



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Chronicky nemocné dítě na základní škole

Vypracovala: Pavla Haršániová

Vedoucí práce: PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Datum

Děkuji PaedDr. Heleně Havlisové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její věcné a praktické připomínky, její vstřícnost a ochotu při konzultacích, za její čas, který mi na konzultace laskavě věnovala. Dále děkuji ředitelům základních škol, za svolení provést na jejich školách výzkum a třídním učitelům prvního stupně těchto škol za jejich ochotu a čas, který strávili vyplněním mého dotazníku.

ANOTACE

V této bakalářské práci je popsána a rozebrána problematika chronicky nemocných dětí v mladším školním věku v období jejich docházky na základní školu. Nejprve jsou zmíněny historické aspekty a historický vývoj péče o osoby a zejména děti se zdravotním znevýhodněním se zaměřením se na chronická onemocnění. Vyzdvižen je význam některých osobností, které přispěly k rozvoji péče o chronicky nemocné a k začlenění těchto dětí do běžného procesu vzdělávání či se zasloužily o vznik specializovaných zařízení pro chronicky nemocné. V práci je zmíněn také přístup společnosti a odborníků k dětem chronickým onemocněním a instituce, které pečují o chronicky nemocné děti. Jsou zde také popsány charakteristiky, etiologie, diagnostika, rizika a krizové situace, terapie a léčba a prevence u chronických onemocnění, později zmíněných v praktické výzkumné části práce. Zmíněny pak jsou zejména výstupy dopadu chronických onemocnění na běžnou školskou a vzdělávací praxi, docházku dětí do školy a výuku, spolupráce školy a rodičů. Specifikována jsou možná omezení u jednotlivých onemocnění. Poslední z teoretické části jsou úvahy a zamyšlení se nad vlivem chronických onemocnění na běžnou školní docházku a výuku ve škole. V praktické části jsou zodpovězeny výzkumné otázky základě výzkumu, provedeného dotazníkovou formou, je zde i zamyšlení se nad možnými řešeními v běžné pedagogické praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Chronické onemocnění, dítě, žák, školní docházka, diabetes mellitus, celiakie, alergie, omezení, zdravotní omezení

ABSTRACT

This bachelor thesis describes and analyses the issues of chronically ill children of younger school age in the period of their basic school years. This thesis first mentions the historical aspects and the historical development of the care for the people and mainly children with the health disadvantage focused on the chronic diseases, some personalities, who contributed to the development of the care for chronically ill, and additionally had impact on the foundation of the specialized institutions for chronically ill people. This thesis also mentions the social attitude and the of the experts toward children with chronic disease and institutions which care of chronically ill children. Furthermore this thesis also describes the characteristics, etiology, diagnostics, risks and crisis situations, therapy and treatment and prevention of those chronic diseases, further elaborated in the practical research part of the thesis. The last of the theoretical are the reasonings, hypothesis and reflections about the influence and inputs of chronic diseases on current basic school attendance and teaching at the basic school are further, based on the through questionnaires performed research in the practical part of the thesis, either confirmed or disproved, there is also a reflection about possible solutions in the pedagogical practice.

KEYWORDS

Chronical disease, child, pupil, school attendance, diabetes mellitus, coeliac disease, allergy, limitation, health disadvantage

Obsah

ÚVOD:.....	7
1. POJEM “CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ”- HISTORIE, VYMEZENÍ POJMU, SPECIFIKACE, MOŽNÁ OMEZENÍ VYPLÝVAJÍCÍ Z CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	9
1.1. HISTORICKÝ VÝVOJ VNÍMÁNÍ CHRONICKY NEMOCNÝCH SPOLEČNOSTÍ A PŘÍSTUPU K LÉČENÍ CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	9
1.2. PRVNÍ POKUSY O ZAMEZENÍ SEPARACE CHRONICKY NEMOCNÝCH DĚTÍ VE ŠKOLÁCH.....	10
1.3. VYMEZENÍ POJMU CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ, CHARAKTERISTIKA CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ, MOŽNÁ OMEZENÍ.....	12
2. CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ – ROZDĚLENÍ, TYPY, ETIOLOGIE, DIAGNOSTIKA	17
2.1. ALERGIE.....	17
2.2. DIABETES MELLITUS (CUKROVKA).....	21
2.3. CELIAKIE (CELIAKÁLNÍ SPRUE / GLUTENOVÁ ENTEROPATIE).....	26
2.4. ASTMA.....	28
2.5. EKZÉM.....	30
3. DŮSLEDKY CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ V BĚŽNÉ ŠKOLSKÉ PRAXI	32
3.1. CHRONICKY NEMOCNÉ DÍTĚ A ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ	32
4. CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ A Z NICH VYPLÝVAJÍCÍ DOPADY A OMEZENÍ PRO BĚŽNOU VÝUKU A REŽIM VE ŠKOLSKÉ PRAXI	35
4.1. DŮSLEDKY CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ NA DOCHÁZKU DÍTĚTE DO BĚŽNÉ ŠKOLY	35
5. CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:	39
6. VÝZKUMNÉ OTÁZKY:.....	39
7. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	40
SHRNUTÍ.....	59
ZÁVĚR	62
BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY:	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	66

ÚVOD:

Ve své bakalářské práci bych chtěla na základě studia odborné a tematicky zaměřené literatury a poté i zpracováním průzkumu na základních školách popsat problematiku dětských chronických onemocnění. Chtěla bych specifikovat jejich diagnostiku, rizika, omezení, která vznikají v životě dětí trpících některým z chronických onemocnění, a na skutečných případech ze školské praxe poukázat na přístup škol k chronicky nemocným dětem. Zaměřit bych se chtěla zejména na zmapování a zjištění flexibility škol v úpravě výuky, sportovních aktivit, školního stravování, možnosti individuálního režimu pro tyto děti.

V současné době je problematika integrace různými způsoby handicapovaných nebo znevýhodněných dětí do běžných škol často řešenou otázkou, i když většinou je více diskutována integrace tělesně a mentálně znevýhodněných dětí, ale rovněž dítě s některým typem chronického onemocnění může mít v režimu běžné školy obtíže. Problémem také může být fakt, že chronická onemocnění nejsou tak markantní, viditelná či omezující jak tělesný či mentální handicap, o přítomnosti dítěte s chronickým onemocněním ve třídním kolektivu mnohdy neví ani pedagog, pokud toto onemocnění vysloveně nevyžaduje konkrétní opatření - např. při stravování ve školní jídelně, v denním režimu dítěte či úlevám při tělesné výchově.

Toto téma jsem zvolila na základě mého vzdělání a praxe všeobecné diplomované zdravotní sestry (na interním a dětském oddělení nemocnice v Českých Budějovicích) a také zkušeností z 10 let výuky anglického a německého jazyka na středních a základních školách. Při vykonávání obou zaměstnání jsem se setkala s dětmi trpícími některým z chronických onemocnění, v každém prostředí se na chronická onemocnění dětí nahlíželo z aspektů daného specifického prostředí. Již v té době jsem se začala zamýšlet nad problémy a komplikacemi, kterým děti díky svému onemocnění musí čelit, ať už to jsou komplikace v běžném každodenním životě, jako třeba celoživotní přísný dietní režim u diabetu nebo celiakie, omezení pohybových aktivit u astmatu, nebo úprava režimu a různá omezení v rámci školní docházky, kdy tato omezení a komplikace dle mého názoru působí na život dítěte zásadně, neboť ve škole tráví poměrnou část svého času. Děti se setkávají s nepochopením, dotazy a někdy i posměchem spolužáků. Bohužel mnohdy i pedagogičtí pracovníci si neví rady, pokud se v jejich třídě objeví dítě s chronickým onemocněním, mají často nedostatečné, pouze laické informace o konkrétním onemocnění, neznají specifika tohoto onemocnění, která

mají důsledky i na úpravu, někdy i omezení denního režimu dítěte ve škole. V první řadě by měli tyto informace školy a pedagogům předávat a sdělovat rodiče nemocného dítěte, v některých případech může podat doplňující informace dětský nebo odborný lékař.

Problematika chronicky nemocných dětí mne více zajímá a oslovuje i na základě skutečnosti, že se v mém okolí i v příbuzenstvu nacházejí jedinci trpící chronickým onemocněním, konkrétně celiakie, diabetes mellitus a epilepsie. Z jejich zkušeností proto vím, že se často setkávají se situacemi v každodenním životě, které díky jejich onemocnění vyžadují určité úpravy, omezení a vstřícný přístup společnosti. V běžné obchodní síti jsou k dostání speciální potraviny, například pro diabetiky a celiaky, ale již třeba v hromadném stravování se lidé s určitými omezeními ve stravě setkávají s nedostatečným spektrem pokrmů vhodných pro jejich dietu. Ze zkušenosti rodin s dětmi s celiakií či diabetem vím, že ani situace ve školních jídelnách není o mnoho lepší, ať už na základě nedostatečné informovanosti vedení školních jídelen o specifických dietetických opatřeních u některých onemocnění, tak i obtížnému zásobování školní kuchyně dietními potravinami – například kvůli jejich vyšším cenám.

Děti s onemocněními jakými jsou třeba různé poruchy držení páteře, lupénka, ekzémy, epilepsie mohou být díky projevům a symptomům jejich onemocnění vyčleňovány z dětského kolektivu ve třídě či jiné vrstevnické skupině. Tyto děti, které již tak strádají na základě jejich choroby, prožívají někdy i osamocení, posměch a odmítání spolužáky a vrstevníky. Úlohou pedagoga ve třídě s nemocným dítětem by pak mělo být vysvětlení podstaty, příčin onemocnění, omezení, která dítě díky své nemoci musí mít a objasnění vnějších projevů onemocnění a jejich případného dopadu na běžný každodenní život dítěte.

I. Teoretická část

1. POJEM “CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ”- HISTORIE, VYMEZENÍ POJMU, SPECIFIKACE, MOŽNÁ OMEZENÍ VYPLÝVAJÍCÍ Z CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

1.1. HISTORICKÝ VÝVOJ VNÍMÁNÍ CHRONICKY NEMOCNÝCH SPOLEČNOSTÍ A PŘÍSTUPU K LÉČENÍ CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Nejstarší historické prameny evidující výskyt chronických onemocnění jsou zaznamenány z doby starověkého Egypta, Říma, Indie a Číny. Popsány byly např. diabetes, epilepsie, poruchy hypofýzy, poruchy krvevotvorby.

V počátcích starověké civilizace byl také masivní výskyt různých virových, parazitárních a infekčních onemocnění, což vyplývalo především z nedostačujících hygienických podmínek.

Hipokrates vyvrátil prvotní domněnku o příčině vzniku epilepsie – působení a vliv démonů na postiženého – tím, že označil centrum vzniku epilepsie lidský mozek a na něj působící vnější klimatické vlivy, jako např. slunce, mráz, vítr. Postižení epilepsií se uzavírali a izolovali do ústavů.

Diabetes byl poprvé zaznamenán a popsán v Ebersově papyru (1552 př.n.l. v Thébách), ve starověké Číně za příčinu diabetu považována obezita. Až do objevení vakcinace a léčby inzulinem umírala na diabetes většina nemocných a velice záhy.

“V předinzulinové a předvakcinační éře byli nemocní diabetem infekčními nemocemi odsouzeni k rychlé smrti prakticky v řádu týdnů či měsíců. Teprve v novověku se lékařská věda vymanila z popisů a psaných citací příznaků nemocí a začala se věnovat experimentu a pozorování.”(Hájková 2008, s.7)

V novověku se chronickými onemocněními zabývali např. v 16. Století švýcarský lékař Paracelsus, římský lékař Galén či původem německý a v Čechách působící Vinzenz Priessnitz, který se soustředil na léčbu chorob pohybového aparátu.

Zlomovým okamžikem pro léčbu a tím i vymýcení infekčních chorob jakými byly např. Poliomyelitis - obrna, TBC, pravé neštovice, záškrť, tetanus, byl objev vakcín proti těmto chorobám, a zavedení plošné vakcinace. Ale počátky vakcinace měly i

negativní dopad a to vznik některých chorob – např. juvenilního diabetu, Crohnovy choroby nebo vchlípení střev. Díky vzrůstu vakcin v letech 1960-1980 vzrostl i počet nemocných dětskou leukemií a rakovinou.

V počátcích vakcinace se jako její následky vyskytovaly i neurologické poruchy jako např. hyperaktivita, mentální retardace, encefalitida či Gullain-Barrého syndrom (autoimunitní zánětlivé onemocnění postihující periferní nervovou soustavu projevující se postupující parézou nejprve dolních, pak horních končetin a pak i obličeje).

Ještě v současné době se lze v Evropě setkat se spalničkami, dávivým kašlem, TBC, nákazou meningokokem (zánět mozkových blan) či patogeny E.coli nákazami (při přemnožení běžné populace bakterií E.coli v zažívacím traktu).

1.2. PRVNÍ POKUSY O ZAMEZENÍ SEPARACE CHRONICKY NEMOCNÝCH DĚTÍ VE ŠKOLÁCH

Renotierová (Renotierová 2002) dělí vývoj vztahu společnosti k postiženým a nemocným na několik fází:

- 1) stadium represivní – společnost v minulosti posuzovala jedince podle jeho schopnosti přežít i v těžkých životních podmínkách, podle životaschopnosti, podle schopnosti založit zdravou rodinu (zplodit potomstvo) – toto měřítko vylučovalo ze společnosti jedince oslabené, nemocné, postižené – společnost se takovýchto jedinců snažila zbavit (vyloučením ze svých řad nebo přímo fyzickou likvidací),

Přestože Epiktetos hlásal, že “ochrntí je překážkou tělu, nikdy však vůli nechce-li sama”, Lykurgovy zákony ve 4.stol.př.n.l. v Řecku dávaly plnou moc otci k fyzickému utracení tělesně postiženého novorozence (Renotierová 2002,s.9)

Stadium represivní má dvě fáze:

- a) likvidace postižených
 - b) segregace postižených
- 2) stadium charitativní péče – v tomto stadiu hrála velkou úlohu církve a její snahy o milosrdné činy vůči slabým a nemocným, byly budovány kláštery, špitály, chudobince, starobince,

- 3) stadium humanitní péče – období humanismu a renesance přálo vzdělanosti, která přispívala k lepší péči o nemocné, či podpoře vzdělávání postižených a nemocných,
- 4) stadium preventivní a rehabilitační péče – nastal rozvoj odborného vzdělávání zdravotnických a pečujících pracovníků, což napomohlo kvalitnější a odbornější péči o nemocné (MUDr. Rudolf Jedlička), také byl více kladen důraz na následnou rehabilitační péči.

Kocurová (Kocurová 2002) přidává ještě dvě následující stadia:

- 5) stadium preventivně-integrační – s postiženými a nemocnými se více pracovalo (kooperace ústavů/nemocnic + lékařů + rodiny + učitelů),
- 6) stadium inkluzivní - snahy o zapojení do širší společnosti a normálního života.

“Byli to lékaři, kteří společně s dětskými klinickými psychology jako první upozornili na skutečnost, že vedle problémů zdravotních spojených s měnícím se zdravotním stavem dítěte a se samotnou léčbou závažného akutního či chronicky probíhajícího onemocnění, vstupuje nemocí do života dítěte a jeho rodiny i řada problémů psychologických, pedagogických, ekonomických, sociálních a dalších” (Hájková 2008, s. 9).

V 1. polovině 19. století vznikaly ve školách první třídy pro nemocné děti. Nebyla však zcela jasná a přesně definovaná jejich koncepce a struktura. První škola byla zřízena při nemocnici v Brně v roce 1847 MUDr. F. Dvořákem.

Významnou osobností pro rozvoj nemocničního a ústavního školství byl prof. František Hamza, který založil dětskou tuberkulózní léčebnu (pro skrofulózní děti) v Luži-Košumberku, kde působil i jako lékař a ředitel. Protože děti nemocné různými typy tuberkulózy byly nuceny trávit v léčebně velice dlouhou dobu, Hamza při léčebně zřídil první školu v Rakousku - Uhersku při dětské léčebně.

Na Hamzovu činnost navázal J. Zeman, který ve svém díle “Péče o abnormální děti” popsal problematiku zakládání škol při léčebnách.

“Má ještě jeden problem. Valná část zdejších pacientů jsou školáci. Už teď musí většina z nich po návratu opakovat třídu. Kdyby zůstali v léčebně déle propadnou všichni. Tuberák -propadák. Posměch, pohrdání. Jejich křehká sebedůvěra dostane další ránu. Ale co horšího: když opakuje ročník dítě z dobrých poměrů, bude prostě chodit o

rok déle do školy. Chudé dítě, které zůstane sedět, vyjde z nižší třídy. Pologramotné, se vzděláním, které stačí leda na práci nádeníka” (Borská 1992, s. 92).

“Začátkem školního roku 1908/09 otevřeli první dvě třídy. Chlapeckou učil Josef Votroubek, dívky Anna Havrlíková. Nesnadný úkol. Počet hodin musíš omezit na minimum, aby se děti neunavily. Látku však probrat celou, aby nezůstaly pozadu. Ležící pacienti vyučují zvlášť: učitel přechází v ložnicích kolem lůžek, opakuje, opakuje, aby všichni slyšeli. Od postele k posteli nosí malou tabuli” (Borská 1992, s. 94).

Další školy pro skrofulózní děti byly založeny např. v Šumperku a ve Cvikově.

První nemocniční školou dnešního typu (děti hospitalizovány na kratší dobu než v léčebnách) byla škola při ortopedické klinice v Bratislavě založena v roce 1925 profesorem Chlumským. Dalšími nemocničními školami byly školy při nemocnicích v Brně, Praze či v Janských Lázních (kde se léčily děti s poliomyelitis), dále škola při dětské klinice v Praze založena MUDr. Z. Trnkou a prof. Švejcarem.

Po roce 1950 byly školy zřizované při ozdravovnách a léčebnách zahrnuty do všeobecného vzdělávacího systému pod novým oborem – speciální školství. Dle tohoto systému by měla škola být partnerem nemocnému dítěti, rodičům i zdravotníkům a všem těmto složkám usnadňovat spolupráci a podporu v zapojení nemocného dítěte do běžného vzdělávacího procesu.

Dalšími význačnými osobnostmi důležitými pro rozvoj somatopedie u nás byli dále např. již zmiňovaný MUDr. R. Jedlička, František Bakule (působil jako první ředitel Jedličkova ústavu pro tělesně postižené děti v Praze), Augustin Bartoš a Jan Chlup.

1.3. VYMEZENÍ POJMU CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ, CHARAKTERISTIKA CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ, MOŽNÁ OMEZENÍ

Pro objasnění významu pojmu chronické onemocnění je důležité vysvětlit pojem chronicita a název vědního oboru zabývajícího se problematikou chronických onemocnění.

“chronicita” – přechodný nebo dočasný stav zdraví jedince, který vzniká a trvá soustavným působením podnětů vyvolávajících chorobu (akutní fáze nemoci se může změnit na chronickou).

“*somatopedie*” – součást speciální pedagogiky, somatopedie byla označována jako “*pedagogika tělesně vadných a zmrzačených, ortopedická defektologie, orthopedagogika, apod*” (Novosad 2002, s.5).

Chronické onemocnění trvá po dlouhou dobu, někdy i celý život jedince a zpravidla vyvolává velice nepříjemnou a stresující situaci pro celou osobnost člověka. U chronického onemocnění nedochází zpravidla k úplnému uzdravení.

“*Děti trpí poměrně často různými nemocemi, akutními i chronickými. Každé i zdánlivě lehké onemocnění ovlivňuje zdravotní fond dítěte a může zanechat dlouhodobé a někdy i trvalé následky*” (Kotulán, 2012, s. 73).

Některé chronické choroby se mohou vyskytovat již jako vrozené při narození dítěte – např. vrozené srdeční vady. U dětské populace se v 7-10% se chronická onemocnění definují sice jako “léčitelná ale NEvyléčitelná”. Chronické onemocnění může mít formu vleklou, dlouhodobou anebo opakující se – recidivující.

Dle Matějčka (Matějček 2001) působí výskyt chronického onemocnění u dítěte na celou rodinu stresově, ovšem nejvíce na dítě samotné. Způsobuje aspekty jako strach, obavy, bolest, dlouhodobé terapie a léčení, přísná dietetická opatření a omezení, separace od vrstevnické skupiny, dlouhodobější nebo opakující se hospitalizace, časté návštěvy lékařů, zvýšená starostlivost rodičů, obavy dítěte samotného z vlastní budoucnosti.

Křivohlavý (Křivohlavý 2002) vymezuje chronicitu srovnáním s akutním onemocněním.

Akutní onemocnění: objevuje se náhle, rychle vyvrcholí, trvalé příznaky vedou nemocného k lékaři, nemocný se uzdravuje a navrácí se k totálnímu zdraví v krátké době

Chronické onemocnění: onemocnění nastupuje pomalu a plíživě, nemocný si zpočátku není onemocnění vůbec vědom (např. leukémie), nemocný často vnímá svou nemoc jako akutní – doufá, v brzké odeznění, nemocný si neuvědomuje, že s nemocí bude žít dlouho, často natrvalo.

“*Z hlediska průběhu lze rozlišit:*

- *onemocnění **akutní**, vznikají náhle a mají krátké trvání*

- onemocnění **chronická**, mají dlouhé trvání a pozvolný průběh, mohou začínat jako akutní a potom přejít do chronicity
- střídání období zlepšení (kompenzace, remise) a zhoršení (dekompenzace) zdravotního stavu je charakteristické pro **kolísavý průběh** nemoci
- **progresivní** onemocnění, stav nemocného se trvale zhoršuje a při zasažení životně důležitých orgánů může dojít ke ztrátě funkční samostatnosti a ke smrti” (Novosad, 2002, s. 10).

CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Do výčtu chronických onemocnění patří *kardiovaskulární poruchy* (revmatické postižení srdečních chlopní, vrozené srdeční vady, ischemické poruchy), *onemocnění plic a dýchacích cest* (průduškové astma, kardiální astma, cystická fibróza, plicní TBC), *chronická onemocnění ledvin a močových cest, poruchy a vady smyslu a řeči, ortopedické vady* (skolióza, lordóza, kyfóza), *poruchy imunity* (alergie, AIDS), *kožní onemocnění* (ekzémy, lupénka), *poruchy metabolických procesů* (diabetes mellitus, onemocnění ledvin, celiakie, Crohnova choroba), *poruchy příjmu potravy* (mentální anorexie, bulimie), *nádorová onemocnění* (leukemie), *záchvatovitá onemocnění* (epilepsie), *neurózy, nervové poruchy, poruchy psychiky*

Charakteristika chronických onemocnění se odvíjí od následujících kritérií: rozsah onemocnění a funkčních poruch, míra možného přetěžování nemocného dítěte v edukačním procesu na základě jeho funkčních omezení, působení a vedlejší účinky dlouhodobé medikace nezbytné pro léčbu onemocnění a ostatní terapie, nezbytná a nutná úprava životosprávy, stravovacího a pitného režimu, dietetické úpravy a omezení jdelníčku dítěte a eliminace pohybu a fyzické námahy, míra narušení plynulého průběhu edukačního procesu kvůli častým absencím či dokonce hospitalizacím, přístup okolí – zejména rodiny, pedagogů a spolužáků – k nemocnému dítěti, prognóza změn zdravotního stavu dítěte.

Chronickými chorobami dětí se zabývají následující obory: dětská a vývojová psychologie, sociální pediatrie, pedagogika, pediatrie, sociální lékařství, dětská imunologie, onkologie, alergologie, diabetologie, revmatologie, pneumonologie.

Rozdělení dětí a mládeže do skupin dle směrnic Ministerstva vnitra:

- 1) nadprůměrní – normální, zdraví, správně vyvinutí jedinci
- 2) základní – jedinci s mírnou odchylkou od normálního stavu
- 3) oslabení – jedinci s větší odchylkou od běžného zdravotního stavu
- 4) nemocní – jedinci vyžadující vzhledem ke svému zdravotnímu stavu léčbu ambulantní nebo ústavní

Hájková (Hájková 2008) definuje chronicky nemocné dítě, jako dítě s velice závažnými organickými a funkčními poruchami a změnami určitého postiženého orgánu nebo celé orgánové soustavy s předpokládaným dlouhodobějším průběhem (minimálně 3 roky), s pravděpodobnou možností uzdravení, či projevů remise nebo relapsu. Bez aktivní léčby a terapie však není možné nemoc zastavit, zlepšit nebo zpomalit. Následky nemoci mohou přetrvávat až do dospělosti, nebo se v dospělosti projevit.

“Zároveň je třeba připomenout, že průběh onemocnění se může vlivem mnoha činitelů zvrhnout v ještě závažnější formu” (Novosad, 2002, s.11).

Dle MEZINÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE jsou chronická všechna ta onemocnění, která splňují jednu nebo více z uvedených charakteristik – jsou trvalá, jsou způsobena nevratnými patologickými změnami, vyžadují speciální přípravu pacienta k rehabilitaci nebo jeho dlouhodobou kontrolu, pozorování a péči o něj.

Dříve používaný termín *“zdravotně oslabené dítě”* byl v roce 2005 nahrazen výrazem *“zdravotně znevýhodněné dítě”* – tzn. dítě méně odolné vůči onemocnění a se sklonem k recidivě onemocnění.

Chronicky nemocné dítě je často pod tlakem a v psychickém stresu z častých a delších absencí ve výuce. Takové dítě je vlastně v trvalé rekonvalescenci. Zdravotní oslabení dětí může být však často následkem i nevhodných klimatických podmínek, patologického sociálního prostředí či špatného nevyhovujícího životního režimu a životosprávy, zvýšená únava a spánkový deficit (např. u astmatických dětí, které jsou v noci buzeny záchvaty kašle a dýchacími obtížemi), psychosociální problémy (např. u psoriaticků – viditelné kožní defekty), stavy hypoglykemie u diabetiků .

“HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE” – HRQOL vyjadřuje “kvalitu života ve vztahu ke zdraví” je pojem používaný pro určování a poměrování vlivu chronického onemocnění na běžný život jedince

Edukace chronicky nemocných dětí je ovlivněna po biopsychosociální stránce, kdy změny jsou evidentní ve školní práci dítěte, v jeho výkonu, ve výsledcích, v kvalitě vzdělání. Dítě samo se díky vnímání vlastního onemocnění může podhodnocovat, vnímá jako handicap zaostávání za ostatními spolužáky v pracovním tempu či omezení při tělovýchovných a jiných pohybových aktivitách.

Nezbytná je proto podpora dítěte ze strany jak rodičů, tak i pedagogů a pozitivní spolupráce rodičů se školou popř. i s odborným či dětským lékařem.

“Právě ona nevypočitatelnost, vleklost a záluždnost chronického onemocnění přináší pro dětské pacienty řadu stresogenních faktorů, jež nepříznivě působí na dětskou psychiku. Dle vedlejších účinků chronického onemocnění hovoříme buď o psychosomatickém nebo somatopsychickém onemocnění” (Třesohlavá, 1986, s.186).

Dítě samo vnímá subjektivně své onemocnění podle různých faktorů: čas (délka trvání nemoci), věk (ovlivňuje rozumovou a citovou zralost), druh a závažnost onemocnění (průběh, symptomy), prostředí - (rodinné zázemí, podmínky ve škole), coping (vypořádání se s nemocí)

Klinický obraz chronických onemocnění poukazuje na funkční poruchy, které mohou ovlivnit psychiku nemocného dítěte: bolesti hlavy, poruchy vědomí, záchvaty, kožní projevy, poruchy srdečního rytmu, poruchy plicní ventilace, poruchy vylučování (s důsledkem na stravovací a pitný režim dítěte), metabolické poruchy a poruchy trávení

Zpravidla je nejvíce řešena integrace mentálně či fyzicky znevýhodněných dětí, ale integrace dětí s chronickými onemocněními se většinou ve větším měřítku neřeší. Mnohdy ani pedagogové a škola o chronickém onemocnění žáka neví na základě neinformování školy ze strany rodičů. Někteří rodiče nepovažují za podstatné dát škole na vědomí o onemocnění svého dítěte, ať už je to proto, že se obávají reakce školy či z důvodu, že sami nevidí eventualitu dopadu důsledků onemocnění dítěte na výuku a pobyt ve škole.

Integrace tělesně a psychicky handicapovaných dětí je řešena a ošetřena i právně a legislativně, protože chronicky nemocné dítě není úplně vyloučeno z běžného edukačního procesu v běžné škole, nevyžaduje pro běžnou docházku přítomnost asistenta či jiné nápomocné osoby, či zavedení určitých kompenzačních pomůcek a zařízení ve škole, chronicky nemocné dítě potřebuje pouze určitá opatření, která znatelně neomezují chod školy a průběh výuky. Spíše se jedná o informovanost pedagogů o onemocnění dítěte a o specifikách daného onemocnění a o kooperaci rodičů nemocného dítěte se školou, popř. i s odborným či dětským lékařem.

“Svou úlohu tu má rodina, jež je nejdůležitějším místem prvotní výchovy, kde se budují předpoklady pro všechno další. Svou úlohu mají zdravotničtí pracovníci, kteří strážejí zdravotní stav dítěte a snaží se mu zajistit co nejlepší kondici tělesnou. Svou úlohu mají ovšem i psychologové a pedagogové na všech úrovních a ve všech institucích, jimiž dítě prochází” (Matějček, 2001, s. 9 a 10).

Dítě ve školním věku trpící některým chronickým onemocněním má zpravidla zvýšeně oslabenou imunitu a celkový stav organismu, narušené fyziologické funkce, onemocnění se může odrážet i v nárocích na úpravu a dietetické řešení stravy, změnu životosprávy a životního stylu, dítě je méně odolné vůči větší fyzické námaze. Užívané léky a farmaka mohou mít na dítě tlumící účinky (např. antihistaminika, antiepileptika, chemoterapie).

Trvalý či dlouhodobý stav nemoci silně ovlivňuje psychiku dítěte a nepříznivě působí na jeho psychosociální vývoj. Je silně zatížena a oslabena nervová soustava jedince, což může být i příčinou psychických problémů.

2. CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ – ROZDĚLENÍ, TYPY, ETIOLOGIE, DIAGNOSTIKA

2.1. ALERGIE

Pojem alergie označuje poruchu imunitního systému organismu, která způsobuje nepřiměřené reakce na látky (alergeny) spouštějící u ohrožených jedinců alergickou reakci. Tato reakce může mít buď rychlý nástup a bouřlivý průběh nebo může mít pozvolný nástup a delší, vleklé trvání. Alergická reakce může vyvolat až

systémovou poruchu. Reakce organismu postiženého jedince na konkrétní alergen je nepřiměřená a přehnaná v porovnání s reakcí zdravého jedince,

Slovo “alergie” (z řec. “*allos*”- *změněný stav*, “*ergon*” – *reakce*) bylo poprvé použito lékaři C. von Pirquetem a B. Schickem (1906). Jako první diagnostikovali přecitlivělost některých pacientů na běžné, zdravému jedinci neškodné látky (potravin, prach, pyl) – reakce se projevovala kašláním, kýčáním, svěděním pokožky, vodnatou rýmou, zarudnutím a otokem očí a hlavně spojivek, kožní vyrážkou, dušností,

Alergie jako onemocnění se dá již považovat za jednu z civilizačních chorob, která vzniká jako důsledek negativních vlivů našeho životního prostředí a podmínek.

TERMINOLOGIE:

- *alergen* – spouštěč alergické reakce, alergizující látka, na níž je organismus postiženého citlivý. Alergeny mohou být: potravinové, inhalační, kontaktní
- *imunita* – odolnost (obranyschopnost) organismu
- *imunodeficit* – poškození imunity
- *autoimunitní reakce* – nesnášenlivost a intolerance buněk vlastního těla
- *angioedém* – otok vznikající na pokožce, v hlubších vrstvách kůže a na sliznicích dýchacího a trávicího ústrojí na základě reakce na kontaktní alergen.

“Alergii tedy můžeme definovat jako stav nepřiměřené, scestné, “přestřelené” obranné reakce organismu na cizorodý podnět. Výsledkem není ochrana před nepříznivým působením alergenu, ale poškození organismu reakcí, kterou alergen navozuje” (Petrů 1994, s. 14).

KLINICKÝ OBRAZ, DIAGNÓZA

Alergie je bouřlivá reakce organismu na určitý vyvolávající alergen, kdy tato reakce může být buď lokálního, nebo systémového rozsahu

“Kontaktem organismu s nimi pak dochází k senzibilizaci a vzniku alergické reakce, jejím podkladem je imunologický mechanismus, založený na interakci alergenu se specifickou protilátkou.” (Třesohlavá a kol., 1986, s. 90).

Lokální symptomy:

- oční reakce – svědění, zarudnutí, otok spojivek
- alergická rýma – vodnatá rýma, zduření sliznice
- zúžení horních cest dýchacích a z toho plynoucí dechová nedostatečnost, až projevy astmatického záchvatu

Alergie je diagnostikována na základě osobní a rodinné anamnézy, dále pak krevními laboratorními testy na přítomnost protilátek, imunoglobulinu E (zvýšená hladině IgE poukazuje na alergické onemocnění), kožními testy, při kterých jsou na kůži postiženého alergologem aplikovány v kapkách vzorky nejčastějších alergenů a po určitém časovém limitu se dle reakce diagnostikuje alergen, na který je organismus citlivý.

“Teprve začátkem 20. století byl u polinózy předpokládán alergický mechanismus, začaly se provádět kožní testy s pylovými alergeny a v r. 1921 Prausnitz a Künster uskutečnili jako první na sobě navzájem pasivní přenos tohoto typu alergie z osoby nemocné na zdravou prostřednictvím sera. Tím dokázali přítomnost “kůži senzibilizujících” protilátek, které byly zprvu označeny jako reagíny a po objevu imunoglobulinu E (IgE) zařazeny do této třídy imunoglobulinů” (Novosad, 1986, s. 90).

TYPY ALERGENŮ:

- 1) inhalační – roztoči, pyly, plísňe, srst a výměšky domácích zvířat
- 2) potravinové – obiloviny, luštěniny, ořechy, mořské ryby a plody, ovoce, zelenina, mléko, vajíčka
- 3) kontaktní – bodnutí hmyzem, kovy, kosmetika, léky, čisticí a desinfekční prostředky

RIZIKOVÉ STAVY PŘI ALERGIÍCH:

- 1) anafylaktická reakce – prudká a intenzivní reakce organismu na kontakt s alergenem. Projevy: nevolnost, zvracení, kašel, dušnost, třesavka, kašel
- 2) anafylaktický šok – dramatické, život ohrožující vyústění anafylaktické reakce. Projevy: poruchy srdeční činnosti, nitkovitý puls, posléze až bezvědomí.

- 3) angioedém – otok vznikající buď v místě přímého kontaktu s alergenem, nebo jako systémová reakce organismu. Vzniká buď na kůži a nebo, což může způsobit závažné dýchací potíže až udušení, na sliznicích trávicího a dýchacího traktu.
- 4) atopický ekzém – kožní reakce na styk s alergenem kulminující od kopřovkových puchýřků až po rozsáhlé mokvající zanícené kožní praskliny

NEJBĚŽNĚJŠÍ ALERGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

- 1) atopický ekzém – viz výše
- 2) sezónní alergická rýma – nejčastěji reakce na pyly (polinóza) často v kombinaci s alergií na včelí produkty (propolis, mateří kašička) vyskytující se také v pylích
- 3) chronická alergická rýma – nejčastěji při alergii na roztoče a zvířecí srst
- 4) kopřivka – reakce na potravinové či kontaktní alergeny

TERAPIE

Pro léčbu alergie je nejdůležitější prevence – to znamená maximálně možné vyloučení a omezení přítomnosti alergenu z okolí postiženého

“Když se podaří, aby se dítě vyhnulo alergenem, na který je alergické, pak jsme dospěli k nejlepší léčbě pro jakýkoliv typ alergie!” (Steinmannová, 1993, s. 98)

Medikace:

- a) Antihistaminika (blokátory H1- histaminu)
- b) dekonjestiva – tlumí nežádoucí a nepříjemné příznaky alergie – zmírňují otoky stažením cév, zmírňují svědění
- c) antileukotrieny – protilátky proti IgE
- d) hyposenzibilizační léčba – podávání upraveného alergenu, které v těle pomáhá vytvořit proti danému alergenem protilátky

PROFYLAXE

Pro předejití ataku alergie je zásadní maximálně možné eliminování pobytu postiženého v přítomnosti alergenu, v případě alergie na prach, roztoče, peří je

nezbytná maximální hygiena a čistota lůžkovin, náplně do lůžkovin pouze z dutého vlákna, odstranění plyšových hraček z pokoje dítěte, používat čističky vzduchu s filtry, u pylových alergií v sezóně výskytu alergenu nutno používat sítě do oken, omezit pobyt venku v přírodě

V detailním výčtu a popisu jednotlivých chronických onemocnění uvádím onemocnění, která jsem na základě předvýzkumu pro praktickou část mé bakalářské práce podchytila jako nejčastěji se vyskytující chronická onemocnění u dětí na prvním stupni základních škol.

2.2. DIABETES MELLITUS (CUKROVKA)

Diabetes mellitus je onemocnění, kdy organismus postiženého nedokáže správně přijímat a rozkládat jednoduché cukry přijímané v potravě (hroznový, ovocný, mléčný), škroby a v důsledku toho se cukry hromadí v krvi a tkáních, čímž dochází k hyperglykemii. Cukr je pak vylučován močí. Při komplikované formě diabetu je narušena i přeměna bílkovin a tuků.

Pankreas (slinivka břišní) je žláza jak s vnější tak i vnitřní sekrecí. Jako vnější sekreci produkuje pancreas pankreatickou šťávu, která odtéká do tenkého střeva. Pro vznik cukrovky je však rozhodující sekrece vnitřní, působením Langerhansových ostrůvků slinivky.

První historické záznamy o diabetu jsou ze starověkého Egypta, jako o nemoci, při které má postižený nadměrnou žízeň a kdy cukr je vylučován z těla močí.

“Označení “diabetes” použil asi jako první řecký lékař Aretaios žijící na přelomu prvního století před naším letopočtem, vyjadřuje, že voda protéká tělem jakoby rourou. Označení bylo později doplněno druhým výrazem “mellitus” od latinského slova “med”” (Kopecký 1986, s. 7).

Termín “diabetes” je poprvé použit žákem Hippokrata Aretauem.

První terapii u diabetu zmiňuje Galen ve svém díle “Corpus Galenic”. Tato terapie spočívala v omezení množství jídla a dostatečném tělesném pohybu.

Slovo “mellitus” přidal do názvu Angličan T. Willis (1674).

Zásadní objev provedl v roce 1869 Paul Langerhans, který nově objevil ostrůvky pankreatu, později lékaři Mering a Minkowski poprvé popsali závislost mezi diabetem a pankreatem.

Lékař J. de Meyer poprvé popsal pankreatický hormon snižující hladinu krevního cukru (glykémii) a nazval jej “inzulin”, který jako první extrahovali student medicíny Ch.H.Best a chirurg F.Banting, kteří za tento počin byli odměněni Nobelovou cenou.

“Podvázáním vývodů pankreatu se mu podařilo zabránit jeho sebezničení a z Langerhansových ostrůvků vyextrahovat látku – bílkovinu, která se snadno ničila trávením, která ale u psů s odstraněným pankreatem dovedla snížit hladinu krevního cukru. Efekt byl rozhodný, I když pouze krátkodobý.

Extrakt takto získaný nazvali původně isletin, později jej pojmenovali inzulin (insula – ostrov) a brzy ho získali tolik, že se mohlo přikročit k léčbě u lidí” (Rybka, 1988, s. 12).

TERMINOLOGIE

- *diabetolog* – odborný lékař zabývající se léčbou DM
- *glykemie* – hladina krevního cukru
- *glukometr* – přístroj na měření glykemie
- *gangréna* – odumírání tkáně, nekróza, “diabetická sněť”, diabetici mohou takto přijít až o velké části končetin
- *ketoacidóza* – zvýšení kyselin (acetoctové a hydroxymáselné) a acetonu v těle diabetika (charakteristický zápach acetonu z dechu postiženého)
- *hyperglykemie / hypoglykemie* – zvýšené / snížené množství cukru v krvi nad/ pod normální hodnotu
- *inzulin* – hormon slinivky břišní – vzniká v Langerhansových ostrůvcích – jeho úkolem je snižování hladiny glykemie v krvi
- *self-monitoring* – pravidelné měření hodnot glykemie samotným diabetikem (po drobném bodnutí do břicha prstu z kapky krve přístrojem glukometrem)

KLINICKÝ OBRAZ, DAGNÓZA

“Pozornosti rodičů by nemělo ujít častější močení a trvalá žízeň dítěte, zvláště noční pití a močení. Existuje sice také návykové, neurotické větší pití a močení, to však se projevuje jen ve dne. Na nemoc může upozornit i noční pomočování dítěte” (Kopecký, 1986, s. 14 a 15).

Diabetes je diagnostikován vyšetřením krve (glykemie) a moči. Z hodnot krevního vyšetření lze i rozpoznat o jaký typ diabetu se jedná. Dále se u nemocného měří krevní tlak, tep, srdeční akce a provede se i oční vyšetření. Krevní testy by se měl provádět aspoň 2 – 4 x za rok.

ETIOLOGIE A SPOUŠTĚČE DIABETU

Příčinami vzniku tohoto onemocnění či jeho spouštěči bývají: genetická predispozice, obezita a nadváha, poškození a zranění pankreatu, virové infekce (poškození B-buněk pankreatu), nadměrný stres a psychická zátěž, úrazy hlavy, arterioskleróza, nevhodný životní styl (špatné stravovací návyky a nedostatečný pohyb), věk (větší riziko vzniku diabetu je po 40. roce), ženy v graviditě.

“Musí tedy lidé s nadměrnou hmotností vyrábět více inzulínu než lidé s normální hmotností, aby dosáhli stejného účinku inzulínu v tkáních. Slinivka břišní je tedy mnohem více zatěžována. Také samotné přejídání vyžaduje vyšší množství inzulínu a následkem toho může dojít ke vzniku cukrovky” (Rybka, 1988, s. 20).

TYPY ONEMOCNĚNÍ

1) *Diabetes mellitus I. stupně (juvenilní, nebo také označení IDDM = inzulin dependentní diabetes mellitus), který vzniká v dětství nebo v pubertě. Příčinou tohoto typu je nedostatečné zásobení těla nemocného inzulinem, který se proto do těla vpravuje uměle.*

Příznaky I. typu jsou: nadměrné nápadné hubnutí i přes dostatečný přísun jídla, velká únava a snadná unavitelnost, neustálá žízeň a tím i nadměrný přísun tekutin, časté močení

2) *Diabetes mellitus II. stupně* (NIDDM – non-inzulín dependentní diabetes mellitus) tento typ se vyskytuje převážně u starších lidí, nemocní mívají často nadváhu. Tělo u tohoto typu produkuje dostatečné množství inzulínu, avšak organismus tento inzulín nedokáže správně využít. Tento typ se vyskytuje u osob s nesprávnou životosprávou a výživou, s malou fyzickou zátěží a aktivitou a zvýšeným stresem.

Příznaky II. typu: zácpa, špatné hojení ran, zvýšená náchylnost k různým zánětům a infekcím, rozsáhlé vředy na dolních končetinách často vedoucí až ke gangrenózním změnám, postižení periferních nervů a tím až obrna končetin, oční zákaly, ochablost okohybných svalů, sítnicové změny, arterioskleróza, hypertenze, nesprávná přeměna tuků a bílkovin.

*“ V průběhu staletí byly přidávány další rozlišovací znaky obou typů cukrovky, které se staly podkladem nynějšího dělení cukrovky na dva základní typy: **Typ I – diabetes mellitus inzulín dependentní** nebo také *diabetes mellitus dětí a mladistvých*, léčí se injekcemi inzulínu. **Typ II – diabetes mellitus noninzulín dependentní** nebo také *diabetes mellitus dospělých, starších pacientů*, o kterém se dříve soudilo, že je mírnější, neboť k jeho léčbě stačí někdy jen dieta a cvičení”* (Rybka, 1988, s. 19).

3) Gestační (těhotenský) diabetes

4) Diabetes insipidus (zvýšené vylučování moči)

5) Diabetes z podvýživy

Diagnostika diabetu mellitus I. stupně je nejfrekvantovanější okolo 15. roku věku dítěte, ale může se prokázat i u mladších dětí. Diabetes mellitus I. typu se častěji vyskytuje mezi dospělou populací.

KOMPLIKACE PŘI DIABETU:

Akutní:

Při akutní formě diabetu, kdy při nedostatečném zásobení těla inzulínem může nastat diabetická ketoacidóza (zvýšení hladiny kyselin – hydroxymáselné, acetoctové a acetonu v těle nemocného) pokud není včas podán inzulín a nedoplní se vnitřní tekutiny, může být stav pacienta velice kritický, v nejzávažnějším případě dojít i k úmrtí. Dále je u diabetiků zvýšená náchylnost k různým infekcím díky

zvýšené hladině glukózy v těle, která je živnou půdou pro množení patogenních bakterií. U diabetiků jsou tak častější infekce kůže, parodontóza, urinální a plísňové infekce.

Chronické:

V chronické fázi diabetu již dochází k poruchám srdce a cévního systému (arteroskleróza, infarkt myokardu, angina pectoris, hypertenze) a to důsledkem neprokrvení tkání dochází jejich odumírání – nekróze.

Dále nastávají poruchy vylučovacího systému – ledvin (vylučování bílkovin v moči), diabetická glomeruloskleróza, diabetická nefropatie, k poruchám zraku – změnám na sítnici, kataraktě, glaukomu, zhoršování až úplné ztrátě zraku, neurologickým problémům (tzv. diabetická neuropatie), diabetické noze – diabetické gangréně, parodontóze – gingivitis.

TERAPIE

Léčba se odvíjí od typu diabetu. Nezbytnou součástí terapie je i přísná dieta a zvýšená tělesná aktivita.

Léčba diabetu mellitu I. stupně:

- injekční aplikace inzulínu subkutánně (pod kůží) – do stehna nebo břicha, dle hladiny krevního cukru 3-6 krát denně.

“U dětí užíváme inzulíny moderními způsoby zvláště přečištěné, bud’ Pur-Insuliny Spofa, nebo monokomponentní (MC-inzulíny) inzulíny firmy Novo. Mají tu výhodu, že se proti nim jen málo vytvářejí protilátky, které brzdí účinek inzulínu v těle” (Kopecký, 1986, s.19).

- u pacientů s kolísající hladinou krevního cukru je aplikována inzulínová pumpa (neustálé zásobení organismu inzulínem kanylou zavedenou pod kůží). Hladinu krevního cukru si pacient měří glukometrem (zejména u pacientů s aplikací inzulínu více jak 3 krát denně).

U závažných typů a komplikací DM I. stupně je doporučena transplantace pankreatu.

Léčba diabetu mellitu II. stupně:

- redukce tělesné hmotnosti (přísná dieta a zvýšená tělesná aktivita a pohyb)
- diabetická dieta

PREVENCE VZNIKU DIABETU

U I. stupně lze úpravou výživy kojence, prodloužením doby kojení a oddálením podávání kravského mléka, pomoci předejít vzniku tohoto typu diabetu.

U II. stupně lze předejít vzniku onemocnění redukcí tělesné hmotnosti a správnou mírou tělesného pohybu.

Dietetická opatření: strava bohatá na polysacharidy a vlákninu (zelenina, luštěniny), omezení tuku a jednoduchých cukrů ve stravě (vyloučení např. sladkých nápojů a pochutin, oříšků, smažených jídel).

Pohybové aktivity : zařazení aktivit a sportů při nichž je vyšší tepová frekvence a zvýšená cirkulace krve v krevním oběhu – čímž dochází k většímu spalování tuků v těle, zlepšuje se srdeční akce a krevní oběh, celkově se navozuje dobrá nálada, pocit uvolnění od stresu.

2.3. CELIAKIE (*CELIAKÁLNÍ SPRUE / GLUTENOVÁ ENTEROPATIE*)

Celiakie je autoimunitní reakce organismu na lepek (gluten), což je látka bílkovinné povahy obsažená v některých potravinách.

Predispozice ke vzniku celiakie je u jedinců, kteří mají hyperprodukcii protilátek proti určitým bílkovinám a enzymům, ze kterých je složen lepek a spolupůsobením těchto protilátek a enzymů a bílkovin dochází k poškození střevní sliznice a tím ke vzniku chronického zánětu této sliznice. Zánět způsobuje na sliznici střeva patologické změny – nejvíce dochází k deformaci a destrukci slizničních klků, které se spolupodílejí na absorpci některých živin ve střevech. Sliznice střeva pak nemůže řádně vstřebávat lepek z potravy a ten odchází stolicí ven z těla nerozložený.

FAKTORY PODNĚCUJÍCÍ VZNIK CELIAKIE

Pokud má dítě již vrozenou predispozici ke vzniku celiakie, může být spouštěcím impulsem onemocnění první požití lepku ve stravě kojence, a to okolo 6.měsíce věku (počátek prvních nemléčných příkrmů).

Celiakie může být podmíněna i genetickou predispozicí (dědičnost z rodičů).

“Celiakie je podmíněna působením toxické frakce glutenu na enterocyty (buňky sliznice tenkého střeva), která vede u disponovaných osob k jejich poškození až zániku. K tomuto stavu dochází na základě dvou předpokladů:

a) přítomnost lepku (gluten) v potravě

b) senzitivní (citlivý) organismus”

(Kohout, 2006, s. 23).

DIAGNOSTICKÉ METODY PRO URČENÍ CELIAKIE

Po zachycení prvních zevních příznaků je choroba dale prokazována krevními testy a definitivní potvrzení výskytu celiakie je formou biopsie tenkého střeva.

Prvními zevními příznaky celiakie jsou: řídká a velice často se opakující stolice (je světle šedé barvy lesklá a zapáchající vlivem nestrávených tuků v ní), dále mívá postižený vzedmuté břicho, které je ale měkké, nápadná je i zřetelná vyhublost (zejména na hrudníku, končetinách a hýždích, kde je i velice ochablé svalstvo)

TERAPIE A LÉČBA

Nejzásadnější je včasné nasazení a trvalé (celoživotní) dodržování přísné diety, která spočívá ve vyloučení všech potravin obsahujících lepek ze stravy nemocného. Doporučené potraviny jsou brambory, rýže, pohanka, jáhly, amarant, kukuřice, luštěniny. Nemocný by měl vysadit i veškeré potraviny, které obsahují i jen stopy lepku např. uzeniny, různé moukou zahuštěné pokrmy.

“Vzhledem k tomu, že celiakie je onemocnění celoživotní, které může být sdruženo se vznikem komplikací, je nutné pacienty s celiakií sledovat. Pokud je pacient bez příznaků, postačí sledování hmotnosti, sérologických markerů celiakie a laboratorních ukazatelů výživy. Nutné je sledovat i obsah vápníku v kostech – denzitometrií. Zvláštní pozornost je nutné věnovat pacientům, kteří mají příznaky celiakie, hubnou či mají pozitivní sérologické markery celiakie. Všichni pacienti musí dodržovat bezlepkovou dietu trvale” (Kohout, 2006, s.32).

RIZIKOVÉ STAVY U CELIAKŮ

V případě pozdního zjištění nemoci anebo při nedodržování diety může dojít k závažným zdravotním komplikacím jako je řídnutí kostí, zvýšená kazivost zubů, chudokrevnost, avitaminózy, nedostatečná mineralizace organismu.

2.4. ASTMA

Asthma bronchiale je chronické onemocnění dýchacích cest, při němž vzniká na sliznicích dýchacího ústrojí chronický zánět, který vyvolává u postiženého stavu těžké dechové nedostatečnosti.

PRVOTNÍ PROJEVY ASTMATU

Mezi projevy astmatu patří: ztížené dýchání, dechová nedostatečnost, dušnost s pískavým dechem, chrčení, kašel, bolest na hrudi, neklidný spánek.

“Astma může napodobovat řada jiných onemocnění, při nichž je dýchání též provázeno různými pískoty a dalšími zvuky”

“Když se však opakují záchvaty kašle a pískání při dýchání, skoro vždy je to průvodní znak astmatu” (Steinmannová, 1992, s. 71 a 72).

TERMINOLOGIE

Základními pojmy u astmatu jsou: bronchokonstrikce, což je zánětem způsobené zúžení dýchacích cest v průduškách (zkrácení hladkého svalstva) a spirometrie používaná jako diagnostická metoda zjišťující vitální kapacitu plic

FAKTORY VYVOLÁVAJÍCÍ VZNIK ASTMATU

Hlavními faktory vyvolávajícími astma jsou: infekce horních cest dýchacích, alergeny ve vzduchu, reakce na stresové situace, kouření, změny počasí, tělesná námaha

STANOVENÍ DIAGNÓZY

Astma je možné diagnostikovat: vyšetřením spirometrem, dechovými testy, EKG, rodinnou anamnézou.

RIZIKOVÉ STAVY U ASTMATU

“Akutní astmatický záchvat je vlastně důsledkem křečovitého stažení svaloviny, která obkružuje stěnu nejtenčích bronchů a bronchiolů. Průsvit dýchacích cest se tedy prudce zmenší.

Během astmatického záchvatu se sliznice bronchů zanítí a zduří, čímž se průchod vzduchu ještě více znesnadní. Navíc sliznice produkuje velké množství hustého hlenu, který přispívá k ucpávání dýchacích cest” (Steinmannová, 1992, s. 166).

Astmatický záchvat je akutní zhoršení stavu po kontaktu nemocného s alergenem (prach, pyl, zvířecí srst, roztoči), cigaretovým kouřem, po zvýšené tělesné námaze, po prožitých stresujících událostech, po nachlazení či respirační infekci.

Projevem záchvatu je zvýšená srdeční akce, stísněný pocit na hrudi, ztížené dýchání se sípotem. Záchvat může trvat od několika minut po několik hodin. První pomocí při záchvatu je aplikace spreje s léčivou látkou vdechnutím ústy. Nezbytné je sprej aplikovat v co nejkratší době po nástupu záchvatu, jinak může dojít ke komplikacím až život ohrožujícím (cyanotické promodrání okrajových částí těla, ztráta citlivosti končetin, zástava dýchání, bezvědomí, v nezávažnějších případech i smrt).

TERAPIE A LÉČBA

V akutním stadiu ataky záchvatu se aplikuje léčivá látka ve formě spreje, který se vdechuje ústy. Základním léčivem obsaženým v inhalátoru jsou bronchodilatancia (látky pomáhající rozšíření průdušek a průdušinek tím, že uvolňují spasmus hladkého svalstva v dýchacích cestách).

Preventivně mohou být podávány v pravidelných intervalech např. kortikoidy.

Inhalátory pro první pomoc při záchvatu a pro pravidelnou prevenci se liší barevně:

- u záchvatu – inhalátor šedý, modrý nebo zelený
- preventivní podávání – inhalátor hnědý, oranžový, červený, žlutý

Steinmannová (Steinmannová 2006) uvádí tyto způsoby léčby astmatu:

- odstranění spouštěčů

- imunoterapie
- léky – bronchodilatancia, léky na bázi adrenalinu, protizánětlivé léky, kortikoidy, antihistaminika

2.5. EKZÉM

Ekzém (atopická dermatitida) je chronický zánět kůže způsobující úporné svědění, tento zánět je reakcí na kontakt s alergizující látkou.

Prvními projevy ekzému jsou zarudlé, červené lokality na pokožce postiženého, které přecházejí v puchýřky, které mokvají. Ekzém není přenosnou, infekční chorobou.

TERMINOLOGIE

Alergologie, imunologie jsou lékařské obory zabývající se problematikou poruch imunity a vlivem alergenů na vznik onemocnění

Dermatologie – kožní lékařství

Antihistaminika – léky tlumící projevy alergie

Ichtyol – léčivá látka, která je obsažena v mastích a krémech aplikovaných na ložiska ekzému

Kortikoidy – hormonální výtažky z kůry nadledvin, obsaženy v lécích tlumících nežádoucí projevy ekzému

PROJEVY EKZÉMU

“Dítě s ekzémem má na kůži červenou vyrážku až drobné puchýřky. Kůže bývá zanícená, velmi suchá, šupinatá, loupe se a někdy ztlušťuje a zhrubne. Někdy bývá kůže mokvavá, prosakuje z ní tekutina, která zasychá v škráloupek” (Steinmannová, 1992, s. 25).

Mezi projevy ekzému patří: zduřelé a zarudlé plochy na kůži, které přecházejí v puchýřky, které mohou začít mokvat, čímž vzniká cesta pro vstup infekce otevřenými rankami v pokožce. Při postupujících a nehojících se lokalitách výskytu zarudnutí a puchýřků je nezbytné obrátit se na odborné lékaře (dermatologa a alergologa), kteří stanoví přesnou diagnózu, dále lokality výskytu atopického ekzému jsou u dětí nejčastěji v kožních ohybech a záhybech (loketní jamka, podkolenní jamka, podpaží) či v místech, kde je nemocná pokožka v kontaktu s

oděvem a je drážděna stykem s textilií (zejména syntetické tkaniny a látky s vyšším vlasem jako např. samet či vlna)

PREDISPOZICE VZNIKU EKZÉMU

Předpoklady pro vznik ekzému mohou být: *vnější*, mezi které patří alergeny (vzdušné, kontaktní i potravinové), dlouhodobý kontakt kůže s dráždivými látkami např. v některých rostlinách, chemikáliích, barvivech, léčivech, a *vnitřní* jako např. genetická predispozice, poruchy imunity, kožní defekty, nervové poruchy (zvýšené nutkání ke škrábání při pocitu neustálého svědění, pocit zvýšené citlivosti kůže).

FAKTORY SPOUŠTĚJÍCÍ EKZÉM (PROVOKAČNÍ FAKTORY)

Spouštěči ekzému jsou: alergeny různého typu, chronické kožní infekce, dráždivé potraviny (čokoláda, kakao, vejce, ořechy, luštěniny, mléčné výrobky, ostrá koření, kyselé pokrmy), psychické stresové stavy, povětrnostní vlivy – velká sucha a horka (zvýšené pocení kůže), smogové stavy, velké výkyvy teplot, hormonální výkyvy u žen (menstruační cyklus, těhotenství, klimakterium).

“Asi tak u 20-30 procent dětí vzplane ekzém díky alergii na potravu”
(Steinmannová, 1992, str. 27).

RIZIKOVÉ STAVY U EKZÉMU

Otevřenými rankami v prasklé či poškrabané pokožce mohou do těla stupovat různé bakteriální či virové infekce. Příkladem bakteriální infekce je zlatý stafylokok (rány silně mokvají, a vznikají rozsáhlé strupy) – zde je léčba ATB. Zástupcem virové infekce je opar (herpes simplex). Dalším onemocněním, které může zkomplikovat výskyt ekzému jsou bradavice.

LÉČBA A TERAPIE

První krokem je odstranění alergenu z blízkosti nemocného, vyloučení zejména kyselých, vysoce kořeněných a alergizujících pokrmů ze stravy, používání oděvů z měkkých, hladkých a hlavně přírodních materiálů.

Strupy vzniklé na místech ranek a puchýřků je třeba nechat samovolně odhojit a sloupnout, nesmí se násilím odstraňovat (riziko zanesení další infekce). Na zmírnění nepříjemných průvodních stavů a projevů svědění se aplikují různé chladivé obklady, vysoce hojivé, většinou více mastné krémy a masti (obsahující zinek, dehet a kyselinu salicylovou). Jako podpůrná léčba se orálně podávají antihistaminika, která potlačují působení alergenů, nebo medikace s obsahem kortikoidů.

Je možné těž postižená místa koupat ve speciálních léčivých či olejových lázních, které pomáhají hojení a zmírňují svědění.

3. DŮSLEDKY CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ V BĚŽNÉ ŠKOLSKÉ PRAXI

3.1. CHRONICKY NEMOCNÉ DÍTĚ A ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ

ÚPRAVY ŠKOLNÍHO REŽIMU DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM V LEGISLATIVĚ

Podle nového školského zákona MŠMT Zákon č, 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném školství. se osoba dlouhodobě nemocná považuje za osobu se zdravotním znevýhodněním a pro splnění účelů tohoto zákona je považována za dítě, žáka, studenta se speciálními vzdělávacími potřebami.

“Vzdělávání osob s tělesným (i kombinovaným) postižením, má legislativní oporu ve školských zákonech a v pravidelně inovovaných vyhláškách MŠMT ČR o integraci a vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami” (Novosad, 2002, s. 48).

Děti navštěvující první stupeň základní školy a první stupeň osmiletých gymnázií tráví ve školním roce ve školním prostředí a kolektivu třídy většinu dne a většinu času. Děti trpící některým z chronických onemocnění a vyžadující speciální přístup, stravu (úprava stravovacího režimu a dietetické úpravy stravy či speciální potraviny u diabetiků, celiaků a některých typů alergií či ekzému), pravidelný režim (pravidelný přísun stravy u diabetiků) a případně i podávání léků (aplikace inzulinu u

diabetiků, inhalace respirátoru u astmatiků, či podání antihistaminik u záchvatu alergie), děti mající určitá omezení v běžném denním režimu (zvýšená unavenost a to vyžadující častější odpočinek u diabetiků, omezení tělesné aktivity u astmatiků), v pohybových aktivitách a některých činnostech, jsou tak odkázány po většinu dne na pomoc, empatický přístup a podporu pedagogů a ostatních zaměstnanců školy.

“Respektování individuálních zvláštností, které mohou žáka na cestě k osvojení si klíčových kompetencí znevýhodňovat, vede ke zvýšenému úsilí o vyrovnávání jeho příležitostí cestou, která je kritiky někdy vnímána jako pozitivní diskriminace (affirmative action) (Hájková, 2008, s. 79).

ROLE PEDAGOGA V INTEGRACI DÍTĚTE SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM

Úlohou a úkolem pedagoga je v první řadě přinášet dětem nové informace ve výuce a tyto informace jim vštěpovat, ale neméně důležitou rolí je i vliv na žáky mimo samotnou výuku, přenášení a učení běžných návyků a dovedností, učení správnému životnímu stylu a zdravým životním návykům.

Přítomnost dítěte s chronickým onemocněním v třídním kolektivu, pokud dítě nemá speciální nároky a požadavky a nemá speciálně upravený stravovací či pohybový režim, může být ostatními zdravými dětmi vnímána, aniž by děti zaregistrovaly, že jejich spolužák nějakým onemocněním trpí.

Pedagog by měl být ovšem o jakékoli změně zdravotního stavu každého svého žáka pečlivě a důsledně informován rodiči dítěte s chronickým onemocněním – učitel po dobu pobytu dítěte ve škole přebírá za dítě a jeho zdravotní stav, bezpečnost a nejvýše možné pohodlí zodpovědnost, měl by znát veškerá rizika případných změn zdravotního stavu svých žáků.

Mezi kompetence pedagoga, které uvádí Hájková (Hájková 2008) jako nezbytné a optimální pro práci s chronicky nemocnými dětmi patří následující: optimální osobnostní kompetence, vlastní pedagogické kompetence, odborné kompetence, základní dovednosti pedagoga, schopnost individualizovat a diferenciovat metody a cíle

výuky u zdravých dětí a dítěte s chronickým onemocněním, osvojení si vývojově-psychologických informací, osvojení si učebně psychologických informací, osvojení si sociálně-psychologických informací, osvojení si motivačně-psychologických informací.

U dětí s různými druhy chronického onemocnění se i při pobytu ve škole v průběhu výuky může vyskytnout náhlé zhoršení zdravotního stavu, nebo naopak je výuka u dítěte ztížena chronickými příznaky jeho onemocnění.

Chronicky nemocné dítě je pod neustálou medikací, která může vyvolávat stavy únavy a tím zhoršovat vnímání dění ve třídě a vyučované látky a tím pádem dítě může i začít zaostávat v prospěchu za ostatními spolužáky. Problémem v začlenění a integraci dítěte s chronickým onemocněním v běžném školním kolektivu, výuce, školních aktivitách může být nedostatečná erudovanost pedagogických pracovníků a jejich informovanost o problematice chronických onemocnění. Někdy pedagogičtí pracovníci neprojevují větší zájem o vlastní edukaci a rozšíření svých vědomostí o chronických onemocněních i z důvodů nedostatku času – učitelé jsou plně pracovně vytížení jak v době vyučování, tak i po jeho skončení (přípravy na další výuku, opravování domácích úkolů a písemných prací žáků). Dalším důvodem pro nezájem pedagogů o další vzdělávání v oblasti onemocnění dětí jsou i obavy z větší zodpovědnosti za nemocné dítě či další povinnost, která je nad rámec jejich běžného režimu či úvazku.

ZAČLENĚNÍ DÍTĚTE S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM DO TŘÍDNÍHO KOLEKTIVU A DO VRSTEVNICKÉ SKUPINY

Vyčlenění chronicky nemocného dítěte z třídního a školního kolektivu mohou zapříčinit i různá omezení provázející chronická onemocnění, ať už se týkají stravovacího režimu nemocného dítěte, dietetických úprav, pohybová omezení odrážející se v osvobození dítěte od tělesné výchovy, neúčast dítěte na společných sportovních aktivitách třídy a školy či na školních výletech. Co se přijetí takto nemocného dítěte ve vrstevnické skupině týká, hraje velkou úlohu i poučení a informování spolužáků nemocného dítěte pedagogem a vzor přístupu pedagoga k nemocnému spolužákovi. Často děti jednájí s nemocným spolužákem na základě předsudků, které přejímají od svých rodičů a nebo z mínění a názorů široké společnosti.

Jako základní psychosociální podmínka pro začlenění chronicky nemocného dítěte do třídního kolektivu mezi zdravé spolužáky je dobrá informovanost spolužáků o konkrétním chronickém onemocnění, kdy toto poučení by měl provést nejčastěji třídní učitel. Měl by dát také šanci ostatním dětem položit doplňující otázky týkající se onemocnění jejich spolužáka, rizik tohoto onemocnění a důvodů k omezení školního režimu na základě chronického onemocnění.

KOMUNIKACE RODIČŮ DĚTÍ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM A ŠKOLY

“Svou významnou a nezastupitelnou funkci mají svépomocné skupiny rodičů s dětmi s určitým typem chronického onemocnění. Sdílení prožitků mezi rodiči je jedním z nejučinnějších psychoterapeutických mechanismů, rodičovská sdružení navíc zprostředkovávají partnerské kontakty mezi rodiči a lékaři, terapeuti a dalšími profesionály procesu komplexní léčby a rehavilitace” (Hájková, 2008, s. 76).

Mnohdy vážne i komunikace mezi rodiči a školou a z toho vyplývající malá informovanost ze strany rodičů o rozsahu onemocnění jejich dítěte a požadavcích na různá omezení a opatření ve školním režimu. Rodiče často opomíjejí důležitost podrobné informovanosti školy o celkovém zdravotním stavu dítěte – rodiče by měli při nástupu dítěte do školy předložit dokumentaci a zprávy od dětského a odborného lékaře, zvláště pokud jejich dítě trpí onemocněním chronického rázu, které se dotýká i korekce a přizpůsobení režimu jejich dítěte ve škole.

4. CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ A Z NICH VYPLÝVAJÍCÍ DOPADY A OMEZENÍ PRO BĚŽNOU VÝUKU A REŽIM VE ŠKOLSKÉ PRAXI

4.1. DŮSLEDKY CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ NA DOCHÁZKU DÍTĚTE DO BĚŽNÉ ŠKOLY

V této kapitole detailně popisují a specifikují projevy jednotlivých chronických onemocnění a praktický dopad těchto projevů na pobyt dítěte a výuku ve škole.

Alergie : potravinové - nutnost sledování složení stravy ve školní jídelně, či případě školních výletů nebo škol v přírodě, kontaktní – v případě vícedenních výletů či pobytů v přírodě – vyvarovat se možnosti kontaktu dítěte např. s péřovými pokrývkami (možnost alergie na prach či roztoče), inhalační – zejména v pylové sezóně – pokud možno omezit pobyt dítěte venku, případná neúčast dítěte na pobytech v přírodě, školních výletech, sportovních venkovních aktivitách.

Diabetes: pokud je nutnost aplikace inzulínu dítěti – u mladších dětí buď docházení rodičů v čase aplikace dávky inzulínu, starší děti po proškolení a nacvičení si postupu aplikace si mohou již např. inzulínovým perem aplikovat dávku inzulínu samy, dietetická opatření – zejména při stravování vve školní jídelně ověřit, zda je provoz jídelny schopen a ochoten zajistit potraviny a pokrmy pro diabetickou dietu (konzultace a případné proškolení odbornou dietní sestrou), popřípadě mohou obědy dítěte zajišťovat sami rodiče – buď donáškou hotové stravy dítěti do školy a nebo docházení dítěte na oběd domů, pro diabetické děti je rovněž nezbytná pravidelnost a větší častost v jídle (hladové dítě by mohlo upadnout do hypoglykemického šoku) – proto by měly tyto děti mít případně výjimku jíst i mimo vyhrazené přestávky.

Celiakie: zásadní pro dítě s celiakií je důsledné dodržování přísné diety – v současnosti jsou i potraviny a suroviny pro celiaky již běžně dostupné v obchodní síti, cena bezlepkových výrobků je však poměrně vysoká. Tudíž se většinou nabízí varianta, že buď rodiče sami poskytnou školní jídelně bezlepkové potraviny – pokud je ovšem provoz jídelny schopen zajistit a zrealizovat přípravu pokrmů z těchto surovin, nebo je nutné dětem umožnit docházku na obědy domů.

Astma: u astmatických dětí je největším rizikem pro školní režim možnost akutního nástupu záchvatu dušnosti – dítě by mělo u sebe vždy mít inhalátor a mělo by jej umět správně použít. U dětí s astmatem by měl být brán zřetel a ohled i na možné omezení pohybových aktivit a pobytů v přírodě (jako u alergiků) z důvodu možnosti kontaktu s některým alergenem co by vyvolavačem astmatického záchvatu, astmatické děti mohou být také více unavené vzhledem k méně kvalitnímu spánku kvůli častějšímu se buzení způsobenému záchvatu dušnosti či kašle.

Ekzém: v případě tohoto onemocnění se nejvíce jedná o estetickou stránku – kdy děti s ekzémem, zejména pokud je výsev vyrážky či strupů na viditelném místě těla. Tyto děti mohou být někdy terčem posměchu, či ostatními dětmi odmítány. Tělesná omezení u dětí s ekzémem se týkají zejména pohybových aktivit a sportů – zejména pobytu ve vodě. Děti s ekzémem mohou někdy působit rušivě při vyučování tím, že je plochy s ekzémem svědí a dráždí a děti se více a často škrábou, někdy pro ně může být kvůli neustálému a úpornému svědění být obtížné sedět delší dobu v klidu. U těchto dětí je ze strany pedagogů, nutné více dohlížet na zvýšenou hygienu rukou, aby si při dotyku postižených míst na kůži nezanесли do ranek infekci. Dobré by bylo i častěji větrat místnost, kde ekzematik je a tuto místnost nepřetápět, aby se dítě s ekzémem nepotilo – pot dráždí pokožku, zejména narušenou a vyvolává tím větší svědivost.

MOŽNÉ KOMPLIKACE BĚHEM DOCHÁZKY DÍTĚTE S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM NA BĚŽNOU ŠKOLU

Sporným, komplikovaným a někdy obtížně řešitelným bodem může být podávání léků a aplikace léčiv během školního vyučování – menší děti by neměly mít léky u sebe – i když by byly poučeny můžou omylem požit větší dávku léku. Zejména u diabetiků manipulace s jehlou, spíše s inzulínovým perem by mohla být pro menší děti nebezpečná. I zde by bylo hodné proškolení pedagogických pracovníků o dávkování léků, popřípadě se musí vždy v době aplikace léku dostavit do školy jeden z rodičů či jiný pověřený zástupce, který dítěti lék podá.

Ve školské praxi je možná dohoda mezi pedagogem a rodičem o případném provedení léčebného úkonu (podání léku), o informovanosti pedagoga o rizikových stavech u toho kterého chronického onemocnění a v případě akutního zhoršení stavu dítěte o pověření pedagoga rodičem k přivolání rychlé lékařské pomoci, popřípadě zajištění prevozu dítěte pedagogem do lékařského zařízení.

MOŽNOSTI EDUKACE V LÁZEŇSKÝCH A NEMOCNIČNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Specifickou formou edukace chronicky nemocných dětí je edukace při různých léčebnách či lázeňských zařízeních a nemocnicích, ve kterých děti s některými onemocněními musí trávit mnohdy poměrně dlouhá období. Výukový a vzdělávací

režim a metodiky jsou zde přizpůsobeny jednak rozvrhu léčebných procedur a nutné době odpočinku a rekonvalescence dětí, ale i zdravotnímu stavu dětí – je nutné přihlížet k psychickému stavu dětí, která tráví čas bez rodičů mimo domov, k větší unavitelnosti dětí vzhledem k jejich onemocněním, ke specifikám a omezením jednotlivých onemocnění.

V těchto zařízeních bývá edukační činnost ztížená i vzhledem k různým věkovým skupinám dětí – pedagog léčebného zařízení by měl mít připravené a přizpůsobené učivo pro různé stupně škol.

“Míra edukace je přísně individuální a liší se v různých fázích onemocnění. Určuje si ji sám nemocný nebo jeho rodina, měla by být přiměřená věku, inteligenci, postojům, chtění a nadějím nemocného dítěte” (Vávrová, 2002, s. 80)

II. Výzkumná část

5. CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat výskyt dětí s chronickým onemocněním na prvním stupni základních škol v Českých Budějovicích a okolí a porovnání těchto údajů s údaji uváděnými v odborné literatuře a v internetových zdrojích.

Cílem výzkumu je posouzení jaký dopad má na průběh výuky přítomnost dítěte s chronickým onemocněním, zjištění, jak probíhá výuka a vzdělávání dětí s chronickým onemocněním na základních školách, ověření přístupu a postoje škol, zjištění postoje pedagogických pracovníků a vedení školních jídelen vůči dětem s chronickým onemocněním, ověření informovanosti pedagogických pracovníků o etiologii, komplikacích a omezeních jednotlivých chronických onemocnění, posouzení rozsahu spolupráce a komunikace rodičů se školou pedagogy, co se chronického onemocnění jejich dítěte týče, zhodnocení schopnosti a připravenosti škol a pedagogů vypořádat se s integrací chronicky nemocných dětí ve výuce.

6. VÝZKUMNÉ OTÁZKY:

- 1) Jaká chronická onemocnění se vyskytují u dětí na základních školách?
- 2) Jaké informace a znalosti mají pedagogičtí pracovníci o chronických onemocněních dětí?
- 3) Jak prakticky na škole probíhá integrace dítěte s chronickým onemocněním, co se opatření a omezení v průběhu výuky týče?
- 4) Narušuje přítomnost dítěte s chronickým onemocněním nějakým způsobem výuku?
- 5) Jaká je komunikace školy s rodiči, zejména přísun informací ze strany rodičů o zdravotním stavu dítěte?
- 6) Jsou školní jídelny schopné a ochotné vařit i speciálně upravenou stravu či diety?
- 7) Jaká je informovanost vedení školních jídelen o chronických onemocněních vyžadujících zvláštní stravovací režim, omezení ve stravě a dietách?

7. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dotazník byl koncipován za účelem zmapování výskytu dětí s chronickým onemocněním na základních školách. Výzkum byl prováděn na prvním stupni základních škol v Českých Budějovicích a okolí. Dotazník byl distribuován třídním učitelům a vedoucím školních jídelen. Při sestavování dotazníku bylo v první řadě zohledněno získání informací pro zodpovězení výzkumných otázek. Bylo ovšem i přihlédnuto k pracovní i časové vytíženosti pedagogických pracovníků. Otázky byly položeny tak, aby byly srozumitelné i laikovi ve zdravotnické terminologii. Záměrem však také bylo podnítit pedagogy a vedení školních jídelen v zamyšlení se nad problematikou přítomnosti dítěte s chronickým onemocněním ve škole, nad činnostmi a situacemi, které pro zdravé dítě jsou každodenní rutinou, ale pro chronicky nemocné dítě mnohdy bývají velkou komplikací a i důvodem ke zhoršení jejich zdravotního stavu.

Již v předvýzkumu, který jsem provedla na prvním stupni základních škol v Českých Budějovicích a okolí, jsem se setkala s reakcí vedení některých základních škol na můj dotaz na chronicky nemocné děti na této škole, že na jejich škole se dítě s chronickým onemocněním nevyskytuje. Při samotném výzkumu pak fakt, že ve třídě chronicky nemocné dítě není, byl pouze v malém počtu případů. Naopak jsem zjistila, že v některých třídách je i více dětí s různými typy chronických onemocnění.

Obtížnější byla situace se zjišťováním potřebných informací ve školních jídelnách u jejich vedoucích. Vedoucí jídelen mne odmítaly kvůli nedostatku času, či s odůvodněním, že o problematice chronických onemocnění ve vztahu ke stravě žádné podrobnější informace nemají. Naopak některé jídelny mi dokonce poskytly i vzorové jídelníčky a seznamy potravinových alergenů uváděných u jednotlivých pokrmů, nebo vedoucí jídelny uvedla i citaci vyhlášky, kterou se řídí školní kuchyně při přípravě pokrmů pro děti.

Celkem byl dotazník předán 52 třídním učitelům. Z nich 40 odpovědělo kladně, že ve své třídě má alespoň jedno dítě s chronickým onemocněním. Tato informace může být zkreslena faktem, že o některých chronicky nemocných dětech ve své třídě ani třídní učitel vědět nemusí. Důvodem může být buď špatná nebo nedostatečná informovanost učitele ze strany rodičů nebo fakt, že u chronicky nemocného dítěte se nemoc dosud neprojevila manifestačně či nedošlo k první atace onemocnění.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1 – JAKÁ CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ SE VYSKYTUJÍ U DĚTÍ NA ZÁKLADNÍCH ŠKOLÁCH?

V dotazníku jsem uvedla výčet chronických onemocnění, jejichž výskyt na prvním stupni základních škol jsem si ověřila v předvýzkumu.

Tabulka 1.

ONEMOCNĚNÍ	POČET ŽÁKŮ (*)
Alergie	19
Astma	10
Celiakie	9
Epilepsie	9
Ekzém	7
Diabetes mellitus	5
Srdeční vady	3
Vady páteře	3
Crohnova choroba	2
Cystická fibróza	2
Svalová atrofie	1
Spastická paréza	1
Lupénka	0
Leukemie	0

(* počet žáků = počet žáků s daným onemocněním z výčtu 40 tříd)

Pedagogové i u této položky dotazníku uváděli, že mnohdy onemocnění není tak zjevné či se neprojevuje po dobu pobytu dítěte ve škole. O existujícím onemocnění u dítěte pedagogové získávají informace od rodičů dítěte.

Ve výčtu dětí s alergiemi jsou alergie potravinové (mléko, některé druhy ovoce – zejména citrusy, luštěniny, ořechy, ryby), kontaktní (čisticí a hygienické prostředky), inhalační (pyly, roztoči, prach), včelí bodnutí.

U diabetu mellitu se jedná v této věkové kategorii o diabetes mellitus I. typu – juvenilní diabetes mellitus.

Rovněž u vad páteře nebyl specifikován typ (lordóza, skolióza, kyfóza).

V některých dotaznících učitelé jako další chronická onemocnění uváděli i onemocnění, která ale spíše spadají mezi tělesná postižení, jako například spastická paréza či svalová dystrofie.

Zajímavý je velký počet dětí s celiakií, což je onemocnění, které ještě v nedávné době nebylo příliš známé či rozšířené.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2 – JAKÉ INFORMACE A ZNALOSTI MAJÍ PEDAGOGIČTÍ PRACOVNÍCI O CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍCH DĚTÍ?

Tabulka č. 2

Informují rodiče chronic. nemocného dítěte učitele o zdravotních komplikacích jejich dítěte?	
Ano	22
Ne	4
Částečně	14

Tabulka č. 3

Poskytuje dětská lékařka učiteli doplňující informace o chronickém onemocnění dítěte?	
Ano	3
Ne	37

Tabulka č. 4

Odkud získává učitel potřebné informace o chronickém onemocnění dítěte v jeho třídě?

Rodiče dítěte	28
Odborná literatura	14
Dětská lékařka	2
Přednášky a diskuze s odborníky	2
Internet	5
Dotázání se u dětské lékařky vlastního dítěte	1
Kolegové ve škole	1
Vedení školy	1
Speciálně pedagogické centrum	1

(někteří respondenti označili v dotazníku i více možností)

K tomuto dotazu učitelé nejčastěji vyjadřovali nespokojenost s ohledem na mnohdy minimální, nepostačující a neúplné informace o zdravotním stavu dětí ze strany rodičů. Rodiče často sdělují, byť i jen základní, informace o zdravotním stavu svého dítěte až na základě žádosti ze strany školy (na některých školách praktikují toto dotazování formou krátkých dotazníků, které rodiče vyplňují na začátku každého školního roku). To, že rodiče neinformují v plné míře školu o zdravotním stavu svého dítěte, je často zapříčiněno domněnkou rodičů, že dané onemocnění jejich dítěte nemá podstatný vliv na jeho docházku do školy a průběh výuky. Přitom informace, které dětský lékař podává rodičům dítěte s chronickým onemocněním, by měly být jasné a výstižné i co se vlivu onemocnění na školní výuku týče.

Učiteli byly zmíněny i případy, kdy u dítěte první projev či ataka chronického onemocnění proběhl právě až ve škole. V těchto případech byli rodiče informováni školou a bylo jim doporučeno vyšetření u dětského či jiného příslušného odborného lékaře.

Podávání informací o zdravotním stavu dětí ze strany dětského lékaře/lékařky není příliš časté a obvyklé. Důvodem je i nutnost informovaného souhlasu rodiče pro lékařku a svolení poskytnutím informací o zdravotním stavu jejich dítěte od lékařky příslušné škole. Zaznamenala jsem i případ, kdy učitel uvedl, že z vlastního zájmu se na chronické onemocnění dítěte ve své třídě doptával a informoval i ošetřující dětské lékařky svého vlastního dítěte.

Provedla jsem též krátký rozhovor se spádovou dětskou lékařkou. Ta mi tuto informaci o sdělování informací o zdravotním stavu dětí škoře potvrdila. Uvedla, že se setkala s případy, kdy škola se svolením rodičů sama zažádala o doplňující informace o daném chronickém onemocnění. Případně sám rodič, požadoval od dětské lékařky dodatečné informace o onemocnění svého dítěte ve vztahu k omezením ve výuce.

Pedagogové uvedli, že doplňující informace o chronických onemocněních, jimiž trpí děti v jejich třídách, získávají také vlastním samostudiem odborné literatury, či si vyhledávají informace na internetu či z jiných médií.

Doplňující informace se týkají zejména možných komplikací daného chronického onemocnění, akutních stavů onemocnění, potřebné medikace, terapie a rehabilitace, vlivu onemocnění na tělesný a duševní stav a vývoj dítěte.

Někteří pedagogové uvedli, že by uvítali a byla by pro ně velkým přínosem i účast na odborných přednáškách a seminářích, kde by odborný či dětský lékař přednášel o chronických onemocněních, o jejich rizicích pro pobyt dítěte ve školním prostředí a kolektivu a vlivu na výuku dítěte.

Informace učitelé získávají také od svých kolegů, kteří také mají ve své třídě dítě s chronickým onemocněním.

Byla zmíněna i možnost získání informací od Speciálně pedagogického centra. Toto se však spíše týkalo onemocnění hraničních s tělesným postižením, jako je svalová dystrofie a spastická paréza.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3 – JAK PRAKTICKY NA ŠKOLE PROBÍHÁ INTEGRACE DÍTĚTE S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM CO SE OPATŘENÍ A OMEZENÍ V PRŮBĚHU VÝUKY TÝČE?

Většina pedagogů pokud se hovoří o integraci v první řadě přemýšlí o dítěti s tělesným či duševním znevýhodněním.

Na chronicky nemocné dítě není často dosud pohlíženo jako na dítě potřebné integrovat se speciálními požadavky, potřebami, omezeními a opatřeními.

Často teprve až když se osobně s takovým dítětem setká ve výuce, či dokonce když ho má ve své třídě a musí se mu více věnovat a více se zabývat specifiky jeho zdravotního stavu, uvědomí si závažnost některých chronických onemocnění a jejich komplikací.

Tabulka č. 5

Pokud musí chronicky nemocné dítě užívat léky i době vyučování:	
Dítě léky v době vyučování neužívá	10
Dítě má lék u sebe – aplikuje si jej samo	19
Lék dítěti aplikuje učitel	4
Na aplikaci léku dítěti dochází rodiče	6

Výčet opatření a omezení ve výuce při integraci dítěte s chronickým onemocněním byl sestaven z dotazníkových odpovědí respondentů. Jednotlivá omezení a opatření jsou dále rozebrána, popsána a vysvětlena podrobně. Omezení a opatření uváděli respondenti na základě vlastních zkušeností z pedagogické praxe, kdy jako třídní učitelé mají ve své třídě integrováno dítě s některým z chronických onemocnění.

Tabulka č. 6

Opatření ve výuce při integraci dítěte s chronickým onemocněním
Návod na použití a aplikaci léků
Léky na poskytnutí první pomoci na dostupném místě
Měkká podložka v zadní části třídy (epilepsie)
Kompenzační pomůcky – schodolez (vady páteře)
Častější větrání (astma)
Sledování nástupu záchvatu (astma, epilepsie)
Zohlednění faktorů (chřipka, únava) vedoucích ke zhoršení zdravotního stavu dítěte
Průběžné monitorování zdravotního stavu dítěte (astma, epilepsie)

Umožnění častějšího a dostatečného stravování (diabetes)
Zajištění bezlepkové diety ve školní jídelně a na mimoškolních akcích (celiakie)
Doprovod na WC a ze schodů (epilepsie)
Adrenalinová pera (alergie na včelí bodnutí)

Tabulka č. 7

Omezení ve výuce při integraci dítěte s chronickým onemocněním
Nevystavovat dítě alergenům (alergie, astma, ekzém)
Omezení při TV, hrách, soutěžích, pohybových aktivitách (astma, epilepsie, vady páteře)
Obtížné stěhování mezi učebnami (vady páteře)
Omezení práce s a sledování PC, nesledování filmů na interaktivní obrazovce (epilepsie)
Časté absence kvůli hospitalizaci a rehabilitaci (cystická fibróza, srdeční vady, vady páteře)
Neúčast na plaveckém výcviku (epilepsie, ekzém, srdeční vady)
Větší unavitelnost (astma, srdeční vady)
Častější absence a následná nutná domácí příprava (cystická fibróza)
Potřeba individuálního oddechu a odpočinku (astma, srdeční vady)
Při záchvatu (astma, epilepsie) se vyučující může věnovat pouze nemocnému dítěti
Skuz v osnovách a probírané látce celé třídy při opakovaných epileptických záchvatech dítěte
Zamezení kontaktu se stresovými situacemi (epilepsie)
Více času na přípravu na vyučování nebo převlékání na tělesnou výchovu (astma, srdeční vady)
Zamezení kontaktu s čistícími prostředky a chemikáliemi (ekzém)

Na tento dotaz reagovali učitelé v mém dotazníku nejvíce, vyjadřovali své zkušenosti s přítomností chronicky nemocného dítěte ve výuce.

V některých případech byl názor, že chronicky nemocné dítě ve třídě není pro průběh výuky přítěží, že nijak výuku samotnou neovlivňuje. Pedagogové v těchto případech

posuzovali integraci chronicky nemocného dítěte jako minimálně náročnou. Žáci v těchto případech zvládají výuku bez omezení a nadstandardních opatření. Jednalo se zejména o diagnózy alergií, ekzému, někdy i celiakie, která vyžaduje omezení a úpravy pouze ve stravovacím režimu dítěte, který je v režii školních jídelen.

Pro adekvátní začlenění chronicky nemocného dítěte do výuky je bezpodmínečným předpokladem dobrá komunikace a spolupráce mezi školou a rodiči nemocného dítěte, v případě nutnosti i s dětským lékařem, odborným lékařem či dětským psychologem. Po dobu vyučování je zcela na vyučujících, aby průběžně sledovali a monitorovali zdravotní stav chronicky nemocného dítěte, aby okamžitě zaznamenali sebemenší změnu ve zdravotním stavu či chování dítěte. Při zhoršení zdravotního stavu nemocného dítěte je nezbytné upravit a přizpůsobit dočasně i celý režim a program třídy. Nemocné dítě by se v kolektivu třídy mělo cítit dobře a příjemně, nemělo by mít pocit, že je na obtíž, či že v případě projevu jeho nemoci je na něj nahlíženo dokonce s opovržením a odtážitostí.

V dotaznících se vyskytl i názor, zda lze přítomnost chronicky nemocného dítěte ve třídě zvládat za každé situace, i s ohledem na to, že se zhorší kázeň a pozornost, a je tak narušeno i další vyučování. Tento vyučující vyjádřil i domněnku, zda chronicky nemocné dítě dokáže bez omezení splňovat všechny požadavky ve škole na něj kladené a plně se zapojit do výuky a úkolů, které mají děti v rámci vyučování plnit.

Důležité rovněž je, aby vyučující dostatečně informoval a srozumitelně vysvětlil ostatním dětem ve třídě povahu a druh onemocnění jejich spolužáka a připravil je na možná zhoršení jeho zdravotního stavu a nastalé komplikace a rizika. Tyto připomínky se konkrétně týkaly dětí s diabetem a epilepsií.

V dotaznících jsem zaznamenala ale i velice věcný, praktický a podnětný návrh jednoho pedagoga. Zmínil se o možné výhodě používání náramků s označením nemoci, kterou dítě trpí a základních informacích o onemocnění a aplikovaných medikamentech. Náramky se liší barevně (alergie žlutý, diabetes zelený, hypertenze modrý, epilepsie bílý). V mnoha případech už informace z náramku zachránila nemocnému život.

V zásadě pedagogové nejvíce potřebují základní informace o zdravotním stavu dítěte od rodičů. Mezi tyto informace patří základní diagnóza, zjevné projevy onemocnění, rizikové stavy a komplikace daného onemocnění, způsoby terapie, léčby a medikace a nutná omezení a opatření, která toto onemocnění vyžaduje, pro výuku a mimoškolní akce.

Závažným problémem někdy bývá, jak v průběhu vyučování řešit aplikaci potřebného léku nemocnému dítěti. Učitelé i v dotaznících vyjadřovali obavy z aplikace a podávání léků dětem, přestože od rodiče dostanou přesné instrukce a návod jak daný lék aplikovat a dávkovat. Stejně tak učitelé mají někdy pochybnosti, i když má dítě samo lék u sebe a samo si jej aplikuje. I přesto musí být, zejména u menších dětí přítomna dospělá osoba a kontrolovat, zda si dítě lék aplikuje správně a v předepsaném množství. V této souvislosti se objevily i obavy učitelů z možného předávkování dítěte lékem. Také zde je i časová náročnost, kdy se učitel musí, byť jen chvíli věnovat pouze jednomu žákovi z celé třídy.

Pro vyučující s chronicky nemocným dítětem ve třídě je náročná jak časově, tak psychicky i fyzicky příprava na vyučování, kdy musí do své přípravy zapojit i nad rámec vyučovacích osnov zaměstnání a aktivity pro chronicky nemocné dítě, pokud se toto nemůže v plné míře účastnit všech aktivit a činností ve vyučování. Poté je pro tohoto vyučujícího znatelně náročnější i samotné vyučování, kdy musí neustále udržovat zvýšenou pozornost a uchovávat si dostatek energie a sil i pro případ nenadále komplikace zdravotního stavu chronicky nemocného dítěte. Nutné jsou dobré osobní kompetence pedagoga, zejména dobrý psychický stav a odolnost vůči stresu, kdy tyto vlastnosti pedagog ve zvýšené míře potřebuje a použije v případě akutního zdravotního stavu nemocného dítěte.

Učitelé rovněž vyjádřili nelibost s faktem, že přítomnost chronicky nemocného dítěte a hlavně stavy zkomplikování a zhoršení zdravotního stavu, vyžadující maximální věnování se učitele pouze nemocnému dítěti, mohou mít dopad i na plnění vyučovacích osnov a mnohdy i časový skluz v probíraném učivu. Jako rušivý element je učiteli považován i fakt, že ostatní děti ve třídě jsou po takové události buď vyděšené anebo roztěkané. Toto vyžaduje opět, aby vyučující věnoval čas určený výkladu učiva vysvětlování zdravotních problémů nemocného spolužáka. Dle

tvrzení některých učitelů je pak mnohdy takřka nemožné v krátké době vrátit výuku zpět do běžných kolejí.

Dotazovaní učitelé vyjádřili i praktické připomínky pro zlepšení situace s integrací chronicky nemocných dětí, jako například aby ve třídách, kde je integrováno dítě s některým z chronických onemocnění, byl menší počet žáků. Další postřehem respondentů bylo, zvýhodnění, ocenění a motivování vyučujících, kteří mají ve třídě chronicky nemocné dítě například finančně zvýšením platu či odměnami. Učitelé by i u chronicky nemocných dětí, zejména dětí se záchvatovitými onemocněními či s chrobami, kde je nezbytné aplikace léku i v průběhu vyučování, velice ocenili přítomnost asistenta pedagoga, byť i jen jako poradce a oporu.

Jako nejvíce zasahující do výuky, závažné, stresující a zatěžující klasifikovali pedagogové přítomnost dítěte s epilepsií ve třídě. Vyučující popsali v dotazníku případy, kdy u dítěte proběhl úplně první epileptický záchvat právě až ve škole. V tomto případě nebyl učitel na danou situaci vůbec připraven. Nejenže nevěděl detailní informace o nemoci samotné a tudíž ani při nástupu záchvatu nebyl schopen diagnostikovat jaké obtíže dítě má, a proto ani nevěděl, jak s dítětem při epileptickém záchvatu zacházet a pouze mohl praktikovat zásady poskytnutí běžné první pomoci. Pokud vyučující již ví, že má ve třídě dítě s epilepsií, měl by být obezřetný a pozorně sledovat příznaky blížícího se záchvatu. U epileptického záchvatu je zejména v kolektivu velice intimní detail, kdy v průběhu záchvatu dojde k uvolnění všech svěračů a u postiženého dochází k pokálení a pomočení. Tato situace může být velice degradující zejména v dětském kolektivu. Vyučující by se proto měl snažit zvládnout tuto situaci pokud možno někde v ústraní a vysvětlit ostatním dětem proč k tomuto stavu u jejich spolužáka došlo.

V dotaznících jsem zaznamenala poznatek jednoho z pedagogů z vlastní praxe, kdy při přítomnosti dítěte s epilepsií ve třídě, mají v zadní části třídy připravenou měkkou podložku, na kterou mohou dítě se záchvatem položit, aby se neporanilo. Co považovali všichni vyučující, kteří mají ve své třídě dítě s epilepsií, za nejvíce zatěžující a stresující je moment, kdy se musí primárně a výhradně věnovat dítěti se záchvatem (odstranit z okolí dítěte předměty o které by se při záchvatu mohlo zranit, a nezvládají dohled nad zbytkem dětí ve třídě. Děti při první kontaktu s dítětem v

epileptickém záchvatu jsou vylekané, zmatené, pokud se vyučující potřebuje být jen na krátký okamžik vzdálit, aby přivolal pomoc, bojí se být sami se svým spolužákem v záchvatu. Vyučující musí v tomto případě i uklidnit ostatní děti ve třídě, a alespoň stručně jim objasnit důvod chování a obtíží jejich spolužáka. U dítěte s epilepsií, co se omezení ve výuce a mimoškolních aktivitách týče, je nutné omezit některé tělesné aktivity, zejména při tělesné výchově, a to zejména šplh, plavání. Dále by takto nemocné dítě nemělo sledovat filmy na interaktivní televizi, mělo by mít i pouze omezenou zkrácenou dobu, kterou stráví na počítači. Epileptické dítě nemůže při různých hrách a soutěžích plnit všechny úkoly, takže opět i zde musí vyučující buď věnovat odděleně zvýšenou pozornost nemocnému dítěti, či mu dát nějakou náhradní náplň či aktivitu. Dítě s epilepsií by také nemělo pobývat delší dobu na přímém slunci a mělo by se u něj co nejvíce zamezit možnosti vzniku stresových situací, které by mohly být spouštěcím impulsem epileptického záchvatu. Rovněž by vyučující měli zohlednit zátěžové faktory, které mohou vést k okamžitému zhoršení zdravotního stavu nemocného dítěte, jako například únava či chřipka. Nutností je i doprovod vyučujícího dítěte s epilepsií i na toaletu.

U dětí s diabetem je nutná úprava stravovacího režimu a dietetické úpravy jídelníčku. Diabetické děti ale vyžadují i zvýšenou pozornost během samotné výuky. Vyučující by měli sledovat a dbát na to, aby děti s diabetem častěji a dostatečně jedli z důvodu rizika vzniku hypoglykemie, tj. sníženého množství krevního cukru v oběhu dítěte. Tyto děti také častěji močí, proto je nezbytné, aby vyučující toleroval častější odcázení dítěte na toalety, u menších dětí, aby i dítě na toaletu doprovodil. U diabetických dětí je největší komplikací, kromě dodržování přísného dietetického režimu, subkutánní injekční aplikace inzulínu či odběr krve z prstu pro změření hodnoty krevního cukru, zejména u mladších dětí na prvním stupni základních škol. Takto malé děti nejsou většinou schopné aplikovat samy u sebe injekční jehlu nebo i jen inzulínové pero, či se bodnout do břicha prstu. Za prvé se bojí bolesti, za druhé nemají tak vyvinutou motoriku a nejsou tak zručné, aby si při vpichu jehly nemohly ublížit. Ze všech respondentů, kteří uvedli, že mají ve třídě dítě s diabetem, žádný z nich nevedl, že by on sám asistoval s injekční aplikací inzulínu či pomáhal odebrat kapku krve pro měření glukometrem. Většinou učitelé uváděli, že na aplikaci inzulínu a odběr krve pro měření glukometrem, dochází za dítětem jeden z rodičů. Na jedné škole působí coby asistentka pro děti s diabetem

matka jednoho ze žáků školy, který má též diabetes. Při docházce na aplikaci za vlastním dítětem, aplikuje inzulin i dalšímu dítěti.

Dalším onemocněním, které respondenti v dotaznících zmiňovali je celiakie. Zde se omezení a opatření týkají pouze stravovacího režimu nemocného dítěte. Jedná se o dietetické úpravy obědů ve školní jídelně a úprava jídelníčku na mimoškolních akcích a školních výletech. Učitel musí být obezřetný a sledovat, aby dítě nejedlo potraviny obsahující lepek, což by mu mohlo způsobit závažné zažívací problem, či dokonce dlouhodobější zhoršení celkového průběhu nemoci.

U onemocnění astmatem je dítě nejvíce omezeno při pohybových aktivitách. Nesmí běhat na delší tratě, omezení má i při plaveckém výcviku. Je také nutno poskytnout dítěti více času například při převlékání se na hodiny tělesné výchovy, protože astmatické dítě se více zadýchává a potřebuje veškeré činnosti vykonávat pomaleji, v klidu a s časovou rezervou. Terapie při astmatu je nejčastěji řešena inhalátory, které mají i menší děti u sebe, a samy dle potřeby a nástupu astmatického záchvatu si samy vdechnou odměřené množství účinné látky z inhalátoru. Přesto vyučující mají i u sebe návod na použití a aplikaci inhalátoru.

Alergické děti by neměly pokud možno přijít do styku s vyvolávajícím alergenem. Proto je nutné vyloučit alergeny z přítomnosti dítěte, ať už jsou to alergizující potraviny u potravinových alergií, pyly a roztoči u inhalačních alergií či například chemikálie a čisticí prostředky u kontaktních alergií.

Zvláštním a závažným případem je alergie na včelí jed. Při této alergii by se dítě mělo vyhýbat lokalitám s výskytem včel, jako jsou louky, blízkost odpadkových košů a místa, kde se vyskytují sladké potraviny a nápoje. Je také nezbytné, aby buď dítě samo u sebe a nebo vyučující měli mít antihistaminikum, a případně i adrenalinové pero, aby dítě neupadlo do anafylaktického šoku.

U dětí s ekzémem se opatření ve výuce týkají zamezení kontaktu dítěte, zejména jeho pokožky s agresivními látkami, jako jsou při pracovním vyučování používané chemikálie a někdy i běžně používané čisticí a hygienické prostředky.

Vrozené srdeční vady se četností mezi zkoumanými třídami vyskytují pouze sporadicky. Ovšem závažnost tohoto onemocnění u dítěte ve třídě vyžaduje ze strany vyučujícího velkou ostražitost a zvýšenou péči o takto nemocné dítě. Dítě se srdeční vadou je rychleji a snáze unavitelné. V jednom případě se v dotazníku učitel pozitivně a s povděkem zmínil o výborné spolupráci rodičů dítěte se srdeční vadou se školou a s vyučujícími. Rodiče podávají pravidelně vyčerpávající informace o aktuálním zdravotním stavu dítěte, kdy rodiče i detailně popíší příznaky blížících se komplikací zdravotního stavu jejich dítěte, a jak v této situaci reagovat a jaké léky a v jakém množství dítěti podat, takže vyučující v případě zhoršení zdravotního stavu dítěte do podrobností ví, jak se má chovat a co může pro dítě udělat, aby mu pomohl.

U dětí s cystickou fibrózou vyučující žádná zásadní omezení či opatření neuvedli. Jediné, že dítě s tímto onemocněním častěji chybí (i z důvodů hospitalizace), a tudíž může mít problémy v doučení se zameškaného učiva. Děti s tímto onemocněním mají i omezení v pohybových aktivitách.

Další skupinou jsou děti s vadami páteře (lordóza, kyfóza, skolióza). Zde je největší omezení v hodinách tělesné výchovy, při mimoškolních aktivitách a školních výletech. U těžších forem vad páteře jsou na školách instalovány i kompenzační pomůcky, jako například schodolez.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4 – NARUŠUJE PŘÍTOMNOST DÍTĚTE S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM NĚJAKÝM ZPŮSOBEM VÝUKU?

Ve většině případů respondenti uváděli, že samotná přítomnost dítěte s chronickým onemocněním přímo výuku nenarušuje. K narušení výuky a vyučování dochází pouze v případech, kdy dojde ke zhoršení momentálního zdravotního stavu dítěte.

Toto platí zejména u dětí s epilepsií, kdy při záchvatu dítěte je celkově narušena, často i přerušena výuka, protože vyučující se musí věnovat pouze dítěti se

záchvatem. Obdobný případ je u dětí s astmatem, kdy probíhající astmatický záchvat rovněž zapříčiní narušení, někdy i přerušování výuky. Dle odpovědí respondentů v dotazníku nejrušivěji působí a nejvíce negativně ovlivní průběh výuky první projev nemoci dítěte, první záchvat. Pokud je dítě s chronickým onemocněním ve třídě již delší dobu, vyučující již ví, jak se má zachovat a jak jednat v případě zhoršení zdravotního stavu dítěte. Pedagog se také naučí, jak si má dítě aplikovat lék, případně i jak asistovat dítěti s aplikací léku. Také ostatní děti ve třídě při prvním projevu chronického onemocnění jejich spolužáka reagují více polekaně a zmateně, většina z nich přijde s takovým onemocněním a nemocným jím trpícím do kontaktu poprvé v životě. Důležité je, aby vyučující řádně, srozumitelně a jasně vysvětlil dětem ve třídě podstatu onemocnění jejich spolužáka, připravil je na možné reakce a změny v chování při zhoršení zdravotního stavu a případně je i poučil o základních pravidlech poskytnutí první pomoci v případě nutnosti.

Respondenti v dotaznících uváděli, že před skutečností, že je do jejich třídy zařazeno dítě s chronickým onemocněním jsou mnohdy postaveni bez předchozího uvědomnění vedením školy. Chronicky nemocné dítě je všeobecně bráno jako dítě běžně zvládající výuku. Vyhrocením situace zvládnutí zaintegrovaní chronicky nemocného dítěte do běžné výuky bývají případy, kdy dítě nastupuje do školy jako zdravé, bezproblémové dítě a až v průběhu školní docházky u něj proběhnou manifestačně první příznaky chronického onemocnění. V ten moment mohou vyučující začít považovat dítě za komplikaci v hladkém průběhu vyučování. Obzvláště pokud se jedná o onemocnění s bouřlivými příznaky až záchvaty, jako je například epilepsie či astma.

Rušivě na klidný průběh vyučování, na kázeň ostatních dětí ve třídě, může působit i dítě například s diabetem. U těchto dětí jako rušivý aspekt může působit i třeba aplikace inzulínu inzulínovým perem anebo fakt, že diabetické dítě musí přijímat pravidelně dostatečné dávky stravy, někdy i během vyučovací hodiny, pokud dítě cítí, příznaky hypoglykemie a stravou si potřebuje zvýšit hladinu krevního cukru.

Pouze jeden z respondent uvedl, že přítomnost chronicky nemocného dítěte průběh výuky narušuje. Tento fakt odůvodnil nutností přítomnosti osobního asistenta či asistenta pedagoga ve výuce u tohoto dítěte. V tomto případě se jednalo o dítě se svalovou atrofií. Jako rušivý moment v tomto případě dle názoru učitele působila neustálá přítomnost asistenta ve třídě, která údajně rozptylovala ostatní děti od sledování výkladu učiva.

V drtivé většině případů však respondenti v nejmenším nepokládali začlenění dítěte s chronickým onemocněním do běžné výuky jako rušivý element. Buď příznaky onemocnění a opatření, která dané onemocnění vyžaduje, jsou téměř nepostřehnutelné, nebo se s minimální dávkou snahy a tolerance ze strany pedagoga dají bez větších problémů zvládnout.

Otázkou je, zda přítomnost chronicky nemocného dítěte ve výuce je více rušivá a zatěžující pro vyučující, nebo více působí rušivě na ostatní děti ve třídě.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 5 – JAKÁ JE KOMUNIKACE ŠKOLY S RODIČI, ZEJMÉNA PŘISUN INFORMACÍ ZE STRANY RODIČŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE?

Komunikace a spolupráce s rodiči a dostatečný přísun o chronickém onemocnění dítěte z jejich strany byla v dotaznících respondenty nejčastěji zmiňovaná problematika. Většina rodičů chronicky nemocných dětí informuje školu a vyučující dítěte v rámci svých možností a dle svého nejlepšího svědomí dostatečně a komplexně. Problémem je to, že rodiče sami nebývají o chronickém onemocnění svého dítěte dostatečně informováni, co se potencionálních omezení a opatření v průběhu školní výuky týče.

Rodiče ví a chápou, jak onemocnění jejich dítěte probíhá, znají jeho příznaky, setkali se i se zhoršením zdravotního stavu svého dítěte, komplikacemi a případnými riziky, znají i odpovídající medikaci a ví jak léky aplikovat. Ale toto všechno znají a prožívají v přirozeném prostředí dítěte, v bezpečí domova, kde mají pro dítě veškeré zabezpečení a protředky. Setkávají se s nemocí svého

dítěte denně, ale přesto nedokáží a nemohou plně pochopit a představit si, jak se bude se svým onemocněním vypořádávat dítě samo ve školním prostředí, jak se s nemocným dítětem ve své třídě vypořádají vyučující. Neví, zda pedagogové erudovaní pro výklad učiva a běžné školní aktivity, se dokáží i vypořádat a poradit si i s možným zhoršením zdravotního stavu chronicky nemocného dítěte, jednat v krizovém případě, kdy dojde k závažným komplikacím v souvislosti s chronickým onemocněním.

Proto není vždy vina a úmysl rodičů, že školu a učitele plně o zdravotním stavu a zdravotních komplikacích svého chronicky nemocného dítěte neinformují. Vyučující se tedy musí často rodičů na podrobnosti týkající se daného chronického onemocnění dítěte doptávat. Musí rodiče nemocného dítěte upozornit na situace, které by mohly ve škole v průběhu vyučování nastat v souvislosti s onemocněním dítěte, zdůraznit situace a události, které by mohly zdravotní stav dítěte s chronickým onemocněním zhoršit a vyvolat závažné komplikace.

Nezbytná je proto perfektní komunikace, interakce a spolupráce mezi školou, vyučujícím a rodiči nemocného dítěte, případně i dětským či odborným lékařem.

Vazba mezi těmito subjekty může být od školy k rodičům, kdy škola může rodičům zprostředkovat konzultaci s pedagogicko-psychologickým poradcem, školním psychologem či s asistentem pedagoga.

Rodiče by se neměli ostýchat a stydět hovořit o onemocnění svého dítěte, měli by si uvědomit, že pochybení či mezery v informovanosti pedagogů ve škole mohou zapříčinit závažné zdravotní problémy a komplikace u jejich dítěte.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 6 – JSOU ŠKOLNÍ JÍDELNY SCHOPNÉ A OCHOTNÉ VAŘIT I SPECIÁLNĚ UPRAVENOU STRAVU ČI DIETY?

Vedoucí školních jídelen nebyly příliš vstřícné k vyplnění mého dotazníku. Získala jsem pouze menší vzorek respondentů.

V jídelnách, kde jsem dotazníky měla vyplněné a získala potřebné informace pro svůj výzkum, vedoucí jídelen uvedly, že dietní stravu vaří.

Konkrétně ale zmínily pouze dvě onemocnění a jich se týkající diety, a to celiakii a diabetes.

V zásadě a do důsledků jsem nemohla posoudit, nakolik skutečně vedoucími jídelen uvedená fakta odpovídají skutečnosti.

Pouze v jedné jídelně mi poskytli konkrétnější a detailnější informace týkající se přípravy dietetické stravy.

V této jídelně, jako jediné, odpověděla vedoucí na položku v dotazníku, zda umožňují rodičům donášku vlastních dietních surovin pro přípravu dietetických pokrmů, že toto je absolutně vyloučené. Citovala i novelu zákona 17/2015, vyhláška 107/205 o Dietním stravování, dle které donáška vlastních surovin do školních jídelen je zcela vyloučena. Ale rodiče mohou donést dietní stravu již hotovou, ale pouze s prohlášením, že tato strava a suroviny k její přípravě použité nejsou závadné. Nádoby s takovými pokrmy musí být vždy viditelně označené jménem dítěte, jemuž je tato dietní strava určena.

Dle Vyhlášky 84/2005, § 6a .odst. 2 je nárok nemocného dítěte na dietu, ale je nutný doklad a potvrzení o zdravotním stavu dítěte od lékaře. Školní jídelny musí diety vařit, pokud se požadavek týká alespoň 20% z celkového počtu strávníků.

Všeobecně základní informace o dietě a požadavky na dietu získávají vedoucí školních jídelen v největší míře od rodičů, jedna jídelna uvedla i možnost získání podrobnějších informací od dětské lékařky.

Ve všech jídelnách uváděli, že informují strážníky na jídelním lístku o složení pokrmů a o tom, jaké alergeny suroviny, ze kterých jsou pokrmy připraveny, obsahují.

Pro zlepšení situace by přispělo, kdyby se vedoucí školních jídelen mohly zúčastnit školení týkajících se diet, dietetických úprav pokrmů, objasnění samotné podstaty onemocnění, která vyžadují úpravy a omezení, co se stravy týče. Tato školení by zřejmě měla být v režii ředitelství školy. První informace o chronicky nemocných dětech na škole obdrží vedení školy, které potom činí další kroky v úpravě výuky dle potřeb nemocného dítěte. Tyto úpravy by se měly týkat i školního stravování, pokud to povaha onemocnění vyžaduje.

Vedení školy by mělo také zprostředkovat možnost schůzky a případně proškolení dietní sestrou, popřípadě i výživovou poradkyní. Tyto dvě specialistky by měly přispět provozu školních jídelen nejen radou a informací o druzích diet a o onemocněních, která tyto diety vyžadují. Rovněž by mohly pomoci vedoucím školních jídelen nalézt nové varianty pokrmů a rozšířit škálu jídel připravovaných školními jídelnami.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 7 – JAKÁ JE INFORMOVANOST VEDENÍ ŠKOLNÍCH JÍDELEN O CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍCH VYŽADUJÍCÍCH ZVLÁŠTNÍ STRAVOVACÍ REŽIM, OMEZENÍ VE STRAVĚ A DIETÁCH?

Informovanost vedoucích a hlavně zaměstnanců školních jídelen je, co se dietní stravy a hlavně onemocnění, kterých se diety týkají, zřejmě minimální.

Ani v jedné školní jídelně, kde jsem se dotazovala, nevedli, že by přípravu dietní stravy měli možnost konzultovat, nebo by konzultovali, či měli zájem konzultovat s dietní sestrou či výživovou poradkyní.

Když jsem měla možnost ve dvou případech přímo krátce hovořit s vedoucí školní jídelny, bylo mi řečeno, že přísně dodržují při přípravě pokrmů pro děti hygienické

předpisy, snaží se i o přípravu pokrmů v rámci zásad zdravé výživy, ale o dietní stravě příliš velké povědomí a přehled neměli.

Vedoucí jídelen znaly zevrubně základní zásady a omezení diabetické a bezlepkové diety, ale neprojevily zájem o prohloubení svých znalostí, případně i proškolení dalšího personal, který pokrmy přímo připravuje, nejen o podstatě a zásadách alespoň těchto dvou diet, ale i samotných onemocnění, při nichž jsou tyto diety dodržovány.

Opět pouze v jedné jídelně, kde mi i poskytli detailní informace o donášce vlastních dietních pokrmů, zmínili, že spolupracují jak s dietní sestrou, tak s výživovou poradkyní.

SHRNUTÍ

Dotazníkové šetření proběhlo na prvním stupni základních škol v Českých Budějovicích a okolí. Již při předvýzkumu některé základní školy odmítly účast na tomto výzkumu s tvrzením, že na jejich škole žádné dítě s chronickým onemocněním není. Toto tvrzení však, na základě provedeného výzkumu a šetření, nyní pokládám za nereálné či nepravdivé. Protože z provedeného výzkumu s 52 navracenými vyplněnými dotazníky pak pouze 12 respondentů – třídních učitelů v dotazníku v první položce uvedlo, že žádné dítě s chronickým onemocněním ve své třídě nemá. Z tohoto výsledku lze usoudit a předpokládám, že na každé základní škole se několik dětí s chronickým onemocněním vyskytuje. Negativní odpověď vedení škol, že na jejich škole není žádné dítě s chronickým onemocněním, beru pouze jako nezáměr či neochotu podílet se na mém výzkumu. Tudiž samotný prvotní výsledek výzkumu potvrdil fakt o poměrně velké četnosti výskytu chronických onemocnění mezi dětmi na prvním stupni základních škol.

Ve výsledcích dotazníkového šetření mne zaujaly některé odpovědi respondentů, kdy třídní učitelé velice otevřeně a i s osobním zájmem uváděli fakta o dětech s chronickým onemocněním v jejich třídách, o problémech, které tyto děti mají už jen díky onemocnění samotnému. Respondenti se však také velice detailně rozepisovali o komplikacích, opatřeních a omezeních, které chronicky nemocné dítě má ve škole při výuce. Tyto komplikace a omezení se týkají každodenních běžných činností a situací ve škole při vyučování, ale i během mimoškolních a sportovních aktivit dítěte. S velkým zájmem jsem uvítala skutečnost, že některé odpovědi učitelů, zejména v otevřených otázkách, vyznívaly až jako návrh učitelů na určité změny ve školském systému, které by dětem s chronickým onemocněním usnadnily a zpříjemnily docházku do školy a výuku. Jednalo se zde například o poznámku jednoho z učitelů o rozlišovacích barevných náramcích pro různá onemocnění, které již jsou i v České republice používány, ale ne v dostatečné míře. Zejména u dětí by plnily velice důležitou funkci v případech, kdy dítě je v kritickém stavu, a nemůže mluvit, jako například během epileptického záchvatu či diabetického komatu. Menší děti ani mnohdy samy nedokáží definovat a popsat své onemocnění.

Dalším a velice často učiteli vyslovovaným tématem a mnohdy až přáním, byla větší komunikace a spolupráce mezi školou a rodiči dítěte s chronickým onemocněním. Jedná se zde zejména o dostatečnou, přesnou, včasnou a podrobnou informovanost školy

a pedagogů ze strany rodičů. Respondenti často vyjádřili také domněnku, že špatná informovanost o podstatě chronického onemocnění dítěte, o komplikacích tohoto onemocnění, vyvstává již od pediatrů, která rodičům sdělí jisté podrobnosti o onemocnění jejich dítěte, často však pediatr nedokáže posoudit nakolik se dané chronické onemocnění může projevovat během školní výuky, jaká omezení a opatření budou pro dítě nutné zajistit. Lékařka nesmí sama od sebe, bez souhlasu rodičů dítěte, poskytovat informace třetí osobě, to znamená ani škole. Čím by dětská lékařka mohla být přínosem pro integraci chronicky nemocných dětí, by mohly být přednášky o chronických onemocněních, o komplikacích, omezeních a opatřeních která jsou nutná pro v rámci možností omezení chronického onemocnění, účelnou a adekvátní výuku chronicky nemocného dítěte

Praktickým postřehem respondentů byl návrh takové koncepce a organizace výuky s třídami s menším počtem žáků, což by se týkalo tříd, kde je integrováno dítě s nějakým chronickým onemocněním, které vyžaduje nějaká opatření a omezení. Učitelé by tuto úpravu organizace tříd uvítali zejména v případech, kdy chronicky nemocné dítě vyžaduje učitelovu výhradní pozornost a péči. Tato situace nastává například, pokud dítě dostane epileptický záchvat a vyučující se musí věnovat prioritně a výhradně tomuto dítěti a ostatní děti ve třídě jsou v tomto momentu víceméně bezprizorné, většinou nedokáží zůstat v klidu a není nad nimi dozor aby si neublížili. Navíc je to situace, kdy děti mohou být vyděšené a zmatené, pokud poprvé vidí nemocného spolužáka v takovéto kritické situaci. Právě takovéto situace může vyučující snáze a lépe zvládat s menším počtem dětí ve třídě, kdy v menším dětském kolektivu se mu podaří spíše udržet pozornost a klid a kdy má přehled, aby se žádné z ostatních dětí neporanilo. Dle Směrnic MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení by měl být počet dětí ve třídě se znevýhodněným dítětem upraven, což dle praktických zkušeností pedagogů dotazovaných ve výzkumu není vždy reálnou skutečností.

Organizačně manažerským návrhem byla i poznámka jednoho z respondentů na návrh zvýšení platu či osobního ohodnocení třídního učitele, který má ve své třídě chronicky nemocné dítě, které vyžaduje zvýšenou péči a ostražitost. Toto finanční ohodnocení by plnilo úlohu motivace učitele a odměnu za větší námahu a vynaložené úsilí při péči a starostlivosti, které chronicky nemocné dítě vyžaduje a potřebuje.

Respondenti také v dotazníku zmínili, že by uvítali, pokud musí ve své třídě dohlížet a pečovat o chronicky nemocné dítě, možnost besedy či konzultací s dětským nebo odborným lékařem nebo psychologem. Jedná se zejména o důkladné proškolení jak reagovat a jaké podstoupit kroky, pokud u chronicky nemocného dítěte dojde k závažnému zhoršení zdravotního stavu až kritické zdravotní situaci. Pozitivně by ocenili i zopakování či hlubší proškolení o poskytování první pomoci. Učitelé také cítí potřebu mít větší povědomost o lécích, které jsou chronicky nemocnému dítěti podávány, zejména pokud si léky aplikuje dítě i během vyučování samo, nebo pokud má učitel u aplikace léku asistovat, nebo dokonce lék aplikovat dítěti sami.

Výjimečnou situací je případ, kde první příznak či bouřlivější projev, ataka nebo záchvat chronického onemocnění nastanou u dítěte poprvé ve škole během vyučování, Primárně je tato situace stresující a náročná v tom, že pedagog vůbec neví, co se s dítětem děje, za druhé, že neví, jak se má k dítěti například s astmatickým nebo epileptickým záchvatem chovat. Ještě více rušivě a negativně psychicky toto působí na ostatní děti ve třídě.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce byla zaměřena na problematiku chronicky nemocných dětí a jejich integrace do výuky na prvním stupni základních škol.

Za cíl mé práce jsem si kladla prozkoumat výskyt dětí s chronickým onemocněním na prvním stupni základních škol a připravenost škol a pedagogů takto nemocné dítě zapojit do výuky. Zaměřit jsem se chtěla zejména na onemocnění, která by znatelněji narušovala nebo ovlivňovala výuku. Na onemocnění, jejichž projevy, kritický stav či aplikace léku by nějakým způsobem mohla narušit či ovlivnit plynulý průběh výuky ve třídě. Samostatnou kapitolou byla onemocnění, která vyžadují omezení ve stravovacím režimu dítěte. Přístup k těmto onemocněním jsem zjišťovala ve školních jídelnách.

Mnoho z třídních učitelů prvního stupně základních škol, kteří odpovídali v mém dotazníkovém šetření, nejenže zodpověděli základní položky dotazníku, ale často i navíc dopisovali podrobněji své zkušenosti s chronicky nemocným dítětem ve své třídě, a nebo vyjádřili své návrhy a postřehy pro řešení určitých situací, do kterých se chronicky nemocné dítě, jeho spolužáci anebo vyučující v jejich interakci během vyučování mohou dostat. Mile mne překvapilo, že jsem i z některých odpovědí a reakcí cítila zvýšený zájem konkrétního učitele a snahu něco pro zlepšení integrace chronicky nemocných dětí udělat.

V České republice se pod pojmem integrace spíše většinou chápe integrace dítěte s psychickým či tělesným znevýhodněním. Ale většina naší společnosti si často neuvědomuje a nedokáže si představit, že i děti s chronickým onemocněním mohou díky své nemoci mít výjimečná opatření anebo celou řadu omezení, která jim ztěžují a komplikují běžnou školní docházku a způsobují znevýhodnění ve výuce či mimoškolních aktivitách.

Jedním ze zásadních kroků pro zlepšení začlenění chronicky nemocných dětí do běžné výuky je důsledná, bezvadná a pravidelná komunikace a spolupráce mezi rodiči a školou. Základní a prvotní informace o zdravotním stavu dítěte mohou škole poskytnout právě a jedině rodiče. Rodiče neúplné informace poskytují často nevědomky. Jednou z forem důkladnějšího a detailního přísunu informací o zdravotním stavu dítěte od rodičů škole by mohly být například dotazníky při nástupu dítěte do školy na začátku každého

školního roku, ve kterých by se prioritně zohledňovalo získání informací týkajících se možného chronického onemocnění u dítěte.

Pro lepší, příjemnější a přijímající prostředí ve třídním kolektivu pro dítě s chronickým onemocněním by mohlo přispět důkladnější objasnění a vysvětlení podstaty daného chronického onemocnění přijatelným a srozumitelným způsobem ostatním dětem ve třídě. Toto by mohl provádět sám vyučující popřípadě formou besedy, adekvátní věku dětí ve třídě, i dětský nebo odborný lékař.

Chronicky nemocné děti prožívají již samy díky svému onemocnění často velice nepříjemné a stresující situace. Právě proto by ve škole, kde mají děti získávat nejen vědomosti a znalosti, měly získat i pocit jistoty a bezpečí po sociální a emocionální stránce, tím, že budou jak, vyučujícími tak spolužáky v dětském třídním kolektivu přijímány bezprecedentně a bez projevů opovržení či vyloučení ze společnosti.

BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY:

- BORSKÁ, I. *Kdo zachránil jeden život, zachránil celý svět*. Praha : Motto, 2012. ISBN 978-80-7246-631-3
- ČERVENKOVÁ, R. *Celiakie*. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-425-3
- HAMZA, F. *Úvahy o sociální péči zdravotní*. Praha : nákladem Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, 1921
- HOFHANZLOVÁ, J. *Atopický ekzém, alergie, astma: možnosti léčb pro děti i dospělé: ošetřování, výživa, recepty*. Jihlava: Calendula, 2009. ISBN 978-80-903971-1-8
- KÁBELE, F. *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-706-653-35
- KOCUROVÁ, M. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002. ISBN 80-7082-844-7
- KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Celiakie a bezlepková dieta*. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-070-4
- KOHOUTEK, R. *Základy pedagogické psychologie*. Brno: CERM, 1996. ISBN 80-85867-94-X
- KOPECKÝ, A. *Cukrovka dětí a mladistvých*. Praha : Avicenum, 1986
- KOTULÁN, J. *Zdravotní nauka pro pedagogy*. Brno : Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5763-0
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany : H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
- MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3
- MÜLLER, O. *Dítě se speciálními potřebami v běžné škole*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9
- NOVOSAD, L. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – somatopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-563-X
- OŠLEJŠKOVÁ, H. *Naše dítě má epilepsii*. Plzeň : Adela, 2009. ISBN 978-80-87094-05-1
- PETRŮ, V. *Alergie u dětí*. Praha : Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-090-2
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0532-6

ROZSYPALOVÁ,M.,ŘÍČAN,P.,SINGULE,F. *Psychologie a pedagogika*. Praha: Avicenum, 1985. 80-008-86

RYBKA,J. *Život s cukrovkou*.Praha : Avicenum, 1988.

STEINMANNOVÁ,M. *Rádce rodičů dětí s alergiemi a astmatem*. Ostrava: Sfinga, 1993. ISBN 80-85491-33-8

TŘESOHLAVÁ, Z. *Některá chronická onemocnění u dětí*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.

VÁVROVÁ,H. *Dítě s diabetes mellitus v ambulance praktického dětského lékaře*.Praha : Geum, 2002. ISBN 80-86256-26-X

VRÁNOVÁ, D. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: Anag, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1

ZAHÁLKOVÁ,M. *Pediatric pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita,2000. ISBN 80-210-2327-9

Internetové odkazy:

TIMS

:

<http://www.hospitalteachers.eu/timsis/teachers/chronicallyillchildren?lang=cs>

<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-147-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-73-2005-sb>

<http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-72-2005-sb>

Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR : <http://www.diadeti.cz>

Česká diabetologická společnost : <http://www.diab.cz>

Česká společnost alergologie a klinické imunologie : <http://www.csaki.cz>

Česká pediatrická společnost : <http://www.pediatrics.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

- příloha č. 1 DOTAZNÍK (třídní učitelé)
- příloha č. 2 DOTAZNÍK (vedoucí školních jídelen)
- příloha č. 3 Seznam potravinových alergenů
- příloha č. 4 Vzorový jídelníček č. 1
- příloha č. 5 Vzorový jídelníček č. 2
- příloha č. 6 Vzorový jídelníček č. 3
- příloha č. 7 Vzorový jídelníček č. 4

Příloha č. 1

DOTAZNÍK (třídní učitelé)

Dobrý den, jmenuji se Pavla Haršániová a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia Sociální pedagogika na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity.

Obracím se na Vás s prosbou o pomoc vyplněním mého dotazníku k mé bakalářské práci „Chronicky nemocné dítě na základní škole“. Cílem mé práce je zjištění podmínek pro integraci chronicky nemocných dětí ze strany a pohledu základních škol a zmapování připomínek a návrhů pedagogů pro zlepšení tohoto stavu.

Velice Vám předem děkuji za Vaši laskavost a Váš čas.

Dotazníky jsou zásadně anonymní jak co se školy, tak co se dětí/žáků týče.

1) Je ve vaší třídě nějaký žák s chronickým onemocněním?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděli ano – označte typ onemocnění:

- a) diabetes mellitus
- b) celiakie
- c) alergie
- d) ekzém
- e) epilepsie
- f) vrozené srdeční vady
- g) astma
- h) vady páteře
- i) Crohnova choroba
- j) lupénka
- k) leukemie
- l) jiné (uved'te které)

2) Informují Vás rodiče dětí dostatečně o zdravotních komplikacích svého dítěte :

- a) ano
- c) ne

- d) částečně
- e) další názor :

3) Získáváte některé dodatečné informace o onemocnění dítěte také od dětské lékařky ?

- a) ano
- b) ne
- c) v případě, že ano – jakým způsobem:

4) Přítomnost dítěte s chronickým onemocněním ve třídě:

- a) výuku v žádném ohledu nenarušuje
- b) vyžaduje určitá opatření (uved'te prosím jaká konkrétně):

- c) vyžaduje určitá omezení (uved'te prosím jaká konkrétně):

5) Pokud musí dítě i v době vyučování užívat léky:

- a) dítě má lék u sebe a aplikuje si jej samo
- b) léky převezmete od rodiče a asistujete dítěti u aplikace léku
- c) za dítětem dochází na aplikaci léku některý z rodičů

6) V případě, že se na výuce dítěte podílejí i jiní vyučující, mají tito k omezením týkající se onemocnění dítěte vstřícný přístup?

- a) ano, respektují jiný režim dítěte
- b) dítě se účastní výuky v plném rozsahu

7) V případě, že je ve Vaší třídě dítě s chronickým onemocněním, jakým způsobem získáváte informace o tomto onemocnění?

- a) z odborné literatury

- b) od rodičů
- c) jiným způsobem – uveďte prosím jakým:

8) Posuďte prosím náročnost, kterou od Vás vyžaduje přítomnost dítěte s chronickým onemocněním ve Vaší třídě:

9) Upřesněte jaká opatření a praktické kroky by dle Vašeho názoru pomohly a usnadnily vzdělání dítěte s chronickým onemocněním na Vaší škole a jaké informace a postupy by byly pro Vás přínosem při Vaší práci s chronicky nemocným dítětem :

10) V případě, že máte ve třídě dítě s chronickým onemocněním, popište prosím, co musíte jako učitel udělat a zajistit:

Příloha č. 2

DOTAZNÍK (vedoucí školních jídelen)

Dobrý den, jmenuji se Pavla Haršániová a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia Sociální pedagogika na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity.

Obracím se na Vás s prosbou o pomoc vyplněním mého dotazníku k mé bakalářské práci „Chronické dítě na základní škole“. Cílem mé práce je zjištění podmínek pro integraci chronicky nemocných dětí ze strany a pohledu základních škol a zmapování připomínek a návrhů zaměstnanců škol pro zlepšení tohoto stavu.

Velice Vám předem děkuji za vaši laskavost a Váš čas.

Dotazníky jsou zásadně anonymní jak co se školy, tak co se dětí/žáků týče.

1) Vaříte ve Vaší školní jídelně dietní stravu pro některá onemocnění:

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli „ano“ – uveďte prosím pro jaká onemocnění:

Pokud jste odpověděli „ne“ – uveďte prosím důvod:

2) Případné požadavky na dietu dítěte či úpravy stravy a omezení Vám sdělují:

a) rodiče dítěte

b) třídní učitelé

c) dětská lékařka

3) Informace o složení konkrétní dietní stravy dostáváte

a) od rodičů či učitelů vyčerpávající a dostatečné

b) podrobnosti musíte dohledat sami

4) Pokud dietní stravu vaříte, jakých onemocnění se týká:

a) diabetes

b) celiakie (bezlepková dieta)

c) jiná onemocnění či omezení ve stravě (uveďte jaká):

5) Uvádíte ve vašem jídelním lístku i složení pokrmů i co se alergenů týče ?

- a) ano
- b) ne
- c) uvádíme pouze jednotlivé suroviny

6) Umožňujete případně rodičům dítěte s dietetickými úpravami stravy donést speciální dietní suroviny (např. bezlepkové či diabetické potraviny), ze kterých následně připravíte stravu pro dítě s úpravou dietního režimu ?

- a) ano
- b) ne (prosím uveďte důvody)

7) Máte možnost či zájem konzultovat dietní úpravu stravy u některých onemocnění i s odbornou dietní sestrou popř. výživovou poradkyní ?

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 3

Seznam potravinových alergenů

Datum: 10.03.2015

Seznam alergenů

Kód	Popis
01	Obiloviny obsahující lepek
02	Korýši
03	Vejce
04	Ryby
05	Arašidy (podzemnice olejná)
06	Sójové boby (sója)
07	Mléko
08	Ořechy, mandle, pistácie
09	Celer
10	Hořčice
11	Sezamová semena
12	Oxid siřičitý a siřičitany
13	Vlčí bob
14	Měkkýši
51	Obiloviny - pšenice
52	Obiloviny - žito
53	Obiloviny - ječmen
54	Obiloviny - oves
55	Obiloviny - špalda
56	Obiloviny - kamut
57	Obiloviny - hybridní odrůdy
61	Skoř. plody - mandle
62	Skoř. plody - lískové ořechy
63	Skoř. plody - vlašské ořechy
64	Skoř. plody - kešu ořechy
65	Skoř. plody - pekanové ořechy
66	Skoř. plody - para ořechy
67	Skoř. plody - pistácie
68	Skoř. plody - makadamie

Příloha č. 4

Vzorový jídelníček č. 1

JÍDELNÍČEK

od 16.03.2015 do 20.03.2015

Pondělí 16.3.2015

- Přesnídáv.** Pomazánka z tuňáka, chléb, čaj, čerstvé jahody
obsahuje alergen: 04,06,07,51,52
- Přesnídáv.** Polévka brokolicevá
obsahuje alergen: 03,09,51
- Oběd** Frankfurtská hovězí pečeně, rýže, salát z čínského zelí s mandarinkami
obsahuje alergen: 09
- Svačina** Cereální kroužky s medem, mléko, čaj
obsahuje alergen: 07,51,53



Úterý 17.3.2015

- Přesnídáv.** Párek, kečup, hořčice, chléb, čaj, čerstvá zelenina
obsahuje alergen: 06,10,51,52
- Přesnídáv.** Hovězí vývar s těstovinou
obsahuje alergen: 09,51
- Oběd** Přírodní filé z lososa, jarní zelenina dušená na másle, brambory, jablko
obsahuje alergen: 04,07
- Svačina** Chléb s máslem, plátkový sýr, mléko, čaj
obsahuje alergen: 06,07,51,52

Středa 18.3.2015

- Přesnídáv.** Pomazánka ze smažených vajec, chléb, kakao, ovoce
obsahuje alergen: 03,06,07,51,52
- Přesnídáv.** Kuřecí vývar se zeleninou a pohankou
obsahuje alergen: 09
- Oběd** Vepřová kýta na kmíně, těstoviny, ZŠ-šlehaný tvaroh se špaldovým bio chlebičkem, MŠ-ovoce
obsahuje alergen: 07,09,51,55
- Svačina** Šlehaný tvaroh, špaldový bio chlebiček, čaj
obsahuje alergen: 07,51,55

Čtvrtek 19.3.2015

- Přesnídáv.** Mrkvová pomazánka, rohlík, čaj
obsahuje alergen: 07,51,53
- Přesnídáv.** Polévka čočková
obsahuje alergen: 09,51
- Oběd** Kuřecí smažený řízek, brambory, rajčatookurkový salát, ZŠ-ochucené mléko
obsahuje alergen: 03,07,51,52,53
- Svačina** Bebe Brumík, mléko, čaj, ovoce
obsahuje alergen: 03,06,07,51

Pátek 20.3.2015

- Přesnídáv.** Drožděná pomazánka, chléb, Švédský čaj, čerstvá zelenina
obsahuje alergen: 06,51,52
- Přesnídáv.** Hovězí vývar s krupicovými noky
obsahuje alergen: 03,51
- Oběd** Pečená vepřová kýta, kynutý knedlík, dušené červené zelí, oplatka
obsahuje alergen: 03,07,10,51
- Svačina** Šunka, máslo, chléb, ochucené mléko, čaj
obsahuje alergen: 06,07,51,52

Příloha č. 5

Vzorový jídelníček č. 2

Jídelníček

od 02.03.2015 do 06.03.2015

Pondělí 2.3.2015

Přesnídáv. Jáhlová kaše, čaj, ovoce

Přesnídáv. Rybí polévka (obsahuje al.: 01, 04, 07, 09)

Oběd Vepřová kýta na paprice, těstoviny, jablko (obsahuje al.: 01, 07, 09)

Svačina Chléb s máslem sypaný sýrem, mléko, bylinkový čaj (obsahuje al.: 01, 07)

Úterý 3.3.2015

Přesnídáv. Pomazánka ze sardinek v oleji, chléb, čaj, čerstvá zelenina (obsahuje al.: 01, 04, 07)

Přesnídáv. Masová polévka (obsahuje al.: 01, 09)

Oběd Rýžový nákyp, míchaný kompot (obsahuje al.: 03, 07)

Svačina Rohlík s máslem, šunka, mléko, čaj (obsahuje al.: 01, 03, 07)

Středa 4.3.2015

Přesnídáv. Džemové máslo, chléb, kakao, ovoce (obsahuje al.: 01, 07, 12)

Přesnídáv. Fazolková polévka (obsahuje al.: 01, 07, 09)

Oběd Vepřový plátek na hořčici, bramborová kaše, mrkvový salát s jablky (obsahuje al.: 07, 09, 10)

Svačina Pažitkové máslo, chléb, mléko, čaj (obsahuje al.: 01, 07)

Čtvrtek 5.3.2015

Přesnídáv. Pomazánka z červené čočky, chléb, bílá káva, čerstvá zelenina (obsahuje al.: 01, 07)

Přesnídáv. Kuřecí vývar s abecedou (obsahuje al.: 01, 03, 09)

Oběd Hovězí tokáň, kynutý houskový knedlík (obsahuje al.: 01, 03, 07, 09)

Svačina Čokokuličky s mlékem, bylinkový čaj (obsahuje al.: 01, 07)

Pátek 6.3.2015

Přesnídáv. Míchaná pomazánka, chléb, Švédský čaj, ovoce

Přesnídáv. Kroupová polévka (obsahuje al.: 01, 09)

Oběd Halušky s uzeným masem a kysaným zelím, oplatka (obsahuje al.: 01, 03, 05, 07, 08, 10, 11)

Svačina Tavený sýr, chléb, ochucené mléko, čaj (obsahuje al.: 01, 07)

Seznam alergenů:	01	Obiloviny obsahující lepek	08	Skořápkové plody (mandle..)
	03	Vejce	09	Celer
	04	Ryby	10	Hořčice
	05	Jádra podzemnice olejné	11	Sezamová semena
	07	Mléko	12	Oxid siřičitý a siřičitany

Dobrou chuť ...



Příloha č. 6

Vzorový jídelníček č. 3

JÍDELNÍČEK

od 16.03.2015 do 20.03.2015

Pondělí 16.3.2015

Přesnídávka Polévka brokolicevá
obsahuje alergenů: 03,09,51

Oběd Frankfurtská hovězí pečeně, rýže, salát z čínského zelí s
mandarinkami
obsahuje alergenů: 09



Úterý 17.3.2015

Přesnídávka Hovězí vývar s těstovinou
obsahuje alergenů: 09,51

Oběd Přírodní filé z lososa, jarní zelenina dušená na másle, brambory,
jablko
obsahuje alergenů: 04,07

Středa 18.3.2015

Přesnídávka Kuřecí vývar se zeleninou a pohankou
obsahuje alergenů: 09

Oběd Vepřová kýta na kmíně, těstoviny, ZŠ-šlehaný tvaroh se špaldovým
bio chlebíčkem, MŠ-ovoce
obsahuje alergenů: 07,09,51,55

Čtvrtek 19.3.2015

Přesnídávka Polévka čočková
obsahuje alergenů: 09,51

Oběd Kuřecí smažený řízek, brambory, rajčatookurkový salát, ZŠ-ochucené
mléko
obsahuje alergenů: 03,07,51,52,53

Pátek 20.3.2015

Přesnídávka Hovězí vývar s krupicovými noky
obsahuje alergenů: 03,51

Oběd Pečená vepřová kýta, kynutý knedlík, dušené červené zelí, oplatka
obsahuje alergenů: 03,07,10,51

A stylized, handwritten signature or mark in black ink, located at the bottom right of the page.

Příloha č. 7

Vzorový jídelníček č. 4

Jídelníček

od 09.03.2015 do 13.03.2015

Pondělí 9.3.2015

Přesnídá Polévka kmínová s vejci (obsahuje al.: 03, 09)

Oběd Vepřové rizoto se sýrem, hráškem a kukuřicí, kyselá okurka
tvarohový dezert, MŠ-ovoce (obsahuje al.: 07, 10)

Úterý 10.3.2015

Přesnídá Polévka špenátová (obsahuje al.: 09)

Oběd Hovězí guláš, těstoviny, jablko (obsahuje al.: 01, 03, 07, 09)

Středa 11.3.2015

Přesnídá Hovězí vývar s bulgurem (obsahuje al.: 01)

Oběd Kuřecí šunková rolka, brambory, zeleninový salát (obsahuje al.: 01, 06, 07)

Čtvrtek 12.3.2015

Přesnídá Polévka masová s hráškem a rýží (obsahuje al.: 09)

Oběd Bramborové šišky s mákem a cukrem
ZŠ-dětský Kapučínek (obsahuje al.: 01, 03, 06, 07)

Pátek 13.3.2015

Přesnídá Polévka rychlá s vejci (obsahuje al.: 03, 09)

Oběd Plněný paprikový lusk v rajské omáče, kynutý knedlík
oplatka (obsahuje al.: 01, 03, 07)

Seznam alergenů: 01 Obiloviny obsahující lepek 07 Mléko
03 Vejce 09 Celer
06 Sójové boby 10 Hořčice

