

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2020-2023

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Aneta Moravcová

**Vliv chronického onemocnění na vzdělávání žáků prvního
stupně na základních školách ve Středočeském kraji**

Praha 2023

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lukáš Stárek Ph.D., MBA, DBA

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2020-2023

BACHELOR THESIS

Aneta Moravcová

**The influence of chronic disease on the primary education
of students at elementary schools in the Central Bohemian
Region.**

Prague 2023

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Lukáš Stárek Ph.D., MBA

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská/diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 20.3.2023

Aneta Moravcová

Poděkování

Za odborné vedení bakalářské práce a cenné a podnětné rady v rámci konzultací děkuji Mgr. Lukáši Stárkovi Ph.D., MBA.

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Vliv chronického onemocnění na vzdělávání žáků prvního stupně na základních školách ve Středočeském kraji“ se zabývá působením chronických onemocnění na edukaci žáků prvního stupně. Hlavním cílem tedy je zjistit, zda a do jaké míry má chronické onemocnění vliv na edukaci žáka. Práce je rozdělena na dvě hlavní části. Teoretická část přibližuje vybraná chronická onemocnění, věnuje se i vzdělávání zdravotně znevýhodněných dětí či spolupráci rodiny a pedagoga. Praktická část práce analyzuje edukační proces žáka s diabetem mellitus 1. typu. V této části práce je hlavní výzkumný cíl zjistit, zda a do jaké míry ovlivňuje zdravotní znevýhodnění edukační proces žáka. V praktické části byla použita strategie kvalitativního výzkumu, konkrétně, studování dokumentace, polostrukturovaný rozhovor s třídní učitelkou a pozorování jedince s chronickým onemocněním.

Klíčová slova

Alergie, diabetes, edukace, epilepsie, chronické onemocnění, žák

Annotation

This bachelor thesis called "The influence of chronic disease on the primary education of students at elementary schools in the Central Bohemian Region" is about the impact of chronic illness on the education of lower first degree students at elementary schools. The main goal is to find out whether chronic disease has an effect on the first degree student's education and how big the effect is. The thesis is divided into two main parts. The theoretical part of the thesis provides an overview of selected chronic diseases. It is also devoted to the education of health-disadvantaged children and the cooperation between the family and the teacher. The practical part of the thesis analyzes the educational process of a student with type 1 diabetes mellitus. In this part of the work the main research goal is to find out whether and to what extent health disadvantage affects the educational process of the pupil. The practical part is using a qualitative research strategy: studying documentation, a semi-structured interview with the class teacher and an observation of an individual with a chronic disease.

Keywords

Allergy, diabetes, education, epilepsy, chronic disease, student

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ.....	10
1.1 Typy chronického onemocnění.....	11
2 DÍTĚ PRVNÍHO STUPNĚ.....	12
2.1 Vliv chronického onemocnění na dítě.....	12
3 RODINA DÍTĚTE S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	14
4 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	16
4.1 Neformální a zájmové vzdělávání.....	17
4.1.1 Školní družina.....	17
4.2 Pedagog žáka s chronickým onemocněním.....	18
4.3 Spolupráce s rodiči a učitelem.....	18
5 ALERGIE A ASTMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ.....	20
5.1 Alergie.....	20
5.1.1 Dítě s alergií ve škole.....	20
5.2 Astma.....	21
5.2.1 Dítě s astmatem ve škole.....	21
6 METABOLICKÉ ONEMOCNĚNÍ.....	23
6.1 Diabetes mellitus.....	23
6.1.1 Vznik diabetu 1. typu.....	23
6.1.2 Inzulínová terapie.....	24
6.2 Selfmonitoring.....	24
6.2.1 Dítě s diabetem ve škole.....	25
6.2.2 Dovednosti dětí s diabetem ve škole.....	26
6.2.3 První pomoc.....	27
7 KOŽNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	29
7.1 Atopický ekzém.....	29
8 ZÁCHVATOVÉ ONEMOCNĚNÍ.....	30
8.1 Epilepsie.....	30
8.1.1 Typy epileptických záchvatů.....	30

8.1.2	První pomoc při záchvatu	31
8.1.3	Dítě s epilepsií.....	31
8.1.4	Dítě s epilepsií ve škole	31
8.2	Obezita	33
PRAKTICKÁ ČÁST		35
9	ROZBOR EDUKAČNÍHO PROCESU ŽÁKA S CUKROVKOU 1. TYPU	
	35	
9.1	Cíl výzkumu.....	35
9.2	Metodologie	35
9.3	Výzkumný soubor.....	37
9.4	Etika výzkumu	38
10	VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	39
10.1	Kazuistika	39
10.2	Rozhovor se třídní učitelkou.....	45
10.3	Shrnutí.....	47
10.4	Vyhodnocení cíle výzkumu a vyhodnocení dílčích cílů.....	48
10.5	Doporučení pro praxi	50
ZÁVĚR		52
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....		53
SEZNAM ZKRATEK		57
SEZNAM OBRÁZKŮ		58

ÚVOD

Bakalářská práce s názvem „Vliv chronického onemocnění na vzdělávání žáků prvního stupně na základních školách ve Středočeském kraji“ se věnuje působení onemocnění na edukaci žáků na prvním stupni základní školy. Bakalářská práce je rozčleněna na dvě stěžejní části, a to teoretickou a praktickou.

Praktická část, která je rozdělena do osmi kapitol, pojednává o obecné problematice chronických onemocnění, blíže přibližuje vybraná chronická onemocnění, tomu, jak se onemocnění projevuje, zda je u dané choroby potřeba nějaká omezení ve škole a v případě akutních problémů je popsána i první pomoc. Teoretická část obsahuje i charakteristiku dítěte prvního stupně a pozornost je věnována i rodině dítěte s chronickým onemocněním a také vzdělávání takových dětí či spolupráci pedagoga s rodičem zdravotně znevýhodněného dítěte.

Teoretická část analyzuje edukační proces žáka s diabetem mellitus 1. typu. Hlavní cíl výzkumu je zjistit, jestli a do jaké míry má chronické onemocnění vliv na edukaci žáka.

V praktická část práce se věnuje pozorování jedince a polostrukturovanému rozhovoru se třídní učitelkou. Cílem praktické části je objasnit, zda chronické onemocnění má vliv na vzdělávání žáka na prvním stupni základní školy. V teoretické části je použita metoda kvalitativního výzkumu, a to studování dokumentů, rozhovor se třídní učitelkou a také pozorování jedince s chronickým onemocněním.

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky najdeme poslední údaje do roku 2016, což je dle našeho názoru neaktuální údaj, oslovili jsme tedy Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky o poskytnutí potřebných aktuálních údajů k této bakalářské práci, ale do dnešního dne jsme nedostali zpětnou vazbu.

Chronické onemocnění má v naší populaci vzrůstající tendenci, a proto je nezbytné, aby se osoby, které takové onemocnění postihne, cítily ve společnosti komfortně, a bylo k nim přistupováno stejně tak jako k osobám bez zdravotního znevýhodnění. A jinak tomu není ani u dětské populace, protože i zde počet chronicky nemocných stále narůstá. Zároveň je nutné neopomíjet ani psychickou stránku u dětí, což potvrzuje i doc. MUDr. Bohuslav Mrzena, CSc. (Šance dětem, online, cit. 2023-03-18), který upozorňuje na to, že děti se zdravotním znevýhodněním mohou trpět pocitem méněcennosti a je vhodné, aby se u nich posilovala psychická odolnost a neupozorňovalo vždy jen na jejich zdravotní problémy. Proto je dobré, aby všichni, kteří mohou přijít do kontaktu se zdravotně znevýhodněným dítětem, měli alespoň nějaké povědomí o tom, jak k nim přistupovat a co dané onemocnění obnáší.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Lidstvo provází nemoc již odjakživa. V dětské populaci představují chronická onemocnění značí zdravotní problém. U dětí se často vyskytují rozdílné choroby, ať už ty akutní, tak i chronické. Ale jakékoliv byť jen mírné onemocnění je schopno zanechat dlouhodobé nebo občas i trvalé následky (Kotulán in Havel, Fialová et al., 2010, s. 113-114).

V naší populaci je 7–10 % dětí, které mají chronické onemocnění, proto nemůžeme tento jev vnímat jako biologickou neshodu. Osoba s chronickým onemocněním získá i ojedinelou roli ve společnosti. Na jedné straně spolu s onemocněním získá i určité výhody, na straně druhé ale přijde o určitá práva, kterých dosahují pouze zdraví jedinci (Vágnerová in Bartoňová, Vítková et al., 2008, s.188).

Chronickým onemocněním je prohlašována choroba, která trvá dlouhé období. Slovo chronický je odvozeno od latinského slova chronicus, které znamená náročný čas (Janáčková, Macejová, Šimaljaková, Kužela, 2019, s. 7).

Chronickým onemocněním je označováno onemocnění, které setrvává podle mnohých definic více jak čtvrt roku a je ve skutečnosti nevléčitelné (Národní zdravotnický informační portál, online, cit. 2023-02-03).

Choroba se velmi často rozvíjí pomalu, a příznaky nemoci mohou být ignorovány. Následně, když už jsou patrné klinické faktory, probíhá v organismu onemocnění již nějakou dobu. Chronické autoimunitní choroby jsou řazeny v horních příčkách vážných a nevléčitelných chorob. Dnešní moderní lékařství zvládá velmi obstojně zpomalovat a usměrňovat proces nemoci a často i klinické projevy (Janáčková, Macejová, Šimaljaková, Kužela, 2019, s. 7).

Obecně se dá chronické onemocnění popsat jako vleklé ochoření, kdy je potřeba častěji navštěvovat doktora, užívat léky a onemocnění omezuje dotyčného v jeho obvyklých činnostech a potřebách (Matějček, 2001, s. 64).

Světová zdravotnická organizace, jinak také známá jako World Health Organization (WHO) popisuje chronické onemocnění jako nepřenositelnou nemoc, která má sklon k dlouhému trvání a jedná se o důsledek souhry několika faktorů, ať už genetických, fyziologických, enviromentálních či behaviorálních (World Health Organization, online, cit. 2023-02-18).

„Trvalé postižení či chronické onemocnění může být sociálně psychologicky hodnoceno jako stigma.“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2004, s.19)

Chronické onemocnění je nepřenositelná choroba, která se vyskytuje u zhruba 10 % dětské populace. Většinou je za chronické onemocnění považována nemoc, která trvá alespoň tři měsíce a je nevyléčitelná a pokud by nebyla léčena, může v některých případech dopadnout fatálně. Projevy choroby se díky moderní medicíně, která jde stále kupředu, dají obstojně regulovat. I přesto se jedná o onemocnění, které nemocného v některých případech může v životě omezovat.

1.1 TYPY CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Děti školního věku a adolescenty nejvíce zasahují tyto typy chronických onemocnění: alergické a astmatické onemocnění, chronické onemocnění dýchacích cest, metabolické onemocnění, kožní onemocnění, onemocnění krve, nádorová onemocnění a záchvatová onemocnění (Havel, Fialová et al., 2010, s. 214-2015).

Některým vybraným onemocněním se budeme v následujících kapitolách věnovat.

2 DÍTĚ PRVNÍHO STUPNĚ

Dítě, které navštěvuje první stupeň základního vzdělávání je dítě ve věku asi 6–12 let. Matějček (2001, s. 117-118) rozlišuje dle psychologického hlediska děti do tří období, z nichž můžeme děti prvního stupně zařadit do dvou období, a to do mladšího školního věku a středního školního věku. Mladší školní věk – do této kategorie spadají děti ve věku zhruba 6–9 let. Toto období je také jinak známo jako první období vytáhlosti, kde dochází k tělesné disharmonizaci a rozvolnění motorické soustavy. Střední školní věk – v této kategorii se nachází děti ve věku 9–12 let. V tomto období probíhá upevnění a harmonizace tělesného vývoje. Nástupem do základní školy získává dítě také novou roli a rozšíří se mu společenský okruh. Dítě přichází do nové společnosti a získává nové závazky a tvoří si hlubší kamarádské vztahy.

Kotulán a kol. (2012, s. 35) označuje etapu mladšího školního věku jako klidné, které je typické vývojem paměti a uvažování. V tomto období dítě rozšiřuje významně svou slovní zásobu, upevňuje střízlivý pohled. Dítě zvětšuje za pomoci svých zájmových aktivit sociální vztahy a vznikají zde první stabilní přátelská pouta. U dítěte dominuje veselá nálada a spokojenost.

2.1 VLIV CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA DÍTĚ

Plevová (2007, s. 52-54) upozorňuje na skutečnost, že se u dětí s chronickým onemocněním častěji vyskytuje nějaká psychická porucha, než u jejich zdravých vrstevníků. Je to zřejmě způsobeno faktem, že nemocné dítě žije velmi často v obavě a tísní ze svého onemocnění, průběhu léčby, ale také z možnosti smrti. To v některých případech vede k sociální nebo psychické deprivaci. Dítě může pociťovat hněv, bezmoc, pocit viny a zármutku.

Děti jsou velmi často zatíženy všemi druhy nemocí, ať už akutními či chronickými. Každá nemoc, i jen ta lehká působí na zdravotní základ jedince a může zanechat následky ať už dlouhodobé nebo i trvalé (Kotulán a kol., 2012, s. 73.).

I tvrzení Matějčka (2001, s. 59) poukazuje na to, že jakákoliv choroba nebo zdravotní omezení zatěžká nervový systém jedince, a tím více ohrožuje řádný psychosociální rozvoj.

Chronické onemocnění je významnou zkouškou jedince i jeho nejbližších. U nemocného dítěte může dojít díky nadměrné péči, ochranou před okolním světem a starostlivostí o něj k nevhodnému formování osobnostních atributů jedince (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 30-31).

A to potvrzuje i Matějček (2001, s. 65) svým tvrzením: „*Dítě nemá pociťovat, že je vzácným stvořením díky své chorobě, ani že je pro svou chorobu nešťastným zajatcem léčebného režimu.*“

3 RODINA DÍTĚTE S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM

„Rodina je nejdůležitější sociální skupinou, ve které se dítě ve své roli seberealizuje.“
(Michalík J., 2013, s. 6)

Onemocnění dítěte ovlivní, nejen dítě samotné, ale i jeho okolí. Zjištění, že je dítě nemocné, bývá pro rodiče těžké. Vágnerová (2008, s. 86-88) popisuje pět etap prožívání onemocnění, kterými si musí projít každý. První etapou je etapa nejistoty, v tomto časovém úseku se rodiče pohybují před vyřčením diagnózy. U dítěte se vyskytují zdravotní problémy, které si získají pozornost rodičů, a ti se následně obrátí na odborníky. Součástí tohoto období mohou být smíšené pocity nejistoty, strachu a úzkosti, toto období končí ve chvíli, kdy lékař jasně pojmenuje onemocnění dítěte. Pak může nastat etapa šoku a popření, která následuje ihned po určení diagnózy. Bezprostředně po vyřčení onemocnění mohou rodiče pociťovat úzkost z onemocnění, často si myslí, že to není pravda. Snaží se si vysnit situaci o tom, že se stane nějaké kouzlo a jejich dítě bude zase zdravé, jedná se o běžnou odezvu na špatnou zprávu. Rodiče se s podobnou situací nikdy nesetkali a nevědí si rady co dělat. Třetí etapou je etapa generalizace negativního hodnocení, kdy pomalu a jistě rodiče onemocnění přijímají. Tuto etapu doprovázejí mohutné emoční odezvy, při kterých se můžeme mnohokrát setkat se zármutkem a zlostí, která vyvolává snahu s chorobou zápasit. Depresivní stavy a pocity smutku mohou upozorňovat na vyrovnávání se se situací nebo vzdání se. Rodiče se zajímají o informace o chorobě, ale stále mají velké obavy z toho, co bude dál. Čtvrtou etapu, kterou Vágnerová popisuje je etapa postupného přizpůsobení. Jedná se o časové období, které je pouze dočasné. Rodič přijal skutečnost, že jeho dítě je opravdu nemocné, ale i tak chce stále získat možnost zlepšení nebo možnost úplného vyléčení. A poslední pátou etapou je etapa smíření, ve které dochází k tomu, že rodič začne přijímat skutečný stav dítěte takový, jaký je. Akceptuje skutečnost, že jeho dítě je opravdu nemocné a skončí s nereálnými sny a chová se přiměřeněji. Vágnerová dále upozorňuje na fakt, že délka daných etap, ale i jejich průběh je individuální.

A to potvrzují i tvrzení Tomalové, Maštaliře, Dupalové a kol. (2017, s. 12) kteří tvrdí, že srovnat se s postižením či chorobou svého dítěte je pro každého rodiče velmi obtížné. Smíření se s danou situací může trvat u každého odlišně dlouhou dobu. Může se stát, že se rodič do poslední fáze, kdy přijme onemocnění dítěte ani nikdy nedostane, a dokonce se i určité etapy mohou opakovat či být přeskočeny.

Režim dne musí být upraven pro potřeby daného onemocnění, to může obsahovat pravidelné dávkování medikamentů či dietní stravu. Dodržování určitého rozvrhu může být jak pro dítě, tak pro jeho nejbližší okolí mnohdy i stresující a zatěžující (Hájková, 2008, s. 73).

To potvrzuje i Vágnerová (2008, s. 93-94), která tvrdí, že onemocnění a s ním spojená omezení představují pro nemocného i jejich blízké značnou zátěž. Zatížení pro celou rodinu souvisí třeba i se změnou životního stylu celé rodiny. Celková péče o dítě s onemocněním může být vysilující, jak psychicky, tak i fyzicky.

Choroba dítěte má i vliv na vývoj vztahů v rodině. Nemoc může směřovat k oslabení rodinných vazeb a následně i k jejich zániku. Na druhou stranu může nemoc dítěte rodinu více posílit a spojit dohromady. Je dobré podotknout, že vždy bude každý z rodičů přijímat onemocnění jiným způsobem a jinak rychle. Prevencí proti rozpadu rodiny je i způsobilost obou rodičů o dané problematice hovořit, sdílet své dojmy a být si vzájemnou oporou. Onemocnění dítěte může změnit i osobnostní rysy rodičů (Vágnerová, 2008, s. 104).

U rodičů dětí s chronickým onemocněním hrozí riziko vedlejších psychických problémů, jako je například úzkost či deprese. Tomu lze do jisté míry předejít díky kontaktu některé svépomocné skupiny. Svépomocná skupina je seskupení rodičů, jejichž děti trpí stejným typem chronického onemocnění. Ve skupině mezi sebou rodiče sdílí své zkušenosti a zážitky. Takovéto skupiny jsou skvělým psychoterapeutickým mechanismem, ve kterém se nesetkávají jen rodiče mezi sebou, ale zprostředkovávají se zde i setkání s odborníky jako jsou lékaři či terapeuti (Hájková, 2008, s. 73-76).

Rodina má hlavní vliv na dítě, ať už jako příklad při tvorbě vztahů, nebo interakcí s okolním světem. Rodina také dítěti předává do budoucna určité hodnoty a je pro něj prvním místem kde získává první sociální zkušenosti. U jedince, který má chronické onemocnění, je velmi důležitá podpora rozkvětu osobnosti pro budoucí příznivé pracovní a také sociální uplatnění (Fialová in Bartoňová, Bytešnicková at al., 2012, s. 205).

4 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Vzdělání na základní škole navazuje na vzdělávání předškolní, a především na rodinou výchovu. Základní vzdělávání je jediné období edukace, které je pro všechny jedince povinné. Úkolem základní školy je poskytnout každému žákovi podstatné znalosti a poznatky, jenž vedou k formování podstatných zvyků, které jedinec potřebuje k orientaci v okolním světě. Základní škola také vede jedince k co největší možné samostatnosti, která je důležitá pro zapojení se do běžného života (Tomalová, Maštaliř, Dupalová a kol., 2017, s.155).

Děti s chronickým onemocněním můžeme dle Lechty (2016, s. 26-28) označit za žáky s ohrožením. Jedná se o žáky mající nějaké zdravotní znevýhodnění se speciálními potřebami při vzdělávání. Ohrožení je chápáno jako přetrvávající špatné působení jevů, ať už fyzikálních, biologických, chemických, psychických nebo sociálních, ty v určitých případech mohou oslabit celistvost organismu a přivodit porušení. Ohroženými ale musíme vnímat i žáky, kteří jsou talentovaní či jinak nadaní, pokud nejsou jejich speciální potřeby uspokojovány.

Matějček (2001, s. 15) tvrdí: „*Osobnost našich dětských pacientů jsou stejně individuální jako osobnost všech ostatních lidí. Máme-li pak s různými lidmi dosáhnout téhož cíle, tj. v našem případě co nejlepšího duševního stavu, musíme s nimi zacházet individuálně.*“ Nejsou tedy dány jasné předpisy, jak s nemocným pracovat, ale je dobré znát prosté principy a ty upravit pro každé dítě, dle jeho aktuálních požadavků.

Školský zákon, občanský zákoník, zákoník práce, zákon o péči o zdraví lidu a trestní zákon uspořádávají péči o chronicky nemocné děti v kolektivech. Dítě s chronickou chorobou musí ředitel spádové školy dle školského zákona přijmout. Podle školského zákona má totiž každý občan nárok na stejnoměrný přístup ke vzdělání – bez diskriminace. Nejen škola má své povinnosti, ale zároveň i rodič nemocného dítěte. Ten má za povinnost neprodleně informovat školu o změně zdravotního stavu žáka a jiných faktech, které by pro vzdělávání mohly být nepostradatelné. I toto upravuje školský zákon. Pokud je tedy dítě s onemocněním ve škole, je škola zavázána k tomu, že onemocnění zohlední při vzdělávání a umožní patřičnou pomoc a ochranu zdraví žáka (Neumann, 2013, s. 8–10).

Všechny osoby, které mají speciální potřeby jsou v České republice vzdělávány od roku 1989 většinou v běžných školách. Pro děti se zdravotním znevýhodněním neexistují školy primárně určené pouze jim, jako je tomu například u dětí s poruchou autistického spektra či nějakými formami postižení. Pro zdravotně znevýhodněné jsou jen vzdělávací instituce při zdravotnických zařízeních a léčebnách, které zajišťují edukaci v období terapie (Hájková, 2008, s. 84).

Ještě u dětí mladšího školního věku nemůžeme soudit, zda se dokáží samy správně sledovat, a že se nenechají zlákat věcmi, které nesmějí. Je tedy třeba, aby bylo, pokud je to možné, dítě co nejméně vystavováno lákadlům, zároveň je potřeba, aby na něj někdo dohlížel, že dodržuje vše, co jeho onemocnění požaduje. Matějček (2001, s. 65) dále poukazuje na nutnost uznání a pochvaly při spolupráci s dítětem a také, jak je podstatná pozitivní motivace pro podmínku kladného výsledku.

4.1 NEFORMÁLNÍ A ZÁJMOVÉ VZDĚLÁVÁNÍ

Jedná se o časové období, které je mimo rámec oficiálního školského systému, je to organizovaná výchovně-vzdělávací činnost. Význam tohoto vzdělávání je poskytnutí rozvoje zkušeností, zážitků a zručnosti. Tyto vzdělávací aktivity jsou zcela dobrovolné. Nejčastějším zájmovým vzděláváním je školní družina a školní klub, které jsou zřízené školou. Mimo školu jsou zřízena střediska volného času, domy dětí a mládeže či neziskové instituce (Tomalová, Maštaliř, Dupalová a kol., 2017, s.170).

4.1.1 ŠKOLNÍ DRUŽINA

Školní družinu navštěvují především žáci prvního až pátého ročníku základní školy, popřípadě i žáci z přípravných tříd. Posláním školní družiny je přednostně výchova a edukace dětí. Je věnován i důraz na odpočinkovou, tělovýchovnou i zájmovou aktivitu všech zúčastněných. Školní družina nabízí dětem pestrý program v pro děti známém a útulném prostředí. Školní družina je finančně přístupná všem rodičům. Nejenom v případě primárního vzdělávání, ale i v případě mimoškolního vzdělávání je důležité, aby vychovatelé zohledňovali vzdělávací potřeby všech žáků (Tomalová, Maštaliř, Dupalová a kol., 2017, s.170).

I v případě školní družiny je potřeba, aby vychovatelka brala ohled na zdravotní potřeby žáka s chronickým onemocněním. Aby upravila činnosti družiny tak, aby byly vhodné pro každého žáka, například, aby měl diabetik možnost si měřit glykémii nebo když jde vychovatelka s dětmi na vycházku, tak aby dohlédla na to, že dítě s chronickým onemocněním má všechny potřebné věci, jako diabetik glukometr a hroznové cukry či aby myslela na to, že je potřeba vzít všechny léky, které má pro děti, například epipen pro dítě s alergií či diazepam pro dítě s epilepsií. Stejně tak jako u třídní učitelky je i v případě vychovatelky školní družiny vhodné, aby byla mezi rodiči dítěte s chronickým onemocněním, a i mezi vychovatelkou a třídní učitelkou žáka vzájemná spolupráce.

4.2 PEDAGOG ŽÁKA S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Vzdělávání žáka s chronickým onemocněním v běžné škole je ta nejlepší varianta pro správné sociální začlenění. Dobří pedagogové přítomnost nemocného žáka ve třídě dokáží zužitkovat pro etické a citové vzdělání spolužáků dítěte. Je třeba, aby pedagog i ostatní, kteří přichází s žákem s chronickým onemocněním do styku, brali ohled na žáka, ale pouze jen v míře, kterou definuje nemoc dítěte (Fialová in Bartoňová, Bytešnicková at al., 2012, s.204).

Organizace výuky může být z důvodu přítomnosti žáka s chronickým onemocněním ve třídě pro pedagoga někdy i náročnější (Gardošová, Dujková in Bartoňová, Bytešnicková at al., 2012, s. 204).

Žák, který má chronické onemocnění, může z důvodu rehabilitace svého onemocnění někdy být v lázních nebo v ozdravovně (Monatová in Bartoňová, Bytešnicková at al., 2012, s. 206).

Při pobytu v lázních se dítěti z části anebo zcela omezí kontakt se spolužáky, proto je potřeba, aby se po návratu žáka se pedagog snažil, aby zpětné začlenění do kolektivu bylo pro dítě co nejjednodušší.

4.3 SPOLUPRÁCE S RODIČI A UČITELEM

Primární školství každé generace utváří podstatnou část společnosti. Dříve rodiče chápali školství jako zařízení, kde pedagogové formovali jejich děti ve výchově a edukaci. Do fungování tohoto systému rodiče nezasahovali. Za socialismu byly rodinná a školní výchova chápány jako odlišné a samostatné procesy. Dnes je vztah učitele a rodičů ve většině případů brán jako ekvivalentní, obě strany se respektují a mají společný záměr, kterým je kvalitní výchova a edukace dítěte (Pohnětalová, 2015, s. 13-16).

Jestliže se děti vracejí domu ze školy spokojené, doma zapáleně vyprávějí zážitky a poznatky, které se ve škole dozvěděly, rodič nemá se školou problém. Takže platí pravidlo, pokud je spokojený žák, je spokojený i rodič. Spokojený rodič rád se školou kooperuje. Zhruba 22 % zákonných zástupců žáků uvádí, že na kooperaci se vzdělávací institucí nemá čas. Asi polovina rodičů tvrdí, že jim škola nedělá prostor ke spolupráci či se chovají nevstřícně. Důležitou informací, kterou si ale musí vzdělávací instituce uvědomit, je ta, že díky dobré kooperaci s rodiči se tvoří příjemné klima ve škole, ale zároveň je to i kvalitní propagace školy (Čapek, Lauermann, Příkazská, Vosmik, Vyhnálek, 2017, s. 16-17).

Spolupráce mezi rodiči žáka s chronickým onemocněním a třídním učitelem je opravdu nezbytná. Je třeba, aby měl pedagog všechny potřebné informace od rodičů, protože je nezbytné

vědět, jak se u dítěte nemoc projevuje, jak postupovat v případě obtíží, případně co předchází záchvatu (Fialová in Bartoňová, Bytešnicková at al., 2012, s. 204).

Zásadní funkci při tvoření oboustranných vztahů rodičů vůči škole udává individualita pedagoga. V dnešní době jsou stále větší a větší požadavky kladeny na pedagogické pracovníky. Osobnost pedagoga by měla dosahovat určitých pracovních i osobnostních předpokladů, díky kterým dokáže zastat všechny požadavky, a to i ve vztahu k rodičům svých žáků (Pohnětalová, 2015, s. 60-61).

Dobré vztahy mezi učitelem a rodiči a jejich vzájemná spolupráce je významná pro hodnotnou výchovně-vzdělávací péči, a to nejenom u rodičů s dětmi s chronickým onemocněním (Fialová in Bartoňová, Bytešnicková at al., 2012, s. 205).

Jedním z důležitých prvků pedagogické profese je komunikace se zákonnými zástupci žáka, proto je nezbytné, aby budoucí pedagogové měli značnou dávku teoretických znalostí a dovedností ve sféře pedagogického poradenství (Vítečková, 2011, s. 333).

5 ALERGIE A ASTMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Výskyt alergických onemocnění na planetě roste. Studie dokazují, že tyto choroby jsou značně hojné a ustavičně noví pacienti přibývají. Dle celosvětových údajů i v České republice výrazně narostl počet dětských pacientů s alergií či astmatem (Richterová, Richter, Kubrichtová, 2010, s.5).

5.1 ALERGIE

Alergie je zvláštní imunologická odezva přecitlivělosti na pro ostatní neškodné látky v prostředí. „*Podstatou reakce je geneticky podmíněné selhání regulačních mechanismů imunity, které vede k senzibilaci s tvorbou specifických alergických protilátek třídy IgE (imunoglobulinu E).*“ (Richterová, Richter, Kubrichtová, 2010, s. 9)

Počet dětí alergiků stále roste, Státní zdravotní ústav, který spolupracuje s pediatrií, udává, že dle jejich pozorování bylo v roce 1996 dětí s alergií asi 17 %, ale již v roce 2006 bylo dětí s alergií 32 % a můžeme se domnívat, že procento dětí s alergií stále narůstá. Vyšší je i množství dětí, kterým hrozí riziko anafylaxe. Anafylaxe je vážná alergická odezva, kterou způsobují určité alergeny, častokrát vyskytující se v potravinách či v jedu blanokřídlého hmyzu. Každoročně je proto hospitalizováno asi 200 osob a přibližně 5 osob alergické reakci podlehne (Richterová, Richter, Kubrichtová, 2010, s. 5).

Alergická reakce může mít mnoho podob, nejčastěji se u alergiků vyskytují tyto symptomy: pocit plného nosu, vodnatá rýma, oteklá víčka, kopřivka, svědění kůže, opuchnutí, dušnost, tachykardie. U alergie na jídlo se mohou po požití alergenu objevit křeče břicha, průjem a opuchnutí jazyka. Anafylaktický šok je dovršením alergické reakce a ukáže se zhruba do půl hodiny od styku s alergenem. Probíhá na více orgánech zároveň. Prvními symptomy jsou: opuchnutí rtů, jazyka, zarudnutí obličeje, dušnost, kašel, potíže s polykáním a řečí, chrapt, kopřivka po celém těle, svědění pokožky a dlaní, zvracení, nevolnost, křeče, nenadálé pocity slabosti, pokles tlaku, bezvědomí či změna srdečního rytmu. V takových případech je nutné kontaktovat linku 155, jedná se o vážný stav, při kterém jde alergikovi o život (Křiváková, Číková, 2016, s. 106-107).

5.1.1 DÍTĚ S ALERGIÍ VE ŠKOLE

Pokud se ve třídě vyskytuje dítě, které trpí alergií na pyl, je dobré dodržet určité zásady pylového režimu v pylové sezoně, jako je například: omezení aktivit v přírodě, snížení větrání,

vystavení alergika kontaktu s alergeny a jiné. Děti s alergií se mohou díky moderní léčbě zapojovat do všech sportovních činností. Je ale potřeba, aby se k takovým dětem přistupovalo individuálně a u dětí, které trpí alergií na pyl, je potřeba dodržovat pylový režim. U dětí, které mají zdravotní komplikace způsobené na roztoče, se mohou vyskytnout potíže při pobytu v tělocvičně (Richterová, Richter, Kubrichtová, 2010, s.22).

5.2 ASTMA

Astma bronchiale je jedno z nejobvyklejších chronických onemocnění u dětí, které se vyznačuje zánětem cest dýchacích. U více než poloviny dospělých pacientů vzniklo v prvních pěti letech života. V České republice je přibližně 10 % dětí s astmatem. Jedná se o dědičnou chorobu a zhusta se objevuje u osob, které trpí jiným chronickým onemocněním, například alergickou rýmou, atopickou dermatitidou či obezitou. V prvních letech života dítěte spadá mezi rizikové spouštěče vystavení tabákovému smogu, a to i v době prenatální. U kojenců a batolat je nepříznivé působení trichloraminu v ovzduší či dopravní smog. Symptomy průduškového astmatu jsou opětovné záchvaty kašle, které mohou být suché a dráždivé, při dýchání vychází pískot, pacient může pociťovat dušnost či dojem tlaku na hrudníku. Tyto obtíže se velice často objevují v nočních hodinách. Při vystavení alergenu, velké námaze či virových nákazách může dojít ke zhoršení astmatu (Chládková, 2018, s. 124).

Je mnoho původců, kteří mohou vyvolat astmatický záchvat, skoro pokaždé je doprovázen tísnivými pocity a úzkostí. Jejich síla a ráz jsou podřízené do jisté míry chorobě samotné, ale pokud se opakují zhusta, může se stát, že rozvoj osobnosti jedince bude značně ovlivněn (Matějček, 2001, s. 63).

5.2.1 DÍTĚ S ASTMATEM VE ŠKOLA

Záchvatový kašel může být ve škole rušivým elementem. Často vzniká při zahájení topné sezóny a občas při vytrvalostním zatížení při tělesné výchově. Záchvatový kašel se může objevit i jako odezva na různé alergeny, kouř, v zimě na suchý studený vzduch, na čisticí prostředky a jiné. Jestliže není astma léčeno a včas rozpoznáno, může to vést ke zhoršení zdravotního stavu jedince, jako je úbytek tělesné aktivity, poruchy spánku, časté absence a kvůli tomu následné zhoršení prospěchu žáka. Jako nejobvyklejší spouštěče u dětí školního věku se považují různé virové infekce, fyzická zátěž a styk s alergeny jako jsou pyly, roztoči nebo zvířata. Dušnost se může projevit i jako reakce na potraviny, častěji se zde ale vyskytují dermatologické příznaky, jako je například kopřivka. V tělesné výchově je vhodné, aby mělo dítě možnost úlevy při

zhoršení stavu, jelikož vytrvalostní zatížení je pro ně náročnější. Je vhodné, aby ve spolupráci s rodiči astmatika byl sestaven na základě lékařského doporučení individuální osobní plán pro školní tělesnou výchovu, sport a celkový režim žáka. Je tedy důležité, aby měl pedagog přesné informace o zdravotním stavu žáka a byl seznámen s léčebným postupem v případě astmatické dušnosti. Pedagog by měl podporovat vzdělávání o astmatu ve výuce ke zdraví (Richterová, Richter, Kubrichtová, 2010, s.11).

6 METABOLICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Tato onemocnění vznikají z důvodu defektu látkové transformace, tvorby či ukládání živin po jejich přijetí a přetvoření v trávicím ústrojí. Tyto látky jsou nezbytné pro správné fungování. Pokud je o látky nouze či je látek přebytek, může dojít k poškození orgánů, někdy i celého organismu. Jedním z nejznámějších metabolických onemocnění je diabetes mellitus. Kelner (in Havel, Fialová et al., 2010, s. 114) předpokládá, že v roce 2025 bude ve světe osob s diabetem kolem 300 miliónů.

6.1 DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus, jinak známo také jako cukrovka, je chronické onemocnění, znamenající, že organismus neumí zužitkovat cukr. Pro organismus je glukóza pramenem energie, ale protože ji neumí využít, hledá ji jinde. Diabetes působí na všechny procesy v těle. U dětských pacientů se nejčastěji setkáváme s cukrovkou 1. typu – organismus si netvoří inzulín, který je zapotřebí dodávat injekcí a je důležité také sledovat průběžnou hladinu cukru v krvi. U dospělých pacientů je nejčastější cukrovka 2. typu – inzulínu se vyskytuje dostatek, ale tělo na něj neumí reagovat, jedná se o tzv. inzulínovou rezistenci, kdy je tělo vůči inzulínu odolné. U diabetu 2. typu lze nemoc korigovat dle rozšíření nemoci i jen úpravou jídelníčku či léků, není vždy nutné, aby si pacient píchal inzulín jako je tomu u diabetu 1. typu (Neumann, 2017, s. 14, 16, 29).

V České republice se dle Českého statistického úřadu v roce 2021 léčilo s diabetem ve věku 0-9 let 1034 dětí z toho 549 chlapců a 485 dívek a ve věku 10-19 let 3915 dětí, z nichž 2091 jsou chlapci a dívek je 1824 (Český statistický úřad, online, cit. 2023-02-21).

My se budeme věnovat diabetu 1. typu, z důvodu větší rozšířenosti u dětí.

6.1.1 VZNIK DIABETU 1. TYPU

Diabetes mellitus 1. typu, také jinak znám jako úplavice cukrová. Za vznikem diabetu mellitu 1. typu není ani váha či předchozí stravování pacienta, ale cukrovka 1. typu vzniká nezávisle na ostatních okolnostech. Od obou rodičů může dítě zdědit vloh, že něj v průběhu života propukne diabetes mellitus 1. typu, a to i přestože ani jeden z rodičů, ba ani nikdo z příbuzných diabetem netrpí. Na rozběhnutí cukrovky u osob s vlohou pro spuštění může být mnoho, ať už nějaké nachlazení, tak i způsob narození či nedodatečný kontakt s běžnými dětskými infekcemi, to vše může vyústit v to, že organismus „začne omylem vidět nepřítele,

cizorodou součástí, ve svých vlastních beta-buňkách.“ Takové chování organismu nazýváme autoimunita (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 21-22).

Začátek diabetu postupuje skrytě i mnoho týdnů, zhruba až do záhuby 80 % beta-buněk, až poté se začnou projevovat do té doby skryté symptomy diabetu. Nejfrekventovanějšími prvotními klinickými symptomy jsou velká žízeň a s tím souvisí i časté močení, únava, svrbění pokožky, může se objevit i pokles hmotnosti, poruchy vidění a zhoršené hojení ran (Křiváková, Číková, 2016, s. 151).

Neumann (2017, s. 29) poznamenává, že se k cukrovce mohou přidružit i jiná autoimunitní onemocnění jako je celiakie, záněty střev či imunitní zánět štítné žlázy.

Cínek (2008, s. 25) uvádí, že v České republice se každý rok odhalí diabetes mellitus 1. typu u 270 až 300 dětí.

Dětští pacienti s cukrovkou 1. typu mají dle Šnajderové (2008, s. 131) normální tělesnou výšku i váhu vzhledem k jejich dědičným predispozicím. Může se stát, že tělesná výška osoby s diabetem může být v porovnání s ostatní populací i vyšší.

Jelikož má cukrovka 1. typu genetické prameny, je vyšší šance, že se tato choroba může vyskytnout i u sourozenců či rodičů osoby s diabetem 1. typu, spíše než u osob, které nemají v rodině nikoho s tímto typem onemocnění (Neumann, 2017, s. 31c).

6.1.2 INZULINOVÁ TERAPIE

Dítě si může podávat inzulín pomocí injekcí či inzulínovou pumpou. Majorita dětí s diabetem si aplikuje inzulín ráno ještě před snídaní, poté před obědem a následně večer před večeří a poslední dávka inzulínu se aplikuje před spaním. Injekční podání se nejčastěji aplikuje za pomoci inzulínového pera, to aplikaci inzulínu zjednodušuje (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 256-257).

Dítě si aplikuje inzulín do podkoží břicha, ramene, stehna nebo hýždě (Neumann, 2013, s. 29).

6.2 SELFMONITORING

Dítě si hladinu cukru v těle měří několikrát v průběhu dne, a to pomocí glukometru. Glukometr je malý přístroj, který zjistí hladinu glukózy v těle pomocí kapky krve. Dítě se drobnou vystřelovací jehlou píchne do prstu a kapku krve nechá vsát do jednorázového proužku, který už je zastrčen v glukometru a přístroj vyhodnotí hladinu glukózy (Neumann, 2013, s. 33).

Lze také měřit glykémii kontinuálním monitorem. Jedná se o senzor, který se zavádí do podkoží nejčastěji na paži. Tento senzor většinou funguje asi týden a po této době se musí opět vyměnit. Přes tento senzor pak diabetik může zjišťovat hladinu glykémie tak, že přiloží zařízení ke čtečce (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 45-47).

Měření hladiny glykémie pomocí telefonu je výhodné i z toho důvodu, že pokud dítě sdílí aplikaci s rodiči, tak má rodič nepřetržitý přehled o stavu dítěte a lze díky tomu i lépe upravit režim a případné aplikace cukru či inzulinu.

6.2.1 DÍTĚ S DIABETEM VE ŠKOLE

Žáci s diabetem mohou dělat vše co jejich spolužáci, musejí ale respektovat určitá pravidla, která jejich nemoc vyžaduje, jako je například dieta, vymezení určitého množství jídla a pravidelné doplňování inzulinu. Mimo dodržování diety a doplňování inzulinu je nezbytné, aby si v průběhu dne měřilo dítě hladinu glykémie v krvi (Neumann, 2017, s.16.).

Pokud je žák správně veden a kvalitně léčen, může být ve všech oblastech srovnatelný se zdravými spolužáky (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 256).

Je nezbytné, aby rodiče dítěte s diabetem seznámili učitele a vychovatele, kteří vzdělávají dítě, se všemi důležitými informacemi ohledně onemocnění, například že je třeba aby dítě dodržovalo dietní řád a že si musí v průběhu dne podávat inzulin a celkově musí dodržovat určitý režim. Zároveň je třeba podotknout, že děti s diabetem by měly mít pravidelný pohyb, proto není vyřazení z tělesné výchovy vhodným řešením, ale je pouze potřeba větší dohled na hladinu glykémie v krvi (Neumann, 2017, s. 25).

To potvrzuje i Vávrovská a Venháčová (2008, s. 199) podle nichž by nemělo být sportovní vyžití redukováno, je ale nutné hlídat, aby nebyla fyzická aktivita nebezpečná a nevedla ke zhoršení metabolické kontroly. Je podstatné podpořit pohybové činnosti ať už rekreační či závodní. Zapojení dětí s cukrovkou do opakovaných fyzických aktivit, může být směrem, jak v dítěti podpořit sebejistotu a vybudování společenských vazeb s vrstevníky. Současně sportovní vyžití je prevence proti nepříznivým sociálním jevům.

Důležitá pomoc žákovi s diabetem může být i porozumění ze strany pedagogů a vychovatelů, ne však ve formě nějaké úlevy či lítosti, ale v pochopení či občasně pomoci, které se týkají terapie diabetu (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 256).

Z pozice učitele je vhodné, pokud je ve třídě dítě s diabetem, aby pedagog s dětmi probral důležité informace o této nemoci. Je dobré dětem připomenout, že se nejedná o nakažlivou nemoc a seznámit děti s obecnými informacemi, jako je třeba ta, děti s diabetem mají nějaký

stravovací režim a vše se do něj musí počítat. Spolužáci by také měli být seznámeni s tím, jak probíhá léčba diabetu a je vhodné, aby pedagog věnoval pozornost i otázkám dětí (Neumann, 2013, s. 38-40).

Žák s diabetem má stejnou možnost být úspěšný a žít kvalitní, naplněný a stejně dlouhý život jako jeho spolužáci, pokud se budou dodržovat podmínky, jaké nemoc vyžaduje (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 256).

Je důležité, aby pedagog umožnil dítěti s diabetem možnost během hodiny jít na toaletu, změřit si hladinu cukru v krvi či se najíst nebo napít (Neumann, 2013, s. 48).

Při akcích jsou vyjížďky na školu v přírodě, lyžařské výcviky či jiné akce konané školou je dobré, aby se dítě s diabetem zúčastňovalo z důvodu nevyčlenění z kolektivu. Je vhodné, aby žáka mladšího věku, který má diabetes, na takových akcích, pokud je to možné, doprovázel rodič. Žák druhého stupně už by měl být schopen se o sebe postarat až několika dní, ale i zde je prospěšný ohleduplný dohled (Neumann, 2017, s. 26).

6.2.2 DOVEDNOSTI DĚTÍ S DIABETEM VE ŠKOLE

Dítě s diabetem si v první třídě je schopno kontrolovat a změřit hladinu glukózy v krvi, zvládne si sám i píchnout potřebnou dávku inzulínu, a to vždy pod pravidelným dohledem dospělého. Žák s cukrovkou zhruba v 7 letech by měl vědět, že trpí diabetem a měl by zvládnout odepřít si nabízenou sladkost. Také by již mohl rozpoznat, že má hypoglykémii a oznámit to dospělému. Pokud dítě v tomto věku si stále není schopné aplikovat inzulín, mělo by si ale být schopno nachystat glukometr a připravit inzulínové pero. Dítě druhé až třetí třídy je schopno si hlídat potřebu toho, že musí mít vždy u sebe pohotovostní balíček. V tomto věku má žák bezprostřední snahu, že vše spojené s léčbou cukrovky, zvládne správně a sám. Je na ně stále ale potřeba dohlížet a nároky na děti nesmí překročit jejich schopnosti. Dítě již v 8 letech by mělo vědět, že pokud bude dodržovat všechny potřebné doporučení, které diabetes vyžaduje, tak budou hodnoty glykémie stabilní, a to znamená, že bude moci dělat vše tak, jako jeho vrstevníci a jen si aplikovat inzulín. Děti ve třetí třídě zvládají rozlišit jídla, která se v jejich stravovacím plánu započítávají a která ne. Již chápou, že je nezbytné si měřit hladinu glykémie, a že vyhodnocení je na dospělých. Dítě v tomto věku by již zcela jasně mělo poznat hypoglykémii a mělo by umět ji zkrotit podáním potravin či vypitím rychlých cukrů. Zároveň by toto vše mělo dítě dělat stále pod neustálým dohledem dospělé zodpovídající osoby, ať už rodičem, pedagogem či vychovatelem. Od čtvrté třídy do konce prvního stupně by mělo dítě dokázat zvládnout kterékoliv úkony spojené s léčbou cukrovky a domluvit se s dospělou

osobou na vhodné dávce inzulínu. Není vhodná úplná samostatnost při dávkování inzulínu, protože dítě má jen neúplné vědomosti a zkušenosti o vlivech na konečnou hladinu glykémie. Na konci prvního stupně by mělo dítě umět rozlišit potraviny s rychlými a pomalými cukry, umí rozlišit inzulíny a jejich účinky, zná rozsah výkyvů a umí identifikovat a poradit si s hypoglykemií i hyperglykemií. Jedenáctileté dítě by mělo zvládnout několik dní mimo domov s občasnou kontrolou dospělé osoby (Neumann, 2017, s. 117-118).

6.2.2.1 Stravování ve škole

Je důležité, aby dítě s diabetem mělo ve škole i kromě glukometru, inzulínového pera a svačiny i jídlo navíc, pro případ, že bude mít nízký cukr (Neumann, 2013, s. 46).

Rodiče dítěte s diabetem by se měli domluvit se školní jídelnou, zda je možné, aby dítěti porci vážili či jsou možné i nějaké změny v jídlech (Neumann, 2013 s. 47).

Bylo by adekvátní, aby žáci s diabetem měli možnost si inzulín aplikovat na nějakém poklidnějším místě, jako je tomu například kabinet či jiná místnost, aby si dítě nemuselo potupně aplikovat inzulín před spolužáky, protože v některých případech, kdy si dítě aplikuje inzulín do stehna, se jedná o celkem intimní situaci (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 257-258).

Dítě si před obědem aplikuje potřebnou dávku inzulínu. Bezprostředně po aplikaci je nutné se najíst, proto, pokud je ve školní jídelně fronta, je nezbytné, aby děti s diabetem měly přednostní právo pro vydání oběd. Jelikož při dlouhé prodlevě po podání inzulínu může nastat hypoglykémie. Děti s diabetem se mohou běžně stravovat ve školních jídelnách jako ostatní děti, za předpokladu, že jim bude množství jídla regulováno dle potřeby.

6.2.3 PRVNÍ POMOC

Hladina cukru v krvi se musí pravidelně hlídat. Hladina glykémie by se měla pohybovat ideálně mezi 4 až 10 mmol/l. Pokud je hladina nižší, jedná se o hypoglykémii a pokud vyšší jde o hyperglykémii, což může být i život ohrožující (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 258).

Hyperglykémie je stav, kdy hladina cukru v těle je vyšší než 10 mmol/l. Zde je třeba upravit inzulínovou léčbu či omezit jídlo (Neumann, 2017, s. 24).

U osob s diabetem je určena hranice hypoglykémie pod 4 mmol/l a níže. Pokud se se hladina cukru v těle objevuje u této hranice, není třeba nutně plašit, jedná se o varovný signál a je třeba doplnit rychlé sacharidy například ve formě tablet s hroznovým cukrem. Pokud by byla hypoglykémie těžší, může dojít i k bezvědomí. Prvními znaky hypoglykémie, které může osoba s diabetem zaznamenat, jsou bušení srdce, opocení, neklid a třes rukou někdy i pocity úzkosti. Osoba se nám může zdát zmatená nebo unavená (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 89-91).

Vliv na vznik hypoglykémie může mít i stres, třeba před plánovaným testem. Tento stresový faktor může zapříčinit i zvýšení glykémie v ranních hodinách a po skončení stresu může hladina cukru v krvi padnout až do hypoglykémie. Je tedy dobré mít na paměti, že různé akce i jako předávání vysvědčení mohou být pro dítě stresové a je třeba hlídat hodnoty glykémie (Neumann, 2013, s. 48).

Žák po prodělání hypoglykémie se může cítit unavený a být nesoustředěn (Neumann, 2013, s. 48).

Rozvíjející se hypoglykémii může v některých případech rozpoznat i pedagog. Žák výrazně pobledne a opotí se, v obličeji se může trošku začervenat. Toto rozpoznání od pedagoga může být klíčové v momentu, kdy dítě není schopné rozpoznávat příznaky hypoglykémie (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 259).

V případě vážných hypoglykemií, které mohou dotyčného uvést do bezvědomí, se aplikuje glukagon jako první pomoc. Aplikace se realizuje podkožně či rovnou do svalu soupravou zvanou hypokit (CUKROVKA.CZ, online, cit. 2023-03-13).



Obrázek 1 – Hypokit

Pozor si musíme dát v případě, že dítě s diabetem zvrací. Je třeba ihned kontaktovat zákonné zástupce, protože v případě, že by dítě zvracelo více, je nutné kontaktovat rychlou záchrannou službu a postupovat dle jejich pokynů (Lebl, Průhová, Šumník, 2018, s. 110-112).

7 KOŽNÍ ONEMOCNĚNÍ

Chorob pokožky se v současné době vyskytuje nespočet. Mezi nejrozsáhlejší onemocnění kůže u dětí školního věku se nachází například ekzémy, lupénka, kopřivka, akné a mnoho dalších (Zahálková in Havel, Fialová et al., 2010, s.114).

7.1 ATOPICKÝ EKZÉM

Chronicky zánětlivé onemocnění kůže, jinak známo jako atopický ekzém se vyznačuje svěděním a zarudnutím pokožky. Základní rysy ekzému jsou zarudnutí, opuchnutí, bolest, teplota a porušená funkce. Pokožka člověka s atopií je dehydratovaná, a proto je pokožka sušší a má tendenci se olupovat. (Ligurská, 2020, s. 22-23).

Určité alergeny, které jsou zrakem nepozorovatelné jako jsou roztoči, mohou průběh atopie zhoršit. Pokožce nemusí dělat dobře také některé druhy materiálů, jako třeba vlna nebo umělá vlákna, ale také například nějaká kosmetika, změny teploty a vlhkosti v okolí a v neposlední řadě i stres (Businco, Bruna, Ferrara, 2007, s. 16).

Je zapotřebí se vyvarovat kontaktu s dráždivým elementem, přistoupit k terapii, která uleví proti svědění a současně je důležitá i soustavná starostlivost o pokožku. Sociální a duševní dopady bývají často podceňovány, ale neustálé svědění osobu s atopií ruší v soustředění, narušuje kvalitu spánku, proto mohou být více unavení, náladoví, a to může vést až ke zhoršení školního hodnocení. Dítě s ekzémem může od vrstevníků zažívat opovržení, ztrapňování a někdy i šikanu, proto se může dítě s ekzémem izolovat od vrstevníků, a následně se vyhýbat vzdělávání. Někdy si děti s ekzémem musí aplikovat lokální léčbu i během vyučování, z důvodu zabránění suchosti pokožky a následnému svědění. Žák by měl mít příhodné místo k sezení, dál od oken a radiátorů. Žák by se měl co nejméně dostávat do kontaktu s křídou a využívat raději magnetické tabule. V pracovních a výtvarných hodinách se doporučuje co nejméně kontaktu s lepidly, barvami, plastelínou či keramickou hlinou. Pro sebedůvěru je sportovní činnost důležitá, proto je vhodné v tělesné výchově omezit šplh, míčové hry či pobyt na škvárovém hřišti a žák by měl mít možnost se po tělesné výchově osprchovat. Plaveckých výcviků se žáci s atopií účastnit mohou, ale za předpokladu, že si kůži před i po plavání ošetří mastným krémem. (Richterová, Richter, Kubrichtová, 2010, s.13)

8 ZÁCHVATOVÉ ONEMOCNĚNÍ

Jedno z nejznámějších záchvatových onemocnění u dětí a mladistvých je epilepsie. Jedná se o celkem časté onemocnění, které se vyznačuje epileptickými záchvaty, jenž mohou mít různou podobu. Do záchvatových onemocnění spadá také obezita, kterou musíme brát jako rizikový faktor, podílí se na zrodu a rozvoji vážných somatických onemocnění (Kelner in Havel, Fialová et al., 2010, s. 114-115).

8.1 EPILEPSIE

Epilepsií je na světě postiženo asi kolem 10 miliónů lidí. V České republice je osob s epilepsií kolem 60–70 tisíc. Tato nemoc byla popsána již v dobách, kdy panoval starobabylonský král Chammurapi. Svatá nemoc či ďáblovo posednutí, tak v této době lidé mluvili o epilepsii. Název později zavedl řecký lékař Hippokratés. Jedná se o onemocnění mozku, pro které jsou charakteristické opakované epileptické záchvaty, ke kterým dochází na základě biochemických změn v mozku. A aktuálně je epilepsie druhou nejobvyklejší neurologickou poruchou hned po migréně (Daďová, Majorová, 2016, s. 35).

U osob s mentálním postižením se epilepsie vyskytuje častěji než u zbytku populace. Čím je mentální postižení závažnější, tím vzrůstá možnost výskytu epilepsie (Teplá, 1999, s.9).

Etiologie jsou různé, jedním z nich je genetika, či následek porodních, ale i pozdějších poranění hlavy, zánět mozku a jiné. První příznaky se mnohdy objevují mezi 6–9. rokem života dítěte, a to nejčastěji zblednutím, zaseknutím v řeči či chůzi a mrkáním. Tato epizoda trvá často jen pár sekund, ale má tendenci se opakovat několikrát denně (Řáda, 1995/96, s 203).

8.1.1 TYPY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Vágnerová (2008, s. 135-137) rozděluje epileptické záchvaty na parciální a generalizované. Ve vymezeném úseku mozku vznikají parciální záchvaty. Podle toho, kde je ložisko záchvatů, mají záchvaty odlišný ráz. Při záchvatu není jedinec schopen komunikovat s okolím, porucha vědomí je více kvalitativní. Parciální záchvat můžeme rozlišit dle ztráty vědomí a paměti na další podkategorie. A to na záchvaty jednoduché, kde není narušeno vědomí ani paměť a záchvaty komplexní, při kterých je z části porucha vědomí a paměti. Při těchto záchvatech je dotyčný schopen stát, ale není schopen reagovat na okolí. Tyto záchvaty jsou typické v dětství, kdy se mohou objevovat často. Dochází k poškození orientace a nereálným dojmům. Díky narušení korových úloh mohou vypuknout generalizované záchvaty. Ty zasahují především

vědomí a motoriku. Generalizované záchvaty dále dělíme dle míry motorických znaků. Krátké výpadky vědomí v délce trvající maximálně asi 20 sekund označujeme jako „absence“, dříve známé pod označením „petit-mal“. V těchto stavech se mohou objevovat drobné záškuby svalů, často se nám zdá jedinec, jako kdyby nedával pozor. Jsou charakteristické pro období dětství, nejčastěji se vyskytují mezi 6–8. rokem života dítěte. Záchvaty se mohou vyskytovat i několikrát denně. Záchvaty, při kterých se vyskytuje bezvědomí, pád z důvodu ztráty svalového napětí, křeče, častá inkontinence moči a někdy i pokousáním jazyka, se nazývají tonicko-klonické záchvaty, dříve označovány jako „grand-mal“. V dětském období se také mohou vyskytnout záchvaty akinetické. Jedná se o krátké záchvaty s úplnou ztrátou vědomí a svalového napětí, dítě z ničeho nic padá na zem.

8.1.2 PRVNÍ POMOC PŘI ZÁCHVATU

V případě, že dotyčný dostane epileptický záchvat, je potřeba zachovat klidnou hlavu. Jako první odstraníme z blízkého okolí předměty, o které by se mohl dotyčný poranit a pokud je to možné, pokusíme se něčím měkkým vypočložit hlavu. Kontaktujeme linku 155 a postupujeme dle jejich přesných instrukcí. Jsou ale jistá pravidla, která se v dřívější době dělala, ale nejsou vhodná. Rozhodně nestrkáme při záchvatu nic do úst a rozhodně osobu při záchvatu nedržíme abychom zabránili křečím (Kudr, 2016 akt. 2023, online, cit. 2023-02-20).

8.1.3 DÍTĚ S EPILEPSIÍ

Děti s epilepsií bývají často unavené, protože mnoho z nich trpí nespavostí, možná i z tohoto důvodu mohou být podrážděné, mrzuté, neklidné a nevlídné. Velice často se děti s epilepsií stávají samotáři, protože jsou bázlivé, oproti ostatním dětem jsou i více citově zranitelné a těžce snáší bezpráví. Pokud si k někomu vybudují důvěru, mají k němu velkou náklonnost, někdy mohou být až dotěrné (Řáda, 1995/96, s 203).

8.1.4 DÍTĚ S EPILEPSIÍ VE ŠKOLE

U dětí s epilepsií jsou pochody myšlenek často zpomalenější až těžkopádné. Ve škole mívají problém s pozorností a koncentrací, během prvních vyučovacích hodin jsou ospalé a v konečných hodinách zase unavené. Mluva dětí s epilepsií je neobvyklá, šroubovaná, při psaní se zase střídá velikost písma, nezvyklé tvary písma či různá zdobení písma (Řáda, 1995/96, s 203–204).

Podle Teplé (1999, s.9) jsou osoby s epilepsií schopny vzdělávání na základních, středních i vysokých školách, a to především díky včasné podchycené a odborně stabilizované epilepsii společně se stanoveným životním stylem.

Celkové pojetí učiva je u dětí s epilepsií pomalejší, z každého dosaženého úspěchu mají obrovskou radost, ale pokud se jim nedaří, nesou to těžce. Je důležité trpělivé opakování toho, co danému jedinci nejde, dokud se nedospěje úspěchu. Neděláme věci za ně. Rády něco tvoří, a tak díky zájmovým činnostem, jako je malování, modelování a hraní společenských her můžeme pracovat na znovunabytí ztracené sebedůvěry a podpoření samostatnosti. Vhodné jsou i míčové hry, při kterých souměrně vyrovnávají a trénují jejich motorické i intelektové složky (Řáda, 1995/96, s 203–204).

Je žádoucí, aby děti s vážnějšími epileptickými záchvaty měly pravidelný režim, a to jak doma, tak i ve škole. Důležité je i věnovat pozornost, aby dítě nebylo dlouho na slunci, vyvarovat se náročnějšímu cvičení, či lezení ve výškách. Je příhodné, aby pedagog ohleduplně žákovi vysvětlil, že aktivitu vykonávat nesmí a nabídl jinou alternativu (Teplá, 1999, s. 10).

Hronová poukazuje, že jsou epileptici často z pohybových aktivit vyřazováni, i přestože to není zapotřebí. Například je dobré podotknout, že epileptici se mohou účastnit plavání, dokonce jim je i doporučováno. Jen je třeba dodržovat určitá pravidla, jako ta, že nesmějí plavat samy a v hloubce. A pokud lékař neurčí jinak, mělo by se dítě účastnit tělesné výchovy v co největší šíři (Hronová, 1993, s. 27).

Hronová (1993, s. 27) uvádí, že by se měly dětem s epilepsií při výuce zařazovat relaxační chvílky, protože dlouhá koncentrace může vyvolávat záchvat.

Je třeba, aby dítě s epilepsií mělo vypracováno zvláštní vyučovací plán, kde je vybráno učivo, které nejlépe splňuje potřeby a schopnosti daného jedince i pro jeho pozdější společenské začlenění. Život dítěte s epilepsií není snadný, představuje mnoho omezení, kvůli kterým jsou vyřazeni ze společenského života, jako je jízda na kole, plavání či závodivé hry. Často z toho bývají nešťastné, že se třeba nemohou účastnit plaveckých kurzů se třídou a přicházejí o společné zážitky nebo že nemohou odpoledne s dětmi na kolo. Někdy se jim stává, že jsou terčem posměchu od svých vrstevníků. Potom se mohou potýkat s tím, že jsou vyřazeni z kolektivu a raději utíkají do samoty (epileptický autismus). Mnohdy se cítí přetížené a nepochopené, jsou velice citlivé. Pokud nemá pedagog dostatek informací o duševním světě epileptiků a nemá dostatečnou empatii vůči nim, může to vést k tomu, že jsou tito jedinci vzdělávání metodami jako zdravé děti. To může vést k dalekosáhlým poškozením v psychickém vývoji těchto osob (Řáda, 1995/96, s 204–205).

Teplá (1999, s. 10) uvádí, že děti, které jsou intelektově vyspělejší a mohou navštěvovat běžné základní či střední školy, jsou schopny reagovat na svůj zdravotní stav, dodržovat lékařská doporučení, a dokáží si pamatovat řadu pravidel, která využijí, pokud vycítí nějaké znaky blížícího se záchvatu, např. si lehnou na zem.

Jak uvádí Hronová (1993, s. 27) začlenění žáka mezi zdravé děti má oboustranný pozitivní význam. U epileptiků poukazuje Hronová na nenahraditelnou přínos do budoucího pracovního i společenského začlenění a u zdravých spolužáků zase na pochopení nutnosti pomoci nemocným a naučení se vcítit do dané situace. Hronová dále také poukazuje na nedostatečnou přípravu učitelů běžných základních škol s takovými dětmi.

8.2 OBEZITA

V historii lidstva existuje obezita již mnoho let, nejedná se o žádný novodobý problém. Již na dávných obrazech a sochařských dílech můžeme vidět vyobrazení korpulentních postav, hlavně žen. Kelner at al. (2006, s. 809) uvádí, že se mezi lety 1991 až 2006 zvedlo procento obézních osob v České republice z necelé pětiny na zhruba čtvrtinu dospělých osob. Podobně roste obezita i u dětského obyvatelstva.

V roce 2016 proběhla studie „Zdraví dětí 2016“, která zjistila, že po etapě, kdy rostl počet dětí s nadváhou, se čísla oproti roku 2011 skoro nezměnila, avšak covid a s ním spojená opatření data výrazně změnila. Dle dat se je prokázáno, že rapidně vzrostl počet dětí s nadváhou a obezitou ve všech věkových skupinách. Nejhorší výsledky shledáváme u dětí ve věku 11 až 13 let, kdy standardní hmotnost má pouze 50 % chlapců a 60 % dívek. Spolu s váhou roste u dětí také větší možnost problémů kardiovaskulárních. Jedná se o jedno z nejčastějších smrtelných onemocnění ve světě. Hypertenze a cukrovka jsou nejčastějšími onemocněními, které jsou k obezitě přidruženy. Pokles fyzické aktivity u dětí je prokázán v mnoha studiích. Pohyb je významnou součástí prevence proti dětské obezitě, ale zároveň hraje podstatnou roli i v terapii obezity. Studie Active Healthy Kids Global Alliance prokázala, že skoro 80 % dětí a mladistvých tráví svůj volný čas u televize, počítače či tabletu, na těchto zařízeních tráví děti mnohdy déle než dvě hodiny každý všední den a o víkendu je to až 90 % dětí a mladistvých. Je proto nezbytné motivovat děti k pohybové aktivitě. Zprvu by se pohyb měl uskutečňovat v krátkých časových úsecích a pomalu a postupem času, kdy se zvýší pohybová zručnost, se mohou časové úseky prodlužovat. Rozvíjením obratnosti, rychlosti, vytrvalosti a síly se u obézních dětí formuje kladný vztah k fyzické aktivitě jako takové. V průběhu aktivity je třeba dítě povzbuzovat a chválit (Boženský, 2022, s. 33).

Fábryová (2019, s. 28-29) tvrdí, že asi více než 60 % dětí, které trpí nadváhou ještě před pubertou, budou mít problémy s váhou i v dospělosti. Fábryová také poukazuje na to, že mimo výše zmíněných kardiovaskulárních rizik nebo zvýšeného rizika rozvoje diabetu, vede obezita k rozvoji problémů ortopedických, ale i k duševním poruchám, zhoršenému výkonu ve škole a také snížení sebevědomí. A varuje, že pokud bude růst nadváhy a obezity dětí a mládeže pokračovat, bude v roce 2025 na Zemi zhruba 70 miliónů dětí a mladistvých s problémem s váhou.

Terapie obezity je obtížná a vyžaduje zapojení celé rodiny, nejen dítěte. Jedná se o změnu nutričních zvyků celé rodiny, nácvik a upevnění pohybové aktivity. A velice důležitá je i prevence, existuje mnoho projektů pro edukaci veřejnosti, které informují a zároveň edukují společnost (Fábryová, Holéczy a kol., 2019, s. 282).

Dle výzkumu Harčaríkové, Tkáčové a Pajdlhauserové (2021, s. 95) lze tvrdit, že správné vzdělávání věnované změnám životního stylu a zdravému způsobu života kladně ovlivní každého jedince. Autorky také poukazují na to, jak je podstatné učit děti o fyzickém i psychickém zdraví, aby byl jejich život kvalitnější a spokojenější.

PRAKTICKÁ ČÁST

9 ROZBOR EDUKAČNÍHO PROCESU ŽÁKA S CUKROVKOU 1. TYPU

V následující praktické části se budeme věnovat analýze edukačního procesu žáka s cukrovkou 1. typu.

9.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zjištění a následný popis edukačního procesu žáka s cukrovkou prvního typu. Dílčí cíl výzkumu číslo 1 je zjistit, zda a do jaké míry ovlivňuje chronické onemocnění vzdělávání žáka na prvním stupni základní školy. Dílčím cílem výzkumu číslo 2 je zjistit, jak spolužáci žáka s chronickým onemocněním přijaly spolužákovu nemoc. Dílčím cílem výzkumu číslo 3 je zjistit, do jaké míry působí chronické onemocnění na práci pedagoga.

9.2 METODOLOGIE

Na základě výše uvedeného cíle jsme zvolili kvalitativní formu výzkumu, konkrétně analýzu dokumentace, polostrukturovaný rozhovor a pozorování, z důvodu výběru jednoho vzorku pozorovaného žáka s chronickým onemocněním a rozhovoru se třídní učitelkou daného žáka. Z hlediska velikosti souboru se nenabízela jiná možnost než kvalitativní forma výzkumu.

Součástí kvalitativního zkoumání je dlouhodobé a intenzivnější spojení se sledovaným jedincem či skupinou sledovaných osob. Často se jedná o běžné odrážení každodenního života sledovaných jedinců a skupin. Všední život pozorovaných jedinců zkoumáme za pomoci kvalitních výzkumů opsáním poznámek z přímého pozorování a rozmluvou se sledovanými jedinci, pozorováním fotografií, audio či videonahrávek, procházením deníků či poznámek a úředních dokumentů. Vyzkoumané údaje se přenášejí a tlumočí se a utváří skládačku, jejíž celkový obraz popisuje vše, co jsme se v průběhu výzkumu dozvěděli. Snahou kvalitativního šetření je objasnit vše, co může pomoci vyložit danou problematiku (Hendl, 2005, s. 51-52).

Nejprve je potřeba si udělat předvýzkum, kde se zváží jakou nejideálnější výzkumnou techniku použít. V předvýzkumu určíme, zda zkoumající prostředek bude fungovat (Gavora, 2010, s. 13).

Zkoumání pomocí případové studie je orientováno na zevrubný popis a analýzu jednoho či malého množství jedinců. V případové studii se sbírá velké množství detailních informací, které zachycují všechny spletnosti a vystihují kompaktnost sledovaného jedince či jedinců. Díky

podrobnému bádání daného případu se domníváme, že po ukončení výzkumu vnikneme do jádra a alespoň z části pochopíme jiné obdobné případy. Dle pozorovaného případu můžeme určit pět typů případové studie. Prvním typem případového výzkumu je osobní případová studie, která se věnuje určitému stanovisku, je zde věnována pozornost i minulosti zkoumaného jedince. Zjišťují se zde všechny možné důvody, souvislosti, činitele, vývoje nebo prožitky, které mohou danou problematiku do značné míry ovlivňovat. Druhým typem případového pojednávání je studie komunity, která se věnuje tomu, jak je již z názvu patrné určité komunitě. Občas se můžeme setkat i s názvem sociografie. Jde o pozorování určitého společenství osob, kde je věnována pozornost rozboru a následnému porovnání určitých stránek života skupiny. Studium sociálních skupin je třetím typem případového zkoumání. V tomto typu je pozornost věnována drobnějším komunikujícím skupinám či větší rozptýleným skupinám. Zde se zkoumá a následně líčí a zkoumají poměry ve skupině. Čtvrtým způsobem je zkoumání organizací a institucí, zkoumají se zde různé firmy, školy či jiné organizace. Sleduje se zde zavádění programů a intervence, vzdělanost, změny a adaptace v daném zařízení. Poslední druh případové studie je zkoumání událostí, rolí a vztahů, které se orientují na danou událost, překrývá se zde třetí a čtvrtý typ případové studie (Hendl, 2005, s. 104-105).

Zkoumání pomocí případové studie má několik kroků postupu, které na sebe vzájemně působí. Na začátku je potřeba si stanovit to, k čemu se bude daný výzkum věnovat. Zaměření se vymezuje účelem studie s podporou výzkumných otázek. Následuje fáze, ve které se plánuje, jak určit případ a určit, jaké se budou používat techniky pro sběr informací a následného rozboru dat. V této fázi se plánuje, jak získat potřebné odpovědi na předem určené výzkumné otázky, aby se ale zároveň získala nezkršená a kvalitní údaje. Další krokem je příprava na sběr informací. Projekt sbírání informací by měl mít záznam průběhu sbírání informací, na to navazuje již zmíněný sběr informací, kde se po sléze přepisují zjištěné informace do počítače. S vyzkoumanými informacemi se nadále pracuje, zpracovávají se a hledáme v nich propojení s předem připravenými výzkumnými otázkami. Záměrem celé případové studie je předat získané informace a poznatky a co nejlépe je ostatní. Přiblížit. Je třeba aby závěr případové studie byl podán co nejlépe, aby byl srozumitelný. Informace pro případovou studii mohou být získávány různými formami jako je rozmluva, zápis z pozorování nebo nahlížení do dokumentací. Hendl (2005, s. 112-113) uvádí, že se často stává, že jsou v případové studii použity všechny zmíněné druhy.

U kvalitativního rozhovoru je důležité uvážení dotazovaných otázek, stejně tak i jejich podání či pořadí. Je třeba dbát zvýšenou pozornost počátku a závěru rozhovoru, kdy v počátku je potřeba překonat potencionální psychickou překážku a také získat svolení pro záznam, závěr

rozhovoru může být ale také nesmírně důležitý, protože na konci rozhovoru nebo samotném loučení se můžeme dozvědět významné údaje (Hendl, 2005, s. 166-167).

Kvalitativní forma se nám zdála jako nejvhodnější formou výzkumu z důvodu výběru jednoho vzorku pozorovaného žáka. Vzhledem k tomu, že se praktická část orientuje na diabetes mellitus 1. typu, jsme oslovili vícero rodičů dětí s diabetem mellitus, kteří navštěvují první stupeň základní školy ve Středočeském kraji. Celkem jsme oslovili čtyři vzorky, ale pouze od jednoho výzkumného vzorku jsme získali souhlas.

Aby bylo potencionálně možné vytvořit charakteristiku pro objasnění dané situace či jevu, je potřeba z předem získaných zápisů, které vytvořily organizace či lidé, efektivně a uspořádaně prozkoumat všechny dostupné dokumenty. Jedná se například o interní protokoly o daném jedinci, různé záznamy ze zasedání, internetové články, ale i fotografie. V případě užití některých z těchto spisů je nezbytná určitá snaha o svolení pro využití (Stárek L. a kol., 2021, s. 112).

Výzkum dokumentace proběhl společně s konzultací se školní psycholožkou a výchovnou poradkyní formou prostudování dokumentů z pedagogicko-psychologických poraden, lékařských zařízení, třídních knih a třídních výkazů.

9.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výběr osoby pro výzkum je záměrný, dostupný výběr, jedná se o žáka s chronickým onemocněním ve Středočeském kraji, který navštěvuje první stupeň základní školy.

Jedná se o menší školu ve Středočeském kraji.

Výzkumné soubory práce jsou dva, jeden pro kazuistiku žáka s diabetem mellitus 1. typu a druhá pro polostrukturovaný rozhovor. Jedná se o osoby záměrné, dostupné, v případě kazuistiky jde o výběr žáka s chronickým onemocněním na prvním stupni základní školy ve Středočeském kraji. V případě rozhovoru se jedná o záměrný výběr, jde o třídní učitelku sledovaného žáka.

Průběh sběru dat probíhal při konzultaci se školní psycholožkou, díky ní jsme mohli nahlédnout do spisů dítěte. Dále jsme v průběhu předvýzkumu absolvovali konzultaci s výchovným poradcem. Společně s výchovným poradcem a školní psycholožkou jsme předvybrali žáky, kterým by se práce mohla následně věnovat a po bližší konzultaci s třídními učiteli žáků jsme došli k vybrání jednoho žáka vhodného pro výzkumné pozorování.

9.4 ETIKA VÝZKUMU

„Prakticky v rámci každého výzkumu je třeba řešit určité etické otázky.“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 43)

Je třeba, aby bylo zachováno soukromí všech účastníků výzkumu. V bádání, které je kvalitativní, mohou nastat situace, kdy se osoba zúčastněná výzkumu musí emočně projevit, je nezbytné aby osoba která provádí výzkum dala k takovému vysvětlení pocitů dostatečný ohled a prostor (Hendl, 2005, s. 155-156).

Etické principy nejsou přesným pokynem, který je potřeba nutně dodržovat, je ale potřeba zhodnotit všechny etické stránky výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 44).

V neposlední řadě je opravdu důležité pro kvalitní výzkum, aby osoba, která výzkum provádí, brala výzkum i celý proces vážně, precizně a aby byl výzkum zcela nestranný (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, online, cit. 2023-03-12).

K dané problematice jsme přistupovali s respektem, snažili se v celé práci o zachování anonymity a soukromí všech zúčastněných osob. Výzkum byl prováděn zcela vážně, byla snaha věnovat dostatečný prostor při rozhovoru, pokud nějaké otázka byla nejasná, snažili jsme se ji blíže přiblížit.

10 VLASTNÍ ŠETŘENÍ

10.1 KAZUISTIKA

Dnes již desetiletá slečna, které byl v devíti letech diagnostikován diabetes mellitus 1. typu.

Dívka se narodila předčasně v 34. týdnu těhotenství, matce byly před porodem podávány kortikoidy, aby se dítěti vyvinuly plíce. V době před porodem trpěla matka slabší žloutenkou. V rodině se vyskytují různé alergie a z obou stran rodičů problémy se štítnou žlázou.

Děvče mělo po porodu novorozeneckou žloutenku a novorozeneckou hypoglykémii.

Ve třech letech je slovní zásoba malá, řeč spíše patlavá, slova spíše nespojuje, občas začíná používat dvouslovná spojení. V kolektivu si hraje spíše se staršími dětmi, u hry vydrží pouze pokud ji zaujme. Celkově je dívka spíše živější, jemná motorika v normě. Kresba dítěte je hraniční, namaluje hlavu, ale hlavonožce zatím ne. Pokud ji činnost baví vydrží u ní, pokud ne reaguje afektem či nereaguje vůbec. Ve třech letech má dívka trvajících, ale zlepšujících se opoždění ve smyslu expresivní složky mluvy, její somatický vývoj je v normě, suspektní rozvoj rysů ADHD.

Dívka byla v 39 měsících vyšetřena v ambulanci psychologie, dle vyšetření se její psychomotorický vývoj postupně srovnává, řeč je ale stále lehce vývojově opožděná v obou složkách. Velký posun je znát ve vývoji jemné motorice, je zde akcelerace i v expresivní složce řeči. V chování jsou přítomny prvky motorické nestability a připravenost k negativistickým odezvám. Rodičům bylo doporučeno pokračovat v navštěvování logopeda a zařazení dítěte do předškolního zařízení.

V pěti letech byla dívce diagnostikována vývojová dysfázie. Chodí do mateřské školy, kde je ve třídě asistent pedagoga. Dochází na logopedii, kde spolupracuje bez problémů do té doby, dokud ji práce baví, po chvíli odbíhá a další spolupráci odmítá. Logopedka popisuje silný motorický neklid a nesoustředěnost dívky a spolupráci popisuje jako značně obtížnou. Dívka se ale stále zlepšuje, rozvoj řeči nadále pokračuje, i tak zůstává v pravidelné péči klinické logopedky. V pěti letech trpí dyslalií, ale již mluví ve větách. Byla diagnostikována vývojová dysfázie smíšená a porucha pozornosti s hyperaktivitou.

Dle doporučení z pedagogicko-psychologické poradny rodiče dospěli k rozhodnutí, že dívce odloží o rok nástup do základní školy. Dívka tedy nastoupila do první třídy základní školy o rok později. Ze školského poradenského zařízení dostala škola doporučení pro vzdělávání žákyně, protože z vyšetření bylo patrné, že dívka má vývojovou dysfázii, poruchu pozornosti a potřebu podpůrných opatření 3. stupně s podporou individuálního vzdělávacího

plánu a pro dobrou adaptaci ve škole doporučovalo školské poradenské pracoviště podporu asistenta pedagoga. Na začátku první třídy již rozumí mluvené řeči, ale stále dochází pravidelně k logopedovi. V kolektivu dětí se zapojuje velmi dobře a je mezi vrstevníky oblíbená. V mateřské škole se posunula ve všech oblastech i díky skvělé spolupráci mateřské školy a rodiny.

Přestup z mateřské školy do základního vzdělávání byl po ročním odkladu pro dívku celkem snadný, co se týče sžití se s režimem školy. Dívka je ve škole velmi spokojená, kamarády mezi spolužáky nevyhledává.

V průběhu první třídy dívka fungovala bez značných problémů, občas se stalo, že se nacházela ve svém světě, a tak bylo potřeba, aby se vrátila zpět do školních lavic. Ve třídě působí asistent pedagoga, a tak je vždy v případě nutnosti všem k dětem ochoten pomoci. Dívce již od prvopočátku šlo učení velice dobře a s pomocí asistenta pedagoga dosahovala výborných výsledků. Již v první třídě bylo poznat, že je dívka nadaná na jazyky, český jazyk i anglický jazyk jí jdou zcela bez jakýchkoliv větších problémů.

Rodiče si z počátku nebyli jisti, zda by dívka zvládla pobyt ve školní družině, proto se rodiče spolu s vychovatelkou domluvili, že si vyzkouší družinu jen na pár hodin. Již po prvním dnu bylo jasné, že se jí v družině moc líbí a že je moc šikovná, bavily ji všechny kreativní aktivity, proto se rodiče nakonec rozhodli, že dívka do družiny docházet bude. Kromě toho začala navštěvovat i kreativní kroužky jako je výtvarná výchova a keramika, což se ukázalo jako skvělé rozhodnutí, protože dívka je na tento směr neskutečně zručná.

Poté nastala online výuka, kde se dívka do výuky zapojovala dle svých možností a schopností. Po návratu do školy bylo potřeba se nevěnovat pouze výuce, ale věnovat čas i stmelení kolektivu ve třídě.

Na konci druhé třídy byla rodiči dívky zavolána rychlá záchranná pomoc, z důvodu několikadenní slabosti a následného kolapsu. Byla převezena do nemocnice, kde po vyšetřeních stanovili diagnózu diabetes mellitus 1. typu. Žákyně se již do konce školního roku ve škole neobjevila, nějakou dobu pobývala s rodiči v nemocnici, kde po srovnání hladiny cukru byli spolu s rodiči důkladně proškoleni o onemocnění diabetu, učili se zde jak aplikovat inzulin, jak se stravovat a vše ostatní co je nezbytné. Mezitím již byla alespoň částečně seznámena s diagnózou děvčete i třídní učitelka, která alespoň částečně po domluvě s rodiči přiblížila spolužákům onemocnění diabetu. Před začátkem školního roku se rodiče sešli spolu s třídní učitelkou, kde konzultovali zdravotní stav a vše co je potřeba vědět o daném onemocnění i včetně důležitých postupů či zákazů. V září dívka společně s třídní učitelkou seznámila třídu blíže s onemocněním a přiblížily dětem potřebné informace, ať už jde o nutnost měření

glykémie, případného aplikování inzulínu, tak i o nezbytnosti dodržovat dietní režim. Spolužáci informace ohledně onemocnění velmi zajímali, a tak byli dívce vždy k ruce, pokud potřebovala s něčím pomoci. Ze začátku bylo náročné složité vystoupit ze svého světa a uvědomila si, že je nemocná, bylo třeba aby ji učitelé, asistentka pedagoga či vychovatelka stále sledovali a připomínali jí, aby si změřila hladinu glykémie a v prvopočátku byla třídní učitelka i vychovatelka v častějším telefonickém kontaktu s rodiči dívky.

Do třetí třídy dívka nastupovala již bez jakýchkoliv podpůrných opatření.

Dívka si měří hladinu cukru v krvi za pomoci kontinuálního monitoru. Takže si nemusí pravidelně píchat do prstu ke zjištění glykémie, ale pouze stačí přiložit čtečku glukometru či mobilní telefon k ramenu a aplikace zaznamená hladinu cukru v krvi. Při použití čtečky na mobilu se automaticky ukáže naměřená hladina i v aplikaci, kterou mají dívky rodiče, což je výhodné, pro další možnou konzultaci během dne. Pro případ, že by náhodou kontinuální monitor nešel, což se občas stává, že v případě, kdy hladina glykémie rychle klesne či rychle stoupne systém vyhodí chybu a je třeba opakovat měření až za 10 minut, má dívka u sebe vždy klasický glukometr a může si hladinu cukru v krvi zjistit za pomoci píchnutí do prstu.



Obrázek 2 - selfmonitoring glykémie pomocí čtečky



Obrázek 3 - měření glykémie pomocí glukometru



Obrázek 4 - měření glykémie pomocí mobilní aplikace

Ve škole se dívka stravuje tak, že má box s dopolední svačinou a box s odpolední svačinou. Dopolední svačinu má pravidelně o velké přestávce, a to kolem půl desáté dopoledne, odpolední svačinu si dívka dává vždy ve školní družině, ale tam se čas mění a to i podle času, kdy obědvá či podle hladiny naměřené glykémie, pokud je glykémie vysoká, čeká se určitou chvíli jestli glykémie trochu nespadne, pokud ne, kontaktuje vychovatelka společně s dítětem rodiče dítěte a konzultuje s nimi stav dívky a případné připíchnutí inzulínu. Oběd má dívka někdy ze školní jídelny, občas má část oběda školní a část z domova nebo si nosí oběd z domova. Vždy nosí dívka z domova papírek od rodičů, kolik si má píchnout inzulínu před obědem a v případě, že má oběd ze školní jídelny, je na papírku napsáno, kolik a čeho se má dívce nandat na oběd a kolik jednotek inzulínu si má perem aplikovat.

<p>8.3. HOU - NA MAJORÁNCE</p> <p>3 KUEDLÍKY - 90g (= 3 JEDNOTEK)</p> <p>INZULÍN - 7 JEDNOTEK</p>	<p>OBĚD: ^{12g} 12g/100g</p> <p>Z PŘED - DRAMBORA SE SMETAKOU</p> <p>300g - 5VJ = INZULÍN 9J</p> <p>250g - 4,2VJ = INZULÍN 7,5J</p> <p>200g - 3,5VJ = INZULÍN 6J</p>
<p>75g houskový kuedlík masa omáčka</p> <p>píchnu si 11 jednotek</p>	<p>OBĚD Z DOMOVA</p> <p>píchnu si 11 jednotek</p> <p>sekana' s buambora</p>

Obrázek 5 - ukázka papírků na oběd



Obrázek 6 - pouzdro s inzulínovým perem



Obrázek 7 - inzulínové pero

Aktuálně je dívka 10 let a chodí do čtvrtého ročníku základní školy. Ve třídě funguje dívka dobře, výuku zvládá skoro bez obtíží, jen se musí v průběhu vyučovacích hodin hlídat hladinu glykémie, což ve většině případů je chvilková záležitost, kdy si čtečku přiloží k ramenu a pokud je vše v pořádku, pokračuje ve výuce.

Navštěvuje pravidelně i školní družinu, kde se účastní veškerých aktivit, které školní družina nabízí. V průběhu odpoledne se musí pravidelně měřit hladinu glykémie v krvi a hlásit číslo vychovatelce. Jsou dny, kdy dívka hladina cukru v krvi hodně kolísá a tehdy se musí konzultovat stav dívky s rodiči. Vychovatelka je tedy v pravidelném spojení s otcem dívky a konzultuje s ním potřebné postupy, například když je potřeba připíchnout inzulín, když je vysoká glykémie. Vychovatelky také musí dohlížet na to, aby si dívka vzala vždy všechny potřebné věci, jde-li například třída družiny na vycházku. Je důležité, aby měla dívka vždy u sebe čtečku na zjištění glykémie, a případné rychlé cukry pro případ, že by měla nízké cukry a bylo by potřeba předejít hypoglykémii.

10.2 Rozhovor se třídní učitelkou

Rozhovor jsme realizovali s třídní učitelkou pozorované dívky.

- 1) Měla jste obavy, když jste zjistila, že budete mít ve třídě dítě s chronickým onemocněním?

„Obavy jsem měla, protože jsem věděla co mě zhruba čeká. Vzhledem k vlastní zkušenosti jsem věděla, co mě čeká a věděla jsem, že bude potřeba dívku neustále hlídat, zároveň jsem věděla, že mě čeká velká spolupráce s rodinou a řešení různých problémů týkajících se onemocnění.“

- 2) Cítíte rozdíl v některých předmětech mezi žákem zdravým a žákem s chronickým onemocněním?

„V základních předmětech rozdíl většinou necítím, rozdíl pociťuji například v tělesné výchově nebo při vycházkách. V předmětech jako takových se rozdíl začne projevovat až tehdy, pokud má dítě velký výkyv glykémie, to ho znepokojí a začne vyrušovat, je tedy pak potřeba celou výuku zastavit a celou situaci začít řešit. Někdy tato situace nastane třeba během jednoho týdne 8 krát jindy skoro vůbec, vše závisí na různých okolnostech, na tom jak přijde dívka ráno naladěná z domova, či je nachlazená, pokud prožívá nějaký stres například z budoucího zkoušení, každý den je úplně jiný.“

- 3) Myslíte si, že chronické onemocnění má nějaký vliv na vzdělávání žáka?

„Dle mě ne, pokud ten člověk zvládá své onemocnění, tak s ním může dělat úplně všechno, je potřeba, aby se nemoc hlídala.“

- 4) Je podle Vás práce s žákem s chronickým onemocněním náročnější než práce se zdravým žákem?

„Náročnější to určitě je, práce se zdravotně znevýhodněným dítětem se musí věnovat více pozornosti. Je důležité vždy mít podvědomí o tom, jak na tom dítě je a pravidelně sledovat jeho zdravotní stav.“

- 5) Je pro Vás obtížnější příprava na výuku či nějaká organizace výletu či mimoškolní akce, když víte, že se ve Vaší třídě nachází dítě s chronickým onemocněním?

„V přípravě na výuku není potřeba větších příprav. V případě, že se plánuje nějaký výlet či organizace několikadenní mimoškolní akce, je příprava a plánování o mnoho složitější. Když se jde na výlet je potřeba přemýšlet nad tím, zda to dívka zvládne, konzultovat plánovanou akci s rodiči zda výlet zvládne bez problémů, dále je třeba dohlédnout na to, zda má dívka v den výletu všechny potřebné věci jako jsou rychlé cukry, svačimu, inzulin a měřič. Pokud se jedná o výjezd jako je například lyžařský výcvik či škola v přírodě je celé plánování o mnoho náročnější. Konzultuje se s rodiči celá plánovaná akce a je jim nabídnuto, že s dívkou mohou jet oba či jeden z rodičů, tak tomu bylo v případě prvního lyžáku kdy s dívkou absolvoval celý kurz jeden s rodičů a plně se věnoval dívce a upravoval režim podle toho jak je dívka unavená či hladiny cukru v krvi, v druhém případě absolvovala dívka lyžařský pobyt o rok později bez rodičů a měla ji na starosti třídní učitelka. Bylo to velice náročné, opravdu velmi, protože péče o dívku vyžadovala péči 24 hodin denně, i v noci. Během pobytu zjistili, že dítě nemá upevněné potřebné návyky, bylo tedy nutné ji neustále kontrolovat, zda jí, či si píchla, nebo jestli se změnila, protože nastal situace, že dívka nesnědla svačimu ani po půl hodině. Celá lyžařská skupina byla ovlivněna tím, že si dívka potřebovala odpočinout, že byla unavená. Po lyžáku jsme si sjednali schůzku s rodiči dívky, kde jsme stanovili jasná pravidla pro další budoucí mimoškolní více denní akce, že je třeba, aby s dívkou absolvoval akci alespoň jeden z rodičů, či s dítětem jel někdo, kdo se mu bude věnovat 24 hodin a bude hlídat její zdravotní stav.,,

- 6) Je něco, co Vás při práci s dítětem s chronickým onemocněním překvapilo?

„Vzhledem k tomu, že mám již s onemocněním vlastní zkušenost, tak mě snad překvapilo jen to, že rodiče neberou diabetes vážně a přistupují k němu s jistým nadhledem i přesto, že se jedná o závažné onemocnění. Stává se totiž někdy, že dítě u sebe nemá potřebné věci jako jsou například proužky na měření, nebo to, že u sebe škola nemá k dispozici hypokit.“

- 7) Jste v častějším kontaktu s rodiči nemocného žáka, než s ostatními rodiči?

„Ano kontakt je častější, obzvláště před mimoškolními akcemi.“

- 8) Máte nějaké doporučení pro práci s žákem, který má zdravotní znevýhodnění?

„Je důležité být neustále ve střehu a dítě pozorovat. Určitě je dobré se zúčastnit i nějakého školení na danou problematiku.“

9) Cítíte větší zodpovědnost, když víte, že se ve Vaší třídě nachází dítě s chronickým onemocněním?

„Určitě, zodpovědnost je mnohonásobně větší.“

10) Jak přijal kolektiv chronické onemocnění žáka ve Vaší třídě?

„Spolužáci přijali onemocnění skvěle, byli ihned seznámeni se všemi okolnostmi, které se týkají nemoci a sami se aktivně zapojují při kontrole spolužačky, ať už se jedná o příznaky hypoglykémie či asistence u aplikace inzulínu či hlídání toho, aby se dívka změřila. Pro děti samotné to může být velkým přínosem do života, jedná se o cennou zkušenost a zároveň budování jisté empatie vůči ostatním.“

10.3 SHRNU TÍ

V kazuistice jsme sledovali dívku, která se narodila již ve 34. týdnu těhotenství. Řeč dívky se vyvíjela pomalu, proto od útlého věku byla v péči logopeda. V pěti letech byla holčičce diagnostikována vývojová dysfázie a porucha pozornosti s hyperaktivitou. Pedagogicko-psychologická poradna rodičům doporučila odložení nástupu do základního vzdělávání. O rok později nastoupila dívka do školy již s doporučením pro edukaci od školského poradenského zařízení, kde bylo napsáno, že dívka potřebuje podpurné opatření 3. stupně s podporou individuálního vzdělávacího plánu a doporučením na podporu asistenta pedagoga. První třídou prošla díky dobré spolupráci žáka, rodičů, třídní učitelky a asistentky pedagoga bez značných problémů. Dívka se občas nachází ve svém světě, a tak je potřeba i dnes ji občas dostat do reality. S podporou asistenta pedagoga dívka dosahovala výborných výsledků, a i dle slov učitelky je velmi talentovaná na jazyky. Při online výuce pracovala dívka dle svých možností a schopností, po návratu do školy se třídní učitelka zaměřovala především na obnovení mezilidských vztahů ve třídě. Ke konci druhé třídy dívka rodičům zkolabovala a bylo nutné volat záchrannou službu, po převozu do nemocnice bylo zjištěno, že dívka trpí chronickým onemocněním, konkrétně cukrovkou 1. typu. Dívka se do konce školního roku ve škole již neukázala, byla v nemocnici, kde spolu s rodiči dostávali cenné informace ohledně onemocnění. Během absence dívky se od jejich rodičů třídní učitelka dozvěděla dívčinu diagnózu. A vzhledem k osobní zkušenosti měla tušení, jak náročná práce před ní čeká. Brzy s celou situací seznámila spolužáky dívky, aby měli všechny potřebné informace o onemocnění, což během našeho rozhovoru paní učitelka hodnotila jako správné rozhodnutí, protože dnes

jsou děti velcí pomocníci při sledování zdravotního stavu dívky. Velice kladně ohodnotila to, jak se u dětí zvedlo jejich empatické a vlídné chování. Všichni pedagogové byli proškoleni a než dívka nastoupila, měli většinu alespoň teoretických znalostí o onemocnění. Komunikace s rodiči dívky se po nástupu zvýšila a ze začátku byla nutnost častější konzultace jak u učitelů, tak i u vychovatelky. Dívka totiž již od první třídy navštěvuje pravidelně školní družinu, kde se účastní mimoškolních kreativních kroužků. Dívka někdy obědvá jídlo ze školní jídelny, někdy si nosí své, vždy má ale od rodičů napsaný papírek s informací, kolik se má jídla nandat, nebo kolik inzulínu si má aplikovat. Je potřeba i dle slov třídní učitelky dívku neustále hlídat, ať třeba i jen to, aby si změřila hladinu cukru v krvi, nebo zda si píchá správné množství inzulínu. Je důležité myslet na to, že když se jde s dětmi na vycházku musí mít dívka u sebe vždy potřebné věci po své onemocnění. To, že je ve třídě dítě s chronickým onemocněním, není dle slov třídní učitelky náročnější v přípravě na běžnou hodinu. Větší přípravu vyžaduje ale nějaká akce, ať už se jedná o výlet či několikadenní výjezd. V případě několikadenního výjezdu je velmi nutná důkladná konzultace s rodiči dítěte. Nyní je dívka již 10 let navštěvuje čtvrtý ročník základní školy. Výuku zvládá bez obtíží a pokud nemá zrovna výkyvy v glykémii, průběh vyučování nenaruší skoro vůbec, jen je jednou za čas musí přeměřit, aby se zjistil stav glykémie, což ve většině případů je chvilková záležitost, kdy si čtečku přiloží k ramenu a pokud je vše v pořádku pokračuje ve výuce.

10.4 VYHODNOCENÍ CÍLE VÝZKUMU A VYHODNOCENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ

Cílem výzkumu bakalářské práce bylo zjistit a po následně podat popis edukačního procesu žáka. Dle rozhovoru s třídní učitelkou sledovaného žáka a během pozorování žáka s chronickým onemocněním, konkrétně diabetem mellitus 1. typu, jsme došli k závěru, že edukační proces je z velké míře stejný jako u dětí bez zdravotních komplikací, pouze se musí brát zřetel na lékařská doporučení v případě některých mezení ve výuce, nejčastěji tělesné výchově. Velký vliv na edukaci můžou mít určité zdravotní komplikace, které souvisí se zdravotním stavem žáka a případné hospitalizace, kdy žák není ve škole. Jinak dle našich zjištění mohou žáci s chronickým onemocněním dosahovat stejných výsledků jako jejich vrstevníci.

Dílčím cílem výzkumu číslo 1 bylo zjistit, zda a do jaké míry ovlivňuje chronické onemocnění vzdělávání žáka na prvním stupni základní školy. Dle provedeného výzkumu jsme zjistili, že chronické onemocnění ovlivňuje vzdělávání žáka, ale vždy jen dle aktuálního

zdravotního stavu. Pokud je onemocnění drženo v hranicích normy a dodržují se všechna důležitá pravidla, která dané onemocnění vyžaduje, pak je vliv nemoci na vzdělávání jedince zcela minimální. Pokud je ale nějaký závažný problém, jako je například u diabetika prudký výkyv glykémie, ovlivní to nejen vzdělávání žáka, ale do jisté míry i jeho bezprostřední okolí. Poněvadž pokud je nezbytné řešit nízký stav glykémie v době výuky, je třeba výuku zastavit a věnovat pozornost dítěti s diabetem, poté, co se glykémie dostane do bezpečné hranice může, výuka pokračovat. Jak jsme i v teoretické části práce, tak i v praktické části zjistili, onemocnění může ovlivňovat mnoho faktorů, například i stres. Proto i v případě velkého stresového vypětí se může zdravotní stav žáka zhoršit. Je proto nutné věnovat pozornost i sebemenším příznakům změny zdravotního stavu. Protože v případě řešení již drobných zdravotních obtíží se nemusí rozjet větší zdravotní potíže. Druhým dílčím cílem práce bylo zjistit, jak reagovali a přijali nemoc žáka jeho spolužáci. Ve sledovaném případě jsem si potvrdila skutečnost, že je třída velice empatická, vůči spolužačce ohleduplná, vrstevníci dívky se alespoň částečně snaží mít přehled o jejím aktuálním zdravotním stavu, spolužáci dívky připomínali, aby si zkontrolovala glykémii a dělají jí společnost při aplikaci inzulínu. To jsme si potvrdili i při rozhovoru s třídní učitelkou sledovaného dítěte. Potvrdila nám, že si myslí, že se u jejích žáků zvedla po zjištění onemocnění spolužačky míra empatie vůči svému okolí. To vidí pedagožka i jako velký přínos do budoucnosti dětí. Posledním cílem zkoumání bylo zjistit, jestli, a případně do jaké míry, ovlivňuje nemoc studenta práci pedagoga. V případě pedagoga, který do třídy dochází na výuku, je nutné, aby při přípravě na svou hodinu bral v potaz, že je ve třídě dítě s chronickým onemocněním a hodinu uzpůsobil všem studentům. Nejčastěji se nějaká omezení dítěte vyskytují v tělesné výchově, a tak je vhodné, aby pedagog měl dostatek informací o zdravotních omezeních žáka. Z pozice třídního učitele jsme během rozhovoru zjistili, že po výskytu chronického onemocnění u jednoho z dětí vzrostl u pedagoga čas, který věnuje komunikaci s rodiči dotyčného dítěte. Při přípravě běžných hodin neviděla třídní učitelka velké rozdíly. Avšak největší vliv na práci má onemocnění dítěte v případě plánování nějaké školní akce a ještě větší v případě plánování a realizace mimoškolního výletu či několikadenního výjezdu. Pak je nutné při plánování a organizaci akce konzultace s rodiči nemocného žáka a upravení režimu, aby výlet dítě zvládlo. Následný výjezd třídy vyžaduje také nezbytnou péči, kdy je potřeba, aby pedagog věnoval velkou pozornost případným signálům zhoršujícího se zdravotního stavu dítěte a vyhnul se všemu, co dané onemocnění vyžaduje.

10.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k tomu, že ve společnosti stále počet nemocných osob narůstá, je nezbytné, aby široká veřejnost nezavírala před onemocněním ostatních osob oči. Je dobré, aby široká veřejnost měla alespoň částečné povědomí o chronických onemocněních a co v případě nutnosti dělat. Je určitě vhodné podotknout, že se chronické onemocnění netýká jen starých osob, ale chronickým onemocněním mohou trpět osoby napříč generacemi. Je tedy vhodné, aby lidé byli proškolení a aby se zajímali, jak pomoci ostatním například školením první pomoci.

Doporučením pro rodiče by mělo být to, aby nebrali onemocnění svého dítěte na lehkou váhu. Je důležité si uvědomit, že máme nemocné dítě a s touto informací pracovat. Ne ale v tom slova smyslu, že budeme za dítě dělat vše my, ale v tom smyslu, že povedeme dítě k tomu, aby svou nemoc bralo vážně, ale zároveň se jí nebálo. Je potřeba dítěti ukázat, že pokud se budou dodržovat určitá pravidla, která nemoc vyžaduje, může dělat většinu aktivit jako jeho vrstevníci. Při komunikaci se školou je nezbytné, aby rodič byl ke škole otevřený a nezatajoval žádné informace. Vždy je nesmírně důležité a v případě, že máme dítě nemocné, aby byl rodič otevřený vzájemné spolupráci s pedagogem dítěte, protože při kooperaci lze dojít do stádia, kdy bude i pro dítě se zdravotním znevýhodněním běžný režim ve škole zcela bez problémový.

V doporučeních pro školy bychom zdůraznili hlavně to, že by školy měly být alespoň z části připravené na možnost, že do jejich instituce nastoupí dítě s onemocněním. Personál školy by měl být pravidelně proškolen, i za předpokladu, že není ve škole žádné nemocné dítě. Průběžná školení by mohla vést k tomu, že v případě, že by se u nějakého žáka vyskytlo chronické onemocnění, by měl pedagog mít alespoň částečné povědomí, jak k práci s takovým dítětem přistupovat. V případě, že se ve třídě již vyskytuje dítě s chronickou chorobou, je potřeba, aby byl učitel otevřen vzájemné kooperaci s rodiči, ale i s žákem samotným. Je třeba, aby měl učitel dostatek informací o onemocnění, o tom jak se u žáka projevuje, o tom, jaká jsou případná omezení a co vše může učitel dělat pro to, aby to studentovi ulehčilo pobyt ve škole. Jak již v rozhovoru zmiňovala třídní učitelka sledovaného žáka, je potřeba, aby v případě, že se ve třídě nachází žák s jakýmkoliv onemocněním, se měl učitel stále více na pozoru a sledoval průběžný stav a případné příznaky zhoršení žáka. V případě, že má pedagog ve třídě dítě s chronickým onemocněním je podstatné, aby společně s žákem přiblížil onemocnění spolužákům dítěte. Je nezbytné, aby škola pracovala na resilienci svých pedagogů, aby si více věřili a nebáli se práce s chronicky nemocnými dětmi. Vzhledem k tomu, že chronicky

nemocných v populaci narůstá, a je tomu tak u i dětské populace nesmíme opomíjet ani to, že by měli učitelé dětem pomoci nalézt sebehodnotu a sebelásku.

Doporučením pro spolužáky dítěte s chronickým onemocněním by bylo, že je důležité, aby pomohli učitelé ve sledování projevů svého nemocného spolužáka a v případě, že by se jim spolužák zdál jiný než obvykle, je třeba upozornit na to nějakou dospělou osobu, tímto mohou svému spolužákovi nesmírně pomoci.

Jako velice důležitou a nesmírně potřebnou hodnotíme mezioborovou spolupráci.

ZÁVĚR

Teoretická část práce pojednávala o chronických onemocněních a snažila se blíže přiblížit vybrané chronické onemocnění, projevy nemoci, případné omezení, možnou první pomoc v případě potřeby či vliv na edukaci a informace vhodné při edukaci takto zdravotně znevýhodněného žáka. Část praktické práce se věnuje i rodině, ve které se nachází dítě s chronickým onemocněním, ale také i pedagogovi, který má ve své třídě chronicky nemocného žáka. Na to navazuje prostor, který byl věnován také komunikaci rodičů a učitele. V praktické části jsme si totiž potvrdili myšlenku, že komunikace s rodiči chronicky nemocného žáka je výrazně častější než u žáka, který nemá žádné zdravotní obtíže.

Praktická část analyzovala edukační proces žáka s cukrovkou 1. typu. Byla zvolena kvalitativní forma výzkumu, konkrétně analýza dokumentů, polostrukturovaný rozhovor s třídní učitelkou chronicky nemocného žáka a pozorování žáka s chronickým onemocněním.

Během rozhovoru jsme se dozvěděli, že je zodpovědnost nad zdravotně znevýhodněným žákem mnohonásobně větší, a že například organizace výletů či nějakých delší akce je o mnoho náročnější.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda chronické onemocnění má vliv na vzdělávání žáků na prvním stupni, což jsme si potvrdili v literatuře, přímým pozorováním a následným polostrukturovaným rozhovorem se třídní učitelkou, která má ve třídě žáka s chronickým onemocněním. Zjistili jsme, že pokud je nemoc korigována a držena v určité mezi, může osoba s chronickým onemocněním vést kvalitní život skoro bez velkých omezení.

Edukační proces dětí s chronickým onemocněním je závažná situace, je potřeba, aby se škola a stejně tak učitelé připravili na možnost, že se ve škole bude nacházet dítě s chronickým onemocněním. Vzrůstající tendence chronických onemocnění by měly školy reflektovat. Mělo by být normální a běžné, aby se dítě s chronickým onemocněním mohlo vzdělávat v běžné škole. Je třeba, aby se děti s onemocněním cítily ve škole komfortně a aby jim nebylo neustále předhazováno jejich onemocnění a mohly se vzdělávat stejně jako jejich vrstevníci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BARTOŇOVÁ M., M. VÍTKOVÁ ET AL., 2008. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami II*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-170-6.

BARTOŇOVÁ M. a I. BYTEŠNÍKOVÁ, 2012. *Předškolní vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6044-9.

BUSINCO L., G. BRUNA a M. FERRARA, 2007. *Jak pečovat o dítě s ekzémem*. Praha: Institut UCB pro alergie. ISBN 978-80-254-1108-7.

BOŽENSKÝ J. ed., 2022. *Obezita u dětí v roce 2022 a co bude dál?*. Olomouc: Solen, Medical education. ISBN 978-80-7471-404-7.

ČAPEK R., M. LAUERMANN, I. PŘÍKAZSKÁ, M. VOSMIK a J. VYHNÁLEK, 2017. *Jak budovat dobrý vztah s rodiči žáků*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-295-0.

DAŘOVÁ K. a MAJEROVÁ S., Věda na pomoc v praxi: Žák s epilepsií v tělesné výchově, *Tělesná výchova a sport mládeže: odborný časopis pro učitele, trenéry a cvičitele*. 2016, roč. 82, č. 6, ISSN 1210-7689.

GAVORA P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-0.

HÁJKOVÁ V., 2008. *Podpora speciálních vzdělávacích potřeb žáků se zdravotním znevýhodněním*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-344-3.

HAVEL J., H. FIALOVÁ et al., 2010. *Inkluzivní vzdělávání v primární škole*. Brno: Paido. ISBN 978-80-210-5332-8.

HENDL J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HRONOVÁ M., Jaká jsou úskalí zařazování dětí trpících epilepsií do běžné základní školy?. *Učitelské noviny: týdeník pro učitele a přátele školy*. 1993, roč. 96, č. 36., ISSN 0139-5718.

CHLÁDKOVÁ J., Současný pohled na diagnostiku a léčbu astmatu u dětí. *Česko–slovenská pediatrie: časopis České a Slovenské pediatrické společnosti*. 2018, roč. 73, č. 3 ISSN 124-129 0069-2328.

JANÁČKOVÁ L., Ž. MACEJOVÁ, M. ŠIMALJAOVÁ a L. KUŽELA, 2019. *Chronická onemocnění léčba změni*. Praha: Mladá fronta, Medical services. ISBN 978-80-204-5491-1.

KELNER P., 2006. *Vnitřní lékařství*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7262-431-8.

KOTULÁN J. a kol., 2012. *Zdravotní nauka pro pedagogy*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5763-0.

KŘIVÁKOVÁ M. a Z. ČÍKOVÁ, 2016. *Pečovatelství: péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-263-3.

LEBL J., Š. PRŮHOVÁ a Z. ŠUMNÍK, 2018. *Abeceda diabetu*. 5. rozšíření a přepracované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-582-8.

LECHTA V. ed. 2016. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1123-5.

LIGURSKÁ J., 2020. *Atopický ekzém a potravinové alergie očima mámy*. Praha: Pointa. ISBN 978-80-7650-042-6.

MATĚJČEK Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přec. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-92-7.

MICHALÍK J., 2013. *Rodiče a dítě se zdravotním postižením (nejen) na základní škole: speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se vzácnými onemocněními*. Čáslav: Studio Press pro společnost MPS. ISBN 978-80-86532-29-5.

NEUMANN D., 2017. *Péče o dítě s diabetem krok za krokem*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4293-2.

NEUMANN D., 2013. *Dítě s diabetem v kolektivu dětí: glosy pro učitele, vychovatele a trenéry*. Praha: Mladá fronta, Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2935-3.

PERUŠICOVÁ J. ed., 2008. *Diabetes mellitus 1. typu*. 2. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-62-7.

PLEVOVÁ M., 2007. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4372-5.

POHNĚTALOVÁ Y., 2015. *Vztahy školy a rodiny: případové studie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-626-1.

RICHTEROVÁ J., J. RICHTER a L. KUBRICHTOVÁ, 2010. *7A – 7x o alergii a astmatu pro školu: příručka pro učitele mateřských, základních a středních škol*. vyd. 4. Třebíč: Prchalová D. ISBN 978-80-254-7057-2.

ŘÁDA, J., Epileptické děti. *Komenský: časopis pro učitele základní školy*. 1995/96, roč. 120, č. 9., ISSN 0323-0449.

STÁREK, L. a kol., 2021, *Speciálně pedagogická praxe jako významný komponent pregraduální přípravy studentů – student – praxe – profese*, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, ISBN 978-80-7452-208-6. Dostupné z: <http://vydavatelstvi.ujak.cz/wp-content/uploads/2021/11/Spec-ped-praxe-2021.pdf>

ŠVARŤÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TEPLÁ, M., *Výchova a vzdělávání dětí s lékařskou diagnózou epilepsie. Mentální retardace: informace Sdružení pro pomoc mentálně postižených*. 1999, č. 37.

TOMALOVÁ, P., J. MAŠTALÍŘ, P. DUPALOVÁ a kol., 2017. *Co je dobré vědět? ... při péči o nemocné dítě...specifika domácí péče z pohledu odborníků a osob pečujících o dítě dlouhodobě nemocné a těžce zdravotně postižené*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5145-9.

VÁGNEROVÁ, M., Z. HADJ-MOUSSOVÁ a S. ŠTECH, 2004. *Psychologie Handicapu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.

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

VALIŠOVÁ A., H. KASÍKOVÁ eds., 2011. *Pedagogika pro učitele*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3357-9.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

FÁBRYOVÁ, L., P. HOLÉCZY a kol., 2019. *Diabezita: diabetes a obezita – nerozlučné dvojčky*. Brno: Facta Mediva. ISBN 978-80-88056-09-6.

HARČARÍKOVÁ, T., J. LOPÚCHOVÁ, L. MIKURČÍKOVÁ a ed., 2021. *Špeciálna pedagogika a reflexia inkluzívnych vzdelávacích trendov*. Brno: MSD Brno. ISBN 978-80-7392-371-6.

Seznam použitých internetových zdrojů

CUKROVKA.CZ. *Glukagon* [online]. [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.cukrovka.cz/glukagon>

Český statistický úřad. *Léčení diabetici v roce 2021 podle pohlaví a věku (stav k 31. 12.)* [online]. © 2022 [cit. 2023-02-21] <https://www.czso.cz/csu/czso/25-zdravotnictvi-29pwmhdbov>

KUDR, M. in: Šance dětem. *Epileptické záchvaty a epilepsie u dětí* [online]. © 2016, akt. 2023 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/epilepticke-zachvaty-epilepsie-u-deti#top>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Etický rámec výzkumu* [online]. © 2015 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vyzkum-a-vyvoj/eticky-ramec-vyzkumu-1>

MRZENA, B. in Šance dětem. *Onemocnění dýchacích cest u dětí* [online]. © 2014, akt. 2022 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/onemocneni-dychacich-cest-u-deti>

Národní zdravotnický informační portál. *Chronické onemocnění* [online]. [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/160>

World Health Organization. *Noncommunicable diseases* [online]. © 2022 [cit. 2023-02-18]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

SEZNAM ZKRATEK

WHO – World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Hypokit.....	28
Obrázek 2 - selfmonitoring glykémie pomocí čtečky	41
Obrázek 3 - měření glykémie pomocí glukometru	42
Obrázek 4 - měření glykémie pomocí mobilní aplikace.....	42
Obrázek 5 - ukázka papírků na oběd	43
Obrázek 6 - pouzdro s inzulínovým perem	44
Obrázek 7 - inzulínové pero	44

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Aneta Moravcová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinované

Název práce: Vliv chronického onemocnění na vzdělávání žáků prvního stupně na základních školách ve Středočeském kraji

Rok: 2023

Počet stran textu bez příloh: 45

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 36

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Stárek Ph.D., MBA, DBA