



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

Dítě s bezlepkovou dietou v mateřské škole

Vypracovala: Jana Gruberová

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Plachá

České Budějovice 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele 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.

Ve Veselí nad Lužnicí dne 27. 3. 2015

Jana Gruberová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Veronice Plaché za odborné vedení, cenné rady a ochotu vést mou bakalářskou práci. Děkuji také Bc. Romaně Píchové za ochotu, vstřícnost a cenné rady při zpracování praktické části na jejím pracovišti. Také bych chtěla poděkovat rodině holčičky nemocné celiakií, že mi daly možnost nahlédnout do jejich osobního života.

ABSTRAKT

Tato práce se zabývá zdravotně znevýhodněným dítětem v mateřské škole. To jak vnímá a prožívá odlišnost stravy vůči sobě i ostatním dětem. Odpovídá na otázky v oblasti psychosociální a zkoumá jaký náhled má na dítě rodina, dětský kolektiv, pedagogové. Cílem je usnadnit sociální začlenění do kolektivu, objasnit tento zdravotní problém, aby dítě nemělo pocit odlišnosti. Praktická část je případovou studií dítěte nemocného celiakií v MŠ. Zachycuje konkrétní situace, které poukazují na dopad onemocnění na dítě s celiakií, na jeho vrstevníky, MŠ a rodinu. Cílem výzkumu bylo zjištění osobních zkušeností a vnitřních pocitů dětí nemocných celiakií a jejich rodičů a vliv jejich onemocnění na pobyt v MŠ. Následně byl vytvořen Integrovaný program pro podporu dítěte v MŠ se zdravotním znevýhodněním.

KLÍČOVÁ SLOVA

Celiakie, dieta, zdravotní znevýhodnění, integrace, předškolní dítě

ABSTRAKT

This thesis deals with disadvantaged child in nursery school, particularly in terms of health. Thesis describes how child himself or herself perceives and experiences the difference of food. It answers the questions in psychosocial field. Furthermore, it shows the views of family, other children and teachers. The aim is to facilitate the social integration into the team, explain this problem so that the child shouldn't feel the differences. The practical part is a case study of the child patient with coeliac disease in nursery school. It captures specific situations which highlight the impact of the disease on the child, his/her peers, family and nursery school in general. The main goal of the research was to identify personal experience and inner feelings of children with coeliac disease, their parents and the impact of their disease on the stay in nursery school. Subsequently, there was created so called integrated program to support children with disabilities in nursery schools.

KEY WORDS

Celiac disease, diet, health disadvantage, integration, child under school age

OBSAH

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. CELIAKIE A ALEGIE NA LEPEK.....	9
1.1 Anatomie a obecná charakteristika onemocnění.....	9
1.2 Původ onemocnění.....	10
1.3 Klinické příznaky a projevy onemocnění.....	11
1.4 Stádia vývoje nemoci	12
1.5 Diagnostika	14
1.6 Léčba	14
1.7 Zdravotní komplikace.....	15
1.8 Zdravotní obtíže v prostředí MŠ	16
2. NEMOC A VNÍMÁNÍ NEMOCI DÍTĚTE	17
2.1 Psychika nemocného	17
2.2 Chápání nemoci u dětí	18
2.3 Psychické problémy celiaků.....	20
2.4 Dopad celiakie na rodinný život	20
3. DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM V MATEŘSKÉ ŠKOLE	22
3.1 integrace, inkluze a podmínky pro její úspěšnost	22
3.2 Postoje pedagogů k inkluzivnímu vzdělávání.....	24
3.3 Postoje rodičů dětí se speciálními vzdělávacími potřebami	25
3.4 Postoje dětí mladšího školního věku k inkluzivnímu vzdělávání	25
3.5 Podpora integrace v kurikulu podpory zdraví v mateřské škole a RVP.....	26
II. PRAKTICKÁ ČÁST	28
4. Metodologický výzkum	28
4.1 Cíl a výzkumné otázky	28
4.2 Metodologie výzkumu	29
5. Jak celiakii vnímá dítě?	30
6. Pohled rodičů na celiakii	32
7. Celiakie z pohledu ostatních dětí	34
8. Celiakie a vnímání dítěte z pohledu učitelky MŠ.....	35
9. Integrovaný program - podpora dítěte v MŠ se zdravotním znevýhodněním..	37
10. Diskuze.....	50

ZÁVĚR.....	51
POUŽITÉ ZDROJE.....	52
PŘÍLOHY.....	54

ÚVOD

„Tělo je dokonalé soukolí, stačí ale jedno polámané kolečko a zadrhne se nebo začne povážlivě skřípat“ (Červenková, 2006, s. 12).

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma se zdravotní tematikou. Původně jsem vystudovala střední zdravotnickou školu a k tomuto tématu mám velmi blízko. Předmětem výzkumu bude dítě s onemocněním celiakií. Budu zjišťovat vliv onemocnění na psychický stav dítěte, začlenění dítěte do kolektivu, pohled ostatních dětí na zdravotní znevýhodnění a pohled učitelek na toto znevýhodnění.

V současné době se v mateřské škole objevují častěji děti se zdravotním znevýhodněním, proto je důležité děti socializovat a adaptovat na nové prostředí, bez toho aby si uvědomovaly jakoukoliv nemoc. K dítěti se musí přistoupit jiným způsobem. Děti nemocné celiakií mají odlišné stravovací návyky. Toto onemocnění má mnoho příčin původu, projevů a závažnosti, které dítě zatěžují nejen po stránce fyzické, ale i psychické. V dnešní době není zanedbatelný nárůst tohoto onemocnění a je zřejmé a předpokládá se, že bude dále narůstat. Jako ostatní děti mají nárok na plnohodnotný život a proto potřebují péči ze strany rodičů, vrstevníků i pedagogů. Rodina dítěte bude postavena před komplexní problém vzhledem k nemoci všech oblastí rodinného života i života samotného dítěte. Taktéž sehraje významnou roli pohled rodiny na nemoc, přístup k dítěti a reakce blízkého okolí, díky kterému bude dítě přistupovat samo k sobě. Důležitým mezníkem v životě dítěte bude hrát role mateřské školy. Bohužel v dnešní době i přes nárůst chronických onemocnění s dietním opatřením, se stále setkáváme s odmítavým postojem ze strany mateřských škol. V této situaci hraje velkou roli také postoj rodičů, kterým mohou již od samého začátku ovlivnit ochotu zaměstnanců mateřské školy.

Cílem mé bakalářské práce je návod pro paní učitelky v integrovaném bloku, jak děti seznámit s touto nemocí a jejími zdravotními komplikacemi. Jak pomocí her a činností tento problém osvětlit ze zdravotní stránky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. CELIAKIE A ALEGIE NA LEPEK

První zmínky o celiakii byly zachyceny koncem devatenáctého století, ale souvislost s nesnášenlivostí lepku byla zjištěna až v roce 1950. Poté byl proveden první odběr neboli screening ze vzorku ze střevní sliznice. Na základě vyšetřených vzorků v české republice bylo zjištěno, že se celiakie vyskytuje mnohem častěji. To znamená, že jeden celiak připadá na 200 až 250 lidí. Dosud je diagnostikováno jen asi 10 -15 % z celkového počtu nemocných. Podle výzkumu by mělo být v České republice 40 až 50 tisíc postižených celiakii. Předpokládá se, že 80% lidí s tímto onemocněním o své chorobě ani neví. Jak uvádí Bušinová (2007) ke správné a včasné diagnostice celiakie by byl velmi přínosný cílený screening, jelikož je toto onemocnění v české populaci dosud diagnostikováno nedostatečně a v mnoha případech pozdě.

1.1 Anatomie a obecná charakteristika onemocnění

Toto onemocnění postihuje trávicí trakt konkrétně tenké střevo. Z anatomického hlediska je tenké střevo trubice, která navazuje na žaludek a ústí do tlustého střeva. Skládá se ze tří částí: duodenum (dvanáctník), jejunum (lačník) a ileum (kyčelník). Jak zmiňuje ve své knize Janda (1977) tenké střevo je nejdelší část trávicího traktu, které dosahuje délky 3-5 metrů. Skládá se v četné kličky a končí v pravé jámě kyčelní vyústěním do tlustého střeva. Probíhá v něm hlavní a konečné trávení a vstřebávání živin i všech ostatních látek, které organismus potřebuje. Je bohatě zřasena a na jejím povrchu jsou ještě drobné prstovité výrůstky – klky, které jsou pokryté vstřebávacím epitelem. Ten umožňuje vstřebávané látky převést z tenkého střeva krevní a mízní cestou dále do těla. Při onemocnění celiakii jsou tyto klky zničeny trvalým zánětem a nové již nemohou znovu dorůstat.

Jako první toto onemocnění popsal anglický lékař Samuel Glee, který nazval toto onemocnění „Coeliac affection“, dle řeckého slova koiliakós. Od toho názvu můžeme odvodit pojem celiakie (Dlabalová, 2007). Jde o genetické autoimunitní onemocnění, které je způsobeno absolutní nesnášenlivostí lepku. Dochází k zánětlivému poškození určitých oblastí tenkého střeva, které následně vede k poruchám vstřebávání. *„Autoimunitní aktivita způsobuje střevní změny, které jsou manifestovány střevní dysfunkcí a různým stupněm podvýživy. Nález na střevě je v mnoha případech pouze ložiskový nebo může dokonce chybět, ale ani jeho negativita by neměla být důvodem k vyloučení celiakie. Je možný náhodný nález silně poškozené střevní sliznice u jedince, který netrpí žádnými klinickými příznaky, a naopak u pacienta s výrazným klinickým obrazem může být střevní nález minimální.*

Nemoc vyvolává zánětlivé střevní postižení, které bývá nejvíce patrné ve dvou oblastech tenkého střeva, v lačníku a v duodenu. Střevní funkce bývají patologickými procesy ovlivněny zpravidla povšechně“ (Vránová, 2013, s. 103).

Alergie na lepek bývá často zaměňována za celiakii. Jak je známo, alergie je nepřiměřená reakce organismu na běžné látky. Tudíž příznaky a momentální léčba bude rozdílná (popsáno níže). Celiakie a alergie na lepek, není však totožné onemocnění, ale pokud nám tolik nejde o detaily, spokojíme se s konstatováním, že tyto obě onemocnění v zásadě patří mezi alergie a řeší se stejným způsobem a to bezlepkovou dietou.

Potravinové alergie u dětí předškolního věku jsou nejčastější poruchy imunity s výživovým omezením. Jak uvádí Opatřilová (2006) alergie je civilizační choroba, popsaná již ve starověkém Egyptě. Jedná se o přehnanou imunitní reakci organismu mezi alergenem a protilátkou. Látky uvolněné touto reakcí způsobují typické alergické projevy, jako například otoky, kožní vyrážky, rýmu, bolesti břicha, průjem, zvracení, v některých případech i šokový stav, přičemž alergická reakce se může projevit na všechny druhy potravin. V našem případě se bude jednat o alergii na lepek.

Lepek je komplex bílkovin, který je obsažen v povrchových částech obilných zrn. V organismu je štěpen působením trávicích enzymů, které rozkládají bílkoviny na menší části – peptidy. Tyto vzniklé peptidy pak u predisponovaných osob vyvolávají specifickou imunitní odpověď střevní sliznice, která vede k nepřetržité tvorbě určitých protilátek. Lepek je tedy spouštěčem autoimunitní reakce zaměřené proti buňkám tenkého střeva (Vránová, 2013).

Nejznámějším autoimunitním onemocněním je celiakie, kdy tělo vytváří protilátky proti buňkám sliznice tenkého střeva za přítomnosti lepku, aminokyseliny přítomné v některých obilninách. Tenké střevo je nepostradatelným orgánem zajišťujícím vstřebávání živin z potravy pomocí klků. Ty jsou však během této scestné autoimunitní reakce postupně likvidovány, často bez klinických projevů. Děti, stejně jako dospělí, jsou tak ohroženi podvýživou a vysokým rizikem rozvoje dalších autoimunitních chorob, jak bude popsáno níže (Bidat a Loigerot, 2005; Vránová, 2013).

1.2 Původ onemocnění

Původ této nemoci není v současné době jistě znám, avšak se uvádí několik faktorů, které se mohou na tomto onemocnění podílet. Na jeden z faktorů, který je uváděn se můžeme ohlednout již do doby kamenné. Od tohoto data se uvádí počátky zemědělství, kdy lidé objevili setí obilovin.

Jídelníček pravěkého člověka do té doby obsahoval převážně maso obstarané lovem nebo plody keřů a stromů, lepek byl tehdy pro lidský organizmus neznámá látka a většina lidstva, žijících v té době, jej nesnášela dobře. Tato genová informace se v průběhu lidské evoluce uchovala a pozměnila dva lokalizované geny na dlouhém raménku šestého chromosomu, který souvisí s funkcí tenkého střeva. Imunitní systém ve zdravém těle, působí pouze proti cizím antigenům, ne však proti vlastním. Následkem špatné genetické informace selhávají kontrolní mechanismy. Následně jsou bílými krvinkami produkovány cytokiny, které způsobují lokální zánět a oslabují tak stěnu tenkého střeva s klky (Červenková, 2006). Jak uvádí Bass (2013) velkou roli při vzniku celiakie může hrát také doba zavedení lepku do výživy malých dětí a podávané množství. Vliv má zřejmě i to, zda je dítě kojené. Nicméně uvádí, že podávání lepku před ukončeným prvním rokem života nemusí mít negativní následky.

Původ potravinových alergií se též přisuzuje genetice, avšak alergie na lepek je také možné získat v průběhu života.

1.3 Klinické příznaky a projevy onemocnění

Projevy celiakie můžou být jak nenápadné tak i bouřlivé. Příznaky tohoto onemocnění jsou však různorodé a proto jejich diagnostika je i v dnešní době velice složitá. Možné příznaky onemocnění zasahují do mnoha soustav našeho organismu, například kosterní a svalové, nervové, gynekologické, kožní, zubní, duševní. Příznaky mohou být také celkové, jako je nepřibírání na váze a pomalý růst, hubnutí, únava, apatie, neklid. Mezi zrádné formy příznaků patří němá forma, kdy pacient nemá žádné zjevné příznaky ani potíže, ale v krvi má typické protilátky, další formou je skytá, při které biopsie nemá typický výsledek, ale protilátky taktéž v krvi jsou přítomné. Poslední formou je potencionální, kdy se toto onemocnění vyskytuje u příbuzných, veškeré vyšetření je pozitivní, ovšem určité tkáňové antigeny mají shodnou skladbu s nemocným (Červenková, 2006).

U neléčených jedinců se mohou objevit nejrůznější mimostřevní příznaky: anemie, osteoporóza, Duhringova dermatitida (puchýřnaté postižení kůže), aftózní stomatitida, po-lyneuritidy (záněty periferních nervů), epilepsie, deprese, únavový syndrom, poruchy chování, infertilita (neplodnost), opakované potraty, impotence.

Narušený imunitní systém má za příčinu, že tělo postihne víc autoimunitních onemocnění najednou.

Nevítaným společníkem celiakie bývá zejména diabetes mellitus 1. typu. Do této skupiny patří i zánětlivá kloubní onemocnění nebo nemoci štítné žlázy, či žlučových cest, jater nebo ledvin (Červenková, 2006).

Původ alergií a tedy i alergií potravinových se přičítá rovněž genetice, avšak uvedené alergie je možné získat v průběhu života člověka. U dětí se předpokládá zejména vliv kojení a příkrmů v prvním roce života. Intenzita projevů i klinický obraz může být v některých znacích zdánlivě podobná projevům celiakie, protože v obou případech je způsobuje přítomnost lepku ve stravě. U alergie na lepek však nevznikají autoprotilátky proti buňkám sliznice střevní stěny. Příznaky jsou typické pro potravinové alergie, jde tedy o vyrážky, průjmy, křeče břicha, plynatost, svědění kůže a její otoky, zvracení a nauzeu, otok horních cest dýchacích apod. Intenzita i doba trvání všech těchto projevů jsou individuální v závislosti na bouřlivosti reakce organismu. V radikálních případech může dojít i k anafylaktickému šoku, kdy jsou ohroženy životní funkce. Všechny tyto projevy však u alergie, na rozdíl od celiakie, nastupují v řádu minut až několika hodin po konzumaci alergenu. V některých případech, se alergie projeví jen při namáhavé fyzické aktivitě během určité doby od jeho požití. Jelikož jsou alergie na lepek a s ním související další alergie nepříjemné a jen v některých případech život ohrožující, nehrozí při nich tak komplikovaná zdravotní rizika jako u celiakie (Kohout a Pavlíčková, 2007; Vránová, 2013).

1.4 Stádia vývoje nemoci

Dle Vránové (2013) se rozlišují tyto formy celiakie:

- **Klasická (typická) forma** - přítomnost typických příznaků a pozitivní histologický nález v bioptickém vzorku.
- **Atypická (mimostřevní) forma** – výskyt typických příznaků chybí, v popředí mohou být jen klinické projevy mimostřevní a průkaz positivity střevní biopsie

- **Tichá forma** – absence střevních i mimostřevních klinických příznaků, ale pozitivita střevní biopsie, často bývá také pozitivní rodinná anamnéza.
- **Latentní forma (skrytá, bezpříznaková)** – pozitiva sérologických markerů, ale histologický rozbor bioptického vzorku střevní sliznice neprokazuje celiakální znaky. Obvykle se tato forma vyskytuje u osob s již dříve diagnostikovanou celiakií.
- **Potencionální forma** – u pacienta s touto formou nemoci nejsou přítomny obvykle žádné klinické příznaky, diagnostická kritéria nejsou úplná, u některých jedinců může být pozitivní průkaz autoprotilátok. Častý je přechod do jiných forem celiakie.

Jak uvádí Kohout a Pavlíčková (2010) Stupně celiakie úzce související s jejími formami jsou rozdělena podle těžkosti příznaků:

- **Celiakální krize** – nejtěžší forma s těžkými průjmy, porušením minerálového hospodářství a acidobazické rovnováhy, těžkou dehydratací, někdy hypovolemickým šokem, tj. šokem ze ztráty tekutin nebo vnitřního i vnějšího krvácení.
- **Klasická forma** – klasický klinický obraz, popsána výše.
- **Oligo- a asymptomatická forma, atypická forma, silentní forma** – popsána výše, diagnostika těchto forem je dnes ve středu zájmu medicíny.
- **Léčená celiakie** – jde o správně léčenou celiakii, s neporušenou funkcí střeva, bez komplikací, nicméně při nedodržování léčebného režimu může dojít k obnovení onemocnění, třebaže bez klinických příznaků.

Kovářů a Knápková (2013) popisují dvě formy:

- **Klinicky rozvinutá** – typický je projev syndromu poruchy vstřebávání.
- **Němá** – malé nebo žádné příznaky, vyskytuje se častěji než forma rozvinutá.

1.5 Diagnostika

„Je málo onemocnění stolika roztočnými podobami a projevy, vybočujícími z medicínských skript. Tím hůře pro pacienta...“(Červenková, 2006, s. 15).

Pokud má lékař dostatek informací a znalostí o této chorobě diagnostika je snadná. Diagnostická kritéria jsou jednoznačně stanovena na podkladě kontrolovaných klinických studií Evropskou společností pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu z roku 1990.

Prvním vyšetřením, ke kterému dochází při podezření na celiakii je v současné době stanovení autoprotilátek k tkáňové transglutamináze v krevním séru. Při pozitivním výsledku je indikována biopsie sliznice dvanáctníku u nemocného, který konzumuje stravu s obsahem lepku. Tato metoda je zlatým standardem diagnostiky celiakie. Mikroskopické vyšetření biopsie dovoluje nejen stanovit bezpečně diagnózu, ale posoudit také tíži postižení střevní sliznice, které je podkladem pro určení klinické formy choroby a její pravděpodobné prognózy. V tomto směru je biopsie duodenální sliznice nenahraditelná. Dětské lékaři používají u malých dětí v některých případech místo endoskopu střevní biopsickou kapsli. Tento postup je ve shodě s návrhem screeningového programu, který byl připraven Komisí Ministerstva zdravotnictví (MZ) pro celiakii. Právě screening celiakie zůstává základním úkolem lékařů i příslušných institucí, protože přibližně 85 – 90 % jedinců s touto chorobou zůstává v ČR nedagnostikováno. Je třeba, aby zákonodárné i exekutivní orgány se zasadily o rychlou změnu tohoto stavu (Frič a kol., 2007). K diagnóze se nejčastěji schyluje u dětí mezi 1. a 2. rokem a poté u dospělých mezi 40. a 50. rokem. Ale není to vždy pravidlem. Diagnózu by měl vždy vyřknout gastroenterolog (Červenková, 2006).

1.6 Léčba

Léčebná terapie pomocí léků bohužel pro toto onemocnění není známá. Jedinou a účinnou léčbou je dodržování bezlepkové diety. Dodržování bezlepkové diety je celoživotní a životně důležitý. Smysl bezlepkové diety vychází z jádra onemocnění, kdy je přesně daným spouštěčem gluten. Lepek v podobě výrobků a nápojů s obsahem pšenice, žita, ječmene a ovsa musí být ze stravy zcela vyloučen. Celiak by měl konzumovat nejlépe přirozeně bezlepkové potraviny označené přeškrtnutým kláskem nebo s označením „bez lepku“ (příloha č. 1). Strava celiaka musí být nejenom bezlepková, ale i pestrá, plnohodnotná, bohatá na vitamíny a minerální látky. (Červenková, 2006). Při poctivém dodržení léčby zakrátko zmizí nepříjemné příznaky. Správné dodržování bezlepkové diety vede k úpravě nálezu na střevní sliznici, negativitě krevních markerů a odeznění klinických projevů.

1.7 Zdravotní komplikace

„Pacienti s celiakií bývají náchylnější ke vzniku infekcí a nedodrží-li přísnou bezlepkovou dietu, je u těchto pacientů častější výskyt nádorových onemocnění než u ostatní populace“ (Kohout a Pavlíčková, 2010, s. 29).

Důsledky nedodržování bezlepkové diety závisí na délce porušování diety a věku pacienta. Je vysoce pravděpodobné, že pro pacienty s celiakií, kteří dlouhodobě (roky) nedodrží bezlepkovou dietu, existuje vyšší riziko vzniku zhoubného nádoru než u těch, kteří dietu dodržují. U dětí školního věku se dlouhodobé porušování diety dokonce nemusí projevit. Pokud však přísun lepku pokračuje, mohou se objevit pro celiakii necharakteristické potíže - občasné bolesti břicha, menší vzrůst, chudokrevnost, poruchy menstruačního cyklu, zvýšená lomivost kostí, úbytek na váze. Krátké porušení diety nemá pro pacienta z dlouhodobého hlediska negativní význam, ale může mít nepříznivý psychologický efekt („proč musím držet dietu, když mně nic není?“). Může se projevit jako „obyčejná dietní chyba“ – nevolnost, změna stolice, bolesti břicha, zvracení. Celiakie se často sdružuje s chorobami, které vznikají na podkladě abnormální imunitní reakce organismu proti vlastním tkáním – jedná se o tzv. nemoci z autoimunity. Častější je výskyt celiakie a cukrovky I. typu (diabetes mellitus) nebo celiakie a zánětu štítné žlázy apod. (Pozler, 2002). Bezlepkovou dietou je léčen taktéž pacient s alergií na lepek. Medikamentózní léčbu lékaři volí v závislosti na míře alergických projevů. Dětem, které trpí těžší formou této alergie, bývají předepsané kortikoidy. Pro případ anafylaktického šoku, by měl být v blízkosti takto nemocných dětí k dispozici antihistaminika a adrenalin. V nejtěžších případech lékaři dětem podávají kyslík, pumpují obsah žaludku a zvažují léčbu v nemocnici (Bidat a Loigerot, 2005; Steinmannová, 1993).

1.8 Zdravotní obtíže v prostředí MŠ

Umístění dítěte s celiakií do mateřské a do základní školy se liší. Zatímco základní školní docházka je povinná, předškolní výuka v současnosti nikoli. Rodiče dětí předškolních, se s odmítnutím přijetí dítěte setkávají daleko častěji. Důvody ale často nejsou v obavě a zvládnutí diety, spíše je provází úvaha, jak při omezeném množství personálu zvládnout kolektiv dětí. Přijetí nebo nepřijetí těchto dětí vyžaduje vstřícnost a toleranci na obou stranách. Ke zvládnutí situace dítěte s celiakií je nutné, aby rodiče informovali školu o aktuálním zdravotním stavu svého dítěte a pravidelně komunikovali s pedagogy, vysvětlili jim podstatu nemoci (Fialová, 2004). Role v kolektivu a celková atmosféra ovlivňuje psychiku dítěte. Proto je nadměru důležité podporovat rovnocenné zařazení dětí s celiakií mezi vrstevníky. Dítě s celiakií nepotřebuje soucit, ale pomoc a vedení.

Je vhodné si všímat rodinného prostředí dítěte. Aktivní přístup je všeobecně lepší než pasivní. Ačkoli je potřebné přihlídnout k individualitě dítěte. V dětském kolektivu se děti s celiakií často setkávají se zcela neodůvodněnými předsudky. Jindy se děti mohou chtít dítěte s celiakií stranit. Podobným situacím je nutné odmítnout jejich pokračování a vysvětlit, že celiakie není nakažlivá a neplatí, že když je nemocný nemůže nic.

U onemocnění celiakií tak i alergie na lepek, jde o riziko požití potravy, obsahující alergen, tedy lepek. Projevy těchto dvou onemocnění se liší, avšak mohou být podobné. U dětí nemocných celiakií se může pochybení v dietě v závislosti na formě a stádiu projevit bolestí břicha či nevolností do několika hodin nebo až po delším čase, zvláště pokud je bezlepková dieta dlouhodobě nedodržována. V případě dlouhodobého nedodržování bezlepkové diety nastupuje riziko přidružených onemocnění a zhoršení projevů tohoto onemocnění.

U alergie na lepek bývají reakce v řádu několika minut až hodin a mnohokrát bouřlivější. Nejtěžší formou reakce bývá anafylaktický šok s následným rizikem ohrožení života. V tomto případě by měli být učitelé dostatečně informováni o nemoci dítěte a byli si vědomi hrozících rizik a mít dostatek informací o výživovém omezení. V těchto situacích by měla být k dispozici lékařem stanovena první pomoc za pomoci antihistaminik a adrenalinových injekcí. Důležité je také srozmět s problematikou i celý kolektiv dětí ve třídě, samozřejmě v přijatelné míře a názornosti. Samo nemocné by mělo mít povědomí o svých stravovacích omezeních, přičemž míra zodpovědnosti a psychické odolnosti každého dítěte je individuální (Červenková, 2006).

2. NEMOC A VNÍMÁNÍ NEMOCI DÍTĚTE

Jak je uvedeno ve Slovníku spisovné češtiny: „Nemoc je porucha zdraví.“ Nemocný člověk je pak člověk stížený nemocí. Příbuzným slovem je termín „nemohoucí“ – nemají žádnou sílu či moc. Při nemoci je člověk odkázán na pomoc druhých, nejenom rodiny, známých a v neposlední řadě doktorů a zdravotnického personálu. Lidé v těchto situacích nemají žádnou sílu ani moc. V lidovém pojetí je nemoc vnímána pouze jako opak zdraví. Toto tvrzení je však velmi zjednodušené, protože zdravotní stav se vyznačuje mnoha různorodými soubory jevů (Křivohlavý 2002). Dle Mičáka (2004) je *„nemoc přirozenou, i když obecně nežádoucí součástí lidského údělu. Vyřazuje člověka z běžného života, přináší jeho zásadní změny, je zdrojem utrpení, bolesti, strachu či úzkosti. Klade zvýšené nároky na adaptabilitu člověka a mobilizuje jeho tělesné a psychické síly. V neposlední řadě je nemoc také výzvou k zamyšlení se nad hodnotou zdraví, kvalitou a smyslem lidského života.“*

Vágnerová (2004, s. 57) popisuje nemoc jako *„narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života nemocného“* a rozděluje ji na 3 aspekty:

1. Somatický aspekt – příznaky, které jsou typické pro určitou nemoc a představují určité omezení.
2. Psychický aspekt – chování nemocného a jeho emoční prožitky související s chorobou. Odezva na chorobu je dána vlastnostmi nemocného člověka, emoční vyrovnaností, způsoby zvládání potíží, jeho vývojem a zkušenostmi.
3. Sociální aspekt – společenské hodnocení nemoci. Postoj k nemocnému ovlivňuje typ choroby, věk, osobnost nemocného. Mimo jiné i společnost samotná, její vzdělanost a kulturní úroveň.

2.1 Psychika nemocného

Jakékoliv chronické onemocnění je pro člověka životní zátěží. Nejenom že ovlivní psychiku člověka, dokáže změnit i některé vlastnosti člověka. V opačném případě může být psychikou nemocného ovlivněna série tělesných potíží, v některých případech i vyvolána. Záleží také na postoji nemocného k chorobě samotné, která je ovlivněna mnoha faktory. Závisí na souhrnu nepříznivých změn a ztrát v oblasti sociální, somatické a psychické (Křivohlavý, 2002).

Jak uvádí Křivohlavý (1970, s. 5) *„Každé porušení normálního tělesného stavu znamená víceméně zvláštní životní situaci, která činí vývojové podmínky složitějšími a náročnějšími. Tyto zvýšené nároky vytvářejí přirozeně i jistá nebezpečí“.*

Jako nebezpečné uvádí, nedostatečné společenské uplatnění, ale i zátěž či rušivý element pro celou společnost.

Podle Kübler-Rossové (1995) zpracování zátěže, kterou představuje závažné onemocnění, probíhá ve třech fázích - fáze šoku a popření, fáze postupného přijetí skutečnosti a fáze smíření s chorobou a jejími důsledky. Tyto fáze mají individuálně specifický průběh i délku trvání.

Jak uvádí Vágnerová (1999) psychologie a problematika nemocných se potýká s několika změnami:

- Sociální změny - kdy chronické onemocnění mění sociální pozici nemocného.
- Somatické změny – kdy je nemoc méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného a jeho osobní komfort.
- Psychické změny – kdy je významným aspektem vědomí choroby. Pod vlivem choroby se mění sebepojetí nemocného. Psychickou reakcí na chorobu může být prohloubení vědomí vlastní odlišnosti.
- Rozumové hodnocení nemoci – kdy počáteční uvědomění těžké nemoci může zintenzivnit potřebu své chorobě porozumět.
- Emoční postoj k nemoci – kdy nemoc může vyvolat různé emoční reakce, jako například strach nebo úzkost.

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

2.2 Chápání nemoci u dětí

Děti reagují na nemoc zcela jiným způsobem než dospělí. Převažuje u nich emoční složka. Nemoc pro dítě přináší nové, odlišné zkušenosti, které jsou pro ně nepříjemné. Psychická odezva nemoci závisí na dispozicích, vývojové úrovni a individuální zkušenosti, na již vytvořených osobnostních rysech dítěte, ale také na reakcích rodiny, v které dítě žije a v neposlední řadě na nemocničním personálu i širší společnosti. Chronické onemocnění postihuje 7 – 10 % dětských pacientů (Krejčířová, 1995).

Prvotní psychická reakce na změnu zdravotního stavu bývá citová. Změna prožívání je jeden z prvních příznaků porušené rovnováhy organismu. V oblasti prožívání se somatické onemocnění projevuje zvýšenou dráždivostí a emotivní labilitou. S onemocněním však bývají spojeny i negativní zkušenosti i prožitky, jako jsou například změna životní situace nebo reakce rodičů či okolí.

Jak popisuje ve své knize Vágnerová (1999) důsledky, které mají význam z hlediska dítěte, jsou obtíže, které nemoc přináší, léčebné a vyšetřovací výkony, odloučení od rodiny při hospitalizaci, omezení ve smyslu pohybovém, stravovacím a izolace od dětského kolektivu. Nemocné děti se potýkají nejenom s příznaky dané nemoci, ale i s úzkostí, nejistotou a obavami z dalších potíží a nepříjemností. Velice často je úzkost i strach přenášen z rodičů na děti. A proto je velice důležité své prožitky i cítění verbalizovat, jelikož děti bývají velice vnímavé a dokážou změnu chování blízkého dospělého zpozorovat a to je pro ně signálem nějakého ohrožení. Následným původem úzkosti nemocného dítěte může být i potřeba změny sebehodnocení a ochrany sebeúcty. S tím souvisí i ztráta různých kompetencí, vedoucí ve většině případů k návratu dříve překonané závislosti na jiných lidech (Matějček, 1992). Strach i úzkost mohou být doprovázeny změnou prostředí při adaptaci. Nemocné děti mohou být v některých případech smutné, v další fázi až depresivní, mohou cítit beznaděj a zdánlivou či reálnou budoucnost. Velikou roli v souvislosti s onemocněním má důležitý emoční význam i bolest. Jak uvádí Vágnerová (1999) bolest je vždy spojena s negativními citovými prožitky, vyvolává napětí. Pokud bolest trvá delší dobu, vyčerpává organismus dítěte a tím mění jeho prožívání i chování. Děti, které trpí bolestmi, bývají často mrzuté a plačtivé, v některých případech reagují buď afektivním výbuchem, nebo jsou naopak zcela apatické. Nemocné dítě má zpravidla potřebu podpory a citové jistoty. Jakékoliv onemocnění představuje určité ohrožení, na které dítě reaguje obrannými mechanismy. Jeden z ochranných mechanismů je zvýšená fixace na blízké osoby. A proto je důležitá přítomnost nejbližších osob, která dává dítěti potřebu bezpečí a jistoty.

Rozumové zpracování choroby, závisí na vývojové úrovni dítěte. Dítě předškolního věku těžko pochopí podstatu nemoci, jelikož jeho myšlení je prelogické. Myšlení a úvahy předškolního dítěte jsou ovlivněny fenomenismem, prezentismem a egocentrismem. Veškeré své onemocnění chápe tak, jak se subjektivně a aktuálně jeví a jak vyhovuje jeho potřebám. Proto je hodnocení nemoci dítětem vždy nepřesné a iracionální. Jak uvádí Langmeier (1989) mnohé děti hledají příčinu nemoci v podobě viníka, může se jím stát člověk či jiná bytost. Jako konkrétní podobu ohrožujícího mechanismu mohou často přecházet k personifikaci, to znamená že, své onemocnění vidí jako zlou bytost, která ho užívá. V některých případech však přisuzují příčinu a vinu samy sobě.

V neposlední řadě má chronické onemocnění vliv na osobnost a tím ovlivňuje vývoj osobnosti. Jak uvádí Vágnerová (1999) vývoj osobnosti nemocného dítěte vždy působí v interakci s ostatními faktory jako například individuální dispozice, vývojová úroveň, předchozí zkušenost a sociální kontext. Tyto faktory se poté odráží v psychice nemocného dítěte. Onemocnění taktéž může ovlivnit styl života dítěte, omezuje běžnou sociální zkušenost s vrstevníky. Mění se také hodnoty, jejich přání i obavy.

Chronické onemocnění je dlouhodobou zátěží, která může ovlivnit sebepojetí dítěte ve smyslu podání výkonu jako stejně nadané, ale zdravé dítě.

2.3 Psychické problémy celiaků

Na správném psychosociálním vývoji dítěte, fungování ve společnosti i začlenění člověka s celiakií se podílejí jak rodina, kolektiv, škola i pracovní zařazení. Jako důležitý aspekt pro osobu nemocnou celiakií je akceptace okolí, vhodné zařazení do normálního chodu rodiny, školy a do pracovního procesu.

Při chronickém onemocnění celiakie jsou lidé nuceni s touto chorobou bojovat i při vědomí toho, že je toto chronické onemocnění nevyléčitelné. První řadě jsou tu odborníci, kteří by měli být k pocitům pacienta citliví a snažit se mu vysvětlit důsledky nedodržování diety a v neposlední řadě mu dodat optimismus a motivaci. V opačném případě by neměli však vzbuzovat směrem k nemocnému falešné naděje. Klíčovým okamžikem zvládnutí nemoci je najít veškeré podpůrné metody, které by pacienta vedli ke znovuzískání psychosociální stability (Haškovcová, 2002). Většina nemocných však bývá nespokojena sama se sebou, chybí jim sebedůvěra, pochybují o svých schopnostech a intelektu. Někteří také mají taktéž potíže s rozhodováním či udržením kontaktu s jinými lidmi. Pokud se vyskytnou tyto problémy, měli by pacienti vyhledat psychologickou pomoc (Rujner a Cochaňská, 2002).

Samozřejmostí je v první řadě zvládnutí příznaků onemocnění a nadále se snažit nemocnému pomoci se psychicky vyrovnat s danou situací. V další fázi pacienti trpí strachem z toho, aby v nějakém jídle nepožili lepek. V tomto případě je velice účinné i důležité spolupracovat s organizacemi či spolky celiaků. Nelze ani zanedbat skutečnost, že děti s tímto handicapem se těžko vyrovnávají, mnohdy se mohou za svou nemoc stydět, nebo jí naopak tajit, před svými vrstevníky i okolím.

2.4 Dopad celiakie na rodinný život

„Nemoc dítěte je pro rodiče silnou stresovou situací. Způsob, jakým ji rodiče zvládají a jak na ni reagují, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude nemoc pro dítě.“ (Vágnerová, 1999, s. 71)

Celiakie se ve veliké míře vyskytuje v dětském věku. Problémy, které vznikají ve spojitosti s tímto onemocněním, bude muset řešit matka nebo blízká osoba, která o dítě pečuje. Dítě nedokáže ani nezvládne si uvědomit důležitost dodržování dietního režimu.

V první řadě bude muset rodič získat dostatek informací k tomuto onemocnění, z toho vyplývá, že prvotní problém, který bude rodič řešit je domácí strava. Vhodným řešením je zapojit do problému celou rodinu. Dostatečně informovat také příbuzné a známé. Při tomto onemocnění je velice důležité, aby široké okolí dítěte vědělo o dopadu nemoci na dítě a také veškerá omezení, která se s tímto onemocněním pojí. Zdraví dítěte je pro jeho rodiče významnou hodnotou a nemoc dítěte znamená její nespravedlivé ohrožení. Rodiče nemocných dětí hodnotí vzniklou situaci více emočně, jelikož vidí bezbranného a závislého jedince, který teprve začal žít a již od útlého věku se potýká s utrpením.

Dle Vágnerové (1999) rodiče reagují kombinací různých emocí:

- úzkostí a strachem, který se vztahuje k představě dalšího ohrožení dítěte
- vztekem, souvisejícím s uvědoměním ztráty, prožívané jako nespravedlivé
- smutkem, až depresí, vyplývajícím z vědomí omezených možností ochránit své dítě.

Rodiče se neradi smiřují s chronickým onemocněním svého dítěte, bojují o uzdravení nebo alespoň o co největší zlepšení zdravotního stavu. Podle Lazaruse (1990) rodiče nemocného dítěte volí tyto způsoby zvládnání své stresové situace v podobě přijetí aktivního postoje, hledání sociální podpory, hledání konkrétních řešení a poté snaha o pozitivní ocenění. Dopadem zkušeností s nemocí, se často mění postoj rodičů k dítěti. Ve většině případů se rodiče snaží svým dětem vynahradit vše, co mu nemoc vzala a tím zlepšit jeho emoční bilanci.

Takové chování je obranou zátěžové situace, ale nemusí být pro další život dítěte přínosný. Jako komplikace tohoto jednání se jeví vývoj osobnosti nepřijatelným způsobem, nikoliv z důvodu nemoci, ale následkem vlivu změny výchovného přístupu rodičů. Avšak reakce rodičů se mění podle toho, jak choroba probíhá. Velice důležitým aspektem je poskytnout dítěti emoční oporu a jistotu a nepodlehnout vlastní beznaději a depresím.

3. DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM V MATEŘSKÉ ŠKOLE

„Cesta, na níž se slabí stávají silnějšími, je táž jako cesta, na níž se silní zdokonalují.“
(Marie Montessoriová)

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), nařizuje stejný přístup ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace, v tomto případě zahrnuje i zdravotní stav. Ve školském zákoně se uvádí termín žák se speciálními vzdělávacími potřebami, který v sobě zahrnuje žáky se zdravotním postižením a se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Je samozřejmost, že i tito žáci mají nárok na vzdělávací formy, obsah a prostředí, které bude vyhovovat jejich potřebám, na vytváření vhodných a nezbytných podmínek k jejich výchově a vzdělávání.

V současné době existuje mnoho výrazů pro zdravotní znevýhodnění s ohledem na jeho závažnost a způsobu, jakým ovlivňuje život postiženého jedince. Nejvíce používaným výrazem je handicap, který v překladu znamená nevýhoda nebo nerovnost podmínek. Handicapované dítě není schopno překonávat bariéry při vzdělávání samo, jelikož mu to jeho stav nedovoluje. Dále se setkáváme s výrazy, jako jsou zdravotní znevýhodnění, žák se speciálními vzdělávacími potřebami a jiné. Pojem zdravotně znevýhodněné dítě se chápe dítě, které se setkává s bariérami při vzdělávání. Proto již v mateřských školách je velice důležité vytvořit takové podmínky, které by dítěti pomohly k bezproblémovému zařazení do společnosti.

Vzděláváním žáku se speciálními vzdělávacími potřebami se také zabývá speciální pedagogika.

3.1 integrace, inkluze a podmínky pro její úspěšnost

Z českých pramenů však není znatelný rozdíl mezi integrací a inkluzí. Odborné výrazy inkluze a integrace se v současné době jen zřídka objevují v pedagogických dokumentech. Například Bíla kniha v kapitole 10. uvádí speciální vzdělávání paralelně s pojmem integrace a v souvislosti s odstraňováním segregovaného vzdělávání.

Integrace se ve směrnici ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k integraci dětí a žáku se speciálními vzdělávacími potřebami uvádí rozlišení pouze jako individuální a skupinová. Dle slovníku cizích slov je tento pojem chápán jako sjednocení, ucelení, začlenění či zapojení.

Inkluze se dle Průchy (2013) definuje jako výsledek hnutí, kdy probíhá snaha a vytvoření vhodných podmínek pro integrované vzdělávání i těžce postižených.

Dle Havla et al. (2010) se uvádí, že inkluzivní vzdělávání je program zaměřený na edukaci žáků s postižením v podmínkách v běžných školách, kde se zdůrazňuje princip individualizace a to jak v plánování tak i úpravách prostředí i podmínek, ve kterém se celý proces odehrává.

Rozdíl mezi integrací a inkluzí se zakládá na rozdílném pojetí dítěte. Pojetí **integrace** respektuje odlišnost skupiny dětí s postižením, kde hlavní snahou je zařadit nebo spojit dvě odlišné skupiny jak zdravotně znevýhodněných, tak i zdravých. A snaha o následné poskytnutí speciálně pedagogické podpory. Pojetí **inkluzie** neboli inkluzivní pedagogika nenahlíží na děti z takové pozice jako při integraci, ale předpokládá se práce se skupinou, ve které bude mít žák individuální potřeby.

Rozdělení vztahu mezi pojmy integrace a inkluze dle Kocurové a kol. (2001):

- Integrace – zaměření na potřeby jedince s postižením, expertízy specialistů, speciální intervence, prospěch pro integrovaného žáka, dílčí změna prostředí, zaměření na žáka s postižením, speciální programy pro žáka s postižením, hodnocení studenta expertem.
- Inkluze – zaměření na potřeby všech vzdělávaných, expertízy běžných učitelů, dobrá výuka pro všechny, prospěch pro všechny žáky, celková změna školy, zaměření na skupinu a školu, celková strategie učitele, hodnocení učitelem, zaměření na vzdělávací faktory.

Podle Havla a Fialové et al. (2010) kteří prováděli výzkum, je patrné, že žák chronicky nemocný je schopen vzdělávat se v běžné mateřské škole. Pokud je dítě dlouhodobě nepřítomno je možnost pro něj vypracovat individuální vzdělávací plán. Děti trpící celiakií nevyžadují dlouhodobou absenci, tudíž nemá významný vliv na vyučovací proces. Pedagogové by měli brát v zřetel a ohled na děti trpící celiakií při akcích konaných mimo školu, jako jsou výlety nebo akce v rámci mateřské školy. Při chronické nemoci je třeba dítěti pomoci překonávat problémy vzniklé nemocí, snažit se a podporovat jeho samostatnost, umět zachovat klid a dokázat si poradit při komplikacích spojených s chorobou. Velice důležité jak pro dítě, tak i pro rodiče je dostatečně informovaný pedagog, na kterého se může dítě kdykoliv potřeby obrátit, spolehnout a plně mu důvěřovat. Avšak nejdůležitějším potřebou je ochota a připravenost nejen rodičů, dítěte, učitele, ale také rodičů ostatních dětí. Pedagog by měl znát denní režim dítěte, jeho léčbu a zásady plynoucí ze znevýhodnění a umět uplatnit ve svojí práci s integrovaným dítětem. Důležitost se prokládá častým konzultacím s rodiči, aby se dalo vyvarovat komplikacím spojeným s daným onemocněním.

Před nástupem chronicky nemocného dítěte musí být zajištěné veškeré podmínky potřebné k integraci (Šturma, 2010).

3.2 Postoje pedagogů k inkluzivnímu vzdělávání

„Integrace může být úspěšná, když v ni učitel bude věřit“ (Baďurová et al. 2010, s. 18).

Pedagog a jeho role k inkluzivnímu vzdělání je vskutku klíčová. Jeho role je velice důležitým faktem při budování pozitivního vztahu a klimatu třídy. I když není potíží žáka se speciálními vzdělávacími potřebami integrovat, v některých případech se setkáváme s problémem, že spolužáci tohoto žáka nepřijmou.

V mimořádných případech se tento žák může stát obětí šikany. Proto se setkáváme s obavami pedagogů k inkluzivnímu vzdělávání.

Jordan et al. (2009) popisuje nejčastější důvody obav pedagogů takto:

- obava, že žáci se speciálními vzdělávacími potřebami připraví učitele o čas, který by měl věnovat žákům bez postižení
- přesvědčení, že výuka žáků se speciálními vzdělávacími potřebami vyžaduje od pedagoga specializované dovednosti.

Podle výzkumu meta-analýzy Scrugge a Mastopieriho (1996) mají pedagogové obavy z nedostatečné podpory ze strany školy. Pedagogové bývají k myšlence inkluzivního vzdělávání vstřícní, ale bohužel nebývají z této představy zařazení dítěte se speciálními potřebami nadšeni. Avšak toto tvrzení bylo z řad pedagogů vyvráceno. Jak uvádí Booth et al. (2000) děti se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří se vzdělávají v běžných školách, mají lepší výkony v oblasti vzdělávání i sociálního chování oproti dětem, které se vzdělávají ve speciálních školách.

Stále zůstává otázkou, proč pedagogové z běžných škol jsou rezervovaní vůči použití inkluze v praxi. Odpověď hledáme v neinformovanosti učitelů, kteří vstupují do své profese, tak i do přípravy na ní s určitým přesvědčením o učení a učení se. Toto tvrzení potvrzuje například studie Whitea (2007), která potvrdila neústupnost těchto přesvědčení. V tomto výzkumu bylo také zjištěno, že pedagogové mají tendenci obviňovat žáky se speciálními vzdělávacími potřebami z toho, že se dostatečně nesnaží. K vhodnému závěru dospěl Giangreca et al. (1993), který uvádí, že postoje pedagogů k inkluzivnímu vzdělávání se mohou změnit na základě vlastních zkušeností, které prožijí s dítětem se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné mateřské škole.

Jako velice efektivní ve své knize uvádí Hájková a Strnadová (2010) kdy postoj pedagogů je výrazně ovlivněn tím, zda považují vzdělávání těchto žáků za svou odpovědnost. Tyto pedagogové bývají celkově efektivnější při práci se všemi žáky. Zahraniční badatelé také uvádějí, že čím více jsou odborníci vzdáleni od tříd, tím jsou chápáni například ředitelé škol, tím pozitivnější jsou jejich postoje k inkluzivnímu vzdělávání.

Úspěch vhodné integrace ze strany učitele záleží na ochotě přizpůsobit výuku a chtít se nadále vzdělávat v problematice nemocného. Pančocha uvádí, že úspěšnost pedagogické práce při integraci záleží na těchto faktorech: týmová spolupráce, společně sdílená filozofie a koncepce, zapojení rodin žáků, jasné vymezení rolí pedagogických pracovníků, efektivní využití asistentů, metody hodnocení efektivity.

3.3 Postoje rodičů dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

Rodiče mají ve většině případů pozitivní postoj k inkluzi, ale jsou zde patrné obavy. Mezi nejčastější obavy patří, že pedagog nebude dostatečně informován s výukovými metodami, osvědčenými u dětí se zdravotním znevýhodněním. Obava nastává taktéž vůči možné izolaci svých dětí. Podle Hájkové a Strnadové (2010) uvádí jako další skepsi rodičů vůči inkluzi obava z přetížení pedagogů v běžných školách, taktéž obava z chování dítěte, aby nebylo rušivým elementem pro ostatní děti.

Rodiče by měly taktéž splňovat podmínky ke správné integraci. Děti by měly vhodně připravovat na nástup do mateřské školy, aby jejich adaptace probíhala bez problémů. Děti se zdravotním znevýhodněním potřebují mít oporu v rodičích, aby se mohly postupně dostávat do interakcí s ostatními dětmi. Připravenost na mateřskou školu musí vycházet i z dítěte samotného, je třeba dosáhnout určitého stupně psychického vývoje. Rodiče se nesmějí bát sdílnosti a strachu mluvit o problémech týkajících se dítěte. Pro pedagogickou práci je nezbytné vědět i leckdy soukromé věci (Šturma, 2010).

3.4 Postoje dětí mladšího školního věku k inkluzivnímu vzdělávání

Podle Fitche (2003) který prováděl výzkum na zdravotně znevýhodněných dětech, které navštěvovaly běžné školní zařízení nebo v opačném případě speciální školy, je znatelný rozdíl ve vnímání dětí. Děti, které navštěvovaly speciální školy, se silně identifikovaly s rolí outsidera a vyskytovaly se u nich pocity zahanbení. V dalších případech se objevovaly pocity rezignace a pocity nedostatečných schopností pro vzdělávání v běžné škole.

V opačném případě dětí se zdravotním znevýhodněním, které navštěvovaly běžné školní zařízení, mají pocit, že se naučily více věcí, získaly více přátel a měly vyšší pocit sebepojetí.

3.5 Podpora integrace v kurikulu podpory zdraví v mateřské škole a RVP

Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole vychází z rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání a podporuje všech pět oblastí podpory zdraví v mateřské škole. Tento program přispívá k rozvoji kompetencí a dovedností jedince pro plnohodnotný život a poskytuje mu možnost se s ním setkat již od útlého věku. V tomto programu je rozpracována podkapitola stravování dětí, která je taktéž vhodná pro děti se speciálními stravovacími potřebami:

- „Respektujeme individuální potřebu jídla, závislou na konstitučním typu, zdravotním stavu dítěte, tělesné aktivitě apod.“
- „Mateřská škola poskytuje dítěti významnou část denního příjmu potravy a doplňuje objem a hodnotu přijímané stravy v rodině.“
- „Mateřská škola nesmí nevhodným způsobem výživy negativně ovlivnit zdraví svěřených dětí.“

(Havlíková a Vencálková, 2008, s. 57-58)

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV) obsahuje část o vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Pojetí však vychází z individuálních potřeb a možností dětí. Rámcové cíle i záměry předškolního vzdělávání jsou pro všechny děti společné.

RVP PV vymezuje hlavní požadavky na předškolní vzdělávání, ze kterých vycházejí kurikula se zaměřením na zdravý způsob života (Průcha, 2009). Mezi mateřské školy, které aplikují zdravý životní styl, patří „Zdravá mateřská škola“ a „Škola podporující zdraví“. Tyto mateřské školy se snaží o vytvoření zdravého prostředí za pomoci upevnování správných životních návyků a chování (Bartoňová a Vítková, 2007). RVP PV taktéž uvádí kvalitu vzdělávání ve smyslu vycházejícím z přirozeného vývoje i ze specifických požadavků znevýhodnění.

V tomto programu také najdeme rozdělení zdravotního postižení, taktéž uvádí, za jakých podmínek by mělo vzdělávání probíhat. Při zdravotním znevýhodnění dochází ke snížení počtu dětí ve třídě, v některých případech dle postižení je třeba dopomoc asistenta pedagoga nebo osobního asistenta. Z důvodu možného přínosu integrace pro ostatní „RVP PV podporuje integraci dětí všude tam, kde je to vzhledem k druhu a míře postižení či znevýhodnění dítěte možné, resp. kde lze vytvořit a zajistit potřebné podmínky“ (RVP PV, 2004, s. 36, 38).

Pedagog by se měl snažit o „vytvoření optimálních podmínek k rozvoji osobnosti každého dítěte, k učení i ke komunikaci s ostatními a pomoci mu, aby dosáhl co největší samostatnosti.“ (RVP PV, 2004, s. 33)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Metodologický výzkum

„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů i chování. Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění toho, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů jevů, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují“ (Strauss a Corbinová, 1999, s. 10-11).

První metodou výzkumu bude polostrukturovaný rozhovor „metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta“ (Chrátka, 2010, s. 113).

K získání informací o zdravotně znevýhodněném dítěti slouží pedagogické pozorování, jak uvádí Chrátka (2010) jedná se o nejstarší a nejrozšířenější metodu získávání dat o pedagogické realitě.

Skutil (2011, s. 106) uvádí, že: „Případová studie (z lat. *causus*. „případ“) je považována za metodu heuristickou (nalézající), ilustrační i verifikační (dokumentační, ověřovací). Je také chápána, jako popis jednotlivých případů a může se týkat o jedince, skupiny lidí nebo instituce“.

4.1 Cíl a výzkumné otázky

Cílem práce je získat dostatek informací o nemocném dítěti s celiakií a poukázat na specifické potřeby zdravotně znevýhodněného dítěte a zachycení faktů, jak se onemocnění promítá do dětské psychiky. Půjde o zachycení osobních zkušeností a vnitřních pocitů dětí s celiakií a jejich rodičů. Cílem bude také pomoc pedagogickým pracovníkům ve formě integrovaného bloku k zařazení dítěte s celiakií do běžné mateřské školy.

V praktické části budu hledat odpovědi na tyto výzkumné otázky:

- Vnímá dítě v MŠ zdravotní znevýhodnění a odlišnost od ostatních dětí?
- Umí se dítě psychicky vyrovnat se svým handicapem?
- Prožívá dítě v kolektivu MŠ úzkost a strach?

- Změnilo se chování a přístup rodičů k samotnému dítěti?
- Má kolektiv v MŠ (děti a pedagogové) vliv na dítě, které má zdravotní znevýhodnění?

4.2 Metodologie výzkumu

Pro praktickou část výzkumu jsem si vybrala kvalitativní výzkum. K vhodnému posouzení psychiky dítěte jsem se rozhodla pro zpracování případové studie, ve formě přímého, zúčastněného a nestrukturovaného pozorování. Pozorování bude probíhat v mateřské škole nemocného dítěte. Kvalitativním výzkumem získáme možnost bezprostředních a osobních odpovědí ze stran dětí, jelikož písemné vyplnění dotazníků by bylo v tomto případě obtížnější a nedostatečné. Cílem mého výzkumu je snaha získat dostatek informací o nemocném dítěti, jak ze strany rodičů, pedagogů, tak i ostatních dětí v mateřské škole. Další postup kvalitativního výzkumu bude polostrukturovaný rozhovor s rodiči nemocného dítěte. Respondenti rozhodují o množství dat a tím sami sdělují, co považují za důležité a výzkumník poté hledá v poskytnutých informacích kostru následného rozhovoru. Při polostrukturovaném rozhovoru byly použity navádějící otázky, kterými jsem postupně získávala důvěru informátora.

5. Jak celiakii vnímá dítě?

Dítě je člověk v prvním období svého života. „*Prvním vdechem vstupuje dítě do života jako nový jedinec, který však není tolik samostatný, aby bez pomoci cizí živ býti mohl*“ (Otto, 1893, s. 620). Dítě vyžaduje v době nemoci ve zvýšené míře pocit bezpečí a jistoty. Proto je vždy nejlepším řešením, pokud se o nemocné dítě stará nejbližší člen rodiny, v nejčastějších případech matka. Při láskyplné péči o nemocné dítě se zintenzivní vztah rodiče k dítěti. Pro rodiče takto nemocného dítěte je to nesmírně důležitý čas učení. Nastává zde nová jistota a především více důvěry.

Z důvodu zachování anonymity je jméno dívky smyšlené.

Anamnéza dítěte: Aniče bylo v letošním roce 6 let. Je z úplné rodiny, otec je pracující a matka je v současné době na mateřské dovolené s druhým dítětem, kterému jsou dva roky. Do MŠ nastoupila ve třech letech. Průměrně se adaptovala na nové prostředí, pouze nastal problém v komunikaci, nemluvila, kdy měla narušené komunikační dovednosti. Do kolektivu se zapojila bez větších problémů. Kontakt s pedagogy navazovala bez obtíží. Po citové stránce nestrádala po rodičích, bylo jí v MŠ dobře. Od začátku školní docházky byla přijata na celodenní provoz. V současné době navštěvuje logopeda. Tento školní rok by měla nastoupit na základní školu, rodina uvažuje o odkladu, dle posudku pedagogicko-psychologické poradny. Ze zdravotního hlediska rodiče neshledávají žádné přidružené příznaky k jejímu onemocnění. Dítě má neustále nízkou hmotnost, přijímá malé množství potravy a stolování je v delších časových intervalech, než mají ostatní děti. Celiakie byla dívce diagnostikovaná ve čtyřech letech.

Individuální rozhovor probíhal s dívkou v mateřské škole, kterou navštěvuje. Dívku znám s osobního kontaktu, proto k navázání komunikace nebyl problém. Zpočátku jevila známky nejistoty. O nemoci měla jen velmi malé informace. Z rozhovoru vyplývalo, že dívku nikdo o nemoci neinformoval. Pouze věděla, že má dietu, ale nevěděla proč, a co slovo dieta znamená. Uvedla, že nesmí některé jídlo, co ostatní děti. Jídlo od maminky jí chutná, ale občas je smutná, když nedostane jídlo jako ostatní děti. Časově si neuvědomuje, ani nevzpomíná, kdy tato situace nastala. Pouze ví, že nesmí jíst pečivo, ale nedokázala vysvětlit proč. Potvrdila tvrzení matky, že v některých situacích dostane i jídlo, které nesmí. Od paní učitelky takové jídlo nedostane, jelikož dodržují zákaz. O své nemoci blíže neví, ale má povědomí, které potraviny smí a které nesmí. Ze strany dětí neshledává žádné posměšky nebo negativní reakce. I přestože byl rozhovor veden klidně, dívka byla apatická, lehce nesoustředěná a o rozhovor nejevila velký zájem.

Závěr: O své nemoci neví skoro nic. Matka, ani nikdo jiný ji neinformoval, jaké následky má nedodržení dietního opatření. Z mého pohledu by tato neznalost o zdravotním stavu byla výhodou vývoje dítěte po psychické stránce. Určitě si uvědomuje jinakost stravy od ostatních dětí a někdy by chtěla stejné jídlo jako ony.

Z rozhovoru je znatelné, že se u dívky nevyskytují výrazné psychické potíže z důvodu dietního opatření. Svou dietu nechápe, ale uvědomuje si, že nesmí vše, co ostatní děti. Na několik otázek nedokázala odpovědět. Sdělovala nevím nebo kývala hlavou, že ne.

6. Pohled rodičů na celiakii

Rodina má v celém životě dítěte prvořadý význam. Poskytuje dítěti vzory v rovině sociální, psychické a dítě zde získává praktické dovednosti a zkušenosti, reguluje jeho chování, projevy. Dává mu normy, podle kterých se dále chová.

V této rodině došlo ke zvýšenému psychickému tlaku na veškeré členy domácnosti z důvodu zdravotních komplikací dítěte. V prvních počátcích byla diagnóza nejistá, proto se ze strany rodičů vyskytli obavy a strach z neznámého. Jako největší problém a otázky k řešení uvádí „co teď, jak začít, proč zrovna my?“ Toto všechno musela rodina řešit a konzultovat s odborníky.

Rozhovor s rodiči: Rozhovor s oběma rodiči probíhal v jejich blízkém prostředí a to v jejich domě. Rodina byla příjemná a vlídná. Nejprve jsme začali s komunikací na přátelské rovině, kdy jsem snažila uvést rodiče do klidu, aby byli více otevření. Rozhovor jsem nejdříve vedla jako polostrukturovaný a postupně přecházela na předem připravené otázky. Začali jsme otázkou „jaká byla Vaše reakce po stanovení diagnózy?“. Oba respondenti se shodli na své odpovědi a uvedli, že s touto diagnózou nesouhlasí, že to není možné a žádali další přezkoumání. V té době začali pociťovat pocity strachu, bezmoci, viny i obviňování. Příčinu svého odhodlání, nebo spíše důvod, proč došlo k prvnímu vyšetření, nevznikl z jejich popudu. Došlo k němu při hospitalizaci dítěte s neštovicemi s následným zvracením a nechutenstvím. Při pobytu dítěte v nemocnici nejprve z odebraného vzorku krve zjistili alergii na lepek a následně probíhal odběr tenkého střeva, který tuto diagnózu potvrdil. Jelikož nikdo v jejich rodině netrpěl celiakií, nemůžeme říci, že by sehrála roli dědičnost. Otázka zda pozorovali nějaké příznaky podobné celiakii, uvedli, že dítě do této doby moc nepřibývalo na váze, ale z důvodu toho, že nikdy nechtěla moc jíst, ale nepřikládali tomu takový důraz. Po stanovení diagnózy začali hledat bližší informace k danému onemocnění. První informace ve smyslu zdravotnickém a spíše odborném získali u ošetřujícího lékaře, poté byli odkázáni na dietní sestru, která jim poskytla dostatek informací na jejich otázky a odkázala je na internetové stránky o celiakii. Při zjištění byli rodiče postaveni před nelehký úkol. Museli získat dostatek informací o nemoci a o následném dietním opatření. První opatření, které zavedli, bylo vyloučení lepku ze strany dítěte, poté se snažili potraviny s obsahem lepku konzumovat spíše bez přítomnosti nemocné dívky. Při této odpovědi mě napadla otázka „zda se nesnažili zavést bezlepkovou dietu všem členům rodiny?“. Odpověď byla jasná stručná, že jim toto jídlo nechutná a že nevidí problém uvařit stejné jídlo jako pro ostatní členy rodiny, ale bezlepkové.

Matka též uvádí, že raději potraviny s obsahem lepku nekonzumují, nebo raději schovávají, pokud není alternativa ve formě bezlepkové. Jako největší problém matka uvádí volnočasové aktivity a mateřskou školu. První reakce mateřské školy byla až překvapující a odpověď ze strany vedení byla „nevaříme“.

Později mateřská škola přistoupila na řešení ve smyslu nošení jídla z domácího prostředí a následného ohřátí v MŠ. Tudiž matka musí na každý den připravovat jídlo do krabiček, jak ranní svačinu, oběd, ale i odpolední svačinu. V současné době je matka na mateřské dovolené s druhým dítětem, tudíž nevidí problém v tom, že své nemocné dceři každý den připravuje jídlo. Jediný problém, který matka v současné době shledává, jsou volnočasové aktivity a do budoucna například letní tábory či nástup na základní školu, kdy nebude mít nad svou dcerou dostatečnou kontrolu. Rodina žije v malém městě tudíž i přístup k bezpečným produktům je omezený. Bezpečkové potraviny si musí objednávat přes místní lékárnou, nebo pokud vyjíždí mimo město, musí myslet na dostatečné zásoby, které musí nakoupit. „Jak vidí přístup ostatních dětí v mateřské škole vůči své dceři?“ Matka uvádí, že zprvu chodila domů a pokládala matce otázky, proč nemůže jíst to, co ostatní. Vždy jí vše bylo dostatečně vysvětleno a respondentka nekladla odpor. Ale v současné době je dítě se svým omezením smířeno. Matka přiznává, že nastaly chvíle, kdy nevydržela nátlak ze strany svého dítěte a dala své dceři ochutnat potravinu s obsahem lepku.

Závěr: Zpočátku musela rodina projít celou řadou zkoušek. Došlo i na výčitky a obviňování mezi manželi. Po necelých pěti měsících s tímto znevýhodněním se rodina smířila, protože dostala dostatečné informace, které rodinu uklidnily, že i život s tímto handicapem je plnohodnotný. Rodinu podporují odborníci, za kterými v pravidelných intervalech docházejí, kteří jim pomáhají nalézt dostatek informací o nemoci. Informace také nalézají na internetových stránkách, kde je dostatek bezpečkových receptů a rad od rodin se stejným onemocněním. A v neposlední řadě rodinu podporuje mateřská škola, ve smyslu stravování, kterou nemocná dívka navštěvuje.

7. Celiakie z pohledu ostatních dětí

Děti v mateřské škole jsou velmi vnímavé a jakékoli změny a odlišnosti citlivě postřehnou. Je známo, že dítě s handicapem je středem pozornosti ostatních dětí. Vždy musí být dětem vysvětleny příčiny onemocnění, aby došlo k socializaci dítěte a začlenění do kolektivu. I přesto, že dívka nemá viditelný handicap, muselo dojít k vysvětlení, proč má odlišné jídlo.

Děti ve spontánních i řízených činnostech byly překvapivě informované o nemoci Aničky. Dokázaly sdělit, proč nesmí jíst potraviny s moukou a co by jí způsobila tato nemoc. Z integrovaného bloku „Jak pejsek s kočičkou dělali dort“ jsem zjišťovala, zda mají ostatní děti informace o celiakii. Zjistila jsem, že vnímají odlišnost zdravotního znevýhodnění a samy by nechtěly být jako ona. Toto projevily v kresbě při vyjádření svých emocí. (viz příloha č. 6)

8. Celiakie a vnímání dítěte z pohledu učitelky MŠ

Důležitým mezičlánkem psychického vývoje dítěte je pobyt v mateřské škole a přístup učitelek k samotnému dítěti. Škola doplňuje rodinnou výchovu a respektuje požadavky rodičů, individuální a věkové zvláštnosti, potřeby a zájmy a v případě dítěte s celiakií i respekt ze zdravotního znevýhodnění.

Dle rozhovoru s učitelkami v MŠ jsem zjistila:

- na začátku bylo nejdůležitější získání co nejvíce potřebných informací o této nemoci
- získání důvěry učitelky a dítěte
- podmínky k přinášení vlastního jídla
- rozhovory s dětmi a reakce na zdravotně znevýhodněné dítě

Rozhovor s učitelkami probíhal v mateřské škole, kterou dívka navštěvuje. První dva rozhovory jsem vedla s učitelkami, které měly dívku již minulý rok ve své třídě. Reakce obou dvou byla shodná při otázce „jaká byla Vaše reakce po sdělení diagnózy?“, nastaly zde chvíle soucitu s dítětem i lítosti. Jak uvádí, nejdůležitější bylo získat dostatek informací o nemoci a následném dietním omezení. Snaha učitelek byla přijmout dítě s reálným základem. V kolektivu se Anička chová spíše výrazněji, jako poznávací bod uvádí, pronikavý hlas. Obě učitelky nevnímají, že by se v MŠ vyskytl nějaký problém vzhledem k dietnímu opatření, dívka si nosí jídlo z domova a sama si dochází do kuchyňky umístěné vedle jídelny. Svou dietu zvládá dobře a neprojevuje se výraznými emocemi, je spíše smířená. Spolupráce s rodiči vnímají jako dostatečnou, avšak někdy se vyskytl problém, že dívka své jídlo nejedla a proto hledala příčinu a viníka v učitelkách. Jedna z učitelek viděla problém v tom, že dostává jídlo, které jí nechutná, například houby. Ale jak uvádí shodně obě učitelky, dívka je velice vybíravá a málo které jídlo sní. Později tuto skutečnost potvrdila i matka. V oblasti vnímání ostatních dětí shodně uvádějí, že se nenaskytl žádný problém, ani výčitky ze strany spolužáků. Pouze velice často upozorňují, že dívka zase nechce jíst, nebo že své jídlo nedojedla. „Jak se vyrovnaly s danou situací?“ Nejprve oznámili ostatním dětem, že dívka nesmí určitá jídla. Dívka je seznámena s tím, které jídlo smí a které ne. Tudíž to pro učitelky bylo snazší, i když kontrolu nad dítětem musely mít neustálou. Poté zařadily integrovaný blok o potravinách, kde byly děti seznámeny o této skutečnosti.

2. Další rozhovor probíhal se současnou paní učitelkou, kterou má dítě v předškolní třídě. Nástup dítěte vnímala jako snazší, jelikož dívka byla navyklá na režim dne. I ostatní děti byly již poučeny v předešlé třídě.

Ale i přesto dětem tuto skutečnost znova zopakovala a ujistila se, zda mají dostatek informací. Poučila děti, aby dívku nestresovaly a nenabízely jí své jídlo. V kolektivu uvádí, že je dívka spíše dominantní a pokud není po jejím, bývá urážlivá. Postoj k jídlu dívka nezměnila, stále je spíše vybíravá.

I když se matka snaží vařit podle přání své dcery a o této skutečnosti vždy informuje i personál MŠ, dívka vždy u jídla sedí a přebírá z jídla jen část. Například z bramborového salátu vybírá jen brambory. Vnímavost a problém ostatních dětí učitelka neshledává. S danou situací dle učitelky se dívka vyrovnala dobře, bere své dietní opatření jako samozřejmost, vždy dokáže sama upozornit, že něco nesmí.

Závěr: Mezi pedagogy a rodinou došlo k oboustranné důvěře a otevřenosti. Pravidelně se informují o nových skutečnostech a snaží se dítě psychicky nezatěžovat a nepřipomínat jeho handicap. Mají domluvená pravidla k předávání informací a to vždy odpoledne před předáním dítěte z MŠ.

9. Integrovaný program - podpora dítěte v MŠ se zdravotním znevýhodněním

Charakteristika integrovaného bloku

Tento integrovaný blok bude zařazen v období adaptace. Adaptace je vždy velkou psychickou zátěží pro každé dítě i jeho rodiče. Nelze odhadnout, jak bude dítě tuto adaptaci zvládat. Probíhá individuálně u každého dítěte. Ulehčení adaptace dítěte je seznamování s novým prostředím a cizími lidmi. Pokud má dítě zdravotní znevýhodnění, je tato adaptace ještě složitější.

Podle RVP PV je nutné dítěti se zdravotním znevýhodněním vytvořit takové podmínky ke vzdělávání, které vyplývají z oslabení jeho zdravotního stavu. Přínos pro ostatní děti s takto zdravotně znevýhodněnými učí trpělivosti a ohleduplnosti. Společná práce ve smyslu naslouchání, poznávání, řešení problémů, získávání důvěry a vzájemné úcty můžeme vnímat jako hodnoty důležité pro vznik nových přátelství. Důležité je, aby poznaly, že i přátelství mezi zdravými a zdravotně znevýhodněnými dětmi je určitá hodnota. Pro začlenění dítěte se zdravotním znevýhodněním je velice důležitá společná výchova, která dítěti dává možnost získat pozitivní vztah ke zdravým dětem, akceptovat své postižení a v neposlední řadě mu napomáhá se lépe prosadit ve skupině. V prostředí mateřské školy učíme zdravé děti směrem ke zdravotně znevýhodněným vhodně se chovat, pomáhat a respektovat jejich odlišnost.

Dílčí vzdělávací cíle

Dítě a jeho tělo

- osvojení si poznatků o těle a jeho zdraví
- vytváření zdravých životních návyků a postojů jako základ zdravého životního stylu
- rozvoj fyzické i psychické zdatnosti
- osvojení si poznatků a dovedností důležitých k podpoře zdraví
- uvědomění si vlastního těla

Dítě a jeho psychika

- rozvoj komunikačních dovedností, posilování přirozených poznávacích citů, vytváření základů pro práci s informacemi, rozvoj pozitivních citů ve vztahu k sobě
- posilování přirozených poznávacích citů
- poznávání sebe sama, rozvoj pozitivních citů ve vztahu k sobě
- rozvoj schopnosti citové vztahy vytvářet, rozvíjet je a plně prožívat

Dítě a ten druhý

- posilování prosociálního chování ve vztahu k ostatním lidem a vytváření prosociálních postojů
- osvojení si schopností a dovedností důležitých pro navazování a rozvíjení vztahů dítěte k druhým lidem
- ochrana osobního soukromí a bezpečí ve vztazích s druhými dětmi i dospělými

Dítě a společnost

- rozvoj schopnosti žít ve společenství ostatních lidí
- poznávání pravidel společenského soužití a jejich spoluvytváření
- rozvoj základních kulturně společenských postojů, návyků a dovedností dítěte, rozvoj schopnosti projevat se autenticky, chovat se prosociálně a aktivně se přizpůsobovat společenskému prostředí

Dítě a svět

- osvojení si poznatků a dovedností potřebných při spoluvytváření zdravého prostředí
- rozvoj úcty k životu ve všech jeho formách
- vytvoření povědomí o vlastní sounáležitosti s lidmi

Očekávané výstupy

Dítě a jeho tělo:

- má povědomí o těle a jeho vývoji
- rozlišuje, co zdraví prospívá a co mu škodí, v situacích se chová tak, aby neohrožoval zdraví své i ostatních
- zvládne zdravotně preventivní návyky
- dokáže rozlišovat, co prospívá zdraví a co mu škodí
- bude mít povědomí o některých způsobech ochrany osobního zdraví

Dítě a jeho psychika:

- dokáže pojmenovat většinu toho, čím je obklopeno
- zvládne samostatně a smysluplně vyjadřovat své pocity
- ví, kdy má vyjádřit souhlas, či nesouhlas v situacích, které jsou ohrožující
- dokáže rozlišovat některé obrazné symboly
- vnímá, že je zajímavé dozvídat se nové věci, využívat zkušenosti k učení

- dokáže respektovat předem vyjasněná a pochopená pravidla
- dokáže zachytit a vyjádřit své prožitky

Dítě a ten druhý:

- dokáže respektovat potřeby jiného dítěte
- porozumí běžným projevům vyjádření emocí a nálad
- chápe, že všichni lidé mají stejnou hodnotu, přestože je každý jiný
- zvládne uplatňovat své individuální potřeby
- vnímá, co druhý potřebuje, vychází vstříc slabšímu, či postiženému
- dokáže spolupracovat s ostatními
- zvládne se bránit projevům ponižování jiného dítěte

Dítě a společnost:

- začlení se do třídy a zařadí se mezi své vrstevníky, respektuje jejich rozdílné vlastnosti
- uplatní návyky v základních formách společenského chování ve styku s dospělými i s dětmi, ve smyslu požádání o pomoc
- pochopí, že každý má ve společenství svou roli, podle které je třeba se chovat
- uvědomí si, že ne všichni lidé respektují pravidla chování, že se mohou chovat neočekávaně a tím ohrožovat pohodu i bezpečí druhých

Dítě a svět:

- mít povědomí o vlastním zdraví
- přijímat změny v životě a umět se přizpůsobit
- uvědomí si nebezpečí, se kterým se může ve svém okolí setkat a má povědomí o tom, jak se prakticky chránit
- dokáže spoluvytvářet pohodu prostředí

Vzdělávací obsah

Název bloku – „Jak pejsek s kočičkou dělali dort“

Poznávací činnosti:

- **Společenská hra vadí, nevadí?** (příloha č. 2)

Do krabičky vložíme kartičky s předtištěnými obrázky, na kterých bude znázorněné zdravotní znevýhodnění- brýle, naslouchátka, berle, invalidní vozík, rovnátka, ale i obrázky postav, které mají handicap nebo obrázky situací. Každé dítě si vylosuje jednu kartu a společně se budeme snažit daný obrázek popsat a říci, jak se budeme k takovému dítěti chovat.

Například: Petříkovi se posmívají, že šilhá, co s tím uděláme?

Honza je ve třídě nový a stydí se, jak mu pomůžeme?

Proč nosí Eliška rovnátka?

Víš proč, nechodí Jana po nohou, ale jezdí na vozíčku?

Proč nosí Matěj brýle?

Co je správné – dát Andreje naší svačinu, nebo jí raději vysvětlit, že by tato potravin mohla uškodit?

- **Z čeho upéct chléb, aby byl bezlepkový?**

V kroužku s dětmi povedeme rozhovor na téma, z čeho upečeme chléb při bezlepkové dietě. Děti budou hledat vhodné řešení. Navedeme děti otázkami „která potravin bude jiná, která potravin zdravotně znevýhodněnému dítěti škodí?“ Poté povedeme rozhovor, jak se vyrábí mouka a kde si můžeme pořídit bezlepkovou mouku. Ukážeme dětem obrázek bezlepkové potravin-přeškrtnutý klas.

- **Může nebo nemůže?**

Rozmístíme obrázky potravin s obsahem lepku. A za pomoci obrázku s piktogramem přeškrtnutého klasu (příloha č. 1) určíme, zda tuto potravin může nebo ne (chléb bez piktogramu nesmí, pokud přiřadíme piktogram, chléb již může).

- **Četba pohádky „jak pejsek s kočičkou dělali dort“.**

S dětmi si společně povídáme o příběhu, o kladných a záporných postavách. Jaké potraviny dal pejsek s kočičkou do dortu, které potraviny se do dortu správně dávají a které ne. A nakonec příběhu dětem přiblížíme, co se stane pejskovi, když si vezme něco, co není jeho.

Konec příběhu nám dopomáhá děti navést k tomu, že pejsek nesměl dort sníst, ale jelikož ho snědl, tak ho bolelo břicho. „Zdravotně znevýhodněný“ kamarád pokud sní potravinu s obsahem lepku, bude ho stejně jako pejska bolet břicho.

- **Dramatizace pohádky „jak pejsek s kočičkou dělali dort“.**

Za pomoci potravin a formy na dort si s dětmi upečeme dort. Jeden po druhém dávají do formy všechny potraviny, které uslyšely v pohádce. Společně si pak obsah dortu překontrolujeme, zda nám něco nechybí. Rozhovorem zjišťujeme, zda by tyto potraviny mohl i „zdravotně znevýhodněný“.

- **Hra na emoce.**

Děti se posadí do kolečka a uprostřed umístíme židli, na kterou posadíme jedno dítě. Dětem rozdáme kousek 100% čokolády, krom dítěte, které sedí na židli. Poté dítěti dáme piktogramy se „smajlíky“ (příloha č. 3), aby vyjádřil své emoce a pocity. Děti se postupně střídají. Dětem vysvětlíme, že „zdravotně znevýhodněný“ má toto omezení napořád a nikoliv jako my, jen formou hry. Povíme si, jaké emoce prožívá „zdravotně znevýhodněný“ a proč.

- **Stolní kvíz.**

Na stůl připravíme dva piktogramy, jeden s přeškrtnutým klasem-bezlepková potravina a druhý s pšeničným klasem-potravina s obsahem lepku. Rozdělíme děti na dvě skupiny. Na stole rozmístíme demonstrační obrázky potravin a úkolem bude je správně rozdělit do dvou daných skupin. První skupina dětí rozděluje obrázky potravin a druhá je následně kontroluje a zjišťuje, zda byly správně rozděleny. Poté se skupiny dětí vystřídají.

- **Potravinové pexeso.**

Děti za pomoci klasického pexesa s obrázky potravin trénují paměť.

- **Horká židle.**

Na židli posadíme „zdravotně znevýhodněné dítě“, motivujeme pohádkou, že na trůnu sedí princezna kočička nebo král pejsek. Ostatní děti mu nosí různé potraviny. „Kočička“ musí odpovídat, zda tyto potraviny, kvůli svému dietnímu opatření smí nebo ne. Děti se na pomyslném trůně střídají a tím umožňují zažít si roli „zdravotně znevýhodněného“.

- **Smyslové poznávání potravin, aneb co já smím a můžu.**

S dětmi společně vyzkoušíme, jak chutná potravina bez obsahu lepku. Na talíř nakrájíme chléb bezlepkový, tak i s obsahem lepku. Děti za pomoci čichu zjišťují, zda je potravina rozdílná. Poté za pomoci chuti rozlišují a určují, která potravina je bezlepková a která je s obsahem lepku.

- **Společná hostina aneb „mazací den“.**

Společně podpoříme našeho „zdravotně znevýhodněného“ kamaráda a zkusíme si, jaké to vlastně doopravdy je. Za pomoci personálu z kuchyně upečeme bezlepkové pečivo a pomazánku. Během svačiny podporujeme samostatnost dětí tím, že do misek umístíme pomazánku a bezlepkové pečivo. Děti si samostatně nanasou pomazánku na pečivo.

- **Hádky**

„Když ho v létě sklídí, bídu v zimě neuvidí.“ OBILÍ
„Běloučký tam vejde, červeňoučký vyjde.“ CHLÉB
„Má to dva rohy, ale netrká“ ROHLÍK
Zlatá zrnka, zlaté vlasy, copak je to děti asi? Ať je pátek nebo svátek,
mlynář mouku vymílá. Z té mouky pak pekař peče, pečivo nám posílá.“
KLAS OBILÍ

- **Básně a říkadla.**

„Ty pekařský tovaryši“ (lidová), Zima, s. 45
„Mlynář“ (lidová), Zima, s. 45
„Perníkář“ (M. Tetourová), Zima, s. 47
„Pekaři“ (O. Syrovátka), Zima, s. 53
„Peka“ (D. Hilarová), Zima, s. 53
„Koblihové dostihy“ (L. Středa), Zima, s. 53

Pohybové činnosti:

- **Chodím, hledám, co mám znát.**

S dětmi vytvoříme kruh kolem demonstračních obrázků potravin a říkáme: „Chodím, hledám, co mám znát, pojd' mi Matěji pomáhat, do kuchyně zajdi a potravinu pro „zdravotně znevýhodněnou“ najdi“. Děti hledají vhodné potraviny, které dané dítě smí, v tomto případě bezlepkové a umísťují na magnetickou tabuli. Pokud vyberou obrázek například rohlíku, chleba nebo jiného pečiva a přiřadí k němu piktogram je to správně.

- **Kočka leze dírou.**

Pohybem ztváříme známou říkanku za pomoci obručí.

- **Pohybová hra „na pejsky a kočičky“.**

Děti představují pejsky a kočičky. Například dívky budou kočky a kluci pejsci. Po třídě rozmístíme dva druhy obrázků, jedny se psí boudou a druhé s kočičím pelíškem. Na smluvený zvukový signál, si děti najdou svůj domeček a posadí se na něj.

- **Štronzo.**

„Štronzo je kouzelné slovo, které znamená zastavení, zkamenění, konec pohybu“(Svobodová, 2011). Děti chodí po třídě a za pomoci hudby, když zaslechnou slovo, ve kterém je potravina, zastaví a zkamení.

- **Jóga pro děti „jako kočka jako pes“.**

Podsadíme pánev, ruce předpažíme a pomalu přecházíme do kleku. Předkloníme se a dlaně opřeme o podložku v úrovni ramen (vzpor klečmo). Při výdechu uděláme kočičí hřbet a hlavu skloníme mezi ruce a záda vyhrbíme. Při nádechu zvedneme co nejvíce hlavu a prohneeme záda. Protahujeme se jako pes: dlaně opřeme o podložku v úrovni ramen a zadní končetiny zůstanou natáhlé. Při výdechu se prohneeme dozadu, záda nám tvoří písmeno „U“. Při nádechu se schoulíme do klubíčka.

- **Překážková dráha.**

Za pomoci sportovního načiní, vytvoříme překážkovou dráhu. Překážková dráha symbolizuje cestu pejska a kočičky za dětmi. Nejprve přejdeme přes lávku, která vedla přes potok. Poté přejdeme po kládě, která nám zkřížila cestu. Projdeme se po kamenech, které vedly přes bažinu. A nakonec přeskáčíme stromy, které v lese popadaly.

- **Chytání „koťátek“.**

Děti stojí v roznožení v prostoru herny a znázorňují kočky. Předem určené dvě kočičky mají v ruce různobarevná klubka vlny a na pokyn učitelky se snaží všechna koťátka provléknout mezi nohama. Poté se v roli koček střídají.

- **„Pejsek s kočičkou jsou po celém dni unavený.“**

„Pejsek s kočičkou jsou po náročném dni plném úkolů a překážek unavený a proto se položí na louku a odpočívají.“_Děti se položí na záda, uvolní dolní i horní končetiny. Nádech nosem, výdech ústy. „Tiše, tiše pejsek, kočička spí, ať je nikdo nevzbudí.“ Když jsou děti zcela soustředěné, necháme je na pomyslné louce zhluboka vdechovat vůně květin, poslouchat zpěv ptáků.

- **„Pekař.“**

Vybereme „honiče“, kterého označíme šátkem. Ostatní děti jsou linecké cukroví slepené marmeládou. Dvojici dětí dáme míčky, které drží mezi svými břichy. Míčky představují marmeládu, aby cukroví zůstalo přilepené. Je tu ovšem liché kolečko, které by taky rádo našlo svého kamaráda, aby nebylo samo. Honič má míček mezi koleny a skáče snožmo. Pokud chytí jednu dvojici, vymění se s jedním z chycené dvojice.

- **„Pečeme housky.“**

Děti vytvoří dvojice. Jedno z dětí si stoupne zády před druhé. A znázorníme na zádech druhého dítěte přípravu pečiva. „Nejdříve očistíme vály“-rukama přežijíme po zádech.„Musíme do těsta přidat veškeré ingredience“-třukáme na záda. „Musíme těsto pořádně prohnětat“-mačkáme na zádech, masírujeme. „Těsto musíme rozválet“-válíme rukama po zádech. „ Na konec dáme těsto do pece“-oběma rukama pláceme dítě před sebou.

- **Ztvárnění říkanky pohybem.**

Povídám, povídám pohádku (chůze po kruhu, držení za ruce)
že pes přeskočil hromádku, (poskočit)
povídám, povídám druhou, (chůze po kruhu)
že teče voda struhou, (vlnění rukou před sebou)
povídám, povídám třetí, (chůze po kruhu, držení za ruce)
že spaly na peci děti, (stojíme a předvádíme spaní)
a když se vyspaly, (protažení rukama)
koláče dostaly, (koláče do pusy)
přišel tam Michal, (předem určené dítě vstoupí mezi děti)
všechny je smíchal, (předvádí míchání – pohyb rukou)
ten náš Michal, ten náš Michal, ... (děti se míchají navzájem)

- **Místo si vymění, kdo má rád,...**

S dětmi se posadíme do kruhu na podložku nebo polštářek. Uprostřed se postaví učitelka a jmenuje potraviny, děti výměnou či setrváním na svém místě reagují na potraviny s obsahem lepku. Pokud učitelka řekne potravinu s obsahem lepku, děti se musí přemístit na jiné místo.

Hudební činnosti:

V mateřské škole nacvičujeme písně náslechem neboli nápodobou. Píseň zpíváme několikrát za sebou a děti se k nám postupně přidávají. Rytmicky nebo melodicky náročnější písně trénujeme formou hry na ozvěnu. Při nácvičování písně je velice důležité opřít se o zpěvní hlas učitelky. Velký význam má spojení zpěvu s pohybem, který vyjadřuje děj písně. Nápodobou děti ukazují činnost, o které se v písni zpívá. Znázornit můžeme také krokovými variacemi či hrou na tělo. Ke zpestření hudební výchovy využíváme i jednoduché nástroje, například Orffovy.

- **Co jsou tóny?**

Kdo zazvoní na zvonek? Vytvoříme skupinky dětí, které se posadí do kruhu a zavřou oči. Do každého kruhu umístíme zvonek. Učitelka se předem dohodne se skupinkou dětí, která na zvonek zazvoní, ostatní děti za pomoci sluchu musí uhádnout, od které skupinky tento zvuk přichází a k dané skupince se připojit. Děti motivujeme pohádkou „pejsek s kočičkou si hrají na schovávanou“.

- **Mají zvuky barvu?**

Jakou barvu hlasu má pejsek a kočička. Učitelka řekne dané zvíře a děti napodobí jeho zvuk a dle fantazie mu přiřadí barvu. Vysvětlíme dětem, že i zvuky můžeme vidět barevně. Tatínci mají zvuk hluboký, neboli temný. Maminky zase jemný a vyšší neboli jasný. Když zpíváme, rozeznáváme se právě podle barvy hlasu. Takto rozlišujeme i hudební nástroje. Z pomoci klavíru, kytary nebo flétny zahrajeme dětem stejnou píseň, na každý nástroj zvlášť. Děti porovnávají, na který nástroj daná píseň zní lépe nebo jinak. Za pomoci rytmických nástrojů jako jsou například triangel, dřívka, bubínek nebo rolničky, děti určují, ke kterým druhům písní se tento nástroj hodí. Například rolničky k vánočním písním, triangel k pomalým písním a bubínek k veselým písním.

- **Co je rytmus?**

Motivujeme pohádkou „pejsek s kočičkou už jsou netrpěliví a sbíhají se jim sliny na dort, který udělali. Stále pozorují hodiny tik-tak a domlouvají se, jak dlouho nechají dort ještě za oknem vychladit“. Děti stojí v kruhu a střídavě jeden po druhém říkají TIK-TAK. Jeden z kamarádů „tik“, druhý zase „tak“. Opakujeme, dokud nedojde řada na první dítě, které začalo.

- **Copak je melodie?**

Motivujeme pohádkou „pejsek s kočičkou šli lesem a potkali mnoho zvířátek. Nejvíce je zaujala sova, která seděla na stromě a houkala.“ Při vyprávění procvičujeme a ukazujeme melodii slova rukou. S dětmi zkusíme houkání sovy, od nízkého tónu, po vysoký a střídáme melodii zvuku. Dětem rozprostřeme velký arch papíru na stoleček a do středu papíru umístíme pastelky, voskovky nebo jiný kreslicí materiál. Pustíme dětem reprodukovanou hudbu například od Bedřicha Smetany „Vltava“. Děti znázorňují pocity z hudby malbou.

- **Dirigent.**

Určíme dítě, které bude dirigent. Pustíme dětem reprodukovanou hudbu. Dirigent bude znázorňovat hru na hudební nástroj. Ostatní děti formou nápodoby opakují pohyb. Jedno dítě bude dirigent, ostatní děti napodobují daný pohyb. Určíme, které dítě nebude přítomno při rozdělování rolí a jeho úkolem bude uhodnout, kdo „náš orchestr“ vede.

- **Hudebně pohybová hra „máma pekla“.**

Děti určují, co by mohla máma péct (buchty, chléb, rohlíky,...) a jakou část těla máme dát dohromady (břicho, nohy, ruce, ...). Držíme se v kruhu za ruce, do taktu udělají jeden krok vpřed a jeden krok vzad s doprovodným pohybem paží. Poté jdou všechny děti do středu kruhu a dotknout se dané části těla a nakonec se vrací na své místo.

- **Nácvik písní s doprovodným nástrojem.**

S dětmi se naučíme známé lidové písně a doprovázíme je na hudební nástroj:

„To je zlaté posvícení“

„Jedna, dvě, Honza jde.“

„Cib, cib, cibulěnka.“

„Nestarej se, ženo má“

„Jedna, dvě, tři, čtyři, pět.“

„Pekla vdolky z bílé mouky.“

„Šel zahradník do zahrady.“

„Už je to uděláno.“

- **Nácvik písní s hrou na Orffovy nástroje.**

Viz. Písně s doprovodným nástrojem.

Výtvarné a pracovní činnosti:

- **Grafomotorická cvičení, uvolnění ruky:**

- motivujeme básní od zrníčka ke chlebu: „Od zrníčka ke chlebu, vede dlouhá cesta. Ví to každé malé dítě z vesnice i z města“. Nejdříve si s dětmi uvolníme ruku a zápěstí, krouživými pohyby ve vzduchu a poté na velký arch z papíru za pomoci pastelky.

- společná práce dětí: za pomoci voskových pastelů v kleku na zemi „velká hromada zrní čeká v mlýně na semletí“.

- tečkovaná kresba: motivujeme říkadlem „koláče i s rohlíkem, mákem si je posypem“. Za pomoci trojhranné tužky znázorňujeme na arch papíru.

- **Kresba emocí.**

Každé dítě se pokusí za pomoci tužky a papíru vyjádřit emoci „jak by se cítil, kdyby nemohl to, co ostatní děti“.

- **Výroba potravin ze slané těsta.**

S dětmi si vyrobíme slané těsto: dva šálky mouky, jeden šálek vody, jeden šálek soli. Těsto prohněteme a vyrobíme z něj potraviny - pečivo.

- **Náramek.**

Děti seznámíme s potravinovou pyramidou (příloha č. 4) a společně rozdělíme potraviny do skupin. S dětmi si za pomoci papíru, z kterého si vystříhly trojúhelník a následně stočily kolem špejle a slepily, vytvoříme „korále“. Poté je přetřeme bezbarvým lakem. Tyto „korálky“ postupně navlékáme na šňůrku. Děti již znají, kolikrát denně by měly jíst obilniny, zeleninu, mléčné výrobky, a jiné. Proto na náramek navlékneme 5x žlutý korálek, 4x zelený korálek,... Žlutý korálek značí obilniny, zelený korálek značí zeleninu, oranžový korálek značí ovoce, červený korálek značí maso a masné výrobky, modrý korálek značí mléko a mléčné výrobky, bílý korálek značí nezdravé potraviny.

- **Společná koláž potravin.**

Z nabídkových letáků vystříháme potraviny a rozdělíme do skupin, na potraviny s obsahem lepku a potraviny bezlepkové. Za pomoci lepidla a čtvrtky vytvoříme koláž, kdy na jedné budou potraviny bezlepkové a na druhé potraviny s obsahem lepku.

- **Talíře.**

Vyrobíme si „talíř“ za pomoci čtvrtky a ozdobíme prstovými barvami. Uprostřed talíře vytvoříme koláž vhodných potravin, v tomto případě bezpečkových. Důležitou roli hraje představivost a popis obrázku, jelikož koláž potravin si vyrobíme z barevného papíru, vlny, špejlí, kousků molitanů, polystyrenu, ...

- **Hostina.**

Kompozice jídla z různého materiálu – PET víčka, šátky, stuhy, přírodniny, a jiné. Do prostoru třídy umístíme velké archy papíru, každý z dětí má svůj vymezený prostor, na kterém vytváří hostinu pro „zdravotně znevýhodněné dítě“. S dětmi nakonec uděláme prohlídku hostin ostatních dětí. Děti kamarádům popisují, co uvařily.

10. Diskuze

Jedním z cílů práce bylo získat informace o psychickém stavu dítěte v MŠ s diagnózou celiakie. Ztotožňuji se s názorem v RVP, že dítěti se zdravotním znevýhodněním se musí vytvořit takové podmínky, které vyplývají z jeho oslabení zdravotního stavu. S určitostí lze říci, že dítě má malé povědomí o své nemoci. Přijalo pouze určité skutečnosti, které mu stačí k objasnění jeho problému (co smí jíst a co ne). Se svým handicapem se vyrovnalo rychle a dobře. Dítě nemá výkyvy v emocích, v mateřské škole je psychicky stabilní. Dívka přiznává, že někdy je jí smutno, když dostane jiné jídlo, než děti. Uvědomuje si vlastní emoce a už v předškolním věku se je snaží sebeovládat.

Největší psychický tlak zažila rodina, respektive matka. Pouto dítěte a matky se projevilo jako zásadní. *„Jedním z činitelů podílejících se na vývoji dítěte je výchova rodiny. Rodina představuje významné sociální a výchovné prostředí pro vývoj a rozvoj dítěte. Dítě je nevyčerpatelným zdrojem podnětů pro rodiče, je otevřenou budoucností, v interakci s dítětem rodič získává zkušenosti specificky lidské.“* (Mertin a Gillernová, 2010, s. 183-184). Při hledání odpovědí na téma rodina a mateřská škola se nevyskytly žádné problémy. Z mého pohledu při zjištění skutečností, že dívka prožívá pocit smutku při jiném jídle dětí, bych matce navrhla řešení, jak ještě více odstranit pocit odlišnosti. K dispozici na celý týden mají rodiče jídelníček. Matka by se snažila vařit podobně, aby dívka pociťovala odlišnost stravy, co nejméně. Tím by se ještě více dítě cítilo šťastně. Ve výzkumu mě překvapily děti, které se samy zajímaly o problémy dívky, uměly správně třídit potraviny, které jejich kamarádka nesmí. Ještě neumí sdělit pocity, kdyby i jim byla nějaká potravina odpírána. Překvapila mě dívka v komunitním kruhu, která se zeptala: „A to musí ... dělat celý život“? Je překvapivé, že děti v předškolním věku si kladou tyto otázky. Samy ochutnávaly potraviny, které jí jen zdravotně znevýhodněná dívka. Některé hodnotily jako dobré, při některých byla vidět nechuť přímo z obličeje. Pokud do třídy někdo přinese bonbóny, čokoládu, samy se ptají, jestli dívka s dietním opatřením může. Děti se tak učí vlastní odpovědnosti k ostatním.

ZÁVĚR

V dnešní uspěchané době, kdy je člověk ohrožen civilizačním stresem a nastává zde nepoměr vztahu směrem k rodině a práci, stává se důležitým mezníkem života dítěte spoluúčast mateřské školy, zvláště u dětí se zdravotním znevýhodněním. Kvůli stále narůstajícímu počtu dětí se zdravotním znevýhodněním a chronickým onemocněním, kdy tyto onemocnění vyžadují dietní opatření, je důležité zvážit možnosti, jak podpořit efektivnější spolupráci mateřských škol a v neposlední řadě i pedagogů.

Z výzkumu vyplynulo, že dívka nemá závažnější psychické problémy spojené se zdravotním znevýhodněním. Ještě nechápe důsledky své nemoci (celiakie), pouze ví, že má dietu. Rodičům nemocné dívky bych doporučila, aby potraviny zakázané, tedy s obsahem lepku neschovávaly a současně dodržovaly a dbaly na důsledné dodržování diety. Též bych doporučila trpělivé, demokratické a citlivé vedení ze strany rodičů, neboť dítě v tomto věku své omezení nepochopí naráz. Je důležité, aby dívka své onemocnění pochopila a mohla se s ním lépe psychicky vyrovnat. Z toho vyplývá, že by bylo do budoucna žádoucí dívku více poučit o dietním opatření, jelikož se blíží nástup na základní školu a nebude nad ní takový dohled ze stran učitelů jako doposud. Mateřská škola plní dohodnutá pravidla s rodinou, ale dítě neznevýhodňuje, ani nepovyšuje, aby mělo pocit stejnosti. Všem pedagogům bych tedy doporučila, aby k dětem se zdravotním znevýhodněním přistupovali individuálně podle potřeb zdravotně znevýhodněného dítěte. Kolektiv dětí má povědomí o nemoci dívky a odlišnosti si všímají.

V praktické části byl navržen integrovaný blok, který má pomoci adaptovat dítě na nové prostředí, z hlediska oslabení jeho zdravotního stavu. Též má pomoci pedagogům při objasnění zdravotního znevýhodnění dítěte v mateřské škole. Vzdělávací nabídka je rozdělena na oblasti poznávací, tělesné, výtvarné, pracovní i hudební.

POUŽITÉ ZDROJE

BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami VI*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-235-2.

BIDAT, É., a CHRISTELLE, L. *Alergie u dětí*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-936-4.

BUŠINOVÁ, Iva. *Bezlepková kuchařka*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0867-1.

FIALOVÁ, I. *Alergické onemocnění jako příklad zdravotního znevýhodnění, ovlivňujícího hodnotovou orientaci, kvalitu života a vzdělávání žáků na základních školách*. In BARTOŇOVÁ, M.; VÍTKOVÁ, M. et al. *Inkluzivní vzdělávání v podmínkách současné české školy*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5383-0.

FIALOVÁ, I. Řízení školy: Speciál pro MŠ. 2014, č. 5, s. 10

FILIPEC, J. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1080-7.

FRIČ P., 2007: Diagnostika celiakie. [cit. 12. 2. 2007]. Dostupné z: <http://celiac.cz/default.aspx?article=103>.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-859-3179-6.

HAVLÍNOVÁ, M., VENCÁLKOVÁ, E. (ed.) *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-487-8.

KOCUROVÁ, M. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. ZU PF, 2002. ISBN 80-708-2844-7.

KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Dieta celiakie: Bezlepková dieta a rady lékaře*. 2. vyd. Čestlice: Nakladatelství Pavla Momčilová, 1999. ISBN 80-859336-29-1.

KOHOUT, P. *Celiakie: víte si rady s bezlepkovou dietou?* Praha: Forsapi, 2010. ISBN 978-808-7250-099.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie 1. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, ISBN 80-247-6896-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8774-4.

- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- MAREŠ, Jiří, et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-866-3365-9.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vyd. Jinočany: Nakl. H, 2001. ISBN 80-860-2292-7.
- MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portal, 2010. ISBN 978-80-7367-627-8.
- MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Olomouc: FF OU, 2011. ISBN 80-736-8035-1.
- PAYNE, Jan, et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0.
- PETROVICKÝ, P. a kol. *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi II*. Osveta, 2001. ISBN 80-8063-047-X.
- POZLER, O. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-726-2016-9.
- POZLER, J., 2002: Léčba celiakie a komplikace neléčené celiakie. [cit. 15. 12. 2002]. Dostupné z: <http://www.celiac.cz/default.aspx?article=10>.
- PRŮCHA, J. et al. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2013. ISBN 80-262-0403-4.
- Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006. ISBN 80-87000-00-5.
- RUJNER, J., CICHÁŇSKA B. A. *Bezlepková a bezmléčná dieta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0775-2.
- SVOBODOVÁ, E., ŠVEJDOVÁ, E. *Metody dramatické výchovy*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0020-8.
- VAĐUROVÁ, H., PANČOCHA, K. *Předpoklady inkluzivního vzdělávání na úrovni pedagogických pracovníků*. In: BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Inkluzivní vzdělávání v podmínkách současné české školy*. Brno: MUNI Press, 2010. ISBN 978-80-210-5383-0.
- VÍTKOVÁ, M., BARTOŇOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

PŘÍLOHY

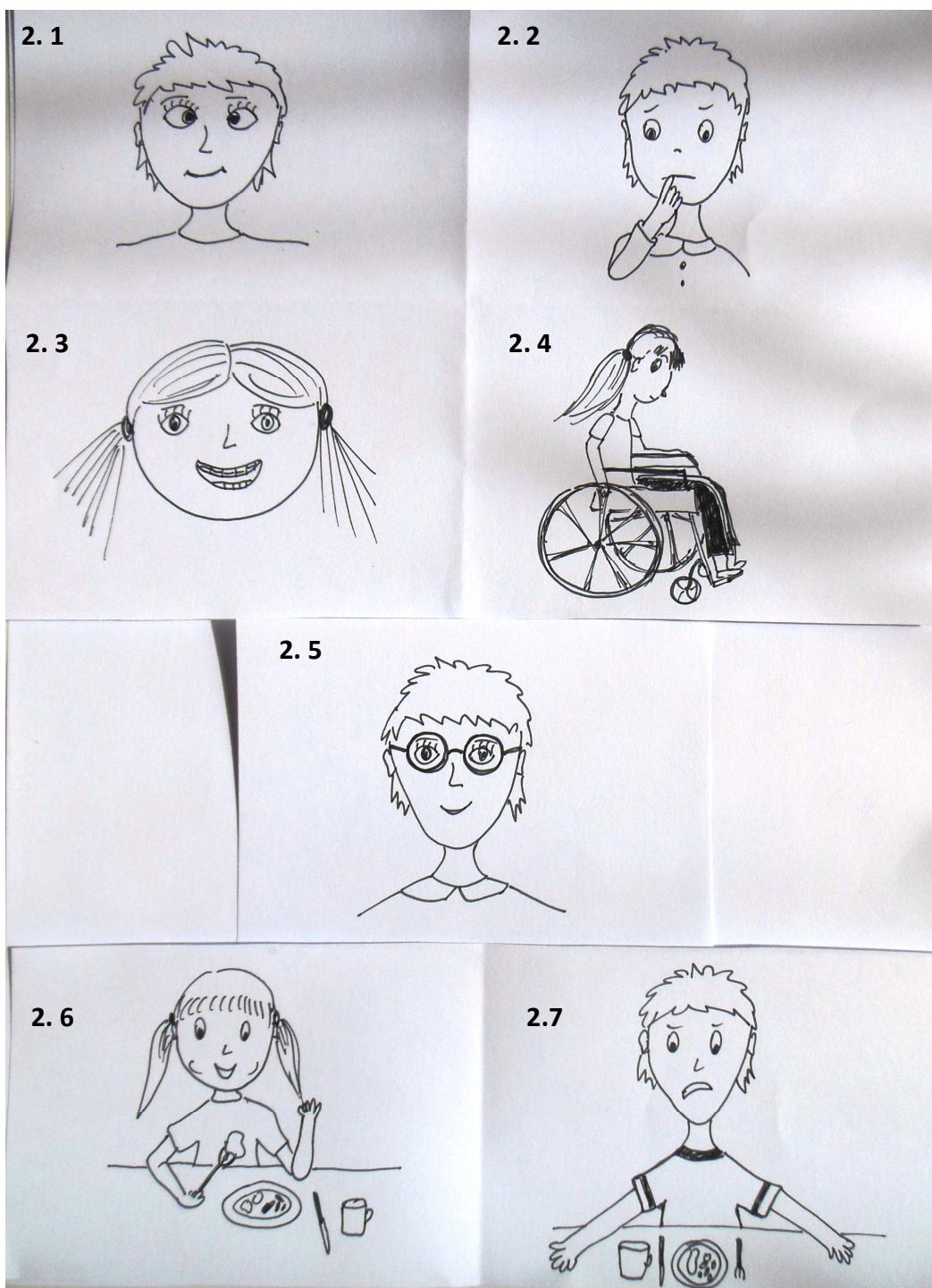
Příloha č. 1

Logo bezpečkové diety

Zdroj: <http://www.levandula.sk/bezlepkova-dieta/>

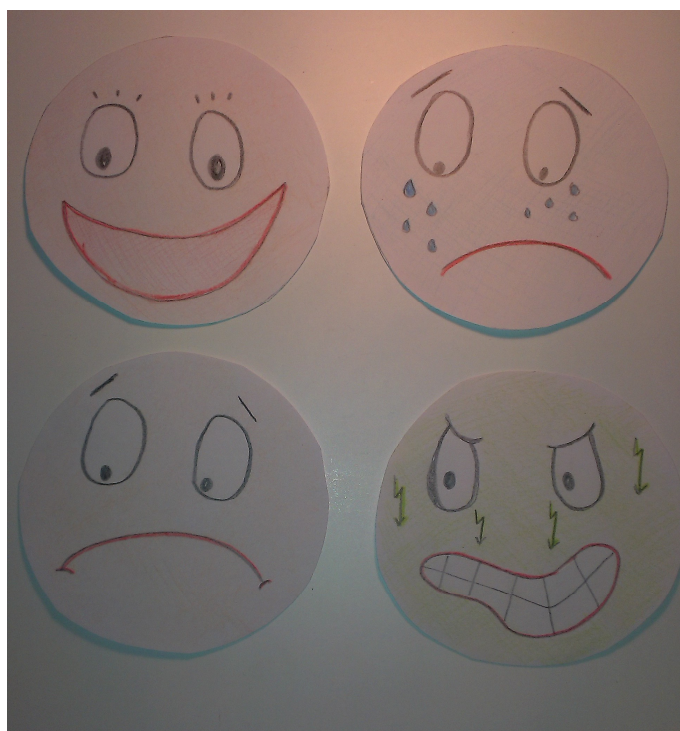


Příloha č. 2
obrázky k praktické části



2. 1 Petříkovi se posmívají, že šilhá, co s tím uděláme?
2. 2 Honza je ve třídě nový a stydí se, jak mu pomůžeme?
2. 3 Proč nosí Eliška rovnátka?
2. 4 Víš proč, nechodí Jana po nohou, ale jezdí na vozíčku?
2. 5 Proč nosí Matěj brýle?
2. 6 Co je správné – dát Aničce naši svačinu, 2. 7 nebo jí raději vysvětlit, že by jí tato potravina mohla uškodit?

Příloha č. 3
Piktogramy se smajlíky

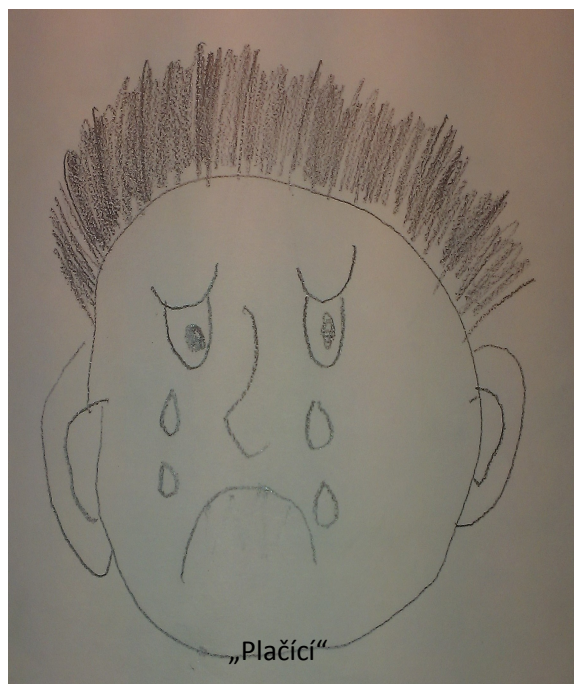
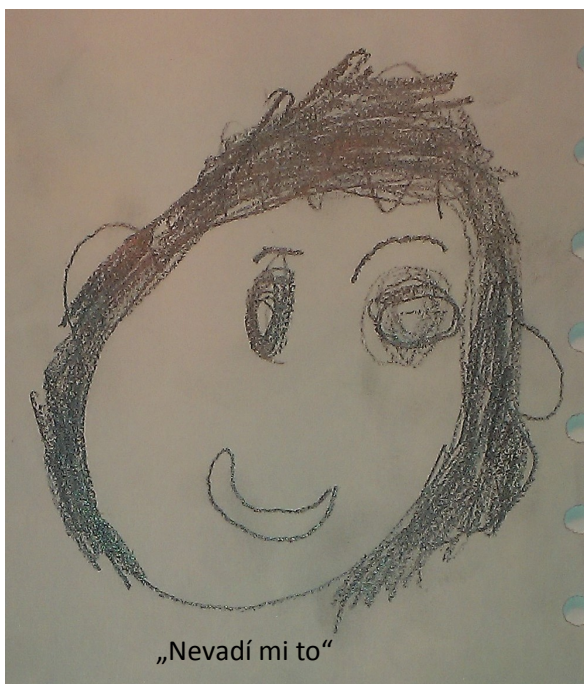
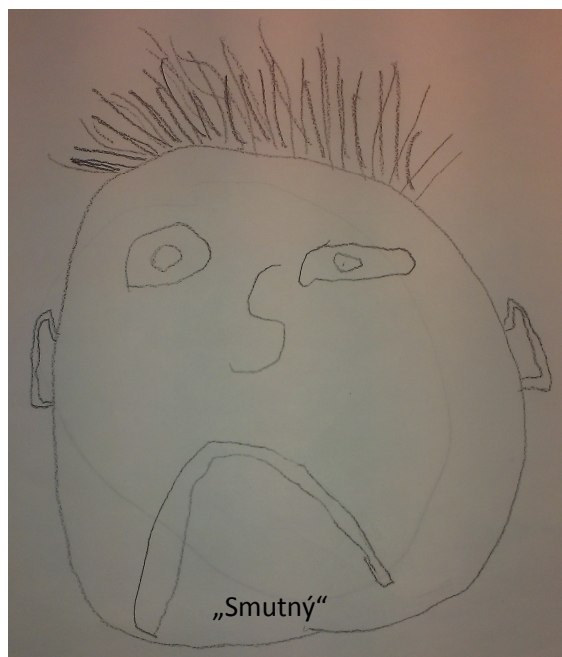
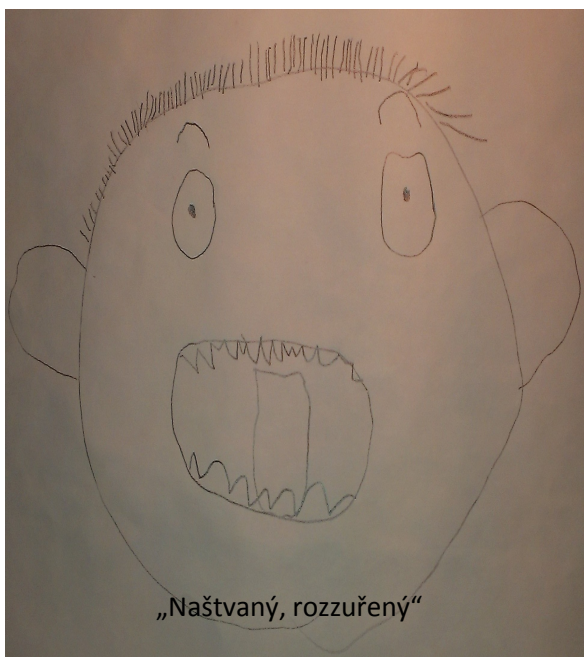


Příloha č. 4
Potravinová pyramida
Zdroj: <http://www.zdrava5.cz/clanek/Pyramida+z+potravin>



Příloha č. 5

Kresba emocí dětí



Příloha č. 7

Polostrukturované rozhovory

Rozhovor s matkou dítěte:

1. Jaké příznaky nemoci se u Vás projevovaly?
2. Co Vás vedlo k tomu navštívit lékaře?
3. Vyskytly se u Vás problémy spojené s tímto onemocněním či dietním omezením?
4. Jak dítě zvládá své onemocnění po stránce fyzické a psychické?
5. Jak se daří zvládnutí dietního opatření s ostatními dospělými v domácnosti?
6. Jak dítě zvládá dietní opatření v domácím prostředí, ostatní místa.
7. Jak se daří koordinace diety s ostatními dospělými?
8. Jak se dívka zapojuje do kolektivu jak známých, tak i neznámých dětí?
9. Jak vnímáte spolupráci s MŠ?
10. Naskytl se určitý problém, který se v MŠ vyskytl?
11. Co byste doporučila ostatním rodičům po stanovení diagnózy?

Rozhovor s pedagogem:

1. Jaká byla Vaše reakce po sdělení diagnózy?
2. Jak se dítě projevuje a chová v kolektivu?
3. Vyskytly se v MŠ problémy s dietním opatřením?
4. Jak zvládá dívka stravování v MŠ?
5. Uvědomuje si dívka své dietní opatření?
6. Zvládá dívka svou dietu dodržovat?
7. Vyskytl se u dívky určitý psychický problém?
8. Vyskytly se ze strany rodičů nějaké problémy?
9. Jak vnímáte spolupráci s rodiči?
10. Jak dívku vnímá ostatní kolektiv?
11. Jak vnímáte dívku vy?
12. Jak jste se vyrovnala s danou situací vy jako pedagog, ve smyslu opatření a informovanosti ostatního kolektivu?

Příloha č. 6

Fotografie z realizace integrovaného bloku – součástí CD-ROMu.