



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

a

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Katedra pedagogiky a psychologie

Sociální pedagogika

**Možnosti edukace dětí při dlouhodobém pobytu
ve zdravotnickém zařízení**

Bakalářská práce

2014

Vedoucí práce:

PhDr. Olga Vaněčková

Vypracovala:

Pavla Kulišová

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou prací na téma „Možnosti edukace dětí při dlouhodobém pobytu ve zdravotnickém zařízení“ vypracovala samostatně a použila jsem pramenů a zdrojů, které cituji a uvádím v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V plném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textů mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 15. 3. 2014

Pavla Kulišová

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce **PhDr. Olze Vaněčkové** za ochotu a vstřícnou pomoc při vedení bakalářské práce a za její cenné rady.

Dále děkuji **vedení Léčebných lázní Lázně Kynžvart**, které mi vyšlo ve všem vstříc a samozřejmě také paní ředitelce Základní a mateřské školy při Léčebných lázních Lázně Kynžvart **Mgr. Daně Vondráškové**, která mi byla velmi nápomocná při sběru informací i v samotném šetření.

V neposlední řadě děkuji své rodinně za trpělivost a podporu, kterou mi projevili při psaní této práce.

Pavla Kulišová

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá edukací dětí s chronickým onemocněním při dlouhodobějším pobytu ve zdravotnickém zařízení, řeší, jakým způsobem ovlivňuje pobyt v tomto zařízení rozvoj dítěte v oblasti vzdělávání. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy jako charakteristika školního věku, problematika chronicky nemocného dítěte, možnosti a formy vzdělávání chronicky nemocných dětí. V praktické části je řešeno, jak ovlivňuje dlouhodobější pobyt ve zdravotnickém zařízení rozvoj dítěte v oblasti vzdělávání, a to ve třech rovinách. Jednak jsou zkoumány odlišnosti, formy a způsob výuky ve zdravotnickém zařízení, dále je zkoumána adaptace dětí na výuku a dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém zařízení. Třetí část se zabývá vlivem specifické školní výuky v lázeňském zařízení na opětné začlenění nemocných dětí do vzdělávacího procesu na kmenové škole. Výzkum se prováděl v Léčebných lázních Lázně Kynžvart a byla použita metoda dotazování.

Klíčová slova: edukace, chronické onemocnění, zdravotnické zařízení

Abstract

This Bachelor thesis is concerning education of children with chronic illnesses during a long-term stay in health-care facility, further how is affecting the stay in such facility child's educational development. In theoretical part are clarified the basic terms such as school age characteristic, problems of chronic ill child, education possibilities and forms of chronic ill children. The practical part shows how a long-term stay in health-care facility affects child's educational development, simultaneously at three levels. Partly are examined education differences, forms and manners in health-care facility, partly is examined the child adaptation to education and to long-term stay in health-care facility. The third part is concerning the influence of specific tuition in spa facility and subsequent integration of ill children into educational manner in its own school. The research was taken in Léčebné lázně Lázně Kynžvart, using the way of questioning.

Key words: education, chronic illness, health-care facility

Obsah

1. Úvod	7
2. Škola a její působení na rozvoj osobnosti	9
2.1. Nástup do školy	9
2.1.1. Tělesný vývoj a zdravotní stav	10
2.1.2. Psychická zralost	11
2.2. Školní období dítěte	13
2.2.1. Mladší školní věk.....	14
2.2.2. Pubescence a adolescence	16
3. Problematika chronicky nemocného dítěte.....	20
3.1. Nemoc jako psychologický problém a obecné postoje k ní.....	21
3.1.1. Sociální význam nemoci, postoje společnosti k nemocným.....	23
3.2. Chronická nemoc u dětí	24
3.2.1. Reakce dítěte na vlastní nemoc	25
3.2.2. Sociální postavení nemocných dětí	28
4. Možnosti a formy vzdělávání chronicky nemocných dětí.....	30
4.1. Legislativa	32
4.1.1. Poradenský systém	33
4.2. Vzdělávání dětí ve školách při zdravotnickém zařízení	34
5. Metodika a cíle práce	35
6. Charakteristika výzkumného prostředí.....	37
6.1. Léčebné lázně Lázně Kynžvart, p.o.....	37
7. Proces vzdělávání ve zdravotnickém zařízení, jeho formy, možnosti a hodnocení	41
7.1. Zařazování žáků do výuky a režim výuky	41
7.2. Průběh, forma a způsob vedení výuky	43
7.3. Hodnocení výuky ve zdravotnickém zařízení – vliv na další vzdělávání.....	45
7.3.1. Vyhodnocení dotazníků – vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy	47
7.3.2. Shrnutí vyhodnocení dotazníků – vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy	51
8. Adaptace dětí na dlouhodobý pobyt v jiném prostředí z hlediska školního vzdělávání.....	52
8.1. Hodnocení výuky ve zdravotnickém zařízení – adaptace dětí na výuku z pohledu rodičů.....	52
8.2. Hodnocení výuky ve zdravotnickém zařízení – adaptace dětí na výuku	54
8.3. Shrnutí vyhodnocení dotazníků – adaptace dětí na výuku ve škole při zdravotnickém zařízení Léčebné lázně Lázně Kynžvart.....	57

9. Závěrečné shrnutí.....	58
10. Závěr.....	61
Seznam použitých zdrojů	63
Internetové zdroje	64
Seznam tabulek.....	65
Seznam grafů	65

1. Úvod

V posledních letech stále přibývá dětí s chronickým onemocněním, jen v loňském roce lékaři dlouhodobě sledovali kvůli zdravotním obtížím 597.373 dětí a 267.759 dospívajících. Mezi nejčastější chronická onemocnění patří například alergická a astmatická, kožní, záchvatová a metabolická onemocnění i onemocnění nefrourologická. Chronické onemocnění vždy zasáhne do života dítěte i jeho nejbližších, nemoc postihuje dítě dlouhodobě a velmi často na celý život. Pacient i jeho rodina musí nemoc přijmout, jako součást osobnosti nemocného a naučit se s ní žít a spolu s ní i se všemi omezeními, které s sebou přináší.

Jeden z problémů spojených s nemocí se dotýká vzdělávání dětí. Onemocnění je spojeno s častou absencí žáka, poruchami učení, nepozorností nebo například emoční labilitou, proto je problematika vzdělávání dětí s chronickým onemocněním v současné době velmi aktuální. Zcela zvláštní pozornost si pak zaslouhuje problematika vzdělávání dětí, které z důvodu své nemoci dlouhodoběji pobývají ve zdravotnickém zařízení, kde je jim poskytována výuka v jiných podmínkách, jinou formou a v jiném režimu, než jsou děti zvyklé ze svých kmenových škol.

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 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.

Dle mého názoru je problematice dětí, které dlouhodoběji pobývají na léčení mimo svůj domov, věnována jen malá pozornost. Veřejnost a především rodiče nemocných dětí tak nemají dostatek informací o vzdělávání ve zdravotnickém zařízení a mívají proto často mylnou představu o jeho poskytování.

V mojí bakalářské práci jsem prověřovala formy a možnosti vzdělávání dětí, které jsou na delší dobu vytrženy ze své kmenové školy, jsou dlouhodobě handicapovány svou nemocí a jejich vzdělávání probíhá při zdravotnickém zařízení.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a výzkumné části. Teoretické části odpovídají tři kapitoly, které obecně popisují problematiku.

Věk je velmi významným faktorem ovlivňujícím zvládnání dětské chronické nemoci proto jsem v teoretické části věnovala prostor tomuto tématu stejně tak i problematice chronického onemocnění a v neposlední řadě i možnostem vzdělávání chronicky nemocného dítěte.

V praktické části jsem analyzovala vzdělávání ve zdravotnickém zařízení a jeho odlišnosti od běžných škol ve třech rovinách. První část výzkumu se zabývala procesem výuky ve zdravotnickém zařízení, jeho způsobem, formou a odlišnostmi, ve druhé části jsem zkoumala vliv pobytu dítěte na jeho další vzdělávání a opětovného zapojení do výuky na kmenové škole po návratu ze zdravotnického zařízení. Ve třetí části jsem zjišťovala úroveň vzdělávání a adaptaci dítěte ve zdravotnickém zařízení.

Pro svůj výzkum jsem si zvolila Léčebné lázně Lázně Kynžvart, státní zdravotnické zařízení, které se v oblasti následné léčebně rehabilitační péče dlouhodobě úzce specializují na léčbu dětí a dorostu. Vzhledem ke své specializaci, velkému počtu dlouhodobě léčených dětských pacientů a dlouholetým zkušenostem je toto zařízení jedno z mála, které splňuje atributy pro výzkum mimo jiné i tím, že poskytuje dostatečné množství dat k samotnému šetření a představuje dostatečný reprezentativní vzorek pro obdobná zdravotnická zařízení. Konkrétní výzkum pak probíhal v Základní a mateřské škole při Léčebných lázních Lázně Kynžvart.

2. Škola a její působení na rozvoj osobnosti

2.1. Nástup do školy

Jedním z úkolů bakalářské práce je uchopit a porovnat odlišnosti vzdělávání dětí v Léčebných lázních Lázně Kynžvart oproti vzdělávání ve standardní škole. Proto musíme nejdříve definovat celou šíři pojmů a především specifikovat, jak škola děti ovlivňuje. Co je to školní věk, jak na něj působí jednotlivé školní primární i sekundární okolnosti a také to, jak působí toto období celkově na rozvoj osobnosti. Právě základní škola je pro každého člověka studnicí vzpomínek, křivd, pochval, úspěchů i neúspěchů a v součinnosti s rodinou základním způsobem formuje jeho dospělou osobnost.

Říčan a Vágnerová definují ve své knize Dětská klinická psychologie nástup dítěte do základní školy v České republice. *„Nespornou roli při vstupu do školy má věk dítěte. Není náhodou, že v řadě zemí se hranice pro vstup do školy ustálila kolem šestého roku, s určitými výjimkami. U nás je věk prvním a rozhodujícím kritériem: do školy jsou v lednu zapsány k nástupu v témže roce všechny děti, jež k 31. srpnu dovrší šesti let věku, děti, jimž bude šest let dokonce roku, toliko podmíněně.“* (Říčan, Vágnerová, 1991, s 122).

Dále zmiňují výsledky práce předního českého pedopsychologa Matějčka, který zmiňuje zralost dětí v souvislosti s nástupem do školy. *„Matějček (1961) dokládá, jak předčasný nástup do školy může nepříznivě poznamenat celou školní dráhu dítěte. Vyšetřil 188 dětí opouštějících zvláštní školu a 145 žáků vycházejících ze základní devítileté školy se ztrátou jedné či více tříd opakovaní. Po vyloučení dětí debilních zbylo mu ve skupině zvláštních školáků 112 dětí, z nichž 18 procent nastoupilo do školy před dovršením šestého roku a celkem 65 procent jich vstupovalo do školy ve věku nejvýše šest r. tři měs. U neúspěšných žáků základních škol spadalo do této nejmladší skupiny šedesát procent dětí, oproti pouhým pěti procentům ze skupiny dětí ve věku šest r. osm měs. a starších.“* (Říčan, Vágnerová, 1991, s 123).

Z výše uvedeného vyplývá, jak zásadní je nástup dítěte do školy a to sice jeho zralost. I když je zmíněné Matějčkově šetření poměrně na malém vzorku, potvrzuje obecné mínění i zkušenosti řady pedagogů.

Langmeier a Křečičřivová zmiňují školní nároky na děti. „*Otázka zralosti má ovšem smysl jen v této souvislosti: Vždy je třeba říci, pro jaké úkoly, nároky, metody, či situace má být dítě zralé, způsobilé a připravené.* „(Langmeier, Křečičřivová, 2000, s 116).

Podobně upozorňují na požadavky školy také Řičan s Vágnerovou. „*Srovnáme-li náplň vyučování v prvních třídách elementárních škol před 120 lety, pak zjišťujeme, že v některých směrech vyučovací cíle, jichž se dnes má dosáhnout do pololetí 1. třídy jsou srovnatelné s tím, čemu se tehdy děti učily až ke konci 2. třídy. Přirozeně některé poznatky a učivo, nebyly tehdy vyučovány vůbec.*“ (Řičan, Vágnerová, 1991, s 124).

Socializací a náročností školy se zabývá také Jozef Výrost a Ivan Slaměnik v Aplikované sociální psychologii I. „*Škola se svými vzdělávacími cíli klade na dítě od samotného počátku školní docházky zcela nové požadavky. Vyžaduje plnění nejen požadavků výkonových, ale také osvojování si nových způsobů chování, vyplývajících z role žáka. Za normálních okolností se v rodině dítěte prolíná požadavek plnění určitých povinností a dodržování disciplíny s láskou rodičů. Školní prostředí, je pro dítě na rozdíl od rodiny neosobní a vyžaduje plnění zcela přesně zadaných úkolů, jejichž nesplnění je zpravidla doprovázeno možností trestu.*“ (Výrost, Slaměnik, 1998, s 265).

2.1.1. Tělesný vývoj a zdravotní stav

Kromě mentální vyspělosti je při posuzování školního věku a tedy zralosti k nástupu jedince do školy zásadní tělesný vývoj. Jak uvádí Řičan a Vágnerová vždy by měl být tělesný vývoj posouzen lékařem. „*Aspekty tělesného vývoje jsou věcí lékařského posouzení, které provádí obvodní dětský lékař v rámci jednotlivých preventivních prohlídek, a to v klíčovém bodě pěti let, tak aby po nástupu do školy byl ještě čas přijmout určitá opatření, je - li jich třeba. Přitom hledisko tělesného vývoje a tělesného stavu na jedné straně a psychické a sociální vyspělosti na straně druhé nemusí být v jednotlivých případech vždy v plném souladu: známe děti tělesně zdatné, ale psychicky či sociálně zřetelně nezralé, a naproti tomu děti drobné, tělesně vyhlížející jako mladší, avšak pro školu vyspělé. Proto je při posuzování připravenosti pro školu zapotřebí úzké spolupráce mezi psychologem, dětským lékařem, případně dalšími odbornými lékaři podle povahy případu.*“ (Řičan, Vágnerová, 1991, s 122).

V této souvislosti dále zmiňují, že řada autorů považuje tělesný vzrůst jako jednu z determinantů úspěchu dítěte ve škole v prvních měsících. „V souvislosti s tím se někdy uvádí tzv. „Filipínská míra“, která zjednodušeně (a neprokázaně) považuje za školsky zralé dítě to, které rukou dosáhne přes hlavu na ucho na protilehlé straně.“ (Říčan, Vágnerová, 1991, s 122)

Nebo například Hildegard Hetzerová (1936) došla k závěru, že „Děti, které byly vyspělejší po stránce tělesné a měly protaženější horní a dolní končetiny, štíhlejší trup a menší hlavu, byly taky většinou případů na žádoucí úrovni po stránce duševní.“ (Monatová, 2000, s. 65)

Pokud jde o tuto závislost, tak není mezi autory jednotný názor. Jako například podle Thomae (1957) nemusí být somatická zralost v rovnováze se zralostí psychickou nebo Bunecký (194) charakterizuje školní zralost v podstatě jako biologický jev, který je podmíněn uzráním nervového systému a je proto do jisté míry závislý na věku dítěte. (Monatová, 2000, s. 65)

U fyzického vývoje dále autoři zmiňují rozdíly mezi dívkami a chlapci. U chlapců je zpravidla pomalejší a méně vyrovnané.

2.1.2. Psychická zralost

Psychická nezralost bývá častějším důvodem odkladů, než fyzická. Je také na první pohled méně patrná a rodiče by se měli v těchto případech vždy obracet na odborníky z psychologických, nebo pedagogických poraden.

Říčan s Vágnerová vytyčují několik základních požadavků na psychickou zralost. Jsou to vnímání, kresby, rozumové poznávání, řeč a motorika.

Podle Říčana a Vágnerové vnímání školsky zralého dítěte se stává pročleněným: dítě je schopno z vnímaného celku vyčleňovat části a původní celek z nich opět složit, což je, pokud jde o sluchové a zrakové vnímání, předpokladem úspěšné výuky čtení a psaní. Tento vývoj pozorujeme v dětské kresbě.

Rozumové poznávání se začíná opírat o analytické myšlení, jež dítěti umožňuje lépe orientovat se ve světě kolem něho, v tvarech, kresbách a dějích. Lépe postihuje

podobnosti a rozdíly, začíná chápat vztahy a souvislosti. Vstup do školy koinciduje časově s počátkem stádia konkrétních myšlenkových operací, jichž dítě začíná být schopno při zacházení s názorným materiálem, v kategoriích množství, pořadí příčinnosti či následnosti. Na základě těchto praktických zkušeností dospívá postupně k jistým zevšeobecněním a kategorizacím. To vše je důležitým předpokladem zejména pro výuku matematiky. Paměť sestává trvalejší a záměrnější, i když dosud je spíše mechanická než logická.

V motorice namísto množství nadbytečných bezúčelných pohybů dospívá dítě k ukázněnější cílenější pohybové aktivitě. Po určitou dobu je schopno své motorické chování ovládnout, kontrolovat, posedět klidně. Říčan s Vágnerovou dále zmiňují také pracovní vyspělost, kdy dítě plní pracovní povinnosti, rozlišuje hru i zadané úkoly. (Říčan, Vágnerová, 1991, s.123)

Autoři odborné literatury v této souvislosti píší i o emoční a sociální zralosti. Například Langmeier a Krejčířová upozorňují na to, že emoční zralost úzce souvisí s mentální výkonností. Dítě, které přichází do školy, musí být schopné pracovat ve skupině spolužáků, vytváří si první kontakty a začleňuje se do vrstevnických skupin. Zmiňují citovou zralost, která je u dětí individuální a také Zweiglův pokus, ve kterém zjistil, že děti nemohou plnit několik rozkazů, pokud pro ně nemají přímý citový význam. Děti mají mít schopnost soustředit se na úkol, který by měl odpovídat jejich přirozenému vývojovému stavu. Úkoly by měly být postupné od jednodušších ke složitějším. Předpokladem kázně pak bývá kontrola afektů a impulsů. Důležité pro děti je tedy sebeřízení a sebeovládání.

S citovou zralostí, pak souvisí také zralost sociální a školáci by měli být méně závislí na rodině a zvládat činnosti bez její opory. Důležitá je také vlastnost uznání autority, které se podřizují. Vrstávají tak do nových rolí. Status dětí ve skupině potom často odpovídá i jejich schopnostem a dovednostem. (Langmeier, Krejčířová, 2000, s 114 - 115).

Pro vývoj dítěte je zásadní školní věk, ve kterém se začíná realizovat i mezi vrstevnickými skupinami. Jak jsem v této kapitole na příkladech doložila, autoři

odborné literatury kladou důraz nejen na nástup dítěte do školy, ale také (Langmeier, Krejčířová) na to, jestli se škola dokáže žákům individuálně přizpůsobit.

2.2. Školní období dítěte

Základní škola v České republice se rozděluje na první a druhý stupeň. První stupeň je do páté třídy a druhý od šesté do deváté. Školní věk, tj. období základní školy, lze rozdělit na fáze: raný školní věk a puberta – starší školní věk nebo také bývá označována, jako pubescence a adolescence.

Nástupem do školy se dítě odpoutává od své závislosti na rodině a její vliv je postupně nahrazován vlivem jiných sociálních skupin.

„Dochází k navazování kontaktů s vrstevníky. Přistupují k tomu nové vztahové osoby, jak například učitelé nebo vychovatelé. Tato situace se sice už připravovala v mateřské škole, je však charakterizována novými úkoly, které klade škola (sedět v klidu, soustředit se, nesmět si hrát atd.).“ (Furst, 1997, s.148)

„Škola je první významnou institucí, do níž se dítěte dostává. Tato instituce se mu zcela zákonitě jeví jako velmi mocná, mocnější než rodiče, protože i oni musí rozhodnutí školy respektovat.

Nástup do školy ovlivní další rozvoj dětské osobnosti. Škola je důležitým místem socializace, dítě zde získává nové a leckdy rozdílné zkušenosti, než jaké získalo v rodině.“ (Vágnerová, 1999, s.110)

Fáze školního věku (dle Peterkové):

1. **Raný školní věk** – tato vývojová fáze začíná zahájením školní docházky a končí s nástupem pubescence (přibližně v 11-12 letech věku dítěte).
2. **Starší školní věk (pubescence, adolescence)** – fáze dospívání probíhá přibližně mezi 12. a 15. rokem života (toto vymezení je pouze orientační, nástup a konec pubescence jsou velmi individuální).

2.2.1. Mladší školní věk

„Období od šesti do deseti až jedenácti let – kdy dítě je žákem prvního stupně základní školy – připadalo psychologům a zejména psychiatrům jako období nenápadné, klidné, bez velkých konfliktů. Dojem vznikl při srovnání s nápadnými změnami v předchozích letech a zejména s vyhracenou problematikou následující puberty. Ve skutečnosti i v mladším školním věku dochází k důležitým změnám a vznikají nemalé problémy.“ (Čáp, Mareš, 2001, s.228)

Čáp s Marešem dále uvádějí, že škola dítěti přináší nové činnosti (učební) a klade na dítě požadavky, které se postupně zvyšují. Škála školních předmětů je rozmanitá s požadavky na rozvíjení senzomotoriky, paměti, intelektu, a estetických aspektů osobnosti. Když je vyučování adekvátně uspořádáno a ve třídě je příznivé emoční klima, tak se uspokojují potřeby dítěte jako například potřeba činnosti nebo jeho zvědavost a radost ze získaných dovedností. U dětí v tomto věku snadno vzniká zájem o vše nové, ale zároveň je pro ně náročným úkolem se soustředit, a udržet pozornost pro činnost určenou učitelem pro celou třídu.

Říčan s Krejčířovou doplňují, že se v tomto období do popředí u dítěte dostává výkon ve škole i mimo ni a také soutěživost, pokud dítě selhává, mohou vzniknout celoživotní pocity méněcennosti, které hrozí hlavně u dětí s tělesným, mentálním nebo smyslovým postižením, ale často hrozí i kvůli absencím, vedlejším účinkem léků či únavě u chronicky nemocného dítěte.

Děti v tomto věku si také často hledají své „hrdiny“. Takovým vzorem se pro chronicky nemocné dítě může stát lékař nebo jiné dítě, které bylo v podobné situaci.

Normálně vyvíjející se dítě se snaží být co nejvíce aktivní, spolupracuje s ostatními a rádo poznává okolní svět. Je pro něj velmi důležité, jak obstojí při plnění svých povinností. Na podaném výkonu závisí sebehodnocení dítěte, a pokud by neúspěchů bylo hodně, mohlo by si trvale fixovat pocit méněcennosti. Dítě vyhodnotí své snažení za úspěšné nebo neúspěšné podle toho jestli bylo pochváleno nebo znehodnoceno. Výsledek samotný nemá pro dítě největší význam.

Dle Čápa a Mareše za příznivých podmínek dítě dochází k poznání toho, že dobrými výkony a úsilím a snahou lze dosáhnout vnitřního uspokojení. E.Erikson toto období označil, jako fázi pýle a snaživosti. (Čáp, Mareš,2001,s.230)

„Myšlení dětí v mladším školním věku je už na mnohem větší úrovni než v předešlém období, ale zároveň to stále ještě není abstraktní myšlení dospělého. Podle Piageta jde o etapu konkrétních operací. Myšlení už respektuje zákonitosti logiky, děti dokážou klasifikovat, třídít, řadit, přitom se ale stále vážou na názorné poznání, na konkrétní předměty, které lze přímo vnímat a představit si je, popřípadě s nimi manipulovat, prakticky si ověřit řešení problému.“ (Čáp, Mareš,2001,s.231)

Myšlení dětí v tomto věku byl také charakterizován výrazem realismus. Děti se zajímají o skutečnost a poznat ji objektivně. V tom je velký rozdíl od předchozích i následujících období, kdy snění a fantazie má výraznější úlohu. (Čáp, Mareš,2001,s.231)

„Mladší školní věk je současně obdobím realismu a děti mívají většinou snahu dospělým vyhovět, při léčbě se již stává významnou motivací i možnost vylepšit svoji výkonnost a stát se zdatnějším.“ (Říčan, Krejčířová, 1997, s.68)

Pozornost

- kvalita pozornosti je vývojově podmíněna;
- délka soustředění se zlepšuje až o půldruhé minuty za každý rok,
- 7 let: 7-10 minut,
- 10 let: 10-15 minut,
- rostoucí schopnost autoregulace – ovládání vlastní pozornosti z hlediska jejího zaměření a délky trvání, klesá citlivost k rušivým vlivům, zlepšuje se schopnost soustředit se jen na to, co je důležité (diferencovat podněty). (online)

Morální vývoj podobně jako intelektový, představuje přechodnou formu mezi dětstvím a dospělostí. Děti mladšího školního věku jsou většinou na úrovni konvenční morálky což znamená, že se dítě chová podle očekávání rodičů nebo učitelů a očekává za to pochvalu, která mu přináší uspokojení. Dítě je zmateno, pokud škola zastává jiná morální normy než škola nebo společnost.

Podle Peterkové dále dochází v emočním vývoji ke zvýšení emoční stability a odolnosti vůči zátěži, fázi citové vyrovnanosti, rozvoji schopností interpretovat emoční prožitky a dávat jim smysl (závisí na zrání a rozvoji kognitivních schopností, rozvoji metakognice...) a rozvoji emoční inteligence – lepší porozumění svým pocitům, schopnost přesněji diferencovat jejich kvalitu, intenzitu a délku trvání.

Vztahy s dětmi - úroveň ovládnutí role spolužáka je projevem sociální úspěšnosti. Role spolužáka je významnou rolí dětského věku: souřadnost a nevýběrovost (spolužák je považován za rovnocenného). (Peterková, online)

2.2.2. Pubescence a adolescence

Pubescence - od 11-12 do 15 let. V jednotlivých oblastech může být jedinec různě vyspělý. Biologicky je začátek období vymezen prvními známkami pohlavního zrání, u chlapců nastupuje asi o rok později.

Pubescence má dvě fáze a to prepubertu a pubertu:

- prepuberta – dívky 11-13 let – mírné zrychlení tělesného růstu, objevují se první sekundární pohlavní znaky, období končí první menstruací- chlapci asi o rok později, ukončení je méně výrazné;
- puberta – 13-15 let, do dosažení reprodukční schopnosti. (online)

„Puberta je obdobím pohlavního dospívání a nového začleňování osobnosti do společnosti. Je to období pronikavých změn ve vývoji osobnosti a značných problémů v rodinné i školní výchově.“ (Čáp, Mareš, 2001,s.232)

Čáp a Mareš dále uvádějí, že puberta se ohraničuje somatickými změnami. Dívky začínají menstruuovat a chlapci mají první noční poluci. Předcházející období, které je jakýmsi přechodem od dětství k dospívání se nazývá prepuberta. Vyznačuje se v mírnější podobě biologickými, psychologickými i sociálními znaky puberty. Začínají první náznaky pohlavního dospívání, zvláště sekundárních pohlavních znaků a také se vyznačuje výrazným růstem do výšky. V prepubertě si chlapci a dívky rozšiřují a prohlubují vědomosti, dovednosti a pokračuje vývoj intelektu. Důležitým aspektem v prepubertě je začleňování mladistvého do skupin vrstevníků. Sociální interakce je již na vyšší úrovni než v předchozích obdobích. Učí se podívat se na událost očima

druhého, vcítit se do něho, přihlížet k jeho potřebám nebo také například pomáhat nebo spolupracovat. Toto je důležité pro přípravu navazování vztahů partnerských či pracovních.

Ve věku od 8 do 13 let se u dívek a chlapců projevuje pečovatelské chování k malým dětem.

V organismu již probíhají změny zvyšující labilitu mladistvého (zvýšena citlivost, podrážděnost, případné konflikty s rodiči, vrstevníky i ve škole). (Čáp, Mareš, 2001,s.233)

„V pubertě probíhají podstatné biologické změny- růst postavy, ale také změna proporcí, jejich přiblížení těla dospělých mužů a žen, sekundární pohlavní znaky a funkce pohlavních orgánů, zvýšená neurohumorální labilita atd. Dospívající jsou zvýšeně labilní, náladoví, snadno unavení a podráždění.“ (Čáp, Mareš, 2001,s.233)

V pubertě děti věnují zvýšenou pozornost svému vzhledu, chtějí vypadat, jako jejich ideál. Mladiství hledají svojí novou, vyšší identitu...*“Kdo jsem vlastně já, o co mi v životě jde a jak se na mne dívají druzí...”* jak charakterizoval toto období E.Erikson (1968).

„Významnou se stává otázka tělesného schématu, např. i malá jizva po operaci může být pro dítě v tomto věku silně ohrožující(až dysmorfofobie)“
(Říčan, Krejčířová,1997, s.68)

Někteří psychologové, jako například Čáp a Mareš nazývají pubertu jako druhé období vzdoru (první je v období batolícím). Aby se dítě stalo samostatnou, a odpovědnou osobností potřebuje se osvobodit od závislosti na rodině a rodičovské autoritě. Může se ukázat, že závislost na rodině vystřídala závislost na skupině a tak vyvstává další vývojový úkol a to uvolnit se od závislosti na skupin vrstevníků a zaujmout k ní kritičtější postoj.

U chronicky nemocného dítěte bývá v pubertě častým problémem odpor k autoritě. Proto je v tomto věku nezbytné pracovat s dítětem samotným v nepřítomnosti rodičů, když spolupráce s rodiči nepřestává být důležitá. Je nezbytné poskytnout dítěti dostatek příležitostí k otázkám a také umožnit dítěti co největší podíl při rozhodování o dalším postupu léčby. (Říčan, Krejčířová,1997, s.69)

V období puberty dochází také k vývoji intelektu. Podle Piagetových výzkumů právě v prepubertě a pubertě dochází k přechodu do etapy formálních operací, k abstraktnímu myšlení. (Čáp, Mareš, 2001, s.234-235)

Kognitivní změny u pubescentů:

Etapa formálních operací

- práce s obecnými, abstraktními pojmy,
- hledání alternativních řešení, jejich systematické zkoušení a ověřování,
- vytváření domněnek a hypotéz – srovnávání reálného a myšleného,
- aplikace logických operací nezávisle na obsahu soudů,
- sebereflexe, metakognice (reflexe mého uvažování, myšlení), myšlení o myšlení.

Emocionální změny u pubescentů:

- rozšiřuje se akční rádius odezvy na některé podněty;
- citové zážitky se diferencují, přibývá vyšších citů;
- zvyšuje se schopnost odpovídat selektivně na určité podněty;
- zvyšuje se schopnost desenzibilizace (otupění, znecitlivění – s člověkem to tolik; nedělá) na některé druhy podnětů, které iritovaly adolescenta v dětství.

Navazování vztahů k vrstevníkům:

- skupinová izosexuální fáze (děti se sdružují do skupinek podle pohlaví, na začátku dospívání);
- individuální izosexuální fáze (přátelství dvojic, trojic, úzká přátelství),
- přechodná etapa – počínající zájem o druhé pohlaví, zájem „na dálku“ (otřukávání),
- heterosexuální polygamní fáze – první lásky, hravý kontakt, flirt,
- zamilovanost.

⇒ fáze mohou existovat vedle sebe, paralelně, prolínat se

Utváření identity

2 aspekty identity:

- osobní – vědomí vlastní jedinečnosti, neopakovatelnosti a ohraničenosti vůči druhým; „já jsem“; „kdo jsem“;

- sociální – pocit začlenění, spolupatřičnosti, kontinuity ve vztazích a v čase, „kam patřím“; „čeho jsem součástí“; „odkud pocházím“; „kam směřuji“; specifické výrazové prostředky adolescentů. (online)

V tomto období se podle Čápa a Mareše setkáváme se značnými rozdíly mezi mladistvými. Někteří pubescenti se bouří proti rodičům a autoritám jiní jsou klidnější, někteří jsou labilnější jiní stabilnější, někdo je oblíben, jiní jsou skupinou odmítáni, někdo holduje cigaretám a alkoholu a jiný zas využívá svůj potenciál. Záleží na interakci mnoha podmínek, která varianta vývoje nastává.

Adolescence - mladiství, dorost ve věku 15 – 20/22 let.

„ Celé období dospívání (od počátku puberty) je obdobím specifické zranitelnosti a snížené odolnosti vůči stresu, při spolupráci je potřeba dítě plně respektovat a kvalitní komunikace s lékaři a podrobná informovanost dítěte jsou pro zvládnutí nemoci rozhodující. “ (Říčan, Krejčířová, 1997, s.69)

„Opravdu neexistuje ve společenské džungli lidské existence žádný životní pocit bez tohoto pocitu identity já. Pochopíme- li to, pochopíme také zápasy dospívající mládeže lépe, zvláště snahu těch, kteří prostě nechtějí být „mili“ chlapci a dívky, nýbrž zoufale hledají uspokojující pocit příslušnosti, ať již ke skupinám, partám nebo masovým hnutím.(E. H.Erikson 1980). “ (Furst, 1997, s.150)

Adolescence je klidnější období než puberta, zdaleka však není bezproblémové. Mladiství končí školní docházku a může být vyučen, udělat maturitu, jít na vysokou školu nebo zahájit pracovní poměr. Adolescenti pokračují ve formování své identity. Nejsou už děti, ale zároveň ještě nejsou dospělí. Na jedné straně by chtěli výhody dospělosti, ale na druhou stranu odmítají odpovědnost s dospělostí spojenou. E. Erikson (1968) mluví o termínu psychosociální moratorium. Mladiství se snaží zpomalit vývoj, Zdržet se ještě chvíli v období mládí „užít si volnosti“. Přitom mladiství těžce nesou, když je dospělí považují za nedospělé. Adolescenti pokračují v úsilí o nezávislost na rodičích. Chtějí mít svou cestu, názory, kulturu.... Výzkumy a zkušenosti však prokazují, že v mnoha rodinách dochází ke zklidnění vztahů mezi dětmi a rodiči oproti

pubertě. Záleží však také na tom, jestli se dokázali změnit i rodiče a pochopit změnu ve vývoji dětí.

Formování vlastní identity, dosažení zralejšího stupně ve vývoji vlastního já zahrnuje krizi, její řešení, přijetí závazku a úsilí i jeho realizaci. Krize znamená prožití pochybností, váhání mezi různými možnostmi-např. ve volbě oboru studia a povolání, ve volbě partnera, ve volbě životního stylu. Závazek znamená rozhodnutí pro jednu eventualitu a řízení se plánem k realizaci tohoto rozhodnutí. (Marcia,1967)

Mezi adolescenty jsou podobně jako u pubescentů velké interindividuální rozdíly. Navíc jsou tu i rozdíly skupinové či typologické mezi nevyučenými žáky a žáky středních škol a těmi studenty co směřují na vysokou školu. Rozdíly se týkají například sebehodnocení, hodnocení vzdělání nebo délce ekonomické závislosti na rodičích.(Čáp, Mareš, 2001, s.236-238)

3. Problematika chronicky nemocného dítěte

Jakákoli nemoc dítěte se pro rodinu stává zátěží fyzickou, psychickou i finanční. O to více toto všechno platí, jde-li o nemoc dlouhodobou, neboli chronickou.

Podle Vágnerové má nemoc dítěte jiný sociální i subjektivní význam a závisí na vývojové úrovni dítěte, dále pak na obvyklém očekávání dětství jako šťastného období a v neposlední řadě i na ochranném přístupem dospělých. (Vágnerová, 2004,2008,s 94)
„Onemocnění může ovlivnit styl života dítěte, omezuje běžnou sociální zkušenost, zejména ve vztahu s vrstevníky.

Zkušenost s chronickou nemocí ovlivní i hodnoty dětí, jejich přání a obavy.“(Vágnerová,1999,s.76)

Většinou první emoce, kterou rodina i nemocný pocítí, když se o nemoci dozví, je strach. A zhoršuje tak psychický stav nemocného i jeho okolí. Rodinu provází vyčerpání, frustrace a únava. Nežádá kdy, se také dlouhodobá nemoc dítěte dotkne rodiny finančně. Většinou jeden z rodičů musí opakovaně s dítětem zůstat doma nebo dokonce z práce odejít úplně.

V neposlední řadě se u dlouhodobě nemocného dítěte musí řešit jeho vzdělání.

Nemocné dítě se od kolektivu svých vrstevníků vždy liší, a to minimálně svou častou absencí. Na vyučování se musí připravovat doma s rodiči, nebo se vyučovat v nemocnici či navštěvovat školu v jiném zdravotnickém zařízení.

Někdy se také bohužel stává, že se dítě pro svou odlišnost stává terčem šikany spolužáků.

Je nutné zmínit, že jinak na svou nemoc a situaci nahlíží dospělý člověk a jinak ji vidí dítě.

„Děti reagují na problémy spojené se somatickou chorobou jinak než dospělý. Jejich prožívání nemoci je více vázáno na aktuální pocity než na představu jejich důsledků pro svůj další život a očekávání budoucího ohrožení. Takový postoj je typický pro mladší děti, dospívající na nemoc reagují podobně jako dospělí.“ (Vágnerová, 2004,2008, s 94)

Vítková uvádí, že chronické onemocnění se nevyhne žádné věkové kategorii, ale také říká, že děti mají v každém životním období své zvláštnosti. (Vítková,1998, s. 35).

Existují programy orientované na dítě, které jsou zaměřené na zvládání nemoci a bolesti v dětství. Dítě je dobré o všem informovat, protože informovanost posiluje u dětí důvěru v lékaře a snižuje úzkost (dítě ví co bude).

Při závažném chronickém onemocnění by mělo být zajištěno dítěti i dlouhodobé psychologické vedení, v terapeutickém vztahu je pak dítěti možno ujasnit si situaci nemoci a vyjádřit všechny své pocity. (Říčan, Krejčířová,1997, s.71)

„ Každé onemocnění je zároveň záležitostí tělesnou i duševní. Úkolem lékaře je –kromě vlastní léčby- dodat nemocnému odvahy, chuti k životu, klidu a trpělivosti.“ (Říčan, 1972, s.21)

3.1. Nemoc jako psychologický problém a obecné postoje k ní

Postoje k nemocným nebo postiženým bývají charakteristické tím, že převažují emocionální složky nad informacemi o jejich skutečných možnostech nebo omezeních.

Citový vztah k těmto lidem má často ambivalentní charakter, obsahuje negativní i pozitivní emoce.

Vágnerová říká že, „ *Postoje k postiženým a nemocným nejsou člověku vrozené, ale vytvářejí se učení, jsou závislé na prostředí, v němž člověk žije.*“

(Vágnerová,2003,s 19)

Dále také například uvádí, že lidé mají sklon generalizaci - vidět nemocné či postižené stejně . Veřejnost více ovlivňuje jejich zjevné projevy a nápaditosti a méně podstata jejich choroby, kterou většina laiků nechápe.(Vágnerová,2003,s19)

„*Nemoc či postižení představuje společenský handicap. Takový člověk získává určitou sociální roli, která mu přináší nějaká privilegia, ale zároveň i mnohá omezení. Trvalé postižení i chronické onemocnění může být sociálně hodnoceno jako stigma.*“

(Vágnerová,2003,s19).

„*Sami postižení, z valné části vlivem postojů laické veřejnosti, hůře uspokojují některé své potřeby, např. v oblasti seberealizace. Příčinou nemusí být vždycky jen omezení dané jejich zdravotním stavem, ale spíše jeho sociální důsledky.*“ (Vágnerová,2003,s19).

K tomu, abychom pochopili problematiku nemocných, je třeba nejdříve nastínit psychické problémy spojené se somatickým onemocněním, sociální význam nemoci, různé psychické, emoční i sociální změny a v neposlední řadě také postoje společnosti k nemocným.

Nemoc lze chápat, jako něco, co narušuje funkce organismu a ovlivňuje nepříznivě kvalitu života nemocného. Pokud je člověk nemocen chronicky nebo pokud je postižený, je toto znevýhodnění trvalé. Může sice dojít ke zlepšení, ale chronicky nemocný se nikdy zcela nevyléčí a musí své onemocnění přijmout jako část své identity a musí se s ním naučit také žít.(Vágnerová,1999,s75)

Jak uvádí Vágnerová „ *Závažné somatické onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného a může více či méně změnit některé vlastnosti jeho osobnosti. Řada tělesných potíží naopak může být určitým způsobem psychikou nemocného ovlivněna, někdy i vyvolána. Postoj nemocného k vlastní chorobě je ovlivněn mnoha faktory, závisí na souhrnu nepříznivých změn a ztrát ve třech základních oblastech: sociální, somatické a psychické.*“ (Vágnerová,1999,s 57)

3.1.1. Sociální význam nemoci, postoje společnosti k nemocným

„ S nástupem choroby náhle řada situací, které předtím byly nanejvýš důležité, ztrácí na své síle. S vět člověka se stává malým“. (Blažek a Olmarová, 1985)

„Nemoc lze považovat nejenom za odchylku biologickou, ale i za určitý druh sociální deviace. Když někdo závažněji onemocní, změní se určitým způsobem jeho identita.“ (Vágnerová, 1999, 89)

„ U eskymáckých kmenů dokonce panuje zvyklost, že za těchto okolností přijme takový člověk nové jméno, jméno nemocného“ (Hillman; 1997).

Názor veřejnosti na nemocného může být odlišný, protože bývá ovlivňován vnějšími znaky, nápadností chorobného projevu, různými předsudky a mediálně prezentovanými názory. Ty postoje, které ve společnosti převládají, se zákonitě odrazí i v tom, jak svou nemoc vnímá sám nemocný.

„Postoj k vlastní chorobě může v různé míře ovlivňovat změny identity takového člověka. Projevuje se i v tom, jak přijímá, anebo nepřijímá roli nemocného. To znamená, zda se s ní identifikuje, či nikoliv, a následkem toho se i různým způsobem chová“. (Vágnerová, 1999, s 57)

„Somatická nemoc je jednou z mála odchylek sociální identity, která svému nositeli zaručuje i určitá privilegia, např. ohledy, sympatii, trpělivost a ochotu tolerovat některé nedostatky“ (Parsons, 1951).

Nemoc je odchylka, která je společností tolerována, je to dané tím, že lidé si uvědomují vlastní zranitelnost a možnost svého ohrožení. S nemocemi se člověk setkává často a má o nich různé informace (ne vždy přesné). Nemoc je součástí života, zejména starších lidí. Asi právě proto si společnost zachovala postoj zahrnující pomoc a ohled na nemocné a také normu pozitivně hodnoceného chování.

3.2. Chronická nemoc u dětí

„U dětí bývá vymezovaná chronická nemoc jako závažná organická nebo funkční změna v organismu s dlouhodobým nebo dlouhodobě předpokládaným průběhem.“
(Struk,1992)

Chronickou nemocí lidé trpí už odedávna, ale až od druhé poloviny tohoto století se počet nemocných značně zvýšil. Tento nárůst je spojený s mnoha faktory odrážející se z roviny osobní, celostátní i globální. (Šafránková online)

Mezi chronická onemocnění patří například alergická a astmatická, kožní, záchvatová a metabolická onemocnění. Tyto nemoci omezují možnosti rozvíjet schopnosti a dovednosti dětí a také si užívat radovánek typických pro dětský věk. (Vágnerová 2004,2008,s.100)

„Jakékoli dlouhodobé a závažné onemocnění představuje zatížení pro celý organismus dítěte, tedy i pro jeho psychiku. Nemoc přináší nové, odlišné zkušenosti, ale zároveň omezuje možnost získat zkušenosti standardní.“

Psychická reakce na nemoc závisí na:

- *dispozicích, vývojové úrovni a individuální zkušenosti, tj. již vytvořených osobnostních rysech dítěte,*
- *reakcích prostředí, v němž dítě žije, především rodiny, nemocničního personálu i širší společnosti.“* (Vágnerová,1999,s 73)

L. Monatová (1995) rozděluje chronická onemocnění z hlediska zdravotního stavu do čtyř kategorií:

- děti a mládež úplně zdravá – tělesně dobře vyvinutá,
- děti a mládež prakticky zdravá – výskyt nepatrných odchylek ve zdravotním stavu,
- děti a mládež oslabená – výskyt značných odchylek v tělesném vývoji a zdravotním stavu,
- děti a mládež nemocná.

Většina závažnějších onemocnění přináší v rámci chorobných příznaků zhoršení celkového stavu, např. únavu, vyčerpání, bolest.

Na bolest děti reagují převážně emocionálně a podle toho, jak narušuje jejich osobní pohodu. Bolest přispívá k negativnímu hodnocení situace a děti bývají plačtivé a mrzuté. Mohou reagovat více afektivně nebo naopak být až apatické a bez zájmu o cokoli.

Rozumově zhodnotit bolest umí až starší děti, jejich postoj k ní je pak ovlivněn zkušenostmi, představou o její příčině i jaký má bolest aktuální význam (například zhoršení nemoci).

Vágnerová uvádí, že mladší děti nejsou schopni přijmout fakt, že bolest může být součástí účelného léčebného výkonu, nechápou jeho význam tudíž jejich vnímání je pouze negativní. Pochopení významu nějakého bolestivého vyšetření, jsou schopné až děti staršího školního věku. (Vágnerová, 2004, 2008, s. 95)

„Z hlediska vývojového je významný věk, kdy k onemocnění došlo. V jednotlivých vývojových fázích je z psychologického hlediska rozhodující maximální uspokojování specifických vývojových potřeb, s nimiž může nemoc interferovat tak, aby vývoj dítěte nebyl celkově zbrzděn nebo v některých oblastech vážněji narušen.“

(Říčan, Krejčířová, 1997, s. 67)

V současné době trpí chronickým onemocněním přibližně 7- 10% dětské populace tento počet stále roste. Patří sem skupiny různorodých nemocí – od lehčích forem až po velmi závažná onemocnění ohrožující průběh života jedince na dlouhou dobu, v některých případech i na celý život (Zámečnicková, 2007).

3.2.1. Reakce dítěte na vlastní nemoc

Jak píše Vágnerová, důležitý aspekt, psychického vnímání nemoci, je to jak ji dítě prožívá, její aktuální projevy i možné důsledky do budoucna. Nemoc přináší odlišné zkušenosti, spojené s nepříjemnými zážitky a zároveň omezuje získávat zážitky standardní a může ovlivnit i psychický vývoj dítěte.

Postoj k vlastní nemoci závisí na vývojové úrovni dítěte, na jeho zkušenostech a v neposlední řadě i na osobnostních rysech. Zahnuje emoční prožívání i její racionální hodnocení a z toho pak vyplývá i chování. (Vágnerová, 2004, 2008, s. 95)

Emoční reakce

„Nemocné děti bývají úzkostné, trpí nejistotou a obavami z dalších potíží a nepříjemností. Strach i úzkost se mohou velmi snadno přenášet z rodičů na děti, a to i tehdy jestliže není tento prožitek verbalizován, tj. pokud o něm rodiče nemluví. Nemocné děti bývají zvýšeně empatické, a to zejména ve vztahu k nejbližším osobám, na něž jsou citově vázány. Větší zaměření pozornosti na chování blízkých dospělých bývá spojeno se změnou v jejich chování, která je pro dítě signálem nějakého ohrožení. Dalším zdrojem úzkosti nemocného dítěte může být nutnost změny sebehodnocení a obrany sebeúcty. S tím souvisí i ztráta různých kompetencí, vedoucí mnohdy k návratu dříve překonané závislosti na jiných lidech.“ (Matějček, 1992)

Děti cítí strach a úzkost a to je spojeno i s fyziologickými reakcemi. To může nepříznivě ovlivňovat průběh onemocnění i adaptaci na změnu prostředí při hospitalizaci. Nemocné děti mohou být smutné až depresivní, mohou cítit beznaděj či bezmocnost. (Vágnerová, 1999, s. 74)

„Z hlediska dítěte mají největší význam tyto důsledky choroby:

- a) obtíže, které nemoc přináší (bolest, svědění, únava apod.);*
- b) léčebné a vyšetřovací výkony, které bolí nebo jsou jinak nepříjemné, a proto vyvolávají úzkost a strach;*
- c) odloučení od rodiny při hospitalizaci, vyvolávající strach ze ztráty citového zázemí a měnící navyklý životní styl*
- d) omezení nejrůznějšího druhu (omezení pohybu, dieta, izolace od kamarádů, nuda), která dítě nedovede rozumově zpracovat jako nezbytná a užitečná pro jeho budoucnost: z jeho pohledu působí pouze jako neúčelná frustrace.“ (Vágnerová, 1999, s. 74)*

Nemocné dítě potřebuje více podpory a citové jistoty, která bude kompenzovat nepříjemné prožitky a pocity. Vážná nemoc představuje pro dítě ohrožení, na které reaguje různými obranými mechanismy, jako například fixace na blízkou osobu nebo se dítě začne chovat, jako když bylo malé. Dítě má potřebu se chovat, hladit a podobně, protože právě fyzická přítomnost nejbližších lidí startuje potřebu bezpečí, které bylo ohroženo nemocí.

Pod vlivem onemocnění se mění i potřeba seberealizace. Pro malé dítě mohou být aktuálně důležitější jiné věci. Dítě získá roli nemocného, od něhož se neočekává plnění povinností a dosažení určitého výkonu. Hrozí riziko, že tento postoj bude přetrvávat i když se zdravotní stav zlepší. Pod vlivem nemoci se mění i sebe pojetí nemocného dítěte. Zhoršuje se sebehodnocení, projevuje se i v tom do jaké míry přijímá dítě roli nemocného a jak moc se s ní identifikuje. (Vágnerová 2004, 2008, s. 98-99)

Nemoc může ovlivnit sebe pojetí, například vzhledem k výkonu. Choroba znemožňuje pracovat dítěti na stejné úrovni, jako dítěti stejně nadanému, ale zdravému.

„Skupina 40 dětí ve věku 10 až 14,5 roku, které trpěly nějakou závažnější chorobou (např. astma, leukemie, onemocnění jater a ledvin apod.), posuzovala svoji vlastní školní úspěšnost (Matějček a Vágnerová, 1987). Děti, jež neměly příliš dobrý školní prospěch (průměr z českého jazyka 2,5 a z matematiky 2,3), se hodnotily lépe než průměrně, což jejich reálnému výkonu neodpovídalo. Určitou roli zde mohla sehrát jejich menší zkušenost, celková naivita, ale i určitá idealizace školy, která je symbolem normálního života.“ (Vágnerová, 2004, 2008, s. 98)

Rozumové zpracování choroby

„Schopnost posoudit nemoc rozumově, zejména z hlediska jejího významu pro svůj další život, výrazně závisí na vývojové úrovni dítěte.“ (Vágnerová, 1999, s. 75)

V předškolním věku je vše posuzováno dítětem tak, jak se dítěti subjektivně a aktuálně jeví a jak vyhovuje jeho potřebám. Dítě hodnotí svou nemoc nepřesně a iracionálně, protože v tomto věku nemůže pochopit podstatu nemoci. Velkou roli zde hrají rodiče a jejich chování během onemocnění).

Děti v tomto věku hledají viníka své nemoci a mnohdy si ji představují jako nějakou bytost nebo dávají vinu samy sobě, interpretují nemoc jako trest za nějaké provinění.

„Onemocnění samo může v představách dítěte nabývat konkrétní podobu ohrožujícího mechanismu, popř. je personifikováno (dítě si může představovat svoje onemocnění jako zlou bytost, která ho užívá).“ (Langmeier, 1989)

V myšlení školního dítěte se hodnocení vlastní nemoci se stává již realističtější, ale stále ji ovlivňují vlastní prožitky i projevy nemoci. Dítě postupně začíná vnímat

chorobu, jako způsob fungování vlastního organismu a v období pubescence se znovu mění způsob uvažování. Pubescent už je schopen pochopit podstatu onemocnění, příčiny i možné důsledky. Starší děti kritizují realitu a srovnávají ji s alternativami, jež by pro ně byly přijatelnější. Pubescent již chápe své ohrožení a to především pokud jde o profesní volbu nebo mezilidské vztahy. (Vágnerová, 1999, s.75)

3.2.2. Sociální postavení nemocných dětí

Sociální postavení nemocných dětí se odlišuje od sociálního postavení dospělých. V dětském věku je nemoc považována za něco výjimečného. Utrpení je nespravedlivé, dítě je ještě malé a nemohlo se ničím provinít, aby mohlo nemoc pochopit, jako pomyslný trest. Nemoc dítěte zákonitě vyvolává především soucit.

Zatímco nemoc dítěti zaručuje určitá privilegia, například ohledy, sympatii a trpělivost, naopak rodiče mohou být považováni za viníky, kteří nemoc způsobili, ale zároveň s rodiči ostatní lidé soucítí, protože si dovedou představit, v jak těžké situaci se nachází.

Role rodičů má také typické znaky. Společnost od nich očekává zvýšenou péči, kterou dítě potřebuje. Očekává se, že budou dělat vše proto, aby se jejich dítě uzdravilo. Onemocnění mění postavení dítěte jak v rodině, tak i ve škole či vrstevnické skupině.

Dítě sice není často nucené ani schopné plnit povinnosti jako zdravé děti, ale také nebývá svým okolím přijímané a posuzované.

Obvykle se změnilo chování k nemocnému dítěti, jakmile se dospělí či vrstevníci o chorobě dovědí. Zvýšená tolerance a odlišné hodnocení jsou pak toho příkladem. Sociální reakce jsou ovlivněny nejvíce viditelnými projevy – změny zevnějšku nebo změnou kompetencí, které ovlivňují soběstačnost nemocného dítěte. Nápadnost zevnějšku většinou bývá rozhodujícím faktorem, protože na jejím základě dochází k určení míry postižení. Negativní sociální dopad mívají například ekzém nebo jiné kožní choroby. Tito děti bývají svými vrstevníky odmítány, protože se jich štítí. Určitý odstup si od nich udržují i dospělí, přestože vědí, že onemocnění není infekční.

Omezení může mít i dítě, které není nijak nápadné, a jeho vrstevníci tudíž nechápou, proč mají omezení v určitých činnostech, jako například sport.

Onemocnění také může vést k omezení kompetencí, které jsou spojené s dosažením určitých mezníků. Do této kategorie spadá závislost na pomoci druhého a míra soběstačnosti. (Vágnerová,2004,2008, s.104-105)

V neposlední řadě se také u nemocného odlišuje způsob výuky a vzdělávání.

„Oslabené děti a mládež jsou v péči rodičů, navštěvují běžné školy, ale dochází na pravidelnou lékařskou kontrolu do specializovaných odborných poraden. Časté jsou také opakované návštěvy dětských ozdravoven, které přispívají ke zlepšení jejich zdravotního stavu. K důležité složce zdravotní péče u těchto dětí patří léčebná tělesná výchova, protože její průběh je přizpůsoben konkrétnímu typu onemocnění a jejím specifickým obtížím. Komplikovanější situace však probíhá u nemocných dětí. Při závažnějších onemocnění děti dlouhodobě pobývají v nemocnicích či dětských léčebnách.“(Vítková,1998, s. 78)

4. Možnosti a formy vzdělávání chronicky nemocných dětí

Jedním z problémů, které se musí řešit u chronicky nemocného dítěte je jeho vzdělávání. Vzdělávání žáků s chronickým onemocněním probíhá v souladu s RVP ZV a školským zákonem. Vzdělávání chronicky nemocných dětí probíhá formou individuální a skupinové integrace v běžných třídách ZŠ, ve školách pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, formou individuálního vzdělávání a ve školách při zdravotnických zařízeních.

Při vzdělávání nemocných dětí se musí vycházet z konkrétního zjištění jejich speciálních potřeb i možností a musí také splňovat určité podmínky, díky nimž proběhne úspěšná integrace žáků do běžných škol.

„V současné době se poněkud mění kulturně – historický model přístupu k lidem s postižením. Více se prosazují snahy o integraci lidí s postižením do společnosti, tedy i dětí do systému běžných škol. Dostatečná informovanost rodičů o různých možnostech zařazení dítěte do systému vzdělávání je podmínkou pro jejich kompletní rozhodování.“
(Říčan, Krejčířová, 1997, s.111)

Vzdělávání žáků s chronickým onemocněním klade vysoké nároky na učitele, rodiče i speciální pedagogy. Chronické onemocnění totiž postihuje žáka ve všech jeho osobnostních složkách a ovlivňuje nejen prožívání, ale i celkový psychický stav. Negativní vliv má tedy i ve výchovně – vzdělávacím procesu. Chronické onemocnění je spojeno s častou absencí žáka, poruchami učení, a emoční labilitou. Zdravotně znevýhodněný žák vyžaduje vytvoření optimálních podmínek vzdělávání, individuální a citlivý přístup. Odbornou pomoc a také podporu při vzdělávání a výchově žáků se speciálními vzdělávacími potřebami zajišťuje systém poradenských zařízení SPC,PPP a ve škole ji dále zabezpečuje speciálním pedagogem, výchovným poradcem či psychologem.

Speciální vzdělávání

Jako speciální vzdělávání označujeme vzdělávání dětí, se speciálními vzdělávacími potřebami. To jsou děti se zdravotním postižením: mentálním, tělesným, zrakovým,

sluchovým, s vadami řeči, autismem, souběžným postižením více vadami, vývojovými poruchami chování, děti se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním.

Podle zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, mají tito žáci právo na vzdělání podle jejich vzdělávacích potřeb a možností.

Speciální vzdělávání se poskytuje žákům na všech stupních vzdělávacího systému a u nichž byly tyto potřeby zjištěny školským poradenským zařízením. Pokud to vyžaduje zdravotní postižení, zřizují se pro děti se zdravotním postižením speciální školy, nebo jednotlivé třídy nebo skupiny v rámci školy s upravenými vzdělávacími programy. Pokud potřeby žáka a možnosti školy dovolí, doporučuje se integrace do běžného vzdělávacího systému. Upřednostňována je forma individuální integrace žáka například v běžné třídě běžné školy, před formou skupinové integrace (např. ve speciální třídě běžné školy), či před vzděláváním ve školách samostatně zřízených pro tyto žáky (ve speciální škole).

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření (§1 vyhlášky 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Jde především o využívání speciálních metod, postupů i prostředků vzdělávání. Jde také o poskytování individuální podpory v rámci výuky a o využívání pedagogicko–psychologických služeb. V případě potřeby žáka, je žádoucí zajistit jeho vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu a umožnit působení asistenta pedagoga ve třídě. (online)

Podmínky vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami byly ustanoveny na konferenci v Salamance v roce 1994, kde vlády 92 zemí a 25 mezinárodních organizací jednaly o inkluzivním vzdělávání jako novém konceptu vedoucím k integraci (Bartoňová, 2005,s.27).

4.1. Legislativa

Školský zákon

Vzdělávání každého státního občana České republiky je legislativně upraveno zákonem č. 472/2011 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném vzdělávání, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb. Tato novela nabyla účinnosti dnem 1. ledna 2012 a stanovuje základní podmínky, za kterých se vzdělávání a výchova uskutečňuje. Vymezuje zásady rovného přístupu ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace s ohledem na zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce.

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se považuje dle zákona 561/2004 § 16 osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

Zdravotním znevýhodněním se chápe zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Školský zákon zajišťuje žákům se zdravotním znevýhodněním právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem a vytvoření. Dále mají právo na vytvoření nezbytných podmínek pro vzdělávání, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.

V případě že se žák nemůže z důvodu svého zdravotního stavu po dobu delší než dva měsíce účastnit vyučování, je povinností ředitele stanovit takový způsob vzdělávání, který odpovídá jeho možnostem, nebo může povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Ten může ředitel povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami na žádost jeho zákonného zástupce na základě písemného doporučení školského poradenského zařízení (MŠMT – zákon č. 561/2004 [online]).

Vyhlášky Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy České republiky

Vzdělávání žáků s chronickým onemocněním je zakotvena ve vyhlášce č. 147/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, účinná dnem 1. 9. 2011.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů s chronickým onemocněním se uskutečňuje pomocí vyrovnávacích opatření, kterými se rozumí *využívání pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků, poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga. Škola tato opatření poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, průběhu a výsledků jeho vzdělávání, popřípadě ve spolupráci se školským poradenským zařízením*“ (MŠMT-vyhláška č. 147/2011 Sb. [online]).

4.1.1. Poradenský systém

Poradenský systém v České republice je legislativně zakotven ve školském zákoně a vyhlášce č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních. Novelizace vyhlášky spočívá v doplnění povinnosti poradenských pracovníků ve školství informovat zákonné zástupce (rodiče či zletilého žáka) o všech základních náležitostech poskytované poradenské služby (rozsah, délka trvání, cíle, postupy, apod.), o prospěchu a veškerých výhodách spjatých s poskytnutím poradenské služby a zároveň o možném dopadu na žáka, v případě nevyužití této podpory

Systém poradenských zařízení představuje oporu a podporu při výchově a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Tato podpora je určena nejen dětem, které jsou nějakým způsobem zdravotně postiženi či zdravotně znevýhodněni, ale i jejich zákonným zástupcům, pedagogickým pracovníkům, školám a 31 školským zařízením. Poradenské služby jsou považovány za základní a primární podmínku úspěšné školské a společenské integrace, která odpovídá rozsáhlé školské reformě.

V běžných základních školách je podpora zabezpečována většinou výchovným poradcem a školním metodikem prevence, kteří spolupracují s třídními učiteli a s dalšími pedagogickými pracovníky školy. Poskytování poradenských služeb ve škole může být zajišťováno i školním psychologem a školním speciálním pedagogem, a to nejčastěji z důvodu snížení rizika vzniku výchovných, výukových problémů nebo jiných negativních jevů. (MŠMT-vyhláška č. 72/2005 Sb. [online]).

4.2. Vzdělávání dětí ve školách při zdravotnickém zařízení

Žáci se zdravotním oslabením nebo žáci dlouhodobě nemocní se mohou vzdělávat, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí, ve školách při zdravotnických zařízeních (mateřské i základní). Do škol jsou žáci zařazováni na základě lékařského doporučení a souhlasu zákonných zástupců žáka.

Edukace žáků ve školách při zdravotnických zařízeních může být poměrně komplikovaná. Učitel se musí vyrovnávat s řadou různorodých problémů, spojených například s opakovanou hospitalizací žáka, domácím léčením a jeho návratem do běžné školy. Důležitá je kontinuita vzdělávacího procesu a komunikace mezi učitelem ze školy při nemocnici a třídním učitelem kmenové školy.

Vyučování ve škole při nemocnici či zdravotnickém zařízení probíhá s ohledem na zdravotní stav žáka, učební plány a osnovy běžné základní školy. Ve škole se vyučuje dle rozsahu výuky dané lékařem jeden hlavní vyučovací předmět denně. Výuka probíhá obvykle formou samostatné práce žáka s přihlédnutím na aktuální stav i možnosti žáka.

„Cílem pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení je jeho léčení a uzdravení. Tomuto cíli se podřizuje výchova a vzdělávání. Léčebné zákroky nelze tedy chápat jako narušování výchovně-vzdělávací práce s dítětem“ (Zámečnicková, D. 2007).

5. Metodika a cíle práce

Bakalářská práce je zaměřena na zmapování možností a způsobů vzdělávání dětí při dlouhodobém pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Cílem této práce je prověřit formy a možnosti vzdělávání dětí, které jsou na delší dobu vytrženy ze své kmenové školy, jsou dlouhodobě handicapovány svou nemocí, v dané chvíli mimo dosah své rodiny a kamarádů, v novém denním režimu, který je přizpůsoben léčbě a pobytu ve větším kolektivu obdobně nemocných dětí.

Základním úkolem této práce je stanovit, jak ovlivňuje pobyt ve zdravotnickém zařízení rozvoj dítěte v oblasti vzdělávání, a to ve dvou neoddělitelných rovinách. Jednak budu zkoumat adaptaci dětí na dlouhodobý pobyt v jiném prostředí a odlišnosti ve způsobu vzdělávání oproti školám v běžném režimu, na druhé straně se pokusím v této práci zjistit vliv specifické školní výuky v lázeňském zařízení na opětné začlenění nemocných dětí do vzdělávacího procesu na kmenové škole. Vzhledem k tomu, že se jedná o děti postižené nemocí, nelze opominout otázku, jak se zdravotnické zařízení přizpůsobuje individuálním vzdělávacím i osobnostním potřebám těchto dětí, a v jaké míře respektuje zařízení zdravotní stav dětí směrem k organizaci, režimu a přístupu svých zaměstnanců.

Analýza procesu vzdělávání ve zdravotnickém zařízení, jeho forem a možností, začlenění nemocných dětí do tohoto procesu a další vlivy na osobnost dítěte, byla prováděna v Léčebných lázních Lázně Kynžvart.

Lázně Kynžvart byly pro účely této práce vybrány z toho důvodu, že se jako jediné lázně v České republice úzce specializují na léčbu dětských pacientů. V současné době je u nás celkem 13 lázeňských zdravotnických zařízení, která v různých indikacích a v různém rozsahu léčí dětské pacienty, avšak jediné Lázně Kynžvart mají léčbu dětí jako svou specializaci a až do 1. 1. 2013 se zde léčily výhradně děti

Vzhledem k orientaci Lázní Kynžvart na dětské pacienty a tedy k velkému počtu dětí, které se zde každoročně odléčí, je možno čerpat z dostatečného množství údajů a dat k provedení komparativní analýzy, dotazování a následné syntézy dat.

Pro účely této bakalářské práce byly shromážděny potřebné informace nutné pro řešení cíle práce. Bylo využito poznatků získaných studiem odborné literatury a informací získaných konzultacemi, studiem příslušných norem, vyhlášek a nařízení.

V bakalářské práci byla provedena základní charakteristika Léčebných lázní Lázně Kynžvart a Základní školy při Léčebných lázních Lázně Kynžvart, dále byla provedena analýza procesu vzdělávání a jeho odlišností od běžných vzdělávacích postupů, analýza začleňování dětí do učebního procesu a jejich vztah k této výuce, analýza začlenění žáků po návratu z dlouhodobého léčení zpět do výuky, analýza individuálních přístupů zaměstnanců lázní i školy k nemocným dětem a přístupů dětí k odlišnému způsobu výuky ve zdravotnickém zařízení.

Jako jedna ze základních metod zjišťování byla použita dotazníková metoda s použitím dotazníku vlastní konstrukce, který byl stylizován tak, aby poskytl odpovědi na otázky ve sledovaných oblastech. Byly osloveny kmenové školy dětských pacientů s cílem získat ucelenou představu o opětovném zapojení žáků do učebního procesu po absolvování dlouhodobé lázeňské léčby po stránce zvládnutí učiva i případných změn chování. Druhá část dotazníků byla určena rodičům dětských pacientů s cílem zjistit reakce dětí na změnu prostředí a způsob výuky a také na spokojenost s formou vyučování a přístupem k žákům. Třetí dotazníková akce byla směřována přímo na dětské pacienty. Otázky byly koncipovány tak, aby byly snadno pochopitelné i dětmi mladšího školního věku. Cílem bylo zjistit adaptaci dětí na školu při zdravotnickém zařízení, zjistit, jak děti přijímají způsob výuky a jak je výuka dětmi přijímána i z hlediska probíhajícího léčebného procesu a v návaznosti na kmenovou školu.

Výstupem je shrnutí způsobů a výsledků výuky ve zdravotnickém zařízení a vliv dlouhodobého pobytu ve zdravotnickém zařízení na další vzdělávání nemocných dětí.

Doporučení vyplývající z této bakalářské práce je založeno na vlastním výzkumu daného problému, na konzultacích s odborníky z dané oblasti a zároveň i na vlastních zkušenostech z pobytu v lázeňském zařízení jako nezávislý pozorovatel.

Základní otázky, na které hledá tato práce odpověď:

- 1) Jaká jsou specifika výuky ve škole při zdravotnickém zařízení;
- 2) Opětovné zapojení žáků do učebního procesu v kmenové škole po absolvování léčby;
- 3) Adaptace dětí na školu při zdravotnickém zařízení a zvládnutí učiva společně s léčbou.

6. Charakteristika výzkumného prostředí

Jako typický představitel zdravotnického zařízení s dlouhodobým pobytem dětí byly vybrány Léčebné lázně Lázně Kynžvart.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována dětským pacientům na základě zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost, v platném znění.

Tato zdravotnická péče je poskytovaná jako nezbytná součást léčebného procesu, jejíž poskytnutí doporučil ošetřující lékař a potvrdil revizní lékař, navazuje na lůžkovou péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti nebo na minimalizaci rozsahu invalidity. U dětí do 6ti let věku je možný, nikoli však nutný doprovod dospělé osoby, u dětí školního věku je průvodce možný pouze ze závažných zdravotních důvodů na základě souhlasu příslušné zdravotní pojišťovny. Děti školního věku jsou tedy v naprosté většině ve zdravotnickém zařízení bez doprovodu rodiče.

Až do r. 2013 byla lázeňská léčebně rehabilitační péče dětem poskytována v trvání od 4 do 8 týdnů, a to dle rozhodnutí vedoucího lékaře lázní na základě individuálních potřeb dítěte. Od 1. 10. 2012 vstoupil v platnost nový zákonný předpis – Indikační seznam, který upravil délku léčby u všech indikací a u všech věkových kategorií dětí i dorostu na 4 týdny s možností prodloužení pouze v odůvodněných a pojišťovnou individuálně posuzovaných a schválených případech. Z tohoto důvodu se pobyt v tomto zdravotním zařízení zkrátil z původní průměrné doby 37 dnů na dnů 28.

6.1. Léčebné lázně Lázně Kynžvart, p.o.

Léčebné lázně Lázně Kynžvart jsou státní příspěvkovou organizací, jejím zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Přírodní léčebné lázně v Lázních Kynžvartu jsou určeny pro děti od 1,5 roku do ukončení základní docházky a dále také pro dorost do 19 let. Od roku 2013 se zde léčí i

dospělí pacienti, často ve formě lázní rodinných, kdy jsou pacienti společně děti i rodiče či prarodiče.

Léčí se zde netuberkulózní nemoci dýchacích cest a nemoci kožní, a to především díky ojedinělým klimatickým podmínkám. Lázně se dále specializují na léčbu obezity a nemoci trávicího ústrojí, léčbu lehkých duševních nemocí, jako jsou deprese, úzkostné stavy u dětí a dorostu a jako jediné lázně jsou indikovány pro léčení nemocí močového ústrojí a ledvin dětí.

Účinnost léčby dle lékařů spočívá v tom, že se působením léčivých zdrojů a dalších léčebných postupů dosáhne tzv. „přeladění“ organismu dítěte a tím dojde ke zvýšení obranyschopnosti a zlepšení celkového zdravotního stavu.

Tabulka 1: Indikace léčené v Léčebných lázních Lázně Kynžvart

<ul style="list-style-type: none"> • nespecifická onemocnění dýchacího ústrojí v celé šíři od recidivujících zánětů průdušek až po asthma bronchiale a recidivující bronchopneumonie, včetně všech alergóz,
<ul style="list-style-type: none"> • onemocnění kožní,
<ul style="list-style-type: none"> • nemoci ledvin a močových cest,
<ul style="list-style-type: none"> • nemoci trávicího ústrojí,
<ul style="list-style-type: none"> • lehké duševní poruchy – (deprese úzkosti) neurotické a nepsychotické poruchy a psychózy ve stadiu remise,
<ul style="list-style-type: none"> • obezita.

Vzhledem k tomu, že Lázně Kynžvart jsou specialistou na dětské pacienty a v některých indikacích dokonce jediní poskytovatelé lázeňské léčebně rehabilitační péče dětem, jsou nejvýznamnějšími léčebnými lázněmi i co do počtu odláčených dětí.

Tabulka 2: Stav počtu pacientů v Léčebných lázních Lázně Kynžvart

	r. 2011	r. 2012	r. 2013
Počet přijatých pacientů	1858	1646	1646

Zdroj: Interní materiály Léčebných lázní Lázně Kynžvart

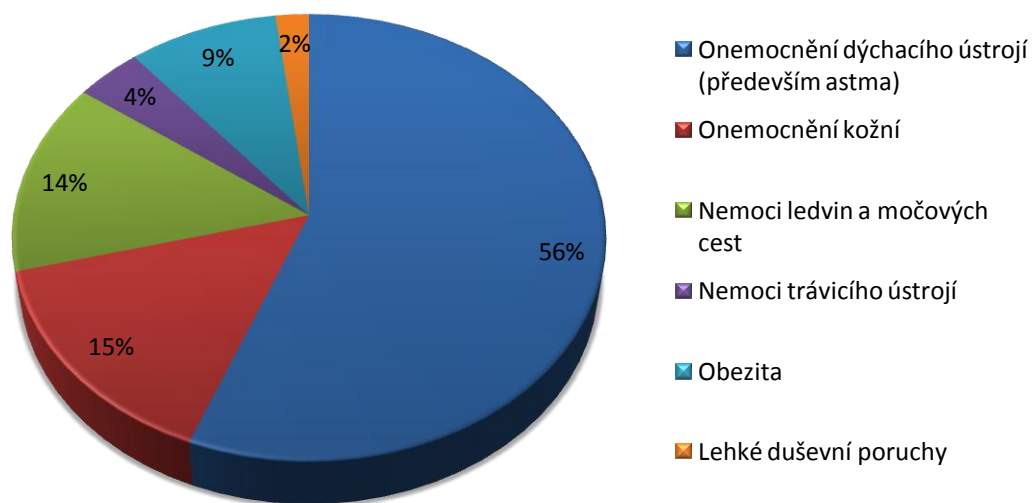
Léčba probíhá turnusově tak, že v každém turnusu jsou léčeny děti rozdílného věku ve všech výše uvedených indikačních skupinách. Nedochozí tedy k izolaci dětí se stejnou nemocí, děti vnímají, že jejich vrstevníci i děti jiného věku mohou mít a mají rozdílné zdravotní problémy různým způsobem ovlivňující kvalitu jejich života. Zároveň je snaha ubytovávat děti se shodnou indikací, aby se děti navzájem mohly psychicky podpořit a motivovat k léčbě. Děti jsou ubytovány na 6ti léčebných domech v areálu Léčebných lázní Lázně Kynžvart.

Tabulka 3: Poměr jednotlivých léčebných indikací u dětí v Lázních Kynžvart

Indikace	Poměr ke všem léčeným indikacím v %
Onemocnění dýchacího ústrojí (především astma)	56 %
Onemocnění kožní	15%
Nemoci ledvin a močových cest	14%
Nemoci trávicího ústrojí	4 %
Obezita	9 %
Lehké duševní poruchy	2 %

Zdroj: Interní materiály Léčebných lázní Lázně Kynžvart

Graf 1: Poměr léčených indikací u dětí v Léčebných lázních Lázně Kynžvart



Po celou dobu pobytu je dětem umístěným ve zdravotnickém zařízení poskytováno základní vzdělání ve smyslu zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, zejména s odkazem na § 16 tohoto zákona a ve smyslu § 4 vyhlášky č. 73/2005 Sb.

Školní výuku zajišťuje Základní škola a mateřská škola při Léčebných lázních Lázně Kynžvart. Základní škola a mateřská škola při Léčebných lázních Lázně Kynžvart je příspěvkovou organizací, jejím zřizovatelem je Karlovarský kraj.

7. Proces vzdělávání ve zdravotnickém zařízení, jeho formy, možnosti a hodnocení

Základní škola při Léčebných lázních Lázně Kynžvart zabezpečuje povinnou školní docházku žáků se zdravotním znevýhodněním, provoz školy je koordinován s provozem léčebného zařízení tak, aby nebyl narušen léčebný proces a byl splněn požadavek školního vzdělávání.

Ve školním roce 2012/2013 se vyučovalo podle vzdělávacího programu 79-01-C/01, škola má zpracovaný ŠVP ZV „Cesta za zdravím“. Tento ŠVP byl k 1. 9. 2013 aktualizován dle RVP.

Školní výuka žáků mladšího školního věku probíhá v samostatném objektu, který škola pronajímá od Léčebných lázní, výuka žáků staršího školního v podkrovních prostorách léčebného domu Záboj, také v pronájmu Léčebných lázní. Zde jsou umístěny i odborné učebny. Kapacita školy je 164 žáků.

Personálně je škola zajištěna šesti odbornými pedagogickými pracovníky, průměrný věk pedagogů je 48 let.

Tabulka 4: Personální zabezpečení Základní školy při Léčebných lázních Lázně Kynžvart

Odborná kvalifikace	Počet pedagogů
VŠ kvalifikace se speciální pedagogikou	2
Kvalifikace pro jiný typ školy (speciální pedagogické minimum)	1
SPgŠ se speciální pedagogikou v rámci celoživotního vzdělávání	3

Zdroj: Interní materiály Základní školy Léčebných lázní Lázně Kynžvart

7.1. Zařazování žáků do výuky a režim výuky

Do Lázní Kynžvartu přijíždějí děti z celé České republiky a školu zde navštěvují všichni žáci, kterých se týká povinná školní docházka. Dětský pacient léčebných lázní se stává žákem základní školy v den příjezdu, kdy je také zapsán do evidence školy. Zařazení do evidence předchází souhlas ošetřujícího lékaře lázní a také souhlas rodiče žáka nebo zákonného zástupce.

Do školy při zdravotnickém zařízení jsou děti a žáci zařazováni na základě vyhlášky č. 73/2005 Sb. a to na dobu určitou a pobyt konkrétních žáků je zde pouze dočasný. Škola plně respektuje léčebný režim dětí a žáků během pobytu.

Při pobytu žáka v lázních vede škola u každého jednotlivce osobní dokumentaci žáka tzv. portfolio, kam patří dotazník vyplněný kmenovou školou. Učitelé z kmenové školy zde vyplní předmět, aktuální hodnocení, učebnice, ze kterých pracují vč. nakladatelství, poslední probrané učivo a především plán učiva na dobu pobytu v lázních. Pro lázeňskou školu jsou tyto údaje klíčové a velmi důležité proto, aby bylo možno se žákem okamžitě pracovat. Pokud se stane, že kmenová škola neodešle potřebné informace – dotazník – včas, může být prodleva učení pro žáka stresující.

Portfolio žáka musí obsahovat také informovaný souhlas rodičů s dočasným zařazením žáka do školy při zdravotnickém zařízení.

Vysílající škola i rodiče dítěte informují, opět prostřednictvím dotazníku, o speciálních potřebách dítěte.

Děti si musí s sebou přivést všechny potřebné učebnice, sešity a pracovní sešity. V případě, že vyučující kmenové školy odmítne dát dítěti sešity s sebou, musí rodiče vybavit dítě před nástupem do lázní náhradními sešity.

Základní škola v Lázních Kynžvart vede u každého žáka „Záznam o průběhu vzdělávání“, která v určité míře nahrazuje třídní knihu, protože u každého žáka je jiné učivo, jiné kapitoly, jiná témata. Zde se zapisuje i nepřítomnost žáků z důvodu pravidelných lékařských prohlídek či nemoci, protože časová dotace hodin ve škole při zdravotnickém zařízení je velice nízká a v případě absence žáka nelze předepsané učivo v klidu a řádně probrat, natož procvičit.

Na závěr pobytu vyplňuje Základní škola při lázních Kynžvart „Zpětnou zprávu“, kde informuje učitele kmenových škol, co bylo či nebylo splněno ze zaslání školního vzdělávacího plánu. Hodnocení je zpracováno pouze za dobu pobytu dítěte v Léčebných lázních Lázně Kynžvart, v případě potřeby je hodnocení podrobnější formou poznámek.

Vzory dokumentů Dotazník pro vysílající školu, Záznam o průběhu vzdělávání a Zpětná zpráva jsou uvedeny na obr. 1. – 3.

7.2. Průběh, forma a způsob vedení výuky

Vyučování jsou žáci ve třídách složených ze dvou (někdy i více) postupných ročníků, z různých míst naší republiky a s odlišným časovým rozsahem probraného učiva a hlavně odlišnými školními vzdělávacími plány.

Žáci se učí podle individuálních plánů a školních vzdělávacích plánů své kmenové školy, učitelé školy při Léčebných lázních požadavky jednotlivých škol respektují. Tím se předchází psychické deprivaci žáků, kteří někdy těžce nesou změny prostředí, vyučujících, spolužáků a odtržení od rodiny a zázemí. S rodiči i učiteli škola komunikuje během pobytu jejich dětí telefonem, maily i osobně. Základem výchovně vzdělávací práce je, aby žáci při zdejším léčebném pobytu neztratili kontakt se svou kmenovou školou. Také návštěvy rodičů v lázních nejsou omezeny a mohou být prakticky kdykoliv tak, aby nebyl narušen léčebný proces.

Žáci mají přístup k internetu a mohou být se svou kmenovou školou v každodenním spojení. V Léčebných lázních Lázně Kynžvart se klade velmi silný důraz na emocionální pohodu dětí a vychází zde ze zkušenosti, jak velmi prospěšné pro dítě je, když s ním kmenová škola prostřednictvím e-mailů, rodičů, kamarádů, dopisem či telefonem udržuje kontakt.

Žáci jsou vyučováni podle vzdělávacích programů svých kmenových škol (ŠVP – školní vzdělávací program). Školní vzdělávací program Základní školy při Léčebných lázních Lázně Kynžvart se jmenuje „CESTA ZA ZDRAVÍM“. Cílem je, aby žák nezameškal zadané učivo v hlavních předmětech, které souběžně probírají jeho spolužáci v kmenové škole s ohledem na probíhající léčbu a režim zdravotnického zařízení.

Obsah a průběh výuky je přizpůsoben zdravotnímu stavu žáků a má velmi individuální charakter. Učitelé zohledňují adaptační problémy a snaží se zajistit návaznost učiva při přechodu žáka z kmenové školy. Žáci jsou vyučováni individuálně a ve sníženém počtu vyučovacích hodin denně.

Ve škole se vyučují žáci 1. – 9. ročníku, studenti středních škol mají možnost konzultací všeobecných předmětů. Výuka v 1. – 9. ročníku bývá obvykle 10 – 12 hodin týdně. V rozvrhu jsou zařazeny všechny předměty kromě výchov (hudební, pracovní, tělesné, literární).

Výuka probíhá v blocích:

- 1. blok 8,00 – 9,35 hodin,
- 2. blok 10,00 – 11,45 hodin.

Vyučované předměty:

1. Stupeň ZŠ

- Matematika,
- Český jazyk /psaní, čtení/,
- Prvouka,
- Vlastivěda,
- Přírodověda,
- Cizí jazyk – Aj, Nj /netýká se zájmových kroužků/.

2. stupeň ZŠ

- Matematika,
- Český jazyk,
- Přírodopis,
- Dějepis,
- Zeměpis,
- Fyzika,
- Chemie,
- Cizí jazyk – Aj, Nj.

Tabulka 4: Týdenní hodinové dotace ve vyučovaných předmětech

Ročník	Vyučovací předmět	Týdenní hodinové dotace
1. – 3.	Český jazyk	5 až 6
	Matematika	3
	Prvouka	1 až 2
	Cizí jazyk	1 až 2
4. – 5.	Český jazyk	3
	Matematika	3
	Vlastivěda	2
	Přírodověda	1
	Cizí jazyk	2
6. – 9.	Český jazyk	3
	Matematika	3
	Cizí jazyk	2
	Přírodopis	1
	Fyzika	
	Dějepis	
Zeměpis		
Chemie		

Při výuce jsou využívány moderní vyučovací metody i nové technické školní pomůcky. Škola disponuje velmi dobře vybavenými specializovanými učebnami – jazykovou učebnou, počítačovou učebnou, při výuce děti pracují s interaktivní tabulí.

Cílem této lázeňské školy je především, aby žák nezameškal zadané učivo v hlavních předmětech, které souběžně probírají jeho spolužáci v kmenové škole.

7.3. Hodnocení výuky ve zdravotnickém zařízení – vliv na další vzdělávání

K zjištění vlivu a dopadu specifické školní výuky v lázeňském zařízení na opětné začlenění nemocných dětí do vzdělávacího procesu na kmenové škole byla použita dotazníková metoda. Základní škola v Lázních Kynžvart sama dlouhodobě usiluje o zpětnou vazbu své výuky na další vzdělávací proces žáků, proto pravidelně zasílá na kmenovou školu spolu se Zpětnou zprávou i žádost o hodnocení výuky ve zdravotnickém zařízení a o začlenění dítěte zpět do vzdělávacího procesu kmenové školy. Učitelé kmenových škol však většinou nereagují. Při sestavování dotazníku tedy bylo nutné vycházet ze zkušeností lázeňské školy, pro výzkum tak byl použit velmi jednoduchý a stručný dotazník o třech základních otázkách, který nebyl pro kmenové školy příliš zatěžující, a některé z vysílajících škol byly v tomto případě ochotny se do výzkumu zapojit.

Kmenové školy byly osloveny v naprosté většině prostřednictvím e-mailu s žádostí o odpověď na tři uzavřené otázky, a to:

- zda se změnil či nezměnil prospěch žáka,
- zda se změnilo či nezměnilo chování žáka,
- zda zapojení do výuky proběhlo bez problémů či s potížemi.

Zároveň bylo požádáno o podrobnější informaci v případě, že došlo u žáka ke změně.

Dotazník pro učitele kmenových škol je uveden v příloze č. 1.

Na kmenové školy bylo odesláno 225 dotazníků s žádostí o zhodnocení výuky žáků v Základní škole při Léčebných lázních Lázně Kynžvart, z toho 111 dotazníků se týkalo

žáků 1. Stupně ZŠ, 114 žáků 2. Stupně ZŠ. Vráceno bylo 79 dotazníků, z toho 40 z 1. stupně ZŠ, 39 z 2. stupně ZŠ.

Tabulka 5: Návratnost odeslaných dotazníků

	Počet odeslaných dotazníků	Počet vrácených dotazníků	Návratnost v %
1. Stupeň ZŠ	114	42	34,21 %
2. stupeň ZŠ	111	40	36,03 %
Celkem	225	82	35,11 %

Tabulka 6: Počty obdržených hodnocení dle školních ročníků

Ročník	Vráceno dotazníků	Poměr vůči obdrženým odpovědím v %
1. tř. ZŠ	8	9,76
2. tř. ZŠ	9	10,97
2. tř. Speciální	1	1,22
3. tř. ZŠ	6	7,32
4. tř. ZŠ	6	7,32
5. tř. ZŠ	7	8,53
6. tř. ZŠ	17	20,74
7. tř. ZŠ	9	10,97
7. tř. Praktická škola	1	1,22
8. tř. ZŠ	3	3,66
8. tř. Praktická škola	3	3,66
9. tř. ZŠ	6	7,32
Prima - Gymnázium	1	1,22
Neznámý ročník	5	6,09

U pěti žáků nebyl navrácen odeslaný dotazník, ale učitel na otázky odpověděl slovně, aniž byla uvedena třída žáka.

7.3.1. Vyhodnocení dotazníků – vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy

Na základě porovnání uvedených v tabulce č. 5 lze konstatovat, že školy nejeví příliš velký zájem o zpětnou vazbu se školou při zdravotnickém zařízení, přestože velká většina žáků toto zařízení musí díky svému zdravotnímu stavu navštěvovat opakovaně, obvykle po 12 měsících a spolupráce obou škol by tedy byla velmi vhodná.

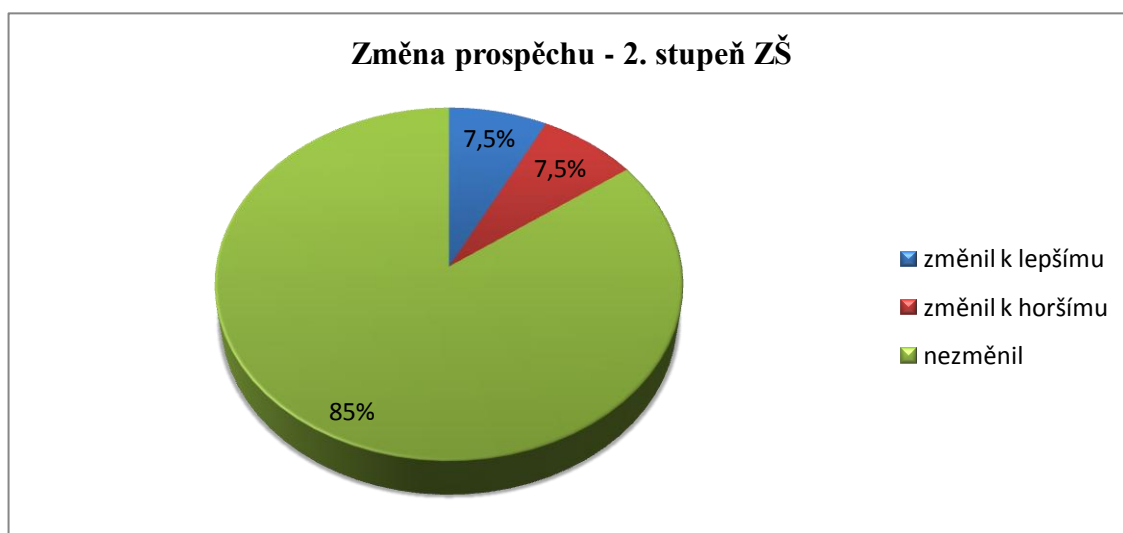
Z tabulky č. 6 vyplývá, že následující hodnocení jsou srovnatelná pro všechny ročníky 1. stupně ZŠ, kde je procentuální zastoupení hodnocení u jednotlivých tříd vyrovnanější, nežli je tomu u 2. stupně. Na vyšším stupni ZŠ je při vyhodnocování nejvíce zastoupen 6. ročník ZŠ, a to 20,7 % ze všech ostatních ročníků.

Tabulka 7: Výsledky hodnocení výuky kmenovou školou žáka

		1. stupeň	2. stupeň	celkem
Prospěch se:	změnil	4	6	10
	z toho k lepšímu	2	3	5
	nezměnil	37	34	71
Chování se:	změnilo	4	10	14
	z toho k lepšímu	3	6	9
	nezměnilo	37	30	67
Zapojení do výuky	bez problémů	39	34	73
	s potížemi	2	6	8

V každé otázce bylo jedenkrát neodpovězeno.

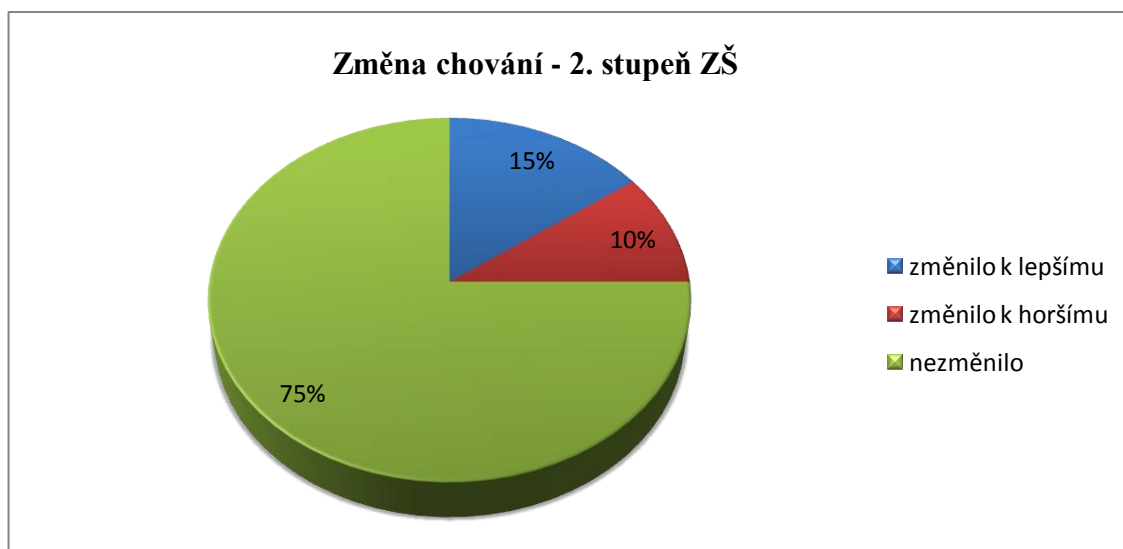
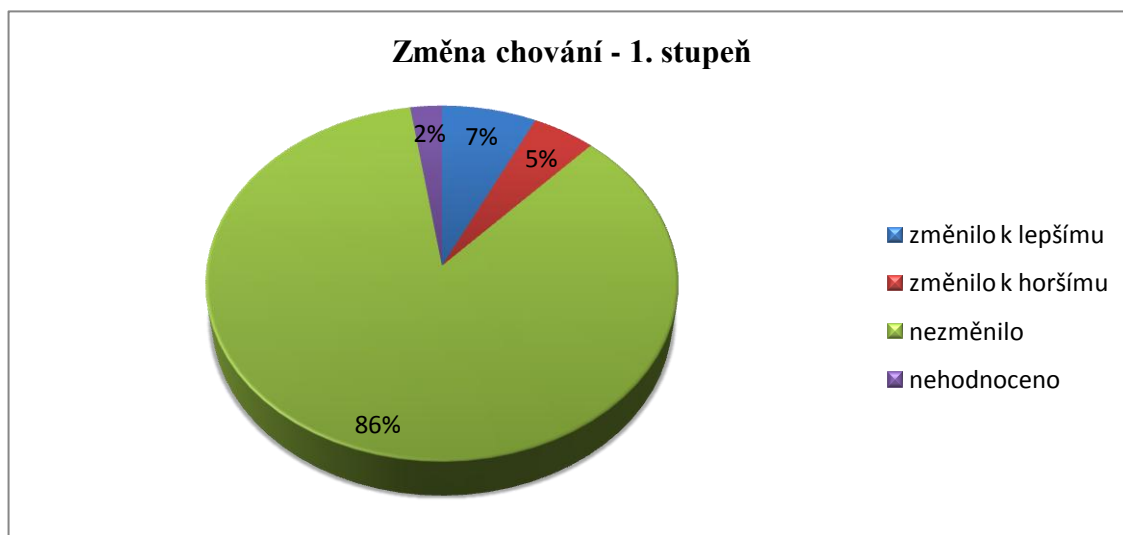
Graf 2 a 3: Vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy – grafické zpracování – změna prospěchu



Učitelé z kmenových škol v 86,5 % neshledali žádné změny na prospěchu žáků po návratu z pobytu ve zdravotnickém zařízení. Zcela minimální změny pak byly zaznamenány u dětí 1. stupně ZŠ s tím, že tři ze čtyř změn byly hodnoceny kladně. Ve slovním doplnění učitelé u menších dětí dvakrát zmiňovali větší samostatnost, dvakrát zlepšení rukopisu, jedenkrát zhoršení v matematice, nebyly však zaznamenány žádné výrazné propady v prospěchu.

U větších dětí jsou změny označeny třikrát jako zhoršení prospěchu bez bližšího vysvětlení. Ve třech případech byla změna, opět bez dalších podrobností, označena jako příznivá. Pouze v jednom případě byl postoj třídního učitele z kmenové školy vůči lázeňské škole z hlediska prospěchu žáka zcela negativní.

Graf 4 a 5: Vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy – grafické zpracování – změna chování

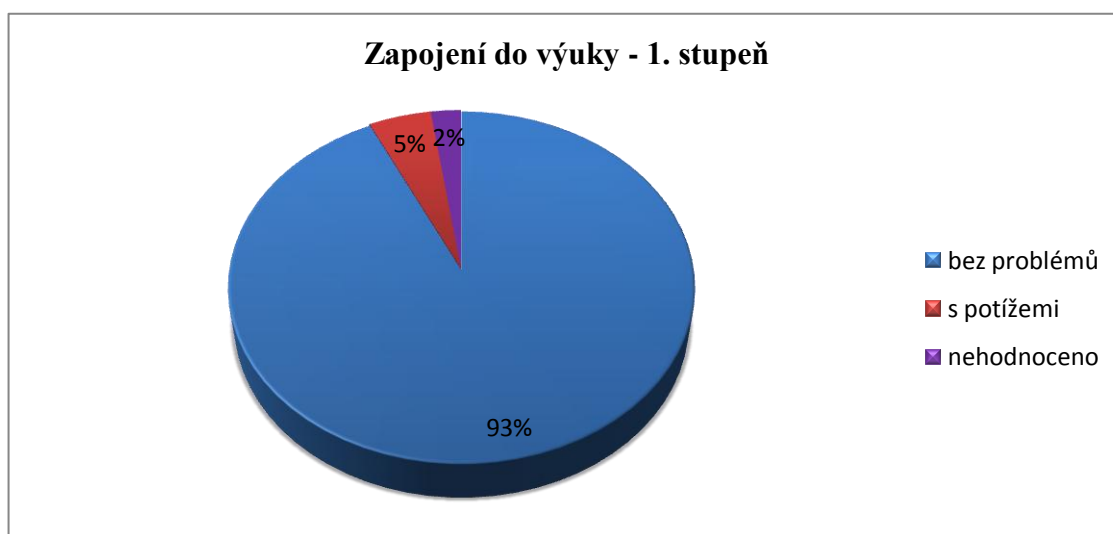


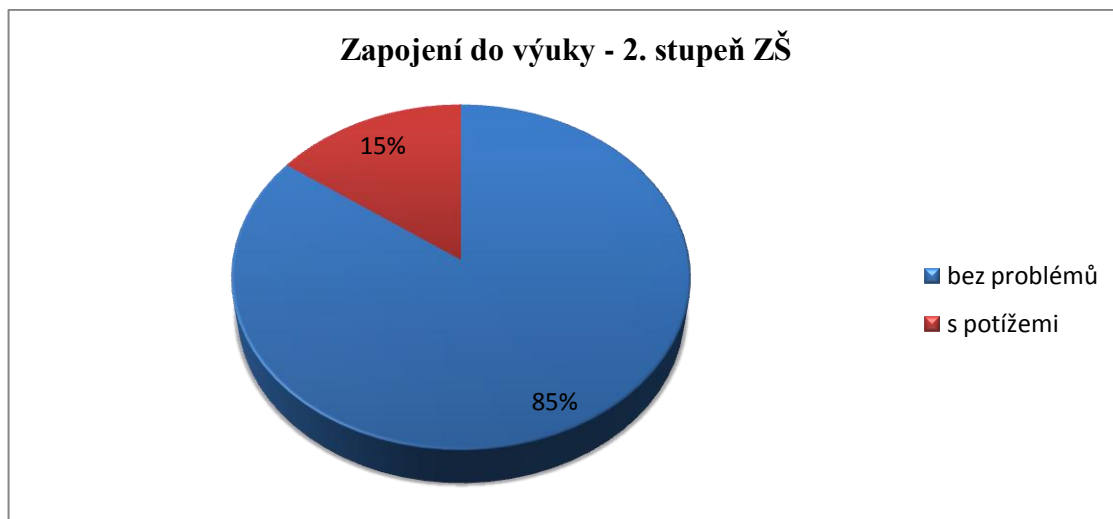
Z dotazníků vyplývá, že u mladších dětí měl pobyt v lázeňském zařízení příznivý vliv na jejich chování. Přesto, že pouze ve čtyřech případech byla uvedena změna chování, byly vrácené dotazníky poměrně často doplněny o slovní hodnocení učitelů. V jediném případě, kdy bylo chování hodnoceno jako zhoršené, uvedl učitel, že je dítě

po návratu do kmenové třídy divočejší. V ostatních případech, kdy bylo provedeno širší zhodnocení změny chování, je učiteli uváděno zlepšení ve smyslu zklidnění dítěte, opakuje se zjištění, že dítě je veselejší, odpočínuté, zapojuje se do učení s větší chutí a energií. Ve dvou případech bylo také kladně hodnoceno zlepšení učebních návyků. Jako negativní lze vnímat informaci, že jedno z dětí se během pobytu v lázeňské škole odnaučilo hlásit a překřikuje ostatní spolužáky.

U žáků 2. stupně ZŠ uvedli učitelé změnu v chování v deseti případech, u čtyř z nich lze z dotazníku vyčíst, že je chování po návratu do kmenové školy učiteli chápáno jako zhoršené, a to bez bližší specifikace. Naopak v šesti případech uvádí učitelé pozitivní změnu chování s tím, že je dítě po návratu odpočínuté, dobře naladěné, chování se změnilo k lepšímu, dítě je klidnější a lépe se soustředí.

Graf 6 a 7: Vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy – grafické zpracování – zapojení do výuky





Dle dotazníkového šetření nemá 89 % dětí po návratu z absolvované léčby žádné problémy s opětovným zapojením do výuky ve své kmenové škole.

U dětí 1. stupně byly obtíže zaznamenány pouze ve dvou případech, starší děti pak dle sdělení svých učitelů měly problém s opětovným zapojením ve své kmenové škole v šesti případech, ve dvou případech s vysvětlením, že trvalo asi týden, než se děti přizpůsobily tempu učiva ve své škole.

7.3.2. Shrnutí vyhodnocení dotazníků – vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy

Na základě zjištěných skutečností je možno konstatovat, že u naprosté většiny žáků po návratu z dlouhodobého pobytu ve zdravotnickém zařízení Léčebné lázně Lázně Kynžvart do své kmenové školy nedošlo ke změně prospěchu, nebyly zaznamenány změny chování a zapojení do výuky na své školy zvládaly děti bez potíží. Problémy byly ve všech sledovaných oblastech shledány v průměru pouze u 7,3 % dětí, naopak u 6,9 % dětí bylo slovně hodnoceno zlepšení v některé ze sledovaných oblastí.

8. Adaptace dětí na dlouhodobý pobyt v jiném prostředí z hlediska školního vzdělávání

K zjištění míry spokojenosti s vedením výuky v Základní škole při Léčebných Lázních Lázně Kynžvart a adaptace dětí na vyučovací proces byla použita dotazníková metoda. Výzkum byl prováděn ve dvou rovinách, a to z pohledu rodičů léčených dětí i z pohledu dětí samotných. Použita byla dotazníková metoda formou uzavřených otázek, v obou případech s možností vlastního dalšího komentáře a hodnocení.

8.1. Hodnocení výuky ve zdravotnickém zařízení – adaptace dětí na výuku z pohledu rodičů

Osloveni byli rodiče, kteří doprovázeli své děti po celou dobu pobytu v léčebných lázních Lázně Kynžvart. Protože děti školního věku už nemají ze zákona obecný nárok na doprovod dítěte do zdravotnického zařízení, je jejich přítomnost schvalována revizním lékařem zdravotní pojišťovny a musí být odůvodněná. Většinou je důvodem zhoršený zdravotní stav dítěte, při kterém je doprovod dospělé osoby nezbytný. Druhou část dětí školního věku s doprovodem představují děti, jejichž mladší sourozenec má indikovaný doprovod dospělé osoby. V tomto případě se jedná většinou o žáky mladšího školního věku. Získané odpovědi proto nepostihují ve srovnatelném početním zastoupení názory rodičů dětí 2. stupně ZŠ, v 90 % odpovídali rodiče dětí 1. stupně ZŠ.

Rodiče léčených dětí byli osloveni přímo s osobním předáním dotazníku, bylo vydáno 80 dotazníků, zpět bylo navraceno 66 vyplněných formulářů. Návratnost tedy představuje 82,5 %, což svědčí o velkém zájmu rodičů o zhodnocení výuky jejich dětí ve zdravotnickém zařízení.

Dotazník pro rodiče léčených dětí je uveden v příloze č. 2.

Tabulka 8: Výsledky hodnocení výuky rodiči žáka

Otázka		ano	ne	částečně	bez odpovědi
1.	Informovali jste se předem o této škole?	32	15	19	0
2.	Jste spokojeni s úrovní a formou školního vyučování v době léčení?	66	0	0	0
3.	Myslíte, že Vaše dítě chodilo do zdejší školy rádo?	61	2	3	0
4.	Byla pro Vaše dítě školní výuka po dobu léčení důležitá	62	2	2	0
5.	Je atmosféra a prostředí školy pozitivní?	64	0	1	1

Z výše uvedeného výzkumu vyplývá, že 77 % rodičů má nějaké informace o škole při zdravotnickém zařízení ještě v době před nástupem na léčbu, 29 % označuje tyto informace jako částečné. Jen 23 % rodičů se o úroveň či způsob vzdělávání svých dětí během pobytu v lázních nezajímalo.

S úrovní a formou školního vyučování jsou spokojeni všichni respondenti na 100 %, 94 % rodičů si myslí, že pro dítě byla po dobu léčby školní výuka důležitá, 97 % z nich vnímá atmosféru školy a prostředí jako příznivé, naprostá většina dětí (92 %) z pohledu svých rodičů navštěvovala školu ráda.

Velká část dotázaných také využila možnosti poznámky a připomínky, ve 36 případech, což je 56 % všech obdržených dotazníků, bylo připsáno kladné hodnocení. Rodiče chválili především způsob výuky, individuální přístup k žákům, přizpůsobení se jejich zdravotnímu stavu, doplnění chybějících znalostí z kmenových škol, kde děti měly díky svému onemocnění časté absence a mezery ve zvládnutí učiva. Dle sdělení rodičů děti zvládaly výuku velmi dobře, s radostí a bez dalšího přílišného zatěžování v době osobního volna.

V žádném z obdržených dotazníků nebylo negativní či kritické hodnocení.

8.2. Hodnocení výuky ve zdravotnickém zařízení – adaptace dětí na výuku

Léčené děti byly osloveny 1 – 2 před ukončením svého pobytu v Léčebných lázních Lázně Kynžvart. Dotazníky byly vydány přímo a návratnost byla zajištěna prostřednictvím zdravotnického personálu na léčebném domě, ve kterém byly děti ubytovány po celou dobu pobytu.

Vydáno bylo 80 dotazníků, odevzdáno zpět jich bylo 75, tedy 93,7 %. Dle sdělení zdravotních sester přistupovaly děti k zodpovězení otázek a vyplnění formulářů velmi zodpovědně. 30 dětí využilo možnost připsat poznámku či připomínku.

Dotazník pro děti je uveden v příloze č. 3.

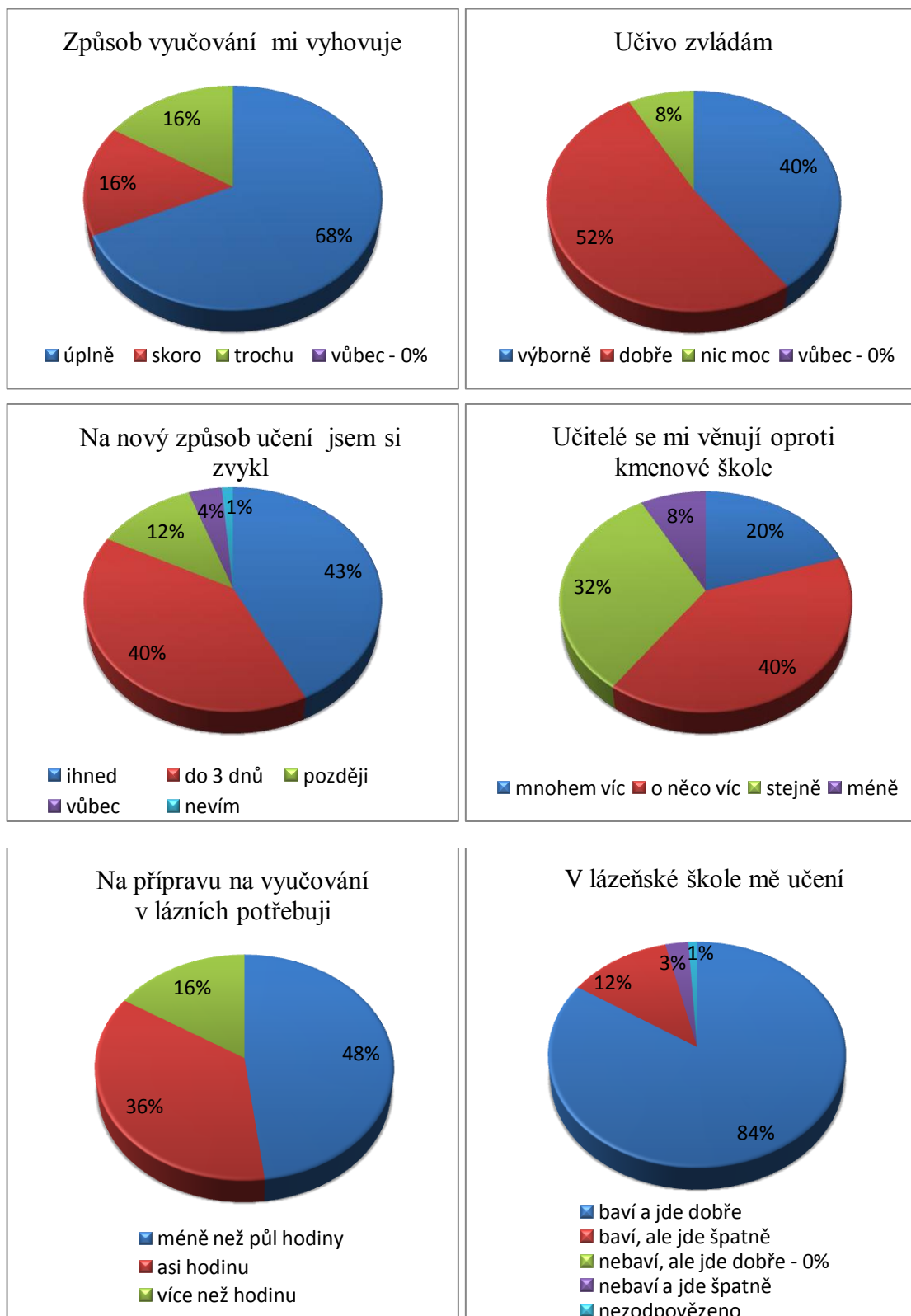
Dotazníkové akce se zúčastnily děti ze všech ročníků ZŠ, nejmenší počet zastoupení mají žáci nejnižších tříd, nejvíce respondentů je z 5. ročníku. V 16 případech není navštěvovaný ročník ZŠ uveden.

Graf č. 8: Struktura respondentů – zastoupení jednotlivých ročníků ZŠ



Děti anonymně odpovídaly na šest otázek, které byly koncipovány tak, aby byly srozumitelné i pro děti mladšího školního věku. Pouze ve dvou případech respondent na danou otázku neodpověděl. Procentní vyjádření odpovědí na jednotlivé otázky, ve znění, jak byly dětem položeny, je uvedeno v následujících grafech.

Graf č. 9 – soubor grafů: Procentuální vyjádření odpovědi na jednotlivé otázky



Z výše uvedeného vyplývá, že děti všech věkových kategorií jsou spokojeni se způsobem výuky ve škole při Léčebných lázních Lázně Kynžvart, 68% dětí (tj. 51 ze 75 respondentů) je dokonce spokojeno úplně, naprostou nespokojenost nevyjádřilo žádné z dětí.

Více než polovině dětí se daří zvládat učivo v lázeňské škole výborně, 40 % zvládá školu dobře, pouze šest dětí hodnotí své zvládání učiva jako „nic-moc“. Ani v jednom případě se nestalo, že by dítě nezvládalo školu vůbec.

Děti se dle jejich vlastního vyjádření velmi dobře vypořádaly s odlišností vedení výuky ve škole při zdravotnickém zařízení, 43 % dotázaných si na nový způsob výuky zvyklo ihned, 43 % dětí do tří dnů. Pouze 9 dětí uvedlo, že jim trvalo déle, než si ve škole zvykly. V jednom případě doplnil respondent, že potřeboval k přizpůsobení asi týden, v druhém případě bylo uvedeno, že si žák zvykl až poslední týden pobytu v lázních, tři děti uvedly, že si na jiné vedení školní výuky nezvykly vůbec. Jeden respondent si nevybral žádnou z nabízených možností s tím, že si už nepamatuje, zda si musel zvykat popř. jak dlouho.

Větší zájem a pomoc učitelů ve škole v Lázních Kynžvart oproti své kmenové škole vnímá 60 % dotázaných, z toho 20 % se domnívá, že se jim zde učitelé věnují dokonce mnohem víc, nežli učitelé v jejich škole. 32 % dětí si myslí, že jsou v tomto směru obě školy srovnatelné, pouze 6 dětí (8 %) posoudilo pozornost učitele ve škole v lázních jako menší než v jejich škole kmenové.

Také individuální přípravu na vyučování zvládají děti velmi dobře, 48 % dětí uvedlo, že jim na přípravu stačí méně než půl hodiny denně, 36 % věnuje přípravě přibližně jednu hodinu. Více času zabere školní příprava pouze 12 dětem (16 %).

V poslední dotazníkové otázce se 84 % z dotázaných vyjádřilo, že je škole při léčebných lázních baví a dobře ji zvládají. Devět dětí sice škola baví, ale zvládají ji špatně, tři děti zvládají školu špatně, navíc je nebaví. Jedno z dětí nevybralo žádnou z nabízených možností.

Třicet dětí (40 %) doplnilo dotazníkové otázky o své vlastní poznámky a připomínky. Kritické zhodnocení bylo uvedeno ve 4 dotaznících, jednalo se spíše o osobní připomínky ke konkrétnímu vyučujícímu či jedné konkrétní události a ve dvou k malému rozměru školní třídy. V několika případech byly rozšířeny odpovědi

na položené otázky, avšak v naprosté většině byly dotazníky doplněny o kladná hodnocení a pochvaly.

Tabulka 9: Citace z komentářů dětských respondentů

Výběr z poznámek a připomínek dětských respondentů (citace)
...škola je tu super,... mohlo by klidně být víc hodin, ... mohla by být stejná škola u nás, ... moc mě baví, ... tahle škola je lepší, že to paní učitelky lépe vysvětlují a mají na mě víc času než v mojí škole, ... báječná škola, ... nemám žádné problémy, ... málo místa, ... malá třída, ... líbí se mi, že opakujeme, dokud se to nenaučíme ...je dobré, že máme míň úkolů ...bylo by ještě lepší, kdyby tady byli lidi od nás ze školy...pani učitelka dává lepší známky, ... apod. “

8.3. Shrnutí vyhodnocení dotazníků – adaptace dětí na výuku ve škole při zdravotnickém zařízení Léčebné lázně Lázně Kynžvart

Z předložených dotazníků jednoznačně vyplývá velká spokojenost s poskytováním výuky v Základní škole při Léčebných lázních Lázně Kynžvart. S úrovní i formou vzdělávání jsou maximálně spokojeni jak samotní dětské pacienti, kteří zdejší školu navštěvují, tak jejich rodiče. Děti navštěvují školu rády, tomu také odpovídají jejich školní výsledky, z výzkumu vyplývá, že děti nemají adaptační problémy a i při výborném či dobrém zvládnutí učiva nejsou nadměrně zatěžovány úkoly v době svého osobního volna. Rodiče kladně hodnotili individuální přístup k žákům a především ohled na zdravotní stav dětí. Z celkového počtu odpovědí na všechny položené otázky bylo absolutně pozitivních 84 %, přičemž absolutně pozitivní odpovědi u dětí představovaly 77 %, u jejich rodičů 95 %.

Velmi dobré zkušenosti s touto školou byly také jedním z důvodů, proč se rodiče i děti velmi ochotně zapojili do prováděného výzkumu

9. Závěrečné shrnutí

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat, jakým způsobem probíhá vzdělávání dětí při dlouhodobějším pobytu ve zdravotnickém zařízení, prověřit formy a možnosti vzdělávání dětí, které jsou na delší dobu vytrženy ze své kmenové školy a navíc dlouhodobě handicapovány svou nemocí a zjistit, jakým způsobem probíhá adaptace těchto dětí na nové prostředí a na odlišný způsob výuky.

Výzkumným prostředím byly Léčebné lázně Lázně Kynžvart, protože toto státní zdravotnické zařízení co do své specializace, počtu dětských pacientů a dlouholeté praxe je jedním z mála zařízení, která splňují atributy pro výzkum, poskytuje dostatečné množství dat k samotnému šetření a představuje dostatečný reprezentativní vzorek pro obdobná zdravotnická zařízení.

Základním úkolem bylo stanovit, jak ovlivňuje pobyt ve zdravotnickém zařízení rozvoj dítěte v oblasti vzdělávání, především vliv specifické školní výuky v tomto zařízení na opětné začlenění nemocných dětí do vzdělávacího procesu na kmenové škole. Zároveň jako neoddelitelná součást tohoto výzkumu byly zjišťovány odlišnosti ve způsobu vzdělávání oproti školám v běžném režimu a byla zkoumána adaptace dětí na dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém zařízení z hlediska zvládnání školní výuky.

Vzdělávání dětí, které se dlouhodoběji léčí v Léčebných lázních Lázně Kynžvart, zajišťuje Základní škola při Léčebných lázních Lázně Kynžvart. Obě tyto organizace velmi úzce spolupracují tak, aby školní výuka byla v souladu s hlavním posláním zdravotnického zařízení, tedy léčbou dětských pacientů. Škola se přizpůsobuje zdravotnímu stavu svých žáků a také léčebným plánům a organizaci léčby.

Žáci se učí podle individuálních plánů a školních vzdělávacích plánů své kmenové školy, které na předem zaslaném formuláři konkrétně uvádí rozsah učiva, které má dítě po dobu léčby zvládnout i učebnice, které při výuce používá. Učitelé školy při léčebných lázních požadavky jednotlivých škol respektují.

Obsah a průběh výuky je tedy přizpůsoben aktuálnímu zdravotnímu stavu žáků a má velmi individuální charakter. Učitelé zohledňují adaptační problémy a snaží se zajistit návaznost učiva při přechodu žáka z kmenové školy.

Žáci jsou vyučováni individuálně, oproti standardní výuce je výuka ve zdravotnickém zařízení realizována ve sníženém počtu vyučovacích hodin.

Dotazníkovou metodou byla zjišťována úroveň vzdělávání a opětného začlenění nemocných dětí do vzdělávacího procesu na kmenové škole. V rámci šetření bylo prokázáno, že naprostá většina dětí po návratu ze zdravotnického zařízení, kde absolvovaly školní vzdělávání, nemá problémy s opětovným začleněním do běžného vyučovacího procesu, nezměnilo se k horšímu jejich chování a zároveň nedošlo k zhoršení prospěchu těchto žáků. Negativní vliv školy při zdravotnickém zařízení je učiteli kmenových škol uváděn jen v minimální míře, a to u 8 % ze sledovaných dětí. Na druhou stranu je však nutno říci, že učitelé kmenových škol nad rámec dotazníkových otázek doplnili i pozitivní dopad pobytu v lázních u téměř shodného počtu dětí, u kterých byl vykázan negativní vliv dlouhodobějšího pobytu v lázních. U 7 % sledovaných dětí uvedli učitelé v poznámce, že se dítě vrátilo do školy odpočinuté, klidnější, soustředěnější, samostatnější, veselejší, aktivnější, apod.

Třetí zabývanou oblastí, bylo hledisko samotných léčených dětí a jejich rodičů k úrovni a formě vzdělávacího procesu, zároveň jsem bylo zjišťováno, jak z pohledu dětí probíhá adaptace při pobytu v lázních. Zkoumání bylo prováděno dotazníkovou metodou, kdy u rodičů byl zjišťován navíc i zájem o informace o úrovni a způsobu vzdělávání v lázeňské škole ještě před nástupem dítěte na léčbu. Šetřením bylo zjištěno, že 77 % rodičů se předem informuje o školní výuce v lázních. Se školní výukou byla rodiči vyjádřena stoprocentní spokojenost, naprostá většina rodičů je přesvědčena, že v době dlouhodobější léčby je škola pro dítě důležitá a současně si většina rodičů myslí, že jejich děti navštěvovaly školu v lázních rády a že jim výuka vyhovovala.

Z dotazníkového šetření prováděného u dětských pacientů pak vyplývá, že naprostá většina dětí nemá problémy s adaptací v lázních ani s jinak vedeným způsobem výuky. Na ten si okamžitě zvyklo 43 % dětí a dalších 40 % si zvyklo do 3 dnů. Tři čtvrtiny dětí navíc uvádí, že se jim v lázeňské škole učitelé více věnují a 68 % naprosto vyhovuje forma i způsob vedení výuky. Zcela zásadní zjištění pak je, že 84 % hodnotí své školní vzdělávání v lázeňské škole s tím, že je škola baví a jde jim dobře.

Na základě zjištěných skutečností lze s určitostí odpovědět na základní otázky, na které byla v rámci bakalářské práce hledána odpověď.

- 1) Specifika školní výuky ve zdravotnickém zařízení spočívá v nutnosti přizpůsobit výuku naprosto odlišným vzdělávacím plánům kmenových škol jednotlivých žáků. Škola při zdravotnickém zařízení proto přistupuje ke každému s žáků zcela individuálně a navíc s ohledem na jeho zdravotní stav a průběh léčby.
- 2) Naprostá většina žáků po absolvování dlouhodobého pobytu ve zdravotnickém zařízení nemá žádné problémy s opětovným zapojením do učebního procesu, pokud takové problémy jsou, lze je charakterizovat jako poměrně banální. Stejně tak nejsou zaznamenány výrazné změny v prospěchu žáků, děti nemají zanedbané učivo oproti kmenové škole a nevykazují změny v chování.
- 3) Adaptace dětí bez problémů, v naprosté většině do tří až pěti dnů po nástupu na léčbu.

10. Závěr

Problematice dlouhodobější léčby chronicky nemocných dětí ve zdravotnických zařízeních, a tedy i v zařízeních lázeňských, není v literatuře ani v odborných publikacích věnována přílišná pozornost, přesto že se jen v Léčebných lázních Lázně Kynžvart odléčilo za uplynulý rok 1646 dětí, z toho velká část školáků. V letech minulých a je předpoklad, že i v letech následujících bude těchto pacientů více.

Nedostatečná informovanost veřejnosti o tomto problému pak vede k zbytečným pochybnostem, zda v době pobytu ve zdravotnickém zařízení dítě ještě neprohloubí již nemocí získané mezery v učivu a nebude ztrácet tempo učiva se svými spolužáky. Rodiče proto v rozporu se zdravotními zájmy svého dítěte mnohdy odkládají lázeňskou léčbu např. na dobu letních prázdnin, kdy nemusí být tato léčba i vzhledem k naplněnosti zařízení nejvhodnější.

Vzhledem k tomu, že se děti přijely do lázní především léčit, jsou pedagogové vedeni maximální snahou respektovat požadavky zdravotníků, nicméně obě strany si uvědomují, že škola podporuje osobnostní rozvoj dětí, jsou tedy vedeny snahou, aby děti měly podobné možnosti, na které jsou zvyklé doma a to v učení, přípravě do školy a vyžití ve volném čase. Základní škola tak velmi významně doplňuje význam komplexnosti léčby malého pacienta a jeho psychické pohody. Cílem školy je kontinuita školní práce nemocných žáků s vyučováním na jejich kmenové škole. Škola a pedagogové se maximálně snaží usnadnit žákům pobyt ve zdravotnickém zařízení. Vhodnou motivací a činnostmi jim pomáhá překlenout adaptační problémy.

Současná rozdílnost vzdělávacích plánů škol vzbuzuje v žácích a rodičích obavy, že pobytem v lázních ztratí návaznost na výuku jejich kmenové školy. Tyto obavy jsou zbytečné. Škola plní společně s každým jednotlivým žákem tzv. individuální plány, které jsou třídním učitelem vysílající školy vypsány na celou dobu pobytu. Tím lázně předcházejí psychické deprivaci žáků, kteří obtížněji nesou změny prostředí, vyučujících, spolužáků a vůbec způsobu vyučování. Vzdělávání žáků probíhá téměř výhradně individuálně. Učitelé vycházejí z učebních plánů kmenových škol, při výuce musí vycházet a respektovat ŠVP ZV kmenových škol. Tím navazují na práci jednotlivých kmenových škol z celé České republiky.

Pro dětské pacienty je určitě důležitá i jistá psychická pohoda, protože ví, že až se vrátí domů a do své školy, nebudou se školními znalostmi daleko za spolužáky. Často právě individuální přístup, menší počet vyučovacích hodin, menší obsazenost jednotlivých tříd, klidné nestresující prostředí, vedou k tomu, že dítě, které díky své nemoci vykazovala značné absence ve výuce, ve škole při lázních bez větších problémů zvládne i učivo, které nestihlo řádně probrat či procvičit ve své kmenové škole, a může tak bez problémů navázat na požadavky vyplývající z učebního plánu vysílající 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.

Základní škola při Léčebných lázních Kynžvart a Léčebné lázně společně velmi dobře zvládají skloubit lázeňskou léčbu se školní výukou dětí. Adaptace dětí probíhá nenásilnou formou, v krátké době a s velmi dobrými výsledky. Nejsou zaznamenávány výrazné negativní jevy, děti po ukončení léčby v naprosté většině odjíždí nejen zdravější, ale i v psychické pohodě a připravené bez problémů se opět zapojit do vzdělávacího procesu na své kmenové škole.

Seznam použitých zdrojů

Seznam literatury

BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD, spol. s. r. o., 2005. ISBN: 80-86633-37-3

ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-463-X

FURST, M. *Psychologie včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Olomouc: Votobia, 1997, ISBN 80-7198-199-0

LANGMAJER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-195-X

MONTANOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000, ISBN 80-85931-86-9

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha:Orbis, 1972.

ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-247-1049-8.

ŘÍČAN, P.; Vágnerová, M. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991.

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha Karolinum, 2003, ISBN 80-246-0015-0

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha Portál, 1999, ISBN 80-7178-678-0

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN: 80-210-1953-0

VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha Grada, 1998. ISBN 8071782696

Internetové zdroje

ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Sestra v prevenci chronických onemocnění* [online]. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupný na WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sestra-v-prevenci-chronickyh-onemocneni-451695>

PETERKOVÁ, M. *Nástup do školy a mladší školní věk* [online]. [cit. 1. 2. 2014]. Dostupný na www:<http://www.psyx.cz>

MŠMT, *Vyhláška č. 147/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. [online]. [cit. 7. 12. 2013]. Dostupný na WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-147-2011-sb-ktou-se-meni-vyhlaska-c-73-2005-sb?highlightWords=vyhla%C3%A1%C5%A1ka+%C4%8D.147>

MŠMT, *Vyhláška č. 116/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [online]. [cit. 7.12. 2014]. Dostupný na WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-ktou-se-meni-vyhlaska-c-72-2005-sb?highlightWords=vyhl%C3%A1%C5%A1ka+116>

MŠMT, *Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném vzdělávání*. [online]. [cit. 7.12. 2014]. Dostupný na WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon?highlightWords=z%C3%A1kon+%C4%8D.561>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Indikace léčené v Léčebných lázních Lázně Kynžvart

Tabulka 2: Stav počtu pacientů v Léčebných lázních Lázně Kynžvart

Tabulka 3: Poměr jednotlivých léčených indikací u dětí v Lázních Kynžvart

Tabulka 4: Týdenní hodinové dotace ve vyučovaných předmětech

Tabulka 5: návratnost odeslaných dotazníků

Tabulka 6: Počty obdržných hodnocení dle školních ročníků

Tabulka 7: Výsledky hodnocení výuky kmenovou školou žáka

Tabulka 8: Výsledky hodnocení výuky rodiči žáka

Tabulka 9: Citace z komentářů dětských respondentů

Seznam grafů

Graf 1: Poměr léčených indikací u dětí v Léčebných lázních Lázně Kynžvart

Graf 2 a 3: Vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy – grafické zpracování – změna prospěchu

Graf 4 a 5: Vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy – grafické zpracování – změna chování

Graf 6 a 7: Vliv na další vzdělávání po návratu do kmenové školy – grafické zpracování – zapojení do výuky

Graf č. 8: Struktura respondentů – zastoupení jednotlivých ročníků ZŠ

Graf č. 9 – soubor grafů: Procentuální vyjádření odpovědí na jednotlivé otázky

Příloha č. 1:

Dotazník pro učitele kmenových škol žáků s dlouhodobým pobytem ve zdravotnickém zařízení – Léčebných lázních Lázně Kynžvart:

Dovoluji si Vás požádat o odpovědi na následující otázky (nehodící se škrtněte) týkající se dítěte po návratu z dlouhodobého pobytu v Léčebných lázních Lázně Kynžvart:

Jméno:

Ročník:

Kmenová škola:

- 1. Prospěch žáka se:** **změnil**
 nezměnil

- 2. Chování žáka se:** **změnilo**
 nezměnilo

- 3. Zapojení do výuky proběhlo:** **bez problémů**
 s potížemi

U změn uveďte podrobněji. Děkujeme.

Příloha č. 2:

Dotazník pro rodiče dětí léčených Léčebných lázních Lázně Kynžvart:

Vážení rodiče, dovoluji si Vás požádat o anonymní vyplnění tohoto krátkého dotazníku. Děkuji.

OTÁZKA		ODPOVĚĎ OZNAČTE KŘÍŽKEM		
		ANO	NE	ČÁSTEČNĚ
1.	Informovali jste se předem o této škole?			
2.	Jste spokojeni s úrovní a formou školního vyučování v době léčení?			
3.	Myslíte, že Vaše dítě chodilo do zdejší školy rádo?			
4.	Byla pro Vaše dítě školní výuka po dobu léčení důležitá			
5.	Je atmosféra a prostředí školy pozitivní?			

Zde můžete uvést své vyjádření a připomínky:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dotazník pro dětské pacienty Léčebných lázní Lázně Kynžvart:

Prosím, zakroužkuj odpověď, která je podle tebe nejvíc pravdivá. Děkuji.

- 1. Způsob vyučování mi vyhovuje**
 - A . úplně
 - B. skoro
 - C. trochu
 - D. vůbec mi nevyhovoval
- 2. Učivo zvládám**
 - A . výborně
 - B. dobře
 - C. nic moc
 - D. vůbec nezvládám
- 3. Na nový způsob výuky jsem si zvykl (zvykla)**
 - A . ihned
 - B. do 3 dnů
 - C. později (můžeš napsat do kdy)
 - D. vůbec jsem si nezvykl (nezvykla)
- 4. Učitelé se mi věnují oproti mé škole**
 - A . mnohem víc
 - B. o něco víc
 - C. stejně
 - D. méně
- 5. Na přípravu na vyučování v lázních potřebuji denně**
 - A . méně než půl hodiny
 - B. asi hodinu
 - C. více než hodinu (můžeš napsat kolik času)
- 6. V lázeňské škole mě učení (ve srovnání s mou školou)**
 - A . baví a jde dobře
 - B. baví, ale jde špatně
 - C. nebaví ale jde dobře
 - D. nebaví a jde špatně

Tady můžeš napsat poznámku k vyučování v lázeňské škole

Obrázek č. 1: Vzor formuláře pro vysílající školu

Vyplní kmenová škola

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____ postupný ročník: _____

Kmenová ZŠ e-mail: _____ vzdělávací program školy: _____

Adresa ZŠ: _____ telefon: _____

Důležitá sdělení: (co bychom měli o žákovi vědět) _____

Žáci jsou povinni přivést si s sebou učebnice, pracovní sešity a školní sešity na jednotlivé předměty!

PŘED- MĚT	ZNÁMKA <i>aktuální a nebo za poslední pololetí</i>	UČEBNICE <i>nakladatelství, autor</i>	POSLEDNÍ PROBRANÉ UČIVO <i>strana, téma, lekce</i>	PLÁN UČIVA NA DOBU POBYTU v Léčebných lázních LK PŘI DOTACI VYUČOVÁNÍ 2 - 3 hodin denně <i>tj. od strany do strany z konkrétní učebnice, ze které žák pracuje, popřípadě názvy kapitol nebo témat</i>
<i>Psaní</i>				
<i>ČJ</i>				
<i>M</i>				
<i>NJ</i>				
<i>AJ</i>				
<i>Prv/Př</i>				
<i>D/VI</i>				
<i>F</i>				
<i>Z</i>				
<i>Ch</i>				

Třídní učitel/ka: _____ Razítko kmenové školy: _____

Datum: _____ Podpis ředitele/ky školy: _____

