ke stabilizaci na hodnotě 80 %. V případě žáků s těžkým stupněm postižení nedošlo po celé sledované období k žádné integraci.
- Žáci s poruchami autistického spektra jsou aktuálně integrováni ve více než 40 % případů. Podobně, jako u žáků se SVPC, došlo k plynulému nárůstu procenta integrovaných žáků mezi roky 2008 – 2011. Poté je vývoj nerovnoměrný a aktuálně je integrováno o něco méně žáků s PAS než ve zmiňovaném roce 2011.
- Nenaplnění našeho předpokladu o přibližně stejné míře integrace ve všech krajích České republiky můžeme ilustrovat opět stručným přehledem míry integrace v aktuálním školním roce v jednotlivých krajích:

Tabulka č. 4

Druh zdravotního postižení	Kraj	Míra integrace
Mentální postižení	Jihomoravský	14,26
	Ústecký	4,30
Sluchové postižení	Pardubický	100
	Plzeňský	11,97
Zrakové postižení	Zlínský	100
	Olomoucký	38,1
Vady řeči	Vysočina	80,43
	Olomoucký	17,22
Tělesné postižení	Zlínský	98,85

	Hlavní město Praha	52,27
Více vad	Plzeňský	18,80
	Jihomoravský	6,92
Vývojové poruchy učení	Jihočeský	96,01
	Liberecký	80,02
Specifické poruchy chování	Liberecký	95,60
	Hlavní město Praha	59,31
Poruchy autistického spektra	Jihočeský	52,67
	Karlovarský	27,43

Důvody budou pravděpodobně podobné jako v případě zastoupení žáků s postižením v populaci žáků základních škol. Částečné vysvětlení tohoto nesouladu se nabízí alespoň v některých případech. Například v případě Ústeckého kraje je pravděpodobně vysoký počet škol pro žáky s MP. Proto je zde vysoké procento žáků s postižením v populaci žáků základních škol a zároveň je v tomto kraji nejnižší míra jejich integrace v celé republice. Podobné to bude i v dalších případech. V případě SVPU je situace odlišná. V Jihočeském kraji je toto postižení velmi sporadicky diagnostikováno (je to kraj s nejnižším výskytem), ale téměř všichni žáci s postižením jsou individuálně integrováni. Ještě jinak je tomu v případě SVPCCh. Praha má Na Zlíchově jedinou školu v republice speciálně zřízenou pro žáky se specifickými poruchami chování. Z toho důvodu je míra integrace v Praze nejnižší v rámci celé ČR.

Přes výše uvedená vysvětlení je s podivem, že každý kraj má rozdílný přístup k integraci žáků se zdravotním postižením a rozdíly v míře integrace jsou u některých zdravotních postižení v řádu stovek procent.

- Poslední hypotéza se přirozeně rovněž nenaplnila. Vzhledem k různému vývoji procentuálního zastoupení žáků s jednotlivými postiženími se přirozeně změnila rovněž celková struktura všech postižení. Největší změny jsme zaznamenali v oblasti žáků s MP, kde došlo ke snížení téměř o jednu třetinu. Naopak významný nárůst nastal v oblastech vad řeči, specifických poruch chování a PAS. Ostatní zdravotní postižení zůstala zhruba na stavech z roku 2008.
- Specifická je situace na Prostějovsku, protože podle našich zjištění procentuální zastoupení i míru integrace významným způsobem ovlivňuje fakt, že v oblasti jsou základní škola praktická, základní škola speciální pro žáky s těžšími stupni mentálního postižení, základní škola, která se specializuje na žáky se souběžným postižením více vadami a speciální třídy pro žáky s SVPU a SVPCCh. Nejvíce je to vidět právě například na procentuálním zastoupení žáků s více vadami, které významně převyšuje republikový



i krajský průměr. Zároveň se do výsledku našeho výzkumu promítl i fakt, že v nedaleké Olomouci jsou speciální školy pro žáky se sluchovým a zrakovým postižením. Žáci navštěvující tyto školy v našich datech nefigurují. Vzhledem k nízkému počtu žáků s některými druhy zdravotního postižení je velmi nesnadné určovat vývojové trendy.

Při hodnocení výsledků naší práce jsme dospěli k podobnému závěru, jako autoři Atlasu činnosti speciálně pedagogických center v České republice, Voženílek a Michalík (Voženílek, 2013). Rozdíly mezi počty diagnostikovaných zdravotních postižení mezi jednotlivými kraji jsou způsobeny nejednotností postupu jednotlivých SPC a neexistencí závazných pravidel k jejich diagnóze.

## **9.2 Žáci se zdravotním znevýhodněním a žáci se sociálním znevýhodněním**

Bohužel není možné sledovat vývoj procentuálního zastoupení žáků se zdravotním znevýhodněním ani žáků se sociálním znevýhodněním, protože jejich počty se v rámci školních statistik nezjišťují. Ani evidence jednotlivých škol nemůže být přesná, protože vymezení pojmů zdravotní znevýhodnění a sociální znevýhodnění je značně vágní.

Vzhledem k výrazně vyššímu poměru žáků s lehkým stupněm zdravotního postižení v porovnání s počtem žáků s těžšími stupni zdravotního postižení se dá analogicky předpokládat, že nejvyšší bude procento žáků se zdravotním znevýhodněním. Situace je právě opačná. Přesto, že oficiální statistiky neexistují, v osobních pohovorech mi kolegové z Prostějovska potvrdili, že poradenská zařízení diagnózu zdravotní znevýhodnění používají spíše výjimečně.

Platí samozřejmě pravidlo, že diagnostikovat žáky se speciálními vzdělávacími potřebami může pouze školské poradenské zařízení, ale to s sebou nese výrazné riziko. Rodiče žáků se sociálním znevýhodněním se obávají nálepkování, a proto školské poradenské zařízení nenavštíví nebo doporučení z poradenského zařízení nedoloží škole. Podle našeho názoru by měla být v případě diagnostiky žáků se sociálním znevýhodněním stanovena odlišná pravidla, než u žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Posouzení, zda se jedná o žáka se sociálním znevýhodněním, by mělo být plně v kompetenci ředitele školy. Ředitel školy ve spolupráci s třídním učitelem, případně výchovným poradcem nejlépe posoudí, zda žák naplňuje dikci § 16 zákona č. 561/2004 Sb. a § 1 vyhlášky č. 73/2005 Sb. je žákem se sociálním znevýhodněním. Problematika žáků se sociálním znevýhodněním je značně složitá a rozsáhlá. O její naléhavosti svědčí vysoké procento žáků se sociálním znevýhodněním (ne vždy odborně diagnostikovaných), kteří navštěvují základní školy praktické. Celostátní odhady procentuálního zastoupení se pohybují mezi 32 – 35 % (Šojdrová, 2014, s. 12). Naše odhady pro Prostějov se

pohybují okolo 50% - 60% (viz teoretická část s. 21). V této oblasti čeká české školství velmi náročný úkol, protože i tento fakt se podílí na tom, že výsledky žáků českých škol jsou významně ovlivněny socioekonomickým postavením rodiny. V tomto parametru patří české školství podle PISA výzkumů k pěti zemím s nejvyšším vlivem socioekonomického statusu (Šojdrová, 2014, s. 14)

## Závěr

Diplomová práce zpracovává vybrané statistické údaje Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, vybrané statistické údaje poskytnuté Odborem školství Magistrátu města Prostějova, vybrané statistické údaje poskytnuté Krajským úřadem Olomouckého kraje a vybrané statistické údaje poskytnuté vedením základní školy v Prostějově, zřízené obecně prospěšnou společností. Údaje byly shromážděny za období let 2008 – 2013 týkali se výhradně žáků všech typů základních škol.

Vzhledem k názvu práce bylo jejím smyslem vytvořit ucelený obraz o vývoji míry individuální integrace žáků se zdravotním postižením ve sledovaném období. Zaměřili jsme se na vývoj v rámci České republiky, Olomouckého kraje a Prostějovska. Výsledky byly zpracovány do přehledných grafů se stručným komentářem. Práce obsahuje souhrnné výsledky za celou oblast žáků se zdravotním postižením i dílčí údaje týkající se jednotlivých druhů a stupňů postižení.

V úzké souvislosti s těmito údaji je i celkový počet žáků se zdravotním postižením nebo lépe vyjádřeno, jejich procentuální zastoupení v populaci žáků základních škol ve sledovaném období. Údaje byly zpracovány obdobně do grafů pro celkové procento zdravotně postižených i pro jednotlivé druhy a stupně zdravotních postižení.

Výsledkem je zjištění, že celková míra integrace žáků se zdravotním postižením se plynule zvyšuje. To neplatí pro všechny druhy postižení. Tady jsou výsledky velmi různorodé. V případě některých zdravotních postižení integrace roste, jinde stagnuje a v některých případech dochází i k poklesu míry integrace.

Zjistili jsme, že v rámci České republiky jsou markantní rozdíly v procentuálním zastoupení žáků se zdravotním postižením mezi jednotlivými kraji. Tento fakt přičítáme tomu, že neexistuje jednotný postup speciálně pedagogických center při posuzování žáků se zdravotním postižením. Stejně tak jsou významné rozdíly v míře individuální integrace. Zde se, že míra integrace klesá úměrně dostupnosti školy zřízené pro žáky s konkrétním druhem postižení. Stejně jako jsou rozdíly mezi jednotlivými kraji, tak i Prostějovsko vykazuje odlišné hodnoty než Olomoucký kraj. Důvody mohou být obdobné.

Závěrem bychom si dovolili podpořit snahy o zavedení jednotné metodiky posuzování žáků se zdravotním postižením.

## **Seznam použitých zkratek:**

ADD – Attention Deficit Disorder – porucha pozornosti (bez hyperaktivity)

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou

APA – Americká psychiatrická společnost

ČT – Česká televize

DD – dětský domov

DgÚ – dětský diagnostický ústav

DSM – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

H – hluboké

IQ – inteligenční kvocient

KÚOK – Krajský úřad Olomouckého kraje

L – lehké

LMD – lehká mozková dysfunkce

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MP – mentální postižení

MR – mentální retardace

MŠMT – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy České republiky

NKS – narušené komunikační schopnosti

PAS – poruchy autistického spektra

SP – sluchové postižení

SPC – speciálně pedagogické centrum

SPCh – specifické poruch chování

SPU – specifické poruchy učení

SVPCh – specifické vývojové poruch chování

SVPU – specifické vývojové poruchy učení

ST – středně těžké

T – těžké

TP – tělesné postižení

ÚSP – ústav sociální péče

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ZP – zdravotní postižení; zrakové postižení

ZvŠ – zvláštní škola

## Seznam použité literatury a pramenů:

ABZ slovník cizích slov. KUČERA, Radek. *ABZ slovník cizích slov* Pojem integrace. [online]. 2006 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/integrace>

Česká televize ČT 24. ČESKÁ TELEVIZE. *Ve speciálních školách je třetina Romů, ombudsman to kritizuje* [online]. © Česká televize 1996–2012 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/180108-ve-specialnich-skolach-je-tretina-romu-ombudsman-to-kritizuje/>

JESENSKÝ, Ján. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1995, 175 s. ISBN 80-718-4030-0.

KÁBELE, František. *Somatopedie: učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1993. ISBN 80-706-6533-5.

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 1985, 3.vyd. 791 s. bez ISBN.

KYSUČAN, Jaroslav a Jindřich KUJA. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996, 99 s. ISBN 80-706-7677-9.

KYSUČAN, Jaroslav a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Školní integrace dětí se zdravotním postižením: Mezinárodní konference k pojetí integrace 6. - 7- listopadu 1996*. 1. vyd. Ostrava: Grafie, 1997. bez ISBN.

KYSUČAN, Jaroslav. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1982. 135 s. bez ISBN.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium: teoretické východiska současnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vyd. Bratislava: Slov. pedagog. nakl, 1990, 278 s. ISBN 80-080-0447-9.

*Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008, 280 s. ISBN 978-802-4715-872.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.*

*Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014: schválený usnesením vlády České republiky ze dne 29. března 2010 č. 253.* Praha: Úřad vlády České republiky, sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, 2010, 55 s. ISBN 978-80-7440-024-7.

MICHALÍK, Jan. *Právo, společnost a zdravotně postižení*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 141 s. ISBN 978-80-244-3533-6.

MICHALÍK, Jan. *Škola pro všechny, aneb, Integrace je když--*. Vsetín: ZŠ Integra, 2002, 56 s. ISBN 80-238-9885-X.

MOTEJL, Otakar. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Stanovisko veřejného ochránce práv k podezření na diskriminaci romských dětí a žáků – poznatky ze zprávy z tematické kontrolní činnosti České školní inspekce na základních školách praktických*. Brno, 2010

ORIEŠČIKOVÁ, Helena, Alexandra SKOKANOVÁ, Anna KASTELOVÁ a Štefan VAŠEK. *Komparativná speciálna pedagogika*. 1. vyd. Ružomberok: Verbum, 2010. 262 s. ISBN 978-80-8084-536-0.

RENOTIEROVÁ, Marie, Libuše Ludíková a kolektiv. *Speciální pedagogika*. 4.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. Učebnice (UP Olomouc) ISBN 80-224-1475-9.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 2 sv. (34, 34 s.). Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1099-02.

RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 1. vydání. Praha: SPN, 1976. bez ISBN.

SLOMEK, Zdeněk. *Základy speciální pedagogiky*. Studijní text. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. 31 s. bez ISBN.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1986, 6. vyd. 232 s., bez ISBN.

*Statistická ročenka školství - 2013/2014: Výkonové ukazatele*. Statistická ročenka školství 2013/2014: Výkonové ukazatele [online]. Praha: MŠMT - odbor analyticko-statistický, 2014 [cit. 2014-03-08]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

ŠOJDROVÁ, Michaela. A KOL. *Rovný přístup ke vzdělávání v České republice: situace a doporučení* [online]. Praha, 2014 [cit. 2014-06-10]. 58 s. bez ISBN. Dostupné z: <http://www.csicr.cz/getattachment/5c47b440-66c0-4112-b33c-dd802de7859b>

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Septima, 1994, 62 s. ISBN 80-858-0127-2.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. *Základní listina práv a svobod*

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., dopl. a upr. vyd. Praha: Parta, 2013, 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.

VANČOVÁ, Alica a kol. *Základy speciální pedagogiky pro práci so študentami stredných a vysokých škôl*. Bratislava: MABAG spol. s.r.o., 2007. 167 s. ISBN 978-80-89113-30-9.

VAŠEK, ŠTEFAN. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Bratislava, Sapientia 2003. 210 s. ISBN 80-968797-0-7.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Úmluva ve sbírce* [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>

VOŽENÍLEK, Vít a Jan MICHALÍK. *Atlas činnosti speciálně pedagogických center v České republice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 144 s. ISBN 978-802-4434-643.

Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Vyhláška č. 359/2009 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účel invalidity (vyhláška o posuzování invalidity)

VYSLOUŽIL, Michal. *Problematika integrace žáků se zdravotním postižením v prostředí běžné vesnické školy*. Olomouc, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálně pedagogických studií.

*Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Editor Viktor Lechta. Praha: Portál, 2010, 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.



Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 5. vyd. Praha: Portál, 2000, 196 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8481-8.

## Seznam příloh:

1. a – f – Přehled žáků se zdravotním postižením
2. a – f – Přehled žáků s mentálním postižením
3. a – f – Přehled žáků se sluchovým postižením
4. a – f – Přehled žáků se zrakovým postižením
5. a – f – Přehled žáků s vadami řeči
6. a – f – Přehled žáků s tělesným postižením
7. a – f – Přehled žáků s více vadami
8. a – f – Přehled žáků s SVPU
9. a – f – Přehled žáků s SVPCh
10. a – f – Přehled žáků s PAS
11. Prostějovsko – Přehled žáků se zdravotním postižením
12. Prostějovsko – Žáci s mentálním postižením
13. Prostějovsko – Žáci se sluchovým postižením
14. Prostějovsko – Žáci se zrakovým postižením
15. Prostějovsko – Žáci s vadami řeči
16. Prostějovsko – Žáci s tělesným postižením
17. Prostějovsko – Žáci se souběžným postižením více vadami
18. Prostějovsko – Žáci se specifickými vývojovými poruchami učení
19. Prostějovsko – Žáci se specifickými vývojovými poruchami chování
20. Prostějovsko – Žáci s poruchami autistického spektra

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Michal Vysloužil
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálně pedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Krejčířová Olga, Doc. PhDr. Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Žák se zdravotním postižením a zdravotním a sociálním znevýhodněním na základní škole
<b>Název v angličtině:</b>	Pupil with a disability and social disadvantage at a basic school
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zabývá zpracováním dat o počtech žáků se zdravotním postižením v základních školách. Výzkum je zaměřen na srovnávání hodnot v letech 2008 - 2013.</p> <p>Práce sleduje vývoj procentuálního zastoupení žáků se zdravotním postižením v populaci žáků základních škol a vývoj míry individuální integrace těchto žáků. Cílem výzkumu je určit vývojové tendence v oblasti individuální integrace žáků se zdravotním postižením.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Žák se zdravotním postižením, základní škola, individuální integrace, analýza statistických dat.
<b>Anotace v angličtině:</b>	Thesis deals with data processing about number of pupils with handicap at the primary school. The research is focused on comparing values between the years 2008 - 2013. The thesis monitors the progress of percentage amount of pupils with handicap in population of the pupils at the primary school and development of degree of individual integration of these pupils. The aim of the research is determined of the development tendency in the area of the individual integration

	of pupils with handicap.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Pupil with handicap, primary school, individual integration, analysis of statistical data
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Tabulky
<b>Rozsah práce:</b>	122 s. (153 836 znaků)
<b>Jazyk práce:</b>	český