

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra pedagogiky

Diplomová práce

Kateřina Lukschová

OSOBNOST ŽÁKA S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM A MOŽNOSTI JEHO  
ROZVOJE V KOGNITIVNÍ A METAKOGNITIVNÍ OBLASTI

THE PERSONALITY OF CHRONIC DISEASE PUPIL AND POSSIBILITIES  
OF HIS/HER DEVELOPMENT IN COGNITIVE AND METACOGNITIVE AREA

Praha 2009

vedoucí práce: PhDr. Hana Krykorková, CSc.

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí mé diplomové práce PhDr. Haně Krykorkové, CSc. za milé a vstřícné vedení a veškeré cenné rady a připomínky poskytované v průběhu vypracování diplomové práce.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

.....  
V Praze dne

.....  
podpis

## **Anotace diplomové práce:**

**Název práce:** Osobnost žáka s chronickým onemocněním a možnosti jeho rozvoje v kognitivní a metakognitivní oblasti

**Jméno a příjmení:** Kateřina Lukschová

**Katedra:** pedagogiky Filozofické fakulty UK v Praze

**Obor:** pedagogika

**Vedoucí diplomové práce:** PhDr. Hana Krykorková, CSc.

**Počet stran:** 65

**Rok obhajoby:** 2009

### **Klíčová slova:**

chronické onemocnění

klasifikace

žák s chronickým onemocněním

podmínky vzdělávání

metakognice

autoregulace

styly učení

### **Resumé:**

Diplomová práce pojednává o žákovi s chronickým onemocněním a odrazu jeho onemocnění v oblasti poznávání, reflexe a učení. V první části definujeme pojem chronického onemocnění a nastiňujeme klasifikaci chronických onemocnění a jejich charakteristiky, zabýváme se vlivem onemocnění na psychiku dítěte a specifiky, která jsou spojena s chronickým onemocněním žáka v prostředí školy a následně věnujeme pozornost problematice osobnosti žáka s chronickým onemocněním v kontextu poznávání a učení. V empirické části se snažíme nalézt charakteristické prvky v oblasti učebních stylů těchto žáků.

## **Graduation theses annotation:**

**Title:** The personality of chronic disease pupil and possibilities of his/her development in cognitive and metacognitive area

**First name and surname:** Kateřina Lukschová

**Department:** of pedagogy, Faculty of Arts, Charles University, Prague

**Branch of study:** pedagogy

**Graduate thesis tutor:** PhDr. Hana Krykorková, CSc.

**Numer of pages:** 65

**Year of viva voce:** 2009

### **Keywords:**

chronic disease  
classification  
pupil with chronic disease  
education conditions/ specifications  
metacognition  
self-regulation  
learning styles

### **Resumé:**

This graduate thesis deals with a pupil with chronic disease and how his/ her disease is reflected in the sphere of knowing, reflections and learning. In the first part, we limit the concept of chronic disease and outline classification of chronic diseases and their features. We also deal with the influence of the disease on a child's psyche and the special characteristics combined with a pupil's chronic disease in the school environment and, subsequently, we pay attention to problems of the personality of a pupil with chronic disease in the context of knowing and learning. In the empirical part, we try to find typical elements in the field of these pupils' learning styles.

# OBSAH

## I. Teoretická část

<b>1. Obecná část.....</b>	<b>8</b>
1.1. Úvod do problematiky .....	8
1.2. Vymezení chronických onemocnění .....	10
1.2.1. Definice chronických onemocnění .....	10
1.2.2. Klasifikace chronických onemocnění .....	11
1.3. Shrnutí.....	14
<b>2. Dítě a chronické onemocnění.....</b>	<b>16</b>
2.1. Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte.....	16
2.1.1. Zvládání chronického onemocnění dítěte .....	18
2.1.2. Edukace dítěte v oboru jeho chronického onemocnění.....	21
2.2. Shrnutí.....	22
<b>3. Dítě s chronickým onemocněním ve škole .....</b>	<b>24</b>
3.1. Základní rysy vývoje osobnosti dítěte v mladším školním věku.....	24
3.1.1. Vztah učitele k žákovi s chronickým onemocněním.....	26
3.1.2. Vztah vrstevnické skupiny k dítěti s chronickým onemocněním.....	27
3.2. Období puberty .....	28
3.3. Každodenní praxe – konkrétní dopady chronického onemocnění ve škole.....	29
3.4. Shrnutí.....	33
<b>4. Osobnost žáka s chronickým onemocněním v kontextu učení .....</b>	<b>36</b>
4.1. Kognitivní předpoklady pro učení .....	36
4.1.1. Inteligence .....	37
4.1.2. Paměť a učení.....	38
4.2. Reflexe a sebereflexe v procesu učení.....	40
4.2.1. Osobnost dítěte s chronickým onemocněním a metakognitivní strategie .....	44
4.3. Autoregulace.....	46
4.4. Shrnutí.....	48

## **II. Empirická část**

<b>1. Koncipování vlastního výzkumu .....</b>	<b>51</b>
1.1. Vymezení výzkumného problému .....	51
1.2. Charakteristika a cíl empirického šetření .....	51
1.3. Realizace výzkumu .....	52
<b>2. Metodologický přístup.....</b>	<b>53</b>
2.1. Výzkumné hypotézy .....	53
2.2. Popis výzkumného vzorku .....	54
2.3. Metody a techniky zkoumání .....	54
2.3.1. Dotazník SU .....	54
<b>3. Zpracování výstupů výzkumu .....</b>	<b>56</b>
3.1. Interpretace výsledků výzkumu ve vztahu ke stanoveným hypotézám .....	56
3.2. Možnosti nápravy .....	58
3.3. Závěr .....	61
<b>Závěr .....</b>	<b>62</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>63</b>
<b>Přílohy</b>	

# I. Teoretická část

## 1. Obecná část

### 1.1. Úvod do problematiky

V poslední době se výskyt chronických onemocnění v naší populaci výrazně zvyšuje. Často se v souvislosti s mnohými z nich hovoří o takzvaných civilizačních chorobách. Tato onemocnění mohou být zdravotně více či méně závažná, vždy však výrazně zasahují do života jedince, do jeho možnosti vzdělávání, získávání zkušeností i do jeho soukromého života.

Chronické onemocnění můžeme charakterizovat jako léčitelné, ale ne vyléčitelné. Nemusí bezpodmínečně ohrožovat život dítěte, ale některá chronická onemocnění jsou velmi vážná. Ovlivňují jedince ve všech složkách osobnosti a to se odráží v procesu vzdělávání. Mezi nejčastější chronická onemocnění patří různé typy alergií, astma, lupenka, cukrovka.

Chronické onemocnění postihuje přibližně 10% dětské populace a počet žáků s chronickým onemocněním neustále roste. Každý učitel by měl proto vědět, jak pracovat s žákem s chronickým onemocněním a měl by být alespoň v základě seznámen s charakteristikami nejběžnějších chronických onemocnění.

Téma osobnosti žáka s chronickým onemocněním se stává v poslední době aktuálním. Obsahuje v sobě mnoho dílčích problematik, které se navzájem prostupují, proto je *cílem této práce analýza tématu, pokus o rozklíčování jednotlivých aspektů souvisejících s onemocněním a nástin možností, jak pozitivně rozvíjet osobnost žáka s chronickým onemocněním na základní škole.*

*V empirické části se zabýváme konkrétním problémem – zda vstupuje chronické onemocnění do výchovně-vzdělávacího procesu jako pozitivní prvek a zda ovlivňuje styly učení těchto žáků.*

Ve většině publikací zabývajících se problematikou dětí s chronickým onemocněním se hovoří o dětech jako *handicapovaných, znevýhodněných, pacientech* apod. A to i v literatuře pedagogické. Dle našeho názoru to může vést k podvědomému automatickému přejímání již uceleného obrazu dítěte čtenářem. Dítě je již „předkládáno“ s přívlastky jako handicapované, nemocné a podobně a nemůže se této „nálepky“ prakticky zbavit. To může mít vliv na následné uvažování o dané problematice čtenářem,

avšak i na případné budoucí chování aktérů, konkrétně rodiny, učitelů, vrstevníků a v neposlední řadě i samotného dítěte. Když se například učitel setká ve své třídě s žákem s chronickým onemocněním, bude pravděpodobně přistupovat k žákovi opět jako k „nemocnému“.

Proto se záměrně vyhýbáme pojmům jako „*dítě trpící onemocněním*“, „*dětský pacient*“, „*handicapované dítě*“ atp. Cílem této práce je, aby pedagogové a rodiče pochopili situaci se všemi aspekty a začali se dívat na tuto problematiku z nového úhlu, novým směrem, ne „přes handicap“ svého dítěte či žáka, ale viděli onemocnění v novém světle.

V souvislosti s chronickým onemocněním bychom se dle našeho názoru měli zaměřit na „výhody“, jak těžit z dané situace pro osobnost, budoucnost a život daného jedince. V současné době, kdy téměř každý jedinec trpí některou z civilizačních poruch, je potřeba se zaměřit nejen na prevenci vzniku těchto onemocnění, nýbrž vzít vážně i fakt, že tato onemocnění do značné míry ovlivňují, ať přímo či nepřímo život jedince, a to v oblasti biologické, psychické, ale i sociální. Uvědomělé působení a přístup rodičů a pedagogů může velmi napomoci pozitivnímu sebepojetí dítěte a dát mu tak obrovský vklad do budoucího života.

V první kapitole definujeme pojem chronického onemocnění, uvádíme základní klasifikaci těchto onemocnění a základní informace o vybraných onemocněních. Druhá kapitola pojednává o prožívání a zvládání nemoci rodinou a vyzdvihuje potřebu edukace dítěte v oboru jeho onemocnění. Třetí kapitola pojednává o základních rysech vývoje osobnosti dítěte ve školním věku a možných dopadech chronického onemocnění v každodenním životě žáka ve škole. Ve čtvrté kapitole se snažíme nastínit možnosti rozvoje v kognitivní a metakognitivní oblasti a věnujeme pozornost problematice osobnosti žáka s chronickým onemocněním v kontextu poznávání a učení.

V empirické části se snažíme nalézt charakteristické prvky v oblasti učebních stylů těchto žáků. Všemi kapitolami pak prostupuje téma prožívání chronického onemocnění samotným dítětem.

## 1.2. Vymezení chronických onemocnění

### 1.2.1. Definice chronických onemocnění

*Chronické onemocnění je vleklé, trvalé, probíhající méně prudce než akutní, jeho příznaky jsou však přítomny víceméně trvale - někdy mohou být sotva patrné, jindy se naopak prudce zhoršují. Jejich trvalé působení může poškozovat organismus a jeho orgány. Některá onemocnění mají chronický ráz od samého počátku, jiná se stávají chronickými po opakovaných nebo neléčených akutních nemocech.<sup>1</sup>*

Většina onemocnění je dobře léčitelná, je však nutné zmínit, že chronicita těchto onemocnění je typická právě tím, že nemoc provází jedince až do konce svého života.

Každé chronické onemocnění má svá specifika, liší se příčinami vzniku (etiologií), svými projevy, léčbou, závažností případných pozdních komplikací i prognózou.

Jeden bod však mají všechna tato onemocnění společný. Jsou to *chronická* onemocnění, provázená občasnými *akutními* příznaky a problémy, které musí jedinec umět rozpoznat, být schopen na ně adekvátně reagovat anebo jim předcházet. Navíc vyžadují dlouhodobou a těsnou kompenzaci, spojenou s důsledným dodržováním stanovených pravidel.

Chronické onemocnění postihuje všechny věkové kategorie, přičemž každá z nich má svá určitá specifika. U jednotlivých věkových skupin se může stejné onemocnění projevovat odlišně, mít jiný průběh, různé komplikace i prognózu.

### 1.2.2. Klasifikace chronických onemocnění

V současnosti neexistuje jednotná klasifikace chronických onemocnění a skupina těchto onemocnění je poměrně široká. Rozdělení berme pouze jako orientační, pro tato onemocnění je totiž typické, že nepostihují pouze jednu oblast v lidském organismu, avšak jsou to fakticky spíše soubory různých onemocnění dohromady. Z tohoto důvodu je jejich rozdělení velmi problematické.

---

<sup>1</sup> srov. VOKURKA, M., HUGO, J. Praktický slovník medicíny. Praha: Maxdorf, 2008

Pro naši potřebu zde uvádíme klasifikaci podle Zámečnickové (2007)<sup>2</sup>:

- **Kardiovaskulární poruchy**  
srdeční vady: revmatické postižení srdečních chlopní, vrozené srdeční vady, ischemické poruchy
- **Onemocnění plic a dýchacích cest**  
průduškové astma, srdeční astma, cystická fibróza, plicní tuberkulóza
- **Poruchy imunity**  
alergie, asthma bronchiale, AIDS
- **Kožní onemocnění**  
ekzémy, lupénka
- **Poruchy metabolických procesů**  
diabetes, dna, onemocnění ledvin, infekční onemocnění jater
- **Nádorová onemocnění**  
nádory zhoubné, nezhoubné, leukémie
- **Záchvatová onemocnění**  
epilepsie

Zámečnicková přiřazuje k chronickým onemocněním ještě děti otlé, postižené neurózami a nervovými poruchami a děti s poruchami psychiky a chování.

My se pro záměr této práce zaměříme na chronická onemocnění z výše uvedeného přehledu, jejichž výskyt pokládáme za nejčastější.

### **Alergická a astmatická onemocnění**

Výskyt alergií v dětské populaci zaznamenává v poslední době silný nárůst. Můžeme říci, že se jedná o tzv. civilizační chorobu, která je spjata s negativními vlivy prostředí, ve kterém žijeme. Rozsáhlost znečištění prostředí, nevhodnost režimových návyků, nezdravá kalorická strava a stresující prostředí má za následek oslabení především dětského organismu, což má za následek vyšší náchylnost k projevům alergie. Sama přítomnost alergenu vlastní reakci nevyvolá, ta se projeví až v součinnosti s dalšími nepříznivými vlivy.

---

<sup>2</sup> Srov. ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Žák s chronickým onemocněním ve škole*. [online]. [cit.14.02. 2009]. Dostupný na WWW:<<http://svp.muni.cz/ukazat.php?docId=368>>

Nejčastější choroby jsou:

- Alergická rýma – tato nemoc může zatěžovat organismus po celý rok nebo jen sezónně. Příčinnou jsou vdechované drobné částice prachu, spór plísní, roztočů. Může se projevovat jako reakce na léky či potraviny.
- Asthma bronchiale – tzv. průdušková záducha, zpočátku se projevuje jako kašel a rýma, později přerůstá v dušnost – nízká průchodnost průdušek a průdušinek.
- Pylová přecitlivělost – polynóza, alergickou reakci těla vyvolává vdechnutí částic pylu určité rostliny, na kterou je tělo citlivé.
- Léková alergie – alergie na léky je velmi nebezpečná z důvodu možnosti působení na různé tělní orgány. Projevy mohou být přes kožní vyrážky, astmatických obtíží, bolesti kloubů a svalů až po poruchu krvetvorby.
- Alergie na hmyzí bodnutí – alergenem je v tomto případě jed hmyzu, který během několika minut spouští alergickou reakci.
- Anafylaktický šok – je velmi nebezpečný typ alergické reakce, který bezprostředně ohrožuje život jedince. Vzniká po pozření léku, nevhodné potraviny, nebo hmyzím bodnutí.

### **Kožní onemocnění**

Kožní onemocnění se projevuje jako onemocnění povrchu kůže s výskytem vyrážky, svědění, pálení, ložisky suché popřípadě zarudlé či mokvající kůže. Příčiny mohou být dědičné, nebo jako odpověď na alergen. Výskyt může být spjat se stresem, špatnou životosprávou, nebo špatnou funkcí některého z orgánů. Kožní onemocnění může být sezónního, nebo celoročního charakteru.

Mezi nejčastější onemocnění řadíme:

- Atopický ekzém – můžeme řadit do alergických onemocnění, které postihuje 1-3 % dětí. Projevuje se vyrážkou a svěděním. Příčinou jsou podněty z vnitřního, nebo vnějšího prostředí.
- Kontaktní ekzém – nejčastější alergická reakce kůže v podobě kopřivek, vyrážek a otoků. Vzniká jako odpověď kůže na potraviny,

léky, hmyzí jedy a další. Ke zhoršení příznaků přispívá též chlad, sluneční záření, infekční ložiska v organismu, pocení, výskyt střevních parazitů, mechanické vlivy a jiné.

- Lupenka – psoriasis, existuje několik typů. U mladších jedinců jsou ložiska menší, u starších se ložiska zvětšují. Nejčastějšími částmi těla, které jsou ohroženy, jsou lokty, kolena, vlasová část hlavy, nohy, trup. Projevuje se jako šupinaté ložisko kulovitěho, nebo prstencovitěho tvaru, přičemž při odloupení suché kůže vznikají vlhké plochy s krvácejícími body. Příčiny nejsou zcela jasné. Jistou úlohu hraje stres, špatná životospráva, alkohol, dědičnost.

### **Záchvatová onemocnění**

Epilepsií trpí 0,5 – 2% celkové populace, u dětí je pak výskyt vyšší (3-5%). Etiologie epilepsie není jednotná. Onemocnění ovlivňuje řadu nejen fyzických, ale i psychických faktorů. Kognitivní vývoj dítěte nemocného epilepsií může probíhat zcela normálně, mohou se však projevit negativní účinky některých mimo-intelektových faktorů. Jde především o změnu aktivační úrovně. Mnohdy dochází k jejímu zvýšení či snížení ve smyslu nápadnější dráždivosti, hyperaktivity či naopak bradypsychizmu<sup>3</sup> a větší tendence k celkovému útlumu. Epilepsie ovlivňuje i formální poznávací procesy jako je pozornost a paměť. U některých závažněji postižených epileptiků může být myšlení charakteristické menší pružností, ulpíváním a celkovým zpomalením, nižší adaptabilitou při zvládání nových situací. Epileptické děti mívají normální inteligenci, i když v některých případech může být i příčinou snížené úrovně mentálních schopností nebo mohou být rozumové schopnosti poškozeny průběhem onemocnění.<sup>4</sup>

### **Metabolická onemocnění**

Charakteristickým zástupcem metabolických onemocnění je diabetes - cukrovka. Celosvětově bylo v roce 1998 asi 100 milionů případů s cukrovkou, přičemž se předpokládá, že do roku 2010 se toto číslo zdvojnásobí. Počet diabetiků v evropských zemích představuje

<sup>3</sup> [řecky *bradys* pomalý]; zpomalení duševní činnosti při únavě, vyčerpání, otravách apod.

<sup>4</sup> srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha : Portál, 1999, s. 88

4 – 5% celé populace, podobný výskyt je i v naší zemi. Zvyšuje se počet diabetiků v dětském věku. Každý rok přibývá v České republice přibližně 250 dětí s touto diagnózou.<sup>5</sup>

- Diabetes 1. typu, juvenilní, vzniká již v dětském věku, nebo v období dospívání. Jeho příčinou je neschopnost organismu v dostatečné míře produkovat hormon inzulín, ten se musí do těla dodávat uměle – aplikace injekcí. Děti s tímto onemocněním jsou snadno unavitelné, mají tendence k hubnutí, i když jí v dostatečném množství. Častým příznakem vzniku diabetu je zvýšený pocit žízně a časté močení.
- Diabetes 2. typu je nemocí starších lidí, často s nadváhou. Jejich tělo produkuje inzulín v dostatečné míře, ovšem jejich organismus není schopný tento hormon správně využít. Diabetes 2. typu vzniká v souvislosti nesprávných stravovacích návyků, snížené fyzické zátěže a závisí rovněž na míře stresu.

### 1.3. Shrnutí

V první kapitole jsme definovali pojem chronického onemocnění, provedli jsme základní klasifikaci těchto onemocnění a uvedli jsme základní informace u vybraných onemocnění.

Jedinec, kterého potká chronické onemocnění, je, ať chce či nechce, nucen dodržovat pravidla a povinnosti, které s sebou onemocnění přináší. Musí dodržovat vše do nejmenších podrobností, a v případě, že záměrně pochybí a něco nedodrží, si může být jist dopadem na jeho zdravotní stav. Ať již aktuální, v případě konkrétního pochybení, či dlouhodobý, v případě, kdy nedodrží léčbu delší dobu. Musí si prakticky uvědomit, že musí za sebe samého přijmout odpovědnost. Je strůjcem svého zdraví, tím pádem i štěstí a toho, jak a do jaké míry onemocnění ovlivní jeho život.

S faktem, že se ocitl v situaci, kdy onemocněl nevyléčitelnou chorobou, se dokáže vyrovnat jen málokterý dospělý a v některých případech se někdo s nemocí nevyrovná do konce svého života. Situace, kdy je tato diagnóza vyřčena u dítěte, je velice zatěžující jak pro dítě samotné, tak hlavně pro jeho rodiče.

---

<sup>5</sup> podrobně na [www.diadeti.cz](http://www.diadeti.cz)

Mnohé z chronických onemocnění není takové, že by momentálně ohrožovalo život jedince. Jeho zákeřnost spočívá v tom, že změny v organismu přicházejí plíživě a v průběhu let. Po čase se změny mohou projevit v podobě pozdních komplikací, které mohou být velmi závažné, v případě diabetu jsou to např. změny na sítnici oka až slepota, syndrom diabetické nohy končící někdy amputací, různé druhy neuropatií jako např. postižení ledvin, srdce atp.

K některým komplikacím či změnám dochází i při sebelepší snaze o co nejtěsnější kompenzaci onemocnění, což je další přitěžující fakt ve vztahu akceptování nemoci.

Je nutné také zmínit, že u dvou stejně nemocných může mít totožné onemocnění naprosto odlišný průběh a komplikace. Do věci vstupují determinanty nejen fyziologické – organismus člověka, ale i osobní přístup k nemoci, prožívání nemoci, i prožívání onemocnění okolím.

Onemocnění se tak přímo či nepřímo promítá do celé bio-psycho-sociální složky jedince.

## 2. Dítě a chronické onemocnění

### 2.1. Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte

První sdělení diagnózy vyvolává u rodičů šok, smutek a úzkost a vede k rychlému rozvoji obranných mechanismů. S faktem nemoci se postupně vyrovnává každý z členů rodiny svým různým způsobem. Většina rodičů přitom prochází řadou stadií emočních reakcí obvykle v uvedeném pořadí, i když vždy individuálně různým tempem.<sup>6</sup>

1. **Šok**, doprovázený iracionálním myšlením a cítěním, provázený pocity zmatku a nepřiměřenými reakcemi
2. **Popření, útěk ze situace či vytěsnění**
3. **Smutek, zlost, úzkost, pocity viny**. Hledání viny u druhých, vztek na celý svět, ale i na sebe sama. Agresivní pocity vůči partnerovi či zdravotnickému personálu, zvláště při nevhodném a necitlivém přístupu zdravotníků. Častou reakcí je hluboký smutek, sebelítost, litování druhých a zejména pocity viny, i když rodiče obvykle chápou, že nestojí na racionálním podkladě.

V prvních dvou stadiích rodiče většinou nejsou schopni vnímat a zpracovávat podrobnější informace o nemoci dítěte a možnostech léčby, úvodní šok musí nejprve odeznít. Informace ohledně onemocnění je tak nutné opakovat. V této fázi více než jindy záleží na taktním přístupu lékařů a umění vhodně zvolit způsob, jak nepříjemnou zprávu rodičům sdělit. Je potřeba rodičům i taktně naslouchat, být připraven na eventuální emoční reakci a hlavně důležitou zásadou pro poskytování informací je především dostatek času na zodpovězení všech otázek rodičů.

4. **Stadium rovnováhy** – dochází ke snižování úzkosti a deprese, narůstá přijetí situace a roste snaha rodičů starat se o dítě a aktivně se účastnit jeho léčby. Toto období trvá obvykle několik týdnů až měsíců, ale ani v nejlepším případě nebývá adaptace po léta úplná, s novými stresy a vývojovými krizemi dochází k opakování emočních výkyvů.
5. **Stadium reorganizace** – rodiče přijímají situaci, vyrovnávají se s faktem onemocnění, přijímají dítě takové, jaké je, zaměřují se na hledání optimálních cest do budoucna, spolupracují při péči o dítě. (V předchozích obdobích je rodinná rovnováha obvykle značně narušena, někdy dochází i k rozchodu partnerů, překonání této krize však může rodinu posílit i v jiných oblastech).

<sup>6</sup> srov. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2006, s. 75

Stadia reorganizace zdaleka nedosáhnou všichni rodiče. Přetrvávající smutek a pocity viny a obavy o život dítěte mohou vyústit v ambivalentní vztah rodičů k dítěti. Nedojde-li k překonání původních obran, je nutně narušena rovnováha celého rodinného systému a dítěti se nedostává té péče a podpory, kterou potřebuje. V případě popření je to např. pátrání po zázračném léku, kterému je věnováno všechno úsilí rodiny a i u dětí postižených od narození někdy neustává prakticky až do dospělosti dítěte. Velmi často bývá izolace rodičů od okolí při přetrvávajících pocitech viny nebo hledání viny u partnera a agresivní postoje vůči okolí. Dítě za těchto okolností nebývá přijímáno takové, jaké je, ale bývá buď nadměrně ochraňováno nebo více či méně otevřeně kritizováno a odmítáno.

Ideální adaptace na vzniklou situaci rodiny znamená uspořádání rodinného života tak, aby splňoval potřeby všech jejích členů. Nejčastějšími odchylkami od takové adaptace bývají hyperprotektivita, odmítání dítěte a přetrvávající vztek.

Hyperprotektivita znamená přílišné soustředění na nemocné dítě, usilování o extrémní péči, stimulaci a pohodu dítěte, mnohdy právě v důsledku přetrvávajících pocitů viny nebo ze studu za negativní postoj k dítěti, který je tímto způsobem překompenzován. To může mít vliv na pocit ostatních dětí v rodině, že jim není věnováno dostatečné množství péče a pozornosti, a i u nich mohou vznikat pocity viny, že např. nemají svého sourozence dost rády nebo že jsou rády, že nemoc nepostihla je apod. Sourozenci mohou mít i problémy ve vztazích mimo rodinu, často musí svého sourozence bránit proti necitlivým a urážlivým poznámkám okolí. Rodiče vnímají dítě jako zranitelné a nekladou na ně dostatečné nároky a požadavky pohybového, intelektového, emočního či sociálního vývoje. Tento pohled postupně přebírá i dítě samo a promítá se do jeho sebepercepce, která je tímto narušena. Je oslabeno jeho sebevědomí, sebejistota a má pocit menší efektivity, pochybuje o sobě.

K podmínkám pro optimální adaptaci rodičů na nemoc dítěte v dlouhodobé perspektivě patří:

- Udržení normálního běhu domácího života rodiny; vyřešení problémů v manželství či v rodině, které se objevily dávno před stanovením nepříznivé diagnózy; nedělat v této situaci podstatné změny (stěhování, změna zaměstnání, těhotenství), neboť zvyšují zátěž v rodině a ztěžují adaptaci na nemoc.
- Uvědomit si skutečnost, že péče o nemocné dítě může v dlouhodobé perspektivě deformovat manželství či partnerství a snažit se tomu předcházet.

- Být otevřený k růstu a změně, které jsou nezbytné, jak dítě prochází různými vývojovými krizemi na své cestě k dospělosti (např. zatímco se matka vyrovnává s nemocí, nedává dítěti ten typ podpory, kterou potřebuje, aby se vyrovnalo s úkoly, které se netýkají nemoci).
- Pozitivně povzbuzovat vývoj dítěte; rodiče často tráví mnoho času tím, že zdůrazňují, co všechno dítě dělat nesmí a nemůže, namísto toho, aby se soustředili na pozitivní přístup a koncentrovali se na to, co dítě dělat může.
- Věnovat pozornost zdravým sourozencům nemocného dítěte a jejich potřebám (sourozenci jsou někdy zanedbáváni rodiči ne proto, že by jejich potřeby byly nedůležité, ale protože tyto potřeby nabývají menšího významu ve vztahu k diagnóze.)
- Komunikace o nemoci v rodině; jak dítě roste, mění se jeho chápání nemoci a rostou s ním také jeho otázky a potřeba dokonalejšího a plnějšího vysvětlení.
- Spolupráce rodičů a psychologů se školou; pro závažně nemocné dítě návrat po hospitalizaci do školy představuje pokračování života, naději do budoucnosti a pokus znovu dosáhnout rovnováhy, která neodmítá fakt nemoci a začleňuje je do normálního běhu života.

Ač si to zprvu neuvědomujeme, každé onemocnění je také cenná, nesdělitelná životní zkušenost nejen pro dítě samotné, ale i pro jeho rodinu, přátele a širší sociální prostředí.

### 2.1.1. Zvládání chronického onemocnění dítěte

Při zvládání chronického onemocnění je jedním z nejdůležitějších faktorů přenesení odpovědnosti za léčbu z lékaře na pacienta, v případě dětí nejprve na jejich rodiče. Jednou ze zásadních podmínek dobré spolupráce s lékařem je otevřená komunikace a podrobná informovanost nejen rodičů, ale i dítěte samotného. Samozřejmě informace bychom měli zprostředkovávat v souvislosti s vývojovým stupněm dítěte, takto informované by mělo být dítě již od předškolního věku. Přesto zatím bohužel přetrvává, že rodiče i lékaři mají tendenci o onemocnění s dítětem příliš nemluvit. Snaží se je tak chránit před nepříjemnými skutečnostmi a odkládají to na dobu, až z toho „budou mít rozum“, nejlépe až do období dospívání. Avšak právě v tomto období, kdy se vytváří vlastní identita, je fakt nemoci s eventuálním trvalým omezením některých funkčních možností do budoucna zpracováván

obtížněji než ve vývojových obdobích předcházejících. Nedostatek komunikace tak může dítě vnímat jako ohrožující, s pocity nejistoty, že je jiné, neví proč a rodiče před ním něco tají.

Pro spolupráci při léčbě je velmi důležitá motivace dítěte, malé dítě však často není ke spolupráci motivováno dostatečně i proto, že nedodržení pokynů (nespolupráce) nepřináší patrný okamžitý trest (zhoršení obtíží) a spolupráce není okamžitě odměněna. Zajistit dostatečnou motivaci dítěte bývá tedy jedním z hlavních úkolů rodičů.

Dalším důležitým úkolem rodičů je pak dosažení změn ve vymezení odpovědnosti za dodržování pravidel léčby s narůstajícím věkem dítěte. V tomto ohledu mívají rodiče vůči svým dětem často ne zcela reálná očekávání, vázaná jen na určité praktické dovednosti. Například dítě s diabetem si již kolem 8-9 let (a některé i podstatně dříve) samy zvládnou aplikovat injekce inzulínu, ale samostatná pravidelná kontrola glykémie je možná až okolo 12 let.

Z hlediska přenosu odpovědnosti na dítě je rozhodující období adolescence, kdy je vývojově důležitý právě nástup nezávislosti dítěte, rodiče se ovšem předání odpovědnosti za léčbu často obávají. Nejde tu jen o zacvičení dítěte, ale po dlouhou dobu je naprosto nezbytná supervize, dohled nad dítětem, který i při jasném vymezení rozsahu odpovědnosti velmi častým zdrojem konfliktu mezi dospívajícím a rodiči.

Proto je vhodné vštěpovat odpovědnost k léčbě již v raném věku, aby děti disciplínu a pravidelnost přijaly za své a v období dospívání již nemusely toto řešit. Po čase se dítě sžije se svou nemocí tak, že již bude na sobě schopno rozeznávat a pociťovat určité změny, např. diabetické dítě pozná, kdy na něj přichází stav hypoglykémie apod.

Krejčířová (2006) uvádí, že u chronicky nemocných dětí je obvykle těsně korelován jejich zdravotní a psychický stav – nejen v důsledku tzv. psychosomatických vlivů, které jsou zřetelné i u „čistě somatických“ onemocnění jako je např. DMO, ale i vlivem horší spolupráce pacienta ve zhoršeném psychickém stavu. Psychický stav dítěte na druhou stranu těsně koreluje jednak s jeho současným zdravotním stavem, jednak s rodinnými faktory.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> srov. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2006, s. 80

V prostředí zdravotnického zařízení se rodiče stávají partnery lékaře a pokud jsou přítomni u diagnostických či léčebných procedur, potřebují situaci sami dobře rozumět a mít možnost na léčbě aktivně spolupracovat. Vždy je proto důležité rodičům nabídnout zcela konkrétní nápady, jak mohou dítěti pomoci. Konkrétní úkol zbavuje rodiče úzkosti a klid rodičů se významným způsobem přenáší na dítě. Základem je proto komunikace a informovanost. Sami rodiče se musí naučit komunikovat a informace umět získávat a následně i předávat.

Poskytování informací posiluje u dítěte důvěru v lékaře. Snižuje úzkost, jelikož dítě ví, co bude. Zlepšuje se spolupráce. U menších dětí snižuje úzkost již i prosté seznámení s prostředím a s nebezpečně vyhlížejícími lékařskými nástroji, pomoci může symbolická hra a předvádění zákroku na panenkách. (Panenky jsou využívány i při diagnostice onemocnění a obtíží u nejmenších dětí, které ještě neumějí mluvit nebo mají omezenou slovní zásobu.)

V této oblasti jsou nenahraditelní tzv. herní terapeuti a psychologové přítomní přímo na jednotlivých odděleních. V současné době je jich bohužel ještě stále málo z finančních důvodů. Užitečné je také s dětmi mluvit. Velmi důležité je umožnit i malým dětem, aby se samy mohly aktivně účastnit zákroku a získat tak nad situací určitou míru kontroly, např. i se zavedením chvilky, kdy dítě s jistotou ví, že se nic neděje. Signál k takovým chvilčkám může dítě dávat i samo, např. zvednutím ruky. Pokud si ověří, že je dohoda dodržována, mnohdy již dále při zákroku možnost odpočinku ani příliš nevyužívá.

Při závažném či chronickém onemocnění dítěte by mělo být zajištěno i jeho dlouhodobé psychologické vedení, v terapeutickém vztahu je pak dítěti umožněno ujasnit si a prožít situaci nemoci a volně vyjádřit všechny své pocity. Cílem psychoterapie může být kromě emoční podpory i dosažení aktivní spolupráce dítěte při léčbě a pomoc při řešení jeho aktuálních psychosociálních konfliktů, včetně konfliktů vývojových. Terapeutickým cílem může být snaha o podporu sebehodnocení dítěte, udržení sociálních vztahů a podporu vývoje celého rodinného systému.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> podrobně viz LANGMEIER, J., BALCAR, K. ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha : Portál, 2000

### 2.1.2. Edukace dítěte v oboru jeho chronického onemocnění

Dítě v situaci, kdy onemocnění, získává několik rolí. Je zároveň dítětem a pacientem s chronickým onemocněním, postupně se navíc stává svým vlastním diagnostikem a „odborníkem v oboru“ jeho onemocnění. Učí se analyzovat příčiny a důsledky určitých negativních stavů a postupně jim předcházet. Snaží se porozumět své nemoci a pracovat s ní, učí se aplikovat léky, dodržovat léčebný režim. Osvojuje si dodržování pravidel, sebekázně, sebekontroly a disciplíny. V souvislosti se školní docházkou tak k povinnostem kladeným školou přibývají povinnosti k sobě samému a ke svému zdraví.

K úspěchu léčby přispívá edukace – výchova dítěte v oboru jeho onemocnění. Současná edukační střediska seznamují děti, jejich rodiče a příbuzné s taji léčby. Pracují zde edukační sestry, erudovaný psycholog a samozřejmě také lékař specialista.

V porovnání s edukací dospělých pacientů má edukace chronicky nemocných dětí a jejich rodičů řadu specifik:

1. Z hlediska celoživotní prognózy bude chronické onemocnění vzniklé v dětství na organismus působit déle, proto se riziko vzniku pozdních komplikací přesouvá do nižšího věku.
2. Léčení onemocnění v dětském věku je vždy úkolem celé rodiny.
3. Úměrně svému věku se na péči o svůj zdravotní stav postupně podílí i dítě samo.  
Jak hyperprotektivní přístup, tak i nepřiměřená míra zodpovědnosti přenesená na dítě může narušit nejen léčení, ale i psychosociální vývoj dítěte.
4. Podmínkou úspěchu edukace je pozitivní motivace dítěte k dobré kompenzaci onemocnění.
5. Onemocnění u dítěte a dospívajícího postihne nezralou osobnost s neujasněnou životní rolí a jen pozvolna se rozvíjející hodnotovou orientací. Úkolem edukace je vést dítě a jeho rodinu k takovému přístupu k nemoci, který zajistí přiměřenou kontrolu, avšak vážněji nenaruší emoční a sociální vývoj. Onemocnění by mělo jen v nezbytně nutné míře zasáhnout do dosavadních zvyklostí a životního stylu dítěte a celé rodiny.
6. Jednou z důležitých podmínek úspěšné edukace je vytvoření dlouhodobých osobních vazeb mezi dítětem a jeho rodiči a členy edukačního týmu.

Ani u školáka, ani u dospívajícího nemůžeme uspět poukazováním na pozdní komplikace onemocnění, abychom zdůvodnili, proč musí dbát na perfektní léčbu. Je to pro něj vzdálená nereálná budoucnost. Spíše budeme úspěšní, když budeme chválit vše, co udělá v léčbě dobře a budeme jej povzbuzovat a motivovat.

Jedinečnou školou jsou pro děti letní a zimní rekreačně výukové tábory, jejichž hlavním posláním je přinést dětem odpočinek a zábavu, ale také poučení a pomoc. Přinášejí pro děti s chronickým onemocněním celou řadu výhod.

Mezi ty základní a nejdůležitější patří:

- Velký psychický význam. Může pomoci získat zdravé sebevědomí, které někdy bývá onemocněním narušeno, výměna zkušeností s dětmi, povídání si o každodenním životě s nemocí s lidmi, kteří jsou ve stejné situaci.
- Dítě má možnost dostat se mimo rodinu a denní kontrolu ze strany rodičů, je v kolektivu vrstevníků - postupné uvolňování z rodiny je právě v období školního věku nezbytným předpokladem pro další normální psychický a sociální vývoj dítěte.
- Jsou zařazeny různé formy výuky o daném onemocnění.
- Děti se za odborného vedení dostávají do různých situací zátěže, mohou si tak vyzkoušet vliv zátěží různého typu na kompenzaci jejich onemocnění i onemocnění ostatních dětí, to přináší nové praktické poznatky a dítě v budoucnu již nebude v případě, když něco podobného nastane, překvapeno.

## 2.2. Shrnutí

Chronická nemoc znamená závažný stres nejen pro rodinu, ale i pro dítě samo. Často s sebou přináší bolest, léčebné procedury, strach z nich i strach z cizích lidí, omezení pohybu, eventuálně dietní opatření, separaci při hospitalizaci, trvalejší izolaci od vrstevníků, narušení denního režimu, změněné chování rodičů při strachu o dítě a někdy i pocit ohrožení vlastního života a výhledu do budoucnosti - vše s různou mírou závažnosti podle věku dítěte i druhu onemocnění.

Podle doby, kdy dítě onemocní, se odvíjí jeho prožívání a to jak se k nemoci postaví. Zda ji přijme, smíří se s ní a bude se na jejím základě snažit docílit v životě co nejvyšších met, ať je to v jeho představách vzdělání, zaměstnání, úspěch v nějaké oblasti, nebo se bude v nemoci topit, začne se na nemoc vymlouvat a postupně tak ztratí veškerou motivaci a cíle.

Psychologickým problémem při zvládání onemocnění je nejen jeho chronicita, ale i jeho souvislost s určitým každodenním režimem. Pravidelný denní režim, aplikace léků – určité stravovací návyky, tělesný pohyb atp. To jsou pouze jen základní povinnosti. Nastalá situace vyžaduje změnit a upravit celý dosavadní způsob života dítěte a celé rodiny, ale měla by pokud možno zasáhnout do dosavadních zvyklostí jen v nezbytně nutné míře. Navíc vše je stále doprovázeno pocitem, zda rodiče (v době, kdy je dítě ještě malé) dělají vše a řídí léčbu svého dítěte správně. Mají obavy, aby dítěti nějak nepřitížili, aby ho neomezovali a v přemíře neochraňovali či naopak. Musí stále hledat zlatou střední cestu, zvláště, když jsou v rodině další „zdravé“ děti. Bývá tak velmi těžké se s náročnými změnami psychicky vyrovnat. Proto je u dětí s chronickým onemocněním a jejich rodičů jako velmi vhodná doporučována spolupráce s erudovaným psychologem.

Během léčby by dítě nemělo mít pocit, že nemoc a všechno s ní spojené je trest, že na jedné straně stojí zdravotníci, kteří mu ubližují, a na druhé straně bezmocní rodiče. Nemělo by mít však ani pocit, že díky nemoci může dosáhnout toho, co mu dříve nebylo dovoleno a začít ji zneužívat. Je nutné si uvědomit fakt, že od této chvíle se z bezstarostného dítěte stává doživotní „pacient“ se všemi svými právy, povinnostmi, radostmi, ale také strastmi. Vše si od nynějška prožívá „na vlastní kůži“, často si neví rady, neví kudy kam, neuvědomuje si, že má vážnou nemoc a bude si například „píchat včeličky“ do konce života. Některé děti dávají zřetelně najevo, co se jim nelíbí. Jsou ale i takové, které svůj strach skrývají a přitom psychicky velmi trpí. Bez úplného pochopení rodiny, kvalitního zdravotnického týmu, ale i pedagogických pracovníků a hlavně chuti spolupracovat nejde dosáhnout dobrého celkového fyzického i psychického zdravotního stavu a tudíž ani perspektivy života bez komplikací. Pokud je člověk od počátku pasivní, je pravděpodobné, že pro něho bude léčba velmi svízelná, začnou se objevovat problémy nejen s onemocněním, ale i v osobním životě a výsledkem bude zhoršující se zdravotní a psychický stav. Problém chronického onemocnění nelze odložit na pozdější dobu, je nezbytné ho řešit od počátku.

### 3. Dítě s chronickým onemocněním ve škole

Nástup do školy je důležitým sociálním mezníkem. Dítě získává novou roli, která sice přináší dítěti vyšší sociální prestiž, avšak tím jakoby se jednoznačná aktuální výhodnost nové role vyčerpala. Role školáka přináší i zátěžové situace. Vyžaduje po dítěti opustit jeho egocentrismus předškoláka a přijmout skutečnost, že je jedním z mnoha dětí ve třídě. V roli žáka je obsažena i nutnost přijmout autoritu učitele, který nemá takový individuálně osobní význam jako rodiče. Podstatnou změnou je, že dítě není v roli žáka akceptováno učitelem automaticky, jako bylo zvyklé z domova, ale vždy ve vztahu k plnění nějakých požadavků a norem, které jsou pro dítě většinou nové.

Nástup do školy tak znamená tlak na osamostatnění, přijetí zodpovědnosti za vlastní jednání a jeho následky. Projevuje se automaticky i zvýšením míry nejistoty, kterou každá změna přináší. Paralelně se s tím stimuluje potřeba získání nové jistoty a bezpečí, která bývá často uspokojována ve vazbě na učitele. Učitel má pro dítě na počátku školní docházky mnohem větší subjektivní význam než kdykoliv později.

#### 3.1. Základní rysy vývoje osobnosti dítěte v mladším školním věku

Langmeier (1998) označuje období mladšího školního věku jako fázi střízlivého realismu.<sup>9</sup> Pokud takové dítě o čemkoli uvažuje, nebere v úvahu jiné varianty, další možnosti, které ještě nenastaly. To platí, i když uvažuje o sobě a svých projevech, eventuálně o svém handicapu. Tento způsob hodnocení je do jisté míry chrání. Anticipace různých dalších možností by mohla zvyšovat nejistotu, úzkost a pocit ohrožení. Realistický přístup mladšího školáka přijímá skutečnost jako danost a ani nepředpokládá nějakou změnu. V této formě ji dokáže snáze akceptovat. Je to jednodušší, jestliže se subjektivně nejeví jiné možnosti. To platí i pro roli dítěte s chronickým onemocněním. Dítě ji přijímá tak, jak je mu dospělými autoritami prezentována. Stejně tak například ve škole přijímá názory na svoji školní práci a chování. O autoritě nepochybuje nejen proto, že má pro ně emoční význam, ale tímto způsobem se projevuje i jeho vázanost na konkrétní skutečnost. Sdělení názoru dospělých pro ně takovou realitou je. Teprve později se dítě stává kritičtější.

<sup>9</sup> srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 115

Školní období je podle E. Eriksona fází pílě a snaživosti. E. Erikson (1902-1994) rozlišoval 8 vývojových fází, tzv. osm věků člověka. Každé vývojové stadium popsal jako konflikt dvou tendencí, pozitivní a negativní. Další rozvoj je závislý na vyřešení příslušného vývojového konfliktu. V této době se rozvíjí motivace k výkonu i úroveň dosaženého výsledku. Smyslem a cílem tohoto období je příprava na budoucnost. Převažuje zaměření na rozvoj schopností, získání dovedností. Osvojení žádoucího systému poznatků, sociálních norem, aktivit a rolí. V souvislosti s rozvojem kognitivních funkcí se vyvíjí i sebehodnocení a sebevědomí dítěte, které zahrnuje nové sociální role a je ovlivněno mírou jejich prestiže. Značný význam pro rozvoj sebehodnocení má výkon, i když to nemusí být jen výkon ve škole.

Zaměření na školní výkon, či vůbec na jakékoliv školní zařazení, je výrazná i u rodin chronicky nemocných dětí. Důraz na úspěšnost ve škole je však u některých rodičů prostředkem ke kompenzaci defektu. To je projevem obrany v těch případech, kdy se rodina dosud s onemocněním svého dítěte nevyrovnala a jeho školní úspěch, byť i relativní, je zdrojem náhradního uspokojení. Tito rodiče nejsou schopni realistického postoje, často dítě přetěžují. Takto zaměřenou aktivitou tak snižují své napětí a eliminují tím pocit bezmocnosti ve vztahu k handicapu (onemocnění jako handicap pociťuje zprvu většina rodičů) jejich dítěte, avšak na úkor jeho sebevědomí.

Pozitivní sebevědomí může být základem identity a je spojeno s přijatelným sebehodnocením. Dítě si je postupně vytváří pod vlivem sociální zpětné vazby: rodičů, školy a vrstevníků.

Problémem se může stát například hodnocení ve škole. Hodnocení se na sebehodnocení vesměs transformuje v nezměněné podobě. Mladší školák akceptuje skutečnost tak, jak mu ji autorita prezentuje. Nemá ještě tolik zkušeností a kritičnosti, aby dokázal lépe diferencovat v názorech různých autorit. Hodnocení rodiny má v této oblasti stále poněkud odlišný význam. Jednak zde hraje větší roli emoční vazba, hodnocení je méně objektivní a navíc zde přetrvávají různé mechanismy z předškolní doby, které fixují výlučnou pozici dítěte. V případě dětí s onemocněním je to spíše hyperprotektivita, která hodnocení potlačuje a zvýrazňuje závislost na mocných dospělých. V důsledku toho může být rozpor mezi názorem rodičů a učitele větší než je obvyklé.

Škola a následně vrstevnická skupina představují objektivnější hodnocení, které závisí na skutečných výsledcích dítěte. Avšak i v tomto aspektu se může názor učitele základní školy lišit od normy, jestliže jde o chronicky nemocné dítě. Učitel si uvědomuje odlišnost jeho situace a proto je může posuzovat méně kriticky. Tímto způsobem se pro dítě vytváří zvláštní kategorie hodnocení, která opět zdůrazňuje jeho odlišnost. Tento fakt si začne uvědomovat následně i samo dítě a v neposlední řadě jeho spolužáci, což může vyústit ve vážný problém.

Vliv očekávání rodičů se do školní práce dítěte promítá prostřednictvím jeho vlastních očekávání, zcela jednoznačně modifikovaného postojem rodičů. U rodičů chronicky nemocných dětí lze pozorovat větší tendenci k extrémním postojům v závislosti na míře vážnosti onemocnění, od naprosté lhostejnosti ke školním výsledkům až k výraznému akcentování významu školních známek a požadování výborných výsledků. I tyto děti mají následkem své zkušenosti velmi různá očekávání, která se promítají do jejich sebehodnocení.

Důraz na výkon se může odrazit v subjektivně nepřiměřeném a necitlivém nároku na dítě a může vést v krajních případech až k pocitům nejistoty, úzkosti a obavám z dalšího selhání. Obrana proti subjektivní zátěži může vést ke dvěma maladaptacím trendům. Buď k neurotickým projevům, úzkosti, fobiím a pocitu nedostačivosti nebo k variantě negace obecného požadavku dobrých školních výsledků. Na druhé straně se může, obyčejně vlivem rodinných postojů, vztah k výkonu rozvíjet jako akcentovaný a vést u chronicky nemocného dítěte k nadměrné ambicióznosti, k vyhranění potřeby úspěchu jako primární a určující motivace.

Vliv rodiny na psychický vývoj dítěte a tudíž i na jeho školní prospěch je značný, to ostatně platí i pro děti zcela zdravé.

### 3.1.1. Vztah učitele k žákovi s chronickým onemocněním

Vztah malého školáka k učiteli má zpočátku charakter identifikace. Dítě se chce učiteli přiblížit a učit se, aby se svému vzoru podobalo, ale také proto, aby získalo jeho přízeň. Identifikace s učitelem má svůj vývojový význam, protože umožní dítěti snáze překonat počáteční nejistotu a lépe se na školu adaptovat.

Učitel hodnotí výkon i chování dítěte a tím mu dává smysl. Ovlivňuje tak i jeho sebehodnocení, v raném školním období ještě více prostřednictvím důrazu na akceptaci než na výkon sám o sobě. Může se stát, že učitel bude mít sklon hodnotit dítě méně realisticky ve srovnání s ostatními, vesměs tolerantněji, lépe než by odpovídalo skutečnosti, což může vyústit i v jakýsi ochranný postoj k dítěti. Může také způsobit, že sebehodnocení dítěte nemusí být přiměřené a nebude tudíž obecně přijatelné.

Učitelova komunikace s žákem tak neovlivňuje pouze žákův výkon v jedinečné situaci, ale může v něm také navodit psychický stav, který již není pouze jednorázový, ale aktivizuje se vždy, když nastane daný typ situace. Příkladem je zkušková téma, jež vzniká u určitých jedinců pokaždé, když se blíží a probíhá zkoušení, a to jakékoliv a u kohokoliv. Zkušková téma, někdy až stres a úzkost, není vrozená (i když určité obecné dispozice napomáhající jejímu vzniku zde určitě jsou), ale je naučená jako zkušenost s předchozími způsoby komunikace souvisejícími se zkoušením a přetvořená v určitou psychickou dispozici osobnosti reagovat vždy stejně s doprovodnými fyziologickými projevy, jako např. pocení dlaní, svírání žaludku, třes rukou apod.

Komunikace se tak týká nejen výkonů a ovlivnění činností vedoucích k výkonům, ale týká se i utváření vlastností osobnosti - včetně jejich předpokladů pro reagování a jednání. Je tomu tak zejména tehdy, kdy komunikace probíhá v dlouhodobě se opakujících sekvencích, uspořádaných podle určitých ustálených scénářů.<sup>10</sup>

### 3.1.2. Vztah vrstevnické skupiny k dítěti s chronickým onemocněním

Ve školním věku je sebehodnocení chronicky nemocného dítěte postupně stále více ovlivňováno postojem dětské skupiny. I ono se samozřejmě hodnotí ve vztahu ke skupině, především školní třídě, kde má své určité postavení a roli. Přiřítá si takové vlastnosti a schopnosti, jaké mu ostatní děti přisuzují. Dětská skupina umožňuje osvojení dalších rolí, jiného sociálního chování a přispívá k sebehodnocení dítěte odlišným způsobem než názory dospělých. Status, který dítě ve skupině získá, má pro sebepojetí a celkový vývoj osobnosti nepopíratelný význam.

---

<sup>10</sup> podrobně viz HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele a rodiče.* Praha : Portál, 2004, s. 136

Pokud má dítě s chronickým onemocněním dobré rodinné zázemí, nebývá problémem školní prospěch, ale spíše adaptace na nové prostředí. Vztahy s ostatními dětmi ve třídě nemusí být přímo negativní, ale mohou mít specifický charakter, ve smyslu zdůraznění onemocnění jako handicapu. K tomu, aby se to nestalo, může výrazným způsobem pomoci právě učitel a jeho správně zvolený přístup k dané situaci.

### 3.2. Období puberty

Období puberty a dospívání je mimořádně obtížným pro všechny zúčastněné strany. Určitá rovnováha, která se vytvořila v průběhu let, se rozrušuje především proto, že dítě ve svém vývoji dostává na úroveň, kdy přehodnocuje své dosavadní vztahy, postoje, hodnoty a vytváří si svůj vlastní, pokud možno nezávislý vztah ke světu. Je to především období hlubokých pochyb o sobě samém, jedinec musí budovat svoji identitu, sebepojetí na nových, vlastních východiscích.

Protože jde o vymanění z dosavadního rámce života (i když spíše na úrovni psychické – mentální), jeho vzdor se obrací hlavně proti rodičům a jejich hodnotám a normám. Jde tedy spíše o snahu získat nezávislost na rodičích, v jiných směrech je adolescent velice závislý na své vrstevnické skupině, jejíž vzory, normy a postoje často přejímá.

Po stránce biologické se stává prakticky dospělým, prochází změnami fyzickými i změnami v duševním životě. Chronicky nemocné dítě, které prochází vývojovým obdobím puberty a dospívání, se musí vyrovnávat nejen s obvyklými obtížemi tohoto období, ale navíc musí řešit určité problémy, které specificky souvisejí s jeho onemocněním. Bouřlivé změny v organismu totiž mohou vyvolávat určité změny a výkyvy v kompenzaci onemocnění. Je známo, že například u dospívajících s diabetem se vyskytují obrovské výkyvy hladiny cukru v krvi a tělo reaguje na podávaný inzulín odlišně než v předchozích letech, kdy byl stav stabilizován. Dochází tak buď až k příliš nízké hladině cukru v krvi (hypoglykémie), což je velmi závažný stav, někdy život ohrožující, či naopak vysoké hladině cukru v krvi (hyperglykémie). Oba dva případy tak mohou mít vliv na aktuální zdravotní stav a projevují se tím, že je dítě například unavené, nekoncentrované, nervózní, někdy agresivní atp. Vysoká glykémie je provázena také typickými somatickými projevy, jako je např. nechutenství, nevolnost či časté močení, naopak hypoglykémie se vyznačuje často zimnicí, třesoucíma se rukama, studeným potem apod. Některé příznaky je při nepozornosti možno

zaměnit a podání inzulínu např. při hypoglykémii by mohlo být fatální. Rozlišit tyto dva stavy je proto zásadní pro poskytnutí adekvátní pomoci. Proto by měli být učitelé i spolužáci o těchto situacích, spojených s tím kterým chronickým onemocněním, důkladně informováni.

### **3.3. Každodenní praxe – konkrétní dopady chronického onemocnění ve škole**

Jak jsme již zmínili v úvodu, počet žáků s chronickým onemocněním narůstá rychlým tempem. Z tohoto důvodu by měl každý učitel vědět, jak pracovat s žákem s chronickým onemocněním a měl by být alespoň v základě seznámen s charakteristikami nejběžnějších chronických onemocnění. Vechetová (2002) ve svém výzkumu dochází k závěru, že:<sup>11</sup>

- a. ne vždy funguje “politika” vzdělávání v této oblasti a
- b. učitelé v praxi pocítují potřebu řádné a pravidelné aktualizace poznatků z oblasti první pomoci a přístupu ke zdravotně handicapovaným dětem.

Výzkum vychází z předpokladu, že vzhledem k integraci žáků a studentů se zdravotním znevýhodněním či postižením v běžných třídách našich škol a také díky obecnému nárůstu incidence chronických onemocnění jako bronchiální astma, epilepsie a diabetes se tak zvyšuje nutnost adekvátní zdravotnické edukace učitelů na všech typech škol. Učitelům v praxi často chybí teoretické vědomosti ze zdravotnické problematiky a také předchozí praktické zkušenosti se zvládáním akutních poruch zdraví a poskytováním první pomoci. Následně neznají a nerozumí specifickým potřebám jeho žáků, nejsou schopni jim v případě zhoršení zdravotního stavu účinně pomoci a cítí se nepřipraveni ke zvládnutí akutních příhod, které mohou ve třídě nastat.

Jistota učitele a jeho dostatečný rozhled tak v problematice zdravotních potřeb svých žáků napomáhá k optimalizaci postoje adekvátními nároky na zdravotně handicapované dítě,

---

<sup>11</sup> VECHETOVÁ, J. Edukace učitelů v problematice náhlých poruch zdraví. [online]. [cit.4.09.2008] Dostupné na WWW:<<http://epedagog.upol.cz/eped3.2002/index.htm>>.

zpětně napomáhá ke zlepšení integrace dítěte v kolektivu, zvyšuje jeho důvěru a je reflektována v postoji dítěte k pedagogovi.

Chronické onemocnění dlouhodobě ovlivňuje zdravotní stav – v souvislosti se školními aktivitami se tak mohou projevit u dítěte problémy v podobě zvýšené unavitelnosti, nižší odolnosti vůči zátěži, snížené koncentrace pozornosti a psychické lability. Navíc takto zdravotně oslabené dítě má sníženou odolnost vůči chorobám, takže často dochází k jejich opakování. Některá chronická onemocnění navíc vyžadují časté, opakované i dlouhodobé hospitalizace. To vše má za následek dlouhodobou či častou absenci ve škole. Dítě je tak většinou odsouzeno k samostatnému dohánění látky, velmi často mu chybí „živý“ výklad učitele a je tak odkázáno na opisování či kopírování sešitů a samostudium.

V případě dvou a více-týdenních hospitalizací v nemocnici sice působí tzv. Školy při nemocnici, které jsou velmi významnou pomocí, avšak úspěšnost vzdělávání a zpětného začlenění dítěte do své kmenové školy může být někdy problematické, např. z důvodu, že kmenová škola nechce v některých případech s těmito školami komunikovat a předávat si informace o dítěti, případně nechce uznávat známky získané při pobytu v nemocnici apod.

Častá absence má dále za následek, že se dítě postupně vyčleňuje z kolektivu a ztrácí kontakt s děním ve škole. Pokud je chronické onemocnění závažné nebo probíhá nepříznivě, může vyústit v individuální vzdělávací plán dítěte, kdy dítě do školy dochází pouze na přezkoušení, což ho prakticky separuje od kolektivu úplně. Onemocnění má tak nepřímo dopad na socializaci a sociální vztahy dítěte.

Vedle těchto komplikací existují ještě opatření, která jsou nutná při každodenním docházení do školy. Každé chronické onemocnění má svá specifika a většina z nich vyžaduje pravidelné brání léků, ať je to například polykání tabletek či v případě diabetu aplikace injekcí inzulínu. To vše několikrát denně, v pravidelných časových intervalech.

Abychom si lépe uvědomili, co dítě ve škole prožívá, uvádíme pro ilustraci příklad dítěte s diabetem. V úvodu je nutné zmínit, že v dnešní době teorie a praxe stále nejdou ruku v ruce, praxe někdy výrazně pokulhává, podmínky v jednotlivých školách se výrazně liší a záleží na ochotě a uvědomění jednotlivých pedagogických pracovníků.

V současnosti si dítě v rámci těsné kompenzace onemocnění většinou aplikuje inzulín čtyřikrát denně. Zároveň musí sledovat hladinu cukru v krvi, měřením tzv. glykémie (odběr

krve z prstu), přibližně také 4krát denně. Z toho vyplývá, že minimálně jednou si musí měřit glykémii a aplikovat inzulín ve škole, zpravidla před obědem.

Dnes již vlastní všechny děti inzulínová pera, která podání injekce usnadňují. Většina dětí si dokáže sama aplikovat inzulín kolem devíti nebo desíti let, někdy dříve. Větším problémem, než si injekci píchnout, je správné odměření inzulínové dávky v závislosti na hodnotě hladiny cukru v krvi. Dávka o málo větší či menší může způsobit v lidském těle velkou škodu. Učitel nebo vychovatel by měl o pravidelných dávkách inzulínu vědět především proto, aby diabetické dítě upozornil v případě, že si zapomene píchnout injekci. Rodiče mohou požádat třídního učitele, zda by dítěti dávku inzulínu mohl kontrolovat. V praxi toto však často není možné, jelikož dítě má každý den na poslední hodinu před obědem jiného učitele. V této souvislosti jsou proto děti vedeny již od co nejmladšího věku, aby se spoléhaly především samy na sebe a předcházely tak případným komplikacím v nestandardních situacích. Učitel samozřejmě může zkontrolovat, zda si dítě píchno, ale nedokáže již například odsouhlasit či poradit, kolik jednotek si má dítě píchnout, když má glykémii vyšší či naopak nižší než obvykle. To však v současné době mobilních telefonů neznamena výrazný problém. Dítě se může poradit s rodiči, stejně tak ho rodiče můžou telefonicky kontrolovat, zda si píchno a podobně.

Dalším každodenním problémem může být stravování ve školní jídelně - jednak vzhledem k sladkým jídlům, jednak z důvodů nutnosti dodržet zcela konkrétní, lékařem individuálně zvolený časový odstup mezi injekcí a začátkem jídla. Přestávka na oběd by měla být dítěti zajištěna v pravidelné denní době. V praxi je to spíše obráceně, dítě se podřizuje školnímu rozvrhu, protože je to méně komplikované z hlediska organizace.

Dítě by mělo mít v případě potřeby právo přednostního výdeje stravy. Opět může nastat problém v situaci, kdy učitel nechá dítě předběhnout dlouhou frontu ostatních dětí, což může v dítěti vyvolávat nepříjemné pocity.

Problém spojený přímo s onemocněním může nastat i v souvislosti se samotným stravováním, jelikož diabetické dítě musí dodržovat určitý dietní stravovací režim. Ten spočívá hlavně v *pravidelnosti* (dítě musí jíst v pravidelných intervalech 5krát až 6krát denně, známá je u diabetiků tzv. druhá večeře). Každý diabetik má navíc svůj denní jídelní plán, ušitý jemu na míru, který obsahuje přesné množství jídla, které může diabetik sníst v určitou denní dobu a za celý den. Množství jídla je přepočteno na tzv. chlebové jednotky. Přepočty potravin na chlebové jednotky uvádějí informační brožury pro diabetiky, které obdrží rodiče u svého diabetologa či edukační sestry.

V praxi to tedy vypadá, že dítě může sníst denně například 2 chlebové jednotky k snídani, 1 chlebovou jednotku k svačině, 3 chlebové jednotky k obědu atd. Dítě se tak postupně musí naučit přepočítávat na chlebové jednotky každé jídlo, musí být neustále ve střehu a hlídat, *kdy* jí, *kolik* toho jí a *co* jí. To může činit při stravování ve školní jídelně problémy, jelikož množství jídla na talíři se často špatně na jednotky přepočítává. Dítě tak spíš odhaduje. S problémem stravování se musí potýkat například i děti mající různé potravinové alergie, celiakii a podobně, kdy špatná strava může vést k velmi závažným zdravotním obtížím.

Další problém může nastat v případě, kdy například třídní kolektiv dostane po soutěži za výhru odměnu, zpravidla sladkou. Co má dítě v této situaci dělat? Dostane odměnu, všichni ji snědí a ono nemůže, nebo dostane něco jiného než ostatní, což vede opět k pocitům odlišnosti jak dítětem samotným, tak vrstevníky okolo, což může vyvolat pocity závidosti, lítosti a podobně. V těchto situacích je dobré, aby učitel o „společné“ odměně s předstihem přemýšlel a předcházet tak zbytečným nepříjemnostem.

I přes dobrou kompenzaci může někdy u dítěte dojít k hypoglykémii (nízká hladina cukru v krvi), a to i ve škole. Je proto nutné, aby všichni učitelé i spolužáci věděli nejen to, že má žák a spolužák cukrovku, ale i jak se v takovém případě zachovat a jak mu pomoci. Hypoglykémii na sobě většina dětí dobře pozná. Příznaky jsou slabost, studený pot, třes rukou, bušení srdce, u některých dravý hlad. Malá část dětí hypoglykémii nerozpozná, a tak ji musejí umět rozpoznat ostatní. Hypoglykémie se může projevit navenek neobvyklým chováním - bezdůvodným smíchem či pláčem, jindy agresivitou, v krajním případě až bezvědomím s křečemi. Těžké hypoglykémie jsou však dnes již našťastí vzácné. Při hypoglykémii se dítě musí zastavit a rychle do sebe vpravit sladký nápoj (limonádu z plechovky, džus z malé krabičky, popřípadě neředěný sirup z lahvičky). V mírnějším případě se stačí najíst. V těžkém stavu s poruchou vědomí nelze pro nebezpečí vdechnutí podat nápoj ani jídlo a je nutné neprodleně volat lékaře. Lékař, který dítě nezná, musí ihned od učitele dostat jednoznačnou informaci: diagnóza - diabetes mellitus, stav - hypoglykémie.

V tomto směru jsou rodiny vybaveny potřebnými materiály a informacemi, které by měly ve vlastním zájmu a hlavně v zájmu dítěte zprostředkovat učitel. V praxi se však stále stává, že rodiče informace učiteli neposkytnou, někdy dokonce zdravotní stav dítěte zatajují. Informování o nemoci dítěte by mělo probíhat promyšleně a v žádném případě by nemělo vyznít, že dítě je handicapované a něčím méněcenné nebo naložit tíhu

odpovědnosti za zdraví dítěte na učitele tak, že znejistí a promítne se to do jeho vztahu k danému žákovi. Jinými slovy *nedělat z nemoci problém, ale informovat o ní*.

Je prospěšné, dostane-li například starší dítě s diabetem ve škole příležitost vysvětlit v rámci vyučování (současné ŠVP nabízí např. předmět výchova ke zdraví) ostatním, co je to diabetes, proč vzniká a jak se léčí, ukázat jim glukometr - přístroj na měření hladiny cukru v krvi a inzulinové pero.

Takové vystoupení zvýší sebevědomí dítěte, pro ostatní bývá zajímavé a poučné. Ale především odstraní mystérium nepoznané zdravotní odchylky, o které se jinak úplně zbytečně hovoří pouze šeptem.

Diabetické děti byly dříve také vzhledem ke složitější zdravotní péči obvykle vyřazeny z možnosti účastnit se školních výletů, táborů či škol v přírodě. V současnosti se to řeší tím, že s dítětem jede jeden z rodičů, většinou je to matka, a má například funkci pomocného pedagogického dozoru. Většina zdravotníků se totiž ještě stále brání převzetí odpovědnosti za chronicky nemocné dítě. Doprovod rodiče však s sebou může nést další přítěž pro samotné dítě, jelikož je v očích vrstevníků opět „něčím jiné“ a privilegované, což může vrstevnické vztahy výrazně narušit.

Od 14 nebo 15 let už děti bývají v léčení soběstačné a mohou se o sebe postarat i během několikadenního pobytu bez rodičů. To znamená, že si nejen umějí píchat injekce a měřit glykémii, ale především, že umějí rozhodovat o vhodné dávce inzulinu v určité aktuální situaci. Dokáží to, co nedokáže žádný jiný laik: usoudit, kolik inzulinu by si tělo vyrobilo, nebýt diabetu, a tuto dávku si píchnout. Přesto je však vítané, když pedagog bude počínání dítěte zpozdáli sledovat.

### 3.4. Shrnutí

V mladším školním věku 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, které hrozí zejména u dětí se smyslovým, tělesným nebo mentálním postižením a také v případech, kdy únava a opakované absence ve škole, obtíže koncentrace pozornosti nebo vedlejší účinky léků při chronickém onemocnění dítěte snižují jeho výkonnost.

Mladší školní věk je obdobím realismu a děti mívají většinou snahu dospělým vyhovět a uspět i v situaci nemoci a léčby. Při léčbě může být významnou motivací i možnost zlepšit svoji výkonnost a stát se zdatnějším.

Velmi důležitá je ve školním věku skupina vrstevníků. Dostatek příležitosti ke kontaktům s druhými dětmi je nezbytný pro rozvoj sociálních dovedností, osvojování sociálních rolí i vlastní sexuální identity, ale i z hlediska vývoje sebepojetí.

V období puberty a dospívání si jedinec utváří jasnou a stabilní identitu. V případě chronické nemoci musí být onemocnění do vlastního sebepojetí integrováno. Současně se v tomto věku zákonitě uvolňují vazby k rodině a ještě více sílí vliv vrstevnické skupiny. Toto odpoutávání od rodiny jako jeden ze základních vývojových úkolů dospívání bývá ovšem značně ztíženo nejen u dětí postižených, ale i u dětí vážně nemocných, protože role pacienta je obecně rolí závislou.

Častým problémem při léčbě dospívajících je pak jejich odpor či ambivalentní postoj vůči autoritám, na nichž se nyní musí stát nezávislími. V tomto věku je proto zcela nezbytné pracovat i s dítětem samotným v nepřítomnosti rodičů, i když práce s rodiči nepřestává být důležitá. Je nezbytné poskytnout dítěti dostatek příležitostí k otázkám, umožnit mu co největší podíl na rozhodování o dalším postupu léčby. V tomto období dochází již i k postupnému předávání zodpovědnosti za léčbu z rodičů na samo dítě. Nutné též zmínit, že v tomto období se stává velmi významnou otázkou tělesného schématu, např. i malá jizva po operaci může být pro dítě v tomto věku silně ohrožující (dysmorfofobie<sup>12</sup> ostatně bývá jedním ze symptomů adolescentní krize i u dětí bez viditelného postižení).

Zásadní význam pro rozvoj osobnosti dítěte mají mezilidské vztahy - vztahy mezi dítětem a lidmi jeho okolí. Tito lidé mu skýtají ubezpečení, že je milováno, že jim na něm záleží a že se na ně může spolehnout; vývojově dítě aktivizují; dávají mu prožívat sounáležitost, v níž se cítí doma; zadávají mu úkoly, jejichž zvládnutím nabývá sebevědomí aktéra, subjektu a původce činů. Život a vývoj dítěte neméně ovlivňují i vztahy s lidmi, kterých se bojí, kteří je traumatizují, vůči nimž má negativní vztah, aniž se ale od nich může v důsledku své závislosti odpoutat, takže svou negaci vůči nim vytěšňuje.

Pro každé dítě je velmi důležité, jak ho ostatní vidí, jak je přijímáno, jakou má vytvořenou pozici ve třídě, jak o něm uvažuje jeho učitel a jak k němu přistupuje. To vše

---

<sup>12</sup> Dysmorfofobie (dysmorphophobia); chorobný strach z tělesného znetvoření

je v ještě větší míře důležité pro dítě s chronickým onemocněním. Dítě může onemocnění pociťovat jako handicap, často se za svou nemoc stydí a pokud se celá věc včas nepodchytí, může se octnout až na okraji třídy s pocity méněcennosti. V souvislosti se svým vstupem do školy totiž dítě mocně prožívá potřebu obstát, předvést se v tom nejlepším světle, mít úspěch a sklidit pochvalu. Jsou-li okolnosti příznivé, probouzí se v něm usilovnost, potřeba vyniknout, prosadit se a být dobrý. Spolu s tím má dítě radost z úspěchu, z činnosti samé „aktivizuje“ se řada vlastností, jako je píle, soustředěnost, zdravá ctižádost, odpovědnost. V opačném případě, je-li všechno toto podlamováno a opakující se neúspěchy navozují v dítěti pocity, že na úkoly nestačí, může posléze vše vyústit v pocit méněcennosti, který stane-li se rysem osobnosti, působí nadále jako činitel svádějící v úkolových situacích k apatii, rezignaci, dítě se všemu vyhýbá.

Po celou dobu, kdy je chronicky nemocné dítě ve škole (i mimo ni), musí čelit řadě otázek a předem neovlivnitelných nepříjemných situací souvisejících přímo či nepřímo s jeho onemocněním. Mohou nastat prakticky kdykoli a dítě se je musí postupně naučit řešit a čelit jim. V průběhu školní docházky potkává také řadu učitelských osobností, které v dané věci nemusí být obeznámené a nebo jsou v přístupu k dítěti necitlivé. V neposlední řadě musí dítě řešit praktické úkoly, jako například kde a kdy si aplikuje léky (v případě diabetu změní glykémii a aplikuje inzulin), aby ho nikdo neviděl, aby předešel dalším případným dotazům a podobně.

V dané chvíli nezáleží na tom, zda dítě drží v ruce tabletky, inhalátor či inzulinové pero. Chronické onemocnění je v dlouhé řadě další nárok na dítě, který samozřejmě zasahuje i do oblasti školní docházky. Dobrá kompenzace nemoci závisí především na dodržování časového harmonogramu a dalších režimových opatření. A jelikož dítě školou povinné stráví ve škole 5 dní v týdnu, v průměru 6 hodin denně, není prakticky možné se tomuto faktu vyhnout. Dítě tak musí dokázat skloubit školní režim s požadavky, které na ně klade jeho onemocnění. Často je nucené být neustále v pozoru a myslet několik kroků dopředu.

## **4. Osobnost žáka s chronickým onemocněním v kontextu učení**

Škola je místem výuky, to znamená, že jejím smyslem a cílem je žáky něco naučit, rozvíjet jejich znalosti, schopnosti i dovednosti. Má-li se dítě něčemu naučit, musí mít určité předpoklady. Ty lze zcela obecně rozdělit na předpoklady kognitivní a osobnostní. Jejich rozvoj závisí na genetických dispozicích, které nelze změnit, a na zkušenosti, která ovlivnitelná je.

Proto abychom se mohli zabývat osobností žáka s chronickým onemocněním a jeho poznáváním, musíme učinit určitý vhled do teoretických základů.

### **4.1. Kognitivní předpoklady pro učení**

Aby se dítě čemukoliv naučilo, musí být schopné látku vnímat a pochopit její podstatu, musí se na učení soustředit a zapamatovat si to, co je důležité. Vzhledem k tomu, že učivo je většinou prezentované slovním výkladem učitele nebo tištěným textem v učebnici, musí dítě dobře zvládnout jazyk. Musí verbálnímu sdělení rozumět a musí být rovněž schopné se aktivně vyjadřovat, aby mohlo svoje znalosti potvrdit. Všechny uvedené předpoklady patří do kategorie kognitivních schopností, to znamená těch, které se nějak uplatňují v poznávání. Dost často se posuzují v souhrnu, v rámci obecné inteligence, jejíž jsou součástí. Rozvoj rozumových schopností, tj. inteligence, závisí na interakci dvou základních faktorů: dědičných dispozic a podnětnosti prostředí, v němž dítě vyrůstá.

Dispozice k rozvoji kognitivních schopností jsou geneticky podmíněny, dědí se z rodičovské generace na generaci potomků. Dědičné jsou ovšem pouze předpoklady, další rozvoj těchto schopností už závisí na způsobu, jakým je dítě stimulováno, tj. na kvalitě, četnosti a přiměřenosti podnětů.

## Vliv prostředí na rozvoj kognitivních schopností

Každé dítě vyrůstá v určitém prostředí a vlastnosti tohoto prostředí jeho vývoj nějakým způsobem ovlivňují. Využití a rozvoj předpokladů závisí na podnětnosti prostředí, které zásadním způsobem ovlivňuje rozvoj dětské psychiky. Primárním prostředím je rodina, posléze vstupuje do hry i přístup školy a učitele.

Zdroje pro rozvoj učení a poznání přicházejí z oblastí psychologie, ve kterých byla v poslední době uskutečněna celá řada významných výzkumných závěrů. Jde zejména o oblasti inteligence, paměti a reflexe.

### 4.1.1. Inteligence

Inteligence není jednoduchou schopností, ale skládá se z celé řady dílčích funkcí, které se nemusí rozvíjet stejně rychle a stejně dobře.

Inteligenci lze chápat jako komplexní schopnost, která se projevuje:

- Způsobem myšlení, tj. zpracováním informací, mírou porozumění jejich podstatným znakům a souvislostem či řešení problémů.
- Schopností učení, tzn. při řešení problémů účelně využívat získaných zkušeností. Učení souvisí s myšlením, protože dítě se naučí mnohem víc, pokud daný problém chápe a rozumí jeho podstatě.
- Schopností metakognice, tzn. porozumění možnostem vlastního myšlení a osvojeným způsobům řešení různých problémů, schopností tyto kompetence adekvátně použít a zároveň si uvědomovat jejich omezení.
- Schopností adaptace na požadavky okolí, v našem případě školy. Na základě adekvátního poznání a orientace v určitém prostředí se mu jedinec dokáže lépe přizpůsobit, reagovat přijatelnějším způsobem. Např. žák chápe, co je nezbytně nutné, co je třeba udělat, aby dosáhl přijatelného hodnocení. Inteligence se projevuje např. reakcí na nové učivo, rychlostí porozumění jeho podstatě a schopností aplikovat naučená pravidla v různých úkolech.

Inteligenci lze měřit prostřednictvím výkonu, resp. chování v určité, přesně vymezené situaci. Fontana (1997) tuto závislost formuluje jako měření způsobu využití této schopnosti. Z toho ovšem jednoznačně vyplývá i fakt, že inteligence nemusí být vždycky plně využívána. Příčina neschopnosti využívat svoje kompetence může být různá.<sup>13</sup>

#### 4.1.2. Paměť a učení

Aby se dítě mohlo něčemu naučit, musí si uchovat potřebné informace, nejlépe v rámci porozumění jejich vzájemným souvislostem a vztahům, ale musí si zapamatovat i způsoby jejich zpracování a využití, které se ukázaly být užitečné. Schopnost najít mezi různými informacemi nějakou spojitost, zařadit je do určitého kontextu má pozitivní vliv na učení. Schopnost získat a využívat zkušenosti je součástí inteligence.

Rozvoj paměti je velmi důležitou součástí kognitivního vývoje a rozvoj paměťových schopností ovlivňuje zrání i učení. Od raného věku dítě využívá základní paměťové mechanismy, jako je asociace, generalizace, znovupoznání a vybavení. Paměťové funkce se velmi intenzivně rozvíjejí mezi 6-12 lety, to znamená ve školním věku. Děje se tak v závislosti na zrání, ale i pod vlivem specifické stimulace, kterou poskytuje škola.

Vývoj paměti se projevuje ve třech oblastech:

- **Zvýšením kapacity paměti a rychlosti zpracování informací.** Tuto paměťovou funkci pozitivně ovlivňuje celkový rozvoj poznávacích schopností, specifická stimulace i požadavky školy.
- **Osvojením paměťových strategií, rozvojem jejich efektivnějšího a flexibilnějšího využití.** Žáci se učí používat účelnější strategie zapamatování, zejména na druhém stupni díky zvýšení kvantity a náročnosti učiva.
- **Rozvojem metapaměti,** tj. obecných znalostí o fungování paměti i o vlastních paměťových schopnostech. Starší žáci dovedou lépe odhadnout, co jsou schopni zvládnout v určitém časovém limitu naučit.

<sup>13</sup> srov. FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. Praha : Portál, 1997.

Porozumění významu a efektivity různých strategií je pozitivně ovlivněno celkovým rozvojem poznávacích procesů a s ním spojené metakognice. Zkušenosti s vlastními paměťovými kompetencemi i obecnými pravidly učení mohou přispět k dosažení lepších výsledků. V tomto směru je možné dětem s chronickým onemocněním, a nejen jim, pomoci, aby si tyto vztahy uvědomily a dokázaly je využít.

Oblast učení je velmi rozsáhlá. Existují různé pohledy na učení, velké množství dílčích poznatků a teorií učení. Neexistuje tak ani jednotná definice učení. My se z hlediska zaměření naší práce, tedy z procesuálně-kognitivního pohledu na lidské učení přikláníme ke Kuličově definici učení, která zní:

*„Učení je proces, v jehož průběhu a důsledku mění člověk svůj soubor poznatků o prostředí přírodním a lidském, mění své formy chování a způsoby činnosti, vlastnosti své osobnosti a obraz sebe sama. Mění své vztahy k lidem kolem sebe a ke společnosti, ve které žije – a to vše směrem k rozvoji a vyšší účinnosti. K uvedeným změnám dochází především na základě zkušenosti, tj. výsledků předcházejících činností, které se transformují na systémy znalostí – na vědění. Jde přitom o zkušenosti individuální nebo o přejímání a osvojování zkušenosti společenské.“<sup>14</sup>*

V následující části se budeme věnovat tématu metakognice. Vzhledem k tomu, že v metakognici je spatřován aspekt rozvíjející především reflexi, porozumění a svébytnost poznání, stává se klíčovým tématem oblasti týkající se učení, poznání a možnosti jejich rozvoje.

---

<sup>14</sup> citace: KULIČ, V. *Psychologie řízeného učení*. Praha : Academia, 1992, s 32

## 4.2. Reflexe a sebereflexe v procesu učení

Tato oblast je v psychologii a pedagogické psychologii zastoupena zejména oblastmi metakognice a autoregulace.

Rozvoj poznávacích procesů se projeví většinou i změnou vztahu k těmto schopnostem a jejich hodnocení. Jde o významnou interakci: čím víc má dítě zkušeností s různými poznávacími aktivitami, tím lépe je dovede posoudit i používat. Poznání a úvahy o kognitivních kompetencích patří do oblasti metakognice.

Metakognice se obvykle užívá ve významu, který bychom metaforicky vyjádřili termínem „poznávání na druhou“. V roce 1979 jej použil J. H. Flavell ve významu poznatků, jež člověk získává o svých vlastních poznávacích procesech nebo poznávacích procesech jiných lidí, tedy „poznáváme, jak vlastně poznáváme“.

Později se výraz metakognice objevil ještě ve druhém, posunutém významu. Člověk, který sleduje sám sebe, jak postupuje, když něco poznává, něčemu se učí, tímto „monitorováním“ – ať chce či nechce – jistým způsobem zasahuje do průběhu těchto procesů, jež se budou asi odehrávat jinak, než kdyby probíhaly spontánně, nekontrolovaně.

Naučit žáka tomu, aby dokázal poznávat své vlastní poznávací procesy, je předstupněm toho, aby je dokázal později sám řídit. Je tedy logické, že předpokladem pro výuku, která má postupně naučit žáky autoregulaci učení, je výuka, která má žáky vést k metakognici.

Metakognice zahrnuje znalosti a zkušenosti s poznávacími funkcemi i schopnost o nich uvažovat. Je zaměřena jak na orientaci, tj. poznání a porozumění, tak na regulaci a kontrolu poznávacích aktivit. To znamená, že se projevuje i praktickým využitím těchto poznatků. Jde o schopnost posoudit úkol a jeho obtížnost, vhodnost použití určité strategie a volbu varianty, kterou lze považovat vzhledem k situaci za adekvátní. Rozvoj metakognice se projevuje vzrůstem přesnosti takového odhadu a flexibility reagování, tj. hledání uspokojivého způsobu řešení. Úvahy o poznávacích aktivitách mohou být různým způsobem zaměřené, mohou být obecnější i individuálně specifické. Toto rozdělení je ovšem spíše teoretické, v praxi je nelze tak jednoznačně oddělit.

**Obecný, vývojově podmíněný rozvoj metakognice** se projevuje schopností dětí určitého věku posuzovat možnosti poznávání i jejich limity. Tato kompetence závisí na celkovém rozvoji rozumových schopností i na zkušenosti, kterou dítě získalo. Malý školák, který začíná uvažovat konkrétně logickým způsobem, přestává být egocentrický, jeho hodnocení poznávacích možností je kritičtější. Postupně ubývá nepřesných odhadů a přehnaného optimismu, přibývají zkušenosti s různými poznávacími strategiemi, které dítě někdo naučil. Využití těchto strategií závisí mimo jiné i na tom, co dítě o poznávacích procesech ví.

**Individuálně specifická metakognice**, daná osobní zkušeností s vlastními kompetencemi, zahrnuje hodnocení vlastních znalostí, schopností a dovedností. Je to schopnost odhadnout míru vlastního porozumění problému, jeho subjektivní řešitelnosti, ale i předvídat, jak snadno a za jak dlouho se lze naučit novou látku, zpracovat určitý úkol či posoudit úroveň připravenosti, tj. jak si žák myslí, že je naučený atd. Všechny tyto znalosti umožní žákovi získat vědomou kontrolu nad svými poznávacími aktivitami a lépe svých kompetencí využívat. Jsou to užitečné znalosti, pomáhají dítěti posoudit úkol z hlediska vlastních možností a zvolit si nejúčelnější strategii z těch, které ovládá. Schopnost metakognice lze chápat i jako součást sebehodnocení.

Metakognice se významně projevuje i na úrovni autoregulace. Schopnost přesnějšího poznání umožňuje lepší řízení vlastního jednání.

K diferenciaci hodnocení, k pochopení nestejně úrovně poznávacích schopností a možností různých lidí dochází až v průběhu školní docházky. Na počátku školního roku bývá metakognice ještě značně nepřesná a generalizovaná. Děti tohoto věku obvykle ještě nedovedou odhadnout, v čem se liší jejich vlastní schopnosti a dovednosti od kompetencí spolužáků. Malý školák žádné rozdíly nevnímá, je přesvědčen, že všichni uvažují stejným způsobem a umí totéž. Tento názor lze chápat jako jeden z projevů poznávacího egocentrismu. Dítě sice ví, že velké děti a dospělí umí mnohem více než malí, ale že se z tohoto hlediska liší i děti stejného věku, ze stejné třídy, si zatím neuvědomuje. Teprve později, s přibývajícimi zkušenostmi a v souvislosti s rozvojem myšlení začne chápat, že všichni spolužáci nemají stejné schopnosti.

Malý školák není schopen adekvátního sebehodnocení, neuvědomuje si, co on sám dovede a co ne, eventuálně jak dobře to umí. Ještě nedovede odhadnout vlastní schopnosti a přiměřeně ocenit vlastní výkony (nedovede posoudit, co udělal dobře a co ne,

resp. co je schopen zvládnout). V důsledku toho může například naslibovat paní učitelce, že dnes vypočítá sto příkladů apod. Sliby, které dá malý školák učiteli jsou značně nadsazené a nerealistické, ale nemusí jít o lhaní. Dítě sice nadsazuje, ale samo tomu, co slibuje, věří. Nepřesnosti odhadu signalizuje nezralost poznávacích procesů, která se projevuje i nepřesnostmi v oblasti metakognice. Postupně jeho názor koriguje zkušenost.

Děti tohoto věku obvykle ještě nejsou schopné odhadnout obtížnost úkolu ani adekvátnost určité strategie. Z toho důvodu pracují často neefektivně, vynakládají stejné úsilí ať je úkol lehký či obtížný apod. Častěji ulpívají na jednom způsobu řešení a opakuji jej, i když se ukáže, že je neúčelný. Nedovedou zatím plně využívat zpětné vazby, která by mohla korigovat jejich názor a vést ke změně postoje. Tzn. že by žák změnil strategii, kdyby se ta předchozí ukázala neúčinná. Tato schopnost se ve větší míře rozvíjí až v prvních letech školní docházky.

Starší školák se hodnotí přiměřenějším způsobem, již si uvědomuje, jaké jsou jeho přednosti a nedostatky, eventuálně co musí udělat, aby ve škole přijatelným způsobem prospíval. Postupně se zlepšuje odhad vlastních schopností i diferenciací kompetencí spolužáků. Zpřesňuje se i odhad doby, která je k přípravě do školy nezbytná, a zvyšuje se kritičnost hodnocení kvality vlastní připravenosti na vyučování.

Hodnocení vlastních schopností není vždy vědomé, může se projevit jen změnou jednání, bez uvědomění příčiny této změny. R. Siegler (1998) z tohoto důvodu rozlišuje explicitní a implicitní složku metakognice.<sup>15</sup>

**Implicitní metakognice** se neprojevuje na vědomé úrovni. Např. čtenář automaticky zpomalí v obtížnějším úseku, aniž si přesně uvědomuje proč, a dokonce si často není vědom, že něco takového dělá. Tímto způsobem se metakognice projevuje v oblasti zautomatizovaných činností.

**Explicitní metakognice** je vědomé hodnocení vlastních schopností ve vztahu k různým úkolům i k možnosti jejich zvládnutí. Zahrnuje znalosti a zkušenosti s vlastními kompetencemi a s efektivitou jejich použití. Siegler předpokládá, že většinu potřebných základních zkušeností získá dítě mezi 6. a 10. rokem, tzn. na počátku školní docházky.

---

<sup>15</sup> srov. VÁGNEROVÁ, M. *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha : UK - Karolinum, 2002, s. 69

a) **Rozvoj metakognice závisí na zkušenosti** s vlastními poznávacími aktivitami, ale přispívají k ní i další faktory:

- Hodnocení jinými lidmi dospělými i vrstevníky. Pro rozvoj metakognice je důležité, jak je dítě posuzováno, za co je oceňováno, a jaké nedostatky jsou mu vytýkány.

- Škola rozvíjí všechny složky metakognice, školák je nucen o svých schopnostech a dovednostech uvažovat, a proto se přesnost jeho odhadu zlepšuje. Totéž platí i naopak, určitá úroveň metakognice je důležitým předpokladem úspěšnosti ve školní práci. Starší a zkušenější žák dovede lépe odhadnout, jaké má možnosti, a proto může svoje schopnosti účinněji uplatnit. Na základě této znalosti si může stanovit přiměřenější cíle a postupně jich dosahovat. Avšak i zde se mohou uplatňovat různé iracionální mechanismy.

Metakognici, tj. hodnocení vlastních kompetencí, ovlivňuje do značné míry školní prospěch. Méně úspěšný žák má nižší důvěru ve své schopnosti. Někdy si zafixuje přesvědčení o vlastní nekompetentnosti a pak již o svých schopnostech ani neuvažuje, protože si myslí, že to nemá smysl.

b) **Rozvoj metakognice závisí na inteligenci.** Děti s vyšší úrovní inteligence jsou schopné lépe odhadnout vlastní možnosti, dovedou rychleji získat potřebné zkušenosti a lépe je prakticky využít. Opět jde o schopnost chápat vzájemné souvislosti a vztahy. Může se uplatnit např. při volbě účinné strategie zvládnání školních nároků.

c) **Rozvoj metakognice závisí na motivaci.** Zlepšuje se tehdy, pokud má dítě potřebu dosáhnout úspěchu, a tudíž je zajímaví i schopnosti a dovednosti, které jsou předpokladem dosažení tohoto cíle. V rámci takového postoje se jeví metakognice jako užitečná, a proto ji žák i jeho rodiče aktivně, i když obvykle převážně intuitivně, rozvíjejí.

Úroveň metakognice jednotlivých školáků je stejně tak jako jiné schopnosti a dovednosti různá. Závisí na jejich předpokladech, reálných kompetencích, na jejich ambicích i hodnotové hierarchii, kterou sdílejí se svou rodinou. Potřebné úrovně metakognice dosahují až žáci 2. stupně základní školy, v závislosti na rozvoji formálních logických operací. Všichni žáci však nejsou schopni takovým způsobem uvažovat a někteří z nich zase nejsou k úvahám o vlastních schopnostech dostatečně motivováni. Někteří lidé nedovedou přiměřeně ocenit svoje schopnosti ani později, v době dospělosti. Tato složka sebehodnocení může být z nejrůznějších důvodů nějak deformována nebo málo rozvinutá.

#### 4.2.1. Osobnost dítěte s chronickým onemocněním a metakognitivní strategie

Základem procesu utváření metakognice je reflektování našich poznávacích činností, které se postupně vyděluje z procesů sebepoznání a sebehodnocení a diferencuje se ve vztahu k poznávané skutečnosti. (Jde o vývoj postupný, metakognitivní zájmy a způsobilosti se počínají vyvíjet u dětí již kolem 5 - 7 roku věku. Během školy, je-li jim věnována patřičná péče mohou dosahovat značné úrovně rozvinutosti ).

Na základě reflexe nad vlastním učením a poznáním, uvědomováním si operačních významů, postupů umožňujících vhléd do operačních struktur a monitorováním poznávacích činností jsou tyto činnosti kódovány v příslušných mentálních reprezentacích vyššího řádu a uchovány v rámci metakognitivního potenciálu jako útvary vstupující do procesu řešení dané situace. (Jejich utváření, např. metakognitivní nácvik nebo metakognitivní výuka, by měly respektovat psychologickou složitost metakognice).

V souvislosti s problematikou osobnosti dítěte s chronickým onemocněním se zaměříme na vztah **metakognice a reflexe v systému osobnosti**, tak jak jej pojímají ve své studii autoři H. Krykorková a M. Chvál.<sup>16</sup>

Metakognice tvoří součást regulativní dimenze poznávacího systému osobnosti a je tvořena nejobecnějšími předpoklady psychického odrazu okolního světa a možnostmi reflexe poznávané skutečnosti. Tento aspekt, který s nástupem kognitivní psychologie tímto významem obohatil psychologii procesu učení, poznání, myšlení, inteligence a jejich fungování, znamená orientaci k sobě samému, uvědomění si vlastních procesů a porozumění sobě samému. I když z historického hlediska nejde o myšlenku zcela novou, jedná se o významný kvalitativní vstup do oblasti poznání. Podle všech předpokladů se tak metakognice vyděluje ze struktury regulativních strategií podléhajících zákonitostem psychické regulace činnosti a odlišuje se úrovní, ze které jedinec vlastní postupy plánuje, řídí, kontroluje, hodnotí a navazuje na ně v zobecněné podobě plánování, řízení, monitorování, regulování a hodnocení vlastní činnosti. O této dispozici hovoříme jako o "schopnosti vyššího řádu", o dispozici, zahrnující do své kategorie reflexi nikoli jako pouhý mechanický odraz, ale aktivní reflexi tvořenou různými kroky, postupy a strategiemi náležejícími do kategorie procesů monitorování a regulování.

<sup>16</sup> srov. KRYKORKOVÁ, H., CHVÁL, M. Rozvoj metakognice - cesta k hodnotnějšímu poznání. *Pedagogika*, 2001, roč. LI, č.2, s. 185-196.

Akcent na subjektivitu a originalitu těchto postupů začleňuje do této dispozice ještě jeden důležitý aspekt, a to, že tyto kroky, postupy a strategie („monitorovací a regulativní činnosti“) probíhají za účasti vlastních pocitů a prožitků. Prožívání, které jej ve vztahu k poznávacím a metapoznávacím činnostem konstitutivním činitelem, přesahuje poznávací systém a vymezuje metakognici jako osobnostně poznávací fenomén a spojuje jej s osobnostními vlastnostmi a dispozicemi.

Z hlediska našeho tématu nás zaujaly dva body této studie. Za prvé, nálezy potvrzené z hlediska účinného využití metakognice u dětí, u kterých byly zjištěny určité problémy s učením (neschopnost organizace učení a strukturace učiva, nesystematičnost, povrchnost při učení, nedostatečná soustavnost). A za druhé, problematika nácviku metakognitivních strategií při učení z textu a čtení s porozuměním.

Vycházíme-li z předpokladu, že děti s chronickým onemocněním mají větší dispozice zvládat metakognitivní strategie, mohly by mít tak i větší úspěšnost při jejich využívání v souvislosti se snadnějším učením z textu a čtením s porozuměním. To by bylo velmi užitečné, předpokládáme-li, že u těchto dětí, posléze dospělých bude převládat cíl studovat humanitní obory, realizovat spíše v intelektuálních činnostech a budou nuceni často volit zaměstnání, která nevyžadují těžkou fyzickou práci.

Jedním ze závěrů studie je, že častou příčinou studijních neúspěchů je nedostatečná orientace v textu a neschopnost s ním pracovat jako se smysluplným zdrojem poznávání. Žák se učí organizovat svou poznávací aktivitu. Učí se tak třídit získané informace, analyzovat otázky, zjišťovat a uvědomovat si nejasná místa a efektivní postupy jejich objasnění, pracovat s chybou a využívat ji pro další učební postup, učí se provádět souhrn hlavních myšlenek, jejich formulování a optimální reprodukci. Mnoho výzkumů dnes potvrzuje, že čím lépe se podaří provádět takovou bilanci vlastního učení, tím výraznější učební efekt lze předpokládat.

### 4.3. Autoregulace

Jak jsem již zmínili výše, snahou všech zainteresovaných, tj. školy, rodiny i žáků samých by mělo být, aby žák postupně přebíral svůj rozvoj do vlastních rukou a nesl za výsledný stav zodpovědnost.

Cílem tedy je žákovo řízení vlastního učení, autoregulace učení. Za jakých podmínek jí dnešní škola, dnešní učitel může dosáhnout?

Dovednost sledovat sám sebe, motivovat se ke změnám, vyhodnocovat, jak se učím, měnit své způsoby učení, to všechno je v žákovi uloženo (podle našeho názoru) v podobě možností, potencialit, které se rozvinou jen tehdy, jsou-li pro to příznivé podmínky. Jsou-li podmínky nepříznivé, může žák pokusem a omylem dospět ke stylům učení, které zdaleka nejsou nejvhodnější, nebo si nechá vnutit postupy, které mu nesedí, anebo-což je patrně nejhorší, přestane přemýšlet, zda a jak by on sám mohl zlepšovat svůj styl učení. Přitom učení a řízení svého učení není jedno a totéž.

Zájem o autoregulaci učení v posledních desetiletích stoupá. V odborných pracích se můžeme setkat s mnoha rozdílnými teoriemi. Každá z nich přistupuje k autoregulaci z poněkud jiného úhlu, klade důraz na jiné klíčové procesy u žáka a doporučuje jiné postupy, které učí žáka, jak řídit vlastní učení.

Na vznik autoregulace se můžeme podívat také ze širšího hlediska. Škola by měla svou koncepcí žákům umožnit nejen naučit se učivu, ale především je vést k tomu, aby se naučili, jak se mají učit a jak mají sami řídit své učení. Jde o relativně nový, u nás málo uvědomovaný cíl celoživotního snažení.

Jak tedy chápat pojem autoregulace?

Autoregulace učení je taková úroveň učení, kdy se člověk (žák, student) stává aktivním aktérem svého vlastního procesu učení jak po stránce činnostní a motivační, tak metakognitivní. (pojem autoregulace, řízení sebe sama, je zde podřazen pojmu metakognice) Snaží se při tom dosáhnout určitých cílů (znalostí, dovedností, známek, společenského uznání, profesního uplatnění), iniciuje a řídí své vlastní úsilí, používá specifických strategií učení.

Z. Helus a I. Pavelková (1992) připomínají, že východiskem je vztah člověka k sobě samému, vztah, který se vyznačuje kromě sebepoznání také způsobilostí měnit a zdokonalovat sám sebe podle určitého plánu, utvářet sám sebe se zřetelem k určitým cílům. Autoregulace se vyvíjí ze dvou základních zdrojů, které se mohou dostávat do složitých vztahů: primárně vnějších (rodiče, škola, kamarádi) a primárně vnitřních. Ve druhém případě

se mluví také o osobnostní autoregulaci (jedinec má potřebu něco se sebou udělat a něco ze sebe udělat, rozvíjet se s přehledem a zodpovědností, mít náhled na svou životní cestu a ztvárňovat ji cílevědomě, koncepčně – v celku, i jednotlivostech)<sup>17</sup>

Důležitými psychickými složkami způsobilosti jedince k autoregulaci je například zformovanost silné vůle; rozsah a hloubka životních zkušeností; reflexivnost ve vztahu k sobě a životním podmínkám; aktivně plánující a projektující vztah k budoucnosti; způsobilost přejímat regulativní vlivy vnějšího okolí a účelně je aplikovat ve vztahu k sobě samému; otevřenost vůči zpětnovazebním informacím o vlastní osobě, vlastních činnostech i jejich výsledcích apod.

Způsobilost jedince k autoregulaci, neboli jeho autoregulativní kompetence je produktem řady činitelů. Zdá se ale, že rozhodující vliv zde má způsob vnější, sociální regulace, tzn. způsob řízení (vedení, kontroly, ovlivňování) jedince druhými lidmi, především pak socializační, respektive výchovné působení společenského prostředí. Jedinec se tohoto vnějšího regulativního působení zmocňuje, vnitřně je přijímá a přetváří ve svůj autoregulativní vztah k sobě samému.

K přetváření vnější, sociální regulace ve vnitřní, psychickou autoregulaci osobnosti ovšem zdaleka nedochází automaticky. Ne každá regulace (řízení) vytváří podmínky pro svou přeměnu v autoregulaci (sebeřízení). Příliš slabá či příliš silná regulace, necitlivá k individuálním zvláštnostem a specifické zranitelnosti jedince, může vyústit až v rezignaci na autoregulaci, spoléhání se na vnější ovládnání, nebo naopak k autoregulativnímu sebeprosazování za každou cenu apod.

Proto by si měli rodiče a hlavně učitelé uvědomovat, že nejde zdaleka jen o obsahy, které si má žák osvojovat, ale o vývoj žákovy způsobilosti vědět si sám se sebou rady, jakožto poznávajícím subjektem. Jinými slovy, je třeba vést žáka k otázkám, co dělat se svým vlastním poznávacím aparátem, aby byl dobrým nástrojem úspěšné realizace poznávacího úsilí. Žák se má stát způsobilým posoudit kvalitu své vybavenosti pro poznávání; má ale být schopen tuto svou poznávací vybavenost co nejlépe využívat, dále ji rozvíjet, zdokonalovat, optimalizovat. Tomuto aktivnímu, reflektujícímu a tvořivému vztahu k sobě jako subjektu poznávání se musí žák naučit především od učitele, nevytvoří si jej sám. Učitel musí vědět,

<sup>17</sup> Srov. HELUS, Z., PAVELKOVÁ, I. Vedení žáků ke vzdělávací autoregulaci a humanizaci školy.

*Pedagogika*, 1992, roč. XLII, č. 2, s. 197- 206.

jak v tomto směru žáka vést a „probouzet“ pro autoreglativní vztah k sobě samému. Profese učitele tak nabývá nové dimenze.

Výstižně tuto skutečnost formuluje V. Kulič (1992) - jediným konečným smyslem řízení...je, aby se stalo nakonec zbytečným, aby likvidovalo samo sebe. Jen tak neztratí svůj lidský rozměr ... Proto se řízení a samorozvoj chápou jako dva komplementární jevy. Vnější řízení má podporovat utváření sebe samého, budování podmínek pro autokonstrukci učebních a poznávacích útvarů, mechanismů i celého habitu jednotlivce. Takový je smysl řízení a působení v pedagogické oblasti.<sup>18</sup>

#### 4.4. Shrnutí

Metakognice a autoregulace jsou dva pojmy, které mají mnoho společného a zároveň se vzájemně odlišují. Tím, co je odlišuje jsou rozdílná těžiště reflektovaných a řízených činností, společným jmenovatelem je reflexe těchto činností, vlastního chování a v neposlední řadě i reflexe prostředí, jako jejich neoddelitelná součást.

Metakognice je fenoménem kognice a svými atributy je zakotvena v paradigmatu kognitivní psychologie, i když se v jejím profilu odráží řada osobnostních faktorů, např. jistota, sebevědomí, motivační připravenost...).

Autoregulace je charakteristikou osobnostní, jejíž význam je umocňován akcenty sebevýchovy, autonomie, svébytnosti, v neposlední řadě i problematikou metakognice.

Nejjednodušší a nejčastěji uváděnou definicí metakognice, se kterou se v literatuře můžeme setkat je, že metakognice je myšlení o našem myšlení, znalost o tom co víme a co nevíme. Předpona meta - označuje, že jde o jev nadřazený našemu poznání, který reprezentuje úroveň, ze které je organizovaná naše poznávací činnost, a to na základě strategií, které toto organizování umožňují.

Ukazuje se, že oblast metakognice je svébytnou pedagogicko-psychologickou problematikou, která vychází z celé řady výzkumných výsledků, a které potvrzují to, že naučit děti uvědomovat si své učení, vytvářet si závěry z toho jak se učí, dávat si pozor na místa kde nejspíše chybují, rozvíjet schopnost vytváření vztahu a souvislostí s tím co se učí pomáhá

<sup>18</sup> srov. KULIČ, V. *Psychologie řízeného učení*. Praha : Academia,1992.

odstraňovat to, co chápeme dnes jako vážný průvodní jev učební a poznávací činnosti dětí ve škole. Jde zejména o neschopnost organizace učení, nedostatečnou strukturaci, nsystematičnost, povrchnost při učení, nedostatečnou soustavnost a myšlenkovou nerozvojetvornost, izolovanost poznatků a především neporozumění tomu, co se žáci učí.

Klademe-li si otázku, zda jde v případě metakognice o dispozici, kterou se lze naučit nebo která je vrozená, vysílají kognitivní psychologové optimistický závěr, když říkají, že metakognice je velmi důležitou složkou inteligentního chování, a že jedinci obdařeni touto dispozicí jsou ve svých činnostech úspěšnější než ti, kteří touto schopností nedisponují. Na druhé straně se potvrzuje, že nácvikem, postupným učením, příp. tréninkem si lze určité metakognitivní strategie osvojit a tím rozšířit svůj intelektuální potenciál o významnou složku poznávacího aparátu.

V současnosti je autoregulace chápána v úzké souvislosti s identitou osobnosti, tvorbou sebepojetí, s ovládním emocí, s utvářením a korigováním postojů, aktivizací motivů atd., což znamená, že se jedinec vymaňuje z diktátu vlivů, které jej řídí (regulují zvnějšku) a činí objektem působení druhých lidí. Namísto této objektové podrobenosti se sám nad sebou zamýšlí a rozhoduje, ujímá se role subjektu vnášejícího do dění své vlastní přínosy, na nichž mu záleží a jimiž vyjadřuje svébytnost původce vlastních činů.

Autoregulace se ocitá v protikladu ke vnějšímu řízení, vyvíjí se z vnější regulace - z řízení druhou osobou, ovšem pouze za určitých podmínek, jejich zabezpečování je důležitým úkolem uplatňování osobnostních zřetelů ve vztahu k žákům. Jinými slovy pedagog, dbalý své odpovědnosti za osobní rozvoj žáka, řídí jeho aktivity tak, aby se jeho řízení stávalo podnětem a nástrojem, inspirací a nabídnutou metodou samostatného sebeřízení žáka.

Autoregulace se konkrétně realizuje např. :

- v tvorbě **metakognitivních strategií**
- v tvorbě **postupů učit se, jak se učit**
- vytváření **sebehodnotících** kompetencí neboli dokázat hodnotit sám sebe tak, abych byl maximálně nezávislý na hodnocení druhým člověkem konkrétně učitelem
- vytváření **seberozvojových** programů oslabujících závislost na vnějším vedení apod.

I když k autoreglativním postupům dochází v procesu činností, které mohou být navzájem odlišné (viz výše), jsou hledány určité společné atributy, které zabezpečují vztah jedince k úkolu, připravenost a rozvoj jeho osobnosti.

Výsledky šetření v rámci specifického výzkumu „Učící se objekt na prahu 21. století“<sup>19</sup> naznačily, že mezi tyto činitele lze zahrnout např. žákovu vědomost o kognici a učebním stylu, vědomost o sobě, vědomost o vnitřním a vnějším kontextu a jejich interagování, vědomost o nejistotě, neporozumění, chybě, frustraci a reakci na ně, o zodpovědnosti, samostatnosti, vůli či motivaci začít, pokračovat nebo dokončit úkol. Komplexní pojetí osobnostní a kognitivní součinnosti těchto činitelů otevírá prostor pro jejich další interpretaci.

Je výrazem pedagogické kompetence učitele, že u každého dítěte nachází jeho individualitě odpovídající možnosti sebevyjádření a sebeuplatnění. Pakliže se objeví ve třídě například dítě s chronickým onemocněním, učitel by měl být schopen využívat diagnostiky žáků, vzhledem k tomu, že s dětmi tráví denně většinu času. V případě poznávání a studijních návyků lze využít například dotazníků učebních stylů. Tuto metodu jsme použili v našem empirickém šetření.

---

<sup>19</sup> srov. KRYKORKOVÁ a kol. *Metakognice a autoregulace – jedna z možností rozvoje učební kompetence žáků*. Praha : FF UK, 2008. reg. č. 224 135.

## II. Empirická část

### 1. Koncipování vlastního výzkumu

#### 1.1. Vymezení výzkumného problému

V současné době se s otázkami školního výkonu a klasifikace, resp. hodnocení žáků uvádí do úzké souvislosti i problematika učebních stylů žáků. Vzhledem k výše nastíněné problematice v teoretické části se zaměříme na zjištění předpokládaných charakteristik u dětí s chronickým onemocněním v souvislosti se styly učení.

Pojmové vymezení:

**Styly učení** – Problematika stylů učení je jako diagnosticko-didaktický problém velmi mladá. Velký rozvoj ve světě sledujeme až od konce 70. let 20. století. Psychologie považuje za nejpodstatnější komponentu učebního stylu styl kognitivní, tj. postup, strategie v oblasti poznávání a řešení problémů. Diagnostika učebních stylů je různorodá a vede k různorodé klasifikaci individuálních učebních stylů. Jsou to takové postupy, které člověk používá v určitém období života v učebních situacích, do jisté míry jsou nezávislé na obsahu učení, vznikají na vrozeném základě a rozvíjejí se spolupůsobením vnitřních a vnějších vlivů.

#### 1.2. Charakteristika a cíl empirického šetření

Na základě teoretického zpracování dané problematiky je cílem zjistit:

- zda lze u žáků s chronickým onemocněním vysledovat určité typické znaky v přístupu k učení a v učebním stylu

Cílem projektu je nahlédnutí do vztahů osobnosti dětí (žáků), jejich chronickým onemocněním a styly učení.

V návaznosti na teoretické zpracování dané problematiky docházíme k několika úvahám:

- Zda to, že se dítě učí dodržovat pravidla a povinnosti již od raného věku, postupně je zvnitřňuje a zvyká si na zodpovědnost sám za sebe, má pozitivní vliv na lepší přizpůsobení školním povinnostem, požadavkům a nárokům proti ostatním „zdravým“ dětem. Po přechodu do školy tak snadněji přebírá odpovědnost za své jednání, inklinuje k větší disciplíně, sebekontrolě a sebekázni, ale také samostatnosti ve školních činnostech.
- Dítě s chronickým onemocněním má lepší předpoklady pro rozvoj autoregulace, vytváření sebehodnotících kompetencí, seberozvojových programů a učebních kompetencí, dovede lépe zvládat metakognitivní strategie.
- Dítě s chronickým onemocněním je častěji nemocné, což vede k vyšší absenci. To může následně zapříčinit snadnější vznik úzkosti či stresu z očekávání případného neúspěchu či konkrétního selhání žáka po návratu do školy. Zvýšená úzkostnost a sebekázeň tak může vést ke zvýšené sebekritičnosti a zvyšovat úsilí o školní známky, což se projevuje například akcentací domácí přípravy.

V dlouhodobější perspektivě spatřujeme cíl empirického projektu v přínosu poznatků této problematiky nejen pro pedagogy pro využití v praxi, ale i pro rodiče a žáky samotné, kteří tak budou mít lepší možnost reflexe a sebereflexe v kontextu učení. Domníváme se, že učitel, který si osvojí bližší znalosti z problematiky přístupu k učení, studijních návyků a efektivity učení u dětí s chronickým onemocněním, získá velmi zajímavý a užitečný pohled na svého žáka a dovede tak k němu zasvěceněji přistupovat.

### **1.3. Realizace výzkumu**

Empirické šetření proběhlo ve 2. pololetí školního roku 2008/2009 na II. stupni Základní školy a mateřské školy Praha 5 - Smíchov, U Santošky 1/1007 v Praze. Na vyhodnocení a zpracování výzkumu se podílela PhDr. Hana Krykorková, CSc.

## 2. Metodologický přístup

### 2.1. Výzkumné hypotézy

Styly učení jsou vnitřní proměnnou, jejíž poznání je obtížně dostupné jak pro aktéra samotného, tak pro lidi, kteří ho obklopují, konkrétně učitele. Tyto styly mají více úrovní, je tedy třeba je zkoumat z více hledisek.

V naší práci jsme došli k závěru, že vzhledem k problematice, kterou se v našem empirickém výzkumu zabýváme, by použití hypotéz mohlo být limitujícím faktorem, jelikož předpokládáme možné vzájemné vazby mezi větším množstvím proměnných. Snažíme se tedy hypotézy rozdělit na hlavní a dílčí, přičemž dílčí hypotézy se snažíme vyhodnotit v rámci kvalitativní interpretace.

V návaznosti na teoretickou část této práce jsme formulovali hypotézy, jejichž stěžejním cílem bylo zjistit:

- do jaké míry má chronické onemocnění vliv na styl učení žáka

***H 1 Žáci s chronickým onemocněním se budou nacházet z hlediska stylu učení s dobrými pozitivními charakteristikami v oblasti slabého nadprůměru a nadprůměru.***

***h 1 Žáci s chronickým onemocněním budou vykazovat styl učení zaměřený na plánování, systematickost v učení a strategický přístup.***

Vzhledem k velmi častým absencím jsou žáci s chronickým onemocněním odsouzeni k častému učení především doma a nejsou v častém kontaktu s učitelem, což má určitý vliv na způsobilost učení, a vykazují určité poznávací nedostatky.

***h 2 Žáci s chronickým onemocněním budou v rámci učebního stylu vykazovat větší výskyt určitých poznávacích nedostatků, jako je zvýšené neporozumění a učení zpaměti.***

## 2.2. Popis výzkumného vzorku

Základním souborem výzkumu byli žáci II. stupně Základní školy a mateřské školy Praha 5 - Smíchov, U Santošky 1/1007, respektive žáci 6., 7., 8. a 9. tříd. Výzkum proběhl ve 2. pololetí školního roku 2008/2009. Jednalo se o základní školu se ŠVP a vzdělávacím programem Základní škola zaměřeným na ekologii, s důrazem na využití volného času dětí.

Vzorek, na kterém byl výzkum realizován, byl vytvořen záměrným výběrem, takže velikost vzorku bylo 39 žáků s chronickým onemocněním. Do našeho projektu jsme zařadili všechny žáky výše jmenovaných tříd v celkovém počtu 99 žáků. Následně jsme z celkového počtu získali 39 žáků s chronickým onemocněním. Jednalo se o běžné třídy.

## 2.3. Metody a techniky zkoumání

Pro sběr výzkumných údajů byl použit dotazník zjišťující styly učení z archivu PhDr. Hany Krykorkové, CSc.

### 2.3.1. Dotazník SU

Dotazník SU je v pedagogicko-psychologické diagnostice zařazován mezi dotazníky zjišťující učební styly žáků. Dotazník je určen žákům základních škol.

Obsahuje 21 položek, které zjišťují proměnné v oblastech zapamatování, soustředěnost, systematičnost a porozumění. Dotazník je především orientační a poskytuje učitelům výchozí údaje pro identifikaci učebního problému, rozhovor se žákem a následnou nápravu.

Administrace dotazníků SU probíhá následovně – zkoumaná osoba čte v testovacím archu otázky týkající se oblasti učení a studijních návyků a do záznamového listu vždy udělá křížek do patřičného čtverečku. Volí vždy odpověď „ano“ nebo „ne“. Vyhodnocování probíhá tak, že examinátor čte čísla otázek, u kterých je odpověď „ano“ za jeden bod, následně čte čísla otázek, u kterých je odpověď „ne“ za jeden bod. Respondenti zakroužkují křížek pouze v případě, že odpověděli „ano“ respektive na druhou sadu otázek „ne“.

Následně si respondent sečte celkový počet zakroužkovaných křížků a tento počet zaznamenává na řádek nadepsaný „celkem bodů“.

Pro naši potřebu jsme zařadili jednu otázku na zjištění případného chronického onemocnění. Dotazník má v konečné verzi 22 otázek. Modifikovali jsme také jednu z otázek, konkrétně otázku č. 6. Výsledný dotazník uvádíme v příloze č. 1.

### 3. Zpracování výstupů výzkumu

Použitou výzkumnou technikou jsme shromáždili základní údaje.

Zpracování a utřídění dat bylo provedeno na základě vyhodnocení dotazníků (viz příloha č.2). Kvalitativní analýzou jsme se pokusili proniknout do hlubších souvislostí mezi proměnnými a zaměřili se na zjištěné charakteristiky ve stylech učení zkoumaných žáků.

V návaznosti na kvalitativní analýzu jsme nastínili možnosti nápravy a zaměřili jsme se na rozvojetvorné prvky v procesu učení žáků s chronickým onemocněním.

#### 3.1. Interpretace výsledků výzkumu ve vztahu ke stanoveným hypotézám

Po shromáždění základních údajů z dotazníků jsme přistoupili k jejich vyhodnocení. Respondenty jsme roztřídili do skupin podle celkového počtu bodů, kterého dosáhli. Maximální počet, kterého mohl respondent dosáhnout, bylo 21 bodů. (viz příloha č. 2.)

Výsledky jsme interpretovali následujícím způsobem: Ocitá-li se například žák v bodovém pásmu slabého nadprůměru či nadprůměru, lze usuzovat, že jeho styl učení se bude vyznačovat *pozitivními* charakteristikami podporujícími učení. Styl učení bude zaměřen např. na strategický přístup, učení do hloubky, systematičnost v učení, reflektování, porozumění, plánování.

Naopak žák s výsledky v bodovém pásmu podprůměru se bude pravděpodobně vykazovat stylem učení zaměřeným na reprodukování učiva, povrchní přístup, nesystematičnost apod.

V rámci vyhodnocování jsme se zabývali i četností odpovědí na konkrétní otázky z dotazníku, tak jak na ně jednotliví žáci odpovídali. Tento krok nám pomohl při následné kvalitativní analýze konkrétních položek, která nám odhalila určité charakteristiky v učebním stylu žáků. V příloze č. 1 uvádíme dotazník s konkrétními otázkami, na které budeme v průběhu interpretace výsledků odkazovat, v příloze č. 3 uvádíme tabulku četností odpovědí na jednotlivé otázky.

***H1 Žáci s chronickým onemocněním se budou nacházet z hlediska stylu učení s dobrými pozitivními charakteristikami v oblasti slabého nadprůměru a nadprůměru.***

Tato hypotéza nebyla potvrzena, z celkového počtu žáků s chronickým onemocněním se nacházelo 33,3% žáků v oblasti *slabého nadprůměru* a 5,13% v oblasti *nadprůměru*. Zbýlých 61,57% spadalo do oblasti *průměru* a *podprůměru*. (viz příloha č. 2 tab. č. 2)

***h1 Žáci s chronickým onemocněním budou vykazovat styl učení zaměřený na plánování, systematicčnost v učení a strategický přístup.***

Hypotéza se potvrdila, dalo by se říci, že učební styl žáků s chronickým onemocněním je zaměřen na organizaci učiva, systematicčnost a plánování. Na toto zjištění upozorňují položky č. 1, 12, 17 (viz příloha č. 3)

***h2 Žáci s chronickým onemocněním budou v rámci učebního stylu vykazovat větší výskyt určitých poznávacích nedostatků, jako je zvýšené neporozumění a učení z paměti.***

Hypotéza se potvrdila, došli jsme ke zjištění, že žáci s chronickým onemocněním vykazují určité poznávací nedostatky.

Ve stylech učení se objevují tendence učit se látku nazpaměť, žáci často látku memorují, aniž by dané látce rozuměli do hloubky. Na tento fakt upozorňují zejména položka č. 3 (viz příloha č.3). Tento fakt bychom mohli vysvětlit tím, že děti nejsou často v kontaktu s učitelem a látku studují doma bez řádného výkladu, nemohou se tak na případné souvislosti zeptat a podobně. Dítě se snaží porozumět učivu, ovšem schází mu určité strategie a postupy, jak si učivo začlenit do systému poznatků.

Překvapilo nás zjištění, že se ve značné míře ve stylu učení objevily odpovědi poukazující na možnou sníženou schopnost koncentrace a soustředění (viz položka č. 18 odpověď „ano“ uvedlo 30 respondentů, tedy téměř 80% ).

### 3.2. Možnosti nápravy

Učitel by si měl být vědom určitých charakteristik ve stylu učení svých žáků a umět využít určitých znaků prostředí, které podporují učení. Má tak ve své praxi možnosti nápravy určitých nedostatků pomocí tzv. rozvojetvorných prvků procesu učení. Mezi tyto prvky řadíme např. kladení otázek, plánování, diskutování, kontext, dohled nad pochopením instrukce, učení spoluprací apod. Vzhledem k tomu, že jsme se v teoretické části zabývali oblastmi metakognice a autoregulace učení, budeme hledat zdroje možností nápravy právě v těchto oblastech.

Aktuálnost a modernost metakognice je spatřována především v možnosti lépe a účelněji se orientovat v rychle se měnícím světě a v přísunu nových informací a poznatků. Od školy se proto očekává, že žák za přispění aktivace metakognitivních postupů bude připraven o něco lépe do složitého světa poznání, že procesy osvojování a učení se stanou zároveň procesy smysluplnými umožňujícími snazší porozumění. Metakognitivně koncipovaná výuka se tak musí řídit určitými zásadami. Mareš (1998) např. předkládá učitelské veřejnosti 14 zásad metakognitivně koncipované výuky P. R. J. Simonse.<sup>20</sup>

**1. Zásada procesuálnosti:** Důraz by měl být položen spíše na učební činnosti, na učební procesy než na výsledky učení.

**2. Zásada reflektivnosti:** Učení by se mělo stát pro žáky samo o sobě „tématem“ k učení. Žákům je třeba pomáhat, aby si uvědomovali strategie učení, které používají, aby se zamýšleli nad svými autoregulačními dovednostmi, aby přemýšleli nad vztahem mezi svými učebními strategiemi a svou dovedností dosahovat učebních cílů.

**3. Zásada afektivnosti:** Pro učení je klíčový vzájemný vztah mezi kognitivními, metakognitivními a afektivními stránkami učení. To znamená, že učení není jen poznávání, ale žák své učení také prožívá, musí mít možnost najít si k učení svůj osobní vztah).

**4. Zásada funkcionálnosti:** Žák by si měl stále uvědomovat, jakou funkci mají a k čemu se dají použít znalosti a dovednosti, kterým se učí.

**5. Zásada přenosu a zobecnění:** učitelé i žáci by měli usilovat o to, aby součástí učení byl přenos (transfer) naučeného a zobecňování naučeného. Lze dosáhnout, pokud se bude učení nacvičovat v různých kontextech – nikoli izolovaně.

**6. Zásada kontextovosti:** Žákovské strategie učení a autoregulační dovednosti se musejí pravidelně nacvičovat. Na to je potřeba vyčlenit dostatečný časový prostor a vytvořit podmínky, aby nacvičování probíhalo v širším kontextu.

<sup>20</sup> srov. MAREŠ, J. *Styly učení žáků a studentů*. Praha : Portál, 1998, s. 170

**7. Zásada autodiagnostiky:** Žáci by měli být vedeni k autodiagnostice a být cvičeni v tom, jak oni sami mohou diagnostikovat, kontrolovat, korigovat a řídit své vlastní učení.

**8. Zásada aktivity:** Výuka by měla být koncipována tak, aby optimálně vyvažovala kvalitu a kvantitu žákova učení.

**9. Zásada odpovědnosti:** Postupné přenášení odpovědnosti za průběh a výsledky učení na žáky samé.

**10. Zásada supervize:** U mladších žáků by měl být kladen zvláštní důraz na dobré vztahy mezi dětmi a rodiči, příp. dalšími dospělými osobami. To proto, že počáteční žákovské pokusy o autoregulaci učení musí probíhat pod citlivým dohledem dospělých.

**11. Zásada spolupráce:** Pro rozvoj metakognice je nezbytná spolupráce a diskuze mezi žáky.

**12. Zásada náročných cílů:** Preferování takových cílů učení, které se vyznačují vysokou kognitivní náročností. Vyžadují totiž ke svému splnění hloubkové kognitivní procesy.

**13. Zásada návaznosti na prekoncepce:** Nové učivo se žák snadněji naučí tehdy, když vhodně navazuje na jeho dosavadní znalosti a jeho prekoncepce učiva.

**14. Zásada žakovského pojetí učení:** Výuku je třeba koncipovat s ohledem na aktuální žakovská pojetí učení, která se ve třídě vyskytují.

V souvislosti s výše zmíněnými zásadami a strategiemi tak pedagogická psychologie a hlavně psychologie učení nashromáždily velké množství úkolových situací, u kterých byla prokázána efektivní a účinná cesta k vytvoření pozitivních návyků a kompetencí v procesu učení. Mezi znaky a prvky prostředí, které lze transformovat do metakognitivních postupů a nástrojů tak např. patří: kladení otázek, plánování, diskutování, mentální mapování, kontext, analýza chyby, poskytnutí pomoci, verbalizace učebního postupu, individuální vedení, hodnocení, respektování časových nároků, dohled nad pochopením instrukce a další.

V souvislosti se zjištěnými poznávacími nedostatky žáků s chronickým onemocněním uvádíme dva, u kterých se předpokládá, že patří mezi významné části kompetence učení. Pokládáme za užitečné jejich stručné vysvětlení při možném využití při nápravě poznávacích nedostatků u dětí s chronickým onemocněním. Jsou to: mentální mapování a poskytnutí pomoci.

## Mentální mapování

Je znázornění pojmů v jejich souvislostech, které se také nazývá mapování mysli (mind mapping). Pomáhá dětem zpřesnit jejich myšlení tím, že převádí verbální látku do podoby uchopitelné zrakovou pamětí. Mapování pomáhá dětem, aby si uspořádaly to, co už vědí, a aby si vytvořily nové způsoby nazírání.

Mentální mapování je systém tvorby poznámek, který spočívá v tvorbě tzv. mentálních (myšlenkových) map. Mentální mapa je nejnadhějším prostředkem jak ukládat informace do našeho mozku a jak z mozku informace získávat zpět – je tvůrčím a efektivním způsobem utváření poznámek, který doslova „mapuje“ naše úvahy. Dalo by se říci, že mentální mapa je organizačním nástrojem našeho mozku, zaměstnávající obě mozkové hemisféry, neboť se v nich uplatňuje zobrazení, barva a představivost (oblast pravé mozkové hemisféry) v kombinaci se slovy, čísly a logikou (levá mozková hemisféra). Mohou pomáhat v mnoha oblastech. Díky mentálním mapám se například:

- učíme lépe plánovat,
- rozvíjíme schopnost komunikace,
- lépe zvládáme problémy,
- lépe se koncentrujeme
- zlepšujeme svou organizační schopnost a myšlení,
- více si pamatujeme,
- rychleji a efektivněji se učíme

Mentální mapování může být mocnou pomůckou pro paměť, pro porozumění a pro vytváření pojmů. Pojmy jsou myšlenky, které nám uspořádávají svět tak, abychom mu rozuměli. Dítě se učí tak, že si pořádá informace a myšlenky do rámců a struktur svého chápání. Grafická znázornění a jiné strategie mentálního mapování pomáhají žákům vyjadřovat své myšlení v názorné podobě, zachycovat vztahy mezi poznatky a připojovat nové poznatky k dosavadním vědomostem. Mapování může mít řadu podob a lze jej využívat pro podporu učení v mnoha situacích. Mentální mapování se také může stát předmětem skupinové diskuze a prostředkem usnadňujícím učení spoluprací.

## Individuální vedení

Děti potřebují pomoc při uskutečňování svých možností myslet a učit se. Když se děti učí, jak se učit, potřebují vyučování, při kterém je jim poskytována i individuální pomoc. „Individuální vedení“ (kaučování) pomáhá vytvářet kognitivní struktury, které činí z vyučování učení. Individuální vedení označuje soubor strategií, které napomáhají učení a chrání před pojmovým zmatením žáků. Vytváří podmínky pro „kognitivní učení“, k němuž patří kladení optimálních nároků, nacházení smysluplných souvislostí a pomoc při plnění učebních úkolů. Ke způsobům, jak lze poskytovat pomoc v učení, patří otázky navozující soustředění a schopnost sledovat myšlenky, vzájemné učení, shrnování, vysvětlování, předvádění a kladná zpětná vazba. Úspěch v individuálním vedení nezávisí na jednotlivé metodě, nýbrž na celém souboru přístupů, které spojují témata kurikula (učivo) a obecné kognitivní cíle a vycházejí vstříc různým potřebám a učebním stylům žáků. Konečným cílem učitele v individuálním vedení je vychovat samostatné žáky, kteří jsou schopni vést sebe i druhé.

### 3.2. Závěr

Snahou našeho empirického šetření bylo nalézt charakteristické prvky v oblasti učebních stylů žáků s chronickým onemocněním.

V této práci jsme proto výzkumné šetření pojali jako pouhý vstup do této problematiky, mající za cíl, aby učitelé začali více uvažovat o procesu učení z hlediska učebních stylů jednotlivých žáků a jejich diagnostiky. Jsme si vědomi, že výzkumná metoda dotazníku stylu učení není „všemocná“. Volili jsme ji z důvodu, že získat a vyhodnotit data lze v relativně krátkém čase a zadavatel, resp. učitel tak záhy získává určitou počáteční informaci, se kterou může následně pracovat.

V našem výzkumu jsme díky omezeným možnostem sledovali žáky s chronickým onemocněním jako jednu skupinu, tzn. že jsme nerozlišovali např. mezi žáky s astmatem, žáky s diabetem, žáky s alergií apod. Jsme toho názoru, že hlubší analýze problematiky by napomohlo např. rozdělení žáků dle jednotlivých chronických onemocnění a větší počet

respondentů. Zjištěné výsledky a případné možnosti nápravy by pak učitel mohl přímo „ušít na míru“ té které skupině žáků, resp. žákovi s daným chronickým onemocněním v jeho třídě.

Pokusili jsme se o vhléd do problematiky osobnosti dítěte s chronickým onemocněním v kontextu současných přínosů z oblasti pedagogické psychologie a psychologie učení.

Jsme si vědomi poměrně malého empirického významu empirické části práce, hlavním cílem však bylo zaměřit se na skupinu dětí s chronickým onemocněním, u kterých se objevuje tendence výskytu určitých charakteristických prvků v rámci učebních stylů. Dalo by se říci, že učební styl žáků s chronickým onemocněním je zaměřen na organizaci učiva, systematickosti a plánování, objevuje se však tendence učit se látku nazpaměť, žáci často látku memorují, aniž by dané látce rozuměli do hloubky, v těchto oblastech je zapotřebí hledat možnosti nápravy.

## Závěr

V poslední době se výskyt chronických onemocnění v naší populaci výrazně zvyšuje. Často se v souvislosti s mnohými z nich hovoří o takzvaných civilizačních chorobách. Tato onemocnění mohou být zdravotně více či méně závažná, vždy však výrazně zasahují do života jedince, do jeho možnosti vzdělávání, získávání zkušeností i do jeho soukromého života. V posledních letech výrazně stoupá i počet dětí s chronickým onemocněním.

Smyslem předloženého textu bylo přiblížit čtenáři problematiku dětí s chronickým onemocněním v prostředí školy.

V teoretické části jsme definovali pojem chronického onemocnění a nastínili klasifikaci chronických onemocnění a jejich charakteristiky, zabývali jsme se vlivem onemocnění na psychiku dítěte a specifiky, která jsou spojena s chronickým onemocněním žáka v prostředí školy. Následně jsme se zaměřili na problematiku osobnosti žáka s chronickým onemocněním v kontextu poznávání a učení.

V empirické části jsme se zabývali konkrétním problémem – zda vstupuje chronické onemocnění do výchovně-vzdělávacího procesu jako pozitivní prvek a zda lze u žáků s chronickým onemocněním vysledovat určité charakteristiky v učebním stylu.

Hlavní myšlenkou předloženého textu bylo přiblížit čtenáři témata a problematiku, které jsou spjaté s chronickými onemocněními dětí.

Práce je zároveň koncipována jako úvod do problematiky osobnosti dítěte s chronickým onemocněním, která je dozajista velmi zajímavá a zasloužila by hlubší rozpracování. Zároveň se snažíme učitele upozornit na to, jaké nepřeborné možnosti dřímají v poznávání a diagnostice jejich žáků.

## Seznam literatury

BUZAN, T. *Mentální mapování*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-200-3.

ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha : UK, 1993. ISBN 80-7066-534-3.

DITTRICH, P. *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. Jinočany : H&H, 1993. ISBN 80-85467-06-2.

FISCHER, R. *Učíme děti myslet a učit se*. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-120-7.

FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-062-4.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-888-0.

HELUS, Z., PAVELKOVÁ, I. Vedení žáků ke vzdělávací autoregulaci a humanizaci školy. *Pedagogika*, 1992, roč. XLII, č. 2, s. 197- 206. ISSN 3330-3815.

HELUS, Z.; HRABAL, VL.; KULIČ, V.; MAREŠ, J. *Psychologie školní úspěšnosti*. Praha : SPN, 1979.

HRABAL, VL., st., HRABAL, V., ml. *Pedagogickopsychologická diagnostika žáka s úvodem do diagnostické aplikace statistiky*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0319-5.

KOPECKÝ, A. *Cukrovka u dětí a mladistvých*. Praha : Avicenum, 1986. ISBN 08-019-86.

KRYKORKOVÁ, H., CHVÁL, M. Rozvoj metakognice - cesta k hodnotnějšímu poznání. *Pedagogika*, 2001, roč. LI, č.2, s. 185-196. ISSN 3330-3815.

KRYKORKOVÁ a kol. *Metakognice a autoregulace – jedna z možností rozvoje učební kompetence žáků*. Praha : FF UK, 2008. reg. č. 224 135.

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

KULIČ, V. *Psychologie řízeného učení*. Praha : Academia, 1992. ISBN 80-200-0447-5.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.

LETOCHA, V. Diabetické dítě ve škole. In *Cukrovky se nebojíme 2000: sborník příspěvků*. Praha : Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2000, s. 73.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MAREŠ, J. *Styly učení žáků a studentů*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-246-7.

MAREŠ, J., PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha : UK - Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-569-8.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-512-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha : UK - Karolinum, 2002. ISBN 70-246-0181-8.

VÁGNEROVÁ, M., a kol. *Psychologie handicapu*. Praha : UK - Karolinum, 1999. ISBN 80-7178-929-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VECHETOVÁ, J. Edukace učitelů v problematice náhlých poruch zdraví. [online]. [cit.4.09.2008] Dostupné na WWW:<<http://epedagog.upol.cz/eped3.2002/index.htm>>.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-159-2

ZÁMEČNÍKOVÁ, D. Žák s chronickým onemocněním ve škole. [online]. [cit.14.02.2009]. Dostupný na WWW:<<http://svp.muni.cz/ukazat.php?docId=368>>

## **Seznam příloh:**

**Příloha č. 1 – Dotazník SU**

**Příloha č. 2 – Tabulka bodového vyhodnocení dotazníků SU**

**Příloha č. 3 – Tabulka četností odpovědí na jednotlivé otázky z dotazníku**

## Příloha č. 1. – Dotazník SU

	Jméno:	Třída:	ANO	NE
1.	Napadnou Tě v průběhu hodiny nebo samostatné četby otázky, které by svědčily o tom, že o přednášené nebo čtené problematice přemýšlíš?			
2.	Žádáš, aby ti byly vysvětleny věci, které bys při určitém úsilí mohl sám pochopit?			
3.	Vyskytují se u tebe případy, že něco „nabifluješ“ aniž tomu rozumíš?			
4.	Když se učíš z učebnice, vyhledáváš někdy z vlastní iniciativy nějaké pomocné prameny, abys lépe pronikl do učiva?			
5.	Když píšeš referát, spokojíš se s tím, že pasivně interpretuješ obsah přečteného?			
6.	Máš ve zvyku bavit se s kamarády o tom, jakým způsobem studují?			
7.	Pročítáš si poznámky z vyučování ještě tentýž den?			
8.	Trvá ti dlouho než se pustíš do studia?			
9.	Nasazuješ rychlé tempo práce až den před stanoveným termínem odevzdání?			
10.	Když odcházíš z domu, bereš si s sebou nějaký materiál, abys mohl číst nebo si něco opakovat např. za jízdy v autobuse, po dobu, kdy někde čekáš a podobně?			
11.	Ztrácíš mnoho času tím, že dobrovolně posloucháš povídání, nebo tím, že sám povídáš?			
12.	Máš ve svých knihách a poznámkách nepořádek, takže musíš stále něco hledat?			
13.	Máš nějaký systém opakování učiva, který by zabraňoval rychlému zapomínání?			
14.	Provádíš přípravu do školy podle předem stanoveného plánu?			
15.	Daří se ti tento plán dodržovat?			
16.	Když se učíš, stává se ti, že musíš od učení často vstávat, protože nemáš po ruce vše potřebné?			
17.	Opakuješ si nakonec z paměti to, o čem jsi přesvědčen, že ses právě naučil?			
18.	Stává se ti často, že při učení zjistíš, že přemýšlíš o něčem úplně jiném?			
19.	Máš pocit, že ztrácíš mnoho času, který bys při dobré vůli mohl lépe využít jak na práci tak na zábavu?			
20.	Přečteš za jednu minutu alespoň 250-300 slov?			
21.	Myslíš si, že se umíš správně učit?			
22.	Máš nějakou z těchto věcí? Alergie, astma, ekzém, cukrovka ?			
<b>CELKEM BODŮ:</b>				

**Příloha č. 2. – Tabulka bodového vyhodnocení dotazníků SU**

<b>Bodové rozhraní</b>	<b>Počet žáků v %</b>
<b>16 -21 bodů</b> nadprůměr	5,13
<b>11 – 15 bodů</b> slabý nadprůměr	33,33
<b>10 bodů</b> průměr	12,82
<b>0 - 9 bodů</b> podprůměr	48,72
<b>celkem</b>	100

**Příloha č. 3. – Tabulka četností odpovědí na jednotlivé otázky z dotazníku SU**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	A	A	n	n	n	n	A	A	A	n	A	n	A	n	n	A	A	A	A	n	A
2	n	n	A	A	n	n	n	A	A	A	A	A	n	n	n	A	A	n	n	n	n
3	A	A	n	n	n	n	A	n	n	A	n	n	A	n	A	n	A	A	A	n	A
4	A	A	n	n	n	n	A	n	n	n	A	n	A	n	n	A	A	A	A	n	A
5	A	A	A	A	n	A	A	n	n	n	n	n	A	A	A	A	A	A	n	n	A
6	A	A	n	A	A	A	A	n	n	n	A	n	A	A	A	n	A	n	n	n	A
7	n	A	A	A	A	A	A	n	A	A	A	n	A	A	A	A	A	A	A	n	n
8	n	A	n	n	n	A	n	n	n	n	n	n	A	A	A	A	A	A	n	A	
9	A	A	n	A	A	n	A	n	A	A	n	A	A	A	A	n	A	A	n	n	A
10	n	A	n	A	n	n	n	A	A	n	n	n	A	A	A	n	A	n	A	n	A
11	A	n	n	A	A	n	A	n	n	n	n	n	n	A	A	n	A	n	n	A	A
12	n	A	A	n	A	n	n	A	n	n	n	n	A	n	n	n	A	n	A	n	A
13	A	A	A	A	A	A	n	A	A	A	A	n	A	A	A	n	A	A	A	A	A
14	A	A	n	A	A	n	A	A	A	A	n	n	n	A	A	n	A	A	A	A	n
15	n	A	A	A	A	n	A	A	n	n	A	n	A	A	n	A	A	A	n	A	n
16	A	A	n	A	n	A	A	n	n	n	n	A	n	n	n	n	A	n	A	A	A
17	A	n	A	A	n	n	A	A	A	n	A	A	A	n	A	A	A	A	A	n	n
18	A	n	A	n	n	n	n	A	n	A	n	n	n	A	n	A	A	n	n	A	n
19	A	n	A	n	n	n	n	A	A	n	n	n	A	n	A	A	A	A	n	n	A
20	A	A	A	n	n	n	A	A	A	n	A	A	n	A	n	A	A	A	n	A	n
21	A	A	A	n	n	n	A	n	n	A	A	n	n	A	n	A	A	A	A	n	n
22	A	A	A	n	A	A	n	A	A	n	n	n	n	A	n	A	A	n	A	n	n
23	n	n	A	A	n	n	A	n	n	n	A	n	A	A	A	A	A	n	n	A	
24	A	A	A	A	A	n	n	n	n	n	n	n	n	A	A	A	A	n	A	n	A
25	n	A	n	n	n	A	n	A	n	A	n	A	A	n	n	A	A	A	A	n	n
26	n	n	A	A	n	A	A	A	A	A	A	n	A	n	n	n	A	A	A	n	A
27	A	A	A	A	A	n	n	A	A	n	A	n	n	A	A	A	A	A	A	A	A
28	A	A	A	A	n	n	n	A	A	n	n	n	n	n	n	n	n	A	A	A	A
29	A	A	A	A	n	n	A	A	A	A	A	n	n	n	n	n	A	A	A	A	n
30	A	A	A	n	A	n	n	A	A	n	A	n	n	n	n	A	n	A	A	A	n
31	A	A	A	A	A	n	n	A	A	A	A	A	n	A	A	n	A	A	A	n	n
32	A	n	A	A	A	n	A	n	n	n	A	A	A	A	n	A	A	A	A	n	n
33	n	A	A	n	A	n	n	A	A	n	n	A	n	n	n	A	A	A	A	A	n
34	A	n	A	n	A	n	n	n	A	n	n	n	n	n	n	n	A	A	A	A	A
35	A	n	A	A	n	n	n	A	n	A	A	A	n	A	A	A	A	A	A	A	n
36	n	A	A	n	A	n	n	A	n	A	A	n	A	n	n	A	A	A	A	A	A
37	A	n	n	A	A	n	n	n	A	A	n	n	n	A	A	n	A	A	A	n	n
38	n	A	A	A	n	n	n	A	n	n	A	A	A	n	A	A	A	A	A	n	n
39	A	A	A	n	A	A	n	A	A	A	A	n	A	A	A	n	A	A	n	n	n
<b>A</b>	27	28	27	23	19	10	18	24	21	16	21	11	21	22	20	23	37	30	28	15	20
<b>n</b>	12	11	12	16	20	29	21	15	18	23	18	28	18	17	19	16	2	9	11	24	19
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

A = odpověď „ANO“

n = odpověď „NE“

Horní řádek představuje 21 dotazníkových otázek

Levý sloupec představuje jednotlivé žáky (1 – 39)

