



Petr Snopek, Barbora Plisková,

Andrea Filová, Vladimír Koutecký

JAK UČITELÉ PRACUJÍ

S CHRONICKY NEMOCNÝMI ŽÁKY

MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Petr Snopek, Barbora Plisková,

Andrea Filová, Vladimír Koutecký

JAK UČITELÉ PRACUJÍ

S CHRONICKY NEMOCNÝMI ŽÁKY

MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU



KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Snopek, Petr

Jak učitelé pracují s chronicky nemocnými žáky mladšího školního věku /
Petr Snopek, Barbora Plisková, Andrea Filová, Vladimír Koutecký.

1. vydání. – Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií,
2018. – 1 online zdroj. – (Pedagogika)

ISBN 978-80-7454-775-1 (online ; pdf)

316.346.32-053.5 * 616-053.2 * 616-036.1 * 316.728-021.465 * 37.018.26 * 364-
787 * (048.8:082)

– děti školního věku

– nemocné děti

– chronické nemoci

– kvalita života

– rodina a škola

– pomáhající chování

– kolektivní monografie

616 - Patologie. Klinická medicína [14]

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této elektronické knihy nesmí být
reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez
předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy
bude trestně stíháno.

Recenzenti: MUDr. Marcela Křížová

PaedDr. Gabriela Česlová, PhD.

© 2017 Petr Snopek, Barbora Plisková, Andrea Filová, Vladimír Koutecký

© Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2018

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ/EDICE PEDAGOGIKA

ISBN 978-80-7454-775-1

OBSAH

ÚVOD	9
1/ CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ	11
1.1 Chronické onemocnění a jeho dopady na dítě a jeho rodinu	11
1.2 Chronicky nemocné dítě mladšího školního věku a jeho rodina	12
1.3 Chronicky nemocné dítě ve škole	15
2/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH CYSTICKOU FIBRÓZOU	19
2.1 Celoživotní onemocnění cystická fibróza	19
2.2 Psychosociální aspekty a kvalita života pacientů s CF	22
3/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	27
3.1 Onkologická onemocnění v dětském věku	27
3.2 Psychosociální aspekty a kvalita života pacientů s onkologickým onemocněním	30
4/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ S OBEZITOU	33
4.1 Obezita v dětském věku	33
4.2 Psychosociální aspekty a kvalita života pacientů s obezitou	35

5/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH CELIAKIÍ	39
5.1 Celoživotní autoimunní onemocnění celiakie	39
5.2 Psychosociální aspekty a kvalita života s celiakií	42
6/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ S ONEMOCNĚNÍM DIABETES MELLITUS	47
6.1 Diabetes mellitus	47
6.2 Psychosociální aspekty a kvalita života dětí s diabetes mellitus	50
7/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ S EPILEPSIÍ	55
7.1 Neurologické onemocnění epilepsie	55
7.2 Psychosociální aspekty a kvalita života s epilepsií	59
8/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH S ASTMA BRONCHIALE	65
8.1 Chronické zánětlivé onemocnění – astma bronchiale	65
8.2 Psychosociální aspekty života s astma bronchiale	68
9/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH S ATOPICKOU DERMATITIDOU	71
9.1 Chronické onemocnění kůže – atopická dermatitida	71
9.2 Psychosociální aspekty a kvalita života s atopickou dermatitidou	74
10/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH S VIROVOU HEPATITIDOU	77
10.1 Virové hepatitidy	77
10.2 Psychosociální aspekty a kvalita života s virovou hepatitidou	80
11/ VYBRANÉ AKUTNÍ STAVY U DĚTÍ	83
11.1 Akutní stavy a první pomoc	83
ZÁVĚR	89
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	91

SEZNAM OBRAZOVÝCH PŘÍLOH

Obrázek 1:	Cystická fibróza	18
Obrázek 2:	Onkologická onemocnění	26
Obrázek 3:	Obezita	32
Obrázek 4:	Bez lepku	38
Obrázek 5:	Cukrovka	46
Obrázek 6:	Epilepsie	54
Obrázek 7:	Astma	64
Obrázek 8:	Dermatitida	70
Obrázek 9:	Otevřená zlomenina	82

Tabulka 1:	Incidence nádorů dětského věku (Jurga a kol., 2010)	28
-------------------	---	----

ÚVOD

Chronickými onemocněními trpí 7–10 % dětí. Tyto děti navštěvují, pokud jim jejich zdravotní stav dovolí, běžné základní školy a učitelé potřebují tyto informace, aby mohli naplnit speciální potřeby těchto dětí, pro něž je nejtěžším problémem onemocnění samotné a dopady na školní docházku. Je nutné si také uvědomit, že jedním ze způsobů, jak tyto děti mohou bojovat se svým onemocněním, je snaha být ve škole úspěšný. Tyto děti potřebují zajištění bezpečného, vstřícného a pozitivního prostředí. Učitel je nejen pedagogem, ale i významným modelem, jak tyto děti budou přijímány od svých spolužáků a jaký získají náhled na konkrétní onemocnění. Pedagogové tedy tvoří významnou podpůrnou síť pro dítě a jeho rodinu.

Cílem této publikace je poskytnout pedagogům dětí mladšího školního věku nástroj, jehož obsahem jsou informace o nejčastějších chronických onemocněních a jejich dopadech na běžný každodenní život a jeho kvalitu. Učitelé by měli mít alespoň základní informace o jednotlivých významných chronických onemocněních, příznacích, diagnostice a léčbě. K tomu však potřebují znát a mít informace o tom, jak své onemocnění prožívá samotné dítě, jeho rodina, jaké potřebuje speciální/specifické potřeby a v čem potřebuje specifickou pomoc.

Rodiče by měli informovat vyučující, další pracovníky školy a spolužáky o onemocnění. Tyto informace nejsou (však) povinni poskytnout, neboť jde o citlivé osobní údaje. Učitelé však potřebují mít důležité informace, aby mohli tyto děti kvalitně vzdělávat a saturovat jejich potřeby, ale i plánovat, případně se náležitě připravit na nenadálé situace. Informace také pomáhají dopředu rozvrhnout péči a vzdělávání, pomáhají být dítěti průvodcem a pomocníkem.

Na tomto poli je nutné ještě připomenout roli zdravotnických pracovníků, a to jak ve vztahu k dítěti, rodině, ale i ve vztahu k pedagogům. Mezi všemi členy

jednotlivých profesí by mělo docházet k efektivní kooperaci a komunikaci směřující k naplnění a zajištění všech potřeb dítěte.

Tato publikace si klade za cíl vyplnit mezeru, která v této oblasti je a zvýšit informovanost a povědomí o chronických onemocněních. Všichni autoři jsou všeobecné sestry a akademičtí pracovníci. Tímto způsobem se snaží přispět ke zkvalitnění komunikace a kooperace v propojené síti kolem dítěte, aby byly naplněny v maximální míře potřeby dítěte v jeho největším zájmu. Je nutné, aby všichni profesionálové, kteří tvoří podpůrnou síť kolem dítěte, byli schopni sdílet a pracovat s informacemi a pomohli dítěti překonat někdy strach nahánějící přítomnost, ale i budoucnost. Informace umožňují náhled a také získání kontroly nad onemocněním, jeho důsledky a dopady na každodenní život dítěte a kvalitu jeho života.

Tato publikace je rozdělena na jedenáct kapitol. Úvodní kapitola se týká chronických onemocnění a jejich vlivu na rodinu a vzdělávání dítěte. Další kapitoly se zabývají již konkrétními onemocněními, které autoři vybrali jako významné. Každé onemocnění je definováno, jsou popsány jeho nejcharakterističtější příznaky, diagnostika a léčba. Součástí každé kapitoly jsou psychosociální aspekty, neboť každé onemocnění zasahuje nejen tělo, ale i duši a všechny blízké dítěte.

1/

CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ

Chronické onemocnění je porucha zdraví, kdy onemocnění probíhá méně prudce než u akutního onemocnění, příznaky jsou však přítomny více méně trvale (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2007). Jde o chorobný stav se závažnými a dalekosáhlými medicínskými, psychologickými a sociálními důsledky. Chronická onemocnění jsou velkou zátěží pro člověka, jde o onemocnění léčitelná, ale většinou ne zcela vyléčitelná a jedinec se musí adaptovat na nové podmínky (Zacharová, Hemanová, Šrámková, 2006).

1.1

Chronické onemocnění a jeho dopady na dítě a jeho rodinu

Chronická onemocnění postihují přibližně 7–10 % dětské populace a jejich počet se zvyšuje. Na rostoucí počet se podílí několik faktorů jako jsou pokroky v medicíně, nepříznivé životní prostředí a nezdravý styl (Klener, 2006). Děti trpící chronickým onemocněním jsou zdravotně znevýhodněny. Každá fáze onemocnění představuje pro dítě a jeho rodinu obrovskou výzvu a je provázána stresory (Compas, Dunn, Rodriguez, 2012), které vycházejí ze závažnosti onemocnění a jeho příznaků, náročného léčebného režimu, častých lékařských prohlídek a z pobytů v nemocnici, z nepříjemných a bolestivých vyšetření, nepředvídatelného průběhu onemocnění, období bez příznaků, až k náhlému zhoršení stavu. Jiná onemocnění mají kolísavý průběh. Vždy závisí na vážnosti onemocnění, osobnosti dítěte, ale i osobnosti rodičů, věku, v němž jej nemoc postihla, na skutečnosti, jak ji dokáže přijmout a vyrovnat se s náročností léčby. Pro děti nemocné a s tělesným postižením navíc vážné onemocnění znamená narušení či zbrzdění vývoje, které se z tohoto důvodu stává složitějším a náročnějším (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Chronická onemocnění mohou způsobovat fyzická omezení, která mohou být viditelná nebo neviditelná. Každá nemoc a omezení má aspekt psychologický, ovlivňující myšlenky, emoce, chování. Nemoc často devastuje sebevědomí dítěte a jeho sebeobraz (Krtičková, 2013). Sociální komponent pak zahrnuje širší kontext. Nemoc dítěte vždy velmi podstatně zasáhne nejbližší rodinu – rodiče, sourozence, prarodiče, ale i širší sociální okruh. Tyto děti mohou mít problém se školní docházkou, nemusí být ve škole úspěšné a nemoc zasáhne i vztahy ve škole, ať už ve vztahu k učiteli či ke spolužákům. Mnohé děti tak mohou zakoušet osamělost, diskriminaci a stigmatizaci (Lung, So, 2013).

„Zátěž sama však není tak rozhodující, podstatnější roli hraje to, jak ji jedinec zpracuje a jaké má zdroje zvládnutí (Krtičková, 2013).“ Nemocní potřebují kvalitní zdravotnickou péči, podporu rodiny a blízkého okolí, možnost hrát si a učit se. Psychologická podpora malého pacienta a všech jeho blízkých by měla být samozřejmostí.

1.2

Chronicky nemocné dítě mladšího školního věku a jeho rodina

Rodina chronicky nemocného dítěte

Rodina je živý systém, kdy změna jednoho člena, jako je chorobný a závažný stav, má důsledky na všechny její členy a naruší rovnováhu celého rodinného systému a rodina začne čelit obrovským výzvám (Smith, Cheater, Bekker, 2013). Rodiny, kde onemocní dítě závažnou nemocí, se vyrovnávají s pocity jako je zmatek, strach, úzkost a ztráta identity, které vyplývají z náročnosti samotného onemocnění, ale i léčebného režimu. Pracná péče o dítě, která může mít dopady na fyzickou a psychickou stránku všech členů, je náročná na čas i finance. Tyto pocity se postupně zmírňují, jak rodina získává informace a vlastní zkušenost s onemocněním, jak se situaci přizpůsobuje a nachází své zvládací mechanismy, které jí napomáhají situaci řešit a zvládat (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Přesto některé rodiny připouští fyzické i psychické vyhoření, které je manifestováno jako chronická únava, frustrace a pocit, že jsou neustále v emocionální disbalanci a izolaci (Smith, Cheater, Bekker, 2013). Zvýšená péče o jedno dítě, dopady onemocnění a omezení, které nemoc přináší, rodina jako celek musí řešit a trvale se jim přizpůsobovat a adaptovat se na ně. Nemoc dítěte vyvolává řadu

změn nejen v rámci rodiny, ale následně i v širších sociálních vztazích, kdy rodiče mohou ztratit zaměstnání a vzdát se tak svých kariérních ambicí, ztrácí své přátele, omezují společenský život (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Dítě s chronickým onemocněním se postupně učí zvládat své onemocnění a léčebný režim, učí se zvládat toto onemocnění samostatně, ale **stále se učí**. Je nutné si uvědomit, že přítomnost, kontrola a podpora dospělých je nutná, a to nejen rodičů, ale všech, kdo tvoří sociální kontext dítěte. V tomto směru může být učitel velmi nápomocný, neboť svým postojem k žákovi, ovlivňuje i vrstevnickou skupinu ve třídě, která jeho postoje přejímá a může být dítěti velmi nápomocná.

Vliv onemocnění na jednotlivé členy rodiny

Dítě s chronickým onemocněním představuje zkoušku pro soudržnost rodiny. Choroba dítěte mění vztahy v rodině. Mění se vztahy dítěte k rodičům, protože dítě je na nich mnohem více závislé, více je potřebuje a jsou pro něj jediným zdrojem jistoty.

Zejména u menších dětí je pro dítě nejdůležitější matka, ale zároveň má nejtěžší úkol, protože bývá s nemocným dítětem nejčastěji. Je to právě ona, kdo nese největší břemeno onemocnění. Pro mnohé ženy to však znamená, že na velmi těžkou práci s dítětem zůstávají samy. Musí snižovat své vlastní cíle, ambice a plány. Naopak některé ženy se mohou dítěti obětovat a nacházejí v tomto i svou seberealizaci a pocit uplatnění, který by jinde nedosáhly. Důsledkem toho však může být až nepřiměřená péče o dítě a následkem toho naučená bezmocnost dítěte. To pak nebude schopno postarat se samo o sebe prostě proto, že mu nikdy nebyl dán prostor a možnost. Tím také, že se pohybují tito rodiče pořád ve stejném okruhu lidí a problémů, se jejich obzor často zužuje (Křížová, 2004).

Otcovská role v péči o nemocné děti je často upozaděna. Tím může utrpět role otců jako živitelů a ochránců rodiny. Některá onemocnění vyžadují nákladnou léčbu a pro rozpočet rodiny jsou velmi náročná. Otcové se mohou cítit zodpovědní za to, že tyto nároky nejsou schopni naplnit, zvláště v případě, že se matka musí kvůli onemocněním vzdát svých kariérních ambicí a omezit, případně opustit svou práci. Rovněž je nutné zmínit, že mohou cítit ztrátu kontroly nad situací, neboť v případě chronického onemocnění se rodina dostává do závislosti jiných. Přesto zahrnutí otce do péče má mnoho pozitivních dopadů na wellbeing dítěte a fungování rodiny a jeho role by měla být blíže zkoumána a popsána (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Citový vztah sourozenců k nemocnému dítěti bývá častěji negativní. Nemocný sourozenec vyžadující zvláštní péči je ten přednostní, opečovávaný a může mít různé úlevy (Říčan, Krejčířová, 2006). Zdravé děti jsou často upozaděny a trpí tím, proto se u nich mohou objevovat rizika emocionálních problémů, včetně odporu, agresivního chování, zmatení, rozpaků a pocitů zanedbanosti (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Bez ohledu na závažnost diagnózy je nutné, aby rodiny získaly pozitivní náhled na život s onemocněním, zvládly nastalou situaci a vytvořily běžně fungující rodinné prostředí. Pro mnohé z nich je to obrovská výzva. V některých rodinách vznikají zvýšenou péčí o dítě tenze, na základě nichž se postupně tyto rodiny rozpadají. Naopak pro některé je to příležitost k rozvoji, kdy je nemoc sblíží, utuží a zesílí vztahy mezi členy, zlepší se komunikace a jsou naplňovány potřeby všech jejích členů v závislosti na jejich potřebách – nemocného dítěte, sourozenců, rodičů, prarodičů a dalších významných členů rodiny (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Kvalitní informace, uznání zkušenosti a podpůrné sítě pro rodiny s nemocnými členy

K tomu, aby rodiny dokázaly adekvátně reagovat a fungovat, potřebují kvalitní informace o onemocnění, přístup ke službám a kvalitní podpůrné síti, ale zejména přípravu k léčbě, zvládnutí akutních příznaků onemocnění v domácích podmínkách, vedoucí k osvojení si praktických, pečovatelských a ošetřovatelských dovedností. Podpůrné sítě musí spolupracovat a poskytnout informace a strategie, které rodinám pomohou zvládnout onemocnění a jeho dopady, a to nejen u dítěte, ale u všech zasažených (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Mnoho rodičů popisuje, že právě získávání tolik potřebných informací je často velmi problematické a byli velmi nespokojeni s tím, jak tyto informace od zdravotnických profesionálů, zvláště v počátcích diagnózy, získávali. Právě chabá komunikace a nedostatečné poskytování informací je podstatným závadným komponentem spolupráce mezi rodinou a odborníky. Mezi bariéry v komunikaci rodič – lékař patří nedostatečné, nepřesné a nejasné informace ze strany zdravotnického personálu, kdy jsou informace podávány velmi rychle bez času na diskusi (Smith, Cheater, Bekker, 2013). Je potřeba si také uvědomit, že rodiče po sdělení závažné diagnózy mohou být v takovém psychickém rozpoložení, že nejsou schopni informace adekvátně přijmout a vstřebat.

Ačkoliv je efektivní komunikace jádrem profesionálních dovedností, profesionálové často selhávají a nejsou vybaveni ve schopnostech naplnit právo na informace, potřebu učení a potřebu podpory (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Rodiny potřebují tyto informace, neboť cenné údaje jim pomáhají získat moc a náhled i nadhled na onemocnění, schopnost zvládnout management léčby, připravit se na akutní stavy, jejich zvládnutí a náročný léčebný režim. Potřebují také vědět, že existuje podpůrná a informační síť, která je nenechá v izolaci a osamocené. Chtějí být zodpovědní za rozhodnutí, která činí na základě adekvátních informací, nechtějí být ale v těchto rozhodnutích osamoceni, chtějí kooperovat a sdílet zodpovědnost za svá rozhodnutí (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Dalším významným aspektem je respektování zkušenosti s onemocněním právě prvotních poskytovatelů, kterými rodiče jsou. Jejich zkušenosti s onemocněním a jeho dopady jsou často podceňovány a podhodnocovány právě ze strany zdravotnických profesionálů. Rodiče musí mít možnost vyjádřit svůj názor a obavy, jejich znalosti a zkušenosti s onemocněním musí být brány v potaz. Toto je další výzvou pro zdravotnické pracovníky – integrovat zkušenost pacienta a pečovatelů s onemocněním do své vědomostní báze. Právě díky porozumění toho, jak je nemoc malého pacienta a jeho rodiny zakoušena a prožívána, může lékař získat širší rámce a na tomto základě vytvořit pak efektivní léčebný program a plán péče (Smith, Cheater, Bekker, 2013).

Posledním významným aspektem v tomto směru jsou již zmiňované podpůrné sítě, kdy rodiny nejsou ponechány svému vlastnímu osudu, ale získávají díky nim podporu a pomoc. Podpůrné sítě však často pro rodiny chybí, někdy a někde vůbec neexistují nebo jsou špatně koordinovány, často adekvátně nesaturují potřeby, rychle a dostatečně včas. Často nejsou takovou podporou, jakou by měly být a rodiny zůstávají v izolaci. Jednou z těchto podpůrných sítí může být právě škola.

1.3 Chronicky nemocné dítě ve škole

Dítě mladšího školního věku ve škole

Vstup dítěte do školy je výrazným životním mezníkem, kdy jsou na něj kladeny obrovské nároky. Musí se seznámit s novým prostředím třídy i školy, s novými

spolužáky a zvyknout si na množství informací, ale i povinností. V tomto období se do popředí dostává snaha dítěte o výkon ve škole i mimo ni a soupeření s druhými dětmi. V případě selhávání mohou vzniknout i celoživotní pocity méněcennosti (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 81). Postupně se dítě naučí přizpůsobit se prostředí a věnit se do něj. Zpočátku je dítě fixováno na autority, rodiče a učitele, jichž plně přijímá a snaží se plnit jejich očekávání. Postupně s dalším osamostatňováním však vliv autorit zeslabuje a na významu získávají spolužáci.

Skupina spolužáků představuje příležitosti ke kontaktům s ostatními dětmi. Toto je nezbytné pro rozvoj sociálních dovedností, osvojování sociálních rolí i vlastní sexuální identity nebo vývoj sebepojetí (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

V období mladšího školního věku je nutná velmi blízká spolupráce rodiny a školy, ale i zdravotnických profesionálů, kteří všichni mohou vytvořit podpůrnou síť a pomoci tak dítěti zvládat onemocnění a zakusit i přes onemocnění úspěchy, které jsou pro dobu školní docházky nesmírně důležité.

Chronicky nemocné dítě mladšího školního věku

Van Cleave a kolektiv definovali chronické zdravotní podmínky u dětí jako jakékoliv fyzické, emocionální a mentální podmínky, které zabraňují dítěti navštěvovat školu pravidelně, vypracovávat pravidelně a systematicky domácí práce (Compas, Jaser, Dunn a Rodriguez, 2012). Onemocnění zabraňuje/je překážkou dětem ve hře/při hrách a běžných/každodenních dětských aktivitách a naopak vyžaduje časté lékařské prohlídky, hospitalizaci, dodržování léčebného režimu, pravidelné užívání medikace, nebo užití speciálních pomůcek (Compas, Jaser, Dunn a Rodriguez, 2012).

Chronické onemocnění samozřejmě ovlivňuje vzdělávací a sociální zkušenost ve škole, a to v několika směrech. Děti jsou dlouhodobě nepřítomny ve škole, kognitivní funkce mohou být nemocí a léky sníženy, jsou vykazovány komunikační, emocionální a výchovné problémy.

Chronické onemocnění je často spjaté s dlouhodobou nepřítomností ve škole z důvodu častých hospitalizací, lékařských prohlídek a dnů, kdy se žák „prostě necítí dobře“. Rovněž se na absenci mohou podílet příliš protektivní rodiče. Právě zameškávání školy může však vést ke studijním neúspěchům a bránit ve formování pozitivních sociálních vazeb s vrstevníky. A náročný je i návrat do školy po dlouhodobé absenci, který je však pro žáka velmi významný. Znamená to návrat k normalitě, kdy se zdravotní stav žáka zlepšil, ale může se obávat reakcí učitelů

i žáků, může se obávat reakcí a otázek svých spolužáků a celkového klimatu ve škole. K tomuto všemu může přispívat pak nedostatečná komunikace, nedostatek informací a dovedností a nedostatečná podpůrná síť na všech stranách (Barton, Webster, rok neuveden). Právě pozitivní zkušenost ve škole může pomoci těmto dětem k získání kontroly nad svým životem, zvýšení sebevědomí, naplnění hodnotných vrstevnických přátelství a snížení emocionálních traumat, které mohou z nemoci vzniknout.

Některá chronická onemocnění také negativně ovlivňují kognitivní schopnosti. Tyto děti mohou mít problémy s učním, problémy s udržením pozornosti a koncentrací, problémy s pamětí, s organizací, plánováním, řešením úkolů a celkovým porozuměním. Rovněž léčba a medikace některých onemocnění může mít vliv na zhoršení kognitivních funkcí a plnění úkolů. Všechny tyto faktory mohou ovlivňovat úspěch ve škole, který je v období mladšího školního věku tak významný.

Přestože každé z chronických onemocnění má svou jedinečnou charakteristiku a příznaky, psychosociální aspekty mohou mít společné (Bakwin & Bakwin, 1972; Wallander & Varni, 1998 podle Barton, Webster, rok neuveden). Každé onemocnění, které totiž zasahuje normální aktivity, může vyvolat frustraci a vyústit až v depresi. Chronicky nemocné děti se mohou cítit odlišně od svých spolužáků, mohou zažívat stigmatizaci a diskriminaci, čímž se jejich sebevědomí snižuje. Mnohé z těchto dětí mohou mít emocionální problémy, ale i poruchy s chováním. Emocionální aspekt chronického onemocnění bývá často přehlížen a je na něj kladen menší důraz (Barton, Webster, rok neuveden).

SHRNUTÍ

Aby mohly být uspokojovány potřeby dětí s vážným chronickým onemocněním ve školním prostředí, je potřeba celostní, koordinovaný a systematický přístup a propojení služeb péče. Žáci a studenti jsou schopni dosáhnout svého maximálního potenciálu, pokud jsou naplněny jejich potřeby. Právě škola a úspěchy v ní jim mohou pomoci zvládat onemocnění a pro mnohé tyto děti má úspěch ve škole obrovský význam. Školy musí pracovat s rodiči, studenty, zdravotnickými pracovníky, aby vytvořily žákovi a studentovi bezpečné a podpůrné edukační prostředí a zajistily mu stejné možnosti a příležitost jako ostatním žákům.



PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH CYSTICKOU FIBRÓZOU

Cystická fibróza (dále jen CF) je chronická, nevléčitelná, autozomálně recesivní dědičná nemoc (Klíma a kol., 2003). CF je onemocnění, které donedávna bylo smrtelné již v dětství. Lidé, kteří v současné době trpí tímto onemocněním, se často dožívají více než 38 let. CF se vyznačuje potížemi v dýchacích cestách, plicích a slinivce břišní. Rovněž poškozuje i jiné orgány v těle, například pohlavní orgány, oběhový systém (Jakubec, 2006).

2.1

Celoživotní onemocnění cystická fibróza

CF je závažná, nevléčitelná nemoc, která je často zjištěna v útlém dětském věku (novorozeneckém nebo kojeneckém). Mnoho dětí nemocných CF si stěžuje na suchost úst. Děti jsou zvýšeně náchylné k infekci (James, Nelson a Ashwill, 2013). Hlen, který se nachází na povrchu dýchacích cest je charakteristicky velmi hustý, vazký a je živnou půdou pro bakterie. Hustý sekret se hromadí v dýchacích cestách a lze jej velmi špatně odkašlávat. Z tohoto důvodu se v dýchacích cestách vyskytují různé druhy bakterií. Přenos bakterií se šíří přímým kontaktem nemocných mezi sebou, nebo rukama zdravotnického personálu (Austová, 2004).

Cystická fibróza, její příznaky, diagnostika a léčba

CF postihuje několik tělních systémů, proto jsou projevy tohoto onemocnění velmi různorodé. V dýchacím systému dominuje tvorba hustého, vazkého hlenu, který se hromadí v dýchacích cestách a jde těžko vykašlat. Hlen může způsobit záněty

dýchacích cest. Sliznice dýchacích cest je pokryta hlenohnisem, je zarudlá a zduřelá. V plicích často dochází k obstrukci z důvodu tvorby vazkého hustého hlenu. To znamená, že vzduch nemůže dostatečně proudit k plicním sklípkům, kde se kyslík přeměňuje na oxid uhličitý. Děti trpí dušností (Vávrová a kol., 2000). Nejčastějším projevem CF u dětí je právě postižení dýchacího systému a bývá až 90% úmrtnost na postižení dýchacích cest nebo plicní komplikace (Jakubec, 2006). Mezi nejčastější příznaky vycházející z dýchacího systému patří kašel, výdechová dušnost, paličkovité prsty, zrychlené dýchání a infekce dýchacích cest. Trávící systém je postižen v důsledku poškození slinivky břišní. „Známky onemocnění pankreatu se vyskytují asi u 85 % nemocných CF. V důsledku defektního složení pankreatických šťáv dochází k hromadění sekretů slinivky a obstrukci pankreatických vývodů. To může vést k atrofii tkáně pankreatu a kalcifikaci“ (Jakubec, 2006). Následně dochází ke snižování pankreatických enzymů, bikarbonátů, chloridů a vody. Může se objevovat steatorea – tuk ve stolici, meteorismus - plynatost, hubnutí, malnutrice, anémie a příznaky hypovitaminózy vitamínů, které jsou rozpustné v tucích (vit. A, D, E, K). Mohou se také objevovat recidivující pankreatitidy (Jakubec, 2006). Okolo 20. roku věku může vzniknout Diabetes mellitus. Mezi nejčastější příznaky vycházející z trávicího systému patří průjem s příměsí tuku ve stolici, plynatost, hubnutí, podvýživa, bledost, bolesti břicha. Reprodukční systém je postižen opožděným sexuálním vývojem, nižší plodností a nepravidelnou menstruací (Vaníček a Pozler, 2000). Postiženy jsou také potní žlázy. Pot obsahuje více solí, než pot ostatních dětí. Proto jsou děti ohroženy velkými ztrátami solí zejména při nadměrném pocení a v létě (Jakubec, 2006). V tomto období jsou děti ohroženy dehydratací, a proto musí více pít a přisolovat si stravu. Nemocným je zakázáno vstupovat do saun nebo pracovat v horkém prostředí (Vaníček a Pozler, 2000).

K výše uvedeným příznakům se často přidávají i komplikace, vycházející z postižení dýchacího systému. Sinusitidy – záněty vedlejších nosních dutin. Sinusitidy se projevují rýmou s nažloutlou až nazelenalou hustou sekrecí a bolestmi hlavy při předklonu. Nos často ohrožují nosní polypy, které mohou být malé a nepůsobit žádné problémy, nebo jsou velké, a ty mohou ucpávat nosní průduchy a bránit tak dýchání, ba dokonce mohou deformovat tvar nosu (Vávrová a kol., 2000). Atelektáza – nevdušnost plíce. Atelektáza je další závažnou komplikací CF, kterou nejčastěji poznáme na RTG snímku. Opakem atelektázy je emfyzém neboli rozedma plic. Je to zvýšená vzdušnost plíce (Vávrová a kol., 2000). Hemoptýza – vykašlávání krve. Hemoptýza vzniká narušením cév v průduškách. Malé množství krve se může u nemocných objevovat poměrně často (Vávrová a kol., 2000).

CF je dědičné onemocnění, které je možno diagnostikovat již v prenatálním období. Dříve byla CF diagnostikována na podkladě klinického obrazu, kdy bylo vyzorováno zvýšení chloridů v potu (Kolek in Mihál a kol.). K diagnóze často napomohla i matka nemocného dítěte, která detekovala velmi slaný pot. K diagnostice CF se dnes využívá laboratorní vyšetření. Provádí se prenatální screening – vyšetření matky v těhotenství a novorozenecký screening – vyšetření novorozence po porodu. Dále se využívá potní test neboli pilokarpinová iontoforéza.

Léčba CF je náročná a dlouhodobá, jelikož se jedná o nevyléčitelné onemocnění. Dá se říci, že léčba je celoživotní a každodenní. Musí být komplexní a sledovaná ve specializovaných centrech pro CF. Každý nemocný CF by měl být ve specializovaném centru vyšetřen alespoň jednou za rok (Vaníček a Pozler, 2000, s. 84). Na léčbě CF se podílí postupy farmakologické i nefarmakologické (Fila, 2010). **Vysoko kalorická dieta** patří mezi základní nefarmakologické léčebné metody léčby u CF. Pacienti s CF potřebují vyšší kalorický příjem o 20 – 50 % (Fila, 2010). Dalším z nefarmakologických postupů je péče o dýchací cesty a fyzioterapie. **Fyzioterapie** využívá různých metod a dechových technik. Cvičení by se mělo provádět dvakrát denně (Fila, 2010). **Respirační fyzioterapie** je soubor cvičebních metod a trénink správného dýchání. Tato cvičení jsou důležitá k odstraňování hlenu z dýchacích cest a k nácvičení správného dýchání a inhalování (Vávrová, Bartošová a kol., 2009). Nezastupitelnou roli v léčbě hrají inhalátory a inhalační terapie. Inhalace spolu s fyzioterapií a pohybem usnadňují dýchání. Pocit volného a čistého dýchání vede ke zlepšení kvality života pacientů. O zahájení **inhalační terapie** rozhoduje vždy lékař (Smolřková, 2002). Součástí léčby je kyslíková terapie, která je praktikována především v nemocnici při zhoršení zdravotního stavu (Fila, 2010). Léčba **antibiotiky** se často a dlouhodobě zavádí, pokud dítě jeví známky infekce (bolest hlavy, teplota, nechutenství, úbytek na váze...) (Vávrová a kol., 2000). Léčba zařivacího traktu spočívá v úpravě stravy, podání chybějících enzymů slinivky břišní, podání **pankreatické substituce** a **vitaminů**. Tento druh léčby se opět provádí trvale, po celý život (Vávrová, Bartošová a kol., 2009). Základním způsobem léčby je zajištění **pankreatických enzymů** (Fila, 2010). Podáváním pankreatických enzymů nahrazujeme chybějící enzymy slinivky břišní. Enzymy umožňují dětem trávit potravu s vysokým obsahem tuků. Léky se užívají před každým jídlem. Výjimkou je čerstvé ovoce (Vávrová, Bartošová a kol., 2009). **Vitamínová léčba** je dalším typem léčby. Podávají se především vitamíny rozpustné v tucích a to jsou vitamíny A, D, E, K. Vitamín K se podává v podobě kapek. Dávkování se upravuje podle věku a hmotnosti dítěte (Vávrová, Bartošová a kol., 2009).

2.2

Psychosociální aspekty a kvalita života pacientů s CF

Každé dítě si svou nemoc uvědomuje různě a prožívá ji jinak. Izolace od kamarádů, nemožnost dělat stejné věci, odloučení od rodičů při hospitalizaci vyvolává u dětí úzkost. Někdy může dítě trpět pocitem viny nebo jej děsí představa smrti. U každého dítěte se nemoc projevuje jinak. Jinak vypadají příznaky u klidného, vyrovnaného dítěte, jinak u výbušného a jinak u úzkostného. Jinak se nám onemocnění projeví u dětí dobře vychovaných, zvyklých na spolupráci a jinak u dětí rozmazlených, neukázněných a u dětí, které jsou zvyklé dosáhnout za každou cenu svého (Matějček, 2011).

Bio-psycho-sociální aspekty života dítěte s CF

V období prepuberty, tedy mezi 6. až 11. rokem života, se u dítěte do popředí dostává snaha podat dobrý výkon ve škole a vyrovnat se svým zdravým vrstevníkům. V případě selhávání v tomto období mohou vzniknout i celoživotní pocity méněcennosti, které hrozí zejména u dětí s vysokou absencí ve škole (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). V tomto období se v průběhu nemoci nedějí žádné výrazné změny. Některé děti mohou být v tomto věku ve slabší fyzické kondici kvůli malnutrici, odkašlávání a hromadění hlenů. Dítě si klade otázky, proč právě já jsem nemocné? V závěru tohoto období může docházet k úzkostem z důvodu zdraví, nemoci a chronické nemoci. V tomto případě je dobré zajistit kontakt na psychologa (Vávrová, Bartošová a kol., 2009). Každé dítě je povinné absolvovat povinnou školní docházku. Na děti s CF, které jsou chronicky nemocné, může škola dohromady s léčbou klást velké nároky, proto je možné, aby děti s CF měly odklad školní docházky, nebo těmto dětem vytvořit individuální plán výuky. Obvykle děti s CF chodí do školy pravidelně, mírný kašel nebo léčba je ve škole příliš neohrožuje. Je nutné, aby učitelé věděli základní informace o nemoci a bylo jim objasněno, že CF není nakažlivá nemoc. Děti s CF mají častěji kašel nebo jsou více nemocné než zdravé děti. Často během dne musí provádět inhalace a před každým jídlem musí užívat léky. Důležité je i jídlo během dne. Dítě musí pravidelně jíst, nesmí jídlo vynechávat. Důležité je, aby se dítě účastnilo tělesné výchovy jako ostatní spolužáci. V případě náročnějších cviků dítě cvičí jen to, co samo zvládne (Vávrová a kol., 2000). Z psychosomatického hlediska se dá chronické onemocnění charakterizovat: trvalou ztrátou zdraví, trvalou přítomností nemoci, komplexní a trvalou léčbou (užívání medikace, náročné výkony nebo operace, hospitalizace a rehabilitace), různým průběhem nemoci. Nemoc může být stabilizovaná, nebo může být progredující, nemoc se může zlepšit, nebo zhoršit. Nemoc klade vysoké nároky na emoce a předestírá

velmi nejistou budoucnost, klade také důraz na spoustu nových dovedností, které je nutné se naučit např. inhalace, používání pomůcek nutných k léčbě, aplikaci kyslíku a techniku správného dýchání (Gillernová a kol.)

Dítě s CF v kolektivu

V případě cystické fibrózy je třeba pedagogům doporučit několik základních opatření. Některé děti se stydí kašlat ve třídě a vyplivnout hlen do papírového kapesníku před ostatními. Stačí posadit je tak, aby mohly kdykoli během vyučování na chvíli odejít a provést „čištění“ dýchacích cest mimo třídu. Někdy mohou mít děti s CF problémy s plynatostí. Výsměch nebo poukazování na to je třeba vhodně podchytit např. vysvětlit dítěti, které se tak chová, že je to nevhodné a proč. Pro děti, které mají větší potíže s trávením a stydí se za to před ostatními, lze domluvit používání jiné toalety např. učitelské. Občas se stává, že děti s CF nechtějí před spolužáky polykat kapsle s enzymy. Opět je užitečná domluva rodičů s učitelem a hledání přijatelného řešení. Stačí třeba ostatním vysvětlit, že bez enzymů by nemocného bolelo břicho a nepřibýval by na váze. Často pak kamarádi nemocnému dítěti užívání enzymů připomínají sami. Ještě ve školním věku řada dětí nemá chronickou infekci obávané „pseudomonády“. Pro dítě je nevhodné zalévat květiny, mazat tabuli houbou (je v ní trvale vlhkost), sedět těsně u umyvadla (časté rozprášení vody z odpadu), manipulovat s dlouho stojící vodou či s hlínou apod. Rizikem tak mohou být i některé práce v laboratoři či během pracovní výchovy. Děti, které jsou již kolonizované touto bakterií, potřebují pravidelná přeléčení antibiotiky do žíly. Tato intravenózní kúra trvá obvykle 2 týdny a opakuje se několikrát ročně. Někdy děti mohou tuto léčbu, díky schopným rodičům, absolvovat doma a v pauze mezi jednotlivými dávkami léků v kapačkách stihnou jít i do školy. Je třeba se s rodiči domluvit, co dítě po tuto dobu může dělat. V hodinách tělocviku někteří nemocní CF stačí zdravým vrstevníkům. Jiné děti však totéž jako ostatní nezvládnou nikdy, další nestačí třeba jen po infektu či při větší únavě. Vždy je žádoucí nechat je cvičit podle aktuálního zdravotního stavu a nenutit je k přepínání sil. Často je vhodné pověřit je třeba i méně náročným úkolem ve chvílích, kdy se necítí dobře. Je to lepší, než je nechat sedět a úplně zahálet. Účast na různých školních kurzech je pro nemocné dítě velmi prospěšná, pokud je v dobrém zdravotním stavu a přeje si jet. Učitelé se nemusí obávat vzít je s sebou, stačí podrobnější konzultace s rodiči. Spolu s dítětem učiteli vysvětlí, popřípadě předvedou, jak dítě inhaluje atd. Vždy u dětí s CF pamatujte na důležitá pravidla. Dítě se nesmí omezovat v kašli. Musí mít možnost na chvíli opustit třídu kdykoliv, když potřebuje hodně odkašlat nebo musí na toaletu. Intelekt dětí nemocných CF není nijak ovlivněn nemocí, kvůli kašli či únavě však mohou mít problémy s pozorností (Šmídová a kol., 2009).

SHRNUTÍ

CF je závažné, život limitující onemocnění, které omezuje dítě a jeho nejbližší rodinu ve všech činnostech a aktivitách běžného denního života. Děti nemocné CF musí dodržovat řadu opatření, aby se chránily před infekcí, která by mohla onemocnění zhoršit. Děti často trpí především na záněty dýchacích cest – jsou často nemocné, a tudíž nemohou pravidelně navštěvovat kolektiv svých vrstevníků. Povědomí pedagogů o CF může značným způsobem ovlivnit uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocných dětí a zlepšit jejich kvalitu života.



PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Nádorová onemocnění v dětském věku se řadí mezi vzácná onemocnění dětí. Ve věku do 15 let onemocní nádorem jedno dítě z 600 zdravých dětí, i přesto jsou tato onemocnění častou příčinou úmrtí. Na první místo příčin úmrtí u dětí v České republice se řadí poranění, druhé místo zaujímají nádorová onemocnění. O něco častěji než dívky onemocní nádory chlapci. Existují i rasové a geografické rozdíly ve výskytu nádorů u dětí, ovšem tyto rozdíly jsou v našich podmínkách nevýznamné (Koutecký, Cháňová, 2003).

3.1

Onkologická onemocnění v dětském věku

Největší výskyt nádorů v dětském věku se objevuje v prvním pětiletí života (téměř polovina). Na druhé a třetí pětiletí připadá asi čtvrtina z celkového počtu. V dospělém období počet nádorů začíná stoupat a přechází v narůstající křivku výskytu nádorů u dospělých. Výskyt specifických typů nádorů se v průběhu dětského věku mění (Koutecký, Cháňová, 2003, Muntau, 2009). Z hlediska epidemiologie ve školním věku převažují lymfomy – nádory mízních uzlin a lymfatické tkáně, nádory mozku, nádory kostí a měkkých tkání, vaječníků a nádorová onemocnění krve – leukémie. Druhový výskyt nádorů dětského věku uvádí Tab. 1.

nádory krve	30 %
nádory CNS	19 %
maligní lymfomy	13 %
nádory mozku	7 %
nádory měkkých tkání	6 %
nádory ledvin	6 %
nádory kostí	6 %
nádory očí	3 %
ostatní	10 %

Tabulka 1: Incidence nádorů dětského věku (Jurga a kol., 2010)

Jedná se zřejmě o kombinaci několika faktorů, které se na vzniku mohou podílet – ionizační záření, chemikálie, genetická dispozice, vlivy infekce...

Onkologické nemocnění, jeho příznaky, diagnostika a léčba

Lokální symptomatologie převažuje na počátku onemocnění především u dospělých. U dětí je přítomna celková nespecifická symptomatologie. Čím je dítě menší, tím bouřlivější symptomy u něj můžeme pozorovat. V popředí bývají změny charakteru a nálady dítěte (nezájem o hry a kamarády), změny chování (plačtivost, mrzutost, záchvaty vzteku), obecné neprospívání (váhový úbytek, únava, malátnost, nechutenství), dále bledost, subfebrilie – zvýšená teplota, poruchy spánku. Vzhledem k uvedeným nespecifickým příznakům je zde nutná pečlivá diagnostika (Koutecký, Kabíčková, Starý, 2002). Pro **nádory krve** jsou typické krvácivé projevy na kůži a sliznici – snadno se tvoří modřiny, bolesti kostí, zvětšená játra, zvětšená slezina, zvětšené břicho, zvětšené mízní uzliny, zvětšená varlata, bledost, horečky, bolesti v krku (Koutecký, Kabíčková a Starý, 2002). Pro **nádory mozku** jsou typické bolesti hlavy, zvracení, změna prospěchu ve škole, změny chování, porucha smyslů (porucha vidění – dvojité vidění, šilhání), poruchy stability a chůze, křeče, zvětšování obvodu hlavy u kojenců (Koutecký, 1997). Bolesti kostí nebo kloubů, třes, zvýšený krevní tlak, průjem, zácpa, poruchy chůze - vrávorání, oční poruchy, snížený svalový tonus (Koutecký, Kabíčková a Starý, 2002). **Nádory ledvin** se projeví útvarem v břišní dutině, zvětšením a častými bolestmi břicha, krví v moči, zvýšeným krevním tlakem a bledostí (Koutecký a Cháňová, 2003). **Nádory kostí** se projeví bolestí v postiženém místě, hmatným útvarem, ojediněle patologickými zlomeninami,

omezenou hybností aj. (Vorlíček, 2012). Typické příznaky pro **nádory očí** jsou šilhavost, zarudnutí oka, bolest v očním okolí, lesk oka (Koutecký a Cháňová, 2003).

Děti s onkologickým onemocněním mají spoustu doprovodných, nepříjemných zdravotních problémů, které vznikají v souvislosti s léčbou onemocnění (chemoterapií – léčbou cytostatiky, což je léčba, která zabíjí rakovinotvorné buňky, radioterapií – ozařováním a podáváním kortikoidů – léků, které se užívají při léčbě různých poruch imunity). Jedná se o následující příznaky: bakteriální, plísňové – soor neboli moučnivka, méně často virové infekce, nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, vypadávání vlasů, změnu pigmentace, akné, suchou kůži, záněty dutiny ústní - afty, svědivé ekzémy, zvýšenou lomivost nehtů, alergické reakce, zvýšenou citlivost ke slunečnímu záření. Mezi další příznaky řadíme poruchy citlivosti a čití, slabost dolních končetin, poruchu jemné motoriky, bolesti hlavových nervů, dvojité vidění, poškození sluchu, poruchu inervace střev a močového měchýře, poškození varlat a vaječníků. Kortikoidy: zvýšená chuť k jídlu, rychlá obezita, strie, otoky, oteklý „měsícovitý“ obličej, svalová slabost, zvýšená hladina krevního cukru, snížení pevnosti kůže, zvýšený krevní tlak, podrážděnost, nespavost, změny nálady, vzácně psychózy s depresemi, manickými nebo schizofrenními rysy (Vokurka et al., 2005).

V rámci diagnostiky onkologického onemocnění se provádí různé druhy vyšetření, které se odvíjí od typu nádoru. Na prvním místě se odebírá anamnéza – zjištění veškerých informací o pacientovi a provede se fyzikální vyšetření (pohled, poslech, pohmat, poklep). Využívají se různé zobrazovací metody – rentgen, ultrasonografie (ultrazvuk), CT – počítačová tomografie, MR – magnetická rezonance, oční vyšetření – vyšetření očního pozadí. Dále odběry krve, mozkomíšního moku, kostní dřeně, odběry tkáně přímo z nádoru tzv. biopsie atd. (Koutecký, Kabíčková, Starý, 2002).

Dítě je nutné převést na specializované pracoviště dětské onkologie (např. Praha, Brno). Vhodnou léčbu určí lékař podle typu nádorového onemocnění. Velmi často se metody léčby kombinují. Pacient může například podstoupit chemoterapii i chirurgickou léčbu. U dětí se velmi dobře zabírá chemoterapie – aplikace chemických látek do žíly. Tyto látky ničí rakovinné buňky v těle. Jedná se o náročnou a opakovanou léčbu. Mezi možnostmi léčby se řadí chirurgická léčba – odstranění nádoru prostřednictvím operace, chemoterapie – aplikace chemických látek do žíly, radioterapie – ozařování části těla, kde je uložen nádor, imunoterapie – podávají se léky, které aktivují imunitní systém, transplantace kostní dřeně – nejčastěji u nádorů krve, kdy dítě nereaguje na léčbu. Vhodným dárce je rodinný příslušník (matka, otec nebo sourozenec). Děti, které jsou v léčbě, většinou nenavštěvují školu. Intenzivní

lčba trvá asi 1 rok. Po tuto dobu se dětem věnují pedagogové přítomni v daném zdravotnickém zařízení. Dítě se vrací do školy až v takzvané udržovací fázi léčby, kdy již užívá jen léky a nejsou nutné časté hospitalizace a aplikace chemoterapie do žíly.

3.2

Psychosociální aspekty a kvalita života pacientů s onkologickým onemocněním

Dítě v období onkologické nemoci má stejné potřeby, které mělo před onemocněním, avšak mění se jejich naléhavost a důležitost jejich uspokojování. U dítěte se dostává ve velké míře pocit ohrožení, to ne jen samotnou nemocí, ale hlavně léčbou, jež onemocnění provází (injekce, bolestivá vyšetření) (Šamánková a kol., 2011).

Bio-psycho-sociální aspekty života dítěte s onkologickým onemocněním

Dítě ve školním věku si formuje svoji identitu kolem osmého roku. Pak dochází k uvědomování si krásy, zdatnosti a soběstačnosti. Nejvíce reagují na tělesnou změnu dívky, které mohou trpět pocity méněcennosti (Matějček, 2001). Právě v tomto věku je potřeba identity a společenského uplatnění nejvíce citlivá na nespokojení. Tělesné změny, které přicházejí spolu s léčbou, pak výrazně ovlivňují tuto potřebu. Také Mastiliaková (2014) vyjadřuje, že při nenaplnění této potřeby vznikají pocity méněcennosti a dále také různé komplexy, pocit, že člověk selhal, pocity zklamání a stud. Nemocné dítě může vidět všechna omezení a věci, které nedokáže. Proto bychom měli zaměřit pozornost na schopnosti dítěte a jeho možnosti. Měli bychom vést dítě k činnostem, které dělalo před onemocněním, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Díky kroužkům v nemocnicích, herním specialistům, školám při nemocnicích a jiným možnostem zapojujeme dítě a také jej povzbuzujeme k činnostem. Důležité je zejména ocenění dítěte při léčbě (Šamánková a kol., 2011).

Dítě s onkologickým onemocněním v kolektivu

Pedagog by si měl u dítěte všimnout potencionálních prvních příznaků onemocnění (např. zhoršeného prospěchu, změn v chování, zhoršeného vidění, častých bolestí hlavy, vyššího sklonu k tvorbě modřin, častých absencí z důvodu nemoci).

O důvodech absence může pedagog promluvit s rodiči a případně tak upozornit na možnost závažného onemocnění. V případě, že je dítě hospitalizované, nabídat děti ve třídě k udržování kontaktu (za využití sociálních sítí, mobilních telefonů, dopisů aj.) s nemocným dítětem/spolužákem právě proto, že je dítě hospitalizováno a do školy nechodí. Jednou z nejdůležitějších psychosociálních potřeb onkologicky nemocného dítěte je potřeba kontaktu se svými zdravými vrstevníky.

Jakmile dítě nastoupí opět školní docházku, může mít méně vlasů, nebo dokonce i jiný typ vlasů (po chemoterapii vlasy vypadají, a poté může dítěti narůst úplně jiný typ vlasů např. před léčbou mělo dítě rovné vlasy, po chemoterapii mu začnou růst vlasy kudrnaté). Toto je nutné dětem ve třídě vysvětlit v tom smyslu, že jejich spolužák vlasy ztratil z důvodu léčby a opět mu dorostou. Velmi citlivě tento problém vnímají především dívky, které měly před léčbou dlouhé husté vlasy. Děti mají po dlouhodobém užívání kortikoidů nepatrně změněný obličej. Je to tzv. měsícovitý obličej, dalo by se to přirovnat k plnému nebo oteklému obličejí. Tento stav je pouze přechodný a otok časem vymizí. Je opět důležité vysvětlit spolužákům, že dítě má jiný obličej kvůli lékům, které užívalo a po čase otok zmizí. Zapojovat dítě do všech aktivit a zbytečně neupozorňovat na skutečnost, že je po vážné nemoci. V hodinách tělesné výchovy je třeba přizpůsobit fyzickou aktivitu, pokud je dítě po léčbě v horší kondici a nezvládá zadané úkoly s ostatními dětmi, můžeme jej pověřit jiným méně náročným úkolem rozhodně jej nevyčleníme z kolektivu tým, že je posadíme na odpočinkové místo.

SHRNUTÍ

Onkologické onemocnění v dětském věku je závažné život ohrožující onemocnění, které může v některých případech končit i smrtí dítěte. Prvotní příznaky jsou velmi nespecifické zvláště v dětském věku. Vnímavý pedagog může často zachytit i tyto nespecifické příznaky a napomoci tak včasnému zachytu onemocnění a zahájení léčby. Onkologické onemocnění se promítá do všech složek potřeb dítěte a také jeho rodiny. Vhodným přístupem můžeme napomoci lepší psychické pohodě nemocného dítěte a zlepšit tak kvalitu jeho života.

Obezita



PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ S OBEZITOU

Obezita se v posledních desetiletích stala globálním zdravotním problémem lidstva, který nabývá charakteru pandemie (Machová, Kubátová et al.). V České republice se v současné době vyskytuje 50 % dospělých osob, které bojují s nadváhou a 20 % osob s obezitou. Dětská populace je tvořena 5–10 % obézních dětí, přičemž dětská obezita má vzestupnou tendenci (Marinov, Pastucha et al., 2012). Obezita se vyskytuje ve stále dřívějším růstovém období, například u předškoláků (Pařízková, Lysá et al., 2007).

4.1 Obezita v dětském věku

Slovo obezita je odvozeno z latinského *obesus* – dobře živený, tučný. Obezita neznamená nadměrnou hmotnost, ale nadměrné množství tukové tkáně (Pastucha et al., 2011). Nejvýstižnější definice obezity říká, že obezita neboli otylost je stav, při kterém přirozená energetická rezerva savce/člověka, která je uložena v tukové tkáni, stoupla nad obvyklou úroveň a poškozuje zdraví. Jiná definice uvádí, že jde o nadměrné ukládání tělesného tuku v organismu obvykle spojeného se vzestupem hmotnosti. U dětí definujeme/diagnostikujeme úroveň obezity z percentilových grafů (Marinov, Pastucha et al., 2012). Ve více než 95 % případů hovoříme v dětském věku o tzv. primární neboli esenciální obezitě. Její příčinou je dlouhodobě zvýšený energetický příjem a nízký energetický výdej. Obecně má obezita dvě základní příčiny. Stěžejní příčinou je genetická zátěž a dále pak faktory zevního prostředí (výživa, pohybová aktivita...). Výjimečně může k obezitě docházet sekundárně na podkladě různých onemocnění nebo při dlouhodobém užívání některých léků (Pastucha et al., 2011).

Obezita, její rizikové faktory, příznaky, diagnostika a léčba

Na vzniku obezity se podílí řada faktorů. Mezi základní faktory patří **výživa** – nerovnováha mezi energetickým příjmem a výdejem, přejídání, změny ve složení potravy (omezování příjmu komplexních sacharidů, vlákniny a vitamínů a naopak zvýšení příjmu sacharidů jednoduchých, tzn. cukru, často i vysoce saturovaných tuků), vynechávání snídaně, nepravidelnost ve stravování, největší energetický příjem na konci dne (většinou večer), pití slazených nápojů. Dalším rizikovým faktorem je **pohybová aktivita, fyzická zátěž** – pokles celkové fyzické a pohybové aktivity, nedostačující tělesná výchova, preference jiných aktivit před pohybem, nedostatek dynamické aerobní zátěže jako je běh, různé pohybové hry atd. V neposlední řadě se na vzniku obezity podílí **změna životního stylu, vliv veřejných sdělovacích prostředků** – „obezitogenní prostředí“, děti nejsou od malička adaptovány na dostatečnou míru fyzické zátěže, střídmost v jídlě, výběr vhodných potravin, většinu volného času tráví u počítače nebo u televize, hlavní podporu mají v reklamě spíše sladkosti, slazené nápoje, čokolády atd. (Pařízková, Lysá et al., 2007).

Mezi nejzávažnější následky dětské obezity řadíme následky spojené s metabolickými změnami podmiňující rozvoj srdečně-cévních onemocnění s vysokým krevním tlakem, ukládáním tuku do stěny cév, poruchami metabolismu tuků a cukrů a rozvojem metabolického syndromu (Marinov, Pastucha et al., 2012), přetížení kosterního a svalového systému, vadným držení těla, skoliózou, poruchou v postavení kolenních kloubů, plochou nohou, rozvojem artrózy. Dítě často stojí rozkročené na široké bázi. Ochablé svalstvo (Pastucha et al., 2011). Bolesti kloubů, kulhání, bolesti zad, omezení rozsahu pohybu v kyčelním kloubu (Marinov, Pastucha et al., 2012, s. 37). Vysoký krevní tlak, riziko trombembolické nemoci (tvorba krevních sraženin) (Pařízková, Lysá et al., 2007, s. 110). Poruchy srdečního rytmu, zvýšené množství tuků v krvi, cévní mozková příhoda, křečové žíly často v dospělosti (Marinov, Pastucha et al., 2012). Poruchy menstruačního cyklu, předčasná puberta, rozvoj cukrovky, jaterní cirhózy, metabolického syndromu (obezita, vyšší hladina tuků v krvi, vyšší krevní tlak, vyšší hladina cukru v krvi na lačno) (Pařízková, Lysá et al., 2007). Syndrom obstrukční spánkové apnoe – dítě má ve spánku poruchu dýchání, občasně přestává dýchat. U dětí se často rozvíjí astma (Pastucha et al.). Psychosociální komplikace častěji u dívek. Pocity méněcennosti, úzkosti, deprese, šikana, zhoršený školní prospěch, sociální izolace aj. (Pastucha et al., 2011).

Základní antropometrické charakteristiky tělesného růstu jsou: tělesná výška a hmotnost, u dětí do 3 let je navíc nezbytné hodnocení obvodu hlavy.

Sledované parametry jsou posuzovány vzhledem k věku dítěte. Vyšetření může být doplněno o měření a posuzování dalších rozměrů (např. obvod paže, hrudníku, velikosti kožní řasy aj.) (Marinov, Pastucha et al., 2012). Při posuzování hmotnosti se vychází z hmotnostně výškových poměrů, tedy pomocí percentilových grafů BMI (hmotnost v kg/výška v m²). Zvýšená monitorace je nutná u dětí nacházejících se mezi 75. a 90. percentilem, což jsou jedinci se zvýšenou hmotností. Děti v hladině nad 90. percentilem jsou s nadměrnou hmotností hraničící s obezitou, a děti nacházející se nad 79. percentilem jsou obézní (Sikorová, 2011). K dalším vyšetřením patří vyšetření tělesného složení pomocí přístrojů, laboratorní vyšetření, psychologické vyšetření, zhodnocení nutrice (stavu výživy). Důležitou součástí je také odběr anamnézy – rodinné, osobní, sportovní, farmakologické a sociální (Pastucha et al., 2011).

Léčba dětské obezity se skládá ze 3 základních složek: nízkenergetická dieta, zvýšení pohybové aktivity a změna životního stylu, zejména úprava jídelníčku a pohybových návyků.

Základem v **dietoterapii** je **redukční dieta**, při které pacient nemá pociťovat hlad. Jídelníček by měl být pestrý a vyvážený. Sacharidy, které jsou zdrojem energie mají tvořit 55 % celkového množství energie (tmavé celozrnné pečivo, rýže, brambory, nízkovaječné těstoviny...). Tuky mají hradit 30 % energie (třetina živočišné tuky, dvě třetiny tuky rostlinné). Zbytek jsou bílkoviny obsažené především v libovém mase, mléčných výrobcích, luštěninách atd. Nedílnou součástí jídelníčku jsou ovoce (1–2 kusy denně) a zelenina (3 porce denně). Pitný režim se skládá z vody, neslazených ovocných či bylinných čajů (cca 2 litry denně). Doporučené **pohybové aktivity** jsou chůze, jízda na kole, plavání. Frekvenci a časový interval pohybové aktivity určí lékař. Takzvaně **kognitivně-behaviorální léčba** znamená změnu chování v oblasti stravovacích zvyklostí a pohybové aktivity. Jedná se o psychoterapeutickou metodu. Důležitou součástí je také lázeňská léčba, kterou indikuje dětský lékař dětem od 3 do 18 let věku. Pobyt v dětské lázeňské léčebně je turnusový a trvá 4–6 týdnů. Léčebna zajišťuje i školní vyučování (Machová, Kubátová et al., 2009).

4.2

Psychosociální aspekty a kvalita života pacientů s obezitou

Obézní děti nemají komplikace pouze somatického charakteru, ale často strádají i psychicky. Tyto psychické komplikace jsou závažné a mohou se vyskytovat již v útlém dětském věku. Jedním z projevů může být citová deprese, kterou často

dítě kompenzuje příjmem nadměrného množství potravy, nebo příjmem stravy nevhodné, avšak chutné.

Bio-psycho-sociální aspekty života dítěte s obezitou

Obézní děti také často trpí pocity méněcennosti, úzkostí a depresemi (Pastucha et al., 2011). Obézní děti se výrazně liší od svých vrstevníků, často se stahují do ústraní, protože se vyhýbají posměchu spolužáků, odmítají se pohybovat, neboť jsou neobratné a mají špatné známky z tělesné výchovy (Nevoral et al., 2003). V posledních letech byl studii prokázán vztah mezi obezitou a zhoršeným školním prospěchem, a to nejen v tělesné výchově. Předpokládá se, že je to dáno vyšší nemocností obézních dětí, a také vztahovými problémy ve škole (Pastucha et al., 2011). Na druhé straně mohou obézní děti řešit svůj odlišný vzhled tím, že se předvádí v roli třídních šašků (především chlapci). Oba způsoby reakce vedou k depresivním stavům (Nevoral et al., 2003). Dětská obezita naplňuje často znaky psychosomatického onemocnění. Obezita dítěte se často podílí na jeho psychosociálních problémech. Dítě je vystaveno neúměrnému společenskému tlaku ze strany společensko-estetických norem. Je často konfrontováno se šikanou na podkladě anti-fat rasismu. Dále je vystaveno pocitu každodenního selhávání a sebeobviňování, které vede opět k depresi (Marinov, Pastucha et al., 2012). Jak již bylo zmíněno výše, k problémům v sociálních vztazích může často přispívat tělesná výchova, a někdy dokonce i samotný učitel tělesné výchovy. Učitelé často nedovedou děti povzbudit a motivovat k fyzické aktivitě a svým chováním, postojí odrazují děti od tělocviku a dalších sportů. Veškeré psychosociální aspekty dítěte s obezitou mohou mít tragické následky. Studie provedená v Minnesotě v USA ukázala, že 26 % dětí, kterým se vysmívali ve škole a doma, uvažovalo o sebevraždě a u 9 % dětí dokonce došlo k pokusu o sebevraždu (Pařízková, Lysá et al., 2007).

Dítě s obezitou v kolektivu

Pedagogům můžeme doporučit několik následujících intervencí. Obecně s dětmi častěji diskutovat o zdravém životním stylu, podporovat a upevňovat jejich pozitivní postoje ke zdravému životnímu stylu. Všimát si chování dítěte v kolektivu a vzájemných vztahů dětí ve třídě. Včas rozpoznat známky šikany a případně tuto situaci řešit s danými dětmi a jejich rodiči. V případě nevhodného chování a posměšků ze strany spolužáků včas zakročit a poukázat na nevhodnost takového chování vůči obéznímu spolužákovi. Zapojovat obézní dítě bez výjimek do všech společných kolektivních aktivit. V rámci výuky tělesné výchovy a jiných pohybových aktivit

zohlednit fyzickou kondici dítěte a adekvátně přizpůsobit míru zátěže. Je žádoucí nechat dítě cvičit podle aktuálního zdravotního stavu a dle možných následků déletrvajících obezity (mít na paměti, že obezita je nemoc). Často je vhodné je pověřit i méně náročným úkolem ve chvílích, kdy dítě cítí a sdělí nám, že daný úkol či počet opakování cviku nezvládne. Je to lepší, než nechat je sedět a zahálet úplně. Všimát si možného zhoršování školního prospěchu dítěte. Vybudovat si s ním vzájemnou důvěru, aby vědělo, že se může na pedagoga kdykoliv s čímkoliv obrátit. V případě potřeby citlivě řešit situaci ohledně obezity s rodiči dítěte. Všimát si jeho stravovacích návyků a mít na paměti, že dítě se často stravuje podobně jako jeho rodiče. Nezapomínat, že šikana může probíhat i prostřednictvím sociálních sítí!

SHRNUTÍ

Obezita v dětském věku je velmi rozšířené onemocnění, i přesto mnoho laiků neví, že obezita je medicínská diagnóza. Děti s obezitou trpí nejvíce po psychické stránce, protože se objektivně liší od svých vrstevníků. Často mohou být obětí šikany, trpí pocity méněcennosti a nemají téměř žádné sebevědomí. Úkolem pedagoga by mělo být především apelování na zdravý životní styl a začlenění dítěte do kolektivu bez posměšků a známek šikany.



PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH CELIAKIÍ

Celiakie je celoživotní autoimunitní onemocnění spuštěné konzumací lepku u geneticky predisponovaných jedinců. Lepek, resp. peptidy, které vznikají jeho štěpením a spouští reakci, je obsažen v obilninách – pšenici, žitu, ječmeni a ovsu. Chronické zánětlivé změny pak vedou k poškození sliznice tenkého střeva s následnou destrukcí střevní sliznice provázenou chronickou maldigescí (porucha trávení) a malabsorpcí (Fajt, Fojtík, Šmajtrla, 2014). Celiakie není tak vzácná choroba, jak se soudilo dříve. Také není jen chorobou dětského věku, v dospělosti nemizí, je to doživotní onemocnění, nepřítomnost příznaků neznamená vyléčení. Předpokládá se, že touto chorobou trpí okolo 40–50 tisíc osob. Bohužel tato nemoc je problematicky diagnostikovatelná, proto je v současné době sledována pouze asi desetina pacientů, to znamená okolo 4000 osob.

5.1

Celoživotní autoimunní onemocnění celiakie

Celiakie (celiakální sprue, gluten-senzitivní enteropatie, netropická sprue) je autoimunní onemocnění. Podstata autoimunitních chorob spočívá ve vzniku imunitní reakce, při které dochází k napadení struktur vlastního těla a k jejich poškození (Kohout, 2007). Tato onemocnění mají genetický podklad. U celiakie se jedná o reakci na lepek, resp. jeho složka gliadin, který postupně způsobuje zánět sliznice tenkého střeva, při němž jsou ničeny klky, které se podílí na střevním vstřebávání (Vokurka, Hugo, 2007).

Celiakie, její příznaky, diagnostika a léčba

Celiakie má různorodý klinický obraz, při němž se může projevovat až 200 různých příznaků, a také se nemusí projevit vůbec. V tom spočívá její zrádnost a je třeba na ni myslet a provádět selektivní screening, neboť je v populaci nedostatečně diagnostikovaná (Frühauf, Bronský a kol., 2016) a velká část nemocných zůstává neodhalena. V roce 1997 publikovali Maki a Collin tzv. koncepci „celiakálního ledovce“. Tento obrázek vznikl pro představu zrádnosti onemocnění celiakie, kdy část ledovce nad „vodní hladinou“ tvoří nemocní s klasickou aktivní-formou celiakie, která je diagnostikovaná, ostatní, nediodagnostikované formy nemoci („pod hladinou“) bohužel převažují a mohou tvořit až 80 % případů (Prokopová, 2008).

V dětství se objeví objemné mastné průjmy a dítě přestane prospívat (růst a přibývat na váze), může mít nafouklé velké břicho. Někdy se k příznakům celiakie u dětí přidávají i kožní problémy, otoky, pomalý růst nebo problémy z nedostatku železa. Příznakem může být i zácpa.

V dospělosti jsou typickými příznaky objemné mastné stolice, hubnutí a bolesti břicha. Tak se však v dospělosti projevuje celiakie jen u malého počtu pacientů, častěji jsou přítomny netypické příznaky. Platí totiž, že čím pozdější diagnóza, tím méně střevních a tím více mimostřevních projevů pacienta (Červenková, 2006). Mezi mimostřevní projevy se u celiakie můžeme setkat s kombinovanou kostní nemocí (osteoporóza a osteomalacie) s možností zlomenin dlouhých kostí či obratlů, anémií - chudokrevností, únnavovým syndromem, poruchami hybnosti se špatnou koordinací pohybu, atopickými ekzémy a dalšími vyrážkami, neplodností, ale i s duševními příznaky jako jsou úzkost a deprese (Červenková, 2006).

Diagnostika celiakie je určena kritérii, která byla stanovena společnostmi pro dětskou gastroenterologii a výživu (evropská, resp. severoamerická společnost – EPSGHAN, resp. NAPSGHAN). Celiakie byla totiž dlouhodobě především problematikou dětského lékařství, kdy se lékaři domnívali, že jde o nemoc pouze dětského věku (Kohout, 2006).

Při podezření na celiakii nebo v rámci screeningu se provádí krevní odběr, kdy jsou zjišťovány protilátky typické pro celiakii (protilátky proti endomyciu a tkáňové transglutamináze ve třídě IgA) (Muntau, 2014). K tomu, aby byla ale stanovena či vyloučena diagnóza celiakie je potřeba navíc ještě provést odběr vzorku (biopsie) tenkého střeva (Kohout, 2006).

Zcela zásadní roli v léčbě celiakie hraje bezlepková dieta (BLD). Jde o **plnohodnotnou stravu, bohužel velmi finančně náročnou** (Příbylová, 2012).

Lepek, resp. peptidy, které vznikají jeho štěpením a které spouštějí reakci, jež ústí v poškození střevní sliznice, je obsažen v některých obilninách – **pšenici, žitu, ječmeni a ovsu** (Prokopová, 2008).

Hlavním zdrojem lepku je veškeré pečivo z těchto obilovin, knedlíky, cereálie, buchty, sušenky, mouka, kroupy, krupky, bulgur, kuskus, pivo, slad (Příbylová, 2012).

Skrytým zdrojem lepku jsou instantní polévky, omáčky, uzeniny, masné i mléčné polotovary, směsi koření, hořčice, kečupy, kávodviny a všechny potraviny, kde byl lepek ve formě aditiva (stabilizátor, zahušťovadlo aj.) přidán při výrobě (Příbylová, 2012). Problematika bezlepkové diety může spočívat právě v příměsi potravin s obsahem lepku, kdy nemocní musí neustále číst obsah potravin a zorientovat se v potravinách obsahující lepek, což vyžaduje čas (Příbylová, 2012).

Co se týče přídatných látek (označených E a troj- či čtyřmístným kódem), lepek sám o sobě nemusí být uváděn jako příměs, navíc nemá ani kód E, v přídatných látkách (aditivech) bývá jen malé či stopové množství lepku (Kohout, 2007).

Bezlepková dieta je plnohodnotná a může být i dostatečně pestrá. Jejím základem jsou obilniny - kukuřice, rýže, pohanka, proso, případně quinoa či amarant. Další možnosti jsou veškeré luštěniny – sója, hrách, čočka, fazole, zelenina včetně brambor, cuket či rajčat i okurek, ovoce. Maso je též přirozeně bezlepková potravina, záleží pak na způsobu přípravy. Pokud se týká mléka a mléčných výrobků, nejsou pro střevo postižené celiakii škodlivé, ale pacienti je mohou hůře snášet (Příbylová, 2012).

Pokud je bezlepková dieta správně dodržována, dochází postupně k vymizení příznaků a obnově struktury sliznice tenkého střeva (Kohout, 2007). Je nutné si ale uvědomit, že celiakie je doživotní onemocnění, pokud byla správně diagnostikována v dětství, nepřítomnost příznaků v dospělosti neznamená vyléčení (Kohout, 2007).

5.2

Psychosociální aspekty a kvalita života s celiakií

Porozumění psychosociálním aspektům nemocných s celiakií je významné pro zlepšení kvality jejich života. U nemocných je potřeba rozlišit několik zásadních oblastí, které je možno rozdělit do dvou základních kategorií. První kategorie problémů souvisí se samotným onemocněním a jeho diagnostikou. Druhá kategorie problémů se týká důsledků a léčby v souvislosti s celoživotní, finančně náročnou bezlepkovou dietou, a to především v sociální sféře (Ryee, 2016).

Psychické zdraví a celiakie

V souvislosti s obrovským množstvím symptomů, kterými se celiakie projevuje, je velmi náročné vůbec toto onemocnění diagnostikovat. Právě až na dvě stě popsaných příznaků postihující různé tělní systémy znesnadňuje rozpoznání tohoto onemocnění, a to jak u dětí, tak i u dospělých. Nemocní tedy trpí samotnými příznaky, ale také často nejistotou z neznalosti příčiny (Ryee, 2016).

Stanovení diagnózy je pro mnohé nemocné a jejich rodiny provázeno počátečním šokem, zároveň úlevou a euforií, která je po té vystřídána zmatkem, strachem a úzkostí z budoucnosti. Musí totiž přijmout samotné onemocnění a zvyknout si na bezlepkovou dietu, což může být pro mnohé nemocné a jejich rodiny velmi náročnou výzvou (Ryee, 2016).

Jedním z cílů psychologických intervencí je právě pomoci dětem a dospívajícím poskytnout pomoc a podporu právě v přijetí samotného onemocnění a pomoci najít copingové strategie, jak zvládnout náročný dietní režim. Bez ohledu na věk dětských pacientů, jsou to právě rodiče, a zvláště matka, kteří hrají klíčovou roli v poskytování podpory a pomoci dítěti, aby si na nový režim zvyklo a přizpůsobilo se mu. Samotní rodiče však potřebují pomoc, aby zvládli a akceptovali toto chronické onemocnění svého dítěte a jeho nový náročný režim. Navíc rodiny mohou mít ke zdravotnickým pracovníkům velikou nedůvěru, pokud stanovení diagnózy trvalo příliš dlouho a dítě bylo neefektivně léčeno (Ryee, 2016).

Bezlepková dieta a její sociální důsledky

Akceptování bezlepkové diety je klíčové. Náročný dietní režim znamená specifický výběr potravin, přípravu stravy a je pro rodinu velkým finančním zatížením.

Navíc mnoho sociálních událostí a akcí je spjata s jídlem, a to znamená pro nemocné jisté sociální omezení, stigmatizaci a vyloučení. Přizpůsobení se dietě vyžaduje mnoho dovedností, které zahrnují schopnosti dívat se na složení výrobků a správně číst značení potravinových výrobků, mít neustále na paměti možnost i náhodného kontaminování bezpečkových potravin lepkovými ingrediencemi či přípravu a neustálou předpřípravu vlastního jídla a potravin, které si nemocní musí brát s sebou na jakoukoliv společenskou akci, které se účastní.

V domácích podmínkách tyto rodiny čelí mnohým výzvám. Jednou z nich je, zda celá rodina přestoupí na bezpečkovou stravu, což je velmi finančně náročné, nebo vymezí speciální prostory pro bezpečkovou stravu a její přípravu. S tímto souvisí i tradiční genderový problém, kdy jsou to právě matky nemocných, na nichž je nejvíce kladen nárok a zodpovědnost při dodržování dietních opatření - při nákupu, přípravě, plánování a zajištění stravy pro nemocné dítě (Ryee, 2016).

S nástupem do mateřských škol a škol základních čelí rodina dalším problémům a stresům. Některé školní jídelny nemohou nebo nechtějí zajistit dítěti bezpečkové jídlo, což má za následek, že rodiny si musí zajistit přípravu a uchování jídla svépomocí. V případě celiaků je problematické jakékoliv stravování mimo domov – celodenní stravování v mateřské škole, samotný oběd ve škole, výlety, školy v přírodě, zahraniční pobyty. *„Realitou bohužel zůstává vyloučení dětí z dětských táborů a škol v přírodě. Vše je na dohodě se školou, situaci může ulehčit vybavení dítěte kompletně trvanlivými bezpečkovými potravinami a vakuovaným pečivem. K úspěšnému zvládnutí stravování během pobytů mimo domov samozřejmě přispěje přijetí a osvojení diety samotným dítětem“* (Přibyllová, 2012). Jídlo se na tyto akce musí domluvit, případně zajistit vlastním dovozem, což se může setkat s nepochopením a neporozuměním, někdy i s agresivitou ze strany provozovatelů jídelen a restaurací (Ryee, 2016).

Stravování a akce spjatá s jídlem mohou být pro samotné dítě a jeho rodiče velmi stresovou záležitostí. Dítě je omezeno a vyloučeno z běžných školních i mimoškolních aktivit a je neustále konfrontováno s možností lepkové kontaminace, s vyloučením a stigmatizací. To provází často emoce jako zlost z nemožnosti stravovat se běžným způsobem, chuť zkusit běžnou stravu. Postupně, jak se děti nemocné s celiakií osamostatňují, chtějí se začleňovat a získat identitu v kolektivu, chtějí se účastnit sami akcí bez rodičů se svými vrstevníky. Často se stává, že pak ve snaze zapadnout, porušují přísná dietní opatření, aniž to často rodiče či pedagogové tuší. Je proto nutné u dětí rozvíjet strategie a připravovat je na reálné situace, vést k samostatnosti a zodpovědnosti za své vlastní zdraví.

Podpora rodin s celiakií

„Ztráta „svobody“ stravování je pro některé tak nepředstavitelná, že raději riskují i závažné komplikace... Žít jako celiak je proces, při kterém se učí nejen on sám, ale i jeho rodina a přátelé. I když je strava na začátku jednodušší, postupem času si každý sám výběr potravin rozšíří a osvojí si nové recepty a potraviny“ (Příbylová, 2008).

Mezi problémy související se samotnými příznaky onemocnění patří neustálá obava z kontaminace vlastní bezlepkové stravy lepkem, chuť na klasické potraviny obsahující lepek, či náhodné pozření lepkových potravin, neustálé plánování jídla, setkávání se s neporozuměním, sociálním vyloučením a stigmatizací, jsou hlavní problémové kategorie těchto nemocných, které významně ovlivňují identitu a vývoj dítěte. Jídlo, které mnozí z nás považují za běžnou aktivitu, je pro tyto nemocné zdrojem emocí, musí mu přizpůsobovat své chování, má důsledky pro vztahy a obavy, jak každý den zvládnout tuto životně nutnou potřebu, je zdrojem mnohých problémů. Toto zákonitě formuje a mění identitu a sebevnímání dítěte s celiakií a je právě na nejbližším okolí, jak bude dítě schopno nemoc a opatření přijmout a srovnat se s nimi.

Významnými organizacemi pacientů poskytující odborné a praktické informace jsou Pacientská sdružení s celostátní působností Sdružení celiaků České republiky (www.celiac.cz) a Společnost pro bezlepkovou dietu (www.celiak.cz) (Frühauf, Bronský a kol., 2016). Dobrým vodítkem je databáze bezlepkových výrobků na internetových stránkách Výzkumného ústavu potravinářského (www.vupp.cz) (Příbylová, 2016).

Spolupráce rodičů a pedagogů je u dětí mladšího školního věku velmi významná. Sami rodiče mohou zvyšovat povědomí o tomto onemocnění, a to mezi učiteli i spolužáky nemocného dítěte. Úzká spolupráce a komunikace je důležitá i v možnosti připravit se a naplánovat bezlepkové alternativy. Je nutné vědět, že hlavním zdrojem lepku jsou všechny potraviny, v nichž jsou obsaženy obiloviny – pšenice, žito, ječmen, oves. Lepek se však může vyskytovat i v potravinách, kde je skryt ve formě aditiv. Je nutné tedy neustále číst etikety potravin a vybírat potraviny se znakem bezlepkových potravin – přeškrtnutý klas, gluten free.

ZÁVĚR

Celiakie znamená ztrátu svobody stravování. Většina společenských akcí je však spjata s jídlem. Je nutné, aby dítě vědělo, kdo z dospělých o jeho problému se stravováním

ví a pomůže mu v případě nouze, kdo mu bude tlumočit, jede-li do ciziny, kde se samo nedomluví, tak aby zakusilo co nejmenší vyloučení a stres (Červenková, 2006). Právě porozumění samotnému onemocnění, podstatě a pravidlům bezpečkové diety a jejího nepodceňování, psychologickým a sociálním aspektům tohoto onemocnění, je významné pro zlepšení kvality života těchto nemocných a jejich blízkých.



PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ S ONEMOCNĚNÍM DIABETES MELLITUS

Endokrinní systém je velmi důležitý komplex žláz, které produkují hormony. Hormony představují skupinu látek ovlivňujících procesy v lidském těle. Tyto látky významně zasahují do všech metabolických procesů, ovlivňují reprodukci, růst a vývoj, také kontrolují zajišťování potřeb těla. Mezi žlázy endokrinního systému řadíme i slinivku břišní, která produkuje hormon inzulin. Základní příčinou diabetu je neschopnost organismu (slinivky břišní) produkovat nebo efektivně využívat inzulin, který je zodpovědný za přeměnu stravy v energii. V dětském věku je toto onemocnění označováno jako diabetes mellitus I. typu. Vznik diabetu I. typu nesouvisí s tělesnou konstitucí dítěte. Nezáleží na tom, je-li dítě štíhlé nebo silné. Nesouvisí ani s tím, zda mělo nebo nemělo rádo sladká jídla. Vznikne nezávisle na tom, co dítě dělalo, co jedlo a jaké byly jeho zvyklosti.

6.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus, příznaky, diagnostika a léčba

Diabetes mellitus I. typu je způsoben autoimunitně podmíněným postupným zánikem betabuněk. Nejčastěji je tento typ diabetu diagnostikován v předškolním a školním věku, ale i v dospívání, nebo v časně dospělosti. Jde o poruchu látkové výměny, konkrétně cukrů.

Mezi počáteční klinické příznaky Diabetu mellitu (dále jen DM) patří nadměrná žízeň, hubnutí, nadměrné močení a často i opětné pomočování v noci.

Začátek může však být i velmi náhlý, a to až bezvědomí ohrožující člověka (dítě) na životě. Jeho příčinou může být jak pokles, tak ale i vzestup hladiny cukru v krvi (glykémie). Důvodem proč se u dítěte začínou projevovat příznaky diabetu I. typu je ztráta schopnosti organismu produkovat hormon inzulin. Podstatou je nedostatečná tvorba hormonu inzulinu ve slinivce břišní. Ten totiž reguluje (snižuje) hladinu cukrů v krvi. Zatímco u dospělých diabetiků lze léčit diabetes (II. typu) perorálními diabetiky (tabletami), u diabetu I. typu je vždy nutné podávat inzulin. Určité úpravy stravy jsou pouze doplňkem inzulínové léčby. DM II. typu se typicky objevuje okolo 11. roku věku, kdy se vlivem pubertálních hormonálních změn zvyšuje inzulinová rezistence. Pravidlem bývá pozitivní rodinná anamnéza tohoto typu diabetu a zároveň je téměř vždy přítomna obezita.

Hladinu neboli množství glukózy v krvi označujeme jako glykémie. Nemáme-li diabetes, je glykémie téměř stálá. Vyjadřuje se v chemických jednotkách, zvaných milimol na litr, ve zkratce mmol/l. U zdravého člověka glykémie neklesne pod 3,3 mmol/l a nalačno nestoupne přes 6 mmol/l. Jen krátce po jídle je vyšší, ale za hodinu už klesá pod 7,7 mmol/l a pokles do dobře hlídaného rozmezí mezi 3,3 a 6 mmol/l i potom rychle pokračuje. Toto rozmezí platí pro všechny věkové kategorie s výjimkou časného novorozeneckého období, kdy jsou normální hodnoty glykémie nižší.

Častým klinickým projevem inzulinové rezistence u adolescentů s II. typem diabetu je acanthosis nigricans, což jsou pigmentová ložiska v ohybových rýhách na krku a v axilách.

Konkrétní somatické a psychické příznaky lze rozdělit následovně:

1. fáze - pocení, zblednutí, třes rukou, bušení srdce, úzkost, hlad – tyto příznaky nemusí být vždy zřetelné a nemusí se objevit všechny.
2. fáze - ospalost, dezorientace, poruchy zraku, nesrozumitelná řeč, nejistá chůze, neobvyklé projevy chování – tyto příznaky si postižené dítě neuvědomuje a neumí zhodnotit situaci.
3. fáze - celkové ohrožení života

Diagnostika diabetu je v podstatě velmi snadná. Prvním krokem již v ambulanci dětského lékaře je vyšetření moči na přítomnost cukru (lze provést v každé ordinaci). Následně je nutné stanovení glykémie v krvi. Samozřejmě postupně přichází v úvahu řada dalších laboratorních analýz. Ty však lze podstoupit pouze ve zdravotnickém zařízení. V nemocnici se též zahajuje diabetická dieta a v podstatě celoživotní léčba spočívající v denní aplikaci inzulinu, a to v injekční formě. Jiná možnost náhrady nedostatečné tvorby tohoto hormonu u dětí zatím není.

Léčba dětského diabetu vyžaduje trvalé úsilí rodičů ale i samotného dítěte. Takto nemocné dítě musí dodržovat určitá omezení a pravidelně provádět docela nepřijemné léčebné postupy. Kompenzované dítě je však po všech stránkách srovnatelné se zdravým dítětem. Může být stejně úspěšné a může prožít stejně bohatý a kvalitní život jako jeho vrstevníci.

Princip léčení diabetu I. typu je prostý, tělu dodáváme chybějící inzulin. Podaří-li se dodávat tělu právě tolik inzulinu, kolik by si jinak samo vyrobilo, upraví se odchylky způsobené diabetem. Měřítkem úspěchu léčebného úsilí je dosažení a udržení příznivé glykémie, hladiny krevního cukru.

Dávka inzulinu se vyjadřuje v mezinárodních jednotkách (zkratka UI). Jedna mezinárodní jednotka vyjadřuje na celém světě vždy stejnou účinnost inzulinu. Pro představu, 1 UI je 10 g cukru a odpovídá půl krající chleba silnému 1 cm.

Léčba inzulinem zahrnuje sestavu jednotlivých injekcí inzulinu během každých 24 hodin, které se aplikují tak, aby co nejlépe napodobily rytmus vlastní výroby inzulinu. Kdyby byl inzulin přijímán ústy v podobě tablet, kapek nebo sirupu, nepřinášel by užitek. Trávicí šťávy by jej rozložily a do krve by se vstřebaly jenom jeho neúčinné zbytky. Proto je nutné při léčení inzulinem trávicí ústrojí obejít a tělu dodat inzulin přímo, v injekcích.

Inzulinové režimy určují, kolikrát a ve kterou denní dobu musí být inzulin aplikován. Pro aplikaci inzulinu (krátkodobého k jídlu) je nejvhodnějším místem pro aplikaci oblast břicha a paží. Celodenní inzulin je možné podat i do hýždě nebo stehna. Pro krátkodobé inzuliny nejsou vhodná hýždě a stehna, protože chůze nebo běh urychlují vstřebávání.

Kromě substituční léčby je nutné sledovat i možnost výskytu nežádoucích účinků. Mezi nimi dominují oční a cévní komplikace. Častý sklon k recidivujícím infekcím není u takto nemocných osob ničím výjimečný. V dětském věku nepřichází v úvahu vznik takzvané „diabetické“ nohy, která u dospělých nejednou končí až amputací.

6.2

Psychosociální aspekty a kvalita života dětí s diabetes mellitus

Jak pracovat s takto nemocným dítětem ve škole

Konkrétní speciální opatření pro výuku dítěte s tímto onemocněním nejsou nutná. Důležité je především porozumění ze strany vyučujících, spolužáků, vychovatelů a někdy i konkrétní pomoc v situacích spojených s léčbou diabetu. Léčba diabetu u dítěte ve školním věku je bez spolupráce rodiny a školy daleko náročnější. A to i v případech, kdy si mladý diabetik vše kontroluje a aplikuje sám. Bohužel nejsou neobvyklé případy, kdy si nemocný školák sám dokáže vyvolat záchvat hypoglykémie (snížené hladiny glukózy v krvi), aby se vyhnul určitým povinnostem. Takže dohled rodičů i učitele nad průběhem nemoci a jeho léčbou je v tomto věku nepostradatelný.

V některých zemích jako například v USA má škola povinnost přijmout do výuky dítě s diabetem, přijetím se však zavazuje k povinnosti zajistit po dobu výuky odpovídající péči, kterou zajišťuje zdravotní sestra. Sestru dítě vyhledává pro změření glykémie, aplikaci inzulínu a pro kontrolu jídla. Sestra udržuje úzký kontakt s rodiči dítěte. V našich podmínkách takové možnosti nemáme a často je tato zodpovědnost a činnost delegována právě na učitele nebo asistenta pedagoga. I přes jednoduchost monitoringu a aplikaci inzulínu je však diskutabilní zda by tuto záležitost měl řešit v době preference inkluze právě učitel.

Každé nemocné dítě by mělo mít ve škole své klidné místo, kde si může aplikovat polední dávku inzulínu. Je docela potupné, když si dítě inzulín aplikuje na WC nebo někde v koutě. Po aplikování inzulínu je důležité přijmout nějaké jídlo. Je-li ve školní jídelně velká fronta, je nutné zabezpečit dítěti právo přednostního výdeje stravy. Velká prodleva mezi podáním inzulínu a příjmem potravy může vyvolat náhlý pokles hladiny krevního cukru, tzn. hypoglykémii a kolaps, což je potencionálně nebezpečný stav. Děti jsou samostatné v aplikaci inzulínu kolem devíti nebo deseti let. Injekci však nestačí pouze píchnout. Větším problémem je správné odměření inzulínové dávky. O málo větší či menší dávka inzulínu může způsobit v dětském organismu velký problém. Dohled učitele je v mladším školním věku proto nezbytný.

Na riziko hypoglykémie je nutné pamatovat také při větším vypětí či stresu jako je např. zkoušení nebo psaní testu. Stres glykémii zvyšuje. Může také nastat situace, kdy si ráno dítě z důvodu stresu z avizovaného zkoušení nesprávně aplikuje inzulín ve vyšší dávce. Jakmile stres opadne, může hladina glykémie prudčeji klesnout a může nastat hypoglykémie. Učitel by měl mít takové rizikové situace na paměti.

V situacích, kdy dopolední vyučování trvá déle, může některým diabetickým dětem již chybět hlavní jídlo. V těchto případech je vhodné, aby dítě mělo možnost pravidelně poobědvat. Lze to vyřešit dřívějším odchodem z vyučovací hodiny, aplikovat si inzulin a ještě bez fronty se najíst ve školní jídelně a vrátit se zpět do vyučování do začátku další hodiny. Z praxe je prokazatelné, že tento způsob u řady dětí dobře funguje.

Dítě diabetik si musí často kontrolovat hladinu glykemie. K této monitoraci využívá kapesního glukometru. Je vhodné, aby si dítě monitorovalo glykemii každý den před obědem, tedy před polední aplikací inzulinu.

Neočekávaná intenzivnější fyzická aktivita, stres a stejně tak vynechání jídla vede k poklesu hladiny krevního cukru. Z tohoto důvodu je doporučováno, aby měli rodiče přehled, zda hodiny tělocviku budou pohybově náročnější či spíše statické. V této souvislosti pak mohou upravit ranní dávku inzulinu. Jinou alternativou je zohlednění a výběr aktivity dítěte během hodiny tělocviku učitelem. Pokud dojde k situaci, kdy na dítěti jsou patrné příznaky hypoglykemie, ukončíme jeho pohybovou aktivitu. Provedeme vyšetření glykemie. Pokud je situace taková, že není možné provést monitoraci glykemie, postupujeme jako by se o hypoglykemii jednalo. Podáme „něco“ sladkého např. glukózový bonbón, eventuálně aplikujeme injekčně glukagon. Je potřeba abychom jednali rychle ale promyšleně a v klidu. Je dobré v takové situaci přivolat si na pomoc další osobu (Škvor a kol., 2014).

Určité problémy mohou nastat při mimoškolních akcích. Malé diabetické děti mohou školu v přírodě, výlety či letní dětské tábory absolvovat jen v doprovodu rodičů. Proto by jim tato účast měla být umožněna. Je to možná jediný způsob, aby dítě zažilo to, co jeho spolužáci, a nebude se vinou onemocnění cítit vyřazeno z kolektivu. V rámci jednodenního výletu není potřeba žádných zvláštních opatření. Je vhodné promluvit s rodičem dítěte o programu výletu. V případě vícedenního výletu je u některých dětí potřeba monitorace glykemie vícekrát za den. V závislosti na délce výletu mohou děti kompenzované pomocí inzulinové pumpy potřebovat pomoc např. se změnou jejího nastavení, pokud toto nemůže nebo neumí zajistit dítě samo. V tomto případě je také bezpodmínečně nutné setkat se před cestou s rodičem nebo opatrovníkem dítěte a posoudit či prodiskutovat s ním rizika s cílem přijmout určitá opatření ke zmírnění potenciačních rizik. Aktivita, jídlo, jakákoliv změna v rutině, stres nebo vzrušení mohou mít vliv na hladinu glukózy v krvi.

Následující body mohou být užitečné při hodnocení rizik. Je nutné mít na paměti, že každé dítě má své individuální potřeby, takže konzultace s rodičem případně s dítětem je zásadní. Učitelé by měli o onemocnění dítěte vědět a rodiče by měli

zajistit, aby učitelé a jejich kolegové měli dostatečné informace o onemocnění, příznacích, rizicích či komplikacích diabetu. Doporučuje se vypracovat písemný plán, který je schválen školou a rodiči. Je nutné ujistit se, že dítě má snadný přístup k jídlu a nápojům a může je v případě potřeby konzumovat. Je potřebné zajistit pravidelné přestávky na jídlo a toaletu a pokud dítě užívá léky k prevenci nevolnosti z cestování, je nutné se ujistit, že lék užilo podle pokynů svého rodiče. V případě selfmonitoringu hladiny glukózy je nutné zajistit, aby glukometr včetně příslušenství (testovací proužky, inzulin) byly snadno dostupné a dítě mělo možnost monitoringu hladiny glukózy v krvi tak často, jak je potřeba.

V případě lehké hypoglykemie (4–3 mmol/l) zabráníme dalšímu pohybu dítěte a dohlédneme, aby se najedlo. Pokud se jedná o středně závažnou hypoglykémii (3–2 mmol/l) zajistíme, aby dítě přijalo cca 2 výměnné jednotky rychlých cukrů např. 4 kolečka již zmiňovaného hroznového cukru, který by mělo mít neustále u sebe. V případě závažné hypoglykémie je nutné aplikovat glukagon. Při dobrém vědomí vypije potraviny s rychlými cukry (sladké nápoje).

Každé dítě s diabetem si zaslouží stejné vzdělání jako jeho spolužáci.

To znamená:

- Každé dítě s diabetem by mělo mít přístup k mimoškolním aktivitám, včetně vícedenních výletů.
- Každý učitel by měl být seznámen s problematikou DM.
- Každé dítě s diabetem by mělo mít možnost aplikovat si inzulin veřejně nebo v soukromí, v závislosti na jeho přání.
- Každá škola by měla mít vypracován „guideline“ pro práci s dítětem s DM, který je každoročně aktualizován.
- Každé dítě s diabetem by mělo mít vypracován individuální plán zdravotní péče, který podrobně popisuje, jaké jsou jeho potřeby v kontextu onemocnění.
- Rodiče by měli poskytovat aktuální informace o potřebách dítěte a všech požadavcích potřebných ke zvládnutí diabetu ve škole.
- Nepředpokládá se, že všechny děti s diabetem mají stejné potřeby.
- Všichni zaměstnanci školy by měli vědět, co mají dělat v případě dekompenzace onemocnění a alespoň dvě osoby by měly být vyškoleny v tom, jak pečovat o dítě s DM. Plánovaná absence těchto osob by měla být koordinována.
- Škola a rodiče by si měli dohodnout jasný způsob komunikace.
- Dítě s diabetem by nemělo být nikdy ponecháno osamotě v případě hypoglykemie.
- Pokud bude dítě s diabetem zkoušeno, měl by zkoušející brát v potaz riziko hypoglykemie.
- Děti s diabetem by neměly být z důvodu častější absence znevýhodňovány nebo penalizovány.

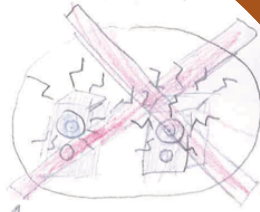
- Názory dítěte na kompenzaci diabetu by neměly být podceňovány, ale brány do úvahy.

ZÁVĚR

Výskyt DM v populaci se v posledních letech významně zvýšil. Kromě výskytu tohoto onemocnění klesá i věk osob s prvními projevy této poruchy. V dětském věku je toto onemocnění označováno jako diabetes mellitus I. typu. Léčba tohoto typu diabetu vyžaduje trvalé úsilí rodičů i samotného dítěte. Takto nemocné dítě musí dodržovat určitá omezení a pravidelně provádět léčebné intervence. Kompenzované dítě je však po všech stránkách srovnatelné se zdravým dítětem. Konkrétní speciální opatření pro výuku dítěte s tímto onemocněním nejsou nutná. Každé diabetické dítě by mělo ve škole mít své klidné místo, kde si může aplikovat polední dávku inzulínu. Před touto substitucí inzulínu je nutná monitorace hladiny glykémie. Je vhodné, aby si dítě monitorovalo glykémii každý den před obědem, tedy před polední aplikací inzulínu. Neočekávaná intenzivnější fyzická aktivita, stres a stejně tak vynechání jídla vede k poklesu hladiny krevního cukru.

Akutní stav – hypoglykémie, může občas nastat u každého dítěte léčícího se s diabetem. Mezi první projevy patří zblednutí, slabost, třes rukou, opocení studeným potem a u některých dravý hlad. Těžké hypoglykémie jsou naštěstí již dnes vzácné. Pokud je dítě schopno polykat, musí vypít co nejrychleji sladký nápoj. V mírnějším případě stačí nemocnému najíst se.

Epilepsie



PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ S EPILEPSIÍ

Jako epilepsie se označují desítky chorob s různou příčinou, projevy i způsobem léčby. Mají však společného jmenovatele – opakovaný vznik spontánních epileptických záchvatů. Zároveň se jedná o jedno z nejčastějších neurologických onemocnění. Postihuje až 1 % populace, v České republice tedy přibližně 100 000 osob. Epileptické záchvaty se mohou objevit ve kterékoli etapě života, jejich výskyt je však nejčastější v raném dětství a během dospívání. Dochází při nich k narušení běžné elektrické aktivity mozku. Epileptickou aktivitu si můžeme představit jako abnormální elektrické impulsy v mozku, které se šíří spoji mezi nervovými buňkami a ve svém důsledku mohou ovlivnit různé mozkové funkce, jako je myšlení, paměť, hybnost, citlivost nebo smyslové vnímání.

7.1

Neurologické onemocnění epilepsie

Epilepsie, příčiny vzniku, příznaky, diagnostika a léčba

Příčiny vzniku epilepsie se liší podle věku nástupu tohoto onemocnění. Na vzniku epilepsie se může podílet velké množství faktorů, které svým působením mění normální nervovou tkáň tak, že se stává náchylná k produkci záchvatů. Mezi hlavní faktory patří genetika, poranění při porodu, posttraumatické poranění mozku, sportovní zranění, drogy aj. V mnoha případech je však příčina záchvatů neznámá. Tyto faktory jsou v různé míře odpovědné za opakovaný vznik záchvatů, či jejich průběh modifikují. Také samotné záchvaty nebo jejich subklinické výboje mohou v některých případech ovlivňovat různé funkce mozku. Kombinace těchto různých

faktorů vytvářejí alespoň v některých případech patologické změny mozku, které se mohou projevit i v období mezi záchvaty různými neurologickými a psychologickými problémy.

Provokační faktory, které participují na časově konkrétní manifestaci epileptického záchvatu, mohou být povahy endogenní (např. biorytmy – fáze spánku či bdění, hormonální a metabolické vlivy, horečka) či exogenní povahy (toxické, farmakologické a sensorické vlivy - fotosenzitivní či audiogenní, aj.).

Klinický projev narušení mozkových funkcí epileptickým procesem je označován jako epileptický záchvat. Většina lidí si pod tímto pojmem představí situaci, kdy postižený upadne na zem, je v bezvědomí a zmítá se v křečích. V tomto případě se jedná o tzv. tonicko-klonický záchvat. Většina epileptických záchvatů je však mnohem méně nápadná a má zcela jiné projevy. Prožitky nemocného před záchvatem jsou označovány jako aura. Aura je charakterizována vnitřním pocitem či prožitkem postiženého a nelze ji poznat ani tehdy, když danou osobu při záchvatu pozorujeme.

Dalším typem záchvatu je tzv. myoklonie, která se projevuje krátkým svalovým záškubem bez dalších doprovodných projevů.

Absence představují krátká zahledění bez křečí či pádu, která mohou být zaměněna za tzv. denní snění či nepozornost. Obvyklé trvání epileptických záchvatů je v řádu několika sekund nebo minut. Delší záchvaty se mohou vyskytnout, jsou ale vzácné.

Epileptické záchvaty mají mnoho různých forem. Záchvat může trvat několik sekund a může být manifestován prázdným pohledem nebo náhlým pádem. Může také trvat několik minut a být prezentován křečemi nebo náhodnými bezúčelnými pohyby, jako je např. žvýkání. Někdy je obtížné rozlišit mezi záchvatem a neobvyklým chováním. Znamky, které mohou naznačovat, že žák má záchvat, zahrnují:

- náhlou ztrátu vědomí, která se může projevat jako snění
- výpadky paměti
- rychlé pohyby očí
- pohyby, které se zdají být nepřirozené
- opakované trhavé pohyby těla, ramen nebo nohou
- náhlý pád bez zjevného důvodu

Někdy je obtížné rozlišit mezi záchvatem a neobvyklým chováním.

Epilepsie je ve většině případů léčitelná. Některé nemocné je možné léčit pouze úpravou životosprávy, což je také základní a nejjednodušší přístup k onemocnění.

Především jde o zajištění pravidelného spánkového režimu u dětí a vyvarování se extrémní fyzické i psychické zátěži. Rodiče by měli pečlivým pozorováním dítěte zjistit, které okolnosti vedou ke zvýšenému výskytu záchvatů, a poté se ve spolupráci s učiteli snažit dítě těchto vlivů uchránit. Pokud dojde k nasazení medikace, je nutné její dlouhodobé pravidelné užívání. I krátkodobý výpadek v medikaci může mít za následek vznik záchvatu.

Pro diagnostiku a správnou klasifikaci epilepsie a epileptického záchvatu je velmi důležitá anamnéza. Subjektivní anamnéza vypovídá hlavně o okolnostech záchvatu a provokačních faktorech a o jeho případných prodromech a auře.

Diagnózu epilepsie podporuje pozitivní nález epileptiformní abnormity při EEG vyšetření, které je pro epilepsii nejspecifičtější vyšetřením. Nicméně má rovněž svá omezení (12). Například iniciální EEG vyšetření bývá pozitivní jen přibližně v 50 % případů, i při opakovaných vyšetřeních zůstává v 15–20 % negativní i při využití aktivačních metod. Naopak v populaci jedinců netrpících epilepsií může být 0,5–3 % EEG nálezů „falešně“ pozitivních (častěji nemocní po mozkových lézích, s některými somatickými onemocněními, psychiatrickí pacienti, aj). V nejasných případech lze využít dlouhodobé video-EEG vyšetření, opět s využitím aktivačních metod, včetně spánkového záznamu.

Epileptický záchvat – první pomoc

Jak už bylo uvedeno, epilepsie se projevuje různými typy záchvatů. Některé jsou spojeny s bezvědomím, pádem, křečemi. Relevantní první pomoc může zmírnit dopady takového záchvatu, ušetřit člověku s epilepsií zdravotní komplikace, ale i pocit zahanbení nebo rozčarování.

Jednotlivý epileptický záchvat je příznak nemoci epilepsie. Zpravidla se nejedná o život ohrožující situaci, za kterou je někdy přítomnými považován. Většina záchvatů končí spontánně, bez jakékoli pomoci, velké záchvaty do 5 minut. Vzácně může velký záchvat trvat déle a přejít do tzv. statusu epilepticu. Pokud velký záchvat trvá do 5 minut, je nevhodnějším postupem počkat, až odezní. V případě tonicko-klonických záchvatů musí vyučující zavolat záchrannou službu, pokud se jedná o žákův první záchvat v životě, pokud během něj došlo ke zranění nebo trval déle než pět minut, případně záchvat přecházel do dalšího bez toho, aby se dítě probralo k plnému vědomí.

Pokud porucha vědomí přetrvává delší dobu, měl by učitel také zabránit nadměrnému rozruchu mezi dětmi a tomu, aby se shromáždily kolem spolužáka, u kterého

probíhá záchvat. Pokud je dítě po probrání vyčerpané, vyučující by ho měl nechat odpočinout i vyspat. V každém případě musí o proběhlém záchvatu informovat rodiče. Záchvaty totiž musí být zaznamenány do tzv. záchvatového kalendáře pro ošetřujícího neurologa.

Malý epileptický záchvat může mít různé projevy, nejčastěji dochází k částečné nebo úplné ztrátě kontaktu s okolím. Postižený může mít nepřítomný pohled, neodpovídat na otázky nebo odpovídat špatně, může opakovat určité zvuky nebo slova, může polykat, stáčet hlavu nebo oči ke straně, může vykonávat některé automatické pohyby, například si uhlazovat oblečení, kroužit tužkou po papíře, ale zpravidla neupadne. Z chování je zřejmé, že přesně neví, co se s ním v tu chvíli děje. Během takového epileptického záchvatu by neměl být postižený fyzicky omezován. Nepomáhá utěšování, uklidňování či přemlouvání - v naprosté většině případů není možné záchvat takovým způsobem přerušit, naopak postižený může nevědomě negativně zareagovat (např. na svou obranu).

Učitelova pomoc během záchvatu by měla spočívat především v ochraně žáka před nechtěným poraněním. Je vhodné odstranit z jeho blízkosti všechny předměty, které by mohly být nebezpečné. Pokud všechny takové předměty přemístit nelze (dítě mohlo upadnout do bezprostřední blízkosti topení či zdi, do kterých při křečích tluče), pokusíme se přesunout přímo postiženého. Uvolníme mu oděv tam, kde je příliš těsný, především u krku - šála, horní knoflík u košile. Musíme mít na paměti, že by se dítě, které je napůl v bezvědomí, mohlo polekat. Proto tuto činnost provedeme opatrně. Pokud je to možné, podložíme mu hlavu něčím měkkým - polštářem, složeným svetrem či mikinou - abychom zabránili zranění hlavy o podložku. Nesnažíme se bránit křečím!! Během záchvatu nenecháváme dítě o samotě, ale snažíme se sledovat průběh záchvatu. Důležitá je především doba trvání záchvatu, kterou je vhodné sledovat na hodinkách (pozdější odhady bývají často nadsazené). Po záchvatu je obvyčejně dítě při plném vědomí a orientováno. To zjistíme jednoduchými otázkami - můžeme se například zeptat na jeho jméno, dnešní datum.

Velký epileptický záchvat znamená, že nemocný upadá do bezvědomí, má křeče končetin a těla včetně dýchacích svalů, což vede k poruše dýchání a někdy zmodráání, zpravidla křeč žvýkacích svalů, někdy dojde ke zvýšené tvorbě slin, pokousání jazyka a spontánnímu povolení svěračů močového měchýře. Jestliže došlo k pomoci, přikryjte dítě, abyste předešli rozpakům. V případě, že dochází k takovým záchvatům častěji, mělo by mít dítě náhradní oděv ve škole. U některých jedinců předchází velkému záchvatu příznaky, které člověk s epilepsií zná (aura) a je schopen se sám posadit nebo si lehnout, jindy tyto příznaky může pozorovat okolí - strnulý

pohled či strnulé držení těla. U některých lidí s epilepsií se může velký epileptický záchvat postupně rozvinout z malého.

Někdy je potřeba, aby si postižený mohl po záchvatu, který může způsobit značné vyčerpání, dostatečně odpočinout. Jindy je naopak postižený schopen ve velmi krátké době opět normálně fungovat.

Co nedělejte:

- Nesnažte se pevným sevřením nebo zalehnutím postiženého bránit křečím.
- Nesnažte se násilím rozevírat zaťaté čelisti a nevsouvejte předměty mezi zuby postiženého, tak jak se to dříve doporučovalo pro předcházení prokousnutí jazyka. Čelisti jsou většinou zaťaté v tak silné křeči, že není vůbec možné je otevřít a při násilném otevírání často dochází k poranění dásní či zubů, která se hojí mnohem hůře než prokousnutý jazyk.
- Nepokoušejte se záchvat přerušit třesením, poplácáváním, křikem či křížením. Nejvhodnější je nechat záchvat proběhnout a zasahovat přivoláním rychlé záchranné služby až teprve v případě, kdy trvá déle, než je obvyklé.
- Nesnažte se postiženého probudit během spánku po záchvatu.

Lékaře volejte vždy, pokud:

- velký záchvat trvá déle než 5 minut (do této doby se nepočítá fáze spánku po záchvatu)
- se druhý velký záchvat objeví s odstupem méně než jedné hodiny od prvního.
- se připojují menší záchvaty v rozmezí 20–30 minut nebo se v tomto rozmezí častěji opakují.
- po záchvatu přetrvává zmatenost.
- se postižený při záchvatu zranil nebo se necítí dobře.
- se jednalo o první záchvat v životě.

7.2

Psychosociální aspekty a kvalita života s epilepsií

Epilepsie je velmi různorodé onemocnění, proto nelze obecně paušalizovat jakákoliv doporučení směřující ke školní intervenci u dětí s epilepsií. Pro některé děti může být dopad onemocnění na jejich školní život minimální a pro jiné ne.

Pokud dítě trpící epilepsií se vyvíjí duševně přiměřeně svému věku, není žádný důvod k tomu, proč by nemohlo chodit do běžné základní školy. Nezbytně nutná

je dobrá komunikace mezi rodiči a pedagogem. Klid a vzájemná důvěra jsou v situaci, kdy se během školního vyučování mohou objevit záchvaty naprosto nezbytné. Mít žáka s epilepsií ve třídě je značně náročné na organizaci činností v průběhu výuky. Důraz by měl být kladen na úctu k dítěti, respekt, důvěru, orientaci na jeho vnitřní aktivitu, tvořivé síly, vlastní prožitky a zkušenosti. To, jak se žák ve třídě cítí a prožívá, má z hlediska úspěšnosti jeho vzdělání klíčový význam. V první řadě se musí cítit spokojený a v bezpečí a teprve pak se může zdravě rozvíjet a efektivně učit. Dítěti by měl být poskytnut dostatek času nejen na práci, ale také na aktivní odpočinek. Pokud zůstává žák ve škole i odpoledne, je dobré se domluvit s rodiči, jaké aktivity jsou pro dítě vhodné. Zvýšený dohled učitele by měl být při činnostech jako je např. plavání, šplh, běh. Při ostatních činnostech by měl být brán ohled na schopnosti a výdrž takto nemocného žáka. Je velmi těžké dítěti odepírat hry a činnosti, které má rádo a které jej baví. Většinou právě ty činnosti, které by nemělo dělat bez dohledu dospělého člověka, např. jízda na kole, patří k jeho nejoblíbenějším. Dítě by nemělo být v žádném případě přetěžováno, protože napětí nebo stres mohou vyvolat záchvat.

Mnoho žáků s epilepsií si uvědomuje, především v mladším školním věku, že trpí určitými problémy, které ostatní děti nemají, a proto se snaží upoutat pozornost a získat uznání ne vždy vhodným jednáním. Učitel by měl proto u žáka podporovat pocit, že má sílu své potíže překonat a že je vždy někdo nablízku, kdo mu pomůže.

Velký vliv na chování žáka s epilepsií ve škole může mít antiepileptická léčba (léky), kterou děti pravidelně užívají. Některé děti mohou být pod jejich vlivem náladové, více unavitelné, mohou se objevovat poruchy chování. I tohle je potřeba v rozumné míře tolerovat, žáka příliš nezatěžovat a poskytnout mu dostatečný čas na učení i odpočinek. Někdy může mírnější klasifikace a zvýšená individuální péče učitele skrývat nebezpečí v tom, že to budou spolužáci chápat jako nespravedlivé nadřazení žákovi ze strany učitele. Postižený žák zase může považovat učitelovu mírnost za souhlas ke každé nedbalosti. Je tedy na učiteli, aby zvolil co nejvhodnější přístup, který žákovi pomůže a zároveň bude spravedlivý i k ostatním dětem. Záleží tedy na všech žácích ve třídě, možnostech pedagoga a školy i přístupu samotného postiženého žáka.

Pokud přece jen má dítě problémy s učením, neznamená to, že nemůže vyniknout například v pohybové výchově nebo při výtvarných a hudebních činnostech. Přiměřené tělesné aktivity mají pro dítě velký význam.

Pro posouzení psychických změn žáka s epilepsií je nutné si uvědomit, že se jedná o organické poškození mozku, ale velmi důležitou úlohu sehrává také prostředí,

kteře na dítě působí a rovněž farmakologická léčba. Obecně lze konstatovat, že po stránce psychické, mohou dětem s epilepsií komplikovat život poruchy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, učení a řeči.

Zvýšená přítomnost nekoordinovaného motorického neklidu a nestálosti dítěte představuje hyperkinetický syndrom. Typickým znakem je právě již zmiňovaná nesoustředěnost dítěte a zvýšená unavitelnost. V porovnání s ostatními žáky se dítě projevuje jako neklidné a impulzivní. Často pak bývá považováno za neposlušné, obtížně vychovatelné. Toto by si měl učitel uvědomit, aby nedocházelo pak k nespravedlivému trestání žáka, které by mohlo následně vyústit v pocit méněcennosti dítěte (Fialová, 2011).

Enechetický syndrom je pravým opakem syndromu předchozího, je také vzácnější. Typickým projevem je zpomalení psychomotorických a duševních pochodů. Oproti zdravým vrstevníkům se pohyby takového dítěte jeví jako pomalé, nemotorné, těžkopádné. Tyto děti se drží osvojeného myšlenkového schématu, těžko se přeorientovávají na jinou problémovou situaci. V sociálních vztazích jsou ostýchavé, nsmělé a jen velmi těžko se zapojují do kolektivu. Pokud si toto dítě vybuduje k někomu důvěru, pak se ho drží s vytrvalou přičylností, až dotěrností (Fialová, 2011).

Vágnerová (2005) uvádí výkyvy emočního prožívání jako možné psychické důsledky epilepsie. Epileptické děti často mívají tendence k mrzuté náladě, depresivitě, pesimismu, emoční labilitě, impulzivitě, agresivitě, podezřívavosti a nedůtklivosti. Při posuzování této problematiky je důležité mít na paměti, že se jedná o poškození mozku, kde psychické důsledky vznikají na podkladě organické léze, v tomto případě se tedy jedná o vlivy vnitřní. Ale také vnější vlivy se mohou podílet na emočním prožívání dětí s epilepsií, a to zejména v oblasti emocí, kterými jsou radost, smutek. Sama epilepsie jakožto vlastní onemocnění má svůj základ v CNS, negativně ovlivňuje paměť, pozornost, myšlení. Vztah epilepsie a kognitivních funkcí je velmi složitá záležitost, která je předmětem neuropsychologie.

Epilepsie postihuje děti mnoha různými způsoby, proto je nutné přistupovat k nim individuálně. Učitelům je doporučováno, aby položili rodičům dítěte s epilepsií tyto otázky:

- Jaký druh záchvatu obyčejně má?
- Jak probíhájí?
- 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?

ZÁVĚR

Epilepsie může být diagnostikována v kterékoliv etapě života člověka. Klinický projev narušení mozkových funkcí epileptickým procesem je označován epileptickým záchvatem. Na vzniku epilepsie se může podílet velké množství faktorů. Většina záchvatů není příliš dramatická. Velmi často epileptik před přicházejícím záchvatem pociťuje auru a na základě ní může eliminovat některé komplikace způsobené samotným záchvatem.

Základem léčby této nemoci je farmakologická léčba a určitá životospráva, při které musí děti dodržovat pravidelný denní rytmus, především s dostatkem spánku.

Relevantní první pomoc spočívající v eliminaci poranění při záchvatu může zmírnit dopady proběhlého epileptického záchvatu, ušetřit zdravotní komplikace, ale i pocit zahanbení nebo rozčarování.



Asthma

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH S ASTMA BRONCHIALE

Astma bronchiale je nejčastější chronickou chorobou dětského věku, většina dětí má však hlavní klinické příznaky před 5. rokem života. V České republice je více než 9 % dětských astmatiků. Astma bronchiale je onemocnění, které se růstem dítěte mění. Až u 50 % dětí vymizí klinické příznaky v průběhu puberty, kašel, hyperaktivita a porucha funkčních parametrů plic však přetrvává. Z 90 % případů se jedná o astma alergické (Muntau, 2014; Pohl, 2001; Gutová, 2016).

8.1

Chronické zánětlivé onemocnění – astma bronchiale

Astma bronchiale, příznaky, diagnostika a léčba

Astma bronchiale je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, které se mění jak spontánně, tak vlivem léčby. V dýchacích cestách dochází ke zvýšené reakci tracheobronchiálního stromu z důvodu nejrůznějších stimulů. Zmiňovaná zvýšená reakce vede k obstrukci dýchacích cest, bronchospasmu, edému, tvorbě vazkého hlenu a následně pak ke snížené výměně dýchacích plynů (Boledovičová & kol., 2010; Muntau, 2014; Gutová, 2016).

Příčiny vzniku astmatu, respektive astmatických obtíží se v jednotlivých obdobích věku dítěte mění. Astma je dědičným onemocněním, na němž se uplatňuje řada genů. V závislosti na dědičnosti jsou nejohroženější skupinou děti, které mají oba dva rodiče astmatiky – u nich je pravděpodobnost rozvoje astmatu až 60%. Pokud je astmatikem jeden z rodičů, pravděpodobnost klesá na 20 %. Začátek záchvatu

je podmíněn kontaktem se spouštěčem – specifickým či nespecifickým. Mezi specifické spouštěče řadíme: alergenů jako např. pylová zrna, potraviny (bílkovina kravského mléka, bílkovina vajec, arašídů aj.), roztoče, srst domácích zvířat, plísně, virové respirační infekce (ty se uplatňují zejména ve věkové skupině kojenců a batolat). Souvislost s alergií je popsána až v 56 % případů (Pohl, 2001; Boledovičová & kol., 2010; Beránková, 2011; Gutová, 2016).

Častější, nespecifické faktory, jsou virové infekce, námaha, chemické iritanty (oxid uhlíku, popílek, polévatý prach, oxidy síry, oxid dusíku, smog, benzen, toluen, tabákový kouř a další), změny počasí (velké výkyvy teplot, vzduch před bouřkou, dlouhé období vedra, střídání období vlhka s období extrémního sucha), gastroezofageální reflux, endokrinní vlivy, farmaka a v neposlední řadě i vlivy psychické (Pohl, 2001; Boledovičová & kol., 2010; Gutová, 2016).

Příznaky se vyskytují v souvislosti s alergenovou expozicí. K té může dojít nejen v domácím prostředí, ale také ve školském zařízení. U nemocného dítěte dochází k epizodám pískotu, výdechové dušnosti různé intenzity, tísní na hrudníku, zkrácenému dechu (respektive tachypnoi) a prodlouženému výdechu, dráždění v krku až sípavému kašli (který je většinou neproduktivní, tedy že dítě nevykašle hlen) především v noci nebo v brzkých ranních hodinách či ve spojení se smíchem či křikem dítěte. V akutní fázi pozorujeme také cyanózu (modrofialové zbarvení akraálních částí těla, zde konkrétně lůžka nehtů). Dále se projeví otok víček, překrvení spojivek, u menších dětí může dojít ke zvracení, které přináší mírnou úlevu. Vystupňovaný záchvat označujeme jako **status asthmaticus**, který trvá delší dobu a není zvládnutelný běžnou farmakologickou léčbou (Pohl, 2001; Boledovičová & kol., 2010; Muntau, 2014; Gutová, 2016).

Komplikací astma bronchiale může být např. pneumothorax, pneumomediastinum, kolaps segmentu, laloku nebo celé plic (Muntau, 2014).

K základům diagnostiky vlastního onemocnění řadíme získání podstatných informací souvisejících s příznaky onemocnění, jeho průběhem, vyvolávajícími faktory, také informací zaměřenou na přítomnost nemoci v rodině; dále pak základní fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření (krevní obraz, specifické protilátky proti antigenům), rentgenové vyšetření (nativní snímek plic, vyšetření pomocí kontrastní látky), kožní expoziční testy. Významnou diagnostickou složkou je kromě spirometrického vyšetření také alergoimunologické vyšetření, které by se mělo provést při prvním stanovení diagnózy a dále v případě, že je onemocnění z nejasných příčin nezvladatelné (Boledovičová & kol., 2010; Muntau, 2014).

Léčba astma bronchiale se skládá ze dvou nejdůležitějších částí – léčby nefarmakologické a farmakologické. U jednotlivých bodů zmiňujeme možnosti intervenování pedagogů.

Nefarmakologická léčba se opírá o režimová opatření (eliminaci rizikových faktorů za pomoci např. čističek a zvlhčovačů vzduchu, rozumného větrání), pohybový režim dle možností dítěte (vhodné je plavání a gymnastika), rehabilitace, dietoterapie a psychoterapie. V případě astmatického záchvatu by měl pedagog zajistit úlevovou polohu vsedě, či polosedě, v případě menších dětí je alternativou přimknout dítě do náručí. Měli bychom se pokusit dítě uklidnit a nabádat jej k pomalému dýchání a prodlouženému výdechu. V období, kdy je dítě bez obtíží, je vhodné jej aktivně zapojovat do denních činností, vést jej k samostatnosti; zapojovat jej do rekreačních a společenských aktivit (Boledovičová & kol., 2010). Psychoterapie se odvíjí od zkušeností, přesvědčení a chování dítěte či rodiny. Dítě by v první řadě mělo být dokonale edukováno o léčbě, možnostech pomoci a poskytovatelech zdravotní péče. Následně se psychoterapie zabývá terapií kognitivních poruch, respektive změn v chování dítěte; terapií úzkostných poruch a deprese (Bhatia, 2017).

Ve stádiu akutního záchvatu podáváme inhalační terapii, která zajišťuje rozšíření průdušek, snížení alergické reakce a která napomáhá zkapalnění a odkašlání vazkého hlenu (konkrétně pak bronchodilatancia, sympatomimetika, kortikoidy, mukolytika, expektoranci, popř. sedativa ke zklidnění dítěte). Dítě, jeho rodina, ale také pedagog by měli být informováni o této terapii a způsobu aplikace, respektive pedagog by měl mít připravenou písemnou informaci o krizovém postupu ve školním a mimoškolním prostředí (Boledovičová & kol., 2010; Muntau, 2014).

Dostatečně dítě hydratujeme a opatrně podáváme kyslík, respektive středně větráme. V klidovém stádiu se profylakticky užívá protináznětlivá léčba v inhalační podobě, dále se pak podávají antihistaminika, která působí preventivně proti alergii. V případě infekce dýchacích cest se podávají antibiotika. Dítěti je také doporučena speleoterapie (Boledovičová & kol., 2010).

V souvislosti s rizikovými faktory jsou možnosti primární prevence poměrně omezené. Genetické vlohy pro astma a alergii zatím neumí moderní medicína postihnout. V našich možnostech je vytipovat a sledovat rizikové děti, včas je vyšetřit a přesvědčit okolí dítěte (nejen rodiče) k preventivním opatřením. Prevence tedy spočívá v omezení expozice alergenem – omezit kouření v domácnosti, vyhnout se potravinovým alergenům (s čímž nám do jisté míry napomáhá uvádění potravinových alergenů v zařízeních, které s potravinami nakládají); dále pak předcházet

infekcím dýchacích cest, vlhkému prostředí s plísněmi. Zdravotní stav je možné ovlivnit i správnou životosprávou, tedy dostatečným přísunem vitamínů (zejména C a D3, omega3 nenasycených mastných kyselin). Dítě by také mělo mít přiměřený pohyb a mělo by se otužovat (Boledovičová & kol., 2010; Gutová, 2016).

Sekundární prevence – zaměřená na děti, u kterých již došlo k projevům nemoci – se zaměřuje na úplné vyloučení vlivu tabákového kouře, snahou je také minimalizace vlivu průmyslových a dopravních polutantů. U dětí s alergií na zvířecí srst je snahou přesvědčit rodinu, aby dítěti nepořizovala zvířata. U dětí s citlivostí na roztoče se snažíme minimalizovat v prostředí tzv. lapače prachu (záclony, koberce, keramické figurky apod.) (Gutová, 2016).

Terciální prevence se zaměřuje především na léčbu astmatu a snahu zabránit progresi onemocnění. Dítě s tímto onemocněním (potažmo rodina či pedagog) by mělo být řádně informováno, jak používat různé druhy inhalátorů.

8.2 Psychosociální aspekty života s astma bronchiální

Chronické onemocnění má své obecné i specifické sociální důsledky (Kopřiva, 2003). Přítomnost chronického onemocnění přivádí nemocného (v našem případě nemocné dítě) do stresu, se kterým se musí vypořádat. Stres se poté projevuje po stránce fyzické i psychické – dochází k problémům kognitivním, kdy nemocný doslova myslí na svoji nemoc, přemýšlí nad změnami, které jej čekají v dalším životě. Stejně tak trpí i oblast sebepojetí a sebehodnocení. Byl někým a vlivem nemoci se stává někým jiným. Toto odcizování může vést tak daleko, že se přestane cítit jako úctyhodný, respektive hodnotný člověk (Křivohlavý, 2002).

Astma, které není u dítěte plně kontrolováno, může vést k problému zařadit dítě do dětského kolektivu, později pak vede ke zvýšení školní absence, omezení při volbě povolání a v dospělosti až ke snížení společenského uplatnění. Kromě působení na samotného astmatika, zasahuje chronická nemoc i do života celé rodiny – astmatické dítě vyžaduje větší péči, což pak vede k absenci rodičů v zaměstnání, a ta může mít negativní dopad na jejich uplatnění (Kopřiva, 2003).

Chronické astma může mít také podstatný vliv na identitu dítěte – dítě tráví více času v lůžku s ohledem na chronickou nemoc. Obdobně je to i s prožíváním doby, kterou by dítě trávilo ve vyučování a mimoškolních aktivitách. V těchto případech

byl u dětí zaznamenán vyšší výskyt stresu a depresí, stejně tak se zvyšuje dětská agresivita. V mnoha případech byl zjištěn nedostatek kázeňských zásahů rodiče s ohledem na nemoc dítěte, což vedlo ke zvyšování požadavků na rodiče. Je-li v rodině chronicky nemocné dítě, může tím trpět často i manželský vztah rodičů (Křivohlavý, 2002). Tím, že je dítě zvýšeně závislé na rodičích již od útlého věku, může docházet k projevům egocentrismu. U dítěte se může také projevovat zvýšená labilita nezávislého nervového systému s projevy pocení, nadměrného slinění, průjmů, palpitací či kožním projevům (Kopřiva, 2003, Boledovičová & kol., 2010).

Jedním z nejhorších subjektivních prožitků je dušnost. Dítě má pocit strachu, úzkosti, bezmoci a někdy pocit ohrožení života. Právě z tohoto důvodu se zvyšuje hladina úzkosti, nadměrného smutku a popudlivosti. S tím úzce souvisí pocity nejistoty, které vedou k žárlivosti, podezřavosti až agresivitě. Na druhé straně je prokázán vliv emocí na vyvolání astmatického záchvatu (Bhatia, 2017; Kopřiva, 2003).

V případě, že se u dítěte objeví některý z již uvedených příznaků, zpozorněte. Pokuste se zůstat klidní a pomozte dítěti relaxovat - zvýšení emočního napětí by mohlo zvýšit intenzitu příznaků. Nabádejte dítě k pomalému dýchání s prodlouženým výdechem. Nechte dítě zaujmout úlevovou polohu (nejlépe v polosedě). Podejte dítěti ordinovanou medikaci. V případě, že na ni záchvat nereaguje (během pěti minut po podání, popř. po druhé aplikaci bronchodilatancí), zavolejte lékaře/rychlou záchrannou službu a následně informujte rodiče (Special Education Branch, 1995; Boledovičová & kol., 2010; Managing Chronic Health Conditions at School, 2013).

SHRNUTÍ

Východiskem nemocného dítěte je dobře poznat, přijmout a naučit se žít s chronickým onemocněním, kterým astma bronchiale (bezesporu) je. Stejně tak by k nemoci měla přistupovat i rodina dítěte. Jakmile dítě přijme svoji chorobu, vyvaruje se iritujícím faktorům/alergenům a dalším spouštěčům, vybuduje si zodpovědnost za vlastní zdravotní stav, bude patřičně motivováno, podporováno rodinou a širokým okolím a může pak bez větších obtíží uspokojovat všední denní činnosti (Křivohlavý, 2002; Kopřiva, 2003).



Mastička

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH S ATOPICKOU DERMATITIDOU

Jedním z nejčastějších chronických onemocnění dětského věku je atopická dermatitida. Atopická dermatitida je chronické onemocnění kůže, které je zprostředkováno T-lymfocyty. Je považováno za kožní projev atopie a manifestuje se v podobě ekzému. Výskyt atopické dermatitidy je možné v rodině zjistit až ve 40 % případů. Dermatitida pak postihuje více než 16 % populace dětí České republiky do 1 roku, 12 % dětí do 15 let a 3 % dospívajících nad 16 let. Rozvoj onemocnění mají za následek také další faktory (podobně jako je tomu u astma bronchiale) – jako je zvýšená expozice alergenem či snížená expozice imunitního systému infekčního patogenu (Novotný, 2009; Muntau, 2014; Nevalová, 2015).

9.1

Chronické onemocnění kůže – atopická dermatitida

Atopie

Atopii se rozumí geneticky podmíněný sklon ke zvýšené dráždivosti kůže či povrchové sliznice na nespecifické podněty. Atopie má genetickou predispozici, nedědí se tedy vlastní onemocnění, ale dispozice k atopii. Projevuje se jednotlivě (alergická rýma, astma bronchiale nebo atopická dermatitida) nebo v kombinacích (Muntau, 2014).

V patogenezi se uplatňují 4 hlavní faktory:

- 1) Suchost kůže způsobená poruchou bariérové funkce;
- 2) Chronický zánět (ekzém) způsobený poruchou imunitní regulace;

- 3) Pruritus (= svědění) vzniklé na podkladě uvolněných mediátorů;
- 4) Zvýšená dráždivost kůže, která vznikla na podkladě kontaktu se spouštěcími faktory – alergeny, infekcemi, psychickou zátěží, pracími prostředky apod. (Muntau, 2014).

Atopická dermatitida, příznaky, diagnostika a léčba

Příznaky atopické dermatitidy se charakteristicky manifestují různě pro jednotlivá věková období. Nemoc velmi citlivě reaguje na změny zevního prostředí a na roční období. Příznaky se charakteristicky objevují na podzim a v zimě, v létě ustupují (Muntau, 2014; Stožický, Sýkora & kol., 2015).

Kojenecká forma atopického ekzému se objevuje obvykle mezi 2.–6. měsícem a projevuje se jako akutní forma exudativního ekzému (tedy takového, který tvoří výpotek). Tento ekzém postihuje trup, ohbí končetin, obličej a vlasovou část hlavy. Vzniklá ložiska velmi svědí, jsou začervenalá, šupinatá, mokvající a mohou na nich vznikat případně krusty. Dítě je plačtivé, neklidné a z důvodu svědění má problémy se spánkem. Mezi 2.–3. rokem vymizí projevy až u 70 % dětí, popř. plynule přechází do další vývojové fáze (Novotný, 2009; Muntau, 2014; Nevalová, 2015).

Atopická dermatitida školního a pubertálního věku má sklon k zhrubění. Ložiska můžeme nalézt v ohbí velkých kloubů, mohou být ojedinělá či splynutá do velkých ploch. Svědění zůstává stejně jako v kojeneckém období, kůže je navíc velmi citlivá a suchá. V postižených místech nacházíme hluboké kožní rýhy. V klidovém období mohou být místa, na kterém byla ložiska hyperpigmentovaná popř. depigmentovaná (Muntau, 2014; Nevalová, 2015).

S dospělou formou dermatitidy se můžeme setkat již v průběhu puberty. Postižená místa jsou obdobná těm v dětském věku, kůže je suchá, zhrubělá a silně svědí. Po 20. roku života dochází k ústupu intenzity nemoci (Stožický, Sýkora & kol., 2015).

Ke komplikacím atopické dermatitidy můžeme zařadit bakteriální superinfekce – nejčastěji způsobené zlatým stafylokokem, které pocházejí ze samotného nachlazeného dítěte či jeho okolí. Další komplikací může být kandidová infekce, snadné šíření virových infekcí (zejména virem oparu, který u dítěte může způsobit vysoké horečky), zhoršení projevů atopie, katarakta; při postižení vlasaté části hlavy může dojít k vypadávaní vlasů (Muntau, 2014; Nevalová, 2015).

Základem diagnostického procesu je odebrání podrobné osobní a rodinné anamnézy se zaměřením na šíření atopie v širokém pokrevním příbuzenstvu. Využívá se také laboratorního vyšetření (zjištění celkové hladiny imunoglobulinu E (IgE) v séru, dále pak průkaz IgE proti potravinovým alergenům). Provádějí se kožní – epikutánní testy a také orální provokační testy. V případě nejisté diagnózy se provádí odběr tkáně z postiženého místa, který se histopatologicky vyšetřuje (Novotný, 2009; Muntau, 2014; Nevoralová, 2015).

Léčba atopické dermatitidy je dlouhodobá a opírá se o tři základní body – 1) zmírnit svědění lokální či systémovou léčbou, 2) léčba superinfekce antibiotiky, antimykotiky a 3) potlačit zánětlivou reakci (Muntau, 2014; Stožický, Sýkora & kol., 2015).

V akutní fázi ekzému se na ložiska přikládají chladivé obklady, následně promašťující krémy, zpravidla protizánětlivá léčba kortikosteroidy. V subakutní fázi se používají krémy mastnější. Vhodné je zařazení olejových koupelí. Kortikosteroidy jsou pak nahrazeny jinými protizánětlivými preparáty. Ve fázi chronické je velmi podstatné kůži promašťovat. Svědění se velmi zdárně daří mírnit chlazením, popřípadě se podávají lokální antihistaminika. V případě, že nemají patřičný efekt, podávají se systémově (tedy celkově). Paradoxně ekzém zhoršuje nadměrné mytí, užívání mýdel, oděvy z vlny, rychlé střídání teplot, prach, drsný povrch (např. hraček) nebo nadměrné pocení (Stožický, Sýkora & kol., 2015; Muntau, 2014).

Protizánětlivá léčba se opírá o lokální aplikaci kortikosteroidu, který by měl mírnit alergickou reakci a snižovat otok. Protizánětlivá léčba kortikosteroidy by však neměla přesáhnout dva týdny denního aplikování. Současně by se měly kortikoidy vysazovat postupně (Muntau, 2014).

Dietní opatření úzce souvisí s alergií na vybrané potraviny. Není možné striktně odstranit určitá jídla, je nutné velmi pečlivě a individuálně zhodnotit, co dítěti vadí. Obecně platí, že by strava měla být řádně tepelně zpracována (dušením, sterilizací aj.). Potravinovou alergií trpí zejména kojenci a malé děti. Prvním možným alergenem je kravské mléko, následují vejce, respektive vaječný bílek; ořechy, maso (vepřové, husí, kachní). Dítěti je nutné doporučovat konzumaci čerstvého ovoce a zeleniny (s ohledem na alergie tolerují nejlépe zralá jablka a hrušky, švestky, broskve, někdy meruňky) (Novotný, 2009; Muntau, 2014).

9.2

Psychosociální aspekty a kvalita života s atopickou dermatitidou

Atopická dermatitida může vést k podstatnému zhoršení kvality života dítěte i jeho rodiny (Muntau, 2014). Změna v kožním krytu může mít za následek problém v emocionálním vývoji, respektive omezuje dítě v sensorickém vnímání a komunikaci s rodičem. Je tedy vhodné, aby rodiče a pedagogové přistupovali k dítěti vlídně. Svědění, které je jedním z hlavních příznaků nemoci, může způsobit problém při odpočinku a spánku dítěte, které si adekvátně neodpočine, stejně tomu je i u rodičů. Emoční stres způsobuje exacerbace, tedy znovuvzplanutí příznaků onemocnění v přibližně 70 %. Dítěti je nutné situaci vysvětlit a zmínit, že při správné péči se příznaky v dospělosti zmírní či ustanou. Věnovaná pozornost by však neměla být přeháněna, aby u dítěte nedošlo k nezdravé fixaci na chronické onemocnění či citovému vydírání (Nevoralová, 2015; Barankin & DeKoven, 2002; Yamaguchi & al., 2014).

Studie prokazují vliv dermatitidy na výkon a sociální vztahy ve škole. U těchto dětí se často projevují stavy úzkosti, frustrování až agrese. Ovlivněny jsou nejen školní, ale také mimoškolní aktivity zejména sport. Ten posiluje zdraví, přináší sebedůvěru a odpoutání od méněcennosti z atopické dermatitidy. Může však přinést i komplikace v případech, že se dítě nadměrně zapotí, zejména v kombinaci s nevhodně zvoleným oděvem. Dítěti je tedy doporučováno rekreační sportování – turistika, jízda na kole, lehká atletika apod. Optimálním sportem může být plavání. Dítě, kterému však chlorovaná voda zhoršuje dermatitidu, by se mělo návštěvě bazénů vyhnout. Nemoc ovlivňuje také život rodičů. Trpí sociální stránka z důvodu absencí v zaměstnání, stejně tak ekonomická stránka z důvodu nákupu změkčovačů, mastí, kortikosteroidních mastí, ložního a osobního prádla. V dospělosti může jedinec s atopickou dermatitidou mít problémy s volbou povolání, respektive zaměstnáním, ve kterém se musí vyvarovat rizikových faktorů, které by mohly zhoršit projevy choroby (prašné, vlhké či horské prostředí, chemikálie, barvy, laky, ředidla aj.) (Novotný, 2009; Barankin & DeKoven, 2002; Senra & Wollenberg, 2014; Nevoralová, 2015).

Dítě s atopickou dermatitidou je velmi často nespokojené s osobním vzhledem, připadá si nepřitažlivé (vzhledem k viditelným ložiskům, šupinaté kůži, mastným vlasům apod.). V dospělosti to může mít vliv i na sexuální život jedince (Novotný, 2009; Barankin & DeKoven, 2002).

SHRNUTÍ

Atopický ekzém je velmi častým chronickým onemocněním dětí. Cílem léčby je zlepšení kvality života dítěte a jeho rodiny. K jeho dosažení je podstatná dobrá spolupráce lékaře, dítěte a jeho rodiny včetně širokého okolí. Podstatná je také mezioborová spolupráce lékařů (dermatologů, alergologů či imunologů), psychologů a pedagogů. Pokud dítě dodržuje všechna doporučení, může být dosaženo minimalizace příznaků choroby, a tím dojde ke zlepšení kvality života dítěte i jeho rodiny.

10/

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DĚTÍ NEMOCNÝCH S VIROVOU HEPATITIDOU

Hepatitida je zánětlivé onemocnění jater způsobené řadou virů. V České republice jsou významné zejména virové hepatitidy A, B a C. Většina akutních VHA se vyskytuje u dětí, adolescentů a mladších dospělých. Akutní či chronické VHB a VHC jsou u dětí do 15 let poměrně vzácným onemocněním. U adolescentů pak jejich výskyt narůstá v souvislosti se zahájením sexuálního života a s intravenózní aplikací drog. V současné době je dostupná vakcinace proti VHA a VHB (Ružnovský, 2007).

10.1

Virové hepatitidy

Přehled virových hepatitid

Virové hepatitidy se řadí do skupiny onemocnění, která jsou primárně způsobena virem hepatitidy A, B, C, D a E, které způsobují destrukci až nekrózu jaterních buněk. Klinický obraz je u hepatitid poměrně stejný, liší se však inkubační doba a způsob, kterým je virus přenášen.

Virová hepatitida A (VHA) je způsobena virem hepatitidy A a přenáší se fekálně-orální cestou, přenést se může také potravinami a vodou. Její inkubační doba je 15–60 dní, v průměru 28 dnů. Místem vstupu, kterým se dostává virus do organismu, je střevní sliznice. Virus se pak replikuje v jaterním parenchymu (jaterních buňkách). Je nejčastějším typem, který typicky nevede k chronickému stádiu. Lidově je označován jako „nemoc špinavých rukou“. Infikovaný pacient

je infekční 2 týdny před a 2 týdny po objevení choroby. Prognóza tohoto onemocnění je dobrá, ojedinele dochází k prodlouženému průběhu.

Stejný způsob přenosu a inkubační dobu má **virová hepatitida E (VHE)**.

Virová hepatitida B (VHB) se přenáší infikovanými tělními tekutinami (krví, krevními deriváty, slinami, extrémně vzácně mateřským mlékem). Přenos je možný i transplacentárně. Inkubační doba je 30–180 dní, zpravidla však 90 dní/cca 23 týdnů. Prognóza úzce souvisí s léčbou – u školních dětí a dospělých přechází zhruba v 5 % do chronické fáze.

Virová hepatitida C (VHC) se přenáší infikovanými krevními deriváty, nejvíce však při intravenózní aplikaci drog. Její inkubační doba je 15–150 dní, v průměru 8 týdnů. Onemocnění může přejít do chronické fáze.

Virová hepatitida D (VHD) jejíž přenos je obdobný VHB, může se ale přenášet např. v rodinách nemocných dětí. Inkubační doba je 30–180 dní, v průměru však 12 týdnů (Boledovičová & kol., 2010; Muntau, 2014).

Typickou formou pro všechna výše uvedená onemocnění je forma ikterická, rozlišovat bychom však měli stádium preikterické, ikterické a postikterické (Boledovičová & kol., 2010). Vzhledem k výčtu jednotlivých druhů a způsobů přenosů dále v textu uvádíme obecné informace vztahující se ke všem typům virové hepatitidy. V části, která se zaměřuje na psychosociální problematiku choroby, zmiňujeme blíže informace vztahující se k virové hepatitidě A, se kterou se v dětském věku můžeme setkat nejčastěji.

Virové hepatitidy, příznaky, diagnostika, léčba a komplikace

Klinické příznaky se liší od druhu hepatitidy. Nemoc může probíhat bezpříznakově popř. s typickou symptomatologií. Typickým příznakem je ikterus, lidově nazýván žloutenka. Jedná se o typické žlutavé zbarvení tkání a sliznic. Nejpatrněji se tento příznak projeví na očním bělmu, které nebude typicky bílé. Další příznaky jsou nechutenství, zvracení, bolest v nadbříšku, zvětšená a bolestivá játra, slezina a lymfatické uzliny. Dítě může mít zvýšenou tělesnou teplotu, třesavku a příznaky připomínající chřipku – tedy bolesti hlavy, svalů a malých kloubů. Dalšími příznaky jsou tmavá moč barvy až černého piva, nižší četnost močení, stolice (může být i průjmovitá) bledé až stříbřitě šedé barvy (to souvisí s nedostatkem žlučových barviv ve stolici). Klinický obraz zpravidla odeznívá 3 týdny od projevení se

prvních příznaků. Onemocnění, které trvá déle, jak 6 měsíců od doby propuknutí prvních příznaků, označujeme jako chronické. V případě virové hepatitidy se tedy jedná o chronický zánět jaterní tkáně (Boledovičová & kol., 2010; Vránová, 2013; Muntau, 2014).

Základem diagnostického procesu je odběr anamnestických údajů. Lékař ve spolupráci s rodičem či pedagogem získává informace související s výskytem, možností přenosu či styku s nemocným jedincem. V další části diagnostiky se využívá především laboratorních odběrů (se zaměřením na jaterní testy). Odebírá se krev a stolice na zjištění přítomnosti antigenu virové hepatitidy a zjištění hodnot, které souvisí s činností jater. Dále se odebírá moč, která kromě charakteristické barvy bude obsahovat zvýšené množství bilirubinu. Z přístrojových vyšetřovacích metod se používá např. ultrazvukové vyšetření jater (Boledovičová & kol., 2010; Muntau, 2014; Urbánek & kol., 2015). K diagnostice chronického zánětu se může přistoupit také k bioptickému odběru vzorku jaterní tkáně k histopatologickému vyšetření (Štefan, Sedláček & Dlouhý, 2012).

Každý výskyt virové hepatitidy je povinné hlásit spádové hygienické stanici s následnou izolací nemocného dítěte, popř. hospitalizací na infekčním oddělení (Boledovičová & kol., 2010).

Vzhledem k tomu, že játra slouží jako detoxikační centrum lidského těla, může se zdát vlastní léčba poměrně náročná, a to zejména z důvodu, že nechceme dále poškozovat jaterní buňky chemickými a jinými škodlivými látkami (Vránová, 2013). Léčba úzce souvisí s typem hepatitidy, z celkového hlediska bychom ji však mohli rozdělit do dvou oblastí – léčby farmakologické a nefarmakologické.

Nefarmakologická léčba spočívá zejména v dietoterapii – tedy léčbě optimalizovanou stravou. Dietní zásady by neměly být razantní, naopak by měla strava být plnohodnotná. Dieta by měla být uzpůsobena jednotlivému dítěti. Strava by měla být připravována technologicky jednoduše – dušením, vařením, párou apod.; měli bychom se vyhnout zejména pokrmům, které jsou připravovány smažením. Do vlastního jídelníčku volíme tuky rostlinné. Dítě by mělo jíst optimálně 5–6 menších porcí denně a mělo by dodržovat pitný režim (Boledovičová & kol., 2010).

Farmakologická léčba spočívá v léčbě příznaků, tedy v podávání kortikosteroidů, infuzí obsahujících 5% glukózu. Dále se podávají léčiva podporující regeneraci jaterních buněk (hepatoprotektiva), antivirotika, antihistaminika, vitamíny a v těžkých případech je podáván také interferon alfa (Boledovičová & kol., 2010; Muntau, 2014; Urbánek & kol., 2015).

Mezi komplikace virové hepatitidy řadíme jaterní selhání, jaterní cirhózu, ascites, zánět srdečního svalu, encefalopatii, rupturu sleziny, hypoplazii kostní dřeně, zánět slinivky břišní, karcinom jater (Vránová, 2013; Muntau, 2014).

Preventivní možností je dozajista základní znalost hygienických návyků – dítě by mělo znát situace před/během/po kterých by si mělo řádně umýt ruce, a to zejména z důvodu orálně-fekálního přenosu virové VHA a VHE. S tím úzce souvisí hygiena a tepelné zpracování potravy a tekutin. Další možností prevence je očkování zejména těch osob, které byly v kontaktu s nemocným dítětem. Očkování proti VHB je v České republice součástí povinného očkování dětí ve 3. měsíci života dítěte. Výhodou očkování proti hepatitidě B je jeho ochranný efekt proti hepatitidě D. Očkování proti hepatitidě C a E není doposud k dispozici (Boledovičová & kol., 2010; Vránová, 2013; Muntau, 2014; Česko, 2006).

10.2 Psychosociální aspekty a kvalita života s virovou hepatitidou

Léčba virového onemocnění je poměrně dlouhá a pro dítě je zatěžující ve všech oblastech – fyzické, psychické i sociální. Už samotný diagnostický proces nepůsobí na dítě dobře, zejména pak odběry biologického materiálu, u kterých dítě pociťuje strach, úzkost, bolest. Tyto aspekty se mohou projevit v nechuti při pravidelných kontrolách ve zdravotnickém zařízení/infektologii. Stejně tak negativně působí na dítě případná hospitalizace (jejíž případná délka je individuální). Chronické onemocnění má dozajista vliv na trávení času dítěte, které je vlivem nemoci více upoutáno na lůžko. To následně způsobuje dlouhodobou nepřítomnost ve škole, což může vést k neúspěchům a narušení sociálních rolí dítěte v kolektivu, potažmo při mimoškolních aktivitách. To může vést u dětí k výskytu stresu či agrese. K již zmíněnému negativně přispívá doporučený klidový režim – vzhledem k únavě a možným komplikacím by mělo být dítě po lékařem stanovenou dobu uvolňováno z tělesné výchovy (Křivohlavý, 2002; Barton & Webster, rok neuveden; Ambrožová, 2012).

Jak již bylo zmíněno, léčba je poměrně dlouhou záležitostí, její dodržování a pravidelné kontroly však mohou zabránit jejímu přechodu z akutní fáze do chronicity. Vzhledem k tomu, že je dítěti dlouhodobě podávána medikamentózní léčba, mohou se dostavit její nežádoucí účinky v různých kombinacích až u 90 % pacientů. Zahrnují lokální reakce v místě aplikace interferonu, chřipkové potíže (horečka, bolesti hlavy, svalů a kloubů), psychiatrické poruchy (nervozita, emoční labilita, agitovanost, úzkost, nespavost, deprese), hematologické abnormality, snížení funkce

štítné žlázy a zažívací potíže (nauzea, průjem, bolesti břicha, nechutenství s hubnutím) (Křivohlavý, 2002; Štefan, Sedláček & Dlouhý, 2012; Manos & al., 2013).

Jedním z dalších pilířů léčby akutní hepatitidy je dietní omezení. To může být problémem pro dítě ve školním zařízení (ať už MŠ či ZŠ), kdy je nutné zajistit speciální dietu s omezením živočišných tuků se specifickou technologickou přípravou potravin (vařením, dušením apod.). Důsledky plynoucí z dané komplikace mohou následně omezit rodiče, a to z důvodu přípravy zmiňované stravy pro dítě na dobu pobytu ve škole, přičemž se tento problém odrazí i v omezené přípravě jídla pro zbytek členů rodiny (Ambrožová, 2012).

SHRNUTÍ

Virové hepatitidy jsou závažnou infekční chorobou. U dětí a dospívajících se můžeme nejčastěji setkat s virovou hepatitidou typu A. Při zjištění positivity odebraných látek bychom měli přistoupit k adekvátní léčbě v odborné ambulanci se zaměřením na infekční hepatologii. Při dobré spolupráci dítěte, jeho rodiny a okolí je možné, při citlivém vedení, významně přispět k vyléčení dítěte. Dítěti by v rekonvalescenční fázi mělo být dopřáno řádného odpočinku, neměli bychom mu ovšem bránit v kontaktu s vrstevníky a to nejen z důvodu předávání nových informací ze školního prostředí, ale také z důvodu posílení sociálního kontaktu v poměrně náročné době léčby virové hepatitidy.



11/

VYBRANÉ AKUTNÍ STAVY U DĚTÍ

Úrazy vždy představovaly a představují problém dětského věku a jsou stále nejčastějším důvodem smrti, bolesti a trvalých následků u dětí. Úrazy u dětí jsou často zbytečné a dalo by se jim preventivně zabránit. K úrazům dochází různými mechanismy, taktika a obecný postup první pomoci se příliš však neliší. Vždy je nutné zachovat klid, zajistit první pomoc a v případě nutnosti či potřeby zavolat na linku 155.

11.1

Akutní stavy a první pomoc

Poranění hlavy

Poranění hlavy patří k nejzávažnějším stavům v rámci dětské traumatologie. Podle druhu a závažnosti úrazu se mohou vyskytnout i při primárně příznivém průběhu léčení trvalé neurologické následky.

Nejčastějšími příčinami poranění hlavy bývají pády na hlavu, či údery ostrým nebo tupým předmětem do hlavy. Velkou měrou se na nich podílí sportovní úrazy - silové disciplíny jako box, hokej, zápas. Úraz je často způsoben pádem z kola, ze skateboardu, in-line bruslí apod. Častou příčinou mimo školní prostředí je autonehoda - nezajištěné dítě ve vozidle nebo sražení dítěte projíždějícím dopravním prostředkem.

Mezi příznaky úrazu hlavy patří porucha vědomí, bolest hlavy, závratě, nevolnost a zvracení. Může se objevit nezvyklý pláč. Závažným příznakem, svědčícím pro

poranění spodiny lebeční, je málo intenzivní avšak dlouhodobé krvácení z ucha, nosu, někdy z úst, které může být doprovázeno výtokem nažloutlé tekutiny - mozkomíšního moku. Po delší době, i za několik hodin, se může objevit tzv. „brýlový hematom“ - krevní výron pod očnicemi a dolními víčky.

Otřes mozku (komoce) je nejlehčím poraněním z této skupiny. Jedná se „pouze“ o dočasnou poruchu činnosti mozku bez jeho strukturálního poškození. Po odeznění příznaků se většinou všechny funkce mozku upravují k normě. Dítě může být po úderu do hlavy v krátkodobém bezvědomí, toto nemusí být vždy přítomno. Častější je lehčí porucha vědomí, projevující se dezorientovaností dítěte, přechodnou ztrátou paměti, záleží na okolnostech úrazu. Úraz provází bolesti hlavy, závratě, nevolnost a zvracení, nápadná spavost.

Příznakem bývá krátkodobé (typicky několik desítek sekund) trvající bezvědomí, po němž následuje přechodná zmatenost, postižený je dezorientovaný, neví, kde je, co se stalo, opakovaně se ptá na stejné a „jasné“ věci, nedokáže udržet stabilitu a zajistit svoji bezpečnost, zvrací.

Postup první pomoci: obecně platným pravidlem je nepodcenění stavu tohoto druhu poranění. I na první pohled „lehký otřes mozku“ může mít v dalším průběhu nepříznivý vývoj, který může být zastřen například spánkem. Je nutné trvalé sledování celkového stavu dítěte, především jeho vědomí, sledování vývoje poruchy bdělosti a změn chování dítěte. Je potřeba myslet na možnost vzniku komplikací - hlavně vzniku nitrolebního krvácení. Dítě s poraněním hlavy, u kterého se projeví sebenepatrnější porucha chování, vždy patří do rukou lékaře. Včasné, i preventivní odborné vyšetření, může zachránit dítěti život. Pokud je dítě při vědomí, uložíme jej do polohy vodorovně na záda s mírně podloženou hlavou. Ošetříme poranění hlavy, či další přidružená poranění. Snažíme se dítě uklidnit, mluvíme s ním a takto zároveň kontrolujeme stav jeho vědomí. Zhodnotíme relevantnost odpovědí a případný vývoj poruchy vědomí sdělíme přivolanému lékaři. Pokud se jedná o lehčí úraz a dítě usíná, nebráníme mu. Nikdy nepodáváme dítěti v takovém stavu nic ústy - jídlo, pití, žádné léky. Dbáme na tepelný komfort, abychom zabránili prochlazení a přehřátí dítěte. V návaznosti na závažnost poranění zvážíme přivolání ZZS (vždy při poruše vědomí!).

Krvácení z nosu

V běžné školní praxi je nejčastější příčinou úrazu – náraz do obličeje, i když krvácení z nosu nemusí mít pouze úrazovou etiologii. Příčinou může být také např. horečka,

zánět nebo vysušení nosní sliznice, porucha funkce cév, vysoký krevní tlak, nedostatek vitamínů, užívání některých léků. První pomoc je však stejná bez ohledu na vyvolávající příčinu.

V rámci poskytnutí první pomoci uložíme postižené dítě do sedu s mírně předkloněnou hlavou (polykání krve může způsobit nevolnost a zvracení), palcem a ukazováčkem zmačkneme nosní křídla k přepážce na 5–10 minut. Vhodné je přikládání studených obkladů na zátylek a čelo. Pokud máme v lékárně k dispozici, můžeme použít některý z prostředků proti krvácení (Gelaspon, Hydro-Sorb R) – děti, které mívají tyto potíže, je mohou mít při sobě. Nezastaví-li se krvácení i po tomto ošetření do cca 20 minut, je vhodné vyhledat odbornou pomoc.

Mdloba

Krátkodobá ztráta vědomí způsobená nedokrvením a nedostatečným oksyličněním mozku je označována jako mdloba (kolaps). Vzniká v důsledku náhlého rozšíření cévního řečiště, které pojme velké množství krve, které způsobí prudký pokles krevního tlaku. Je lehkou a přechodnou formou poruchy vědomí, dítě se brzy probírá.

Příčinou bývá dlouhodobé stání při fyzické nečinnosti a při nedostatečné svalové aktivitě, při které dochází k nahromadění krve v dolní polovině těla (např. stání ve frontě). Kolaps může způsobit náhlá a rychlá změna polohy (vztyčení z lehu, sedu) a to především u dětí, které mají nízký krevní tlak. Příčinou může být reflexní mimovolní reakce na silný vnější podnět (špatná zpráva, bolest, strach...). Ke vzniku mdloby může přispět tělesné vyčerpání, hladovění, pobyt v dusném a nevětraném prostředí.

Kolapsu mohou předcházet nepříjemné vjemy, způsobené klesáním krevního tlaku - zatmění před očima, hučení v uších, závratě. Dítě zbledne, studeně se zpotí, následuje ztráta vědomí a pád. Tep bývá rychlý, slabě hmatný, dýchání je povrchní a zrychlené.

Postup první pomoci: již při počínajících příznacích mdloby dítě co nejrychleji uložíme do polohy vleže nebo alespoň v sedě s předkloněnou hlavou mezi kolena. Napomůžeme tak zvýšenému průtoku krve mozkiem a jeho oksyličnění, tímto můžete předejít ztrátě vědomí. V případě pádu a ztráty vědomí uložte dítě do polohy na zádech se zdviženými dolními končetinami. Ve většině případů se dítě rychle probírá, zlepšuje se jeho prokrvení a barva v obličeji, pokud umíme vyhledat tep - je lépe hmatný a zpomaluje se. Dítě uklidníme, uvolníme mu oděv, zajistíme přísun

čerstvého vzduchu a můžeme mu podat tekutiny. Posazujeme je postupně, až potom kdy se dítě začne cítit zcela dobře. Čekáme na jeho reakce, celkově ho prohlédneme, zda se při pádu nezranilo. Je-li příčina mdloby zjevná a dítě se rychle zotavuje, není potřeba volat ZZS.

Zlomeniny

Terminologicky je dělíme na zlomeniny kostí a úrazy kloubů:

- zlomeniny – je porušená celistvost kosti;
- vykloubení, vymknutí – kloubní hlavice se ocitla mimo kloubní jamku a už tam zůstala, důsledkem jsou poškozené vazy kloubního pouzdra, případně vazy kloubu;
- podvrtnutí – kloubní hlavice se ocitla mimo kloubní jamku, ale vrátila se zpět, důsledkem mohou být poškozené vazy kloubního pouzdra, případně vazy kloubu.

Mezi příčiny řadíme pád, náraz, úder, kopnutí a další násilí působící na kosti a klouby. Výjimečně bez zjevné příčiny – při onemocnění kostí.

Typickým příznakem je bolest, ztížený nebo nemožný pohyb, deformace, otok, kolapsový stav, šok (krevní ztráta při poranění dlouhých kostí nebo pánve může být velmi velká!).

Postup první pomoci: u zlomenin a vymknutí zajistíme co nejpohodlnější polohu, zpevníme a obložíme například polštářem. V případě transportu bychom měli končetinu znehybnit. Zlomenou horní končetinu (předloktí, paži) lze fixovat v závěsu z trojicípeho šátku, dolní (stehno, bérec) fixujeme ke druhé zdravé končetině. Pokud máme možnost, bojujeme proti bolesti např. přiložením studeného obkladu. Můžeme podat tabletu jakéhokoliv analgetika (např. Paralen aj. – pozor na alergie). Každá zlomenina a každé vymknutí by mělo být vyšetřeno lékařem. Nikdy se nepokoušíme zlomeniny či vymknuté klouby „napravit“ – rovnat do „správné“ polohy – pokud je potřeba aktivní znehybnění, fixujeme je v té poloze, v jaké jsou.

Podvrtnutí: stažení elastickým obinadlem, elevace (zvednutí) končetiny, studené obklady. Kloub by měl zůstat v klidu.

Bolesti břicha

Bolest břicha zvláště u malých dětí je poměrně častým jevem, a i když ji dítě vnímá a navenek prožívá často dramaticky, většina případů není závažná a rychle odezní.

Pokud bolesti břicha přetrvávají delší dobu nebo se opakují, případně se objeví některé z dále uvedených příznaků, je potřeba zvýšit pozornost a zamyslet se nad vážnějším stavem.

Bolesti břicha mohou mít řadu příčin, mezi nejčastější patří komplikované střevní neprůchodnosti v důsledku mechanické překážky nebo poruchy pohyblivosti střev, u adolescentů pak výjimečně žaludeční nebo dvanácterníkový vřed, jeho perforace a krvácení. U větších dětí se může objevit břišní kolika způsobená přítomností kamenů ve žlučových, ledvinných a močových cestách. Dítě se většinou zklidňuje ve svých aktivitách a stěžuje si na bolesti břicha, které nejdříve lokalizuje do oblasti pupku. Během dalších několika hodin v případě zánětu slepého střeva (apendicitida) již lokalizuje bolest do oblasti pravého podbříšku. Často je přítomna nevolnost, zvracení, pocení, průjem, ve stolici se může objevit hlen s krví. V akutním stavu bývá břicho tvrdé, napnuté s bolestivou reakcí na dotek. Dítě je zchvácené, úzkostlivé, brání se jakémukoliv pohybu, vyhledává úlevovou polohu na boku, dolní končetiny má přitaheny k tělu. V nejtěžších stavech dítě povrchně a zrychleně dýchá, tep bývá zrychlený a mělký, začínají se rozvíjet příznaky šoku.

Postup první pomoci: v akutní fázi se snažíme dítě uklidnit, zacházíme s ním co nejšetrněji, zajistíme přivolání odborné pomoci. Uložíme jej na záda s vypodloženými dolními končetinami pod kolena tak, aby se paty nedotýkaly podložky (dochází k uvolnění břišního lisu a většinou i k částečné úlevě), jestliže se však dítě cítí v úlevové poloze na boku lépe, ponecháme ho v ní. Nepodáváme dítěti nic ústy, je možné, že se bude muset podrobit léčenému zákroku v celkové anestezii (narkóze). Studené obklady vzhledem k možnému zastření příznaků nikdy nepřikládáme na břicho před odborným chirurgickým vyšetřením, břicho ledujeme až po kontrole lékařem.

ZÁVĚR

Malé děti se chovají rizikově z nevědomosti, netuší, co se jim může stát, jaké jim hrozí nebezpečí. Rizikově je však u malých dětí i chování dospělých, kteří by mohli svým dohledem často úrazům zabránit. Čím je dítě mladší, tím více je potřeba dohledu dospělých. Dospívající se často chovají rizikově záměrně (nechtějí se shodit před vrstevníky, chtějí se vytáhnout a zažít „adrenalin“), avšak bez vědomí možných následků. Nejen z těchto důvodů je nevyhnutelné disponovat základními znalostmi a dovednostmi v první pomoci. Orientace v problematice první pomoci patří v současné době k bazální znalostní výbavě každého člověka.

ZÁVĚR

Chronická onemocnění a příznaky způsobují u dětí a jejich rodin stres, který je asociovaný s rizikem emocionálních problémů a problémů s chováním a může narušovat dodržování léčebných režimů. Pro dítě je velmi náročné samotné onemocnění, jeho příznaky a dopady, dítě a jeho rodina podstupují každodenní stres a výzvy, jak zvládnout každodenní běh života. Zasaženi jsou zvláště rodiče, kteří se musí srovnat s tím, že jejich dítě trpí vážným onemocněním, které může mít dopady na všechny aspekty života – fyzické, psychické a sociální. Rodiny by v boji s onemocněním neměly zůstat izolované. Významnou podporou by měli být zdravotničtí pracovníci, ale i pedagogičtí pracovníci, pro které však setkání s chronicky nemocným dítětem ve třídě, může být také velkým zdrojem stresu. Všechny tyto komponenty sítě kolem dítěte by měly být schopné účinně spolupracovat a komunikovat v nejlepším zájmu dítěte, tak aby nemoc zasáhla co nejméně do jeho života.

Dítě svoji nemoc nějak prožívá, nějakým způsobem jej zasahuje. Ve škole narušuje jeho pravidelnou školní docházku a další aspekty. Po psychické stránce může být pro dítě náročný i návrat z rekonvalescence, kdy se může obávat reakcí svého okolí odrážejících se v chování dětí, spolužáků, pedagogů, rodiny aj. Neustálé dotazy a reakce nebo na druhou stranu zastírání či zlehčování či nevhodné chování mohou být velmi stresující. Tyto děti se mohou setkat s diskriminací i vyloučením, mohou se odlišovat. Ony se však právě svou nemocí odlišovat nechtějí. Právě dostatečná komunikace a vysvětlení ze strany rodičů může být velkou pomocí. Učitelé mají právo vědět, že mají ve třídě žáka se speciálními potřebami. Učitel i žáci by měli být schopni efektivně zareagovat v případech nenadálého stavu. Pro dítě jsou však významní jeho spolužáci. Pokud získají i oni informace přiměřené věku, v dostatečné kvantitě a kvalitě, mohou být velkým zdrojem podpory i pomoci v situacích, kdy učitelé nejsou např. o přestávce ve třídách a efektivně zareagovat a přivolat pomoc.

Učitel je modelovou rolí. To, jak je schopen poslouchat a přijímat informace od rodičů, ale i od dítěte, je velmi podstatné. Může se totiž stát pro dítě pomocníkem i průvodcem, který je schopný vyslechnout, jak dítě nemoc prožívá, čeho se obává, jak nemoc zakouší. Na tomto základě může být právě on cenným zdrojem informací pro rodiče. Mohou spolu vytvářet plány tak, aby dítě ve škole svou roli zvládlo a zakusilo úspěch a prožilo spokojené dětství i přes náročné podmínky.

Tato publikace měla za cíl poskytnout základní informace o nejvýznamnějších a nejčastějších chronických onemocněních dětí, jejich podstatě, příznacích, diagnostice a léčbě. Dítě však nemoc i nějak prožívá a nějak jej sociálně zasahuje. I na tyto hlediska jsme chtěli upozornit a nabídnout tak pedagogům průvodce, který rozšíří jejich znalosti, aby dítěti byla poskytnuta ta nejlepší péče ve všech sférách.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Ambrožová, H. (2005). Infekční mononukleóza. *Pediatric Pro Praxi*, 6(5), 244–246.
- Austová, K. (2004). Hygienický režim u dětí s cystickou fibrózou. *Sestra*, 14(11), 18.
- Barankin, B., & Dekoven, J. (2002). Psychological Effect of Common Skin Diseases. *Camadoam Family Physician*, 48(2), 712–716.
- Barton, B., & Webster, R. (rok neuveden). The Impact of Chronic Illness on Education & the School Environment. Retrieved from: http://www.cheri.com.au/PDF_Files/CHERI%20XI%20Conf%202006/RW-BBUpdate/4Barton,%20Webster.pdf.
- Belejová, H. (2016). *První pomoc: „kdy jindy než teď, kdo jiný než Ty?“*. Brno: Tribun EU.
- Beránková, K. (2011). Aktuální pohled na léčbu astmatu u dětí a nejnižších věkových skupin. *Pediatric pro praxi*, 12(5), 206–308.
- Bhatia, M. S. (2017). Psychological aspects of bronchial asthma in Children [Online]. *World Journal Of Pharmacy And Pharmaceutical Sciences*, 727–735. <https://doi.org/10.20959/wjpps20176-9353>
- Boledovičová, M. (2010). *Pediatrické ošetrovatelstvo* (3. preprac. a dopl. vyd.). Martin: Osveta.
- Bourdeau, T. (2017). When your child is diagnosed with chronic illness: How to cope [Online]. In *American Psychological Association*. Washington DC. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/chronic-illness-child.aspx>.

- Clauson, P. (rok neuveden). Chronic Illness and Schooling: An Introductory Overview Outline. Center for Mental Health in School at UCLA. UCLA Center. Retrieved from <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/chronicill.pdf>.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence [Online]. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 8(1), 455–480. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>.
- Červenková, R. (2006). *Celiakie*. Praha: Galén.
- ČESKO. (2006). Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. In: č. 174/2006 Sbírky zákonů. 29. 11. 2006. Retrieved from <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=537~2F2006&rpp=15#seznam>.
- Dobiáš, V. (2017). *5P - prvá pomoc pre pokročilých poskytovateľov: pre tých, čo chcú vedieť viac*. Dixit.
- Doskočilová, R. (2008). *Vliv chronického onemocnění na vzdělávání žáků v základních školách* (Diplomová práce). Brno.
- Dylevský, I. (2000). *Somatologie* (Vyd. 2. [přepřac. a dopl.]). Olomouc: Epava.
- Falt, P., Fojtík, P. & Šmajstrla, V. (2014). Celiakie – současný pohled na etiopatogenezi, diagnostiku a terapii. *Interní Medicína*, 16(3), 219–223.
- Fila, L. (2010). Farmakoterapie cystické fibrózy. *Remedia*, 20(6), 374–378.
- Frühauf, P., Bronský, J. & kol. (2016). Celiakie – doporučený postup pro diagnostiku a terapii u dětí a dospívajících. *Pediatric pro praxi*, 17(3), Retrieved from <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>.
- Gillernová, I., Kebza, V., & Rymeš, M. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada.
- Gutová, V. (2016). Dětské astma, rizika a možnosti prevence. *Pediatric Pro Praxi*, 17(1), 7–12. Retrieved from <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>
- Jakubec, P. (2006). *Cystická fibróza*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- James, S. R., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Nursing care of children: principles & practice* (4th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Jurga, L. M. (2010). *Úskalia kombinovanej rádiokemoterapie a bioterapie malígnych gliómov. 2. Diel*, 802–806.
- Kapounová, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada.
- Klener, P. (2006). *Vnitřní lékařství* (3., přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Karolinum.
- Klíma, J. (2003). *Pediatric: [učebnice pro zdravotnické školy]*. Praha: Eurolex Bohemia.
- Kohout, P. (2006). Diagnostika a léčba celiakie. *Interní Medicína Pro Praxi*, 8(7-8), 324–326.
- Kohout, P. (2007). Celiakie v ambulanci a praxi eliakie v ambulanci praxi. *Medicína pro praxi*, (6), 250–252.
- Koutecký, J., Kabíčková, E., & Starý, J. (2002). *Dětská onkologie pro praxi* (Vyd.1.). Praha: Triton.
- Kopřiva, F. (2003). *Chronický eozinofilní zánět a asthma bronchiale*. Praha: Maxdorf.
- Koutecký, J., & Cháňová, M. (2003). *Děti s nádorovým onemocněním I: rady rodičům*. Praha: Triton.
- Králičková, J. (2013). *Chronicky nemocné dítě v rodině* (Magisterská práce). Olomouc.
- Kršek, P., Brabcová, D., Valouchová, L., Liška, A. & Kohout, J. (2012). *Epilepsie a škola*. Praha: EpiStop.
- Krtičková, K. (2013). Vážně nemocné dítě v rodině. Šance dětem, Retrieved from <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/zdravotni-problemy-ditete/vazne-nemocne-dite-v-rodine.shtml>.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Pub.
- Křížová, B. (2004). *Rodina se sluchově postiženým členem* (Diplomová práce). Praha.
- Kudlová, P. (2015). *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing.

- Latta, J. (2012). Celiakie - od screeningu k diagnóze. *Interní Medicína Pro Praxi*, 14(5), 221–223. Retrieved from <http://www.internimedicina.cz/archiv.php>.
- Lebl, J. (2010). Cukrovka u dětí a dospívajících. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR. Retrieved from <http://www.diadeti.cz/cukrovka-u-deti.php>.
- Lejsek, J. (2013). *První pomoc* (2., přeprac. vyd.). Praha: Karolinum.
- Lung, W. & So, A. 2013. Chronic Disease Management in Children Based on the Five Domains of Health. NCBI. Case Rep Pediatr. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638506/>.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Managing Chronic Health Conditions at School: a resource pack for teachers and parents. (2013). Retrieved from: http://www.epilepsy.ie/assets/48/94748FDE-BEF9-171B-BE98368703F294D4_document/Managing_Chronic_Health_Conditions_at_School__amended.pdf.
- Manos, H. M, & al. (2013). Physical, social, and psychological consequences of treatment for hepatitis C: A community-based evaluation of patient-reported outcomes. *The Patient*, 6(1), 23–34.
- Marinov, Z., & Pastucha, D. (2012). *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada.
- Mastiliaková, D. (2014). *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada.
- Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí* (3. přeprac. vyd.). Jinočany: H & H.
- Mihál, V. (2001). *Vybrané kapitoly z pediatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Muntau, A. (2009). *Pediatrie*. Praha: Grada.
- Neumann, D. (2017). *Péče o dítě s diabetem krok za krokem*. Praha: Mladá fronta
- Nevoral, J. (2003). *Výživa v dětském věku*. Jinočany: H & H.

- Nevoralová, Z. (2015). Atopický ekzém – teorie i praktické rady. *Pediatric Pro Praxi*, 16(2), 89–96. Retrieved from <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>.
- Novotný, F. (2010). *Atopický ekzém*. Praha: Triton.
- Pařízková, J., & Lisá, L. (2007). *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén.
- Pastucha, D. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada.
- Pohl, J. (2001). Astma bronchiale. *Pediatric Pro Praxi*, 2(5), 234–237.
- Praško, J. (2010). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Prokopová, L. (2008). Celiakie – co má vědět ambulantní internista. *Interní Medicína Pro Praxi*, 10(5), 233–239. Retrieved from <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/05/08.pdf>.
- Příbylová, P. (2012). Bezlepková dieta pro praxi. *Medicína Pro Praxi*, 9(2), 78–81. Retrieved from <http://www.medicinapropraxi.cz/archiv.php>.
- Rožnovský, L. (2007). Virové hepatitidy u dětí a mladistvých a jejich prevence vakcinací. *Pediatric Pro Praxi*, 8(4), 228–232.
- Ryee, Mi-Y. (2016). Psychological Considerations Related to Celiac Disease in Pediatric Populations. National Register of Health Service Psychologists. Retrieved from <https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/the-register-report-fall-2016/psychological-considerations-related-to-celiac-disease-in-pediatric-populations/>.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4., přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Grada.
- Senra, M. S., & Wollenberg, A. (2014). Psychodermatological aspects of atopic dermatitis [Online]. *British Journal Of Dermatology*, 170, 38–43. <https://doi.org/10.1111/bjd.13084>
- Sikorová, L. (2011). *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.

- Smith, J., Chaeter, F., & Bekker, H. (2013). Parents' experiences of living with a child with a long-term conditions: a rapid structure review of the literature. *Health Expectations*. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12040/full>.
- Smolíková, L. (2002). Inhalční léčba a inhalátory doma. *Zprav. Klubu Nem. Cyst. Fibr.*, (14), 11–20.
- Special Education Branch. (1995). *Awareness of chronic health conditions what the teacher needs to know*. Victoria: Province of British Columbia, Ministry of Education.
- Stehlíková, P., & Modrá, E. (2016). *Epilepsie: základní informace o epilepsii*. Praha: Společnost „E“.
- Stehlíková, P., Pokorná, Z., Bušek, P., Orlíková, H., & Modrá, E. (2016). *Epilepsie: žijeme s epilepsií*. Praha: Společnost „E“/Czech Epilepsy Association.
- Stožický, F., & Sýkora, J. (2015). *Základy dětského lékařství* (Vydání druhé). Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- Šamánková, M. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada.
- Škvor, J. 2004. *Diabetická ketoacidóza u dětí a mladistvých*. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR.
- Šmídová, K. & kol. (2009). *Příručka pro učitele dětí nemocných cystickou fibrózou*. Praha: Klub nemocných CF.
- Špásová, I., & Paráková, Z. (Eds.). (2000). *Pneumologie 2000: aktuality oboru TRN*. Hradec Králové: Nucleus HK.
- Štefan, M., Sedláček, D., & Dlouhý, P. (2012). Virová hepatitida typu C u dětí v České republice. *Pediatric Pro Praxi*, 13(4), 230–232.
Retrieved from <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>.

- Urbánek, P., Husa, P., Šperl, J., Fraňková, S., Plíšek, S., Rožnovský, L., & Kümpel, P. (2015). Standard diagnostic and therapeutic approaches to chronic hepatitis C virus infection [Online]. *Gastroenterologie A Hepatologie*, 69(5).
<https://doi.org/10.14735/amgh2015455>
- Vágnerová, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum.
- Vaníček, H., & Polzer, O. (2000). *Cystická fibróza*. Hradec Králové: Nukleus HK.
- Vávrová, V. (2000). *Cystická fibróza: (příručka pro nemocné, jejich rodiče a přátele)*. Brno: Professional Publishing.
- Vávrová, V., & Bartošová, J. (2009). *Cystická fibróza: příručka pro nemocné a jejich rodiče (2., dopl. vyd.)*. Praha: Professional Publishing.
- Vokurka, S. (2005). *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie: učební texty a ošetrovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie*. Praha: Galén.
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2007). *Velký lékařský slovník (7., aktualiz. vyd.)*. Praha: Maxdorf.
- Vorlíček, J. (Ed.). (2012). *Onkologie*. Praha: Triton.
- Vránová, D. (2013). *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG.
- Yamaguchi, H., & al, et. (2014). Psychological aspects of patients with intrinsic atopic dermatitis [Online]. *European Journal Of Dermatology*, 24(2), 253–254.
<https://doi.org/10.1684/ejd.2014.2273>.
- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.

Název: Jak učitelé pracují s chronicky nemocnými žáky
mladšího školního věku

Autoři: PhDr. Petr Snopek, DiS. – kapitoly 6., 7., 11.

Mgr. Bc. Barbora Plisková – úvod, kapitoly 1., 5., závěr

Mgr. Andrea Filová – kapitoly 2., 3., 4.

Mgr. Vladimír Koutecký – kapitoly 8., 9., 10.

Recenzenti: MUDr. Marcela Křížová
PaedDr. Gabriela Česlová, PhD.

Grafická úprava a sazba: Nakladatelství UTB, www.nakladatelstvi.utb.cz

Obrázky: Markéta Plisková, Eliška Plisková, Sára Beldíková, Ema Beldíková,
Metoděj Pliska

1. vydání, Zlín 2018

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2018

ISBN 978-80-7454-775-1

