



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 speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Připravenost učitelů na dítě/žáka s chronickým onemocněním v rámci inkluzivního vzdělávání

Vypracovala: Veronika Bastlová
Vedoucí práce: PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Datum

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce PaedDr. Heleně Havlisové, Ph.D. za odborné rady, cenné a praktické připomínky, a především za ochotu a čas, který mi věnovala na společných konzultacích. Děkuji také všem respondentům, kteří věnovali svůj čas a byli ochotni se podílet na mém výzkumném šetření.

Abstrakt

Bakalářská práce zpracovává téma *Připravenosti učitelů na dítě/žáka s chronickým onemocněním v rámci inkluzivního vzdělávání*. Teoretická část obsahuje tři kapitoly, kde jsou v první kapitole charakterizována vývojová specifika dítěte v předškolním a mladším školním věku. Následují kapitola řeší obecnou problematiku a charakteristiku chronických onemocnění. Vyzdvížena jsou jednotlivá chronická onemocnění, konkrétně alergická onemocnění, celiakie, diabetes 1. typu a epilepsie. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na vymezení inkluzivního vzdělávání. Je zde popsán i přístup společnosti ke zdravotně znevýhodněným v historickém kontextu, a zmíněno je také legislativní vymezení inkluzivního vzdělávání. Poslední zmíněnou problematikou je dítě s chronickým onemocněním v procesu inkluzivního vzdělávání. Pro výzkumnou část byla využita metoda kvantitativní, konkrétně dotazníkové šetření. Cílem výzkumu je zjistit, zda jsou učitelé dostatečně obeznámeni s problematikou chronických onemocnění, odkud tyto informace získávají a jaká je spolupráce a informovanost pedagogů o nemoci dítěte ze strany rodičů.

Klíčová slova: chronické onemocnění; připravenost učitelů; inkluzivní vzdělávání; dítě; žák

Abstract

This bachelor's thesis deals with the topic of Teachers' readiness for a children/pupils suffering from a chronic disease within the inclusive education. The theoretical part of the thesis contains three chapters, the first chapter sheds light on characterization of developmental specifics of a child in preschool and younger school age. The two following chapters deal with general issues and characteristics of chronic diseases. Individual chronic diseases are highlighted, namely any allergic diseases, celiac disease, type 1 diabetes and epilepsy. The last chapter of the theoretical part is focused on the definition of inclusive education. The society's stance to the disabled in a historical context is described here, and the legislative definition of inclusive education is also mentioned. The last issue mentioned is a child with a chronic disease in the process of inclusive education. A quantitative method was used for the research part of the thesis, namely an online questionnaire survey. The main goals of the research are to find out whether teachers are sufficiently familiar with the issues of chronic diseases, which sources do they use to get information from, and how successfully do parents bring awareness and cooperate with teacher about their child's illness.

Keywords: chronic disease; teacher's readiness; inclusive education; child; pupil

Obsah

1	ÚVOD.....	7
	TEORETICKÁ ČÁST	8
2	CHARAKTERISTIKA VÝVOJE DÍTĚTE V PŘEDŠKOLNÍM A MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU	8
2.1	CHARAKTERISTIKA VÝVOJE DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	8
2.1.1	Motorický vývoj.....	8
2.1.2	Vývoj myšlení	9
2.1.3	Emoční vývoj	9
2.2	CHARAKTERISTIKA VÝVOJE DÍTĚTE MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU	9
2.2.1	Vývoj myšlení	10
2.2.2	Emoční vývoj	10
2.2.3	Sociální vývoj.....	10
3	CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ	12
3.1	CHARAKTERISTIKA CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ	12
3.1.1	Alergická onemocnění.....	13
3.1.2	Celiakie.....	15
3.1.3	Diabetes mellitus	16
3.1.4	Epilepsie.....	18
4	INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	20
4.1	VYMEZENÍ INKLUZIVNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ.....	20
4.2	VÝVOJ PÉČE O OSOBY SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM V HISTORICKÉM KONTEXTU	22
4.3	LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ INKLUZE	24
4.4	DÍTĚ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM V PROCESU INKLUZIVNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	27
	PRAKTICKÁ ČÁST	31
5	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	31
5.1	VÝZKUMNÝ CÍL	31
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	31
5.3	METODOLOGIE.....	31
5.3.1	Použité metody a techniky sběru dat.....	31
5.3.2	Charakteristika výzkumného vzorku a organizace výzkumného šetření.....	33
6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
6.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU	34
6.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	45
6.3	DISKUZE.....	47
7	ZÁVĚR	50
	POUŽITÉ ZDROJE	52
	SEZNAM GRAFŮ	56
	SEZNAM PŘÍLOH.....	57

1 ÚVOD

Někteří se každý den s chronicky nemocným setkávají, někteří touto chorobou sami trpí, a v někom může chronické onemocnění teprve dřímat a čekat na chvíli, kdy se ukáže. Jsou i lidé, kteří se této problematice věnují a snaží se chronickým onemocněním vědomě předcházet.

Sama trpím chronickými onemocněními jako je atopická dermatitida a s tím spojená i alergie. Každý den se setkávám s blízkým příbuzným, který trpí diabetem 1. typu a jsem přesvědčena, že i s chronickým onemocněním se dá žít na plno a téměř bez omezení. Dnešní doba přináší mnoho možností, například s diabetem 1. typu lze fungovat téměř jako člověk bez diabetu, a to díky senzorům a inzulinovým pumpám, které neustále chronicky nemocného monitorují a hlídají hladinu cukru v krvi.

Cílem bakalářské práce je zmapovat problematiku chronicky nemocných dětí v mateřské škole a na prvním stupni základní školy. Výzkumné šetření si kladlo za cíl zjistit, zda jsou učitelé dostatečně obeznámeni s problematikou chronických onemocnění a odkud tyto informace získávají.

V teoretické části, která je členěna do třech kapitol, je v první kapitole popsána charakteristika vývoje dítěte v předškolním a mladším školním věku. Následující kapitola je zaměřena na obecnou charakteristiku chronických onemocnění a podrobnější popis několika vybraných. S tímto tématem souvisí i inkluzivní vzdělávání, které je v této bakalářské také zmíněno. Pro výzkumnou část byla využita metoda kvantitativní, konkrétně dotazníkové šetření.

Teoretická část

2 CHARAKTERISTIKA VÝVOJE DÍTĚTE V PŘEDŠKOLNÍM A MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

2.1 Charakteristika vývoje dítěte předškolního věku

Vágnerová (2021) označuje dítětem předškolního věku jedince v období od 3 do 6–7 let. Zpravidla toto období končí nástupem na základní školu. Dítě v předškolním věku označuje za velice iniciativní, jelikož se snaží navazovat širší sociální vztahy než jen vztahy rodinné. Převažuje spíše myšlení intuitivní nad myšlením logickým a také stále převažuje egocentrismus. Egocentrismem rozumíme, že dítě lpí na svém vlastním pohledu, který pro něj znamená jistotu.

Dle Thorové (2015) se dítě v tomto věku stává z části samostatným. Dokáže se samostatně obléct, najíst se, uskutečnit základní hygienické návyky a potřeby. Jak bylo už výše zmíněno, předškolní věk je také označován za věk iniciativy, takto předškolní období označil Erikson, pro kterého je toto období obdobím aktivity, činorodosti a spolupráce. Thorová (2015) dále uvádí, že aktivity předškolních dětí jsou obvykle zaměřeny na konkrétní cíl, který si samy předem naplánují. Hlavním prostředkem učení předškolního dítěte je hra, proto je často označováno za zlatý věk dětské hry. Často můžeme u dětí pozorovat sociálně-dramatické hry, kde děti využívají nápodobu, fantazii, procvičují různé sociální role a učí se komunikovat a reagovat.

2.1.1 Motorický vývoj

Langmeier (2006) píše, že v rámci hrubé motoriky by tříleté dítě mělo bez problémů chodit a běhat i po nerovném povrchu. Takové dítě padá jen velmi málo. Problémem by neměla být chůze do schodů i ze schodů bez držení. V předškolním období jsou děti velmi mrštné, proto téměř dokonale ovládají běh, skoky, seskoky, stoj na jedné noze či hod míčem podle vzoru dospělých. Obvykle si dokážou samostatně svléknout i obléknout oblečení. Samostatné bývají i na toaletě, kde ve většině případů nepotřebují dopomoc dospělého.

V rámci motorického vývoje je nutné zmínit i vývoj jemné motoriky, kterou popsal ve své knize Blatný (2017), kde informuje, že: „*Jemná motorika se rovněž rozvíjí a vylepšuje. Děti dokážou manipulovat se stále menšími hračkami s větším rozdílem detailů. Lepší*

schopnost manipulace s předměty vede k tomu, že děti jsou stále zručnější ve výtvarných činnostech, jako je kreslení. S lepším ovládnutím tužky souvisí i to, že během předškolního období se děti obvykle naučí psát první písmena a číslice.“ (Blatný, 2017, s. 78 a 79).

2.1.2 Vývoj myšlení

Langmeier (2006) ve své knize uvádí, že myšlením u předškolních dětí se podrobně zabýval J. Piaget, který se věnoval pokusům. Výsledkem pokusů došel k závěru, že děti mají stále omezenou schopnost dívat se na svět z jiného úhlu pohledu. Piaget (2010) toto myšlení označuje za předoperační a tvrdí, že je úzce spjato s vizuálním vnímáním dítěte. Dítě v předškolním období je egocentrické, antropomorfické (polidšťuje neživé předměty) a magické. Tyto rysy velmi ovlivňují jeho pohled na svět, a tudíž i jeho myšlenkové operace.

2.1.3 Emoční vývoj

Vágnerová (2021) definuje emoce u předškolních dětí jako vyrovnanější a děti jim lépe dokážou porozumět. Kolem třetího roku života rozeznají základní emoce jako je radost a nepříjemné pocity. Ve čtyřech letech už jsou děti schopné rozeznat konkrétní nepříjemné pocity, a to pocity zlosti, strachu a pláče. V předškolním věku se tedy dotváří schopnost porozumět a popsat své pocity i pocity ostatních. Předškolní děti mají obvykle velký smysl pro humor. Často je rozesměje opakování tabuizovaných či nesmyslných slov. Proto jsou u takových dětí velice oblíbené pohádky jako je například kniha „O krtkovi, který chtěl vědět, kdo se mu vykakal na hlavu“ od W. Holzwartha.

2.2 Charakteristika vývoje dítěte mladšího školního věku

Mladší školní věk nebo také období středního dětství Vágnerová (2021) označuje jako období od 6–7 let, tudíž od nástupu na základní školu, do 11–12 let. Toto období končí přechodem na druhý stupeň základní školy a zároveň přichází období dospívání. Mladší školní věk dělí do dvou fází, a to na **raný školní věk** (od 6 do 9 let) a na **střední školní věk** (od 9 do 11/12 let).

Nemůžeme opomenout ani změnu tělesného vzhledu, kdy dítě začíná ztrácet svou dětskou zakulacenost, prodlužuje se mu trup a končetiny. Thorová (2015) období mladšího školního věku považuje za klidné a relativně stálé, avšak i v této fázi života čeká jedince mnoho vývojových úkolů. Vytváří se genderová identita, sebepojetí, a především

vztah ke vzdělání. Erikson toto období označil jako fázi píce a snaživosti. Děti jsou často hodnocené a jejich snahou je být nejlepší, proto mají často nižší frustrační toleranci z neúspěchu.

2.2.1 Vývoj myšlení

Podle teorie Jeana Piageta (2010) se myšlení předoperační, typické pro předškolní věk, mění na stádium konkrétních operací. Tuto teorii potvrdil na několika pokusech a Langmeier (2006) v své publikaci uvádí dále zmíněný Piagetův pokus. Jedná se o pokus s různě vysokými sklenicemi a korálky, kdy stejný počet korálků je postupně před dětmi přesypáván do různě vysokých sklenic. Dítě mladšího školního věku bez uvažování okamžitě poznalo, že se jedná o stejný počet korálků, natož dítě v předškolním věku váhalo.

2.2.2 Emoční vývoj

Emoce se stávají vyrovnanějšími a jedinec se stává odolnější vůči zátěži. Dokáže regulovat své emoce a zvládat hněv, čemuž předchází agrese a dalšímu problémovému chování (Blatný, 2017).

Vágnerová (2021) informuje, že školáci už lépe zvládají rozeznávat emoce druhých a chápat souvislosti a vztahy, také zvládají popsat vlastní emoce a odůvodnit jejich původ. Pro školní věk nejsou cizí ani ambivalentní (protichůdné) pocity, které jsou typické negativními i pozitivními emocemi, které souvisí s jednou osobou nebo předmětem. Příkladem může být kamarád, kterého máme rádi, ale něco nám na něm vadí. Dále se také rozvíjejí sebehodnotící emoce, emoce spojené s pocity úlevy či lítosti. S nástupem do školy může dojít k negativnímu ovlivnění emoční stability a k nárůstu negativních emocí, především se může jednat o úzkost či strach.

2.2.3 Sociální vývoj

Dle Thorové (2015) je na začátku školního věku pro děti stále důležitá rodina, i když začínají více času trávit mimo domov s vrstevníky. Postupem času se pozornost dítěte začne přiklánět k vrstevníkům a začíná s nimi trávit skoro veškerý volný čas. Vrstevníci se pro ně stávají důležitou součástí života, ke kterým mohou i vzhlížet a jsou jimi ovlivněny. Zpětná vazba a hodnocení od vrstevníků utváří jeho sebepojetí. Školáci si začínají utvářet první skupinky, které jsou většinou homogenní. Ve skupinkách můžeme

již pozorovat pokusy o pravidla, hierarchii a organizaci skupiny. Nesmíme opomenout ani první lásky, nebo spíše vztahy, kde většinou nejde o romantický vztah, ale jen romantické chování napodobují, posílají si milostná psaníčka a hovoří o „svých holkách“ a „klucích“. Stejně jako první lásky, tak jsou nestálé a vratké i přátelské vztahy, kdy se pohádají a za chvíli jsou opět kamarádi.

3 CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ

3.1 *Charakteristika chronického onemocnění*

Chronická onemocnění jsou velmi rozsáhlou oblastí, kterou se zabývá mnoho lékařských oborů, a to nejen z důvodu zvyšující se incidence v celosvětovém měřítku, která souvisí se stárnutím populace, ale i délkou poskytování komplexní paliativní péče. Současné pojetí péče o chronicky nemocné je zaměřeno především na potřeby pacienta než na nemoc samotnou. Chronickými onemocněními se zabývá několik vědních disciplín s různým úhlem pohledu, s různými metodami zkoumání a odlišným hodnocením. Z tohoto důvodu je velice obtížné tento termín jednoznačně definovat (Gurková, 2017).

V následujících dvou odstavcích jsou zmíněné dvě definice, kdy jedna z nich je podle českého Národního zdravotnického informačního portálu a druhá definice je podle amerického National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. V těchto dvou definicích, ačkoliv jsou téměř totožné je patrný rozdíl. V americké definici chronického onemocnění je explicitně naznačeno, že se chronické onemocnění promítá i do každodenního života chronicky nemocného pacienta, což v české verzi nenajdeme.

Národní zdravotnický informační portál definuje chronické onemocnění jako onemocnění, které trvá dlouhou dobu (déle než tři měsíce) a je prakticky nevyléčitelné. Na svém portálu uvádí také nejčastější chronická onemocnění v populaci jako je cukrovka, astma, chronické srdeční selhání atd (Chronické onemocnění, 2023).

Dle National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP) jsou chronická onemocnění definovaná jako stavy, které trvají alespoň jeden rok či déle. Osoby s chronickým onemocněním potřebují neustálou lékařskou péči nebo jsou omezeny aktivity jejich každodenního života. Srdeční onemocnění, cukrovka nebo rakovina jsou dle NCCDPHP hlavními příčinami úmrtí a invalidity ve Spojených státech (About Chronic Diseases).

V dnešní době se i u dětí častěji setkáváme s výskytem chronických onemocnění, které více či méně ovlivňují průběh vzdělávacího procesu. V následujících podkapitolách si podrobněji popíšeme jednotlivá chronická onemocnění, která nejvíce ovlivňují výchovně vzdělávací proces a jsou zároveň nejčastější v období předškolního a mladšího školního věku.

3.1.1 Alergická onemocnění

Dle Chládkové (2012), která uvádí prevalenci alergie, alergické rýmy a astmatu u dětí a mladistvých v České republice podle výzkumu J. Kratěnové se výskyt alergie v průběhu deseti let v populaci dětí a mladistvých (1996-2006) téměř zdvojnásobil (ze 17 na 32 %). Nejčastěji se setkáváme se sezonní alergickou rýmou, následuje atopická dermatitida a průduškové astma. Dle výzkumu SZÚ (Státní zdravotní ústav) J. Kratěnové (2012) se alergické onemocnění kdykoli v průběhu života vyskytlo celkem u 1929 dětí, což představuje prevalenci 29,7 %, to je méně než v předcházejících letech.

Následující odstavce jsou zaměřeny především na alergickou rýmu a průduškové astma, které se nejčastěji vyskytují u dětí a mladistvých a zároveň mohou ovlivnit vzdělávací proces, a dokonce i každodenní život osob s těmito onemocněními.

Alergická rýma je nejčastějším onemocněním ze skupiny neinfekčních rým. Jde o chronické zánětlivé onemocnění nosní sliznice vyvolané působením alergenů. I u alergické rýmy můžeme pozorovat v průběhu deseti let (1996-2006) nárůst výskytu v populaci dětí a mladistvých (v ČR), a to o 10 % (z 6 na 16 %). Dříve byla alergická rýma především onemocněním dospělých, ale v průběhu let se začala více vyskytovat i u dětí. Můžeme ji zaznamenat spíše u dětí starších pěti let, ale setkáváme se i s případy alergické rýmy už v batolecím či předškolním věku. S alergickou rýmou úzce souvisí i průduškové astma, které má dle odhadů 20-50 % dětí s alergickou rýmou. Další odhad je, že až 70 % dětí s průduškovým astmatem trpí zároveň i alergickou rýmou (Chládková, 2012).

Zdravotnická ročenka ČR uvádí, že v roce 2019 bylo v České republice přes 123 tisíc dětí ve věku 0-14 léčených na alergickou rýmu. Jen dětí s alergickou rýmou ve věku 6-14 bylo v ČR cca 105 tisíc (Zdravotnická ročenka ČR 2019, 2020).

Bidat (2005) ve své knize uvádí „top ten“ alergenů dítěte. Výzkum byl proveden u astmatických dětí starších 5 let. Z výzkumu vzešel seznam deseti nejčastějších alergenů. Nejčastějšími alergeny jsou roztoče z domácího prachu, pylu travin, kočky, švábi, pylu břízovitých dřevin, obilí, vzdušné plísně a chlupy králíka.

Mezi nejčastější příznaky alergické rýmy dle Chládkové (2011) patří vodnatá sekrece z nosu, svědění nosní sliznice a kýchání. Pokud se u dítěte vyskytuje pylová alergie můžeme pozorovat slzení, svědění a zarudnutí spojivek. U těžších případů alergické rýmy jsou často viditelné tmavé kruhy pod očima, bolesti svalů, kloubů a hlavy. Časté jsou i poruchy spánku a s tím související zhoršená pozornost. Chládková (2012) píše, že alergická rýma negativně ovlivňuje kvalitu života dítěte a může vést ke zhoršení prospěchu, školní absenci a k omezení zájmových aktivit dítěte.

Průduškové astma, také astma bronchiale je vrozené chronické zánětlivé onemocnění průdušek. Projevuje se častým dráždivým kašlem (zhoršuje se v noci), opakovanými epizodami pískotů, dušností a tlakem na hrudi. Příznaky se často objevují nebo zhoršují při akutní virové respirační infekci, tělesné zátěži, při působení některých alergenů či cigaretového kouře a při silných emočních prožitcích (Chládková, 2011).

Podle Zdravotnické ročenky ČR 2019 bylo v České republice téměř 55 tisíc dětí ve věku 0-14 léčených s astmatem. Děti s astmatem ve věku 6-14 bylo cca 43 tisíc (Zdravotnická ročenka ČR 2019, 2020).

Chládková (2012) dále píše, že dětské astma se liší od astmatu dospělých, a to ve svém vzniku, projevech, diagnostice a terapii. Jak bylo výše naznačeno, tak velkou roli při vzniku dětského astmatu hraje alergie, obzvláště významná je přecitlivělost na alergeny domácího prostředí. Spouštěčem problémů u kojenců a batolat je obvykle respirační virová infekce. Průduškové astma se může projevovat v každém věku, ale nejčastěji se objeví do 5 let. V dnešní době považujeme průduškové astma za nejčastější chronické onemocnění v dětské věku (Chládková, 2012).

Astmatický záchvat může být dle Bidata (2005) vyvolán různými faktory například alergií, dráždivými látkami (cigaretový kouř, silné vůně), virovými infekcemi, námahou, vlhkostí a emočními faktory. Pokud je průduškové astma vyvoláno, svaly kolem průdušek se stáhnou a velmi rychle se zanítí i stěna průdušek, oteče a začne produkovat hlen. Abychom tento proces přerušili, je třeba začít léčit zánět v průduškách a dostat je zpět do klidového stádia.

U léčby astmatu u dětí je důležité potlačit příznaky onemocnění a umožnit jim aktivní život, dosáhnout a udržet normální plicní funkci a předejít astmatickým záchvatům. Pro preventivní léčbu všech stupňů chronického astmatu u dětí se využívají inhalační kortikosteroidy. Dlouhodobá preventivní léčba vede ke snížení počtu astmatických záchvatů a k potlačení příznaků. Pokud se zaměříme na léčbu úlevovou, tak je nutno zmínit vdechová úlevová léčiva, která rozšiřují průdušky. Dají se používat i preventivně, například před během dlouhé tratě. U dětí mladších čtyř let věku se setkáme s tlakovým aerosolovým dávkovačem s inhalačním nástavcem a maskou. Děti starší 4 let už zvládnou používat inhalační nástavec s náustkem, který je účinnější z důvodu rychlejšího průniku léčiva do dýchacích cest (Chládková, 2014).

3.1.2 Celiakie

Celiakie je celoživotní autoimunitní onemocnění, které je vyvolané konzumací lepku (glutenu) a příbuzných prolaminů, jehož hlavním projevem je léze sliznice tenkého střeva. Nejvíce jsou lepek a příbuzné prolaminy obsaženy v pšenici, následuje žito, ječmen a oves. Z epidemiologického hlediska je výskyt celiakie zhruba u 1 % populace na světě s převahou žen. Za posledních pár let se ukázalo, že prevalence i incidence u celiakie mírně roste, a to nejen kvůli kvalitnějším diagnostickým možnostem a lepším znalostem (Celiakie – doporučený postup pro diagnostiku a terapii u dětí a dospívajících, 2016).

Dle Frühaufa (2011) se klasická forma celiakie projeví již během 6. a 24. měsíce života. Mezi časté projevy patří chronický průjem, zvracení, nechutenství, nafouklé břicho, neprospívání v rámci růstu a přibývání na váze. Snopek (2018) píše, že celiakie má různý klinický obraz a může se projevovat až 200 různými způsoby, ale nemusí se projevit vůbec.

Terapie celiakie spočívá ve vyřazení lepku ze stravy neboli v bezlepkové dietě, která však dokáže být pestrá i chutná, ale finančně více náročná. Lepek se objevuje v běžně používaných potravinách, např. v pečivu, mouce, sušenkách, pivu ale i v omáčkách, koření, různých polotovarech a kečupu. Celiaci ovšem o tyto potraviny přijít nemusí, protože se v současnosti vyrábí mnoho alternativ těchto výrobků bez lepku. Existují

i potraviny, které přirozeně neobsahují lepek – kukuřice, quinoa, rýže, brambory, sója, čočka, fazole a mnoho dalších.

3.1.3 *Diabetes mellitus*

Diabetes mellitus (dále DM) je chronický metabolický syndrom, který je charakterizován narušením metabolismu glukózy a vyznačuje se poruchou sekrece inzulinu. Porušené metabolické procesy postihují především sacharidy, tuky a bílkoviny. Hlavním znakem onemocnění je hyperglykemie (nadměrná koncentrace glukózy v krvi) (Derňarová, 2021). Klíma (2016) diabetes mellitus charakterizuje jako stav s absolutním nebo relativním nedostatkem inzulinu, který vede k poruše látkové přeměny cukrů, tuků, bílkovin, minerálů a vody. Dále rozlišuje typy diabetu: diabetes 1. typu (IDDM) – na inzulinu závislý, diabetes 2. typu (NIDDM) na inzulinu nezávislý (léčí se obvykle antidiabetiky) a poruchy tolerance glukózy (přechody mezi diabetem a fyziologickým stavem).

Dle Zdravotnické ročenky ČR 2019 se v České republice vyskytuje více než 1 milion osob s diabetem (521,2 tisíc mužů a 524,4 tisíc žen), z toho 783 tisíc osob se léčilo pomocí antidiabetik (408 tisíc mužů a 375 tisíc žen). Perorální antidiabetika se využívají při léčbě DM 2. typu, pro DM 1. typu je nelze použít (Zdravotnická ročenka ČR 2019, 2020).

Derňarová (2021) uvádí, že roční incidence diabetu u dětí do 5 let stoupá až o 4 %. V důsledku zvyšující se obezity u dětí se více objevuje diabetes 2. typu, který byl v minulosti typický spíše pro dospělé. DM 1. typu je světově stále nejčastěji se vyskytujícím typem u dětí i adolescentů a tvoří více než 90 % případů diabetu. Derňarová (2021) tvrdí, že podle Mezinárodní diabetologické federace má více než 490 tisíc dětí ve věku 0–14 DM 1. typu z celkového počtu 1,5 miliardy. Dle Neumanna (2011) patří Česká republika k zemím se střední incidencí, a to podle dat z roku 2003.

Mezi první příznaky DM se řadí hubnutí, častý pocit žízně a časté močení. U dětí se může jednat i o časté pomočování v noci. Nástup nemoci bývá obvykle velmi náhlý a diagnostika bývá nejčastěji v předškolním a školním věku, ale také v dospívání. Příčinou DM je náhlý pokles, ale i vzestup hladiny cukru v krvi, tzv. glykémie. Za tímto stavem stojí hormon inzulin ve slinivce břišní, který snižuje hladinu cukru v krvi (Snopek, 2018).

Dle Klímy (2016) má léčba diabetu čtyři základní součásti: inzulin, regulovanou stravu, tělesnou aktivitu a edukaci diabetika. U dětí se využívají inzuliny stejné struktury jako lidský inzulin. Podává se několika podkožními injekcemi denně, které zajistí fyziologický stav, při kterém dochází k vzestupu hladiny inzulinu v krvi, a to hlavně po jídle. Tento vzestup je závislý na množství a složení stravy. Obvykle se aplikuje před hlavními jídly (snídaně, oběd, večeře), a to inzulin s rychlým účinkem, který obvykle začíná působit do půl hodiny od aplikace a končí za 4-6 hodin. Po aplikaci injekce inzulinu si organismus žádá přísun jídla, proto je důležité, aby si diabetik ohlídal hladinu cukru v krvi a zavčas se najedl, aby nedošlo k náhlému poklesu glykemie. Ke kontrole hladiny glykemie slouží kapesní glukometr. Další dávka inzulinu se podává před spaním.

Cílem léčby je eliminovat symptomy spojené s hyperglykemií a zabránit vzniku komplikací spojené s diabetem a zajistit tak plnohodnotný život nemocného. Derňarová (2021) píše o inzulinové pumpě, která se řadí k současným moderním alternativám terapie diabetu 1. typu. Pracuje na principu nepřetržitého dávkování inzulinu po malých dávkách do organismu. Tato technologie umožňuje pacientovi udržet stabilnější hladinu glykemie a docílit tak nezávislejšího denního režimu. Inzulinovou pumpu nosí pacient na těle (za opaskem či na krku) a pomocí subkutánní jehly s hadičkou (nejčastěji do podkoží břicha) je aplikován inzulin. Pumpa je naprogramována tak, aby pacienta upozorňovala na klesající nebo stoupající glykemie. Pumpy jsou vhodné pro spolupracující klienty všech věkových kategorií, včetně nejmenších dětí.

Další pojmy, které s DM souvisí jsou hypoglykémie (nízká hladina cukru v krvi) a hyperglykémie (vysoká hladina cukru v krvi). Pokud u dítěte nastane hyperglykémie je nutno podat dávku inzulinu. U lehké hypoglykémie (4-3 mmol/l) postačí, když zabráníme pohybu dítěte a necháme ho najíst. Pokud se jedná o středně závažnou hypoglykémii (3-2 mmol/l) zajistíme, aby si dítě dalo něco sladkého, jako je například hroznový cukr. Každý diabetik by měl dbát na to, aby měl vždy u sebe něco sladkého pro případ hypoglykémie (Snopek, 2018).

3.1.4 Epilepsie

Dalším chronickým onemocněním u dětí bývá epilepsie, kterou se zabývají především odborníci z oboru neurologie, protože jak je v následující definici uvedeno, jedná se o onemocnění neurologické. *„Epilepsie je definována jako chronické onemocnění projevující se opakovanými nevyprovokovanými epileptickými záchvaty. Jedná se o nejčastější léčitelné neurologické onemocnění, a to jak v dětství, tak v dospělosti. Její prevalence (tj. počet pacientů s epilepsií, kteří v posledních 5 letech prodělali alespoň jeden epileptický záchvat) je 0,5 – 1 % populace.“* (Kršek, 2010, s. 106)

Až do roku 2017 se využívala terminologie a dělení z roku 1981. V roce 2017 Komise pro klasifikaci a terminologii Mezinárodní ligy proti epilepsii (ILAE) zveřejnila dva klíčové dokumenty – novou klasifikaci epileptických záchvatů a novou klasifikaci epilepsií. Typy záchvatů jsou definovány jako fokální, generalizovaný a s neznámým začátkem. Z typů záchvatů vychází i typy epilepsie, kterými jsou fokální, generalizovaná, kombinovaná generalizovaná a fokální epilepsie a epilepsii neznámého typu. *„Záchvat je definován jako přechodný výskyt symptomů vznikajících v důsledku abnormální synchronní (epileptické) neuronální aktivity mozku.“* (Marusič, 2018, s. 33)

Fokální (ložiskové) záchvaty mohou být motorické nebo bez motorických projevů. Ložiskové z toho důvodu, že se šíří z určité části mozku. Dále lze záchvat rozlišit dle stavu vědomí pacienta, a to záchvat s poruchou vědomí a bez poruchy vědomí. Fokální záchvaty s motorickými projevy se projevují především automatismy, poklesem svalového napětí (atonické projevy), opakujícími se rytmyckými záškuby (klonické projevy), epileptickými spasmy. Další příznaky jsou hyperkinetické (bizární pohyby všech končetin), myoklonické (nepravidelné záškuby) a tonické (delší kontrakce svalových skupin). Dalším druh fokálního záchvatu dle příznaků jsou fokální záchvaty bez motorických projevů. Jedná se o příznaky autonomní (zvracení, zrudnutí slintání a změny srdeční aktivity), kognitivní (narušení řeči, kognitivních funkcí, halucinace, iluze), emoční (pocity radosti, strachu, úzkosti), senzorické (poruchy smyslového vnímání). Dalším a posledním projevem je záraz v chování, kdy zcela vymizí aktivita jedince (Buršíková, 2019).

Pro **generalizované záchvaty** je typické, že vznikají současně v obou hemisférách. Dělení je stejné jako u fokálních záchvatů, tedy na záchvaty s motorickými projevy a bez motorických projevů. Motorické záchvaty jsou tonicko-klonické (ztuhnutí těla a poté nastanou svalové křeče), klonické, tonické, myoklonické, atonické záchvaty a epileptické spasmy (stejně jako u fokálního záchvatu). Dále mohou být myoklonicko-atonické a myoklonicko-tonicko-klonické záchvaty. Mezi záchvaty bez motorických projevů řadíme typické (rychlý začátek i konec, bez svalového napětí), atypické (změna svalového napětí, méně náhlý začátek a konec), myoklonické záchvaty (drobné záškuby obličeje). Posledním typem záchvatu jsou **záchvaty s neznámým začátkem**, které nelze kvůli nedostatku informací jasně určit jako fokální nebo generalizovaný typ (Buršíková, 2019).

Jak už je výše zmíněno, epileptické záchvaty mají různé podoby, mohou trvat několik sekund, ale i minut. Typickým prožitkem pacienta před záchvatem je takzvaná aura, kdy má jedinec vnitřní pocit či prožitek a tuší, že záchvat přijde. Většina záchvatů netrvá déle než 5 minut, pokud velký záchvat trvá déle může ojediněle přejít do tzv. statusu epilepticu. Status epilepticus je definován jako záchvat, který trvá déle než 30 minut a nemocný po celou dobu záchvatu nenabude vědomí – v tento moment je potřeba volat záchrannou službu. Pokud má dítě záchvat ve škole, je potřeba nechat dítě odpočinout a neprodleně kontaktovat rodiče, protože záchvaty musí být zapisovány do tzv. záchvatového kalendáře pro ošetřujícího neurologa. Učitel by měl během záchvatu chránit žáka před nechtěným zraněním, a v žádném případě by neměl žáka při záchvatu omezovat či se ho snažit přemlouvat nebo uklidňovat. Pokud předměty v jeho blízkosti nejdou přesunout (např. topení, skříň nebo zeď) musíme přesunout samotného žáka. Opatrně mu uvolníme těsné oblečení, především kolem krku (např. šálu nebo knoflíčky u košile) a podložíme hlavu něčím měkkým (polštářkem, bundou nebo mikinou). Během záchvatu necháváme dítě o samotě, ale z povzdálí sledujeme průběh a hlavně dobu záchvatu. Po skončení záchvatu by mělo být dítě při vědomí, je ale důležité jeho vědomí zkontrolovat např. několika jednoduchými otázkami – zeptat se na jeho jméno nebo na dnešní datum či co je za den (Snopek, 2018).

4 INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

4.1 Vymezení inkluzivního vzdělávání

Inkluzi nebo inkluzivní vzdělávání je obtížné jednoznačně definovat pár větami. Pokud se podíváme na definice od několika autorů, i těch zahraničních, možná nás překvapí, jak odlišné pohledy a názory na inkluzivní vzdělávání mají. Pohled na inkluzi se liší i mezi státy, okrsy ale i jednotlivými školami. Nesmíme také opomenout rozdílné legislativní vymezení mezi jednotlivými státy. Ainscow (2006) vytvořil 6 typologií pohledů na inkluzivní vzdělávání:

1. Inkluze je chápána stejně jako integrace (jedinci s postižením jsou označováni jako ti, se „speciálními vzdělávacími potřebami“)
2. Inkluze je reakcí na segregaci dětí s poruchami chování
3. Inkluze je určena pro ty, kteří jsou ohroženi exkluzí (vyloučením)
4. Inkluze jako podpora vytváření školy pro všechny
5. Inkluze jako „vzdělávání pro všechny“
6. Inkluze jako základní přístup ke vzdělávání a ke společnosti.

Pro potřebu pochopení inkluzivního vzdělávání je nutné si alespoň v širším slova smyslu tento pojem vymezit, a to z toho důvodu, abychom následně mohli inkluzi aplikovat a podpořit. Takto Inkluzi definoval Ainscow (2006): *„Inkluze se zaměřuje na všechny žáky a mladé lidi ve školách, zaměřuje se na maximální docházku žáků, jejich participaci a na jejich maximální výsledky; inkluze a exkluze jde ruku v ruce v neustálém boji proinkluzivních tendencí s tendencemi ‚exkludovat‘, proto je inkluze nikdy nekončící proces. Tedy inkluzivní škola je spíše ta ve stálém, nikdy nekončícím pohybu nežli ta, která již jednou dosáhla perfektního stavu.“* (Ainscow, 2006, s. 25)

Hájková a Strnadová (2010) definují inkluzi jako koncept, jehož cílem je začlenit všechny děti, bez ohledu na stupeň postižení, do hlavního vzdělávacího proudu, z čehož vyplývá, že inkluzi nevnímají jako rozšířenou a optimalizovanou integraci. Inkluzivní vzdělávání definují jako *„vzdělávání rozvíjející kulturu školy směrem k sociální koherenci.“* (Hájková, 2010, s. 13)

Pro následné pochopení některých definic inkluze je důležité vědět význam 3 pojmů, které bývají obvykle špatně pochopeny, a to společné vzdělávání, inkluze a integrace.

Společné vzdělávání je termín, který není nikde vědecky definován, a proto si jej řada odborníků přebírá po svém. Dalo by se říci, že je to takový eufemismus k inkluzivnímu vzdělávání. V legislativě jsou vymezeny finance pro společné vzdělávání. Tyto finance jsou určeny pro žáky s potřebou podpůrných opatření v běžných základních školách. Takovýto koncept finanční podpory postižených žáků v běžných školách nevytváří proinkluzivní tendence, nejedná se tedy o inkluzi. Společné vzdělávání může být také pochopeno jako koncept, kdy se společně vzdělávají intaktní žáci a žáci s postižením. V této interpretaci již nalézáme prvky inkluze, ale jedná se o zúžení konceptu jen na jedinou věc která je součástí inkluze, a to diverzita.

Dalším pojmem je integrace ve vztahu k inkluzi ve vzdělávání. Jedná se o možnost, kdy se žák s postižením, za podpory podpůrných opatření, může vzdělávat v běžném vzdělávacím proudu s intaktními dětmi. Předpokladem je, že se žákovi dostane maximální podpory a díky tomu zvládne plnit stejné vzdělávací cíle jako celá třída. Rozdíl mezi integrací a inkluzí je v tom, že integrovaný žák je nucen se přizpůsobit prostředí školy. Kdežto v inkluzi se přizpůsobuje prostředí, metody, formy a výuka všem žákům, bez rozdílu (Zilcher, 2019).

Zilcher a Svoboda (2019) na základě svých poznatků, a to nejen ze zahraničí, vytvořili vlastní definici inkluzivního vzdělávání. Uvádí, že by měla pokrýt komplexně celou podstatu tohoto termínu. Definice nemůže být samostatná, proto nesmíme opomíjet tři základní složky inkluze, jako je: didaktika (praxe), kultura a politika.

„Inkluzivní vzdělávání je z pohledu didaktického vrchol individuace ve vzdělávání, z pohledu školní kultury je to vize plně komunitní školy a z pohledu školní politiky nastavené takové prostředí, které respektuje jakékoliv zvláštnosti a podporuje rovnost všech, a to ve veškerých možných situacích.“ (Zilcher, 2019, s. 56)

4.2 Vývoj péče o osoby se zdravotním znevýhodněním v historickém kontextu

Tato kapitola bude zaměřena na postoje společnosti ke zdravotně znevýhodněným v rámci historie až po současnost. Témata postoje a péče o osoby se zdravotním znevýhodněním byla a stále jsou aktuálním tématem, které se neustále mění. Dle Slowíka (2016) se nejedná o přístupy společnosti ke zdravotně znevýhodněným osobám podle jednotlivých historických období, ale jedná se spíše o převládající tendence v dějinných etapách. Postoje majority ke zdravotně znevýhodněným osobám nelze jednoznačně určit, protože chování k minoritě bylo vždy rozmanité, a ne zcela jednoznačné. Slowík (2016) ve své knize uvádí těchto šest přístupů:

- 1) represivní,
- 2) charitativní,
- 3) humanistický,
- 4) rehabilitační,
- 5) preventivně-integrační,
- 6) inkluzivní.

Represivní a odmítavý přístup je typický pro antický starověk, kdy se v řecké Spartě o tom, zda novorozenec s postižením bude žít či nikoliv, rozhodovala tzv. rada starších. Novorozenci byli nejčastěji házeni do propasti v pohoří Taygetos. Ačkoliv v Aténách platily Solónovy zákony, které určovali rovnoprávnost všem občanům, lidem s postižením se stejná práva nedostala, protože o životě novorozenců s postižením rozhodovala porodní bába. Velmi podobný přístup jako Řekové měl i antický Řím a otec měl právo usmrtit dítě s postižením hned po jeho narození, ale potřeboval k tomu souhlas dalších pěti občanů. Ty jedince, které ušetřili smrti byli často využíváni jako otroci. Osoby s těžkým postižením vylodili na řece Tiber a nechali je na pospas svému osudu (Kudláčová, 2010).

Charitativní přístup by se dal zařadit do období židovství (judaismus) a křesťanského starověku a středověku, z čehož vyplývá, že tento přístup byl velmi ovlivněn nástupem křesťanského náboženství. Kudláčová (2016) píše, že výrokem lásky k bližnímu bez rozdílu lidstvo překonalo hranice lidské různorodosti a přiznalo tak osobám s postižením právo na důstojný život. Slowík (2016) uvádí, že církev tyto osoby viděla jako objekt

milosrdenství, které bylo typické pro křesťanský středověk. V období charitativního přístupu jsou zakládány hospice, klášterní špitály atd. Úroveň péče o osoby nemocné a osoby s postižením byla různá. To stejné můžeme říct i o přístupu a postojích, ale nemůžeme opomenout to nejdůležitější, co nám období křesťanského starověku a středověku přineslo, a to první náznaky organizované péče o lidi s postižením (Kudláčová, 2016).

Humanistický přístup je typický pro období novověku (včetně renesance a osvícenství), kde se začal více klást důraz na tělesnou stránku člověka, která byla v předchozích přístupech opomíjena. Slowík (2016) dále zmiňuje pokrok v rozvoji vědeckého poznání, které vedlo ke změně přístupu k osobám s postižením. Nestačí jen zajistit primární potřeby osoby s postižením, ale pomoci jim k plnohodnotnému životu po boku jedinců intaktních. Začíná se proto na člověka nahlížet více komplexně a při péči se neopomíjí složky fyzické, psychické, duchovní i sociální.

V období **rehabilitačního přístupu** (druhá polovina 19. století) jde už o cílenou, organizovanou a institucionalizovanou péči o osoby s postižením, která souvisí se vznikem mnoha škol a zařízení určené pro tyto osoby. Zásahu na tom měl prudký nárůst poznatků z oborů medicíny, psychologie, pedagogiky a sociologie. Tyto poznatky byly předpokladem k pozdějšímu vzniku léčebné (speciální) pedagogiky jako samostatného vědního oboru. Ve 2. pol. 20. století se vykristalizovala některá úskalí trendu segregace a separace a ve vyspělých zemích se do popředí v péči o osoby s postižením začíná dostávat integrativní přístup (Kudláčová, 2010).

Slowík (2016) uvádí, že základem tohoto přístupu je propojování léčby s výchovou a vzděláváním. Pokud si přeložíme pojem rehabilitace, znamená doslova „znovu uschopnění“, a to člověka s postižením pro život v běžné společnosti. Ten, kdo nebyl schopen dosáhnout dostatečných schopností pro život v intaktní společnosti, byl obvykle přemístěn do ústavního zařízení a stal se tak objektem institucionální péče. Z toho vyplývá, že lidé s postižením byli obvykle segregováni. U nás takovýto přístup převládal až do osmdesátých let minulého století.

Preventivně-integrační přístup datujeme do období postmoderny (cca 70. léta 20. století). Dle Slowíka (2016) je to období zaměřeno na prevenci vzniku postižení, a také se začíná prosazovat nový trend přístupu k postiženým, a to integrace znevýhodněných osob do intaktní společnosti (u nás se tento trend projevuje až kolem 90. let 20. století). Kudláčová (2016) datuje počátky integrace u nás do 80. let 20. století, kdy došlo i k největšímu rozkvětu speciální pedagogiky. Integraci chápal jako duální systém vzdělávání, kdy na jedné straně stojí běžný systém vzdělávání, a na straně druhém systém speciálního vzdělávání. Jde tedy o přístup, kdy se společnost snaží vybudovat toleranci k odlišnostem u většinové populace, na kterou nejsou všichni intaktní jedinci připraveni, proto nelze očekávat vstřícný a tolerantní přístup od každého.

Současným trendem je **inkluzivní přístup** k osobám se znevýhodněním. Inkluzivní vzdělávání jako takové je popsáno výše v kapitole 4.1, a proto se zde jen v krátkosti zmíníme o počátcích inkluzivního přístupu. Počátky prvních myšlenek a diskuzí o inkluzivním vzdělávání sahají do poloviny 80. let 20. století, ale intenzivnějšího rozvoje se tento koncept dočkal až v 90. letech, a to především v anglo-americké části světa. Vznik inkluzivního vzdělávání provázelo mnoho otázek a problémů, a především optimistické nasazení, které bylo doprovázeno mnohými legislativními opatřeními. Následovalo mnoho publikací, které řešily otázky: Jak přistupovat k žákům, jak realizovat inkluzivní edukaci, za jakých podmínek a proč je dobré tento přístup realizovat? Asi nikdo v danou chvíli nemyslel na to, že bez hlubšího zkoumání dopadů na edukační praxi hrozí mnoho rizik. Toto zaskočilo i mnoho pedagogů, kteří na inkluzi nebyli dostatečně připraveni, a proto většina pedagogů zaujala k inkluzi odmítavý postoj (Kudláčová, 2016).

4.3 Legislativní vymezení inkluze

Následující kapitola se bude zabývat legislativním vymezením inkluze nejen v rámci vnitrostátních dokumentů, ale také budou zmíněny některé zásadní mezinárodní úmluvy, které se staly základními dokumenty při zrodu inkluzivní edukace. Ale především bude tato kapitola zaměřena na aktuální legislativní vymezení inkluzivního vzdělávání v rámci České republiky.

Prvním mezinárodním dokumentem, který hlásal právo na bezplatné povinné základní vzdělávání pro všechny děti byla *Všeobecná deklarace lidských práv a svobod OSN* (Organizace spojených národů) z roku 1948. Toto tvrzení můžeme najít ve 26. článku a odstavci 1. Dalšími dokumentem, který zavádí právo vzdělávání všech dětí bez rozdílu a diskriminace je *Úmluva OSN o právech dítěte* z roku 1989 a *Světová deklarace vzdělání pro všechny* tzv. *Jomtienská deklarace* z roku 1990. Výsledkem *Salamanské deklarace UNESCO* z roku 1994 bylo tvrzení, že běžné školy se zaměřením na inkluzi jsou nejlepším nástrojem s bojem proti diskriminaci a zároveň umožňují vzdělávání pro všechny. Posledním zmiňovaným mezinárodním dokumentem je *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* z roku 2006, kdy se státy zavázaly k tomu, že zajistí inkluzivní vzdělávací systém na všech úrovních, plnohodnotný rozvoj lidského potenciálu a smysl pro důstojnost a vědomí vlastní hodnoty (Právní předpisy a související dokumenty, c2013–2023).

Mezi stěžejní aktuální dokumenty, které pojednávají o inkluzivním vzdělávání a ostatních náležitostech s tímto tématem spojené patří Školský zákon č. 561/2004 Sb. a Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných č. 27/2016 Sb.

Ve Školském zákoně č. 561/2004 Sb. se hned v části první § 2 dozvídáme zásady a cíle vzdělávání, kterými jsou např.: rovný přístup bez diskriminace, zohledňování vzdělávacích potřeb jedince nebo možnost bezplatného základního a středního vzdělávání. V § 16, který je pro téma inkluze asi nejdůležitější, se řeší podpora vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Hned v prvním odstavci je definováno, kdo je osoba se speciálními vzdělávacími potřebami. S inkluzí úzce souvisí i podpůrná opatření, která jsou popsána v několika následujících odstavcích §16.

Podpůrná opatření (dále jen PO) jsou členěna do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. PO mohou být například poradenská pomoc škole a školského poradenského zařízení, úprava organizace, metod, obsahu a forem vzdělávání, úprava očekávaných výstupů, vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (IVP) nebo využití asistenta pedagoga, dalšího pedagogického pracovníka či tlumočnicka znakového jazyka.

Dle Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) § 16a odst. 1 *„školské poradenské zařízení poskytne poradenskou pomoc dítěti, žákovi, studentovi nebo zákonnému zástupci dítěte nebo žáka na základě jeho žádosti nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci podle jiného právního předpisu.“* Dále dle § 16a odst. 3 se píše, že *„výsledkem poradenské pomoci školského poradenského zařízení jsou zejména zpráva a doporučení. Ve zprávě školské poradenské zařízení uvede skutečnosti podstatné pro doporučení podpůrných opatření. V doporučení uvede závěry vyšetření a podpůrná opatření prvního až pátého stupně, která odpovídají zjištěným speciálním vzdělávacím potřebám a možnostem dítěte, žáka nebo studenta, a to včetně možných kombinací a variant podpůrných opatření a způsobu a pravidel jejich použití při vzdělávání.“*

Dále Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) § 18 popisuje individuální vzdělávací plán (IVP), který může vypracovat ředitel školy na základě písemného doporučení ze školského poradenského zařízení, a to pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním. Ředitel školy vypracovává IVP po žádosti zákonných zástupců nezletilého žáka nebo na žádost žáka zletilého. Následně se v § 116 školského zákona dozvídáme o školských poradenských zařízeních, které *„zajišťují pro děti, žáky a studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě na budoucí povolání“.*

Jak je výše zmíněno, tak dalším důležitým dokumentem pro legislativní vymezení inkluze je Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. V § 1 odst. 1 je blíže popsáno, čeho se vyhláška týká: *„Tato vyhláška upravuje pravidla vzdělávání dětí, žáků a studentů (dále jen „žák“) se speciálními vzdělávacími potřebami, vzdělávání žáků uvedených v § 16 odst. 9 zákona a vzdělávání žáků nadaných.“*

V druhé části Vyhlášky č. 27/2016 Sb. se dozvídáme podrobnější informace podpůrných opatření včetně práce asistenta pedagoga, jehož pracovní náplní je poskytovat podporu jinému pedagogovi při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (dále žáci se SVP). V §17 se pojednává o organizaci vzdělávání žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními a udává, že se může v jedné třídě či skupině vzdělávat nejvíce pět žáků se SVP, kteří mají přiznaná PO druhého až pátého stupně a zároveň nesmí jejich počet překročit jednu třetinu žáků ve třídě.

4.4 Dítě s chronickým onemocněním v procesu inkluzivního vzdělávání

Chronické onemocnění je velice široký a obsáhlý pojem, proto je potřeba ho zasadit do kontextu, který je důležitý pro téma této bakalářské práce. Pokud bychom se bavili pouze o onemocnění, kterými se zabýváme výše, je nutno říci, že takový žák se po většinu své nemoci léčí ambulantně a není potřeba, aby se léčil ve zdravotnickém zařízení a popřípadě vzdělával v mateřské nebo základní škole při zdravotnickém zařízení. Většina žáků s alergiemi, astmatem, celiakií, diabetem a epilepsií navštěvují běžné základní školy, kde je jim často nabídnuta možnost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu.

Dle Vladové (2016) je pro vzdělávání žáka s onemocněním v rámci inkluzivního vzdělávání nutné zhodnocení aktuálního zdravotního stavu, jako je lékařská diagnóza a prognóza, vyjádření speciálního pedagoga a popřípadě vyjádření dalších odborníků. Úkolem učitele, který vzdělává nemocného žáka je věnovat pozornost vytváření sociálních vztahů ve třídě a přiměřenou cestou seznámit žáky s problémy jejich spolužáka a být jim příkladem v rámci projevu ohleduplnosti. Dítě s onemocněním vzdělávané v běžné mateřské i základní škole, jak uvádí Vladová (2016), plní stejné vzdělávací cíle jako žáci intaktní s ohledem na jejich individuální zvláštnosti vyplývající z aktuálního zdravotního stavu dítěte.

U všech onemocnění je velice důležité, aby rodiče nebo zákonní zástupci informovali školu o zdravotním stavu jejich dítěte. Proto je stěžejní spolupráce mezi zákonnými zástupci a učitelem, popřípadě i pediatrem. V následujících odstavcích bychom se zaměřili na roli učitele při komplikacích, které mohou nastat v důsledku některých

chronických onemocnění, na výzkumy a na aktuální problémy, které se tohoto tématu týkají.

Jak je již výše zmíněno, základem pro to, aby výchova a vzdělávání probíhaly bez větších problémů, je stěžejní spolupráce s rodiči, a hlavně informovanost učitele o zdravotním stavu a potřebách dítěte. Konrád (2008) píše, že *„o astmatu u dítěte musí vědět třídní učitel i škola, aby dítě mělo zajištěno snadný přístup k lékům a učitel mu mohl připomenout, že má užívat například před tělocvikem (zvláště když je venku za chladného počasí), výtvarnou výchovou nebo přírodními vědami, kde mohou na dítě působit výpary z chemických pokusů, lepidla nebo alergenů z domácích zvířat“* (Konrád, 2008, s. 156). Snopek (2018) uvádí, že při astmatickém záchvatu je velice důležité udržet sebe, a především dítě v klidu, protože napětí by mohlo příznaky ještě prohloubit. Dalším krokem je udržet dítě nejlépe v polosedě a podat mu ordinovanou medikaci. Pokud do zhruba pěti minut medikace nezabere je nutno zavolat rychlou lékařskou službu a poté informovat zákonné zástupce dítěte. Totožně se chováme i při alergické reakci.

O první pomoci při epileptickém záchvatu je již zmínka v kapitole 3.1.4, proto zde bude spíše zmíněn výzkum Buršíkové (2019), která se snažila zjistit znalosti, sebedůvěru a postoje učitelů k epilepsii. Ve výzkumu porovnávala studenty posledního ročníku učitelství, učitele 1. stupně a učitele s dítětem s epilepsií ve třídě a došla k těmto závěrům:

- *„Třídní učitelé dětí s epilepsií dosahují v globálním pohledu lepších výsledků v oblasti znalostí a postojů než ostatní učitelé a studenti učitelství.“*
- *„Jako problematická se jeví přetrvávající miskoncepce v oblasti první pomoci u některých učitelů (lžička do úst apod.) a rovněž jejich nízká sebedůvěra v tom, odhalit případné vedlejší účinky antiepileptické léčby.“*
- *„Třídní učitelé dětí s epilepsií mají v drtivé většině značný zájem o další edukaci v oblasti epilepsie, přičemž intenzita tohoto zájmu u nich kladně koreluje s jejich postoji k dětem s epilepsií.“* (Buršíková, 2019, s. 182 a 183)

Další důležitou věcí, kterou by měl udělat učitel, pokud má ve třídě dítě s epilepsií je zeptat se rodičů na následující otázky, které ve své publikaci uvádí Snopek (2018):

- „*Jaký druh záchvatu obvykle má?*“
- „*Jak probíhá?*“
- „*Jak dlouho obvykle trvá?*“
- „*Je-li třeba první pomoci, tak jaké?*“
- „*Jak dlouhá je doba typická k zotavení po záchvatu?*“
- „*Jsou známy nějaké zvláštní podmínky nebo události, které vyvolávají záchvat?*“
- „*Má lék vedlejší účinky?*“
- „*Žádají rodiče nebo lékař nějaké omezení školní činnosti?*“
- „*Má dítě auru (předzvěst záchvatu)?*“
- „*Mohou rodiče uvést nějaké jiné okolnosti?*“
- „*Chápou, co je epilepsie a její léčba?*“ (Snopek, 2018, s. 61 a 62)

Nyní bude zmíněn problém, který aktuálně řeší Česká pediatrická a Česká diabetologická společnost ČLS JEP, které reagovaly na společné sdělení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a Ministerstva zdravotnictví (MZ) ČR z konce roku 2021 k problematice chronicky nemocných dětí ve školách. V tomto sdělení představují novelu zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách z 1. 1. 2022 a doporučují zde rodičům, aby se obrátili na svého praktického pediatra a požádali o indikaci domácí zdravotní péče, která by do školy pravidelně docházela. Česká pediatrická a Česká diabetologická společnost v návaznosti na toto sdělení vyzývají ministerstva, aby efektivně začala řešit problémy dětí s chronickým onemocněním a nabízejí pomoc při formulaci nového metodického pokynu (Děti s diabetem ve škole – reakce odborných společností, c2023).

České pediatrické společnosti ČLS JEP se podařilo v rámci její působnosti vytvořit Pracovní skupiny pro péči o chronicky nemocné děti ve školách, které se skládají z lékařů, právníků, učitelů, speciálních pedagogů, psychologů a zástupců patientských organizací. Společně vytvořili základní informace o problematice diabetu 1. typu ve školách určené pedagogům a vzor smlouvy mezi školou a rodiči dětí vyžadující zvláštní péči z důvodu diabetu 1. typu. Smlouva je důležitá pro školu i pro rodiče, protože sjednocuje jejich

požadavky a určuje jasná pravidla v péči o dítě s diabetem. Tato skupina jedná s ministerstvy zdravotnictví a školství a snaží se vyřešit tyto právní nedostatky v péči o chronicky nemocné děti ve školství (Diabetes a škola, c2023).

V návaznosti na tuto situaci vydalo ministerstvo školství Stanovisko k poskytování zdravotnických služeb ve školách a školských zařízeních, kde uvádí, že jsou si tohoto problému vědomi a v současnosti tuto situaci řeší ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví. Právní předpisy vytvořené Ministerstvem zdravotnictví ČR podávání léků ve školách neupravují. Nicméně k obdobné problematice vydalo MŠMT „Metodický pokyn upřesňující činnosti středisek výchovné péče“, č. j. MSMT-774/2007-24, který v čl. 4 odd. I. bodu 5 odst. 5 písm. b) uvádí: *„Jsou-li do péče střediska přijati klienti se zdravotním znevýhodněním, jejichž stav vyžaduje podávání léků (mezi zdravotní obtíže, které vyžadují takovou péči, patří např. bronchiální astma, cukrovka, záchvatovitá onemocnění apod.), zajistí asistent pedagoga podle rozpisu podávání léků jejich vydání příslušnému klientovi; užití zapíše bezodkladně do evidence podávání léků; léky musí být zabezpečeny a evidovány, aby nemohlo dojít k jejich zneužití nebo záměně“.*

Praktická část

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat připravenost učitelů mateřských škol a prvního stupně základních škol na vzdělávání dětí a žáků s chronickým onemocněním.

Z hlavního cíle vyplynuly tyto tři následující cíle. Prvním cílem je zjistit, zda jsou učitelé dostatečně obeznámeni s problematikou chronických onemocnění a kde získávají informace o tomto tématu. Druhým cílem je zjistit, zda by učitelé ocenili další vzdělávání v této oblasti. Třetím cílem je zmapovat jaká je spolupráce a informovanost pedagogů o nemoci dítěte ze strany rodičů, popřípadě i ze strany dětského lékaře.

5.2 Výzkumné otázky

Z cíle výzkumu vyplynuly následující výzkumné otázky:

VO1: Se kterými chronickými onemocněními se respondenti nejčastěji setkávají ve své praxi?

VO2: Jaké informace mají učitelé o problematice chronických onemocnění?

VO3: Jaká konkrétní režimová opatření učitelé realizují a jaké obecné znalosti o tomto typu podpůrného opatření mají?

VO4: Je pro učitele dítě s chronickým onemocněním ve třídě výzvou? A v čem?

VO5: Jakým je v kontextu zkoumané problematiky rodič pro učitele partnerem?

5.3 Metodologie

5.3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Výzkumná část této bakalářské práce probíhá metodou kvantitativního výzkumu, konkrétně využívá formu dotazníku. Chráska (2016) definuje kvantitativní výzkum jako „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy*“ (Chráska, 2016, s. 11).

Chráska (2016) dále uvádí fáze klasického pedagogického výzkumu, kterými jsou: stanovení problému, formulace hypotéz, testování hypotéz, vyvození závěrů a jejich prezentace. Gavora (2010) uvádí, že první věc, kterou by měl výzkumník udělat je stanovení si výzkumného problému. Každý, kdo výzkum provádí má mnoho otázek, které jsou pro výzkum klíčové a cílem výzkumu je získat na tyto otázky odpovědi. Pro vymezení výzkumného problému je potřeba, aby se výzkumník orientoval v problematice, kterou si zvolil a měl teoretické znalosti o zkoumaném problému.

Gavora (2010) rozlišuje tři typy výzkumných problémů, kterými jsou deskriptivní, relační a kauzální výzkumné problémy. Deskriptivní (popisné) výzkumné problémy zjišťují, popisují situaci, stav nebo určitý jev a nejčastěji se využívají dotazníky, pozorování či škálování. Druhým výzkumným problémem je relační, zde se ptáme na vztah mezi zkoumanými jevy a jak těsný jejich vztah je. Třetím typem výzkumného problému je kauzální výzkumný problém, který zjišťuje vztahy a jejich příčinu, která vedla k určitému důsledku. Často se při tomto problému využívá metoda experimentální, kde se například srovnávají dvě skupiny subjektů, které se od sebe liší.

Dotazník je dle Gavory (2010) nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů, a to především kvůli jeho zdánlivě lehké konstrukci. Dále jej definuje jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“ (Gavora, 2010, s. 121). Chráska (2016) uvádí, že pro dotazník jsou typické předem promyšlené a pečlivě sestavené otázky, na které respondent (dotazovaná osoba) písemně odpovídá.

Termín „otázka“ není pro dotazník úplně nejvhodnější, proto se častěji užívá označení položka, protože každá položka v dotazníku nemusí mít formu otázky. Existují dvě formy položek, které jsou rozděleny podle toho, jakým způsobem má respondent na danou položku odpovědět, a to položky uzavřené a otevřené. Položky uzavřené mají předem připravený výběr odpovědí. Jejich výhodou je snazší a rychlejší vyplňování a zároveň i zjednodušené následné vyhodnocování. Pro položky otevřené je charakteristické, že respondent si odpověď vytvoří sám. Je určen pouze předmět, ke kterému se má respondent vyjádřit bez jakéhokoli usměrňování. Nevýhodou otevřených položek je jejich vysoká náročnost na vyhodnocování, kdy výzkumník musí provést kategorizaci.

Kategorizace umožní velký počet individuálních odpovědí převést na menší počet zvolených kategorií a udělat z nich přehlednější soubor (Chráška, 2016).

5.3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a organizace výzkumného šetření

Dotazník byl vytvořen pro účely této bakalářské práce a jedná se o dotazník nestandardizovaný. Cílem bylo zjistit a zmapovat připravenost učitelů na dítě s chronickým onemocněním. Výzkumné šetření probíhalo po celé České republice, a to konkrétně na prvním stupni základních škol a v mateřských školách. Rozeslán byl prostřednictvím e-mailové adresy zhruba dvaceti základním i mateřským školám, do facebookové skupiny učitelek MŠ a bývalým studentkám středních pedagogických škol. Šíření probíhalo elektronickou formou prostřednictvím aplikace Survio. Dotazník byl sestaven z 20 položek, z toho bylo 14 položek uzavřených a 6 položek otevřených.

Dotazník celkem otevřelo 120 respondentů, z toho jich 64 bylo vyplněno. Z důvodu neúplnosti nebo nesmyslnosti odpovědí byly tři vyřazeny. Celková úspěšnost vyplnění činí 53,3 %. Do dotazníkového šetření se zapojily pouze ženy (pedagožky), které mají zkušenost s chronicky nemocným dítětem ve škole.

6 Výsledky výzkumného šetření

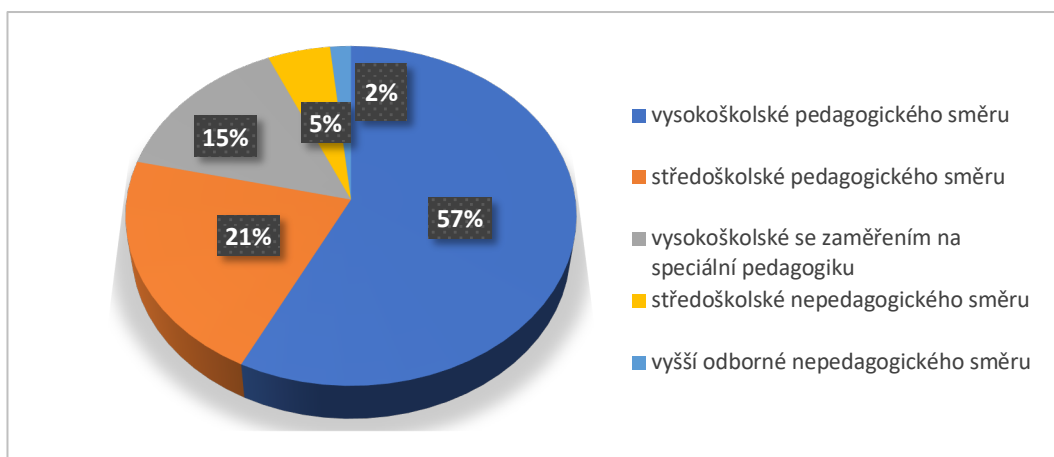
6.1 Vyhodnocení dotazníku

Otázka 1: Jaké je Vaše pohlaví?

V první otázce všech 61 (tj. 100 %) respondentů odpovědělo, že jsou ženy.

Otázka 2: Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

Graf 1: Nejvyšší dokončené vzdělání

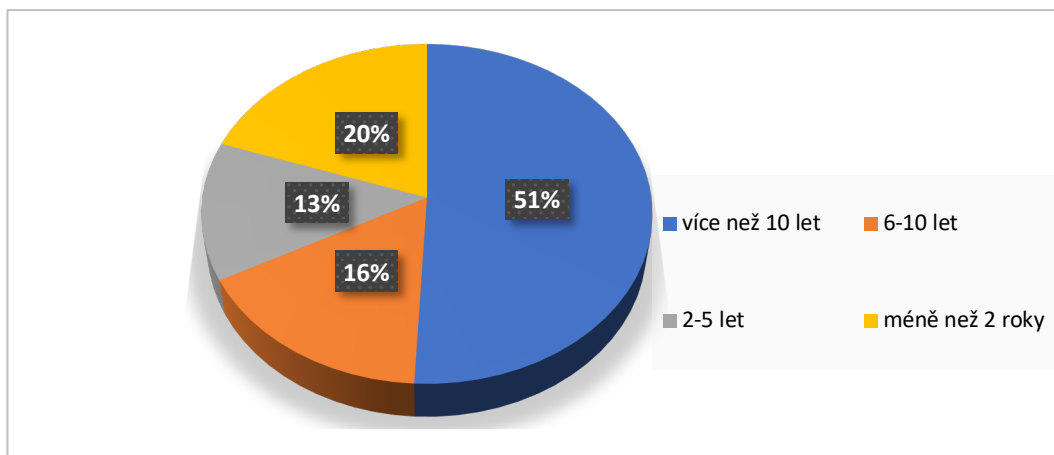


Zdroj: vlastní

Druhá otázka byla zaměřena na zjištění typu a stupně vzdělání u respondentů. Z celkového počtu 61 respondentů jich 35 (tj. 57 %) má vysokoškolské vzdělání pedagogického směru, 13 (tj. 21 %) středoškolské vzdělání pedagogického směru, 9 (tj. 15 %) vysokoškolské se zaměřením na speciální pedagogiku, 3 (tj. 5 %) mají středoškolské nepedagogického směru a 1 (2 %) má vyšší odborné vzdělání nepedagogického směru.

Otázka 3: Jak dlouho pracujete ve školství?

Graf 2: Délka praxe

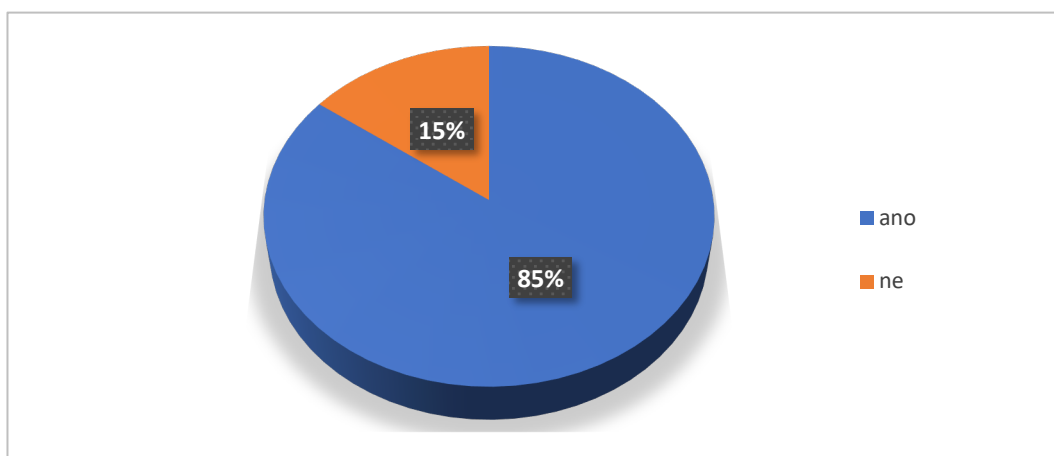


Zdroj: vlastní

Výzkumného šetření se zúčastnili učitelé, kteří mají dlouholetou praxi, tak i učitelé začínající. Ve sledovaném souboru se objevilo nejvíce učitelů s pedagogickou praxí delší než 10 let a praxí kratší než 2 roky. Z celkového počtu 61 respondentů jich více než polovina (tj. 31 respondentů) měla praxi déle než 10 let, méně než 2 roky mělo praxi 12 (tj. 20 %), praxi v délce 6-10 let 10 (tj. 16 %) a praxi v délce 2-5 let mělo 8 (tj. 13 %) respondentů.

Otázka 4: Měl/a jste v průběhu svého studia předmět se zaměřením na speciální pedagogiku?

Graf 3: Předmět speciální pedagogiky



Zdroj: vlastní

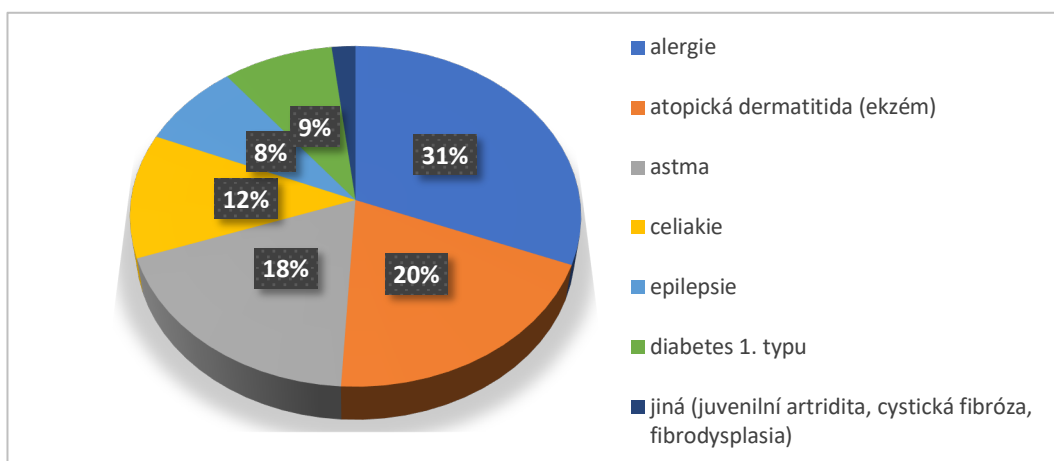
Čtvrtá otázka byla zaměřena na zjištění, zda se dotazovaní učitelé v době svého studia setkali s předmětem speciální pedagogiky. Z grafu je patrné, že 52 (tj. 85 %) z nich se s předmětem speciální pedagogiky setkali a 9 (tj. 15 %) učitelů tento předmět během svého studia neabsolvovalo.

Otázka 5: Máte zkušenost s chronicky nemocným dítětem ve škole?

Na tuto otázku odpovědělo celkem 61 respondentů kladně, což je 100 %.

Otázka 6: Jaká chronická onemocnění se u Vás ve třídě vyskytují, popřípadě s jakými máte zkušenost?

Graf 4: Zkušenosti učitelů s chronickým onemocněním

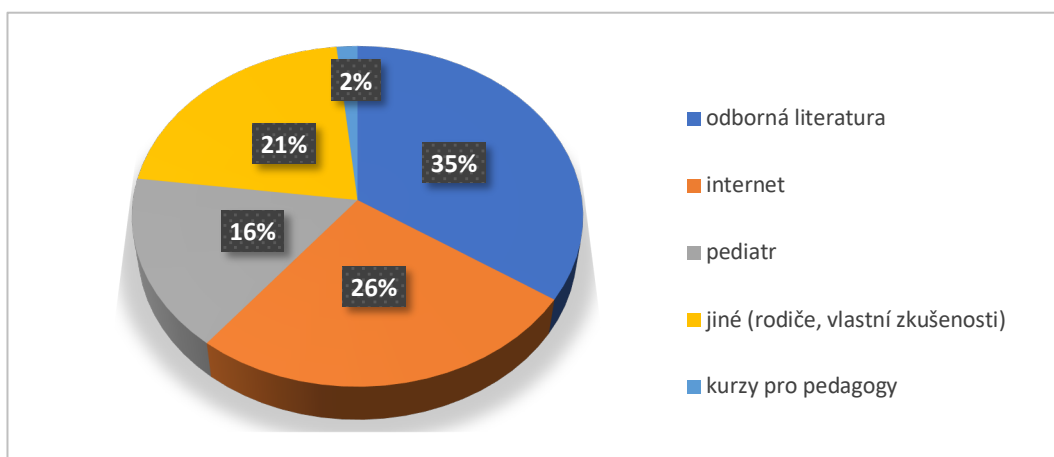


Zdroj: vlastní

Graf 4 znázorňuje, s jakými typy chronického onemocnění se respondenti během své praxe setkali nejvíce, mohli vybrat i více onemocnění. Nejvíce respondentů se setkala s alergiemi, atopickou dermatitidou a astmatem. S alergií se setkala 50 (tj. 31 %) respondentů, s atopickou dermatitidou 32 (tj. 20 %), s astmatem 30 (tj. 18 %), 19 (tj. 12 %) s celiakií, 14 (tj. 9 %) s diabetem 1. typu a 13 (tj. 8 %) s epilepsií. V odpovědích se vyskytovala i závažná a velmi vzácná onemocnění, a to juvenilní artritida, cystická fibróza a fibrodysplasie. Tato vzácná chronická onemocnění uvedli 3 (2 %) respondenti

Otázka 7: Pokud ano, odkud jste získával/a informace o chronických onemocnění, které měl žák ve vaší třídě?

Graf 5: Získávání informací o chronických onemocnění

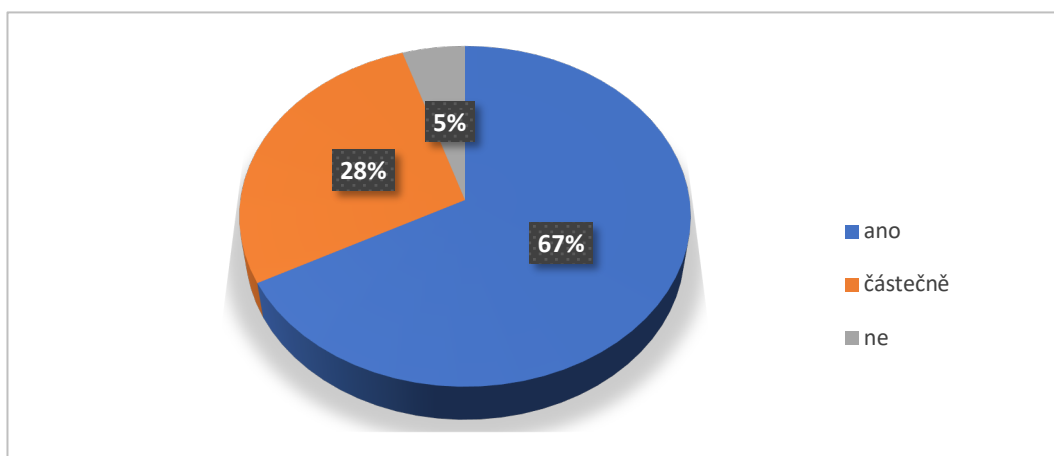


Zdroj: vlastní

Respondenti uváděli, odkud nejčastěji získávají informace o chronickém onemocnění, které má žák v jejich třídě. 21 (tj. 35 %) respondentů informace získává z odborné literatury, 16 (tj. 26 %) z internetu, 13 (tj. 21 %) od rodičů nebo z vlastní zkušenosti, 10 (tj. 16 %) od pediatra a 1 (tj. 2 %) učitel z kurzu pro pedagogy.

Otázka 8: Získával/a jste od rodičů dítěte s chronickým onemocněním dostatečné informace o jeho zdravotním stavu?

Graf 6: Dostatečná informovanost učitele o zdravotním stavu dítěte od rodičů/pediatra

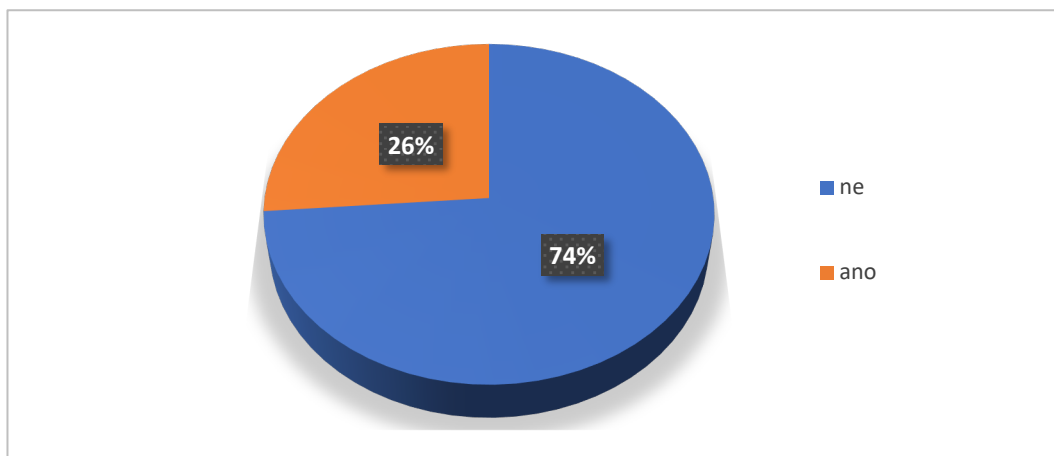


Zdroj: vlastní

Z celkových 61 respondentů jich 41 (tj. 67 %) uvedlo, že informace od rodičů/pediatra jsou dostatečné, 17 (tj. 28 %) považuje informace za částečné a 3 (tj. 5 %) respondenti uvádí, že informace jsou nedostatečné.

Otázka 9: Mělo chronické onemocnění dítěte, které jste měl/a ve třídě nějaký dopad na výchovu a vzdělávání?

Graf 7: Vliv chronického onemocnění na výchovu a vzdělávání

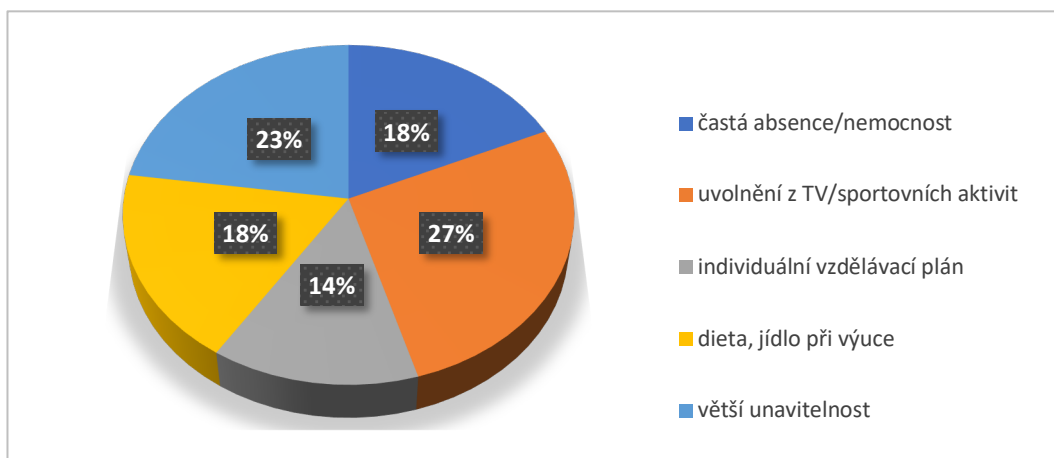


Zdroj: vlastní

Otázka devátá zjišťuje vliv chronického onemocnění dítěte na vzdělávání a výchovu. Jak je z grafu 7 patrné, 45 (tj. 74 %) respondentů uvedlo, že chronické onemocnění výchovu a vzdělávání neovlivnilo a 16 (tj. 26 %) uvedlo, že chronické onemocnění mělo dopad na výchovu a vzdělávání dítěte.

Otázka 10: Pokud ano, v čem konkrétně, prosím popište.

Graf 8: Konkrétní vlivy na výchovu a vzdělávání

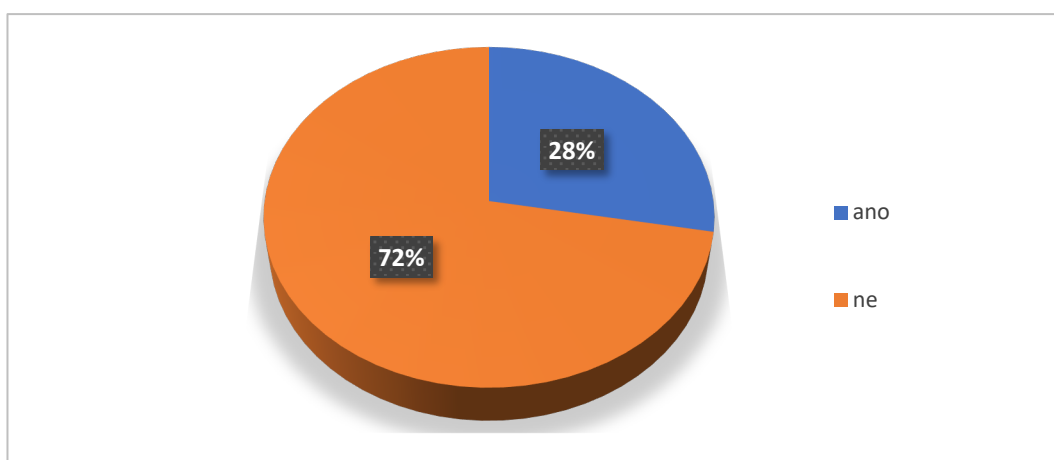


Zdroj: vlastní

Otázka desátá byla otevřená a navazovala na otázku předešlou. Tuto otázku zodpovědělo 18 (tj. 30 %) respondentů z 61. 6 (tj. 27 %) dotazovaných učitelů uvedlo, že dítě bylo uvolněno z tělesné výchovy a sportovních aktivit, 5 (tj. 23 %), že dítě je více unavitelné, 4 (tj. 18 %) učitelé uvedli, že má dítě časté absence, stejný počet 4 (tj. 18 %), že dítě musí dodržovat dietu nebo jíst při výuce a 3 (tj. 14 %) uvedli potřebu individuálního vzdělávacího plánu.

Otázka 11: Dostalo se k Vám režimové opatření pro výchovu a vzdělávání navržené odborníkem – lékařem?

Graf 9: Seznámení pedagoga s režimovým opatřením



Zdroj: vlastní

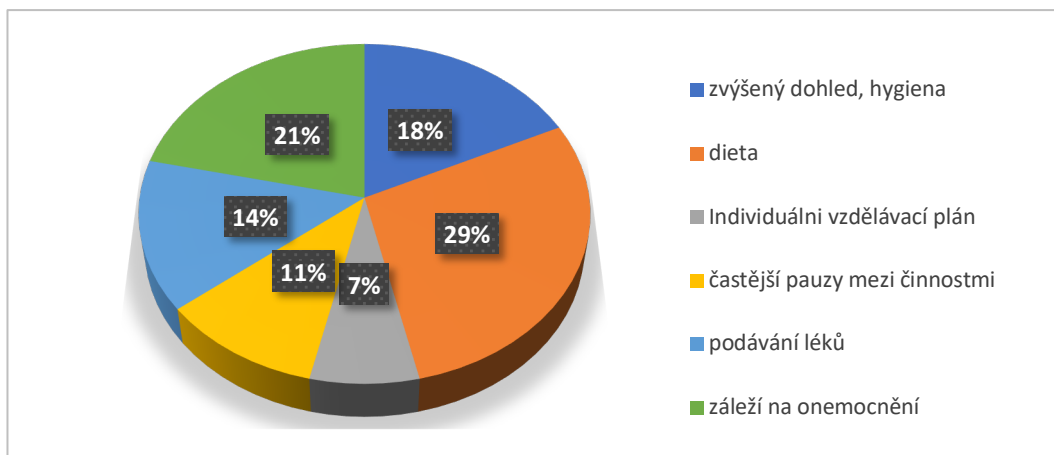
Graf 9 znázorňuje, zda byli dotazovaní učitelé seznámeni s režimovým opatřením. Z grafu vyplývá, že z celkových 61 respondentů jich 44 (tj. 72 %) nebylo s režimovým opatřením seznámeno a 17 (tj. 28 %) s režimovým opatřením seznámeno bylo.

Otázka 12: Jak obtížné bylo tato režimová opatření realizovat?

Na dvanáctou otázku odpovědělo 34 (tj. 56 %) z 61 respondentů a všichni uvedli, že režimová opatření nebyla obtížná realizovat nebo nebyla potřebná.

Otázka 13: Jaká konkrétní opatření se využívají?

Graf 10: Konkrétní opatření

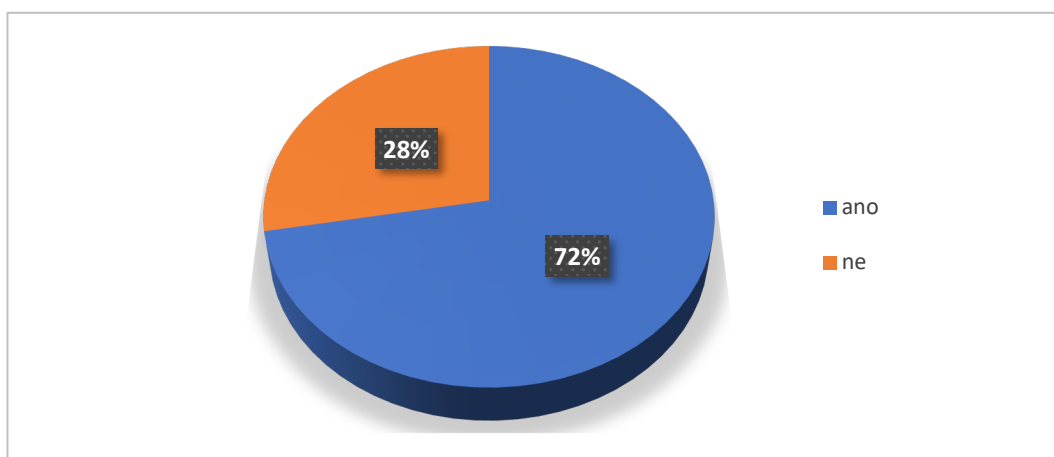


Zdroj: vlastní

Otázka třináctá byla otevřená a odpovědělo na ni 28 (tj. 46 %) respondentů. 8 (tj. 29 %) uvedlo dietu, 6 (tj. 21 %), že záleží na konkrétním druhu onemocnění, 5 (tj. 18 %) zvýšený dohled a zvýšená hygiena, 4 (tj. 14 %) dotazovaní učitelé uvedli podávání léků, 3 (tj. 11 %) častější pauzy mezi činnostmi a 2 (tj. 7 %) individuální vzdělávací plán, který se však nezařazuje mezi režimová opatření.

Otázka 14: Je vaše škola/třída uzpůsobena pro pobyt chronicky nemocného dítěte?

Graf 11: Třída/škola uzpůsobena pro dítě s chronickým onemocněním

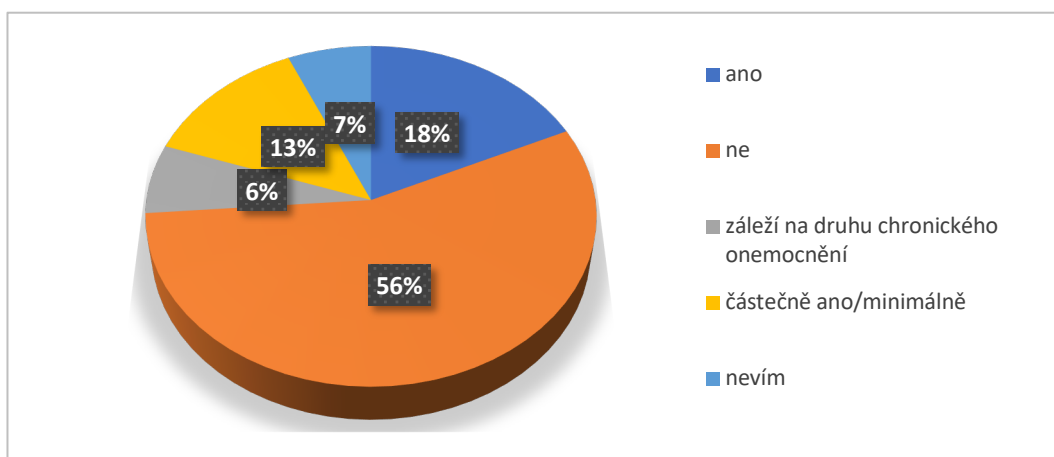


Zdroj: vlastní

Graf 11 ukazuje, zda je třída/škola vhodná pro vzdělávání žáka s chronickým onemocněním. Z celkových 61 respondentů jich 44 (tj. 72 %) uvádí, že je uzpůsobena a 17 (tj. 28 %) tvrdí, že není.

Otázka 15: Limituje dítě s chronickým onemocněním práci ve třídě a jakým způsobem?
Prosím popište.

Graf 12: Limituje dítě s chronickým onemocněním práci ve třídě

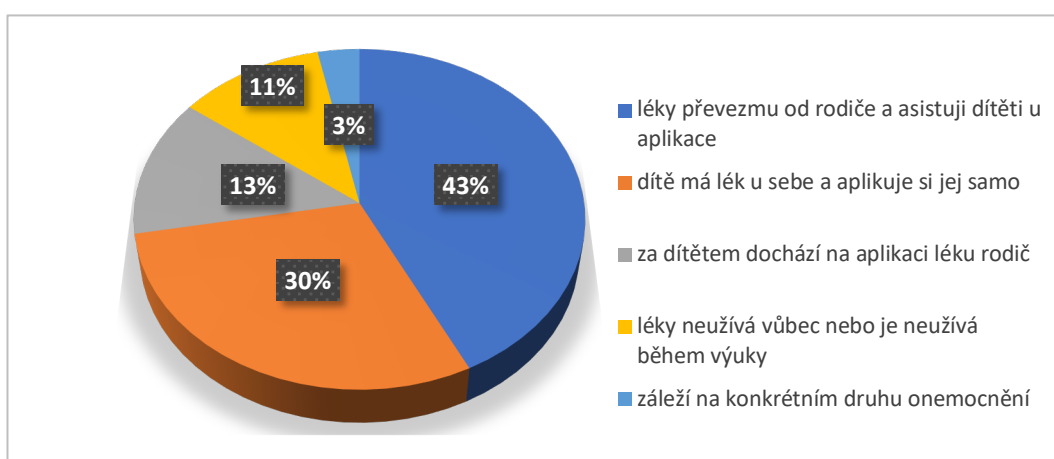


Zdroj: vlastní

Otázka patnáctá byla otevřená a odpovědělo na ni všech 61 respondentů. Většina z nich odpověděla pouze zda dítě práci limituje či nikoliv. 34 (tj. 56 %) respondentů odpovědělo, že dítě s chronickým onemocněním nijak práci ve třídě nelimituje, 11 (tj. 18 %) dítě práci limituje, 8 (tj. 13 %) jen minimálně, 4 (tj. 7 %) neví a stejný počet tvrdí, že záleží na druhu onemocnění.

Otázka 16: Pokud musí dítě v době vyučování užívat léky:

Graf 13: Aplikace léků ve škole



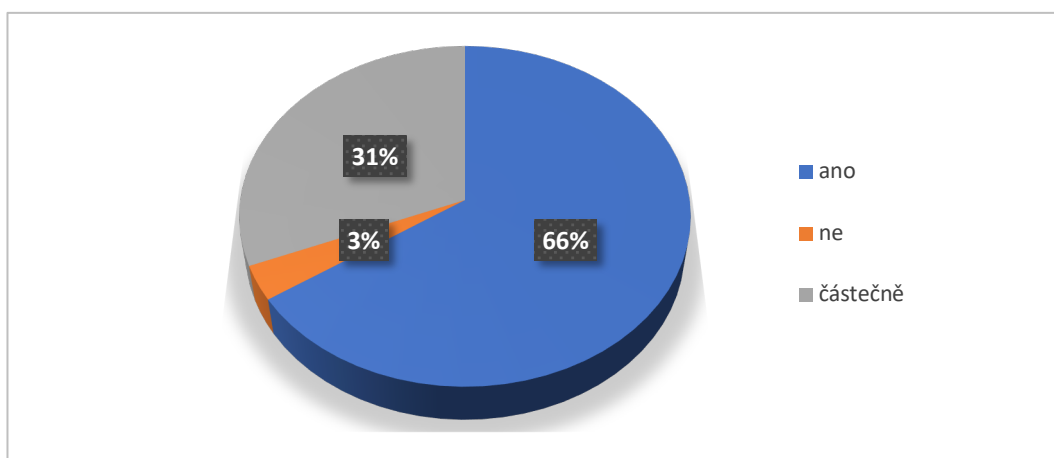
Zdroj: vlastní

U otázky šestnácté bylo cílem zjistit, jakým způsobem je dítěti podávána medikace, kterou potřebuje v souvislosti s jeho chronickým onemocněním. Jak je z grafu 13 patrné,

26 (tj. 43 %) dotazovaných učitelů léky převezmou od rodiče a asistují dítěti u aplikace, 18 (tj. 30 %) učitelů uvedlo, že dítě má lék u sebe a aplikuje si jej samo, 8 (tj. 13 %), že za dítětem dochází na aplikaci léku rodič, 7 (tj. 11 %), že léky neužívá vůbec nebo je neužívá během výuky a 2 (tj. 3 %) učitelé uvedli, že záleží na konkrétní druhu chronického onemocnění.

Otázka 17: Považujete informace, které dostáváte od rodičů či pediatra za dostačující?

Graf 14: Dostatek informací od rodičů/pediatra dítěte

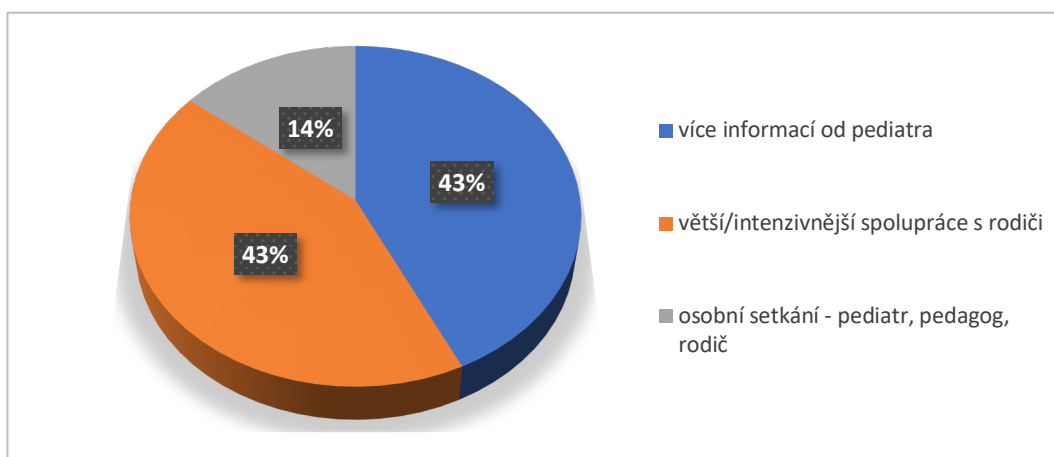


Zdroj: vlastní

Graf 14 znázorňuje, zda učitelé získávají dostatečné množství informací od rodičů či pediatra o zdravotním stavu dítěte. Z celkových 61 respondentů jich 40 (tj. 66 %) je s informovaností spokojeno, 19 (tj. 31 %) jen částečně a 2 (tj. 3 %) spokojeni nejsou.

Otázka 18: Pokud ne, tak jak jinak byste si tuto spolupráci či komunikaci představoval/a?
Prosím popište.

Graf 15: Představa o lepší spolupráci s pediatrem/rodičem

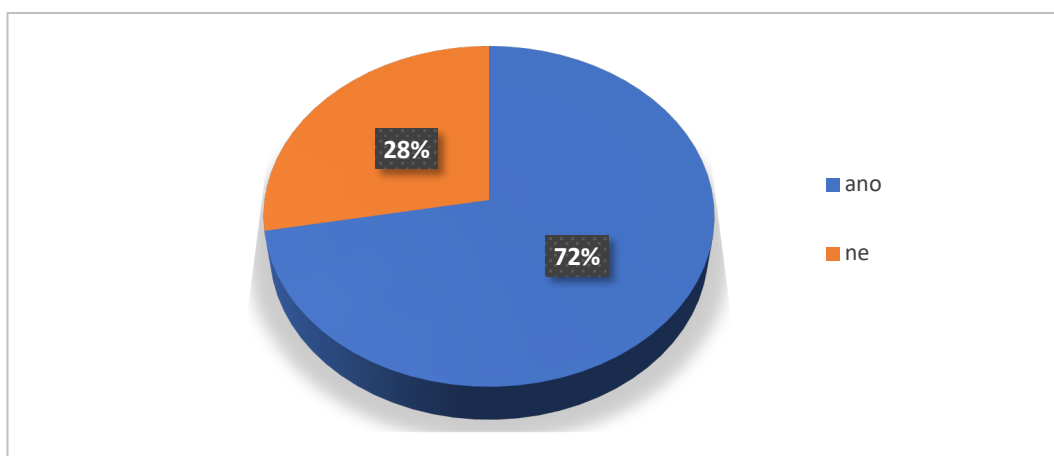


Zdroj: vlastní

Osmnáctá otázka navazovala na předchozí, i když v předešlé otázce negativně odpověděli jen dva respondenti, na tuto otázku reagovalo 7 respondentů. 3 (tj. 43 %) respondenti by chtěli více informací od pediatra, stejný počet by chtěl intenzivnější spolupráci s rodiči a 1 (tj. 14 %) respondent by si představoval osobní setkání s pediatrem a rodiči zároveň.

Otázka 19: Ocenil/a byste rozšíření vzdělání o chronických onemocněních? (školení, kurz)

Graf 16: Další vzdělávání o chronických onemocnění

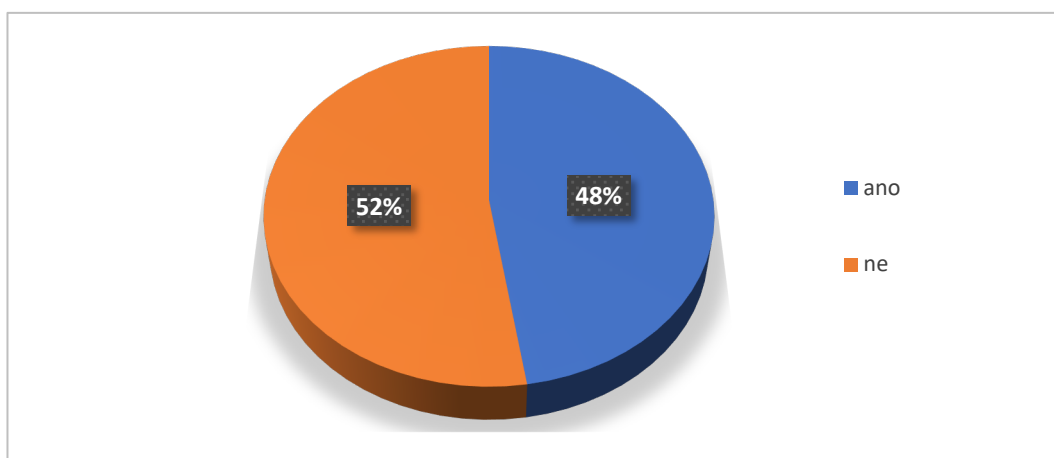


Zdroj: vlastní

Otázka devatenáctá měla zjistit, zda by pedagogové měly zájem o další vzdělávání o problematice chronických onemocnění, např. v podobě kurzů. Z celkových 61 respondentů jich 44 (tj. 72 %) odpovědělo, že by mělo zájem a 17 (tj. 28 %) by tuto možnost nevyužilo.

Otázka 20: Chápete dítě s chronickým onemocněním jako výzvu a v čem? Prosím popište.

Graf 17: Dítě s chronickým onemocněním jako výzva



Zdroj: vlastní

Dvacátá otázka byla otevřená, a i přesto většina respondentů odpověděla pouze jednoslovně. 32 (tj. 52 %) respondentů nebere dítě s chronickým onemocněním jako výzvu, 29 (tj. 48 %) dítě jako výzvu vnímají. Dále respondenti psali:

- „Dalo by se považovat za výzvu zapamatovat si, co které dítě potřebuje, kdy a jak často. Jinak to jako výzvu moc nevnímám, hlavně asi díky pomoci asistentek“.
- „Výzva – zjistit si informace o chronických onemocnění, navracet se k darům přírody, hledat příčinu chronických onemocnění, netlumit projevy onemocnění pouze léky a hledat jiné cesty a způsoby, jak pomoci.“
- „Ano – je nutná časová a organizační flexibilita, pokud dítě potřebuje přizpůsobit podmínky.“
- „S astmatem mám osobní zkušenosti, proto nevnímám tohoto žáka a jeho onemocnění jako něco nového a nepoznaného.“
- „Jako výzvu toto nechápu. Pro mne je to součást běžného života.“

6.2 Shrnutí výsledků šetření

Výše uvedený výzkum se věnuje problematice připravenosti učitelů na dítě s chronickým onemocněním. Zajímá se o to, s jakými chronickými onemocněními se v současných školách učitelé setkávají nejčastěji. Dále pak o to, jaké mají o těchto onemocněních znalosti, odkud je získávají a zda je rodič pro učitele partnerem v kontextu předávání informací o zdravotním stavu dítěte.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1 – *Se kterými chronickými onemocněními se respondenti nejčastěji setkávají ve své praxi?*

Ve sledovaném souboru se objevila nejčastěji tato chronická onemocnění: alergie, atopická dermatitida a astma. Toto zjištění není příliš překvapující, protože se shoduje s několika dosavadními výzkumy na stejné téma.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2 – *Jaké informace mají učitelé o problematice chronických onemocnění?*

Informace, které učitelé mají, jsou převážně čerpány z odborných zdrojů. Více než polovina respondentů si informace o chronických onemocněních dohledává v odborných publikacích, kontaktují pediatra nebo čerpají z kurzů pro pedagogy. Za laické, by se daly považovat informace získávané z internetu. Internetové zdroje jsou v dnešní době zcela běžné a frekventované, ale ne vždy jsou odborně podloženy. Velice důležité jsou také informace od rodičů, kteří potřeby svého dítěte znají nejlépe.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3 – *Jaká konkrétní režimová opatření učitelé realizují a jaké obecné znalosti o tomto typu podpůrného opatření mají?*

Mezi nejčastěji zmiňovaná režimová opatření, která pedagogové realizují, patří dieta, zvýšený dohled nad dítětem, podávání léků a častější pauzy mezi činnostmi. Učitel, by měl znát nejen diagnózu dítěte, ale také rámec péče o dítě s konkrétním chronickým onemocněním. Téměř k třem čtvrtinám respondentů se režimové opatřením nedostalo. Znalosti učitelů o tomto typu podpůrného opatření nebudou tak rozsáhlé, jako by se dalo očekávat, ale spíše povrchové a obecného charakteru.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4 – *Je pro učitele dítě s chronickým onemocněním ve třídě výzvou? A v čem?*

Na otázku, zda je dítě s chronickým onemocněním pro učitele výzvou nelze jednoznačně odpovědět. Respondenti se v této otázce rozdělili na téměř dvě stejně početné skupiny, kdy každý z nich na dítě s chronickým onemocněním nahlíží z jiného úhlu pohledu.

Skupina respondentů, která dítě s chronickým onemocněním vnímá jako výzvu nejčastěji uváděla, že dítě vnímají jako příležitost pro získání nových zkušeností a poznatků, a tudíž i jako výzvu více se o dané problematice dozvědět a dohledat si potřebné informace. Dále uváděli, že je to často výzva i pro žáka samotného či školní kolektiv, který musí žáka přijmout a úkolem pedagoga je spolužáky seznámit s jeho onemocněním a s tím spojenými potřebami. Druhá skupina respondentů, která dítě s chronickým onemocněním nevnímá, jako výzvu uvedla, že se již jedná o zcela běžnou součást života, nebo že sama trpí některým z druhů chronických onemocnění. Ti, kteří sami trpí chronickým onemocněním mohou mít relevantní informace od svého lékaře. Otázkou je, zda si dostatečně uvědomují, že léky, které dítě užívá velmi ovlivňují jeho pozornost a centrální nervový systém.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 5 – *Jakým je v kontextu zkoumané problematiky rodič pro učitele partnerem?*

Z výzkumu vyplývá, že většina učitelů považuje rodiče dítěte s chronickým onemocněním za partnera. Vzájemné partnerství se projevuje hlavně tím, že rodiče dostatečně komunikují a předávají informace o zdravotním stavu jejich dítěte příslušnému učiteli. Ti, kteří nejsou s komunikací s rodiči zcela spokojeni, se ve většině případů snaží častěji rodiče kontaktovat a navázat s nimi intenzivnější spolupráci.

6.3 Diskuze

Domníváme se, že byly naplněny stanovené cíle a zodpovězeny stanovené výzkumné otázky. Nejčastěji se dotazovaní pedagogové setkávají s méně závažnými chronickými onemocněními, jako je alergie, atopická dermatitida a astma. Výzkumné šetření této bakalářské práce je v souladu s několika výzkumy z dřívějších let. Dle výzkumu J. Kraténové, který uvádí Chládková (2012) jsou třemi nejčastějšími chronickými onemocněními alergie, atopická dermatitida a astma, což se zcela shoduje s výsledky výzkumného šetření této bakalářské práce. Dále respondenti uváděli, že se setkali i se závažnými a vzácnými chronickými onemocněními, protože současný inkluzivní přístup umožňuje vzdělávat žáky, jejichž onemocnění jsou velice náročná na léčbu a následnou péči. Náročné není jen z pohledu lékařů, ale v tomto případě je náročnost značná i z pohledu pedagoga, pro kterého musí být dítě s tak závažným chronickým onemocněním obrovská výzva. Respondenti zmiňovali například cystickou fibrózu, což je geneticky podmíněné onemocnění dýchacího systému. Dle Němečkové (2016) se jedinci s cystickou fibrózou vytváří nadměrné množství vazkého hlenu a cílem terapie je tento hlen více zkapalnit. Cystická fibróza velmi ovlivňuje výchovně vzdělávací proces, a to nejen kvůli časté absenci dítěte, ale i zdravotním problémům, které se k tomuto onemocnění pojí.

Informovanost učitelů o chronických onemocněních není taková, jakou by si asi každý pediatr či rodič představoval. Učitel by měl samozřejmě znát diagnózu dítěte, ale chronické onemocnění není jen o diagnóze, ale také o okolnostech, omezeních a specifických potřebách, která jsou s ním spojena, a to je podstatné pro učitele dítěte. Učitel by měl mít potřebné penzum informací a znalostí o daném typu chronického onemocnění. Měl by znát jaká jsou rizika, limity a zajistit dítěti prostředí vhodné pro jeho školní úspěchy. Překvapující bylo, že téměř tři čtvrtiny pedagogů uvedly, že se s režimovým opatřením nikdy nesetkaly. Léčebná režimová opatření jsou součástí podpůrných opatření, které definuje vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Ve výzkumu 85 % (tj. 52) respondentů uvedlo, že během svého studia absolvovalo předmět speciální pedagogiky, v rámci kterého, by měli být s výše zmíněnou vyhláškou seznámeni. Zde je možno spatřovat problém v tom, že žáci s chronickým onemocněním neprocházejí vyšetřením

ve školském poradenském zařízení, která podpůrná opatření nastavují. Otázkou zůstává, kdo by měl učitele informovat, jaká opatření mají realizovat a jak při realizaci postupovat.

Pedagogové pravděpodobně nevěděli, co si pod pojmem „režimová opatření“ konkrétně představit. Většina si možná představila určitý druh dokumentu, kde budou jednotlivá opatření uvedena a řekla si, že se k nim nic takového nedostalo. Dalo by se předpokládat, že rodiče tato režimová opatření sdělili třídním učitelům pouze ústně a z toho důvodu většina respondentů zaškrtnla „ne“. Když respondenti měli vypsát jednotlivá opatření, odpovídali i ti, kteří v předešlé otázce uvedli „ne“. Druhou variantou je, že převážná většina má zkušenost s alergiemi, s atopickou dermatitidou nebo s astmatem a je to již běžná a všem známá skutečnost. Asi každý ví, že když je někdo alergický na oříšky, tak se jim musí vyhnout, a pokud má někdo astma, tak má u sebe vždy mít úlevový lék. Proto se k učitelům dostane jen informace o konkrétní diagnóze dítěte a dále tento problém nerozvíjejí. Vědí totiž, co dítě smí, co mu přitíží a jak řešit případný záchvat či alergickou reakci.

Východiskem z této situace by mohla být jednoduchá příručka mířena přímo pro učitele, kde by byla vysvětlena podstata konkrétního chronického onemocnění, ale také problémy a omezení, která s ním souvisí. Učitelé by se díky tomu mohli na dítě s chronickým onemocněním dívat více globálně a zaměřit se především na jeho individuální potřeby, které souvisejí s chronickým onemocněním. Pod Českou pediatrikou společností ČLS JEP byla vytvořena pracovní skupina pro péči o chronicky nemocné děti ve školách. Na jejich webových stránkách lze dohledat příručka První plán péče o dítě s diabetem 1. typu ve škole. Tato příručka je velice přehledně, stručně a jasně zpracovaná a je určena hlavně pro pedagogy. Zatím je vytvořena jen o diabetu 1. typu, a proto doufáme, že v budoucnu budou vytvořeny příručky k co nejvíce chronickým onemocněním.

Když byla učitelům položena otázka, zda považují dítě s chronickým onemocněním jako výzvu a popřípadě v čem, rozdělili se na téměř dvě stejné skupiny. Každý nahlíží na dítě s chronickým onemocněním odlišně, protože někdo ho bere jako výzvu z pohledu rozšíření si vzdělání o nové poznatky a přizpůsobení se potřebám dítěte. Druhá skupina

na tuto problematiku nahlíží jako na běžnou a nevidí rozdíl mezi jedincem s chronickým onemocněním a bez něj. Dost pravděpodobně ti, kteří dítě jako výzvu neberou, mají spíše zkušenost s dítětem, které nemělo tak časté záchvaty nebo se chronické onemocnění nijak neprojevovalo při výchově a vzdělávání. Často u některých jedinců není na první pohled chronické onemocnění vidět a jeho projevy nemusí být tak výrazné, aby si jich pedagog hned všiml a mohlo ho to ovlivnit. Když byla prováděna rešerše, zda se někdo učitelů dotazoval na jejich osobní postoj k dítěti s chronickým onemocněním v kontextu toho, jak učitel žáka vnímá, nic podobného nalezeno nebylo. Výzkumy tohoto typu se spíše zabývají tím, jak dítě s chronickým onemocněním ovlivňuje výuku a ostatní spolužáky, ale ne na to, jak na něj nahlíží učitel.

Komunikace je základem spokojených vztahů, a to nejen těch partnerských, ale i vztahu mezi učitelem a rodičem. Z výzkumu vyplynulo, že většina učitelů je s komunikací s rodiči spokojená. Dalo by se říci, že kvalita a množství předaných informací mezi rodičem dítěte s chronickým onemocněním a jeho učitelem, nejvíce ovlivňuje právě dítě samotné a jeho výchovně vzdělávací proces. V zájmu téměř každého rodiče je, aby bylo jeho dítě spokojeno, cítilo se bezpečně a bylo postaráno o jeho potřeby. Jeden respondent uvedl, že by si představoval získat více informací o dítěti s chronickým onemocněním a navrhl společné osobní setkání s rodiči dítěte, pediatrem a pedagogem. Cílem této schůzky by bylo shrnutí toho, co dítě potřebuje a jak by měl vypadat jeho výchovně vzdělávací proces.

7 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla připravenost učitelů mateřských škol a prvního stupně základních škol na dítě s chronickým onemocněním v rámci inkluzivního vzdělávání. Cílem bylo zmapovat výskyt chronických onemocnění v kontextu inkluze a zjistit přístup učitelů k dané problematice. Podstatou pro tuto práci byla především chronická onemocnění, která určitým způsobem dítě ovlivňují a mohou tak narušit výchovu a vzdělávání.

Ačkoliv jsou chronická onemocnění velice rozšířena, někteří si ani nedokážou představit, jak tato onemocnění mohou ovlivnit život dítěte. Díky chronickému onemocnění může být dítě omezeno v řádném plnění školní docházky, ovlivněn může být také vzdělávací proces či účast na mimoškolních aktivitách.

Aby mohlo být dítě řádně zařazeno do výchovně vzdělávacího procesu je důležitá nejen léčba a prevence chronického onemocnění, ale také spolupráce a dostatečná komunikace mezi rodiči a učitelem. Pro uspokojení všech potřeb dítěte je důležité, aby rodiče informovali učitele o zdravotním stavu jejich dítěte a o opatřeních, která jsou důležitá dodržet, aby se dítě cítilo dobře a mělo pocit jistoty a bezpečí.

Pro lepší začlenění dítěte by bylo přijatelné, aby učitel ostatní spolužáky seznámil s podstatou chronického onemocnění, kterým jejich spolužák trpí, a to v přiměřené míře a srozumitelně s ohledem na jejich věk. Dalším opatřením by mohl být vstupní dotazník, který by každý rodič vyplnil před nástupem jejich dítěte do školy.

Další možností, jak by si mohli učitelé dětí s chronickým onemocněním rozšířit jejich vzdělání je sezení s pediatrem nebo s odborným lékařem. Jedna z respondentek zmínila, že by ocenila, aby se společně setkali rodiče dítěte, pedagog a pediatr a společně probrali zdravotní stav dítěte a další postup v jeho výchově a vzdělávání, což je vynikající způsob, jak na dítě nahlížet z více úhlů pohledů.

Výzkum prokázal, že pedagogové jsou z většiny připraveni na výchovu a vzdělávání dítěte s chronickým onemocněním. Pokud u nich nastane situace, že mají ve třídě dítě s tímto problémem, neváhají si informace dohledat. Získané poznatky jsou především odborné a relevantní. Komunikace o zdravotním stavu dítěte mezi pedagogem

a rodičem probíhá bez větších problémů. Pokud však nějaký zádrhel nastane, pedagogové vědí, jak takový problém vyřešit. Každý učitel pohlíží na dítě jiným způsobem, a to závisí na tom, zda dítě s chronickým onemocněním vnímá jako výzvu nebo jako běžnou a všemi poznanou skutečnost. Pozitivní skutečností je, že téměř tři čtvrtiny respondentů jsou ochotny se v této problematice dále vzdělávat a rozšiřovat své dosavadní poznatky.

POUŽITÉ ZDROJE

Bibliografie

1. AINSCOW, Mel, Tony BOOTH a Alan DYSON, 2006. *Improving Schools: Developing Inclusion*. London: Routledge. ISBN 9780203967157.
2. BIDAT, Étienne a Christelle LOIGEROT, 2005. *Alergie u dětí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-936-4.
3. BLATNÝ, Marek, 2017. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.
4. BURŠÍKOVÁ, Dana, 2019. *Dítě s epilepsií v prostředí školy*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7553-660-0.
5. DERŇAROVÁ, Ľubica, 2021. *Potřeby dítěte s diabetes mellitus*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2076-5.
6. FRÜHAUF, Pavel, 2011. Celiakie. In: BAYER, Milan. *Pediatric*. Praha: TRITON, s. 86-88. ISBN 978-80-7387-388-2.
7. GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-.
8. GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1.
9. HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ, 2010. *Inkluzivní vzdělávání*. Havlíčkův Brod: Grada. ISBN 978-80-247-3070-7.
10. CHLÁDKOVÁ, Jiřina, 2012. Prevalence astmatu a alergie u dětí a mladistvých. In: PETRŮ, Vít. *Dětská alergologie*. Praha: Mladá fronta, s. 25-33. ISBN 978-80-204-2584-3.
11. CHLÁDKOVÁ, Jiřina, 2011. Alergický rýma. In: BAYER, Milan. *Pediatric*. Praha: TRITON, s. 36-40. ISBN 978-80-7387-388-2.
12. CHLÁDKOVÁ, Jiřina, 2011. Průduškové astma. In: BAYER, Milan. *Pediatric*. Praha: TRITON, s. 282-288. ISBN 978-80-7387-388-2.
13. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
14. KLÍMA, Jiří, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.

15. KONRÁD, Karel a Anežka ŠIROKÁ, 2008. *Alergie a jak jim čelit*. Pardubice: Mayday. ISBN 978-80-86986-35-7.
16. KRŠEK, Pavel, 2010. Epileptické a neepileptické záchvaty u dětí. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, **11**(2), 106-109. ISSN 1803-5264.
17. KUDLÁČOVÁ, Blanka, 2016. Antropologické determinanty inkluzivní pedagogiky. In: LECHTA, Viktor. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, s. 83-93. ISBN 978-80-262-1123-5.
18. KUDLÁČOVÁ, Blanka, 2010. Antropologická východiska přístupu k lidem s postižením v evropském kontextu (od represe po inkluzi). In: LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, s. 56-71. ISBN 978-80-7367-679-7.
19. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
20. NEUMANN, David, 2011. Diabetes mellitus 1. typu u dětí. In: BAYER, Milan. *Pediatric*. Praha: TRITON, s. 95-99. ISBN 978-80-7387-388-2.
21. NĚMEČKOVÁ, Jaroslava, 2016. Nemoci dýchací soustavy. In: *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, s. 537-541. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
22. PIAGET, Jean a Bärbel INHELDEROVÁ, 2010. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-798-5.
23. SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika*. 2. akt. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
24. SNOPEK, Petr, Barbora PLISKOVÁ, Andrea FILOVÁ a Vladimír KOUTECKÝ, 2018. *Jak učitelé pracují s chronicky nemocnými žáky mladšího školního věku*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-775-1.
25. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
26. VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ, 2021. *Vývojová psychologie dětství a dospívání*. 3. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.
27. VLADOVÁ, Katarína, 2016. Nemoc a zdravotní oslabení. In: LECHTA, Viktor. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, s. 286-298. ISBN 978-80-262-1123-5.
28. ZILCHER, Ladislav a Zdeněk SVOBODA, 2019. *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0789-6.

29. Celiakie – doporučený postup pro diagnostiku a terapii u dětí a dospívajících, 2016. Olomouc: Solen. ISSN 1803-5264.

Elektronické zdroje

30. FRÜHAUF, Pavel, 2016. Celiakie – doporučený postup pro diagnostiku a terapii u dětí a dospívajících. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, **17**(3). ISSN 1803-5264. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.045
31. CHLÁDKOVÁ, Jiřina, 2014. Co vědět o průduškovém astmatu u dětí. *Šance Dětem* [online]. Praha: Sirius [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/co-vedet-o-pruduskovem-astmatu-u-deti>
32. MARUSIČ, Petr, 2018. Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, **19**(1), 32-36. ISSN 1803-5280. Dostupné z: doi:10.36290/neu.2018.075
33. Děti s diabetem ve škole - reakce odborných společností, c2023. *Dětský diabetes* [online]. Praha: ČLS JEP [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.detskydiabetes.cz/aktuality/2022-03-deti-s-diabetem-ve-skole-reakce-odbornych-spolecnosti>
34. Diabetes a škola, c2023. *Dětský diabetes* [online]. Praha: ČLS JEP [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.detskydiabetes.cz/aktuality/2020-08-diabetes-a-skola>
35. Chronické onemocnění, 2023. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-02-02]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/160>
36. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění platném k 1. 2. 2022. In: *Zákony pro lidi* [online]. Zlín: AION CS [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>
37. Právní předpisy a související dokumenty, c2013–2023. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha: Ministerstvo školství ČR [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/1-pravni-predpisy-a-souvisejici-dokumenty>
38. About Chronic Diseases. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. Atlanta, July 21, 2022 [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>

39. Vyhláška 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění platném k 1. 1. 2021. In: *Zákony pro lidi* [online]. Zlín: AION CS [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>
40. *Zdravotnická ročenka ČR 2019* [online], 2020. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2023-02-05]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008381/zdrroccz2019.pdf>

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Nejvyšší dokončené vzdělání

Graf 2: Délka praxe

Graf 3: Předmět speciální pedagogiky

Graf 4: Zkušenosti učitelů s chronickým onemocněním

Graf 5: Získávání informací o chronických onemocnění

Graf 6: Dostatečná informovanost učitele o zdravotním stavu dítěte od rodičů/pediatra

Graf 7: Vliv chronického onemocnění na výchovu a vzdělávání

Graf 8: Konkrétní vlivy na výchovu a vzdělávání

Graf 9: Seznámení pedagoga s režimovým opatřením

Graf 10: Obtížnost realizace režimových opatření

Graf 11: Konkrétní opatření

Graf 12: Třída/škola uzpůsobena pro dítě s chronickým onemocněním

Graf 13: Limituje dítě s chronickým onemocněním práci ve třídě

Graf 14: Aplikace léků ve škole

Graf 15: Dostatek informací od rodičů/pediatra dítěte

Graf 16: Představa o lepší spolupráci s pediatrem/rodičem

Graf 17: Další vzdělávání o chronických onemocnění

Graf 18: Dítě s chronickým onemocněním jako výzva

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 1: Dotazník

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Bastlová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor speciální pedagogika. Tímto bych Vás chtěla poprosit o několik minut Vašeho času k vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je součástí výzkumného šetření, které se týká připravenosti učitelů na dítě s chronickým onemocněním v mateřských školách a na prvním stupni základních škol. Dotazník je zcela anonymní. Za vyplnění dotazníku Vám Velice děkuji.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- ☐ žena
- ☐ muž

2) Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- ☐ středoškolské pedagogického směru
- ☐ středoškolské nepedagogického směru
- ☐ vysokoškolské pedagogického směru
- ☐ vysokoškolské nepedagogického směru
- ☐ vysokoškolské se zaměřením na speciální pedagogiku
- ☐ jiné:

3) Jak dlouho pracujete ve školství?

- ☐ méně než 2 roky
- ☐ 2–5 let
- ☐ 6–10 let
- ☐ více než 10 let

4) Měl/a jste v průběhu svého studia předmět se zaměřením na speciální pedagogiku?

- ☐ ano
- ☐ ne

5) Máte zkušenost s chronicky nemocným dítětem ve škole?

- ☐ ano
- ☐ ne

- 6) Jaká chronická onemocnění se u Vás ve třídě vyskytují, popřípadě s jakými máte zkušenost?
- ☐ atopická dermatitida (ekzém)
 - ☐ astma
 - ☐ alergie
 - ☐ celiakie
 - ☐ diabetes 1. typu
 - ☐ epilepsie
 - ☐ jiná:
- 7) Měl/a jste dítě s chronickým onemocněním ve třídě?
- ☐ ano
 - ☐ ne
- 8) Pokud ano, odkud jste získával/a informace o chronických onemocnění?
- ☐ z odborné literatury
 - ☐ z internetu
 - ☐ od pediatra
 - ☐ z kurzů pro pedagogy
 - ☐ jiné:
- 9) Získával/a jste od rodičů dítěte s chronickým onemocněním dostatečné informace o jeho zdravotním stavu?
- ☐ ano
 - ☐ částečně
 - ☐ ne
- 10) Mělo chronické onemocnění dítěte, které jste měl ve své třídě nějaký dopad na výchovu a vzdělávání?
- ☐ ano
 - ☐ ne
- 11) Pokud ano, v čem konkrétně, prosím popište.
- 12) Dostalo se k Vám režimové opatření pro výchovu a vzdělávání navržené odborníkem – lékařem?
- ☐ ano
 - ☐ ne
- 13) Jak obtížné bylo tato režimová opatření realizovat? Prosím popište.

14) Jaká konkrétní opatření se využívají?

15) Je vaše škola/třída uzpůsobena pro pobyt chronicky nemocného dítěte?

- ☐ ano
- ☐ ne

16) Limituje dítě s chronickým onemocněním práci ve třídě a jakým způsobem? Prosím popište.

17) Pokud musí dítě v době vyučování užívat léky:

- ☐ dítě má lék u sebe a aplikuje si jej samo
- ☐ léky převeźmete od rodiče a asistujete dítěti u aplikace
- ☐ za dítětem dochází na aplikaci léku rodič
- ☐ jiné:

18) Považujete informace, které dostáváte od rodičů či pediatra za dostačující?

- ☐ ano
- ☐ částečně
- ☐ ne

19) Pokud ne, tak jak jinak byste si tuto spolupráci či komunikaci představoval/a? Prosím popište.

20) Ocenil/a byste rozšíření vzdělání o chronických onemocněních? (školení, kurz)

- ☐ ano
- ☐ ne

21) Chápete dítě s chronickým onemocněním jako výzvu a v čem? Prosím popište.