

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra primární pedagogiky

Aneta Kampfová

III. ročník – prezenční studium

Obor : učitelství pro mateřské školy

**ADAPTAČNÍ PROCES U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU V RÁMCI
HOSPITALIZACE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce : doc. PhDr. Eva Šmelová, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedeníh pramenů a literatury.

V Brně dne 30. 3. 2010

.....

Děkuji doc. PhDr. Evě Šmelové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a za její podnětné připomínky. Děkuji také PaedDr. Janě Stěničkové – ředitelce a celému personálu Mateřské školy při Fakultní nemocnici Brno za vytvoření příznivého prostředí pro moji praxi a v neposlední řadě také dětem, se kterými jsem pracovala na praktické části bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	6
------------	---

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice základních pojmů.....	7
---	----------

1. 1 Zdraví.....	7
------------------	---

1. 2 Nemoc.....	8
-----------------	---

2 Specifika období dítěte předškolního věku a jeho potřeby.....	9
--	----------

2. 1 Základní potřeby dítěte	9
------------------------------------	---

2. 2 Charakteristika dítěte předškolního věku	12
---	----

3 Nemoc a její vliv na psychiku dítěte.....	16
--	-----------

3. 1 Dítě a nemoc	16
-------------------------	----

3. 2 Odraz nemoci na psychice dítěte	18
--	----

4 Dítě v podmínkách nemocnice.....	20
---	-----------

4. 1 Činitelé ovlivňující reakci dítěte na nemoc	21
--	----

4. 2 Negativní projevy doprovázející hospitalizaci	23
--	----

4. 2. 1 Hospitalizmus	23
-----------------------------	----

4. 2. 2 Psychická deprivace	24
-----------------------------------	----

4. 2. 3 Separace.....	24
-----------------------	----

4. 3 Charta práv hospitalizovaných dětí	25
---	----

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 Cíl a metodologie sondy	26
--	-----------

5. 1 Cíl výzkumu.....	26
-----------------------	----

5. 2 Postup pedagogické diagnostiky.....	26
--	----

5. 3 Popis použitých metod a technik	27
--	----

6 Specifika objektu zkoumání - mateřská škola při nemocnici	29
6. 1 Historie mateřské školy při fakultní nemocnici Brno.....	29
6. 2 Systém práce mateřské školy a její specifické odlišnosti	30
6. 3 Alternativy ve výchovně-vzdělávacím procesu mateřské školy.....	31
6. 3. 1 Herní terapie	31
6. 3. 2 Zdravotní klauni.....	32
7 Popis a vyhodnocení získaných dat	34
8 Diskuse a doporučení pro pedagogickou praxi	50
Závěr	51
Seznam použité literatury a pramenů	52
Seznam příloh	56
Anotace	

ÚVOD

Dlouhodobá nemoc je pro dítě jednou z nejtěžších překážek v jeho vývoji. Je nutné, aby se s ní vypořádalo co nejrychleji a bez zásadních následků. Zaměřuji se na prevenci změn v psychice, na jejich odstranění nebo zmírnění, pokud již nastaly. Velký význam při hospitalizaci mají činitelé, kteří ovlivňují reakci na nemoc, případně zmírňují její negativní projevy. Nedílnou součástí léčebného procesu je stimulující pedagogické prostředí. Učitel musí brát zřetel na individualitu, věk, onemocnění dítěte a podle toho přizpůsobovat výchovně-vzdělávací činnost. Zvláštností je úzká spolupráce s rodiči, kteří jsou v mateřské škole téměř neustále přítomni. Pravidelně jsou zařazovány alternativní metody a přístupy, na které musí být pedagog v nemocnici připraven. Všechna specifika se odráží ve školním a následně třídním vzdělávacím programu, který je podle nich upravován.

Cílem bakalářské práce v teoretické části je popsat vliv nemoci na celou psychiku dítěte. Dále charakterizovat možné negativní projevy při hospitalizaci (psychická deprivace, separace aj.) a popsat možné přístupy při jejich eliminaci. Pro srovnání uvádím stručnou charakteristiku zdravého dítěte předškolního věku.

V empirické části se práce zabývá mateřskou školou při nemocnici. Jejímí principy, záměry a specifiky. Na toto téma jsem se zaměřila převážně z odborného hlediska a snažila se do detailu vystihnout průběh podobného, i když z mnoha pohledů odlišného edukačního procesu. Cílem je vlastní pedagogická diagnostika dětí v oblasti adaptace, a to prostřednictvím pedagogické metody pozorování a techniky škálování. Na základě šetření vytvořit záznamové archy a popsat adaptační potíže, které se mohou vyskytnout při pobytu v nemocnici, zvládání stresových situací a navazování sociálního kontaktu s autoritou i vrstevníky. Problematika je zkoumána do hloubky a zabývá se doporučeními, které můžeme uplatnit při redukci těchto obtíží.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1. 1 Zdraví

H. M. Stellman¹ se ve své knize vrací k tvrzení antického lékaře Hippokrata, podle kterého bylo zdraví „*rovnováhou všech sil, které v člověku působí*“.

Podle WHO (Světové zdravotnické organizace) z roku 1946 je zdraví „*stav komplexní fyzické, mentální a sociální pohody a nesestavá se jen z absence nemoci nebo vady*“. Hlavními faktory ovlivňující zdraví jsou biologické vlivy (dědičnost, somatické dispozice aj.) a psychosociální faktory (styl výchovy, sociální postavení dítěte, životní zkušenosti apod.). K jeho udržení napomáhá zdravé prostředí, výživa, životní styl a včasná prevence nemocí.

M. Mečír² tvrdí, že : „*Zdravé dítě se přirozeně a duševně vyvíjí, jeho orgány plní své fyziologické úkoly ve prospěch celého organismu. Je odolné vůči škodlivým vlivům. Raduje se ze života, je zvědavé a připravené k rozvoji díky podnětům z prostředí a výchovy.*“

J. Wolf a kolektiv³ definují zdraví jako : „*harmonický vyvážený tělesný a duševní stav člověka, provázený pocitem spokojenosti, v němž je člověk subjektivně bez potíží a objektivně bez lékařského nálezu.*“

Již v dávné minulosti byla snaha o definování pojmu zdraví. Myslím si, že nelze jednoznačně stanovit význam tohoto pojmu. S vývojem společnosti docházelo ke změnám v pojetí člověka, také definice zdraví byla postupně specifikována a více

¹ STELLMANN, H. M. *Dětské nemoci a jejich přirozená léčba*. 1. vydání. Praha : Nový život, 1993. s. 7.

² MĚČÍŘ, M. *Pečujeme o nemocné dítě*. 1. vydání. Praha : Avicenum, 1988. s. 15.

³ WOLF, J. a kol. *ABC člověka*. 1. vydání. Praha : Orbis, 1977. s. 377.

konkretizována. V odborné literatuře je často zmiňována definice WHO, podle mého názoru se tím stala obecně přijatelnou.

1. 2 Nemoc

Hippokrates nemoc viděl jako významnou poruchu rovnováhy sil působících v člověku. Příčinou byla podle něho jednostranná zátěž sil člověka, která měla za následek poruchu vnitřní rovnováhy (Stellmann, 1993, s. 7).

Podle J. Wolfa⁴ je nemoc : „*porušení normálních harmonických vztahů jednotlivých funkcí organismu jako projev porušení rovnováhy mezi organismem a prostředím, na němž existence organismu závisí.*“

„*Poruchy a nemoci se zpravidla projeví na jedné části těla či orgánu, postihují však obvykle celý organismus a také mohou celý organismus ohrožovat. Je proto třeba léčit a chránit lidský organismus jako celek.*“⁵

Další definice říká, že se jedná o patologický stav těla nebo mysli, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho či více orgánů. Narušení rovnováhy organismu s prostředím způsobuje jeho anatomické a funkční změny (Kislinger a kol., 1994, s. 139 - 141).

Podle zmíněných definic je nemoc jakýmsi narušením interakce mezi všemi částmi organismu. Onemocnění vždy postihuje jedince komplexně. To znamená, že je zasažena nejen biologická složka osobnosti, ale ve velké míře také složka psychická a psychosociální. Každý vnímá nemoc a její důsledky odlišně.

⁴ WOLF, J. a kol. *ABC člověka*. 1. vydání. Praha : Orbis, 1977. s. 246.

⁵ SUCHÝ, J. a kol. *Biologie dítěte pro pedagogické fakulty*. 4. vydání. Praha : SPN, 1985. s. 5.

Lze konstatovat, že hranice mezi zdravým a nemocným jedincem není přesně ohraničena. Člověka, který má uspokojeny veškeré potřeby a je momentálně bez přítomnosti nemoci, nelze označit za zcela zdravého.

2 SPECIFIKA OBDOBÍ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU A JEHO POTŘEBY

Vývoj každého jedince probíhá trvale neboli kontinuálně, tedy neustále, bez přerušení a větších zvrátů od narození po smrt. Rozvoj schopností dítěte, ať už tělesných, psychických nebo sociálních, je rozdělen na určitá vývojová období. Ta jsou ovlivněna genetickými předpoklady a prostředím, hlavně působením rodiny a okolí. Všechna období jsou úzce propojena a navzájem spolu souvisí. Zdravý vývoj dítěte, jeho učení, získávání zkušeností, začlenění do společnosti, osvojování norem a pravidel chování se uskutečňuje v etapách. U těchto etap nelze přesně stanovit časová rozmezí, protože se musí brát v potaz specifika každého dítěte – jeho individuální schopnosti, dovednosti a vědomosti. Dítě je samostatnou osobností a vyvíjí se podle osobnostních odlišností. Každé vyniká v jiné oblasti a zajímá se o některé věci méně, některé více. Při rozvoji je také velmi důležitý vliv rodičů a pedagogů, což jsou činitelé, jejichž úkolem je podchycení a rozvíjení zájmu a pomoc tam, kde má dítě nějaký nedostatek, a to převážně uspokojováním jeho hlavních potřeb. K tomu napomáhá klidná, podnětná rodina, vytvářející pocit jistoty a bezpečí, ale také práce pedagogů v příjemném, motivujícím prostředí výchovných a vzdělávacích institucí.

2. 1 Základní potřeby dítěte

Aby se dítě vyvíjelo přirozeným způsobem, je důležité uspokojování a naplňování jeho potřeb. Zabezpečuje ho především rodina, jejímž úkolem je dbát o základní životní potřeby, ochranu zdraví, současně i o rozvoj schopností a zájmů. Potřebou⁶ „rozumíme subjektivně pocíťovaný nedostatek něčeho nezbytného. Při dlouhodobém nenaplnění potřeby nastupuje deprivace.“ Pyramidový model A. Maslowa, znázorňuje jejich vývoj tak, jak je přináší ontogenetický rozvoj jedince.

⁶ Wikipedie. Otevřená encyklopedie [online]. [cit. 2010-01-10]. Dostupné na WWW : http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavn%C3%AD_strana.

Jedná se o jakousi hierarchii, kdy musí být uspokojena nižší úroveň, aby se mohlo přejít na další a neztrácela se motivace.



Model základních potřeb jedince dle A. Maslowa

(Metodický portál RVP PV, 2010)

Základní životně důležité potřeby charakterizovali také J. Langmeier a Z. Matějček⁷ a shrnuli je do pěti základních.

První je potřeba dostatečného přísunu podnětů. Dítě vyžaduje neustálou stimulaci a podnětnou nabídku pro svůj rozvoj.

Druhou je potřeba smysluplnosti světa. Zkvalitnění získávání nových zkušeností a schopností tkví ve správném organizování, stanoveném řádu a logickém uspořádání. Jako třetí zmiňují potřebu jistoty. Je uspokojována při vztahu k dospělému. Dítě umí předpokládat jeho reakci a dokáže se s ní vypořádat.

Čtvrtou je potřeba vlastní identity, kdy si vytváří představu o sobě podle toho, jak je přijímáno okolím, jak jsou hodnoceny jeho projevy. Utváření identity je důležité v navazování pozdějších vztahů.

⁷ MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vydání. Praha : Portál, 2008. s. 49.

Potřeba otevřené budoucnosti je poslední a neméně důležitou potřebou. Je uspokojena získáním postavení, sociální role ve společnosti a osvojením jejich základních norem.

2. 2 Charakteristika dítěte předškolního věku

Období předškolního věku začíná třetím rokem života a bývá zpravidla ukončeno nástupem do školy, tedy trvá do šesti případně sedmi let. Z. Matějček⁸ uvádí, že : „*Jde vskutku o významnou vývojovou etapu v životě dítěte. Označení předškolní může naznačovat, že by celé toto období mělo být jen přípravou na školu. Jsou tu ale i úkoly a potřeby tomuto období vlastní, které nemají být zanedbány, má-li se dítě vyvíjet zdravě a společnosti k užitku.*“ Předškolní věk je charakterizován rozsáhlými změnami tělesných a pohybových funkcí, změnami v kognitivních procesech, v sociálním a mravním vývoji. Velkou změnou prochází také vývoj osobnosti dítěte. Mezi hlavní potřeby patří aktivita, ale také poznávání sebe sama a vlastní prosazení.

Dochází ke změnám v **motorickém vývoji**, které jsou však méně nápadné než v předcházejících obdobích, ale přesto velmi významné. Celkově se rozvíjí jemná i hrubá motorika a zlepšuje se pohybová koordinace. Začínají se utvářet základy sportovních činností. Před nástupem do školy se objevují nápadnější individuální rozdíly mezi dětmi. Dochází k první strukturální změně postavy, při které se děti vytahují a ztrácí baculatost. Dle M. Gregora⁹ „*je růst dítěte zrcadlem jeho zdraví. Je výsledkem působení genetických faktorů, jeho výživy, nemocí a dalších vlivů prostředí.*“ Také míra pohybové aktivity má velký vliv. Přiměřený pohyb podporuje růst, nadměrná fyzická zátěž ho naopak tlumí. Jemná motorika se odráží hlavně v manipulaci s předměty, hře a sebeobslužných činnostech, postupně se vyhraňuje laterálníta.

⁸ MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1996. s. 47.

⁹ GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. s. 53.

Grafický projev navazuje na obsažnou čáranici batolete. Dítě dokáže napodobit různý směr čar (horizontální, vertikální, kruhový). V pátém roce je schopno napodobit čtverec a na konci období trojúhelník. Důležitou činností stále zůstává kresba, která se neustále vyvíjí. Postavu člověka nejprve znázorňuje jako tzv. hlavonožce. Kresba pětiletého dítěte už odpovídá původní představě, znázorněná postava má už všechny detaily.

Ve vývoji **řeči** začíná po třetím roce stádium logických pojmů neboli nastává období druhých otázek charakteristické dotazy – Proč je to? Dochází ke zkvalitňování řečového projevu a obohacuje se slovní zásoba. Nejprve dítě slovům rozumí, ale ještě je nedokáže aktivně užívat, mluvíme o pasivní slovní zásobě. Slova, která používá pravidelně v běžné komunikaci, nazýváme aktivní slovní zásoba. V šesti letech dítě zná a užívá přes tři tisíce slov. Zvládá vyjadřování vlastních potřeb a dokáže reagovat na požadavky okolí. Ke konci období by již neměl řečový projev vykazovat větší gramatické odchylky.

Mezi jeden z nejdůležitějších poznávacích procesů patří **vnímání**. Pomocí vnímání, ať již zrakového, sluchového či hmatového, dítě získává informace o okolním světě a uskutečňuje se tak prostřednictvím vlastních zkušeností. Nejprve vnímá spíše globálně, proto nedokáže vyčlenit podstatné znaky vnímaného objektu a až později narůstá schopnost vnímat diferencovaně. Vjemy jsou tedy zpočátku nepřesné, obecné a bez detailů. Nedostatky vjemů a vzpomínek jsou doplňovány pomocí fantazie a vznikají tak dětské lži neboli konfabulace. Ty by měly po šestém roce vymizet.

Dítě často a ve velkém rozsahu užívá **fantazii**, která se intenzivně vyvíjí. Pomáhá mu upravovat informace tak, aby se pro něho staly srozumitelné a přijatelné. Projevuje se ve všech činnostech, hlavně při hře, kresbě, vyprávění a každodenních situacích.

Paměť je na výborné úrovni a je propojena se zrakovým vnímáním a řečí. U dítěte převládá mechanická paměť, ale rozvíjí se i paměť slovně-logická. Podněty, které během předškolního období přijme, se stávají trvalými. Nejprve si dítě pamatuje konkrétní podněty, ale nezáměrně a neúčelně. Koncem období se objevují první projevy úmyslné paměti.

Myšlení je vázáno na konkrétní činnosti, předměty, události a závislé na přítomnosti. Podle J. Piageta¹⁰ „je myšlení v tomto věku názorné a intuitivní.“ Dítě již umí vyvozovat závěry, ale jeho úsudky jsou závislé na názornosti. Není schopno zaměřit svou pozornost na více než jeden aspekt situace současně. Myšlení je typické egocentrismem. Dítě posuzuje věci pouze podle sebe, jak je vidí ono samo, nedokáže hodnotit objektivně. Dále je charakteristickým znakem magičnost, kdy si pro sebe upravuje realitu pomocí fantazie a antropomorfismus, při kterém všemu přisuzuje lidské vlastnosti. V posuzování dobrého a špatného chování je pro dítě kritériem to, zda následuje odměna nebo trest.

K. Paulík¹¹ se zmiňuje o tom, že : „ve vývoji **emocí** je patrná snadná ovlivnitelnost. Dominují citové vztahy k dospělým, k rodičům, na nichž je dítě stále značně závislé.“ Patrné je bohaté emocionální prožívání charakteristické velkými výkyvy. Dítě se průběžně naučí kontrolovat a regulovat svoje chování a prožívání různých situací.

Nejpřirozenější a nezastupitelnou činností je **hra**. Poskytuje citové uspokojení a má význam pro celkový vývoj osobnosti dítěte. Pomáhá poznávat sebe samého a své okolí.

Dítě v tomto věku začíná navazovat vztahy i mimo rodinu, i když ta je stále významným socializačním činitelem. V tomto období je velmi důležitý kontakt s vrstevníky, díky kterému se učí prosociálnímu chování, do kterého patří kooperace,

¹⁰ PIAGET, J. *Psychologie dítěte*. 4. vydání. Praha : Portál, 2001. s. 74.

¹¹ PAULÍK, K. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2002. s. 27.

pomoc, řešení konfliktů apod. Tak začíná probíhat začleňování dítěte do společnosti, neboli **socializace**. Přijímá další sociální role a identifikuje se s nimi. Prostřednictvím socializace si osvojuje normy a hodnoty dané skupiny a následně společnosti. Již od počátku tohoto období mohou děti navštěvovat mateřskou školu. Zde dochází k osvojování již zmiňovaných sociálních rolí, např. role žáka mateřské školy. Adaptace probíhá u každého dítěte odlišně. Některé zvládají vstup do školy bez větších obtíží, pro jiné je separace od matky velkou zátěží. Společnost dalších dětí a jejich hra je velmi prospěšná pro každé dítě a vyváří základy pro navazování vztahů v budoucnosti.

Podle D. Švingalové¹² : *„se na konci tohoto období stává dítě relativně samostatné, ukázněné, sociálně a emočně přiměřeně vospělé a zralé s rozvinutými poznávacími procesy, řečí a motorikou. Je schopné vynaložit určitou námahu k započatí i méně příjemné činnosti a k jejímu dokončení. Je při práci přiměřeně vytrvalé a soustředěné. To vše je důležité pro zahájení další významné životní etapy – vstupu do školy.“*

¹² ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z vývojové psychologie pro učitelství mateřských škol*. 1. vydání. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2003. s. 74.

3 NEMOC A JEJÍ VLIV NA PSYCHIKU DÍTĚTE

Každý jedinec se vyvíjí zákonitě působením genetických mechanismů. Dědičné předpoklady ke zdravému zrání, ale i chorobám však ovlivňuje také prostředí, v němž dítě vyrůstá (Mečír, 1988). Největší vliv na utváření celé osobnosti má rodina. Silný vztah dítěte k rodiči má pozitivní význam pro intenzivní a soustavné působení na něho. S vývojem dítěte dochází ke změnám v chápání zdraví a nemoci. V předškolním věku je schopno vnímat, co mu prospívá nebo naopak škodí a osvojuje si návyky zdravého životního stylu.

Zdraví, správný růst a vývoj dítěte je podmíněn dostatečným množstvím pohybu. Odepření pohybu může způsobit odchylky v celkovém tělesném i duševním vývoji. Pouze každodenní všestranná pohybová aktivita může zabezpečit zdraví dítěte. Přiměřená zátěž organismu podporuje růst, rozvíjí schopnosti a zlepšuje zdravotní stav každého jedince. Tím má velký význam pro celý život člověka. Je využívána také jako léčebné opatření u mnoha chorob dětského věku a pro úpravu citových a sociálních potíží dětí s poruchami chování.

3. 1 Dítě a nemoc

K lidskému životu patří i různá onemocnění, vady a poškození zdraví. Podle M. Mečíře¹³ „ jsou pro první údobí života významná vrozená onemocnění podmíněná dědičnými vlivy a škodlivým působením prostředí. Onemocnění, která dítě postihují po narození, dělíme na akutní, krátkodobá a chronická. S nimi souvisejí i závažné chorobné stavy trvalého rázu – postižení dítěte. Zvláštní skupinou jsou poruchy chování, duševní vady a choroby.“ Ke zjištění, zda je dítě nemocné, je nutné znát především projevy zdravého dítěte během jeho vývoje.

¹³ MĚČÍŘ, M. *Pečujeme o nemocné dítě*. 1. vydání. Praha : Avicenum, 1988. s. 64.

Hlavním ukazatelem nemoci dítěte je změna v jeho chování. Na ni reaguje každé odlišným způsobem. Některé může být plačtivé, mrzuté, jiné se uzavře do sebe, nekomunikuje, přestává jíst a ztrácí zájem o hru. I přesto nemocné děti potřebují a vyžadují mnohem více společnosti a pozornosti než jindy. Každé onemocnění zabraňuje dětem dělat věci, které je bavily a uspokojovaly. Proto se musí hledat všechny možné alternativy v jejich zaměstnání a zlepšení psychického, a tím i zdravotního stavu. Mezi základní složky léčby patří klid na lůžku, což je u dítěte s přirozenou potřebou aktivity často velmi obtížné. Snažíme se tedy pobyt na lůžku zpříjemnit. Nejdůležitější je přístup pečující osoby. Aktivita zaměstnání během nemoci musí ovšem odpovídat zdravotnímu stavu, věku a schopnostem dítěte.

Každé dítě je individualitou, proto prožívá nemoc individuálně a staví se k ní odlišným způsobem. Některé ji může vnímat jako nepřítele a má tendenci ji popírat nebo s ní naopak „bojovat“ a snažit se o její zmírnění. Při vymizení motivace, zájmů, potřeby vlastní aktivity a sebeprosazení může být nemoc chápána jako ztráta. Ziskem či strategií se stává tehdy, pokud se dítě snaží například vyvarovat nevyhovující sociální roli, poutat pozornost a zvyšovat vlastní sebevědomí. Převážně malé děti chápou nemoc jako trest, který vede k pocitu viny a pasivitě.

Nejčastějšími negativními faktory, které jsou součástí téměř každého onemocnění, a tím zásadním způsobem vlastní prožívání nemoci ovlivňují, jsou strach a úzkost. Řadíme je mezi neurotické projevy, které nepříznivým způsobem zasahují do rozvoje, ale i výkonu dítěte. Nelze je od sebe oddělit a navzájem se propojují.

O. Zelinková¹⁴ tvrdí, že : *„Úzkost je jedním ze základních projevů lidské psychiky. Je subjektivním pocitem, který je spojen s napětím a ohrožením nejistotou. Zatímco strach po vysvětlení může ustoupit, úzkost zůstává, protože není spojena s realitou. Úzkost je aktuální prožitek, který patří mezi negativní emoce dětského věku.“* Negativně na úzkost působí precitlivělá výchova, obzvlášť ze strany rodičů

¹⁴ ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. s. 165.

a pedagogů, protože dítě se umí vcítit do lidí ve svém okolí. Naopak strach je podle J. Vymětala¹⁵ definován jako „nepříjemný prožitek vázaný na určitý objekt nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí.“ Například při obavě z lékaře hraje hlavní roli vlastní zkušenost s ním. Jsou to často převážně negativní zážitky jako bolest, odloučení od matky a neznámé prostředí. Důležité je, aby dítě tento nežádoucí jev zpracovalo podle svých možností. Příznakem strachu je většinou utlumení a uzavření dítěte. Kdežto při úzkosti je častým projevem hyperaktivita nebo netypické výstřední chování. Nutná je prevence, která spočívá v harmonickém rodinném prostředí a správných výchovných prostředcích.

Průběh nemoci a změny s ní spojené prožívá každé dítě vzhledem ke svému věku, vlastnostem a zkušenostem odlišně. Problematikou rozdílného vnímání a zvládání nemoci se zabývá psychologie a pedagogika nemocných a zdravotně postižených lidí.

3. 2 Odraz nemoci na psychice dítěte

Umístění do nemocnice znamená pro dítě velký zásah do dosavadního života. Ztrácí oporu a pocit bezpečí, které mu poskytuje známé rodinné prostředí, a který je nezbytný pro citový rozvoj a průběh onemocnění. Stejný negativní účinek má nedostatečné uspokojení potřeby pohybové aktivity. V dnešní době se v nemocničních zařízeních preferuje všestranná péče o malé pacienty, a proto se lékaři i další odborníci snaží zmírňovat nejen průběh, ale i psychické prožívání nemoci. K tomu je zapotřebí, znát a pravidelně sledovat psychiku a projevy dítěte. Musíme se spoléhat především na to, co zjistíme z jejich chování, konání a reakcí. Nestačí však jejich projevy pouze pozorovat. „Důležité je hledat příčiny změn, objasňovat, jak duševní vývoj dítěte souvisí s jeho životními podmínkami a s výchovnými vlivy. Jenom tehdy můžeme duševní vývoj dítěte úspěšně ovlivňovat.“¹⁶

¹⁵ VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 12.

¹⁶ DAMBORSKÁ, M., KOCH, J. *Psychologie a pedagogika dítěte*. 1. vydání. Praha : SZN, 1966. s. 8.

Z. Matějček¹⁷ tvrdí, že : „*Psychologie lidí nemocných a s nejrůznějším tělesným, smyslovým či duševním postižením se zabývá obecně otázkami duševní činnosti a duševního vývoje takových lidí, změnami způsobenými somatickým onemocněním v lidské osobnosti a všemi důsledky mimořádné společenské situace, do níž se tyto lidé dostávají.*“ Nemoc přivádí dítě do náročné životní situace, která s sebou přináší nebezpečí pro jeho psychický vývoj. Je potřeba jej dobře znát, vhodně s ním zacházet a vést ho k určitému cíli, aby nemoc nezanechala zásadní následky. Kromě vhodného psychologického přístupu je důležité také správné působení rodiny, zdravotnických pracovníků a pedagogů.

Pedagogika nemocných je Z. Matějčkem¹⁸ charakterizována jako : „*zaměřené působení na dítě a takové uplatnění výchovných zásad, pravidel a metod, aby se schopnosti (potence) dítěte trpícího určitým onemocněním nebo zdravotním postižením mohly co nejlépe rozvíjet, dítě samo aby mohlo prožívat svůj život uspokojivě a mohlo se stát, pokud jen možno, plnohodnotným členem své společnosti.*“ Hlavním cílem v psychologii a pedagogice nemocných dětí je porozumět jejich stávající životní situaci. Proto je důležité při snižování psychické zátěže zacházet s každým individuálně.

Pro udržení dobrého psychického rozpoložení při nemoci má velký význam předešlá psychohygiena dítěte. J. Bartošek¹⁹ uvádí, že je to : „*souhrn poznatků a opatření usilujících o udržení, posílení a rozvíjení duševního zdraví.*“ Můžeme ji také definovat jako prevenci psychického či mentálního zdraví. Okolí dítěte by se mělo snažit o takové vytváření životních podmínek, které by v něm vyvolaly pocit spokojenosti a štěstí. Trvale nedostatečná péče, ke které může v nemocnici dojít, naopak přináší nespokojenost, počátky negativismu a vzdoru. Správná péče je tedy úkonem mentálně hygienickým. Je důležité aktivně a pozitivně působit na psychiku dítěte a tím podporovat jeho duševní zdraví.

¹⁷ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Praha: H & H, 2001. s. 7.

¹⁸ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Praha: H & H, 2001. s. 9.

¹⁹ BARTOŠEK, J. *O duševním zdraví*. 1. vydání. Praha : Práce, 1968. s. 91.

4 DÍTĚ V PODMÍNKÁCH NEMOCNICE

Termínem nemocnice podle Z Matějčka²⁰ označujeme „*všechna zdravotnická zařízení, kde dítě pobývá dlouhodobě, kde je léčeno, ošetřováno, opatrováno, kde probíhá jeho rekonvalescence, kde se mu dostává léčebné rehabilitace apod.*“ Důležitým aspektem tedy je, že se tak děje mimo domov a v neznámém, stresujícím prostředí. Rychlé odstranění nemoci a návrat zdraví má velký význam pro celkový vývoj dítěte. To je hlavní cíl, který je v nemocnici naplňován a kvůli kterému je do ní přijímáno. S přibývajícím věkem začínají děti chápat nezbytnost hospitalizace, přesto je důležitá příprava na ni, a to nejen rodičem. Další návazností je samotné přijetí, kdy velkou roli hraje první dojem, klidné a vlídné prostředí se zachováním důvěry, komunikace s doprovázející osobou o zvyklostech dítěte a co nejšetrnější zvládnutí situace v případě odloučení od rodičů. Při pobytu je třeba minimalizovat stresory, vyloučit zbytečné úkony a omezit ty, které přinášejí nepříjemné zážitky. Dále vytvořit takové podmínky, které dítě příliš nezatěžují, neizolují, podporují individualitu a nabízejí zaměstnání podle jeho věku a schopností. Velký význam mají návštěvy rodičů v nemocnici. Jsou prostředkem k udržení kontaktu se známými osobami a zbavují pocitu opuštěnosti. Přesto je prioritní záležitostí společná hospitalizace s rodičem. Většina malých pacientů sice po propuštění poměrně rychle zapomíná na tuto nepříjemnou zkušenost, ale často si s sebou přinášejí změny v chování jako důsledek dlouhodobého pobytu v nemocnici. Vhodným přístupem rodiny časem vymizí.

Dítěti by se mělo tedy dostávat nejen potřebné odborné lékařské péče, ale také dostatečné pozornosti ze strany pedagogů a uspokojování základních potřeb. Prožívání nemoci závisí v první řadě na druhu nemoci a jak jsme se již dozvěděli je rozdílné u každého dítěte. Mohlo by tak platit pravidlo, že čím těžší nemoc, tím horší je vyrovnání se s ní, ale nemůže platit absolutně. To proto, že je ovlivňováno mnoha činiteli spojenými s jeho nemocí, kteří utvářejí jeho reakci na nemoc.

²⁰ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Praha: H & H, 2001. s. 74.

4. 1 Činitelé ovlivňující reakci dítěte na nemoc

Nemoc si uvědomuje a prožívá nejen dítě, ale i jeho nejbližší sociální okolí, ve kterém se pohybuje. Také ono se musí s těžkou situací vyrovnat a čelit jí. Vztah nemoci s okolím se projevuje nejistotou a úzkostí rodičů, změnou chování dalších členů rodiny nebo změnami postojů a projevů vrstevníků. Se všemi těmito změnami se dítě vypořádává velmi obtížně. Jde tedy o to, aby vliv na něho nebyl rušivý, ale zklidňující, podporující a léčebný. Vývoj osobnosti probíhá téměř stejně u zdravého i nemocného dítěte, ale vyskytuje se u něho působení specifických činitelů, kteří mohou zdravému vývoji vytvářet překážky a tím ho narušovat. Je tedy důležité, aby je okolí, lékaři a pedagogové dokázali rozpoznat a zmírnit jejich účinek.

Hlavním činitelem je úroveň, na které se nachází vývoj dítěte ve všech oblastech. Ve většině případů odpovídá jeho věku, pokud však nedojde ke zpomalení či dokonce zastavení vývoje. V každém období si dítě osvojuje nové poznatky, zkušenosti, setkává se s různými situacemi, a tím si buduje postoje a normy pro budoucnost. Není tedy nepodstatné, pokud je některá úroveň „přeskočena“ nebo zanedbána. V tom případě hrozí nedostatek podnětů, jejich nerovnoměrný přísun, a tím opoždění psychického vývoje. To se také týká případného nevhodného výchovného vedení ze strany vychovatelů – rodičů. U dětí umístěných po dlouhou dobu v nemocnici se může ještě přidružit i nedostatek přísunu citů, úzkosti spojené s častým odloučením od matky apod.

Dalším činitelem je rozsah a závažnost postižení (jinak bude reagovat dítě s chřipkou, jinak dítě s těžkou chronickou nemocí). Hovoříme o funkčním rozsahu postižení, tzn., že každá nemoc způsobuje jiná omezení. Dále se jedná o časový rozsah nemoci. Jinak se zachová jedinec s prognózou krátké, rychle ustupující nemoci, jinak s nemocí chronickou a závažnou. Sociálním rozsahem rozumíme, zda a do jaké míry jsou narušeny základní životní funkce (Matějček, 2001, s. 20 – 21).

Významným činitelem jsou psychické rysy každého dítěte neboli základní duševní stavba, kterou si každé nese od svých rodičů (například temperamentové a povahové rysy). V souvislosti s nemocí Z. Matějček²¹ hovoří o tzv. „*frustrační toleranci*, což vysvětluje jako, *úroveň odolnosti jedince proti opakujícím se frustracím*“²². Neuspokojena je často potřeba kontaktu s jinými dětmi, potřeba uplatnění se ve společnosti nebo potřeba otevřené budoucnosti. Musíme si uvědomit, že opakovanými frustracemi se odolnost vůči nim nezvyšuje, ale snižuje. Proto je nutné dítě na každou nepříjemnou zkušenost v nemocnici předem připravit a zabránit tak stavům úzkosti a beznaděje.

Velkou roli hraje postoj, který k nemocnému dítěti zaujímá okolí. Normy přijímané společností mají vliv na postoje vychovatelů a dotýkají se ho tak nejprve pouze nepřímo. Později, když dítě vstupuje do společnosti mezi vrstevníky, se s těmito normami setkává osobně. Další podnětnou oblastí stanovující zásady a pravidla je rodina. Ta má zavedeny určité tradice v pohledu na zdraví a nemoc podle dosavadních zkušeností s nimi. Jak děti, tak i jejich vychovatelé jsou individualitami a musejí se s novou životní situací vyrovnávat. Mohou se u nich objevovat nevhodné způsoby ve výchovném vedení například velká úzkostlivost nebo odpor vůči dítěti. Důležitým faktorem v postojích je samotné dítě, které je se svým okolím v neustálé interakci²³. Navzájem na sebe působí a stanovují si nároky a požadavky.

Je evidentní, že dítě je ovlivňováno mnoha okolnostmi a je pouze na něm, jak se s nimi vypořádá. Hlavní význam má prostředí, začlenění do něho a rodina, která mu usnadňuje nebo naopak komplikuje „boj“ s nemocí. Nejen její dosavadní způsob výchovy, ale také schopnost adaptace dítěte má vliv na pobyt v nemocnici.

²¹ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Praha: H & H, 2001. s. 21.

²² frustrace = soubor nepříjemných prožitků, je-li člověku zabráněno uspokojit nějakou potřebu, která byla již vzbuzena (*Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, 2001)

²³ interakce = vzájemné působení dvou nebo více činitelů (*Slovník cizích slov*, 2005)

4. 2 Negativní projevy doprovázející hospitalizaci

Při přijetí dítěte do nemocnice dochází k setkání s prostředím, které dosud neznalo. Mohou se tak objevit nežádoucí reakce, které zhoršují přizpůsobení dítěte nové, nepříjemné situaci. Je nutné snažit se jim vyvarovat, včas je objevit a odstranit nebo zmírňovat jejich následky, a to pomocí zaměstnání a nabídnutí vhodných činností. Mělo by se zabránit ochabnutí a duševnímu otupění dítěte. Podíl psychické složky na procesu uzdravení je tedy základnou, na níž je léčba postavena.

4. 2. 1 Hospitalizmus

I přes léčbu zaměřenou na zlepšování ve všech oblastech dochází k tomu, že některé děti se v nemocnici neuzdravují tak rychle a úspěšně, jak se očekává. Objevují se časté obtíže nebo komplikace jako důsledky špatného psychického stavu dítěte. Tak vznikla představa, že se jedná o jakousi „nemocniční nemoc“, nazývanou hospitalizmus (Matějček, 2005, s. 75). Jedná se o maladaptaci²⁴, která vzniká jako negativní reakce na pobyt v nemocnici. Častěji se vyskytuje u dětí a působí jako dlouhodobá deprivace. Projevuje se úzkostí, strachem, negativními emocemi až regresí²⁵. Příznaky hospitalizmu může dítě trpět i po propuštění do domácího léčení. Jeho příčiny plynou ze změn, které se v době hospitalizace objeví. Předcházení této formy maladaptace závisí na stimulujícím nemocničním prostředí, tělesné a psychické aktivitě dítěte, dostatečné možnosti společné hospitalizace s rodičem, komunikaci, výběru vhodného zaměstnání a to ve spolupráci zdravotnických pracovníků, herních terapeutů a pedagogů.

²⁴ maladaptace = nepřizpůsobení novým životním podmínkám (*Slovník cizích slov*, 2005)

²⁵ regrese = zpětný vývoj, pozastavení vývoje (*Slovník cizích slov*, 2005)

4. 2. 2 Psychická deprivace

Pokud dítě není zásobováno dostatkem podnětů z okolí a množstvím citu, může se u něho vyskytnout psychická deprivace. Z. Matějčkem²⁶ je charakterizována jako : *„psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu.“* Je jasné, že pobyt v nemocnici je jednou z takových situací. Jedná se o prostředí, kdy nemohou být dětské potřeby uspokojovány v takovém rozsahu jako v rodině. Velkým nebezpečím je její přetrvávání i při návratu z nemocnice a potřebném přísunu podnětů. Psychická deprivace je tedy vážné narušení psychického vývoje, může se projevit v celé struktuře osobnosti, v chování, v sociálním začlenění, v celé životní orientaci. Hlavním úkolem výchovných pracovníků ve všech zdravotnických zařízeních je předcházet jí nebo napravovat následky.

4. 2. 3 Separace

Hospitalizace dítěte je situací, která přináší strach z odloučení a osamělosti. Separací je tedy míněno přerušení doposud navázaných vztahů, úzce souvisí s maladaptací. Nečekané vytržení dítěte z domova a známého prostředí je jejich narušením. O vlivu separace rozhoduje v první řadě věk dítěte. Odloučení od matky je charakteristickým rysem jedné z vývojových úrovní. Je nebezpečné pouze tehdy, pokud je předčasné. V reakci na separaci je také podstatné, zda je náhlá či postupná, úplná, částečná, krátkodobá nebo dlouhodobá. Temperamentové vlastnosti a dosavadní zkušenosti mají také zásadní vliv. Při přerušení pouta mezi dítětem a známými lidmi je důležitý přístup ošetřujícího personálu neboli kvalita péče nahrazující matku. V souvislosti s odpoutáním jsou zmiňovány tři její fáze – fáze protestu, zoufalství a odpoutání od matky. Všechny mohou mít různě dlouhé trvání a sílu, nemusí následovat ve stejném pořadí. V první fázi dítě pláče, brání se, volá matku, odmítá spolupracovat s neznámou osobou. Pokud se podaří dítě uklidnit, jedná se o dobrou adaptaci. V případě neúspěchu nebo nevhodného zacházení přechází do další úrovně.

²⁶ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Praha: H & H, 2001. s. 76.

V té postupně ztrácí naději na přivolání matky, je psychicky i fyzicky vyčerpané, cítí se zrazené a bezmocné. Není-li poskytnuto zázemí, nastupuje poslední fáze separace. Dítě potlačuje svoje city a upíná se na jinou osobu nebo věc (hračku), s nikým jiným nekomunikuje. Stejně tak trpí separací rodina. Neexistuje žádný účinný prostředek, který by zmírnil bolest dítěte z odloučení. Pokud má však pocit bezpečí, porozumění a oporu, mělo by si uvědomit, že tento stav nemá dlouhodobé trvání.

4. 3 Charta práv hospitalizovaných dětí

Do nemocnice jsou přijímány děti, u kterých není z důvodu závažnosti onemocnění možná léčba doma. Proto je potřeba, aby jim byla poskytnuta co nejlepší péče. Ke zlepšení zdravotního stavu kromě jiného také napomáhá dodržování pravidel či nároků dítěte, která tvoří zásadní dokument, napomáhající ke zkvalitnění pobytu v nemocnici.

Charta EACH neboli Charta práv hospitalizovaných dětí²⁷ (viz příloha č. 1) je seznam práv, která mají děti při hospitalizaci. Platí před ní, v jejím průběhu, po jejím skončení a snaží se zlepšovat životní podmínky dětí v situacích, které s hospitalizací souvisejí. Je popsána v deseti bodech a je legislativou, která vede k podpoře zdraví. Česká verze vychází z Charty práv dětských pacientů britské organizace NAWCH (National Association for the Welfare of Children) a z Charty práv hospitalizovaných dětí (leden, 1988), která byla rozšířena a schválena na zvláštním zasedání Valného shromáždění OSN v květnu 2002. Práva se stávají jakousi ochranou dětí a musí být bez výjimky dodržována. Cílem je eliminovat veškeré stresové situace na minimum.

²⁷ <<http://detivnemocnici.cz/charter/index.html>>

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍL A METODOLOGIE SONDY

Pojem diagnostika je definován jako „*teorie objektivních postupů k určování stavu určitých jevů a procesů, jejich vlastností, příčin těchto vlastností, odchylek vlastností*“ (Průcha, 2000. s. 132).

Pedagogická diagnostika je „*vědecká disciplína zabývající se teorií a metodologií diagnostikování v edukačním prostředí*“ (Průcha, 2000. s. 132). Jedná se o zjišťování, identifikování, charakterizování a hodnocení úrovně jako výsledku výchovného a vzdělávacího působení. Zjišťují se příčiny a podmínky vývojového stupně, kterého dítě dosáhlo.

5. 1 Cíl výzkumu

Ve výzkumné části jsme se rozhodli zabývat vlivem nemocničního prostředí na psychický stav dítěte. Zásadními oblastmi, které jsme sledovali byla adaptace na nemocnici, socializace a navazování vztahů s vrstevníky a autoritou (pedagogem). Hlavním záměrem bylo zmapovat schopnost přizpůsobit se nové nežádoucí situaci, případně popsat negativní projevy hospitalizace. Za použití metody pozorování a techniky škálování vytvořit záznamové archy, ve kterých nejprve všechny sledované oblasti posoudit a následně zhodnotit.

5. 2 Postup pedagogické diagnostiky

Pedagogické šetření má několik fází a ty by měly být dodrženy. Počátkem samotného výzkumu je nastínění hlavního tématu (problému) a jeho cílu. Podle toho dále volíme nejefektivnější a časově ekonomický postup.

Při zkoumání nejprve dochází k vybrání studovaných objektů a shromáždění údajů o nich (vytvoření rodinné, osobní anamnézy, rozhovor s rodiči a zdravotníky).

Druhou fází je stanovení zásadních oblastí diagnostiky a vytvoření záznamových archů. Následuje třetí, hlavní část výzkumu s využitím metody pozorování dětí ve spontánních a řízených činnostech, při komunikaci s vrstevníky i pedagogy, při odloučení od rodiny a následné zpracování kazuistik. Zaměříme se při nich převážně na negativní projevy způsobené novým prostředím. Úkolem poslední fáze je vyhodnocení získaných dat a na jejich základě vyvození závěrů a možných východisek.

5.3 Popis použitých metod a technik

V pedagogické praxi užíváme velký počet různých diagnostických metod²⁸. Pomocí nich lze ověřovat efektivitu výchovného působení a hledat příčiny negativního i pozitivního rozvoje dítěte. Při šetření je důležité zvolit vhodné postupy, zásadní roli hraje také prostředí, ve které výzkum probíhá. Při našem diagnostikování volíme metodu pozorování, techniku škálování a kazuistiku.

Pozorování

Pedagogické pozorování bývá definováno jako „*sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhu dějů aj.*“ (Průcha, J. a kol., 2008). Jinými slovy jde o objektivní sledování činnosti prostřednictvím pozorovatelných jevů. Často bývá považováno za nejdůležitější a nezastupitelný způsob shromažďování materiálu o objektu.

K závěrečnému posouzení výzkumu napomáhá dlouhodobé extrospektivní²⁹ pozorování, které je přímé a systematické. Záznamové archy jsou prostředkem k vytvoření závěru problému. Děti jsou pozorovány ve stanovených oblastech a následně hodnoceny.

²⁸ metoda = postup nebo způsob uplatňovaný k dosažení stanoveného cíle (*Slovník cizích slov*, 2005)

²⁹ extrospekce = pozorování jiných lidí (*Pedagogický slovník*, 2008)

Škálování

Pojem škála definovaný P. N. Kerlingerem jako „*soubor symbolů nebo čísel, a to tak konstruovaných, že lze symboly nebo čísla přiřadit podle pravidla jedincům (nebo jejich aktům chování), na které se škála aplikuje*“, zmiňuje ve své knize M. Chráska³⁰. Představuje systém, který je nástrojem kvantifikace pozorovaných jevů.

Ve výzkumu je použit jeden z typů - numerická škála. Posuzovatel má před sebou řadu čísel, která odpovídají různým mírám posuzované vlastnosti s tím, že jednu má označit. Kromě čísel se často uvádí popisy jednotlivých měr (Chráska, 2007. s. 158). Byla zvolena jednostranná posuzovací škála od 1 do 4 (na jedné straně škály maximum, na druhé minimum).

Kazuistika

Kazuistiku neboli případovou studii chápeme jako popis a výklad konkrétních případů. Obsahuje osobní a rodinnou anamnézu, popis charakteristických vlastností objektu, výzkumnou část s vlastním šetřením a závěrem.

Vytvoření kazuistik je součástí třetí etapy diagnostiky. Skládají se z několika hlavních bodů, které jsou hodnoceny u každého dítěte zvlášť. Jejich úkolem je zjistit a najít příčiny, které vedly k určitému sociálnímu problému.

³⁰ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s. 158.

6 SPECIFIKA OBJEKTU ZKOUMÁNÍ – MATEŘSKÉ ŠKOLY PŘI NEMOCNICI

Zjištění, že prostředí nemocnice nepříznivě působí na psychiku malých pacientů, dalo podnět ke vzniku školských institucí. Jejich hlavním záměrem má být zaměstnání hospitalizovaných dětí, pomoc při vyrovnání se s novou životní situací a zabránění odchylkám v dosavadním vývoji. Při zdravotnických zařízeních se začaly zřizovat mateřské školy s cílem poskytovat pravidelnou odbornou výchovně-vzdělávací péči dětem zdravotně indisponovaným. Dále usnadňovat adaptaci na nové prostředí, díky rozmanitým aktivitám odvádět pozornost dítěte od nemoci a zajišťovat plynulý návrat k původním zvyklostem domácího a školního prostředí.

6. 1 Historie mateřské školy při Fakultní nemocnici Brno

Mateřská škola při fakultní nemocnici vznikla v roce 1956 na podnět přednosta infekčního oddělení doc. MUDr. Vladimíra Klusky. Lékaři i pedagogové dospěli k závěru, že proces uzdravení probíhá rychleji a příznivěji, je-li dítě v dobrém psychickém stavu. Nemocnice se tak stala nejen místem léčby, ale i výchovy. Vyučovat se začalo na kožním oddělení v jedné herně, která průměrně zaměstnávala sedmnáct dětí. Další rozšíření nastalo roku 1963, kdy byly vytvořeny třídy na zbývajících odděleních. V průběhu svého působení vystřídala škola mnoho pedagogů a prošlo jí velké množství hospitalizovaných dětí. Po roce 1990 byla zařazena do soustavy škol, získala právní subjektivitu a je největším zařízením svého typu v České republice. V současné době v mateřské škole pracuje 13 speciálních pedagogů, kteří vyučují na 22 odděleních (Stěničková a kol.). Navštěvují ji děti ve věku od 2 do 7 let na různém stupni vývoje a s různými zdravotními odchylkami. V tomto netradičním školském zařízení je nutné přizpůsobovat výchovně-vzdělávací proces specifickým podmínkám.

6. 2 Systém práce mateřské školy a její specifické odlišnosti

Výchovná a vzdělávací činnost probíhá v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání. Mateřská škola zřízena při zdravotnickém zařízení má povinnost vytvořit si svůj školní vzdělávací program (ŠVP). Měl by být upraven podle zvláštních podmínek prostředí, ve kterém je uplatňován a podle skladby dětí. Musí respektovat jejich specifika a odlišnosti, zdravotní i psychický stav a na základě toho volit vhodné aktivity. Ze ŠVP vychází třídní vzdělávací program (TVP) každého oddělení, který konkretizuje nabídku činností a aktivit.

Hlavní rozdíl MŠ spočívá v tom, že se většinou nejedná o dlouhodobé vzdělávání dětí, ale o krátkodobé působení učitele. Práce není soustavná jako v běžné škole, její tempo je pomalejší. Důležitou roli hrají věcné podmínky, protože zde není k dispozici prostor k pohybové aktivitě. Pedagog proto musí dočasný nedostatek fyzické námahy kompenzovat rozmanitou nabídkou činností a hledat příležitost k jakémukoli pohybu. Pozitivní vliv má bohatá vybavenost hračkami, didaktickými pomůckami, hrami a výtvarným materiálem. Velký význam má podpůrné klima mezi kvalifikovaným pedagogickým sborem a zdravotníky. Spolupráce s rodiči je nedílnou součástí a napomáhá k lepší adaptaci dětí.

Na každém oddělení jsou podmínky pro práci s dětmi rozdílné (zdravotní specifika, prostory, vybavení). Jednou z hlavních zvláštností je převaha individuálního přístupu. Jde o snahu přiblížit se dítěti natolik, aby byl odstraněn strach a úzkost a byl navozen příjemný a důvěryhodný vztah. Přednostně je věnována péče těm, které jsou hospitalizované bez doprovodu rodičů. Výchovně-vzdělávací proces probíhá individuálně nebo v malých skupinách, na lůžku či v herně, která je téměř na každém oddělení zřízena. V mateřské škole je zajištěn denní režim, který je flexibilní a pomocí pedagogické práce umožňuje přizpůsobovat potřebám, nápadům, zájmům a aktuální situaci dětí. Pravidelně jsou využívány speciální techniky například zooterapie, muzikoterapie, psychoterapie a v neposlední řadě herní terapie, která tvoří důležitou složku procesu. Mateřská škola se každoročně účastní mnoha výstav a soutěží,

kde jsou prezentovány výrobky dětí. Organizuje divadelní představení, netradiční dny a spolupracuje s různými institucemi a sdruženími (Zoo, Motýlek atd.). Tím vším se snaží usnadnit pobyt v nemocnici a zabránit vzniku nežádoucích jevů.

6. 3 Alternativy ve výchovně-vzdělávacím procesu mateřské školy

Alternativním způsobem práce rozumíme prostředky, které se odlišují od klasického postupu a užíváme je, k dosažení našeho záměru. V tomto zařízení se setkáme s metodami, které se v běžné škole nevyskytují. Jejich úkolem je odstranit strach a obavy dětí z nepříjemné situace, seznámit je s průběhem jednotlivých vyšetření s ohledem na jejich věk, navodit zábavnou atmosféru, a tím vybudovat alespoň částečně kladný vztah k prostředí nemocnice.

6. 3. 1 Herní terapie

Herní terapie je součástí pedagogické práce v mateřské škole při nemocnici, praktikovaná od roku 1999. Jedná se o metodu, při které je hra prostředkem k pochopení důvodu hospitalizace dítěte. Snaží se seznámit s průběhem různých vyšetření a zákroků, přiblížit je dětskému chápání a odstranit obavy. Pedagogové ji zařazují do svého výchovně-vzdělávacího programu individuálně. Děti se ocitají v roli zdravotníka a pomocí hry ze sebe uvolňují stres. Nenásilnou formou se dozvídají o své nemoci a léčebných postupech, které je čekají. Každá terapie má fáze, které by měly být dodržovány. Patří k nim příprava rodičem před pobytem, příchod do nemocnice, samotná hospitalizace doprovázená různými vyšetřeními. Je nutné prvotní rozpoznání psychického stavu dítěte, navázání kontaktu a vhodná volba při využívání pomůcek u jednotlivých fází. Mezi hlavní patří plyšový medvěd (maskot a logo MŠ), lékařský kufřík, encyklopedie o lidském těle, pexeso, ilustrovaná leporela a kniha s názvem „Heč, jdu do nemocnice“, která je skutečným příběhem malého pacienta. Jednou z nejdůležitějších je fotoalbum, ve kterém můžeme dětem ukazovat již zmiňovaného medvěda v situacích, které je samotné čekají. Každé oddělení má album upravené

podle svých specifíků. Fotografie jsou seřazené od příjmu až po propuštění z nemocnice, včetně vyšetření a zákroků, které dítě může absolvovat (viz příloha č. 2).

Samotnou herní metodu můžeme rozdělit na několik typů. Nejprve na terapii v širším slova smyslu, která zahrnuje propojenost s veřejností. Patří sem pořádání výstav, organizování výletů, zábavných programů a výzdoba celého nemocničního areálu. Naopak terapie v užším slova smyslu představuje samotnou přípravu dětí na zákroky a vyšetření. Tento typ dále rozlišujeme na herní terapii předzákrokovou (seznámení s léčbou) a pozákrokovou (vyrovnání se s případnými následky, zapojení do běžného života).

Aby byla terapie účinná, musí být dodržovány stanovené zásady. Jednou z hlavních je pravdivost informací, které jsou malému pacientovi nebo jeho rodičům sdělovány. Učitel je obeznámen s průběhem jednotlivých vyšetření a projevy diagnóz, musí respektovat práva dítěte na soukromí a úzce spolupracovat se zdravotnickým personálem.

Je evidentní, že herní terapie je nezbytnou složkou pedagogické práce v nemocnici. Napomáhá budování vztahů mezi učitelem a hospitalizovaným dítětem. Tím usnadňuje jeho pobyt a vyrovnávání se s novou nepříjemnou životní situací.

6. 3. 2 Zdravotní klauni

Zakladatelem občanského sdružení Zdravotní klaun v České republice je čechoameričan Gary Edwards. Projekt vychází ze skutečnosti, že pozitivní nálada pacienta kladně ovlivňuje proces uzdravování. Jedná se většinou o profesionální herce, kteří jsou vyškoleni pro práci v nemocnici. Podstatná je kooperace mezi zdravotníky, pedagogy a klauny. Ti by měli být informováni o aktuálním zdravotním i psychickém stavu dítěte a pravidlech příslušného oddělení. Mateřská škola při Fakultní nemocnici je jedním ze zařízení, která se sdružením dlouhodobě spolupracují. Návštěvy neboli klauniády probíhají dvakrát týdně. Dvojice klaunů přicházejí až k lůžku dětí, aby jim

pobyt zpříjemnili. Přinášejí s sebou veselé doktorské kostýmy, hudební nástroje, drobné dárky a nezbytné rekvizity. Neplatí žádné předem stanovené zásady týkající se délky představení, počtu diváků apod. Základem práce je improvizace a často individuální přístup. Kromě pravidelného docházení je pořádán týdenní program nazvaný Cirkus Paciento. Děti se po celou dobu pod vedením klaunů učí různým kouskům, kouzlům a písničkám. Vyvrcholením je slavnostní cirkusové vystoupení pro rodiče, ostatní děti a zdravotnický personál.

„Hlavním cílem sdružení je myšlenkově oddělit malého pacienta od jeho nemoci a psychické nepohody, zaujmout ho, zapojit do hry a vykouzlit tak na dětské tváři úsměv.“³¹

³¹ *Občanské sdružení Zdravotní klaun*. Oficiální stránky organizace [online]. [cit. 2010-03-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdravotni-klauni.cz>>

7 POPIS A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

Pro vytvoření případových studií jsme si vybrali oddělení dětské neurologie ve Fakultní nemocnici Brno. Toto pracoviště se specializuje na bolesti hlavy, epilepsii, neurovývojové vady (např. autismus, ADHD syndrom³²) apod. Kromě zdravotnického personálu na oddělení působí také pedagog mateřské a základní školy, vychovatel školní družiny a herní specialista.

Pracovali jsme s pěti dětmi předškolního věku (od 5 do 7 let) hospitalizovanými na tomto oddělení bez doprovodu blízké osoby, u kterých byly sledovány odchylky v chování nebo reagování na pobyt v nemocnici. Na základě rozhovoru s rodiči a pravidelných činností jsme se snažili analyzovat příčinu změn v psychice.

Kazuistika I

MARTIN

§ Datum narození : listopad 2003

§ Bydliště : Blansko

§ Matka : v domácnosti

§ Otec : podnikatel

§ Sourozenci : bratr (8 let)

§ diagnostikováno ADHD (Syndrom nepozornosti a hyperaktivity)

§ hospitalizován pro febrilní křeče

§ délka pobytu : 6 dní

§ hospitalizován po třetí

§ zná prostředí nemocnice

³² ADHD syndrom = syndrom nepozornosti a hyperaktivity

OBLASTI DIAGNOSTIKOVÁNÍ	1	2	3	4
dítě bez přítomnosti rodiče pláče	X			
projevy separační úzkosti	X			
navázání komunikace s vrstevníky				X
navázání komunikace s personálem a pedagogy			X	
adaptace do nemocničního prostředí				X
přijetí nové sociální role			X	
zapojení do výchovně-vzdělávacího procesu				X
spolupráce s herním terapeutem				X

Poznámky : numerická posuzovací škála (1, 2, 3, 4)

1 – ne

2 – spíše ne

3 – spíše ano

4 – ano

Somatická charakteristika

Martin je na svůj věk poměrně drobné postavy. Je štíhlý se světlými vlasy střiženými na krátko. Jeho civilní oblečení je čisté, chodí upravený. Má na svůj věk přiměřeně vyvinutou jemnou i hrubou motoriku, je obratný.

Osobní anamnéza

Těhotenství matky bez jakýchkoli problémů, porod v řádném termínu. Od tří let se začaly objevovat příznaky typické pro syndrom ADHD (Syndrom nepozornosti a hyperaktivity). Od té doby pravidelné návštěvy pedagogicko-psychologické poradny, kde je sledován. O rok později byla tato diagnóza potvrzena. Martin navštěvuje klasickou mateřskou školu, ale kvůli častým hospitalizacím je doporučen odklad školní docházky.

Rodinná anamnéza

Martin bydlí v úplné, finančně zajištěné rodině v rodinném domě v Blansku. Má staršího bratra ve věku osmi let. Již třetím rokem navštěvuje klasickou mateřskou školu. Matka je bez zaměstnání, netrpí žádnou závažnou nemocí. Otec podniká ve stavebnictví a léčí se již druhým rokem s cukrovkou (diabetes melitus). Matka v domácnosti má více času se Martinovi věnovat a je tak větší autoritou. Její vztah k chlapci je velmi vstřícný, pozorný, ale klade i přiměřené požadavky a rozděluje zodpovědnost. Rodina spolu tráví dost času, podniká spolu výlety a rozličné aktivity. První dojem je kladný, jedná se o harmonickou, funkční rodinu. Do dětské fakultní nemocnice na neurologické oddělení začali docházet v roce 2007. Dnes již navštěvuje kliniku pouze kvůli kontrolnímu přešetření.

Důvod hospitalizace

Chlapec hospitalizován pro febrilní křeče, které se začaly objevovat několikrát do týdne. Jedná se o záchvaty které se objevují u dětí předškolního věku při náhlém vzestupu teploty. Rozhodujícím faktorem je rychlost, kterou teplota stoupne. Je důležité, aby záchvat netrval příliš dlouhou, protože dlouhé trvání má za následek nedostatečné zásobování mozku kyslíkem. Febrilní křeče mohou být často předzvěstí při rozvinutí epilepsie. Chlapci provedena magnetická resonance a EEG. Po veškerých vyšetřeních bez potíží propuštěn.

Vlastní šetření

Martin je komunikativní, společenský a klidný chlapec. Zadané úkoly se snaží plnit svědomitě, ale nevydrží u nich. Z počátku je práci pohlcen, ale postupně vše se zbrklostí ukončí. Je nutné mu neustále poskytovat nové, rozmanité aktivity. Nejraději maluje nebo vytváří různé výrobky. Jeho projev je roztěkaný a často mění nálady (emoční labilita). S ostatními dětmi vychází bez problémů, jen občas výrazně zasahuje do her ostatních a ti ho odhánějí. Komunikační úroveň odpovídá věku a v řeči se nevyskytují žádné známky poruchy. Na celkovém projevu lze pozorovat potřebu neustálého kontaktu s dospělou osobou.

Adaptace na nemocniční prostředí, separace, socializace

V nemocnici pobýval šest dní v nepřítomnosti rodičů. Kvůli svým dřívějším častým hospitalizacím prostředí oddělení znal a neměl s adaptováním žádné zásadní problémy. Všechna vyšetření již v minulosti absolvoval, proto ani nevyžadoval neustálou práci s herním terapeutem. Neprojevoval větší ostych při komunikaci s pedagogy ani zdravotníky. Při odloučení od matky nejevil známky stagnace ani ztráty zájmu o okolí. O rodině hovořil často a rád bez velkých projevů stesku. Během hospitalizace se zapojoval do veškerých činností pořádaných mateřskou školou. Byl vidět zájem o získání nových zkušeností, znalostí a schopností. S vrstevníky vycházel bez potíží, slabším se snažil poradit a pomoci. Našel si kamaráda, se kterým trávil v nemocnici většinu času. Při úkolech se projevovala schopnost spolupráce a kooperace. Někdy měly nadměrné zásahy do činností jiných dětí za následek neshody mezi nimi.

Z celkového pohledu na Martina lze konstatovat, že chlapec se s dlouhodobou hospitalizací vypořádal bez problémů. Přizpůsobení nové životní situaci ho zásadním způsobem nepoznamenalo a může pokračovat v dalším vývoji ve všech oblastech. Myslím si, že k tomu přispělo z velké části podnětné a podporující prostředí nemocnice. Pozitivní přístup zdravotníků, přiměřený věku chlapce, ale hlavně zaměstnání a aktivizace pedagogů z mateřské školy.

Kazuistika II

KAROLÍNA

§ Datum narození : říjen 2004

§ Bydliště : Rosice

§ Matka : zdravotní sestra

§ Otec : kuchař

§ Sourozenci : bratr (1 rok), sestra (7 let)

§ diagnóza neznámá

§ hospitalizována pro tonické křeče a bolesti břicha

§ délka pobytu : 5 dní

§ hospitalizována poprvé

§ nezná prostředí nemocnice

OBLASTI DIAGNOSTIKOVÁNÍ	1	2	3	4
dítě bez přítomnosti rodiče pláče			X	
projevy separační úzkosti			X	
navázání komunikace s vrstevníky		X		
navázání komunikace s personálem a pedagogy				X
adaptace do nemocničního prostředí		X		
přijetí nové sociální role		X		
zapojení do výchovně-vzdělávacího procesu				X
spolupráce s herním terapeutem	X			

Poznámky : numerická posuzovací škála (1, 2, 3, 4)

1 – ne

2 – spíše ne

3 – spíše ano

4 – ano

Somatická charakteristika

Karolína je střední postavy, která odpovídá věku. Má hnědé, středně dlouhé vlasy a tmavé oči. Chodí upravená a čistá. V nemocnici má veškeré hygienické potřeby. Hrubá i jemná motorika vyvinuta.

Osobní anamnéza

Dívka je prostředním dítětem. Má starší sestru (7 let) a mladšího ročního bratra. Narodila se v řádném termínu, těhotenství probíhalo klidně a bez problémů. V perinatálním ani raně postnatálním období se nevyskytly patologické změny. Nyní je zdravotní stav dobrý. Karolína navštěvuje klasickou mateřskou školu v místě

bydliště. Odklad školní docházky není doporučován. Mluvní projev odpovídá vývojové úrovni, nepozorovala jsem žádné narušení komunikační schopnosti.

Rodinná anamnéza

Bydlí v rodinném domě v Rosicích v úplné rodině. Matka, původem z Ukrajiny, pracuje jako zdravotní sestra. Otec je vyučený kuchař. Oba rodiče se neléčí se závažnějším onemocněním. Dalšími členy rodiny jsou mladší bratr a starší sestra. Karolína navštěvuje již třetím rokem mateřskou školu v místě bydliště. Odklad školní docházky nemá. Matka bývá často v práci, proto péče o děti připadá otci. Dle rozhovoru s dívkou lze usoudit, že otec výchovu zvládá bez problémů, děti vyrůstají v podnětném, harmonickém prostředí. Role jsou jasně rozděleny a děti mají také své povinnosti a úkoly. Na neurologickém oddělení byla hospitalizována poprvé. Na doporučení ošetřujícího lékaře budou probíhat pravidelné kontroly.

Důvod hospitalizace

Dívka hospitalizována pro bolesti břicha, křeče končetin a následné krátké bezvědomí. Stav byl lékaři označen jako epileptický paroxysmus neboli záchvat. Podstoupila potřebná vyšetření (magnetická resonance a EEG), kvůli vyloučení vzniklé epilepsie. Ta však neobjevila žádné změny, proto je nyní bez medikace. Po týdnu pozorování propuštěna domů.

Vlastní šetření

Karolína je společenská, komunikativní, sympatická dívka. Řečový projev je zralý, velmi ráda vypráví o svých zážitcích se sourozenci. Jinak o rodině nemluví, pouze o otci, matku nezmiňuje. Je zde evidentní, že s ním tráví většinu času. Jsou přítomny dětské lži. Má velký zájem o nabízené činnosti, vše si chce vyzkoušet a vyrobit. Je velmi šikovná a konstruktivní. Ráda maluje, zpívá a tančí. S dětmi vychází relativně dobře. Sledovala jsem časté záchvaty vzteku, které při zájmu okolí vymizely.

Adaptace na nemocniční prostředí, separace, socializace

Dívka byla hospitalizována po dobu pěti dnů bez přítomnosti rodičů i jejich návštěvy. Prostředí oddělení neznala, proto byla při příchodu smutná, zakřiklá a málo komunikativní. Při každodenní práci s pedagogem byla se vším seznámena a pomocí herní terapie obeznámena s vyšetřeními, která ji čekala. Po několika dnech komunikovala bez ostychu, projevovala zájem a radost. S vrstevníky nevycházela nejlépe. Spíše si hrála s menšími dětmi, pomáhala jim, měl pečovatelský pud. Často chtěla být středem pozornosti, předváděla se a vyhledávala kontakt s dospělými. Ti pro ni byli záchytným bodem při hospitalizaci. Při hře měla někdy stavy protestu a ztráty zájmu o komunikaci. Objevovaly se záchvaty pláče a vzteku. Ke konci pobytu se neustále vyptávala na rodinu.

Při pozorování Karolíny lze usoudit, že první dny hospitalizace byly obtížné. Neznámé prostředí a okolí pro ni bylo nepříjemné. Postupně se socializovala a seznamovala s ostatními dětmi. Pomocníkem jí při tom bylo podnětné prostředí mateřské školy a aktivizace pedagogem. Krizové období přišlo ke konci pobytu, kdy se začaly vyskytovat velké výkyvy chování. Reakce na nabízené činnosti byly negativní. Úzkost ze separace od rodiny dávala najevo urážením, pláčem a vztekem. Při zájmu pedagoga se uklidnila a pokračovala v činnosti. Docházelo k častým emočním změnám.

Kazuistika III

BORIS

§ Datum narození : červen 2004

§ Bydliště : Trenčín (Slovenská republika)

§ Matka : učitelka na základní škole

§ Otec : -

§ Sourozenci : -

§ diagnostikována vrozená epilepsie

§ hospitalizován pro tonicko-klonické záchvaty (napětí a křeče svalstva)

§ délka pobytu : 14 dní

§ hospitalizován po šesté

§ zná prostředí nemocnice

OBLASTI DIAGNOSTIKOVÁNÍ	1	2	3	4
dítě bez přítomnosti rodiče pláče			X	
projevy separační úzkosti			X	
navázání komunikace s vrstevníky		X		
navázání komunikace s personálem a pedagogy		X		
adaptace do nemocničního prostředí	X			
přijetí nové sociální role		X		
zapojení do výchovně-vzdělávacího procesu		X		
spolupráce s herním terapeutem			X	

Poznámky : numerická posuzovací škála (1, 2, 3, 4)

1 – ne

2 – spíše ne

3 – spíše ano

4 – ano

Somatická charakteristika

Chlapec je vyšší štíhlé postavy. Má tmavé vlasy a oči. Hrubá motorika je vyvinuta vzhledem k věku. Opoždění jemné motoriky je zapříčiněno pravidelnými silnými epileptickými záchvaty. Nevyhledává oční kontakt, často těkavé pohyby očí. Chodí upravený, v nemocnici má svoje hračky a další nutné vybavení z domu.

Osobní anamnéza

Boris nemá žádné sourozence. Prenatální období v normě, samotný porod proběhl bez problémů. Do čtyř let probíhal vývoj normálně i přes diagnostikování epilepsie. Poté se začaly častěji vyskytovat silné záchvaty a tím došlo k zastavení vývoje. Dnes už se objevuje velká regrese ve vývoji. Chlapec přestal částečně

komunikovat. Navštěvuje mateřskou školu v místě bydliště, ale vyžaduje ve většině případů individuální přístup. Je doporučen odklad školní docházky a návštěvy pedagogicko-psychologické poradny.

Rodinná anamnéza

Žije v neúplné rodině pouze s matkou, která pracuje jako učitelka základní školy, sourozence nemá. Matka musí finančně zajišťovat domácnost, proto chlapce hlídají prarodiče. Pravidelné hospitalizace v nemocnici ho vyřazují z běžného života. Má problémy v mateřské škole, kterou navštěvuje. Matka odmítá změnu školy i odklad školní docházky. Na oddělení neurologie pobývají často při těžkých záchvatech kvůli video-sledování, kontrolním vyšetřením a upravení medikace.

Důvod hospitalizace

Hospitalizován pro silné tonicko-klonické záchvaty, které se neobjevily poprvé. Chlapec podstoupil opakovaně různá vyšetření (EEG, magnetická resonance, CT mozku). Při EEG nalezeny patologické změny. Došlo také k nočnímu nahrávání záchvatu na video a následné diagnostikování. Při pobytu provedeno i kontrolní psychologické vyšetření. Je medikován Valproát sodný, jehož dávky jsou v návaznosti na záchvaty zvyšovány.

Vlastní šetření

Boris je samotářský, málo komunikativní chlapec. S ostatními dětmi si odmítá hrát, nevyhledává kontakt s vrstevníky. Řečový projev opožděný. Používá pouze jednoslovné odpovědi a jednoduché věty. I přes neustálou nabídku aktivit a hraček, nemá o nic zájem. Nejraději leží na lůžku a poslouchá četbu pohádek. Z důvodu regrese ve vývoji je opožděn ve většině oblastí osobnosti. Objevují se u něho poruchy chování projevující se záchvaty vzteku, agrese až amoku. Byly pozorovány sexuální automatismy. Při komunikaci s pedagogem je roztržitý, úkoly se mu musí několikrát opakovat.

Adaptace na nemocniční prostředí, separace, socializace

Chlapec byl hospitalizován po dobu čtrnácti dnů bez přítomnosti matky, ale s pravidelnými návštěvami. I přes časté pobyty v nemocnici a podstupování obvyklých zákroků byl jeho psychický stav špatný. Pedagog měl problémy při herní terapii s přípravou na vyšetření. Boris odmítal jakýkoli kontakt s dětmi i personálem. Časté střídání nálad zapříčinilo nezájem o aktivity. Záchvaty vzteku se objevovaly téměř každý den. V průběhu hospitalizace se jeho zdravotní stav zhoršil natolik, že trávil čas pouze na lůžku, ke kterému docházel herní specialista se snahou chlapce zabavit a zpříjemnit mu léčbu. Došlo k pokroku v komunikaci, spolupráci i aktivitě.

Je evidentní, že za psychickými změnami Borise stálo nejen prostředí nemocnice, ale hlavně opoždění vývoje zapříčiněné epilepsií. Po celou dobu pobytu mu byla věnována velká pozornost ze strany pedagoga i herního terapeuta. Bylo nutné volit jednoduché, konkrétní úkoly a činnosti. Nakonec se povedlo prohloubit v chlapci zájem a pozitivní náladu. Došlo k částečné rezignaci při volání matky a připoutání na osobu učitele.

Kazuistika IV

MONIKA

§ Datum narození : prosinec 2003

§ Bydliště : Brno

§ Matka : uklízečka

§ Otec : stavební dělník

§ Sourozenci : starší bratr (8 let)

§ diagnostikována epilepsie, expresivní porucha řeči

§ hospitalizována pro atonické záchvaty (ochabnutí svalstva)

§ délka pobytu : 8 dní

§ hospitalizována po čtvrté

§ zná prostředí nemocnice

OBLASTI DIAGNOSTIKOVÁNÍ	1	2	3	4
dítě bez přítomnosti rodiče pláče	X			
projevy separační úzkosti		X		
navázání komunikace s vrstevníky				X
navázání komunikace s personálem a pedagogy				X
adaptace do nemocničního prostředí			X	
přijetí nové sociální role			X	
zapojení do výchovně-vzdělávacího procesu				X
spolupráce s herním terapeutem				X

Poznámky : numerická posuzovací škála (1, 2, 3, 4)

1 – ne

2 – spíše ne

3 – spíše ano

4 – ano

Somatická charakteristika

Monika je vyšším štíhlé postavy. Má světle hnědé dlouhé vlasy a zelené oči. Jemná i hrubá motorika v normě. Objevuje se u ní expresivní porucha řeči, tzn., že schopnost užívat řeč je pod úrovní mentálního věku. V nemocnici nemá svoje hygienické potřeby ani pyžamo.

Osobní anamnéza

Narodila se předčasně v osmém měsíci těhotenství. V průběhu porodu ani po něm nenastaly žádné změny. Má staršího bratra. Ve dvou letech diagnostikována epilepsie. Navštěvuje logopedickou třídu v mateřské škole v místě bydliště. Matka uvádí, že mluvní projev se od první návštěvy logopeda výrazně nezlepšil. Doporučuje se odklad školní docházky.

Rodinná anamnéza

Žije v panelovém domě v úplné rodině, která je však sociálně slabší. Otec pracuje jako stavební dělník, matka jako uklízečka. Sdílí pokoj se starším bratrem, kterému byla diagnostikována epilepsie ve dvou letech. Zdravotní stav obou rodičů je dobrý. Z pozorování přístupu rodičů lze usoudit, že hlavou rodiny je matka. Otec se nezapojoval. Děti tráví veškerý čas u televize, nejezdí na výlety a nenavštěvují žádné kroužky. Chování matky i otce k dívce bylo však milé, starostlivé a podpůrné.

Důvod hospitalizace

Monika hospitalizována pro atonické záchvaty, při kterých dochází k celkovému ochabnutí svalstva a bezvědomí. Podstoupila nutná vyšetření (EEG, magnetickou resonanci), při kterých byly nalezeny patologické změny. Dávky Valproátu sodného, který byl doposud medikován, byly zvýšeny. Proběhlo také zachycení jednoho ze záchvatů na video. Dívka podstoupila psychologické sezení, které dopadlo nad očekávání dobře.

Vlastní šetření

Monika je společenská, kamarádká dívka. I přes svou poruchu řeči se snaží komunikovat. S dětmi vychází bez problémů, našla si několik kamarádů. Ráda spolupracuje při hrách s ostatními. Zadávané úkoly plní svědomitě a s radostí. Oblíbenou činností je kreslení, práce s knihami a výroba různých předmětů. Vrstevníkům kolem sebe pomáhá a radí. Inteligenčně na dobré úrovni, zvládá úkoly i pro starší věkovou skupinu. Často vypráví o rodině a mateřské škole, kterou navštěvuje. S herním specialistou pracuje se zájmem. Veškerá vyšetření absolvovala bez zásadních změn v chování.

Adaptace na nemocniční prostředí, separace, socializace

Monika strávila v nemocnici osm dní bez rodičů. Hned při příchodu vyzkoušela všechny hračky, začala si malovat a hrát s ostatními dětmi. Důvodem zřejmě byla již několikátá hospitalizace. Znala prostředí herny i celého oddělení. S vrstevníky navazovala kontakty jednoduše i přes narušení řeči. Hrála si s nimi, o menší děti se

starala a pomáhala jim. Vytvořila se několik přátel, se kterými trávila většinu času. Za dobu pobytu byla pouze párkrát navštívena rodiči, ale odloučení zvládala bez projevů smutku a stezku. Často o nich mluvila, ale nikdy jsem nepozorovala separační úzkost. S pedagogy i zdravotníky vycházela výborně, spolupracovala při herní terapii.

U této dívky se nevyskytly žádné projevy hospitalizmu. S novým prostředím se vypořádala bez problémů. Navázala kontakt s vrstevníky a vytvořila si tak sociální roli v novém kolektivu. Pedagožka jako autoritu respektovala a poslouchala. Plnila zadané úkoly a požadavky.

Kazuistika V

ONDŘEJ

§ Datum narození : září 2004

§ Bydliště : Čučice

§ Matka : učitelka základní umělecké školy

§ Otec : řidič

§ Sourozenci : sestra (14 let), bratr (4 roky)

§ diagnostikována epilepsie

§ hospitalizován pro záchvaty absencí (zahledění)

§ délka pobytu : 4 dny

§ hospitalizován poprvé

§ nezná prostředí nemocnice

OBLASTI DIAGNOSTIKOVÁNÍ	1	2	3	4
dítě bez přítomnosti rodiče pláče	X			
projevy separační úzkosti	X			
navázání komunikace s vrstevníky			X	
navázání komunikace s personálem a pedagogy				X

adaptace do nemocničního prostředí		X		
přijetí nové sociální role			X	
zapojení do výchovně-vzdělávacího procesu				X
spolupráce s herním terapeutem			X	

Poznámky : numerická posuzovací škála (1, 2, 3, 4)

1 – ne

2 – spíše ne

3 – spíše ano

4 – ano

Somatická charakteristika

Ondřej je drobné štíhlé postavy. Má světle hnědé na krátko střižené vlasy a modré oči. Hrubá motorika vyvinuta přiměřeně věku, jemná motorika s drobnými odchylkami. Chodí upravený, má čisté oblečení a hygienické potřeby.

Osobní anamnéza

Pochází ze tří dětí má mladšího bratra a starší sestru. Průběh těhotenství bez obtíží, porod v řádném termínu bez komplikací. Chlapec navštěvuje druhým rokem mateřskou školu a kroužky, které nabízí. Dochází ke klinickému logopedovi. Mluvní projev je vyvinutý v rámci věku, slovní zásoba přiměřená. Pře necelým rokem diagnostikována epilepsie.

Rodinná anamnéza

Pochází z úplné funkční rodiny. Bydlí v rodinném domě společně se dvěma sourozenci. Matka vyučuje v základní umělecké škole hudební výchovu a otec pracuje jako řidič. Jejich zdravotní stav je dobrý. Chlapec navštěvuje mateřskou školu v místě bydliště. Dochází do výtvarného a hudebního kroužku. Odklad školní docházky není potřeba. Na oddělení neurologie je hospitalizován již po několikáté.

Důvod hospitalizace

Hospitalizován pro časté záchvaty absencí, projevující se zahleděním a nepřítomným pohledem. K záchvatům docházelo několikrát denně a chlapec tak měl problémy při soustředění. Provedly se kontrolní vyšetření (magnetická resonance a EEG), která byla bez patologického nálezu. Došlo pouze k úpravě medikace a propuštění. Naplánovány jsou pravidelné kontroly.

Vlastní šetření

Ondřej je zakřiklý, stydlivý chlapec. Má tendenci pouze pozorovat dění kolem sebe a velmi se nezapojovat. S dětmi navazuje kontakt obtížně, ale pokud ho mezi sebe přijmou, stává se pomocníkem. Rád si s nimi hraje a spolupracuje. Při plnění úkolů je velmi pečlivý a opatrný, proto mu vše trvá delší dobu. Má problémy v jemné motorice. Sledovala jsem špatný úchop tužky a nedostatečně volné zápěstí při kresbě. Oblíbenou činností je skládání stavebnice a puzzle. V řečovém projevu zřejmé řečové odchylky, kvůli kterým navštěvuje logopeda.

Adaptace na nemocniční prostředí, separace, socializace

Při čtyřdenním pobytu v nemocnici došlo u chlapce k velkým pokrokům v socializaci. Po přijetí byl apatický s nezájmem o okolí a neustálými záchvaty pláče. S dětmi odmítal navazovat jakýkoli kontakt, nezapojoval se do společných aktivit. Většinu času trávil s knihami na lůžku. Soustavnou prací pedagoga se postupně přizpůsoboval novým podmínkám. S dětmi vycházel bez problémů, a dokonce si sám začal říkat o úkoly a aktivity. Po rodičích se z počátku neustále zoufale ptal, ale později mu nedělalo problém vyprávět o rodině a jeho zážitcích. Stěžejním bodem při hospitalizaci byl učitel, který se mu věnoval. Stal se chlapcovým vzorem a autoritou. Pomohl mu vypořádat se s nepříjemnou situací a poskytl stimulující atmosféru.

Poslední studovaný chlapec měl z počátku jasné projevy obtížné adaptace na neznámé prostředí. Příznaky jako úzkost, stesk, pláč a odmítání komunikace jsou typickými projevy. Každodenní prací s pedagogem a herním specialistou dokázal

přijmout novou situaci, začlenit se do nové sociální skupiny a částečně se odpoutat od rodiny.

Pro dítě je změna prostředí velkou negativní změnou. Každé na ni reaguje odlišně. Díky předcházejícím kazuistikám lze říci, že je důležitý přístup k nim s ohledem na individuální zvláštnosti, momentální zdravotní i psychický stav. Jen tak docílíme toho, že dítě přijme novou situaci a s pomocí okolí se s ní vypořádá.

8 DISKUSE A DOPORUČENÍ PRO PEDAGOGICKOU PRAXI

Sonda spočívala v diagnostikování schopnosti přizpůsobit se nemocničnímu prostředí. Jako objekty pozorování byly zvoleny děti předškolního věku, sledovány po celou dobu pobytu. I přes rozmanité způsoby práce s nimi, alternativní přístupy a metody specifické pro mateřskou školu v nemocnici, se objevily nežádoucí příznaky hospitalizmu a maladaptace. K docílení jejich minimalizace je nutné stále hledat nové možnosti ve výchovně-vzdělávacím procesu.

Z krátkodobě prováděné analýzy vyplývají následná doporučení, potřebná pro pedagogickou praxi. Mezi hlavní aspekty patří vzdělanost učitelů v oblasti psychologie, pedagogiky, zdraví a s tím související kvalita výchovné práce. Navýšení jejich počtu umožní lepší pokrytí nevyplněného volného času dětí. Více možností pro herní terapii a pravidelně pořádané akce zajistí odpoutání od nemoci. Nedílnou součástí je propojení a skloubení pedagogické práce a zajištění co nejplynulejšího edukačního procesu s ohledem na daná zdravotní omezení. Ke zlepšení adaptace napomáhá vytvoření prostředí a podmínek blízkých dětskému pacientovi v rámci všech oddělení – dostatek didaktických pomůcek, herní koutky s nabídkou různých činností a prostor ke hře na pokojích. Na závěr je nutné zmínit důležitost vzájemné spolupráce mezi rodiči, pedagogy a zdravotníky. Při dodržování všestranně fungujících podmínek by mohlo dojít k úplné redukci nežádoucích projevů způsobených hospitalizací.

ZÁVĚR

Lze konstatovat, že dítě je při pobytu v nemocnici ovlivňováno množstvím činitelů. Ať už se jedná o zdravotní stav, psychické rozpoložení nebo přístup zdravotníků, je evidentní, že na vyrovnání se s novou životní situací mají důležitý podíl pedagogové, kteří s dítětem pracují. Usilují o jeho přizpůsobení se novému prostředí, začlenění do kolektivu vrstevníků, získání důvěry, a tím odvádí pozornost od nemoci. Využívají k tomu aktivizaci prostřednictvím činností a her. Stávají se stěžejním bodem, který zpříjemňuje dobu hospitalizace.

Na výzkumné části bakalářské práce jsem pracovala s dětmi hospitalizovanými na neurologickém oddělení. Měla jsem možnost s nimi trávit každý den od přijetí po propuštění. Všechny kazuistiky obsahují osobní a rodinnou anamnézu, která stručně popisuje dítě a jeho okolí, důvod pobytu v nemocnici. Vlastní šetření popisuje můj první dojem a charakteristické projevy při práci. Poslední, hlavní část se zabývá schopností přizpůsobit se novému prostředí a vytvářet sociální vztahy.

Za adaptované považujeme takové dítě, které neprojevuje známky psychogenních obtíží a nadměrné úzkosti, přiměřeně svému věku spolupracuje s lékaři, zvládne adekvátní separaci od rodiny, je schopné se účastnit aktivit a na úrovni se zapojuje do kontaktu s vrstevníky. Je vyrovnané se změnou zdravotního stavu a přizpůsobené podmínkám nového životního stylu.

Z pěti studovaných dětí zvládly hospitalizaci bez problémů pouze dvě, které v nemocnici pobývaly pravidelně, znaly prostředí, personál i učitele. Nevyskytly se u nich žádné příznaky hospitalizmu ani jiné nežádoucí jevy. U dalších se objevila úzkost, časté záchvaty stezku a pláče. Bezprostředně po přijetí jsem sledovala známky protestu, ztrátu zájmu o komunikaci a uzavření se. Je zřejmé, že každé dítě je individualitou a vypořádává se s nemocí odlišně. Proto je důležitý přístup k nim, podnětná a klidná atmosféra utvářená kvalifikovanými pedagogickými pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BERDYCHOVÁ, J. *Aby naše děti rostly zdravě*. 1. vydání. Praha: Olympia, 1978. 79 str.

DAMBORSKÁ, M., KOCH, J. *Psychologie a pedagogika dítěte*. 1. vydání. Praha: SZN, 1966. 224 str.

GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 76 str. ISBN 80-247-0270-3.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 265 str. ISBN 978-80-247-1369-4.

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 184 str. ISBN 80-7178-588-1.

JUNGWIRTHOVÁ, I. *Pohodoví rodiče – pohodové děti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. 173 str. ISBN 978-80-7367-536-3.

KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. 165 str. ISBN 80-7178-147-9.

KISLINGER, F. a kol. *Biologie III. Základy biologie člověka*. 1. vydání. Klatovy: gymnázium Klatovy, 1994. 161 str.

Kolektiv autorů. *Dětské lékařství*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1979. 520 str.

Kolektiv autorů a konzultantů Encyklopedického domu. *Slovník cizích slov*. 2. vydání. Praha: Baronet, 2005. 366 str. ISBN 80-7214-797-8.

KOTUŠČÁK, D. a kol. *Jak psát závěrečné a kvalifikační práce*. 1. vydání. Nitra: Enigma, 2008. 161 str. ISBN 978-80-89132-70-6.

KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 193 str. ISBN 978-80-247-1568-1.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 198 str. ISBN 80-247-0179-0.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vydání. Praha: Portál, 2008. 108 str. ISBN 978-80-7367-504-2.

MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 4. vydání. Praha: Portál, 2007. 143 str. ISBN 80-7367-325-8.

MATĚJČEK, Z.: *Dítě a jeho rodina v psychologickém poradenství*. 1. vydání. Praha: SPN, 1992. 223 str. ISBN 80-04-25236-2.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Praha: Nakladatelství H & H, 2001. 147 str. ISBN 80-86022-92-7.

MĚČÍŘ, M. *Pečujeme o nemocné dítě*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1988. 200 str.

MOJŽÍŠEK, L. *Základy pedagogické diagnostiky*. 1. vydání. Praha: SPN, 1986. 206 str.

OLCHAVA, P. *Zdravé a nemocné dítě od početí do puberty*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 256 str. ISBN 978-80-247-1847-7.

PAULÍK, K. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2002. 66 str. ISBN 80-7042-214-9.

PIAGET, J. *Psychologie dítěte*. 4. vydání. Praha: Portál, 2001. 143 str. ISBN 80-7178-608-X.

PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky - úvod do studia oboru*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 272 str. ISBN 80-7178-399-4.

PRŮCHA, J. a kol. *Pedagogický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. 322 str. ISBN 978-80-7367-416-5.

ROGGE, J. *Dětské strachy a úzkosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 216 str. ISBN 80-7178-237-8.

SMOLÍKOVÁ, K. a kol. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. 1. vydání. Praha : ÚIV, 2006. 48 str. ISBN 80-87000-00-5.

STELLMANN, H. M. *Dětské nemoci a jejich přirozená léčba*. 1. vydání. Praha: Nový život, 1993. 101 str. ISBN 80-900166-4-2.

STĚNIČKOVÁ, J. a kolektiv pedagogů. *Interní materiály MŠ při FN Brno, Černopolní 9, Brno*.

STOPPARDOVÁ, M. *Zdravé dítě*. 1. vydání. Bratislava: Ikar, 2000. 127 str. ISBN 80-7202-725-5.

SUCHÝ, J. a kol. *Biologie dítěte pro pedagogické fakulty*. 4. vydání. Praha: SPN, 1985. 190 str.

ŠVINGALOVÁ, D. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2004. 70 str. ISBN 80-7083-819-1.

TRAVERS, R. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vydání. Praha: SPN, 1969. 538 str.

URBANOVSKÁ, E. *Sociální a pedagogická psychologie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 97 str. ISBN 80-244-1410-4.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 1. vydání. Brno: Paido, 1999. 144 str. ISBN 80-85931-69-9.

VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 184 str. ISBN 80-7178-830-9.

WOLF, J. a kol. *ABC člověka*. 1. vydání. Praha: Orbis, 1977. 464 str.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 207 str. ISBN 80-7178-544-X.

Použité prameny :

Wikipedie. Otevřená encyklopedie [online]. [cit. 2010-01-10]. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavn%C3%AD_strana>.

Metodický portál RVP PV [online]. [cit. 2010-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://rvp.cz>>.

<http://detivnemocnici.cz/charter/index.html>

Občanské sdružení Zdravotní klaun. Oficiální stránky organizace [online]. [cit. 2010-03-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdravotni-klauni.cz>>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha č. 2 Fotodokumentace – pomůcky k herní terapii

PŘÍLOHA č. 1

Charta práv hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby v nemocnici s dítětem zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením, neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školenému personálu, který si je plně vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám, požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznávaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

10. Děti mají plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, vhodnou k jejich věku a zdravotnímu stavu.

PŘÍLOHA č. 2

Seznam fotografií :

1. pomůcky herní terapie
2. literatura k herní terapii
3. plyšový medvěd – hlavní pomůcka terapie
4. dětský lékařský kufřík
5. tématicky zaměřené pexeso mateřské školy
při fakultní nemocnici
6. tématicky zaměřené pexeso mateřské školy
při fakultní nemocnici
7. puzzle – Naše tělo
8. průvodní fotoalbum – příjem
9. průvodní fotoalbum – vstupní vyšetření
10. průvodní fotoalbum – měření tlaku a zavedení kanily
11. průvodní fotoalbum – lékařská prohlídka
12. průvodní fotoalbum – příprava na vyšetření



1. pomůcky herní terapie



2. literatura k herní terapii



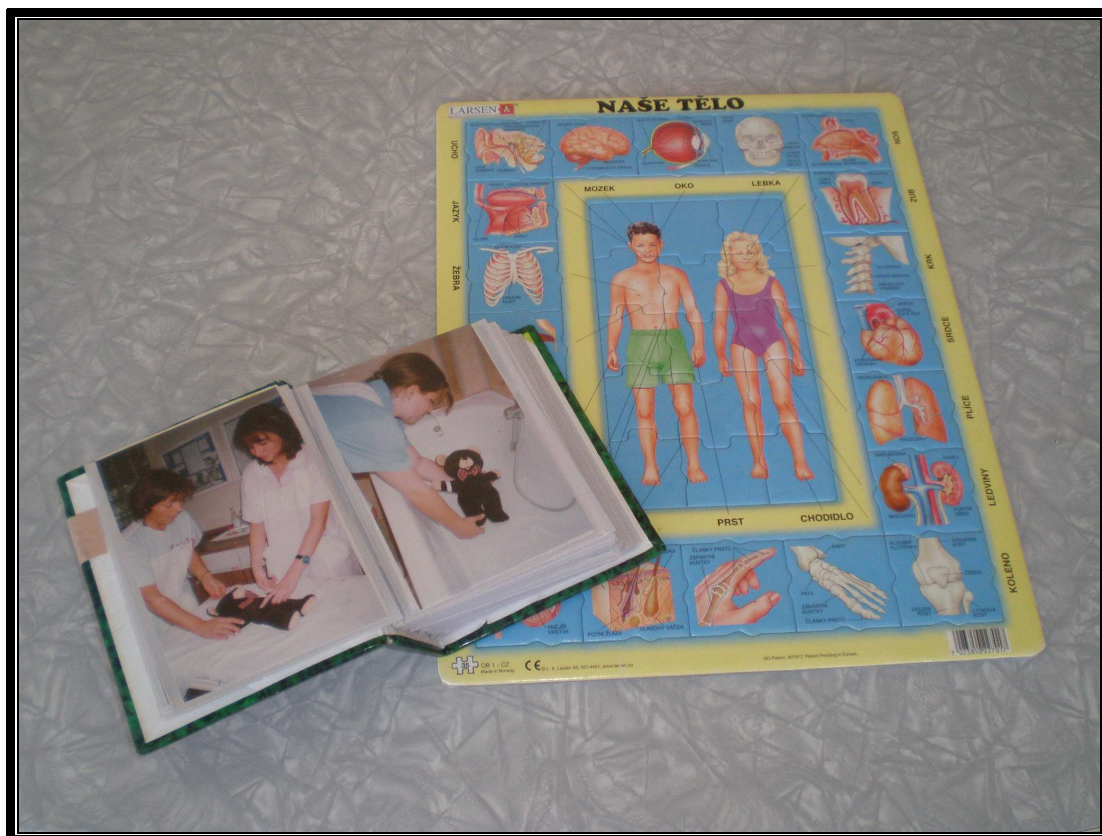
3. plyšový medvěd – hlavní pomůcka terapie



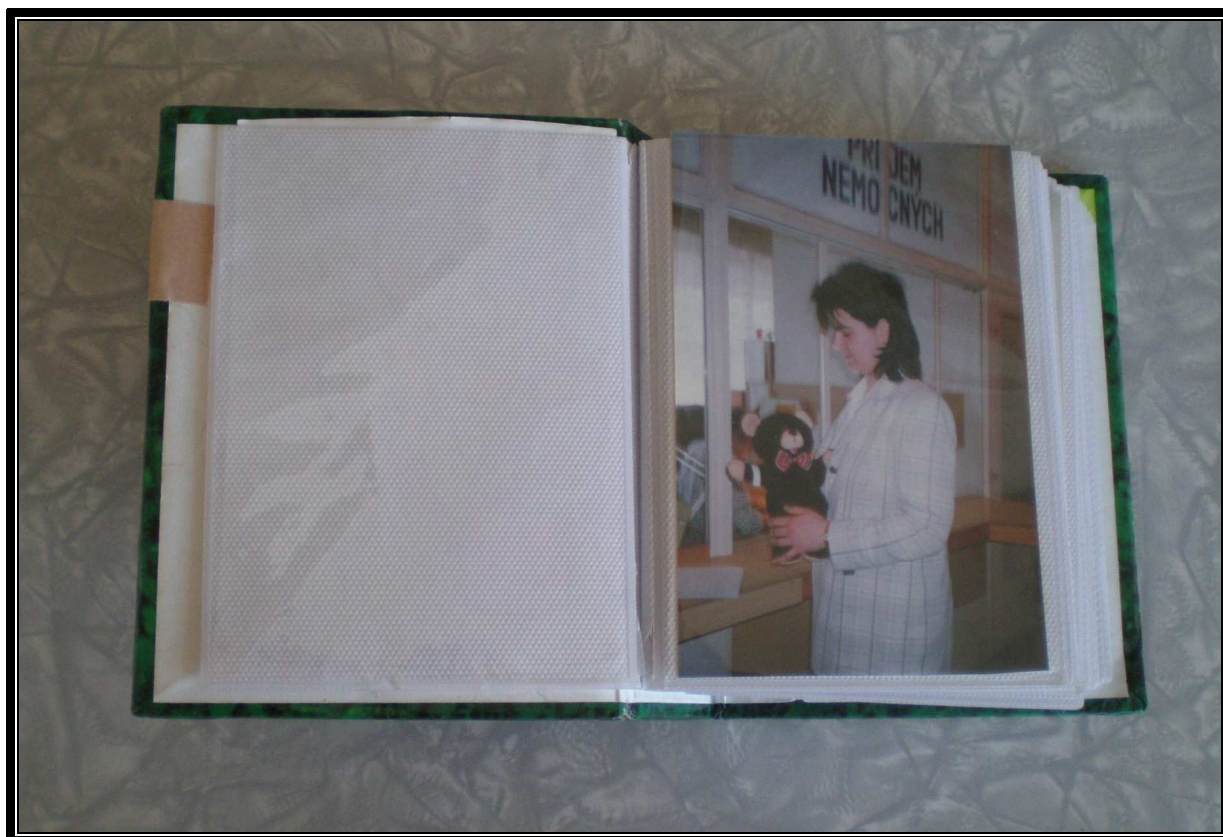
4. dětský lékařský kufřík



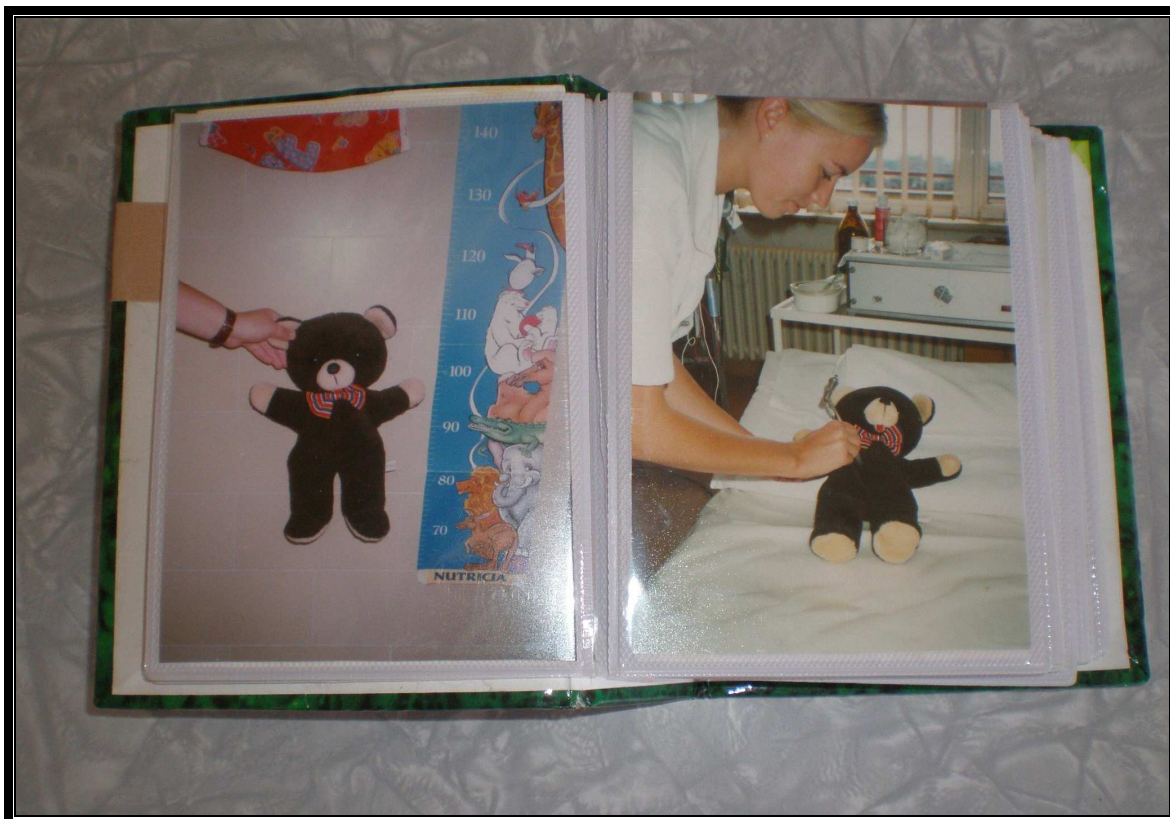
5. + 6. tématicky zaměřené pexeso mateřské školy při fakultní nemocnici



7. puzzle – Naše tělo



8. průvodní fotoalbum – příjem



9. průvodní fotoalbum – vstupní vyšetření



10. průvodní fotoalbum – měření tlaku a zavedení kanily



11. průvodní fotoalbum – lékařská prohlídka



12. průvodní fotoalbum – příprava na vyšetření

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Aneta Kampfová
Katedra:	Katedra primární pedagogiky
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Eva Šmelová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Adaptační proces u dětí předškolního věku v rámci hospitalizace v nemocničním zařízení.
Název v angličtině:	Adaptation process in preschool children during hospitalization in hospital.
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na změny v psychice, chování a jednání dítěte, spojené s nemocí a následnou hospitalizací. Zabývá se zařízením, které pro hospitalizované děti představuje podpůrný bod – mateřskou školou při nemocnici. Snaží se přiblížit její fungování, odlišnosti a popsat jedno z oddělení, na kterém je uskutečňován výzkum. Dochází k nastínění problematiky hospitalizace a negativních projevů, které při ní můžeme pozorovat. Uskutečnění jednotlivých případových studií, diagnostikování problematiky adaptování se a zvládání stresových situací u hospitalizovaných dětí, je hlavním tématem výzkumné části práce.
Klíčová slova:	dítě předškolního věku, zdraví, nemoc, hospitalizace, mateřská škola při nemocnici, kazuistika
Anotace v angličtině:	Bachelor's work is focused on changes of psyche, behavior and children's action, which are connected with disorder and successive hospitalization. It engages further with facilities for hospitalized children, visualised supportive point – nursery school. It aspires to approximate its operation, difference and mainly describe department of research. Things are drawing to the hospitality dilemma and negative expression, which we can observe. Implementation of particular studies, diagnosing of issues, adaptation and managing of stress situations in hospitalized childrens, is main theme of experimental part of this labour.
Klíčová slova v angličtině:	preschool age children, health, disorder, hospitalization, kindergarten in hospital, casuistry
Přílohy vázané v práci:	- text, fotografie
Rozsah práce:	56 s.
Jazyk práce:	český jazyk