

**Univerzita Karlova v Praze**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra speciální pedagogiky**

**Dítě se zdravotním znevýhodněním ve třídě**

Child with health impairment in the classroom

Bakalářská práce

Vedoucí práce

**PhDr. Pavlína Šumníková, Ph.D.**

Autor

**Ivana Krejčová**

Praha 2012

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a použité informace jsem čerpala výhradně z uvedených zdrojů a literatury.

V Praze dne 26.3.2012

Podpis

## **Poděkování**

Děkuji především PhDr. Pavlíně Šumníkové Ph.D. za cenné rady a podnětné připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá tématem zdravotně znevýhodněného dítěte ve třídě základní školy. Hlavním cílem práce je vyzdvižení často podceňované skutečnosti, že dítě se zdravotním znevýhodněním má odlišné vzdělávací potřeby než žák zdravý a náleží mu oprávněný nárok na individuální vzdělávací přístup. Práce je zaměřena také na možnosti a způsoby speciálně pedagogické pomoci, jež může zdravotní znevýhodnění zmírnit, a to zejména na úlohu školního speciálního pedagoga v této problematice. Současně je mapováno, jak chronická nemoc ovlivňuje osobnost dítěte jako celek, nejen tedy stránku somatickou, ale též psychickou, behaviorální a sociální.

**Klíčová slova:** zdravotní znevýhodnění, chronické onemocnění, školní speciální pedagog, integrativní vzdělávání

## **Annotation**

This bachelor's study is looking into the health impairment of a child in a class at primary school. The main point of this study is to bring up the often underestimated fact that a child with health impairment has different educational needs compared to a healthy pupil and how they are entitled to an individual educational approach. The study is also focused on the possibilities and methods of using special pedagogical support which can reduce health impairment, especially the role of school special education teacher in this issue. At the same time there is a survey in the process of being conducted about how chronic illness has an impact on child personality as a whole, not only on the physical aspect but also on the psychological, behavioral and social aspect.

**Keywords:** health impairment, chronic illness, school special education teacher, integrative education

## **Obsah**

<b>ÚVOD</b>	<b>6</b>
<b>1. Vymezení pojmu zdravotní znevýhodnění</b>	<b>8</b>
<b>2. Charakteristika chronického onemocnění</b>	<b>10</b>
<b>3. Vybrané typy chronických onemocnění</b>	<b>12</b>
3.1. Diabetes mellitus	13
3.2. Celiakie	16
3.3. Epilepsie	17
3.4. Alergie	19
3.5. Srdeční onemocnění	19
3.6. Idiopatické střevní záněty	19
3.6.1. Crohnova nemoc	20
3.6.2. Ulcerózní kolitida	20
3.7. Obezita	20
<b>4. Vliv chronického onemocnění na život dítěte</b>	<b>22</b>
4.1. Oblast psychická	22
4.2. Oblast behaviorální	25
4.3. Oblast sociální	25
<b>5. Systém školního vzdělávání žáků se zdravotním znevýhodněním</b>	<b>27</b>
5.1. Legislativní opatření	28
5.2. Příprava pedagogů pro školní integraci	30
5.3. Školní speciální pedagog a poradenské služby ve škole	31
5.4. Integrace	36
5.5. Inkluze	38
<b>6. Případová studie</b>	<b>40</b>
6.1. Vymezení cíle a metod studie	40
6.2. Popis šetření	40
6.3. Vlastní případová studie	41
6.4. Shrnutí případové studie	45
<b>ZÁVĚR</b>	<b>47</b>
<b>Seznam literatury a zdrojů</b>	<b>50</b>

## Úvod

Pro svou práci jsem si vybrala téma „Dítě se zdravotním znevýhodněním ve třídě,“ protože zastávám názor, že veřejnost není o této problematice dostatečně informována, přičemž bývá často zdravotní znevýhodnění zaměňováno se zdravotním postižením. A také proto, že se s takto znevýhodněným žákem mohu setkat ve své budoucí pedagogické praxi.

Problematika zdravotního znevýhodnění je dlouhodobě opomíjena laickou, ale i odbornou pedagogickou veřejností a dle mého názoru není dostatečně zakotvena ani v české legislativě, tzn. v zákonu č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělávání, v platném znění a v jeho prováděcí vyhlášce č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Rovněž v oblasti české odborné literatury nalezneme velice malé množství titulů, zabývajících se výhradně tímto tématem. Z těchto důvodů se v bakalářské práci snažím poukázat na problémy a omezení, jež musí žáci se zdravotním znevýhodněním každodenně překonávat. Zabývám se možnostmi speciálně pedagogické podpory a pomoci, zejména postavením školního speciálního pedagoga v této problematice. Protože dlouhodobá nemoc nebo oslabení není tak viditelné jako jiné druhy postižení, může být přístup učitelů k těmto žákům neadekvátní a jejich problémy jsou často zlehčovány. Přitom chronická nemoc, v závislosti na její intenzitě a době působení, může ovlivnit celou osobnost dítěte, a to nejen stránku tělesnou, ale i psychickou, což se projeví změnou jeho chování a tím i například zhoršením vztahu ke školní práci. Je to obrovská zátěž pro organismus, která zcela jistě zanechává následky, i když nejsou na první pohled jasně viditelné jako u některých jiných druhů postižení. Toto vše je důvodem k tomu, aby se těmto žákům dostalo přiměřených podpurných opatření ze strany školy.

Bakalářská práce je rozdělena do šesti hlavních kapitol, ve kterých jsem zaměřila pozornost na jednotlivá chronická onemocnění a na jejich působení na duševní stránku dítěte a také na sociální dovednosti, jež tato choroba může výrazně ovlivnit. Dále sleduji postavení speciálního pedagoga, jeho důležitost ne-li nezbytnost

v problematice zdravotního znevýhodnění. Mapuji hlavně jeho působení v roli školního speciálního pedagoga, jako jednoho ze zástupců školního poradenského pracoviště. Zdůrazňuji nutnost speciálně pedagogického vzdělávání a postgraduálního dozdělávání učitelů. Snažím se také proniknout do legislativy, která upravuje vzdělávání zdravotně znevýhodněných žáků. Zaměřuji se rovněž na to, jakým způsobem by měli být pedagogové připravováni na práci s integrovanými žáky. Mé pozornosti neunikly ani, v dnešní době běžně, někdy snad až nepřiměřeně často, používané termíny speciální pedagogiky, a to integrace a inkluze.

Poslední kapitola se zabývá konkrétním případem zdravotně znevýhodněného dítěte ve třídě běžné základní školy. Je zpracována formou případové studie dívky trpící kombinací onemocnění diabetes mellitus 1. typu a celiakie.

## 1. Vymezení pojmu zdravotní znevýhodnění

Termín „zdravotní znevýhodnění“ se začal používat od počátku roku 2005, kdy byl zakotven v zákoně 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělávání. Dosud byl používán termín „zdravotně oslabené“ dítě. Tyto děti byly považovány za podkategorii znevýhodněných osob se zdravotním postižením a vzhledem ke svým specifickým potížím byly v oblasti speciálně pedagogické teorie zkoumány v rámci podoboru somatopedie (Hájková, 2008).

Dle školského zákona je v odstavci (1) §16 definováno dítě, žák a student se speciálními vzdělávacími potřebami jako:

- osoba se zdravotním postižením nebo
- osoba se **zdravotním znevýhodněním** nebo
- osoba se sociálním znevýhodněním

Přičemž za **zdravotní znevýhodnění** se pro účely školského zákona v odst. (3) § 16 považují:

- zdravotní oslabení
- dlouhodobá nemoc
- lehčí zdravotní poruchy

vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Zdravotně oslabené dítě je dle Vítkové (1998, s. 35) „*dítě, které má sníženou odolnost vůči chorobám a sklon k jejich opakování. Jeho zdravotní stav je ohrožen jeho oslabením, působením nevhodného přírodního prostředí (ekologických podmínek), špatným životním režimem, nedostatečnou nebo nesprávnou výživou.*“ Podobně se k tomuto tématu vyjadřuje i Müller (2001), který uvádí, že zdravotně oslabené dítě je ve stavu rekonvalescence nebo se sníženou odolností vůči nemocem, tendencí k recidivitě, s ohrožením zdravotního stavu v důsledku nevhodného klimatického prostředí, ale i sociálního prostředí, zejména s nevhodným životním režimem a s nesprávnou výživou.



Je ale potřeba uvést důležitou skutečnost, že zdravotním znevýhodněním nemusí být každé chronické onemocnění. Faktory způsobující, že se z chronické nemoci stává zdravotní znevýhodnění dítěte popisuje Hájková (2008) takto:

- Rozsah omezení způsobených samotným organickým průběhem nemoci (tzv. funkční poruchy)
  - Míra eventuálního přetěžování dítěte v edukačním procesu, způsobeného tím, že jeho funkční omezení nejsou pro okolí zjevná a rozpoznatelná
  - Dopad eventuálních vedlejších účinků dlouhodobé medikace nezbytné pro léčbu a terapii dítěte
  - Rozsah úpravy životosprávy a stravovacího, pitného a pohybového režimu (diety, pravidelné užívání léků, šetrný režim, dodržování denního rytmu, eliminace námahy a klidový režim, vedoucí v ojedinělých případech až k úplné imobilizaci)
  - Míra narušení kontinuity vzdělávacího procesu a vyplývajícího zvýšeného rizika ohrožení psychosociálního vývoje dítěte (opakované hospitalizace, omezení sociálních kontaktů s vrstevníky, narušení sociální role žáka)
  - Kvalita výchovných vlivů okolí, zejména rodiny (extrémně šetrné klima, vytvářené „zasvěceným“ okolím a dané zvýšenou anxiétou rodičů, často vede k sekundárnímu omezování dítěte a k jeho izolaci, potažmo pak k narušení jeho socializačního vývoje)
  - Prognóza zdravotního stavu (zejména nebezpečí relapsu a rizika psychosociálních dopadů letální prognózy)

## 2. Charakteristika chronického onemocnění

Dvořák (2001, s. 86) pojem chronicita ( z řec. chronos = čas) definuje takto:

- *„Jedná se o přechodný stav (počasnost) v trvalém působení vyvolávajících příčin, v jejich opakování, kdy akutní choroba přechází do chronicity*
- *Některé choroby, vady nebo poruchy jsou chronické již od narození, např. vrozené srdeční vady*
- *Většina osob s chronickými chorobami je v dispenzární péči odborných oddělení zdravotnických zařízení“*

Autoři se ve většině případů shodují v tom, že chronické onemocnění není až tak nápadné svými příznaky, ale má negativní vliv na osobnost dítěte, zejména působením medikace a případné hospitalizace. Kubíče, Kubíčová (in: Hájková, 2008) charakterizují chronicky nemocné dítě jako tvořící početnou skupinu mezi zdravotně postiženými. Jejich handicap se na první pohled nezdá tolik závažný, což je ovšem názor zcela mylný. Dítě chronicky nemocné či v rekonvalescenci má problémy vyplývající z jeho zdravotního stavu, přestože tyto problémy nemusí být zjevné.

Matějček (2001) uvádí jako chronická onemocnění např. vleklé zažívací poruchy, revmatická onemocnění, nejrůznější alergie, srdeční obtíže, diabetes a jiné endokrinní poruchy a všechny choroby dětského věku, při nichž dítě často navštěvuje lékaře, dlouhodobě užívá léky, dlouhodobě je omezeno ve svých přirozených aktivitách a potřebách. Proto je důležitým úkolem sladit požadavky léčebného režimu s psychickými potřebami a „odolností“ nervového systému dítěte na daném stupni vývoje. *„Dítě nemá pociťovat, že je vzácným stvořením díky své chorobě, ani že je pro svou chorobu nešťastným zajatcem léčebného režimu“* (Matějček, 2001 s. 65).

Rovněž dle Hájkové (2008) je zřejmé, že sekundárně na životní aktivity a na celkovou výkonnost dítěte školního věku mohou působit svými tlumivými účinky některá farmaka či preparáty (např. antihistaminika, antiepileptika). A ještě závažnější vliv mohou mít chemoterapie, radiační terapie, a jiné léčebné metody, které velmi zatěžují dětský organismus.

V jiném zdroji je chronické onemocnění dítěte charakterizováno závažnými organickými nebo funkčními změnami postiženého orgánu nebo orgánového systému

s dlouhodobým nebo dlouhodobě předpokládaným průběhem (tj. nejméně tři roky), s možností uzdravení nebo projevy remise či relapsu a za určitých podmínek se může projevit jako akutní nemoc. Bez aktivního léčebného zásahu nelze obvykle chronické onemocnění zpomalit, zastavit, nebo zlepšit. Lze předpokládat jeho následky v období dospívání nebo dospělosti (Müller, 2001). Je významným faktorem, jenž ovlivňuje vývoj osobnosti nemocného dítěte. Působí v interakci s ostatními individuálními i sociálními faktory (genetickými dispozicemi, vývojovou úrovní, předchozími zkušenostmi, sociálním kontextem, který spoluurčuje hodnocení nemoci, atd.) (Vágnerová, 2008).

Jak již bylo zmíněno chronické onemocnění je charakteristické svým dlouhodobě nepříznivým vlivem na celou osobnost člověka, přičemž primární postižení v tělesné oblasti se sekundárně negativně projeví i v oblasti psychické. Dlouhodobé choroby zahrnují všechny věkové kategorie a mají v jednotlivých obdobích života své zvláštnosti (Vítková, 1998). V období mladšího školního věku se do popředí dostává snaha dítěte o výkon ve škole i mimo ni a soupeření s druhými dětmi. V případě selhávání mohou vzniknout i celoživotní pocity méněcennosti, které hrozí zejména u dětí se smyslovým, tělesným nebo mentálním postižením a také v případech, kdy únava, opakované absence ve škole, obtíže koncentrace pozornosti nebo vedlejší účinky léků při chronickém onemocnění dítěte snižují jeho výkonnost (Říčan, Krejčířová, 2006).

Dále nemohu opomenout zmínit výskyt chronických nemocí u dětí. Postihují přibližně 7-10 % dětské populace, jde o onemocnění léčitelná, ale (alespoň v kratším časovém intervalu) ne vyléčitelná. Chronická nemoc dítěte znamená závažný stres nejen pro jeho rodinu, ale i pro dítě samo. Přináší s sebou bolest, léčebné procedury, strach z nich i strach z cizích lidí, omezení pohybu, eventuálně dietní opatření, separaci při hospitalizaci, trvalejší izolaci od vrstevníků, narušení denního režimu, změněné chování rodičů při strachu o dítě a někdy i pocity ohrožení vlastního života a výhledů do budoucnosti (manželství, práce) – vše s různou mírou závažnosti podle věku dítěte i druhu onemocnění (Říčan, Krejčířová, 2006).

### 3. Vybrané typy chronických onemocnění

V této kapitole se zaměřuji jen na některé typy chronických onemocnění, vyskytující se v dětském věku. Každý pedagog, který vyučuje dítě s určitým chronickým onemocněním, by měl znát informace ohledně dané choroby, její příznaky a vliv na chování dítěte. Měl by umět rozpoznat příznaky komplikací souvisejících s konkrétním onemocněním a umět poskytnout v případě potřeby první pomoc.

Příklady chronických chorob, které nejčastěji způsobují zdravotní znevýhodnění (srov. Opatřilová, 2006, Fischer, Škoda, 2008):

- ❖ Kardiovaskulární onemocnění
  - Revmatické postižení srdečních chlopní
  - Vrozené srdeční vady (děti cyanotické, necyanotické)
  - Ischemické choroby
- ❖ Onemocnění plic a dýchacích cest
  - Průduškové astma
  - Srdeční astma
  - Opakované katary
  - Cystická fibróza
  - Plicní tuberkulóza
- ❖ Poruchy imunity
  - Alergie
  - Astma bronchiale
  - Syndrom získané imunodeficience (AIDS)
- ❖ Kožní onemocnění
  - Ekzémy
  - Lupénka
  - Růže
- ❖ Porucha metabolických procesů
  - Cukrovka
  - Dna
  - Onemocnění ledvin
  - Infekční onemocnění jater

- ❖ Nádorová onemocnění
  - Nádory zhoubné
  - Nádory nezhoubné
  - Leukémie
- ❖ Další
  - Záchvatovitá onemocnění – EPI
  - Děti otlé
  - Děti postižené neurózami a nervovými poruchami
  - Děti s poruchami psychiky a chování

### 3.1. Diabetes mellitus

Rozlišujeme diabetes mellitus 1. typu a 2. typu. Diabetes mellitus 2. typu je charakterizován kombinací tkáňové inzulínové rezistence a porušení sekrece inzulínu, přičemž kvantitativní podíl obou poruch může být různý. Dále se tímto typem diabetu nebudeme zabývat, jelikož se větší míře týká dospělých osob. K jeho manifestaci dochází ve vyšším věku, po 40. až 50. roce života.

U diabetu 1. typu dochází ke zničení buněk autoimunitního systému procesem, který probíhá u geneticky predisponovaných osob. Je to onemocnění charakteristické různě rychle probíhajícím zánětem B-buněk, který vede k absolutnímu nedostatku inzulínu, což podmiňuje nutnost jeho substituce. Vyskytuje se nejčastěji u mladší generace do 40 let, přičemž vrchol onemocnění je mezi 12. a 15. rokem (srov. Lebl, Průhová, Šumník aj., 2008, Rybka, 2007).

Léčba probíhá kombinací správného stravovacího režimu a inzulínové terapie. Cílem léčby je dobrá kvalita života a zamezení vzniku a vývoje komplikací diabetu. Komplikace diabetu rozdělujeme na akutní a chronické (Rybka, 2007).

#### Akutní komplikace diabetu:

- **Hypoglykémie** - patologický stav snížené koncentrace glukózy pod 3,3 mmol/l. Objeví se když vznikne nerovnováha mezi nadbytkem inzulínu a nedostatkem glukózy a může mít tyto základní příčiny, které uvádí (Lebl, Průhová, Šumník aj., 2008) *příliš mnoho inzulínu* (omylem si píchne vyšší dávku než má, nebo špatně odhadne svoji potřebu inzulínu a dávku příliš zvýší); *příliš málo jídla* (když

odloží jídlo, které měl sníst nebo špatně posoudí množství sacharidů v jídle – jídlo nadhodnotí); *neobvykle mnoho pohybu* (pohyb snižuje zásoby glukózy, snižuje glykémii – rovnováhu mezi glukózou a inzulínem lze obnovit buď ubráním inzulínu nebo přidáním jídla). Prvními příznaky jsou bušení srdce, zblednutí, třes rukou, pocit úzkosti. Diabetik by měl mít u sebe např. plechovku sladké limonády, glukózové bonbony (Lipo).

Pokud nejsou první příznaky zachyceny, hypoglykémie pokračuje a mozek strádá nedostatkem glukózy. To se projeví zmateností, poruchami vidění, špatně srozumitelnou řečí, vrávoravou chůzí, odmítáním pomoci, u někoho i agresivitou. Tyto příznaky diabetik často nevnímá a není schopen svoji situaci správně zhodnotit. Pokud se začne rozvíjet porucha vědomí a křeče, je nutné zabránit poranění a zapadnutí jazyka a volat rychlou záchrannou pomoc (Lebl, Průhová, Šumník aj., 2008). Jako laickou první pomoc u často se opakujících hypoglykemií můžeme také podat glukagon, takto mohou nemocného při hypoglykémii ošetřit příbuzní, kteří jsou v tomto zaškoleni ([http://www.diaplzen.cz/diabetes/Obecne\\_o\\_diabetu/4.%20Akutni%20komplikace%20diabetu.pdf](http://www.diaplzen.cz/diabetes/Obecne_o_diabetu/4.%20Akutni%20komplikace%20diabetu.pdf)).

- **Diabetická ketoacidóza** – život ohrožující, ale reverzibilní komplikace charakterizovaná těžkými poruchami regulace sacharidového, proteinového a tukového metabolismu, který je výsledkem deficitu inzulínu

- **Hyperglykemický hyperosmolární syndrom**

- **Laktátová acidóza**

Chronické komplikace:

- **Diabetická retinopatie** – oční komplikace diabetu – onemocnění, které primárně postihuje cévy sítnice u pacientů s diabetem. Jde o typickou mikrovaskulární komplikaci diabetu, která vzniká na podkladě specifických morfologických změn, jež jsou důsledkem metabolické poruchy diabetického syndromu.

- **Diabetická neuropatie** – chronické progredující onemocnění ledvin, které se vyznačuje proteinurií, hypertenzí a postupným poklesem renálních funkcí.

Je charakteristická přítomností příznaků – projevů poruchy funkce periferního nervového systému po vyloučení jiných možných příčin (Rybka, 2007).

Osoby trpící diabetem 1. typu nemají vlastní inzulín, jedinou léčbou je v současné době substituce. Základem léčby je tedy inzulínoterapie. Princip léčby diabetu 1. typu vychází ze snahy napodobit fyziologickou sekreci inzulínu - to je nejčastěji systém tří (a více) dávek krátkodobého k jídlům a na noc depotního inzulínu. Do nedávné doby neměli diabetici možnost sami si stanovovat glykémii. Jejich režim byl rigidní, měli striktně naordinované přesné dávky jídla s definovaným obsahem sacharidů, schématu se museli přesně držet. Ve chvíli, kdy se díky glukometrům mohou o své glykémii přesně informovat v podstatě kdykoliv, se situace obrátila ([http://www.diaplzen.cz/diabetes/Obecne\\_o\\_diabetu/7.%20Lecba.pdf](http://www.diaplzen.cz/diabetes/Obecne_o_diabetu/7.%20Lecba.pdf)).

Aplikace inzulínu se provádí pomocí tří typů pomůcek: inzulínové stříkačky, inzulínová pera, inzulínové pumpy. **Inzulínové stříkačky** s velmi tenkými jehlami zajistí přesné odměření inzulínové dávky a prakticky nebolestivý vpich. **Inzulínová pera** umožňují pohodlné a přesné podání inzulínu, mají v sobě zásobník s inzulínem, jehlu s násadkou a píst nebo kotouč k odměření dávky. **Inzulínové pumpy** jsou moderní přístroje, které pracují na principu nepřetržité podkožní infuze inzulínu ve velmi malých dávkách v cyklu 24 hodin. Před jídlem si navíc člověk s diabetem podá nárazovou (tzv. bolusovou) dávku inzulínu, která pokryje zvýšenou potřebu inzulínu po jídle (Lebl, Průhová, Šumník aj., 2008)

Nutné zásady stravovacího režimu diabetika jsou:

1. Racionální pestrá strava – dostatek vlákniny, minerálů, vitamínů.
2. Pravidelné rozdělení jídel v průběhu dne – 3 až 6 jídel denně, s 3 až 4 hodinovými pauzami. Poslední jídlo nejpozději do 21 hodin, ale alespoň 2 hodiny před plánovaným spánkem. V průběhu dne by nemělo docházet k velkým výkyvům hodnot glykémie.
3. Snížení příjmu kuchyňské soli – omezíme tak i stimulační efekt soli ke zvýšené chuti k jídlu.
4. Omezení živočišných tuků – omezení potravin s vysokým obsahem tuku (tučné maso, uzeniny, tučné sýry, mražené tučné zmrzliny, moučníky....).

5. Pitný režim – je nutné dodržovat příjem 1,5 – 2 litrů tekutin denně, ovocné čaje, nesladké minerální vody, pozor na alkoholické nápoje, které jsou někdy zásadním donátorem energie (Adámková, 2006 in Adámková, 2010).

Diabetické dítě ve škole by mělo mít podporu ze strany učitelů a vychovatelů. Jak uvádí Lebl, Průhová, Šumník aj. (2008, str. 145) „ *dítě s diabetem nepotřebuje a ani nechce soucit nebo úlevy, potřebuje však kvalifikované porozumění a někdy i konkrétní pomoc v situacích spojených s léčením cukrovky.*“ Určité problémy mohou nastat při mimoškolních akcích. Menší děti tyto akce jako je např. škola v přírodě, letní tábor nebo jen školní výlet mohou absolvovat jen v doprovodu rodičů. Účast by měla být rodičům umožněna, aby dítě mělo možnost zažít to, co ostatní spolužáci a necítilo se tak vyloučeno z kolektivu (Lebl, Průhová, Šumník aj., 2008).

### 3.2. Celiakie

Celiakie je **autoimunitní hereditární onemocnění** způsobené trvalou nesnášenlivostí lepku (glutenu), tj. hlavní bílkovinné složky v povrchní části pšenice, žita a ječmene. Jde o geneticky podmíněnou ztrátu orální tolerance na některé jeho štěpné produkty (peptidy), které vyvolávají u geneticky disponovaných jedinců trvalou tvorbu protilátek k těmto peptidům, a posléze i k některým vlastním bílkovinám lidského organismu (autoprotilátek). Oves neobsahuje lepek, ale další látky (Aveniny), z nichž některé jsou schopny vázat protilátky ke gliadinovým peptidům a způsobovat tak imunitní reakci (Frič, Mengerová, 2008).

Celiakii umíme diagnostikovat a známe poměrně dobře mechanismy jejího vzniku, ale přesto zůstává většina nemocných nediodagnostikována. Složení lepku je zcela zvláštním zastoupením některých stavebních kamenů (aminokyselin) této bílkoviny. V celé rostlinné říši není druhá bílkovina s tak vysokým obsahem dvou aminokyselin (glutaminu a prolinu) a tato okolnost se významně uplatňuje při vzniku autoimunitní reakce (Frič, Mengerová, 2008).

Hlavním projevem choroby jsou zánětlivé změny sliznice tenkého střeva s průjmy, chudokrevností, váhovým úbytkem a celkovou poruchou somatického a psychického vývoje. Pokud není lepek z potravy trvale a úplně vyloučen, dochází v průběhu doby k vyčerpání imunitního systému, onemocnění postihuje další orgány



se vznikem přidružených autoimunitních chorob a četných komplikací, z nichž většina je život ohrožující (Adámková, 2010).

Další formy celiakie:

- **Němá forma**, která sice probíhá bez klinických příznaků, ale s pozitivní střevní biopsií a protilátkami proti alfa gliadinu a endomysiu.
- **Skrytá forma** typická necharakteristickou střevní biopsií, ale s pozitivními protilátkami proti endomysiu a tkáňové transglutamináze.
- **Potencionální forma** s negativními protilátkami i střevní biopsií, ale se shodnou konfigurací jistých tkáňových antigenů u přímých příbuzných celiaků. Atypické projevy celiakie jsou ještě náročnější pro včasnou diagnostiku. Je to například sideropenická anemie nebo sideropenie jinak nevysvětlitelná, nevysvětlitelné bolesti břicha, nadýmání či častější stolice, nevysvětlitelná osteoporóza, zvýšení hladiny obou transamináz, únavový syndrom, deprese, neplodnost, aftózní stomatitida apod. (Adámková, 2010).

**Hlavní léčebnou metodou celiakie je bezlepková dieta.** Její podstatou je úplné vyloučení žitných, pšeničných a ječných surovin k přípravě potravin, jejich příměsí a nápojů a také vyloučení ovesných surovin. Jako bezlepkové suroviny k přípravě potravy celiaků se používají rýže, kukuřice, sója a jiné luštěniny, pohanka, proso, jáhly, amarant a brambory (Frič, Mengerová, 2008).

Velice důležitá je u této nemoci komunikace rodiny se školou. Učitel by měl vhodným způsobem informovat spolužáky, např. ve spolupráci s dítětem – celiakem, o problémech s nemocí spojených. Aby pochopili, proč dítě nemůže jíst stejná jídla jako ostatní a nebylo tím zbytečně vylučováno z kolektivu. Také při mimoškolních aktivitách (školy v přírodě, lyžařské pobyty) je nutné předem zajistit bezlepkovou stravu.

### **3.3.Epilepsie**

Epilepsie je chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, uvažování a chování, motorickými projevy a často i s poruchami vědomí (Vágnerová, 2008).

Epileptickými záchvaty se může dle Vítka (2006) projevit široké spektrum neurologických i jiných systémových poruch. Ten **z hlediska etiologie** epileptické záchvaty dělí na:

- **Idiopatické (primární)** – vznikají na geneticky predisponovaném terénu a chybí jim prokazatelný organický substrát. Manifestují se prakticky výhradně v dětském věku a v adolescenci, nejčastěji v předškolním a školním období, a to jak ve formě generalizované (např. pyknoleptické absence), tak ložiskové.
- **Symptomatické (sekundární)**, jejichž příčina je známá. Ke vzniku těchto záchvatů přispívají tři skupiny poruch, a to akutní noxy, stacionární chronické léze mozku, progresivní encefalopatie.
- **Kryptogenní** (organickou příčinu předpokládáme, ale nejsme schopni ji prokázat), stojí na rozmezí mezi oběma výše jmenovanými skupinami. Na jejich vzniku se podílejí různou mírou faktory genetické i exogenní.

V praxi se nejčastěji setkáváme se třemi druhy klasifikací epileptických záchvatů – mezinárodní dle ILAE, semiologickou (dle Lüderse) a anatomickou. **Mezinárodní klasifikace dělí záchvaty na tři základní skupiny:**

1) Ložiskové – záchvat začíná, případně i probíhá v omezené oblasti kortexu jedné hemisféry.

a) *Ložiskový jednoduchý (simplexní) záchvat* – vědomí je zachované, pacient nemá na děj amnézii, omezuje se pouze na jednu hemisféru.

b) *Ložiskový komplexní záchvat* – v průběhu se nezděrně objevují prvky neúčelného nebo jen částečně účelného jednání, tzv. automatismy. Na záchvat je částečná nebo úplná amnézie, postihuje obě hemisféry.

Jednoduchý ložiskový záchvat může přejít do komplexního a obě formy ložiskových záchvatů se mohou vyvinout do druhotné generalizace.

2) Generalizované – klinický projev od samého počátku vychází z obou hemisfér. Porucha vědomí, je-li při záchvatu, se objevuje hned od počátku, na záchvatový děj je amnézie.

3) Neklasifikovatelné

Specifika edukace dětí a žáků s epilepsií uvádí Fialová (2006). Jestliže se dítě s epilepsií vyvíjí duševně přiměřeně svému věku, není žádný důvod k tomu, proč by nemohlo chodit do běžné základní školy. Nezbytně nutná je dobrá komunikace mezi rodiči a pedagogem. Klid a vzájemná důvěra jsou v situaci, kdy se během školního vyučování mohou objevit záchvaty naprosto nezbytné.

Jako skupina podávají děti s epilepsií ve škole nižší výkony, než by odpovídalo jejich mentální kapacitě, a celkově horší výkony než děti s jinými typy chronických onemocnění. Na prospěchových problémech těchto dětí se podílejí vlivy organické (poruchy pozornosti, senzomotorické, percepční i řečové poruchy), přechodné kognitivní změny přímo související s epilepsií, ale neméně významné je i obvyklé snížení očekávání rodičů i školy (Říčan, Krejčířová, 2006).

### **3.4. Alergie**

Alergie patří mezi civilizační, chronické choroby. Jedná se o imunitní reakci mezi látkou vyvolávající alergii (alergenem) a protilátkou (imunoglobulinem E). Výsledkem je uvolnění látek, které způsobují změny a projevují se jako rýma, slzení, dušnost atd. Je to stav nepřiměřené reakce (Opatřilová, 2006).

### **3.5. Srdeční onemocnění**

Srdeční onemocnění rozdělujeme na vrozená a získaná. Mezi vrozené srdeční vady patří defekty síňového nebo komorového septa, vrozené vady srdečních chlopní, vývojové anomálie srdce nebo kombinované srdeční vady (srov. Opatřilová, 2006). Získané srdeční vady mohou postihovat všechny tři vrstvy srdce (endokard, myokard a perikard. U dětí je to nejčastěji revmatické onemocnění srdce, dále pak různé záněty, chlopenní vady, ischemická choroba srdeční (Opatřilová, 2006)

### **3.6. Idiopatické střevní záněty**

Nemoci probíhají ve 3 fázích:

- Relaps – období zhoršování
- Remise – období klidové, bez příznaků
- Rekurence – nemoc se projeví znovu, a to v doposud nepostižené části

střeva. U Crohnovy choroby je to typické po operaci (Červenková, 2009).

### **3.6.1. Crohnova nemoc**

Patří mezi nespecifické střevní záněty, jež jsou jednou z nejčastějších příčin chronických funkčních poruch trávení u dětí. Je to zánětlivé onemocnění postihující jakoukoli část gastrointestinálního traktu. Jedná se o chorobu neznámé etiologie a zatím nedostatečně prozkoumané patogeneze. Choroba většinou probíhá chronicky s obdobími zhoršení (relapsů) a zklidnění (remisí) a velmi obtížně se léčí (Volf, 2006 in Hájková, 2008).

### **3.6.2. Ulcerózní kolitida**

Ulcerózní kolitida je chronický zánět tlustého střeva, které postihuje v různém rozsahu, vždycky ale zachvátí také konečník. Zánět se šíří v povrchových vrstvách stěny tlustého střeva, tedy převážně ve sliznici a podslizniční části. Pouze ve výjimečných případech proniká do hlubších vrstev (Červenková, 2009).

Základní terapie těchto onemocnění u dětí je založena na protizánětlivém účinku podávaných léků, jejichž užívání však u dětských a dospívajících pacientů vede ke zvýšení rizika toxicity, zastavení nebo výraznému zpomalení růstu a negativního ovlivnění celkového vzhledu. Tato chronická nemoc má nepříznivé sociální dopady. U těžkých forem nemoci stráví dítě týdny i měsíce svého života doma nebo v nemocnici. Nemůže tak chodit do školy, hrát si s kamarády a provozovat běžné aktivity odpovídající tomuto věku. Ve věku dospívání může mít choroba nepříznivé dopady na budování prvních partnerských vztahů. Jen spoluprací několika profesních skupin (zdravotníků, dětských psychologů, pedagoga, sociálního pracovníka aj.), dítěte a rodičů je možné mimořádnou zátěž při tomto chronickém onemocnění zvládnout (Hájková, 2008).

## **3.7. Obezita**

Obezita je multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha charakterizovaná množstvím tělesného tuku. Je důsledkem interakce genetických dispozic s faktory vnějšího prostředí.

Mezi rizikové faktory vzniku obezity patří:

- Faktory prostředí – styl rychlého občerstvení, konzumace sladkých nápojů a nevhodných potravin, sedavý způsob života.

- Prenatální faktory – stav výživy matky, metabolismus glukózy u matky, kouření matky, porodní hmotnost, způsob kojenecké stravy.
- Genetické faktory – významným rizikovým faktorem obezity je přítomnost nadváhy či obezity u rodičů. Obezita v dětství a dospívání zvyšuje riziko přetrvávání obezity i v dospělosti.

Obezitu nelze vnímat jen jako zmnožení tuku v těle, ale spíše jako chronické onemocnění, spojené s řadou jiných poruch. Jde o významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných somatických onemocnění (Opatřilová, 2006).

Léčba obezity závisí na její tíži a věku dítěte. Základem terapie je změna životního stylu, zejména s ohledem na výživu a stupeň fyzické aktivity, v indikovaných případech pak farmakoterapie a chirurgický zákrok (srov. Hainerová, 2009, <http://www.obezita.cz/obezita/lecba/>)

## 4. Vliv chronického onemocnění na život dítěte

Každá nemoc, ať už akutní nebo chronická, do určité míry ovlivňuje kvalitu života nemocného a to tím více, čím dlouhodobější má průběh. Jak již bylo zmíněno chronické onemocnění působí na dítě vždy v několika rovinách (Hájková, 2008):

- Rovina psychická (rovina, v níž dítě nemoc prožívá a vnímá, nakolik je nemoc důležitá a omezující)
- Rovina behaviorální (chování a jednání dítěte a jeho projevy navenek)
- Rovina sociální (sociální role pacienta, ovlivňovaná postojem okolí, blízkých osob a ošetřovatelů)

### 4.1. Oblast psychická

Ovlivnění duševní oblasti nemocného člověka s sebou nese následky i do roviny behaviorální a sociální. *„Čím více jakákoliv zdravotní indispozice, nemoc či jakékoliv zdravotní postižení zatěžuje a vyčerpává nervovou soustavu dítěte, tím větší nebezpečí hrozí jeho zdravému psychosociálnímu vývoji“* (Matějček, 2001 s. 59).

Psychosociální problematice nemoci u dětí se věnuje pediatriká psychologie, intenzivně rozvíjená již od 60. let minulého století. K hlavním otázkám oboru patří otázka spolupráce dětských pacientů a jejich rodin na léčbě, snaha omezit negativní vliv zdravotních poruch na ostatní oblasti vývoje nemocných dětí a zvýšit celkovou kvalitu jejich života (Říčan, Krejčířová, 2006).

*„Tělesné postižení nebo nemoc nevytvářejí sami o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, připravují mu však náročnější životní situaci. Taková životní situace přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a následkem toho ovšem i určitá specifická nebezpečí pro psychický vývoj jedince s postižením“* (Matějček, 2001, s. 7).

U chronicky nemocných dětí je obvykle těsně korelován jejich zdravotní a psychický stav – nejen v důsledku tzv. psychosomatických vlivů, které jsou zřetelné i u „čistě somatických“ onemocnění, jako je např. DMO, ale i vlivem horší spolupráce pacienta ve zhoršeném psychickém stavu. Psychický stav dítěte na druhou stranu těsně koreluje jednak s jeho současným zdravotním stavem, jednak s rodinnými faktory (Říčan, Krejčířová, 2006).

Somatická nemoc svým působením evokuje určité psychické reakce a postoje. Postoj k vlastní nemoci závisí na vývojové úrovni dítěte, jeho zkušenostech i osobnostních rysech. Zahrnuje emoční prožívání choroby, její racionální hodnocení a z toho vyplývající chování. Zátěž a vyčerpání organismu, které přináší somatické onemocnění, se projeví zvýšenou dráždivostí a emoční labilitou. Pokud je choroba závažná a dlouhodobá, mohou být změny emoční reaktivity i celkového ladění zásadnější. Nemocné děti bývají úzkostné, trpí nejistotou a obavami z dalších potíží. Úzkost a strach může vyvolávat i obava z možnosti dalších ztrát, např. různých kompetencí. Na ztráty, které jsou spojeny s nemocí, reagují i děti smutkem. U dlouhodobě a závažně nemocných dětí může převládnout apatie a rezignace, jejichž příčinou bývá především celkové vyčerpání (Vágnerová, 2008).

Dalším spolupůsobícím faktorem v této problematice jsou časté nebo dlouhodobé pobyty ve zdravotnických zařízeních typu nemocnic a dětských ozdravoven. Oslabené děti a mladiství jsou pod pravidelnou lékařskou kontrolou. Jsou v péči rodičů, dochází do běžných škol. Pravidelně pobývají v dětských ozdravovnách, aby se upevnilo jejich zdraví a zvýšila se celková fyzická odolnost. U žáků školního věku je u dlouhodobých onemocnění nebezpečí psychických stresů ze zameškání výuky (Vítková, 1998).

Vágnerová (2008) uvádí, jakým způsobem se působením nemoci mění psychické potřeby nejen dospělého, ale i dítěte.

- I děti mají potřebu se ve své situaci orientovat, chtějí znát svůj zdravotní stav, vědět co je čeká a proč je to nutné. Děti obvykle tyto informace nemají, rodiče ani zdravotníci s nimi o jejich nemoci nemluví, zpravidla proto, aby je chránili před zbytečnou traumatizací, často ani nevěří, že by jim dítě bylo schopné porozumět.
- Nemocné dítě má ještě větší potřebu podpory citové jistoty a bezpečí než dospělý. Emoční podpora mu může pomoci eliminovat jeho obavy a pocity ohrožení.
- Pod vlivem onemocnění se mění potřeba seberealizace, která je i za normálních okolností důležitá teprve pro děti školního věku, resp. dospívající. U malého dítěte dochází také ke změně sociálního očekávání, dítě získává roli nemocného, od něhož se nevyžaduje plnění povinností a dosahování určitého výkonu. Je zde riziko, že tento postoj bude přetrvávat i v budoucnosti, kdy se zdravotní stav

dítěte zlepšit a mohlo by začít pracovat. U dospívajících může někdy vlivem choroby dojít k akcentaci potřeby seberealizace. Stanoví si určitý cíl a snaží se ho za každou cenu dosáhnout. Toto úsilí dává jejich životu smysl a jim samým slouží jako zdroj potřebné sebeúcty.

- Potřeba otevřené sebeúcty, tj. pozitivní prognózy. Úvah o budoucnosti je schopen teprve dospívající, mladší děti o budoucnosti nepřemýšlejí.

Vlivem choroby dochází také ke změně sebepojetí nemocného dítěte. Zhoršuje se sebehodnocení, postoj k vlastní chorobě může v různé míře ovlivnit další rozvoj jeho identity, zejména v dospívání (Vágnerová, 2008).

Hlavním úkolem odborníků by měla být vzájemná spolupráce ve prospěch dlouhodobě nemocného a zabránění zlehčování dopadů chronické nemoci na osobnost člověka. Jelikož oslabení nervové soustavy nebývá u chronicky probíhajících nemocí způsobeno pouze intenzitou nepříjemných příznaků funkčních poruch, ale především dlouhou dobou jejich trvání, mělo by být společným úsilím ošetřujících lékařů a zdravotníků, rodičů i pedagogů uvádět nároky léčby do souladu s psychickými, věkově vývojově podmíněnými potřebami dítěte. Znalost psychických potřeb chronicky nemocného dítěte a současně psychosociálních dopadů funkčních poruch, provázejících jeho nemoc jsou základem edukačního programu (programu léčby a výchovy v podmínkách nemoci), který je potřeba sestavit pro každé chronicky nemocné dítě zvlášť. Typické znaky nemoci, funkční omezení a symptomy, které omezují dítě v běžných denních aktivitách, mohou být základem pro rámcovou edukaci diabetu, epilepsie, astma bronchiale, atopického ekzému, celiakie, Crohnovy nemoci, obezity a jiných chronických nemocí dětí školního věku (Hájková, 2008).

Výchovným cílem vedení nemocného, oslabeného dítěte nebo dítěte s postižením je tedy dopomoci dítěti k vývoji co nejvyspělejší, vyrovnané a harmonické osobnosti, jak je to jen za daných okolností možné. Pedagogika nemocných je tedy takové zaměření působení na dítě a takové uplatnění výchovných zásad, pravidel a metod, aby se schopnosti dítěte trpícího určitým onemocněním nebo zdravotním postižením mohly co nejlépe rozvíjet, dítě samo aby mohlo prožívat svůj život uspokojivě a mohlo se stát, jak je to jen možné, plnohodnotným členem své společnosti (Matějček, 2001).



V jednotlivých publikacích zjišťujeme, že se autoři shodují na nepříznivém vlivu choroby na psychickou stránku nemocné osoby a tím spíše dítěte. Toto dlouhodobé působení může ovlivnit vývoj osobnosti dítěte. Je proto potřeba brát zřetel na jejich psychické potřeby a podle charakteru obtíží zvolit vhodné metody výchovného a vzdělávacího procesu.

## **4.2.Oblast behaviorální**

Tato rovina úzce souvisí s oblastí psychickou, jelikož psychické problémy člověka se dříve či později projeví na jeho chování. To co prožíváme „uvnitř“ se jako v zrcadle ukáže nejen na našem zevnějšku, ale stejně tak na tom, jaký postoj zaujímáme k okolnímu světu a lidem a jak se projevujeme.

## **4.3.Oblast sociální**

Onemocnění může zcela změnit styl života dítěte a přinést mu odlišné sociální zkušenosti. Může také dojít k omezení možnosti získat běžné sociální zkušenosti, zejména ve vztahu s vrstevníky. Mnohé chronicky nemocné děti nemají kamarády, resp. nemají jiné kamarády než stejně postižené děti, které poznaly v nemocnici. Dochází ke změnám postojů a chování v různých, pro ostatní dětí běžných situacích. Pro rodiče bývají tyto problémy druhořadé, jejich hlavním zájmem je zdraví dítěte (Vágnerová, 2008).

Proto je tak velmi důležitá ve školním věku skupina vrstevníků. Dostatek příležitosti ke kontaktům s druhými dětmi je nezbytný pro rozvoj sociálních dovedností, osvojování sociálních rolí i vlastní sexuální identity, ale i z hlediska vývoje sebepojetí. Zejména v tomto věku je proto potřeba případnou izolaci dítěte omezit na nejmenší nutnou míru (Říčan, Krejčířová, 2006).

Sociální problematika chronicky nemocných nabývá na závažnosti, když nemoc začíná v časném věku a výrazně omezuje dítě ve vztahu k jeho společenské integraci. Téměř vždy je možné čelit negativním vlivům dobrou týmovou spoluprací v komplexní rehabilitaci a mezi rodinou, aby celý vývoj dítěte probíhal i za ztížených podmínek v co nejpřirozenějším prostředí (Müller, 2001).

Chronické onemocnění ovlivňuje možnost dosáhnout určitého výkonu, uplatnit se na úrovni svých možností. Choroba dítěti znemožňuje pracovat na stejné úrovni jako obdobně nadanému, ale zdravému dítěti. Omezující je z tohoto hlediska celková vyčerpanost, menší odolnost vůči zátěži, časté absence i narušení některých kompetencí, např. pracovních návyků. Škola bývá nemocnými dětmi často idealizována, nejspíš proto, že je symbolem normálního života a dítě se do ní vrací teprve tehdy, když je relativně zdravé (Vágnerová, 2008).

*„Sociální pozice nemocného dítěte je odlišná od postavení nemocného dospělého. Nemoc je v dětském věku považována za něco výjimečného. Utrpení je posuzováno jako nespravedlivé, dítě se ještě nemohlo ničím provinít, aby bylo možno chápat chorobu jako symbolický trest. Nemoc u dítěte vyvolává především soucit“* (Vágnerová, 2008, s. 104).

## 5. Systém školního vzdělávání žáků se zdravotním znevýhodněním

Systém školního vzdělávání nabývá po školské reformě jiných rozměrů, dochází hlavně ke změnám v obsahu a cílech vzdělávání. Klade se větší důraz na samostatnost škol při přípravě svých vzdělávacích programů. Závazným dokumentem při tvorbě vzdělávacích programů je **Rámcový vzdělávací program**, který vychází z Národního programu vzdělávání a je sestaven pro jednotlivé formy vzdělávání. RVP stanoví především cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, jeho organizační uspořádání. Stanovuje i podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (nutnost podnětného a vstřícného školního prostředí, podpora sociální integrace, směřování k celoživotnímu učení). RVP je východiskem pro tvorbu školního vzdělávacího programu (ŠVP), který si každá škola vytváří sama a je pro ni specifický.

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy i žáci se zdravotním znevýhodněním, se mohou vzdělávat podle Individuálního vzdělávacího plánu (IVP). Individuální vzdělávací plán vypracovává třídní učitel (případně ve spolupráci s ostatními učiteli žáka) pro dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. IVP je v případě potřeby stanoven především pro individuálně integrovaného žáka, případně také pro žáka integrovaného skupinově nebo pro žáka speciální školy, vyžadují-li to opět jeho potřeby. IVP je součástí dokumentace žáka a je i závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. O vzdělávání dle IVP musí ředitele školy požádat zákonný zástupce dítěte. Školské poradenské zařízení dvakrát ročně vyhodnocuje, jakým způsobem je realizováno vzdělávání žáka podle IVP a zda jsou plněny podmínky vzdělávání v něm stanovené. IVP je vypracováván před nástupem žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do školy, nejpozději však jeden měsíc po jeho nástupu nebo zjištění jeho speciálních potřeb a může být podle aktuálních potřeb upravován v průběhu celého školního roku (Jucovičová aj., 2009).

Žáci se zdravotním znevýhodněním se vzdělávají v běžných školách a pokud jsou hospitalizováni v nemocnici nebo absolvují pobyt v léčebnách, mohou být vzdělávání ve školách, které se zřizují při těchto zařízeních.

Při zdravotnických zařízeních, jako jsou nemocnice a dětské léčebny, mohou být zřizovány tyto speciální školy, jak uvádí Müller (2001):

- ❖ Pro děti nemocné předškolního věku hospitalizované v nemocnici
  - Speciální mateřské školy při nemocnici
- ❖ Pro děti nemocné předškolního věku hospitalizované v léčebně
  - Speciální mateřské školy při dětské léčebně
- ❖ Pro děti školního věku hospitalizované v nemocnici
  - Speciální základní škola při nemocnici
  - Zvláštní škola při nemocnici
  - Pomocná škola při nemocnici
- ❖ Pro děti nemocné školního věku hospitalizované v léčebně
  - Speciální základní škola při dětské léčebně
  - Pomocná škola při dětské léčebně

## 5.1. Legislativní opatření

Vzdělávání v České republice podléhá několika koncepčním materiálům a zákonům. Základním z nich je **Národní program rozvoje vzdělávání v České republice**, tzv. Bílá kniha, jejíž strategie odráží současné celospolečenské zájmy a dává konkrétní podněty k práci škol. Dalším závazným dokumentem je **zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, tzv. školský zákon v platném znění**. Tento zákon upravuje předškolní, základní, střední, vyšší odborné a některé jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních, stanoví podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova uskutečňuje, vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání a stanoví působnost orgánů vykonávajících státní správu a samosprávu ve školství.

Dále jsou zde prováděcí předpisy a vyhlášky:

Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných;

Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních;

Vyhláška č. 16/2005 Sb. o organizaci školního roku;

Vyhláška č. 75/2005 Sb. o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků;

Vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání;

Vyhláška č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky;

Vyhláška č. 492/2005 Sb. o krajských normativech atd.

**Novelou vyhlášky 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných jsou zaváděna vyrovnávací opatření zaměřená na prevenci nebo zmírnění školního neúspěchu žáků se sociálním a zdravotním znevýhodněním. Vyrovnávací opatření při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním zahrnují:**

- 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
- individuální vzdělávací plán
- služby 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. **Vyrovnávací opatření** může tedy škola navrhnout **bez doporučení školského poradenského zařízení**. Výjimkou je zajištění služeb asistenta pedagoga pro žáky se zdravotním znevýhodněním, kde je podle školského zákona nezbytné doporučující stanovisko pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra.

Pro žáky sociálně a zdravotně znevýhodněné je doporučena „**individuální podpora**“. Splnit toto doporučení je však velmi obtížné, protože je závislé na schopnostech a vůli pedagogů a do značné míry také na počtu dětí ve třídě.

Pro děti sociálně a zdravotně znevýhodněné však není stanovena podpora umožňující snížení počtu žáků ve třídě a realizace individuálního přístupu je v praxi velmi ztížena. Výsledkem je tedy pouze formální doporučení individuálního přístupu, protože není podpořeno žádnými metodickými či organizačními podpůrnými opatřeními.

Velmi závažným problémem původní právní úpravy platné do 1. 9. 2011 bylo umožnění zařazení žáka bez postižení do školy či třídy zřízené pro žáky se zdravotním postižením (včetně školy či třídy pro děti s mentálním postižením) pouze na základě souhlasu zákonného zástupce bez doporučení školského poradenského zařízení. Zařazení žáka bez mentálního postižení do vzdělávacího programu určeného žákům s mentálním postižením, ke kterému v důsledku rozporné právní úpravy docházelo, výrazným způsobem omezuje jeho možnosti pokračování ve vzdělávání a získání odpovídajícího pracovního a společenského uplatnění. **Sociální nebo zdravotní znevýhodnění žáka či jiné než mentální postižení nemůže být samo o sobě důvodem pro vzdělávání v programu určeném žákům s mentálním postižením.**

I když byla vyhláška upravující vzdělávání žáků se zdravotním znevýhodněním novelizována, stále jsou zde závažné nedostatky, jež nejvíce poškozují samotné žáky.

## **5.2. Příprava pedagogů pro školní integraci**

Při přípravě pedagogů pro školní integraci zdravotně znevýhodněných žáků považuje Hájková (2008, s. 104) za „*mimořádně důležité*“:

- *„zúžitkovat vlastní životně a zkušenostně podmíněnou motivaci (danou osobní nebo sdílenou zkušeností s prožitkem chronického onemocnění), ve prospěch pozitivního přístupu k integraci zdravotně znevýhodněných žáků*
- *podporovat jejich individuální pedagogické předpoklady a individuální talent*
- *vštěpit jim žádoucí integrativní a interaktivní postupy tak, aby se staly jejich obecně užívaným humánním a demokratickým přístupem k řešení obecných (ve smyslu nejen vzdělávacích) společenských problémů“*

Ve školní integraci se jedná o realizaci pedagogiky, která uvádí i chronicky nemocné žáky do situace, ve které se sami snaží zapojit a uplatnit a mají při tom

k dispozici pole působnosti, nabídku činností, adekvátní přístupy a možnosti jednání. Komplexní profesní příprava pedagoga proto vyžaduje také studium aktivizačních metod a znalosti z oblasti zážitkové pedagogiky. Systém přípravného vzdělávání pedagogů u nás klade do popředí více studium jednotlivých vědních disciplín než trénink resp. rozšiřování sociální kvalifikace a prohlubování osobních dispozic (Hájková, 2008).

Aby mohl pedagog zaujmout nebo změnit svůj postoj a přístup k žákovi se zdravotním znevýhodněním, je také nezbytné speciálně pedagogické vzdělávání pedagogů jak na úrovni pregraduální, kdy je předmět speciální pedagogika zařazen ve vzdělávacím plánu studia, tak i na úrovni postgraduální například v rámci celoživotního vzdělávání. Důvodem je také neustále se zvyšující počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří se integrovaně vzdělávají a nadále budou vzděláváni na běžných základních školách.

Samozřejmě pedagog, který má svou určitou specializaci, nemůže znát všechny speciálně pedagogické kompetence tak, jak je získávají speciální pedagogové v rámci své vysokoškolské přípravy, aby dokázali reagovat na všechny speciální potřeby žáků. A proto je velice důležitá spolupráce například právě se školním speciálním pedagogem, jež by měl být součástí školního poradenského pracoviště (srov. Hájková, 2005).

### **5.3.Školní speciální pedagog a poradenské služby ve škole**

Náplň práce školního speciálního pedagoga vymezuje **vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních**, jejíž novela vyšla v roce 2011 (Vyhláška č. 116/2011 Sb.).

#### **V § 7 Škola je uvedeno:**

(1) Ředitel základní, střední a vyšší odborné školy zabezpečuje poskytování poradenských služeb ve škole zpravidla výchovným poradcem a školním metodikem prevence, kteří spolupracují zejména s třídními učiteli, učiteli výchov, případně s dalšími pedagogickými pracovníky školy. **Poskytování poradenských služeb ve škole může být zajišťováno i školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem.**

(2) Ve škole jsou zajišťovány poradenské služby v rozsahu odpovídajícím počtu a vzdělávacím potřebám žáků školy zaměřené na:

- a) prevenci školní neúspěšnosti,
- b) primární prevenci sociálně patologických jevů,
- c) kariérové poradenství integrující vzdělávací, informační a poradenskou podporu vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšímu profesnímu uplatnění,
- d) odbornou podporu při integraci a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, včetně žáků z jiného kulturního prostředí a žáků se sociálním znevýhodněním,
- e) péči o vzdělávání nadaných a mimořádně nadaných žáků,
- f) průběžnou a dlouhodobou péči o žáky s výchovnými či výukovými obtížemi a vytváření předpokladů pro jejich snižování a
- g) metodickou podporu učitelům při aplikaci psychologických a speciálně pedagogických poznatků a dovedností do vzdělávací činnosti školy.

Činnosti jednotlivých členů školního poradenského pracoviště definuje příloha č.3 - **Standardní činnosti školy**. Pro účely naší práce uvádíme pouze standardní činnosti školního speciálního pedagoga.

### **Standardní činnosti školního speciálního pedagoga**

- **Depistážní činnosti**

Vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich zařazení do speciálně pedagogické péče.

- **Diagnostické a intervenční činnosti** (péče o žáka/žáky se speciálními vzdělávacími potřebami)

- 1) Diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb žáka (shromažďování údajů o žákovi, včetně anamnézy osobní a rodinné), analýza získaných údajů a jejich vyhodnocení.

- 2) Vytyčení hlavních problémů žáka, **stanovení individuálního plánu podpory v rámci školy a mimo ni** (druh, rozsah, frekvenci, trvání intervenčních činností).



3) Realizace intervenčních činností, tj.

a) provádění, event. zajištění krátkodobé i dlouhodobé individuální práce s žákem (speciálně pedagogické vzdělávací činnosti, činnosti reedukační, kompenzační, stimulační),

b) provádění, event. zajištění speciálně pedagogické vzdělávací činnosti, činností reedukačních, kompenzačních, stimulačních se skupinou žáků,

c) participace na vytvoření individuálního vzdělávacího plánu (v kooperaci s třídním učitelem, učitelem odborného předmětu, s vedením školy, se zákonnými zástupci žáka, se žákem a s ostatními partnery podpůrného týmu uvnitř i vně školy),

d) průběžné vyhodnocování účinnosti navržených opatření, dle potřeby navržení a realizace úprav,

e) úpravy školního prostředí, zajištění speciálních pomůcek a didaktických materiálů,

f) zabezpečení průběžné komunikace a kontaktů s rodinou žáka (se zákonným zástupcem),

g) speciálně pedagogické poradenské intervence a služby pro žáky, zákonné zástupce a pedagogické pracovníky školy,

h) participace na kariérovém poradenství - volba vzdělávací cesty žáka - individuální provázení žáka,

i) konzultace s pracovníky dalších poradenských zařízení.

- **Metodické a koordinační činnosti**

1) Příprava a průběžná úprava podmínek pro integraci žáků se zdravotním postižením ve škole - koordinace speciálně pedagogických poradenských služeb na škole.

2) Kooperace se školskými poradenskými zařízeními a s dalšími institucemi a odbornými pracovníky ve prospěch žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.

3) Participace na vytváření školních vzdělávacích programů a individuálních vzdělávacích plánů s cílem rozšíření služeb a zkvalitnění péče o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

4) Metodické činnosti pro pedagogické pracovníky školy – specifika výuky a možnosti žáků dle druhu a stupně zdravotního postižení, návrhy metod a forem práce

se žáky - jejich zavádění do výuky, instruktáže využívání speciálních pomůcek a didaktických materiálů.

##### 5) Koordinace a metodické vedení asistentů pedagoga ve škole.

Na většině škol tvoří tým školního poradenského pracoviště pouze výchovný poradce a školní metodik prevence. Školní psycholog a školní speciální pedagog se vyskytuje v menší míře. Z formulace této problematiky ve vyhlášce se dá také chápat, že tyto dvě funkce jsou spíše nadstavbové. Přitom výsledek výzkumného šetření z let 2006/07, v rámci kterého byla provedena analýza současného stavu podpůrných podmínek a integračních opatření pro zdravotně znevýhodněné žáky ve třídách škol poskytujících základní vzdělávání v rámci systému českého školství, jež popisuje Hájková (2008), ukazuje využití poradenských služeb školního speciálního pedagoga 28 tříd a služeb speciálního pedagoga ze SPC 30 tříd. Bylo sledováno celkem 102 tříd osmi základních škol tří krajů České republiky. Kromě dalších skutečností bylo také zjištěno, že školy při řešení problémů v edukaci zdravotně znevýhodněných žáků využívají spolupráce s různými odborníky. Nejčastěji je uváděna spolupráce s výchovným poradcem (pracovníkem školy) – 16,6%, s externím speciálním pedagogem – 15,5%, s interním speciálním pedagogem - 14,5%, s psychologem – 13%, s odbornými lékaři – 13% apod. Výzkum tedy dokládá, že pokud je odpovídající poradenský pracovník přítomen ve škole jako součást školního poradenského pracoviště je využíván téměř ve stejné míře, v některých případech i více než externí pracovník.

Školní speciální pedagog působí především na těch školách, které využily projekt *Rozvoj a zdokonalení integrovaného diagnostického, informačního a poradenského systému v oblasti vzdělávání a volby povolání*, zkráceně označovaný jako **VIP-Kariéra**, který byl realizován s podporou Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu. Byl zahájen 1.9.2005 a zakončen 30.9.2008. Řešiteli projektu byli IPPP ČR (Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR) a NÚOV (Národní ústav odborného vzdělávání). IPPP ČR se zabýval vytvářením a činnostmi školních poradenských pracovišť (ŠPP) a prezenčním vzděláváním odborníků ze škol zapojených do projektu. IPPP ČR vytvořil v rámci projektu školní poradenská pracoviště, ve kterých působili školní psychologové a školní speciální pedagogové. Ti získávali po celou dobu projektu společně s dalšími odborníky zapojených škol metodickou

a vzdělávací podporu ze strany IPPP ČR (<http://www.kvalita1.nuov.cz/img/6c961513dcfb0911f42bdb3be26a7ec6.doc>).

Z výše uvedené vyhlášky č. 72/2005 Sb. o poradenských službách ve škole a školských poradenských zařízeních rovněž mimo jiné plyne, že mezi standardní činnosti školního speciálního pedagoga patří též činnost diagnostická a intervenční. Současná speciálně pedagogická diagnostika, na jejímž základě obvykle probíhá uznání speciálních vzdělávacích potřeb žáka, by měla být obohacena o sledování základních psychosociálních aspektů, které chronickou nemoc transformují do stavu zdravotního znevýhodnění, o sledování jejich dopadů na kognitivní, afektivní i mentální sféru a psychomotorický a socializační vývoj znevýhodněného žáka (Hájková, 2008).

Hájková (2008) dále uvádí, že diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb chronicky nemocného žáka je nevyhnutelná vzhledem k potřebě stanovit integrační opatření včetně doporučení adekvátních metodických postupů. Rovněž se vyjadřuje k nedořešeným a problematickým oblastem poradenské a speciálně diagnostické činnosti ve vztahu ke zdravotně znevýhodněným žákům (2008, s. 86):

- *„principy a pravidla diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb zdravotně znevýhodněných žáků jako nástroje k integraci těchto žáků*
- *definice specifikující kategorii žáků se zdravotním znevýhodněním pro účely speciálně pedagogické diagnostiky a poradenství*
- *rámcová struktura zprávy z vyšetření ve školských poradenských zařízeních*
- *absence metodických materiálů pro vzdělávání zdravotně znevýhodněných žáků*
- *osnova tvorby individuálního vzdělávacího plánu“*

Jak již bylo uvedeno je kromě diagnostiky a dalších činností náplní práce školního speciálního pedagoga také poradenství, jež je dle Hájkové (2008, s. 98) *„proces, při kterém se střídají analýza a intervence (proces spojující diagnózu a terapii). Tento proces je udržován v chodu vzájemným působením různých interakčních partnerů (přinejmenším dvou: poradce a klienta). Zmíněné vzájemné působení může být při práci školního speciálního pedagoga rovněž chápáno jako kooperace...“*

Poradenské služby speciálních pedagogů na základních školách jsou určeny především rodičům, vedení školy a učitelům. Radit učitelům přitom znamená seznamovat je s obecně použitelnými a aplikovatelnými modely práce s integrovanými žáky (Hájková, 2008).

## 5.4. Integrace

Výraz integrace může být chápán v mnoha rovinách a souvislostech. Jedná se kupříkladu o integraci sociální nebo školní. Například **integraci sociální** uvádí Dvořák (2001, s. 93) jako „*plnohodnotné soužití zdravých a hendikepovaných jedinců, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života (vzdělávání, zaměstnání, volný čas); zapojení, včlenění jedince (s postižením) do běžné populace.*“

Pro tuto bakalářskou práci je zásadnější termín školní integrace. Obecně je termín **školní integrace** nejčastěji užíván ve dvojitým smyslu – jako označení:

- (v širším smyslu) rámcových podmínek odpovídající praxe společného vyučování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami spolu s žáky bez těchto potřeb;
- (v užším smyslu) pedagogického jednání učitelů respektující vzdělávací politiku a instituce, které směřují k vytvoření nevyčleňující kultury (Hájková, 2005).

Hájková (2005, s. 27) cituje definici, kterou vytvořil Bürli (2004):

„*a) úsilí zajistit – b) takovou výchovu a vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami – c) v nerestriktivním prostředí – d) prostřednictvím různorodé nabídky – e) vzdělávacích možností a postupů, s ohledem na – f) jejich osobní zájmy a současně – g) celospolečenské trendy ve výchově a vzdělávání.*“ Jednotlivé části definice specifikují budoucí roli speciálních vzdělávacích institucí v integračním procesu.

- a) termín *úsilí* naznačuje, že se nejedná o stav, nýbrž o dynamický proces, o cílenou snahu vedoucí k ideálnímu stavu
- b) jedná se o změnu nabídky, která se více zaměřuje na individuum a jeho potřebu, než-li na instituci a její možnosti, postižení se jeví relativním a kontextuálním pojmem
- c) které již nemá vazbu na konkrétní předem určené místo pro vzdělávání osob s postižením

- d) nabídka podpory speciálních potřeb v prostředí běžné školy je přitom preferována, jakkoliv zůstává i alternativa k ní dispozici pro volbu postižených
- e) integrace v úzce edukačním pojetí se zaměřuje na cíle jako jsou: vzdělání, podpora ve škole, výchova aj.
- f) školní integrace není jen otázkou obecných principů, ale také subjektivních emocionálních potřeb, osobní volby jedince, sociálních komponent v jeho životě aj.
- g) integrace není oproti samoučelnému obnažení segregace ve vzdělávací oblasti jen kvantitativním procesem, nýbrž kvalitativním, povaha a rozsah společné účasti ve škole nejsou stanoveny navěky a přesně; musí být stanoveny jako optimum na základě konkrétní situace, v níž se jedinec ocitl.

Podle Hájkové (2005) integrace nepředstavuje metodu ani léčebný postup, který by měl sám o sobě hodnotu úspěchu, je to způsob života a lidského bytí ( v tomto případě se jedná o speciální případ existence postižených a nepostižených), pro který se může nebo nemusí rozhodnout společnost a její podsystemy (např. školní instituce) a který musí jako takový zůstat vázán na konkrétní situaci a být časově volitelný.

Integrace může být pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami přínosem pouze v případě, že budou splněny určité podmínky ve škole a též musí být brán zřetel na osobnostní předpoklady integrovaného jedince.

Úspěšná integrace může mít pozitivní vliv nejen na integrovaného jedince, na rozvoj jeho osobnosti, ale také má pozitivní vliv na ostatní žáky bez postižení – naučí se respektovat odlišnosti, toleranci atd. Nutným předpokladem integrace je podle Kubíče, Kubíčové (2001), jejichž názor uvádí (Hájková, 2008), právě sociální adaptabilita dítěte, dostatečná míra jeho volných vlastností nezbytných k překonávání překážek ve škole i odpovídající rozumové schopnosti.

Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami vyžaduje dle Pipekové (2006) vytvoření určitých podmínek, kterými jsou především:

- Příprava a uspořádání třídy a školy
- Odborná připravenost pedagogů
- Přijetí spolužáky, kolektivem třídy

- Příprava kolektivu
- Systematická spolupráce s rodinou
- Zajištění potřebného materiálního vybavení
- Nižší počet žáků ve třídách
- Souhlas rodičů, ředitele dané školy a doporučení příslušného poradenského pracoviště.

Integrovaná výchova a vzdělávání jsou pro člověka podstatné, neboť navíc realizují jeho základní právo na spolubytí s druhými. Integrace přijímá postižení ve všech jeho důsledcích, neodstraňuje postižení a do mezilidských vztahů může bezpochyby přinést také bolestivé zkušenosti (Hájková, 2005).

Nabízí se nám tedy otázka: „Integrace ano či ne?“ V literárních zdrojích nenacházíme jednotnou odpověď. Jednotliví autoři se liší ve svých názorech, avšak převládá fakt – integrace ano ve smyslu kladného přínosu pro všechny zúčastněné, ale ne za každou cenu a ne bez rozdílu pro každého. Musí být splněny určité podmínky na obou stranách, aby se integrace úspěšně zdařila.

## **5.5. Inkluze**

Vzdělávací inkluze je chápána jako koncept vzdělávání v prostředí vzájemného porozumění a akceptace odlišnosti ve společnosti, která staví sociální odlišnost na úroveň sociální normy (Hájková, 2008).

V některé odborné literatuře jsou termíny integrace a inkluze považovány téměř za synonyma, jindy jsou uváděna jako dva na sebe navazující nebo úplně rozdílné subjekty. V níže uvedené tabulce jsou patrné rozdíly integrační a inkluzivní školní praxe.

Tabulka: **Modality integrační a inkluzivní školní praxe** (Háková, 2002 in Hájková, 2005, s. 71)

<b>Integrační školní praxe</b>	<b>Inkluzivní školní praxe</b>
- začlenění žáka do běžné školy	- sdílení školního života v běžné škole
- diferencovaný systém podle typu poruchy	- všezahrnující systém
- teorie dvou skupin	- teorie jedné heterogenní skupiny
- přijetí postižených dětí	- změna pojetí školy
- přístup orientovaný na individuuum	- systémový přístup
- zaměření na institucionální úroveň	- zaměření na emocionální, sociální, vzdělávací úroveň
- řešení pro děti s označením „postižený žák“	- řešení pro školu
- speciální podpora pro postižené děti	- společné a individualizované učení
- individuální kurikulum pro jednotlivce	- individualizované společné kurikulum
- individuální vzdělávací plány	- společné plánování a reflexe všech žáků
- speciální podpora postiženým žákům	- speciální pedagogická podpora škole a učitelům
- rozšíření působnosti speciální ped. směrem do obecné pedagogiky	- změna obou disciplín
- kombinace obecné a speciální pedagogiky	- syntéza obecné a speciální pedagogiky
- supervize expertů	- spolupráce týmu odborníků

Rozdíl mezi integrační a inkluzivní školní praxí je markantní a společnost čeká ještě velké množství práce, než dosáhne inkluze ve vzdělávání. Zásadně se musí změnit hlavně přístup k řešení problémů spojených se zařazováním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do vzdělávacího systému.

## **6. Případová studie**

Případová studie se zabývá konkrétním dítětem se zdravotním znevýhodněním ve třídě základní školy.

### **6.1. Vymezení cíle a metod studie**

Stanoveným cílem je upozornit na skutečnost, že žák se zdravotním znevýhodněním má právo na speciálně pedagogickou podporu ve smyslu využití funkce školního speciálního pedagoga, a individuální přístup při vzdělávání. A rovněž potvrdit nebo vyvrátit fakt, že chronická choroba, která není na první pohled viditelná, má vliv na vývoj osobnosti dítěte a je potřeba tomuto problému věnovat pozornost.

Pro samotnou studii jsem vybrala dívku trpící kombinací chronických onemocnění diabetes mellitus 1. typu a celiakie. Z etických důvodů bylo její jméno změněno. Dívka navštěvuje menší venkovskou školu ve Středočeském kraji.

Jako metodu šetření jsem zvolila případovou studii, která nám pomůže nahlédnout sice velice konkrétně, ale více do hloubky v dané problematice. K získání informací jsem použila rozhovory a pozorování. Rozhovory byly provedeny s matkou, s dívkou se zdravotním znevýhodněním a pedagogy (učiteli, kteří učili Aničku na prvním a druhém stupni ZŠ).

### **6.2. Popis šetření**

Samotná studie probíhala bez závažných komplikací, i když na úplném začátku jsem měla problém se získáním vhodného dítěte. Najít vhodného respondenta bylo obtížné, jelikož chronická nemoc bývá citlivým tématem právě proto, že není tak zřetelná a dítě se svým zevnějškem často neliší od intaktních dětí. Někteří rodiče neradi hovoří o nemoci jejich dítěte a nechtějí cizímu člověku podávat osobní informace a detaily o své rodině a rodinné situaci. Rovněž jsem se při hledání dítěte setkala s tím, že učitelé nerozlišovali termíny zdravotní znevýhodnění a zdravotní postižení.

Nejprve jsem se zaměřila na rozhovor s matkou dívky, který se týkal osobní a rodinné anamnézy. Dále jsem se setkala s dívkou a poté s několika učiteli, kteří ji učili na prvním stupni ZŠ a nebo ji v současné době učí na druhém stupni ZŠ. Tyto



rozhovory jsem následně doplnila o výsledky pozorování dívky při vyučování a také při některých volnočasových aktivitách.

### **6.3. Vlastní případová studie**

**Jméno:** Anička

**Rok narození:** 1999

**Věk:** 13 let, žákyně 7. třídy ZŠ

**Diagnóza:** diabetes mellitus 1. typu, celiakie

#### **Rodinná anamnéza**

**Matka:** 35 let, vystudovala střední ekonomickou školu, nyní pracuje jako referentka na obecním úřadu. Již od dětství vede Aničku k samostatnosti a k tomu, aby své nemoci brala jako součást života. Říká, že nemá ráda, když o Aničce někdo mluví ve smyslu „*ta vaše holčička je chudák nemocná.*“ Sama Aničku za nemocnou nepovažuje, pokud má diabetes dobře kompenzovaný a dodržuje bezlepkovou dietu, tak je podle ní vlastně zdravé dítě.

**Otec:** 36 let, vystudoval střední průmyslovou školu, pracuje jako technik ve strojírenství.

Oba rodiče jsou zdraví, nemají povědomí o výskytu diabetu 1. typu nebo celiakie v příbuzenstvu.

**Bratr:** 10 let, žák ZŠ, zdravý. Dříve docházel každý rok na vyšetření, aby se vyloučily nebo byly zjištěny nemoci, kterými trpí sestra. Podle matky je to zbytečné, nechce ho těmito zákroky zatěžovat a stresovat.

Rodina je úplná, vztahy se zdají být bezproblémové. Ostatní rodinní příslušníci přijali nemoci Aničky s pochopením, pouze jedna z babiček měla obavy, zda se dokáže o vnučku postarat, proto ji odmítala hlídat zejména v batolecím a předškolním věku. Postupem času, se zvyšující se samostatností dívky, se obavy snižují.

## **Osobní anamnéza**

Anička se narodila jako první dítě ze dvou. Těhotenství probíhalo bez komplikací. Problémy se ale vyskytly během porodu, proto museli lékaři přistoupit k porodu císařským řezem. Anička měřila 53 cm a vážila 3500g. Holčička i matka byly po porodu v pořádku. Celkový vývoj Aničky byl v normě, rodiče nepozorovali nic nápadného.

Příznaky nemoci se objevily ve dvou letech. Projevovaly se nadměrnou žízní se zvýšeným přísunem tekutin a nadměrným močením. Rodiče si mysleli, že se jedná o nachlazení a navštívili dětského lékaře. Ten kromě běžného vyšetření provedl i vyšetření hladiny cukru v krvi, která byla vysoká. Ihned je odeslal do okresní nemocnice, kde byla potvrzena diagnóza diabetes mellitus 1. typu. Vzhledem k věku, byla Anička předána do péče lékařů v Praze Motole, v jejichž péči zůstala doposud a pravidelně sem dojíždí na kontroly. Po propuštění z nemocnice rodiče Aničce aplikovali inzulin injekcemi.

Při pravidelných kontrolních vyšetřeních byla Aničce ve čtyřech letech diagnostikována další choroba – nesnášenlivost lepku – celiakie. Tato dvě onemocnění v mnoha případech probíhají současně, protože vznikají na stejném, tedy autoimunitním podkladu. V této době přešla Anička na aplikaci inzulínu inzulinovým perem. Od deseti let má k dispozici inzulinovou pumpu, což je pro ni značná změna k lepšímu.

Anička je veselá dívka, přátelská, i když jak sama říká k tomu, aby navázala kamarádství potřebuje více času. V současné době navštěvuje sedmou třídu základní školy. Školnímu kolektivu se nijak nestraní. Z rozhovorů s učiteli vyplynulo, že ji nepovažují za nijak odlišnou a přistupují k ní jako ke všem ostatním žákům. Ve volném čase chodí do divadelního kroužku, tanečního kroužku a hraje na piano. Kroužky jí hodně baví, ze všeho nejvíce si zalíbila divadelní kroužek, kde se může stát na chvíli „někým jiným“. V pohybových aktivitách není ničím omezována. Stále však musí myslet na to, aby dodržela vyrovnaný stav fyzické námahy, dávky jídla a dávky inzulínu.

## **Školní anamnéza**

### Mateřská škola

Do mateřské školy šla Anička ve třech letech. Zde nebyl problém s aplikací inzulínu, ani s bezlepkovou dietou, neboť jí maminka aplikovala inzulín ráno před snídaní a na oběd již byla zpět doma. Mezi dětmi se cítila dobře, bez větších problémů se zapojovala do kolektivu a do dění v mateřské škole.

### Základní škola

Do základní školy nastoupila v šesti letech. Do první třídy začala chodit s dětmi, s nimiž se znala ze školky. Není si vědoma, že by se jí některý ze spolužáků posmíval kvůli jejím nemocem. Spíše převládal zájem spolužáků například když si v družině aplikovala inzulín a měřila hladinu cukru v krvi. Někdy byla více unavená, ale družinářka, která byla současně i její učitelkou dějepisu, to nepovažuje za nic závažného. „*Jen si chvilku odpočinula a pak si zase hrála s ostatními.*“

Na prvním stupni byla spolupráce rodiny se školou větší hlavně proto, že zde mají žáci téměř na všechny předměty jednu učitelku. Třídní učitelka, se zajímala o informace ohledně nemocí, kterými Anička trpí. Jelikož matka pracuje ve stejné obci nedaleko školy, do které Anička dochází není problém, aby se v případě potřeby, když ze školy zavolají, rychle dostavila za svojí dcerou. Zvolila tuto práci právě proto, aby mohla být dceři nablízku.

Na druhém stupni základní školy, který v současné době Anička navštěvuje, však zůstala spolupráce rodiny a školy pouze na této (telefonické) úrovni. Oběma stranám prý stačí, že mohou dát matce vědět telefonicky. Tím, že Anička používá inzulínovou pumpu není již tolik závislá na péči ostatních. Rovněž je ve věku, kdy soustavnou péči rodičů odmítá. Také se u ní nevyskytly závažnější komplikace jako je např. vážná hypoglykémie, tím pádem nevznikl důvod učitelů se o problém více zajímat. Několikrát se stalo, že Anička měla během vyučování mírnou nevolnost, ale stále u sebe má nějaký bonbon a sama pozná, když není něco v pořádku.

Ještě než nastoupila na druhý stupeň nepovažovala svoje nemoci za problém. Odmala měla všechny činnosti okolo svých nemocí naučené a brala je jako samozřejmost. Sama nepocítuje výraznou rozdílnost oproti ostatním dětem, ovšem vadí

jí, že nemůže jíst stejná jídla kvůli celiakii. Také by si ráda se spolužačkami zašla třeba do cukrárny nebo na zmrzlinu, ale stále se musí ohlížet na to, co smí a nesmí jíst. Do školy si donáší hotové jídlo, protože zde nevaří bezlepkovou stravu. Paní kuchařky jsou velice ochotné a donesené jídlo jí vždy ohřejí. Aby se mohla se spolužáky zúčastnit lyžařského výcviku, musela jí maminka předem domluvit, zda jí tam uvaří bezlepkovou stravu ze surovin, které si doveze.

Během posledního roku měla dívka problémy s přijetím svých nemocí, což odpovídá uvažování a postojům dospívajícího člověka. Jak uvádí Vágnerová (2008) v období dospívání se mění mimo jiné také postoj k vlastní nemoci. Dospívající by ji měl přijmout jako součást své identity, ale může se proti ní i bouřit a odmítat ji, protože může cítit ohrožení z hlediska profesní volby a mezilidských vztahů. To je v protikladu k období raného školního věku, kdy realismus tohoto věku přijímá každou skutečnost jako něco daného a o jiných variantách ani o budoucnosti neuvažuje.

Anička nemoci odmítala, nechtěla používat inzulínovou pumpu a dodržovat bezlepkovou dietu. Rodiče museli vyhledat pomoc odborníka, protože sami situaci nezvládali. Jelikož Anička navštěvuje menší venkovskou školu, kde není ustanovena funkce školního psychologa ani školního speciálního pedagoga, nezbylo rodičům nic jiného, než se obrátit na externího psychologa. Anička také strávila několik dní v nemocnici, aby se opět upravila hladina krevního cukru a dávky inzulínu. Rovněž školní prospěch se v tomto období mírně zhoršil, Anička byla přecitlivělá a na některé situace reagovala nepřiměřeně. Do této doby neměla s učením problémy, počtem zameškaných hodin se nijak nelišila od ostatních spolužáků.

Je ovšem nutné podotknout, že na škole působí v rámci tří speciálních tříd speciální pedagogové, kteří jsou zaměstnanci školy. V této škole se také integrovaně vzdělává několik dětí s postižením, jež mají k dispozici asistenta pedagoga. Na prvním stupni je to například žák s autismem. Dalo by se říci, že v případě potřeby se mohou učitelé integrující zdravotně postižené nebo zdravotně znevýhodněné dítě poradit s přítomnými speciálními pedagogy. V praxi to však takto na zmíněné škole nefunguje. Je zde viditelné, že na Aniččiny problémy je pohlíženo hlavně, a to i ze strany rodičů a pedagogů, z medicínského hlediska. Pokud nemá žádný somatický problém, je podle nich v pořádku celkově. Tato skutečnost vyšla najevo také při rozhovoru s matkou, kdy

se o psychických problémech své dcery zmínila jen okrajově, jako o něčem málo významném. I když několikero sezení u psychologa v současné době situaci urovnalo, je vzhledem k věku dívky možné, že se podobné situace budou opakovat nebo se projevit v horší podobě. Anička se dostává do období dospívání, které je mimo jiné charakteristické emoční nestabilitou, nápadnými změnami nálad, impulzivitou. Musí se vyrovnávat sama se sebou a svým chováním. Toto vše má ztížené faktem, že se trochu od ostatních liší, i když to není na první pohled vidět.

#### **6.4. Shrnutí případové studie**

Případová studie byla zaměřena na konkrétní dítě se zdravotním znevýhodněním. Jednalo se o dívku navštěvující 7. třídu základní školy, která má lékařskou diagnózu – diabetes mellitus 1. typu a celiakie.

##### 1. Rovina působení zdravotního znevýhodnění na dítě

V oblasti působení chronické nemoci na osobnost dítěte vyšla studie v souladu s mým stanoviskem i teoretickými poznatky získanými studiem odborné literatury. V tomto případě má chronická nemoc vliv hlavně na psychickou rovinu osobnosti dívky, stejně tak došlo i ke změně chování. Dívka odmítala své onemocnění a léčbu a musela být v péči odborníka – psychologa. V rovině sociální nebyl zásadní vliv zjištěn.

##### 2. Oblast informační

Zrovna tak z hlediska informovanosti o problematice zdravotního znevýhodnění jsem během rozhovorů zjistila informační deficit a zlehčování problémů u rodičů, ale i u pedagogů, projevující se absencí zájmu o jinou než tělesnou stránku dítěte.

##### 3. Školní speciální pedagog a speciálně pedagogická podpora

Využití vyrovnávacích opatření a školního speciálního pedagoga se mi v tomto případě nepodařilo jednoznačně prokázat. Vhodné by bylo doplnit tuto studii kasuistikou žáka se stejným onemocněním, který se vzdělává ve škole, kde působí také školní speciální pedagog, abych mohla obě studie vzájemně porovnat. Toto může být podnětem k dalšímu zkoumání. Samozřejmě srovnání by muselo být provedeno s ohledem na fakt, že dvě děti se stejnou diagnózou nemusí mít zákonitě stejné problémy, což souvisí s výše uvedenými nedostatky v diagnostice.

Nicméně jak již bylo zmíněno, jednou z činností školního speciálního pedagoga je depistážní činnost, tedy vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a převzetí do speciálně pedagogické péče, a rovněž stanovení individuální podpory. Mohl by tedy s dívkou pracovat v návaznosti na vývojové období, v němž se žákyně nachází a zabránit tak vzniku závažnějších psychickým problémů. Zmiňovaná absence metodiky práce s žáky se zdravotním znevýhodněním však může být problémem, z toho vyplývá, že veškerá snaha závisí jen na iniciativě jednotlivců.

## **Závěr**

V dnešní době je trendem zapojovat děti s postižením do běžného vzdělávacího procesu. To je samozřejmě v pořádku, ale zároveň je zapomínáno na děti, na kterých není na první pohled jejich znevýhodnění viditelné, přesto je pro ně velkou zátěží.

Bakalářská práce s názvem „Dítě se zdravotním znevýhodněním ve třídě“ se zabývala problematikou zdravotního znevýhodnění při vzdělávání na základní škole. Cílem bylo zviditelnit skutečnost, že tyto děti mají odlišné vzdělávací potřeby než žáci intaktní, tzn. mají nárok např. na individuální přístup, na obsahovou nebo časovou úpravu vyučování, a tímto zvýšit povědomí a informovanost veřejnosti o dané problematice. Dalším záměrem bylo zmapovat možnosti speciálně pedagogické podpory žáků se zdravotním znevýhodněním, zejména roli školního speciálního pedagoga. Dále jsem se zaměřila na to, jak dlouhodobá nemoc, která působí na dítě, ovlivní jeho život, tedy jeho psychickou stránku, chování a rovněž sociální dovednosti.

Práce byla rozčleněna do šesti hlavních kapitol. V prvních třech kapitolách jsem se věnovala vymezení pojmů jako je zdravotní znevýhodnění a chronické onemocnění. Uvedla jsem příklady chronických onemocnění, která jsou nejčastěji příčinou zdravotního znevýhodnění a s nimiž se mohou učitelé setkat u svých žáků. Na některá onemocnění jsem se zaměřila podrobněji.

Ve čtvrté kapitole jsem sledovala vliv chronického onemocnění na kvalitu života dítěte. Zde byl podpořen můj názor na to, že dlouhodobé působení nemoci na vyvíjející se osobnost dítěte má vliv na jeho psychiku, sociální dovednosti a chování.

Pátá kapitola se zabývala systémem vzdělávání zdravotně znevýhodněných žáků v České republice. Mapovala jsem legislativní opatření, jimž je vzdělávání žáků se zdravotním znevýhodněním v ČR podřízeno. Zjistila jsem, že tato oblast se vyznačuje nedostatky, jejichž důsledky se projevují v samotném přístupu učitelů ke zdravotně znevýhodněným žákům. Legislativa sice stanovuje vyrovnávací opatření pro tyto žáky, ale ta nejsou metodicky ani organizačně podpořena. Individuální přístup je ztížen tím, že není legislativně upraveno snížení počtu žáků ve třídě.

Dále jsem se zaměřila na profesní přípravu pedagogů integrujících žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. V této oblasti jsou stále ještě upřednostňovány

teoretické znalosti pedagogů před prohlubováním osobních dispozic, před znalostmi aktivizačních metod a metod zážitkové pedagogiky, jež by jim usnadnily práci se znevýhodněnými žáky. Školní speciální pedagog, jako jeden ze zástupců školního poradenského týmu, má svou nezastupitelnou roli při vzdělávání zdravotně znevýhodněných žáků. Z legislativy ovšem vyplývá skutečnost, že je považován spolu se školním psychologem za nadstavbovou záležitost, což se promítá i do praxe a projevuje se tím, že školní speciální pedagog působí na omezeném množství základních škol.

Prostřednictvím případové studie jsem získala informace o každodenním životě konkrétní zdravotně znevýhodněné žákyně, která navštěvuje sedmý ročník ZŠ. Zajímala jsem se o to, jak chronická nemoc na její život působí, jak svou nemoc ona sama vnímá a jaký postoj zaujímají k ní a její nemoci rodiče a učitelé. Dlouhodobě nemocné dítě přijímá svou nemoc v různých etapách života jinak. V tomto případě začala mít dívka problém s přijetím nemoci v období dospívání, což odpovídá psychickým změnám člověka v tomto životním období. Rodiče i učitelé k dívce přistupují hlavně z medicínského hlediska, tedy podle toho, jak ji nemoc ovlivňuje po stránce somatické. I když se u dívky vyskytly psychické potíže, rodiče je připouštěli pouze okrajově. Neprojevuje se zde ani snaha učitelů radit se se speciálními pedagogy pracujícími na škole, kde dívka studuje.

Problematicke zdravotního znevýhodnění je potřeba se i nadále věnovat na teoretické i praktické úrovni. Hlavně v oblasti legislativy upřesnit a zkonkretizovat vyrovnávací opatření týkající se zdravotně znevýhodněných žáků a metodicky je podpořit např. na základě zkušeností pedagogů, kteří s těmito žáky již pracují a jejichž metody se jim osvědčily. Dle mého názoru by bylo rovněž velkým přínosem působení školního speciálního pedagoga na větším počtu základních škol, v nichž jsou integrováni žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Zapotřebí jsou i změny v diagnostice, zejména nahradit dosavadní stanovení speciálních vzdělávacích potřeb zdravotně znevýhodněných dětí podle lékařské diagnózy komplexem poznatků, které budou korelovat s mírou dopadu onemocnění na jednotlivé složky osobnosti dítěte v různých vývojových obdobích.



Další možností, jak podpořit žáky, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni či jsou v domácí péči, je vzdělávání přes internet. Například prostřednictvím portálu „Škola za školou“, v němž je obsaženo učivo z běžně užívaných učebnic pro žáky 5. – 9. tříd. Žáci se zde mohou připravovat na vyučování, procvičovat probíranou látku a také plnit úkoly a testy zadávané učitelem.

Tato bakalářská práce může mít význam pro pedagogy, kteří mají ve své třídě dítě s chronickým onemocněním. Pomůže jim získat přehled o dané problematice a uvědomit si, že na takového žáka nemohou pohlížet jen z lékařského hlediska podle stanovené diagnózy. Rovněž mohou být tímto motivováni k dalšímu zájmu o získávání informací ohledně psychických, sociálních a vzdělávacích problémů zdravotně znevýhodněného žáka, na jejichž základě zvolí vhodná vyrovnávací opatření. Tím zdravotně znevýhodnění žáci získají v co nejvyšší možné míře vyrovnanou pozici při vzdělávání jako jejich intaktní spolužáci.

## Seznam literatury a zdrojů

- ADÁMKOVÁ, V., 2010. *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-413-1
- ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Vyd. 1. Praha: Galén. 111s. ISBN 978-80-7262-600-7
- DVOŘÁK, J., 2001. *Logopedický slovník terminologický a výkladový*. Vyd. 2. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-2-8
- FIALOVÁ, I. Specifika edukace dětí a žáků s epilepsií. In: PIPEKOVÁ, J. ed., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0
- FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Triton. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0
- FRIČ, P., MENGEROVÁ, O., 2008. *Celiakie. Bezlepková dieta a rady lékaře*. Vyd. 1., Čestlice: Medica Publishing. 188 s. ISBN 978-80-85936-62-9
- HAINEROVÁ, I., 2009. *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf. 114s. ISBN 978-80-7345-196-7
- HÁJKOVÁ, V., 2005. *Inregrativní pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. 123 s. ISBN 80-86856-05-4
- HÁJKOVÁ, V., 2008. *Podpora speciálních vzdělávacích potřeb žáků se zdravotním znevýhodněním*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 137 s. ISBN 978-80-7290-344-3
- JUCOVIČOVÁ, D. aj., 2009. *Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami*. Vyd. 1. Praha: D + H. 158 s. ISBN 978-80-87295-00-7
- LEBL, J., PRŮHOVÁ, Š., ŠUMNÍK, Z. aj., 2008. *Abeceda diabetu. Příručka pro děti a mladé dospělé, kteří chtějí o diabetu vědět víc*. Vyd. 3. rozš. Praha: Maxdorf. 184 s. ISBN 978-80-7345-141-7
- MATĚJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Vyd. 3. Jinočany: H a H. ISBN 80-86022-92-7
- MÜLLER, O. aj., 2001. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0231-9
- OPATŘILOVÁ, D. aj., 2006. *Pedagogicko – psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita. 292 s. ISBN 80-210-3977-9

PIPEKOVÁ, J. ed., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2. rozšř. a přeprac. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0

RYBKA, J., 2007. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 978-80-247-1671-8

ŘÍČAN, P. KREJČÍŘOVÁ, D. aj., 2006. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 4. Praha: Grada. 604 s. ISBN 80-247-1049-8

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. rozšř. a přeprac. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4

VÍTEK, J. Epilepsie – současná klasifikace, diagnostika a léčba. In: PIPEKOVÁ, J. ed., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2. rozšř. a přeprac. Brno : Paido. ISBN 80-7315-120-0

VÍTKOVÁ, M., 1998. *Paradigma somatopedie*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta. ISBN 80-210-1953-0

Komplikace diabetu. *Diaplzen.cz* [online]. Plzeňská organizace Svazu diabetiků ČR. [Cit. 13.2.2012]. Dostupné z: [http://www.diaplzen.cz/diabetes/Obecne\\_o\\_diabetu/4.%20Akutni%20komplikace%20diabetu.pdf](http://www.diaplzen.cz/diabetes/Obecne_o_diabetu/4.%20Akutni%20komplikace%20diabetu.pdf)

Léčba diabetu. *Diaplzen.cz* [online]. Plzeňská organizace Svazu diabetiků ČR. [cit. 13.2.2012]. Dostupné z: [http://www.diaplzen.cz/diabetes/Obecne\\_o\\_diabetu/7.%20Lecba.pdf](http://www.diaplzen.cz/diabetes/Obecne_o_diabetu/7.%20Lecba.pdf)

Léčba obezity. *Obezita.cz* [online]. © 2012 ROCHE, s.r.o. [cit. 21.1.2012]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/obezita/lecba/>

*Vip.nuov.cz* [online]. [cit. 14.2.2012]. Dostupné z: <http://www.kvalita1.nuov.cz/img/d3884885c8f0536b31073be6ffa54002.doc>

Vyhláška 72/2005 Sb. poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních v platném znění. *Portal.gov.cz* [online]. © 2003-2011 Ministerstvo vnitra, [cit. 18.11.2011]. Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=72%2F2005&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=72%2F2005&number2=&name=&text=)

Vyhláška 73/2005 Sb. vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami v platném znění. *Portal.gov.cz* [online]. © 2003-2011 Ministerstvo vnitra, [cit. 19.1.2012]. Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=73%2F2005&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=73%2F2005&number2=&name=&text=)

Zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělávání (Školský zákon) v platném znění. *Portal.gov.cz* [online]. © 2003-2011 Ministerstvo vnitra, [cit. 19.1.2012]. Dostupné z:

[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=561%2F2004&number2=&name=&text](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=561%2F2004&number2=&name=&text)