

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**Vzdělávání žáků na základních školách při
zdravotnických zařízeních**

Diplomová práce

Brno 2012

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Martina Plassová

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

v Brně dne

.....

podpis

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Mgr. Iloně Fialové, Ph.D. za odborné vedení, poskytování cenných rad i za laskavý přístup.

Mé poděkování dále patří pedagogům na základních školách při zdravotnických zařízeních, kteří se zapojili do výzkumného šetření a umožnili mi tak vypracování praktické části této diplomové práce.

Obsah:

Úvod.....	6
1 Problematika vzdělávání při zdravotnických zařízeních.....	8
1.1 Teoretická východiska.....	8
1.2 Historie a legislativní vymezení škol při zdravotnických zařízeních.....	11
1.3 Výuka ve škole při zdravotnickém zařízení.....	13
1.4 Hodnocení a klasifikace žáka, školní družina ve škole při zdravotnickém zařízení..	16
2 Zdravotní stav dětí a mládeže v České republice.....	20
2.1 Zdraví a nemoc, dělení nemocí podle délky jejich trvání.....	20
2.2 Faktory ovlivňující zdravotní stav, morbidita dětí a mládeže	23
2.3 Úrazy, otravy a mortalita dětí a mládeže.....	27
3 Osobnost pedagogického pracovníka.....	30
3.1 Pedagogický pracovník, pedagog, asistent pedagoga.....	30
3.2 Speciální pedagog	33
3.3 Herní specialista.....	36
4 Vzdělávání žáků na základních školách při zdravotnických zařízeních.....	40
4.1 Stanovení hlavního cíle a dílčích cílů výzkumného šetření, metodologie, hypotézy	40
4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného souboru.....	41
4.3 Interpretace a analýza dotazníkového šetření.....	41
4.4 Závěry šetření.....	65

ZÁVĚR.....	70
RESUMÉ.....	71
SUMMARY.....	72
LITERATURA.....	73
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

Úvod

Základní školy při zdravotnickém zařízení plní zejména vzdělávací a výchovnou funkci a mají tak důležitou pozitivní úlohu při procesu uzdravování dítěte, protože odpoutávají jeho myšlenky od nemoci, bolesti či strachu z plánovaného zákroku a pomáhají překonat smutek z odloučení od známého prostředí a z významného zásahu do jeho denního režimu. Kromě toho je smyslem vzdělávání při zdravotnických zařízeních eliminovat zaostání žáka za jeho spolužáky, až se po zlepšení jeho zdravotního stavu vrátí do své školy.

Speciální pedagogové v těchto zařízeních mají složitou situaci zejména v tom, že tráví s žáky podstatně méně času než pedagogové v běžné ZŠ a musí se během krátkého času naladit na nového žáka – odhadnout jeho schopnosti, psychický stav i úroveň jeho znalostí. Samotný proces vzdělávání je komplikovaný také změněným zdravotním stavem žáka. To je jedno z mnoha specifíků vzdělávání žáků na základních školách při zdravotnických zařízeních.

Osobně jsem měla možnost přesvědčit se o tom jak ze strany žáka – pacienta, když jsem byla ve školním věku opakovaně hospitalizována v nemocnici a několikrát navštívila i lázně a dětskou ozdravovnu, tak i při docházení do dětské nemocnice jako dobrovolník na oddělení neurologie a onkologie, kdy jsem mohla pozorovat přímou práci pedagoga a žáků – pacientů ať už při skupinovém vyučování, nebo při individuální práci s jedním žákem obvykle u jeho lůžka. Na jedné základní škole při zdravotnickém zařízení jsem trávila i svou speciálně pedagogickou praxi. Právě mé zkušenosti s vyučováním na základních školách při rozličných typech zdravotnických zařízení mě dovedly na myšlenku podniknout na toto téma výzkumné šetření, ve kterém bych zjišťovala úskalí a problémy, které se skutečně vyskytují v těchto institucích, a porovnávala, zda a jak se zjištěné problémy a úskalí liší v různých typech zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebna, ozdravovna).

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a výzkumné části. Teoretické části odpovídají tři kapitoly, které obecně popisují problematiku vzdělávání na základních školách při zdravotnických zařízeních, nastiňují současný zdravotní stav v populaci dětí a mládeže v České republice a vymezují osobnost speciálního pedagoga (což je osoba, která by měla ve školách při zdravotnických zařízeních pracovat, realita

však bývá někde občas jiná) a dalších pedagogických pracovníků. V těchto kapitolách se hodně operuje s pojmy děti a mládež. Pojem „dítě“ označuje z formálního hlediska (např. Úmluva o právech dítěte ratifikována Českou republikou roku 1993) člověka ve věku od narození po 18. rok věku. Vymezení věkové kategorie pro „mládež“ je ale méně jednoznačné. Mnoho autorů tento pojem spojuje se školní přípravou na budoucí povolání. Pro účely této práce bude tedy kategorie mládež odpovídat věkové skupině 15 – 26 let.

Poslední, čtvrtá kapitola je zároveň výzkumnou částí této práce a jak již bylo zmíněno, výzkumné šetření pro tuto část bylo zaměřeno na zjištění úskalí a problémů spojené s tímto typem vzdělávání a na porovnání úskalí a problémů na školách v jednotlivých typech zdravotnických zařízení. K těmto cílům výzkumné části diplomové práce připojuji ještě jeden cíl: a to navrhnout, jak by se zjištěným problémům a úskalím dalo předcházet nebo jak je minimalizovat. Výzkumné šetření jsem prováděla metodou kvantitativního výzkumu. Nástrojem sběru dat byl dotazník s otevřenými a uzavřenými otázkami.

1 Problematika vzdělávání na základních školách při zdravotnických zařízeních

Tato kapitola vymezuje klíčové pojmy tématu této diplomové práce a jejich vzájemnou propojenost.

1.1 Teoretická východiska

Školy při zdravotnickém zařízení jsou taková výchovně vzdělávací zařízení, která poskytují výchovně vzdělávací péči žákům se zdravotním oslabením, dlouhodobě i krátkodobě nemocným, po prodělaných operačních zákrocích a úrazech, na doléčování, při nástupu na plánovaná vyšetření a pozorování, při kterých je nutná hospitalizace. Smyslem tohoto typu škol je především pomáhat nemocným dětem v překonávání kritické doby během jejich hospitalizace, aby si udržely svou patřičnou psychickou vývojovou úroveň a aby se jejich návrat do domovů a škol obešel bez negativních stavů (Plevová, M. 1997). Školy při zdravotnických zařízeních se zřizují na úrovni předškolní výchovy a primárního cyklu jako škola při nemocnici, dětské (lázeňské) léčebně a dětské ozdravovně (Průcha, Walterová, Mareš, 2009). Školy při zdravotnických zařízeních mají jednak funkci pedagogickou, čímž zamezují žákovi v přílišném zameškání učiva, a za druhé mají funkci aktivizační – nabízí pacientovi smysluplnou činnost, napomáhají tak předcházet syndromu zvanému hospitalismus - to je: *„vývojová porucha v důsledku nedostatečného množství podnětů, může nastat při dlouhodobém pobytu dítěte v nemocnici, ale i v málo stimulujících kolektivních zařízeních. Pokud je podobná zátěžová situace dlouhodobá a v raném věku dítěte, mohou být následky již nezvratné“* (Gillernová, I. a kol., 2000, s. 21). Samotný pobyt ve zdravotnickém zařízení není jediným rizikem, které může negativně ovlivňovat psychiku dítěte. Vždy je důležité mít na paměti, že každé somatické onemocnění znamená pro nervovou soustavu dítěte mimořádné zatížení, a čím více tyto zdravotní indispozice, nemoc či jakékoliv zdravotní postižení zatěžují a vyčerpávají nervovou soustavu dítěte, tím větší nebezpečí hrozí jeho zdravému psychosociálnímu vývoji (Matějček, Z. 2001).

Dítě se zdravotním znevýhodněním, zdravotním postižením a zdravotním oslabením, které ho přivedlo do zdravotnického zařízení, se stává objektem systému ucelené rehabilitace, v níž právě péče výchovně vzdělávací představuje její

pedagogickou složku (komplex ucelené rehabilitace má složky: léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní) (Jankovský, J. 2006).

Tyto školy působí v oblasti:

1. Preventivní - spolupráce s kmenovou školou, lékaři a dalšími zdravotníky, kontakt s dětmi již před nástupem do zdravotnického zařízení.
2. Výchovně vzdělávací - řízení práce s žákem po dobu pobytu v léčebném zařízení i po něm.
3. Poradenské – podávají informace o průběhu výuky a výsledcích žáků.
4. Spolupráce s rodinou - užší spolupráci s rodinou dítěte umožňuje změna koncepce zdravotní péče (denní návštěvy, pobyt rodičů v nemocnici).
5. Materiální - zajišťují speciální pomůcky a vybavení, které odpovídá druhu léčebného zařízení a potřebám vzdělávaných žáků. Ve spolupráci se zdravotnickým zařízením vytvářejí vhodné podmínky pro výuku a výchovu hospitalizovaných žáků.
6. Metodické - výuka podle vzdělávacího programu kmenové školy. S ohledem na schopnosti, aktuální zdravotní stav a délku pobytu v zařízení. Proces výchovy a vzdělání nemocných a zdravotně oslabených dětí vyžaduje speciální metody výuky a pomůcky, vhodný výběr objemu učiva a individuální přístup pedagogů k žákovi (Nemocnice ČR, 2008).

Zdravotnickým zařízením se rozumí prostory určené pro poskytování zdravotní péče. Zdravotní péče je soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem: předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, pomoci při reprodukci a porodu, posuzování zdravotního stavu. Dále jsou zdravotní péči myšleny preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za výše zmíněnými účely. Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním

prostředí pacienta (zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotnických službách a jejich poskytování).

Nejběžnějším typem zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou zdravotní péči je nemocnice. Slouží k léčebným a diagnostickým účelům. Dětské pacienti jsou hospitalizováni na dětských odděleních. V případě fakultních nemocnic, které bývají ve větších univerzitních městech a které spolupracují s lékařskými fakultami, pro jejíž studenty představují cvičná pracoviště, je instituce členěná na specializované kliniky a lůžková oddělení. Jedná se o nejvyšší typ nemocniční péče u nás. Délka hospitalizace v nemocnici bývá ve srovnání s délkou pobytu ve zdravotnických zařízeních pro následnou lůžkovou péči (léčebny a ozdravovny) kratší. Zatímco v nemocnicích se zpravidla léčí akutní onemocnění, ozdravovny a léčebny slouží k léčbě chronických tedy dlouhodobých nemocí a poruch. V praxi to vypadá tak, že po zlepšení akutního stavu v nemocnici odchází dítě domů nebo bývá posláno do dětské léčebny. Ta poskytuje specifickou zdravotnickou péči dětem s dlouhodobou nemocí. Léčebny jsou profilovány podle chorob. Zvláštní postavení mají lázeňské léčebny – ty využívají k léčbě ozdravných účinků přírodních zdrojů: např. Léčivou vodu, peloidy, klimatické podmínky (Jonášková, V. in Müller, O. 2001). Dětské ozdravovny poskytují dětem léčebně preventivní péči podpořenou příznivými klimatickými podmínkami a přiměřenými léčebnými prostředky, léčebnou rehabilitaci, vhodnou výživu a výchovně vzdělávací péči. U posledně jmenované složky hraje velkou roli fakt, že do dětských ozdravoven nepřichází děti trpící akutní nebo chronickou nemocí a proto zde výchovně pedagogická péče hraje jinou roli a má jiné postavení než výchovně pedagogická péče poskytovaná v nemocnici a léčebnách, kde jsou děti a jejich výkony poznamenány špatným akutním zdravotním stavem, který má vliv na jejich psychické funkce potřebné k učení. Proto je v dětských ozdravovnách zastoupena výchovně vzdělávací péče ve výrazně větší míře než v nemocnicích a léčebnách (Kábele, F. a kol., 1993).

Cílová skupina osob ve školách při zdravotnických zařízeních popsána v prvním odstavci se souhrnně nazývá **osoby se speciálními vzdělávacími potřebami** a kromě osob se zdravotním znevýhodněním, mezi něž patří jedinci se zdravotním oslabením, dlouhodobou (chronickou) nemocí a lehčími zdravotními poruchami (Opatřilová, D. 2006), patří do této široké skupiny ještě osoby se zdravotním postižením a osoby se sociálním znevýhodněním. Všechny tyto osoby jsou objektem vědního oboru, který se

nazývá speciální pedagogika. Ta se člení na podobory (*pedie*). Oblast vzdělávání žáků na školách při zdravotnických zařízeních spadá do podoboru somatopedie, tedy výchovy a vzdělávání osob s tělesným postižením, zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním (Vymazalová, 2010).

1.2 Historie a legislativní vymezení škol při zdravotnických zařízeních

Na českém území se vyučování dětí v nemocnici objevilo pravděpodobně v 19. století, kdy doplňovalo duchovní vyučování starších dětských pacientů v Kinderspitalu v Brně. Tato činnost neměla dlouhého trvání – nadřízené úřady nebyly této myšlence nakloněny a první škola při nemocnici tak zanikla. Je však nutno zdůraznit, že tato zpráva, která byla uvedena v časopise „Moravia“ roku 1847, neobsahovala jednoznačnou zmínku o tom, že výuka někdy skutečně probíhala. Prvním oficiálním léčebným ústavem, ve kterém se děti kromě léčby také vyučovaly, byl ústav pro děti skrofulózní v Luži-Košumberku, které začal budovat v roce 1901 MUDr. František Hamza. Ten v duchu myšlenky ucelené rehabilitace vybudoval zařízení, které poskytovalo rehabilitační péči dětem s tuberkulózou z různých sociálních vrstev. Soustavná vzdělávací péče o děti z tohoto ústavu začala až v roce 1908 a byla rozdělena na chlapeckou a dívčí školu. Léčebný ústav a škola v Luži-Košumberku byly inspirací pro vznik dalších podobných zařízení např. ve Cvikově, Dolním Smokovci a v Šumperku. Dochovala se také zmínka o vzniku další školy při nemocnici (které obecně začaly vznikat později než školy při léčebnách a ústavech) a to v pražské Thomayerově nemocnici roku 1929. Zajímavé je, že vyučující v této škole (čtyři učitelky mateřské školy a dva učitelé obecné školy) byli placeni jako správní zaměstnanci a neměli tedy nárok na prázdniny. Skutečný průlom v existenci a zakládání škol při zdravotnických zařízeních představoval školský zákon č. 95/1984 Sb., který poprvé v české historii přiznal právo na vzdělání všem dětem včetně dětí se zdravotním postižením. Tímto aktem začalo zřizování škol při zdravotnickém zařízení ve velkém. Postupně vznikly školy při všech dětských nemocnicích, klinikách a léčebných ústavech. Ve školním roce 1961/62 například existovalo v ČSSR celkem 218 škol při zdravotnickém zařízení. Ve školním roce 1990/91 bylo v České republice těchto institucí 274 a na Slovensku 131 (Kábele, F. a kol., 1993). V roce 2008 však už bylo u nás pouze 85 škol při zdravotnických zařízeních a jejich počet neustále klesá.

Základním právním dokumentem, který řeší oblast vzdělávání, je v České republice zákon č. 561/2004 Sb. **O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání** (zkráceně zvaný školský zákon). Právo na vzdělání všech osob bez rozdílu pak zaručuje článek 33 v Listině základních práv a svobod. Ta je spolu s Ústavou České republiky součástí ústavního pořádku České republiky a je účinná od 1. ledna 1993. Školský zákon v § 16 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami ve svém prvním odstavci definuje tuto skupinu takto: „*Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.*“ Dále upřesňuje jednotlivé kategorie osob se speciálními vzdělávacími potřebami: „*Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus, vývojové poruchy učení nebo chování.*

Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona

- a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,*
- b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo*
- c) postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu“ (zákon č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání).*

Tento paragraf také říká, že tyto děti, žáci a studenti mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Dále ošetřuje přijímání ke studiu a ukončování studia těchto osob, zaručuje jejich právo na bezplatné užívání speciálních učebnic a speciálních didaktických a kompenzačních pomůcek poskytované školou. Hovoří o náhradních komunikačních systémech a systému psaní a čtení pro osoby, které je z důvodu svého postižení potřebují. Dává možnost školám zřídit jednotlivé třídy, oddělení, studijní skupiny s upraveným vzdělávacím programem a možnost zřídit funkci asistenta pedagoga (zákon č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání).

O školách při zdravotnických zařízeních hovoří v § 4 vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ve znění pozdějších předpisů: „V mateřské a základní škole při zdravotnickém zařízení se mohou vzdělávat žáci se zdravotním oslabením nebo žáci dlouhodobě nemocní umístění v tomto zdravotnickém zařízení, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. Základní školy mohou poskytovat dle svých možností individuální konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech i žákům středních škol umístěných v tomto zdravotnickém zařízení. K zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rozsah a organizaci výuky žáka určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem“ (vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Typy speciálních škol pro nemocné a zdravotně oslabené žáky dle této vyhlášky:

- mateřská škola při zdravotnickém zařízení,
- základní škola při zdravotnickém zařízení,
- základní škola speciální při zdravotnickém zařízení.

1.3 Výuka ve škole při zdravotnickém zařízení

„V případě, že je žák základní nebo střední školy se zdravotním oslabením či dlouhodobě nemocný umístěn ve zdravotnickém zařízení, může být na základě doporučení ošetřujícího lékaře a souhlasu zákonného zástupce žáka zařazen do školy při zdravotnickém zařízení“ (Informace k postupu při zařazování žáků do škol při zdravotnických zařízeních, MŠMT, 2010). Zařazení žáka do školy při zdravotnickém zařízení neprobíhá ve správním řízení, neboť se nejedná o přestup žáka, který je definován školským zákonem v § 49 odst. 1, resp. § 66 odst. 4 a žák nadále zůstává žákem své „kmenové školy“ (tj. spádové základní školy či jiné základní školy zapsané ve školském rejstříku, kterou zvolil zákonný zástupce žáka), je tedy po dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení současně žákem dvou škol, a to i pro účely vykazování. Pro kmenovou školu žáka tedy i nadále zůstává povinnost vést takového žáka ve své evidenci bez ohledu na délku jeho hospitalizace. Tato povinnost končí až ve chvíli, kdy žák základní školy přestane být žákem této školy, což nastává v případě, že splní povinnou školní docházku (a dále nepokračuje v základním vzdělávání nebo je ze školy vyloučen, nebo naopak úspěšně ukončí základní vzdělávání. Další legální možností, aby žák přestal být žákem konkrétní školy, je jeho přestup na jinou školu podle § 49

školského zákona (Informace k postupu při zařazování žáků do škol při zdravotnických zařízeních, MŠMT, 2010). „Z občanskoprávních předpisů vyplývá ještě jeden důvod, kdy žák přestává být žákem školy, a tím je smrt žáka, resp. prohlášení žáka za mrtvého. Z evidence školy při zdravotnickém zařízení bude žák vyřazen ke dni ukončení jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení“ (Informace k postupu při zařazování žáků do škol při zdravotnických zařízeních, MŠMT, 2010).

Ideálně by žák a jeho rodiče měli být před nástupem žáka do zdravotnického zařízení (respektive do školy při zdravotnickém zařízení) informováni o režimu v tomto zařízení, o škole v tomto zařízení a požadavcích této školy na kmenovou školu žáka – je vhodné, když se do kmenové školy žáka dostanou informační materiály ze školy při zdravotnickém zařízení. V těchto materiálech bývají základní pokyny učitelovi na kmenové škole, jak připravit žáka na hospitalizaci (výuku při zdravotnickém zařízení), seznam požadovaných školních výukových pomůcek (učebnice apod.). Materiály mohou obsahovat i prosbu na učitele, aby zpracoval hodnocení žáka a jeho školních výsledků pro školu při zdravotnickém zařízení. Tato příprava před zahájením pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení pochopitelně není vždy možná, obzvláště jedná-li se o neplánovanou hospitalizaci v nemocnici (naopak u pobytů v léčebnách a ozdravovnách s tímto nebývá problém), v takových případech se informování žáka provádí až po jeho přijetí do zařízení a učební pomůcky jsou mu školou při zdravotnickém zařízení zapůjčeny. Přestože žák navštěvuje školu při zdravotnickém zařízení, nejsou rodiče osvobozeni od povinnosti řádně žáka omluvit v jeho kmenové škole (Jonášková, V. in Müller, O. 2001).

„Je-li žák vyučován déle než čtrnáct dnů ve speciální škole při nemocnici, je povinností této školy podat informaci o průběhu jeho výchovně vzdělávacího procesu. Zpravidla se posílá na žákovu příslušnou kmenovou školu zpráva v podobě pedagogického dokumentu“ (Jonášková, V. in Müller, O., 2001 s. 216). Jedná se o tzv. osobní záznam vyhotovený ve dvou kopiích, kdy se jedna z nich posílá do žákovy kmenové školy a druhá zůstává archivována ve škole při zdravotnickém zařízení. Kromě základních osobních údajů žáka a informací o jeho výukových výsledcích, probraném učivu a klasifikaci, obsahuje dokument i upozornění na nezbytná opatření po propuštění z nemocnice. Výjimečně přidává škola při zdravotnickém zařízení ještě další sdělení kmenové škole, které považuje za důležité (Jonášková, V. in Müller, O., 2001).

Každá škola při zdravotnickém zařízení vypracovává svůj školní vzdělávací plán. Výuku samotnou ovlivňují z formálního hlediska: učební plány a osnovy základní školy upravené s ohledem na zdravotní stav žáků, časový rozvrh povolený jednotlivému žákovi jeho ošetřujícím lékařem a časová náročnost léčebného režimu. V základní škole při nemocnici se vyučuje (na prvním i druhém stupni) podle rozvrhu každý den jeden předmět hlavní (český jazyk, matematika, cizí jazyk) a k němu se přiřazuje jeden z předmětů vedlejších (jako je prvouka, vlastivěda na prvním stupni a přírodopis, fyzika, zeměpis...na stupni druhém). Obvyklá délka vyučování je 1 – 4 hodiny denně. (Plevová, M. 1997 a Vítková, M. in Pipeková, J. 2006). Plevová (1997, s. 39) k rozvrhu hodin a učebnímu plánu na škole při zdravotnickém zařízení dodává: „Z psychologického hlediska je vhodná dopolední výuka. Odpoledne si žáci vypracovávají domácí úkoly a věnují se činností ve školní družině.“

Samotné vyučování probíhá:

a) v učebnách (herně nebo jiné vyhrazené místnosti)

b) na nemocničním pokoji (u lůžka)

Rozhodující význam pro výběr z těchto dvou variant mají zejména prostorové možnosti zdravotnického zařízení a aktuální zdravotní stav žáka. Každá možnost má své výhody a nevýhody. Mezi výhody výuky v učebně patří hlavně možnost vytvořit skupinky více žáků podle ročníků – výuka je pak o to efektnější, učitel má také lepší přehled o všech přítomných žácích a jejich pracovním tempu a může tak lépe reagovat na dotazy, nejasnosti žáků, výuka se více podobá výuce v běžné škole a je více oddělena od ruchu zdravotnického zařízení (žák si může na chvíli „odpočinout“ od stereotypů, které souvisí s procesem jeho léčby). Zjevnou nevýhodou je, že tento typ výuky není vždy dostupný pro všechny žáky a i výuku v učebně může narušit někdo ze zdravotního personálu – plánované lékařské zákroky a vyšetření se obvykle provádí v dopoledních hodinách, tedy v době výuky. Předností výuky na pokoji (ať už skupinové – pokud je osazenstvo pokoje přibližně stejného věku a na podobné úrovni probraného učiva, nebo individuální – u lůžka žáka) je právě menší počet žáků a z toho plynoucí užší vztah mezi učitelem a žákem – někdy si žáci na pokoji pomáhají s učivem i vzájemně (a nemusí se jednat jen o žáky základní školy). Nevýhodou je naopak větší vytíženost pedagoga spojená s vyšším počtem míst (pokojů žáků), která musí navštívit během času

vymezeného výuce. Ve všech případech vyučování je žák veden k samostatnému učení, a proto každý den dostává úkoly k procvičování mimo dobu výuky (Plevová, M. 1997). Někdy je nutné schopnost samostatné práce u žáka nejprve vytvořit, třeba proto, že na žáka nikdy předtím nebyl požadavek samostatného učení kladen. V takovém případě hraje důležitou roli při vzájemné interakci učitel- žák motivační fáze vyučování. Učitel by měl vhodným způsobem žáka zaujmout a podnítit k tomu, aby žák sám chtěl získávat nové informace samostatným učením v době mezi vyučováním. Používáním více učebních pomůcek než jen učebnic učitel výrazně zvyšuje šance, že se mu to podaří. Než se žák naučí samostatně se učit, je vhodné postupovat tak, že učitel zadá žákovi učební text a společně s žákem ho přečte. Žák rozliší v textu informace již známé od informací pro něj dosud neznámých a nové pojmy si v textu zvýrazní. Po objasnění těchto nových informací (učitelem, starším spolužákem...) si tyto poznatky dá do souvislosti s textem, který si znovu přečte (nyní již s objasněným pojmy) a poté zopakuje vlastními slovy. Tento postup je pro samostatné učení nejvhodnější a proto je žádoucí, aby si ho žák osvojil a začal používat- pro jeho budoucí vzdělávání to bude nepostradatelné, totéž platí pro středoškolské studenty ve zdravotnickém zařízení, na které není výuka v těchto zařízeních primárně zacílena a učitel jim věnuje podstatně méně času (obvykle jen pro kratší konzultace) než mladším žákům. Hlavním úkolem učitele ve škole při zdravotnickém zařízení v případě žáků středních škol je jejich motivování a pobízení k samostatnému studiu. Žádný dětský pacient ve zdravotnickém zařízení ze školy jakéhokoliv typu a stupně by neměl zůstat přehlížen a zanechán bez pedagogické intervence (Kábele, F. a kol., 1993)!

Opatřilová a Zámečníková (2007) zdůrazňují skutečnost, že cílem pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení je jeho léčení a uzdravení. Tomuto cíli se podřizuje výchova a vzdělávání a léčebné zákroky nelze chápat jako narušování výchovně-vzdělávací práce s dítětem.

1.4 Hodnocení a klasifikace žáka ve škole při zdravotnickém zařízení, školní družina

Veškeré hodnocení žáka během jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení bývá dost nelehká záležitost, protože zde působí mnoho rušivých okolností – zejména pozměněný zdravotní a tím obvykle i psychický stav žáka, pobyt v cizím prostředí,

vytržení z obvyklého denního rytmu apod., které mají negativní vliv na jeho výkon- tedy i na školní praceschopnost. Pro učitele ve zdravotnickém zařízení je to tedy úkol velmi složitý, neboť jen zřídka má k dispozici zprávy z žákovy kmenové školy o jeho školních výsledcích z doby před pobytem ve zdravotnickém zařízení a neví tedy, jaké výkony může od žáka přibližně očekávat. I přes zohledňování pozměněného zdravotního stavu žáka by mělo hodnocení zůstat především objektivní. V opačném případě hrozí riziko, že žák vida výhody, které mu nemoc přináší, začne svého dočasného zdravotního stavu jakožto privilegia zneužívat (Plevová, M. 1997).

„V zásadě má být i nemocný nebo zdravotně oslabený žák hodnocen a klasifikován za všechny vědomosti a dovednosti prokázané v průběhu vyučování ve škole při zdravotnickém zařízení, a to přiměřeně stupni jeho vědomostí a dovedností, s přihlédnutím ke ztíženým zdravotním podmínkám a zvýšenému úsilí, vynaloženému při jeho tělesném, zdravotním i psychickém oslabení. Učitelé se však při klasifikaci nemocných žáků dopouštějí někdy chyby“ (Kábele, F. a kol., 1993, s. 204). Zmiňované chyby jsou dvojího druhu: buď učitel hodnotí pouze předvedený výkon bez ohledu právě na zdravotní stav a další okolnosti, které žákův výkon ovlivňují, a učitelovo hodnocení je tedy zbytečně přísné, nebo naopak jsou sami ovlivněni svým soucitem a k „chudáčkovi nemocnému žákovi“ jsou při hodnocení zbytečně benevolentní. Dobrý učitel by při hodnocení neměl patřit do žádné z těchto dvou skupin. Přílišná přísnost zde není na místě stejně jako nedůslednost a přehnaný soucit. Ani v případě slabšího výkonu a horší klasifikace žáka by nikdy neměla chybět pochvala z učitelovy strany (alespoň za snahu) a povzbuzení k další činnosti. Klasifikace nemá za úkol demotivovat a ztěžovat žákovi pobyt ve zdravotnickém zařízení, který je i bez toho pro žáka náročný, a už vůbec ne zhoršovat jeho zdravotní stav (Kábele, F. a kol., 1993).

Hodnocení a klasifikace žáka provedené ve škole při zdravotnickém zařízení je pro jeho kmenovou školu závazné. Z předmětů, ve kterých byl ve škole při zdravotnickém zařízení vyučován a klasifikován, nemůže být podle směrnice MŠMT po návratu do kmenové školy opět za období strávené ve zdravotnickém zařízení přezkušován. U předmětů, které žák zameškal a nebyl jím vyučován ani hodnocen ve zdravotnickém zařízení, platí, že souhrnná zkouška z nich nesmí být žákovi zadána v blízkém časovém horizontu po jeho návratu do kmenové školy. Pokud je to potřeba, uvede se do klasifikačního archu (nebo jiného dokumentu) k danému předmětu „pro

nemoc neklasifikován“. V případě vysvědčení platí, že jej vydává vždy pouze kmenová škola žáka, ale s využitím podkladů ze školy při zdravotnickém zařízení (pokud zákonný zástupce udělí souhlas s jejich předáním) a to i v případě, že je žák ve škole při zdravotnickém zařízení celý školní rok nebo i déle – v takovém případě je spolupráce mezi kmenovou školou a školou při zdravotnickém zařízení nutná (Jonášková, V. in Müller, O. 2001).

V době mimo vyučování vyplňuje žákům čas ve zdravotnickém zařízení obvykle v odpoledních hodinách školní družina. „*Výchovná činnost ve školní družině je organizována tak, aby se rozvíjely zájmy, vědomosti, dovednosti a schopnosti dětí v návaznosti na vyučovací proces*“ (Plevová, M. 1997, s. 45)

Podle vyhlášky č. 74/2005 Sb. O zájmovém vzdělávání je školní družina školské zařízení pro zájmové vzdělávání, které vykonává činnost ve dnech školního vyučování a o školních prázdninách. Po projednání se zřizovatelem může ředitel přerušit činnost družiny v době školních prázdnin a umožňuje účastníkům odpočinkové činnosti a přípravu na vyučování.

Družiny si vytváří svůj vlastní školní vzdělávací program, protože pro ně nebyl ministerstvem školství žádný rámcový vzdělávací program vydán. ŠVP školní družiny při zdravotnickém zařízení nemá pevně danou strukturu, musí však splňovat obsahová kritéria, která platí pro všechny vzdělávací programy, tedy: charakteristiku vzdělávacího programu, hlavní cíle vzdělávání, zásady, metody, formy vzdělávání, obsah vzdělávání – témata a časový plán. Čas ve školní družině je kromě tvořivých činností, jako je výtvarná, pracovní a hudební činnost, a her, určený pro vypracovávání úkolů, které žákovi zadal pedagog při dopoledním vyučování. Ve školní družině pracuje vychovatel a náplň jeho práce je do určité míry podobná práci učitele v mateřské škole- s tím hlavním rozdílem, že školní družina je určena nejen pro děti předškolního věku, ale především pro žáky prvního a druhého stupně základní školy a také pro studenty střední školy. Příprava na činnosti ve školní družině klade tedy velké nároky na osobu vychovatele (Plevová, M. 1997).

Shrnutí:

Školy při zdravotnických zařízeních jsou zřizovány při některých dětských nemocnicích, léčebnách a ozdravovnách. Vyučují v nich speciální pedagogové a jsou

určeny pro děti v předškolním a školním věku. Pacient potřebuje k zařazení do školy při zdravotním zařízení souhlas rodiče a ošetřujícího lékaře. Z důvodu negativního dopadu zhoršeného zdravotního stavu žáků v těchto zařízeních na školní výkonnost je rozvrh tvořen jen několika hodinami základních předmětů týdně, žáci jsou vedeni k samostatné práci. Významem školy při zdravotnickém zařízení je zejména aktivizovat a zaměstnávat pacienta a pedagogicky na něj působit, aby se snížilo množství zameškaného učiva na jeho kmenové škole, ale při vědomí, že primárním účelem pobytu ve zdravotnickém zařízení je LÉČBA.

2 Zdravotní stav dětí a mládeže v České republice

Tato kapitola se věnuje zdravotním hlediskům pobytů dětí a mládeže ve zdravotnických zařízeních, zabývá se pojmy jako zdraví a nemoc a podává nástin současného zdravotního stavu dětí a mládeže v této zemi.

2.1 Zdraví a nemoc, dělení nemocí dle délky jejich trvání

Definice pojmu zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“ (Velemínský, M. a kol., 2005, s. 55).

Zdraví je hodnota, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Týká se celého člověka a jeho prostředí.

„Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů.“ (Velemínský, M. a kol., 2005, s. 55). Nemoc lze také vyjádřit jako porušení rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají různé anatomické a funkční změny v organismu. Při některých nemocech mohou vznikat závažné somatické nebo psychické změny (Jonášková, V. in Müller, O. 2001).

Nejčastěji je za vznik nemoci odpovědné více činitelů, které lze zařadit do některých z těchto skupin: zevní vlivy (fyzikální, chemické, bioklimatické, mikroorganismy, špatná výživa...), vnitřní vlivy (např. vývojová fáze jedince, dědičnost, vrozené vady), nesprávná odpověď organismu (poruchy imunity), psychogenní příčina (např. dlouhodobý stres, typické u psychosomatických onemocnění), esenciální a sekundární forma nemoci - esenciální forma je základní prvotní onemocnění, které často mívá i nejasnou etiologii, a ze kterého se odvine onemocnění další – sekundární, jako jeho přímý důsledek, např. prvotní onemocnění ledvin (esenciální onemocnění) může jako přímý důsledek (sekundární onemocnění) způsobit hypertenzi (Velemínský, M. a kol., 2001).

To, která škodlivina působí, jak dlouho, na jakém místě, a to, v jakém stavu je napadený organismus (jeho odolnost, obranné schopnosti, věk jedince a prostředí, ve kterém žije) rozhoduje o tom, jakým způsobem se projeví účinky choroboplodných příčin. Podle změn, které pak tyto příčiny vyvolají, lze nemoci a chorobné stavy obecně dělit takto:

- Regresivní a metabolické změny
- Progresivní změny

- Poruchy oběhu krve a lymfy
- Záněty
- Nádory
- Vývojové úchyly a změny (Renotierová, M. 2002)

„Zdraví (i nemoc) jsou výslednicí vzájemných vztahů mezi organizmem, psychikou a osobností jednotlivce a mezi takto celistvě pojatým jednotlivcem a jeho prostředím.“ (Velemínský, M. a kol., 2005, s. 30).

Dělení nemocí podle jejich délky je podstatné z hlediska výchovně vzdělávací činnosti: Krátkodobá (akutní) nemoc se obvykle vyznačuje krátkým a nejméně náročným průběhem, většinou zvládnutelná domácí léčbou. Pokud jsou děti s takovou nemocí přece jen hospitalizovány v nemocnici, bývá to zpravidla jen na pár dnů – z důvodů diagnostických nebo drobných chirurgických zákroků. I přes omezené možnosti výchovně vzdělávací péče při krátkodobých hospitalizacích, má taková péče podpůrnou funkci.

U dlouhodobých nemocí spojených s pobytem ve zdravotnickém zařízení roste význam výchovně vzdělávací péče v těchto zařízeních a její postavení vzhledem k další péči (lékařské, psychologické...) v systému ucelené rehabilitace, kterou zdravotně oslabené dítě potřebuje, se mění. Dlouhodobá nemoc má podobu buď recidivující nemoci anebo nemoci chronické. Recidivující nemoc se vyznačuje svým opakováním a to nejméně třikrát ročně a více, přičemž v období mezi dvěma akutními nemocemi nejsou na orgánech nebo systémech, které recidivující nemoc postihuje, patrné žádné anatomické ani fyziologické změny.

Naproti tomu u chronické nemoci jsou na orgánech nebo systémech závažné změny (ve stavbě nebo funkci) přítomné. Dalším kritériem pro chronickou nemoc je její dlouhodobý (dlouhodobě předpokládaný) průběh o délce nejméně tři roky. U chronické nemoci se zpravidla střídá období remise (chorobné příznaky nemoci nejsou téměř patrné) s obdobím relapsu (příznaky chronické choroby opět propukávají). Předpokládají se také následky nebo pokračování z dětství do dospívání či dospělosti. Někdy se chronická nemoc nedá zcela vyléčit, pouze zpomalit nebo zastavit. K tomu dodává Renotierová (2002, s. 47): *„Čím dříve se podaří zařadit změny spojené s onemocněním do každodenního režimu, tím dříve lze žít plný život, který jistě nebude dosahovat původní kvality, v některých se však může rozvinout do nepředpokládané úrovně. Někdy zůstávají po prodělané nemoci různé následky, které více nebo méně*

ovlivňují jeho výchovu, pracovní a společenské uplatnění.“ Chronická nemoc bývá z uvedených druhů nemocí nejnáročnější pro všechny, kterých se dotýká- pro pacienta, jeho rodinu i terapeutický tým. Zejména pro rodinu představuje chronická nemoc významný zásah (Jonášková, V. in Müller, O. 2001 a Velemínský, M. a kol., 2005). *„Chronicky nemocné dítě často mění vztahy v rodině vůči němu, ale i všech jedinců vůči sobě, tzn. „narušuje rodinu“. Zpětně zase nevhodná rodina zhoršuje zdravotní stav dítěte, a to jak v oblasti somatické, tak i v oblasti psychické a sociální.*“ (Jonášková, V. in Müller, O. 2001, s. 105).

Jedinci s chronickou nemocí vyžadují soustavnou léčbu – a to nejen medicínskou. Velemínský (2005) zdůrazňuje, že při jakékoliv léčbě by zdravotnický tým měl mít na mysli, že v centru jejich léčebné snahy nestojí nemoc, ale nemocný člověk.

Zvláštní skupinou chronických nemocí jsou nemoci progredující. Nemoci s označením „progredující“ se vyznačují progresí – tedy postupem, šířením, vzestupem. Typickými zástupci jsou např. progresivní svalová dystrofie (postupující patologické změny v pojivových a svalových tkáních aj.), maligní (zhoubné) nádory, roztroušená skleróza, některé typy virových hepatitis atd. Zároveň vyplývá z této skupiny chronických nemocí i zhoršující se kvalita života a průchodnost jedince. Pro chronicky nemocné jedince je zpravidla společné to, že jsou více náchylní k dalším nemocem, ty u nich mohou mít těžší průběh a častěji se též opakují. Tělesná oslabení jsou často doprovázena funkčními poruchami vyšší nervové činnosti. Vývoj chronické nemoci má samozřejmě velký vliv i na psychiku nemocného (Opatřilová, D., Zámečníková, D. 2007).

Některá získaná onemocnění mohou vyústit i v tělesné postižení. *„Tělesně postižené dítě je jedinec s vadou pohybového a nosného ústrojí, tj. kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jako i poškození nebo poruchy centrálního nervového systému, pokud se projevují trvaleji porušenou hybností.*“ (Jonášková, V. in Müller, O. 2001, s. 95) Kromě získaného tělesného postižení po nemoci rozlišujeme ještě získané tělesné postižení po úraze a vrozené tělesné postižení (vzniklé při nitroděložním vývoji nebo při porodu).

Nemocné děti se někdy postupem času mohou dostat z jedné uváděné skupiny nemocí do jiné a to i vícekrát za život (typicky např. děti s recidivujícím onemocněním se někdy stávají chronicky nemocnými, děti s progredující chronickou nemocí se mohou stát dětmi s tělesným postižením apod.) Velkým přínosem pro zdravotní stav

dítěte může být vhodně zvolená rehabilitace. Tam, kde se ve zdravotním stavu neočekává již žádný významný obrat nebo terapeutické zásahy, přichází na řadu výchovná příprava na přiměřené pracovní a společenské uplatnění (Jonášková, V. in Müller, O. 2001).

2.2 Faktory ovlivňující zdravotní stav, morbidita dětí a mládeže

Dětství a dospívání jsou klíčová vývojová období člověka. Z hlediska psychologického, sociálního i somatického jsou to období nejnáročnější, bohužel právě tyto skupiny patří také k nejohroženějším (nemocemi a úrazy).

Zdravotní stav každého jedince ovlivňují tyto základní faktory: **genetika, životní prostředí, zdravotní péče (dostupnost a kvalita) a životní styl**. S vrozenou vývojovou vadou se v České republice rodí přibližně 5-6% dětí – nejčastěji se jedná o vady srdce a cév, hypospádii (neúplné vytvoření močové trubice u chlapců), Downův syndrom a rozštěpy různého typu. Jiné genetické poruchy nebo geneticky podmíněné choroby se postupně projevují v průběhu života – týká se to asi čtvrtiny populace ve věku od 25 let. Tento faktor (genetika) se podílí na zdravotním stavu populace z 5-8 %. Co se týče problematiky vrozených vad obecně, uvádí Opatřilová a Zámečnicková (2007), že již každé 25. dítě narozené v ČR má nějakou formu vrozené vady, což je třikrát více než před třiceti lety – není to ale způsobené velkým nárůstem samotných vrozených vad, jako spíše monitorováním i těch vad, které lékaři dříve nemonitorovali. V roce 2009 se podle Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky narodilo 393,2 dětí s vrozenou vadou na 10 tisíc živě narozených dětí, což je téměř o 10 dětí méně než v roce 2008 (ÚZIS, 2011).

Další faktor – životní prostředí, do kterého se řadí kvalita ovzduší, voda, půda, sluneční záření, hluk, radiace, magnetické pole...ale také způsob a místo bydlení, vzdělávání a práce, ovlivňuje celkový zdravotní stav z 10-15 %. Třetím faktorem je dostupnost a kvalita zdravotní péče (10 %). Největší vliv na zdravotní stav populace má ale životní styl a to až ze dvou třetin. Na rozdíl od předchozích tří faktorů má jedinec možnost tento vliv významně ovlivnit, a to konkrétně: svůj denní režim, stravu a stravovací zvyklosti, pitný režim, míru tělesné (pohybové) aktivity, spánek a jeho dostatek, hygienu tělesnou a duševní, oblékání a obouvání (Kukla, L. 2007). S životním

stylem úzce souvisí a negativně ovlivňuje zdravotní stav i rizikové chování, které je příznačné pro mládež – ve vyspělých zemích se začíná používat termín „syndrom rizikového chování v dospívání“- tento pojem zavedl na začátku 90. let prof. R. Jessor a vymezil tři základní okruhy, které do něj patří: jedná se o 1) zneužívání návykových látek a vznik závislosti na nich, 2) negativní sociální jevy jako je problémové chování, agresivita, sociální maladaptace, kriminalita, rizikové chování v dopravě, a 3) ohrožování reprodukčního zdraví zejména kvůli předčasnému zahájení intimního života a s tím spojeným zvýšeným rizikem nákazy pohlavně přenosnou chorobou (neboť právě dospívající a mladí dospělí jsou jimi podle dlouhodobých statistik ÚZIS (2010) nejvíce ohroženi a jejich incidence v těchto věkových kategoriích je nejvyšší) a nechtěným těhotenstvím. Rizika ze všech tří okruhů mají stále výraznější dopad na zdravotní stav a úmrtnost mládeže. Prevence a snižování výskytu syndromu rizikového chování mládeže je aktuální snahou a výzvou pro odborníky všech vyspělých zemí (Zdravotnické noviny, 2005). Jako jeden ze svých cílů uvádí zlepšení zdraví mladých i WHO ve svém dlouhodobém programu s názvem Zdraví pro všechny ve 21. století -zkráceně Zdraví 21 (WHO, 1998).

Důležitým statistickým ukazatelem zdravotního stavu obyvatel je morbidita (z latinského slova morbus – nemoc) nebo-li nemocnost (vybrané populace). Řadí se mezi demografické ukazatele a vyjadřuje se jako poměr počtu nemocných vůči celkové populaci, na kterou se údaj o nemocnosti vztahuje.

Složení chorob, kterými dnes děti nejvíc trpí, a jejich závažnost se v porovnání s minulostí výrazně změnilo. Cabrnchová (in Švejcár, J. 2009) uvádí, že děti dnes stonají zhruba stejně často, jako jejich rodiče. Znatelně ubylo smrtelných infekčních nemocí a díky očkování se snížil nebo téměř vymizel výskyt některých dalších chorob - např. záškrt, spalničky a zarděnky. V roce 1980 se Světové zdravotnické organizaci dokonce podařilo díky celosvětovému programu plošné vakcinace eradikovat pravé neštovice. V populaci se již téměř nevyskytuje dětská infekční obrna. Na druhou stranu ale stoupá výskyt chronických chorob, jako jsou alergie, poruchy imunity a autoimunitní choroby (typicky např. dětská cukrovka) (Cabrnchová, H. in Švejcár, J. 2009).

Nejčastějším alergickým onemocněním je pylová alergická rýma a atopický ekzém (SZÚ, 2008). Ve věkové kategorii dětí do 14 let připadá na 1000 dětí 108 alergiků, což

je o 10 více než v roce 2001 (Lebl, J., Provazník, K., Hejčmanová, L. et al., 2007) Nejedná se však o problém posledních let. Na nárůst alergií v populaci dětí upozornil již Mečíř (1988).

Pacienti, jejichž zdravotní stav je aktivně sledován z důvodu ohrožení nebo průběhu onemocnění, u kterého se předpokládá taková změna zdravotního stavu, jejíž včasné zachycení může mít zásadní význam pro další léčbu a vývoj onemocnění a včasné zjištění nepříznivého vývoje zdravotního stavu pacienta, se nazývají dispenzarizovaní. V době přijetí do dispenzární péče lékaře toto onemocnění nevyžaduje akutní zdravotní péči (MZČR, 2008). Nejvíce případů dispenzarizovaných onemocnění u dětí (0-14 let) za rok 2010 bylo v kategorii nemoci dýchací soustavy (144 345 dětí, z toho 61 003 případů diagnózy astma), na druhém místě byla dispenzarizovaná onemocnění ze skupiny nemocí nervové soustavy, oka a očních adnex nemocí ucha a bradavkového výběžku (101 967 případů – z toho nejčastěji jde o poruchy vidění, slabozrakost, slepota: 60 508 případů), na třetím místě nemoci kůže a podkožního vaziva (63 397 případů). Velký podíl na dispenzarizovaných onemocněních mají dále nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (téměř 43 tisíc případů, z toho více než polovina je tvořena obezitou, hyperalimentací a jejími následky – 27 945 případů) a onemocnění močové a pohlavní soustavy (31 199 případů). Pro vrozené vady a deformace je sledováno – dispenzarizováno 28 128 dětí. O něco méně případů se nachází ve skupině nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (26 846 dětí) a některých infekčních a parazitárních nemocí (25 656 případů). Mezi dispenzarizovanými onemocněními se dále nachází nemoci oběhové soustavy, trávicí soustavy, novotvary, duševní poruchy a poruchy chování, onemocnění krve a krevetvorby. Celkově bylo s dispenzarizovaným onemocněním v roce 2010 zaznamenáno 534 126 dětí ve věkové kategorii 0-14 let. Ve druhé sledované kategorii: dorost (15-18 let) s dispenzarizovaným onemocněním se v roce 2010 nacházelo 254 685 jedinců a zastoupení kategorií jednotlivých skupin onemocnění přibližně korespondovalo s údaji v kategorii děti 0-14 let, které jsou uváděny výše, tj. na prvním místě se stejně jako u dětí ve věku 0-14 let objevily také u dorostu ve věku 15-18 let nemoci dýchací soustavy (58 629 případů, z toho 27 772 případů astmatu), na druhém místě stejně jako u dětí byly nemoci nervové soustavy, oka a očních adnex, nemoci ucha a bradavkového výběžku, v této skupině bylo 57 893 případů, z toho nejpočetnější skupinu tvořili jedinci s poruchami vidění, slabozrakostí, slepotou – 38 121), na třetím

místě se u dorostu s dispenzarizovaným onemocněním objevovaly nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (28 311 případů) a na čtvrtém místě to byly nemoci kůže a podkožního vaziva (24 051 případů), na dalších místech nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (20 422 případů), nemoci močové a pohlavní soustavy (14 965 případů) a duševní poruchy a poruchy chování (10 493 případů). Na zbylých místech se mezi dispenzarizovanými onemocněními dorostu za rok 2010 umístily některé infekční a parazitární onemocnění, vrozené vady a deformace, nemoci trávicí a oběhové soustavy, novotvary a nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé pruchy týkající se mechanismu imunity (ÚZIS, 2011).

Navzdory stoupající incidenci onkologických onemocnění v populaci (v současné době přes 55 000 nových onkologických případů ročně), tvoří počet onkologických onemocnění u dětí pouze necelé 1% -na jedno onkologicky nemocné dítě tak připadá 150 stejně nemocných dospělých. S rostoucím věkem incidence různých typů nádorů narůstá a v kategorii 0-20 let postihuje zhoubný nádor již každého 333. člověka. Nádory dětského věku jsou agresivnější, rychleji rostoucí, více metastazující, ale také senzitivnější vůči radioterapii a chemoterapii než nádory u dospělých. Terapie nádorů kráčí kupředu mílovými kroky (Česká onkologická společnost, 2007). Také druhy onkologických onemocnění jsou u dětí a dospělých rozdílné. Zatímco u dospělých se nejčastěji objevují melanomy, nádory tlustého střeva, plic, prsu a prostaty, u dětí převažuje leukémie a nádory mozku. U dětí je vznik onkologického onemocnění obvykle podmíněný vrozenou poruchou v opravných mechanismech DNA (Klener P. et al., 2002).

Nejčastějším onemocněním dětského věku je zubní kaz, následován onemocněním dýchacích cest. U dětí do prvního roku věku se často objevují ještě průjmová onemocnění. Pro morbiditu dětí a mládeže je dále charakteristické: nárůst obezity a nadváhy, ortopedických a ortodontických vad, psychiatrických nemocí (včetně poruch chování, SPU, LMD apod.) a poúrazových postižení (Kukla, L. 2007). Poúrazová postižení nejčastěji vznikají po úrazech míchy, končetin, hlavy. Na dalším místě u získaných postižení se po těchto poúrazových postižení objevují získané srdeční vady a ortopedické vady dolních končetin (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2007).

2.3 Úrazy, otravy a mortalita dětí a mládeže

Na rostoucí výskyt závažných úrazů dětí a mládeže upozorňuje WHO již v roce 1999. Právě úrazy a otravy jsou v této populaci nejčastější příčinou úmrtí a proto je tato problematika mimořádně závažná. Ročně se u nás zraní nebo otráví asi milion jedinců z této věkové skupiny! Z toho je 31 tisíc jedinců hospitalizováno a asi 300 -350 tisíc ošetřeno ambulantně, zbytek případů je ošetřen doma. Přibližně 3000 přeživších jedinců zůstane po úraze/otravě trvale nebo dlouhodobě postiženo. Úrazy zahrnují: zlomeniny, zhmožděny, vykloubeniny, poranění povrchu těla, poranění hlavy a lebky, opařeniny, poranění úst, zubů a dalších orgánů dutiny ústní, otravy, uštknutí. Typickými místy, kde se úraz odehraje, je vozovka, škola, hřiště a domácí prostředí. Nejrizikovějšími aktivitami pro vznik úrazů jsou tělesná výchova ve škole, sport a neorganizované sportovní aktivity, doprava, násilí mezi dětmi a mládeží, domácí pracovní aktivity. S otravou různé etiologie je ročně hospitalizováno na jednotkách intenzivní péče 80 dětí/mladistvých. Nejčastější příčinou otravy mládeže je alkohol (Kukla, 2007). Nejvíce úrazů a otrav je statisticky u učňů (WHO, 1999). Trend rostoucího počtu úrazů a otrav u dospívajících je do velké míry spojen se syndromem rizikového chování dospívajících, který je popsán již výše. Ve většině vyspělých zemí se právě adolescence stává nejrizikovějším obdobím, čímž na tomto místě nahrazuje období kojenecké a novorozenecké (Zdravotnické noviny, 2005).

Mortalita (z latinského mors – smrt) je demografický ukazatel úmrtnosti v populaci. Stejně jako morbidita je i mortalita udávána pro statistické účely v počtu nově zemřelých na 1000 živých obyvatel (‰). Díky úspěšným preventivním programům mortalita všech populačních skupin s výjimkou adolescentů v ČR klesá. Největší počet úmrtí z populace dětí a mládeže bez ohledu na pohlaví je v období novorozeneckém a kojeneckém (v roce 2010 to bylo 313 dětí- pro srovnání: ve stejném roce se v ČR narodilo 117 153 dětí). Posledních pět let se v naší zemi drží kojenecká úmrtnost na hodnotě kolem 3,5 ‰ a má klesající tendenci (ČSÚ, 2011). Nejvyšší příčky v příčinách kojenecké úmrtnosti obsazují perinatální příčiny (nedonošenost apod.), vrozené vady, deformace, malformace, syndrom náhlého úmrtí novorozence (SIDS), respirační problémy, zranění a nehody, infekce oběhového systému (Lebl, J., Provazník, K., Hejmanová, L. et al., 2007).

Od jednoho roku věku se již na první místo v příčinách úmrtí dostávají a až do produktivního věku zůstávají úrazy (obecně pak zůstávají na 3. místě v příčinách smrti

celé populace obecně - za kardiovaskulárními chorobami a nádory, a tvoří 8% všech příčin úmrtí). V kategorii příčiny úmrtí dětí ve věku 1-4 let se po úrazech objevují znovu vrozené vady, malformace a deformace jako v kojeneckém věku, na dalších místech jsou maligní tumory, vraždy a srdeční poruchy. Stejně příčiny úmrtí jen v jiném pořadí se objevují i ve věkové kategorii 5-9 let. Po úrazech jsou to maligní tumory, dále vrozené vady, malformace a deformace, poslední dvě místa (vraždy a srdeční vady) jsou stejná. V kategorii 10-19 let se nově objevují sebevraždy – a to na druhém místě za úrazy následovány vraždami, maligními tumory a na pátém místě opět srdečními vadami (Lebl, J., Provazník, K., Hejčmanová, L., et al. 2007).

Shrnutí:

Nemoc je patologický následek narušené rovnováhy vnitřního prostředí různé etiologie. Dle průběhu nemoci rozlišujeme nemoci akutní (krátkodobé) a chronické (dlouhodobé), u kterých se střídá období remise (klid) a relapsu (opětovné propuknutí choroby), v některých případech se jedná o chronickou nemoc progredující (postupné zhoršování příznaků). Chronická nemoc je zpravidla náročnější a více zasahující tělo i psychiku pacienta než nemoc akutní, přímo nebo nepřímo se dotýká i jeho blízkého okolí, zejména rodiny. Onemocnění a léčba chronické nemoci je náročná životní situace.

Zdravotní stav dětí a mládeže v ČR se vyvíjí a prodělává řadu změn. Některé nemoci se díky zvýšené prevenci (zejména očkování) již téměř neobjevují, jiné díky stále modernější a účinnější lékařské péči ztrácí na závažnosti, další nemoci (dříve vzácné nebo nediodagnostikovatelné) se naopak objevují a jejich výskyt roste (mnoho z těchto „nových“ onemocnění moderní doby má původ v nezdravém životním stylu). Velkým vykřičníkem jsou zejména alergie – dnes je více než každé 10. dítě alergické. Nejzávažnějším problémem populace dětí a mládeže jsou však úrazy. Od 1. roku věku tvoří nejčastější příčinu úmrtí. Kromě toho zanechává v řadě případů trvalé invalidizující následky. Nejvyšší počet úmrtí v populaci dětí a mládeže bývá dlouhodobě v 1. roce života dítěte. Novým fenoménem ohrožující zdraví i život mládeže je tzv. syndrom rizikového chování mládeže, který zahrnuje negativní jevy, které se ve

zvýšeném množství objevují právě u mládeže – např. toxikomanie, nevhodné sociální chování, agresivita, předčasné zahájení sexuálního života.

3 Osobnost pedagogického pracovníka

V této kapitole je popsána osoba a osobnost pedagoga jako pracovníka ve vzdělávacím zařízení, dále osoba a osobnost speciálního pedagoga z hlediska kompetencí, legislativy a požadavků na osobnostní vlastnosti. Zmíněny jsou i další profese, které se ve školách nebo ve školách při zdravotnickém zařízení mohou vyskytovat v souvislosti s pedagogickým procesem.

3.1 Pedagogický pracovník, pedagog, asistent pedagoga

Pedagogickým pracovníkem je podle § 2 zákona č. 563/2005 Sb. o pedagogických pracovnících ten, kdo: „koná přímou vyučovací, přímou výchovnou, přímou speciálně pedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na vzdělávaného, kterým uskutečňuje výchovu a vzdělávání na základě zvláštního právního předpisu. Pedagogickým pracovníkem je též zaměstnanec, který vykonává přímou pedagogickou činnost v zařízeních sociálních služeb. Přímou pedagogickou činnost vykonává učitel, pedagog v zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, vychovatel, speciální pedagog, psycholog, pedagog volného času, asistent pedagoga, trenér, vedoucí pedagogický pracovník.“ Zákon dále stanoví předpoklady pro výkon činnosti pedagogického pracovníka – takovým pracovníkem může být ten, kdo:

- a) je plně způsobilý k právním úkonům,
- b) má odbornou kvalifikaci pro přímou pedagogickou činnost, kterou vykonává,
- c) je bezúhonný,
- d) je zdravotně způsobilý a
- e) prokázal znalost českého jazyka (s výjimkou pedagogického pracovníka, který bude vyučovat na škole s jiným než českým vyučovacím jazykem, bude vyučovat cizí jazyk nebo konverzace cizího jazyka, anebo úspěšně složil maturitní zkoušku z českého jazyka a literatury)(563/2004Sb.).

Nadřazeným pojmem pro pedagogické pracovníky je **edukátor**, tj. profesionál, který provádí edukaci – někoho vyučuje, školí, zacvičuje, trénuje. Jde o nejobecnější kategorii (Průcha, J. 2002).

Výraz edukace v pojetí filozofie výchovy znamená proces celkové výchovy, týká se pouze člověka a je odvozen z latinského slova „educatio“ – vychovávání. Edukace je považována za celoživotní proces, ve kterém se rozvíjí osobnost člověka působením

formálních výchovných institucí a neformálních prostředí. Z tohoto vyplývá, že edukátorem jsou všichni zúčastnění v edukačním procesu (Opatřilová, D. 2005).

Pedagog (učitel) je pedagogický pracovník, který přímo provádí vyučování žáka. Podle pedagogického slovníku je učitel definován jako „*jeden ze základních činitelů vzdělávacího procesu, profesionálně kvalifikovaný pedagogický pracovník, spoluodpovědný za přípravu, řízení, organizaci a výsledky tohoto procesu*“ (Průcha, J., Walter, E., Mareš, J. 2001, s.261). Mezinárodně uznávané vymezení pro kategorii učitel vychází z definice založené na 3 konceptech: aktivita – učitel je pouze ten, kdo vykonává přímo vyučovací činnosti, profesionalita – definice učitele vylučuje osoby, které pracují ve vzdělávacích zařízeních, ale nevyučují, vzdělávací program – pouze ti, kdo vyučují žáky, nikoliv osoby, které provádí určité služby týkající se vzdělání, např. školní inspektoři, psychologové...Učitelská profese vykazuje tři základní složky: edukace – příprava na edukaci –sebevzdělávání (Průcha, J. 2002).

Profese pedagoga je vymezena požadovanými kompetencemi, které se obecně dělí na kompetence k výchově a vyučování, kompetence osobnostní a kompetence rozvíjející osobnost učitele (Švec, V. in Průcha, J. 2002). Kompetence lze považovat za soubor profesních a osobnostních dovedností a dispozic, kterými má být vybaven učitel, aby mohl efektivně vykonávat své povolání (Průcha, J. 2001). Vašutová (2004) uvádí tyto obecné kompetence:

- předmětová/oborová : učitel je schopen v rámci své aprobace transformovat poznatky příslušných oborů do vzdělávacích obsahů vyučovacích hodin. Dovede integrovat mezioborové poznatky a vytvářet mezioborové vztahy.
- didaktická a psychodidaktická: učitel ovládá strategie vyučování a učení, dovede využívat metodický repertoár, který je schopen přizpůsobit individuálním potřebám žáků.
- pedagogická a intervenční: ovládá procesy a podmínky výchovy, je schopen podporovat rozvoj individuálních kvalit žáků, má znalosti o právech dítěte a respektuje je ve své práci. Ovládá intervenční prostředky k zajištění kázně, je schopný rozpoznat sociálně patologické projevy žáků.

- sociální, psychosociální a komunikativní: ovládá prostředky utváření pozitivního učebního klimatu, socializace žáků, pedagogické komunikace, dovede uplatnit efektivní způsoby komunikace a spolupráce s rodiči a ostatními sociálními partnery
- manažerská a normativní: učitel má znalosti o podmínkách a procesech fungování školy, ovládá administrativní úkony spojené s evidencí žáků, má organizační schopnosti pro mimovýukové aktivity žáků
- profesně a osobnostně kultivující: učitel má znalosti všeobecného rozhledu, umí vystupovat jako reprezentant své profese, má osobnostní předpoklady pro kooperaci s kolegy, je schopen reflektovat vzdělávací potřeby a zájmy žáků.

Z výše uvedeného vyplývá, že část z těchto kompetencí získává budoucí učitel studiem ve vzdělávací instituci (požadované dosažené vzdělání uvádí zákon č. 563/2004 o pedagogických pracovnících), část z nich má povahu osobnostních kvalit a vlastností. Dalšími předpoklady, které vyžaduje profese pedagoga, jsou: psychická odolnost a fyzická zdatnost, dobrý aktuální zdravotní stav, mravní bezúhonnost (Průcha, J. 2002).

„Asistent pedagoga je nově zavedená kategorie pedagogických pracovníků. Předpokladem pro výkon asistentské činnosti je získání odborné kvalifikace: a) vysokoškolským studiem bakalářského stupně v pedagogických oborech b) vyšším odborným vzděláním pedagogického nebo sociálního zaměření, c) středním vzděláním v oboru. Asistentem se může stát i osoba se základním vzděláním po absolvování akreditovaného programu dalšího vzdělávání. Asistent pedagoga může působit ve školách nebo školských zařízeních, zejména v těch, kde je větší počet žáků znevýhodněných zdravotně nebo sociálně, např. v přípravných třídách pro romské žáky, ve školách vzdělávajících děti imigrantů, ve školách, kde jsou integrováni žáci se zdravotním postižením či ve školách speciálních nebo v zařízeních sociální péče“ (Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2009, s. 20) Asistent pedagoga je pomocník pedagoga, který se může významnou měrou podílet na vzdělávacím procesu nejen ve škole, ale také v oblasti mimoškolní výchovy. Podílí se na podpůrném vzdělávání a integraci žáka se sociálním nebo s kulturním znevýhodněním, žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a také žáka mimořádně nadaného (Průcha, J. 2009). Hlavní význam asistenta pedagoga je pomoc žákům při přizpůsobování se školnímu prostředí,

pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, v komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a s komunitou, ze které žáci pocházejí (vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných).

3.2 Speciální pedagog

Speciální pedagog patří podle zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících do skupiny pracovníků, kteří vykonávají přímou pedagogickou činnost. § 18 tohoto zákona stanovuje potřebné vzdělání pro osobu speciálního pedagoga: *„Speciální pedagog získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na speciální pedagogiku.“* (zákon č. 563/2004 Sb.) Na rozdíl od pedagoga běžné školy musí vzdělání speciálního pedagoga obsahovat i potřebné zdravotnické znalosti. Při svém studiu obvykle volí jednu nebo více specializací, na které je speciální pedagogika členěna – těmito specializacemi jsou psychopedie (pedagogika osob s mentálním postižením), somatopedie (pedagogika osob s tělesným a zdravotním postižením, se zdravotním oslabením), oftalmopedie (pedagogika osob se zrakovým postižením), surdopedie (pedagogika osob se sluchovým postižením), logopedie (pedagogika osob s vadami řeči), etopedie (pedagogika osob s poruchami chování), speciální pedagogika osob s kombinovanými postižením a specifické poruchy učení nebo chování (Vymazalová, 2010).

„Speciální pedagog nepůsobí pouze jako edukátor, ale často plní i funkci učitele jako poradce. Jeho role má již sama o sobě určitý nádech poradenského charakteru.“ (Opatřilová, D., 2005, s. 67).

V národní soustavě povolání (NSP) je za speciálního pedagoga označován *„vysoce kvalifikovaný pracovník, který provádí pedagogickou, diagnostikační, terapeutickou, logopedickou a poradenskou činnost“* a mezi jeho pracovní činnosti patří konkrétně hodnotit účinnost nápravných, reedukačních a kompenzačních postupů, vytvářet koncepce, metodiky a postupy speciálně pedagogických, preventivních a poradenských služeb ve školství a jejich zavádění, vést příslušnou dokumentaci, provádět nápravné, reedukační a kompenzační činnosti s rizikovými jedinci, spolupracovat s rodiči a rodinami postižených dětí a mládeže při aplikaci nápravných metod, a se školami a školskými, zdravotnickými a dalšími zařízeními. Dále depistážní a diagnostická činnost

zaměřená na vyhledávání jedinců s rizikem školní neúspěšnosti, studium nových poznatků v oboru a jejich aplikace do speciálně vzdělávacích a nápravných programů. Jeho povolání je těžší a náročnější než výchova a vzdělávání zdravých dětí.

Kromě přímé pedagogické práce ve škole může pracovat také v poradenských nebo zdravotních zařízeních, rehabilitačních ústavech nebo i v oblasti vědy, výzkumu či metodiky zabývajícími se výchovou a vzděláváním osob s postižením.

. Příslušné vzdělání uvedené v zákoně o pedagogických pracovnících není jediným předpokladem (a požadavkem) k úspěšnému výkonu povolání speciálního pedagoga. Bez učitelského talentu, kladného vztahu k dětem a mládeži a autority se pedagog obejde jen stěží. Mezi další požadavky kladené na tuto profesi uvádí *Průvodce světem povolání* i schopnost slovně formulovat, dobrá paměť, schopnost improvizovat, organizační schopnosti, kultivovaný zjev a vystupování. Povolání je nevhodné pro občany s těžkými vadami pohybového ústrojí, poruchami pohybové koordinace, poruchami komunikačních schopností, recidivujícími psychickými poruchami (*Průvodce světem povolání*).

Speciální pedagog by měl dále být mimo jiné především trpělivý a emocionálně vyrovnaný: žáci speciálního pedagoga bývají mimořádně citliví a vnímaví k projevům a psychickému rozpoložení edukátora; tolerantní ke svým žákům i kolegům, cílevědomý a kreativní: nevzdává se při potížích a hledá nová alternativní řešení, která jsou vhodná, přínosná a pro klienty přitažlivá a motivující; humanisticky orientovaný, přiměřeně empatický, komunikativní aj. (Opatřilová, D. 2005). Za další potřebné vlastnosti tohoto odborníka považuje Plevová (1997) optimismus, odpovědnost a pečlivost, originální myšlení, pohotovost a rozhodnost. Neměla by mu chybět ani vyrovnanost a sebedůvěra, aby je mohl předávat i žákům.

Povolání speciálního pedagoga je nově řazeno mezi tzv. pomáhající profese, což je obecně označení pro profese, které jsou orientovány na potřeby člověka a jejich podstatným rysem je takové jednání vůči druhému člověku, které je zaměřeno na řešení jeho potřeb a poskytování pomoci a podpory. Charakteristické pro ně bývá i zamření na individuální potřeby jedince. Kromě speciálních pedagogů se toto označení týká typicky psychologů, lékařů, sociálních pracovníků, terapeutů, vychovatelů aj. Jinými slovy jsou

to takové profese, mezi jejichž činnosti patří zejména diagnostika, poradenství, terapie, řešení problému a záznam problému. Výkon pomáhající profese s sebou přináší jistá specifika, která jsou pro skupinu těchto profesí příznačná. Jde zejména o požadavky na speciální/specializované vzdělávání, které upravuje zákon, praxi a další vzdělávání, využívání etických norem (k tomuto účelu existují tzv. etické kodexy pro jednotlivé pomáhající profese – např. etický kodex sociálních pracovníků, které upravují a vymezují zejména vztahy mezi profesionálem a klientem, mezi profesionálem a jeho zaměstnavatelem a kolegy), dále jsou specifikem pro výkon pomáhající profese i speciální požadavky na strukturu pracovníkovy osobnosti (jako je hodnotový systém, motivace, široká škála osobnostních vlastností – např. empatie, tolerance, trpělivost, stabilita osobnosti...), specifické komunikační schopnosti (např. ovládání alternativních systémů komunikace, ale i schopnost komunikovat „přijatelným“ a srozumitelným způsobem různým skupinám klientů), nepopulárním specifikem pro pracovníky pomáhající profese je i vyšší riziko syndromu vyhoření (Michalík, J. 2011). Syndrom vyhoření (někdy používaný i ang. termín „burn out“ – vyhořet, vyhasnout, zcela se vyčerpat) je stav psychického vyčerpání coby důsledek dlouhodobého působení stresujících podnětů. Dochází k němu zpravidla, když se počáteční nadšení pro práci a uspokojení z výsledků postupně vytrácí, přichází pochybnosti o smyslu práce a projevuje se jak v emocionální a mentální oblasti, tak i v oblasti fyzické, nezřídka je spojován i s nástupem psychosomatických obtíží (Ordinace.cz, 2009). Název pochází z roku 1974 od amerického psychoanalytika Herberta J. Freudenbergera, který tento syndrom připisoval původně lidem závislým na alkoholu nebo drogách v chronickém stádiu, později právě pracovníkům, kteří pracují s lidmi. V dnešní době již syndrom vyhoření není výhradní doménou pomáhajících profesí, ale může ohrožovat každou profesi, neboť podstatu vzniku syndromu může naplnit výkon kterékoliv profese (Kebza,V., Šolcová, I. 2003).

Ve škole při zdravotnickém zařízení speciální pedagog zabezpečuje vzhledem k dětskému pacientovi následující funkce:

- Pedagogickou - tzn. zajištění kontinuity výchovy a vzdělávání.
- Léčebnou - odvádí pozornost od nemoci, čímž pozitivně ovlivňují celkový zdravotní stav dítěte.

- Psychologickou - usnadňuje adaptaci ve zdravotnickém zařízení, umožňuje zprostředkování kontaktu s okolním světem, vytváří citové zázemí v cizím neznámém prostředí, reguluje citovou labilitu.
- Sociální - umožňuje získat ucelené vzdělání, čímž utváří lepší předpoklady pro uplatnění v životě (Speciální základní škola: Ahoj škola).

Práce i postavení speciálního pedagoga ve školách při zdravotnickém zařízení se do jisté míry liší od práce speciálního pedagoga v jiných zařízeních. Je to dáno mimo jiné i tím, že nejúčinnější cestou k udržení dobrého psychického stavu je právě dobré zaměstnání dítěte, které ve zdravotnickém zařízení často zažívá nelibé pocity z léčebných zákroků, narušení jeho osobní i intimní sféry, z obav a strachu z budoucnosti i změny denního programu, a speciální pedagog je pro něj nejenom člověk, který nemá nic společného s těmito nepříjemnostmi (vyšetření, léčebné zákroky), ale také mu navíc přináší rozptýlení, zábavu a spojení se světem mimo nemocnici. Pro práci pedagoga je důležitou dovedností i rychle u dítěte odhadnout jeho současný zdravotní a psychický stav i jeho mentální úroveň. Nezbytností je i spolupráce se zdravotníky (Plevová, M. 1997).

Náročnější bývá pro speciálního pedagoga působícího ve zdravotnickém zařízení také příprava na každé vyučování, které musí zohledňovat nejen psychické oslabení nemocných žáků, nejednotnost ve schopnostech, vývojových úrovních, školních ročnících, ale také například chystání a přenášení různorodých pomůcek, nemožnost přesného předvídání průběhu vyučování a momentálního stavu žáka apod.

3.3 Herní specialista

"Herní specialista pečuje především o dobrý psychický stav dětí, včetně kojenců a mladistvých, a o jejich rodiče" (Řezníčková, V. in Valenta, O. 2003, s. 146). Na rozdíl od jiných pracovníků ve zdravotnickém zařízení má k dětem i jejich rodičům nedirektivní přístup - jeho úkolem není klienty poučovat, vychovávat ani měnit, ale být jejich kamarádkým průvodcem během pobytu v nemocnici. Nejdůležitější moment ve vztahu pacient - herní specialista je navázání prvního kontaktu a vybudování tohoto vztahu včetně vzájemné důvěry. Specialista by se měl stát i spojencem mezi dítětem a zdravotnickým personálem - připravovat ho na různé situace, které ho

v nemocnici mohou potkat a odstraňovat obavy dítěte z nich, a na straně druhé přinášet zdravotnickému personálu informace, které se od dítěte dozví, což může velmi napomoci k volbě nejlepší léčebné strategie. Na prvním místě je pro herního specialistu vytvořit přátelské, bezpečné prostředí, které je pro dítě vhodné. Jednou z možností, které k tomu může použít, je hra. *"Hra je základní typ činnosti dětského věku, význam však má i v dospívání a v dospělosti. Hra přináší dítěti řadu důležitých vývojových podnětů"* (Gillernová, I. a kol., 2000, s. 21).

U dětí v nemocnici pomáhá hra přiměřená stupni vývoje a věku dítěte porozumět nemoci a léčbě. S hrou souvisí i povinnost herního specialisty udržovat pořádek a bezpečnost v herně, vytvářet vhodné herní programy a doplňovat nové hračky a herní materiály, kontroluje stav používaných hraček. Tzv. terapeutická hra je specialistou používána při individuální péči u dětí se speciálními potřebami. Zvláštní pozornost dále věnuje také dětem v pre-terminálním stádiu, dětem na JIP a jejich blízkým. Na jednoho herního specialistu připadá na oddělení mnoho dětí. Přednostně by měly být v jeho péči děti bez častých návštěv rodičů, děti z dětských domovů a ústavů, děti handicapované (Řezníčková, V. in Valenta, M., 2003). Herní specialista není konkurencí (speciálního) pedagoga na oddělení – přestože někdy je kvůli nezřízení jeho funkce pedagogem nahrazován. Činnost herního specialisty naopak pedagogickou činnost vhodně doplňuje. Dlouhodobá nemoc totiž vede u dítěte k poklesu jeho samostatnosti a přispívá k nechuti k učení (Plevová, M. 2007), proto je pro dlouhodobě nemocného žáka každá zajímavá činnost, která není spojená s učením, často vítaným zpestřením jeho hospitalizace.

Funkce herního specialisty vznikla v Anglii ve druhé polovině minulého století, k nám se tento pojem dostal v 90. letech. Koncepce této profese byla však v zemi svého vzniku odlišná než např. u nás – na rozdíl od ČR a SR neexistovaly v Anglii školy a družiny při zdravotnických zařízeních a herní specialista tak byl první profesí, která se aktivně podílela na udržování dobrého psychického stavu hospitalizovaných dětí. Impulsem pro zřízení této funkce byla primárně hospitalizace opuštěných dětí bez rodičů. Již z tohoto rozdílného pojetí vyplývá i rozdílnost realizace celého konceptu, která se neobejde bez problémů v metodickém vedení, vzdělávání, financování aj. Stejně jako herní specialisté v různých nemocnicích v Anglii používají ve své práci různé metody, tak i herní specialisté v naší zemi uplatňují při sledování cíle, který je ale

všem herním specialistům společný (tedy zlidštit nemocnici pro malé pacienty a jejich rodiče), rozličné metody a nelze tedy sestavit spolehlivou universální šablonu, která by platila pro volbu metod všech herních specialistů. (Dušková M., Ondráčková P. in Valenta, M. 2003).

Mezi hlavní požadavky na znalosti a dovednosti herního specialisty patří:

Znát normální vývoj dítěte od narození do dospělosti, být schopen pozorovat a rozpoznat aktuální potřeby dítěte, být připraven hrát si s dětmi různého věku, mít ze hry spontánní radost, rozumět chování rodiny i dítěte v náročných životních situacích, mít cit pro výběr patřičné herní metody, která pomůže dětem a jejich rodičům zvládnout vyšetření a léčbu, a základní znalosti o onemocněních, vyšetřovacích metodách a léčebných postupech, orientace v provozu zdravotnického zařízení. (Řezníčková, V. in Valenta, 2003)

Shrnutí:

Pedagogický pracovník je osoba vykonávající přímou edukaci – tj. vzdělávání a výchovu, proto je také cizím slovem nazýván jako „edukátor“. Pojem pedagogický pracovník je zastřešujícím označením pro širší skupinu profesí: učitele, pedagoga v zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, vychovatele, speciálního pedagoga, psychologa, pedagoga volného času, asistenta pedagoga, trenéra, vedoucího pedagogického pracovníka.

Úkolem speciálního pedagoga je pak výchova a vzdělávání dětí postižených různými nedostatky - tělesnými, smyslovými, duševními, zdravotními nebo poruchami chování. Jako všechny jiné pomáhající profese, klade i tato větší kvalitativní nároky na osobnostní vlastnosti speciálního pedagoga – základní podmínkou je kladný vztah k lidem (dětem) s postižením. Neméně důležitou vlastností je empatie, dobré sociální cítění, optimismus. V jeho mentálních schopnostech by neměla chybět dobrá paměť, originální myšlení, pohotové reagování. To vše musí být samozřejmě doplněno patřičným vzděláním.

V posledních letech se kromě speciálních pedagogů objevují na dětských odděleních nemocnic i herní specialisté – osoby kompetentní k tomu, aby vhodně zaměstnávaly

dětské pacienty a poskytovaly jim potřebný pocit jistoty a bezpečí, který může během hospitalizace chybět. Zjednodušují kontakt mezi dítětem a zdravotním personálem (zdravotnickým zařízením) a spolupracují i s rodiči. V českých nemocnicích je ke škodě všech profese herního specialisty stále ještě v praxi spíše vzácnost a nadstandard, který na svou příležitost teprve čeká a snad se jednoho dne i dočká.

4 Vzdělávání žáků na základních školách při zdravotnických zařízeních

4.1 Stanovení hlavního cíle a dílčích cílů výzkumného šetření, metodologie, hypotézy

Výzkumný projekt byl zaměřen na pedagogy vyučující na základních školách při zdravotnických zařízeních. Pedagogové v těchto zařízeních jsou zkoumaným souborem.

Hlavním cílem práce bylo pojmenovat problémy a úskalí vyskytující se v souvislosti se vzděláváním žáků na základních školách při zdravotnických zařízeních – konkrétně při dětské nemocnici, dětské léčebně a dětské ozdravovně. **Dílčím cílem** je potom porovnat případné rozdíly mezi těmito typy zařízení ve zjištěných problémech a úskalích vzdělávání na základní škole a navrhnout, jak by se zjištěným problémům a úskalím dalo předcházet nebo jak je minimalizovat. S těmito cíly koresponduje i zvolená **hlavní výzkumná otázka**:

Jak se liší úskalí a problémy, které se objevují při vzdělávání žáků na základních školách při nemocnici, při léčebně a při dětské ozdravovně?

Vedlejší výzkumné otázky zní: Jak lze problémům, které se objevují v souvislosti se vzděláváním žáků na základních školách při zdravotnických zařízeních předcházet? Co ovlivňuje průběh vzdělávání žáků na základní škole při nemocnici, v léčebně a při dětské ozdravovně?

Byly stanoveny tyto hypotézy:

H₁: Na základních školách při nemocnicích se učitelé setkávají s jinými problémy a úskalími než na základních školách při léčebnách a při ozdravovnách

H₂: Na základních školách při léčebnách je výuce věnováno více hodin denně než na základních školách při nemocnicích.

H₃: Na základní škole při dětské nemocnici jsou používány jiné didaktické metody než na základní škole při léčebně a při ozdravovně.

Pro získání a zpracování dat byla použita metoda **kvantitativního výzkumu**, **technikou sběru dat** je standardizovaný dotazník s uzavřenými, polouzavřenými a otevřenými otázkami. Získaná data byla zpracována v programech Microsoft Word a Microsoft Excel.

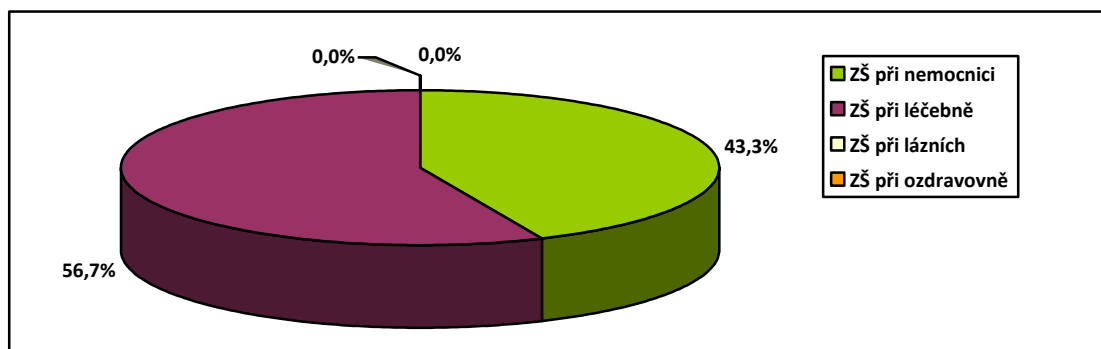
4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného souboru

Dotazníkové šetření probíhalo na vybraných základních školách při zdravotnických zařízeních, jejichž ředitel nebo vedoucí pracovník mi dal souhlas s provedením dotazníkového šetření, v období říjen 2011 – únor 2012. Konkrétní zařízení byla zvolena kvótním výběrem, ve kterém byl hlavním parametrem „základní škola při zdravotnickém zařízení“ a dostupnost tohoto zařízení elektronickou poštou, přes kterou probíhal první kontakt se žádostí o umožnění zaslání dotazníků k výzkumnému šetření. Těmto dvěma podmínkám odpovídalo 38 zařízení, z nichž na žádost (kladně) odpovědělo 16 z nich, 2 zařízení se omluvila z důvodu zrušení pravidelné výuky (žáky již dojíždí vyučovat pouze externí vyučující z jiné ZŠ) a zbylá zařízení neodpověděla ani po opakovaných e-mailech vůbec. Do každého zařízení souhlasícího s výzkumem bylo zasláno poštou 3-5 dotazníků (dle dostupných informací o počtu zaměstnanců oslovené školy), jeden výzkum proběhl v místě mého bydliště a k předání dotazníku došlo tudíž osobně. Všechna zařízení zaslání dotazníky zaslala vyplněné v příložených obálkách zpět. Zařízení, do kterého jsem zanesla dotazníky osobně, mi navrátilo 13 vyplněných dotazníků (oproti pěti dotazníkům, které jsem tam zanesla).

4.3 Interpretace a analýza dotazníkového šetření

Z celkově 16 zařízení jsem získala 60 dotazníků. Vzhledem k nízkému počtu zařízení a velké variabilitě odpovědí i v rámci jednoho zařízení jsem se rozhodla zpracovat výsledky dotazníků za jednotlivce nikoliv za jednotlivá zařízení – 100% tedy nebylo 16 ale 60. Těchto 100% jsem hned na začátku rozdělila podle typu zdravotnického zařízení, při kterém se škola nachází (v dotazníku otázka č. 4), viz graf 1:

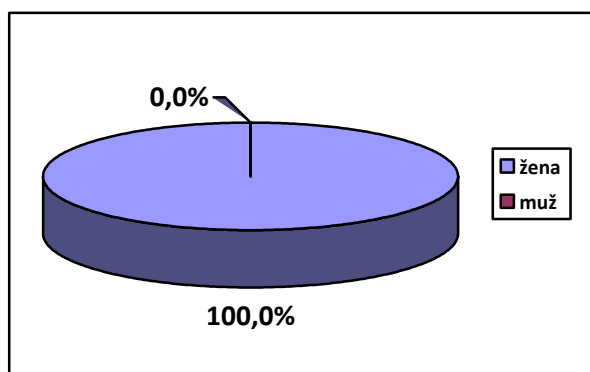
Otázka – typ zdravotnického zařízení



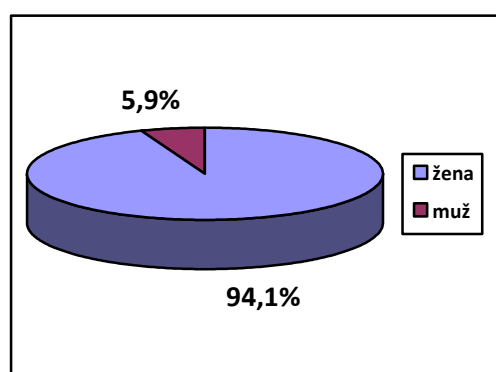
Graf 1 : rozdělení ZŠ při ZZ podle typu zdravotnického zařízení

26 dotazníků pocházelo ze základních škol při nemocnici (43,3%), zbylých 34 dotazníků pocházelo ze základních škol při léčebnách (56,7%). Ze základních škol při lázních nebo při ozdravovnách nepocházel žádný dotazník.

Otázka č. 1 – pohlaví respondentů



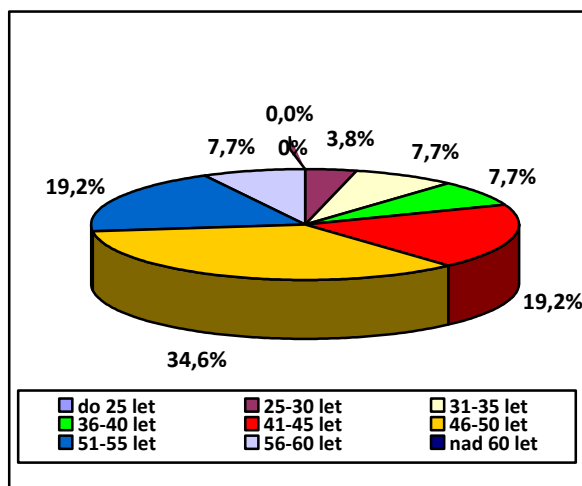
Graf 2: Pohlaví respondentů - ZŠ při nemocnici



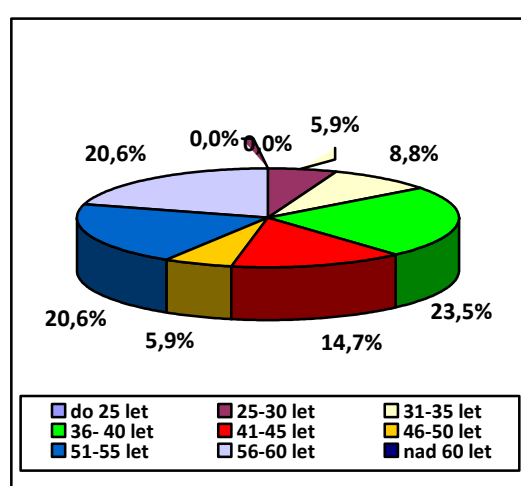
Graf 3: Pohlaví respondentů - ZŠ při léčebně

Všech 26 navrácených dotazníků ze základních škol při nemocnicích vyplnily ženy (graf 2). Mezi navrácenými dotazníky ze základních škol při léčebnách bylo 32 (94,1%) dotazníků od žen a 2 dotazníky (5,9%) od mužů (graf č. 3).

Otázka č. 2 – věk respondentů



Graf 4: Věk respondentů - ZŠ při nemocnici

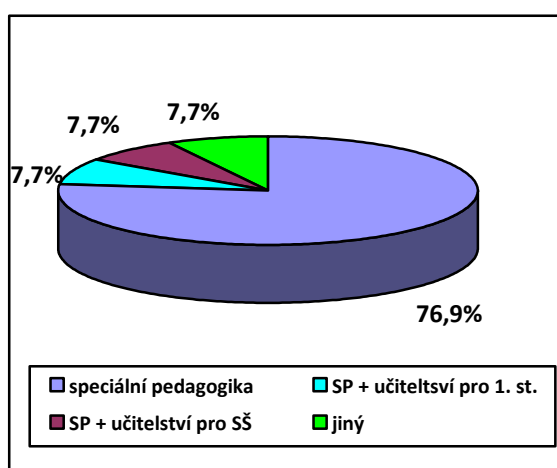


Graf 5: Věk respondentů - ZŠ při léčebně

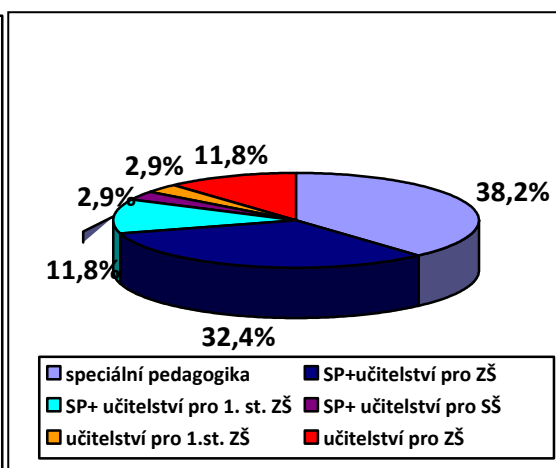
Ve vyplněných dotaznících ze základních škol při nemocnici (viz graf 4) měla nejpočetnější zastoupení věková kategorie 46-50 let (9 respondentů; 34,6%). Za ní následovala věková kategorie 41-45 let a 51-55 let (obě tvořilo shodně 5 respondentů; 19,2%). Na dalším místě byly věkové kategorie 31-35 let, 36-40 let a 56-60 let (2

respondenti; 7,7%). Jeden respondent (3,8%) vybral věkovou kategorii 25-30 let. Krajní věkové kategorie (do 25 let a nad 60 let) v dotaznících z těchto zařízení zastoupeny nebyly. V dotaznících ze základních škol při léčebně (graf č. 5) byla nejpočetnější věkovou skupinou kategorie 36-40 let (8 respondentů; 23,5%), hned za ní byly zastoupeny věkové kategorie 51-55 let a 56-60 let (7 respondentů; 20,6%). Menší zastoupení měly věkové kategorie 41-45 let (5 respondentů; 14,7%) a 31-35 let (3 respondenti; 8,8%). Poslední dvě zastoupené věkové kategorie byly 25-30 let a 46-50 let (shodně po dvou respondentech; 5,9%). Ani zde nebyly zastoupeny věkové kategorie do 25 let a nad 60 let žádným respondentem.

Otázka č. 3: Jaký obor máte vystudovaný?



Graf 6: Vystudovaný obor- ZŠ při nemocnici



Graf 7: Vystudovaný obor- ZŠ při léčebně

U respondentů v dotaznících ze základních škol při nemocnici (viz graf 6) převládalo vzdělání v oboru speciální pedagogiky (20 respondentů; 76,9%), u dvou respondentů (7,7%) kombinované s učitelstvím pro střední školy a u dalších dvou respondentů (7,7%) s učitelstvím pro první stupeň základní školy. Zbylí dva respondenti (7,7%) doplnili vlastní odpověď. Jednalo se o obor výchova ve volném čase na vyšší odborné škole a vychovatelství. V dotaznících ze základních škol (graf 7) při léčebně také převažovaly odpovědi s oborem speciální pedagogika, samotná speciální pedagogika se však objevila pouze u třinácti respondentů (38,2%), dále se speciální pedagogika objevila v kombinaci s učitelstvím pro základní školu (11 respondentů; 32,4%), s učitelstvím pro první stupeň základní školy (4 respondenti; 11,8%) nebo s učitelstvím pro střední školy (jeden respondent; 2,9%). Kromě speciální pedagogiky a její kombinace s jiným oborem byl ve výsledcích dotazníku zastoupen ještě obor

učitelství pro základní školy (4 respondenti; 11,8%) a učitelství pro první stupeň základní školy (jeden respondent; 2,9%).

Otázka č. 5 – Kde se zařízení nachází a kdo je jeho zřizovatel?

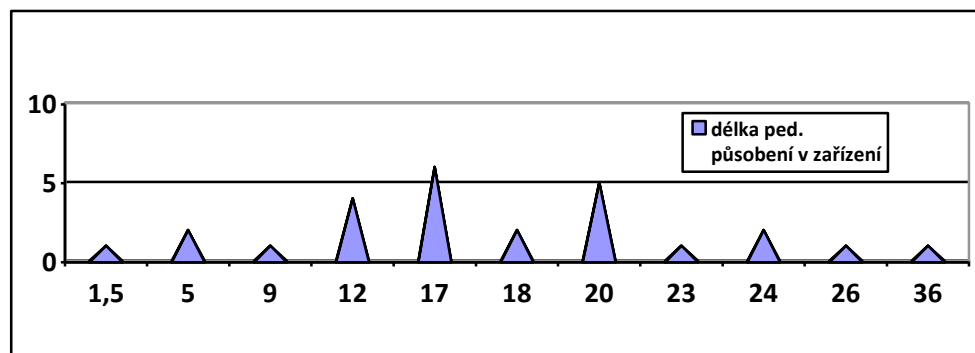
KRAJ	POČET ZAŘÍZENÍ	ZŘIZOVATEL
Jihomoravský	1	kraj
Královéhradecký	1	kraj
Olomoucký	1	kraj
Pardubický	1	kraj
Praha	1	Magistrát hlavního města Prahy

Tab. 1: ZŠ při nemocnici – lokalita a zřizovatel

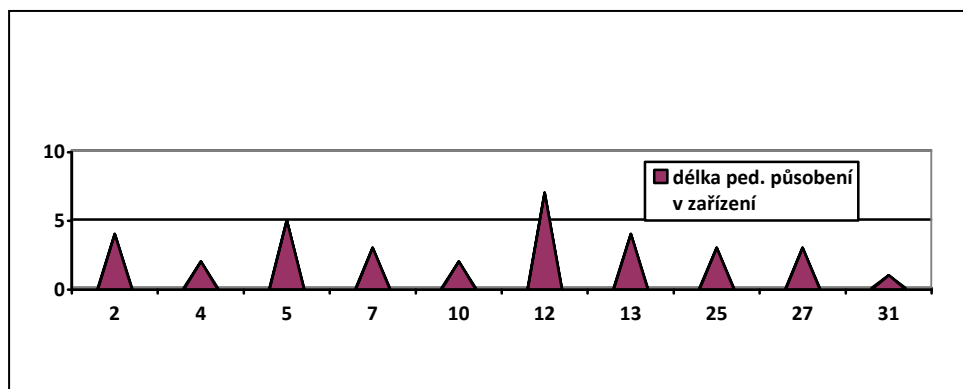
KRAJ	POČET ZAŘÍZENÍ	ZŘIZOVATEL
Jihočeský	1	kraj
Jihomoravský	2	kraj
Karlovarský	1	kraj
Královéhradecký	3	kraj
Pardubický	1	kraj
Středočeský	1	kraj
Vysočina	1	kraj
Zlínský	1	kraj

Tab. 2: ZŠ při léčebně- lokalita a zřizovatel

Otázka č. 6- Jak dlouho již v tomto zařízení pracujete jako pedagog?



Graf 8: ZŠ při nemocnici délka pedagog. působení



Graf 9: ZŠ při léčbě – délka pedagog. působení

Délka pedagogické praxe v příslušném zařízení byla otázka s otevřenou vypisovací odpovědí a výsledná číselná škála byla velmi široká. V základních školách při nemocnicích (viz Graf 8) byly krajní hodnoty číselné škály 1,5 roku až 36 let. Nejčastěji se objevila hodnota 17 let (6 respondentů), následovaná údajem 20 let (5 respondentů) a 12 let (4 respondenti). Délka praxe v zařízení: 5 let, 18 let a 24 let se v dotaznících objevila každá dvakrát. Po jednom respondentu měla hodnota 9, 23 a 26 let. Aritmetický průměr délky působení respondentů na základních školách při nemocnici byl 16,9 let.

Na věkové škále respondentů ze základních škol při léčbě (viz Graf 9) byly krajními hodnotami 2 a 31 let. Nejvíce respondentů (7) uvedlo odpověď 12 let. Druhou nejčastější odpovědí bylo 5 let (5 respondentů) a těsně za ní odpovědi 2 roky a 13 let (obě odpovědi měly po čtyřech respondentech). Odpovědi: 7 let, 25 let a 27 let se v dotaznících objevila každá třikrát. Dva respondenti napsali odpověď 4 roky, stejným počtem respondentů byla zastoupena odpověď 10 let. Nejdelší doba praxe v dotaznících ze základních škol při léčebnách (31 let) byla uvedena jednou. Aritmetický průměr délky působení respondentů na základních školách při léčbě byl 11,9 let.

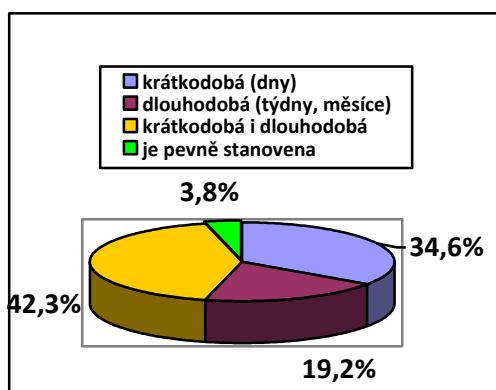
Otázka č. 7 – S jakými zdravotními obtížemi Vaši jsou žáci v péči zdravotnického zařízení jako pacienti?

Tabulka uvádí odpovědi na tuto otevřenou vypisovací otázku podle četnosti výskytu v dotaznících (čím vyšší místo v tabulce, tím častější výskyt odpovědi)

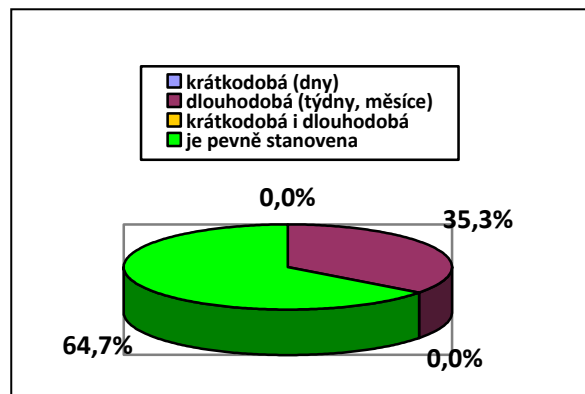
<i>ZŠ při nemocnici</i>	<i>ZŠ při léčebně</i>
úrazy, chirurgické zákroky	ortopedické vady
psychiatrické nemoci	respirační potíže, astma
respirační onemocnění	psychiatrické nemoci
nemoci trávicí soustavy	obezita
onkologická onemocnění	dětská mozková obrna
infekční choroby	alergie, snížená imunita
kožní nemoci	neurologická onemocnění
ortopedické vady	poúrazová rehabilitace
metabolické poruchy	onemocnění trávicí soustavy
nemoci srdce a cév	gynekologické potíže
nemoci ušní, nosní, krční	zrakové vady

Tab . 3: Příčiny pobytu žáků ve zdravotnickém zařízení

Otázka č.8: délka pobytu dětí v zařízení



Graf 10: ZŠ při nemocnici- délka pobytu

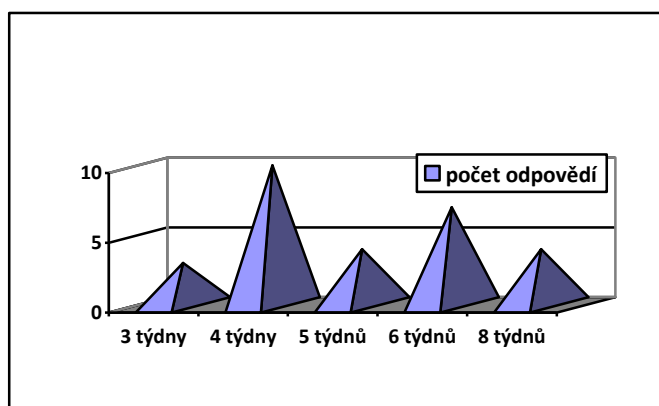


Graf 11: ZŠ při léčebně – délka pobytu

Respondenti ze ZŠ při nemocnici uvedli v 11 případech (34,6%), že délka pobytu dětí v zařízení je krátkodobá. Devět respondentů (19,2%) naopak vybralo, že délka pobytu je dlouhodobá. Někteří respondenti (celkem 5; 42,3%) zatrhli v dotazníku první i druhou možnost, proto jsem při vyhodnocování vytvořila ještě kategorii pro délku pobytu krátkodobou i dlouhodobou. Jeden respondent (3,8%) uvedl, že délka pobytu je pevně stanovena a specifikoval ji na pět týdnů. Viz graf. č 10.

Mezi odpověďmi respondentů ze základních škol při léčebně (graf č. 11) se nevyskytovala ani jedna odpověď krátkodobého pobytu. Taktéž žádný respondent nezatrhнул možnost: dlouhodobá společně s možností krátkodobá. Dvanáct respondentů (35,3%) zvolilo odpověď délky pobytu dlouhodobého. Nejvíce respondentů (22; 64,7%)

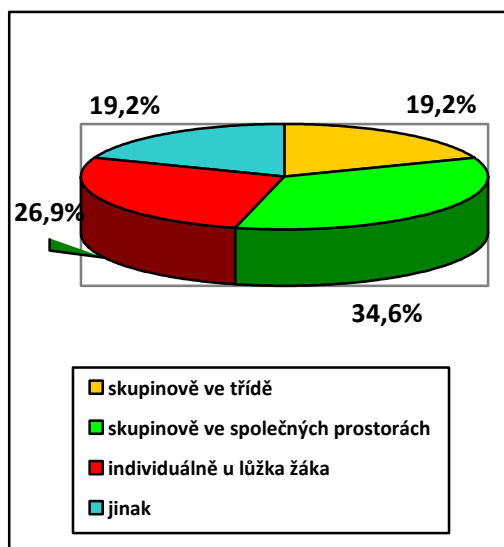
vybralo pro délku pobytu možnost, že je pevně stanovena. Specifikace této odpovědi je vyobrazena v grafu 12:



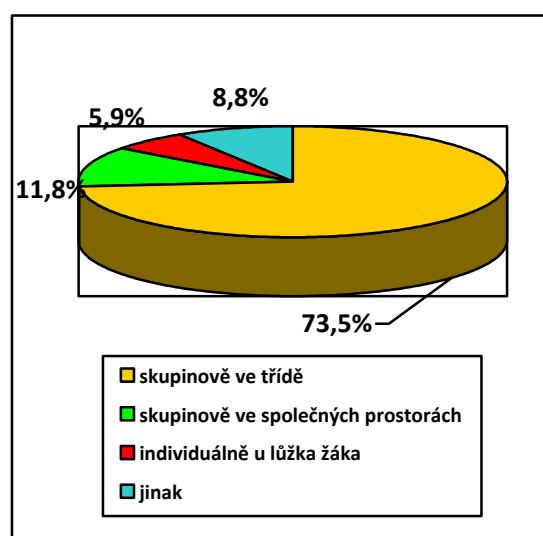
Graf 12: Pevně stanovená délka pobytu

Nejčastější pevně stanovená délka pobytu činí 4 týdny (10 respondentů), druhou nejčastější odpovědí bylo 6 týdnů (7 respondentů). Varianta 5 týdnů a 8 týdnů byla každá napsána čtyřmi respondenty. Nejméně početnou pevně stanovenou délkou pobytu (a zároveň nejkratší) byla varianta 3 týdny (3 respondenti). Šest respondentů z dvaceti dvou, kteří vybrali možnost pevně stanovené délky pobytu, vypsalo více variant pevně stanovené délky pobytu (záleží na indikaci k pobytu v léčebně).

Otázka č. 9: Místo průběhu výuky



Graf 13: ZŠ při nemocnici - místo výuky



Graf 14: ZŠ při léčebně - místo výuky

U dotazníků ze základních škol při nemocnici (viz graf 13) byla nejčastější odpověď na otázku, kde probíhá výuka: skupinově ve společných prostorách - jako je herna a jídelna (9 respondentů; 34,6%). Druhou možností byla individuální výuka u lůžka žáka (7 respondentů; 26,9%). Skupinovou formu výuky ve třídě vybralo pět respondentů (19%). Volitelnou odpověď „jinak“ napsalo zbývajících pět respondentů (19,2%): Čtyři z nich uvedli, že využívají všechny zmíněné možnosti, a jeden respondent napsal, že výuka probíhá sice ve třídě, ale individuálně. V dotaznících ze základních škol při léčebně (viz graf č. 14) převažovala odpověď skupinově ve třídě (25 respondentů; 73,5%), variantu skupinově ve společných prostorách uvedli čtyři respondenti (11,8%). Tři respondenti (5,9%) zvolili odpověď individuálně u lůžka žáka a dva respondenti (8,8%) vybrali možnost „jinak“ a uvedli, že učí sice v herně, ale individuální formou.

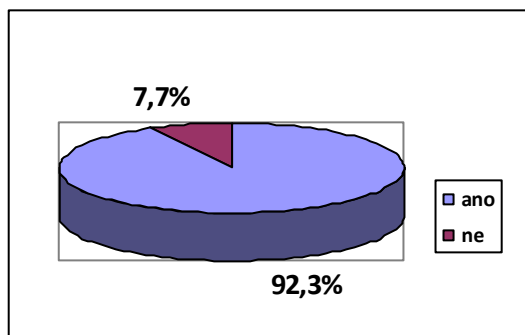
Otázka č. 10 – počet žáků v pedagogické péči

Variety odpovědí na tuto otevřenou otázku byly natolik mnohačetné, že nebylo možné je sjednotit a zvolit odpovídající kategorie pro graf ani tabulku. Po vypsání všech odpovědí a jejich přenesení na číselnou osu, však vyplynulo následující:

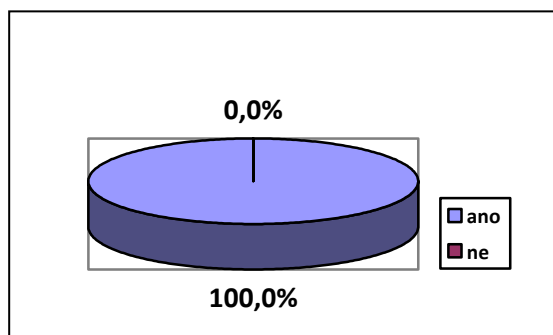
Od respondentů ze základních škol při nemocnici měla číselná osa krajní body 1 a 22, to znamená, že nejmenší číslo, které se v odpovědích vyskytovalo, bylo 1 a nejvyšší bylo 22. Nejčastěji zastoupené rozmezí bylo 10-15 žáků. Pouze sedm respondentů napsalo jednu konkrétní číslici (ve třech případech to bylo číslo 10, v jednom případě to bylo číslo 8, číslo 6, dále číslo 13 a jeden respondent napsal, že maximální počet žáků je 10), zbylí respondenti uváděli vždy nějaké rozmezí žáků např. 5-14 nebo 10-22.

U odpovědí od respondentů ze základních škol při léčebně byla situace podobná: také uváděli častěji rozmezí několika žáků, než konkrétní číslo. Na číselné ose byly krajními body čísla 4 a 16, nejčastější zastoupení bylo v intervalu 6-12.

Otázka č.11 – Probíhá výuka v pravidelný předem stanovený čas?



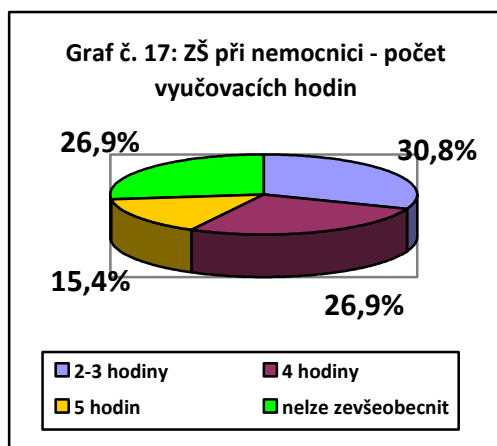
Graf 15: ZŠ při nemocnici – výuka ve stanoveném čase



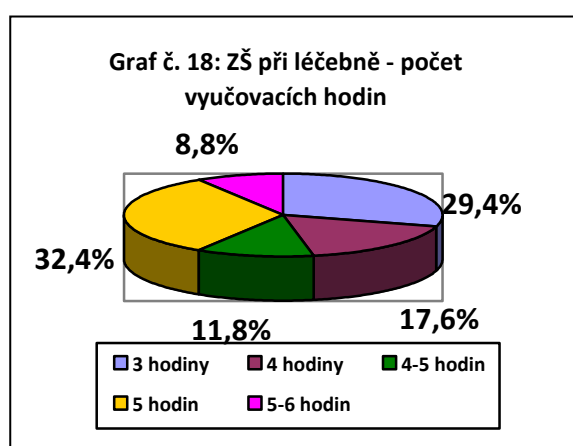
Graf 16: ZŠ při léčebně – výuka ve stanoveném čase

V dotaznících ze základní školy při nemocnici (viz graf č. 15) uvedlo 24 respondentů (92%), že výuka v jejich škole probíhá v pravidelném předem stanoveném čase. Pouze dva respondenti (8%) uvedli, že tomu tak není. V dotaznících ze základní školy při léčebně (viz graf č. 16) odpovědělo všech 100% (34) respondentů, že výuka probíhá v pravidelný předem stanovený čas.

Otázka č.12 – Kolik hodin výuky žák denně absolvuje?



Graf 17: ZŠ při nemocnici- počet vyučovacích hodin

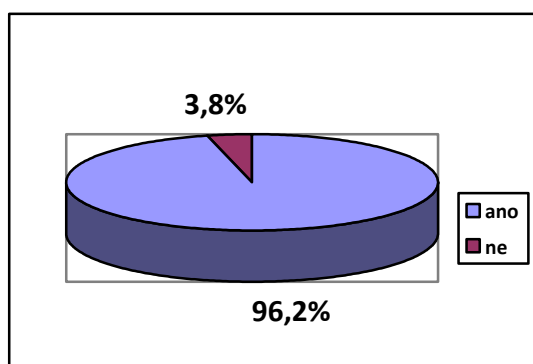


Graf 18: ZŠ při léčebně- počet vyučovacích hodin

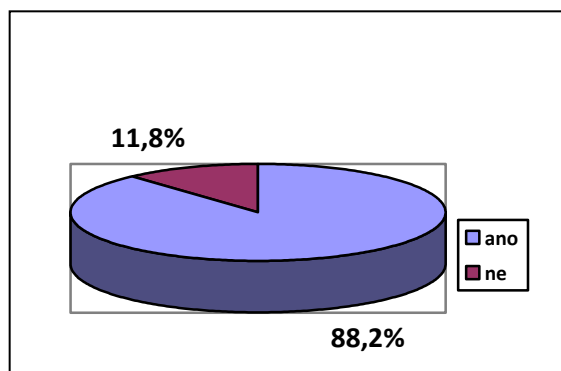
Na polootevřenou otázku o počtu vyučovacích hodin, které žák denně absolvuje, odpověděli tři respondenti (30,8%) ze základních škol při nemocnici, že se jedná o 2-3 hodiny, šest respondentů (26,9%) uvedlo, že žáci absolvují denně 4 hodiny, nejméně respondentů (15; 15,4%) napsalo, že vyučovacích hodin je pět. Zbýlých šest respondentů (26,9%) počet hodin nenapsalo a zvolilo variantu, že to nelze zevšeobecnit. Viz graf č. 17.

Respondenti ze základních škol při léčebně možnost „nelze zevšeobecnit“ nevybrali ani jednou a všichni uvedli číselnou odpověď: tří hodinovou výuku napsalo 10 respondentů (29,4%), výuku v délce 4 hodiny denně uvedlo 6 respondentů (17,6%), nejpočetnější odpověď v dotaznících ze základních škol při léčebně byla 5 hodin (11 respondentů; 32,4%), čtyři respondenti (11,8%) napsali odpověď 4-5 hodin a nejdelší výuka, která se v dotaznících ze základních škol při léčebně objevila, byla 5-6 hodin (3 respondenti; 8,8%).

Otázka č. 13 – Stává se, že výuka proběhne odlišně od připraveného plánu?



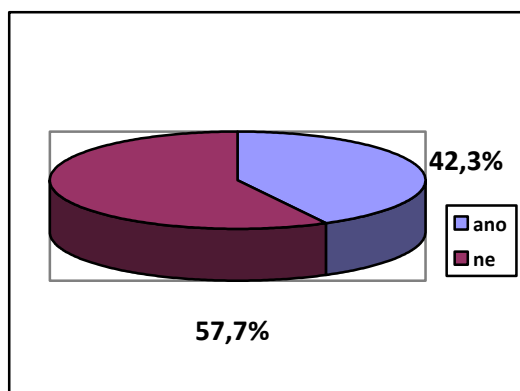
Graf 19: ZŠ při nemocnici- změny výuky



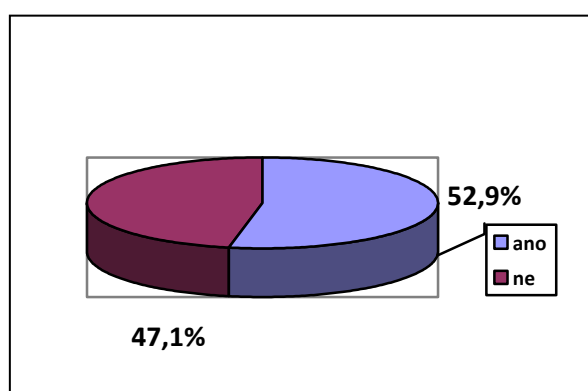
Graf 20: ZŠ při léčebně- změny výuky

V dotaznících ze základních škol při nemocnici odpovědělo 25 respondentů (96,2%) kladně a jeden respondent (3,8%) záporně. Viz graf č. 19. V odpovědích respondentů ze základních škol při léčebně také převažovala odpověď kladná a to ve 30 případech (88,2%), čtyři respondenti (11,8%) odpověděli záporně- viz graf č. 20.

Otázka č. 14 - Stává se, že výuka někdy neproběhne vůbec (přestože by měla)?



Graf 21: ZŠ při nemocnici- zrušení výuky



Graf 22: ZŠ při léčebně- zrušení výuky

Rozdíly mezi kladnými a zápornými odpověďmi na tuto otázku již nebyly tak velké jako u předchozí otázky. V základních školách při nemocnici odpovědělo 11 respondentů (42,3%) kladně oproti 15 respondentům (57,7%), kteří odpověděli záporně – viz graf č. 21. V dotaznících ze základních škol při léčebně převážila naopak kladná odpověď (18 respondentů; 52,9%) nad odpovědi zápornou (16 respondentů; 47,1%), i když jen velmi těsně – viz graf č. 22.

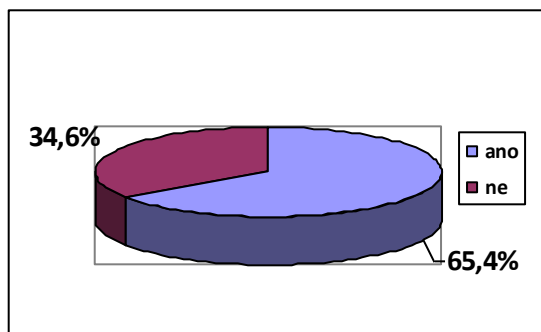
Otázka č. 15 - Pokud je odpověď na ot. 13 nebo 14 kladná: Z jakého důvodu?

Důvody pro změnu nebo úplné vynechání výuky, které respondenti do dotazníku popsali, jsou uvedeny v tabulce:

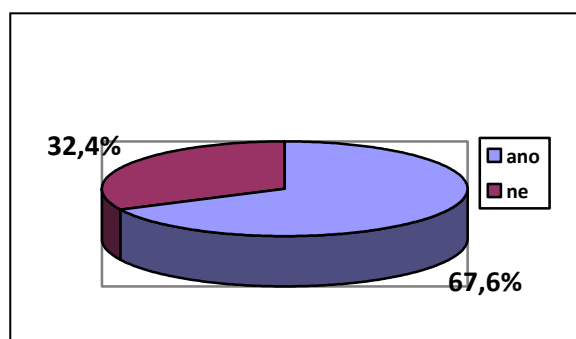
ZŠ při nemocnici		ZŠ při léčebně	
<i>důvod</i>	<i>četnost</i>	<i>důvod</i>	<i>četnost</i>
Vyšetření, operace žáka	14	Léčebné procedury	15
Zdr. stav žáka	11	Zdr. stav žáka	4
Pohyb pacientů (příjem, propuštění)	2	Výkyvy v chování žáka	3
Návštěvy od pacientů	2	Nový žák	2
terapie	1	vizita	2
Mimořádné akce	1	Vyplyne ze situace	1

Tab. 4 – Důvody pro změnu/vynechání výuky

Otázka č. 16 - Funguje ve Vašem zařízení školní družina?



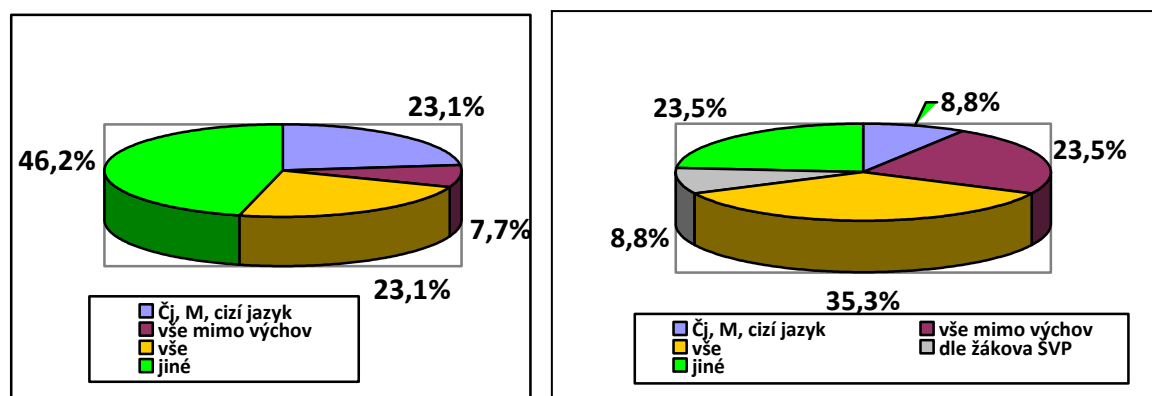
Graf 23: ZŠ při nemocnici- šk.družina



Graf 24: ZŠ při léčebně- šk.družina

V dotaznících ze základních škol při nemocnici uvedlo 17 respondentů (65,4%), že v jejich zařízení školní družina funguje, naopak 9 respondentů (34,6%) odpovědělo záporně- viz graf č. 23. V dotaznících ze základních škol při léčebně bylo 23 odpovědi (67,6%) kladných a 11 (32,4%) záporných – viz graf č. 24.

Otázka č. 17 - Jaké předměty se u vás na ZŠ vyučují?



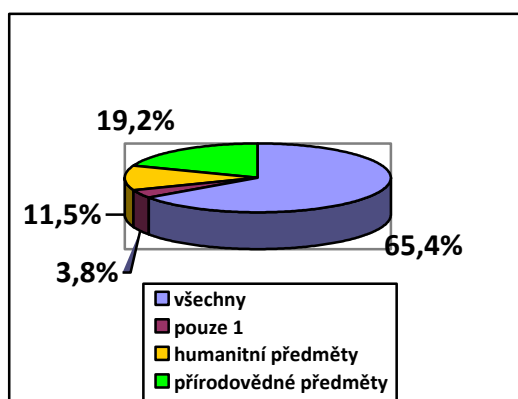
Graf 25: ZŠ při nemocnici- vyučované předměty **Graf 26: ZŠ při léčebně- vyučované předměty**

V polouzavřené otázce na předměty, které se v jednotlivých zařízeních vyučují, jsem nabídla respondentům výčet těchto předmětů: *český jazyk - cizí jazyk - matematika – vlastivěda- prvouka - zeměpis - dějepis – přírodopis/přírodověda - fyzika- chemie- výchova ke zdraví - občanská výchova* a dále možnost *jiné*.

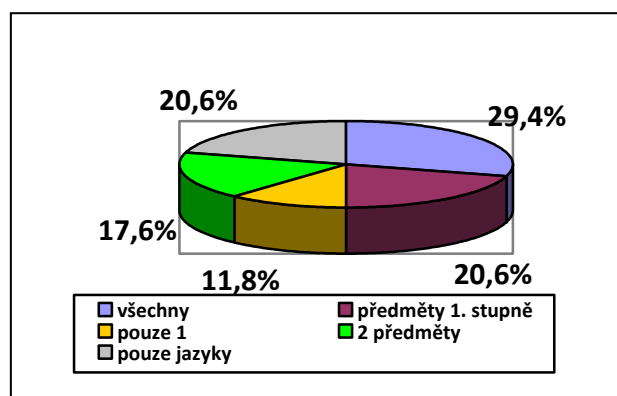
V dotaznících ze základních škol při nemocnicích (graf č. 25) byly v šesti případech (23,1%) vybrány pouze předměty český jazyk, cizí jazyk a matematika, tj. základní předměty, jeden respondent k tomu uvedl, že v menší míře v případě potřeby jsou vyučovány i jiné předměty. Dva respondenti (7,7%) zakroužkovali všechny předměty a připsali, že jediné, co nevyučují, jsou výchovy (výtvarná, hudební a tělesná výchova). Šest respondentů (23,1%) naopak připsalo ke všem zakroužkovaným předmětům ještě výtvarnou, hudební výchovu a v případě, že je to možné vzhledem ke zdravotnímu stavu žáka, i tělesnou výchovu (zaměřenou zejména jako prevenci ochabování svalstva a vadného držení těla plynoucí z dlouhého ležení v posteli). Zbývajících 12 respondentů (46,2%) zakroužkovalo všechny předměty, ale uvedlo ještě jiné předměty jako pracovní činnosti, informatiku, rodinnou výchovu. V dotaznících ze základních škol při léčebně (graf č. 26) převažovala varianta předmětů: *vše*, včetně výchov (12 respondentů;

35,3%), na dalším místě ve výskytu odpovědí byla možnost: vše kromě výchov (8 respondentů; 23,5%), stejné zastoupení měla i varianta „jiné“ – což znamenalo zakroužkování všech předmětů a jejich doplnění o předměty jako pracovní činnosti, osobnostně sociální rozvoj, předměty z RVP pro ZŠ speciální. Pouze základní předměty (český jazyk, cizí jazyk, matematika) zahrnuli v dotaznících tři respondenti (8,8%) a stejný počet respondentů (3; 8,8%) do řádku pro „jiné“ napsalo, že jsou žáci vyučováni dle jejich ŠVP z kmenové školy.

Otázka č. 18 - Které předměty ve škole vyučujete Vy?



Graf 27: ZŠ při nemocnici- předměty učitele



Graf 28: ZŠ při léčebně- předměty učitele

Při vyhodnocování této otevřené otázky jsem sledovala to, jestli pedagog (respondent) vyučuje všechny předměty, které se na jeho škole vyučují, nebo jen některé. V dotaznících ze základních škol při nemocnici (graf č. 27) převažovala odpověď, že respondent učí všechny vyučované předměty (17 respondentů; 65,4%), jen jeden respondent (3,8%) uvedl, že učí pouze jeden předmět, zbylých osm respondentů vyučují buď humanitní (3 respondenti; 11,5%) nebo přírodovědné (5 respondentů; 19,2%) předměty. Z dotazníků ze základních škol při léčebně vyplynulo, že deset respondentů (29,4%) vyučuje všechny předměty, šest respondentů (20,6%) vyučuje předměty prvního stupně, pouze jeden předmět vyučují čtyři respondenti (11,8%), dva předměty vyučuje šest respondentů (17,2%). Zbylých sedm respondentů (20,6%) uvedlo, že vyučuje pouze jazyky. Viz graf č. 28.

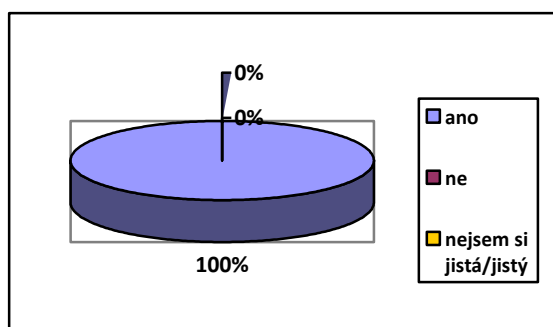
Otázka č. 19 - Jaká vyučovací činnost se těší u žáků největší oblibě?

Z důvodu mnohačetných odpovědí jsou odpovědi seřazeny do tabulky (někteří respondenti vypsal i více možností).

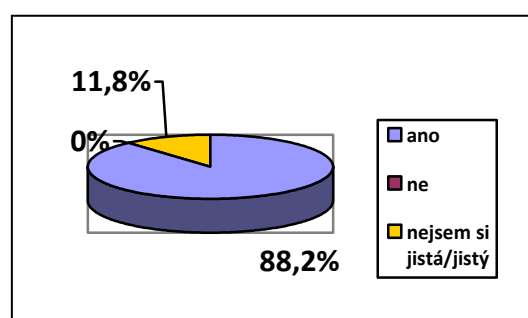
ZŠ při nemocnici	Četnost odpovědi	ZŠ při léčebně	Četnost odpovědi
<i>Práce s počítačem</i>	7	<i>Práce s počítačem</i>	8
<i>Kreativní činnosti</i>	6	<i>Kreativní práce</i>	8
<i>Didaktické hry</i>	5	<i>Procházky, exkurze</i>	5
<i>Vyprávění o světě kolem nás</i>	3	<i>Didaktické hry</i>	4
<i>Cizí jazyk</i>	1	<i>Osobnostně sociální rozvoj</i>	4
<i>Každá činnost</i>	1	<i>Kultura (návštěva divadla...)</i>	3
<i>Dramatická výchova</i>	1	<i>Čtení pohádek, zpěv</i>	3
<i>JE TO INDIVIDUÁLNÍ</i>	5	<i>JE TO INDIVIDUÁLNÍ</i>	5

Tab. 5- vyučovací činnosti s největší oblibou u žáků

Otázka č. 20 - Pozorujete u žáků změny v jejich výkonech v závislosti na změnách jejich zdravotního stavu?



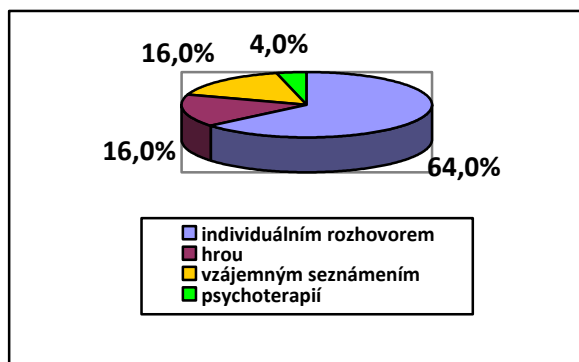
Graf 29: ZŠ při nemocnici- změny zdr. stavu



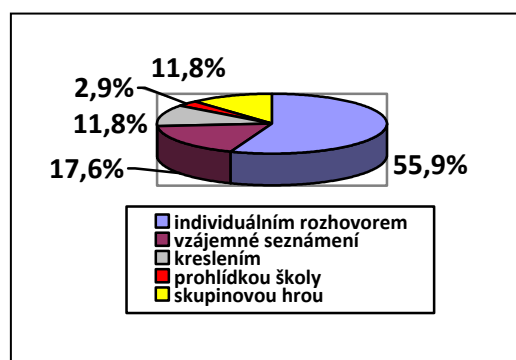
Graf 30: ZŠ při léčebně- změny zdr. stavu

V dotaznících ze základních škol při nemocnici uvedli absolutně všichni respondenti (26; 100%), že změny ve výkonech žáků v závislosti na jejich zdravotním stavu pozorují (graf č. 29). V dotaznících ze základních škol při léčebně bylo 30 odpovědí (88,2%) kladných a čtyři respondenti (11,8%) odpověděli, že si nejsou jistí (viz graf č. 30).

Otázka č. 21 - Jakým způsobem se Vám nejlépe daří navázat první kontakt se žákem?



Graf 31: ZŠ při nemocnici- první kontakt



Graf 32: ZŠ při léčebně- první kontakt

U dotazníků ze základních škol při nemocnici (graf č. 31) byla nejčastější odpověď na otázku, jakým způsobem se daří nejlépe navázat první kontakt s žákem: individuálním rozhovorem – tuto odpověď uvedlo 16 respondentů; 64%). Čtyři respondenti (16%) odpověděli, že je to hrou, a stejný počet respondentů uvedl, že je to vzájemným seznámením (představením se). Jeden respondent (4%) napsal, že nejlepším způsobem navázání prvního kontaktu je psychoterapie. V dotaznících ze základních škol při léčebně převažovala také odpověď: individuálním rozhovorem (19 respondentů; 55,9%), odpověď: vzájemným seznámením uvedlo šest respondentů (17,6%). Čtyři respondenti (11,8%) uvedli odpověď: skupinovou hrou ve třídě a stejný počet respondentů měl odpověď: kreslením. Poslední variantou, která se v dotazníku objevila, byla „prohlídkou školy“ a napsal ji jeden respondent (2,9%).

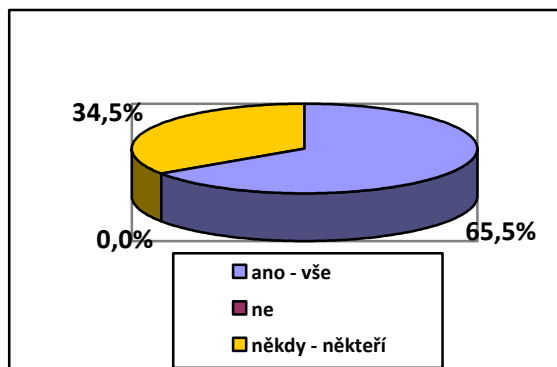
Otázka č. 22: Jaké vyučovací pomůcky při výuce používáte?

ZŠ při nemocnici		ZŠ při léčebně	
pomůcky	počet výskytů odpovědi	pomůcky	počet výskytů odpovědi
<i>počítač</i>	17	<i>Počítač, TV</i>	23
<i>Didaktické hry</i>	12	<i>Dataprojektor</i>	5
<i>Učebnice, sešity</i>	11	<i>Prac. listy</i>	7
<i>Encyklopedie, časopisy</i>	5	<i>Encyklopedie, knihy</i>	6
<i>Interaktivní tabule</i>	1	<i>Interaktivní tabule</i>	11

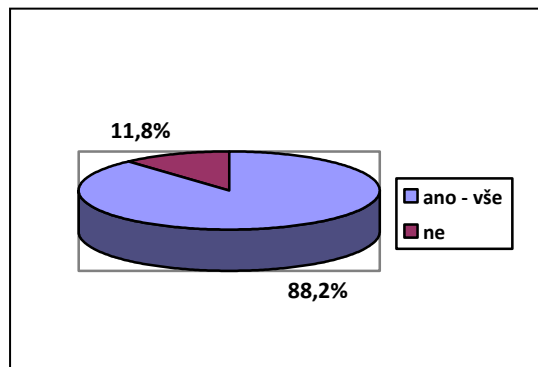
Mapy	1	kompenzační	3
Vlastní výroba	3	Nástěnné obr.	5

Tab. 6: Používané vyučovací pomůcky

Otázka č. 23: Přináší si žáci do zdr. zařízení učebnice (případně jiné pomůcky) ze své kmenové školy?



Graf 33: ZŠ při nemocnici- žákovy pomůcky

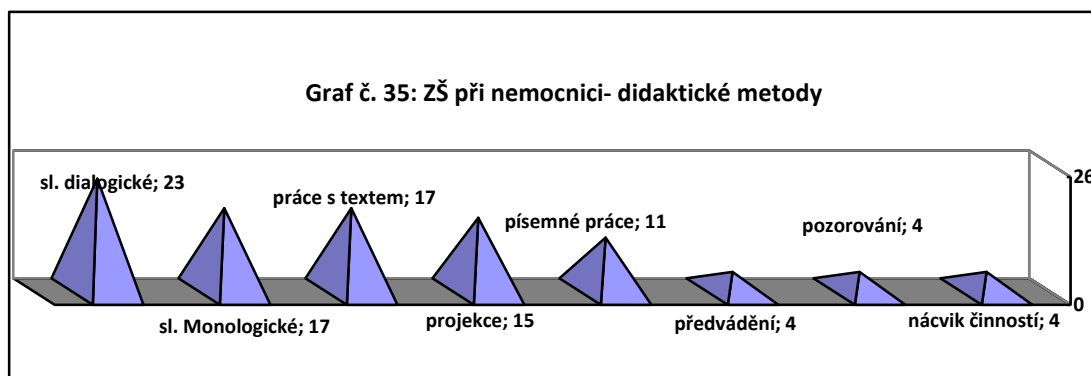


Graf 34: ZŠ při léčebně- žákovy pomůcky

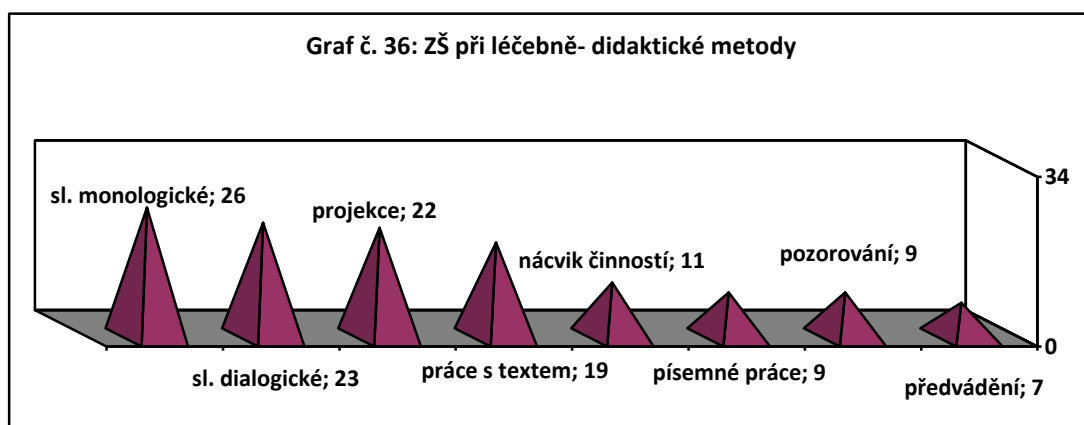
Respondenti ze ZŠ při nemocnici (graf č. 32) uvedli v 19 případech (65,5%), že žáci si do zařízení všechny své školní pomůcky přináší. Záporně neodpověděl žádný respondent. Sedm respondentů (34,5%) uvedlo, že své školní pomůcky si přináší jen někteří, někdy – těm, co si je nepřinesou (nemohou přinést), škola pomůcky zapůjčí. Mezi odpověďmi respondentů ze základních škol při léčebně se objevilo 30 kladných odpovědí (88,2%) a 4 záporné (11,8%) – viz graf č. 33.

Otázka č. 24- Jaké vyučovací metody při výuce nejvíc používáte?

Respondentům byly v dotazníku nabídnuty tyto možnosti: –*slovní monologické* (vyprávění, vysvětlování, výklad, přednáška) - *slovní dialogické* (rozhovor, diskuze, dialog) – *práce s textem* - *písemné práce* –*pozorování* – *předvádění* (věcí, jevů...) – *projekce* (dataprojektor, TV, PC) – *nácvik činností*. Odpovědi jsou sepsané v grafech č. 6 a 7. Většina respondentů vybrala větší počet odpovědí než pouze jednu, všechny didaktické metody byly zaškrtnuty alespoň jednou v dotaznících z obou typů zařízení.



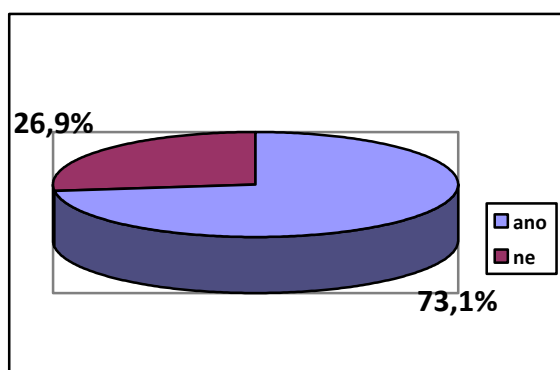
Graf 35: ZŠ při nemocnici- didaktické metody



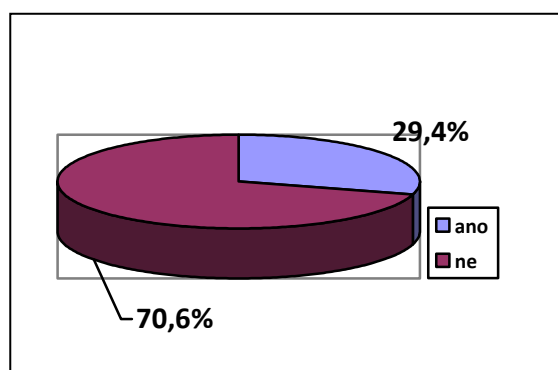
Graf 36: ZŠ při nemocnici- didaktické metody

V dotaznících ze základních škol při nemocnici byla nejčastěji označena metoda slovně dialogická, následovala ji metoda slovně monologická a práce s textem, projekce (na počítači, diaprojektoru, v televizi), metoda písemných prací, na posledním místě se stejným počtem vybrání byly metody předvádění, pozorování a nácvik činností – viz graf č. 35. V dotaznících ze základních škol při léčebně byla nejčastěji vybrána metoda slovně monologická, po ní metoda slovně dialogická, dále projekce, práce s textem, nácvik činnosti, po stejném počtu výskytu měly odpovědi písemné práce a pozorování, na posledním místě byla metoda předvádění – viz graf 36.

Otázka č.25 – Zadáváte žákům „domácí“ úkoly?



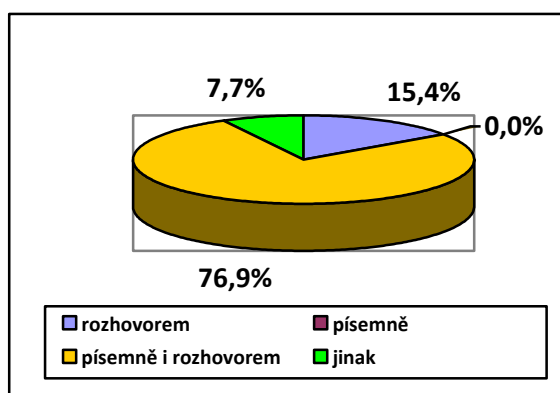
Graf 37: ZŠ při nemocnici- domácí úkoly



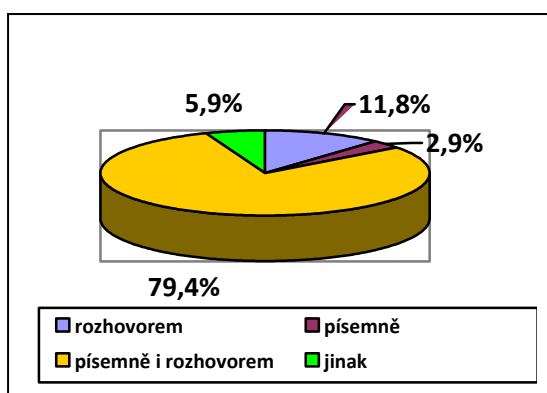
Graf 38: ZŠ při léčebně- domácí úkoly

V dotaznících ze základních škol při nemocnici odpovědělo 19 respondentů (73,1%) kladně a šest respondentů (26,9%) záporně. Odpovědi respondentů ze základních škol při léčebně byly opačné: 24 respondentů (70,6%) odpovědělo záporně a deset (29,4%) jich odpovědělo kladně (grafy č. 37 a 38).

Otázka č.26- Jakým způsobem si ověřujete znalosti svých žáků?



Graf 39: ZŠ při nemocnici- zkoušení

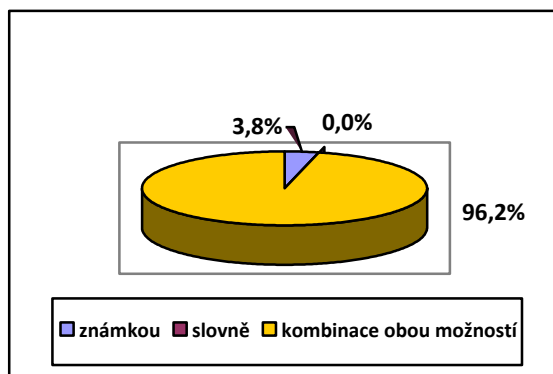


Graf 40: ZŠ při léčebně- zkoušení

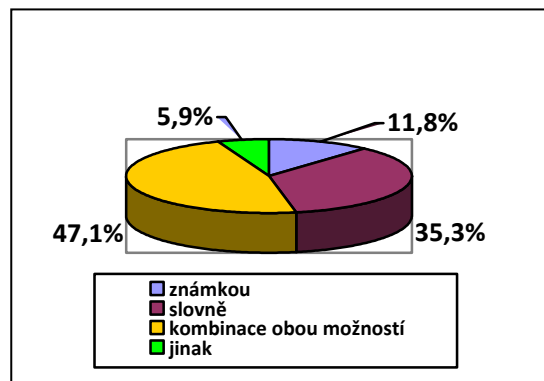
Respondenti ze ZŠ při nemocnici uvedli ve 20 případech (76,9%), že znalosti žáků si ověřují písemně i rozhovorem, čtyři respondenti (15,4%) vybrali možnost zkoušení rozhovorem, variantu: písemně nevybral žádný respondent. Dva respondenti (7,7%) využili prostoru pro vlastní odpověď, v obou případech to byla odpověď: zkoušení na počítači – viz graf č. 39. Odpovědi respondentů ze základních škol při léčebně se výrazně neliší: 27 respondentů (79,4%) uvedlo způsob zkoušení písemně i rozhovorem, čtyři respondenti (11,8%) zvolili odpověď: rozhovorem, možnost zkoušení písemně

uvedl jeden respondent (2,9%). V řádku pro možnost: „jinak“ se opět objevila odpověď: zkoušení na počítači – uvedli ji dva respondenti (5,9%), viz graf č 40.

Otázka č. 27 - Jak probíhá hodnocení školních výsledků Vašich žáků?



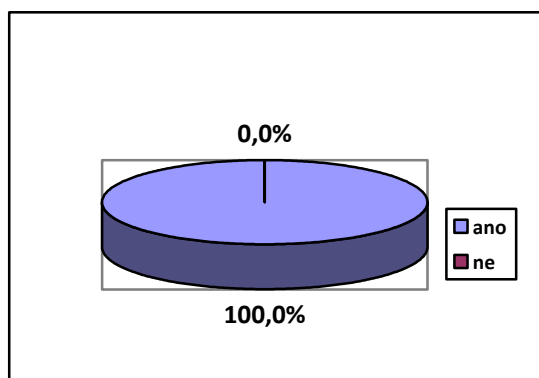
Graf 41: ZŠ při nemocnici- šk. hodnocení



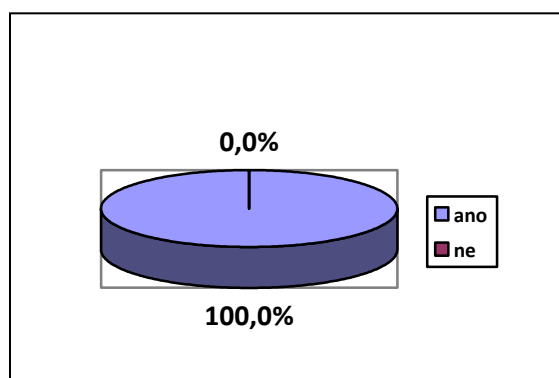
Graf 42: ZŠ při léčebně- šk. hodnocení

U dotazníků ze základních škol při nemocnici byla nejčastější odpověď na otázku, jak probíhá hodnocení školních výsledků žáků: kombinace možností- známkou a slovně (25 respondentů; 96,2%), pouze jeden respondent (3,8%) vybral odpověď: známkou. Zbývající možnost (slovně) nevybral nikdo – viz graf č.41. V dotaznících ze základních škol při léčebně (graf č. 42) převažovala také odpověď: kombinace možností – známkou a slovně (16; 47,1%), hned za ní se objevila odpověď: slovně (12 respondentů; 35,3%), možnost hodnocení známkou uvedli čtyři respondenti 11,8%). Nejmenší skupinou odpovědí byla k odpovědi „jinak“ (2; 5,9%) – konkrétně tak, že způsob hodnocení závisí na kmenové škole žáka.

Otázka č. 28 - Probíhá nějaký kontakt mezi školou při zdravotnickém zařízení a kmenovou školou žáka?



Graf 43: ZŠ při nemocnici- kontakt s kmenovou školou



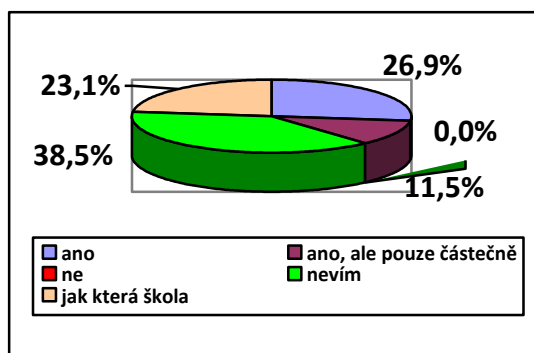
Graf 44: ZŠ při léčebně- kontakt s kmenovou školou

Všichni respondenti jak ze základních škol při nemocnici tak ze základních škol při léčebně odpověděli na tuto otázku kladně. Viz grafy č. 43 a 44. Ke kladné variantě se pojila podotázka: *jakým způsobem?* Šlo o otevřenou otázku, odpovědi jsou uvedené v tabulce 7:

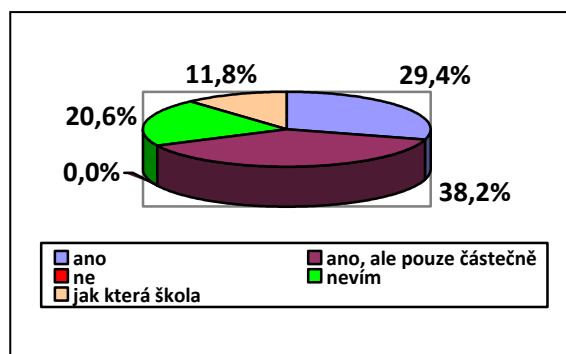
ZŠ při nemocnici		ZŠ při léčebně	
<i>Písemně, telefonem, mailem</i>	11x	<i>Přes dotazník pro kmenovou školu</i>	13x
<i>Zasíláme osobní záznam žáka</i>	8x	<i>Písemně, telefonicky, mailem</i>	8x
<i>Zasíláme záznam o výuce</i>	4x	<i>Vzájemné posílání osobních záznamů</i>	8x
<i>Žák přichází s úkoly z kmenové školy</i>	2x	<i>Zasíláme osobní list</i>	4x
<i>Jen při dlouhodobé hospitalizaci (nad 10dnů)</i>	5x	<i>Návratka o zapojení žáka po návratu</i>	3x
<i>Skrze rodiče</i>	1x		

Tab. 7 : Způsoby kontaktu mezi ZŠ při zdr. zařízením a kmenovou školou

Otázka č. 29 - Zohledňuje kmenová škola žáka jeho hodnocení získané ve škole při zdravotnickém zařízení?



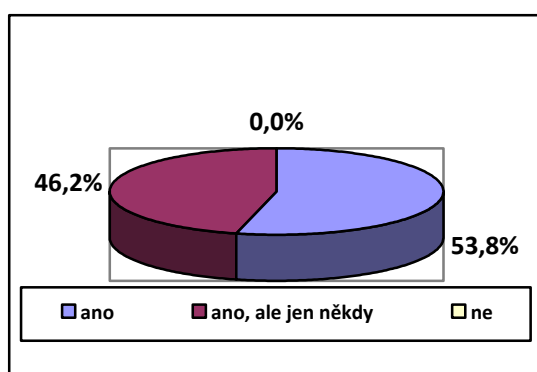
Graf 45: ZŠ při nemocnici- zohledňování výsledků



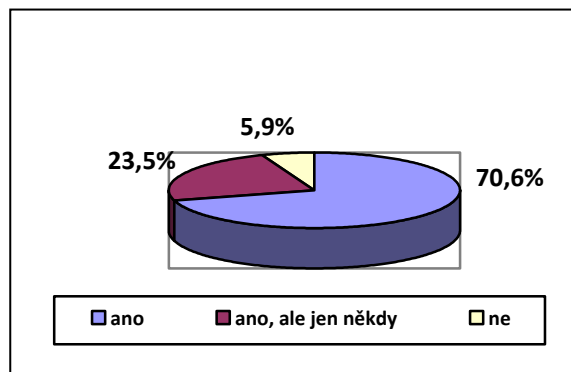
Graf 46: ZŠ při léčebně- zohledňování výsledků

U dotazníků ze základních škol při nemocnici byla nejčastější odpověď: nevím – uvedlo ji deset respondentů (38,5%). Z respondentů, kteří odpověď věděli, jich odpovědělo kladně sedm (26,9%), šest respondentů (23,1%) odpovědělo, že záleží na škole a tři respondenti (11,5%) odpověděli: ano, ale pouze částečně. Viz graf č. 45. V dotaznících ze základních škol při léčebně (graf č. 46) převažovala odpověď: ano, ale pouze částečně (13; 38,2%), kladná odpověď byla označena desetkrát (29,47%), odpověď nevím se objevila sedmkrát (20,6%). Odpověď, že záleží na škole, uvedli čtyři respondenti (11,8%).

Otázka č. 30 - Probíhá nějaký kontakt mezi školou a rodiči (zákonnými zástupci) žáka?



Graf 47: ZŠ při nemocnici- kontakt s rodiči



Graf 48: ZŠ při léčebně- kontakt s rodiči

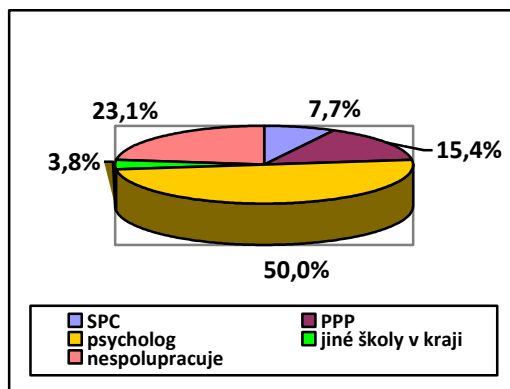
U dotazníků ze základních škol při nemocnici byla nejčastější odpověď: ano (14 respondentů; 53,8%) Zbylých 12 respondentů (46,2%) odpovědělo: ano, ale jen někdy. Zápornou odpověď neuvedl nikdo. Viz graf č. 47. V dotaznících ze základních škol při léčebně (graf č. 48) převažovala také odpověď: ano (24 respondentů; 82,8%). Varianta ano, ale jen někdy se vyskytla osmkrát (23,5%). Dva respondenti (5,9%) odpověděli záporně. Ke kladné variantě se pojila podotázka: *jakým způsobem?* Šlo o otevřenou otázku, odpovědi jsou uvedené v tabulce č. 8

ZŠ při nemocnici		ZŠ při léčebně	
rozhovor	3x	Vstupní rozhovor	19x
Při příjmu	4x	písemně	3x
Při návštěvách - pohovor	4x	Jsou zde s žákem (doprovod)	1x

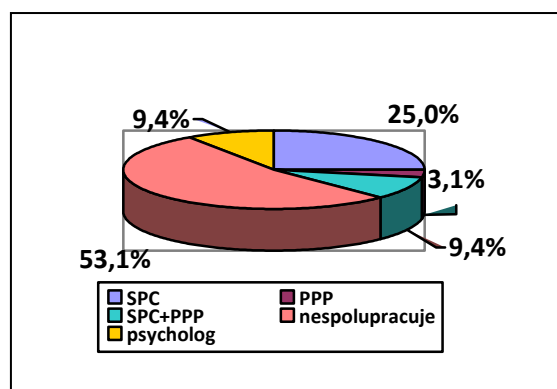
Jsou tu hospitalizovaní s dítětem	4x	Návštěva rodičů v léčebně	2x
Zapojují se do aktivit	2x		

Tab. 8: Způsoby kontaktu mezi školou a rodiči (zákonnými zástupci) žáka

Otázka č. 31 - Spolupracuje šk. zařízení s poradenskými pracovišti?



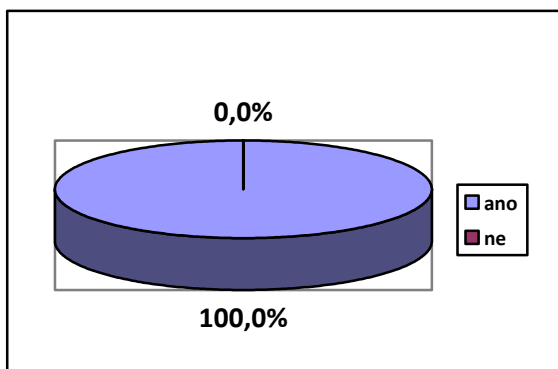
Graf 49: ZŠ při nemocnici- poradenská zařízení



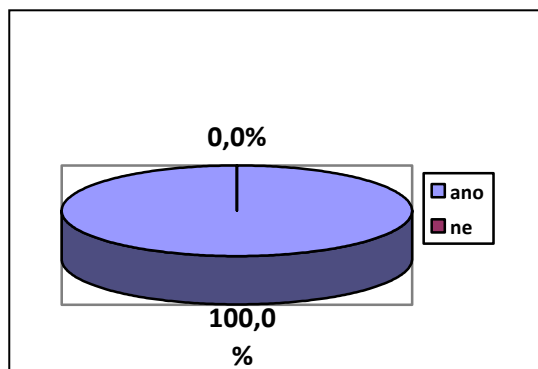
Graf 50: ZŠ při léčebně- poradenská zařízení

U dotazníků ze základních škol při nemocnici byla nejčastější odpověď na otázku, zda škola spolupracuje s poradenským pracovištěm, že spolupracuje s psychologem (13 respondentů; 50,0%) – tato odpověď byla vlastní odpovědí dopsanou ve volném řádku pro vlastní odpověď. Z dalších poradenských pracovišť se objevila dvakrát (7,7%) odpověď speciálně pedagogické centrum a čtyřikrát (15,4%) pedagogicko-psychologická poradna. V řádku pro vlastní odpověď se objevila jednou (3,8%) i odpověď, že škola spolupracuje s jinými školami v kraji. Viz graf 49. V dotaznících ze základních škol při léčebně (graf 50) převažovala odpověď, že škola s žádným poradenským pracovištěm nespolupracuje (17 respondentů; 53,1%), tam, kde spolupráci v dotazníku potvrzovali, převažovalo speciálně pedagogické centrum (osm respondentů; 25,0%) nad pedagogicko psychologickou poradnou (jeden respondent; 3,1%). Třikrát (9,4%) se objevila kombinace odpovědí: speciálně pedagogické centrum a pedagogicko-psychologická poradna. Stejný počet respondentů (3; 9,4%) napsal, že zařízení spolupracuje s psychologem.

Otázka č. 32 - Setkáváte se v zařízení i s žáky se specifickými poruchami učení?



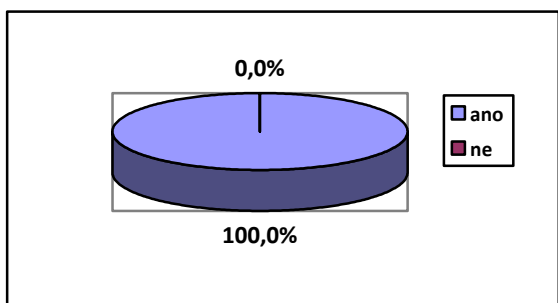
Graf 51: ZŠ při nemocnici- výskyt žáků se SPU



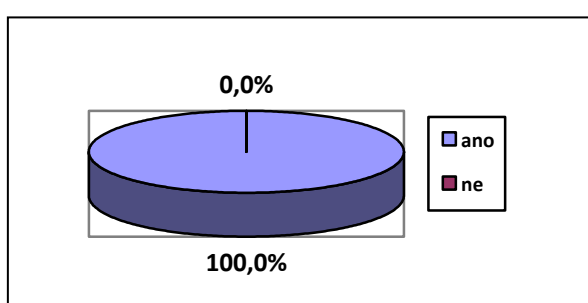
Graf 52: ZŠ při léčebně- výskyt žáků se SPU

V dotaznících z obou typů zařízení odpovědělo 100% respondentů kladně. Viz grafy 51 a 52.

Otázka č. 33: Setkáváte se v zařízení i s žáky s postižením (smyslovým, tělesným, mentálním)?



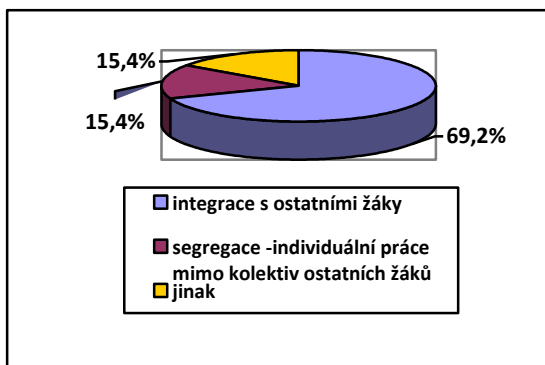
Graf 53: ZŠ při nemocnici- výskyt žáků s postižením



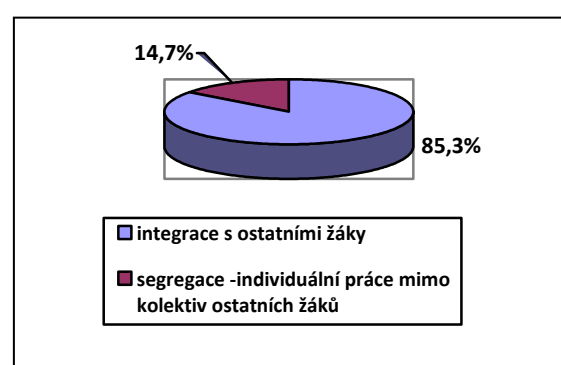
Graf 54: ZŠ při léčebně- výskyt žáků s postižením

V dotaznících z obou typů zařízení odpovědělo 100% respondentů kladně.

Otázka č. 34- Pokud je odpověď na ot. 32 nebo 33 kladná: jak pracujete s těmito žáky?



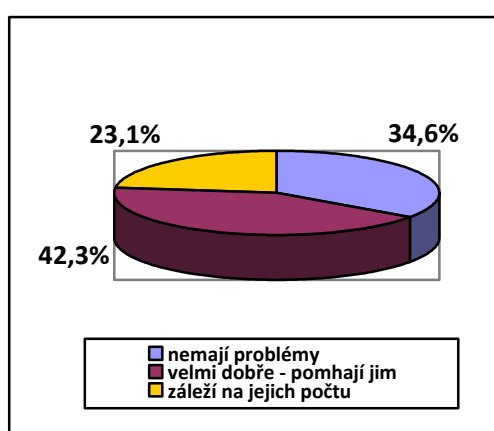
Graf 55: ZŠ při nemocnici- práce s žáky s SVP



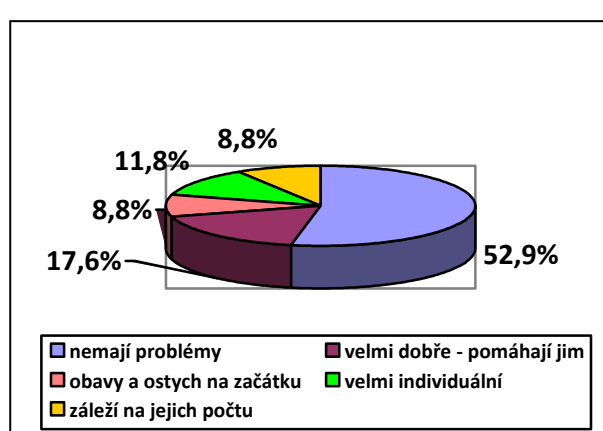
Graf 56: ZŠ při léčebně – práce s žáky s ŠVP

U dotazníků ze základních škol při nemocnici převažovala odpověď: integrace s ostatními žáky (18 respondentů; 69,2%), čtyři respondenti (15,4%) zvolili odpověď segregace- individuální práce mimo kolektiv ostatních žáků. Poslední čtyři respondenti (15,4%) napsali vlastní odpověď: práce probíhá oběma způsoby kombinovaně. V dotaznících ze základních škol při léčebně převažovala také odpověď: integrace (25 respondentů; 85,3%), druhá možnost (segregace) byla zatržena pětkrát (14,7%)

Otázka č. 35- Pokud je odpověď na ot. 32 nebo 33 kladná: jak s nimi spolupracují ostatní žáci?



Graf 57: ZŠ při nemocnici- spolupráce s ostatními žáky



Graf 58: ZŠ při léčebně- spolupráce s ostatními žáky

V dotaznících ze základních škol při nemocnici se objevilo 11 (42,3%) odpovědí typu : velmi dobře – pomáhají jim. Druhá skupina (9 respondentů; 34,6%) odpověděla, že ostatní žáci nemají s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami žádné problémy. Šest respondentů (23,1%) napsalo, že záleží na počtu těchto žáků ve třídě – viz graf 57 V dotaznících ze základních škol při léčebnách převládaly odpovědi, že žáci nemají s těmito žáky žádné problémy (18 respondentů; 52,9%), na druhém místě byla odpověď: vychází spolu velmi dobře – pomáhají jim (6 respondentů; 17,6%). Tři respondenti (8,8%) napsali, že u ostatních žáků se ze začátku objevují obavy a ostych, stejný počet respondentů (3; 8,8%) odpověděl, že záleží na počtu těchto žáků ve třídě, a poslední čtyři respondenti (11,8%) napsali, že je to velmi individuální – viz graf 58.

Otázka č. 36 - S jakými problémy se v rámci vyučování potýkáte nejčastěji?

ZŠ při nemocnici		ZŠ při léčebně	
Nejednotnost ŠVP	7x	Kázeňské problémy	6x
Přerušování výuky (zdravotní úkony)	5x	Nejednotnost ŠVP	6x
Vyrušování ze strany zdravotníků	3x	Žáci očekávají zbytečně velké úlevy	5x
Nechuť žáků spolupracovat	3x	Rozdíly ve vědomostech žáků	4x
Smišené třídy žáků různých ročníků	2x	Zhoršený zdravotní stav	4x
Nezájem rodičů	1x	Dlouhá doba aklimatizace žáka	3x
Nedostačující vyučovací prostory	1x	Nepřítomnost asistenta pedagoga	2x
Léčba má přednost před výukou	1x	Špatný kontakt s kmenovou školou	2x
Nutnost improvizace ve výuce	1x	Nedostatek informací o stavu žáka	1x
Náhlé změny zdravotního stavu	1x	Stesk po domově	1x
Stesk po domově → zhoršení výkonu	1x	Špatné vztahy mezi žáky	1x

Tab. 9 – Problémy spojené s vyučováním ve škole při zdr. zařízení

4.4 Závěry šetření

Cílem výzkumného šetření bylo pojmenovat problémy a úskalí vyskytující se v souvislosti se vzděláváním žáků na základních školách při zdravotnických zařízeních – konkrétně při dětské nemocnici, dětské léčebně a dětské ozdravovně. Dílčím cílem bylo porovnat případné rozdíly mezi těmito typy zařízení ve zjištěných problémech a úskalích vzdělávání na základní škole a navrhnout, jak by se zjištěným problémům a úskalím dalo předcházet nebo jak je minimalizovat. **Výsledky tohoto šetření není možné kvůli nedostatečnému počtu získaných odpovědí ze základních škol při zdravotnickém zařízení zobecňovat.** Již na začátku šetření se ukázal problém s oslovením a získáním odpovědí od základních škol při ozdravovnách – těchto zařízení totiž v České republice velmi rychle ubývá a ty, které existují, se potýkají s velmi nízkou návštěvností dětí a balancují na pokraji zániku – z toho důvodu jsou nuceni rušit některé nedostatečně zaplněné turnusy a jejich provoz se tak stává spíše sezónní než celoroční záležitostí – proto také nemají fungující základní školy při ozdravovně a žáky dojíždí vyučovat externí učitelé. Úbytek dětí vysvětlují oslovené ozdravovny tak, že klesá zájem rodičů o ozdravné pobyty (kvůli rostoucím finančním nákladům – např.

regulační poplatky, náklady na cestu, vybavení dětí do ozdravovny apod.). Dalším důvodem je podle ozdravoven jejich nedostatečná propagace jak na veřejnosti tak např. ze stran lékařů, kteří místo doporučení pobytu v ozdravovně v současné době spíše předepisují léky.

Nepodařilo se naplnit ani kategorii základních škol při lázních, protože v současné době používají označení „lázeňská léčebna“ nebo jen „léčebna“, přestože se jedná o lázně.

V analýze mého dotazníkového šetření jsem tedy prováděla pouze komparaci základních škol při nemocnici se základními školami při léčebnách.

Konkrétní problémy, se kterými se pedagogové při pedagogické činnosti na základních školách při zdravotnickém zařízení setkávají, jsou uvedeny v tabulce 7 u otázky č. 36. Jejich pojmenování bylo **hlavním cílem** mé práce. U obou typů zařízení se vyskytují problémy spojené s nejednotností ŠVP žáků a se zdravotním stavem žáka. Dalším společným problémem, který se vyskytuje v obou typech zařízení, je stesk žáků po domově, který negativně ovlivňuje výkon žáka. Na základních školách při nemocnici se více projevuje rušivý vliv související s hospitalizací (zdravotní úkony, příchody zdravotníků, to, že léčba má přednost před edukací), než na základních školách při léčebnách, kde má výuka pravděpodobně odlišné postavení při pobytu dítěte v tomto zařízení – ať už z důvodů, které vyplývají z charakteru léčení – léčebny jsou určeny zpravidla pro léčbu chronických dlouhodobých nemocí, zatímco nemocnice jsou určeny pro léčbu akutních nemocí (Jonášková, V. in Müller, O. 2001). Také délka pobytu je v nemocnicích spíše krátkodobá a v léčebnách dlouhodobá – zde také bývá častěji pevně stanovená, jak dokazují grafy 10 a 11 u otázky č. 8., což může být pro pedagogy výhodou v tom, že dopředu vědí, jak dlouho budou jejich žáci pobývat v zařízení a přizpůsobí tomu svůj ŠVP. Dalším bodem, který poukazuje na odlišné postavení výuky v léčebně než v nemocnici, je prostorová vybavenost na výuku – speciálně určenou třídu pro výuku potvrzuje 73,5% respondentů ze základních škol při léčebnách oproti pouhým 19,2% respondentů ze základních škol při nemocnici – viz grafy č. 13 a 14 u otázky č. 9. Také materiální vybavenost vyučovacími pomůckami je na školách při nemocnicích a léčebnách odlišná – tabulka č. 5 u otázky č. 22 poukazuje na lepší vybavenost základních škol při léčebnách než při nemocnicích. Společným problémem, který se vyskytuje v obou typech zařízení, je stesk žáků po domově, který negativně

ovlivňuje výkon žáka. V obou typech zařízení dochází k situacím, které zapříčiní změnu nebo nekonání plánované výuky, jak dokazují grafy 19-22 u otázek č. 13 a 14. Tyto situace jsou uvedeny v tabulce č. 4 u otázky č. 15 – některé situace jsou velmi podobné pro obě zařízení (např. léčebné procedury – vyšetření, operace), jiné se od sebe liší (např. návštěvy pacientů v nemocnicích a nedostatečná informovanost učitelů o stavu žáka kvůli špatné propojenosti výuky s léčbou - lékaři). Lze říci, že většina problémů přímo nebo nepřímo souvisí se změněným zdravotním stavem žáka, a vychází z charakteru základních škol při zdravotnickém zařízení (např. přítomnost žáků z různých ročníků v jedné třídě, jeden učitel pro žáky různých ročníků, přednost léčby před výukou). jejich odstraňování nebo snaha o minimalizaci by byla obtížná: rozdělení žáků do jednotlivých tříd po jednom ročníku s jedním učitelem v každé třídě jako na běžných základních školách by nebylo v prostorových ani finančních možnostech těchto zařízení, když v současné době dochází naopak k rušení nebo slučování těchto zařízení – kromě toho ne vždy je v jednom okamžiku přítomno ve zdravotnickém zařízení dostatek -nebo alespoň více žáků stejného ročníku. Co by však naopak šlo ovlivnit lépe, a co bych také určitě mohla v rámci odpovědi na mou **vedlejší výzkumnou otázku a zároveň naplnění dílčího cíle práce** doporučit, je zlepšení spolupráce a kontakt mezi kmenovou školou a školou při zdravotnickém zařízení, stejně tak spolupráce mezi vyučujícími ve školách při zdravotnickém zařízení a lékaři, kteří mohou být cenným zdrojem informací o omezení a chování žáka, vyplývající z jeho zdravotního stavu – vyučující by pak díky tomu mohli být lépe připraveni na neočekávané situace a efektivně by je zvládali. Malý počet pedagogů - velký počet žáků (pacientů) – mnoho různých informací o jejich zdravotním stavu je však i zde opět komplikující faktor. Jak lze tedy vidět, práce (speciálního) pedagoga je na základních školách při zdravotnickém zařízení v mnoha ohledech obtížnější a náročnější na mentální funkce vyučujícího než práce na základních školách jiného typu. V soupise problémů, které uvádí vyučující z těchto zařízení, se vyskytují i další, které souvisí právě s hospitalizací (pobytem žáka) ve zdravotnickém zařízení- např. stesk po domově, očekávání „zbytečně velkých“ úlev, nechut' žáků se učit, malá motivace...z těchto důvodů (a nejen z nich) se jeví jako výhodné, aby vyučující v těchto zařízeních měli dostatek profesních zkušeností a tedy i praxe - v dotazníkovém šetření se ukázalo, že vyučující v těchto zařízeních mají za sebou opravdu poměrně dlouhou praxi (otázka na délku působení v zařízení: viz grafy č.

5 a 6 u otázky č. 6), s čímž koresponduje i věk respondentů (viz grafy 3 a 4 u otázky č. 2).

Skladba vyučovaných předmětů na základních školách při zdravotnických zařízeních opět úzce souvisí s délkou pobytu dítěte v zařízení – v nemocnicích více převažuje výuka pouze tzv. základních předmětů (matematika, český a cizí jazyk) – viz graf 25 u otázky č. 17, v léčebnách se častěji vyučují všechny předměty – viz graf 26 u otázky č. 17. Liší se i škála předmětů, které vyučuje jednotlivý vyučující – zatímco na základních školách při nemocnicích převládá varianta, že jeden vyučující učí všechny předměty (graf 27 u otázky č. 18), na školách při nemocnicích je takových vyučujících (kteří vyučují všechny předměty) menšina – viz graf č. 28 u otázky č. 18, z toho plyne, že žák v léčebně je obvykle v péči více pedagogů. Odlišný je i postoj pedagogů k zadávání domácích úkolů – zatímco na základních školách při nemocnicích převládá trend zadávání domácích úkolů (graf 37 u otázky č. 25), ve školách při léčebnách je trend přesně opačný a zadání domácích úkolů je jen v menšině případů (graf 38 u otázky č. 25). Rozdíly tedy panují zejména v délce a skladbě vyučování, v materiálním a prostorovém vybavení škol při zdravotnických zařízeních. Shody se naopak objevují v některých problémech, kterým čelí pedagogové v těchto zařízeních, dále ve spolupráci mezi těmito školami a kmenovými školami žáků a jejich zákonnými zástupci (i když kvalita této spolupráce je často rozdílná – respondenti však potvrzují, že o spolupráci se aktivně snaží). Všechna zařízení se dále shodují na tom, že mezi jejich žáky se objevují i žáci se SVP, kteří jsou ve většině případů integrováni s ostatními žáky. Tím byla také zodpovězena **hlavní výzkumná otázka** a naplněn druhý **dílčí cíl práce**. Odpověď na dosud nezodpovězenou **vedlejší výzkumnou otázku** (co ovlivňuje průběh vzdělávání žáků na základní škole při nemocnici, v léčebně a při dětské ozdravovně?) také plyne z vyhodnocených dotazníků: průběh vzdělávání žáků na základní škole při nemocnici i v léčebně (dětská ozdravovna opět nemohla být zohledňována kvůli absenci odpovědí z tohoto typu zdravotnického zařízení) je silně ovlivňován zdravotním stavem žáka a dalšími skutečnostmi, které vyplývají z pobytu žáka ve zdravotnickém zařízení – terapie, vyšetření, vizity, léčebné zákroky. Dalším důležitým aspektem, který ovlivňuje průběh vzdělávání, je délka pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení. Na straně školy při zdravotnickém zařízení stojí vliv prostorových a materiálních podmínek (kde výuka probíhá a jaké vyučovací pomůcky má škola k dispozici).

Zhodnocení stanovených hypotéz po analýze dotazníkového šetření:

H₁: Na základních školách při nemocnicích se učitelé setkávají s jinými problémy a úskalími než na základních školách při léčebnách a při ozdravovnách. Problémy jsou částečně stejné a částečně odlišné – **hypotéza se ani nepotvrdila, ani nevyvrátila.** (Viz tabulka 7)

H₂: Na základních školách při léčebnách je výuce věnováno více hodin denně, než na základních školách při nemocnicích – **hypotéza se potvrdila** (viz graf 17 a 18, u otázky 12).

H₃: Na základní škole při dětské nemocnici jsou používány jiné didaktické metody než na základní škole při léčebně a při ozdravovně- **hypotéza se nepotvrdila.** Didaktické metody jsou pro oba typy zařízení stejné, liší se jen míra jejich používání (viz graf 35 a 36 u otázky 24), což souvisí i s materiální vybaveností – viz tabulka č. 5 u otázky č. 22

ZÁVĚR

Základní školy při zdravotnických zařízeních jsou instituce poskytující vzdělávání zdravotně znevýhodněným žákům ve věku povinné školní docházky. Speciální pedagogové v těchto zařízeních mají složitou situaci zejména v tom, že tráví s žáky podstatně méně času než pedagogové v běžné ZŠ a musí se během krátkého času naladit na nového žáka – odhadnout jeho schopnosti, psychický stav i úroveň jeho znalostí. Samotný proces vzdělávání je komplikovaný změněným zdravotním stavem žáka. Tato a další specifika vzdělávání žáků – pacientů ve zdravotnických zařízeních byla předmětem mé práce: v teoretické části (kapitola 1, 2 a 3) byla popsána pohledem, který nám ukazuje odborná literatura na toto téma, v části praktické pak byla vyhodnocena a porovnána reálná specifika vzdělávání na základních školách při nemocnicích a na základních školách při léčebnách – data byla získána dotazníkovým šetřením mezi respondenty v příslušných zařízeních (v těch, která se mohla/chtěla do šetření zapojit). Trendem několika posledních let je rušení, v lepším případě slučování těchto škol s jinými místně příslušnými. To byl důvod, proč se mi podařilo nashromáždit dotazníky pouze z 16 zařízení, vzhledem k nízkému počtu zařízení tedy není možné získaná data zevšeobecňovat.

Cílem práce bylo pojmenovat problémy a úskalí vyskytující se v souvislosti se vzděláváním žáků na základních školách při zdravotnických zařízeních – konkrétně při dětské nemocnici a při dětské léčebně, a porovnat případné rozdíly ve zjištěných problémech a úskalích v těchto typech zařízení. Klíčovými problémy, které vyplynuly z dotazníků, jsou pro oba typy zařízení změněný zdravotní stav žáka, který negativně ovlivňuje jeho výkon, a zdravotní úkony-terapie- personál, které narušují průběh vyučování, tedy záležitosti, které úzce souvisí s podstatou zdravotnického zařízení (zdravotnické zařízení je místo určené pro léčbu (terapii) patologicky změněného zdravotního stavu pacienta). Výsledky dotazníkového šetření také naznačily, v čem se při vzdělávání na základních školách při zdravotnickém zařízení objevují rozdíly nebo shody mezi různými typy zdravotnických zařízení – dětské nemocnici a dětské léčebně. Tím byly naplněny hlavní i dílčí cíle této práce a zodpovězeny hlavní a vedlejší výzkumné otázky. Plánované srovnání i se základními školami při dětských ozdravovnách nebylo možné uskutečnit, protože se nepodařilo získat příslušná data z těchto zařízení. Hypotézy stanovené pro účely této práce byly potvrzeny nebo vyvráceny nebo nebyly ani potvrzeny ani vyvráceny.

RESUMÉ

Diplomová práce „vzdělávání na základních školách při zdravotnických zařízeních“ je rozdělena do 4 kapitol. První z nich se zabývá problematikou vzdělávání na základních školách při zdravotnických zařízeních, vymezuje a vysvětluje základní termíny a historii, popisuje legislativu, průběh a specifika vyučování v těchto zařízeních. Druhá kapitola se věnuje zdravotnímu stavu dětí a mládeže v České republice, popisuje jejich morbiditu, mortalitu, úrazovost a faktory, které tyto údaje ovlivňují. Ve třetí kapitole je popsána osobnost pedagogického pracovníka: pedagoga, asistenta pedagoga, speciálního pedagoga a navíc i herního specialisty, který bývá v nemocnicích často zastoupen právě speciálním pedagogem. Čtvrtá kapitola pak přináší výsledky výzkumného šetření, do kterého byly zapojeny vybrané základní školy při zdravotnických zařízeních v České republice. Jednalo se o kvantitativní výzkum, zvolenou technikou sběru dat byl standardizovaný dotazník.

Cílem diplomové práce je pojmenovat a porovnat problémy a úskalí, se kterými se setkávají vyučující na základních školách při nemocnicích a při léčebnách.

SUMMARY

The „education of pupils in primary schools in health care institutions“ master thesis is divided into four chapters. The first one deals with issues of education of pupils in primary schools in health care institutions, defines and explains basic terms and history, describes a legislation the process and specifics of the education in these institutions. The second chapter focuses on the health status of children and the youth in the Czech Republic, describes their morbidity, mortality, injuries and factors that influence the data. The third chapter describes the personality of teaching staff: teacher, assistant teacher, special needs educator and also a gaming specialist who is often represented in hospitals by the special needs educator. The fourth chapter presents the results of an investigation in which selected primary schools in the health care institution in the Czech Republic were involved. This was a quantitative research, the chosen data collection technique was a standardized questionnaire.

The aim of the master thesis is to identify and compare problems and pitfalls that educators in primary schools in hospitals and in sanatoriums meet.

LITERATURA:

1. CABRNOCHOVÁ, H., ŠVEJCAR J., FRÜHAUF P. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Vyd. 1. Editor Karel Havlíček. Praha: HBT, 2009, 320 s. ISBN 978-80-87109-14-4
2. GILLERNOVÁ, I. *Slovník základních pojmů z psychologie*. Vyd. 1. Praha: Fortuna, 2000, 79 s. ISBN 80-716-8683-2
3. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-725-4730-5
4. KÁBELE, F. a kol. *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova. 1993. ISBN 80-7066-533-5
5. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003 ISBN 80-707-1231-7
6. KLENER, P. et al. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 686 s. ISBN 80- 246-0468-X
7. KUKLA, L. *Úvod do sociální pediatrie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007 ISBN 978-80-7040-990-9
8. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L, et al. *Preklinická pediatrie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. s. 183. ISBN 978-80-7262-438-6
9. MATEJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přepracované vyd. Jinočany: Nakl. H, 2001, 147 s. ISBN 80-860-2292-7
10. MEČÍŘ, M. *Pečujeme o nemocné dítě*. Praha: Avicenum, 1988
11. MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-807-3678-593
12. MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-0231-9
13. OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, c2005, 146 s. ISBN 80-210-3819-5

14. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. Vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 292 s. ISBN 80-210-3977-9
15. OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9
16. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
17. PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. 53 s. ISBN 80-210-1551-9.
18. PLEVOVÁ, M. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii: učební text*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 108 s. ISBN 978-802-1043-725
19. PRŮCHA, J. *Učitel: současné poznatky o profesi*, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, 160 s., ISBN 80-7178-621-7
20. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 6., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009, 395 s. ISBN 978-807-3676-476
21. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. s. 85, ISBN 80-244-0532-6
22. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc, UP, 2004. ISBN 80-244-0873-2
23. VALENTA, M.. *Herní specialista v somatopedii*. 2. přepracované. Olomouc, 2003. ISBN 80-244-0763-9
24. VAŠUTOVÁ, J.: *Profese učitele v českém vzdělávacím kontextu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-082-4
25. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika*. 5. Vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. ISBN 80-7040-837-5
26. VYMAZALOVÁ, E. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 42 s. ISBN 978-80-244-2624-2

Legislativní zdroje:

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

vyhláška č.74/2005 Sb. O zájmovém vzdělávání

zákon č.372/2011 Sb. O zdravotnických službách a jejich poskytování (zákon o zdravotnických službách)

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

Zákon č.563/2004 Sb. O pedagogických pracovnících

Internetové zdroje:

1. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. *Informace k postupu při zařazování žáků do škol při zdravotnických zařízeních*. Praha, 2010 [cit. 2011-11-13] dostupné z: www.msmt.cz/file/12497_1_1/
2. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online] *Co je to dispenzarizace?* Praha, 2008 [cit. 2012-03-24] dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/osvobozeni-od-regulacnich-poplatku-03_1295_1.html
3. KRATĚNOVÁ, Jana a Vladimíra PUKLOVÁ: *Výskyt astmatu a alergií u dětí* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 12. květen 2008 [cit. 2011-11-20]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/vyskyt-astmatu-a-alergii-u-deti?highlightWords=astma>
4. *Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, c1998, 32 s.[cit. 2012-03-28]. ISBN 92-890-1348-6. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf
5. ŠTĚRBA, Jaroslav. Solidní nádory dětského věku. In: *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 18.12.2007 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/vekove-skupiny/solidni-nadory-detskeho-veku/>
6. *Speciální základní škola: Ahoj škola*. O škole: Specifika školy při zdravotnickém zařízení. [online]. [cit. 2011-11-25]. Dostupné z: <http://www.ahojkola.cz/index.php>
7. ÚZIS. *Zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2011[cit. 2012-03-24]. ISBN 0862-5883. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2010-statistickych-udajich>

8. Speciální pedagog. In: *Národní soustava povolání: katalog* [online]. [cit. 2011-12-15]. Dostupné z: http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?id_jp=15415&kod_sm1=11
9. Syndrom vyhoření. In: *Ordinace.cz* [online]. 17.června 2009 [cit. 2012-03-27]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/syndrom-vyhoreni/>
10. KABÍČEK, P., HAMANOVÁ J. Prevence rizikového chování v dospívání. *Zdravotnické noviny* [online]. 2005, roč. 2005, č. 2 [cit. 2012-03-28]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-rizikoveho-chovani-v-dospivani-166584>
11. FABÍKOVÁ, Marie. *Nemocnice ČR* [online]. 21.1.2008 [cit. 2011-11-14]. Dostupné z: http://www.detivnemocnici.cz/seznam/z/z_d03.html

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tab. 1: ZŠ při nemocnici – lokalita a zřizovatel.....	44
Tab. 2: ZŠ při léčebně – lokalita a zřizovatel.....	44
Tab. 3: Příčiny pobytu žáků ve zdravotnickém zařízení.....	46
Tab. 4: Důvody pro změnu/vynechání výuky.....	51
Tab. 5: Vyučovací činnosti s největší oblibou u žáků.....	54
Tab. 6: Používané vyučovací pomůcky.....	55
Tab. 7: Způsoby kontaktu mezi ZŠ při zdr. zařízením a kmenovou školou ...	60
Tab. 8: Způsoby kontaktu mezi školou a rodiči (zákonnými zástupci) žáka..	61
Tab. 9: Problémy spojené s vyučováním ve škole při zdr. zařízení.....	65

Seznam grafů

Graf 1: Rozdělení ZŠ při ZZ podle typu zdravotnického zařízení.....	41
Graf 2: Pohlaví respondentů - ZŠ při nemocnici.....	42
Graf 3: Pohlaví respondentů - ZŠ při léčebně.....	42
Graf 4: Věk respondentů - ZŠ při nemocnici.....	42
Graf 5: Věk respondentů - ZŠ při léčebně.....	42
Graf 6: Vystudovaný obor- ZŠ při nemocnici.....	43
Graf 7: Vystudovaný obor- ZŠ při léčebně.....	43
Graf 8: ZŠ při nemocnici - délka pedagogického působení.....	45
Graf 9: ZŠ při léčebně - délka pedagogického působení.....	45
Graf 10: ZŠ při nemocnici -délka pobytu.....	46
Graf 11: ZŠ při léčebně -délka pobytu.....	46
Graf 12: Pevně stanovená délka pobytu v léčebnách.....	47
Graf 13: ZŠ při nemocnici - místo výuky.....	47
Graf 14: ZŠ při léčebně - místo výuky.....	47
Graf 15: ZŠ při nemocnici- výuka ve stanoveném čase.....	49
Graf 16: ZŠ při léčebně- výuka ve stanoveném čase.....	49
Graf 17: ZŠ při nemocnici - počet vyučovacích hodin.....	49
Graf 18: ZŠ při léčebně - počet vyučovacích hodin.....	49
Graf 19: ZŠ při nemocnici - změny výuky.....	50
Graf 20: ZŠ při léčebně - změny výuky.....	50
Graf 21: ZŠ při nemocnici- zrušení výuky.....	50
Graf 22: ZŠ při léčebně- zrušení výuky.....	50
Graf 23: ZŠ při nemocnici -šk. družina.....	51
Graf 24: ZŠ při léčebně -šk. družina.....	51
Graf 25: ZŠ při nemocnici- vyučované předměty.....	52
Graf 26: ZŠ při léčebně- vyučované předměty.....	52
Graf 27: ZŠ při nemocnici - předměty učitele.....	53
Graf 28: ZŠ při léčebně - předměty učitele.....	53
Graf 29: ZŠ při nemocnici - změny zdr. stavu.....	54

<i>Graf 30: ZŠ při léčebně - změny zdr. stavu.....</i>	<i>54</i>
<i>Graf 31: ZŠ při nemocnici - první kontakt.....</i>	<i>55</i>
<i>Graf 32: ZŠ při léčebně - první kontakt.....</i>	<i>55</i>
<i>Graf 33: ZŠ při nemocnici- žákovy pomůcky.....</i>	<i>56</i>
<i>Graf 34: ZŠ při léčebně- žákovy pomůcky.....</i>	<i>56</i>
<i>Graf 35: ZŠ při nemocnici- didaktické metody.....</i>	<i>57</i>
<i>Graf 36: ZŠ při léčebně- didaktické metody.....</i>	<i>57</i>
<i>Graf 37: ZŠ při nemocnici- domácí úkoly.....</i>	<i>58</i>
<i>Graf 38: ZŠ při léčebně- domácí úkoly.....</i>	<i>58</i>
<i>Graf 39: ZŠ při nemocnici- zkoušení.....</i>	<i>58</i>
<i>Graf 40: ZŠ při léčebně- zkoušení.....</i>	<i>58</i>
<i>Graf 41: ZŠ při nemocnici- šk. hodnocení.....</i>	<i>59</i>
<i>Graf 42: ZŠ při léčebně- šk. hodnocení.....</i>	<i>59</i>
<i>Graf 43: ZŠ při nemocnici- kontakt s kmenovou školou.....</i>	<i>59</i>
<i>Graf 44: ZŠ při léčebně- kontakt s kmenovou školou.....</i>	<i>59</i>
<i>Graf 45: ZŠ při nemocnici- zohledňování výsledků.....</i>	<i>60</i>
<i>Graf 46: ZŠ při léčebně- zohledňování výsledků.....</i>	<i>60</i>
<i>Graf 47: ZŠ při nemocnici- kontakt s rodiči.....</i>	<i>61</i>
<i>Graf 48: ZŠ při léčebně- kontakt s rodiči.....</i>	<i>61</i>
<i>Graf 49: ZŠ při nemocnici- poradenská zařízení.....</i>	<i>62</i>
<i>Graf 50: ZŠ při léčebně- poradenská zařízení.....</i>	<i>62</i>
<i>Graf 51: ZŠ při nemocnici- výskyt žáků s SPU.....</i>	<i>63</i>
<i>Graf 52: ZŠ při léčebně- výskyt žáků s SPU.....</i>	<i>63</i>
<i>Graf 53: ZŠ při nemocnici- výskyt žáků s postižením.....</i>	<i>63</i>
<i>Graf 54: ZŠ při nemocnici- výskyt žáků s postižením.....</i>	<i>63</i>
<i>Graf 55: ZŠ při nemocnici- práce s žáky s SVP.....</i>	<i>63</i>
<i>Graf 56: ZŠ při léčebně- práce s žáky s SVP.....</i>	<i>63</i>
<i>Graf 57: ZŠ při nemocnici- spolupráce s ostatními žáky.....</i>	<i>64</i>
<i>Graf 58: ZŠ při léčebně- spolupráce s ostatními žáky.....</i>	<i>64</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro vyučující na základních školách při zdravotnickém zařízení