



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

Diabetes mellitus u dětí v mateřských školách

Vypracovala: Denisa Mikešová

Vedoucí práce: Paedr. Helena Havlisová, Ph.D

České Budějovice, březen 2018



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

Bachelor thesis

Diabetes mellitus in preschool environment

Author: Denisa Mikešová

Supervisor: Paedr. Helena Havlisová, Ph.D

České Budějovice, březen 2018

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích, 20. března 2018

Denisa Mikešová

Poděkování

Tímto bych chtěla velice poděkovat vedoucí své bakalářské práce PaedDr. Heleně Havlisové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, trpělivost, ochotu, cenné rady a připomínky, ale i za čas, který mi během zpracování mé práce poskytla.

Dále bych velice ráda poděkovala i respondentům, a to nejen učitelkám, ale i rodičům, kteří byli ochotni se podílet na mé práci. Nemalé díky patří i lékařům, kteří mi věnovali svůj čas ohledně konzultace tohoto onemocnění.

ABSTRAKT

Má bakalářská práce se zabývá chronickým onemocněním Diabetes mellitus I. typu u dětí předškolního věku. Mapuje potřeby předškolního dítěte s touto diagnózou a zkoumá připravenost učitelek na přijetí dítěte diabetes do podmínek mateřské školy. Má práce se skládá ze dvou částí, a to praktické a teoretické. V teoretické části se zabývám definicí diabetu I. typu. Dále popisuji specifika, která toto onemocnění přináší do života dítěte a související režimová opatření, která jsou důležitá pro kompenzaci diabetu. V praktické části zkoumám prostřednictvím dotazníku, jaká očekávání měli rodiče před umístěním svého dítěte do mateřské školy a jak bylo jejich očekávání naplněno. Dále se v této části prostřednictvím rozhovoru snažím zjistit, jaké mají učitelky informace o diabetu, zda znají režimová opatření diabetických dětí a co jsou schopny v oblasti potřeb dětí s diabetem naplnit.

KLÍČOVÁ SLOVA

Diabetes mellitus I. typu, předškolní vzdělávání, předškolní dítě, diabetické dítě

ABSTRACT

This bachelor's thesis is concerned with a chronic disease Diabetes mellitus type I. in children of pre-school age. It maps the necessities of pre-school children with this diagnosis and it investigates the readiness of the teachers to include a diabetes child into the environment of a kindergarten. My thesis is divided into two parts, practical and theoretical. The theoretical part is dedicated to the definition of Diabetes type I., also to the description of the specifics that this disease brings into the child's life and the related regime measures that are important for the compensation of diabetes. In the practical part I investigate through a survey, which expectations parents had before placing their child into the kindergarten and how were those fulfilled. Furthermore in this part I intended to find out, through interviews, what information about diabetes do teachers have, whether they know the regime measures of diabetic children and what are their abilities in terms of providing the diabetes children needs.

KEYWORDS

Diabetes mellitus type I., pre-school environment, pre-school child, diabetic child

Obsah

Obsah	7
ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Diabetes mellitus.....	13
1.1 Historie diabetu	13
1.2 Typy diabetu	15
1.2.1 Diabetes mellitus I. Typu.....	15
1.2.2 Diabetes mellitus II. Typu	16
1.2.3 Diabetes MODY	16
1.3 Symptomy diabetu.....	17
1.4 Komplikace diabetu	18
1.4.1 Akutní komplikace	18
1.4.2 Chronické komplikace diabetu	20
1.5 Léčba diabetu.....	21
1.5.1 Léčba inzulínem	22
1.5.2 Selfmonitoring.....	24
1.5.3 Technické pomůcky.....	24
1.5.4 Pohyb.....	26
1.5.5 Diabetická dieta	26
1.6 Slinivka břišní v souvislosti s diabetem.....	28
2 Dítě s diabetem v mateřské škole	29
2.1 Specifické potřeby, pomůcky a komplikace dítěte s diabetem v mateřské škole	29
2.1.1 Opatření vůči komplikacím	29
2.1.2 Strava a pitný režim.....	29
2.1.3 Výlety	30
2.1.4 Hypoglykémie v mateřské škole.....	31
2.1.5 Hyperglykémie v mateřské škole	31
2.1.6 Pohyb.....	32

2.2	Zařazení dítěte s diabetem do mateřské školy	32
2.3	Inkluze	33
2.3.1	Inkluze v prostředí mateřské školy	33
2.3.2	Stupeň podpory pro diabetické děti	33
2.3.3	Podpůrná opatření pro diabetické děti	34
2.4	Osobní asistent	35
2.5	Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání	35
2.5.1	Rámcově vzdělávací program a integrace	35
2.6	Legislativa	36
2.6.1	Povinnost rodičů vůči školskému zařízení	36
2.6.2	Povinnost učitelů a právní ochrana	36
3	Specifika života s diabetem	38
3.1	Rodina a diabetické dítě	38
3.2	Výchova dítěte s diabetem	38
3.2.1	Komunikace mezi rodiči a učitelem	39
3.2.2	Komunikace mezi rodiči a zdravotníky	39
3.2.3	Dopad na psychiku rodiny	40
3.3	Dítě s diabetem	41
3.3.1	Režim dne	41
3.3.2	Vývoj dítěte s diabetem	42
3.3.3	Vymezení pojmu socializace	43
3.3.4	Socializace diabetických dětí v předškolním vzdělávání	44
3.3.5	Motivace	44
3.3.6	Pobyt v nemocnici	45
	PRAKTICKÁ ČÁST	47
4	Cíl a výzkumné otázky	47
5	Metodika výzkumných šetření	48
5.1	Charakteristika výzkumného souboru	48
5.2	Použité metody	49
5.3	Organizace výzkumného šetření	50
6	Analýza výsledků dotazníkového šetření	50
7	Analýza výsledků rozhovorů s učitelkami MŠ	76

8	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	89
9	ZÁVĚR	95
10	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	97
11	SEZNAM PŘÍLOH	101

ÚVOD

Pro mou bakalářskou práci jsem zvolila problematiku onemocnění, které se v dnešní době stále rozrůstá. Jedná se o velmi známou chorobu, která se nazývá diabetes mellitus, úplavice cukrová, ale toto onemocnění je také známé pod názvem cukrovka. Tématikou diabetu jsem se rozhodla zabývat, protože se s ním setkávám u rodinných příslušníků, ale i přátel již od raného dětství. Vzhledem k této skutečnosti jsem se chtěla dozvědět o tomto onemocnění, sužující lidstvo už od nepaměti, co nejvíce poznatků.

O diabetu se v dnešní době hovoří jako o epidemii, jelikož na světě postihuje miliony lidí a tento počet neustále stoupá. Tato nemoc se netýká pouze starých a dospělých jedinců, jak se mnoho lidí domnívá, ale trápí bohužel i malé děti, na které se právě v mé práci zaměřuji. Má práce se týká konkrétně diabetu u dětí předškolního věku v mateřských školách.

Cukrovka se nejčastěji rozděluje na dva typy, a to diabetes 1. a 2. typu. Mnoho lékařů v dnešní době varuje před tímto onemocněním z důvodu nezdravého životního stylu. Dnešní dospělí, ale bohužel i děti jsou velmi často obézní, což je varovným signálem diabetu II. typu. U obézních lidí mnohonásobně vzrůstá riziko, že onemocní tímto typem diabetu. Vzhledem k tomuto faktu se ale bohužel vážou negativní postoje společnosti. Stává se často, že pokud dítě trpí diabetem I. typu, je na jeho rodiče zle pohlíženo jako na někoho, kdo podáváním sladkostí, tedy cukru způsobil onemocnění cukrovkou. Chtěla bych touto prací také osvětlit čtenářům situaci a poukázat na skutečnost, že za onemocnění diabetes mellitus I. typu, které postihuje právě děti, nikdo nemůže a že není na místě vinit rodiče, pro které tato situace není snadná.

Poprvé jsem se o diabetu dozvěděla jako malé dítě u mé babičky, dlouhou dobu jsem se domnívala, že se jedná o onemocnění, které postihuje pouze staré lidi, což mi bylo vyvráceno na druhém stupni základní školy, když do naší třídy nastoupila dívka, která od předškolního věku trpěla tímto onemocněním. Měla jsem možnost pozorovat, co diabetes obnáší několik let. Jednalo se o dívku, která byla naprosto normální jako

všichni ostatní, jenže každý to tak neviděl. Byla ve škole šikanovaná kvůli režimovým opatřením, jejichž dodržování pro ni bylo nezbytné. A to je hlavním důvodem, proč jsem se rozhodla psát práci na téma diabetes mellitus. Domnívám se, že by každý měl o této nemoci vědět více, aby nedocházelo k situacím, které si zažívala má kamarádka. Lidé by si měli uvědomit, že diabetes není choroba léčitelná a přináší s sebou různá opatření, ale zároveň každý, kdo trpí touto nemocí je člověk, který může žít plnohodnotným životem a není v ničem jiný, než jsou ostatní.

Během mé povinné školní praxe jsem již věděla, že bych ráda psala práci na toto téma, a proto jsem se ptala učitelek, zda mají s diabetickým dítětem zkušenost. Častou odpovědí bylo, že nemají a rozhodně ani mít nechtějí, protože na dítě s touto nemocí hleděli jako na přítěž do jejich třídy, po delším rozhovoru jsem většinou zjistila, že učitelky o diabetu ale nic nevědí, ačkoliv si mnohdy myslely opak. Považuji za důležité, aby měl každý alespoň určité informace o tomto rozsáhlém onemocnění, proto aby nedocházelo k předsudkům. Zejména pedagogové měli v tomto směru alespoň nepatrné znalosti z toho důvodu, že v případě nástupu diabetického dítěte, hraje učitel obrovskou roli a je právě na něm, jak se dítě začlení.

Má práce se z obsahového hlediska rozděluje na dvě části, a to teoretickou a praktickou. V teoretické části se nacházejí tři kapitoly. V první z nich se zabývám všeobecně onemocněním diabetes mellitus. Čtenáři zde mohou nahlédnout do historie této nemoci, ale i na léčbu, komplikace, příčiny vzniku, na typy diabetu, ale i na příslušná režimová opatření. Ve druhé kapitole se zabývám onemocněním diabetes, u předškolních dětí v mateřské škole. Popisuji zde inkluzivní vzdělávání, legislativu, ale i případné komplikace, které mohou v prostředí mateřské školy nastat, ale i různá opatření vzhledem k diabetu. Ve třetí a zároveň poslední kapitole se zabývám specifiky života s diabetem. Čtenáři zde mohou nahlédnout na poznatky ohledně rodiny, výchovy, dále na socializaci, ale i na potřeby diabetického dítěte.

V praktické části seznamuji čtenáře s výsledky mého výzkumu, jež jsem prováděla prostřednictvím dotazníků, na který mi odpovídali rodiče diabetických dětí. Další část

mého výzkumného šetření je zaměřena na učitelky v mateřských školách, se kterými jsem prováděla polostrukturované rozhovory. Popisuji zde očekávání a zkušenosti rodičů v souvislosti s mateřskou školou, ale zároveň popisuji, pohled učitelek na diabetické dítě, co jsou pro něj schopny učinit, ale také jejich proinformovanost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je civilizační choroba, která je také známá pod názvem úplavice cukrová nebo také cukrovka. Jak uvádí Svačina (2008, str. 13) „počet diabetiků v celém světě i u nás enormně narůstá. Velká část našich diabetologů pamatuje doby, kdy byl výskyt diabetu poloviční a celosvětově se předpokládá, jak již bylo uvedeno, že mezi lety 2000 a 2025 se počet diabetiků ve světě zdvojnásobí.“

Jedná se o metabolickou chorobu, tedy o onemocnění, při kterém je porušena látková výměna. Cukrovka je charakteristická zvýšenou hladinou cukru v krvi a relativním či absolutním nedostatkem inzulínu v periferních tkáních. Následně je porušena látková výměna, především cukru. Vzhledem k tomu, že je u diabetika porušena důležitá část látkové výměny, zejména schopnosti využít cukry, ale i jiné živiny, není tělo schopné vytvářet energii nezbytnou pro život. Ačkoliv se v těle nachází dostatek cukrů, organismus není schopen je využít. Z důvodu velkého množství cukru v krvi, onemocnění diabetes mellitus velice zatěžuje ledviny, které musí neustále pracovat, aby odbouraly přebytečný cukr, který se hromadí do moči nemocného. V případě zdravého člověka je koncentrace cukru v krvi 3,3 – 6,6 mmol/l³ (Rybka, 2007).

Je mnoho důvodů, proč člověk onemocní diabetem. Rybka (2007) a Svačina (2008) se shodují, že mezi rizikové faktory vzniku diabetu je obezita, ale velkou roli zde hraje i genetika. Cukrovka se rozděluje na různé typy. Nejrozšířenějším je diabetes II. typu. Diabetes I. typu je druhým nejrozšířenějším diabetickým onemocněním. Týká se dětí různých věkových kategorií, a to i předškolních. Jedině tohoto věku postihuje právě tento typ diabetu. Proto se touto formou onemocnění budu zabývat nejvíce. Dále se však můžeme setkat i s diabetem MODY, sekundárním diabetem či gestačním neboli těhotenským diabetem (Rybka, 2007).

1.1 Historie diabetu

Diabetes je onemocnění vyskytující se již tisíce let. Hindský lékař Sushruton ji rozpoznával jako nemoc již 2000 let př. n. l. První zmínky o tomto onemocnění

pocházejí z Egypta, kde byly objeveny v Ebersově papyrusu, který je pojmenovaný po německém archeologovi Georgovi Ebersovi, který tento papyrus našel roku 1862 v Thibách. V těchto spisech je psáno, že se jedná o zvláštní nemoc, neznámé příčiny, projevující se velkou žízní (Kopecký, 2000).

Na přelomu 1. století se ve starém Řecku zabýval cukrovkou lékař Aretaios z Capadochie, který navazoval na učení Hippokrata. Popsal cukrovku jako děsivou vzácnou nemoc, u které má nemocný neuhasitelnou žízeň a je z něj cítit nasládlá vůně přitahující hejno včel, vos a much. Nemocný je čím dál více hubený a unavený, až nakonec umírá. Lékař Aretaios použil jako první označení „diabetes“, podle řeckého slova „diabainó“, neboli protékat, uplynout. Později bylo toto označení doplněno také slovem „mellitus“, což značí v překladu mēď. Označení mellitus bylo použito zřejmě proto, že lidé postižení cukrovkou mají sladkou moč (Kopecký, 2000).

Dále se také diabetem zabýval, osobní lékař Marka Aurelia, Claudius Galenes. Diabetes popsal řeckým slovem „dopsakos“, jenž znamená žíznivý. Domníval se, že hlavní příčinou nemoci jsou ledviny. Claudius Galenes přinesl velké poznatky ohledně léčby, protože ji doplnil o nezbytná tělesná cvičení a hydroterapii (Kopecký, 2000).

Velmi zajímavý je způsob diagnostiky moči u lékařů ve starověku a středověku. Řídili se pouze svými smysly. Používali tedy pouze svůj zrak, čich a chuť. Pokud lékař chtěl v dávných dobách určit sladkou moč, musel ji ochutnat. I přesto, že již dávno bylo možno shledat moč sladkou, až před 200 lety byla identifikována látka v moči jako glukóza (jednoduchý cukr). Stále však zůstávalo záhadou, odkud cukr pochází a z jakého důvodu se kupí v těle (Kopecký, 2000).

Až v 19. století se vyvinuly laboratorní metody k měření obsahu cukru v moči. Úplně první vyšetření cukru v moči bylo provedeno roku 1841 K. E. Tromnerem. Tato metoda se používala ještě do nedávné doby. Dřívější léčba většinou spočívala v dodržování diety, což mělo úspěch pouze u některých pacientů. Děti se většinou nedoživaly více než tři let (Kopecký, 2000).

Velmi důležitý v léčbě diabetu se stal roku 1869 objev hormonu inzulínu, jehož objevitelem byl student Paul Langerhans. Bohužel se však stále nevědělo, jak hormon využívat. Osudy lidí změnil až objev Bantina a Besta, kteří ze slinivky břišní

izolovali hormon inzulín a zjistili, že tento hormon reguluje v těle pohyb a využití glukózy. Tento objev byl největším pokrokem v léčbě diabetu a změnil osudy tisíce lidí. Uměle podávaný inzulín sice nedokáže tuto nemoc vyléčit, ale pomáhá udržovat správnou hladinu cukru v krvi. V roce 1955 se stala úspěšnou i léčba perorálními antidiabetiky, které je možno využít u mnoha případů pacientů, ale bohužel ne u všech nemocných (Kopecký, 2000).

Hormon inzulín se využívá dodnes. I přesto, že je diabetes v dnešní době dobře regulovatelný, právě díky inzulínu, zcela vyléčit se ovšem nedá.

1.2 Typy diabetu

1.2.1 Diabetes mellitus I. Typu

Toto onemocnění se také nazývá cukrovka dětí a mladistvých. Tento název zřejmě vyplývá z faktu, že diabetes mellitus I. typu se ve většině případu diagnostikuje právě dětem a mladistvým. Nejpozději je tento typ diabetu diagnostikován do čtyřiceti let, avšak ještě pozdější výskyt není vyloučen (Rybka, 2007).

Velmi často se diabetes vyskytne při zánětlivých nemocech, jako je zánětlivé onemocnění mandlí, chřipka provázená vysokými horečkami či během velmi stresového období, které člověku působí na psychiku. V těchto případech se jedná o stav, kdy organismus vyplavuje kontraregulační hormony, avšak je nutné vyplavení inzulínu, který vrátí do normy vliv stresových hormonů na člověka. V případě, že tělo má nedostatek inzulínu, stává se, že toto onemocnění propukne (Rybka, 2007).

Příčinou této choroby je nedostatečná produkce inzulínu beta-buněk Langerhansových kanálků ze slinivky břišní či úplná absence tohoto hormonu. Postupně u postiženého jedince dochází k úplnému zániku beta-buněk, které si organismus sám zničí, proto lze diabetes mellitus I. nazvat také autoimunitním onemocněním. Po zničení beta-buněk nemůže organismus nadále vytvářet hormon inzulín, čímž se nemocný stává po zbytek života tzv. inzulín-dependentním, neboli závislým na podávání hormonu inzulínu (Rybka, 2007).

Diabetes mellitus I. se také označuje jako chronická neboli dlouhotrvající a metabolická choroba, protože zde dochází ke špatné látkové výměně, při které má tělo

dostatek cukrů a jiných látek potřebné pro život, avšak cukr nedokáže využít k tvorbě energie, ani s ním hospodařit, přičemž následně dochází k hromadění krevního cukru a postižený se dostává do stavu zvaný hyperglykemie, neboli vysoké hladině cukru v krvi. U tohoto onemocnění je porucha nejen u sacharidů, ale i lipidů a proteinů. (Rybka, 2007; Lebl, Průhová, Šumník, 2008).

Dosud není známo, z jakého důvodu se organismus rozhodne k likvidaci vlastních beta-buněk, proto různí autoři mluví o neznámé etiologii. Rybka (2007) a Svačina (2008) se domnívají, že zde hraje určitou roli genetická vnímavost a zevní faktory. Jasně příčiny vzniku DM1 však nejsou známy.

1.2.2 Diabetes mellitus II. Typu

Tento typ diabetu je mnohem častější, než diabetes I. typu. Vyskytuje se u starších nebo obézních lidí. Postižení tímto typem často nebyvají závislí na podávání inzulínu, ačkoliv ho valná většina užívá ke zlepšení glykémie. Stačí jim však pouze užívání perorálních antidiabetik (PAD), proto jsou pacienti s tímto typem diabetu také často nazýváni jako „nezávislí“ (Rybka, 2007).

Podstatou choroby je relativní nedostatek inzulínu, jehož produkce sice bývá v částečné míře zachována, ale je porušena jeho sekrece. Pokud je u obézních lidí příjem potravy vyšší, než jeho metabolická potřeba, většinou riziko onemocnění diabetem II. typu značně stoupá. Právě obezita je považována za jeden z nejčastějších faktorů vzniku diabetu tohoto typu. Podle modernějších výzkumů je u osob z nadváhou, vstup krevního cukru (glukózy) do buněk ztěžován, protože funkce receptorů na těchto buňkách je u lidí s nadváhou snížena. Lidé trpící obezitou musí tedy vyrobit mnohem více inzulínu, než lidé s normální váhou, aby dosáhli stejného účinku (Rybka, 2007; Lebl Průhová, Šumník, 2008).

1.2.3 Diabetes MODY

Jedná se o specifický typ dědičného diabetu, u kterého není tělo závislé na inzulínu, avšak postižený může být léčen v závislosti na optimální kompenzaci diabetu. Velikou roli zde hraje genetický faktor, jelikož tento typ onemocnění bývá často přenosný z generace na generaci. Jsou ovšem i případy, kdy se v rodinné anamnéze tato nemoc

nevyskytla. Často se objevuje v adolescentním období, kdy se jedinec dostává do puberty, odkud pochází název MODY (Maturity – Onset Diabetes of the Young).

Pacienti mohou mít stejné příznaky jako u klasických typů diabetu, ale také se u lidí s tímto onemocněním nemusí objevit žádné příznaky. Jedná se o chorobu, u které dojde k mutaci některého z genů a ten je zodpovědný za tuto nemoc. Rozeznáváme několik typů diabetu MODY, dle genů, které byly objeveny. (Zdravi.euro, © 2012).

Mezi další typy diabetu patří například gestační diabetes, který postihuje těhotné ženy nebo sekundární diabetes, který se vyskytuje v souvislosti s jinou nemocí (Rybka, 2007).

1.3 Symptomy diabetu

Jako nejčastější symptomy u diabetu I. typu řadíme několik potíží, jež postiženého sužují. Je třeba dbát zvýšené pozornosti zejména v případě jedince, který má časté pocity velké žízně a vyskytuje se u něj neustálá potřeba močit, či trpí stavy, během kterých ho trápí pocity hladu. Dalším příznakem však může být také úbytek váhy u postiženého či únava, která způsobuje, že se člověk cítí být tělesně slabý a často bývá velmi podrážděný. U dětí může být hlavním příznakem například noční pomočování, přičemž moč dítěte bývá sladká, tedy lepkavá. Vzhledem k metabolickým procesům v těle diabetika u něj lze zpozorovat i zvláštní pach z úst, kdy se jedná o látku aceton, která je odpadním produktem dané reakce v těle. Tento jev se vyskytuje až v pokročilejší fázi po přehlédnutí prvních příznaků. Pokud nemoc dále pokračuje bez příčinné léčby, dochází u nemocného ke zvracení a dostávají se také bolesti břicha. Dále často bývají sliznice pacienta zarudlé vzhledem k vzestupu ketolátek. U postižených diabetem se také lze setkat s poruchami vidění či se svěděním a pálením v oblasti genitálií, k čemuž dochází v důsledku častých infekcí močových cest a plísňového onemocnění, kterému se daří ve sladkém prostředí. V mnoha případech se toto onemocnění zjistí bohužel, až ve chvíli, kdy nemocný upadne do bezvědomí (Zdravyzivotscukrovkou, © 2018).

U diabetu II. typu jsou symptomy velice podobné, je jich však ještě mnohem více. Patří sem navíc ještě např. kožní problémy, špatné hojení ran, nechutenství, svědění kůže, brnění v chodidlech či neustálá ospalost (Vitalion, © 2018).

V důsledku odvodňování organismu může dojít až k dehydrataci organismu. Dále se také vyskytuje neostré vidění. Ačkoliv, jak jsem již zmínila, bývají příznaky u diabetu II. typu velmi podobné jako u diabetu I. typu, nedochází zde k akutní komplikaci ketoacidóze, protože sekrece inzulínu neklesne až k nule. Mnohdy je záchyt diabetu II. typu náhodný při odběrech krve, jelikož příznaky bývají atypické a rozvíjejí se pomaleji (Zdravyzivotscukrovkou, © 2018).

1.4 Komplikace diabetu

1.4.1 Akutní komplikace

Hypoglykémie

Jde o stav, při kterém dojde k nerovnováze způsobené nadbytkem inzulínu a nedostatkem glukózy, čímž dochází k poruchám činnosti mozku, pro který je přísun glukózy stěžejním. Z hlediska biochemie lze posoudit tento jev jako stav, při kterém klesne hladina glukózy pod hranici normálu, tedy 3,6 mmol/l³. Tato komplikace patří mezi velmi časté během inzulínové terapie a je téměř nevyhnutelné u pacientů léčených tímto způsobem.

Jak uvádí Rybka (2007. str. 72) reakce v důsledku nedostatku cukru v krvi má splňovat tyto tři jevy, nazývané Whippleho triáda:

1. Mají být přítomny typické klinické symptomy.
2. Nízká koncentrace glykémie.
3. Ústup příznaků po podání glukózy.

Hypoglykémii lze rozdělit dle příznaků na symptomatickou a asymptomatickou. Jak dále Rybka (2007, str. 72) popisuje „z klinického hlediska pak dělíme hypoglykemické reakce do čtyř stupňů na:

- mírnou (biochemický nález, žádný nebo minimální klinický nález)
- středně těžkou (klinické příznaky, pacient ji zvládne sám)
- těžkou (pacient potřebuje pomoc jiné osoby)
- kóma – pacient ztrácí vědomí, někdy je stav provázen křečemi (obvykle bývá nutná hospitalizace)

Mezi nejčastější příčiny vzniku hypoglykémie patří nejčastěji nadměrná dávka inzulínu či perorálních antidiabetik, ale může souviset i s větší produkcí inzulínu v těle. Diabetik může také reagovat jinak v období menstruace, těhotenství nebo např. při fyzické námaze, kdy tělo spotřebuje značnější množství glukózy. Mezi další důvody patří také pozdní, žádné či malé množství potravy (Rybka, 2007).

Hypoglykémii na sobě pacient často pozná sám dle symptomů. Následně si tento stav může zkontrolovat glukometrem. Další diagnostikou jsou laboratorní testy po odběru krve (Rybka, 2007).

Postiženému můžeme pomoci tak, že mu podáme sacharidy v množství 5-20 g. Musíme však jednat velmi rychle. V případě ztráty vědomí je nutné neprodleně zavolat rychlou záchrannou službu. V nemocnici mu následně bude podán bolus glukózy a dále 10% glukóza v infuzi. Pokud se i přes zmíněný postup nedaří zvednout hladinu cukru v krvi, podává se pacientům glukagon nebo hydrokortizon (Rybka, 2007).

Autonomní	Neuroglykopenické	Nespecifické
pocení	zmatenost	slabost
palpitace	atypické chování	nauzea
anxieta	špatná koncentrace	sucho v ústech
třes	ospalost	bolest hlavy
hlad	poruchy koordinace	
bledost	poruchy zraku	
	brnění kolem úst	
	obtížná řeč	

Obr. 1 Str. 74 Rybka 2007

Hyperglykémie

Šindelka (2000, str. 15) popisuje hyperglykémii jako „stav, kdy je v organismu vysoká koncentrace glukózy způsobená většinou relativním nedostatkem inzulínu v těle. Trvá-li u diabetu I. typu takový stav delší dobu, organismus nemůže využívat glukózu jako zdroj energie a začíná zpracovávat tukové zásoby. V těle se pak hromadí zplodiny metabolismu tuků, které mohou ve větší koncentraci vést až k hyperglykemickému kómatu.“ Tyto odpadní látky se nazývají ketolátky a vyplavují se do krve, následně pak odcházejí močí. Při hyperglykémii je v krvi vždy nepoměr mezi hladinou glukózy a inzulínu. Velmi nebezpečnou hodnotou je 20 mmol/l³, nebezpečná už je však hladina 15 mmol/l³. Této hladině pokud přetrvává delší dobu je potřeba věnovat pozornost (Šindelka, 2000; Rybka, 2007).

Tato komplikace je často provázena dehydratací a nízkým tlakem pacienta. Hyperglykémii můžeme rozpoznat díky častému močení postiženého, únavou a pocitu žízně. Při závažné hyperglykémii může dojít až k poruše vědomí pacienta. Časté hyperglykémie vedou v těle člověka ke zvýšené vazbě glukózy na bílkoviny, jejichž vlastnosti se tím mění. Cévy tedy ztrácejí svou pružnost a dochází k orgánovému poškození s poruchou funkce. Pokud má diabetik časté hyperglykémie, mohou se u nich vyvinout chronické diabetické komplikace (Rybka, 2007).

Jak uvádí Rybka (2007) jsou dávky u léčby vysoké hladiny cukru v krvi závislé na denní dávce inzulínu a na velikosti hyperglykémie. Pokud jsou v těle přítomny i ketolátky, je nedostatek inzulínu větší.

Diabetická ketoacidóza

Je akutní metabolickou komplikací, při které může být pacient ohrožen na životě. Ketoacidóza je vyvolána nedostatkem inzulínu nebo jeho celkovým deficitem. V těchto případech dojde ke stimulaci sekrece glukagonu, blokuje se i sekrece endogenního inzulínu a zhorší se celková inzulínová rezistence. Často k ní dochází po neléčených hyperglykemiích. Látky, jež nazýváme ketolátky, zvyšují kyselost vnitřního prostředí v těle, a proto se tato komplikace nazývá ketoacidóza. Častou příčinou bývá nedostatečný přísun inzulínu nebo stresovými podněty. Projevuje se acetonovým zápachem z úst, slabostí, žaludečními nevolnostmi a může vést až ke kómatu (Rybka, 2007; Neumann, 2013).

1.4.2 Chronické komplikace diabetu

Diabetická neuropatie

Jedná se o nejčastější komplikaci cukrovky, která sužuje pacienty. Rybka (2007, str. 107) uvádí, že *„je přítomna v 5-10% již při diagnóze diabetu, asi po deseti letech se vyskytuje u 40-90% diabetiků.“*

Tato chronická komplikace postihuje funkci a strukturu nervů. Můžeme ji rozdělit do dvou základních skupin, podle toho, které nervy jsou postiženy. Mluvíme zde o periferní (somatické) a autonomní (vegetativní) neuropatii. Po pokročení stádia této komplikace jsou pacienti velmi často postiženi oběma skupinami neuropatie.

Nejčastější je tzv. symetrická distální neuropatie, kdy poškozením nervů dochází k nepříjemným pocitům pálení, chvění, mravenčení, bolesti v nohou nebo rukou a to symetricky na obou stranách těla. V těžších případech může dojít i k poruše hybnosti, až k obrně končetin (Svačina, 2010).

Dosud není známá efektivní léčba, proto se lékaři a pacienti zaměřují spíše na prevenci, čímž je dobrá kompenzace diabetu a na zpomalení vzniku neuropatie. Lékaři zkouší různé terapie a preparáty jako je např. podávání kyseliny alfa-lipoové nebo esenciálních mastných kyselin (Vitalion, © 2018).

Diabetická retinopatie

Jedná se o poškození sítnice oka. Jde o komplikaci, která je zapříčiněna dlouhodobou hyperglykemií. Jedná se o nezánnětlivé onemocnění sítnice oka, které vzniká důsledkem celkového postižení cév diabetu. V těžších případech dochází ke krvácení do sítnice a sklivce, což způsobuje závažnou poruchu zraku až slepotu (Rybka, 2007).

Vyšetření se provádí u očního lékaře jako prevence u každého diabetika. Léčba opět spočívá v prevenci. Je nutno dbát na správnou kompenzaci diabetu, případně se později upřednostňuje léčba laserem (Rybka, 2007; Svačina, 2010).

Mezi velmi známé chronické onemocnění diabetiků řadíme také diabetickou nohu, či diabetickou makroangiopatii (Rybka, 2007).

1.5 Léčba diabetu

Pacienti trpící tímto onemocněním se musí léčit hlavně proto, aby mohli žít plnohodnotný život, ve kterém bude schopen se normálně zapojit do aktivit a činností zdravého člověka. Kdyby lidé nemohli kvůli diabetu do práce, mateřských či základních škol, došlo by k sociální izolaci těchto lidí, a proto je důležité léčbou předejít všem komplikacím, jež tuto nemoc doprovázejí (Anděl, 2001).

Vzhledem k různým druhům diabetu, lze posuzovat každého pacienta individuálně, jelikož se jejich potřeby ohledně léčby mohou značně lišit s ohledem nejen na typ diabetu, věk, ale i na jiná přidružená onemocnění, které mohou pacienta sužovat. Důležitou součástí léčby je sociální zázemí nemocného jedince, spolupráce s lékařem, ale i edukace

postižených diabetem. Pacienti musejí dbát rad a pokynů lékaře, aby léčba byla úspěšná (Buse, 2016).

V případě diabetu I. typu většinou dochází k úplnému chybění inzulínu, a proto je nezbytné podávání tohoto hormonu. U tohoto typu se tedy nepodávají perorální antidiabetika, jimiž se nejčastěji léčí Diabetes II. typu. V následující kapitole budu rozebírat pouze léčebné postupy stěžejní pro I. typ diabetu (Rybka, 2007).

1.5.1 Léčba inzulínem

Pro diabetiky je nesmírně důležité podávání hormonu inzulínu, jelikož umožňuje vstup cukru do buněk organismu. Bez inzulínu by organismus diabetika nedokázal zpracovávat cukry a následně je přeměňovat na energii potřebné pro všechny orgány v těle. Z toho důvodu musí být již zmíněný hormon dodáván pacientům uměle formou podkožních injekcí (Anděl, 2001).

Hormon inzulín je vyráběn biotechnologiemi v několika podobách. Dnešní technologie dokáží vyrobit tzv. „lidský“ inzulín, který má téměř totožné složení a účinky jako inzulín zdravého člověka produkovaný pankreatem. Struktura tohoto uměle vyrobeného hormonu se dá různě upravovat, díky čemuž máme různé typy s různými účinky (Neumann, 2013).

Každý diabetik používá inzulín, jenž je přizpůsobený denním potřebám, ale stejně tak potřebuje inzulín přizpůsobený na dobu spánku, tedy na noc. Během dne si pacienti vpichují rychlý neboli krátkodobý inzulín, který se běžně aplikuje třikrát denně před hlavními jídly. Dle Neumanna (2013, str. 26 - 27) nastává účinek inzulínu za „30-45 minut, maxima dosahuje mezi 2. – 3. hodinou a doznívá za 6-7 hodin od injekce. Po každé injekci je třeba za 20 – 30 minut pojíst. Další jídlo musí následovat v době jeho nejsilnějšího účinku, za 2 – 3 hodiny. Rychlá krátkodobá analoga inzulínu vznikají úpravou složení rychlého lidského inzulínu a začínají působit krátce po vpichu. Dostatečný účinek mají již za 10 – 15 minut, účinek skončí dříve, do 3 hodin.“ Další nezbytnou součástí diabetiků je také „zpomalený“ inzulín na noc, neboli NPH, u kterého je nezbytné správné načasování. Tento druh hormonu účinkuje zhruba za 1 hodinu, přičemž maxima dosahuje po 4. – 6. hodinách a následně po 12. hodinách končí. Dlouhodobá inzulínová analoga však v dnešní obě mívají i účinek až 24 hodin,

čímž následně ovlivňují i den diabetika. Nejsou nijak závislá na jídle, ačkoliv také upravují glykemické hodnoty nemocného. Tento typ určený na noc, na rozdíl od čirých denních typů, je zakalený, a proto je nutné ho před aplikací správně promíchat otáčivým pohybem (Neumann, 2013).

Injekce se vpichují do míst na těle, kde se nachází více tukových zásob tj. paže, hýždě, podkoží břicha či stehna. V případě plánovaného pohybu, by se měl pacient vyvarovat místům vpichu, která budou zatíženy fyzickou námahou. Do těla jedince je inzulin zaváděn pomocí inzulinových per, pump, či injekcemi na jedno použití. Pomůckám pro diabetiky, které jsem zde vyjmenovala, se budu podrobněji věnovat níže (Neumann, 2013; Lebl, Průhová, Šumník, 2008).

Mezi nezbytné vědomosti diabetiků patří i správné uchovávání inzulinu, který by vzhledem k tomu, že se jedná o protein, neměl by být vystaven ani zmrznutí, ani přehřátí. Hormon, který je naplněný v peru by měl vydržet 28 dní při pokojové teplotě, aniž by byl znehodnocen, avšak rezervní inzulin musí být uchovaný v lednici při teplotě cca 2 – 8 °C. Dojde-li k pochybení, při kterém by mohla být látka znehodnocena, je potřebná výměna (Neumann, 2013).

Nejen dospělí jedinci, ale i děti by si měli sami ohlídat čas aplikace. Často je pro lidi velmi dobrým pomocníkem mobilní telefon, skrze který buď připomínají aplikaci rodiče, či mají pacienti nastavený alarm. Děti v předškolním věku si nedokáží sami ohlídat čas vpichu, ani svůj režim dne, proto jsou odkázány na pomoc dospělé osoby. Učitelka v mateřské škole tedy musí hlídat čas, kdy se má dítě najíst, ale také kdy má aplikovat inzulin. Po domluvě s rodiči je možná již zmíněná taktika s mobilním telefonem, kdy rodič raději upozorní učitelku, alespoň v začínajících případech (Neumann, 2013).

Dávky inzulinu jsou rozděleny do různých částí dne. Při čemž by jedna dávka měla odpovídat hodnotě 0,6 – 0,8 jednotky/ kg hmotnosti dítěte. Po diagnostikování diabetu u dítěte často stačí několik měsíců podávat dávku 0,3-0,5 j/kg/den a u dospělého 1-1,3 j/kg/den. Na množství podávané nemocnému je potřeba dávat veliký pozor, protože předávkování či naopak malé množství může mít fatální následky (Neumann, 2013).

1.5.2 Selfmonitoring

Tento pojem bychom mohli přeložit jako sebekontrola. Pojem zahrnuje všechny činnosti, jež spočívají v samostatné kontrole diabetika (Neumann, 2013).

Mezi nezbytné pomůcky každého jedince s diagnózou diabetes mellitus patří glukometr, který by měl mít každý pacient vždy u sebe či osoba pečující o nemocného. Tento přístroj slouží k měření hladiny cukru v krvi. Glykémie se měří metodou, kdy se jedinec píchne do konečku prstu na ruce, kde se objeví kapička krve. Kapka se nabere na speciální papírek, který je již předem vsunutý v glukometru, ale nesmí být zcela zamáčknut. Po správném postupu se na displeji objeví přesně naměřený výsledek (Neumann, 2013; Rybka, 2008).

Dalším vhodným pomocníkem je deník, do kterého by si měl diabetik alespoň 1x denně zapsat údaj naměřený glukometrem. Ideální naměřená hodnota by měla být zhruba 5-7 mmol/l. Vzhledem k záznamům o glykémii je pak snazší identifikovat diabetes a následně stanovit co nejvhodnější léčbu a dávky inzulínu. V prostředí mateřské školy, by učitelka měla vést záznamy nejen o naměřených hodnotách, ale i o výkyvech, které dítě během dne mělo (Neumann, 2013).

Pacienti si také mohou provést vyšetření z moči, jenž identifikuje přítomnost cukrů a ketolátek v moči. Ačkoliv speciální papírky na toto vyšetření zaznamenají přítomnost zmíněných látek, nedokáží určit přesnou hodnotu, ani kdy k problému došlo, jelikož se ketony v moči objeví, až v okamžiku, kdy tělo začne zpracovávat tuky. Výhodou papírků je snadné použití, jelikož obsahují políčko se žlutou barvou, které identifikuje přítomnost cukrů a políčko bílé, které odhaluje přítomnost ketolátek. Čím tmavší zelená barva se objeví po kontaktu s močí, tím více cukru je obsaženo v moči. V případě přítomnosti ketolátek políčko zrudne či až zčernalo (Neumann, 2013; Rybka, 2008).

1.5.3 Technické pomůcky

Glukometr

Mezi nejčastější pomůcky patří glukometr, o kterém jsem se již zmiňovala v kapitole o selfmonitoringu. Proto zde jen krátce zmiňuji použití tohoto přístroje,

při kterém je nutné po spuštění vsunout testační papírek. Poté se na stroji objeví kapka krve, která signalizuje, že je glukometr připraven pro změření glykémie. Diabetik tedy provede vpich do konečku prstu na ruce, většinou za pomoci pera, určenému na tento druh vpichu, a poté nechá papírek připravený v glukometru, aby vsákl krev. Následně známe výsledek. Glukometry často mají i statistickou funkci, která počítá průměrnou hodnotu hladin cukru v krvi za uplynulých 7, 14 a 30 dní (Neumann, 2013).

Inzulínová pera

Jedná se buď o jednorázové injekce, které jsou vždy předplněné či o plastová pera přizpůsobena pro dlouhodobé používání. Tyto pera mají svůj zásobník tzv. cartridge, který se v nich vyměňuje. Dospělí lidé používají pero o obsahu 1 jednotky, děti mají dílek pouze půl jednotky. Pero obsahuje část, na kterou je namontovaná jehla, s níž si lidé vpichují inzulín. Tato jehla vydrží 3-10 dní, než se ztupí. Na druhé straně pera se nachází kolečko, které umožňuje dávkování požadovaných jednotek. V 1 ml roztoku se nachází 100 jednotek. Jehly i cartridge, která jsou již předplněná obsahují 300 jednotek inzulínu, tzn. 3 ml roztoku (Neumann, 2013).

Inzulínové pumpy

Jsou přístroje, které jsou velice přesné. Dokáží regulovat hladinu cukru v krvi, díky přívodu inzulínu po malých dávkách během 24 hodin, prostřednictvím spojovací hadičky a zavedené kanyly pod kůži. Jak uvádí Neumann (2013, str. 36), „*pumpa má 24 hodinový „bazál“, předprogramované množství inzulínu podle různých potřeb v různých částech dne. K jídlům se dávají tzv. „bolusy“, lékařem stanovené dávky inzulínu k jídlu.*“ Výhodou těchto přístrojů je skutečnost, že se bazály dají v případě potřeby snížit či naopak zvýšit. Pumpa se dá i zcela odpojit, není však vhodné odpojení po dobu delší než 1 – 1,5 hodiny. Při používání s inzulínovou pumpou může dojít k problému, kdy vypadne nebo se zalomí kanyla, čímž tělo ztratí příjem inzulínu. Důsledkem této skutečnosti pak bývá velice rychlá hyperglykémie či ketoacidóza. Je tedy potřeba mít stále u sebe náhradní kanylu, či inzulínové pero (Neumann, 2013).

Glukózový senzor

Někteří pacienti také mohou mít tuto velmi užitečnou pomůcku, která je velmi vhodná právě pro děti, jelikož jde o senzor, který měří hladinu cukru v podkoží. Senzor souvisle vyobrazuje glykemie po dobu několika dní (Neumann, 2013).

1.5.4 Pohyb

Důležitou součástí léčby diabetu je také pohyb. Velký důraz je kladen na podporu sportovních aktivit u lidí postižených diabetem. Sport pomůže jedinci nejen z fyzické, ale i psychické stránky. Tělesná aktivita zvyšuje citlivost těla na inzulín, snižuje hladinu cukru v krvi, pomáhá regulovat tělesnou hmotnost, ale vyvolá v člověku také radost či zvyšuje sebevědomí, které u lidí s chronickým onemocněním nebývá příliš vysoké.

Je třeba dbát na hrozící rizika hypoglykémie, která mohou být sportem vyvolána. U diabetika by se mělo dbát na stabilní intenzitu i délku fyzické zátěže, kterou je jedinec schopný zvládnout, a tím předejít glykémii, která nesmí klesnout pod hranici 4 mmol/l. Vzhledem ke zmíněnému riziku je nutné pečlivě měřit glykémii před, během i po fyzické zátěži. Dospělý člověk, ale i dítě, které je zvyklé na pohyb zvládne více fyzické zátěže. Nehrozí u nich tak velké riziko hypoglykémie jako u osob, které na pohyb zvyklé nejsou (Neumann, 2013; Lebl, Průhová, Šumník, 2008).

Podstatné je si uvědomit, že intenzivní, silový a vytrvalostní pohyb má různé účinky, proto by se měla přizpůsobit daná opatření typu aktivity. Během pohybu by měl každý diabetik vypít dostatečné množství tekutin a navíc upravit dávky inzulínu před plánovaným pohybem. V případě neplánovaného pohybu je nutné přizpůsobit alespoň stravu (Neumann, 2013).

1.5.5 Diabetická dieta

Jak ve své knize uvádí Bartoš (2000, str. 12) „*dieta je základem při léčbě diabetu obecně. Její zásady jsou shodné s pravidly racionální výživy. Jejím cílem je dosažení optimální glykémie a hladiny tuků v krvi, dosažení přiměřené hmotnosti. U pacientů, kteří mají nadváhu, je nutné omezit příjem energeticky bohatých potravin, hlavně tuků a alkoholu.*“

Stejně tak jako u dospělých je u dětí důležité udržet i díky stravě optimální glykémii. Děti by měly mít pestrou a zdravou stravu. Je vhodné předejít situaci hladovění dítěte! Důležité je dbát na potřeby vyvíjejícího se dítěte. Strava by měla obsahovat potřebnou míru sacharidů, tak aby byla vyvážená s dávkami inzulínu a pohybem dítěte (Svačina, 2010).

Velmi dobrou pomůckou pro rodiče, učitele, ale i samotné diabetiky jsou tabulky s výměnnými jednotkami. Výměnné sacharidové jednotky slouží ke snadnému odpočítávání množství sacharidů v potravinách. Jedna výměnná jednotka je 12 g sacharidů. Děti trpící diabetem, mají od lékaře stanoven počet výměnných jednotek, které mají rozvrženy do různých chodů jídla během dne. U dětí se stravovací plány mění s ohledem na potřeby ve vývoji dítěte. Některé potraviny nejsou počítané do výměnných jednotek, jelikož obsahují jen minimální množství cukrů či vůbec žádné, tudíž nemohou ovlivnit glykémii. Velký pozor bychom měli dávat u potravin, které obsahují nemalý počet sacharidů, ačkoliv působí skrytě. Jedná se například o měkké salámy, párky, mouku atp. (Neumann, 2013).

Rozlišujeme rychlé a pomalé cukry. Rychlé cukry jsou například v ovoci, mléce, méně v zelenině, sladkostech a sladkých nápojích. Zatímco ovoce a mléko lze posoudit jako velice vhodnou stravu, sladkosti a sladké nápoje se nedoporučují. Jsou vhodné v případě hypoglykémie. Pomalé cukry jsou naopak obsaženy například v bramborách, rýži, kukuřici atp. V závislosti na rychlých a pomalých cukrech vyhodnocujeme vysoký či nízký glykemický index, což souvisí s rychlostí zvýšení hladiny cukru v krvi. Rychle vstřebatelný cukr se řadí do vysokého glykemického indexu. Obsahují cukr, který se rychle vstřebává a následně způsobí velké výkyvy v glykémii. Potraviny obsahující vlákninu způsobují dlouhodobou hladinu glykémie a tak ji i stabilizují (Neumann, 2013).

Velice užitečná je metoda rozděleného talíře, kdy celý talíř potravin, které jsou započteny, je 6 výměnných jednotek. Na talíři je rozlišeno maso, zelenina a přílohy, které započítáváme jako jediné. Pokud se tedy celý talíř skládá např. z brambor, či pizzy, jedná se o 6 výměnných jednotek. Vzhledem ke složení jídla na talíři, nelze

posoudit přesně výměnné jednotky, protože výměnné jednotky posuzujeme v jednoduchých potravinách (Neumann et al., 2013).

1.6 Slinivka břišní v souvislosti s diabetem

Peter Abrahams (2003, str. 172) uvádí, že „*pankreas*“ je velká žláza tvořící enzymy, tak hormony. Leží v horní části břišní dutiny za žaludkem, jedním koncem spočívá v zakřivení duodena a druhým se dotýká sleziny. Pankreas vylučuje trávicí enzymy do duodena. Tvoří také hormony regulující buněčný metabolismus glukózy – inzulín a glukagon. Slinivka je rozdělena na tři části – hlavu, ocas a tělo. Je součástí trávicí soustavy a má vnitřní i vnější sekreci. V hmotě žlázy jsou ostrůvky buněk s vnitřní sekrecí, které se jmenují Langerhansovy ostrůvky. Tyto ostrůvky produkují do těla dva velmi důležité hormony. Při čemž je nezbytná spolupráce těchto dvou hormonů. (Abrahams, 2003).

Inzulín je peptidový hormon, který je produkovaný beta-buňkami Langerhansových ostrůvků. Snižuje hladinu cukru v krvi. Umožňuje, aby se glukóza z potravy dostala do těla a následně byla proměněna na energii, je to tedy hormon s anabolickým účinkem. Inzulín zabezpečuje v těle stabilní koncentraci glukózy. Celková denní dávka zdravého člověka je cca 30-40 IU (John Buse, 2016).

Glukagon byl objeven o něco později než inzulín a jedná se o polypeptidický hormon. Jeho úkolem je předcházet hypoglykémii. Je produkován alfa-buňkami pankreatu. Vliv na jeho sekreci má v první řadě glykémie. Hlavním úkolem tohoto hormonu je udržet produkci tak, aby byly zajištěny potřeby organismu týkající se energie (John Buse, 2016).

2 Dítě s diabetem v mateřské škole

2.1 Specifické potřeby, pomůcky a komplikace dítěte s diabetem v mateřské škole

Nyní bych se chtěla věnovat o něco podrobněji skutečnostem, jež je nezbytné znát a dodržovat v případě dítěte s diabetem, které navštěvuje mateřskou školu.

2.1.1 Opatření vůči komplikacím

Každé dítě s diabetem by mělo mít tzv. pohotovostní batoh. Tento batoh by mělo mít každé diabetické dítě vždy k dispozici. Měl by obsahovat zejména pití bez obsahu sacharidů pro dodržení pitného režimu a potřebné věci ke zvládnutí nízké hladiny cukru v krvi, tj. potraviny s pomalými i rychlými cukry (sladký nápoj, čokoláda), glukometr a pro případ nouze i glukagon. Dále by se v batohu měl nacházet kontakt na rodiče a diabetologa. Každé dítě by mělo tento batůžek nosit stále u sebe, ať už se jedná o pobyt venku či v jiných třídách. Rodiče by měli dbát na kontrolu obsahu a doplňování zásob (Neumann, 2013).

2.1.2 Strava a pitný režim

Dle Neumanna (2013) by toto opatření nemělo být problémem vzhledem k pravidelnosti pitného režimu v mateřských školách. Pracovníci by měli dbát pouze na to, aby dítě pilo nesladké nápoje a vyvarovalo se sladkým nápojům atp. V době oběda by dítě mělo vypít dostatek nesladkého nápoje.

Jak Neumann (2013) dále uvádí, že pravidelnost v předškolních institucích je také u stravy, což je pro nemocné dítě výhodou. Rodiče vždy musí předepsat personálu školy, jaké množství jídla může dítě sníst, čímž se paní kuchařka následně řídí. Pokud školní zařízení neumožňuje speciální přípravu jídel, jsou rodiče povinni stravu poskytnout sami. Prvním jídlem, které dítě konzumuje ve školce je svačina, která je pevná a je nutné, aby ji dítě zkonsumovalo. Jak jsem již zmínila, kuchařky by měly být seznámeny s tím, kolik výměnných jednotek může dítě zkonsumovat. Dále by však diabetik v mateřské škole měl mít i svačinu pohyblivou. Jedná se o svačinu, jíž si dítě nosí s sebou a konzumuje ji později, aby doplnilo cukry po fyzické aktivitě během činností, jež následují po pevné

svačině. Rodiče doplňkovou stravu většinou připravují doma. Dbají také velmi na to, aby se jejich dítě cítilo co nejlépe, tudíž v případě, kdy děti mají sladkou svačinu, připravují i pro své dítě vhodnou sladkou přesnídávku.

Později následuje oběd, před kterým je již nutné podání inzulínu. Pedagog musí aplikovat potřebnou dávku zhruba 10-30 minut před stolováním. V případě inzulínové pumpy je odstup od jídla zhruba 5-10 minut. Před vpichem inzulínu do těla je také důležité změřit dítěti glykémii. Toto měření a samotná aplikace je někdy prováděna mezi dětmi, kterým po krátkém čase bude připadat postup zcela normální a opadne zvědavost či je prováděna v prostorách o samotě, kde bychom měli dbát hlavně na hygienu (Neumann, 2013).

Jak jsem již zmínila, množství jídla pro dítě stanovují předem rodiče nebo jídlo sami připravují. Někdy mohou pouze nahrazovat z domova pouze složky stravy, jež jsou pro dítě nevhodné například knedlíky, sladká jídla atp. Pouze nahrazení nevhodných příloh má velký význam, protože se dítě stravuje téměř totožně jako ostatní a necítí se být jiné. Kuchařkám by od rodičů měla být poskytnuta speciální váha a výměnné tabulky potravin. Ačkoliv je kuchařka velmi důležitá, většinou je péče hlavně na učitelce. Odměny ve formě sladkostí nejsou pro dítě s diabetem vhodné. Dobrým řešením je domluva, při které platí dohoda, že si dítě sladkost sní až doma. V případě nedostání odměny se cítí být dítě raněné. Řešením může také být odměna formou drobné hračky, samolepky nebo zdravý forma odměny pro všechny děti (Neumann, 2013; Koťátková, 2014).

2.1.3 Výlety

V mnoha mateřských školách rodiče nemohou s dětmi na výlety. U případu jedince s diabetem by měla být udělena výjimka, kterou je ostatním dětem ve třídě nutné vysvětlit. Rodiče se o dítě v kritické situaci dokáží dobře postarat a navíc mohou i pomoci učitelce s ostatními. Nikdy by nemělo dojít k vyčlenění postiženého z výletu (Neumann, 2013).

2.1.4 Hypoglykémie v mateřské škole

Jestliže se chceme ve školce vyvarovat této komplikaci, musíme dohlížet na dodržení pravidelnosti stravy a před pohybem navýšit její dávku. Pokud ve školce dojde k hypoglykémii, samo dítě by tento jev mělo oznámit učitelce, která nesmí tyto informace podcenit. Rychlá reakce, která spočívá ve změření glykémie, zastavení pohybu a podání cukrů, je stěžejní. Dále je vhodné dodržet pravidlo patnácti, tzn. Sněžení 15 g sacharidů (150 ml džusu, 3/4 rohlíku) a zastavení pohybových aktivit na 15 minut. O této komplikaci musí být vždy neprodleně informováni rodiče. V případě, kdy dítě upadne do bezvědomí během závažné hypoglykémie, je nejvhodnější podat glukagon, který uvolňuje zásoby cukru z jater. Nikdy mu ovšem nesmí být podáno sladké pití ústy, jelikož by se mohlo udusit. Krajiní variantou v případě absence glukagonu můžeme namazat např. med na rty či podat roztok cukru konečnickem. Pokud má diabetik inzulinovou pumpu je třeba její neprodlené vypojení. Pokud dojde ke kómatu, voláme rychlou záchrannou službu (Neumann, 2013).

Jak uvádí Neumann (2013, str. 20) mezi časné příznaky hypoglykémie u dítěte patří třes, mžítka před očima, bušení srdce, bledost, studený pot, velký hlad, slabost a únava. Pozdní příznaky jsou bolest hlavy, spavost a zmatenost. V nejhorším případě může dojít k bezvědomí, které je občas doprovázeno křečemi.

2.1.5 Hyperglykémie v mateřské škole

Při výskytu hyperglykémie většinou nejsou žádné obtíže, v případě, že je jednorázová. Lze ji tedy při prvním měření brát jako varovnou a měření musíme zopakovat později. Pokud se ani po třetím měření nedaří snížit hladinu cukru v krvi přesahující 15 mmol/l, provádíme vyšetření moči. Při výskytu ketonů z toho vyšetření musíme okamžitě zastavit fyzické aktivity dítěte, jelikož by se situace ještě zhoršila. Následkem by nadále mohla být diabetická ketoacidóza. Zachytíme-li u dítěte hyperglykémii, podáme dítěti dostatečné množství vody a zavoláme rodičům, kteří za dítě zodpovídají a situaci řeší s diabetologem, který upraví léčbu (Neumann, 2013).

Neumann (2013, str. 22) popisuje viditelnou hyperglykémii jako kolísající, při které trpí dítě nechutenstvím, bolestí břicha, mrzutostí a nesoustředěností. V případě dlouhotrvající hyperglykémie můžeme pozorovat žízeň, pocit sucha v ústech, oschlé rty,

časté močení, červené tváře, pocit horka a nevolnost od žaludku. Pokud je vysoká hladina cukru v krvi déletrvající, již ucítíme z úst dětí zápach acetonu, setkáme se se zvracením a prohloubeným zrychleným dýcháním.

2.1.6 Pohyb

Každý pedagog by měl myslet na to, že pohyb dětem prospívá z psychické i fyzické oblasti, proto by měl diabetické dítě běžně zařazovat i do pohybových aktivit. Mnoho učitelek se z obavy zdravotních komplikací bojí nechat dítě sportovat, to však není správný přístup. Naopak by každý měl dítě povzbuzovat a dopřát mu dostatek fyzických aktivit. Přerušit pohybové činnosti je nutno pouze v případech u výše uvedených komplikací, kterým je nutno předcházet (Neumann, 2013).

2.2 Zařazení dítěte s diabetem do mateřské školy

Předškolní vzdělávání je povinné od roku 2017/2018, a to pro děti ve věku pěti až šesti let. Nyní už děti v tomto věku musí být tedy přijaty do předškolního vzdělávání, i přes zdravotní znevýhodnění, které s sebou nese diabetes mellitus (MSMT, © 2013-2018).

U dětí mladších pěti let se rodiče mohou bohužel stále setkat s nepřijetím jejich dítěte do mateřské školy. Rodiče se často setkávali a setkávají dodnes, s odmítnutím zařazení jejich dítěte do předškolního vzdělávání. Častým důvodem nepřijetí dítěte nebývají obavy ze zvládnutí diabetu, ale obavy ze skutečnosti, jak zvládnout velký počet dětí a ještě se věnovat znevýhodněnému jedinci, který potřebuje velkou toleranci a laskavý přístup. Tato představa je stále nemožná pro mnohé učitelky, z důvodu nízkého počtu personálu, který je v našich mateřských školách. Ředitelku, ale i učitelky může vyděsit myšlenka na rozjívené děti, které vyžadují neustálý dohled a k tomu dítě s individuálními potřebami (Neumann, 2013).

Zařazení dětí s diabetem bývá označováno jako velice hladce probíhající a snadno zvládnutelné. Každý by si měl uvědomit skutečnost, že dítě trpící onemocněním diabetes mellitus nepotřebuje navštěvovat speciální mateřské školy. S rodiči dětí předškolního věku je často také velmi dobrá spolupráce, jelikož jsou vděční za přijetí dítěte do mateřské školy (Neumann, 2013).

2.3 Inkluze

V dnešní době je inkluze bezesporu velmi diskutovaným tématem. Často si lidé tento pojem vysvětlují stejně jako integraci, či jí chápou jako vylepšenou integrační formu. Mnozí inkluzi vidí jako zcela nový proces, který vnáší do života dětem se speciálními potřebami respekt a příjemné prostředí (Lechta, 2010).

Pro vytvoření přátelského a laskavého prostředí je zapotřebí semknout kolektiv, jenž bude chápat odlišnosti u dítěte se speciálními potřebami, přičemž se na dítě nehledí jako na „nenormální“. Jde o proces, kdy se vzdělávací instituce přizpůsobí potřebám znevýhodněného dítěte (Uzlová, 2010).

V inkluzivním vzdělávání se bere různorodost třídy jako obohacení a je to považováno za zcela normální. Pojem normality si v tomto ohledu můžeme vysvětlit jako rozmanitost. Lze tuto formu vzdělávání tedy chápat jako skutečnost, ve které se nehledí na normalitu, protože jsou si zde všichni rovni. Každý má možnost se vzdělávat dle svých možností a schopností (Anderliková, 2014).

2.3.1 Inkluze v prostředí mateřské školy

Mateřské školy jsou ideálním prostředím pro děti s diabetem, jelikož jak uvádí Neumann (2013, str. 42) „*úkony spojené s péčí o diabetes se příliš neliší od režimu dětí v mateřské škole. Nezanedbatelný je i efekt na výchovu ostatních dětí.*“ Vzhledem k organizaci dne má navíc dítě s diabetem vhodné podmínky pro pobyt v mateřské škole. Režim dne je zde stálý a v případě potřeby je možné i jeho poupravení, které nijak nenarušuje běžné předškolní vzdělávání. Spolužáci nemocného dítěte, stejně tak jako dítě samotné by měly chápat a respektovat, že dítě nemůže jíst to, co jedí ostatní a také by měla být pochopena větší potřeba odpočinku. Píchání inzulínu by mělo být taktéž od ostatních pochopeno a žádné z dětí by na tento jev nemělo nahlížet jako na cosi nenormálního (Neumann, 2013).

2.3.2 Stupeň podpory pro diabetické děti

1. stupeň podpory je realizován školní institucí a samotnými pedagogy. Vychází z běžné činnosti a nelze u něj navýšit finanční ustanovení. Tato opatření jsou realizována prostřednictvím podnětů učitelů, či rodičů. Škola a rodina vzájemně spolupracují. Jak

uvádí Čadová (2015, str. 22) východiskem pro poskytování podpůrných opatření prvního stupně je pedagogické posouzení průběhu a výsledků vzdělávání žáka ve výuce (pedagogická diagnostika): např: pozorování, rozhovor se žákem, zákonným zástupcem žáka, ostatními vyučujícími, analýza přípravy žáka, včetně analýzy dosavadního přístupu pedagogů (Čadová, 2015).

Ačkoliv opatření v tomto případě zajišťují pedagogové školy, mají možnost porady s pracovníky školských poradenských pracovišť. Podpora mateřské školy spočívá například v úpravě trvání vyučování, v plánování a organizaci režimu dne, v důrazu na adekvátní motivaci a předcházení únavě u dítěte atp. Pedagogické výstupy by neměly být ovlivněny úpravou tohoto opatření. Velký důraz je kladen na spolupráci nejen s rodiči, ale i se spolužáky. V případě nulového efektu 1. stupně podpory, lze přejít na 2. stupeň podpory (Čadová, 2015).

2.3.3 Podpůrná opatření pro diabetické děti

Dítě s diabetem zařadit do kategorie žáků, pro které jsou doporučovány podpory 1. stupně. Diabetika lze zařadit do skupiny dětí na základě zde uvedeného příkladu:

- Žák s mírnými problémy ve vzdělávání, které jsou trvalejšího charakteru (selhávání z důvodu častějších absencí, nepříznivé situace v rodině...).
- Žák s dlouhodobějšími problémy ve vzdělávání bez ohledu na příčiny znevýhodnění, u něhož jsou uvedena podpůrná opatření (PO) efektivní.
- Žák se zdravotním znevýhodněním, jehož závažnější problémy se vzděláváním vyplývají z primárního onemocnění nebo z následků léčby (krátkodobá podpora, max. 6 měsíců). (Čadová, 2015, str. 23)

Velkou roli hraje vzdělanost pedagogů v oblasti diabetu. Je velmi důležité, aby učitelka rozeznala akutní komplikace spojené s touto nemocí a dokázala rychle zasáhnout. Dále by mělo být dítěti, které pociťuje jakýkoliv symptom, okamžitě umožněno přerušit veškerou činnost a následně mu dát najíst, napít. Od rodičů by každé diabetické dítě mělo mít připravený pohotovostní batoh, ve kterém se bude nacházet sladkost na zvednutí glykémie. Pro dobré splňování inkluze je nutné jednat s dětmi stejným způsobem, jako s ostatními dětmi a plánovat činnosti, kterých se i postižené dítě

může účastnit. Každé dítě musí mít možnost léčby v jakoukoliv dobu v souvislosti s jejich zkušenostmi a možnostmi (Čadová, 2015).

Jelikož se v oblasti léčby nedokáže dítě v předškolním věku obsloužit samo, je nutná pomoc pedagoga. Ten dítěti s písemným souhlasem rodičů v případě potřeby měří glykémii, píchá dávky inzulínu a dohlíží na stravu a stav dítěte (Neumann et. Al, 2013).

2.4 Osobní asistent

Neumann (2013) uvádí, že dítě s diabetem nespadá pod zdravotně postižené děti, tudíž nemá nárok na asistenta pedagoga. Krajský úřad finančně na takové dítě nepřispívá. Jinak by tomu bylo v případě, že by se ve třídě nacházelo více dětí s diabetem. V tomto ohledu by platila jiná normativa.

Jak Neumann (2013) dále zmiňuje, rodiče si mohou na vlastní náklady zařídit osobního asistenta, který o dítě pečuje. Často však asistent není nutný, ani doma, ani v mateřské škole. Využívají ho pouze rodiče, kteří dlouho pracují a tak podobně. Může se stát, že není možné provedení aplikací inzulínu učitelkami. Pak také existuje možnost, kdy pediatr předepíše aplikaci inzulínu sestřám zdravotní péče, které docházejí do mateřské školy.

2.5 Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Systém edukace v České republice je řízen ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Těmto systémům ministerstvo školství stanovuje rámcově vzdělávací programy (RVP), které dle znění zákona 561/2004Sb., § 3 odstavce 2, udávají obsah, rozsah a podmínky vzdělávání má obnášet konkrétní školní instituce. Pro mateřské školy je vydaný rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, který je založen také na principu rozvíjení a možnostech dětí, které jsou různě znevýhodněny tak, aby se mohly edukovat a vyvíjet stejně jako ostatní jedinci. Je tedy nutné dbát i na individuální potřeby jedinců (Smolíková, 2004).

2.5.1 Rámcově vzdělávací program a integrace

Integraci lze chápat jako součást inkluze, ačkoliv je nutné tyto dva termíny neztotožňovat, jelikož u každého se jedná o odlišné skutečnosti (Smolíková, 2004).

Dle RVP PV je pro rozvoj každého malého jedince nezbytné vytvoření co nejlepších podmínek. Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání udává podmínky, které jsou pro děti zdravé, ale i různě znevýhodněné, ať už se jedná o zdravotní, sociální znevýhodnění, či děti tělesně postižené nebo se speciálními potřebami ve vzdělávání. Zejména proto, aby nedocházelo k separaci různě znevýhodněných jedinců od společnosti. Z toho vyplývá nezbytnost jejich integrace do běžného předškolního vzdělávání. V mateřské škole se výuka odráží od školního vzdělávacího programu, z něhož vychází třídní vzdělávací program, do kterého je nutno zařazovat poznámky, které pomohou k pochopení nemoci a socializaci dítěte do společnosti svých vrstevníků (Smolíková, 2004).

2.6 Legislativa

2.6.1 Povinnost rodičů vůči školskému zařízení

Dle zákona č. 561/2004 Sb. (§22 odst. 3 písm. c) v platném znění jsou zákonní zástupci povinni sdělit zdravotní stav dítěte, či jeho následné změny, jenž by ovlivnily průběh vzdělávání. V případě nedodání dokumentace popisující problém onemocnění nemůže předškolní instituce zařídit bezpečnost a zdraví dětí.

Jak uvádí Neumann et al. (2013, str. 10) rodiče dodají do mateřské školy ředitelce tyto dokumenty: 1. žádost rodičů s formulací o odpovědnosti při zdravotních komplikacích, 2. lékařskou zprávu s doporučením školní docházky, 3. kontakty na rodiče a diabetologa, 4. závazek pravidelně a pravdivě informovat školu o aktuálních výsledcích léčby, 5. písemný plán léčby pro dobu ve škole. Neumann (2013, str. 10) dále navazuje na povinnosti u případu, kdy je škola informována o nemoci dítěte, jenž vyžaduje zohlednění při vzdělávání: 1. projedná otázku onemocnění dítěte se zákonnými zástupci, 2. vyzve je k předložení odborného vyjádření lékaře, 3. zajistí jejich písemný souhlas k úkonům vyžadovaným ze strany školy a 4. proškolí zaměstnance.

2.6.2 Povinnost učitelů a právní ochrana

Učitel je dle zákona č. 561/2004 Sb. (§29 odst. 2 školského zákona) v platném znění, povinen pomoci zdravotně znevýhodněnému dítěti a brát ohled na jeho potřeby, uvedenými v předchozích odstavcích, které musí být v dokumentech obdržených

od rodičů při přijímání dítěte. Ředitelka školy může povolit pedagogům podávání léků, tedy aplikaci inzulínu, což učitelka není povinna vykonávat. Vždy se však musí jednat o léky nezbytné pro léčbu, při čemž osoba, jež podává, léky nemusí mít odbornou praxi. Stačí pouze písemný souhlas rodičů. V případě podávání léku bez se jedná o porušení integrity těla, což bez povolení zákonného zástupce je trestné. V případě vážných komplikací má učitel povinnost zavolat rychlou záchrannou službu a poskytnout první pomoc. Nadále informovat rodiče a vyhovět doporučením. V tomto případě pak škola dále nenesé následky za rizika. V případě pochybení ze strany školy, nadále musí nést následky za škody způsobené na dítěti. Pedagog zodpovědný za dítě může být až trestně stíhán (Neumann, 2013).

3 Specifika života s diabetem

3.1 Rodina a diabetické dítě

Rodina je pro dítě předškolního věku vším, o to více onemocní-li diabetem. Předškolní děti berou své rodiče, ale i sourozence jako vzor. Velmi tedy ovlivňují vnímání dítěte. Ve chvíli, kdy budou ve stresu rodiče, bude i dítě. Každý by měl tedy pamatovat na skutečnost, že dítě, jehož rodina přijala diagnózu zle, se bude taktéž s onemocněním zle vypořádávat, jelikož zatím nedospělo k tomu, aby nemoc dobře chápalo samo a udělalo si vlastní názor. Proto mnoho autorů apeluje na povídání si o problému s blízkou osobou. Není dobré, aby se rodič sužoval sám a nepodělil se o jeho trápení. V takto náročných životních situacích je nadmíru důležité, aby lidé drželi při sobě a navzájem si pomáhali (Vágnerová, 2004).

Matějček (2001) dále uvádí, že v takových situacích se lidé často věnují pouze svému dítěti a neužívají vztahy se svým okolím či partnerem, což se může následně stát velkým problémem.

3.2 Výchova dítěte s diabetem

Výchovný proces zajišťuje právě rodina dítěte. Pro malé jedince je to jediná forma výchovy až do doby, než začne navštěvovat další instituce. Výchova je záměrným procesem, který připravuje člověka na procesy socializace v dané společnosti (Matějček, 2001).

Rodiče často mívají problém najít vhodný výchovný styl pro své dítě. Známe vymezené styly výchovy, o které se opírají i styly přístupů vůči dítěti s onemocněním. Ovšem v nich nalezneme jiné důrazy (Slowík, 2007).

Slowík (2007, str. 35) uvádí tyto výchovné styly:

Protekcionistická výchova – dítě je vzhledem ke svému postižení protěžováno, nedostává přiměřené kompetence, rodina dodává nadměrnou péči (dělá za ně i to, co by mohlo zvládat samostatně apod.)

Perfekcionistická výchova – rodina klade na dítě nepřiměřené nároky, snaží se je nadměrně stimulovat k překonávání handicapu a vlastní stigmatizace.

Realistická výchova – dítě je motivováno k dosahování maximálních hranic svého rozvoje, zároveň jsou však respektována nepřekonatelná omezení vyplývající z postižení. Právě výchova se značně projeví v léčbě diabetu, což je vidět i mimo domov. Pro dítě není dobrá ani příliš volná výchova, ani výchova, která klade příliš velké nároky. Nejvhodnější je styl realistický, jenž jsem již uvedla. Dítě se tak může optimálně rozvíjet. Rodiče, dělají ve výchově spoustu chyb. To, co ovšem projde u zdravého dítěte, se u dítěte s diabetem mnohonásobně zvýrazňuje. A má to důsledky týkající se léčby. Počínaje psychickými problémy, nesnášenlivosti vůči handicapu a léčbě či neochotě a lenosti dělat potřebné úkony, které jsou za dítě vždy udělány. (Neumann, 2013; Slowík, 2007).

3.2.1 Komunikace mezi rodiči a učitelem

Jednou z nejdůležitějších součástí při zařazení dítěte do mateřské školy je komunikace mezi pedagogem a rodičem. Komunikační um všech rodičů je stěžejní. Měli by dbát hlavně na ochotu a trpělivost při poučení personálu o nezbytných vědomostech ohledně léčby, kterých by měl nabýt každý pedagog. Personál by měl rodičům naopak vyjít vstříc a pečlivě naslouchat. Vhodné jsou i společné konzultace o poznacích, které by mohly přispět k léčbě. Dále by si obě strany měly vyměňovat informace o dítěti, jak z pobytu doma, tak v mateřské škole (Neumann, 2013).

Právě komunikace má vliv už na rozhodování se o přijetí dítěte do předškolního vzdělávání. Milý přístup vždy ovlivní úsudek člověka, s nímž jednáme. Rodiče by již od první chvíle měli být shovívaví a porozumět vyjádření i v případě nepřijetí. Ze strany učitelů apelujeme na vstřícnosti a pokud možno co největší pochopení (Kořátková, 2014).

3.2.2 Komunikace mezi rodiči a zdravotníky

Zdravotníci se musí naučit citlivě a laskavě komunikovat s rodiči o diagnózách a prognózách jejich dítěte. Do hlavní pracovní náplně sester lze také zařadit komunikaci s pacienty a jejich blízkými. Jejich přístup by měl být profesionální. U personálu ve zdravotnických zařízeních, u kterých nalezneme laskavost a oporu, nalezneme i pocit jakéhosi bezpečí. Rodiče pak snáze přijímají informace o svém dítěti a jeho postižení, ale

i se jim snáze mluví o pro ně nelehkém tématu. Pro nikoho z rodičů není lehké, hovořit o závažném onemocnění svého dítěte (Plevová, Slowik, 2010).

Správná forma komunikace by měla být srozumitelná a trpělivá, jelikož posluchač vždy dokonale nepochopí sdělení hned napoprvé. Ať už je komunikace vřelá, citlivá a trpělivá či naopak, vždy má vliv na léčbu pacienta a jeho okolí, ať už v oblasti psychiky či léčby samotné (Plevová, Slowik, 2010).

Výborným zprostředkovatelem informací a následné komunikace jsou knihy, letáky a brožury. Jejich čtení podněcuje k tázání se zdravotníků na poznatky, které čtenáře zaujaly či byly dosud neznámé a ten se chce dozvědět více (Plevová, Slowik, 2010).

3.2.3 Dopad na psychiku rodiny

Pokud se u dítěte vyskytne onemocnění, které se nedá zcela vyléčit a změní dosavadní život, jako je tomu u diabetu, zasáhne tato situace nejen dítě samotné, ale i celou rodinu. Je to situace, kterou si nepřeje zažít žádný z rodičů, tudíž ji ani neočekává. O to větší zátěž na psychiku člověka s sebou přinese. Reakce rodičů však bývají různé. Může dojít k nervozitě a hádkám, které mohou mít za následek rozvrat rodiny. Musí se proto oba z rodičů naučit vzájemnému respektování a citlivosti, což pomůže také hlavně dítěti. U chronického onemocnění jako je diabetes se rodiče po sdělení diagnózy často začnou hroutit. Mohou se u nich objevit nepříjemnosti jako je zmatenost, během níž nemají v mysli nic jiného než nemoc jejich potomka, což vyvolá obrovskou míru stresu. Další fází může být nepřijetí, až odmítání diagnózy. Jedná se o proces, který je lidskému organismu přirozený jako obrana. Tato fáze je v pořádku, trvá-li krátkou dobu. Po delší době může mít za následek zmatení dítěte a zanedbání v oblasti léčby. Mnoho rodičů trpí úzkostnými stavy, v nichž je pohlcuje lítost. Ti poté nemohou upustit od myšlenek, co komu udělali, že právě oni musejí takto trpět a s nimi i jejich dítě. I přes tyto stresové fáze ohledně nemoci je třeba, aby každá rodina i okolí nakonec diagnózu přijala. Lítost a smutek musejí jít stranou, aby se negativně a úzkostně necítilo i postižené dítě (Slowik, 2007).

Rodiče mají právo na to, být smutní či vyděšení, neměli by to však dávat najevo před samotným dítětem, které mnohdy diagnózu přijme mnohem lépe než jeho blízcí. Každá rodina by měla pamatovat na to, že právě ona je pro dítě nejdůležitější a musí

mu být oporou. Klíčem k úspěchu je přizpůsobení se změnám, které nastaly, ale zároveň zachovat co nejlepší podmínky, které v rodině panovaly odjakživa (Škvor, 2010).

3.3 Dítě s diabetem

Dítě s tímto onemocněním se neposuzuje jako tělesně postižené, nýbrž jako zdravotně znevýhodněné. Dle Fischera, Škody (2008, str. 73) je zdravotní znevýhodnění chápáno jako zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Velké vzdělávací důsledky má právě skupina dětí s chronickým onemocněním, kam do skupiny metabolických poruch patří i diabetes mellitus. Tyto nemoci postihují děti všech věkových kategorií a jejich průběh se liší s ohledem na věk. Takto nemocné děti jsou také náchylné na další nemoci, které se jim často vracejí. Velký vliv má nemoc také na psychiku dítěte. Následně se u něj mohou dokonce rozvinout psychické poruchy, které se projevují nespavostí, podrážděností, hysterií, nechutenstvím a stavy úzkosti. V některých případech se mohou vyskytnout i špatné hygienické návyky a porucha v oblasti chování (Fischer, Škoda, 2008).

3.3.1 Režim dne

Lidé s nemocí diabetes mellitus, musejí dodržovat režim, do kterého patří hlavně strava a měření glykémie. Veškerá režimová opatření, která musí dítě mít, jsem již popisovala v kapitole 3.1, kde jsem se zabývala režimovými opatřeními v mateřské škole. Nyní už jen zmíním zkráceně opatření, která jsou platná pro děti v jakémkoliv prostředí. Tyto opatření se dají shrnout i na dospělého diabetika.

Nejvíce dbáme na pravidelnost jídla. Strava diabetika I. typu má obsahovat šest jídel denně zhruba po dvou hodinách. Snídaně, oběd a večeře by měly obsahovat přílohy, které obsahují polysacharidy. Vhodnými svačinami jsou potraviny s rychlými cukry např. ovoce. Vždy ovšem záleží na rozhodnutí diabetologa, jak se rozhodne rozepsat plán s výměnnými jednotkami (Svačina, 2008; Neumann, 2013).

Diabetici si také následně musejí hlídat svou glykémii, podle které určují, zda potřebují doplnit glukózu, či jaké množství inzulínu si mají aplikovat, aby předešli akutním komplikacím. Počítání sacharidových jednotek je také důležité pro každého

jedinice trpícího diabetem. Rozpis výměnných jednotek každý obdrží u svého diabetologa, který hledí na věk, pohlaví, hmotnost, ale i fyzickou aktivitu dané osoby. (Rybka, 2007). Více v kapitole 3.1.

3.3.2 Vývoj dítěte s diabetem

V předškolním věku udělají děti obrovský pokrok v jejich kognitivním vývoji. Dítě si vykládá skutečnost pomocí fantazie, mezi nimiž nedělá téměř žádné rozdíly. V tomto období je pro děti důležité, aby měly nastavené jasné hranice a pocit jistoty. Učení probíhá prostřednictvím nápodoby osob, které jsou pro dítě autoritou. To znamená, že co dělá maminka, bude chtít konat i dítě stejným způsobem. Dodržují pravidla určená autoritou (Langmaier, 2006).

Neumann (2013) na tuto skutečnost navazuje v souvislosti s diabetem a apeluje na důslednost při dodržování režimových opatření. Dítě v předškolním věku by si mohlo jakoukoliv úlevu vyložit jako běžnou, čímž by nabylo dojmu, že když úkon zanedbala autorita, může ono také. Vzhledem k upínání se dětí v tomto období na pravidlech je nezbytné jejich dodržování obzvlášť v případě diabetika, který potřebuje pravidelný režim.

Pro jedince v předškolním věku je žádoucí udělat to, co by považovala autorita za vhodné a naopak se vyvarovat situacím vedoucím k rozzlobení autority. Často přemýšlí, co udělat, aby potěšili maminku a co nedělat, protože by ji to rozzlobilo. Až u téměř šestiletého dítěte dochází k rozvoji svědomí. Vyhodnocují, co se smí a nesmí, aniž by je někdo sledoval. Případný prohřešek jim vyvolá nepříjemný pocit, bez ohledu na autoritu. Vývoj svědomí je také velmi důležitý pro diabetiky, například ohledně sladkostí. Dítě ji nesní, protože ví, že nemá a následně by ho to trápilo, i přes skutečnost, že ho nikdo neviděl (Langmaier, 2006).

Pokrok u předškoláků nastává i ohledně léčby, jelikož se s nimi dá lehce domluvit. Začínají spolupracovat ohledně jejich léčení. Rozvíjejí se také jejich znalosti a dovednosti. Mnoho z nich si umí změřit hladinu cukru v krvi či rozeznat stav hypoglykémie. Tato skutečnost je velkým plusem pro okolí diabetika, které na základě oznámení hypoglykémie postiženým zkontroluje množství cukru v krvi a může ihned zasáhnout (Lebl, Průhová, Šumník, 2008).

Děti v předškolním období touží po spolupráci a soupeření, čímž se prosazuje. Každá úspěšnost se stane součástí osobní identity. Mělo by proto být součástí vzdělávacího procesu v mateřských školách mezi svými vrstevníky. Přínosem chození do školky je i osamostatnění se od pečujících osob. Snáze se naučí pečovat o sebe samo, i přes pomoc učitelky s nezbytnými úkony léčby Langmaier, 2006).

3.3.3 Vymezení pojmu socializace

Langmaier (2006, str. 94) definuje socializaci jako proces, který probíhá po celý život člověka, a to ve sledu rozmanitých interakcí jedince s druhými lidmi.

Při procesu socializace je výsledkem začleňování se do kolektivu ostatních a přijímání různých sociálních rolí. I přes vstupování do různých rolí a společností v našem okolí, přetrvávají aspekty, jenž si neseme z rodiny a podle kterých v životě jednáme (Langmaier, 2006).

Langmaier (2006, str. 93-94) nadále vymezuje pojem socializace těmito třemi vývojovými aspekty:

1. Vývoj sociální reaktivity

Jedná se o sociální vztahy k lidem, a to zejména v blízkém, nicméně i vzdáleném okolí. Pod absolutním selháním v tomto vývojovém postupu si můžeme představit např. autistické dítě, pro kterého je člověk téměř totožný jako věc, není příliš komunikativní a je spíše samotář.

2. Vývoj sociálních kontrol

Zde hovoříme o normách, které se zakládají na zákazech a příkazech od dospělých. Dítě je následně přijímá za své. Nadále jsou tyto normy usměrňovány společností. Pro dítě jsou nastaveny hranice, nýbrž i cíl, jenž je pro společnost žádoucí, tudíž by se jím mělo dítě ubírat. Výsledkem selhání v této oblasti jsou delikventi či anetičtí psychopati, neboli jedinci, které nezajímají etnické hodnoty.

3. Osvojení sociálních rolí

Týká se chování a postojů, které od nás očekává společnost s ohledem na věk, pohlaví, ale například i kulturu dané země. Každý člověk už jako dítě zastává různé sociální role, jimiž se následně řídí. Jde o celek činností určené společností. V této oblasti lze posoudit jako chybné např. chování učitelky, která jedná se svým dítětem i doma jako se žákem ve

škole. V tomto případě nezaujímá roli matky, ačkoliv je to od ní společností očekáváno.

3.3.4 Socializace diabetických dětí v předškolním vzdělávání

Handicap, který s sebou nese onemocnění diabetes mellitus, dítě většinou neregistruje ani doma, ani ve zdravotnických zařízeních, jelikož je na svou léčbu zvyklé. Problém většinou nastane až ve chvíli, kdy se dostane do skupiny mezi své vrstevníky. Největší roli zde pak sehraje učitelka, která zásadně ovlivní přijetí dítěte do kolektivu i jak se v něm bude cítit. Moderní diabetologie je založená na aktivním a do nejvyšší možné míry i obyčejným životem. Dojde-li k odmítnutí přijetí dítěte do mateřské školy, přichází o období, kdy má být se svými vrstevníky a nikdo tento proces nemůže nahradit (Neumann, 2013).

Dítě s diabetem by nemělo být v žádném případě vyčleněno z činností probíhajících v mateřské škole. Naopak by mělo být zařazeno do všech aktivit, čímž mu dáváme možnost být rovnocenným partnerem svých vrstevníků. Mnohdy je pro nemocné děti těžké „být jako ostatní“, což může vést k odmítnutí. Takový jedinec pak hledá oporu, kterou by se pro něj měla stát učitelka. Ta má velkou moc, protože je i pro zdravé děti vzorem. Jejím úkolem je vzbudit v ostatních dětech empatii, protože citlivý přístup ostatních vrstevníků je největší oporou. Pokud se učitelce povede laskavě a srozumitelně situaci nemocného jedince osvětlit a vzbudit citlivý přístup v ostatních dětech, není pro ně diabetes ničím neobvyklým. Často jsou děti zvědavé ohledně aplikace inzulínu, ale i na to si zvyknou a následně všechny děti úkony tohoto typu naprosto přestanou zajímat, jelikož se stanou rutinou (Neumann, 2013).

Předškolní děti přijímají toho, koho přijímá autorita. Nedělají tedy většinou rozdíly a chronické onemocnění pro ně není bariérou v přátelství, mezi dítětem samotným a nemocným jedincem. Vrstevníky je takové dítě chápáno stejně jako každé jiné dítě, aneb kamarád je ten, kdo si se mnou hraje (Vágnerová, 2004).

3.3.5 Motivace

Každý rodič, ale i učitel, trenér či vychovatel by měl u dítěte s chronickým onemocněním používat vhodnou formu motivace. Rozhodně dítě nepřimějeme

k vhodnému přístupu k léčbě motivací, jejímž výsledkem bude dobrá kompenzace diabetu. Je třeba si uvědomit, že dítě se neléčí, protože chce, ale protože musí (Neumann, 2013).

Jak uvádí Langmaier (2006) a Neumann (2013) u nejmenších dětí je vhodná motivace formou nápodoby, protože jejich přirozená hra v tomto období spočívá právě v napodobování dospělých, kteří jsou pro ně vzorem. Nápodoba je pro předškolní dítě i nejlepší formou učení. Ideálním příkladem motivace pro diabetické dítě v tomto věku je pobízení, aby se naučilo aplikovat inzulín stejně tak dobře, jako to umí maminka. V oblasti motivace je nutné si uvědomit, že budoucnost pro dítě nemá žádný význam, jelikož žije přítomným okamžikem. Nelze tedy malého diabetika motivovat stejně jako dospělého sděleními, že nesprávné dodržování léčby povede ke špatným následkům v budoucnu.

3.3.6 Pobyť v nemocnici

Onemocnění diabetes je u dětí doprovázeno častými pobyty v nemocnici. Bohužel se rodiče mohou setkat se situací, kdy jim není umožněno zůstat se svým potomkem během nemocničního pobytu, a to je pro dítě i rodiče psychicky náročné. Matka často pociťuje pocity selhání. Dítěti nikdo z personálu zdravotnického zařízení nenahradí péči matky. Pokud matka může zůstat se svým dítětem v nemocnici je to velkým psychickým přínosem pro všechny strany. Z pohledu sester je třeba dbát na to, aby plačící dítě bylo vyslyšeno v co nejkratší době. Zajistit pocit bezpečí a jistoty každého hospitalizovaného dítěte. Dnes se v nemocnicích snaží dopřávat malým pacientům dostatek úsměvu, her a citlivého přístupu. (Plevová, Slowik, 2010).

Dostáváme se také k pojmu hospitalismus, od kterého je v dnešní době upouštěno. Nahrazen je termínem psychická deprivace. Dle Matějčka (2001, s. 147) je pojem vymezen jako: „...*psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu*“.

Langmaier (2006) poukazuje na to, že dítě, které je odňato od matky proti jeho vůli se cítí velmi špatně, a to v případě, kdy nemůže situaci nijak ovlivnit. Proto znovu apeluje na zůstání matky s dítětem v nemocnici. Pokud to však není možné, nemá význam

vysvětlování, že matka přijde druhý den. Naopak by měl být opět dodržen laskavý a citlivý přístup se zvýšenou pozorností k hospitalizovanému jedinci. Pozornost personálu je potřebná, ačkoliv mu dítě nedůvěřuje.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíl a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat potřeby u dítěte s diagnózou diabetes mellitus I. typu v mateřské škole z pohledu rodičů, ale i předškolních pedagogů.

Rozhodla jsem se především zabývat otázkou, jak jsou dané potřeby dle rodičů naplňovány a jaká byla očekávání rodičů před umístěním jejich dítěte do mateřské školy. Dále jsem se také pokusila zjistit, jak jsou předškolní pedagogové informováni o diabetu a zároveň, co jsou schopni pro specifické potřeby dítěte zajistit.

Jelikož onemocnění diabetes mellitus patří do kontextu inkluzivního vzdělávání, pokusila jsem se mimo jiné zjistit, jak pedagogové v mateřských školách nahlíží na inkluzi a v tomto kontextu tedy i na přijetí diabetického dítěte do mateřské školy. Pro naplnění mého stanoveného cíle praktické části jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

1 Jak učitelky nahlíží na inkluzivní vzdělávání a na přijímání dětí s diabetem do mateřské školy ve věku od tří do pěti let?

2 Jaká je informovanost učitelek v mateřských školách ohledně diabetu?

3 Co jsou učitelky a mateřské školy schopny zajistit pro naplňování potřeb předškolního dítěte s diabetem?

4 Jaká očekávání měli rodiče před umístěním jejich dítěte do mateřské školy a jak jsou naplňována?

5 Jsou rodiče spokojeni s mateřskou školou v oblasti péče o diabetické dítě a s čím se potýkají?

5 Metodika výzkumných šetření

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Pro realizaci své praktické části práce jsem oslovila dvě skupiny probandů. První skupinou byli rodiče diabetických dětí v předškolním věku, které navštěvují mateřskou školu. Má druhá oslovená cílová skupina byly učitelky v mateřských školách.

Rodiče předškolních dětí s diabetem jsem oslovila prostřednictvím internetového dotazníku. Tuto formu jsem zvolila, protože bylo velmi náročné vyhledat v okolí diabetické dítě, které navštěvuje mateřskou školu. Oslovila jsem učitelky z dvaceti pěti různých mateřských škol a v žádné z nich dosud neměli mezi dětmi diabetika. Nadále jsem se dotazovala ve speciálně pedagogické poradně, kde mi bohužel také nepomohli. Také jsem se obrátila na diabetologii v nemocnici v Českých Budějovicích, kde mi byla podána informace, že léčí děti předškolního věku s diabetem. Následně ovšem dodala, že dle jejích informací tyto děti většinou mateřské školy nenavštěvují. Jelikož mi zdravotní sestra nemohla podat více informací, odkázala mě na Arpidu v Českých Budějovicích, kde mi bohužel také nepomohli, jelikož o těchto dětech prý nemají informace. Nakonec jsem se tedy obrátila na sociální síť Facebook, kde mi byla nabídnuta pomoc ze strany patnácti respondentů z oblasti celé České republiky. Tito respondenti následně vyplnili můj dotazník.

Pro dosažení další části výzkumu jsem oslovila pět učitelek z mateřských škol z Českých Budějovic a okolí. Výzkum byl tedy realizován v jihočeském kraji. Vedla jsem s nimi polostrukturovaný rozhovor, ve kterém jsem zkoumala informovanost učitelek o diabetu. Dále jsem zjišťovala, jaký je jejich pohled inkluzi, na diabetika předškolního věku a jeho přijetí do mateřské školy, ale také co jsou schopny pro takového jedince zajistit. Čtyři učitelky byly vybrány náhodně nezávazně na zkušenostech s diabetem, poslední jsem sehnala také díky sociální síti facebook. Tato učitelka byla jako jediná vybrána pro výzkum záměrně vzhledem ke zkušenosti s diabetickým dítětem.

5.2 Použité metody

Pro dosažení stanoveného cíle, jsem zvolila kombinaci dvou výzkumných šetření, a to zejména výzkum kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní šetření bylo provedeno formou dotazníku prostřednictvím internetu. V dotazníku se nacházejí uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. Pro získání odpovědí na výzkumné otázky, které jsou směřovány přímo předškolním pedagogům, jsem zvolila kvalitativní výzkum ve formě polostrukturovaného rozhovoru.

Dotazníkové šetření je jednou z nejčastějších forem zjišťování záznamů. Jedná se o metodu, ve které dotazovaná osoba odpovídá na otázky, které jsou uzavřené, otevřené nebo polouzavřené. V případě uzavřené otázky respondent vybírá z několika předem určených možností. Pokud se jedná o otázku otevřenou, respondent pak odpovídá na otázku sám, vlastními slovy. Podobnou možnost mají respondenti i u otázek polouzavřených, kde jsou sice předem stanoveny různé odpovědi, ale pokud ani s jednou z nich tázaný nesouhlasí, může stejně jako u otevřené otázky vlastními slovy specifikovat svou odpověď. Dotazníková metoda je velmi často užívána z důvodu nízké finanční a časové náročnosti. Důležité je brát ohled na možnost, že respondenti neodpovídají pravdivě, ale dle uvážení, co je podle jejich názoru správné. Tím se snižuje věrohodnost získaných dat (Hendl, 2017).

Dotazník by měl být uspořádán pro dotazované srozumitelně a měl by také zabrat příliš času. Při provádění kvantitativního šetření bývá nejdůležitější nasbírat pokud možno co nejvyšší počet respondentů, což se v mé práci bohužel neuskutečnilo vzhledem k nízkému počtu předškolních diabetických dětí a velké náročnosti jejich zjištění Hendl (2017).

Dle Švaříčka a Šed'ové (2014) je kvalitativní výzkum časově náročnější. Zakládá se na pochopení a popisu. Je mnoho metod, které lze pro kvalitativní šetření použít. Osobně jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů.

Polostrukturovaný rozhovor spočívá v předem připravených otázkách tazatele, při čemž není nutné dodržet chronologii otázek. Respondent, jenž je dotazován odpovídá na otázku, přičemž mu tazatel může dávat doplňkové otázky na odpovědi, které ho zaujaly či se například tázat při nesrozumitelnostech. Velkou výhodou je, že má u této metody

dotazovaný možnost širokého vyjádření k řešené problematice. Pro přesnost rozhovorů je velmi často používán diktafon, který zaznamenává celé interview a uchovává přesné znění informací včetně intonací atp. (Švaříček, Šedřová, 2017).

5.3 Organizace výzkumného šetření

Praktické šetření probíhalo od ledna do března roku 2018. Data jsem získávala prostřednictvím dotazníků a rozhovorů. Dotazník byl zveřejněn na sociální síti Facebook ve skupině diabetických rodičů. Můj dotazník byl zpracován v elektronické podobě, prostřednictvím služeb na internetové stránce www.surveymonkey.com.

Respondenti byli zcela ujištěni o anonymitě před vyplněním dotazníku i rozhovorem. Dále jim také byly poskytnuty informace o průběhu sběru dat. Všechny rozhovory byly prováděny osobně a pro přesnost jsou nahrány na diktafon a následně shrnuty a zpracovány.

Dotazník je rozdělen do 31 otázek, z čehož 20 z nich je uzavřených, 3 otevřených, 4 polouzavřených a zbylé 4 jsou uzavřené s možností označení více odpovědí.

6 Analýza výsledků dotazníkového šetření

Tato kapitola je zaměřena na analýzu jednotlivých položek dotazníku. Dotazník obsahuje 31 otázek.

Dotazníková položka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Pohlaví respondenta	
Muž	1
Žena	14

Zdroj: vlastní

Tuto otázku jsem zvolila, abych zjistila, kdo z rodičů diabetických dětí vyplňuje dotazník. Z výsledku vyplývá, že byl dotazník většinou vyplněn matkou. 14 (93%) dotazníků bylo vyplněno ženou a 1 (7%) dotazník vyplnil muž, tedy otec dítěte s diagnózou diabetes.

Dotazníková položka č. 2: Jakého je Vaše dítě pohlaví?

Pohlaví dítěte	
Chlapeček	8
Holčička	7

Zdroj: vlastní

Tuto otázku jsem zvolila, abych si vytvořila lepší přehled o dítěti, které trpí diabetem. V případě vyššího počtu respondentů bylo mým úmyslem pozorovat, zda diabetem častěji onemocní děvče, či chlapec. Z takto nízkého počtu tuto skutečnost bohužel nelze adekvátně posoudit, ačkoli můžeme vidět, že počty nemocných dětí v závislosti na pohlaví jsou téměř vyrovnány. Respondenti uvedli, že jejich dítě je v osmi (53%) případech chlapec a v sedmi (47%) případech děvče.

Dotazníková položka č. 3: Kolik je Vašemu dítěti let?

Věk dítěte	
2 roky	0
3 roky	2
4 roky	4
5 - 6 let	7
6-7 let	2

Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem sledovala, v kolika letech děti s diabetem navštěvují mateřskou školu. Ukázalo se, že žádné dítě dotazovaných respondentů nenavštěvuje mateřskou školu ve věku dvou let. Respondenti uvedli, že 2 (13%) tříleté a 4 (27%) děti čtyřleté navštěvují mateřskou školu, ačkoliv je docházka nepovinná. 7 (47%) respondentů uvedlo, že jejich dítě je ve věku 5-6 let, tudíž je jejich docházka povinná a mateřská škola je musí přijmout. Další 2 (13%) dotazovaní uvedli, že jejich dítěti je 6-7 let, při čemž v následující otázce uvedli, že jejich dítě navštěvuje mateřskou školu. Jedná se tedy o děti s odkladem školní docházky.

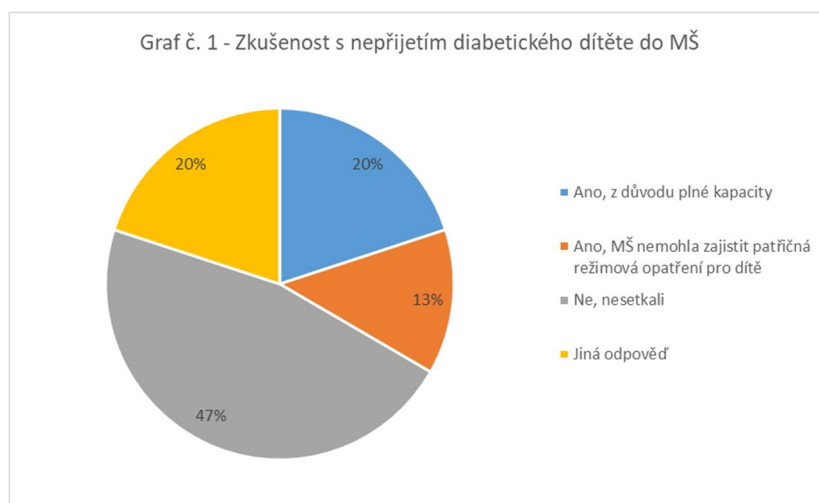
Dotazníková položka č. 4: Navštěvuje nyní Vaše dítě mateřskou školu?

Docházka dítěte s diabetem do MŠ	
Dítě dochází do MŠ, kam poprvé nastoupilo	13
Dítě dochází do jiné MŠ, než původně nastoupilo, z důvodu nevyhovujících podmínek	1
Dítě dochází do jiné MŠ, než původně nastoupilo, z důvodu např. změny bydliště	1
Dítě nenavštěvuje MŠ, shledali jsme vhodnějším nechat si dítě doma	0

Zdroj: vlastní

V této otázce jsem zjišťovala, zda dítě navštěvuje mateřskou školu. Zároveň jsem takto také zjišťovala, zda dítě navštěvuje stále stejnou MŠ, kam původně nastoupilo, což bylo téměř nejčastější odpovědí. 13 (87%) dětí respondentů navštěvuje od prvního nastoupení stále stejnou mateřskou školu. Naopak pouze 1 (6,5%) respondent uvedl, že jeho dítě muselo být přemístěno do vhodnější MŠ z důvodu nevyhovujících podmínek. Další 1 (6,5%) dotazovaný uvedl změnu MŠ v důsledku změny bydliště atp. Žádný z dotázaných neshledal vhodnějším nechat si dítě doma.

Dotazníková položka č. 5: Setkal/a jste se s nepřijetím Vašeho dítěte do MŠ?



Zdroj: vlastní

Mým záměrem v této polouzavřené otázce bylo zjistit, zda jsou děti s diabetem do mateřské školy přijímány či naopak. Rodiče, kteří vyplnili můj dotazník, uvedli, že se setkali s nepřijetím z důvodu nízké kapacity ve 3 (20%) případech. 2 (13%) děti respondentů nebyly přijaty, jelikož mateřská škola nebyla schopna zajistit patřičná režimová opatření. 7 (47%) rodičů uvedlo, že se nesetkali s nepřijetím jejich dítěte do

předškolního vzdělávání. V této otázce však bylo možno svými slovy uvést i jinou odpověď, ve které se mi vyjádřili 3 (20%) respondenti, při čemž jedno dítě již v době diagnostiky onemocnění navštěvovalo MŠ, ale mělo asistenta na vývojovou dysfázii, tudíž s komplikacemi nebyl problém. V druhé odpovědi dítě také v době diagnostiky diabetu navštěvovalo MŠ, avšak muselo přestat docházet. Znovu nastoupilo po třech měsících společně s matkou, která v MŠ přijala práci jako asistent pedagoga k dítěti s ADHD. Ve třetí odpovědi respondent také uvádí, že dítě již navštěvovalo MŠ, při čemž i po diagnostice nemoci bylo přijato zpět, ale pouze do oběda.

Dotazníková položka č. 6: Byl diabetes Vašemu dítěti diagnostikován již před nástupem do mateřské školy?

Doba záchytu před/po nástupu do MŠ	
Ano	9
Ne	6

Zdroj: vlastní

Tato otázka navazuje na předchozí otázku. 9 (60%) respondentů uvedlo, že jejich dítě nastoupilo do MŠ, až po záchytu onemocnění. Naopak 6 (40%) dětí již v době záchytu mateřskou školu navštěvovalo. Pokud tedy porovnáme počet dětí 5 (33%), které se setkaly s nepřijetím do MŠ, z čehož pouze ve dvou (13%) případech byly děti nepřijaty vzhledem k jejich nemoci (nemožnost zajištění režimových opatření) a počet dětí 9 (60%), u kterých byla potvrzena diagnóza diabetes mellitus I. typu již před nástupem. Lze tedy posoudit, že děti respondentů byly i přes jejich onemocnění přijaty.

Dotazníková položka č. 7: Jaké jste měl/a pocity před umístěním Vašeho dítěte do mateřské školy? Měl/a jste z něčeho obavy? Stručně popište:

94% respondentů mělo obavy, jak bude probíhat pobyt jejich dítěte v MŠ. Mezi své obavy často uvedli strach z hypoglykémie a její rozeznání v MŠ. Rodiče se také obávali, jak budou učitelky v mateřské škole zvládat kontrolu a péči o jejich dítě. Pouze 1 (14%) respondent neměl žádné obavy z nástupu svého dítěte do předškolního vzdělávání. Mezi časté odpovědi na tuto otázku patřily obavy, strach a nervozita nejen z hypoglykemií, ale i z odloučení se od dítěte. Dvě z matek uvedly obavy z nepřijetí svých dětí

do kolektivu MŠ, další se obávala podobné skutečnosti a zmínila obavy z případného stresu svého dítěte, který by mohl způsobovat komplikace. Rodiče také uváděli, že docházeli do MŠ zaškolovat učitelky. Jedna z respondentek docházela s dcerou rok do MŠ. Ráda bych uvedla vybrané pocity a zkušenosti některých z rodičů. *„Při záchytu již chodil do MŠ. Návrat byl problém. Nechtěli vážit jídlo. Nakonec jsem si jídlo musela vařit a vyzvedávat hned po obědě. Byli edukováni diacentrem a přesto po první hypoglykémii důrazně doporučili odchod z MŠ. Odešli jsme a našli skvělou MŠ, kde není dodnes nic problém. Zvládají senzor, pumpu i měření glykémie, pokud senzor kiksne. Zvládají vážit jídlo a nejen to, ale uvaří i těstoviny místo jídel, která chlapec nejí... např. sladké obědy.“* Další maminka, jejíž dcera navštěvovala MŠ v době záchytu uvedla, že musela přestat do MŠ docházet a návrat dcery se uskutečnil po třech měsících společně s maminkou, která nastoupila do MŠ jako asistent pedagoga k dítěti s ADHD. Tato respondentka také poukazuje na důležitost komunikace mezi personálem MŠ a rodiči. Vzhledem k této situaci neměla obavy o své dítě, až na pobyt venku: *„Obavy mám jedině z toho, když jde malá se svou třídou ven a já jsem někde jinde. Přece jen se musí víc hlídat a při současném počtu dětí ve třídě je to pro paní učitelky obtížné. Nosí s sebou hroznový cukr, ale glukometrem neměří.“* Pouze 1 respondentka uvedla, že se k obavám zároveň i těšila, až její dítě půjde do kolektivu dětí.

Dotazníková položka č. 8: Jaké jsou Vaše pocity dnes? Změnilo se u Vás něco? Trvají případné obavy dodnes?

9 respondentů je spokojeno s přístupem učitelek k jejich dítěti. V některých případech, a to u pěti respondentů přetrvávají obavy z hypoglykémie v prostředí MŠ. V odpovědích jsou uvedeny špatné zkušenosti z hypoglykemií v MŠ. Rodiče také uváděli velkou spokojenost v mateřské škole, ale obavy z přechodu na základní školu. Jedna z matek je zklamaná, že v MŠ nejsou ochotni dohlédnout na aplikaci inzulínu její dcery, která již je schopná samostatné aplikace pouze s dohledem. V odpovědích je také několikrát zmíněno, že je jejich dítě spokojené v kolektivu ostatních dětí, které se k nemocnému dítěti chovají moc hezky, při čemž za to vděčí paní učitelce. Rodiče také poukazovali na důležitost vzájemné komunikace, které si v mnoha školkách váží. Oceňováno rodiči je také začlenění dítěte mezi ostatní, při čemž z něj učitelky nedělají

někoho odlišného, než jsou ostatní. Z odpovědi vyplývá, že většina rodičů je spokojena s přístupem v MŠ, i přes menší obavy z hypoglykémie, které jsou pochopitelné. Někteří respondenti však uvedli negativní zkušenosti, které bych zde ráda zmínila.

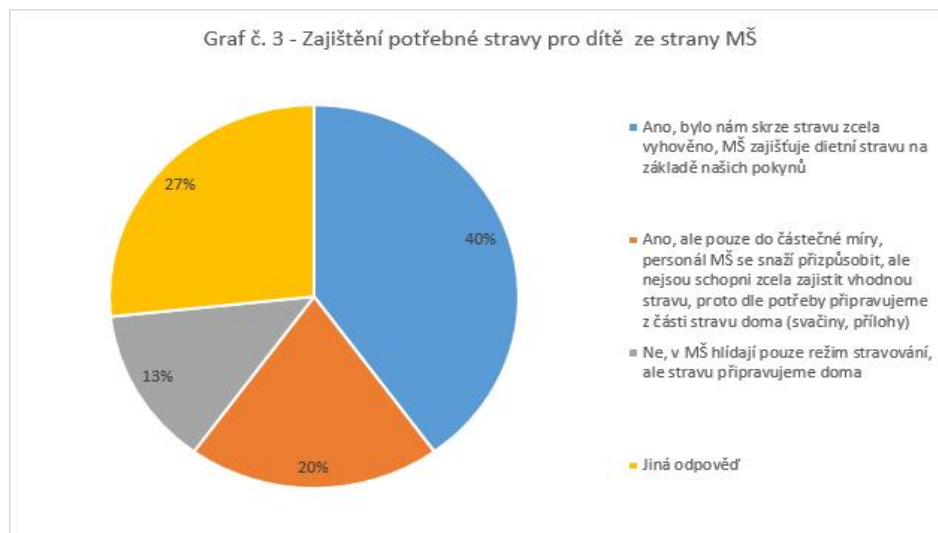
„Díky jedné paní učitelce mám o syna strach. Senzor považuje za přítěž (protože moc vidí, co se děje), pokud má syn gl. pod 10, tak vyvolává paniku, že je v hypu a padne do bezvědomí a naopak, pokud má hyperglykémii (hodnoty nad 15), tak ho nutí k zvýšenému pohybu, aby to sklepal. Z opakovaných edukací si nic nepamatuje, do manuálu se nepodívá. Tvrdí, že má syn špatnou karmu a máme jít za léčitelem na srovnání... Je trochu extrémistka, ale svým panikařením někdy strhne ostatní - normálně fungující učitelky.“ V tomto shledávám učitelku jako nekompetentní z hlediska péče o diabetické dítě. *„Ano, změnilo se to že ze zdravého dítěte je zdravé dítě s DM1 akorát paní ředitelka si neuvědomila, že je pořád jak ostatní s malým mínus, kde učitelky, které se k tomu postavily čelem a vše zvládají na jedničku paní ředitelka pořád myslí, že dítě by s takovou nemocí mělo zůstat doma. Asi jí nedošlo, že je to neléčitelná nemoc.“* Tuto odpověď zmiňuji, jelikož se domnívám, že pokud učitelky péči o diabetické dítě zvládají a souhlasí s ní, pak nevidím důvod, aby ředitelka nesouhlasila s pobytem takto nemocného dítěte v MŠ. Je potřeba si uvědomit, jak zmínil respondent, že i dítě s diabetem je potřeba socializovat. Diabetes totiž není důvod k izolaci jedince. *„Od chvíle, kdy jsme dostali senzor a pumpu, jsem byla mnohem víc v klidu, naopak paní učitelky mi přišly čím dál vyděšenější. Nakonec jsme získali asistentku pedagoga, která se sice lépe postarala, na druhou stranu mi přijde, že svým příliš aktivním způsobem syna lehce vyloučila z kolektivu (příliš upozorňovala na "jinakost" syna).“* Stejně tak bych chtěla touto odpovědí poukázat na fakt, že není třeba vyčleňovat dítě z činností, jelikož to nepůsobí dobře zejména na psychiku dítěte, ale zároveň tento postup ani není potřebný, protože dítě s diabetem se nijak neliší od ostatních dětí, až na dodržování režimových opatření. Jako poslední odpověď uvádím obavy matky, která poukazuje na své obavy z budoucího pobytu v MŠ, ačkoliv je nyní velmi spokojená s přístupem učitelek, které s ní často komunikují a snaží se, avšak je jím respondentka stále nablízku. *„Obavy mám jedině z toho, jak to bude, až mi skončí v MŠ smlouva, která je na dobu určitou, váže se ke chlapci, který má ADHD*

a vývojovou dysfázií. Jakmile odejde do první třídy, nezbyvá než zkusit si vyběhat asistenta na diabetes, což bude obtížné, ne-li nemožné, nebo se spolehnout na někoho v MŠ, pokud bude ochotný, není to jejich povinnost, měřit nebo píchat, popř. budu muset zůstat doma, nechodit do práce a vždy jí inzulin přijít před obědem píchnout. Do té doby snad bude mít senzor, abychom mohli hodnoty vidět i na dálku, popř. aspoň pí. učitelky a nemuseli ji měřit glukometrem.“

Dotazníková položka č. 9: Očekával/a jste, že Vám mateřská škola bude schopna zajistit potřebnou dietní stravu pro Vaše dítě?

Pro diabetické dítě je velmi důležité dodržovat správné stravování a režim stravy, a proto jsem se pokusila zjistit, zda rodiče očekávali, že jim v tomto směru bude mateřská škola schopna vyhovět. 6 (40%) respondentů očekávalo úplné zajištění vhodného stravování pro jejich dítě. 5 (33%) dotazovaných očekávalo částečné zajištění stravy ze strany MŠ. Zbývající 4 (27%) respondenti se domnívali, že jim mateřská škola ohledně stravy pro jejich dítě nevyhoví.

Dotazníková položka č. 10: Zajišťuje mateřská škola potřebnou stravu pro Vaše dítě?



Zdroj: vlastní

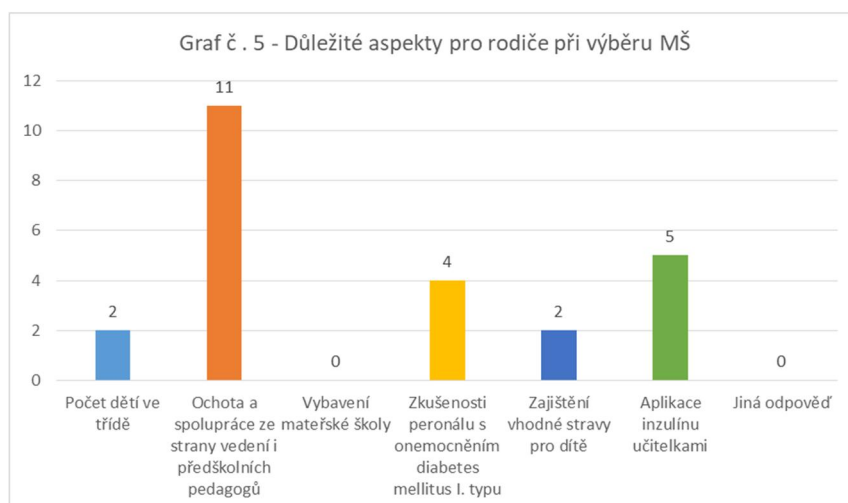
Touto otázkou navazuji na předchozí položku. Kdy stejný počet respondentů očekával úplné zajištění stravy ze strany MŠ a jejich očekávání bylo naplněno. 6 (40%) uvedlo, že

MŠ na základě jejich pokynů zajišťuje vhodnou stravu pro dítě. Další 4 (27%) dotazovaní uvedli do své odpovědi, ve které se mohli sami vyjádřit, že jejich dítě nepotřebuje jinou stravu, než ostatní děti. Pouze je nutno dodržet množství, a tudíž stravu vážit dle rozpisu, při čemž lze vyhodnotit, že MŠ i těmito dalšími čtyřmi dětmi vyhovuje v oblasti stravování, čímž dochází ke skutečnosti, kdy personál MŠ byl více schopen a ochoten zajistit tyto potřeby, než bylo očekáváno. Vzhledem k součtu tedy 10 (67%) dotazovaných nemusí řešit stravování pro jejich dítě jinak, než rozpisem a pokyny, které dodají do MŠ. Třem (20%) rodičům bylo vyhověno pouze z části, jelikož MŠ není schopna zajistit vše potřebné. Tudíž rodiče nosí z domova např. svačiny, či přílohy. 2 (13%) rodiče připravují stravu zcela doma, protože jim v potřebách jejich dítěte není vyhověno. V mateřské škole se starají pouze o režim stravování.

Dotazníková položka č. 11: Jak často komunikujete se školní jídelnou ohledně plánu dietního stravování Vašeho dítěte?

Jelikož je komunikace mezi školní jídelnou a rodiči velmi důležitá, zjišťovala jsem, jak častá komunikace mezi nimi je. Ukázalo se, že většinou navzájem komunikují několikrát do týdne. 5 (33%) respondentů komunikuje se školní jídelnou ohledně stravy každý den. Následně stejný počet dotazovaných uvedl, že komunikace probíhá zhruba 1x – 2x za týden. Pouze 1 (7%) rodič komunikuje se školní jídelnou 1x – 2x do měsíce. Různě, dle potřeby komunikují se školní jídelnou 4 (27%) rodiče.

Dotazníková položka č. 12: Zaškrtněte skutečnosti, které pro Vás byly důležité při výběru vhodné mateřské školy pro Vaše dítě:



Zdroj: vlastní

V této otázce si mohl respondent vybrat více možných odpovědí. Domnívala jsem se, že pro rodiče bude nejdůležitější zajištění vhodné stravy a taktéž jsem na vysoké pozici očekávala i důležitý faktor při výběru MŠ, a to počty dětí ve třídách. Pro rodiče, kteří mi vyplnili dotazník tyto faktory ovšem dle grafu nebyly důležité. Naopak ochota a spolupráce ze strany vedení i předškolních pedagogů pro ně byla nejdůležitější při výběru mateřské školy. Pro část rodičů byla důležitá ochota aplikace inzulínu dítěti ze strany MŠ a zkušenosti personálu s diabetem. Velmi mě překvapilo, že ani pro jednoho z rodičů nebylo podstatné vybavení dané mateřské školy.

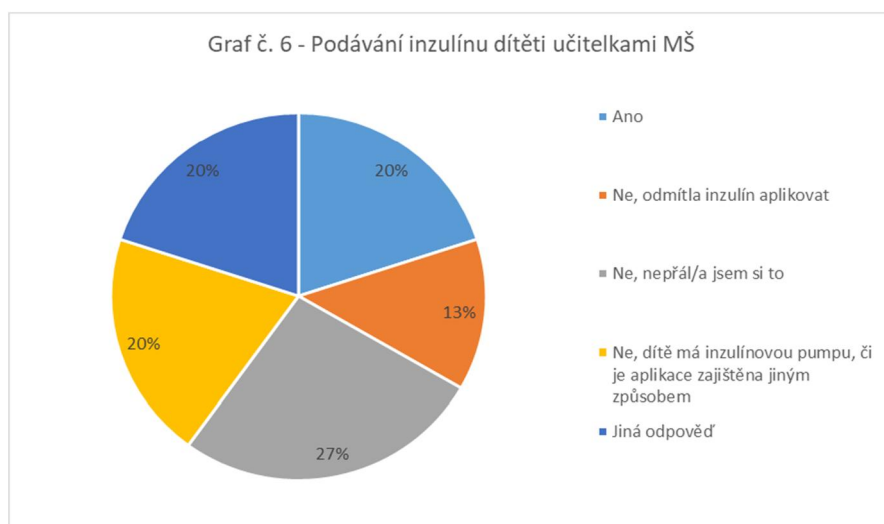
Dotazníková položka č. 13: Očekával/a jste, že bude učitelka ochotná aplikovat Vašemu dítěti inzulin?

Očekávání rodičů ohledně aplikace inzulínu v MŠ	
Ano	4
Ne	11

Zdroj: vlastní

V této otázce zjišťuji, zda rodiče čekali od učitelek v mateřských školách, že budou ochotny podávat dítěti inzulin. 4 (27%) respondenti očekávali od učitelky aplikaci inzulínu a naopak 11 (73%) dotazovaných se domnívalo, že učitelka nebude ochotná provádět tento úkon.

Dotazníková položka č. 14: Aplikuje učitelka Vašemu dítěti inzulin?

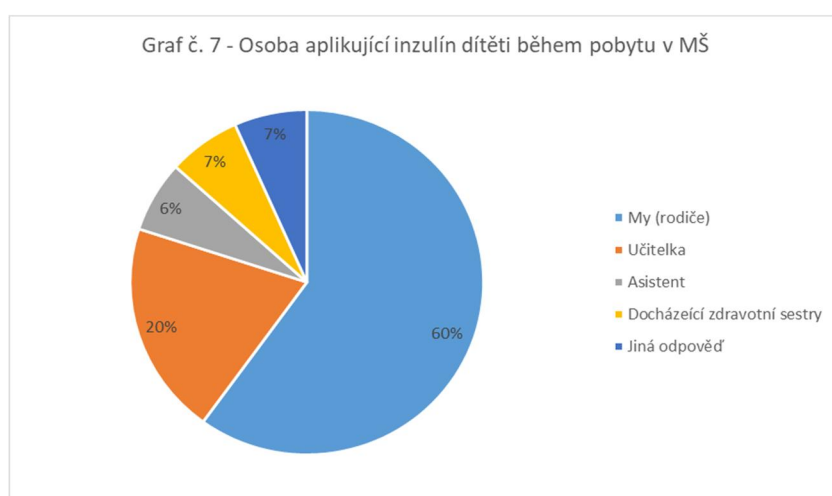


Zdroj: vlastní

V této otázce jsem zkoumala, zda učitelka aplikuje dítěti inzulin a pokud ne, z jakého důvodu tomu tak je. Jak jsem již zmínila, učitelka není povinna tento úkon provádět, a proto bylo mým cílem zjistit, zda důvodem, proč aplikace není poskytnuta učitelkou je díky jejímu rozhodnutí a nebo z jiné iniciativy. Ukázalo se, že ve třech (20%) případech aplikuje inzulin učitelka. Pouze 2 (13%) respondenti uvedli, že učitelka odmítla podávat dítěti inzulin. Ovšem 4 (27%) respondenti uvedli, že oni sami si nepřáli, aby byl inzulin podáván prostřednictvím učitelky. 3 (20%) rodiče uvedli, že jejich dítě

má inzulínovou pumpu, při čemž ve stejném počtu uvedli respondenti to samé v odpovědi, která byla otevřená. Zde uvedli, že je k pumpě ještě potřeba aplikovat inzulín pomocí pera. V těchto případech dva respondenti uvedli, že aplikace je poskytnuta prostřednictvím rodičů a u třetího dotázaného zajišťuje aplikace nyní asistent pedagoga a v dřívější době učitelka.

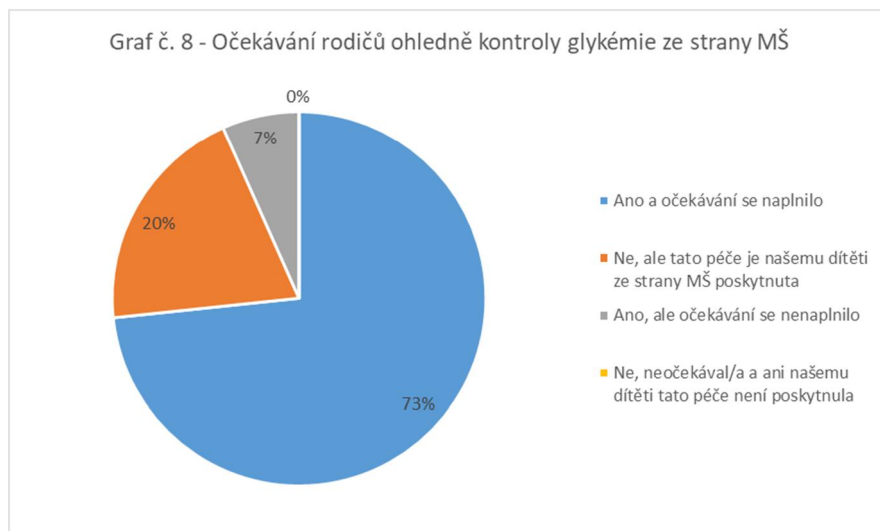
Dotazníková položka č. 15: Kdo aplikuje Vašemu dítěti inzulín?



Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kdo zajišťuje dětem aplikaci inzulínu v MŠ, pokud není zajištěna učitelkou. 10 (67%) rodičů aplikuje inzulín svému dítěti, přičemž jsem mezi aplikující rodiče zahrnula i matku, která zvolila možnost jiné odpovědi. Tato respondentka uvedla, že pracuje v mateřské škole jako asistentka u dítěte s ADHD a dochází z vedlejší třídy svému dítěti aplikovat inzulín. Pouze u jednoho respondenta (7%) byla uvedena péče v této oblasti ze strany docházejících zdravotních sester, které docházejí k dítěti třikrát denně. Stejně tak pouze 1 (7%) rodič uvedl asistenta jako osobu aplikující inzulín dítěti. 3 (20%) respondenti uvedli, že učitelka aplikuje inzulín jejich dítěti.

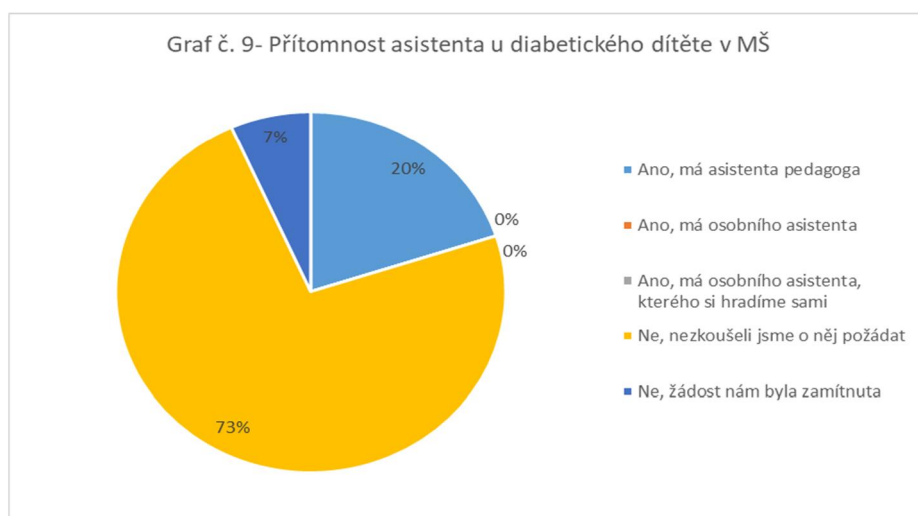
Dotazníková položka č. 16: Očekával/a jste, že budou učitelky ochotny kontrolovat glykémie u Vašeho dítěte? Naplnilo se Vaše očekávání?



Zdroj: vlastní

Vzhledem k dalšímu nezbytnému režimovému opatření jsem se rozhodla zjistit, zda rodiče diabetických dětí očekávali tuto péči od rodičů a zda se jejich případná očekávání naplnila, či nikoliv. Jelikož je měření glykémie nezbytnou součástí každého dne diabetika, většina z dotazovaných rodičů 11 (73%) očekávala tuto péči od učitelek a jejich očekávání se naplnilo. Stejně tak kontrolují dětem glykémii v mateřských školách, ačkoliv to respondenti 3 (20%) neočekávali. Pouze v jednom případě (7%) očekávání rodičů nebylo naplněno a kontrola glykémie jejich dítěte není mateřskou školou poskytnuta.

Dotazníková položka č. 17: Má Vaše dítě asistenta?

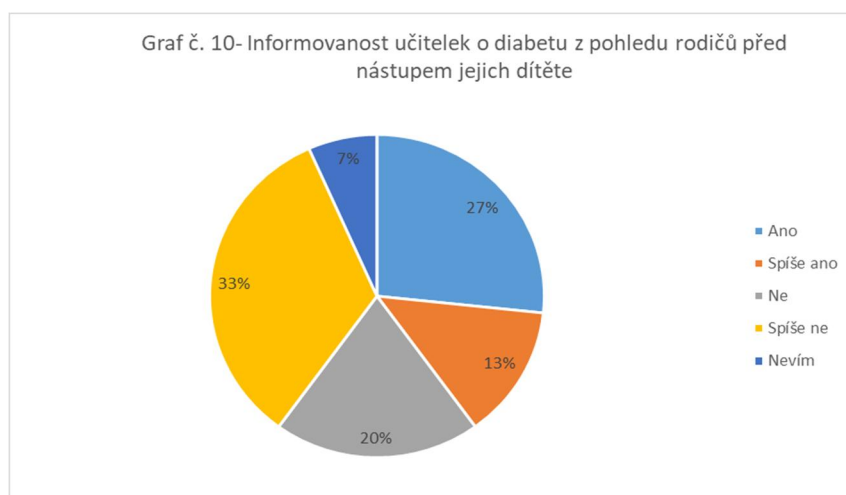


Zdroj: vlastní

V této otázce jsem se pokusila zjistit od rodičů diabetických dětí, zda právě jejich dítě má v mateřské škole asistenta. 3 (20%) respondenti uvedli, že jejich dítě má asistenta pedagoga, při čemž jedno dítě již mělo asistenta vzhledem k vývojové dysfázii.

11 (73%) rodičů nezkusilo o asistenta požádat a 1 (7%) rodič žádost podal, avšak mu byla zamítnuta.

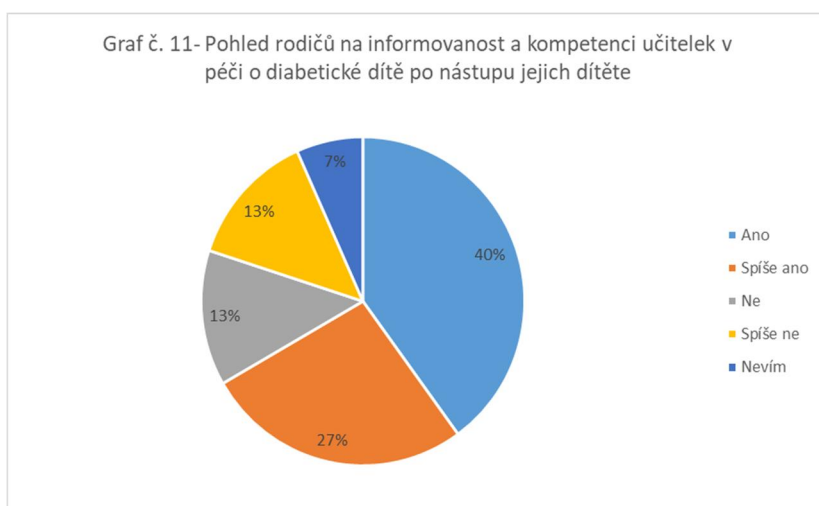
Dotazníková položka č. 18: Myslíte si, že učitelka Vašeho dítěte měla dostatečné informace o diabetu před nástupem vašeho dítěte do MŠ.



Zdroj: vlastní

V této otázce jsem zjišťovala, zda rodiče považovali učitelku, která měla začít pečovat o jejich dítě, jako dobře informovanou pro péči o dítě s diagnózou diabetes mellitus. Tento faktor byl pro rodiče taktéž důležitý při výběru vhodné MŠ. Dobře informovaná učitelka může rodiče uklidnit a nástup jejich dítěte pro ně může být mnohem snazší. 4 (27%) dotazovaní respondenti hodnotili učitelku jako dobře informovanou, 2 (13%) respondenti jako celkem dobře informovanou. 3 rodiče shledali učitelku jako zcela neinformovanou o diabetu. 1 (7%) rodič neměl ponětí, jaké znalosti a informace učitelka měla a 5 (33%) rodičů zhodnotilo informace učitelky o diabetu jako spíše nedostatečné. Více rodičů celkem posoudilo učitelky jako spíše neznalé v oblasti tématu diabetes mellitus.

Dotazníková položka č. 19: Shledáváte učitelku nyní jako dobře informovanou a zcela kompetentní v péči o diabetické dítě?

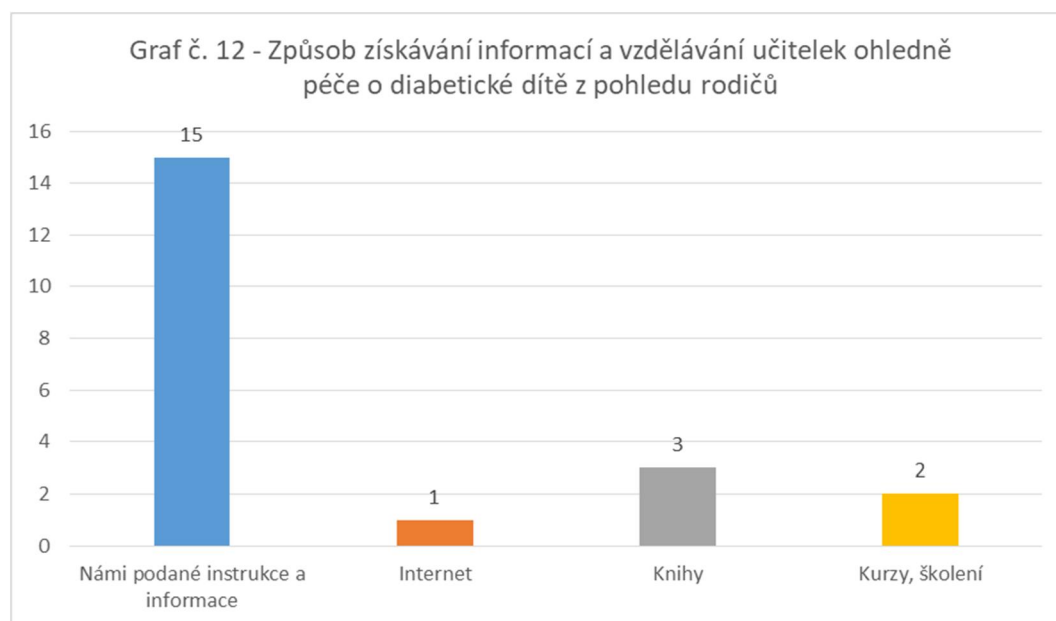


Zdroj: vlastní

Tato otázka navazuje na otázku č. 18. Snažila jsem se vyzkoumat, jestli proběhla změna v oblasti znalostí o diabetu u učitelek po přijetí dítěte s touto nemocí, ale také, zda rodiče nyní považují učitelku svého dítěte za kompetentní v péči o diabetické dítě. Z grafu vyplývá, že většina rodičů považuje učitelku jejich dítěte za dobře informovanou. 6 (40%) respondentů uvedlo, že učitelku považuje za dobře informovanou a kompetentní. 4 (27%) rodiče uvedli odpověď spíše ano, tudíž učitelku posuzují jako dostatečně informovanou a kompetentní v péči o jejich dítě. 2 (13%) dotázaní vyhodnocují učitelku jako špatně

informovanou a nekompetentní. 2 (13%) respondenti shledávají učitelku jako spíše neinformovanou a nekompetentní. 1 (7%) rodič uvedl odpověď nevím.

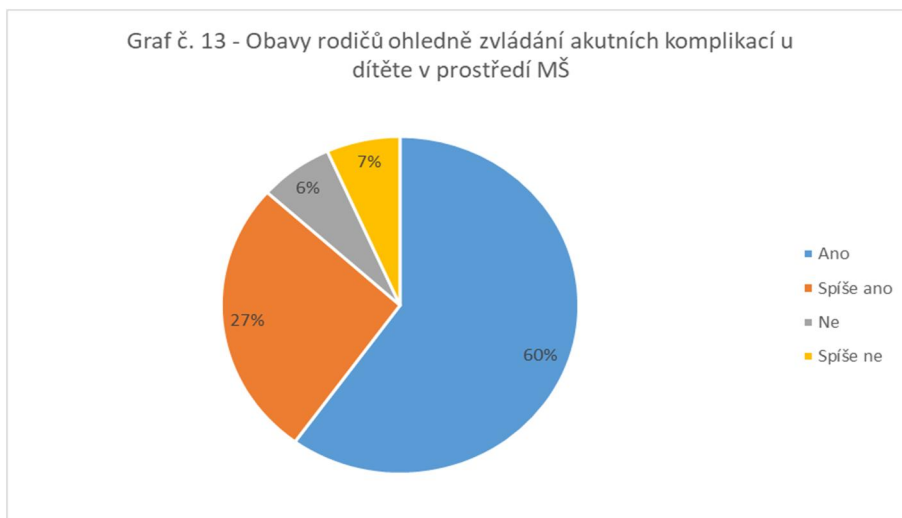
Dotazníková položka č. 20: Jakým způsobem získává učitelka Vašeho dítěte informace o diabetu a o správné péči o diabetické dítě? Můžete vybrat z více možností:



Zdroj: vlastní

V této otázce měli respondenti možnost výběru z více možností. Pokusila jsem se zjistit, zda rodiče vědí jakou formou se vzdělává učitelka jejich dítě v oblasti diabetu. 15 (100%) rodičů uvedlo, že se učitelka řídí jimi podanými instrukcemi a informacemi. V tomto případě můžeme usoudit, že pouze touto formou vzdělávání si rodiče mohou být u své učitelky jisti. Touto otázkou jsem však sledovala i vědomosti respondentů vyplývající z komunikace mezi rodiči a učitelkou, neboli zda rodiče vědí o vzdělávání a informovanosti učitelky jejich dítěte a vzájemně i o těchto poznatcích komunikují. Otázka souvisí s předchozí otázkou. Graf ukazuje, že rodiče mají povědomí o vzdělávání se učitelky i formou internetu, knih a kurzů či školení.

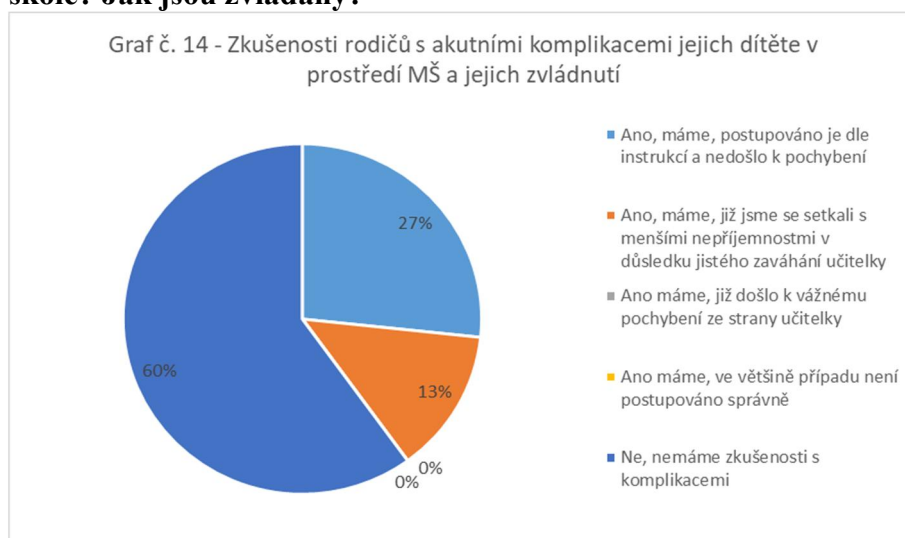
Dotazníková položka č. 21: Obával/a jste se, jak budou zvládnány případné akutní komplikace v prostředí mateřské školy?



Zdroj: vlastní

V této otázce jsem se pokusila zjistit, zda rodiče měli obavu ze zvládnutí akutních komplikací v prostředí mateřské školy. Graf ukazuje, že většina rodičů měla obavy ze zvládnání akutních komplikací v mateřské škole. 9 (60%) respondentů se hrozících komplikací a jejich zvládnutí obávalo. 4 (27%) rodiče uvedli odpověď spíše ano, tudíž u nich obavy také převažovaly, ačkoliv méně než je tomu u většiny respondentů. 1 (6,5%) se neobával, jak budou zvládnuty akutní komplikace v mateřské škole. Stejně tak další 1 respondent (6,5%) spíše neměl obavy.

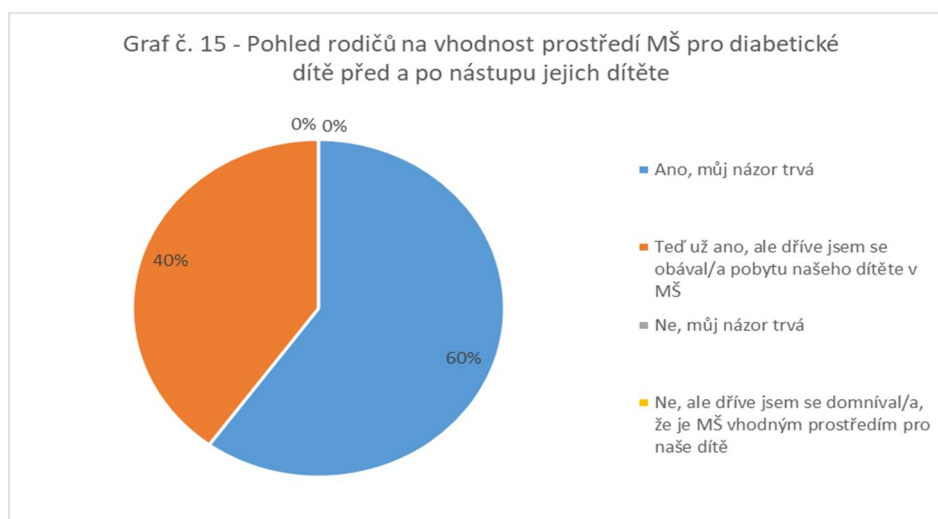
Dotazníková položka č. 22: Máte zkušenosti s akutními komplikacemi v mateřské škole? Jak jsou zvládnány?



Zdroj: vlastní

Touto otázkou zjišťuji, zda v mateřských školách dochází u dětí s diabetem k akutním komplikacím a jak jsou zvládnány. Většina respondentů, tedy 9 (60%) nemá zkušenosti s akutními komplikacemi u jejich dítěte v prostředí mateřské školy. 4 (27%) rodiče se již setkali s komplikacemi u jejich dítěte v mateřské škole, avšak je postupováno dle instrukcí a tudíž nedošlo k žádnému pochybení. 2 (13%) respondenti se taktéž s komplikacemi setkali a došlo k menším nepříjemnostem z důvodu zaváhání učitelky. Učitelky dětí dotazovaných rodičů zatím nezpůsobily potíže v důsledku vážného pochybení, ani se rodiče nesečkávají ve značné míře s nesprávným postupem učitelky při akutních komplikacích.

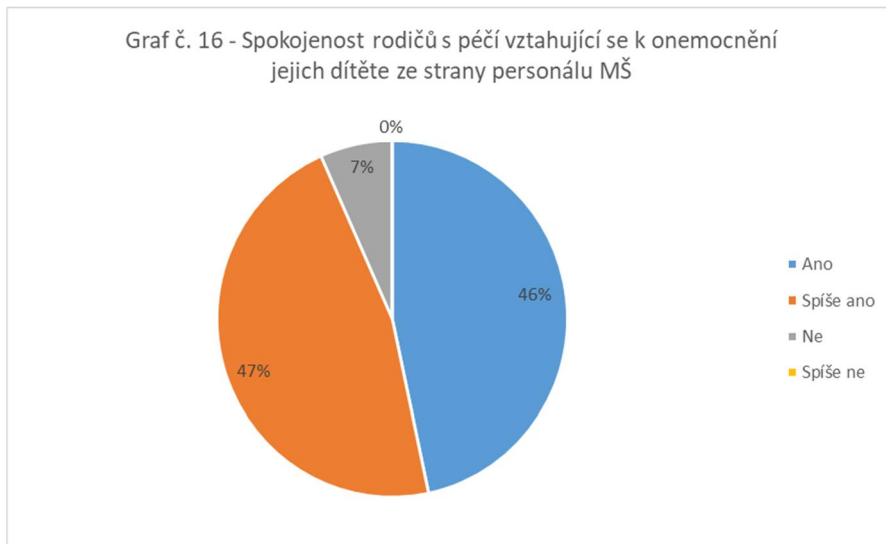
Dotazníková položka č. 23: Domníval/a jste se, že je mateřská škola vhodným prostředím pro Vaše dítě a máte nyní stejný názor?



Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem zjišťovala, jestli rodiče shledávali mateřskou školu jako vhodné prostředí pro jejich dítě a zda se jejich původní názor po nástupu jejich dítěte do mateřské školy změnil. Většina, tedy 9 (60%) respondentů shledávalo mateřskou školu jako vhodné prostředí pro jejich dítě a na jejich názoru se dosud nic nezměnilo. 6 (40%) dalších respondentů se obávalo pobytu jejich dítěte v mateřské škole, ale nyní již shledává předškolní instituci jako vhodnou pro jejich dítě.

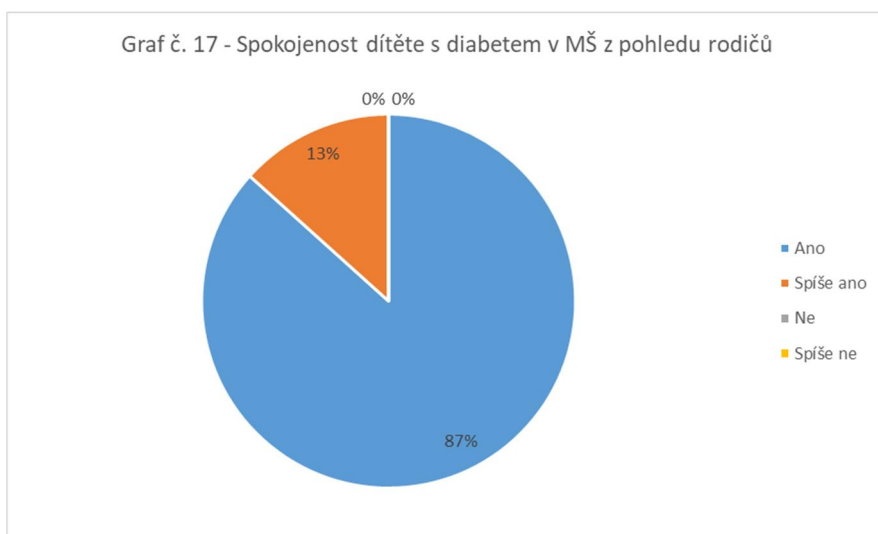
Dotazníková položka č. 24: Jste s přístupem personálu mateřské školy k vašemu dítěti a péčí vztahující se k diabetu spokojeni?



Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem zjišťovala, jak jsou rodiče s mateřskou školou v oblasti péče o jejich dítě s diabetem spokojeni. Z výsledků lze posoudit celkovou spokojenost dotázaných rodičů. 7 (46%) z nich je naprosto spokojeno a stejný počet rodičů je téměř spokojen. Pouze 1 (7%) dotazovaný je s péčí mateřské školy o jeho dítě nespokojen. Celkově výsledek této otázky hodnotím velmi kladně.

Dotazníková položka č. 25: Je Vaše dítě v mateřské škole spokojeno?



Zdroj: vlastní

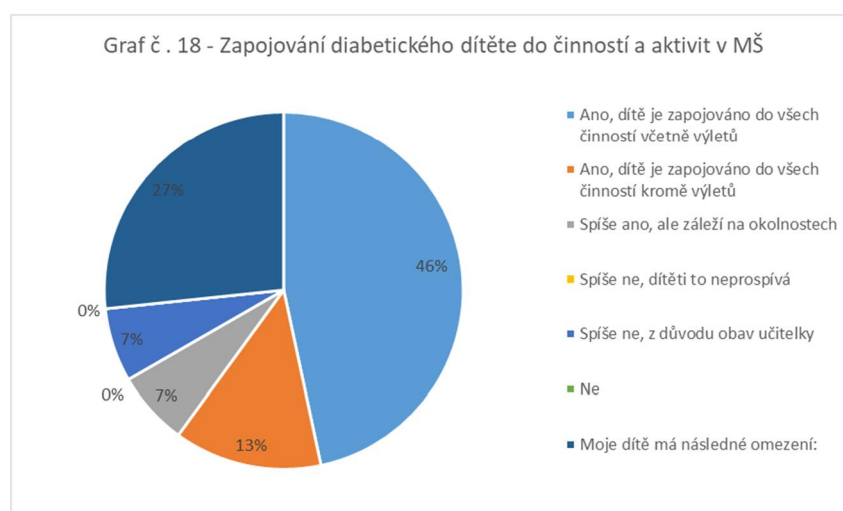
V tomto dotazu jsem se pokusila zjistit, zda jsou diabetické děti v mateřských školách spokojeny a výsledek hodnotím velice kladně. 13 (87%) respondentů hodnotí své dítě v mateřské škole jako zcela spokojené. Další 2 (13%) respondenti uvedli, že je jejich dítě v mateřské škole téměř spokojené. Z toho vyplývá, že děti respondentů chodí do školky rády, tudíž je pro ně mateřská škola příjemným prostředím. Nikdo nevedl nespokojenost svého dítěte.

Dotazníková položka č. 26: Komunikuje s Vámi dostatečně a ochotně personál mateřské školy ohledně onemocnění Vašeho dítěte? Čeho se tato komunikace nejčastěji týká? Stručně vypište:

Většina rodičů na tuto otevřenou otázku odpověděla, že s učitelkami komunikují často. Nejčastěji se tyto komunikace týkají glykemií a stravy dítěte (výměnných jednotek, doby jídla). Dalším často řešeným tématem je hypoglykémie a někdy i hyperglykémie. Rodiče dále uváděli, že komunikují v případě potřeby o skutečnostech, které je třeba probrat. Pouze v jednom případě respondent uvedl, že s MŠ nekomunikují. Ke komunikaci dochází většinou pouze v případě hrozící hypoglykémie prostřednictvím telefonu. Podobnou odpověď uvedl i další respondent, který pouze uvedl, že učitelky volají při hypoglykémii a oznamují podání cukru a vypití džusíku. Jeden z respondentů je s komunikací celkově spokojen, až na jednu učitelku v MŠ. Celkově je tedy zřejmé, že komunikace se týká glykemií, akutních komplikací a to zejména hypoglykémie, stravy a

případně toho, jak den probíhal. Uvádím zde jeden z příkladů: „Předáváme si informace o vývoji glykémie (já hlásím stav v noci a jak se ráno vyvíjí a učitelky mi při odchodu syna z MŠ hlásí vývoj glykémie v průběhu dne). Sdělujeme si, zda sedí údaje, které ukazuje senzor a za kolik sacharidů má ten den jídla.“

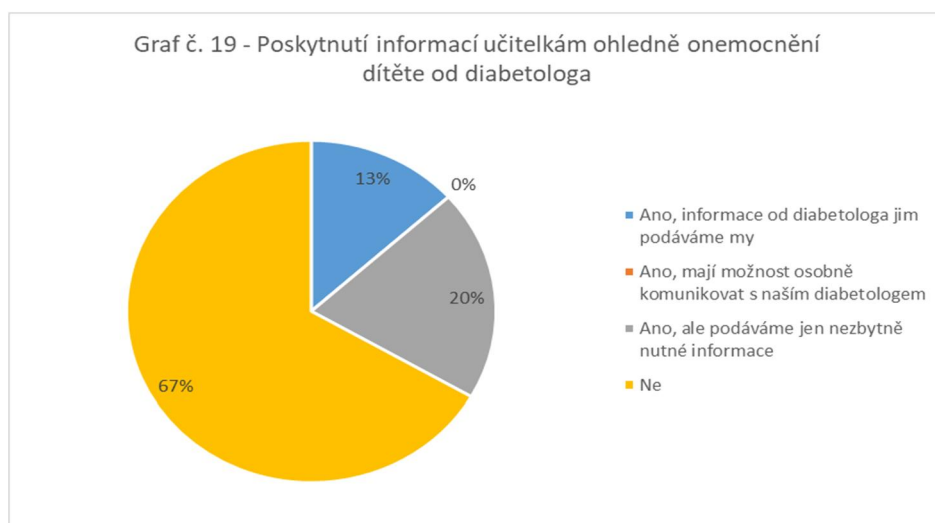
Dotazníková položka č. 27: Je Vaše dítě zapojováno do všech aktivit včetně pohybových, výletů aj.?



Zdroj: vlastní

Odborníci v oblasti lékařství, ale i vzdělávání považují za velmi důležité, aby bylo dítě s diabetem začleňováno do všech aktivit v mateřské škole. A proto jsem touto otázkou zjišťovala, zda tomu tak je. Většina dětí, jak respondenti 7 (46%) uvedli, je zapojováno do všech aktivit včetně výletů. Další 2 (13%) dotazovaní uvedli, že jejich dítě je zapojeno do všech činností probíhajících v mateřské škole, kromě výletů. 1 (7%) respondent uvedl, že je dítě zapojováno, avšak záleží na daných okolnostech. Další 1 (7%) rodič uvádí nezapojování svého dítěte do všech činností, z důvodu obav učitelky. 4 respondenti (27%) označili odpověď, kde měli možnost sami napsat omezení svého dítěte. Všichni uvedli, že se jejich dítě může zúčastnit výletu pouze za doprovodu jednoho z rodičů, což jim mateřská škola umožňuje.

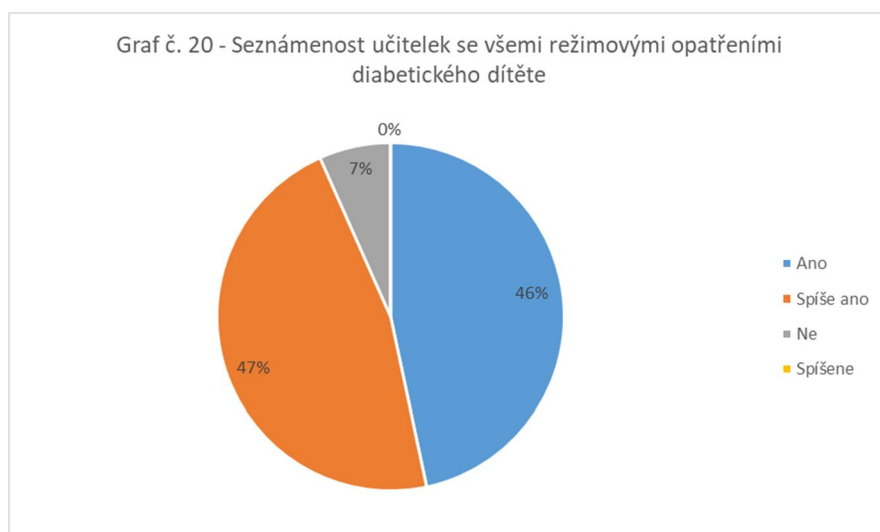
Dotazníková položka č. 28: Jsou učitelkám poskytnuty informace o Vašem dítěti od diabetologa?



Zdroj: vlastní

Na základě rozhovorů s učitelkami o diabetu jsem zjistila, že diabetologa a lékaře velmi často zmiňují a je pro ně důležité, aby měly možnost vzájemné odborné konzultace. Učitelky považují za důležité, aby byly informovány od diabetologa, a proto jsem se pokusila zjistit, zda jsou jim tyto informace poskytnuty. 2 (13%) případech. Další 3 (20%) respondenti podávají informace o dítěti od diabetologa pouze v nezbytně nutných případech a většina mých respondentů 10 (67%) nepodává žádné informace, ačkoliv se já osobně domnívám, že by učitelky, které s dítětem tráví spoustu času měly vědět alespoň informace nezbytně nutné. Žádná z učitelek dětí respondentů nemá možnost osobní komunikace s diabetologem.

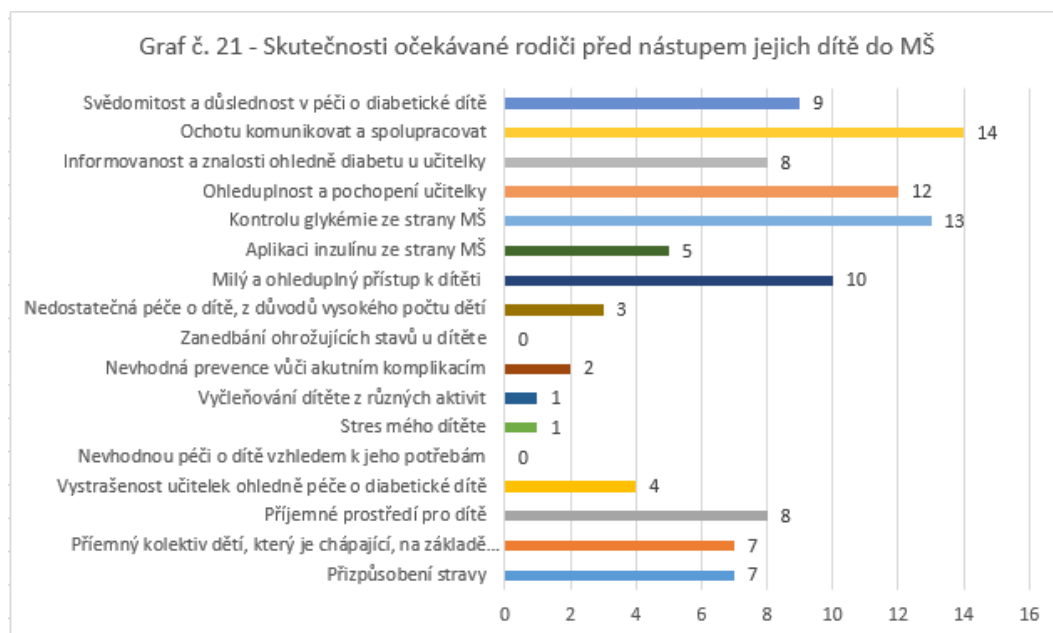
Dotazníková položka č. 29: Jsou učitelky seznámeny se všemi režimovými opatřeními u Vašeho dítěte?



Zdroj: vlastní

Touto formou jsem zjišťovala, zda rodiče seznámili učitelky se všemi režimovými opatřeními jejich dítěte. Z grafu je patrné, že většina učitelek zná režimová opatření dětí dotazovaných. 7 (46,5%) respondentů uvedlo, že jejich učitelka zná všechna režimová opatření dítěte a stejný počet respondentů uvedl, že je učitelka jejich dítěte téměř seznámena s veškerými opatřeními. Pouze 1 (7%) rodič uvedl, že učitelka není s opatřeními seznámena.

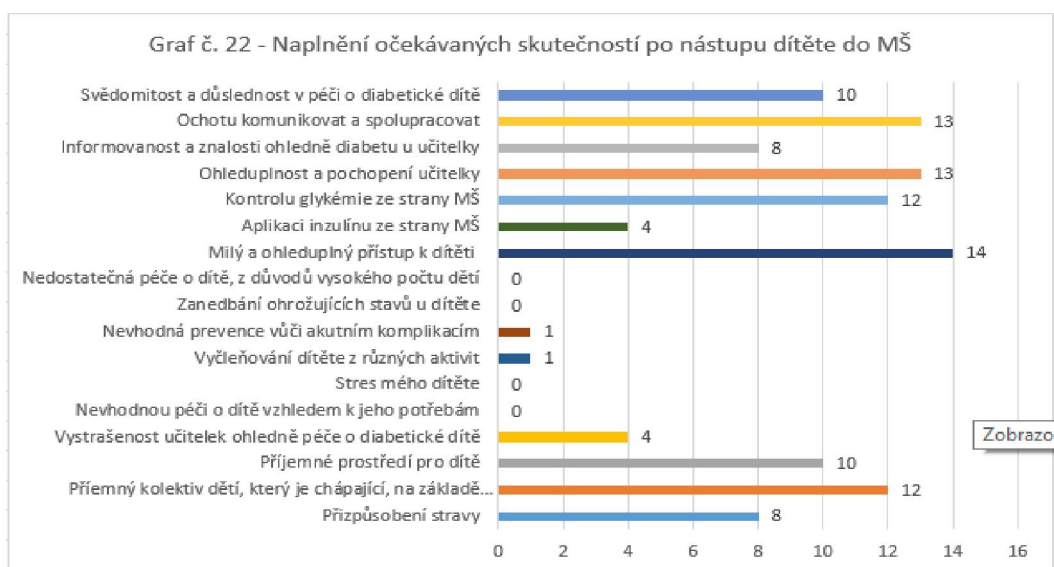
Dotazníková položka č. 30: Vyberte z více možných odpovědí skutečnosti, které jste očekávali před nástupem Vašeho dítěte do mateřské školy:



Tato otázka, kde je možnost označit více odpovědí souvisí s otázkou č. 31. Touto formou jsem se pokusila zjistit skutečnosti, které rodiče očekávali před nástupem do mateřské školy. Pro nejvíce respondentů, tedy 14 očekávalo ochotu spolupráce a vzájemné komunikace s mateřskou školou. Dále pro od 13 - ti respondentů byla očekávána kontrola glykémie jejich dítěte během pobytu v mateřské škole. 12 rodičů očekávalo ohleduplnost a pochopení učitelky. U 10 – ti respondentů byl očekáván milý a ohleduplný přístup k jejich dítěti a stejně tak pro většinu respondentů, a to konkrétně pro 9 bylo očekáváno důsledné a svědomité chování v oblasti péče o diabetické dítě. Stejný počet, tedy 8 rodičů uvedlo mezi svá očekávání, že učitelka bude informovaná a znala v problematice nemoci diabetes mellitus a také, že v mateřské škole bude vytvářeno příjemné prostředí pro jejich dítě. 7 respondentů očekávalo zajištění vhodné stravy pro dítě a příjemný kolektiv dětí, který bude mít pro onemocnění jejich dítěte pochopení na základě dobrého osvětlování situace učitelkou. Pouze 5 rodičů uvedlo mezi svá očekávání aplikaci inzulínu ze strany mateřské školy. 4 dotazovaní uvedli, že čekali vystrašenost učitelky při péči o diabetické dítě. 3 respondenti měli obavu z nedostatečné péče o dítě, vzhledem k vysokému počtu dětí ve třídě. 2 rodiče

se obávali nevhodné prevence vůči akutním komplikacím během pobytu v mateřské škole. Obavu z vyčleňování svého dítěte z kolektivu a ze stresu svého dítěte uvedl v obou případech pouze 1 respondent. Nikdo se neobával zanedbání ohrožujících stavů u dítěte, ani nevhodné péče o dítě vzhledem k jeho potřebám.

Dotazníková položka č. 31: vyberte z více možných odpovědí, jaká Vaše očekávání byla naplněna:



Tato otázka má návaznost na otázku č. 30. Rodiče zde měli také možnost vybrat více odpovědí. Na základě této a předchozí otázky lze následně porovnat očekávané skutečnosti rodiči a skutečnosti, které byly naplněny či nikoliv po nástupu jejich dítěte. Konkrétně tato otázka zkoumá, jaké očekávané skutečnosti byly naplněny. 14 respondentů zaznamenává milý a ohleduplný přístup k jejich dítěti. Stejný počet, tedy 13 dotazovaných shledává učitelku jako ohleduplnou a chápající a naplnila se taktéž jejich očekávání v oblasti ochotné komunikace a spolupráce. 12 rodičů uvedl, že v mateřské škole kontrolují glykémii jejich dítěte a stejný počet, tedy 12 respondentů shledává pro jejich dítě kolektiv dětí jako příjemný a chápající na základě dobrého osvětlení situace učitelkou. 10 dotazovaných hodnotí mateřskou školu jako příjemné prostředí pro jejich dítě a stejný počet, tedy 10 rodičů hodnotí učitelku jako svědomitou a důslednou v péči o diabetické dítě. 8 rodičů shledává učitelku jako dobře informovanou a znalou ohledně nemoci diabetes a dalších 8 respondentů uvedlo, že jim bylo vyhověno

ohledně přizpůsobení stravy. 4 rodiče se setkali s vystrašeností učitelek ohledně péče o diabetické dítě. Další 4 respondenti uvedli, že jejich dítěti je aplikován inzulin ze strany mateřské školy. Další 1 dotazovaný má zkušenost s nevhodnou prevencí vůči akutním komplikacím. 1 rodič také uvedl, že dochází k vyčleňování jejich dítěte z aktivit v mateřské škole.

7 Analýza výsledků rozhovorů s učitelkami MŠ

Provedla jsem v různých mateřských školách polostrukturované rozhovory s pěti respondentkami – učitelkami MŠ. Touto cestou jsem chtěla doplnit můj výzkum o pohled z druhé strany, tedy pedagogů v předškolním vzdělávání. S učitelkami jsem si nedřívě povídala o čem je přesně můj výzkum. Tři z pěti učitelek, byly tématikou diabetes mellitus velmi zaskočeny. Učitelkám jsem kladla připravené otázky, týkající se inkluze, která úzce souvisí s přijetím diabetiků do MŠ, ale především jsem zjišťovala, jaké informace učitelky mají o diabetu a co jsou schopny zajistit pro diabetické dítě. Otázky jsem různě doplňovala i jinými dotazy, v případě odpovědí, které mě zaujaly. Předpokládala jsem, že učitelky budou schopny více sami mluvit ohledně tematiky diabetu, to se bohužel nevyplnilo, a proto jsem musela klást otázky, na které mi odpovídaly. V následující části shrnu odpovědi jednotlivých učitelek, jejichž odpovědi se v mnohém shodovaly. Kladla jsem otázky, které zkoumaly pohled učitelek na inkluzi a zároveň tedy i pohled na diabetické dítě a jeho přijetí, jaké informace mají o diabetu a zároveň, co jsou schopny učinit pro diabetika v mateřské škole.

Respondentka č. 1

Na otázku, jaký je pohled respondentky na inkluzivní vzdělávání, uvedla, že každé dítě, tedy i dítě s diabetem by se mělo začlenit do kolektivu svých vrstevníků. Dotazovaná respondentka, jak sama uvedla, dává inkluzi „zelenou“. Zároveň ovšem také kritizuje ministerstvo školství, které dle jejího tvrzení nepřipravilo personál a neposkytlo dostatek finančních prostředků. Dále tedy posuzuje inkluzi jako nevydařenou, i přes velkou snahu pedagogů všech vzdělávacích institucí a pocituje zklamání. Na otázku, která byla volena záměrně s ohledem na diabetes, jsem se dotazovala, zda je v mateřských školách dostatek personálu. Její odpověď byla, že vystudovaných asi ano, ale není si jistá, zda všichni dále pracují v tomto oboru. Zmínila, že je dětí v mateřských školách moc a nedovede si představit péči o například čtyři dvouleté děti, které mají stále pleny. Z toho vyplývá, že dle jejího názoru pro zvýšenou péči, kterou vyžaduje i diabetické dítě je v MŠ moc dětí na málo personálu. Dotazovaná učitelka dále odpovídala na otázku, jak nahlíží na přijetí předškolního dítěte a zda má s tímto

onemocněním za svou praxi zkušenosti. Uvedla, že se dosud nesešla s žádným diabetickým dítětem předškolního věku za svou praxi a zkušenosti má pouze se sluchově a mentálně postiženým dítětem, či s dětmi s ADHD. V životě se setkala pouze s asi patnáctiletým diabetikem. Rozhodně souhlasí s přijetím diabetického dítěte do mateřské školy. Její pohled na diabetické dítě je následovný: *„Diabetické dítě je normální běžný milý človíček, který prostě má jednu nefunkční žlázu a nemůže proto být vyčleněn z kolektivu dětí, kde se mu určitě líbí víc, než být zavřený doma, že jo, to je samozřejmé.“* Proto také shledává mateřskou školu jako vhodné prostředí pro takto nemocné jedince. Zdůrazňuje pouze to, že je potřeba dbát zvýšené pozornosti u zdravotních rizik, jež si dítě neuvědomuje. V přijetí dítěte vidí problém pouze v oblasti aplikace inzulínu, kterou by nebyla ochotná provádět, jelikož se necítí být v tomto směru dostatečně zaučená. Posuzuje, že do budoucna by na toto opatření možná přistoupila, ale zatím by rozhodně inzulín nepodávala. V případě, že by možná někdy přistoupila na aplikaci inzulínu, muselo by být již dítě na léčbu zvyklé a ona sama by chtěla projít školením. Dalším důvodem, proč by odmítla aplikovat inzulín, je i obava z jakékoliv medikace v oblasti legislativy v České republice. Hodnotí totiž legislativní opatření jako nedostatečné a nechtěla by riskovat následky, kdyby se cokoliv stalo. Pro přijetí diabetika by pro ni tedy bylo podmínkou, aby si zajistili aplikaci rodiče sami, ať už z jejich strany či povolaného odborníka i přesto, že si uvědomuje finanční i časovou náročnost. Diabetické dítě by tedy byla ochotna přijmout, avšak ze začátku pouze na dopoledne a později by se délka pobytu uzpůsobila dle zkušeností s dítětem z dopoledních pobytů. Dotazovaná učitelka měla vcelku dobré znalosti o diabetu. Popsala, režimová opatření, která diabetik potřebuje. Věděla, že je důležitá strava, která se týká konkrétně sacharidů, že je potřeba aplikovat inzulín, ale i kontrolovat glykémie, které by byla ochotna kontrolovat pouze pomocí senzoru, kdy se dítě nemusí píchat do prstu. Správně popsala i v čem onemocnění spočívá. K opatřením s úsměvem dodala, že není diabetolog, a proto by zřejmě dostala vyjádření lékaře, co má kdy dítě konzumovat. Učitelka dobře popsala, co jsou pojmy hypoglykémie a hyperglykémie, ale jak se s těmito komplikacemi vypořádat nevěděla. Podotkla pouze, že je potřeba dodat cukr, zřejmě v obou případech a píchnout inzulín, avšak nevěděla u jakého stavu. Učitelka neví,

zda by zvládla péči o diabetické dítě, ale údajně by se nebála po řádném zaškolení s někým kompetentním např. zdravotní sestrou, lékařem či rodiči. Konzultaci s lékařem hodnotí jako důležitou. Mateřská škola by nebyla schopna zajistit vhodnou stravu bez rizik, jak uvádí, ale zřejmě by bylo možné stravu zajistit dovozem z vývařovny. Považuje za důležité zasvětit do problematiky nemoci i ostatní děti ve třídě, aby byli obeznámeni, co se může stát a proč se cokoliv děje. Zároveň posuzuje děti i jako pomocníky, jak sama posuzuje: „*Já bych věci s dětmi probrala a taky bych je vedla k tomu, aby se naučily třeba pomoci právě tím, že když to díd' má problém, tak že přiltnou a řeknou: Paní učitelko potřebuje cukřík nebo není jí dobře*“, *tak rozhodně děti musí spolupracovat.*“ Vzhledem k pozitivnímu přístupu ředitelky, ale i jejího by byla ochotná se vzdělávat v oblasti diabetu a brala by to jako velký přínos. Dotazovaná učitelka se domnívá, že by diabetické dítě nijak nenarušilo nastavený režim v MŠ, protože daný režim je flexibilní. Dle jejího názoru by se jednalo pouze o potřeby dítěte, kterému by byl dopřán potřebný odpočinek, či svačinka navíc. Zařadila by dítě do pohybových aktivit, avšak uměřeně a na výlety s dítětem by vyžadovala účast jednoho z rodičů.

Respondentka č. 2

Druhá dotazovaná respondentka byla velmi stručná. Po položení otázky, jak pohlíží na inkluzivní vzdělávání a přijetí dítěte s diabetem do předškolního vzdělávání definovala pojem inkluze. Dále uvedla, že se nepřiklání se k inkluzivnímu vzdělávání, ačkoliv podle ní záleží také na tom, o jaké a jak rozsáhlé znevýhodnění se jedná. Mateřské školy hodnotí jako lépe připravené na tuto formu vzdělávání než školy základní, ačkoliv inkluzi i přesto specifikuje jako zátěž pro učitele (s pohledem a úsměvem na rozjívěné dítě s ADHD). Ztotožňuje se dále s názorem první dotazované učitelky, že ve třídách je mnoho dětí na malý počet personálu, tudíž i ona vyhodnocuje zvýšenou kontrolu nad diabetikem jako obtížnou. Stejně jako respondentka č. 1 kritizuje ministerstvo školství. Jak sama uvedla: „*Možná, že to stát myslel dobře, ale není to dobře vymyšlené.*“ Učitelka pohlíží na diabetické dítě stejně jako na každé jiné a rozhodně se přiklání k přijetí takového dítěte do předškolního vzdělávání. Mateřskou školu hodnotí jako vhodným prostředím pro diabetické děti. Jak dále uvádí: „*diabetické dítě potřebuje režimová opatření, což by v mateřské školce neměl být problém zvládnout.*“ Mateřská škola je dle

jejího názoru vhodným startem vzdělávání i pro děti s handicapem, i přes který si musí začít zvykat na nový režim a kolektiv dětí. Je si vědoma, že diabetik musí mít upravený režim, což v prostředí mateřské školy nevyhodnocuje jako problém. V oblasti péče o takové dítě by měla obavy pouze z akutních komplikací, ale je přesvědčena, že jinak by vše zvládla. Celodenní pobyt dítěte zvažovala a její odpověď cituji: „*No, to' otázka. To záleží na tom, jak moc diabetické dítě by to bylo, jaký režim má, jestli by opravdu celý den bylo možné mu přizpůsobit.*“ Dále v tomto kontextu brala ohled na rodiče, zda by byli schopni mu připravovat jídlo, přičemž se obává uchovávání jídla z domova, protože by z jejího pohledu dítě muselo mít svou lednici. Dotazovaná učitelka se nikdy nesetkala s dítětem trpícím onemocněním diabetes. Z hlediska inkluze se setkala pouze s dětmi s ADHD. Dále dotazovaná posoudila své znalosti v oblasti diabetu jako hodně nízké. Ví, že se musí dodržovat nějaký režim, konkrétně jídlo, které má být dle jejího tvrzení v malých dávkách a častěji a všeobecně posoudila, že diabetik nemá jíst všechno jídlo. K režimovým opatřením opět uvedla potřebu vhodné stravy, pitného režimu a odpočinku. Učitelka dokázala definovat pojmy hyperglykémie a hypoglykémie, avšak nevěděla, jak pomoci při těchto komplikacích. Vzhledem ke stručné odpovědi učitelku cituji: „*Abych byla upřímná, tak vzhledem k tomu, že nějak nemám opravdu zkušenost asi nevím, jak bych zakročila v případě nějakého záchvatu, ale musel by si určitě píchnout inzulín, ale to záleží zase, jaký záchvat by to byl.*“ Z této odpovědi, lze posoudit, že dotazovaná, nezmínila původně nutnost diabetika podávat si inzulín, ačkoli o tomto opatření má v souvislosti s cukrovkou povědomí. Na otázku, zda by inzulín aplikovala, odpověděla, že určitě ano bez problému, stejně tak se vyjádřila i ke kontrole glykemií. Po mé otázce, zda by považovala za důležité se vzdělávat a informovat v tomto ohledu, odpověděla, že určitě ano. Učitelka dále zmiňuje, že mateřská škola, ve které pracuje, rozhodně není schopna zajistit vhodnou stravu pro diabetické dítě, přičemž zpochybňuje školní jídelnu jako takovou. Učitelka považuje za ideální informovat ostatní vrstevníky ve třídě o nemoci dítěte, už z důvodu, že dnes o této chorobě neví nic ani dospělí člověk. Domnívá se, že by diabetika ostatní děti přijaly bez problému, protože předškolní děti ještě nejsou zlé a zákeřné. Dotazovaná učitelka by zřejmě nebránila dítěti v různých např. pohybových aktivitách, pokud by nemělo od lékaře omezení. Dále by byla ochotná

změnit a přizpůsobit režim nemocnému jedinci, jelikož je dle jejího názoru režim v MŠ flexibilní. Jako změny ovšem považuje pouze stravování, přičemž by se dítě buď stravovalo či nikoliv. Respondentka č. 2 je ochotna se vzdělávat v oblasti tématiky diabetu a preferovala by edukaci formou kurzu.

Respondentka č. 3

Třetí dotazovaná učitelka zhodnotila sebe samotnou jako absolutně nevzdělanou v problematice diabetes, ačkoliv se ukázalo, že její informovanost je na velice dobré úrovni. Respondentka po otázce, co si představuje pod pojmem inkluze, podobně jako předešlé učitelky stručně definovala pojem. Není zastáncem inkluzivního vzdělávání a různě znevýhodněné děti by dle jejího názoru měly navštěvovat spíše speciální školy. Učitelka dále hodnotí mateřské školy jako nepřipravené na inkluzi, jelikož je nedostatek speciálních pedagogů a asistentů pedagoga. Děti s nějakým znevýhodněním se z jejího pohledu těžko zapojují do řízených aktivit v MŠ. Dále učitelka odpověděla, že by ve větším počtu učitelek v případě přijetí dítěte například s ADHD byla inkluze snazší, ale také by záleželo na specifické poruše dítěte, protože v těžších formách poruch ani větší počet personálu pro ni není řešením. Takovým způsobem dotazovaná učitelka hovoří po zkušenosti s dítětem s těžkým ADHD, která pro ni byla velmi nepříjemná. Opět se ztotožňuje s předešlými dvěma učitelkami, že je mnoho dětí ve třídách a málo učitelů, proto i zde lze posuzovat, že větší pozornost věnovaná diabetikovi by nebyla dle jejího názoru snadná. Konkrétně na diabetické děti pohlíží jako na normální děti, při čemž zvláštností je pouze hlídání stravy, aplikace inzulínu, jinak vše dítě dokáže vykonávat bez problémů. Zvláštnost vidí pouze v podávání sladkostí v prostředí mateřské školy. Odpověď této učitelky mě velmi zaujala a překvapila. Uvedla, že dětem dávají v MŠ jako odměnu sladkost, přičemž diabetikovi by jí raději nedávala, ačkoliv si není jistá, zda nemůže ani jeden bonbón. Vzhledem k této skutečnosti by jí bylo diabetického dítěte líto, a proto by volila odměny formou omalovánek, obrázků atp. I přes její pozitivní pohled na diabetické děti si myslí, že takoví jedinci často nejsou přijímáni, a to především z důvodu obav učitelek a ředitel v péči o diabetika v MŠ. Přiklání se k přijímání takto nemocných dětí do prostředí mateřské školy, ačkoliv by sama měla obavy, jelikož se cítí být málo informovaná v této oblasti a nemá v tomto ohledu žádné zkušenosti. Ze začátku by

respondentka volila zkrácený pobyt dítěte v MŠ, a to do oběda, minimálně do doby, než si na sebe navzájem zvyknou a začnou si důvěřovat, ale i do doby, než učitelka začne více rozumět onemocnění dítěte. Mateřskou školu shledává jako vhodným prostředím pro diabetické dítě a zároveň klade důraz na to, že pouze z důvodu onemocnění nemůže být jen doma s maminkou, jelikož potřebuje společnost svých vrstevníků. Svoje vědomosti v oblasti diabetu vyhodnotila jako nedostatečné, ačkoliv o diabetu měla dobrý přehled. Péči o diabetické dítě by dle jejích slov zřejmě zvládla, ale měla by obavy, a proto by vše konzultovala s rodiči a vzdělávala se v této oblasti. Zajímavé jsou její odpovědi ohledně obav. Respondentka uvedla, že by se velmi obávala hlavně akutních komplikací a paniky z její strany, při čemž by mohla poplést hyperglykémii s hypoglykemií a dále by se děsila reakce ostatních dětí při vážné komplikaci a ze začátku případné aplikace inzulínu. Domnívá se, že diabetes se projevuje či se diagnostikuje u dětí většinou v pozdějším věku. Dále uvedla, že se jedná o poruchu v tvorbě hormonu inzulínu, konkrétně jeho nedostatku. Ohledně režimových opatření jako první uvedla dietní stravu, která má dle jejího názoru být vážená a vypočítaná s ohledem na množství sacharidů, dále zmiňovala kontrolu glykemií glukometrem. Pro další velmi přesnou a pro mě překvapivou odpověď na téma akutních komplikací respondentku cituji: *„Tak glykémie je teda hladina cukru v krvi, hypo je nízká hladina cukru a hyper je vysoká. U té nízké hladiny cukru, pokud teda nastane, tak dítěti by se měla podat sladká tekutina nebo něco, protože pokud se nezareaguje včas, tak dítě by mohlo upadnout až do stavu bezvědomí. A v tom případě by se musela volat záchranka. A u hyperglykémie se podává inzulín. To jsou ty inzulínová pera...“* Dále dotazovaná byla schopna i popsat, že se jeden z akutních stavů projevuje žízní a častým močením, nebyla si pouze jistá, o jaký ze stavů se jedná. Respondentka považuje za důležité informovat vrstevníky ve třídě o onemocnění, aby rozuměli prováděným úkonům a případným komplikacím. Stejně tak se domnívá, že by dítě ostatní vrstevníci bez problémů přijali a dokonce se mu snažili i pomáhat. Dále předškolní děti posuzuje jako hodně tolerantní. Z hlediska režimových opatření učitelka uvádí, že mateřská škola, ve které pracuje, by byla schopna zajistit vhodnou stravu pro dítě, ačkoliv by záleželo na domluvě s kuchařkami a ředitelkou. Dále zmiňuje, že by zřejmě rodiče museli dodat pouze potřebné prostředky jako je například digitální váha.

Zda by tato učitelka aplikovala inzulín, sama neví. Domnívá se, že postupem času ano. Ovšem po patřičném vzdělání, nácviku a celkovém proškolení rodiči by se aplikaci inzulínu nebránili. Obává se pouze, že by to v mateřské škole, kde pracuje, nebylo možné vzhledem k celkovému přísnému zákazu podávání medikace. Vzhledem k této skutečnosti by zřejmě tedy museli docházet rodiče či asistent pedagoga, jež respondentka zmiňuje. V případě, kdyby toto opatření bylo dále ošetřeno patřičnými dokumenty by však zřejmě aplikace možná byla, záleželo by prý zřejmě na jejím uvážení, při čemž v případě ohrožení by podat jakoukoliv medikaci neváhala. Respondentka si je vědoma postupu při měření glykémii a ani tomuto opatření by se nebránila. Dotazovaná učitelka by se v případě přijetí diabetika do MŠ rozhodně chtěla vzdělávat, nejlépe formou školení či internetu. Opět také uvádí, že by bylo velmi přínosné, mít možnost konzultace přímo s diabetologem. Tato učitelka nesouhlasí s vyčleňováním dítěte z jakýchkoliv aktivit. Setkala se na základní škole s diabetikem, který velmi sportoval a nebyl to pro něj problém. Nevidí tedy důvod, proč ho omezovat v pohybu a jiných činnostech. Brala by však ohled na vyjádření rodičů k těmto úkonům. K omezení by se ubírala pouze zřejmě ze začátku, než by zjistila, co si může dovolit. Dotazovaná učitelka by byla nerada, aby se dítě cítilo jinak než ostatní z důvodu jeho vyčlenění, proto by ho brala bez problému i na výlety, které jsou u nich v MŠ pouze dopolední, tudíž by nevyžadovala ani přítomnost rodičů, která by ovšem byla možná. Vzhledem ke zmínění asistenta pedagoga jsem se dotazovala, zda shledává jako důležité, aby diabetické děti měly asistenta, na což mi odpověděla, že neví, zda je to potřeba. Dle jejího názoru možná pouze v oblasti kontroly glykemií a aplikace inzulínu, ale vzhledem ke vzdělávacím potřebám takového dítěte není asistent potřeba. Od této učitelky jako od jediného je kladen důraz na nevyčleňování dítěte s diabetem i z důvodu jeho častých hospitalizací a také proto, že pro něj samotné není snadné srovnat se s jeho nemocí, která je navždy.

Respondentka č. 4

Čtvrtá učitelka na otázku jak pohlíží na inkluzivní vzdělávání a co si pod tímto pojmem představí, opět stručně definovala všeobecný pojem inkluze. Zhodnocuje ji jako

velmi náročnou pro učitelky, rodiče, ale i samotné dítě. Mateřské školy shledává jako nepřilíš dobře připravené, kde zohledňuje také závažnost specifické poruchy u dítěte. Učitelka hovořila o náročné domluvě s rodiči jakkoli postižených dětí, tedy i dětí s diabetem. Tato respondentka nedokáže posoudit, zda je dostatek personálu, avšak vzápětí se taktéž ztotožňuje se všemi předchozími respondentkami, jelikož uvádí, že by zavedla snižování počtů dětí ve třídě. A nepřijímala by děti spadající pod inkluzi do mateřských škol, pokud by ke zmíněnému snížení počtu dětí nedošlo. Považuje vysoký počet dětí, zařazení dítěte se specifickou poruchou a pouze dvě učitelky na takový kolektiv za nemyslitelný. Dítě s určitými specifickými potřebami, jenž spadá do 1. či 2. stupně podpory, což je např. dítě s diabetem potřebuje dle dotazované pedagožky větší péči a pozornost, proto se domnívá, že by zvládla péči o takové dítě při sníženém počtu ve třídě a to konkrétně alespoň na 24 dětí. S předškolním diabetikem za svou praxi zkušenost nemá. Má zkušenost se sluchově postiženou dívkou. Dotazovaná respondentka by se jako jediná z dotazovaných respondentek nepřikláněla k přijetí diabetika do mateřské školy, alespoň kde ona nyní pracuje, jelikož se nachází v kapacitně plné třídě malých dětí. Z pohledu rodiče by volila pro diabetické dítě spíše např. vesnickou školku s menším počtem dětí. V tomto případě s přijetím nemocného dítěte souhlasí. Pokud by ovšem nastala situace přijímání diabetika, tato učitelka by chtěla vědět vše o nemoci, za jakých podmínek bude dítě v mateřské škole. Jako jediná, tato učitelka zmínila potřebu legislativních dokumentů: *„A další věc je, že tam potom musí, musí být obstarána legislativa, protože učitelky ve školkách nesmí podávat žádné léky, masti, kapky a podobně. A k tomu bych ještě řekla, že tady ta zákonná norma by měla jít od lékaře, od rodičů a je to spolupráce ředitele, učitelky a těchto složek s tím, že rodiče dávají plnou moc učitelce na třídě, aby mohla podávat třeba inzulin.“* Respondentka č. 4 tedy považuje za nezbytnost mít zaopatřenou plnou moc na dítě, aby mohla inzulin podat, přičemž také apeluje na spolupráci rodičů, ředitelky, učitelky a lékaře. Následně také popisuje, že by si nevzala takzvaně „na triko“ péči o dítě, bez písemného vyjádření diabetologa a pediatra, co dítě smí a co naopak nesmí. Respondentka hodnotí mateřskou školu jako zátěžové prostředí pro dítě z hlediska fyzického i psychického, a proto by byla ochotná za daných okolností dítě přijmout pouze

na čtyři hodiny. Později však v rozhovoru shledává mateřskou školu jako vhodné prostředí pro všechny děti, protože potřebují vrstevníky. Konkrétně u dětí s podpůrným opatřením 1. a 2. stupně, tedy i u dítěte s diabetem, zhodnocuje jako vhodné jejich zařazení. Záleží zde poté na dítěti, zda pobyt vydrží a na lécích, které musí užívat, celkově lze tedy shrnout, že mateřská škola je pro dítě s diabetem dle jejího názoru vhodné prostředí, pakliže dítě pobyt zvládá, jinak je pro něj zátěží. Dotazovaná respondentka shledává jako velké usnadnění práce, již dobře vykompenzovaný diabetes. Za ideální by považovala, kdyby se podal dítěti inzulín ráno a další, až po obědě, aby se o to ve školce nemuseli starat. V tomto případě by byl z jejího hlediska pobyt snazší jak pro dítě, tak pro učitele. Tato respondentka uvádí, že nemá žádné znalosti o diabetu, což si následně vyvrací. *„Žádné znalosti ohledně této nemoci nemám, jen co jsme prošli školením – zdravotním školením v nedávné době. Tak my jsme byli upozorněni, jak se máme vlastně chovat.“* Vzhledem k tomu, že absolvovala v nedávné době zdravotní školení, byla poučena o onemocnění diabetes mellitus u malých dětí a dále opět zmínila, že na školení je upozorňovali na právní normy. Respondentka také znovu apeluje na vzájemnou komunikaci mezi rodiči, učitelkami i ředitelkou, přičemž udává, že jí nemůže nikdo, ani ředitelka nařídít, aby pečovala o diabetické dítě, už z toho důvodu, že učitel není lékař nýbrž laik, díky čemuž by se obávala, aby jedinec s diabetem nějakým způsobem v mateřské škole netrpěl. Na základě informací ze školení znala také pojmy hyperglykémie a hypoglykémie, které dobře definovala. Popisovala příznaky hyperglykémie: *„dítě bývá většinou hyperaktivní, má žízeň velkou, chodí často na toaletu,“* a příznaky hypoglykémie: *„apatické, vypadá to skoro, jak kdyby mělo spát úplně, hm.“* Následně učitelka přemýšlela a uvědomila si, že pro zjištění akutních komplikací, podle ní zejména u hyperglykémie, je třeba odebrat vzorek krve, načež reagovala, tak, že by vždy volala rodičům v případě akutních komplikací. Věděla ovšem, že u hypoglykémie je potřeba podat potravinu, nejlépe sladkou. Prostřednictvím glukometru by tedy v tuto chvíli glykémii nekontrolovala. Po otázce, ve které jsem zjišťovala znalosti ohledně režimových opatření, se dotazovaná opět vrátila, k pro ni důležitému proškolení v této oblasti. Zmínila, že by chtěla se naučit odebírat glykemické hodnoty či aplikaci inzulínu ve zdravotním středisku. Je tedy zřejmé,

že respondentka má povědomí nejen o nutnosti aplikace inzulínu, nýbrž i o kontrolách glykémie. Dále zmínila potřebu diety pro diabetika, načež uvedla, že jídelna v mateřské škole, kde pracuje je schopna zcela zajistit vhodnou stravu pro diabetické dítě, protože se zde vaří dietně pro různě alergické děti, byla by potřeba dodat pouze informace ohledně stravy pro jedince od lékaře. Zda by dotazovaná pedagožka aplikovala inzulín, odpověděla váhavě takto: *„To právě si nejsem jistá, jestli bych to zvládla, možná doopravdy, když by člověk prošel tím školením a zjistil, že to není nic hrozného, protože zdravotní sestry a lékaři mají na to školy, že ano. Používají to dennodenně, takže jim to nepřijde, ale nám, možná... Možná máme takové zábrany nebo já osobně mám zábrany někomu v uvozovkách ublížit.“* Po delším váhání nakonec usoudila, že inzulín by píchla po dobrém zaškolení a nácviku. Tato respondentka taktéž považuje za jednu z nejdůležitějších součástí informovat vrstevníky dítěte o jeho onemocnění. Stejně jako ostatní učitelky popsala děti v mateřské škole jako možné pomocníky. Uvědomuje si, že děti jsou kamarádské a mají sklony opatrovat. Stejně tak ale ví, jak děti dokážou být zlé, a proto považuje za podstatné jim vysvětlit možná rizika, důvody všech úkonů a tato poučení pak využít ve prospěch pomoci ve formě upozorňování na skutečnosti, kdy se s dítětem bude dít něco neobvyklého. Nevidí problém v přijetí diabetického dítěte ostatními dětmi, přičemž by ovšem záleželo na jednání a vysvětlení pedagoga. V případě pohybových činností by respondentka dítě nerada přetěžovala, aby nedošlo pohybem k akutním komplikacím a to zejména nejen k hypoglykémii, ale i hyperglykémii, jak sama uvedla. Snažila by se ovšem dítěti umožnit účast ve všech činnostech za zvýšené pozornosti. Na závěr se v rozhovoru opět vyskytlo téma informovanosti učitelek, jak již dala tato respondentka jasně najevo, rozhodně by se chtěla vzdělávat v tématice diabetu. Pro vzdělávání by volila formu zdravotního kurzu, informace od rodičů, ale zároveň by velice ráda konzultovala onemocnění přednostně i s lékařem, a to diabetologem i pediatrem, který je na rozdíl od rodičů odborníkem.

Respondentka č. 5

Pátá a zároveň poslední respondentka má jako jediná zkušenost přímo s diabetickým dítětem, se kterým v současné době pracuje. Rozhovor s ní je tedy zároveň

obohacen o její poznatky a zkušenosti. Respondentka si pod pojmem inkluze představuje začleňování jedince do společnosti. Na otázku, jak pohlíží na inkluzivní vzdělávání, reagovala tak, že se domnívá, že personál není připraven, ani ochoten se učit novým informacím a zároveň si s inkluzí neví rady, tudíž tento proces příliš nefunguje. Ohledně diabetu konkrétně poukazuje na to, že záleží vždy na tom, jak je dítě schopné fungovat v MŠ či zda má nějaká omezení. Na přijetí diabetika z jejího pohledu, nejsou mateřské školy připraveny. Jak sama uvedla: „*Co se týče učitelek, není v jejich síle se o to dítě postarat a je třeba tam vedle sebe mít nějakého člověka, který bude jenom k tomu jedinci přiřazen.*“ Na druhou stranu hodnotí velmi pozitivně zařazení diabetického jedince do MŠ, protože je pro něj začlenění důležité. S ohledem na dítě se tedy přiklání k přijímání diabetiků do mateřských škol, i přes zmíněnou nepřipravenost předškolních institucí, avšak pouze za přítomnosti asistenta, který dítě ohlídá. V případě absence asistenta by se učitelka přikláněla k přijetí dítěte pouze do oběda, ne na celý den. Tato učitelka pohlíží na diabetické dítě jako na normálního člověka, schopného fungovat jako ostatní jedinci, akorát se musí více hlídat a aplikovat mu inzulín. Celkově z pohledu dítěte hodnotí mateřskou školu jako vhodné prostředí, přičemž není důvod k jeho vyčleňování. Avšak s takto nemocným dítětem by, jak sama již uvedla, měl být asistent pedagoga, který se nachází i u dítěte s nímž ona sama pracuje a bez něhož si zvládnání péče o diabetické dítě v prostředí mateřské školy nedokáže představit, ačkoliv se domnívá, že ona sama by pečovat o diabetika v mateřské škole dovedla. A to zejména z důvodu vycházek, kdy má na starost plnou třídu dětí a k tomu by na ulici musela aplikovat inzulín či řešit hypoglykémie, do kterých chlapec upadá každý den. Po přijetí diabetika do mateřské školy i bez asistenta by dle učitelky nebyl nastavený režim změněn, ani nevidí důvod, proč by tomu tak mělo být. Režimu se má přizpůsobit dítě a právě ono spíše změnu pocitů. Dítě, s nímž respondentka pracuje, získalo asistenta pedagoga, i přesto, „*že nemá žádné další přidružené poruchy či nemoci, přičemž prošlo SPC a Arpidou a dostalo asistenta pedagoga, který je u diabetického chlapce na celý úvazek.*“ Asistent je důležitý, aby dítě ohlídal, což je pro učitelky při počtu dětí ve třídě náročné až téměř nemožné například u situací venku v případě akutních komplikací. I přes přítomnost asistenta pedagoga se i ona sama stále obává případných komplikací

u pohybu, a když je dítě plačtivé, což je pro ni varovným signálem, i když se zrovna nic neděje. Na učitelce je velmi znát, že s dítětem pracuje a o nemoc se zajímá. Ví, jak diabetes funguje, při jejích znalostech uváděla potřebu přizpůsobení režimu dne nemoci. Shrnula zde zároveň všechna potřebná režimová opatření, kde uvedla nutnost přizpůsobení stravy, pohybu, během kterého hlídají, zda není dítě přetíženo či zda není naopak nutné, aby se hýbalo z důvodu vysoké hladiny cukru v krvi. Uvedla, že není snadné dítě ohlídat, aby zůstalo v klidu při hypoglykémii, jelikož se hýbat chce, jenže při pohybové činnosti odchází cukr z krve příliš rychle. U této učitelky jako u jediné nedochází k zaměňování pojmů a je zde vidět, že si je jistá v postupu při komplikacích. V případě hypoglykémie podávají hroznový cukr či sušenky, v mírnější formě pak podávají svačinu či oběd dříve, naopak při hyperglykémii dodávají inzulin. V tomto kontextu zmiňuje, že dítě má u sebe neustále brašnu, ve které se nachází všechny potřebné věci pro diabetika. Zároveň učitelka popsala příznaky hypoglykémie u dítěte takto: „*má hlad, je bledý, trochu zpomalený, utahaný, lehce plačtivý a nechce se mu nic dělat.*“ Mateřská škola, ve které respondentka pracuje, je schopná a zároveň částečně zajišťuje stravu pro diabetické dítě. Učitelka uvedla, že jsou nahrazovány přílohy za vhodnější. V případě sladkých jídel však rodiče oběd odhlašují a nosí stravu z domova. Inzulin dítěti aplikuje asistent, ale učitelka by toto opatření také byla ochotna provádět po doložení souhlasu rodičů v papírové formě. Souhlas rodičů má i zmiňovaný asistent. Učitelka nemá obavu, že by něco zanedbala v této oblasti, protože údajně není jak, jelikož jsou neustále v kontaktu s rodiči ohledně postupu při opatřeních, navíc rodiče se vším souhlasili a stejně tak i ředitelka školy. Glykémie kontroluje u tohoto případu asistent, přičemž donedávna to bylo prostřednictvím glukometru a nyní již je kontrola zaopatřena senzorem, který pomocí čipu měří glykémie průběžně a učitelka s asistentem záznamy kontrolují přes aplikaci v mobilním telefonu, což velmi usnadňuje práci, jelikož stav hladiny cukru v krvi kontrolují zároveň i rodiče na svých telefonech. V aplikaci si zároveň kontrolují i kdy dostal jídlo a jaké množství či kdy došlo k podání inzulinu. Tudiž elektronickou formou mají situaci pod kontrolou a reagují na ni svými doporučeními a instrukcemi, podle čeho se asistent následně zařizuje. Učitelka by byla ochotná kontrolovat glykémie dítěti touto formou, ale i prostřednictvím glukometru.

Učitelka popisuje, že ostatní děti reagují na diabetika jako na: „*zcela normálního kluka, naopak je to celebrita, která má takovou super nemoc, protože jí bonbóny.*“ I chlapec sám, má rád stav hypoglykémie, protože ví, že dostane bonbónek, tedy hroznový cukr. Dále shledává jako důležité děti informovat o onemocnění, aby neměly obavy, které se například vyskytovaly při aplikaci inzulínu u zmiňovaného diabetického jedince. „*Skrz ten inzulín, jak se dodává, ty děti měly strach, co tomu klukovi děláme. A takhle...*“ Jak respondentka uvedla, děti měly starost, co chlapci dělají, po osvětlení je vše v pořádku. Učitelka umožňuje dítěti veškeré činnosti, včetně pohybových, avšak záleží na aktuálním stavu dítěte. V případě, kdy je vše v normě, nevidí důvod proč dítě omezovat. Jiné je to ovšem u kolegyň, které mají tendence omezit pohyb jedince z důvodu obav hypoglykémie. V případě, kdyby nebyl k dispozici asistent, by se nebránila ani tomu, vzít diabetika s sebou na výlet, pokud by se o činnosti vědělo dopředu. Domnívá se, že se dá vše naplánovat a přizpůsobit diabetu, tudíž by ho z výletu nevyčleňovala. Dotazovaná učitelka dává dítěti i odměny ve formě sladkostí stejně jako ostatním, ale s dítětem je domluvená, že si odměnu sní až doma. Respondentka hodnotí vzdělávání se v oblasti tematiky diabetu jako důležité a sama se i přes účast asistenta informuje a vzdělává, protože chce o nemoci mít všeobecné informace a vědět, jak případně pomoci. Informace vyhledává prostřednictvím literatury, tedy knih a internetu. Na závěr dotazovaná pedagožka ještě znovu uvedla: „*Já si myslím, že je vhodné toho diabetika přijmout na celý den, pakliže má toho asistenta. Pakliže ho nemá, tak jenom do toho oběda, s tím, že teda by bud' zajistil rodič, nebo učitel, ten přisun toho inzulínu... Ale jak říkám, já si to prostě nedovedu představit, že ta učitelka bude dělat všechno.*“

8 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ

Na začátku praktické části práce jsem si stanovila pět výzkumných otázek. Na základě analýzy výzkumných šetření mi v yplynuly odpovědi, které jsem shrnula.

Jak učitelky nahlížejí na inkluzivní vzdělávání a na přijímání dětí s diabetem do mateřské školy ve věku od tří do pěti let?

Všechny dotazované učitelky se již setkaly s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami, a to nejčastěji s případem ADHD, pouze jedna má zkušenost s diabetikem v mateřské škole. Na inkluzi v České republice nepohlížejí příliš pozitivně. Učitelky se shodují na tom, že mateřské školy nejsou na inkluzivní vzdělávání připraveny. Téměř všechny mají podobný názor, že každé dítě má nárok na to, se vzdělávat, ale pro ně samotné to není jednoduché, jelikož se necítí být připravené, z čehož dvě z dotázaných viní ministerstvo školství. Pouze respondentka č. 2 s inkluzí nesouhlasí, ačkoliv s ohledem na závažnost postižení dítěte. S inkluzí by všechny dotázané respondentky souhlasily v případě menšího počtu dětí ve třídách. Pouze respondentka č. 3 by zařadila děti se speciálními vzdělávacími potřebami do speciálních mateřských škol. Všechny dotázané respondentky kritizovaly velké množství dětí ve třídách na malý počet personálu. Všechny si dobře uvědomovaly skutečnost, že dítě s diabetem potřebuje zvýšený dohled, což je právě při velkém počtu dětí velmi komplikované. Z toho důvodu, jedna z dotazovaných udává, nepřipravenost mateřských škol na přijetí diabetika. Tento fakt patří mezi obavy učitelek, které mají strach především z toho, jak zvládnout velký počet dětí a zároveň i zvýšený dohled nad nemocným dítětem. Vzhledem k tomu, že všechny respondentky pohlížejí na diabetické dítě stejně jako na ostatní děti, nevidí důvod, proč by se nemělo vzdělávat se svými vrstevníky, což hodnotí jako velmi důležité. Všechny dotazované učitelky se přiklánějí k tomu, aby byly diabetické děti do mateřských škol přijímány, ačkoliv si tři z nich nedovedou představit, jak by edukace dětí a zároveň zvýšená péče o diabetické dítě probíhala, a to v jednom případě bez asistenta pedagoga a v dalších dvou případech při vysokém počtu dětí. Jedna z učitelek by aktuálně byla pro nepřijetí diabetika do třídy, ve které momentálně pracuje, pakliže by se zde snížil počet dětí, je si jistá, že by péči zvládla.

Respondentka č. 5 je toho názoru, že přijímat předškolní diabetiky je vhodné, ale za přítomnosti asistenta pedagoga. Pokud by nebyl u dítěte asistent, přijala by dítě do oběda. Stejný názor mají i ostatní učitelky, které taktéž uvedly, že by dítě přijaly pouze do oběda, a to alespoň do doby, než se sami vzdělají v oblasti diabetu a budou znát průběh pobytu nemocného dítěte v mateřské škole. Pouze jedna učitelka uvedla jako podmínku pro přijetí patričné legislativní dokumenty ohledně péče o dítě. Nejvíce by se obávaly akutních komplikací v prostředí mateřské školy a jejich zvládnutí, v oblasti vzdělávání diabetického dítěte nevidí problém.

Jaká je informovanost učitelek v mateřských školách ohledně diabetu?

Tři dotazované respondentky se hodnotily jako absolutně neinformované v oblasti tematiky diabetes mellitus. Výzkumné šetření však potvrdilo, že každá z učitelek měla alespoň obecné informace o tomto onemocnění. Před uskutečněním rozhovoru ohledně diabetu respondentkyjevily obavy, o čem si vlastně budeme povídat, když nic nevědí, a tak jsem očekávala, že nebudou mít téměř žádné znalosti, což se nepotvrdilo. Učitelky, i přes jejich absolutní nezkušenost s diabetickým dítětem shledávám jako celkem dobře informované. Dotazovala jsem se, odkud jejich informace pochází, na což mi odpověděly, že jsou to všeobecné informace a hlavně si informace pamatují z přednášek na vysoké škole. Nejméně informovaná respondentka jako jediná neabsolvovala vysokou školu. Domnívám se, že by se dotazované učitelky v oblasti péče o diabetické dítě rychle zaučily na základě jejich aktuálních informací. Jejich dobré informace také ovlivňují jejich pozitivní pohled na diabetické děti. Povědomí o vzniku diabetu a čeho se týká, měly tři učitelky, přičemž všech pět většinou rovnou začalo jmenovat, co vědí o diabetu. Jejich znalosti se téměř ve všech případech týkaly režimových opatření. Ne vždy, uvedly všechna režimová opatření do oblasti právě mezi opatření, ale během celého rozhovoru postupně zmiňovaly úkony a potřeby, tedy opatřením, spadající pod tuto oblast. Všechny učitelky věděly, že je nutná úprava stravy, přičemž tři z nich správně podotkly, že se problém týká konkrétně sacharidů ve stravě. Všechny ovšem věděly, že by se dítěti neměly podávat sladkosti. Dále měly všechny učitelky povědomí o nutnosti aplikace inzulínu. Tři učitelky sami od sebe zmiňovaly i důležitost kontroly glykemií. Často

zmiňovaný byl i pohyb, ale zároveň také odpočinek. Všechny učitelky by v případě přijetí dítěte stály o edukaci v této oblasti. A to zejména od rodičů, ale i přímo od diabetologa. Všechny učitelky dokázaly po přemýšlení s nejistotou popsat, co jsou pojmy hypoglykémie a hyperglykémie. Postupovat správně by však dokázaly pouze dvě respondentky, přičemž jedna pracuje s diabetickým dítětem. Druhá učitelka věděla také jak pomoci, ale obávala by se záměny pomoci u komplikací, při panice během výskytu problému. Zbylé tři učitelky dokázaly popsat, že v případě pomoci by podali inzulín, či cukr, avšak nevěděli u jaké komplikace a zmínily pouze jednu. Z rozhovoru s učitelkou se zkušeností s diabetikem ve své třídě, bych ráda podotkla, že tato učitelka je velmi dobře informovaná a vzdělaná. Během rozhovoru ani jednou neváhala a bylo patrné, že rozumí jak dítěti, tak jeho nemoci.

Co jsou učitelky a mateřské školy schopny zajistit pro naplňování potřeb diabetického dítěte?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že jsou učitelky v první řadě ochotné se vzdělávat o onemocnění diabetes a konkrétně by se velmi zajímali o průběhu diabetu i u daného dítěte. Tato skutečnost je pro mě prvním předpokladem pro správné a zodpovědné naplňování potřeb všech diabetických dětí, jelikož nevědomost může mít u komplikací diabetu fatální následky. Učitelky by volily vzdělávání formou informací od rodičů, lékařů a dále by uvítaly i různé kurzy a školení, které jim je mateřská škola schopná zajistit. Pokud se zaměřím na oblast režimových opatření, z výzkumného předpokladu vyplynuly různé názory a skutečnosti. Ve dvou mateřských školách by nebylo možné zajistit diabetikovi vhodné stravování, přičemž u jedné z nich by se alespoň pokusili o zařízení dovozu stravy. Jinak by se o stravu v obou případech museli starat sami rodiče. V jedné mateřské škole by zřejmě bylo zcela možné zajistit vhodnou stravu pro diabetického jedince. U posledních dvou mateřských škol by bylo možné alespoň z části stravu upravit, přičemž by při nemožnosti zajištění v daný den, kdy by se například vařilo sladké jídlo, nosili obědy a svačiny rodiče. Ve všech mateřských školách jsou ochotni kontrolovat režim stravování a zároveň i jídlo správně navážít a rozpočítat. Dvě učitelky jsou nadále také ochotné aplikovat osobně dítěti bez obav inzulín. Další tři váhají,

zda by aplikovali. Nakonec všechny uvedly, že po řádném zaučení a proškolení by si možná na aplikaci troufaly, přičemž dvě z nich by zatím spíše neaplikovali. Názory proč neaplikovat se lišily. Některé uvedly obavu z malé ochrany z hlediska legislativy, že by dítěti mohly ublížit nebo se ohlížely na všeobecný zákaz medikace v jejich mateřské škole. Shodovaly se však v názoru, že aplikovat nechtějí vzhledem k jejich nezkušenosti. Raději by se přikláněly k tomu, aby byl inzulín dítěti podáván rodiči či jinou kompetentní osobou např. asistentem. Podobně se učitelky vyjádřily i ke kontrole glykemií. Dvě z nich by s tímto úkonem prostřednictvím glukometru neměly problém. Další učitelka by glykémie kontrolovala pouze prostřednictvím senzoru, stejně tak jako zbylé dvě. Ty by opět glykémie s glukometrem kontrolovaly, až po řádném proškolení a legislativním opatření. Velmi potěšující je, že by všechny dotazované učitelky začleňovaly diabetické děti do všech činností včetně pohybových a výletů, přičemž by tři dotazované vyžadovaly spoluúčast rodičů během výletu. U pohybových aktivit by respondentky dbaly na aktuální stav dítěte a vyjádření lékaře a rodičů, ale snažily by se dítě, co nejméně omezovat, ačkoliv by dbaly zvýšené pozornosti. Učitelka se zkušeností s diabetikem uvedla, že ona obavy z pohybu diabetického dítěte nemá, ačkoliv její kolegyně dítě hodně mírní, protože se obávají hypoglykémie. Všechny dotazované respondentky považují za důležité informovat děti o diabetu kamaráda. Hlavně z hlediska toho, aby děti rozuměly, co se může stát a zároveň by využily jejich pomoci. Spoléhají na to, že by děti přišly nahlásit komplikaci, kdyby si ony samotné nevšimly. Dobrou informovaností by dítě správně začlenily mezi ostatní a to je velmi podstatné. Tři z pěti učitelek by zřejmě aktuálně nedokázalo dítěti poskytnout pomoc při akutní komplikaci, což by se po domluvě s rodiči dle jejich názoru změnilo. Jedna z učitelek by vždy při komplikaci volala rodičům. Z jejich pozitivního náhledu na diabetické dítě posuzují, že by se všechny dotázané učitelky snažily vytvářet pro dítě co nejpříjemnější prostředí. Čtyři učitelky se domnívají, že by nebylo nutné měnit nastavený režim ve třídě, pakliže ano, režim by byly ochotné přizpůsobit. Poslední učitelka se zkušeností s diabetikem podotkla, že není třeba měnit režim celé třídy, ale pouze drobně poupravit režim dítěte.

Jaká očekávání měli rodiče před umístěním jejich dítěte do mateřské školy a jak jsou naplňována?

Rodiče před umístěním svého dítěte do mateřské školy často pociťovali především obavy z budoucího průběhu v mateřské škole hlavně z hlediska péče o dítě ze strany učitelky. Většina rodičů se nejvíce obávala hypoglykemií v prostředí mateřské školy a její zvládnutí či rozpoznání, což respondenti zmiňovali nejen v uzavřené otázce, ale i v otázce otevřené. Někteří rodiče se obávali, že nebudou mít nad svým dítětem osobní dohled atp. Zkrátka až na jednoho rodiče se všichni pobytu dítěte v mateřské škole obávali. V tomto ohledu se situace u rodičů zlepšila, stále přetrvávají obavy, ale jinak jsou s péčí v mateřské škole většinou spokojeni, a to i v oprávněných přetrvávajících obavách. Rodiče často očekávali, že jim bude mateřská škola schopna zajistit potřebnou dietní stravu pro dítě, a to alespoň do částečné míry, stejně tak počítali s kontrolami glykémie svých dětí. Pouze malá část respondentů s tímto zajištěním nepočítala, stejně tak jako s nezajištěním vhodného stravování. Ohledně kontroly glykemií je však většinou vyhověno a to i z důvodu, že u dětí se často objevuje glykemický senzor. Zatímco většina rodičů neočekávala aplikaci inzulínu ze strany mateřské školy, čtyři rodiče toto opatření očekávali a pěti se přání splnilo. Z hlediska režimových opatření se po výsledku výzkumného šetření domnívám, že pro rodiče byla nejdůležitější kontrola glykemií. Například vhodnou stravu od mateřské školy sice čekali, ale nespadlo to pod důležitý kritéria při výběru mateřské školy. Nejvíce respondentů vybíralo mateřskou školu tak, aby byl personál ochotný a také aby spolupracoval, což se také vyplnilo. Pro některé rodiče bylo mezi hlavními kritérii aplikování inzulínu či zkušenosti personálu s diabetem. Příliš nehleděli na počet dětí ve třídě, ani na vybavení mateřské školy, což pro mě bylo velmi překvapivé. Na polovinu se respondenti rozdělili v odpovědích na otázku informovanosti učitelky o diabetu před nástupem jejich dítěte. Rodiče z poloviny shledávali učitelky jako informované a polovina hodnotila informace učitelek o diabetu negativně. Rodiče před umístěním jejich potomka do mateřské školy shledávali tuto instituci jako vhodné prostředí pro diabetika a jejich názor se ani po nástupu nezměnil. Pouze u čtyř respondentů se změnil názor na situaci. Ti se domnívali, že mateřská škola nebude vhodným a nyní se jejich názor změnil, a to kladně.

Jsou rodiče spokojeni s mateřskou školou v oblasti péče o diabetické dítě a s čím se potýkají?

Velmi pozitivně hodnotím skutečnost, že většina dětí respondentů s onemocněním diabetes stále navštěvuje stejnou mateřskou školu, kam původně nastoupilo. Pouze v jednom případě museli rodiče přemístit dítě do jiné mateřské školy, z důvodu nevyhovujících podmínek. Z tohoto výsledku jsem se domnívala, že rodiče jsou většinou s přístupem učitelek v jejich mateřské škole spokojeni, což mi hned dokázal další výsledek, ve kterém rodiče uváděli spokojenost právě s přístupem v mateřské školy vůči jejich potomkovi. Pouze jeden z rodičů byl nespokojený, ačkoliv z pohledu rodičů jsou ve školce spokojeny úplně všechny děti respondentů. Spokojenost dále dokazuje i fakt, že rodiče před umístěním jejich potomka do mateřské školy shledávali tuto instituci jako vhodné prostředí pro diabetika a jejich názor se ani po nástupu nezměnil. Pouze u čtyř respondentů se změnil názor na situaci a to v kladném slova smyslu. Moji respondenti se potýkají s komunikací s pedagogy více než ostatní rodiče. Jejich komunikace se nejčastěji týká akutních komplikací a naměřených glykemií. Často je hlavním tématem také strava, ohledně které komunikují rodiče nejen s učitelkami, ale i se školní jídelnou, a to většinou několikrát za týden, či jak je potřeba. Až na jednu výjimku všichni rodiče obeznámili pedagogy s téměř všemi režimovými opatřeními, ale informací od diabetologa se jim u většiny nedostává. Pouze pět respondentů podává tyto informace o dítěti a z toho ve třech případech se jedná o pouze nezbytně nutné informace. Lze posoudit, že rodiče se většinou nepotýkají s vyčleňováním jejich dětí z různých aktivit. Většinou jsou děti zapojovány do všech činností, včetně výletů. Někteří rodiče se ovšem výletů musejí zúčastnit. Pouze v jednom případě je dítě vyčleněno, protože se učitelka obává. Dozvěděla jsem se, že na začátku mého výzkumu na diabetologii, že děti předškolního věku často nejsou přijímány do mateřských škol, a proto zůstávají spíše doma, což se mi nepotvrdilo, protože se většina rodičů nepotýkala s nepřijetím jejich dítěte do mateřské školy, i přesto, že děti dle výzkumu nemívají asistenta. S ohledem na přijímání je ale třeba vzít v potaz skutečnost, že dotazník často vyplnili rodiče dětí s povinnou předškolní docházkou.

9 ZÁVĚR

K dosažení cíle praktické části práce jsem použila kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum byl zprostředkován formou polostrukturovaných rozhovorů. Nebylo snadné vyhledat respondenty pro vyplnění dotazníku, jelikož je náročné najít předškolní dítě s diabetem, navštěvující mateřskou školu. Z toho důvodu se mi podařilo získat 15 respondentů pro vyplnění dotazníku

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat potřeby u dítěte s diagnózou diabetes mellitus I. typu v mateřské škole z pohledu rodičů, ale i předškolních pedagogů. Zabývala jsem se především otázkou, jak jsou dané potřeby dle rodičů naplňovány a jaká byla očekávání rodičů před umístěním jejich dítěte do mateřské školy. Pomocí zodpovězení pěti výzkumných otázek jsem došla k závěru, že zmapované potřeby diabetických dětí jsou ze strany mateřských škol dobře naplňovány a učitelky jsou pro takto nemocné děti udělat maximum, ale rády by pro kvalitní péči o předškolního diabetika měly méně dětí ve třídách. Rodiče jsou s přístupem a péčí pedagogů o jejich diabetické děti ve značné míře spokojeni. Učitelky nahlízejí kladně na edukaci předškolních diabetiků a jsou pro jejich přijetí do vzdělávacího procesu. Dále navrhuji, aby bylo více odborné literatury o diabetických dětech v prostředí mateřské školy, kde by byla popsána nejen péče, ale i například legislativa, ve které se učitelky neorientují, ačkoliv je to potřeba. Předěšlo by se tím především mylným teoriím.

Z mého šetření vyplynulo, že informace učitelek o diabetu získaly na vysoké škole, jelikož jinde se o diabetu všeobecně nemluví. Jak jsem již uvedla v úvodu mé práce, diabetes je velmi rozšířená choroba a počet nemocných stále stoupá, a proto se domnívám, že by se mělo o cukrovce více hovořit. Pokud bude tato problematika více diskutovaná, dojde ke zkvalitnění péče o diabetické děti, k čemuž dochází často až po nástupu diabetika do mateřské školy. V případě, že by se mluvílo o diabetu více, bylo by pro rodiče snazší, alespoň časově pedagogy edukovat.

Vzhledem k mému výzkumnému šetření jsem si povšimla, díky pohledu rodičů i pedagogů, určité odlišnosti názorů. Rodiče neumožňují učitelům osobní konzultaci ohledně onemocnění s odborníkem, tedy diabetologem, přičemž učitelky o odbornou edukaci stojí nejvíce. Navrhuji tedy, aby tato skutečnost byla pro zkvalitnění péče o diabetiky umožněna. Předešlo by se také velkým obavám u obou stran. Z mé práce taktéž vyplynulo, že je možné získat asistenta pedagoga pro předškolní diabetické dítě, o kterého rodiče většinou nežádají. Učitelky by o asistenta u diabetického dítěte stály vzhledem k zvýšené kontrole nemoci, ačkoliv si uvědomují, že v oblasti edukačního procesu takové dítě pomoci nepotřebuje. V této problematice vyvolala má práce velké diskuze mezi rodiči. Domnívám se, že by se na toto téma mělo více hovořit, aby každý rodič věděl, že získání asistenta pro jejich dítě není nemožné.

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABRAHAMAS, P., DRUGA, R. *Lidské tělo: atlas anatomie člověka. 1. vyd.* Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7.
2. ANDERLIK, L. *Cesta k inkluzi.* Přeložila MARUŠINCOVÁ I. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. 216 s. ISBN 978-80-7387-765-1.
3. ANDĚL, M et al. *Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu.* 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 210 s. ISBN 80-726-2047-9.
4. BARTOŠ, V.; PELIKÁNOVÁ, T. a kol. *Praktická diabetologie.* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 473 s. ISBN 978-80-7345-244-5.
5. BUSE, J. *Co očekávat, když máte diabetes.* Přeložila CHOCO VÁ, B. 1. uprav. vyd. pro ČR. Dobrovský s.r.o., 2016. 163 s. ISBN 978-80-7390-507-1.
6. ČADOVÁ, E. a kol. *Katalog podpůrných opatření – dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu tělesného postižení nebo závažného onemocnění. 1. vyd.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 305 s. ISBN 978-80-244-4687-5.
7. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. 1. vyd.* Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
8. HENDL, J., REMR, J. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál, 2017. 464 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
9. KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola: co by měli rodiče znát, učitelé respektovat a rozvíjet. 2., rozš. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2014. 256 s. ISBN 978-80-247-4435-3.

10. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie. 4., přeprac. a dopl.* vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-0.
11. LEBL, J.; PRŮHOVÁ Š.; ŠUMNÍK, Z. a kol. *Abeceda diabetu. 4. vyd.* Praha: Maxdorf s.r.o., 2015. 286 s. ISBN 978-80-7345-438-8.
12. LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole. 1. vyd.* Praha: Portál, 2010. 600 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
13. MATEJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3., přeprac. vyd.* Jinočany: H&H, 2001. 151 s. ISBN 80-860-2292-7.
14. MSMT, *Nejčastější dotazy k předškolnímu vzdělávání [online]. [cit.27.10.2017] ©2013-2018. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/predskolni-vzdelavani/nejcastejsi-dotazy-k-predskolnimu-vzdelavani-aktualizace-k>*
15. NEUMANN, D. et al. *Dítě s diabetem v kolektivu dětí: glosy pro učitele, vychovatele a trenéry. 1. vyd.* Praha: Mladá fronta, 2013. 72 s. ISBN 978-80-204-2935-3.
16. NEUMANN, D., 2013. *Léčba diabetu inzulinovou pumpou u dětí krok za krokem. 1. vyd.* Praha: Mladá fronta, 138 s. ISBN 978-80-204-2480-8
17. PLEVOVÁ, I., SLOWIK R. *Komunikace s dětským pacientem. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
18. RYBKA, J. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2007. 317 s. ISBN 978-80-247-1671-8.
19. RYBKA, J., PIROCH, V., PIROCHOVÁ O. *Praktická diabetologie. 1. vyd.* Ústav zdravotní výchovy, 1988. 75 s.

20. SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
21. SMOLÍKOVÁ, K. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, nakladatelství Tauris, 2006. 48 s. ISBN 80-87000-00-5.
22. SVAČINA, Š. *Klinická dietologie. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2008. 384 str. ISBN 978-80-247-2256-6.
23. SVAČINA, Š. *Prevence diabetu a jeho komplikací. 1. vyd.* Praha: Triton, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7387-178-9.
24. SVAČINA, Š. *Diabetologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 188 s. ISBN 978-80-7387-348-6
25. ŠINDELKA, G. *Cukrovka (diabetes mellitus): radí vám lékař*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-179-1.
26. ŠKVOR, J. *Trocha psychologie pro děti s diabetem*. DIAstyl, 2010, roč. 5, č. 4, s. 26–28. ISSN 1801-0547
27. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
28. UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-764-0.
29. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. 3., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
30. VITALION, *Cukrovka [online]*. [cit.10.9.2017] ©2018. Dostupné z: <https://nemoci.vitalion.cz/cukrovka/>

31. VITALION, *Diabetická neuropatie [online]. [cit.18.10.2017] ©2018. Dostupné z: <https://nemoci.vitalion.cz/diabeticka-neuropatie/>*
32. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), § 3 ze dne 24. září 2004
33. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), § 22 ze dne 24. září 2004
34. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), § 29 ze dne 24. září 2004
35. ZDRAVI.EURO, *MODY diabetes: co bychom měli vědět pro správnou diagnózu a léčbu? [online]. [cit.15.10.2017] ©2012. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/mody-diabetes-co-bychom-meli-vedet-pro-spravnou-diagnozu-a-lecbu-467162>*
36. ZDRAVIZIVOTSCUKROVKOU, *Jak poznám, že mám cukrovku [online]. [cit.07.03.2018] ©2018. Dostupné z: <http://www.zdravyzivotscukrovkou.cz/cukrovka/zakladni-informace-o-lecbe>*

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Otázky k rozhovorům

Příloha č. 3: Přepis rozhovoru

Příloha 1 - Dotazník

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI- DIABETES MELLITUS U DĚTÍ V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH

Dobrý den, jmenuji se Denisa Mikešová a jsem studentkou Jihočeské univerzity oboru Učitelství pro mateřské školy. Velice mě zajímá tematika onemocnění diabetes mellitus, a proto jsem se rozhodla psát bakalářskou práci na téma Diabetes mellitus v mateřské škole. Chtěla bych Vás tedy požádat o vyplnění mého dotazníku, který je zcela anonymní a bude použit pouze pro záměry mé bakalářské práce.

1. Jaké je vaše pohlaví?
 - a) Žena
 - b) Muž
2. Jakého je Vaše dítě pohlaví?
 - a) Chlapeček
 - b) Holčička
3. Kolik let je Vašemu dítěti?
 - a) 2 roky
 - b) 3 roky
 - c) 4 roky
 - d) 5-6 let
 - e) 6-7 let
4. Navštěvuje Vaše dítě nyní mateřskou školu?
 - a) Ano, je stále ve stejné MŠ, kam nastoupilo
 - b) Ano, ale museli jsme dítě přemístit do vhodnější MŠ z důvodu nevyhovujících podmínek
 - c) Ano, ale museli jsme dítě přemístit do jiné MŠ z důvodu např. změny bydliště atp.
 - d) Ne, shledali jsme vhodnějším nechat si dítě doma
5. Setkali jste se s nepřijetím Vašeho dítěte do mateřské školy?
 - a) Ano, z důvodu plné kapacity
 - b) Ano, mateřská škola nemohla zajistit patřičná režimová opatření pro dítě
 - c) Ne, nesetkali
 - d) Jiná odpověď

6. Byl diabetes vašemu dítěti diagnostikován již před nástupem do mateřské školy?
 - a) Ano
 - b) Ne
7. Jaké byly Vaše pocity před umístěním vašeho dítěte do mateřské školy? Měl/a jste z něčeho také obavy? Stručně popište:
8. Jaké jsou Vaše pocity dnes? Změnilo se u Vás něco? Trvají případně obavy dodnes? Stručně popište:
9. Očekával/a jste, že MŠ bude schopna zajistit potřebnou dietní stravu pro Vaše dítě?
 - a) Ano, čekal/a jsem úplně zajištění
 - b) Ano, ale čekala jsem pouze částečné zajištění
 - c) Ne
10. Zajišťuje mateřská škola potřebnou stravu pro Vaše dítě?
 - a) Ano, bylo nám skrze stravu zcela vyhověno, MŠ zajišťuje dietní stravu na základě našich pokynů
 - b) Ano, ale pouze do částečné míry, personál mateřské školy se snaží přizpůsobit, ale nejsou schopni zcela zajistit stravovací potřeby, proto dle potřeby připravujeme z části stravu doma (svačiny, přílohy...)
 - c) Ne, v mateřské škole hlídají pouze režim stravování, ale stravu připravujeme doma
 - d) Jiná odpověď
11. Jak často komunikujete se školní jídelnou ohledně plánu dietního stravování Vašeho dítěte?
 - a) Každý den
 - b) Zhruba 1x – 2x za týden
 - c) Zhruba 1x - 2x do měsíce
 - d) Je to různé, dle potřeby
12. Zaškrtněte různé skutečnosti, které pro Vás byly důležité při výběru MŠ:
 - a) Počet dětí ve třídě
 - b) Ochota a spolupráce ze strany vedení i učitelek
 - c) Vybavení mateřské školy
 - d) Zkušenosti personálu s onemocněním diabetes
 - e) Zajištění vhodné dietní stravy pro dítě
 - f) Aplikace inzulínu učitelkami

- g) Jiné skutečnosti
13. Očekával/a jste, že bude učitelka ochotná aplikovat Vašemu dítěti inzulín?
- a) Ano
 - b) Ne
14. Aplikuje učitelka Vašemu dítěti inzulín?
- a) Ano
 - b) Ne, odmítla inzulín aplikovat
 - c) Ne, nepřála jsem si to
 - d) Ne, dítě má inzulínovou pumpu, či je aplikace zajištěna jiným způsobem
 - e) Jiná odpověď
15. Kdo vašemu dítěti aplikuje inzulín?
- a) My (rodiče)
 - b) Učitelka
 - c) Asistent
 - d) Docházející sestry
 - e) Jiná odpověď
16. Očekávali jste, že budou učitelky ochotny kontrolovat glykémie u Vašeho dítěte?
- a) Ano a očekávání se naplnilo
 - b) Ne, ale tato péče je našemu dítěti mateřskou školou poskytnuta
 - c) Ano, ale očekávání se nenaplnilo
 - d) Ne, péče v této oblasti nám není poskytnuta
17. Má Vaše dítě asistenta?
- a) Ano má asistenta pedagoga
 - b) Ano, má osobního asistenta
 - c) Ano, má osobního asistenta, kterého si musíme hradit sami
 - d) Ne, nezkoušeli jsme o něj požádat
 - e) Ne, žádost nám byla zamítnuta
18. Myslíte si, že učitelka Vašeho dítěte měla dostatečné informace o diabetu před nástupem Vašeho dítěte?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne

- d) Spíše ne
 - e) Nevím
19. Shledáváte učitelku nyní jako dobře informovanou a zcela kompetentní v péči o diabetické dítě?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
 - e) Nevím
20. Prostřednictvím koho nebo čeho se učitelka Vašeho dítěte informuje o diabetu a jak pečovat o diabetické dítě? Můžete vybrat více odpovědí:
- a) Námi podané instrukce a informace
 - b) Internet
 - c) Knihy
 - d) Školení
21. Obával/a jste se, jak budou zvládnuty případné akutní komplikace v prostředí mateřské školy?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
22. Máte zkušenosti s akutními komplikacemi v MŠ? Jak jsou zvládnány?
- a) Ano máme, postupováno je dle instrukcí a nedošlo k pochybení
 - b) Ano máme, již jsme se setkali s menšími nepříjemnostmi v důsledku jistého zaváhání učitelky
 - c) Ano máme, již došlo k vážnému pochybení ze strany učitelky
 - d) Ano máme, ve značné míře není postupováno správně
 - e) Ne, nemáme zkušenosti s komplikacemi
23. Domnívala jste se, že je mateřská škola vhodným prostředím pro Vaše dítě a máte nyní stejný názor?
- a) Ano, můj názor trvá
 - b) Teď už ano, ale dříve jsem se obával/a pobytu našeho dítěte v MŠ
 - c) Ne, můj názor trvá

- d) Ne, ale dříve jsem se domníval/a, že je MŠ vhodným prostředím pro naše dítě
24. Jste s přístupem personálu mateřské školy k vašemu dítěti a péčí vztahující se k diabetu spokojení?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
25. Je Vaše dítě v mateřské škole spokojené?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
26. Komunikuje s Vámi dostatečně a ochotně personál mateřské školy ohledně Vašeho dítěte? Čeho se komunikace ohledně diabetu často týká? Stručně vypište:
27. Je Vaše dítě zapojováno do všech aktivit včetně pohybových, výletů aj.?
- a) Ano, dítě je zapojováno do všech činností včetně výletů
 - b) Ano, dítě je zapojováno do všech činností kromě výletů
 - c) Spíše ano, ale záleží na okolnostech
 - d) Spíše ne, dítěti to neprospívá
 - e) Spíše ne, z důvodu obav učitelky
 - f) Ne
 - g) Moje dítě má následné omezení
28. Dostávají učitelky informace od diabetologa Vašeho dítěte?
- a) Ano, informace jim podáváme my
 - b) Ano, mají možnost osobně komunikovat s naším diabetologem
 - c) Ano, ale podáváme jen nezbytně nutné informace
 - d) Ne
29. Jsou učitelky seznámeny se všemi režimovými opatřeními u Vašeho dítěte?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
30. Vyberte z více možných odpovědí, co jste očekávali od mateřské školy:

- a) Přizpůsobení stravy
- b) Příjemný kolektiv dětí, který je chápající, na základě vhodného vysvětlování situace učitelkou
- c) Příjemné prostředí pro dítě
- d) Vystrašenost učitelek pečovat o diabetické dítě
- e) Nevhodnou péči o dítě vzhledem k jeho potřebám
- f) Stres mého dítěte
- g) Zákaz pohybových aktivit, výletů atp.
- h) Nevhodná prevence vůči akutním komplikacím
- i) Zanedbání ohrožujících stavů u dítěte
- j) Nedostatečná péče o dítě, z důvodu vysokého počtu dětí ve třídě
- k) Milý a ohleduplný přístup k dítěti
- l) Aplikaci inzulínu ze strany MŠ
- m) Kontrolu glykémie ze strany MŠ
- n) Ohleduplnost a pochopení učitelky
- o) Informovanost a znalosti ohledně diabetu učitelky
- p) Ochotu komunikovat a spolupracovat
- q) Svědomitost a důslednost v péči o diabetické dítě
- r) Vyčleňování dítěte z různých aktivit

31. Vyberte z více možných odpovědí, jaká Vaše očekávání byla naplněna:

- a) Přizpůsobení stravy
- b) Příjemný kolektiv dětí, který je chápající, na základě vhodného vysvětlování situace učitelkou
- c) Příjemné prostředí pro dítě
- d) Vystrašenost učitelek pečovat o diabetické dítě
- e) Nevhodnou péči o dítě vzhledem k jeho potřebám
- f) Stres mého dítěte
- g) Zákaz pohybových aktivit, výletů atp.
- h) Nevhodná prevence vůči akutním komplikacím
- i) Zanedbání ohrožujících stavů u dítěte
- j) Nedostatečná péče o dítě, z důvodu vysokého počtu dětí ve třídě
- k) Milý a ohleduplný přístup k dítěti
- l) Aplikaci inzulínu ze strany MŠ

- m) Kontrolu glykémie ze strany MŠ
- n) Ohleduplnost a pochopení učitelky
- o) Informovanost a znalosti ohledně diabetu učitelky
- p) Ochotu komunikovat a spolupracovat
- q) Svědomitost a důslednost v péči o diabetické dítě
- r) Vyčleňování dítěte z různých aktivit

Příloha 2 – Připravené otázky k rozhovorům

1. Co si představujete pod pojmem inkluze?
2. Jaký je váš pohled na inkluzivní vzdělávání a na přijetí dítěte s diabetem do věku pěti let?
3. Myslíte si, že jsou mateřské školy na inkluzi připraveny?
4. Máte zkušenost přímo s diabetickým dítětem či jinak znevýhodněným dítětem? Pokud ano, jaká to pro vás byla či je zkušenost?
5. Myslíte si, že je v mateřských školách dostatek personálu a je personál připraven na inkluzi?
6. Máte nějaké znalosti ohledně chronického onemocnění diabetes mellitus? Jaké?
7. Víte, jaká režimová opatření jsou nezbytná dodržet u diabetického dítěte?
8. Říkají vám něco pojmy hyperglykémie a hypoglykémie? Věděla byste, jak postupovat při těchto komplikacích u diabetického dítěte v MŠ?
9. Shledáváte mateřskou školu jako vhodným prostředím pro diabetické dítě? Proč?
10. Jak myslíte, že by ostatní děti nahlíželi na diabetika v MŠ a považujete za důležité informovat ostatní děti o nemoci a potřebách diabetika?
11. Je schopna mateřská škola, ve které pracujete zajistit úpravu stravy pro diabetické dítě?
12. Byla byste ochotná píchat dítěti inzulin osobně?
13. Myslíte, že byste zvládla bez problému péči o diabetické dítě nebo byste měla obavy? Z čeho?
14. Umožnila byste dítěti dělat veškeré činnosti s ostatními dětmi včetně pohybových aktivit, výletů atp.? Mimo úkony, které jsou pro diabetika nezbytné (strava, dávky inzulinu).
15. Jak moc si myslíte, že by změnil nástup diabetického dítěte váš nastavený režim v MŠ a byla byste ochotná provést případné změny?
16. Jste ochotna se v případě přijetí diabetika vzdělávat a informovat v této oblasti? Jakým způsobem? Řídila byste se pouze informacemi od rodičů nebo byste se o toto onemocnění zajímala i jinou formou?
17. Myslíte si, že je vhodné, aby diabetické dítě trávilo v mateřské škole celý den a byla byste ochotna ho přijmout na celodenní pobyt v mateřské škole?

Příloha 2 – Přepis rozhovoru s respondentkou č. 1

Co si představujete pod pojmem inkluze?

„Inkluze je vlastně zařazení dítěte, které má nějaké znevýhodnění, ať už zdravotní nebo psychické mezi běžnou populací. Může to být dítě, které je naopak nadměrně inteligentní. Má prostě nějaké drobné odlišnosti. Může mít i větší odlišnosti. A má samozřejmě nárok se vzdělávat a žít s dětmi, se svými vrstevníky, se svou populací, do které patří.

A jaký je váš pohled na inkluzivní vzdělávání?

„Já si myslím, že inkluzivnímu vzdělávání bychom měli určitě dát zelenou. Na druhou stranu si myslím, že nejsme finančně ve stavu, kdy si to můžeme dovolit v takové šíři a v takovém nastavení, jak nám to z ministerstva předepsali. A myslím si, že už i oni na to přišli a začínají nám to, co nejdřív nabízet a bylo z toho veliké haló, jak jsme teď světoví, tak najednou zjistili, že na tu světovost nemáme, prostě jsem z toho zklamaná.“

A myslíte si, že jsou mateřské školy na tu inkluzi připraveny?

„Myslím si, že ministerstvo nepřipravilo ani nás ani jiné pedagogy na vyšších školách, že nás v tom nechalo takzvaně plácát a že je to velmi zkažená inkluze v podání našeho ministerstva a vlastně nadřízených orgánů. Každý dělá, co může. Dovedu si představit, že bych měla svoje dítě někam zařazené. Chtěla bych, aby se mu odborně věnovali, al myslím si, že to ne dobře funguje.“

Otázka: Jak v tomto kontextu hledíte na personál v mateřských školách? Je dostatek personálu nebo naopak není?

„No, zřejmě vystudovaných učitelek mateřské školky asi je dostatek. Otázka je, jestli to chtějí dělat, protože my třeba sháníme kolegyni poměrně dlouho dobu a sehnat nemůžeme, ale to se asi bude lišit školka od školky a oblast od oblasti. Určitě to bude jiný v severních Čechách, jiný to bude u nás v jižních Čechách, takže nevím, ale ty učitelky se snaží, co můžou, ale problém je opět v tom, že v tý školce je dětí moc, že si dost těžko dovedu představit, že se budu věnovat čtyřem dvouletým dětem, které potřebují plenu a těžko si to dovedu představit, až to nastane, jak to zvládnem.“

A jak tedy nahlížíte přímo na přijetí diabetického dítěte do prostředí mateřské školy?

„Já bych diabetické dítě určitě do školky přihlásila, protože diabetické dítě tam může být zařazený, ale já osobně bych si nikdy netroufla aplikovat inzulín a myslím si, že po dohodě s rodičema, oni když si obstarají aplikaci, tak já bych takový dítě určitě do školky vzala. Ale myslím si, že je to pro rodiče hrozně těžký si tu aplikaci obstarat správně na čas a aby to fungovalo. Moc si to nedovedu představit, s žádným dítětem diabetickým jsem se ve svém životě, ve své praxi nepotkala. Jenom s dětma třeba, já osobně jsem se setkala s dítětem třeba patnáctiletým., který si běžně už aplikovalo samo.“

Otázka: Takže jste se s diabetickým dítětem předškolního věku za praxi nesetkala?

„Nene...“

Otázka: A s jinak znevýhodněným dítětem?

„S mentálně znevýhodněným dítětem jsem se setkala, které bylo, jakoby do budoucna řekněme obtížně vzdělavatelné v tom, v těch nárocích, co vyžaduje RVP základní školy, ale jinak vlastně ani příliš ne. Všude okolo nás jsou děti, které mají nárok na inkluzi z důvodu ADHD a tak dále, což nevím, jestli je to opravdu, jestli to nejsou jiné příčiny, já bych řekla, že to jsou děti, které jsou samozřejmě buďto divoké, nezvladatelné nebo nevychovaný, tohle rozhoduje jenom odborník a do toho já se teď nebudu pouštět.“

A když byste se ještě podívala zpátky na přijetí diabetického dítěte, tak dneska už je povinná předškolní docházka, ten poslední rok, ale kdyby se jednalo o dítě mladší tedy do pěti let, tak byste se jako učitelka v mateřské škole přikláníla k přijetí takového dítěte?

„No, k mladším dětem, já osobně bych opravdu. Já už totiž mám své vnuky a vůbec si nedovedu představit ani, že bych aplikovala svým vnukům, takže u cizího dítěte bych se tuplem bála a

rozhodně bych teda myslela, že dítě do školky ano, proč ne, ale s aplikací odborníka, ať si prostě zařídí rodina někoho. Je to složitý no, asi je to bude stát peníze nebo prostě spousta času, kterej bude daný za to, že to dítě je s vrstevníky, A když teda byste se ještě podívala zpátky na přijetí diabetického dítěte, tak dneska už je povinná školní může si tam hrát a zapojí se do předškolní výchovy. “

Proč byste ho nepíchla, ten inzulín? Proč byste se toho bála?

„Třeba bych se to naučila, já se toho bojím teď, protože jsem to nikdy nedělala, a když bych si to zkusila, protože určitě, to co bylo dřív, už není. Ta aplikační pera jsou určitě strašně šetrná, není to nic moc. Takže kdyby samotný to dítě už netropilo scény okolo tý věci, tak si myslím, že když bych prošla školením, že bych s tím neměla problém se to naučit, ale zatím nejsem prostě ve stavu, že.. A myslím si, že i legislativně obecně u nás to není ošetřené tak, že když nějaký dítě medikujete tak jste pořád vy nějakým způsobem ohrožená, že se něco může stát. “

A věděla byste, jaká režimová opatření jsou nezbytná dodržet u diabetického dítěte, kromě teda té aplikace inzulínu, kterou jste zmínila?

„No, tak nějaká pravidelná strava a vyvážený příjem cukrů, aby ta glykémie v krvi nekolísala, že jo, aby to dítě mělo neustále tu hladinu cukru v krvi, která je fyziologická, zdravá a žádaná, no. Tak nevím. Tak asi bych měla od doktora napsáno, po kolika třeba po dvou hodinách, jestli si má něco zobnout, sníst, nevím nestudovala jsem diabetologii. “

Jo, takže třeba pojmy hypoglykémie, hyperglykémie, říkají vám něco?

„Říkají mi určitě ze sportu, neb jsem sportovcem bývalým teda. A je to vyčerpání cukru z krve, nějakým dlouhodobým úsilím nebo nedostatkem hormonů, že jo. A nebo naopak vzestup cukru v krvi, který může být zase nebezpečný. Je to kolísání krevního cukru. “

A věděla byste jak postupovat při takové komplikaci, kdyby k ní došlo u diabetického dítěte v prostředí mateřské školy?

„No, v první řadě asi aplikace inzulínu, ale nebo minimálně něco sladkého do pusy, zjednodušeně řečeno, no. No to by v jednom případě teda... Hyperglykémie...No to by bylo v případě... U hyperglykémie by to asi.... Hypoglykemický šok je stav, kdy tělo zkolabuje na nedostatek cukru. Hyperglykémie je vysoký stav cukru v krvi. No, ale ta hyperglykémie vznikla nedostatkem hormonu, a jestli se to řeší taky tím, že se něco sní, to já nevím. Já prostě nevím. To by mi musel říct rodič toho dítěte, jak v obou těchto polohách se chovat. “

Shledáváte mateřskou školu jako vhodným prostředím pro diabetické dítě? Proč ano nebo ne?

„Asi shledávám, protože diabetické dítě je normální běžný milý človíček, který prostě má jednu nefunkční žlázu a nemůže proto být vyčleněn z kolektivu dětí, kde se mu určitě líbí víc než být zavřený doma, že jo, to je samozřejmé, ale má to ta zdravotní rizika, která si to dítě až tak třeba nemusí uvědomovat, ale uvědomuje si je ten dospělý a musí je ohlídat. “

Jak si myslíte, že by ostatní děti nahlížely na diabetika v mateřské škole a považujete za důležité informovat ostatní děti o nemoci a potřebách diabetika?

„Hmm, dětské chápání určitě nebude dosahovat nějakých lékařských rozborů, ale nepochybně v dětském kolektivu musí děti vědět, že se něco může stát. Já ze své zkušenosti třeba jsem zažila kolektiv se sluchově postiženou dívkou a všechny děti věděly, že má problém se sluchem a všechny se jí v tom snažily pomoci, protože věděly, že má horší sluchové vnímání, takže to diabetické dítě pokud by zkolabovalo, tak děti z toho můžou být vyděšený nebo pokud by se chovalo divně může to být, že jo vlivem té cukrovky a děti musí vědět, že to je důsledek nemoci, takže já bych věci s dětmi probrala a taky bych je vedla k tomu, aby se naučily třeba pomoci právě tím, že když to díd' malý má problém, tak že přílitnou a řeknou paní učitelko potřebuje cukřík nebo není jí dobře, tak rozhodně děti musí spolupracovat. V rámci třídy nebo v rámci kolektivu na tom, že tam děti, které mají problémy a jsou jiné, tak musí vědět co s tím, proč to je a proč jsou všichni spolu, takhle my to máme nastavený v naší školce pořád.“

A je schopná vaše mateřská škola, ve které pracujete zajistit úpravu stravy pro diabetické dítě?

„Naše školka bych řekla, že ne. Ale po jednání, kdybychom samozřejmě s tím musí souhlasit paní ředitelka a je to v jejích kompetencích, ale myslím si, že by uměla zařídit dovoz dietní stravy třeba z jiný vývařovny nebo nějakým jiným způsobem. My jsme celkem jakoby maličké zařízení a ta naše kuchyň toho schopna určitě není bez rizik. Myslím si, že ne.“

Myslíte si, že byste zvládla bez problému péči o diabetické dítě nebo byste měla obavy? Když tedy vyloučíme tu aplikaci inzulínu, což už jsme řešily.

„Já nevím. Já s tou nemocí u dětí nejsem obeznámena a rozhodně než bych s tím dítětem pracovala, tak bych potřebovala aby, já bych si chtěla sednout s někým kompetentním, s kterým bych to probrala. S lékařem, se sestrou, s rodičema probrat všechny možnosti a pak bych se toho nebála teda asi úplně.“

Takže s tím souvisí trošku i otázka, jestli byste v případě přijetí diabetika teda byla ochotná se vzdělávat a informovat v této oblasti a jaký způsob byste třeba volila?

„Já rozhodně, protože i naše paní ředitelka je nakloněna tomu, že každé dítě by do kolektivu mělo být začleněné, pokud tam nejsou úplně nějaké zásadní kontraindikace čehokoli. Takže určitě jo a sebezvzdělání v různých oblastech jenom vítám, mě to obohacuje.“

Myslíte si, že je vhodné, aby diabetické dítě trávilo ve školce celý den a byla byste ochotná ho i přijmout na celodenní pobyt?

„To už nevím, to spíš bych vyloučila zatím za sebe. Já bych to viděla. Čemu by vadilo dopoledne a třeba po obídku domů, ale to by se vidělo, protože nejsou zkušenosti s tímhle, takže čas by ukázal, jak to jde nebo nejde. Vůbec to nedokážu dopředu odhadnout.“

Tak a ještě by mě zajímalo, jestli si myslíte, že by teda v případě nástupu toho diabetika do školky byl nějak změněn nastavený režim ve školce a co by třeba bylo potřeba změnit, jestli byste byla ochotná ty změny provést případné?

„Tak naše zaměstnání dopolední je poměrně dost pružné, řekla bych. Dá se přizpůsobit vždycky dětem, tomu jednomu dítěti by se asi přizpůsobilo to, že si třeba častěji sedne a vezme si něco na zub. Moje laická představa, jo. Nebo se nebude až tolik účastnit nějakých fyzicky náročných her, který stejně s těma malýma až tak neděláme. Takže si myslím, že by s tím nemusel být problém.“

A jinak mě teda ještě teď napadá otázka, jestli byste teda umožnila dělat veškeré činnosti tomu diabetikovi včetně jako nějakých fyzických aktivit, pohybových... nebo

„Uměřeně ano...“

A výlety?

„No, tam bych asi vyžadovala účast rodiče.“

To je všechno, děkuju.

„Já taky...“