



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha dětské sestry v prostředí základní školy

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kateřina Doležalová

Vedoucí práce: Mgr. Milena Mágrová

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Úloha dětské sestry v prostředí základní školy*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2024

.....

Kateřina Doležalová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Mileně Mágrové za cenné rady, odborné vedení, vstřícnost, ochotu, připomínky a konzultace. Poděkování patří také všem osloveným pedagogům základních škol a rodičům dětí s chronickým onemocněním za ochotu, čas a poskytnutí cenných informací ke zpracování výzkumné části mé bakalářské práce. Za trpělivost, pomoc a podporu nejen při psaní bakalářské práce, ale i po celou dobu studia, bych chtěla poděkovat své rodině.

Úloha dětské sestry v prostředí základní školy

Abstrakt

Současný stav: V současné době je komunitní ošetrovatelská péče o děti v České republice velmi málo rozšířena, přestože do privatizace primární péče byla poskytována skrze Školní zdravotní službu, jejíž součástí byla školní sestra. Většina evropských zemí a téměř 102 zemí světa považuje školní ošetrovatelství za důležitou oblast komunitní péče, která podporuje zdraví dětí během jejich školní docházky. Tato služba zahrnuje včasnou, dostupnou a rovnocennou zdravotní péči v místě vzdělávání, což podporuje zdravý vývoj dětí a taktéž vzájemný vztah mezi zdravím a vzděláváním. S nárůstem chronických onemocnění u dětí a dospívajících pedagogové často realizují výkony, ke kterým nemají kompetence, na rozdíl od dětských sester, dle vyhlášky č. 391/2017 Sb. Na druhé straně jsou školy a školská zařízení povinny vytvářet podmínky pro zdravý vývoj dětí zajištěním ochrany jejich zdraví.

Cíle práce: Prvním cílem bylo zmapovat možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogickými pracovníky na vybraných základních školách. Druhým cílem bylo zmapovat, jaká péče je poskytována dětem s chronickým onemocněním na vybraných základních školách. S druhým cílem úzce souvisí i třetí stanovený cíl, u kterého jsme zjišťovali nejčastější omezení, se kterými se potýkají děti s chronickým onemocněním na vybraných základních školách. Čtvrtým cílem bylo zjistit postoje rodičů chronicky nemocných dětí k zavedení pozice komunitní dětské sestry do prostředí základní školy.

Metodologie: Výzkumné šetření bylo zpracováno formou kombinované kvantitativně-kvalitativní analýzy. Kvantitativní výzkum byl proveden prostřednictvím nestandardizovaných dotazníků, které byly rozeslány online formou pedagogům základních škol v Plzeňském a Jihočeském kraji. Před samotným sběrem dat proběhla pilotní studie s 5 respondenty. V rámci dotazníkového šetření bylo získáno a následně zpracováno 104 dotazníků. Sběr dat probíhal v listopadu a prosinci roku 2023. Kvalitativní výzkum byl realizován prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s rodiči dětí s chronickým onemocněním, epilepsií a diabetes mellitus 1. typu, navštěvující základní školy v Plzeňském kraji. Celkem bylo provedeno 9 rozhovorů, které byly doslovně přepsány do textové podoby prostřednictvím programu Microsoft

Word a pro podrobnou analýzu dat byla využita metoda „tužka a papír“, tedy metoda kódování. V jednotlivých odpovědích respondentů byly vyhledávány společné znaky, které byly následně barevně odlišeny dle dílčích podobně zaměřených celků. Jednotlivé celky byly dále seskupovány do určitých kategorií a podkategorií, v souvislosti s přímou vazbou k výzkumným otázkám, podle nichž byla následně vytvořena jednotlivá schémata. Sběr dat probíhal v lednu roku 2024.

Výsledky: Z kvantitativního výzkumného šetření jsme na základě statistického testování hypotéz zjistili, že vztah zájmu pedagogů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na základních školách nesouvisí s délkou pedagogické praxe ($p = 0,816$). Průměrný zájem se podle délky pedagogické praxe neliší. Naproti tomu bylo zjištěno, že průměrný zájem pedagogických pracovníků o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na základních školách se podle zkušenosti s chronicky nemocným žákem liší ($p = 0,015$). Z kvalitativního výzkumného šetření vyplynulo, že péče o děti s chronickým onemocněním v prostředí základní školy je podmíněna typem chronického onemocnění, postojem pedagogů a vedením školy k danému onemocnění. Nejčastěji se děti s chronickým onemocněním potýkají s omezeními při hodinách tělesné výchovy, v závislosti na vyvolávajících faktorech vzniku komplikací těchto onemocnění. Ve výuce se potýkají s omezeními pouze děti s epilepsií při používání digitálních technologií a se specifickými poruchami učení (SPU). Rodiče chronicky nemocných dětí vyjádřili souhlasný postoj k implementaci komunitní dětské sestry do prostředí základní školy.

Závěr a doporučení pro praxe: Z výsledků vyplývá, že péči o děti s chronickým onemocněním ve škole zajišťují převážně rodiče a třídní učitelé. Téměř polovina učitelů odmítá dětem podávat léky kvůli obavám z případných následků. U epilepsie byla zjištěna větší omezení při tělesné výchově než u diabetu. Rodiče vyjádřili souhlasný postoj k implementaci komunitní dětské sestry do prostředí základní školy, která by dětem s chronickým onemocněním zajistila adekvátní péči. V závěru práce byla navržena úloha komunitní dětské sestry v prostředí základní školy s důrazem na preventivní péči, výchovu ke zdraví, neodkladnou péči a zejména péči o děti s chronickým onemocněním.

Klíčová slova: komunitní ošetrovatelská péče; komunitní dětská sestra; chronická nemocnění; dítě školního věku; školní prostředí

The role of a paediatric nurse in a primary school environment

Abstract

Current status: At present, community nursing care for children is very poorly spread in the Czech Republic, although until the privatisation of primary care it was provided through the School Health Service, of which the school nurse was a part. Most European countries and almost 102 countries around the world consider school nursing to be an important area of community care that supports children's health during their time at school. This service includes early, accessible and equitable health care at the point of education, which promotes children's healthy development and also the interrelationship between health and education. With the increase in chronic diseases among children and adolescents, teachers often perform procedures for which they are not competent, unlike paediatric nurses, according to Decree No 391/2017 Coll. On the other hand, schools and educational establishments are obliged to create conditions for the healthy development of children by ensuring the protection of their health.

Objectives of the study: The first objective was to map the possibilities of cooperation between community paediatric nurses and teachers in the selected primary schools. The second objective was to map the care provided to children with chronic diseases in the selected primary schools. Closely related to the second objective is the third stated objective, for which we mapped the most common constraints faced by children with chronic diseases in the selected primary schools. The fourth objective was to determine the attitudes of parents of chronically ill children towards the introduction of the position of community paediatric nurse into the primary school environment.

Methodology: The research investigation was processed in the form of a combined quantitative-qualitative analysis. The quantitative research was carried out through non-standardized questionnaires that were in online form sent to the teaching staff of primary schools in the Pilsen and South Bohemia regions. Prior to the actual data collection, a pilot study was conducted with 5 respondents. 104 questionnaires were obtained and subsequently processed. Data collection took place in November and December 2023. Qualitative research was conducted in the form of semi-structured interviews with parents of children with chronic diseases, epilepsy and type 1 diabetes mellitus attending primary schools in the Pilsen region. A total of 9 interviews were conducted, which were transcribed verbatim into text form using Microsoft Word, and the "pencil and paper"

method of coding was used for detailed data analysis. Common features were sought in the individual responses of the informants, which were then colour coded according to sub-units of similar focus. The individual units were grouped into specific categories and sub-categories, in relation to a direct link to the research questions, according to which individual diagrams were then created. Data collection took place in January 2024.

Results: From the quantitative research investigation, based on statistical hypothesis testing, we found that the relationship of teachers' interest in working with the community paediatric nurse in the primary schools was not related to the length of teaching experience ($p = 0.816$). Mean interest did not differ by length of teaching experience. In contrast, the average interest of teaching staff in working with a community paediatric nurse in the primary schools was found to be related to experience with a chronically ill child ($p = 0.015$). The qualitative research investigation revealed that the care of children with chronic diseases in the primary school environment is conditioned by the type of chronic disease, the attitude of teachers and the school management towards the disease. Most often, children with chronic illness face limitations in physical education classes, depending on the triggering factors for the development of complications of these diseases. Only children with epilepsy face limitations in the use of digital technologies and specific diseases of learning in the classroom. Parents of chronically ill children expressed a supportive attitude towards the implementation of a community paediatric nurse in the primary school environment.

Conclusion and recommendations for practice: The results suggest that the care of children with chronic diseases at school is mainly provided by parents and class teachers. Almost half of the teachers refuse to give medication to children because of fear of possible consequences. Epilepsy has been found to have more limitations in physical education than diabetes. Parents expressed a favourable attitude towards the implementation of a community paediatric nurse in the primary school environment to ensure adequate care for children with chronic diseases. The thesis is concluded by proposing the role of the community paediatric nurse in the primary school environment with focus on preventive care, health education, emergency care and especially care for children with chronic diseases.

Key words: community nursing care; community paediatric nurse; chronic diseases; school age child; school environment

OBSAH

Úvod	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě v ČR.....	12
1.1.1 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě v minulosti.....	14
1.1.2 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě v současnosti.....	15
1.2 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě v zahraničí	16
1.3 Komunitní programy WHO v podpoře zdraví.....	16
1.4 Dítě ve školním prostředí.....	17
1.4.1 Charakteristika školního věku.....	17
1.4.2 Mladší školní věk.....	18
1.4.3 Starší školní věk.....	19
1.4.4 Školní prostředí v podpoře zdraví.....	20
1.5 Úloha dětské sestry v prostředí základní školy.....	22
1.5.1 Úloha dětské sestry v primární péči v oblastech: prevence a výchovy ke zdraví	24
1.5.2 Úloha dětské sestry v poskytování neodkladné péče.....	26
1.5.3 Úloha dětské sestry v péči o děti s chronickým nemocněním a zdravotním znevýhodněním.....	27
1.5.3.1. Ošetrovatelská péče o děti s epilepsií ve školním prostředí.....	30
1.5.3.2. Ošetrovatelská péče o děti s diabetes mellitus 1. typu ve školním prostředí.....	32
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Hypotézy (vztahující se k cíli 1).....	34
2.3 Výzkumné otázky (vztahující se k cíli 2-4).....	34
2.4 Operacionalizace stěžejních pojmů vztahující se k hypotézám.....	35
3 METODIKA.....	35
3.1 Metody výzkumu.....	35
3.2 Charakteristika kvantitativního výzkumného souboru	37
3.3 Charakteristika kvalitativního výzkumného souboru	38
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
4.1 Výsledky z kvantitativní části výzkumného šetření.....	40
4.2 Výsledky z kvalitativní části výzkumného šetření.....	51

4.2.1	Kategorie 1: Poskytovaná péče dětem s chronickým onemocněním na základních školách.....	51
4.2.2	Kategorie 2: Omezení dětí s chronickým onemocněním na základních školách	58
4.2.3	Kategorie 3: Postoje rodičů dětí s chronickým onemocněním k pozici komunitní dětské sestry na základních školách	60
5	DISKUSE	63
6	ZÁVĚR.....	70
6.1	Doporučení pro praxi	72
7	SEZNAM LITERATURY.....	73
8	SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	79
9	SEZNAM ZKRATEK	80

Úvod

Bakalářská práce se zabývá úlohou dětské sestry v prostředí základní školy. Komunitní ošetrovatelská péče o dítě je v současnosti v České republice stále velmi málo rozšířena, přestože do privatizace primární péče v roce 1989 byla dětem ve školním prostředí poskytována všestranná péče skrze Školní zdravotní službu se školní sestrou. Nejméně 102 zemí po celém světě a současně téměř všechny země Evropské unie kromě Španělska a České republiky mají školní zdravotnické služby. Školní ošetrovatelství je specifickou oblastí komunitní péče podporující zdraví dětí, prevenci onemocnění i úrazů, pohodu ve školním prostředí a školní úspěch jedinců od 5 do 19 let prostřednictvím dostupné a rovnocenné zdravotní péče v místě vzdělávání.

Hodnotu a potřebu školní sestry vyzdvihuje Americká pediatriká akademie, Národní asociace školních sester i Healthy People 2020 vzhledem k zásadním právním, lékařským a společenským změnám v současnosti. Dochází k nárůstu psychických onemocnění a závislostí u dětí a dospívajících, ale také k vysokému nárůstu chronických onemocnění. U onemocnění diabetes mellitus 1. typu se jedná o meziroční nárůst téměř o 3–4 %. Dle aktuálně platných právních předpisů není v ČR definována osoba ani způsob poskytování zdravotní podpory dětem ve školách a školských zařízeních.

Cílem práce je poskytnout osobám s rozhodovací pravomocí, osobám v legislativním právu, ale i výzkumným pracovníkům základ pro úvahy o významu a efektivitě školních zdravotnických služeb a komunitních dětských sester, které by mohly efektivně podporovat zdraví dětí a dospívajících ve školním prostředí. Ačkoliv má pedagog dle zákonů MŠMT a MZČR povinnost poskytnout základní první pomoc dítěti a přivolat záchrannou službu, není v jeho kompetencích téměř denně realizovat zdravotnické výkony pouze k vyhovění zákonným zástupcům dětí, kteří považují jeho případnou neochotu za diskriminaci dítěte. Pedagogové jsou však osobami plně trestně odpovědnými za újmu na zdraví. Na druhé straně mají školy a školská zařízení povinnost vytvářet podmínky pro zdravý vývoj dětí a zajišťovat ochranu jejich zdraví.

Dětská sestra má dle zákona § 5a č. 201/2017 Sb. a vyhlášky § 4b č. 391/2017 Sb. oprávnění k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, které zahrnuje poskytování přímé ošetrovatelské péče dětem všech věkových skupin. Implementace

dětské sestry do prostředí základní školy se týká zdravotnictví, školství a sociální oblasti a v ČR by tak vyplnila mezeru v systému péče o děti školního věku.

V teoretické části práce je popsána komunitní ošetrovatelská péče o dítě v ČR i v zahraničí a komunitní programy WHO v podpoře zdraví. Další oblast teoretické části se věnuje charakteristice školního věku a současně se zabývá školním prostředím v oblasti podpory zdraví. Poslední oblast teoretické části podrobně rozebírá a popisuje úlohu dětské sestry v prostředí základní školy. Tyto shromážděné informace představují ucelený přehled o úloze dětské sestry v prostředí základní školy s důrazem na preventivní péči, výchovu ke zdraví, neodkladnou péči a zejména péči o děti s chronickým onemocněním, konkrétně epilepsií a diabetes mellitus 1. typu.

V empirické části práce jsou zmapovány a vyhodnoceny možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogickými pracovníky na vybraných základních školách. V další oblasti empirické části práce byla zjišťována poskytovaná péče dětem s chronickými onemocněními a nejčastější omezení, se kterými se tyto děti potýkají na základních školách. Následně byly zjištěny a vyhodnoceny postoje rodičů chronicky nemocných dětí k zavedení pozice komunitní dětské sestry do prostředí základní školy.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě v ČR

Komunita, z latinského slova *communitas* znamená společnost, vlídnost, laskavost či pospolitost, je příbuzné ke slovu *communicare*, tedy komunikovat. Komunita staví na vzájemné komunikaci a spolupráci pro dosažení společných cílů bez ohledu na rozdílnost mezi jednotlivými členy (Archalousová et al., 2018). Komunita má společné prvky - lidé, místo a funkce dané komunity (Macášková et al., 2014). Komunita je sociální skupina lidí žijící v geograficky vymezené oblasti se vzájemnými sociálními vazbami, mezi které patří příbuzenství, přátelství či místní známost (Sikorová, 2012). Komunitou, podporující zdraví, je rodina, ale i škola či zájmové organizace (Macášková et al., 2014). Popovičová (2021) uvedla, že zdraví dětí patří k nejvyšším prioritám společnosti a základní škola je specifickou komunitou, která je pro zdravý vývoj dětí zásadní. Pro členy komunity je charakteristické společné sdílení hodnot, společné zájmy, vzájemná péče, důvěra, vlastní identita, normy, záměr, společné vazby, ideje a z hlediska výchovného i předávání hodnot dalším generacím (Sikorová, 2012).

Komunitní ošetrovatelská péče je poskytována jednotlivcům, rodinám a skupinám holisticky a má v podpoře zdraví význam ekonomický i společenský (Sikorová, 2012). V našem prostředí je poskytována v oblasti zdravotních a sociálních služeb převážně v rámci dlouhodobé a paliativní péče o nemocné, závislé či zdravotně znevýhodněné, a to zejména v prostředí domova. Komunitní ošetrovatelská péče se však zaměřuje i na prevenci, podporu, udržení či navrácení zdraví a na edukaci veřejnosti v péči o zdraví (Macášková et al., 2014; Archalousová et al., 2018). Přínos komunitní ošetrovatelské péče spočívá v poskytování péče na místech, kde lidé žijí, pracují nebo se vzdělávají, což svědčí o dostupnosti pro potřeby jejich života (Macášková et al., 2014). V rámci individualizovaných služeb a institucí poskytuje jedinci možnost nezávislého, samostatného a soběstačného života v jeho přirozeném, nejčastěji domácím prostředí (Archalousová et al., 2018).

Základními komponenty komunitní ošetrovatelské péče je smysl pro odpovědnost, péče o ohrožené skupiny, společné plánování a hodnocení péče o zdraví společně s komunitou (Mastiliaková, 2014). Ke správnému naplánování komunitní ošetrovatelské péče je nezbytné identifikovat potřeby dětí a dospívajících v komunitě, rodin dětí s tělesným

či duševním postižením či škol a školských zařízení. Pro zajištění péče je potřeba zhodnotit aktuální dostupné služby v oblasti zdravotní a sociální či ve vzdělávacích zařízeních. Primárním místem poskytující komunitní péči dítěti by měla být vždy rodina (Sikorová, 2012). Částečnou úlohu v péči následně přebírají společenské skupiny včetně vrstevnických skupin a společenské úseky, do kterých spadá školství, sociální péče a zdravotnictví (Klíma, 2016). Jednotlivé složky primární a komunitní péče by měly jako systém vzájemně a efektivně spolupracovat, neboť péče v oblasti primární je pro dítě nejpřirozenějším prostředím, ve kterém může docházet k rozvoji komunitní péče (Sikorová, 2012).

Ošetrovatelskou péči v komunitě poskytuje komunitní sestra. Komunitní sestra zajišťuje preventivní péči, edukaci v péči o zdraví, ošetrovatelskou diagnostiku a realizuje péči skrze ošetrovatelský proces současně s ošetrovatelskou dokumentací v rámci specifických podmínek a potřeb dané komunity (Archalousová et al., 2018). Při posuzování zdraví komunity by měla sestra vnímat rizika a zdravotní problémy komunity a při případném nalezení podstoupit kroky k jejich odstranění. Sestra v komunitní péči posuzuje potřebu zdravotnických služeb a stav platné legislativy (Mastiliaková, 2014). Po sběru dat stanovuje komunitní sestra ošetrovatelské diagnózy, plán péče a následné vyhodnocení s dosaženými cíli (Macášková, et al. 2014). Dle Hartzler et al. (2018) jsou komunitní sestry nedostatečně využívané, ačkoliv by zvýšily dostupnost a kvalitu primární péče, a dále přispěly v oblasti koordinace péče, podávání léků, sociální podpory, zdravotní výchovy a podpory zdravotní gramotnosti včetně preventivních screeningů. V komunitní ošetrovatelské péči jsou vymezeny specializace na sestru komunitního zdraví, terénní sestru pro domácí péči, komunitní porodní asistentku, dětskou komunitní sestru, komunitní psychiatrickou sestru a sestru pro tělesně a mentálně handicapované. Na Slovensku nalezneme také školskou sestru a sestru pro zdraví v povolání a zaměstnání (Macášková et al., 2014).

Komunitní dětská sestra dokáže dítěti zajistit diskrétní, účelnou a specifickou ošetrovatelskou péči skrze svou neustálou fyzickou i psychickou dostupnost, komplexní a multidisciplinární péči i individuální přístup (Macášková et al., 2014). Úlohou komunitní dětské sestry je poskytovat zdravotní a ošetrovatelskou péči v komunitě skrze specifické ošetrovatelské intervence a teoretické vědomosti. Podle Americké asociace sester (ANA) se zaměřuje komunitní dětská sestra dle ošetrovatelských standardů na edukační činnost, koordinaci péče, sběr údajů a jejich analýzu, přípravu, realizaci

a hodnocení preventivních programů pro komunitní zdraví. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči se musí komunitní sestra stále vzdělávat (Macášková et al., 2014).

1.1.1 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě v minulosti

Počátkem rozvoje primární komunitní ošetrovatelské péče o dítě je rok 1914, kdy se základní péče z nemocničního a ústavního prostředí rozšířila o péči návštěvní v oblasti preventivní, zdravotní, sociální a rodinné. V roce 1918 se primární péči začali věnovat rodinní lékaři, kteří tímto krokem přispěli ke zlepšení zdravotního stavu nejen dětí a dospívajících, ale celé populace (Sikorová, 2012). Školní lékařství vzniklo na našem území v 18. století. Zvláštní samostatná složka zdravotní péče o školní dítě, Školní zdravotní služba, vznikla v roce 1952. V krajských a okresních městech ji vykonávali školní lékaři a školní dětské sestry, zatímco v obcích zajišťovali zdravotní dozor nad dětmi ve školách mateřských, národních, středních a školách pro mládež vyžadující zvláštní péči, obvodní lékaři (Kapalín, 1955; Pavelková et al., 2018).

Školní zdravotní služba měla za úkol preventivní, diagnostickou a léčebnou péči. Jejím obsahem byly systematické preventivní prohlídky včetně sledování a hodnocení celkového zdravotního stavu, tedy fyzického a duševního vývoje dítěte, poruch sluchu, zraku a řeči. Zajišťovala péči o chrup, imunizaci, protiepidemickou a hygienickou péči pod vedením školního okresního hygienika. Zaznamenávala epidemiologická data přenosných infekčních onemocnění a hygieny školního i mimoškolního prostředí včetně školního stravování (Kapalín, 1955; Pavelková et al., 2018). Školní lékaři poskytovali běžnou ambulantní léčbu dětem s chronickým onemocněním, po nemocech a zdravotně znevýhodněným. Lékaři navrhovali přerazování dětí do zvláštních škol, umístování do dětských ozdravoven a léčeben a posuzovali možnost účasti na školách v přírodě a sportovních kurzech dle jejich zdravotního stavu (Kapalín, 1955; Pavelková et al., 2018). Školní dětská sestra úzce spolupracovala se školním lékařem při vyšetřeních žáků, sledovala hygienu školního prostředí, vedla školní zdravotní záznamy, návštěvní službu v rodinách dispenzarizovaných dětí a zdravotnickou osvětu (Matoušek, 1958).

Školní zdravotní služba zprostředkovávala zdravotní výchovu, výuku a osvětu na školách pro děti a dospívající, pedagogické pracovníky, pomocný personál školy i rodiče. Úkolem zdravotnické osvěty bylo edukovat ke správným hygienickým návykům, zdravému životnímu stylu, výživě, prevenci zdraví, duševní hygieně, první pomoci u úrazů a k ochraně před infekčními chorobami (Vodrážka, 1954). Samotnou osvětu realizovala

školní dětská sestra pod vedením školního lékaře či ve spolupráci s pedagogickými pracovníky (Matoušek, 1958). Pro děti od 9 do 14 let probíhaly na školách zájmové zdravotnické kroužky pod záštitou Československého Červeného kříže (Vodrážka, 1954). V roce 1989 byla Školní zdravotní služba zrušena, neboť došlo k privatizaci primární péče a možnosti volby lékaře. Tento krok vedl spíše k negativnímu dopadu na zdraví dětí a dospívajících (Pavelková et al., 2018; Popovičová, 2021).

1.1.2 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě v současnosti

Od privatizace primární péče a zrušení Školní zdravotní služby došlo v ČR k vysokému nárůstu onemocnění vlivem nesprávného životního stylu a špatných návyků, konkrétně k častějšímu výskytu nemocí dýchacích cest, poruch výživy, alergických, onkologických onemocnění a úrazů. Došlo také k nárůstu psychických onemocnění, zejména u dětí staršího školního věku, nejvíce k závislostem na drogách, sexuálním problémům a suicidálním pokusům (Hulková a Kilíková, 2022).

V současnosti patří mezi instituce komunitní péče v ČR ambulance poskytující preventivní a léčebnou péči, stacionáře, centra specializované péče pro děti se zdravotním postižením či specifickým chronickým onemocněním, terénní a ambulantní pečovatelské služby, respitní péče, raná péče, azylové domy a krizová centra. Dále služby osobní asistence pro zajištění základní péče, pomoci, doprovodu, odlehčení rodičům či začlenění dětí do kolektivu. Pro sociálně slabší rodiny zajišťují komunitní a rodinná centra aktivní programy, besedy a poradenství pro zlepšení přístupu ke zdroji informací a pro zmírnění jejich sociální izolace (Sikorová, 2012).

V evropském regionálním programu Zdraví 21 jsou definovány kroky k rozvoji primární a komunitní péče v ČR společensky podmíněnými trendy ve zdravotnictví (Mastiliaková, 2014). Jednou z hlavních strategií rozvoje je mezioborová spolupráce, realizace zdravotních programů a integrace rodinné, komunitní a primární zdravotní péče (Müllerová et al., 2014). Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, Zdraví 2030, zdůrazňuje potřebu reformy primární péče prevencí nemocí proočkování, podporou zdraví a zvyšováním zdravotní gramotnosti (MZČR, 2019). Rozvoj komunitní ošetrovatelské péče komplikuje nedůvěra odborné veřejnosti, nerespektování kompetencí sester a nejasnosti ve financování (Macášková et al., 2014).

1.2 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě v zahraničí

Komunitní ošetrovatelská péče o děti je rozšířena zejména ve Velké Británii pod organizací Community Children's Nursing (CCN). Organizace se zaměřuje na podporu, udržení a rozvoj kvalitní péče dle aktuálních zdravotních potřeb dětí a dospívajících v komunitě v oblasti akutní, průběžné i paliativní péče. Dětské sestry by měly podle CCN působit v rodinách jako rodinné sestry a ve školských zařízeních jako školní sestry pro podporu prevence zdraví v rámci vzdělávání (Sikorová, 2012). V zemích s rozšířenou působností lze chápat komunitní péči mimo zdravotní a sociální i jako komplexní péči v oblasti psychologické, poradenské a duchovní, která je poskytována určité komunitě se specifickými potřebami (Macášková et al., 2014). Ve většině zemí Evropy a USA je školní ošetrovatelství a pozice sestry, poskytující komunitní a primární péči ve školách, ukotvena v legislativě. Do zdravotnického týmu školy dále patří ředitel, učitelé, dětský lékař, stomatolog, sociální pracovník a psycholog (Pavelková et al., 2018). V zahraničí dochází k reformě zdravotní péče s důrazem na posílení primární a komunitní péče z důvodu rostoucího tlaku na snížení nákladů za zdravotní péči (Mastiliaková, 2014).

1.3 Komunitní programy WHO v podpoře zdraví

WHO definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci či vady, která současně zohledňuje vliv prostředí na jedince (Macášková et al., 2014). Zdraví lze chápat jako schopnost organismu se trvale přizpůsobit měnícím se nárokům a požadavkům prostředí bez narušení životních funkcí, což úzce souvisí ve školním věku právě s náročnou změnou prostředí. Komunitní preventivní programy jsou realizovány s cílem zvýšit znalosti a dovednosti k zodpovědnosti za své vlastní zdraví. Jednou z cílových oblastí Národního programu podpory a ochrany zdraví je primární prevence v komunitách v rámci komunitních ozdravných programů, ze kterých vnikly tyto činné programy (Müllerová et al., 2014).

Program Škola podporující zdraví je zaměřen na ochranu, podporu a udržení zdraví u žáků a studentů ve školách jako významný a účinný nástroj včasné všeobecné primární prevence (Hamplová, 2019). V ČR jej zajišťuje Národní síť škol podporujících zdraví a v zahraničí evropská síť Schools for Health in Europe. Program vede k vytváření bezpečné atmosféry a podmínek pro vzdělávání, vede žáky ke zdravému způsobu života a k odpovědnosti za své zdraví (Nejedlá, 2016). Vychází ze zásady rozvíjet člověka jako jedinečnou lidskou bytost v pohodovém, motivujícím, podnětném prostředí a optimálním

sociálním klimatu. Podporuje zdravé učení v rámci vzájemné komunikace, spolupráce a věcné zpětné vazby, která vnitřně motivuje k učení a podporuje otevřené partnerství v komunitě (Kukla, 2016). Škola by měla podněcovat žáky k úctě, respektu a zodpovědnosti za zdraví své i za zdraví druhých. Sebehodnotící nástroje programu ukazují škole, jak rizika vyhledávat, jak s nimi zacházet a jak je v konečném důsledku přeměnit v pozitiva (Nejedlá, 2016).

Základním pilířem programu Bezpečná škola je prevence úrazů na školách, neboť právě úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtí u dětí a dospívajících od 5 do 17 let. Cílem programu je zajistit ve školách a jejich bezprostředním okolí bezpečné prostředí, prevenci úrazů a násilí na druhých. Projekt podněcuje školy ke zvýšení povědomí a odolnosti vůči rizikovému chování, prevenci šikany, první pomoci i ke snížení ohrožujících sociálních vlivů na zdravý vývoj jedince (Hamplová, 2019).

Minimální preventivní program zajišťuje koordinaci školních a volnočasových aktivit ve spolupráci s rodinou. Soustředí se na krátkodobé cíle primární prevence a dlouhodobé preventivní strategie v závislosti na místě vzdělávání, aktuální situaci i zpětné vazbě z minulého období. Škola by měla mít stanovená pravidla projevů rizikového chování a závislostí (Hamplová, 2019). Dalšími preventivními programy na školách jsou Bezpečná komunita, Zdravé stravování a Bezpečný cyklista (Sikorová, 2012).

1.4 Dítě ve školím prostředí

1.4.1 Charakteristika školního věku

Klíma (2016) rozděluje školní věk na mladší školní věk a starší školní věk, charakteristickým obdobím povinné školní docházky, která trvá obvykle od 6 do 15 let, tedy od vstupu na základní školu až po její ukončení. Müllerová et al. (2014) uvádí v souvislosti s výživou dělení na mladší školní věk, starší školní věk a adolescenci vzhledem k růstové křivce a biologickému zrání, které následně podmiňuje požadavky na energetický příjem a dílčí živiny. Školní věk je pro dítě obdobím životních změn, které se týkají nejen jeho denního režimu, ale i změny prostředí, kde tráví podstatnou část svého života (Klíma, 2016). Dítě se ve škole setkává s novým druhem zátěže, seznamuje se s novým kolektivem a rolí školáka, která zásadním způsobem ovlivňuje jeho osobnostní rozvoj i následné prožívání dětství (Petrová a Plevová, 2018). Doposud bylo dítě ovlivňováno zejména rodinou, avšak nyní funkci částečně přebírá škola a vrstevníci,

kteří mají na dítě významný vliv (Klíma, 2016). Školní věk je klíčovým obdobím pro podporu zdraví skrze výchovu ke zdraví. Dítě přebírá samo za sebe zodpovědnost v oblasti péče, režimu i rozhodování, přestože na to mnohdy není zcela zralé. Vzdělávací instituce by měly dítě vychovávat ke zdraví, podporovat kladný vztah k výživě, pohybu i sobě samému (Hamplová, 2019). Dětská sestra by měla umět rozpoznat onemocnění dítěte, jeho potřeby a zajistit mu tak adekvátní péči s ohledem na daný věk (Archalousová et al., 2018). Pro včasné odhalení odchylek a zamezení vážným zdravotním komplikacím je nutná znalost vývoje dítěte v jednotlivých vývojových obdobích (Sikorová, 2012).

1.4.2 Mladší školní věk

Klíma (2016) definuje trvání mladšího školního věku od 6 do 12 let, zatímco Petrová a Plevová (2018) vymezují období od 6-7 let do 10-11 let, kdy se objevují první známky prepubescence a naproti tomu Müllerová et al. (2014) uvádí rozsah období od 6 do 10 let vzhledem k růstové křivce. Ačkoliv se vymezení mladšího školního věku liší, zůstává pravidlem, že v tomto období nastupuje dítě na základní školu, která významně ovlivňuje jeho rozvoj po stránce fyzické i duševní (Klíma, 2016).

Do období puberty je somatický růst rovnoměrný a plynulý. Dochází k rychlé osifikaci kostí zapříčiňující snadnou unavitelnost. Pro správný rozvoj hrubé motoriky je podstatná podpora všeobecných pohybových aktivit. Jemná motorika, potřebná pro rozvoj grafomotoriky a vizuomotoriky, je na dobré úrovni, což lze pozorovat u jemných koordinovaných pohybů nutných k nácvičku psaní, kreslení a výtvarných činností. U dětí se také postupně vyměňuje mléčný chrup za trvalý (Müllerová et al., 2014; Shivairová, 2021). Pozvolna se zvyšuje obranyschopnost organismu, zvětšuje se objem srdce, hmotnost mozku, zrychluje se vedení nervových vzruchů, zdokonaluje se činnost svalů a pohyblivost kloubů. Také se zpřesňuje ostrost zraku, rozlišení barev, tvarů, velikosti a citlivost v oblasti sluchu i hmatu. Dochází ke změnám v kvalitě tkání, orgánů i organismu jako celku (Müllerová et al., 2014; Petrová a Plevová, 2018). Utváření zásad zdravé výživy spočívá v pravidelnosti, vyváženosti a ve správném výběru potravin z kapesného školáka i ve školním stravování (Müllerová et al., 2014).

Dítě si osvojuje dovednosti ve čtení a psaní, které jsou podmíněny kvalitou smyslové analýzy a syntézy. Dítě je zvědavé, pečlivé, touží po nových informacích, začíná se orientovat v čase, prostoru, vztazích i souvislostech. Lze zaznamenat rozvoj představitosti, pozornosti, řeči, paměti, myšlení, ale i postupný úbytek fantazie potlačený

realitou (Petrová a Plevová, 2018). Typické pro mladší školní věk je určování a přijímání pravidel na základě vlastního rozumu a svědomí. Je schopno si uvědomit své pocity a emoce. Dítěti se až třikrát znásobuje slovník a jeho zájmy začínají mít vliv na budoucí povolání. Dochází však k výrazným individuálním rozdílům nejen mezi pohlavím (Shivairová, 2021). V tomto období jsou rodiče stále vzorem, se kterým se děti identifikují, a proto je zvláště důležitý jejich vzájemný vztah a komunikace (Petrová a Plevová, 2018). Období mladšího školního věku končí nástupem puberty (Klíma, 2016).

1.4.3 Starší školní věk

Müllerová et al. (2014) uvádí období staršího školního věku od 11 do 15 let, zatímco Kukla (2016) vymezuje trvání od 12 do 15 let. Starší školní věk je charakteristický obdobím puberty, ve kterém dochází ke zvýšené funkci mužských či ženských pohlavní žláz, tedy k pohlavnímu zrání včetně sekundárních pohlavních znaků, mezi které patří axilární a pubické ochlupení, pubarché, výskyt akné a tělesného pachu v oblasti potních žláz. (Lebl, 2014; Klíma, 2016). Dospívání je přechodem mezi dětstvím a dospělostí prostřednictvím výrazných somatických, funkčních, reprodukčních a psychosociálních změn (Müllerová et al., 2014). U dívek se objevuje první menstruace, průměrně ve 13 letech. U chlapců dochází k první ejakulaci a mutaci hlasu, průměrně ve 14 letech (Klíma, 2016). U jedince zrají pohlavní žlázy a zvyšuje se tvorba pohlavních hormonů. Znatelný je také vývoj prsů u dívek mezi 8. až 13. rokem a zvětšení objemu varlat u chlapců mezi 9. až 14. rokem (Lebl, 2014).

V tělesné oblasti dále dochází k prudké růstové akceleraci končetin a trupu. V dospívání se mění proporce těla v souvislosti s ukládáním tuku, vývojem a rozložením svalstva, což mnohdy vede k rychlé unavitelnosti (Müllerová et al., 2014; Lebl, 2014). Müllerová et al. (2014) uvádí, že výživa dítěte by měla obsahovat všechny podstatné živiny vzhledem k vysokým energetickým požadavkům organismu. Vývoj dítěte ve starším školním věku je znatelný v rozvoji jemné i hrubé motoriky (Klíma, 2016). Oproti tomu Petrová a Plevová (2018) uvádí, že v hrubé motorice dochází nejprve k neobratnosti, nekoordinovanosti až snížení fyzické výkonnosti a v jemné motorice ke křečovitosti projevující se při psaní. Až ke konci puberty se zlepšuje koordinace pohybů a fyzická výkonnost (Petrová a Plevová, 2018).

Z hlediska psychosociálního vývoje dochází k osamostatňování, až úplné ztrátě závislosti na rodině. Dítě touží být dospělým, být přijímán a uplatnit se. Dochází k rozvoji

představitosti, fantazie, paměti i abstraktního myšlení (Petrová a Plevová, 2018). Značnou část tohoto období tráví dítě vzděláváním, získáváním nových znalostí, zkušeností a dovedností v různých oblastech, které přispívají k celkovému rozvoji jeho osobnosti (Klíma, 2016). Podstatnou roli mají pro pubescenta vrstevnické skupiny (Petrová a Plevová, 2018). Osamostatňování a vrstevnické skupiny mají však u jedince vliv na výběr stravy, přejídání se vysokotučnou a nutričně chudou stravou či naopak odmítání stravy, které vede ke špatným návykům až k poškození organismu v dospělosti (Müllerová et al., 2014). Zároveň se může projevat emoční labilita, uzavřenost, vzdorovitost, výbušnost, hrubost, kritičnost, konfliktnost, negativismus, až pocity méněcennosti a neuroticismu (Shivairová, 2021). Dítě hledá úlohu vlastního těla a pátrá po svém místu ve společnosti, životním stylu i smyslu života (Petrová a Plevová, 2018). Dospívající zkoušejí mnohdy návykové látky, promiskuitu a předčasný sex vedoucí k nechtěnému těhotenství (Müllerová et al., 2014).

Dospívající jsou rizikovou populační skupinou v oblasti zdravotní, výživové i psychosociální tzv. syndromem rizikového chování v dospívání (Müllerová et al., 2014). Mezi rizika patří zejména dopravní a sportovní úrazy, kdy dítě přecení své vlastní síly. Dále psychosomatická onemocnění jako alergie, neurózy, sebevražedné pokusy. Jsou vystaveni riziku nádorů, infekcím či poruchám růstu, které jsou pozorovatelné na vadném držení těla (Klíma, 2016; Kukla, 2016). Celosvětově dochází k postupnému zvyšování tělesné výšky i růstové rychlosti v předpubertálním období, v zemích, jež jsou hospodářsky vyspělé. U chlapců i dívek nastupuje puberta dříve, což je spojeno s lepší výživou a vyšší úrovní hygieny. Nutno poznamenat, že věk, kdy je dosaženo plné pohlavní zralosti, se nemění (Lebl, 2014). Období staršího školního věku končí pohlavní zralostí, tedy dosažením reprodukční schopnosti (Müllerová et al., 2014).

1.4.4 Školní prostředí v podpoře zdraví

Školní prostředí je jedním z nejdůležitějších míst pro socializaci dítěte (Kukla, 2016). Buršíková (2019) definuje školní prostředí sekundárním socializačním činitelem psychosociálního vývoje pro utváření osobnosti dítěte. Dítě se učí skrze různé formy sociální interakce a komunikace (Stehlíková a Modrá, 2017). Škola má nezastupitelnou roli ve formování osobnosti dítěte skrze pedagogy a vrstevníky (Švestková, 2019). Školní třída je malou sociální skupinou, ve které jsou žáci a učitel ve vzájemné interakci a v trvalém sociálním a emočním naladění. Klima školní třídy tvoří nejen podporující

a respektující učitel, ale také vzájemné vztahy, spolupráce, tolerance, přátelství a prostředí (Buršíková, 2019; Švestková, 2019). Dítě prostřednictvím začleňování se do dané kultury společenské skupiny získává charakteristické vzorce chování s nimiž se ztotožňuje (Kukla, 2016). Školy a školská zařízení jsou povinna vytvářet podmínky pro zdravý vývoj dětí zajištěním ochrany jejich zdraví (Křeček, 2023).

Dítě se na začátku školní docházky musí přizpůsobit prostředí, požadavkům a pokynům. Ve školním prostředí je vystaveno zátěži, která je způsobena především nepřiměřenými nároky. Úlohou dětské sestry je reagovat na nepřiměřenou školní zátěž, která se může projevit v případě nedostatečného uspokojování základních lidských potřeb v závislosti na osobnosti a situaci jedince. Projevuje se poruchou fyziologických funkcí, frustrací, deprivací, úzkostí, strachem či somatickými a psychickými obtížemi (Sikorová, 2012; Müllerová et al., 2014). Pokud jsou požadavky a předpoklady, mezi něž patří vrozené vlastnosti, schopnosti, vědomosti, dovednosti a zdravotní stav dítěte v rovnováze, je schopno se s těmito požadavky vyrovnat (Sikorová, 2012). V případě saturace potřeb dítěte jsou naopak rozvíjeny rozumové schopnosti i dovednosti dítěte a jeho optimální emoční, sociální, somatický a funkční vývoj. Škola by měla podporovat dítě v potřebách poznání, seberealizaci, zdravém sebevědomí i pocitu bezpečí a jistoty (Kukla, 2016).

Dítě školního věku je rovněž vystaveno nadměrné statické zátěži. Děti a dospívající jsou jednou z rizikových skupin ohrožených nedostatkem pohybu, proto je jedním z úkolů školy podporovat všestranné pohybové aktivity a sledovat ukazatele fyzické zdatnosti dětí. Statická zátěž je způsobena kyfotickým sezením, tedy vadným držením těla, které lze ovlivnit kompenzačními a preventivními opatřeními. Úlohou rodiny, společnosti, ale i školy je úprava podmínek na bezpečné, zdravé a čisté prostředí k optimálnímu vývoji dítěte (Müllerová et al., 2014). Dítě ovlivňuje nejen to, zda se cítí v prostředí bezpečně, sebevědomě a v kolektivu vítaně, ale i zda má satureovány všechny základní biologické, psychické a sociální potřeby (Sikorová, 2012; Macášková et al., 2014). Pohodové školní prostředí, podpora ze strany rodičů i školy přispívá k psychické pohodě a školní úspěšnosti (Kivimäki et al., 2019). Dle Helal et al. (2015) patří do zdravého školního prostředí výchova ke zdraví, školní zdravotní služba, zdraví školní komunity, zdravá výživa, rekreace, tělesná výchova, duševní zdraví a sociální podpora.

Dle aktuálně platných právních předpisů není definována osoba ani způsob poskytování zdravotní podpory dětem ve školách a školských zařízeních (Křeček, 2023). Pedagog není

způsobilý k poskytování zdravotní péče, naopak je fyzickou osobou plně trestně odpovědnou za újmu na zdraví, a to i po proškolení rodiči či absolvování kurzu zotavovacích akcí. I přesto realizují pedagogové na školách téměř denně výkony, ke kterým nemají kompetence. Ve většině případů se snaží vyhovět zákonným zástupcům dětí, kteří považují případnou neochotu pedagoga za diskriminaci dítěte (Polášková, 2022). Pedagog má však vždy povinnost poskytnout základní první pomoc dítěti či zavolat záchrannou službu (MŠMT a MZČR, 2021). Na mimoškolní akci, při které dochází ke vzdělávání v rámci školního vzdělávacího programu, je škola povinna umožnit účast všem dětem a není možné z ní vyloučit žáka kvůli potřebě zdravotní podpory (Křeček, 2023). MŠMT a MZČR uvedlo prvního dne roku 2022 v platnost novelu zákona č. 147/2016 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, která upřesňuje možnost zajištění a poskytování zdravotnických služeb ve školách a školských zařízeních dětem, které nedokáží realizovat zdravotní výkon samy. Školy a školská zařízení jsou vlastním sociálním prostředím dítěte, kde mohou poskytovat péči terénní zdravotní sestry či sestry domácí péče. Pokud by nebylo možné využít službu domácí péče, platí původní stanovisko podávání léků a realizace výkonů na základě dohody s rodičem, která spadá na odpovědnost pedagoga (MŠMT a MZČR, 2021). Ani novelizací zákona však není možné zcela vyřešit většinu zdravotních potřeb dětí (Křeček, 2023).

1.5 Úloha dětské sestry v prostředí základní školy

Dětská sestra je nelékařský zdravotnický pracovník, který má dle zákona § 5a č. 201/2017 Sb. a vyhlášky § 4b č. 391/2017 Sb. oprávnění k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Dětská sestra získává profesní kvalifikaci k poskytování přímé ošetrovatelské péče dětem všech věkových kategorií, jejich rodin a komunit ve zdraví i nemoci v souladu s ošetrovatelstvím založeným na důkazech (Prošková, 2015). Specificita v jednotlivých oblastech péče o dítě je velmi různorodá, i proto je nutné kvalifikační vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání, případně specializační vzdělání k získání specifických znalostí dle zvláštností dětského věku, rozličností nemocí a potřeb dětí (Tručková a Brabcová, 2016; Kordulová, 2017). Dětská sestra se může vzdělávat ve specializaci Ošetrovatelská péče v komunitě, která se věnuje komplexní individualizované péči o příslušnou komunitu (Archalousová et al., 2018).

NASN (2017) definuje školní ošetřovatelství jako specializovaný obor veřejného zdraví a školní sestry jako specializované zdravotnické pracovníky podporující zdraví, prevenci, normální vývoj dětí, pohodu ve školním prostředí a školní úspěch jedinců od 5 do 19 let. Role školních sester jsou rozmanité, neboť zahrnují poskytování přímé zdravotní péče žákům, pedagogům a ostatnímu personálu školy, vedení zdravotních služeb, edukaci, management, poradenství a konzultace. Sestra je manažerkou, advokátkou práv dětí a dospívajících, komunikátorkou, výzkumnicí a nositelkou změn (NASN, 2016). Sestry disponují klinickými, sociálními i vzdělávacími kompetencemi a spolupracují s personálem školy, rodiči a zdravotními službami v poskytování péče dětem (Popovičová, 2021). Ačkoliv se péče v oblasti řízení, organizace i obsahu mezi školními zdravotními službami na jednotlivých školách významně liší, měla by zajišťovat prevenci a zdraví podporující aktivity (Michaud, 2021). Sestry realizují výzkumy, publikují odborná periodika, organizují konference a neustále se ve svém oboru vzdělávají. (Popovičová, 2021).

Hodnotu a potřebu sestry ve škole vyzdvihuje Americká pediatriká akademie, Národní asociace školních sester i Healthy People 2020 vzhledem k zásadním právním, lékařským a společenským změnám současnosti. Mezinárodní doporučení AAP i NANS je minimálně jedna registrovaná zdravotní sestra na plný úvazek v každé škole. Vzdělání a kvalifikace školních sester pracujících ve městech a na vesnicích se však liší i v rámci jedné země, navíc s tím, že na vesnicích pracuje většinou jedna sestra ve více školách najednou. To má bezprostřední vliv na úroveň poskytované péče, obzvláště u dětí s chronickým onemocněním (Council on School, 2016; Holmes et al., 2016). Efektivitu školního ošetřovatelství ovlivňuje počet studentů se speciálními potřebami, počet škol, které školní sestry zastřešují a celkový počet dětí ve škole či ve školách, do kterých sestry současně dochází (NASN, 2016). Samotný rozsah školních zdravotních služeb by se měl lišit podle charakteru a velikosti školy (Helal et al., 2015). Sestry na školách ve Švédsku jsou společně se školními lékaři, školními psychology, výchovnými poradci a speciálními pedagogy součástí School Health Service, která komplexní mezioborovou spoluprací podporuje a pečuje o zdraví dítěte (Hilli et al., 2017).

Podle NASN (2016) je předpokladem pro práci sestry minimálně bakalářský stupeň vzdělání v oboru ošetřovatelství, speciální osvědčení pro ošetřovatelskou péči poskytovanou ve školní komunitě a rok pediatriké praxe u lůžka (Macášková et al., 2014). Oproti tomu Hulková a Kilíková (2022) uvádějí, že sestrou ve škole by měla být

osoba s vysokoškolským vzděláním druhého stupně a alespoň pětiletou praxí v pediatrickém a komunitním ošetrovatelství.

Zejména ve Velké Británii a v USA má školní sestra dlouholetou tradici, a to téměř od roku 1902 (Hulková a Kilíková, 2022). Školní ošetrovatelství bylo primárně navrženo pro řešení infekčních onemocnění, podvýživy a špatné hygieny zabraňující dětem v povinné školní docházce (Lawrence et al., 2018). Zavedení školní zdravotní péče přispělo ke snížení počtu absencí žáků ze zdravotních důvodů, zejména u dětí s chronickými chorobami, a tím vedlo k vysoké úrovni spokojenosti učitelů a rodičů se službami školních sester (Hulková a Kilíková, 2022).

Baltag et al. (2015) uvádí, že školní zdravotnické služby jsou poskytovány nejméně ve 102 zemích po celém světě odborníky primární péče či specializovaným školním zdravotnickým personálem. Téměř všechny země Evropské unie kromě Španělska a České republiky mají školní zdravotnické služby, které financuje ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství či místní úřady (Michaud, 2021). V zahraničí jsou financovány v závislosti na počtu žáků ve škole, kdy na každého žáka se vztahuje měsíční kapitační sazba. NASN doporučuje poměr sestry ve škole na žáky 1:750 a v populaci, kde se vyskytuje více chronicky nemocných nebo zdravotně znevýhodněných dětí, by měl být tento poměr 1:125 (Popovičová, 2021). Financování a politické pokyny ohledně provozu školních zdravotnických služeb a kompetencí sester ve škole jsou klíčem k poskytování specializované péče v oblasti veřejného zdraví (Bekaert et al., 2022). Přítomnost sestry ve škole snižuje absenci žáků, zlepšuje dodržování imunizace a léčbu chronických stavů, což se projevuje také na výsledcích jednotlivých žáků (Maughan et al., 2017). Wang et al. (2014) uvádí přínosy práce školních sester skrze vyšší produktivitu pedagogů. Náklady za školní zdravotní službu nepřevyšují náklady za následnou zdravotní péči (Hilli et al., 2017). Implementace pozice sestry do škol se týká zdravotnictví, školství, ale i sociální oblasti. V České republice by vyplnila mezeru v systému péče o děti a přispěla k jejich zdravému vývoji (Hulková a Kilíková, 2022).

1.5.1 Úloha dětské sestry v primární péči v oblastech: prevence a výchovy ke zdraví

Primární péče má zásadní vliv na zdravotní stav populace a na dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému (MZČR, 2019). Primární péče by měla být poskytována v co nejbližší vzdálenosti od vlastního sociálního prostředí jedince (Seifert

et al., 2023). Sikorová (2012) uvádí, že by měla být přístupná pro všechny bez kulturních, geografických či ekonomických rozdílů, spolu s udržením důstojnosti, diskrétnosti, spravedlivosti a rovnosti. Mudd et al. (2020) a Lískovcová (2020) uvádí, že dostupnost primární péče a podpora zdravotní gramotnosti od útlého věku má zásadní vliv na využívání zdravotní péče. Dle WHO (2018) snižuje primární zdravotní péče celkové náklady na zdravotní péči přístupem k včasné diagnostice a léčbě (Müllerová et al., 2014). Snaží se o zajištění nejvyšší možné úrovně zdraví, ačkoliv během posledních let došlo k ekonomickým, environmentálním, technologickým a demografickým změnám, které způsobily nezdravé prostředí a nezdravý životní styl lidí vedoucí k nárůstu chronických stavů a duševních onemocnění (WHO, 2018).

Primární prevence se zaměřuje skrze preventivní opatření na předcházení vzniku infekčních a neinfekčních onemocnění, úrazů a závislostí (Hamplová, 2019). Cílem je onemocnění včasné diagnostikovat a eliminovat komplikace, které mohou jeho vlivem nastat (Kukla, 2016). Současný vývoj pediatrie směřuje k preventivní péči (Klíma, 2016).

Úlohou sestry ve škole je podpora normálního růstu a vývoje dětí, spolu s posouzením faktorů sociálního prostředí a životního stylu, které mohou nepříznivě ovlivňovat jejich zdravotní stav. V rámci péče o dítě sestra úzce spolupracuje s rodiči, veřejnou a státní správou, praktickými lékaři pro děti a dorost a se specialisty, se kterými plánuje samotnou péči. Školní sestra odpovídá za stav lékárníček, léků a zdravotnického materiálu ve škole (Hulková a Kilíková, 2022). Její role má vliv na snížení až odstranění překážek v přístupu k včasné, rovnocenné a koordinované zdravotní péči o dítě a v podpoře vzájemného vztahu mezi zdravím a vzděláváním (NASN, 2016). Školní zdravotnické služby mají potenciál poskytnout dětem snadný přístup k péči během školní docházky jako součást bezplatné všeobecné preventivní péče (Kivimäki et al., 2019).

Bohnenkamp et al. (2015) uvádí, že školní sestry tráví více než 33 % svého času řešením problémů duševního zdraví s fyzickými příznaky, a to s bolestmi žaludku, hlavy, úzkostí, obavami, stresem či problémy se spánkem. U dospívajících se sestry na školách zaměřují na podporu sebepečce (Hilli et al., 2017). Děti školního věku se potýkají s poruchami pozornosti, depresemi, psychotickými poruchami, úzkostmi a poruchami příjmu potravy (Spring et al., 2018). Maughan et al. (2017) uvádí, že se školní sestry podílí na identifikaci rizikového chování, duševních, behaviorálních problémů a přenosných onemocnění, jejichž míra i počet se stále zvyšuje. Sestry řeší problémy s přistěhovalci, chudobou

i závislostmi na moderních technologiích (Spring et al., 2018). V současnosti je vyšší potřeba sledovat škodlivé vlivy, jejich projevy a následky jako toxikomanie, alkoholismus či nikotinismus (Hulková a Kilíková, 2022).

Výchova ke zdraví si klade za cíl prostřednictvím výchovných a vzdělávacích aktivit působit na jedince či skupiny a přispívat tak ke zlepšování jejich zdraví (Kukla, 2016). Výchova ke zdraví na školách, do které se sestry zapojují, zahrnuje základní poznatky o hygieně, zdravé výživě, pohybu, prevenci úrazů, sociálně patologických jevů a pohlavně přenosných chorob (Brewin et al., 2014; Hulková a Kilíková, 2022). Role sestry ve školním prostředí je důležitá pro posilování zdravotní gramotnosti, což přispívá k vytváření zdravých návyků u dětí a dospívajících (Hilli et al., 2017). S rostoucím počtem dětí se speciálními potřebami na základních školách je zvýšená potřeba posilovat zdravotní gramotnost pedagogů, dětí i rodičů, nejlépe odborníky z této oblasti, školními sestrami (Buhr et al., 2020).

Sestry ve školách hrají klíčovou roli v ochraně, posuzování a hodnocení zdravotního stavu dětí, prevenci zdravotních problémů a komplikací (Hulková a Kilíková, 2022). Zajišťují preventivní prohlídky včetně posouzení školní zralosti, preventivní screeningové testy a dentální péči (Ostręga a Oblacińska, 2017). Evidují povinná hlášení o výskytu infekčních chorob včetně řízení mimořádných událostí (Hulková a Kilíková, 2022). Zásadní role sestry spočívá ve zvyšování míry proočkovanosti povinnou i nepovinnou imunizací u dětí a dospívajících prostřednictvím imunizačních projektů, které mají zároveň pozitivní dopad na dodržování očkovacího kalendáře. Vakcíny jsou aplikovány pouze se souhlasem zákonného zástupce, se kterým sestra komunikuje (Guarinoni a Dignani, 2021; Heggstad et al., 2021). Dětská sestra přímo působí a usměrňuje pečovatele k zařazení, upevnění a udržení zdravého způsobu života a návyků do rodiny (Klíma, 2016).

1.5.2 Úloha dětské sestry v poskytování neodkladné péče

V ČR jsou úrazy nejčastější příčinou úmrtí dětí a dospívajících vlivem dopravních nehod, obvykle v místě bydliště či jeho okolí, při sportu a ve škole. Prevence úrazů spočívá v zajištění bezpečnosti dětí a dospívajících ve škole a v edukaci k ohleduplnému, bezpečnému a uvědomělému chování dětí mimo školu. Pokud k úrazu dojde, měl by být zaznamenán v Národním registru dětských úrazů dle příčin vzniku, charakteru, postupu

lечения, výsledků léčby a možných zdravotních komplikací. Data z registru následně slouží ke správné diagnostice, terapii a prevenci úrazů (Müllerová et al., 2014).

Úlohou dětské sestry je prevence úrazů v zajištění bezpečnosti dětí, podávání léků a poskytování kvalitní neodkladné péče při úrazech a akutních onemocněních nejen dětem, ale i pedagogickým a nepedagogickým pracovníkům školy (Hulková a Kilíková, 2022). Sestra ve škole dokáže včas rozpoznat chorobné procesy a odhadnout, na rozdíl od pedagogů, zda poslat dítě domů, případně na pohotovost. Spolupráce s pedagogy však současně zvyšuje šance na včasnou identifikaci a řešení problémů dětí. Pokud je sestra přítomna na škole, pedagogové věnují více času primárním pracovním povinnostem, nikoliv zdravotním problémům dětí (NASN, 2016).

Mendoza López et al. (2023) uvádí potřebu zavedení výcviku kardiopulmonální resuscitace ve školním prostředí skrze výchovu ke zdraví, která by přispěla ke zvýšení počtu resuscitací laiky, a tím i k možnosti záchrany jedince při zástavě oběhu. V zahraničí absolvují sestry na školách každé dva roky školení Basic Life Support pro poskytování řádné neodkladné péče dětem s chronickými i akutními, život ohrožujícími stavy, úrazy či při mimořádných událostech ve školním prostředí (Mattheus et al., 2023).

1.5.3 Úloha dětské sestry v péči o děti s chronickým nemocněním a zdravotním znevýhodněním

Chronické onemocnění je porucha trvající řadu měsíců až let, vedoucí k nevratným změnám zdravotního stavu, ovlivňující fyzické, psychické, intelektuální a duševní zdraví dítěte pro příznaky onemocnění, léčbu či omezení. Chronické onemocnění je zásadní změnou v životě dítěte i jeho rodiny, se kterou se musí vyrovnat (Ostreğa a Oblacińska, 2017). Jameson et al. (2020) i Hulková a Kilíková (2022) uvádějí, že s rostoucím počtem dětí s chronickými onemocněními, zejména diabetes mellitus 1. typu, astma bronchiale, epilepsií, obezitou a různými alergiemi, se zvýšila potřeba školních zdravotnických služeb a sester na školách. Daughtry a Engelke (2018) uvádí nárůst chronických onemocnění za jeden rok téměř o 35 %, které vyžadují odbornou péči sester na školách a trvalou zdravotní podporu při návratu těchto dětí do škol (Maughan et al., 2018). Sestry na školách usnadňují návrat dětem hospitalizovaným či vyžadujícím trvalou péči edukací pedagogů a spolužáků z dané třídy (Maughan et al., 2017).

Chronická onemocnění u dětí školního věku mají vliv na proces vzdělávání, nesou s sebou určitá omezení a způsobují obtíže. Užívané léky mohou mít nežádoucí účinky a působit na aktuální prožívání, chování či školní výkon (Stehlíková a Modrá, 2017). Chronické onemocnění zapříčiňuje omezení ve školní docházce, zvýšené požadavky na zapojení rodičů i na ochotu a odpovědnost pedagogů (Křeček, 2023). Způsobuje také sníženou fyzickou zdatnost, a s tím spojené omezení v mimoškolních aktivitách. Působí na emocionální stav, se kterým jsou spojeny pocity méněcennosti a snížené sebevědomí projevující se duševními problémy (Ostręga a Oblacińska, 2017).

Chronické onemocnění je zdrojem stresu ovlivňující sociální vztahy a utváření identity dítěte (Ondriová et al., 2018). Dítě se zdravotním znevýhodněním se může ve školním prostředí potýkat s potíží v adaptaci na prostředí zdravých vrstevníků, násilím i šikanou (Ostręga a Oblacińska, 2017). Dítě s chronickým onemocněním je zařazeno do skupiny dětí se speciálními vzdělávacími potřebami mající nárok na podpůrná opatření a inkluzivní přístup ve vzdělávání (Stehlíková a Modrá, 2017).

Sestra ve školním prostředí hraje klíčovou roli v managementu žáků s chronickými stavy a zdravotními znevýhodněními, které mají vliv na jejich výchovně vzdělávací proces. Sestra sleduje zdravotní stav, dodržování léčebného režimu a poskytuje individuální péči podle specifických potřeb dítěte. Důležitou úlohou sestry je monitorování účinků léčby a organizace podávání léků v souladu se standardy EBN (Hulková a Kilíková, 2022). Ostręga a Oblacińska (2017) uvádí, že sestra ve škole poskytuje dítěti s chronickým onemocněním pomoc s adaptací na školní prostředí, stigmatem a integrací mezi zdravé vrstevníky. Podává informace o příznacích, omezeních a první pomoci. Školní sestry na Slovensku se v rámci dvouletého pilotního projektu zaměřují v souvislosti s chronickými stavy na podávání léků a poskytování ošetrovatelské péče dětem s diabetem, epilepsií a zdravotními znevýhodněními. Pozice sestry ve škole může v dlouhodobém horizontu přispět k poklesu nemocnosti dětí, která je spojena s chronickými onemocněními (Hulková a Kilíková, 2022).

1.5.3.1 Ošetrovatelská péče o děti s epilepsií ve školním prostředí

Epilepsie je chronické onemocnění mozku projevující se opakovanými, alespoň dvěma, nevyprovokovanými epileptickými záchvaty s rozmezím více než 24 hodin (Stehlíková a Modrá, 2017; Seidl, 2023). Je jedním z nejčastějších léčitelných neurologických onemocnění s prevalencí 0,5-1 % v populaci a s počátkem po většinou během dětství či dospívání. Má rozličný průběh, příčiny, způsob léčby i prognózu (Stehlíková a Modrá, 2017). U dětí dochází k odlišnému mechanismu vzniku a šíření záchvatů vlivem nezralé mozkové tkáně, která je náchylnější ke vzniku a projevům záchvatů, přesto s možným odezněním onemocnění v dospělosti (Stehlíková a Modrá, 2017). Alespoň jeden epileptický záchvat za život postihne až 5 % populace (Seidl, 2023).

Epileptický záchvat je náhle vzniklý mimovolní přechodný výskyt příznaků, které způsobují abnormální elektrické výboje v mozkové kůře, narušující předávání informací mezi nervovými buňkami a normální fungování mozku. Epileptické záchvaty mohou trvat vteřiny, někdy až hodiny a mohou ovlivňovat myšlení, paměť, hybnost i smyslové vnímání (Stehlíková a Modrá, 2017). Příčiny epilepsie mohou být strukturální, genetické, infekční, autoimunitní, metabolické či s neznámým původem (Marusič et al., 2018).

Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů dle ILAE (2017) rozděluje epileptické záchvaty podle začátku na fokální, bilaterální tonicko-klonické, generalizované a s neznámým začátkem, a to vždy buď bez či s motorickými projevy (Marusič et al., 2018). Projevy epileptického záchvatu závisí na ložisku a typu záchvatu (Stehlíková a Modrá, 2017). Generalizovanému záchvatu mohou předcházet prodromy a aura (Slezáková, 2014). Podstatou diferenciální diagnostiky je odlišit epileptické záchvaty od symptomatických, nejčastěji od febrilních křečí. Generalizovaný tonicko-klonický záchvat se projevuje bezvědomím, křečemi včetně dýchacích svalů, rytmickými záškuby svalstva a pomočením či pokálením. Záchvaty bez motorických projevů se projevují pouze velmi krátkými poruchami vědomí, zahleděním či nepozorností. Několik po sobě jdoucích epileptických záchvatů bez obnovy vědomí, trvajících déle než 5 minut je nazýváno tzv. status epilepticus, který je život ohrožujícím stavem (Stehlíková a Modrá, 2017). V rámci první pomoci je potřeba položit dítě na zem, zajistit bezpečné místo odstraněním nebezpečných předmětů z okolí, neomezovat a nebránit křečím ani záškubům, nerozevírat ústa a sledovat dítě do plného vědomí. Záchraná služba

je přivolána v případě prvního epileptického záchvatu, poranění dítěte či epileptického stavu. Při záchvatu je možné podání diazepamů rektálně či midazolamu buktálně (Stehlíková a Modrá, 2017).

Léčba epilepsie je dlouhodobá, náročná a komplexní (Klíma, 2016). Zaměřuje se na snížení, zmírnění či utlumení průběhu záchvatů až docílení bezzáchvatového stavu k plně kompenzované epilepsii skrze režimová opatření a užívání antiepileptik (Stehlíková a Modrá, 2017). U farmakorezistentní epilepsie, u které nelze potlačit záchvaty léky, je možnost chirurgické léčby, případně stimulace bloudivého nervu či zařazení ketogenní diety (Buršíková, 2019).

Epileptický záchvat může vyvolávat nedostatek spánku, nesprávná a nepravidelná výživa, fyzická i psychická zátěž, stres, konzumace alkoholu a jiných návykových látek, infekční onemocnění, stroboskopické jevy, práce ve výškách nebo také počítačové hry (Stehlíková a Modrá, 2017). V souvislosti s epilepsií se u dětí projevují kognitivní a behaviorální komorbidity, specifické poruchy učení, poruchy pozornosti s hyperaktivitou a poruchy chování, které mohou mít vliv na školní úspěšnost (Buršíková, 2019).

Úloha sestry v péči o děti s epilepsií zahrnuje sledování změn v chování a emocionálním stavu, které mohou signalizovat počátek záchvatu. Sestra je odpovědná za zajištění bezpečnosti dítěte a ochrany před možným poraněním či aspirací, podání antiepileptik, případně protikřečových léků (Klíma, 2016). Včasné a správné podání léku při tonicko-klonických křečích může odvrátit potřebu záchranné služby (Hartman et al., 2016). Sestra sleduje výskyt, charakter, délku trvání záchvatu, okolnosti vzniku a poruchu vědomí. Posuzuje osobní, rodinnou i sociální anamnézu v souvislosti se závažnými onemocněními dítěte, užíváním léků a rizikovými faktory vzniku. Sestra provádí fyzikální vyšetření, zjišťuje orientaci v místě, času a osobě. Pro posouzení stavu vědomí může sestra použít hodnotící Glasgowskou stupnici hloubky bezvědomí (Slezáková, 2014). Sestra dále sleduje fyziologické funkce a průchodnost dýchacích cest, zajišťuje klidné a bezpečné prostředí, podporuje a motivuje dítě ve správné výživě či změně životního stylu. Eviduje jednotlivé záchvaty a kontroluje případná poranění (Slezáková, 2014; Buršíková, 2019).

V prostředí školy se může dítě setkat se zvýšenou hladinou stresu, únavy, nepravidelným stravováním a velkým množstvím vnějších smyslových podnětů jako hluk, hlasitou hudbou či stroboskopickými jevy. Sestra spolupracuje s neurologem a rodiči, koordinuje

pohybové aktivity, poskytuje poradenství, edukaci a osvětu ke snižování stigma ohledně epilepsie prostřednictvím zdravotní výchovy (Ostręga a Oblacińska, 2017). Podle Buršíkové (2019) redukuje adekvátní informovanost stigma související s epilepsií.

1.5.3.2 Ošetrovatelská péče o děti s diabetes mellitus 1. typu ve školním prostředí

Diabetes mellitus 1. typu je chronické autoimunitní onemocnění způsobené nedostatečnou tvorbou inzulínu a inzulinidou, která vede k destrukci betabuněk Langerhansových ostrůvků pankreatu, ve kterých se inzulín tvoří (Klíma, 2016). Projevuje se poruchou metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin (Ondriová et al., 2018). Podle příčiny destrukce se dělí na autoimunitní a idiopatický (Staník et al., 2015).

Diabetes mellitus 1. typu je jedním z nejčastějších a nejzávažnějších chronických onemocnění dětského věku (Derňárová, 2021). Až 90 % případů diabetu u dětí a adolescentů tvoří právě diabetes mellitus 1. typu, přestože počet dětí a dospívajících s diabetem mellitem 2. typu také prudce narůstá. Důvodem je dětská obezita, která je způsobena nesprávným životním stylem a nedostatkem pohybové aktivity (Staník et al., 2015; Pansier a Schulz, 2015). Nejčastěji je diagnostikován u dětí ve věku 9-14 let a stále častěji také u dětí do 5 let, s meziročním nárůstem téměř o 3-4 % (Staník et al., 2015). Mezi 5. a 7. rokem může být příčinou vzniku školní stres a infekční onemocnění (Derňárová, 2021).

Příznakem diabetu 1. typu je nadměrné močení, zvýšený příjem tekutin, hubnutí, únava, dehydratace kůže a sliznic, zvracení, nechutenství, bolesti břicha či mykotické a kožní infekce. Diabetes je diagnostikován průkazem hyperglykémie v krvi nad 11,0 mmol/l, nálezem glukózy a ketolátek v moči, případně orálním glukózovým tolerančním testem (Kudlová, 2015).

Terapie diabetu spočívá v léčbě inzulínem, dietoterapii, pravidelné fyzické aktivitě a selfmonitoringu glykémie (Ondriová et al., 2018). Cílem léčby je kompenzace diabetu k plnohodnotnému životu, kterého lze dosáhnout pouze dodržováním všech uvedených součástí léčby (Staník et al., 2015). Diabetik je celoživotně závislý na exogenní aplikaci inzulínu s cílem zvýšit hladinu inzulínu v závislosti na jídle. Místa vpichu je potřeba pravidelně měnit, ačkoliv nejčastěji je aplikován do paže, stehna, hýždě a břicha (Klíma, 2016). Mezi způsoby aplikace inzulínu patří inzulínové stříkačky, inzulínová pera a inzulínové pumpy, které dávkují inzulín buď bolusově či kontinuálně do podkoží, a tím

napomáhají k uvolnění diabetické diety (Ondriová et al., 2018). Dítě s diabetem či jeho rodič upravuje dávky inzulínu dle dohodnutých i situačních kritérií (Klíma, 2016). Každodenní aplikace inzulínu bezpochyby ovlivňuje kvalitu života dítěte a jeho rodiny (Ondriová et al., 2018).

Problematika diabetu u dětí souvisí s nedostatečnou edukací, nepochopením, obavami dítěte, problémy s aplikací inzulínu a potřebou selfmonitoringu. Selfmonitoring glykémie je umožněn pomocí kontinuálního senzoru glukózy v podkoží či pomocí glukometru a odběru kapilární krve (Ondriová et al., 2018). Diabetik by si měl zapisovat hodnoty glykémie, glukózy i ketolátek v moči či potíže v kompenzaci léčby (Klíma, 2016). K život ohrožujícím komplikacím diabetu lze zařadit hypoglykémii či hypoglykemické kóma, které je způsobeno nadbytkem inzulínu v těle, nadměrným pohybem či nedostatkem stravy. Příznakem hypoglykémie je třes, pocení, únava, hlad, slabost, bledost, dezorientace až kóma s křečemi. První pomocí je přerušování tělesné aktivity, podání 30-60 g glukózy nebo rychle vstřebatelných cukrů v potravinách, případně aplikace glukagonu do svalu (Ondriová et al., 2018). Další akutní komplikací je diabetická ketoacidóza, která je naopak způsobena nedostatkem inzulínu v těle, těžkou infekcí či přemírou jídla (Klíma, 2016).

Úlohou sestry v péči o děti s diabetes mellitus 1. typu je identifikace bio-psycho-sociálních potřeb, udržení a podpora zdraví, rozvoj soběstačnosti, terapie a edukace. Sestra plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči, vede dokumentaci a vyhodnocuje poskytovanou ošetrovatelskou péči ve spolupráci s odborníky (Kudlová, 2015). Mezi diagnosticko-léčebné ošetrovatelské činnosti patří zjištění a posouzení životosprávy, spánku, fyzické i psychické zátěže a rodinné anamnézy. Sestra měří, zaznamenává a vyhodnocuje glykémii i fyziologické funkce, sestavuje jídelníček, upravuje dávky inzulínu a aplikuje jej ve spolupráci s lékařem. Poskytuje dítěti první pomoc při náhlém bezvědomí, nejčastěji při hypoglykémii. Sestra provádí objektivizující diagnostické testy, hodnotí rizika, posuzuje a dokumentuje stav potřeb, hydrataci, komplikace, úroveň soběstačnosti, nutriční stav, kognitivní funkce, selfmonitoring a inzulínoterapii. Ověřuje dobu podání a dávku inzulínu i množství stravy (Kudlová, 2015). Spolupracuje s praktickým lékařem dítěte, dětským diabetologem, rodiči a poskytuje poradenství (Ostręga a Oblacińska, 2017).

Přítomnost sestry ve škole výrazně zlepšuje management diabetu u dětí, minimalizuje riziko hypoglykémie, akutních i chronických komplikací a přispívá ke zlepšení kvality jejich života (An et al., 2022). Ošetřovatelská péče ve školním prostředí poskytuje dětem s diabetem pocit bezpečí a rovné příležitosti ve vzdělávání (Drakopoulou et al., 2022). Škola by měla pečovat o děti s diabetem během školního dne i v rámci školních akcí (An et al., 2022). Děti se ve škole mnohdy potýkají s omezeními, diskriminací, nedostatečnou podporou i se stigmatem ohledně jejich onemocnění, přestože by měly mít právo se plně účastnit všech školních aktivit (Pansier a Schulz, 2015; An et al., 2022). Intervence sestry ve škole jsou zaměřeny také na školení pedagogů v oblasti diabetu (Pansier a Schulz, 2015).

Zdraví dítěte s diabetem může být v prostředí školy ovlivněno potřebou pravidelného stravování, fyzickými aktivitami a rizikem hypoglykémie. Dítě s diabetem se může potýkat s problémy v kontrole glykémie, s častou absencí, větší náchylností ke stresu a omezeními v určitých fyzických aktivitách či na školních akcích (Ostręga a Oblacińska, 2017). Informovanost pedagogů a spolužáků o onemocnění dítěte je klíčové pro jejich sociální pohodu (Ondriová et al., 2018).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Pro naplnění empirické části práce byly stanoveny 4 dílčí cíle.

Cíl 1: Zmapovat možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogickými pracovníky na vybraných základních školách.

Cíl 2: Zmapovat péči o děti s chronickým onemocněním na vybraných základních školách.

Cíl 3: Zmapovat nejčastější omezení, se kterými se potýkají děti s chronickým onemocněním na vybraných základních školách.

Cíl 4: Zjistit postoje rodičů chronicky nemocných dětí k zavedení pozice komunitní dětské sestry na vybraných základních školách.

2.2 Hypotézy (vztahující se k cíli 1)

Hypotéza 1: Profesionálně mladší pedagogové mají větší zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou než profesionálně starší pedagogové, kteří pracují ve školství více než 20 let.

Hypotéza 2: Pedagogové, kteří mají zkušenost s chronicky nemocným žákem ve své třídě, mají větší zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou než pedagogové, kteří takovou zkušenost nemají.

2.3 Výzkumné otázky (vztahující se k cíli 2-4)

Výzkumná otázka 1: Jaká péče je poskytována dětem s chronickým onemocněním na vybraných základních školách?

Výzkumná otázka 2: Jaká jsou nejčastější omezení, se kterými se potýkají děti s chronickým onemocněním na vybraných základních školách?

Výzkumná otázka 3: Jaké postoje zastávají rodiče chronicky nemocných dětí k zavedení pozice komunitní dětské sestry na vybraných základních školách?

2.4 Operacionalizace stěžejních pojmů vztahující se k hypotézám

Pedagog na základní škole je učitel a zároveň odborník v oblasti vzdělávání a výchovy žáků v různých předmětech.

Profesně mladší pedagog s pedagogickou praxí méně než 20 let je osoba v oblasti vzdělávání, který má méně než dvacetiletou zkušenost s výukou a pedagogickou činností.

Profesně starší pedagog s pedagogickou praxí více než 20 let je osoba v oblasti vzdělávání, který má za sebou více než dvacetiletou zkušenost s vedením a výukou žáků.

Dítě s chronickým onemocněním je osoba mladší 18 let, která trpí dlouhodobou či trvalou zdravotní poruchou, která je vleklá, trvajících řadu měsíců až let, vedoucí k fyzickým či psychickým změnám a jejíž léčba může být mnohdy velmi obtížná.

Komunitní dětská sestra je odborník, který se specializuje na poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče dětem a rodinám v komunitě, nejčastěji v jejich domácím prostředí, školách či komunitních zařízeních.

3 METODIKA

3.1 Metody výzkumu

Empirická část bakalářské práce s názvem „Úloha dětské sestry v prostředí základní školy“ byla zpracována formou kombinované kvantitativně-kvalitativní analýzy. Ke sběru dat pro kvantitativní výzkumné šetření byla zvolena metoda dotazování a technika nestandardizovaných dotazníků. Ke sběru dat pro kvalitativní výzkum byla zvolena metoda dotazování a technika hloubkových polostrukturovaných rozhovorů.

Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou nestandardizovaných dotazníků, které tvořilo celkem 26 otázek (Příloha 1). Dotazníky byly rozeslány online formou pedagogům základních škol v Plzeňském a Jihočeském kraji. V první části dotazníku jsme se zaměřili zejména na možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogy na základních školách a ve druhé části dotazníku jsme zjišťovali zkušenosti pedagogů s chronicky nemocnými žáky. Sběr dat probíhal v listopadu a prosinci roku 2023. Před samotným sběrem dat proběhla pilotní studie s 5 respondenty, studenty pedagogické fakulty, která umožnila opravu chyb v dotazníku a ověřila využitelnost hypotéz k následné diseminaci mezi pedagogy základních škol.

Pro sběr kvalitativních dat byla zvolena technika hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, které probíhaly s rodiči dětí s chronickým onemocněním navštěvující základní školy v Plzeňském kraji. Pro potřeby výzkumu bylo vytvořeno a následně v rozhovoru položeno celkem 8 předem připravených otázek a několik dílčích podotázek (Příloha 2), na které mohli informanti otevřeně odpovídat. Otázky sloužily jako osnova při rozhovorech s rodiči a současně k zodpovězení výzkumných cílů. Všichni informanti byli v úvodu obeznámeni s tématem bakalářské práce, účelem výzkumného šetření a výzkumnými cíli. Současně byli všichni respondenti ujištěni o anonymitě výzkumného šetření a použití informací pouze pro účely bakalářské práce. Od každého respondenta byl získán souhlas se záznamem rozhovoru a následným zpracováním dat. Rozhovory byly zaznamenány pomocí diktafonu a následně byly jednotlivě a doslovně přepsány do textové podoby prostřednictvím programu Microsoft Word. Pro podrobnou analýzu dat byla využita metoda „tužka a papír“, tedy metoda kódování. V jednotlivých odpovědích respondentů byly vyhledávány společné znaky, které byly následně barevně odlišeny dle dílčích podobně zaměřených celků. Jednotlivé celky byly poté kategorizovány do určitých kategorií a podkategorií a podle nich byla následně vytvořena jednotlivá schémata.

Byly vytvořeny celkem 3 kategorie a dílčí podkategorie:

1. Poskytovaná péče dětem s chronickým onemocněním na základních školách
 - a) Problematika adaptace dětí s chronickým onemocněním na školní prostředí
 - b) Spolupráce rodičů dětí s chronickým onemocněním se školou a pedagogy
 - c) Podávání léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí
 - d) Řešení akutních stavů u dětí s chronickým onemocněním ve školním prostředí
 - e) Účast dětí s chronickým onemocněním na školních a mimoškolních akcích
2. Omezení dětí s chronickým onemocněním na základních školách
 - a) Omezení dětí s epilepsií ve školním prostředí
 - b) Omezení dětí s diabetes mellitus ve školním prostředí
3. Postoje rodičů dětí s chronickým onemocněním k pozici komunitní dětské sestry na základních školách

V první části rozhovoru jsme se s informanty zaměřili na chronické onemocnění dítěte v souvislosti se školním prostředím, zejména na péči pedagogů ve škole, adaptaci dítěte do kolektivu, na spolupráci rodičů se školou a pedagogy, podávání léků ve škole, řešení

akutních stavů a účast dítěte na školních a mimoškolních akcích. Ve druhé části rozhovoru jsme se zaměřili na omezení, se kterými se dítě s chronickým onemocněním ve škole potýká. Ve třetí části jsme se věnovali postoji informanta, rodiče dítěte k pozici komunitní dětské sestry v prostředí základní školy. Sběr dat probíhal v lednu roku 2024.

3.2 Charakteristika kvantitativního výzkumného souboru

Výzkumný soubor v kvantitativním výzkumném šetření tvořili záměrně oslovení pedagogové základních škol z Plzeňského a Jihočeského kraje. Kvantitativní výzkumný soubor v první části dotazníku tvořilo 104 respondentů. Výzkumný soubor z druhé části dotazníku, který vyplnili pouze pedagogové mající zkušenost s chronicky nemocným žákem, tvořilo celkem 74 respondentů.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

		Absolutní četnost		
Pohlaví	Ženy	98		
	Muži	6		
	Celkem	104		
Věk	méně než 20 let	7		
	20–30 let	8		
	31–40 let	16		
	41–50 let	33		
	51–60 let	32		
	více než 60 let	8		
	Celkem	104		
Nejvyšší dosažené vzdělání	Středoškolské vzdělání s maturitou	7		
	Vysokoškolské bakalářské vzdělání	8		
	Vysokoškolské magisterské vzdělání	87		
	Vysokoškolské doktorské vzdělání	2		
	Celkem	104		
Délka pedagogické praxe	méně než 5 let	méně než 20 let	18	54
	5–10 let		17	
	11–15 let		11	
	16–20 let		8	
	21–25 let	více než 20 let	13	50
	více než 25 let		37	
	Celkem	104		

Zdroj: vlastní, 2024

V Tabulce 1 jsou zaznamenány identifikační údaje respondentů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů. Pohlaví respondentů je v zastoupení 98 žen a 6 mužů. Z celkového počtu 104 oslovených pedagogů bylo 8 respondentů nad 60 let, 32 respondentů ve věku 51–60 let a téměř ve stejném počtu 33 respondentů bylo ve věku 41–50 let. Mezi 31–40 lety bylo 16 respondentů a mezi 20–30 lety bylo 8 respondentů. Mladších 20 let bylo pouze 7 respondentů. Nejvíce respondentů bylo ve věku 41–50 let a nejméně respondentů bylo ve věku pod 20 let. Ze 104 oslovených respondentů dosáhli vysokoškolského doktorského vzdělání pouze 2 respondenti, vysokoškolského magisterského vzdělání dosáhlo nejvíce, celkem 87 respondentů, oproti tomu vysokoškolského bakalářského vzdělání dosáhlo pouze 8 respondentů a v obdobné četnosti 7 respondentů dosáhlo pouze středoškolského vzdělání s maturitou. Celkem 37 respondentů uvedlo délku pedagogické praxe více než 25 let, u 13 respondentů byla uvedena pedagogická praxe v délce 21–25 let. U 8 respondentů byla délka pedagogické praxe v délce 16–20 let. U 11 respondentů byla délka pedagogické praxe v rozmezí 11–15 let, v délce 5–10 let byla pedagogická praxe zaznamenána u 17 respondentů a méně než 5 let pedagogické praxe bylo zvoleno u 18 respondentů.

Pro vyhodnocení Hypotézy 1 byla délka pedagogické praxe v Tabulce 1 rozdělena na respondenty s praxí více než 20 let (50 respondentů, 48 %) a na respondenty s délkou pedagogické praxe méně než 20 let (54 respondentů, 52 %).

3.3 Charakteristika kvalitativního výzkumného souboru

Výzkumný soubor v kvalitativním výzkumném šetření tvořili záměrně oslovení rodiče dětí s chronickým onemocněním navštěvující základní školy v Plzeňském kraji. Celkem bylo osloveno 10 rodičů dětí s chronickým onemocněním, avšak před rozhovorem s jedním rodičem bylo zjištěno, že dítě navštěvuje speciální základní školu, proto nebylo do výzkumného šetření zařazeno. Celkem bylo tedy realizováno a zaznamenáno 9 rozhovorů s rodiči dětí s chronickým onemocněním. Sběr dat byl ukončen v okamžiku plného teoretického nasycení. Pro zachování anonymity informantů byli rodiče označeni písmenem R a pořadovým číslem 1–9.

Tabulka 2 Identifikační údaje informantů

Informant	Pohlaví dítěte	Věk dítěte	Chronické onemocnění	Délka stanovení diagnózy dítěte
R1	chlapec	12 let	Epilepsie	5 let
R2	dívka	10 let	Epilepsie + SPU	2 roky
R3	chlapec	8 let	Epilepsie + SPU a ADHD	4 roky
R4	dívka	15 let	Epilepsie	4 roky
R5	dívka	13 let	Diabetes mellitus 1. typu	4 roky
R6	chlapec	11 let	Diabetes mellitus 1. typu	3 roky
R7	chlapec	15 let	Diabetes mellitus 1. typu	4 roky
R8	dívka	9 let	Diabetes mellitus 1. typu	5 let
R9	chlapec	15 let	Diabetes mellitus 1. typu	6 let

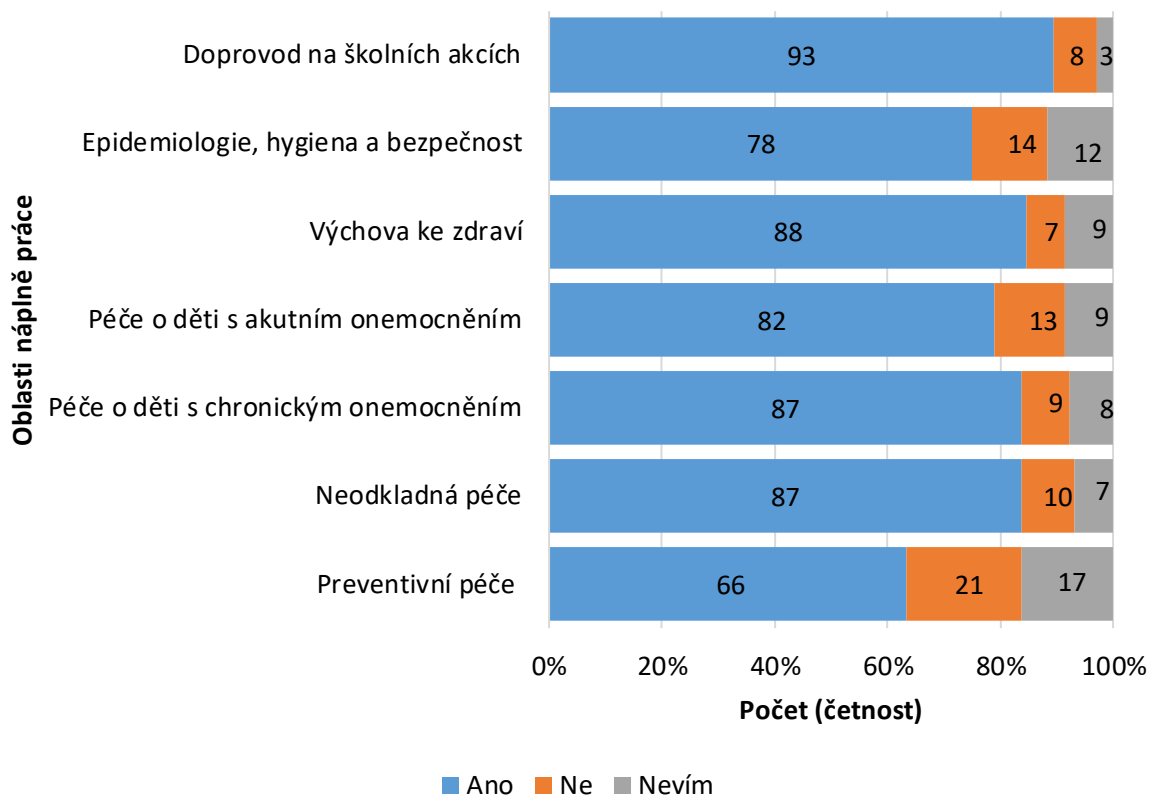
Zdroj: vlastní, 2024

V Tabulce 2 jsou zaznamenány identifikační údaje informantů. Rozhovory proběhly celkem s 9 informanty, rodiči dětí s chronickým onemocněním, které navštěvují běžné základní školy. Pohlaví dětí oslovených informantů je v zastoupení 5 chlapců a 4 dívek. Věk dětí informantů se pohyboval v rozmezí od 8 do 15 let. Průměrný věk dětí je 12 let. Z celkového počtu 9 oslovených informantů jsou v zastoupení 4 děti s epilepsií a 5 dětí s diabetes mellitus 1. typu. Informanti R1, R2, R3 a R4 uvedli, že jejich dítě má epilepsii projevující se generalizovanými záchvaty, z toho informanti R2 a R3 navíc uvedli obtíže dětí se specifickými poruchami učení. Informanti R6, R7, R8 a R9 uvedli, že pro aplikaci inzulínu využívají děti inzulínovou pumpu. Pouze informant R5 uvedl, že dítě využívá inzulínové pero. Délka stanovení diagnózy chronického onemocnění byla u dětí oslovených informantů v rozmezí od 2 do 6 let, v průměru 4 roky.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Výsledky z kvantitativní části výzkumného šetření

Graf 1 Úloha komunitní dětské sestry v prostředí základní školy



Zdroj: vlastní, 2024

Graf 1 znázorňuje úlohu komunitní dětské sestry v prostředí základní školy. U otázky: „Mohly by být podle Vás následující oblasti náplně práce komunitní dětské sestry na základní škole?“ vybírali respondenti z možností: „Ano“ , „Ne“ a „Nevím“. Z celkového počtu 104 oslovených respondentů (100 %), uvedlo 93 respondentů (89,3 %) úlohu dětské sestry v doprovodu na školních akcích, školách v přírodě a školních výletech. Podle 88 respondentů (84,5 %) by měla dětská sestra na základní škole vést výchovu ke zdraví. Dle 87 respondentů (83,5 %) by úlohou dětské sestry bylo zajišťovat neodkladnou péči, první pomoc a současně péči o děti s chronickým onemocněním a speciálními potřebami. Dále 82 respondentů (78,7 %) uvedlo, že by měla dětská sestra zajišťovat péči o děti s akutním onemocněním, tedy identifikovat zdravotní problémy dětí. Pouze podle 66 respondentů (63,4 %) by měla dětská sestra zajišťovat preventivní péči; screeniny, očkování a zjišťovat stravovací návyky dětí. Odpověď: „Ne“ byla

zvolena nejčastěji u oblasti Preventivní péče, celkem 21 respondenty (20,2 %), současně s odpovědí: „*Nevím*“, která byla zvolena celkem 17 respondenty (16,3 %).

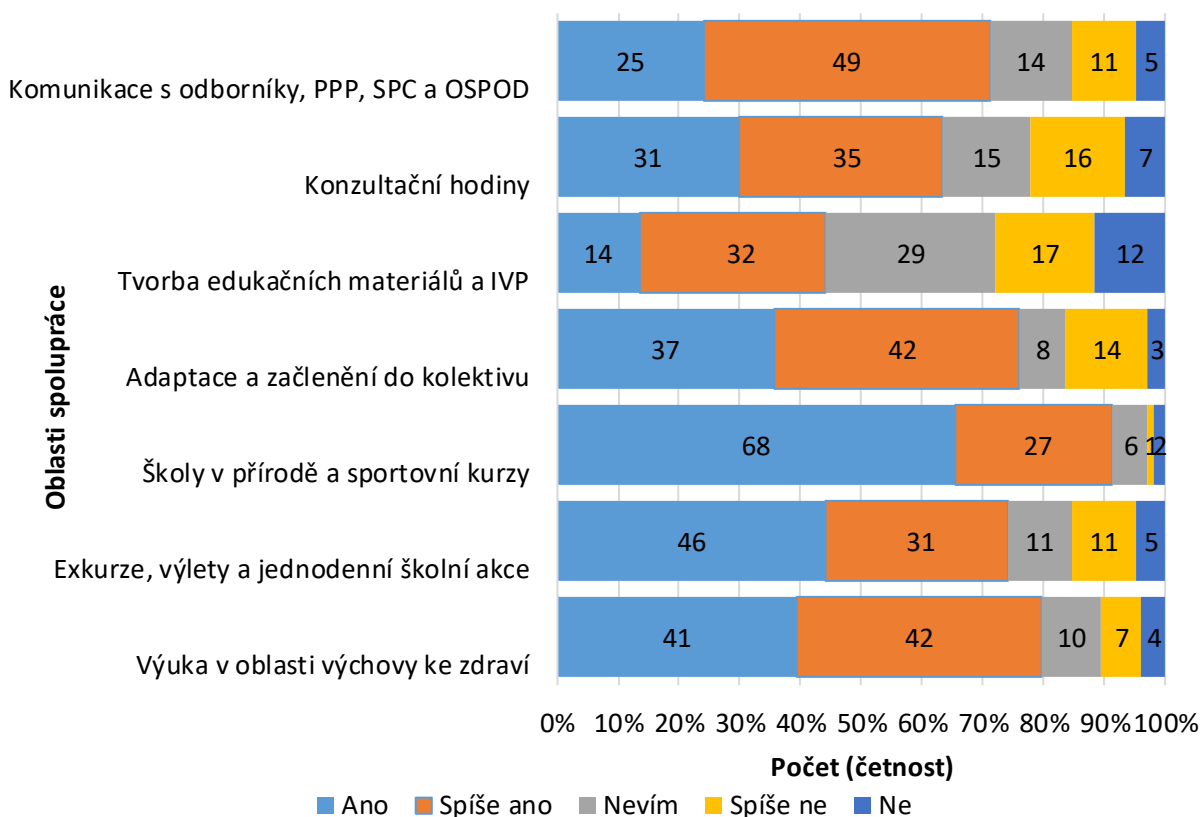
Respondenti mohli dále odpovídat na otevřenou otázku vztahující se k náplni práce komunitní dětské sestry na základní škole: „*Uved'te, pokud Vás napadá jiná náplň práce komunitní dětské sestry na základní škole.*“ První respondent odpověděl, že by dětská sestra mohla žákům a rodičům pomoci hledat praktické lékaře, zubaře a další odborníky, zejména těm ze znevýhodněného prostředí. Druhý respondent uvedl, že by se dětská sestra mohla zapojit při řešení situací spojených s podezřením, nebo užíváním návykových látek a současně v preventivní činnosti v rámci této problematiky.

V dotazníku byla následně respondentům položena otázka: „*Jakými dalšími způsoby by komunitní dětská sestra přispěla ve školním prostředí, případně jaká pozitiva by podle Vás mohla přinést pozice komunitní dětské sestry na základní škole?*“, u které mohli zaškrtnout více odpovědí. Nejčastější odpovědí, celkem u 81 respondentů, bylo: „*Okamžitou dostupností zdravotní péče*“. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí bylo: „*Odbornou výukou ve vybraných oblastech výchovy ke zdraví, prevence a výuky první pomoci*“, celkem u 70 respondentů. Odpověď: „*Odborným posouzením schopnosti konat fyzické činnosti u jednotlivých žáků při tělesné výchově*“, uvedlo 35 respondentů. Odpověď: „*Snížením absence žáků s chronickým onemocněním*“, uvedlo 30 respondentů.

Na následující otázku, zda by mohlo zavedení pozice komunitní dětské sestry na základní škole pomoci k udržení či zlepšení fyzického a duševního zdraví dětí, odpovědělo: „*Ano*“ 59 respondentů (56,7 %), naproti tomu 19 respondentů (18,3 %) odpovědělo: „*Ne*“ a 26 respondentů (25 %) uvedlo: „*Nevím*“.

V souvislosti s pozicí komunitní dětské sestry na základní škole byla respondentům položena otázka: „*Jaká by měla být podle Vás pracovní doba komunitní dětské sestry na základní škole?*“, na kterou odpovědělo nejvíce respondentů, celkem 46 (44,2 %): „*Flexibilní (v případě potřeby by byla na telefonu)*“. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí bylo: „*Od začátku do konce vyučování ve všech třídách (8:00 - 15:00)*“, celkem u 28 respondentů (26,9 %). Odpověď: „*Pouze v nejvytíženějších časech vyučování (8:00-13:00)*“, uvedlo 22 respondentů (21,1 %), avšak oproti tomu odpověď: „*I po skončení vyučování, až do konce školní družiny (8:00-17:00)*“, uvedlo pouze 8 respondentů (7,8 %).

Graf 2 Oblasti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogy na základní škole

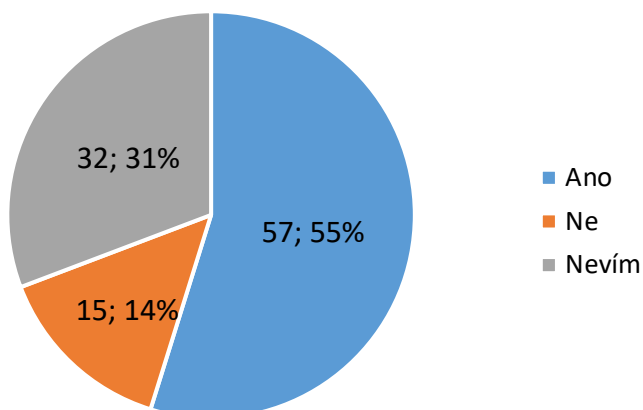


Zdroj: vlastní, 2024

Graf 2 znázorňuje oblasti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogy na základní škole. U otázky: „Měl/a byste zájem spolupracovat v následujících oblastech s komunitní dětskou sestrou na základní škole?“ vybírali respondenti z možností: „Ano“, „Spíše ano“, „Nevím“, „Spíše ne“ a „Ne“. V případě zvolení odpovědi: „Ano“ a „Spíše ano“ byl zájem respondentů hodnocen jako pozitivní. Z celkového počtu 104 oslovených respondentů (100 %) uvedlo nejvíce respondentů, celkem 95 (91,2 %), zájem o spolupráci s dětskou sestrou na školách v přírodě a sportovních kurzech. Zájem o spolupráci s dětskou sestrou při výuce prvouky, přírodovědy, biologie a občanské výchovy uvedlo 83 respondentů (79,7 %). Dále 79 respondentů (75,8 %) uvedlo zájem o spolupráci s dětskou sestrou při adaptaci dítěte s chronickým onemocněním na školní prostředí a pro začlenění dítěte do třídního kolektivu. Zájem o spolupráci s dětskou sestrou na exkurzích, školních výletech a jednodenních školních akcích uvedlo 77 respondentů (73,9 %). Celkem 74 respondentů (71 %) uvedlo zájem o spolupráci s dětskou sestrou při komunikaci s výchovnými poradci, speciálními pedagogy, metodiky prevence, školními psychology, pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickým

centrem a orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Zájem o spolupráci s dětskou sestrou při konzultačních hodinách uvedlo 66 respondentů (63,4 %) a zájem o spolupráci při tvorbě výukových plánů, edukačních materiálů a individuálních vzdělávacích plánů uvedlo pouze 46 respondentů (44,2 %).

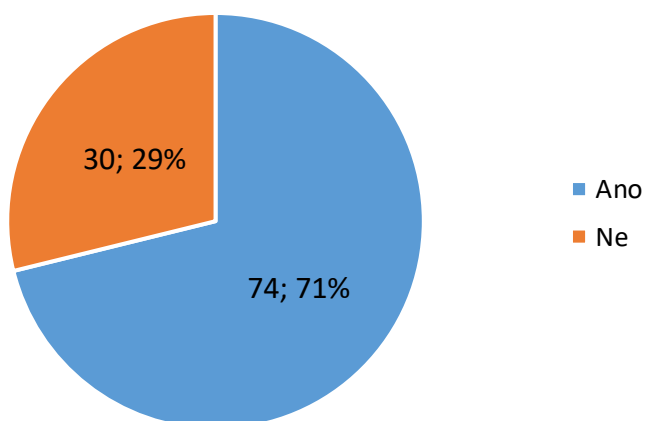
Graf 3 Zájem pedagogů o pozici komunitní dětské sestry v prostředí základní školy



Zdroj: vlastní, 2024

Graf 3 znázorňuje zájem respondentů, pedagogů základních škol, o pozici komunitní dětské sestry na základních školách. Z celkového počtu 104 oslovených respondentů (100 %) na otázku: „Chtěl/a byste, aby byla v České republice zavedena pozice komunitní dětské sestry na základních školách?“, odpovědělo 57 respondentů (55 %): „Ano“, naproti tomu 15 respondentů (14 %) odpovědělo: „Ne“ a 32 respondentů (31 %) uvedlo: „Nevím“. Na totožnou otázku č. 25 v dotazníku (Příloha 1), kterou vyplňovali pouze respondenti mající zkušenost s chronicky nemocným žákem ve své třídě, uvedlo zájem o pozici komunitní dětské sestry v prostředí základní školy téměř o 20 % více respondentů.

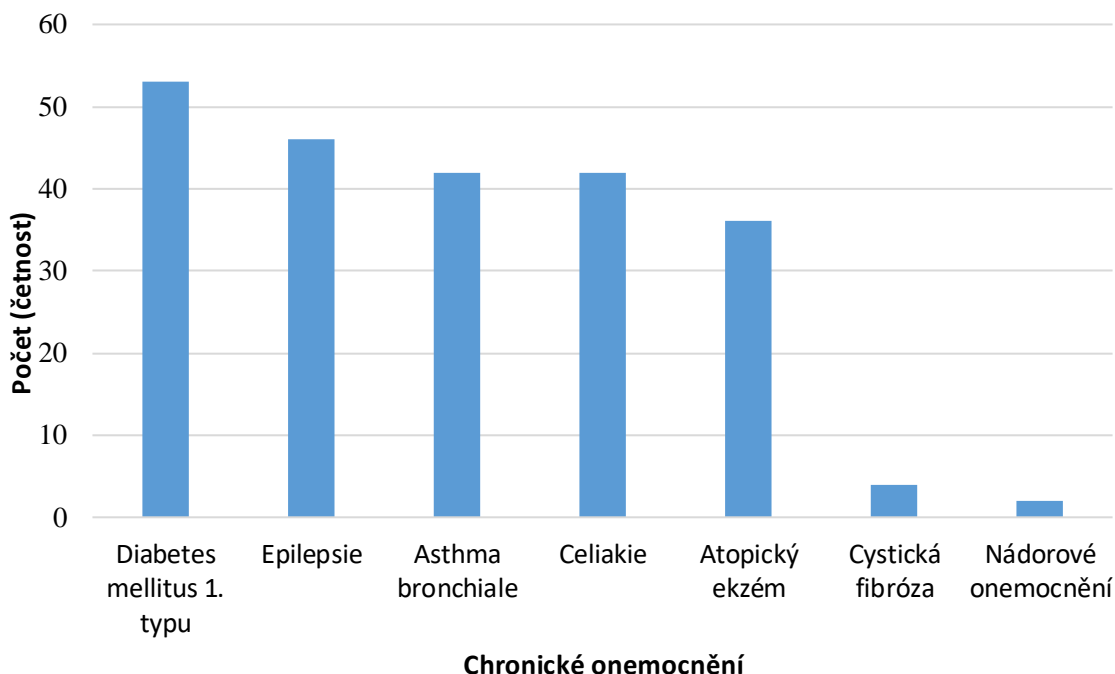
Graf 4 Zkušenosti pedagogů s dětmi s chronickým onemocněním na základní škole



Zdroj: vlastní, 2024

Graf 4 znázorňuje zkušenosti respondentů, pedagogů základních škol, s dětmi s chronickým onemocněním na základních školách. Z celkového počtu 104 oslovených respondentů (100 %) na otázku: „*Máte zkušenost s chronicky nemocným žákem ve Vaší třídě?*“ odpovědělo 74 respondentů (71 %): „*Ano*“. Odpověď: „*Ne*“, uvedlo 30 respondentů (29 %).

Graf 5 Výčet chronických onemocnění dětí základních škol ze zkušeností respondentů



Zdroj: vlastní, 2024

Poznámka: Na otázku: „S jakým typem chronického onemocnění jste se u dětí na základní škole setkali?“ odpověděli pouze ti respondenti, kteří v otázce: „Máte zkušenost s chronicky nemocným žákem ve Vaší třídě?“ zvolili odpověď: „Ano“.

Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovídalo na tuto otázku 74 respondentů (71%). Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo chronické onemocnění: „*Diabetes mellitus 1. typu*“, celkem 53krát. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí bylo chronické onemocnění: „*Epilepsie*“, celkem 46krát. Třetí nejvíce zastoupenou odpovědí bylo: „*Asthma bronchiale*“ a „*Celiakie*“, celkem 42krát. Dále respondenti zvolili odpověď: „*Atopický ekzém*“, celkem 36krát. Odpověď: „*Cystická fibróza*“ byla zvolena 4 respondenty. Nejméně zastoupenou odpovědí bylo: „*Nádorové onemocnění*“, kterou zvolili 2 respondenti. Nad rámec výběru odpovědí zvolilo 6 respondentů možnost: „*Jiné*“

a doplnili „*nefrotický syndrom*“, „*ulcerózní colitida*“, „*lupenka*“, „*psychická onemocnění*“, „*alergie*“ a „*těžké kombinované postižení*“.

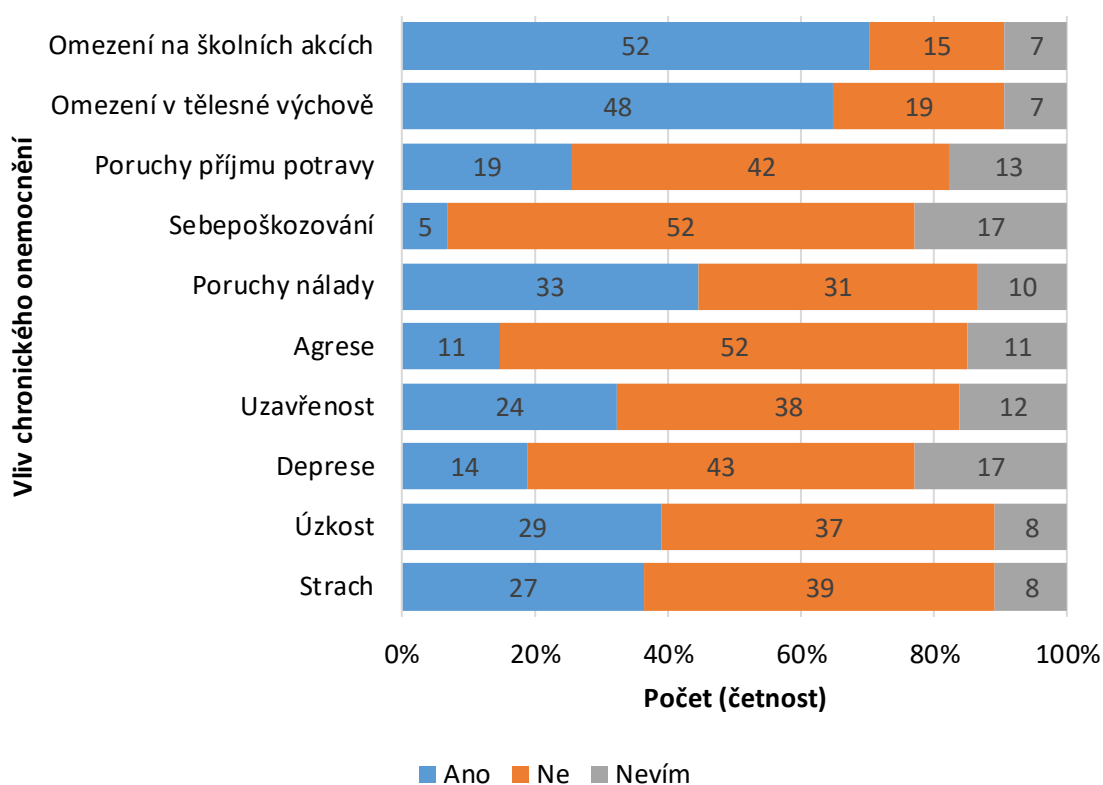
Z odpovědí respondentů v dotazníku vyplynulo, že pedagogové se nejčastěji setkávají u dětí na základních školách s chronickými onemocněními diabetes mellitus 1. typu a epilepsie. Výběr informantů do kvalitativního výzkumného šetření pro rozhovory s rodiči dětí s chronickým onemocněním na základních školách byl tedy záměrný.

Poznámka: Respondentům bylo doplněno následující: „Pokud jste zvolili více chronických onemocnění, zaměřte se v následujících otázkách na žáka s chronickým onemocněním, které nejvíce zasahovalo do jeho výchovně vzdělávacího procesu či který je právě nyní Vaším žákem.“

Podávání léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí

Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovídalo na tuto otázku 74 respondentů (71%). Z celkového počtu 74 respondentů (100 %) na otázku: „*Užíval či užívá nyní žák chronickou medikaci?*“, odpovědělo 52 respondentů (70,3 %): „*Ano*“, odpověď: „*Nevím*“, zvolilo 14 respondentů (18,9 %) a pouze 8 respondentů (10,8 %) odpovědělo: „*Ne*“. V souvislosti s podáváním léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí byla respondentům položena následující otázka: „*V případě, že žák užíval či nyní užívá chronickou medikaci, kdo podle Vás přebírá zodpovědnost za její podávání?*“, u které vybírali respondenti z možností: „*Ano*“ , „*Ne*“ a „*Nevím*“. Z celkového počtu 74 respondentů, uvedlo nejvíce respondentů, celkem 72, že zodpovědnost za podávání léků přebírá rodič dítěte. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí, kterou zvolilo celkem 55 respondentů bylo, že třídní učitel za podávání léků **nepřebírá** zodpovědnost. Současně 35 respondentů odpovědělo, že ani sám žák **nepřebírá** za podávání léků zodpovědnost. Dále 33 respondentů uvedlo, že také asistent žáka **nepřebírá** za podávání léků zodpovědnost.

Graf 6 Vliv chronického onemocnění na psychický a fyzický stav dítěte ve škole

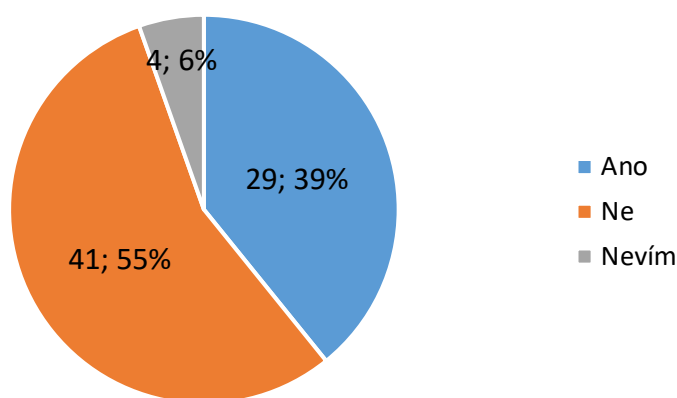


Zdroj: vlastní, 2024

Graf 6 znázorňuje vliv chronického onemocnění na psychický a fyzický stav dítěte ve škole včetně omezení, se kterými se potýkají děti s chronickým onemocněním na základních školách. U otázky: „*Jakým způsobem a do jaké míry se podle Vás odráželo či nyní odráží chronické onemocnění žáka na jeho psychickém a fyzickém stavu ve škole?*“ vybírali respondenti z možností: „*Ano*“, „*Ne*“ a „*Nevím*“. Z celkového počtu 74 respondentů, byla možnost: „*Ano*“ nejčastěji zvolená u odpovědi: „*Omezení v rámci školních akcí*“, celkem 52krát. Druhá nejvícekrát zastoupená možnost: „*Ano*“ byla vybrána u odpovědi: „*Omezení v hodinách tělesné výchovy*“, celkem 48krát. Třetí nejvícekrát zastoupená možnost: „*Ano*“ byla vybrána u odpovědi: „*Poruchy nálady*“, celkem 33krát. Přesto podle 29 respondentů se děti s chronickým onemocněním potýkají s úzkostí, podle 27 respondentů také se strachem a dle 24 respondentů i s uzavřeností. Podle 19 respondentů se děti potýkají s poruchami příjmu potravy, podle 14 respondentů také s depresí a ojedinělé nejsou ani projevy agrese či sebepoškozování u dětí s chronickým onemocněním.

V dotazníku byla následně respondentům položena otevřená otázka vztahující se k omezením dětí s chronickým onemocněním v hodinách tělesné výchovy, na kterou mohli volně odpovídat, ve znění: „V případě, že má žák s chronickým onemocněním omezení v hodinách tělesné výchovy, o jaká omezení se jedná?“ Na otázku odpovědělo celkem 41 respondentů. Nejčtenější odpovědí bylo: „Uvolnění z výuky, žák zcela necvičil“, celkem 13krát. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí bylo: „Přizpůsobení fyzické zátěže aktuálnímu zdravotnímu stavu či neustálá kontrola zátěže“, celkem 12krát. Třetí nejvíce zastoupenou odpovědí bylo: „Vytrvalostní běh na delší vzdálenost“, celkem 10krát. Dále respondenti uvedli: „Uvolnění z výuky plavání“, celkem 6krát, a také: „Uvolnění z cvičení ve výškách, tedy například šplh, žebřiny či vis“, celkem 4krát.

Graf 7 Řešení akutních stavů u dětí s chronickým onemocněním na základní škole

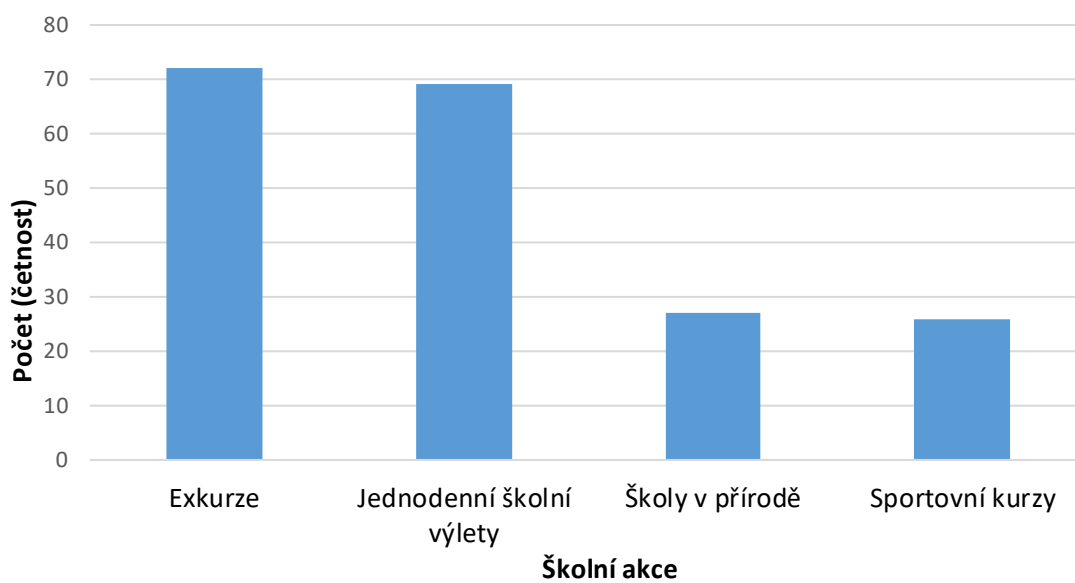


Zdroj: vlastní, 2024

Graf 7 znázorňuje četnost řešení akutních stavů u dětí s chronickým onemocněním ve školním prostředí. Z celkového počtu 74 respondentů (100 %) na otázku: „Zažil/a jste situaci, kdy byla potřeba poskytnout dítěti s daným chronickým onemocněním první pomoc?“, odpovědělo 41 respondentů (55,4 %): „Ne“, naproti tomu 29 respondentů (39,2 %) odpovědělo: „Ano“ a pouze 4 respondenti (5,4 %) uvedli: „Nevím, nevzpomínám si“. V souvislosti s akutními stavy u dětí s chronickým onemocněním ve školním prostředí byla v dotazníku otázka: „Byl/a jste poučen/a jak poskytnout dítěti s daným chronickým onemocněním první pomoc?“, na kterou odpovědělo z celkového počtu 74 respondentů (100 %), 63 respondentů (85,1 %): „Ano“ a oproti tomu 11 respondentů (14,9 %) odpovědělo: „Ne“. Dále byla respondentům položena následující otázka: „Kdo Vás poučil, jak poskytnout dítěti s daným chronickým onemocněním první pomoc?“, u které bylo možné zvolit více možností. Z celkového počtu 74 respondentů, bylo nejčteněji zvolenou odpovědí: „Rodič/e žáka“, celkem 62krát. Druhou nejvíce

zastoupenou odpovědí bylo: „*Sám/a jsem si dohledal/a informace z odborné literatury, článku, internetu*“, celkem 32krát. Třetí nejvíce zastoupenou odpovědí bylo: „*Dozvěděl/a jsem se informace v rámci školení, kurzu, semináře*“, celkem 23krát. Dále 11 respondentů uvedlo, že byli poučeni: „*Lékařem, všeobecnou či dětskou sestrou v mém okolí*“ a pouze 3 respondenti uvedli, že byli poučeni: „*Asistentem žáka*“.

Graf 8 Účast dětí s chronickým onemocněním na školních akcích



Zdroj: vlastní, 2024

Graf 8 znázorňuje četnost účasti dětí s chronickým onemocněním na školních akcích. U otázky: „*Účastní se žák s chronickým onemocněním následujících školních akcí?*“, mohli respondenti zvolit z více možností, a to: „*Exkurze*“, „*Jednodenní školní výlet*“, „*Škola v přírodě*“ a „*Sportovní kurz*“. Z celkového počtu 74 respondentů bylo nejčastěji zvolenou odpovědí: „*Jednodenní výlet*“, celkem 72krát. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí byla: „*Exkurze*“, celkem 69krát. Třetí nejvíce zastoupenou odpovědí byla: „*Škola v přírodě*“, celkem 27krát a „*Sportovní kurz*“, s téměř stejným počtem celkem 26krát. Škol v přírodě a vícedenních sportovních kurzů se podle odpovědí respondentů účastní téměř o 60 % méně dětí s chronickým onemocněním, než exkurzí a jednodenních školních výletů. V souvislosti s účastí dětí s chronickým onemocněním na školních akcích byla respondentům položena otázka: „*Pokud se žák účastní školních akcí, kdo jej doprovází?*“ Na otázku odpovědělo z celkového počtu 74 respondentů (100 %), nejvíce respondentů, celkem 42 (56,8 %): „*Žák není nikým doprovázen*“. Celkem 25 respondentů (33,8 %) odpovědělo: „*Asistent žáka*“ a oproti tomu odpovědělo pouze 7 respondentů (9,4 %): „*Rodič či rodinný příslušník*“.

Výsledky statistického testování hypotéz

Pro kvantitativní výzkumné šetření byly stanoveny 2 hypotézy:

Hypotéza 1: Profesně mladší pedagogové mají větší zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou než profesně starší pedagogové, kteří pracují ve školství více než 20 let.

Hypotéza 2: Pedagogové, kteří mají zkušenost s chronicky nemocným žákem ve své třídě, mají větší zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou než pedagogové, kteří takovou zkušenost nemají.

Zájem pedagogů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na základních školách byl měřen součtem odpovědí „*Ano*“ a „*Spiše ano*“ u jednotlivých oblastí spolupráce v otázce č. 11 v dotazníku (Příloha 1), jehož výsledky jsou uvedeny ve výsledkové části (Graf 2). Zájem pedagogů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou mohl dosáhnout maxima 7 bodů, přičemž za každou odpověď „*Ano*“ získali 1 bod a za odpověď „*Spiše ano*“ získali 0,5 bodu. Vztah zájmu pedagogů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na základních školách k délce jejich pedagogické praxe a ke zkušenosti s chronicky nemocným žákem byl hodnocen T testem.

Tabulka 3 Výsledky vztahu zájmu respondentů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na ZŠ versus délka pedagogické praxe

Délka pedagogické praxe	Zájem		T test
	Průměr	Směrodatná odchylka	
méně než 20 let	4,1	1,9	p = 0,816
více než 20 let	4,0	1,8	

Zdroj: vlastní, 2024

Vztah zájmu pedagogů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na základních školách nesouvisí s délkou pedagogické praxe ($p = 0,816$). Průměrný zájem se podle délky pedagogické praxe neliší.

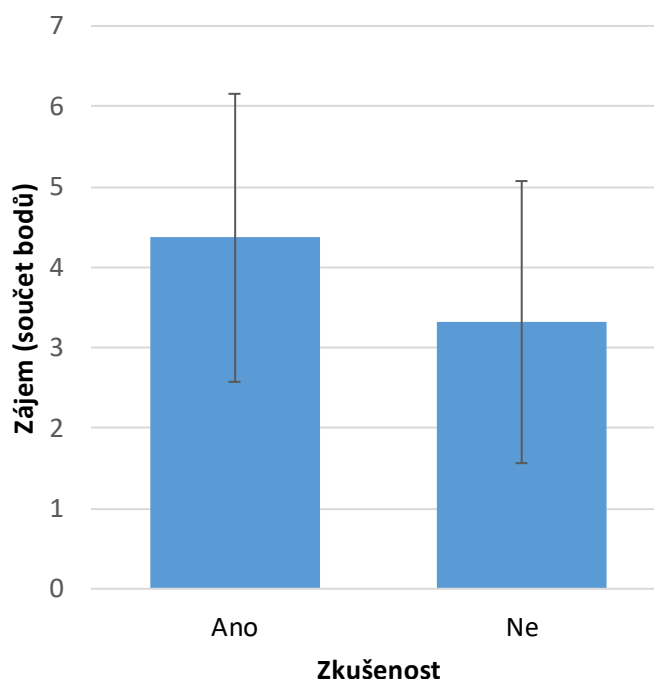
Hypotéza 1: Profesně mladší pedagogové mají větší zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou než profesně starší pedagogové, kteří pracují ve školství více než 20 let, **nebyla potvrzena.**

Tabulka 4 Výsledky vztahu zájmu respondentů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na ZŠ versus zkušenost s chronicky nemocným žákem

Zkušenost	Zájem		T test
	Průměr	Směrodatná odchylka	
Ano	4,4	1,8	p = 0,015
Ne	3,3	1,8	

Zdroj: vlastní, 2024

Graf 9 Výsledky vztahu zájmu respondentů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na ZŠ versus zkušenost s chronicky nemocným žákem



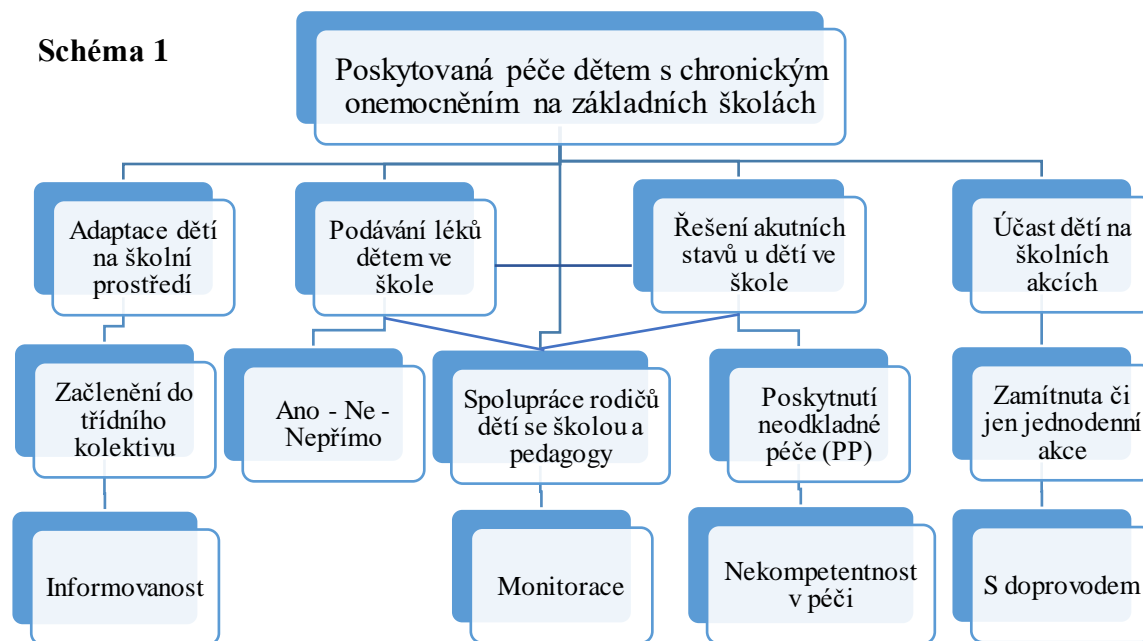
Zdroj: vlastní, 2024

Průměrný zájem pedagogů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na základních školách se podle zkušenosti s chronicky nemocným žákem liší ($p = 0,015$).

Hypotéza 2: Pedagogové, kteří mají zkušenost s chronicky nemocným žákem ve své třídě, mají větší zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou než pedagogové, kteří takovou zkušenost nemají, **byla potvrzena.**

4.2 Výsledky z kvalitativní části výzkumného šetření

4.2.1 Kategorie 1: Poskytovaná péče dětem s chronickým onemocněním na základních školách



Zdroj: vlastní, 2024

Na základě analýzy rozhovorů byla stanovena kategorie *Poskytovaná péče dětem s chronickým onemocněním na základních školách*, pro kterou bylo vytvořeno následující schéma. Schéma 1 znázorňuje rozsah poskytované péče základní školou a zejména jejími pedagogy. Bylo zjištěno, že poskytovaná péče dětem s chronickým onemocněním se liší v závislosti na chronickém onemocnění, postoji jednotlivých pedagogů k danému onemocnění a na dalších souvislostech, které jsou podrobněji uvedeny níže. Proto bylo zvoleno 5 podkategorií. Problematika adaptace dětí s chronickým onemocněním na školní prostředí, Spolupráce rodičů dětí s chronickým onemocněním se školou a pedagogy, Podávání léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí, Řešení akutních stavů u dětí s chronickým onemocněním ve školním prostředí, Účast dětí s chronickým onemocněním na školních a mimoškolních akcích.

Informantům byla položena otázka: „*Jaká péče je poskytována Vašemu dítěti ve školním prostředí?*“ Z rozhovorů vyplynulo, že všichni informanti hovořili předem s třídním učitelem i vedením o onemocnění dítěte a ti vědí, jak v případě akutního stavu postupovat. Také téměř totožně všichni informanti uvedli, že jsou se školou v kontaktu, a kdyby

cokoli, mohou se na ně obrátit. Informant R1 uvedl, že do školy poslal důležité zprávy od lékaře a vytiskl do třídy leták, kde je vypsána první pomoc. Informant R4, rodič dítěte s epilepsií, navíc dodal, že skrze speciální hodinky může sledovat zdravotní stav dítěte a v případě potřeby do školy dojet. Naproti tomu však informanti R1 a R4 doplnili, že učitelé berou situaci mnohdy na lehkou váhu a některé věci nerespektují, protože ve třídě dítě žádný záchvat zatím nemělo. Informanti R5, R6, R7, R8 a R9 uvedli v souvislosti s monitorací glykémie, že má jejich dítě senzor, který mu umožňuje sledovat kontinuálně hladinu glukózy, a proto mu škola umožňuje mít zapnutý mobil v průběhu celého vyučování kvůli alarmům ze senzoru. Pouze informant R5 uvedl, že dítě používá inzulinová pera a inzulinovou pumpu prozatím odmítá, aby nevypadalo vedle ostatních dětí odlišně. Informanti R5, R6, R7 a R9 uvedli, že nejsou spokojeni s péčí školní jídelny. „*Ve školní jídelně zpočátku vážili porce jídla, ale po roce to přestali řešit, takže teď už chodí jíst domů.*“, uvedl informant R5. S tímto tvrzením se částečně shodují i odpovědi informantů R6 a R7, kteří uvedli, že řešení stravování ve školní jídelně není pro dítě s cukrovkou úplně jednoduché, a tak stále řešili problémy s dodržováním porcí. Pouze informant R8 jako jediný uvedl, že se dítě stravuje ve školní jídelně bez obtíží a dodal: „*Při výběru školy pro nás byla důležitá zkušenost školní jídelny s diabetikem a jsme rádi, že může dostat jídlo, které odpovídá jeho potřebám.*“

Z výzkumného šetření vyplynulo, že s epilepsií jsou na školách obecně horší zkušenosti. To potvrzuje výrok informanta R3, který uvedl: „*Asi je to tak, že ten diabetes není tolik omezující, a je tak nějak v těch školách více přijímán, a i ty učitelé se k tomu staví lépe, ne tak odmítavě, jako k dětem s epilepsií.*“

4.2.1.1 Problematika adaptace dětí s chronickým onemocněním na školní prostředí

V následující podkategorii odpovídali informanti na několik dílčích otázek: „*Jak probíhala adaptace Vašeho dítěte na školní prostředí po zjištění diagnózy? Jak se Vaše dítě začlenilo do kolektivu a jak bylo přijato spolužáky? Jaké má Vaše dítě nyní zázemí a kolektiv ve škole?*“ Z rozhovorů s informanty R1, R2, R3 a R4 vyplynulo, že pro děti s epilepsií byla adaptace na školní prostředí velmi problematická a náročná z důvodů nekompenzovaných stavů a častých epileptických záchvatů. To potvrzuje výrok informanta R2, který uvedl, že během prvních 2 až 3 týdnů mělo dítě hodně záchvatů, a proto nemohlo školu navštěvovat. Informant R3 jako jediný popsal ve své odpovědi, že muselo být dítě kvůli onemocnění přeřazeno do jiné běžné základní školy: „*O jeho*

stavu věděli už před nástupem do první třídy, ale hned během měsíce nastaly kvůli epilepsii problémy. Po proběhlém záchvatu volala večer učitelka a já jsem si bláhově myslela, že se chce zeptat, jak synovi je, když mu předtím volala tu sanitku, ale paní učitelka mi volala proto, aby mi oznámila, že už nemám syna vodit, protože tam epileptika nechtějí mít.“

Oproti tomu z odpovědí informantů R5, R6, R7 a R8 bylo zjištěno, že u dětí s diabetem proběhla adaptace na školní prostředí celkem hladce a bez potíží. Navíc informanti R5 a R8 odpověděli, že mělo dítě zpočátku asistentku, která s managementem diabetu ve škole pomáhala, a také že byli spolužáci seznámeni třídní učitelkou s daným onemocněním. Informant R7 uvedl, že strávil první týden po návratu z nemocnice společně s dítětem ve třídě a zdravé vrstevníky s onemocněním seznámil. Pouze jeden informant R9 uvedl, že se dítě zpočátku bránilo používat inzulinové pero ve škole a na mimoškolních aktivitách, aby nebylo kvůli onemocnění znevýhodněno.

Na otázku „*Jak se Vaše dítě začlenilo do kolektivu a jak bylo přijato spolužáky?*“ odpověděli dotazovaní informanti R1, R5, R7, R8 a R9, že jejich dítě bylo od začátku přijato bez negativních reakcí a nebylo z kolektivu nikdy vyčleňováno. Informant R7 odpověděl, že spolužáci přijali nemoc dítěte jako součást jeho identity. Informanti R1, R5, R6 a R8 téměř totožně odpověděli, že pro začlenění do kolektivu přispělo společné vytvoření informativního plakátu (Příloha 3), které pomohlo žákům onemocnění lépe pochopit a dítě přijmout, a současně, že proaktivní jednání rodičů a třídních učitelů napomohlo k začlenění dítěte do kolektivu. Naproti tomu informant R2 uvedl, že dítě mělo problémy se do kolektivu začlenit, spolužáci se mu posmívali a snažili se záchvat vyprovokovat, a tak se dítě bálo chodit do školy. Museli proto dokonce navštívit psychologa. Také informant R4 popsal ve své odpovědi problematiku začlenění dítěte do kolektivu: „*Na 1. stupni měla skvělý kolektiv, ale když přešla na 2. stupeň, měla pocit, že do kolektivu nezapadá, nemohla s nimi chodit pozdě večer ven a často chodila domů s pláčem. Mysleli jsme, že bude muset být přeřazena do jiné třídy.*“ S tímto tvrzením se částečně shoduje i informant R6, který uvedl, že při přechodu na 2. stupeň se kompletně změnili učitelé, takže nebyla péče již tak komplexní, ale roztržitější mezi více učitelů. Současně doplnil, že se zpočátku objevovaly negativní reakce spolužáků jako například, že inzulin páchne, nebo že se jedná o aplikaci drog. Informant R3 uvedl následující: „*On je samorost a ty děti kolem sebe nepotřebuje, ale po tom záchvatu z něj vyloženě udělali*

outsidera, nechtěli ho s sebou na zmrzlinu, ani na žádný výlet.“ Problematické začlenění do kolektivu se dle odpovědí informantů jednoznačně dotýká více dětí s epilepsií.

Všichni informanti souhlasně odpověděli na otázku *„Jaké má Vaše dítě nyní zázemí a kolektiv ve škole?“*, že má dítě nyní dobré vztahy se spolužáky a necítí se vyčleněné. Informanti R2 a R4 uvedli, že se situace zlepšila a dítě si našlo svou skupinu kamarádů, se kterými se cítí dobře. Informant R5 doplnil: *„Má výborné kamarády ve třídě. Opravdu si myslím, že ty děti to od začátku přijaly dobře, byť žádného diabetika kolem sebe nikdy neměly.“*

4.2.1.2 Spolupráce rodičů dětí s chronickým onemocněním se školou a pedagogy

V podkategorii *Spolupráce rodičů dětí s chronickým onemocněním se školou a pedagogy*, odpověděli informanti R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8 a R9 na otázku: *„Jaká je Vaše spolupráce se školou a s třídním učitelem?“* téměř souhlasně, že spolupráce se školou a učiteli je velmi dobrá. Také uvedli, že s třídním učitelem jsou v úzkém kontaktu a škola je připravena spolupracovat a kontaktovat je v případě jakýkoliv zdravotních komplikací dítěte. Informant R8 uvedl, že úzce spolupracují se školou na řízení léčby dítěte, a to včetně školní jídelny. Spolupráce informanta R2, při řešení jednotlivých situací, probíhá především s vedením školy, tedy s ředitelem, zatímco spolupráce informanta R6 je naopak hlavně s třídním učitelem. Informant R3 uvedl, že se pravidelně setkávají s jednotlivými učiteli, aby probrali aktuální stav dítěte a případné úpravy v individuálním vzdělávacím plánu. Informant R4 jako jediný uvedl, že spolupráce se školou byla od začátku poměrně náročná, ačkoliv se postupem času zlepšovala, a tak ji popsal ve své odpovědi: *„Chtěla jsem, aby o tom ve škole věděli, kdyby se něco stalo, takže jsem mluvila se zástupkyní, která to učitelům asi ani neřekla, protože nikdo nic nevěděl, a tak jsme chodili za každým učitelem zvlášť a vše okolo epilepsie vysvětlovali.“*

4.2.1.3 Podávání léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí

V podkategorii *Podávání léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí*, odpovídali informanti na několik dílčích otázek: *„Jak řešíte podávání chronické, případně akutní medikace u Vašeho dítěte ve školním prostředí? Chodíte do školy v určitých časech podávat medikaci Vy, podává jí učitel nebo to zvládá dítě samo?“*

Všichni informanti uvedli, že jejich dítě vyžaduje podávání trvalé chronické medikace během dne, mnohdy i během vyučování, proto je následující podkategorie považována

za klíčovou. Informanti R1, R3 a R4 uvedli, že stav dětí není plně kompenzovaný a ve škole se potýkají s častými epileptickými záchvaty. Informant R3 uvedl, že někdy má dítě dokonce dva záchvaty v řadě, které přecházejí ve status epilepticus. Informant R4 ve své odpovědi uvedl, že má dítě ve škole často myoklonické záchvaty, kdy se mu třesou ruce a kolena. Informant R1 k epileptickým záchvatům doplnil: „*Začátky byly úplně naprosto šílený a opravdu hodně náročný, ale ono je to šílený i teď, když dostane záchvat. Děsím se toho, když má nějakou virózu, že přijde epileptický záchvat.*“ Z odpovědi informantů vyplynulo, že podávání léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí není jednotné, a to z důvodu obav pedagogů o možné postihy z ublížení na zdraví, plynoucí z velké zodpovědnosti. Dotazovaní informanti R2, R3, R4, R7 a R8 uvedli, že jsou učitelé ochotni léky podávat. Informant R4 uvedl, že učitelé mají k dispozici léky, které mohou podat a jsou informováni, jak mají postupovat. Obdobný výrok odpověděl i informant R2, tedy že má dítě po celou dobu léky u sebe a učitelé mají možnost je v případě potřeby použít. Informant R3 se k podávání léků vyjádřil následovně: „*Učitelé i vychovatelé ve družině bez problému podávají Diazepam nebo Buccolam při epileptickém záchvatu a vše pak zapisují do speciální knihy, jak záchvat proběhl a co bylo podáno.*“ Z rozhovorů s informanty R7 a R8 bylo zjištěno, že někteří učitelé jsou ochotni podat léky přímo, tedy nejčastěji použít glukagonovou injekci v případě akutního stavu. Většina učitelů je však ochotna podat léky pouze nepřímou, v rámci úpravy dávkování inzulínu na inzulínové pumpě. Informant R8 navíc jako jediný doplnil: „*Do loňského roku měli ve družině záložní glukometr, kanylu, dezinfekci a glukagonovou injekci v lednici, protože vedoucí družiny měla zdravotnické vzdělání a mohla by to v případě nouze podat.*“ Naproti tomu informant R9 uvedl, že když potřebuje dítě upravit dávkování na inzulínové pumpě, musí to udělat samo, protože učitel toho není schopen.

Oproti tomu informanti R1, R5, R6 a R9 odpověděli, že učitelé ani jiný personál školy není ochoten léky v případě potřeby podat. Pouze jediný rodič dítěte s epilepsií, informant R1, odpověděl k podávání léků: „*Léky by učitelé nepodali, i když je má u sebe v tašce. Musela bych dojet do školy a léky podat sama nebo by se volala záchranka.*“ Informant R3 uvedl, že když chtěl podepsat s učitelem písemný souhlas s podáním léků, učitelé mu sdělili, že i přes souhlas dítěti podat lék nesmí, protože nejsou zdravotníci. Dotazovaní informanti R5 a R6, rodiče dětí s diabetem, téměř totožně odpověděli, že důvodem nepodání léku je fakt, že učitelé nejsou vyškoleni k aplikaci glukagonové injekce, proto

by ji v případě akutního stavu nepoužili, a že ani vedení školy ho mnohdy nedovoluje uschovávat v kabinetech. Oproti tomu informant R7 uvedl, že glukagonovou injekci mají učitelé připravenou v ledničce v kabinetě a jsou poučeni, co mají v případě potřeby dělat. Informant R5 navíc k podávání léků uvedl: „*Než se to naučila sama, musela jsem několikrát denně jezdit ze zaměstnání a inzulin píchat já, což byla docela velká zátěž.*“ K zázemí pro aplikaci inzulinu inzulinovým perem uvedl informant R9, že dítě mělo možnost jít do kabinetu, kde mělo klid a soukromí, když byli jeho spolužáci zvědaví. Informant R7 dodal, že dítě mohlo během aplikace inzulinu zůstat ve třídě, což podle něj přispělo k přijetí mezi ostatní žáky a odstranění mylných domněnek o onemocnění.

4.2.1.4 Řešení akutních stavů u dětí s chronickým onemocněním ve školním prostředí

V podkategorii *Řešení akutních stavů u dětí s chronickým onemocněním ve školním prostředí*, odpověděli na otázku: „*Řešili jste někdy akutní stav Vašeho dítěte ve škole a pokud ano, jak jste postupovali?*“, informanti R2, R3, R4, a R5: „*Ano*“. Informanti R2 a R3 uvedli, že epileptický záchvat řešili ve škole už několikrát a taktéž souhlasně uvedli, že učitelé podali při záchvatu Diazepam či Buccolam. Informant R2 uvedl průběh záchvatu, a to v počátku se zvracením, následně ztrátou vědomí, tonicko-klonickými křečemi, záškuby a pomočením. „*Ve škole jsme řešili pouze jeden velký záchvat, který ale proběhl bez zranění, a tak nebyla potřeba volat záchranku. Učitel mi ihned zavolal a společně jsme vyhodnotili závažnost situace.*“, uvedl informant R4 a dodal, že se dítě často potýká s myoklonickými záchvaty projevujícími se cukáním, zahleděním, podlomením kolen a třesem rukou. Informant R3 k epileptickým záchvatům doplnil: „*Nedávno měl dva těžší epileptické záchvaty po sobě a pro status epilepticus musela být zavolána záchranka.*“ Pouze jediný informant R5, rodič dítěte s diabetem, uvedl, že ve škole řešili těžkou hypoglykémii a vyjádřil se k tomu následovně: „*Nekomunikovala, měla potíže s vědomím a křeče, ale učitelka zareagovala rychle, prvotně volala nám, co dělat a podle našich instrukcí podala rozpuštěný cukr ve vodě a zavolala záchranku.*“

Z rozhovorů s informanty R1, R6, R7, R8 a R9 vyplynulo, že ve škole zatím k žádnému akutnímu stavu nedošlo. Informanti R6, R7, R8 a R9, rodiče dětí s diabetem, uvedli, že po dobu povinné školní docházky nenastala žádná vážná hypoglykémie či stav bezvědomí, a tak ani nutnost přivolání záchranné služby. K tomu informant R9 uvedl, že senzor vždy umožnil včas zachytit výkyvy hladiny glukózy, a protože má dítě i rodič

přístup do mobilní aplikace, mohl brzy zasáhnout. Pouze jeden rodič dítěte s epilepsií, informant R1, uvedl, že zatím k žádnému epileptickému záchvatu ve škole nedošlo a doplnil: „*Občas pociťuje příznaky blížícího se záchvatu, únavu nebo nevolnost, ale ty se projevují až po cestě ze školy domů. Když minulý rok utrpěl úraz hlavy při tělocviku, taky se záchvat nedostavil hned, ale až při cestě autem domů.*“

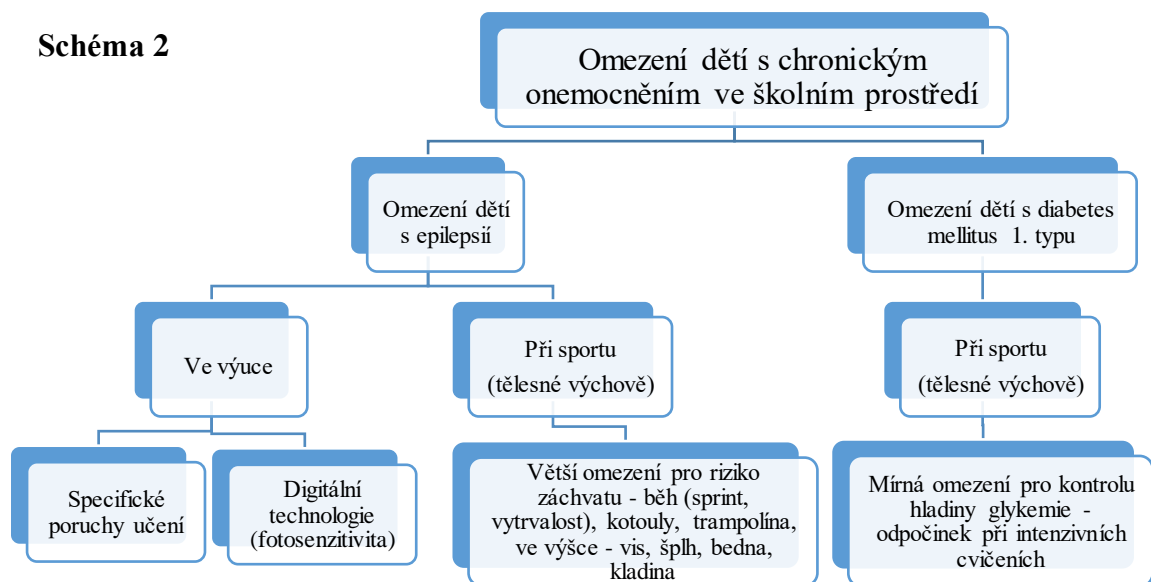
4.2.1.5 Účast dětí s chronickým onemocněním na školních a mimoškolních akcích

V podkategorii *Účast dětí s chronickým onemocněním na školních a mimoškolních akcích*, jsme zjišťovali podíl dětí, které se akcí účastní a za jakých podmínek k tomu dochází. Z rozhovorů s informanty vyplynulo, že pokud škola účast dítěte povoluje, podmínkou je povětšinou doprovod rodiče. Avšak v některých případech škola ani tak neschvaluje účast dítěte z důvodů, které jsou podrobněji uvedeny níže. Na otázku: „*Účastní se Vaše dítě školních, případně mimoškolních akcí?*“, odpověděl informant R3, že účast dítěte není povolena, u informantů R2, R4, R6 a R8 je účast dítěte z části omezena a informanti R1, R5, R7 a R9 uvedli, že se dítě může účastnit akcí zcela, avšak většinou s jejich doprovodem.

Informant R3 ve své odpovědi popsal, že dítě nejedí na školní výlety ani na školy v přírodě, neboť škola ho nechce přijmout kvůli riziku epileptických záchvatů a možnému zhoršení zdravotního stavu. Informant R2 k tomu dodal, že se dítě nemohlo účastnit škol v přírodě ani s jeho doprovodem a jako důvod škola uvedla změnu prostředí a stres, který může epileptický záchvat vyvolat. Informant R4 uvedl, že na 1. stupni se dítě neúčastnilo školních výletů ani školy v přírodě, poté na 2. stupni na turistický kurz jelo, ale na lyžařský kurz opět nikoli, protože by ho neměl kdo hlídat při jízdě na lanovce nebo vleku. Dotazovaní informanti R6 a R8 téměř totožně uvedli, že se dítě může účastnit akcí, které nevyžadují přespávání. To potvrzuje výrok informanta R6, který uvedl, že na konci 1. stupně se mohlo dítě zúčastnit jednodenní akce, kde mu rodiče zajistili potřebnou péči, avšak účast dítěte na škole v přírodě byla zamítnuta vedením školy z důvodu potřeby doprovodu, což by nebylo vůči ostatním dětem férové. Současně informanti R4 a R6 zmínili, že první rok se s celým onemocněním teprve sžívali a zjišťovali, co je potřeba, proto se jejich dítě školních akcí a škol v přírodě neúčastnilo. S tímto tvrzením se částečně shoduje i informant R9, který uvedl, že na 1. stupni dítě ještě nezvládalo péči samo, takže se akcí s přespáním neúčastnilo.

Informanti R1, R5, R7 a R9 uvedli, že se jejich dítě účastní většiny školních i mimoškolních akcí, avšak s určitými opatřeními ze strany rodiny. Informanti R5 a R7 téměř totožně odpověděli, že na školu v přírodě jeli jako doprovod hlavně kvůli přespávání a nočnímu dozoru, a také aby v případě fyzicky náročnějšího programu mohli upravit režim nebo dávky bazálního inzulínu sami. Informant R7 k problematice noční glykémie dodal, že se dítě často dostávalo do velmi vysokých či nízkých hodnot glykémie, a protože se samo nevzbudilo, zodpovědnost byla na rodičích. Oproti tomu informant R9 uvedl, že na sportovní kurzy a akce s přespáním jezdí dítě bez doprovodu, vše si koriguje samo, a když něco potřebuje, konzultuje to s rodiči po telefonu. Pouze informant R1 jako jediný z rodičů dětí s epilepsií uvedl, že dítě doprovází na školách v přírodě i na jednodenních školních akcích.

4.2.2 Kategorie 2: Omezení dětí s chronickým onemocněním na základních školách



Zdroj: vlastní, 2024

Na základě analýzy rozhovorů byla stanovena kategorie *Omezení dětí s chronickým onemocněním ve školním prostředí*, pro kterou bylo vytvořeno následující schéma. Schéma 2 znázorňuje nejčastěji se vyskytující omezení u dětí s epilepsií a diabetes mellitus 1. typu. Bylo zjištěno, že omezení dětí s epilepsií a dětí s diabetem se liší nejen při hodinách tělesné výchovy, ale i ve výuce v závislosti na vyvolávajících faktorech komplikací onemocnění. Téměř všichni informanti se shodli na větším či menším omezení v hodinách tělesné výchovy, zatímco v případě dětí s diabetes mellitus 1. typu

nebyla omezení ve výuce zjištěna. Proto byly zvoleny 2 podkategorie. Omezení dětí s epilepsií a Omezení dětí s diabetes mellitus 1. typu. Informanti odpovídali na několik dílčích otázek: „*S jakými omezeními se Vaše dítě ve škole potýká? Jaká omezení má Vaše dítě v tělesné výchově, případně jaká omezení má Vaše dítě ve výuce?*“

4.2.2.1 Omezení dětí s epilepsií ve školním prostředí

U následující podkategorie jsme se zaměřili na omezení dětí s epilepsií ve školním prostředí. Z odpovědí rodičů dětí s epilepsií, informantů R1, R2, R3 a R4, vyplynulo, že všechny děti mají omezení v tělesné výchově, a kromě informanta R1 uvedli dotázaní informanti R2, R3 a R4, že mají děti také určitá omezení ve výuce, a to nejčastěji při používání digitálních technologií či se potýkají se specifickými poruchami učení. Informanti R1 a R3 uvedli, že na tělocviku se nemůže dítě účastnit dlouhých běhů a cvičení ve výškách, například visů a šplhu. Informant R4 navíc k omezení ve sportu dodal, že dítě nemůže cvičit na vysokých překážkách, dělat rychlé pohyby hlavou, kotrmelce, skákat na trampolíně nebo sprintovat a běhat v horkém počasí. Informant R1 doplnil, že dítě chodí v rámci mimoškolních aktivit pouze na kroužek florbalu, kde je trenér o jeho stavu informován a poučen. Pouze informant R2 jako jediný v odpovědi popsal, že kvůli epilepsii a riziku epileptických záchvatů učitelé nesouhlasili s účastí dítěte na tělocviku.

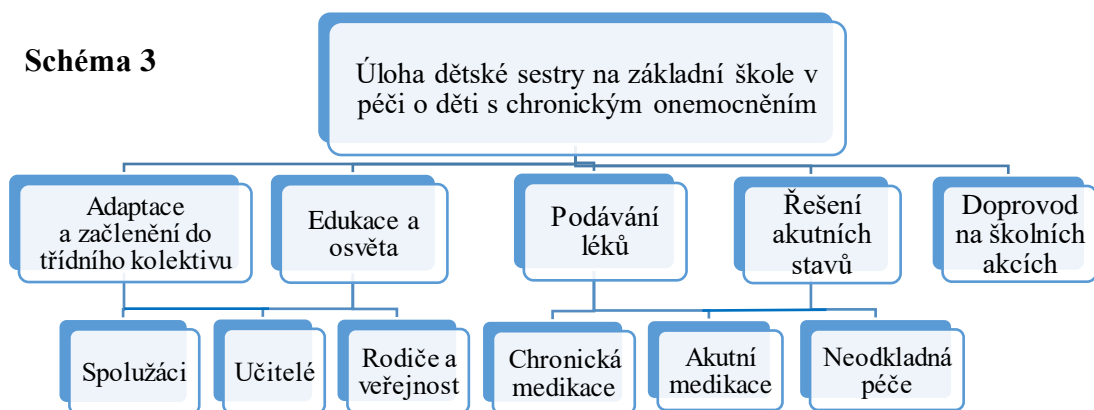
Na otázku: „*Jaká omezení má Vaše dítě ve výuce?*“ se odpověď u dotazovaných informantů R1, R2, R3 a R4 lišila. Konkrétně informant R3 uvedl o problémech ve výuce: „*Kvůli lékům na epilepsii je pomalejší, má poruchy učení, konkrétně dyslexii a dysgrafii, a také ADHD.*“ Obdobně odpověděl také informant R2, že kvůli potížím s učením muselo dítě opakovat ročník, a tak navštěvovali psychologa i pedagogicko-psychologickou poradnu. Informant R4 se navíc vyjádřil o problémech s fotosenzitivitou: „*Ve výuce trpí na blikající světla a rychlé změny jasu při práci s interaktivní tabulí.*“, k čemuž informant R2 navíc doplnil, že také upozorňovali učitele na blikající světla, která dítěti záchvat často vyvolávají a na opatrnost při práci s digitálními technologiemi. Pouze jeden informant, R1, uvedl, že dítě žádná omezení ani úlevy ve výuce nemá.

4.2.2.2 Omezení dětí s diabetes mellitus 1. typu ve školním prostředí

U následující podkategorie bylo cílem zjistit omezení dětí s diabetes mellitus 1. typu ve školním prostředí. Z rozhovorů s rodiči dětí s diabetes mellitus 1. typu, informanty R5,

R6, R7, R8 a R9, bylo zjištěno, že všechny děti mají určitá omezení v tělesně výchově. Informanti R5, R6 a R7 téměř totožně odpověděli, že si dítě kontroluje hladinu glukózy v mobilní aplikaci a v případě příznaků hypoglykémie má možnost si při tělocviku sednout a počkat, než se jeho stav zlepší. Informant R7 navíc uvedl, že učitel má také zpřístupněn náhled v aplikaci, aby mohl v případě hodně nízkých hodnot glykémie poslat dítě odpočinout na lavičku. Informanti R7 a R9 téměř souhlasně odpověděli, že inzulínová pumpa umožňuje dítěti sportovat bez výraznějších omezení. Informant R8 naproti tomu uvedl, že si dítě při tělocviku pumpu sundává, aby se s ní něco nestalo, což může občas způsobit kolísání hladiny glukózy. Pouze informant R9 jako jediný uvedl: „Zpočátku jsme chodili na tělocvik s ním, abychom zjistili, jaké pohybové aktivity a sporty mu vyhovují, a které naopak způsobují pokles té hladiny.“ K tomu informant R9 dodal, že se stav zhoršuje nejvíce po dlouhé jízdě na kole, celodenní chůzi a intenzivních cvičeních. Informant R6 zmínil možnost výběru času tělocviku mezi první a poslední hodinou, podle toho, jak se dítě cítí. Žádný z oslovených informantů R5, R6, R7, R8 ani R9 neuvedl, že by mělo dítě nějaká omezení ve výuce.

4.2.3 *Kategorie 3: Postoje rodičů dětí s chronickým onemocněním k pozici komunitní dětské sestry na základních školách*



Zdroj: vlastní, 2024

Dle analýzy rozhovorů byla stanovena kategorie *Postoje rodičů dětí s chronickým onemocněním k pozici komunitní dětské sestry na základních školách*, pro kterou bylo vytvořeno následující Schéma 3, které shrnuje postoje a poznatky informantů k úloze komunitní dětské sestry na základní škole v péči o děti s chronickým onemocněním. Z rozhovorů vyplynuly souhlasné postoje rodičů k pozici sestry ve školním prostředí.

Téměř všichni informanti vyjádřili potřebu sestry při edukaci a osvětě učitelů, spolužáků a veřejnosti o daných onemocněních, což by pomohlo dětem se začleněním do kolektivu a adaptací na školní prostředí. Důležitou funkcí sestry by bylo podávání léků a poskytování neodkladné péče při akutních stavech ve škole. Úloha dětské sestry by také spočívala v doprovodu dětí s chronickým onemocněním na školních akcích.

Na otázku: „*Měl/a byste zájem o pozici komunitní dětské sestry na Vaší základní škole, která by pečovala o děti s chronickým onemocněním?*“ odpověděli informanti R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7 a R8, že by velmi uvítali přítomnost sestry ve škole, která by dětem s chronickým onemocněním poskytovala adekvátní péči. Informant R2 na otázku odpověděl: „*Stoprocentně ano, přece jen není jediná, takových nemocí je spousta.*“ Z rozhovorů s informanty R1, R2, R4 a R5 vyplynulo, že by díky dětské sestře ve škole měli přes den větší klid a jistotu bezpečí o své dítě. Informant R3 taktéž uvedl, že nejen školy mají k dětem s epilepsií mnohdy odmítavý a nevstřícný postoj. Zároveň tito tři informanti spolu s informantem R4 uvedli, že dětské sestry na základních školách by mohly zajistit větší osvětu mezi učiteli a žáky v poskytování první pomoci. Informanti R7 a R8 uvedli, že některé základní a mateřské školy odmítají přijmout děti s cukrovkou a situace je v některých případech katastrofální.

Podle informantů R2, R4 a R8 by osvěta a edukace na školách o onemocnění epilepsií či diabetem pomohla, aby bylo dítě lépe přijímáno, chápáno kolektivem a cítilo se ve škole bezpečněji. Informanti R2 a R8 zmínili, že by dětská sestra mohla také poradit v sociálních a výchovných otázkách. Informanti R5, R7 a R9 téměř totožně odpověděli, že přítomnost dětské sestry by usnadnila dětem s diabetem adaptaci na onemocnění zejména v začátcích nebo na 1.stupni, kdy ještě nejsou dostatečně vyspělé a schopné samostatně pečovat o své zdraví. Informant R6 navíc doplnil: „*Statisticky bude přibývat dětí s cukrovkou, takže buď tam bude větší edukace od rodičů směrem k učitelům, nebo se musí systém přenastavit a přizpůsobit se zdravotníkům ve školách.*“ Zároveň informant R7 poukazuje na to, že vzdělání učitelů o chronických onemocněních by mělo být prioritou pro začlenění dětí do školního prostředí. Informant R5 souhlasně uvedl: „*Občas cítíte, že vám nechce nikdo vyjít vstříc, a přitom máte mít všichni stejný zájem, aby to dítě bylo v pohodě a na tom místě vzdělávání se cítilo bezpečně.*“

Konkrétně informant R1 popisuje problematiku podávání léků: „*Kdyby tam někdo takový byl, kdo ten lék podá, a já bych nemusela být neustále po celou dobu na mobilu nebo řešit*

to, že během chvilky musím jet do školy, tak by to bylo určitě super.“ Současně doplňuje danou problematiku informant R3: *„Na předchozí základní škole byl problém s podáváním léků při epileptickém záchvatu, epilepsie byla tabu a oni ho vyřadili ze školy jenom proto, že měl ve škole jeden záchvat, a tím mu de facto zabránili ve vzdělávání.“* Informant R5 dodal, že pro některé pracující rodiče je dojíždění do škol opravdu velkým problémem. *„Na školách jsou metodici prevence i asistenti a každý odborník navíc, který je kompetentní, je v té škole platný“* uvedl informant R5 a navíc doplnil, že rodiče dětí s chronickým onemocněním by se mohli bavit s někým, kdo o dané problematice něco ví. *„Většina lidí, včetně členů naší rodiny, má pouze povrchní znalosti o diabetu a často zaměňují cukrovku 1. a 2. typu, přestože se jedná o odlišné onemocnění.“*, uvedli téměř souhlasně informanti R5 i R7.

Pouze informant R9 jako jediný nevyjádřil zcela souhlasný postoj k pozici komunitní dětské sestry, neboť uvedl, že spolupráce s učiteli a školou je dostatečná, takže by přítomnost sestry stačila pouze výjimečně, nárazově, na některých akcích školy.

5 DISKUSE

Tato část bakalářské práce se věnuje shrnutí zpracovaných výsledků z výzkumného šetření a jejich zasazení do kontextu dané problematiky odborné literatury včetně jiných výzkumných studií. Stanovených cílů bylo úspěšně dosaženo pomocí kombinovaného kvantitativně-kvalitativního výzkumného šetření. V kvantitativním výzkumu bylo cílem zmapovat možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogickými pracovníky na vybraných základních školách. V kvalitativním výzkumu bylo cílem zmapovat péči o děti s chronickým onemocněním na vybraných základních školách, zmapovat nejčastější omezení, se kterými se potýkají děti s chronickým onemocněním na vybraných základních školách, a také zjistit postoje rodičů chronicky nemocných dětí k zavedení pozice komunitní dětské sestry do prostředí základní školy. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí techniky nestandardizovaných dotazníků pro pedagogy základních škol a dále technikou polostrukturovaných rozhovorů s rodiči dětí s chronickým onemocněním diabetes mellitus 1. typu a epilepsií. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů, pedagogů základních škol z Plzeňského a Jihočeského kraje. Rozhovory byly realizovány s 9 informanty, rodiči dětí s chronickým onemocněním, které navštěvují základní školy v Plzeňském kraji.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat, jaké jsou možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogickými pracovníky na vybraných základních školách (Graf 2). Z výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce respondentů, celkem 95 (91,2 %), by mělo zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na školách v přírodě, sportovních kurzech, a také na exkurzích, školních výletech a jednodenních školních akcích. S tímto výsledkem uvádím tvrzení Křečka (2023), že škola je povinna umožnit účast všem dětem na školní i mimoškolní akci, při které dochází ke vzdělávání a není možné z ní vyloučit žáka kvůli potřebě zdravotní podpory. Z rozhovorů s rodiči dětí s chronickým onemocněním však mnohdy omezení v účasti na školních akcích vyplynula. Podle mého názoru je velký zájem respondentů o zdravotníka na školních akcích z důvodu pocitu jistoty a bezpečí o žáky a možnost realizace aktivit za dohledu osoby se zdravotnickým vzděláváním k rychlému zásahu v případě potřeby. Celkem 83 respondentů (79,7 %), uvedlo zájem o spolupráci při výuce prvouky, přírodovědy, biologie a občanské výchovy. Zájem respondentů mne velmi překvapil, neboť ze své zkušenosti vím, že učitelé chtějí mnohdy vést výuku po svém bez přičinění jiné osoby. Podle výsledků je však

zřejmě, že komunitní dětská sestra by do oblastí výchovy ke zdraví vnesla nejen odbornou výuku, ale také zcela odlišný pohled na danou problematiku naproti výuce pedagoga. Hilli et al. (2017) uvádí úlohu sestry na škole ve vytváření zdravých návyků skrze výchovu ke zdraví u dětí a dospívajících, a také dle Popovičové (2021) jsou sestry na školách odborníky v prevenci, výchově ke zdraví skrze preventivní programy a poradenství v oblasti zdraví. Buhr et al. (2020) uvádí, že s rostoucím počtem dětí se speciálními potřebami na běžných základních školách je zvýšená potřeba posilovat zdravotní gramotnost pedagogů a dětí, nejlépe odborníky z této oblasti, tedy školními sestrami. Další možností spolupráce, o kterou mělo zájem 79 respondentů (75,8 %), je pomoc při adaptaci dítěte s chronickým onemocněním na školní prostředí a při začlenění dítěte do třídního kolektivu. S tímto tvrzením se shoduje i Ostręga a Oblacińska (2017), které uvádí, že se dítě se zdravotním znevýhodněním může ve školním prostředí potýkat s potížemi v adaptaci na prostředí zdravých vrstevníků, násilím či šikanou, a proto sestry ve školách řeší stigma ohledně onemocnění se spolužáky prostřednictvím zdravotní výchovy. Také Buršíková (2019) uvádí, že adekvátní informovanost redukuje stigma a Maughan et al. (2017) popisuje, že právě edukací pedagogů a spolužáků z dané třídy mohou sestry na školách usnadnit návrat dětem hospitalizovaným či vyžadující trvalou péči. Ze zkušenosti z praxí na základní škole jsem se setkala mnohdy s nedostatečnou informovaností pedagogů ohledně onemocnění jejich žáků, ačkoliv byli poučeni rodiči žáka. Učitelé povětšinou neměli potřebu si zjišťovat více informací o daném onemocnění, neboť nebylo na první pohled viditelné, přestože dítě v určitých oblastech omezovalo. Onemocnění bylo tedy učitelem často opomíjeno.

V dotazníkovém šetření uvedlo 74 respondentů (71 %) zájem o spolupráci při komunikaci s výchovnými poradci, speciálními pedagogy, metodiky prevence, školními psychology, pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickým centrem a orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Podle Americké asociace sester (ANA) se sestra ve škole zaměřuje na edukační činnost, plánuje a koordinuje samotnou péči o děti společně s dalšími odborníky. Hulková a Kilíková (2022) uvádí, že v rámci péče o dítě sestra dále úzce spolupracuje s rodiči žáků, veřejnou a státní správou a praktickými lékaři pro děti a dorost. Hilli et al. (2017) ve svém výzkumu popsala, že sestry na školách ve Švédsku jsou společně se školními lékaři, školními psychology, výchovnými poradci a speciálními pedagogy součástí School Health Service, která mezioborovou spoluprací podporuje a pečuje o zdraví dětí. Ačkoliv se odborníci na škole zaměřují na jednotlivé oblasti

duševního zdraví, psychiky a patologického chování dětí, zajištění zdravotních problémů dětí není na základních školách vyřešeno. Z mého pohledu budoucího pedagoga a dětské sestry by spolupráce těchto dvou profesí, společně s odborníky na škole, vedla k zajištění komplexní péče o dítě a současně k co nejrychlejšímu návratu dítěte do vzdělávacího procesu se zajištěním všech jeho potřeb.

Možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogickými pracovníky na základní škole jsou rozsáhlé, což potvrzuje také NASN (2016), která uvádí, že spolupráce s pedagogy zvyšuje šance na včasnou identifikaci chorobných procesů a řešení problémů dětí. Současně pokud je sestra přítomna na škole, pedagogové věnují více času primárním pracovním povinnostem, nikoliv zdravotním problémům dětí. Také Popovičová (2021) definuje nejen klinické, ale i sociální a vzdělávací kompetence sestry k poskytování péče dětem ve spolupráci s personálem školy, tedy primárně s pedagogy, rodiči a službami zdravotní péče. Na základě statistického testování hypotéz byla potvrzena Hypotéza 2, tedy že pedagogové, kteří mají zkušenost s chronicky nemocným žákem ve své třídě mají větší zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou než pedagogové, kteří takovou zkušenost nemají (Tabulka 4). Hypotéza 1, definující, že profesně mladší pedagogové mají větší zájem o spolupráci s komunitní dětskou sestrou než profesně starší pedagogové, kteří pracují ve školství více než 20 let, nebyla potvrzena (Tabulka 3).

Druhým výzkumným cílem bylo zmapovat, jaká péče je poskytována dětem s chronickým onemocněním na vybraných základních školách (Schéma 1). Z rozhovorů vyplynulo, že poskytovaná péče je podmíněna typem chronického onemocnění, postojem jednotlivých pedagogů a vedení školy k danému onemocnění. Podle všech rodičů byla důležitá obeznamenost pedagogů s nemocí dítěte, postupem při akutním stavu a vzájemná spolupráce. Zároveň aktivní úsilí rodičů a třídních učitelů, které spočívalo v popsání situace dítěte a vytvoření informativního plakátu o nemoci (Příloha 3), přispělo k integraci dítěte do kolektivu. Buršíková (2019) zdůrazňuje, že dostatečná informovanost snižuje stigmatizaci, a také Maughan et al. (2017) naznačuje, že znalost pedagogů a spolužáků může usnadnit návrat hospitalizovaných nebo trvale ošetřovaných dětí zpět do školního prostředí. Z vlastní zkušenosti vím, že mnoho učitelů má předsudky vůči dětem s problémy, ať už se jedná o chování či chronické onemocnění. Příčinou je nedostatečná osvěta, a také vidina problematického žáka ve třídě, který vyžaduje více pozornosti. Participaci dětí s chronickým onemocněním na školních a mimoškolních akcích jednotlivé školy buďto povětšinou umožňují za přítomnosti doprovodu rodičů

nebo účast dítěte zcela zakazují. Nejčastějším zdůvodněním školy je riziko komplikací spojené se změnou prostředí, zvýšeným stresem a potřebou přenocování doprovodu. Podle mého názoru je především na třídním učiteli, zdali se rozhodne žáka přijmout či nikoliv, což je spojeno s problematikou zmíněnou výše. Křeček (2023) však zdůrazňuje, že škola má povinnost zajistit účast všech dětí na školních a mimoškolních akcích, které přispívají ke vzdělávání, a tak nelze vyloučit žáka kvůli potřebě zdravotní podpory. Hulková a Kilíková (2022) popisují ve svém výzkumu zodpovědnost sestry v péči o děti s chronickým onemocněním i během mimoškolních aktivit.

Všichni rodiče uvedli, že jejich dítě vyžaduje podávání trvalé chronické medikace během dne, mnohdy i během vyučování. Stěžejní v kategorii poskytované péče je proto podkategorie podávání léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí. Podávání léků není jednotné, a to z důvodu obav pedagogů o možné postihy z ublížení na zdraví, plynoucí z velké zodpovědnosti. Čtyři z devíti rodičů uvedli, že učitelé ani jiný personál školy není ochoten léky v případě akutního stavu podat. R1 uvedl: *„Léky by učitelé nepodali, i když je má u sebe v tašce, takže bych musela dojet do školy a léky podat sama nebo by se volala záchranka.“* Také R3 uvedl, že léky by učitelé nepodali a ospravedlňují se tím, že nejsou zdravotníci. R5 navíc uvedl začátky s používáním inzulínového pera: *„Než se to naučila sama, musela jsem několikrát denně jezdit ze zaměstnání a inzulín píchat já, což byla docela velká zátěž.“* Z rozhovorů dále vyplynulo, že někteří učitelé jsou ochotni v rámci podávání léků pouze upravit dávkování inzulínu na inzulínové pumpě, k čemuž R7 uvedl: *„V případě potřeby jsou učitelé schopni inzulínovou pumpu ovládat a upravit dávkování společně se mnou po telefonu.“* Řešení akutních stavů povětšinou probíhalo u dětí buďto ve spolupráci s rodičem po telefonu nebo přivoláním záchranné služby. Z citací informantů vyplývá, že podávání léků pedagogy je mnohdy velmi problematické. Dle mého názoru není podávání jakýkoliv léků v kompetencích pedagoga. Mé tvrzení je podloženo výzkumem Hulkové a Kilíkové (2022), které uvádějí, že také dle SKSaPA nemají učitelé potřebné kompetence k realizaci výkonů zdravotní péče, které je třeba u dětí s chronickými onemocněními provádět během dne, nejednou i během vyučovací hodiny. Také Polášková (2022) uvádí, že pedagog není způsobilý k poskytování zdravotní péče, naopak je fyzickou osobou plně trestně odpovědnou za újmu na zdraví, a to i po proškolení rodiči či absolvování kurzu zotavovacích akcí. Ačkoliv má pedagog dle zákonů MŠMT a MZČR (2021) povinnost poskytnout základní první pomoc dítěti a případně zavolat záchrannou službu, není v jeho

kompetencích téměř denně realizovat výkony, aby vyhověl zákonným zástupcům dětí, kteří považují případnou neochotu za diskriminaci dítěte (Polášková, 2022). Proto uvádím zákon § 5a č. 201/2017 Sb., o odborné způsobilosti k výkonu povolání dětské sestry, dále zákon č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách a zejména vyhlášku § 4b č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kde je uvedeno, že dětská sestra může mimo jiné kompetence podávat léčivé přípravky a vykonávat činnosti ošetrovatelské péče u dětí všech věkových kategorií bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. V zahraničním výzkumu Ostręga a Oblacińska (2017) i Maughan et al. (2018) je popsáno podávání léků dětem s chronickým onemocněním jako běžná součást odborné péče sester v rámci poskytování trvalé zdravotní podpory na školách. Mattheus et al. (2023) uvádí ve svém výzkumu poskytování řádné neodkladné péče dětem s chronickými i akutními, život ohrožujícími, stavy, úrazy či při mimořádných událostech ve školním prostředí školní sestrou.

Třetím výzkumným cílem bylo zmapovat, jaká jsou nejčastější omezení, se kterými se potýkají děti s chronickým onemocněním na vybraných základních školách (Schéma 2). Stehlíková a Modrá (2017) uvádí, že chronická onemocnění u dětí školního věku mají vliv na proces vzdělávání, nesou s sebou určitá omezení a obtíže. Podle Ostręga a Oblacińska (2017) způsobují nepozornost, únavu, změny nálady, úzkost, nevolnost i sníženou fyzickou zdatnost, a s tím spojené omezení ve školních a mimoškolních aktivitách. Totéž bylo v našem kvalitativním výzkumném šetření potvrzeno. Dle Ostręga a Oblacińska (2017) působí chronické onemocnění také na emocionální stav, se kterým jsou spojeny pocity méněcennosti, snížené sebevědomí projevující se duševními problémy a problémy s vrstevnickými vztahy nebo vztahy s pedagogy.

V našem dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že vliv chronického onemocnění na fyzický i psychický stav dítěte ve škole je poměrně rozsáhlý (Graf 6). Podle odpovědí respondentů se děti s chronickým onemocněním potýkají s úzkostí, strachem, uzavřeností, depresí a ojedinělé nejsou ani projevy agrese či sebepoškozování. Ačkoliv se více respondentů s těmito psychickými problémy u dětí s chronickým onemocněním nesetkalo než setkalo, byly pro mne výsledky překvapující, neboť jsem očekávala mnohem nižší zastoupení. Za své pedagogické i sesterské praxe jsem se s psychickými problémy u dětí setkala spíše z příčiny plynoucí z rodiny, nikoliv z důvodu chronického onemocnění. Také Křeček (2023) uvádí, že chronické onemocnění zapříčiňuje omezení ve školní docházce, zvýšené požadavky na zapojení rodičů i na ochotu a odpovědnost pedagogů. Z rozhovorů

vyplývalo, že nejčastěji mají děti omezení při hodinách tělesné výchovy, v závislosti na vyvolávajících faktorech vzniku komplikací daných onemocnění. U epilepsie jsou v hodinách tělesné výchovy větší omezení pro riziko záchvatů, a to v běhu, sprintu i vytrvalosti a ve cvičeních ve výšce, tedy visu, šplhu, bedně a kladině. U dětí s diabetem jsou spíše mírná omezení pro kontrolu hladiny glukózy skrze odpočinek při intenzivních cvičeních. Informant R2 uvedl: *„Zpočátku ji nechtěli brát na tělocvik ani do družiny a teď má taky spoustu omezení, moc nesportuje, nesmí na kruhy, tyče ani cviky vzhůru nohama.“* Informanti R5, R6 a R7 téměř totožně uvedli: *„Kontroluje si hladinu glukózy v mobilní aplikaci a v případě příznaků hypoglykémie má možnost si při tělocviku sednout a počkat, než se jeho stav zlepší.“* Z výsledků dotazníků byly dále zjištěny omezení ve formě úplného uvolnění z výuky tělesné výchovy, přizpůsobení fyzické zátěže aktuálnímu zdravotnímu stavu či uvolnění z výuky plavání. V případě onemocnění epilepsií bylo překvapivým zjištěním, že se děti potýkají s omezeními i ve výuce, konkrétně se specifickými poruchami učení a při používání digitálních technologií. Informant R3 uvedl: *„Kvůli lékům na epilepsii je pomalejší, má poruchy učení, konkrétně dyslexii a dysgrafii, a také ADHD.“* S tímto tvrzením se shodují Stehlíková a Modrá (2017), které uvádí, že užívané léky mohou mít nežádoucí účinky a působit na aktuální prožívání, chování či na školní výkon. Také Pansier a Schulz (2015) i An et al. (2022) ve svých výzkumech uvádí, že se děti s chronickým onemocněním ve škole mnohdy potýkají s neuspokojením potřeb, omezeními, stigmatem, deficitem podpory i s diskriminací, přestože by měly mít právo se plně účastnit všech školních akcí.

Čtvrtým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké postoje zastávají rodiče chronicky nemocných dětí k zavedení pozice komunitní dětské sestry do prostředí základní školy. Ohlasy rodičů dětí s chronickým onemocněním na mou otázku byly převážně pozitivní. Důvodem souhlasu je podle rodičů potřeba zdravotníka, který by poskytoval dětem s chronickými onemocněními adekvátní péči, v rámci pravidelné i akutní léčby a řešil náhle vzniklé situace v rámci neodkladné péče. Zároveň by pomohl dětem přizpůsobit se školnímu prostředí a integrovat se do třídního kolektivu, skrze edukaci a osvětu učitelů a spolužáků (Schéma 3). Informant R3 uvedl: *„Školy mají k dětem s epilepsií mnohdy odmítavý a nevstřícný postoj, ale i okolí často reaguje neadekvátně.“* a doplnil: *„Na předchozí základní škole byl problém s podáváním léků a epilepsie byla tabu. Poté ho vyřadili ze školy, a tím mu de facto zabránili ve vzdělávání.“* K tomu informant R7 dodal: *„Některé základní a mateřské školy odmítají přijmout děti s cukrovkou.“*

Informant R5 dále uvedl: „*Všichni máme stejný zájem, a to, aby bylo dítě v pohodě a na místě vzdělávání se cítilo bezpečně.*“ Drakopoulou et al. (2022) ve svém výzkumu uvádí souvislost každodenní přítomnosti sestry ve škole s vyšším pocitem bezpečí a spokojeností rodičů, spolu s výrazně sníženou absencí, výrazně zvýšeným školním výkonem, lepší regulací onemocnění a léčby u dětí s diabetem. Také Hulková a Kilíková (2022) uvádí ve své výzkumné práci, že zavedení školní zdravotní péče v USA vedlo k vysoké úrovni spokojenosti učitelů a rodičů se službami školních sester, a to zejména u dětí s chronickými chorobami. An et al. (2022) popisuje důležitost přítomnosti sestry ve škole ke zlepšení managementu dětí s diabetem, kvality života dětí a ke snížení akutních i chronických komplikací diabetu.

Dle mého názoru je pozice komunitní dětské sestry v prostředí základní školy velmi potřebná, a to především v oblasti preventivní péče, výchovy ke zdraví, neodkladné péče a péče o děti s chronickým onemocněním. Potřebu dětské sestry však vidím také v doprovodu dětí na školních akcích a ve spolupráci s ostatními odborníky nejen ve škole, ale i mimo ni. Téma bakalářské práce jsem si sama zvolila, neboť vnímám potřebu zdravotníka v prostředí základní školy nejen z pozice budoucí dětské sestry, ale také z pozice budoucího pedagoga na 1. stupni, jehož kompetencí není řešení akutních a chronických stavů dětí a dospívajících, nýbrž jejich vzdělávání a výchova.

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci, zabývající se úlohou dětské sestry v prostředí základní školy, byly stanoveny čtyři cíle, kterých bylo úspěšně dosaženo pomocí kombinovaného kvantitativně-kvalitativního výzkumného šetření. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogy základních škol jsou různorodé, a to v doprovázení na školních akcích, výuce v oblasti výchovy ke zdraví či při adaptaci dítěte s chronickým onemocněním na školní prostředí. Na základě statistického testování hypotéz bylo zjištěno, že vztah zájmu pedagogů o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na základních školách nesouvisí s délkou jejich pedagogické praxe ($p = 0,816$). Naproti tomu bylo zjištěno, že průměrný zájem pedagogických pracovníků o spolupráci s komunitní dětskou sestrou na základních školách se podle zkušenosti s chronicky nemocným žákem liší ($p = 0,015$). Na podkladě zjištění z kvantitativního výzkumu, že téměř 71 % pedagogů má zkušenost s chronicky nemocným žákem, byl realizován kvalitativní výzkum s rodiči dětí s diabetes mellitus 1. typu a epilepsií. Z rozhovorů vyplynulo, že poskytovaná péče dětem s chronickým onemocněním na základních školách závisí na typu chronického onemocnění, postoji pedagogů a vedení školy. Pro děti s epilepsií byla adaptace na školní prostředí náročnější než pro děti s diabetem. Podávání léků dětem s chronickým onemocněním ve školním prostředí není jednotné, a to z důvodu obav pedagogů o možné postihy z ublížení na zdraví, plynoucí z velké zodpovědnosti. Čtyři z devíti rodičů uvedli, že učitelé ani jiný personál školy není ochoten léky v případě potřeby podat. Nejčastěji se děti s chronickým onemocněním potýkají s omezeními při hodinách tělesné výchovy a ve výuce, v závislosti na vyvolávajících faktorech vzniku komplikací, zejména u onemocnění epilepsií. Většina rodičů vyjádřila pozitivní postoj k pozici komunitní dětské sestry ve školním prostředí.

Tato bakalářská práce může být využita ve výuce oboru Pediatrické ošetřovatelství, a taktéž v rámci celoživotního vzdělávání dětských sester, zejména k rozšíření povědomí o práci sester v oblasti komunitní ošetrovatelské péče o dítě, která je v zahraničí běžně poskytována. Cílem práce je poskytnout osobám s rozhodovací pravomocí, výzkumným pracovníkům a dalším zúčastněným stranám v legislativním právu základ pro úvahy o významu a efektivitě školních zdravotnických služeb a komunitních dětských sester, které by mohly efektivně podporovat zdraví dětí ve školním prostředí. Z výsledků vyplývá, že uplatnění komunitní dětské sestry v prostředí základní školy by bylo možné

v mnoha oblastech. Péče o děti s chronickým onemocněním na základních školách není ze strany pedagogů dostačující, a především nejsou osobami kompetentními k podávání léků a realizaci zdravotnických výkonů u dětí. Vzhledem k výsledkům práce navrhuji zařazení pozice komunitní dětské sestry do prostředí základní školy s důrazem na péči o děti s chronickým onemocněním. Výstupem práce skrze Doporučení pro praxi je stanovení a podrobné popsání úlohy komunitní dětské sestry v prostředí základní školy.

6.1 Doporučení pro praxi

Dle výzkumného šetření a prostudované odborné literatury byla stanovena **úloha komunitní dětské sestry na základní škole:**

- **Poskytování preventivní péče** – posuzování a hodnocení zdravotního stavu dětí, ochrana a prevence zdraví, preventivní prohlídky včetně posouzení školní zralosti; preventivní screeniny – psychomotorický vývoj, zrak, sluch, krevní tlak a obezita; dentální péče, povinná i nepovinná imunizace; zařazení, upevnění a udržení zdravého způsobu života a návyků; vedení zdravotní dokumentace, spolupráce s rodiči žáků, veřejnou a státní správou, praktickými lékaři pro děti a dorost a specialisty pro plánování péče.
- **Poskytování neodkladné péče** – při úrazech, akutních onemocněních a náhle vzniklých stavech, podávání léků, a to nejen dětem s akutním či chronickým onemocněním, ale také pedagogickým a nepedagogickým pracovníkům školy; odpovědnost za stav lékárníček, léků a zdravotnického materiálu.
- **Péče o děti s akutním onemocněním** – včasná identifikace zdravotních problémů.
- **Odborná výuka ve vybraných oblastech výchovy ke zdraví** – zvyšování zdravotní gramotnosti (prevence, první pomoc), tvorba výukových plánů a edukačních materiálů do předmětů prvouky, přírodovědy, biologie a občanské či tělesné výchovy.
- **Sledování a vyhodnocování epidemiologických dat** – povinná hlášení o výskytu infekčních chorob, kontrola hygieny a bezpečnosti prostředí, statistická hlášení.
- **Péče o děti s chronickým onemocněním a speciálními zdravotními potřebami**
 - Pomoc s adaptací na školní prostředí, stigmatem a integrací mezi zdravé vrstevníky, tzv. do třídního kolektivu; spolupráce s rodiči.
 - Dohled nad dodržováním předepsaného režimu a naordinované léčby, podávání akutní a chronické medikace v souladu se standardy i principy EBN.
 - Edukace a osvěta učitelů, spolužáků, rodičů i veřejnosti o příznacích, omezeních a první pomoci u daného chronického onemocnění.
 - Monitorace a management chronického onemocnění – sledování změn chování, zajištění bezpečnosti a ochrany, identifikace bio-psycho-sociálních potřeb, životosprávy včetně výživy, spánku, fyzické i psychické zátěže.
 - Plán, realizace a vyhodnocení ošetrovatelské péče v rámci EBN.
 - Měření, zaznamenávání a vyhodnocení fyziologických funkcí, fyzikálních vyšetření, objektivizujících diagnostických testů, hodnocení rizik, soběstačnosti, kognitivních funkcí a poskytování poradenství.
- **Doprovod na školních i mimoškolních akcích**, např. u dětí s chronickým onemocněním na školách v přírodě, sportovních kurzech, jednodenních školních výletech a exkurzích.
- **Spolupráce s výchovnými poradci, speciálními pedagogy, metodiky prevence, školními psychology, pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickým centrem a orgánem sociálně-právní ochrany dětí**, např. při identifikaci rizikového chování, duševních i behaviorálních problémů či užívání návykových látek.

7 SEZNAM LITERATURY

1. AMERICAN NURSES ASSOCIATION & NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES, 2017. *School nursing: Scope and standards of practice (3rd ed.)*. Washington, DC: American Nurses Association. ISBN: 9781558107199
2. AN, R., LI, D., COLE, M., PARK, K., LYON, A., R., WHITE, N., H., 2022. Implementation of School Diabetes Care in the United States: A Scoping Review. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 38(1), 61–73. doi:10.1177/10598405211026328
3. AL KINDI, Z., MCCABE, C., MC CANN, M., 2021. School Nurses' Available Education to Manage Children with Asthma at Schools: A Scoping Review. *Journal of pediatric nursing*, 60, 46–57. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.027
4. ARCHALOUSOVÁ, A., KRIŠTOFOVÁ, E., PAVELOVÁ, L., 2018. *Speciální ošetrovatelské intervence v porodnicko neonatologickém, pediatrickém a komunitním ošetrovatelství*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0824-5.
5. BALTAG, V., PACHYNA, A., HALL, J., 2015. Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behav Policy Rev.* 2(4):268–83. doi:10.14485/HBPR.2.4.4.
6. BOHNENKAMP, J., H., STPHAN, S., H., BOBO, N., 2015. Supporting student mental health: The role of the school nurse in coordinated school mental health care. *Psychology in the Schools*, 52(7), 714–727. doi:10.1002/pits.21851
7. BREWIN, D., KOREN, A., MORGAN, B., SHIPLEY, S., HARDY, R., L., 2014. Behind closed doors: school nurses and sexual education. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 30(1), 31–41. doi:10.1177/1059840513484363
8. BURŠÍKOVÁ, D., 2019. *Dítě s epilepsií v prostředí školy*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-660-0.
9. COUNCIL ON SCHOOL HEALTH, 2016. Role of the School Nurse in Providing School Health Services. *Pediatrics*, 137(6), e20160852. doi:10.1542/peds.2016-0852
10. BUHR, E., EWERS, M., TANNEN, A., 2020. Potentials of School Nursing for Strengthening the Health Literacy of Children, Parents and Teachers. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2577. doi:10.3390/ijerph17072577
11. DERŇÁROVÁ, L., 2021. *Potřeby dítěte s diabetes mellitus*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2076-5.
12. DRAKOPOULOU, M., BEGNI, P., MANTOUDI, A., MANTZOROU, M., GEROGIANNI, G., ADAMAKIDOU, T., ALIKARI, V., KALEMIKARAKIS, I., KAVGA, A., PLAKAS, S., FASOI, G., APOSTOLARA, P., 2022. Care and Safety of Schoolchildren with Type 1

- Diabetes Mellitus: Parental Perceptions of the School Nurse Role. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(7), 1228. doi:10.3390/healthcare10071228
13. GUARINONI, M. G., DIGNANI, L., 2021. Effectiveness of the school nurse role in increasing the vaccination coverage rate: a narrative review. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 33(1), 55–66. doi:10.7416/ai.2021.2408
 14. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0568-7.
 15. HARTMAN, A., L., DEVORE, C., D., DOERRER, S., C., 2016. Rescue Medicine for Epilepsy in Education Settings. *Pediatrics*, 137(1), doi:10.1542/peds.2015-3876
 16. HARTZLER, A. L., TUZZIO, L., HSU, C., WAGNER, E., H., 2018. Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care. *Annals of family medicine*, 16(3), 240–245. doi:10.1370/afm.2208
 17. HEGGESTAD, A., K., T., FORDE, R., MAGELSEN, M., ARNEKLEIV, B., 2021. Ethics reflection groups for school nurses. *Nursing ethics*, 28(2), 210–220. doi:10.1177/0969733020940373
 18. HELAL, H., AL HUDAIFI, D., BAJOUDAH, M., ALMARGGBY, G., 2015. Role of the School Nurse as perceived by school children Parent in Jeddah. *International Journal for Innovation Education and Research*, 3(11), 101-109. doi:10.31686/ijer.vol3.iss11.473
 19. HILLI, Y., WASSHEDE, K., 2017. Swedish school nurses' perspectives on caring for and promoting the health of adolescents with mental health problems – A qualitative study. *Clinical Nursing Studies* 5(3):1. doi:10.5430/cns.v5n3p1
 20. HOLMES, B., W., SHEETZ, A., 2016. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, 137, e20160852–e20160852. doi:10.1542/peds.2016-0852
 21. HULKOVÁ, V., KILÍKOVÁ, M., 2022. Školská sestra ako súčasť komunitnej starostlivosti v systéme škôl: naratívny literárny prehľad. *Prohuman* [online]. [cit. 2024-01-27]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/skolska-sestra-ako-s-komunitnej-starostlivosti-v-systeme-skol>
 22. JAMESON, B., E., ANDERSON, L., S., ENDSLEY, P., 2022. Identification of Workload Measurement Indicators for School Nursing Practice. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 38(3), 287–298. doi:10.1177/1059840520946833
 23. KAPALÍN, V., 1955. *Školní zdravotní služba*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
 24. KIVIMÄKI, H., SAARISTO, V., WISS, K., Frantsi-Lankia, M., Ståhl, T., Rimpelä, A., 2019. Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 165–175. doi:10.1111/scs.12617

25. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5014-9.
26. KORDULOVÁ, P., 2017. Vzdělávání sester v pediatrii [online]. *Pediatric pro praxi*, 18(6): 383–386 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z:
<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/06/12.pdf>
27. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5367-6.
28. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
29. KŘEČEK, S., 2023. *Poskytování zdravotní podpory a zdravotních služeb ve školách a školských zařízeních* [online]. Výzkumná zpráva, Veřejný ochránce práv, Brno. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/63_2022_DIS-final_004.pdf
30. LAWRENCE, DOI, WASON, D., MALDEN, S., JEPSON, R., 2018. Supporting the health and well-being of school-aged children through a school nurse programme: a realist evaluation. *BMC health services research*, 18(1), 664. doi:10.1186/s12913-018-3480-4
31. LEBL, J., 2014. *Klinická pediatrie*. 2. vydání. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-772-1.
32. LÍSKOVCOVÁ, I., 2020. Monitorování a podpora zdravotní gramotnosti v primární péči - u praktických lékařů pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi*, 21(6):443-446. doi:10.36290/ped.2020.094
33. MACÁŠKOVÁ, Š., HLINOVSKÁ, J., TOŠNAROVÁ, H., 2014. *Primární a komunitní péče* [online]. VŠZ, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 [cit. 2024-01-18]. ISBN 978-80-905728-7-4. Dostupné z:
https://is.vszdrav.cz/do/vsz/podklady/stud_mat/Primarni_a_komunitni_pece.pdf
34. MARUSIČ, P., OŠLEJŠKOVÁ, H., BRÁZDIL, MBROŽOVÁ, K., HADAČ, J., HOVORKA, J., KOMÁREK, V., KRŠEK, P., REKTOR, I., TOMÁŠEK, M., VOJTĚCH, Z., ZÁRUBOVÁ, J., 2018. Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017, *Neurologie pro praxi*. 19(1):32-36. doi:10.36290/neu.2018.075
35. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
36. MATOUŠEK, M., 1958. *Školní dětská sestra*. Praha: SZdN.
37. MATTHEUS, D., FONTENOT, H., B., LIM, E., OWENS, M., WONG, L., 2023. Increasing the Self-Confidence of School Nurses to Respond to Emergency Situations. *Journal of continuing education in nursing*, 54(2), 71–77. doi:10.3928/00220124-20230113-06
38. MAUGHAN, E., D., YONKAITIS, C., F., 2017. What Does Evidence-Based School Nursing Practice Even Mean? *Get a CLUE. NASN school nurse (Print)*, 32(5), 287–289. doi:10.1177/1942602X17724420

39. MAUGHAN, E., D., COWELL, J., ENGELKE, M., K., MCCARTHY, A., M., BERGEN, M., D., MURPHY, M., K., BARRY, C., KRAUSE-PARELLO, C., A., LUTHY, K., B., KINTNER, E., K., VESSEY, J., A., 2018. The vital role of school nurses in ensuring the health of our nation's youth. *Nursing outlook*, 66(1), 94–96. doi:10.1016/j.outlook.2017.11.002
40. MENDOZA LOPÉZ, M., PÉREZ RUBIO, M., T., TRUQUE DÍAZ, C., PADRO RÍOS, M., 2023. School nurse and educational innovation to teach cardiopulmonary resuscitation at school through a Flipped Classroom. *Atencion primaria*, 55(6). doi:10.1016/j.aprim.2023.102654
41. MICHAUD, P., A., VERVOORT, J., P., M., VISSER, A., BALTAG, V., REIJNVELD, S., A., KOCKEN, P., L., JANSEN, D., 2021. Organization and activities of school health services among EU countries. *European journal of public health*, 31(3), 502–508. doi:10.1093/eurpub/ckaa200
42. MŠMT, 2021. *Sdělení MŠMT a MZD k zajištění zdravotních služeb ve školách a školských zařízeních* [online]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.edu.cz/sdeleni-msmt-a-mzd-k-zajisteni-zdravotnich-sluzeb-ve-skolach-a-skolskych-zarizenich/>
43. MUDD, A., E., MICHAEL, Y., L., DIEZ-ROUX, A., V., MALTENFORT, M., MOORE, K., MELLY, S., LÊ-SCHERBAN, F., FORREST, C., B., 2020. Primary Care Accessibility Effects on Health Care Utilization Among Urban Children. *Academic pediatrics*, 20(6), 871–878. doi:10.1016/j.acap.2020.05.014
44. MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.
45. MZČR, 2019. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* [online]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
46. NASN, 2016. Framework for 21st century school nursing practice: National association of school nurses. *NASN School Nurse*. doi:10.1177/1942602X15618644
47. NEJEDLÁ, M., 2016. Seminář v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR na téma "Škola podporující zdraví" [online]. *Hygiena*, roč. 61, č. 1, s. 42. [cit 2024-1-27]. ISSN 1802-6281. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2016/01/15.pdf>
48. ONDRIOVÁ, I., FERTAOVÁ, T., ZACHAROVÁ, E., 2018. Diabetes mellitus 1. typu v kontexte zmien životného štýlu dieťaťa [online]. *Pediatric pro praxi*. 19(4): 232–234. [cit 2024-1-27]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/04/11.pdf>
49. OSTREGA, W., OBLACIŃSKA, A., 2017. Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej. *Instytut Matki i Dziecka*, Warszawa. ISBN 978-83-88767-88-3.

50. PANSIER, B., SCHULZ, P., J., 2015. School-based diabetes interventions and their outcomes: a systematic literature review. *Journal of public health research*, 4(1), 467. doi:10.4081/jphr.2015.467
51. PETROVÁ, A., PLEVOVÁ, I., 2018. *Vybrané kapitoly z vývojové psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7599-078-5.
52. POLÁŠKOVÁ, L., 2022. Novinky v poskytování medikace a zdravotnických úkonů v praxi škol [online]. *Verlag Dashöfer* [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.asistent-pedagoga.cz/onb/33/novinky-v-poskytovani-medikace-a-zdravotnickych-ukonu-v-praxi-skol-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Eo4HAVsVtiwkdYIxz3spggeXwgXFeS3qVw/?serp=1>
53. POPOVIČOVÁ, M., 2021. *Školská sestra v zdravotníckom systéme Slovenskej republiky*. Zdravotnícke štúdie. XIII (2): 56-61.
54. PROŠKOVÁ, E., 2015. *Právní regulace k výkonu zdravotnických povolání na území České republiky*. Olomouc. Disertační práce. Univerzita Palackého. Dostupné z: <https://theses.cz/id/oyzcbf/>.
55. SEIDL, Z., 2023. *Neurologie pro studium i praxi*. 3., zcela přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3710-7.
56. SEIFERT, B., BÝMA, S., SEIFERT, M., 2023. *Primární péče: všeobecné praktické lékařství: výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5478-2.
57. SHIVAIROVÁ, O., 2021. Vývojové aspekty osobnosti. In: ZÁŠKODNÁ, H. (ed.). *Základy psychologie: (učební text pro prezenční i kombinovanou formu studia)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. s.12-26. ISBN 978-80-7394-850-4.
58. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.
59. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.
60. SPRING, S., MCDERMOTT, E., HAAK, J., 2018. The School Nurse's Role in Behavioral/Mental Health of Students: Position Statement. *NASN school nurse (Print)*, 34(1), 62–64. doi:10.1177/1942602X18814249
61. STANÍK, J., BARÁK, L., KLIMEŠ, I., 2015. *Vybrané kapitoly z pediatrie. Diabetes a obezita u dětí*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-3905-6.
62. STEHLÍKOVÁ, P., MODRÁ, E., 2020. *Epilepsie: epilepsie a dítě*. Praha: Společnost E/Czech Epilepsy Association. ISBN 978-80-906432-7-7

63. ŠVESTKOVÁ, R., 2019. *Vybrané kapitoly ze sociální pedagogiky pro sociální pracovníky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-739-2
64. TRUČKOVÁ, Z., BRABCOVÁ, I., 2016. Historie pediatrie a vzdělávání dětských sester v České republice [online]. *Pediatrie pro praxi*. 17(5): 390–394 [cit 2024-1-24]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2016/06/15.pdf>
65. VODRÁŽKA, R., 1954. *Zdravotnická výchova, výuka a osvěta na školách*. Praha: SZdN.
66. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. [online]. [cit. 2024-01-27].]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4375. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2017/391/2017-12-14>
67. WANG, L., Y., VERNON-SMILEY, M., GAPINSKI, M., A., DESISTO, M., MAUGHAN, E., SHEETZ, A., 2014. Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA pediatrics*, 168(7), 642–648. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.5441
68. WHO, UNICEF, 2018. *A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY* [online]. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
69. Zákon č. 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, 2016. [online]. [cit. 2024-03-22]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 58, s. 4244-46. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2016/147/2016-07-01>
70. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, 2017. [online]. [cit. 2024-03-22]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 4244-46. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2017/201/2017-09-01>

8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

Příloha 1 Dotazník pro pedagogy základních škol

Příloha 2 Otázky k rozhovoru s rodiči dětí s chronickým onemocněním

Příloha 3 Informativní plakát o onemocnění diabetes mellitus 1. typu pro žáky ZŠ

9 SEZNAM ZKRATEK

AAP – American Academy of Pediatrics (Americká pediatriká akademie)

ADHD – Attention deficit hyperactivity disorder (Porucha pozornosti s hyperaktivitou)

ANA – American Nurses Association (Americká asociace sester)

CCN – Community Children´s Nursing (Komunitní dětské ošetřovatelství)

ČR – Česká republika

EBN – Evidence Based Nursing (Ošetřovatelství založené na důkazech)

ILAE – International League Against Epilepsy (Mezinárodní liga proti epilepsii)

IVP – individuální vzdělávací plán

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NANS – National Association of School Nurses (Národní asociace školních sester)

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SKSaPA – Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

SPC – speciálně pedagogické centrum

SPU – specifické poruchy učení

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

USA – United States of America (Spojené státy americké)

ZŠ – základní škola

Příloha 1 – Dotazník pro pedagogy základních škol

Vážené respondentky, vážení respondenti,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci na výzkumném šetření v rámci mé bakalářské práce s názvem: „*Úloha dětské sestry v prostředí základní školy*“, jehož cílem je zmapovat možnosti spolupráce komunitní dětské sestry s pedagogy základních škol a potřebu komunitní dětské sestry na ZŠ z pohledu pedagogů základních škol.

V první části dotazníku jsou otázky týkající se sociodemografických údajů a Vaší pedagogické praxe, následně Vašich postojů k pozici komunitní dětské sestry na ZŠ a možností spolupráce s komunitní dětskou sestrou na ZŠ. Ve druhé části dotazníku jsou otázky týkající se Vaší zkušenosti s chronicky nemocnými žáky.

Dovoluji si Vás požádat o co nejpřesnější vyplnění otázek v dotazníku. Účast ve výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná. Získaná data budou následně vyhodnocena a použita pouze k účelům bakalářské práce dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika.

Děkuji Vám za Váš čas a účast ve výzkumu.

Kateřina Doležalová pod vedením Mgr. Mileny Mágrové
studentka 3. ročníku studijního programu Pediatrické ošetřovatelství
Zdravotně sociální fakulta JU v Českých Budějovicích

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

2. Kolik je Vám let?

- méně než 20 let
- 20–30 let
- 31–40 let
- 41–50 let
- 51–60 let
- více než 60 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské vzdělání s maturitou
- Vysokoškolské bakalářské vzdělání (titul Bc.)

- Vysokoškolské magisterské vzdělání (titul Mgr.)
- Jiné:

4. Jak dlouhá je Vaše pedagogické praxe na ZŠ?

- méně než 5 let
- 5–10 let
- 11–15 let
- 16–20 let
- 21–25 let
- více než 25 let

5. Na jakém stupni ZŠ vyučujete?

- na 1. stupni ZŠ
- na 2. stupni ZŠ
- na 1. i 2. stupni ZŠ

6. Mohly by být podle Vás následující oblasti náplní práce komunitní dětské sestry na ZŠ?

(zaškrtněte, případně zakroužkujte odpověď, se kterou souhlasíte)

Preventivní péče např. screeniny, očkování, řešení stravovacích návyků	Ano	Ne	Nevím
Neodkladná péče (první pomoc, podávání akutní medikace)	Ano	Ne	Nevím
Péče o děti s chronickým onemocněním a speciálními potřebami	Ano	Ne	Nevím
Péče o děti s akutním onemocněním např. identifikace zdravotních problémů	Ano	Ne	Nevím
Výchova ke zdraví	Ano	Ne	Nevím
Získávání epidemiologických dat, kontrola hygienického prostředí a bezpečnosti	Ano	Ne	Nevím
Doprovod na školních akcích např. na školách v přírodě, školních výletech	Ano	Ne	Nevím

7. Uved'te, pokud Vás napadá jiná náplň práce komunitní dětské sestry na ZŠ:

.....

8. Jakými dalšími způsoby by komunitní dětská sestra přispěla ve školním prostředí, případně jaká pozitiva by podle Vás mohla přinést pozice komunitní dětské sestry na ZŠ?

(Lze zvolit více odpovědí)

- Okamžitou dostupností zdravotní péče
- Odbornou výukou ve vybraných oblastech výchovy ke zdraví, prevence a výuky první pomoci
- Odborným posouzením schopnosti konat fyzické činnosti u jednotlivých žáků při tělesné výchově
- Snížením absence žáků s chronickým onemocněním
- Jiné:

9. Myslíte si, že by zavedení pozice komunitní dětské sestry na ZŠ pomohlo k udržení či zlepšení fyzického a duševního zdraví dětí?

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Jaká by měla být podle Vás pracovní doba komunitní dětské sestry na ZŠ?

- Pouze v nejvytíženějších časech vyučování (8:00-13:00) a dále dle potřeby
- Od začátku do konce vyučování ve všech třídách (8:00 - 15:00) a dále dle potřeby
- I po skončení vyučování, až do konce školní družiny (8:00-17:00) a dále dle potřeby
- Flexibilní (v případě potřeby by byla na telefonu), účastnila by se školních akcí, kurzů aj.

11. Měl/a byste zájem spolupracovat v následujících oblastech s komunitní dětskou sestrou na ZŠ? (zaškrtněte, případně zakroužkujte odpověď, se kterou souhlasíte)

Při výuce prvouky, přírodovědy, biologie a občanské výchovy	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Na exkurzích, výletech a jednodenních školních akcích	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Na školách v přírodě a sportovních kurzech	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Při adaptaci na školní prostředí a začlenění do kolektivu u chronicky nemocného žáka	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím

Při tvorbě výukových plánů, vytváření edukačních materiálů a individuálních vzdělávacích plánů	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Při konzultačních hodinách	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Při komunikaci s výchovnými poradci, speciálními pedagogy, metodiky prevence, školními psychology, PPP, SPC a OSPOD	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím

12. Chtěl/a byste, aby byla v ČR zavedena pozice komunitní dětské sestry na ZŠ?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Máte zkušenost s chronicky nemocným žákem ve Vaší třídě?

Pozn. Chronicky nemocným žákem je dítě, jehož onemocnění je vleklé, trvající řadu měsíců až let; může vést k fyzickým i psychickým změnám u dítěte a jeho léčba může být mnohdy obtížná. (např. astma bronchiale, diabetes mellitus 1. typu, epilepsie, celiakie, atopický ekzém aj.)

- Ano
- Ne

Pokud jste na otázku 13 odpověděl/a NE, přejděte na otázku 26.

Prosím o vyplnění následující části dotazníku, jež poslouží jako podklad pro rozhovor s rodiči dětí s chronickým onemocněním.

14. S jakým typem chronického onemocnění jste se u dětí na základní škole setkali?

(Lze zvolit více odpovědí či doplnit další chronické onemocnění)

- Astma bronchiale
- Diabetes mellitus 1. typu (cukrovka)
- Epilepsie
- Atopický ekzém
- Celiakie
- Cystická fibróza
- Nádorové onemocnění
- Jiné:

Pokud jste zvolili více chronických onemocnění, zaměřte se v následujících otázkách na žáka s chronickým onemocněním, které nejvíce zasahovalo do jeho výchovně vzdělávacího procesu či který je právě nyní Vaším žákem.

15. Užíval či užívá nyní žák chronickou medikaci?

- Ano
- Ne
- Nevím, nevzpomínám si

Pokud jste na otázku 15 odpověděl/a NE či NEVÍM, přejděte na otázku 17.

16. V případě, že žák užíval či nyní užívá chronickou medikaci, kdo podle Vás přebírá zodpovědnost za její podávání?

- Rodič/e žáka
- Třídní učitel
- Asistent žáka
- Žák
- Jiné:

17. Jakým způsobem se podle Vás odráželo či nyní odráží chronické onemocnění žáka na jeho psychickém a fyzickém stavu ve škole?

(zaškrtněte, případně zakroužkujte odpověď, se kterou souhlasíte)

Strach	Ano	Ne	Nevím
Úzkost	Ano	Ne	Nevím
Deprese	Ano	Ne	Nevím
Uzavřenost	Ano	Ne	Nevím
Agrese	Ano	Ne	Nevím
Poruchy nálady	Ano	Ne	Nevím
Sebepoškozování	Ano	Ne	Nevím
Poruchy příjmu potravy	Ano	Ne	Nevím
Omezení v hodinách tělesné výchovy	Ano	Ne	Nevím
Omezení v rámci školních akcí	Ano	Ne	Nevím

18. V případě, že má žák s chronickým onemocněním omezení v hodinách tělesné výchovy, o jaká omezení se jedná?

.....

19. Zažil/a jste situaci, kdy byla potřeba poskytnout dítěti s daným chronickým onemocněním první pomoc?

- Ano
- Ne
- Nevím, nevzpomínám si

20. Byl/a jste poučen/a, jak poskytnout dítěti s daným chronickým onemocněním první pomoc?

- Ano
- Ne
- Nevím, nevzpomínám si

21. Kdo Vás poučil, jak poskytnout dítěti s daným chronickým onemocněním první pomoc?

(Lze zvolit více odpovědí)

- Rodič/e žáka
- Asistent žáka
- Lékař, všeobecná či dětská sestra ve Vašem okolí
- V rámci školení, kurzu, semináře
- Sám/a jsem si dohledal/a informace z odborné literatury, článku, internetu apod.

22. Jak byste zhodnotil/a Vaši informovanost o daném chronickém onemocnění žáka a případné první pomoci u tohoto onemocnění?

- Má informovanost je dostatečná. (Velmi dobrá)
- Má informovanost je dobrá, ale rád/a bych se dozvěděl/a více. (Dobrá)
- Má informovanost není dostatečná, ale stačí mi to. (Nízká)
- Nemám dostatek informací o onemocnění a nejsem schopen mu poskytnout první pomoc. (Špatná)

23. Účastní se žák s chronickým onemocněním následujících školních akcí?

(Lze zvolit více odpovědí.)

- Exkurze
- Jednodenní školní výlet
- Škola v přírodě
- Sportovní kurz
- Žák se neúčastní žádné z uvedených školních akcí

24. Pokud se žák účastní školních akcí, kdo jej doprovází?

- Rodič či rodinný příslušník
- Asistent žáka
- Žák není nikým doprovázen
- Jiné:

25. Chtěl/a byste, aby byla v České republice zavedena pozice komunitní dětské sestry na základních školách zajišťující mimo jiné péči o děti s chronickým onemocněním?

- Ano
- Ne
- Nevím

26. Máte něco k doplnění?

.....

- Souhlasím se svojí účastí na dotazníkovém šetření a s anonymním zpracováním výše uvedených dat.**

Děkuji za Váš čas.

V případě, že máte zájem o výsledky výzkumu, prosím, kontaktujte mě na mailové

adrese: dolezk07@zsf.jcu.cz

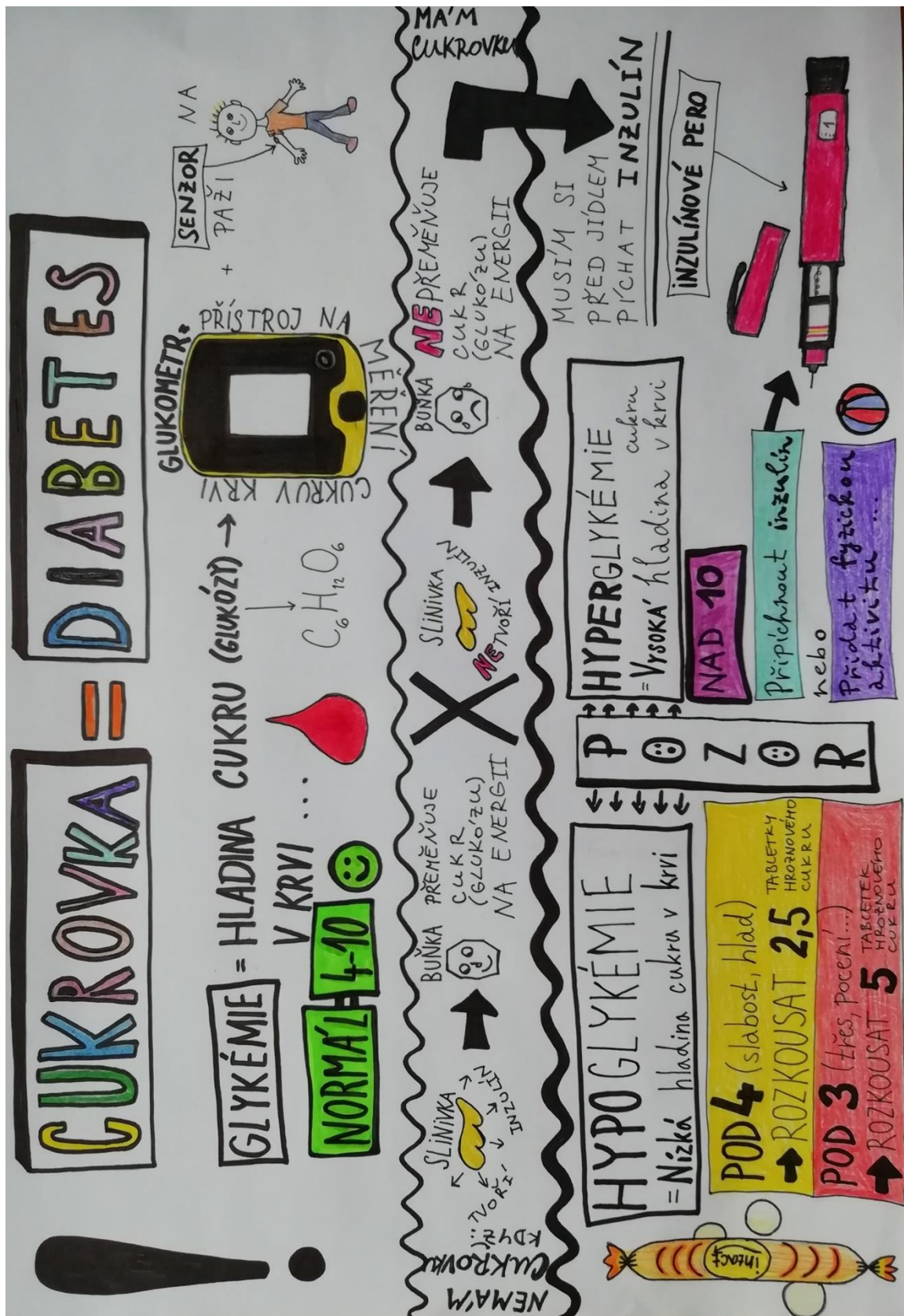
Zdroj: vlastní, 2024

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s rodiči dětí s chronickým onemocněním

Popište, prosím, několika větami Vaše dítě a jeho chronické onemocnění (pohlaví, věk, délka stanovení diagnózy, progresse, přidružená onemocnění, léčba – chronická a akutní medikace).

1. Jak vnímáte chronické onemocnění u Vašeho dítěte v souvislosti se školou?
 - Jaká péče je poskytována Vašemu dítěti ve školním prostředí?
 - Považujete péči o Vaše dítě ze strany školy/třídního učitele za dostatečnou?
2. Jak probíhala adaptace Vašeho dítěte na školní prostředí po zjištění diagnózy?
 - Onemocnělo Vaše dítě před nástupem do 1. třídy? Jaký byl pro něj přechod z MŠ?
 - Onemocnělo Vaše dítě po nástupu do 1. třídy, tj. na 1. či 2. stupni?
 - Jak se Vaše dítě začlenilo do kolektivu a jak bylo přijato spolužáky?
 - Jaké má Vaše dítě nyní zázemí a kolektiv ve škole?
3. Jaká je Vaše spolupráce se školou a s třídním učitelem?
4. Jak řešíte podávání chronické, případně akutní medikace u Vašeho dítěte ve škole?
 - Chodíte do školy v určitých časech podávat medikaci Vy?
 - Podává jí učitel nebo to zvládá dítě samo?
5. Řešili jste někdy akutní stav Vašeho dítěte ve škole a pokud ano, jak jste postupovali?
 - Jakým způsobem jste domluveni s třídním učitelem na podávání informací, spolupráci v případě abnormalit mimo běžný zdravotní stav, tj. u záchvatů, akutních stavů?
6. Účastní se Vaše dítě školních, případně mimoškolních akcí?
 - Pokud ano, za jakých podmínek? Pokud ne, proč?
 - Jsou potřeba speciální vyšetření, souhlasy či zajištění doprovodné osoby?
7. S jakými omezeními se Vaše dítě ve škole potýká?
 - Jaká omezení má Vaše dítě v tělesné výchově?
 - Jaká omezení má Vaše dítě ve výuce?
8. Měl/a byste zájem o pozici komunitní dětské sestry na Vaší základní škole, která by pečovala o děti s chronickým onemocněním?
 - Ano, ne, proč?

Zdroj: vlastní, 2024



Zdroj: vlastní, 2024