

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Barbora Pažická

V. ročník - prezenční studium

Učitelství pro I. stupeň ZŠ a speciální pedagogika

**SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S LETÁLNÍM
ONEMOCNĚNÍM VE ŠKOLE PŘI NEMOCNICI**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

OLMOUC 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Petry Jurkovičové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 7.4. 2011

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a za cenné rady, připomínky a náměty k její obsahové stránce a inspiraci při tvorbě této práce. Poděkování patří i personálu Kliniky dětské onkologie ve FDN Brno a paní Mgr. Janě Balšínkové za umožnění sběru dat pro tuto práci. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mne po dobu studia obohacovali svými znalostmi a zkušenostmi.

V Olomouci dne 7.4. 2011

.....

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	9
1 Vzdělání, vzdělávání	9
1.1 Vzdělání základní	9
1.1.1 Rámcový vzdělávací program	10
1.2 Výchova	12
1.3 Edukace	12
2 Vyučovací proces	13
2.1 Potřeby žáka ve vyučování	14
2.2 Vyučování jako dvousměrný proces	15
2.3 Motivace	17
2.3.1 Jak probouzet zájem žáků	19
2.3.2 Maslowova hierarchie potřeb	20
2.3.3 Demotivační faktory	21
2.4 Hodnocení	21
2.4.1 Funkce hodnocení	22
2.4.2 Typy hodnocení	23
2.4.3 Zásady a pravidla hodnocení	25
2.4.4 Slovní hodnocení	26
3 Pedagogická komunikace	27
3.1 Faktory limitující pedagogickou komunikaci	27
3.2 Prostředky pedagogické komunikace	29
3.2.1 Verbální komunikace	29
3.2.2 Nonverbální komunikace	31
3.2.3 Komunikace činem	33
4 Učitel ve výuce	34
4.1 Generalizace o učitelích	34
4.2 Kompetence učitele	36

4.3	Standardy výkonu učitelské profese.....	37
5	Nemoc.....	38
5.1	Somatická nemoc.....	38
5.1.1	Hlediska somatické nemoci.....	39
5.2	Somatická nemoc u dětí.....	40
5.2.1	Prožívání nemoci.....	40
5.3	Dítě v nemocnici.....	45
5.3.1	Nemocnice.....	45
5.3.2	Pobyt dítěte v nemocnici.....	45
5.3.3	Hospitalismus.....	48
5.3.4	„Humanizovaná“ léčebná péče.....	49
5.4	Onkologická nemoc u dětí.....	49
5.4.1	Léčba.....	50
5.4.2	Režim dítěte v průběhu léčby.....	54
5.4.3	Reakce rodiny na závažnou diagnózu dítěte.....	55
5.5	Letální onemocnění.....	56
5.5.1	Proces vyrovnávání se se smrtí.....	57
	Praktická část	60
6	Vymezení výzkumného problému.....	60
7	Cíl a výzkumné otázky.....	61
8	Výzkumný vzorek.....	62
9	Metodologie.....	63
9.1	Metody.....	63
9.1.1	Pozorování.....	63
9.1.2	Rozhovor.....	64
9.2	Sběr dat.....	66
10	Analýza a interpretace výsledků výzkumu.....	67
10.1	Klinika dětské onkologie.....	67
10.1.1	Historie.....	67
10.1.2	Současnost.....	67
10.1.3	Oddělení standardní péče č. 23.....	67
10.1.4	Jednotka intenzivní péče č. 31.....	68

10.1.5	Transplantační jednotka č. 7.....	68
10.1.6	Ambulance dětské onkologie	68
10.1.7	Skupina nemocí	68
10.2	Průběh výuky a její specifika.....	69
10.2.1	Místo výuky	69
10.2.2	Materiální zajištění	71
10.2.3	Věk a třída žáků.....	73
10.2.4	Vyučovací předměty.....	73
10.2.5	Kontraindikace výuky	75
10.3	Teamová spolupráce.....	75
10.3.1	Spolupráce učitel – rodič – kmenová škola	76
10.3.2	Spolupráce učitel – žák	76
10.3.3	Spolupráce učitel – rodič	77
10.4	Psychologická péče na Klinice dětské onkologie	78
10.4.1	Spolupráce psychologa a rodiče	78
10.4.2	Spolupráce psychologa a dítěte	78
10.4.3	Spolupráce psychologa s učitelem	79
11	Závěr výzkumu a doporučení.....	80
	Závěr	81
	Seznam použité a doporučené literatury	83
	Seznam příloh.....	86
	ANOTACE	

Úvod

*„Non schoale sed vitae discimus.
- Neučíme se pro školu, ale pro život.“*

Seneca

Vzdělání má v našem životě nezastupitelné místo. Je důležitým faktorem pro rozvoj osobnosti člověka a pro jeho začlenění se do společnosti. Člověk se učí a vzdělává celý život. Každý den se něčemu naučíme, zjistíme novou informaci, kterou si zapamatujeme. I nejmenší děti jsou „žáky“, učí se mluvit, napodobovat chování svých rodičů, kteří jsou v pozici „učitele“. S narůstajícím věkem, se výuka a výchova dítěte přesouvá do odborných institucí, jako jsou mateřské, základní, střední a vysoké školy. Tyto instituce mají dítěti poskytovat tolik podnětů, aby bylo schopno stále lépe se orientovat ve světě kolem sebe. Děti jsou v kolektivu a učí se pravidlům soužití.

Každé dítě si ve svém životě projde nějakou nemocí. Ale jsou mezi námi i děti, které nemají to štěstí, že se léčí „pouze“ s chřipkou. Jsou to děti, které mnoho času svého dětství prožijí v nemocnici. Děti, které jsou onkologicky nemocné. Tyto děti doprovází nejen strach z nemoci, bolesti a nejistoty, ale jsou izolovány od svého okolí. Onkologicky nemocné děti jsou pacienti dlouhodobými. Jejich léčba trvá mnoho měsíců i let. Přestože, pobývají v nemocnici jen po dobu nezbytně nutnou (často i několik týdnů, měsíců), jejich imunita je tak oslabená, že docházení do školy, mezi své kamarády, nepřichází v úvahu. Samotná nemocnice není příliš podnětným prostředím, a tak na důležitosti nabývá působení učitelky ZŠ a MŠ a vychovatelky na onkologickém oddělení.

Již na střední škole jsem si vyzkoušela práci učitelky mateřské školy na klinice dětské onkologie ve Fakultní dětské nemocnici v Brně. Už tehdy jsem byla přesvědčena, že se chci na toto oddělení

vrátit a dětem se věnovat. Kdo si představuje oddělení, jako „hrůzostrašnou“ stanici s plačtivými, apatickými dětmi, kde je klid, byl by překvapen. Na oddělení slyšíte smích, děti jsou veselé a těší se na jakoukoli činnost. Štěstí mi přálo a na kliniku jsem měla možnost vrátit se přesně o pět let později - už jako učitelka Základní školy při Fakultní nemocnici. Proto je naše práce zaměřena na vymezení a popsání specifík vzdělávání onkologických pacientů v Základní škole při nemocnici.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnujeme vymezení pojmů výchovy a vzdělávání a pojmů s nimi souvisejících, které jsou pro školní praxi, zejména v nemocnici, důležité. Dále je zmíněna problematika nemoci u dětí se zaměřením na onkologickou nemoc a nemoc letální. Část praktická shrnuje a popisuje výsledky našeho výzkumu.

Věříme, a doufáme, že naše práce bude přínosem pro učitele, kteří mají ve třídě zařazeného žáka s onkologickým onemocněním, aby si dokázali představit, jak výuka v nemocnici probíhá. Dále učitelům, kteří na onkologickém oddělení již pracují a neví jak svoji práci zlepšit nebo obohatit. Učitelům, kteří začínají na onkologickém oddělení, by tato práce mohla soužit jako odrazový můstek pro jejich následující praxi. I rodičům, které mají onkologicky nemocné dítě a bojí se výuky v nemocnici, může být tato práce nápomocna.

Teoretická část

1 Vzdelání, vzdělávání

Dle OSN a Světové banky je vzdělání (vzdělávání) základní lidskou potřebou.

Vzdělání je základním pojmem pedagogické teorie a praxe. Výrazem vzdělaný člověk vyjadřujeme kvalitu osobnosti. Vzdělání vytváří předpoklady pro úspěšnou socializaci jedince do společenského, kulturního i pracovního života.

Skalková (2007, s. 27) uvádí: „Předpokládáme, že spolu s osvojením systému určitých vědomostí a dovedností chápe vzdělaný člověk vztahy mezi poznatky, získal dovednosti používat svých vědomostí při řešení nových úkolů, dovednosti dalšího sebevzdělávání. Vzdělání zahrnuje i osvojení hodnot estetických a morálních, vytváření určitého postoje ke světu, společnosti a sobě samému. Tyto postoje nalézají svůj odraz ve schopnosti kritického uvažování, v praktických životních názorech a jednání.“

Vzdělání je tedy možno chápat jako výsledek procesů, které soustavně a záměrně rozvíjíme při vyučování. Tyto procesy nazýváme vzdělávání. Obecný cíl vzdělání je vyjádřen potřebami společnosti a toho kterého jedince.

1.1 Vzdelání základní

Dle Průchy, Walterové, Mareše (1995) jde o vzdělání fundamentální, podstatné, univerzální, všeobecné určené pro veškerou populaci. Realizováno je v institucích základního školství. V naší republice poskytujeme základní vzdělání populaci od 6 do 15 let, tedy do ukončení povinné školní docházky. Skalková (2007) doplňuje, že jde o poskytnutí pevného a solidního základu, který vede k všestrannému rozvoji žáka a tvoří tak předpoklady pro další vzdělávání.

Základní vzdělání navazuje na vzdělání a výchovu v rodině. Na 1. stupni usnadňuje svým pojetím přechod žáků z mateřských škol a rodiny do povinného vzdělávání. Na tomto stupni je vzdělávání založeno na poznávání, rozvíjení individuálních potřeb a zájmů žáků. Na stupni 2. vzdělávání pomáhá žákům získat vědomosti, dovednosti a návyky, které jim v budoucnu umožní samostatné učení a utváření hodnot a postojů vedoucích k zodpovědnému rozhodování, kultivovanému chování aj.

Základní vzdělání je v dnešní době uskutečňováno podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.

1.1.1 Rámcový vzdělávací program

Rámcový vzdělávací program je závazným dokumentem pro všechny základní školy, které podle něj musí mít zpracován školní vzdělávací program.

Podle RVP ZV má základní vzdělání pomoci žákům utvářet a postupně rozvíjet klíčové kompetence. Za klíčové kompetence v základním vzdělávání jsou považovány:

- kompetence k učení;
- kompetence k řešení problémů;
- kompetence komunikativní;
- kompetence sociální a personální;
- kompetence občanské;
- kompetence pracovní.

Tyto kompetence představují souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění se ve společnosti, RVP ZV (2005).

Veškeré učivo základní školy je podle RVP ZV rozděleno celkem do devíti vzdělávacích oblastí. Jsou to: jazyk a jazyková komunikace, matematika a její aplikace, informační a komunikační technologie,

člověk a jeho svět, člověk a společnost, člověk a příroda, umění a kultura, člověk a zdraví, člověk a svět práce.

V základním vzdělání se usiluje o naplnění těchto cílů (RVP ZV, 2005):

- Umožnit žákům osvojit si strategie učení a motivovat je pro celoživotní učení.
- Podněcovat žáky k tvořivému myšlení, logickému uvažování a k řešení problémů.
- Vést žáky k všestranné, účinné a otevřené komunikaci.
- Rozvíjet u žáků schopnost spolupráce a respektovat práci a úspěchy vlastní i druhých.
- Připravovat žáky k tomu, aby se projevovali jako svébytné, svobodné a zodpovědné osobnosti, uplatňovali svá práva a naplňovali své povinnosti.
- Vytvářet u žáků potřebu projevovat pozitivní city v chování, jednání a v prožívání životních situací. Rozvíjet vnímavost a citlivé vztahy k lidem, prostředí, přírodě.
- Učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný.
- Vést žáky k toleranci a ohleduplnosti k jiným lidem, jejich kulturám a duchovním hodnotám, učit je žít společně s ostatními lidmi.
- Pomáhat žákům poznávat a rozvíjet vlastní schopnosti v souladu s reálnými možnostmi a uplatňovat je spolu s osvojenými vědomostmi a dovednostmi při rozhodování o vlastní životní a profesní orientaci.

1.2 Výchova

Průcha, Walterová, Mareš (1995) charakterizují výchovu jako záměrné působení na osobnost člověka, kdy cílem je dosažení pozitivních změn v jejím vývoji.

Mnoho autorů chápe pojetí výchovy různě. Uvedeme zde tedy několik možností (Průcha, Walterová, Mareš, 1995).

Například Lindner, Hubert chápou výchovu jako plně řízený proces ovlivnění nehotového člověka pedagogem nebo institucí, naplněný snahou podříditi jej normám společnosti, instituce atd. Rousseau a Dewey a další zdůrazňují podíl osobnosti na vlastním utváření. Třetí pojetí vychází při vymezení výchovy z interakce mezi pedagogem a žákem. Příznivcem tohoto pojetí byl např. Peters. Výchovu lze tedy vymezit jako cílevědomou, plánovitou a všestrannou činnost směřující k přípravě člověka pro jeho úkoly ve společnosti a osobní život. Jde o celoživotní působení na procesy lidského učení a socializace.

1.3 Edukace

Tento pojem se v naší zemi stává stále používanějším. Mnoho autorů začalo tímto termínem nahrazovat u nás tradiční pojem „výchova a vzdělávání“, který je, jak uvádí Průcha (2002, s. 66) „z různých důvodů nešikovný.“ Onou „nešikovností“ je myšleno dvouslovné vyjádření pojmu, který je kvůli této skutečnosti méně operativní. Také proto, že vyděluje složku „výchova“ a „vzdělávání“, tyto složky se vždy v reálném procesu prolínají.

2 Vyučovací proces

„Vyučovací proces lze vymezit poměrně jednoduše a jednoznačně – žáci se učí, učitel řídí (vede) jejich učební činnosti (Kolář, Vališová, 2009, s. 7)“. I přesto, že se vymezení vyučovacího procesu může zdát jednoduché, jde o interakci mnoha faktorů a řady složitých procesů. Vyučování je tedy velice složitým systémem a mnohostranným procesem (Kolář, Vališová, 2009).

Při srovnání dalších vymezení pojmu vyučování se ukazuje, že i když jsou zachovány v podstatě shodné zásadní názory, každý z autorů klade důraz na jinou stránku či kvalitu vyučování.

Průcha, Walterová, Mareš (1995) ve svém Pedagogickém slovníku uvádí, že výuka je termín synonymický s pojmem vyučování v běžném významu. Označuje tak to, co se každodenně odehrává ve školních třídách v průběhu vyučovacích hodin. V didaktických teoriích se pojem objasňuje širše jako systém, který zahrnuje proces, cíle, obsah, podmínky, determinanty a prostředky výuky. Dále její typy, výsledky a vlastní vzdělávací proces.

Marňák (in Průcha, Walterová, Mareš, 1995) definuje výuku jako hlavní formu výchovně – vzdělávací činnosti, při níž učitel a žáci vstupují do určitých vztahů. Cílem je dosažení stanovených cílů.

Skalková (2007) chápe vyučování jako historicky ustálenou formu cílevědomého a systematického vzdělání i výchovy dětí, mládeže i dospělých. Realizována je především ve školách, rodině a jiných zařízeních.

Vališová, Kasíková a kol. (2007, s. 121) uvádí: „Vyučování je forma cílevědomého a systematického vzdělávání a výchovy dětí, mládeže a dospělých. Tato forma je naplňována vzájemnou součinností učitele a žáků. Celistvost vyučování je dána vnitřními vztahy uvnitř systému, které jsou vzájemně propojeny a vzájemně se ovlivňují. Zároveň jde o celek, který je ovlivněn také kontextem (společnosti, instituce), ve kterém funguje.“

2.1 Potřeby žáka ve vyučování

Petty (2002) uvádí několik potřeb, které je třeba uspokojit, aby byl vyučovací proces úspěšný. Všechny potřeby shrnuje do mnemotechnické pomůcky: slovo VYUČOVAT?.

VY= Vysvětlení

Žáci potřebují vědět, proč se činnost provádí, jak se dělá. Dále potřebují získat všechny důležité informace spjaté s činností. Jestliže používají postupy, jimž nerozumí, cítí se nejistě. Učení bez porozumění je povrchní a bohužel k němu dochází častěji, než si myslíme.

U= Ukázka

Žáci musí přesně zjistit, co se po nich žádá a jak to mají udělat. Ukázka správného postupu následně slouží jako model, který lze napodobit či přejmout. Ukázka může mít mnoho podob. Jde např. o demonstraci, příklad, popis postupu, objevování.

Pro žáky má ukázka velký význam i tehdy, pokud jen potvrdí jejich domněnku. Žáci se tak ujistí, že všemu porozuměli a jejich řešení je správné.

Č= Činnost

Činnost je potřeba používání nabytých informací, tedy je procvičovat. Jakékoliv činnosti převedené na situace z běžného života jsou pro žáky velmi přínosné. Sami žáci právem považují praktické užívání nabytých dovedností za výbornou metodu učení.

O= Oprava a kontrola

Veškeré praktické činnosti musí být kontrolovány a opravovány žáky samotnými a samozřejmě i učitelem. Hlavním cílem je, aby se žák nedopouštěl opakovaně stejných chyb, a tedy aby nedošlo k zafixování chybného řešení. Kontrola žáka upozorňuje na věci, které je nutno upravit. Záměrem je naučit žáky kontrolovat a opravit si vlastní práci. Tuto schopnost je potřeba ve vyučování co nejvíce podporovat, protože čím více zodpovědnosti žáci za

svoji práci převezmou, tím lépe. V ideálním případě probíhá kontrola a oprava již během práce žáka. Pokud to není možné, tak v co nejkratší době po jejím dokončení.

V= Vybavovací pomůcky

Žáci mají potřebu poznámek, které jim poznatky následně připomenou. Poznámky kompenzují nedostatečnost paměti, jsou shrnutím učiva, vyjadřují nejdůležitější body.

A= Aktivní opakování

V tomto případě jde o potřebu rekapitulace a procvičování starší látky proto, aby ji žáci nezapomněli. Probrané učivo se musí osvěžovat a používat.

T= Testování

Dovednosti žáka musí být vyzkoušeny v reálných podmínkách, aby si učitel i žák byli jisti, že ji úspěšně zvládli.

Posledním znakem Pettyho zkratky VYUČOVAT? je otazník, který značí potřebu žáků ujasnit si pochybnosti otázkami. Vyučující by měl dát žákům možnost ptát se individuálně. Tento přístup zohledňuje i nesmělejší žáky, kteří se mohou stydět zeptat se před svými spolužáky.

2.2 Vyučování jako dvousměrný proces

Vyučování je dvousměrným procesem mezi učitelem a žákem. Kdyby bylo procesem pouze jednosměrným, vystačili bychom si s knihami, videem a učitelé by byli zbyteční. „Vyučování se tedy stává setkáváním se, vzděláváním, sebezpřetvářením, v jehož centru je vztah člověk – člověk. Dochází zde ke skutečnému dialogu mezi JÁ a TY, založeném na respektu, úctě k jinakosti, pobývání v porozumění (Lukavská, 2003, s. 13).“

Tento proces je tedy založen na přímé komunikaci mezi žákem a učitelem, která zajišťuje učiteli zpětnou vazbu. Dosáhnout

oboustranné komunikace není jednoduché. Ve vyučování se může objevit mnoho překážek, které komunikaci brání nebo ji úplně znemožňují. Petty (2002) uvádí jako nejběžnější:

- Přílišná nenáročnost práce: Pro pozitivní motivaci žáka je podstatné, aby měl žák pocit, že v hodině něčeho dosáhl a dostalo se mu za práci uznání. Tohoto lze dosáhnout, když úroveň zadávaných úkolů odpovídá úrovni schopností a dosavadních výsledků každého žáka. Tempo vyučování má odpovídat tempu učení.
- Odborná terminologie: Učitelé používají speciální slovní zásobu a v průběhu vyučování ji musí vysvětlovat. Je potřeba si dávat obzvláště pozor na slova, která mají specifický význam v různých oborech či předmětech.
- Slovní zásoba a používání jazyka: Pro komunikaci mezi učitelem a žákem je důležité, aby učitel nemluvil příliš složitě. Vzhledem k tomu, že učitel by měl být pro žáky mluvním vzorem, je třeba si dávat pozor na výslovnost, gramatickou stavbu promluvy atd. Neobvyklá situace nastává v oblastech se specifickým nářečím. Učitel by neměl hovořit nářečím, ale vždy používat spisovný jazyk.
- Strach z neúspěchu a malá očekávání žáků: Mnozí žáci z různých příčin neočekávají, že by mohli v hodinách něčeho dosáhnout, proto k nim mají záporný vztah a někdy se bojí. Často žákům chybí i motivace. V tomto případě je podstatné, aby učitel své žáky poznal, ptal se, jaké mají obavy, co je baví atd.

2.3 Motivace

„Motivace je souhrn vnitřních a vnějších faktorů, které vzbuzují, aktivují, dodávají energii lidskému jednání a prožívání, zaměřují toto jednání a prožívání určitým směrem, řídí jeho průběh, způsob dosahování výsledků, ovlivňují též způsob reagování jedince na své jednání a prožívání, jeho vztahy k ostatním lidem a ke světu (Průcha, Walterová, Mareš, 1995).

Motivaci dělíme na primární, sekundární, vnější a vnitřní.

Primární motivací rozumíme biologické potřeby, které fungují jako instinkty. Řada pedagogických psychologů (C. R. Rogers, F. Perls) je názoru, že je nutno vycházet z přirozených potřeb žáka. Často nechápou primární potřeby pouze jako biologické, ale i určité potřeby duševní (např. zvědavost je vitálním projevem věcného zájmu o vše nové (Skalková, 2007).

Naučené tendence chování, způsob, směr i sílu označujeme jako motivaci sekundární. Ta aktivizuje žáka tak, aby něčeho dosáhl, nebo aby se něčemu vyhnul (Skalková, 2007).

Motivací vnější máme na mysli působení okolí na jedince.

Motivace vnitřní přichází z jedince. Jsou to plány, cíle, představy, tužby (Fiala, 2009).

Průcha, Walterová, Mareš (1995) rozlišuje ve své publikaci i motivaci ve vyučování.

Motivace žáků při výuce je výsledek procesu motivování, na kterém se podílí žák, učitel, rodiče, spolužáci. Učitel ovlivňuje motivaci žáků mnoha způsoby. Např. vytváření si adekvátního obrazu o žácích či učitelovo očekávání vůči žákům. Toto očekávání je buď pozitivní, nebo negativní.

Při pozitivním očekávání, tzv. Pygmalion efektu, učitel vychází z úvahy, že se žák může zlepšit a sám učitel dělá vše pro to, aby se očekávání stalo skutečností. Chová se k žákovi vstřícně a povzbuzuje jej, až v samotném žákovi navodí přesvědčení, že je v jeho silách, aby se zlepšil a že mu učitel chce pomoci.

Opačným případem je negativní očekávání, Golem efekt. V tomto případě učitelovo očekávání vychází z úvahy, že se žák nemůže zlepšit a spíše se bude horšit. Učitel, stejně jako v předchozím případě, dělá vše proto, aby na jeho slova došlo. Své očekávání prosazuje ve vyučování systematicky a dlouhodobě. Chování k žákovi je odmítavé, soustavně ho napomíná, kritizuje, podezírá, obviňuje a to vše dělá tak dlouho, až žák rezignuje a začne se chovat tak, jak učitel očekává. V žákovi tak navodí pocit, že se nikdy nemůže zlepšit.

Začínající učitelé i ti zkušení pokládají motivaci za předpoklad úspěšného učení a toho, aby se žáci vůbec učit chtěli.

Uvedeme nejdříve několik důvodů, proč se žáci učit chtějí (Petty, 2002):

- Věci, které se učí, se jim hodí. V tomto případě jde zejména o volnočasové aktivity, např. plavání. Bohužel většina učiva na základní škole má pro převážnou část žáků minimální praktické využití.
- Kvalifikace studiem získaná se jim hodí. Pro žáky může kvalifikace znamenat dlouhodobý cíl.
- Při učení mají dobré výsledky a úspěch zvyšuje sebevědomí. Tato skutečnost představuje hlavní motivační faktor u většiny žáků. Úspěchy žáky naplňují pocitem, že něčeho dosáhli. Proto mezi nimi často vzniká soutěživost a zájem o spolužákův prospěch bývá stejný jako zájem o známky vlastní.
- Dobrý prospěch vyvolá pozitivní ohlas u učitele nebo spolužáků. Opět hraje roli sebevědomí. I v případě, že žáka učení nebaví, snaží se „držet krok“ se svými spolužáky, aby byl pozitivně přijímán učitelem, spolužáky a rodiči.
- Pokud se žák nebude učit, bude to mít nepříjemné a bezprostřední důsledky.

- Věci, které se žák učí, jsou zajímavé a vzbuzují zvědavost. Učení může uspokojovat přirozenou zvědavost žáka.
- Žák zjišťuje, že učení je zábavné. I v případě, že žáka určitý předmět příliš nezajímá, může najít zálibu v činnostech, které učitel připraví. Činnosti mohou být neobvyklé a zábavné a mohou vést k sebevyjadřování a tvořivosti.

2.3.1 Jak probouzet zájem žáků

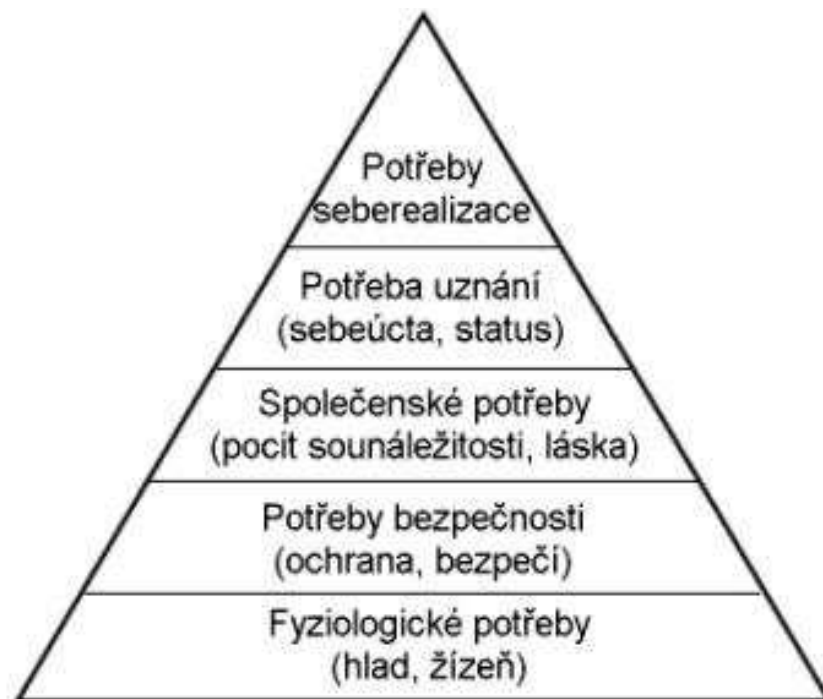
Motivace nemá svůj smysl samostatně. Napomáhá procesu učení, zvyšuje pozornost, duševní úsilí i odhodlání čelit obtížím.

- 1). Učitel musí sám projevovat zájem – být pro svůj obor nadšen.
- 2). Pedagog by měl žákům ukázat, jaký význam má jeho obor v reálném světě. Měl by přinášet do hodin předměty z praxe, pouštět instruktážní filmy, hovořit o konkrétní aplikaci učiva.
- 3). Je potřeba využít tvořivosti a sebevyjadřování žáků.
- 4). Učitel by se měl přesvědčit, že se všichni žáci aktivně zapojují do výuky.
- 5). Pedagog by měl pravidelně obměňovat činnosti žáků.
- 6). Využívejme překvapení a neobvyklých činností.
- 7). Pedagog by měl zadávat třídě soutěživé a problémové úkoly.
- 8). Zadávání hádanek, podporující zvědavost, na které pedagog později sdělí odpověď.
- 9). Učitel by měl podporovat učení tím, že se zajímá o záliby žáků.
- 10). Učitel musí dát svému oboru „osobní rozměr“. „Učitel jako člověk, je mnohem důležitější než učitel jako technik. To, čím je, má větší význam než všechno to, co dělá.“ (J. Canfield)

2.3.2 Maslowova hierarchie potřeb

S pojmem motivace úzce souvisí pojem potřeba. Proto uvádíme Maslowovu pyramidu potřeb.

Maslowova pyramida potřeb vyzdvihuje význam, který má přijetí žáka svými spolužáky, učiteli (potřeba sounáležitosti), úspěšnost v učení (potřeba uznání) a tvořivý a osobní vývoj (seberealizace). Jak píše Petty (2002, s. 52) „...jde o základní tlačítka, jež dodávají žákům motivaci a učitel je musí umět zmáčknout.“



(Vašíček, 2009)

Potřeby jsou seřazeny hierarchicky. V nejnižším patře Maslow uvádí ty nejdůležitější, fyziologické. Ostatní potřeby nabývají významu teprve pro toho, kdo již uspokojil potřeby nacházející se ve schématu níže.

„Jestliže postupy učitele odpovídají potřebám jistoty, důvěry, kladného hodnocení, podporují pozitivně se rozvíjející vztah dítěte k učení a ke škole (Skalková, 2008, s. 175).

2.3.3 Demotivační faktory

Mezi faktory snižující motivaci patří emocionální faktory jako jsou deprese, úzkost z předchozího neúspěchu. Dále faktory fyziologické a faktory prostředí, například hlad, hluk, chlad. Mezi demotivační faktory můžeme řadit i přílišnou motivaci. Pokud se žáci bojí zkoušek, mohou se přepracovat a vyčerpat či být natolik ve stresu, že jejich výkonnost klesá.

Motivace a aktivita žáků bude klesat, jestliže učitel nebude podporovat jejich fantazii, nedovede je dostatečně ocenit, žáci nezažijí úspěch a nevidí smysl aktivity, kterou jim učitel předkládá.

2.4 Hodnocení

Hodnocení je nedílnou součástí vyučovacího procesu. „Pojem hodnocení chápeme jako zaujímání a vyjadřování kladného nebo záporného stanoviska k různým činnostem a výkonům žáků ve vyučování (Skalková, 2008, s. 176).“ Hodnocení velmi výrazně ovlivňuje proces učení žáků.

Kalhous, Obst (2009) rozumí hodnocením v užším pedagogickém smyslu systematický proces, který vede k určení kvalit výkonů žáka nebo skupiny žáků. „Podstatou školního hodnocení je zjištění kompetencí – vědomostí, dovedností a postojů – žáka a formulace hodnotících soudů na základě porovnání skutečného stavu se stavem předpokládaným, formulovaným jako cíle výuky.“

Vališová, Kasíková a kol. (2007, s. 243) uvádí, že hodnocení „učiteli umožňuje nejen posuzovat úspěšnost vyučování, ale i plánovat další cíle vyučování i prostředky jejich naplnění, tedy především obsah vyučování, volbu metod a organizačních forem. Žákovi poskytuje hodnocení důležité informace o vlastním postupu v učení. Má zásadní význam pro motivaci žáka k učení, podílí se na vytváření sebepojetí žáka, ovlivňuje jeho aspirace.“

Hodnocení tedy ovlivňuje i strukturu vztahů mezi žáky, postavení žáka mezi spolužáky ve třídě.

„Hodnocení plně odpovídá celkovému charakteru vyučování, odráží typ cílů a hlavně sociálních vztahů ve vyučování. Pokud je vyučování zaměřeno více na osvojování vědomostí, hodnocení se svým obsahem zaměřuje na momentální výkon žáka, na stav jeho vědomostí. Naproti tomu vyučování, které sleduje celkový rozvoj osobnosti žáka, hodnotí především procesuální stránku, činnosti žáka, jeho úsilí.(Vališová, Kasíková a kol., 2007 s. 243).“

„Hodnocení souvisí bezprostředně i s úrovní vztahu učitele a žáka. Jiný typ hodnocení najdeme v autoritářském typu vyučování s dominantním postavením učitele, jiný typ hodnocení ve vyučování demokratickém s partnerským vztahem učitele. (Vališová, Kasíková a kol., 2007, s. 244).“ V praxi obvykle dochází k prolínání obou uvedených modelů podle specifiky daných vyučovacích předmětů, podle zaměření toho kterého učitele a také v závislosti na charakteru vyučování a učební činnosti žáka. Vališová, Kasíková a kol. (2007).

2.4.1 Funkce hodnocení

Ch. Kyriacou (1996, in Kalhous, Obst, 2009) uvádí šest funkcí hodnocení:

- Hodnocení má být pro učitele zpětnou vazbou o jeho práci. Jak se mu podařilo dosáhnout zamýšlených cílů.
- Hodnocení má poskytovat žákům zpětnou vazbu o jejich výkonu a prospěchu. Hodnocení žáka by mělo být formulováno co nejpřesněji, aby měl žák jasno, v čem má zlepšit svoji práci.
- Hodnocení má žáky motivovat. Informace o úspěchu jsou velmi účinným zdrojem motivace.

- Hodnocení je podkladem pro vedení záznamů o prospěchu žáka, které umožňují rozhodování o výchovných a vzdělávacích potřebách žáků.
- Hodnocení poskytuje doklady o momentálním prospěchu a dosažené úrovni žáka.
- Hodnocení umožňuje posouzení připravenosti žáka pro další učení.

Vališová, Kasíková a kol. (2007) uvádí funkce:

- Informativní – ta informuje o tom, jakého výsledku žák dosáhl. Tato funkce zahrnuje i funkci kontrolní – byl-li a jak splněn cíl vyučování. Dále zahrnuje i funkci diagnostickou – poskytuje informace o učebním stylu žáka, o příčině neúspěchu.
- Formativní – hodnocení není jen nositelem určité informace, ale je zároveň významným stimulem rozvoje osobnosti žáka.

2.4.2 Typy hodnocení

Kalhous, Obst (2009) uvádí tyto typy:

- Formativní hodnocení, které umožňuje cílenou radu, vedení a poučení zaměřené na zlepšení výkonu žáků. „Odhalování chyb a nedostatků v práci žáka má smysl, když je východiskem k jejich odstranění (s. 405).“ Formativní hodnocení plní především diagnostickou funkci, poskytuje zpětnou vazbu oběma účastníkům vyučovacího procesu (učiteli i žákovi) a pro řízení učení je nepostradatelné.
- Finální (sumativní, shrnující) hodnocení slouží jako podklad pro oficiální vyjádření žákova výkonu. Často i pro někoho mimo školu. Obvykle se provádí na konci určitého vyučovacího období.

- Normativní hodnocení je hodnocením výkonu jednotlivých žáků ve vztahu k výkonu ostatních.
- Kriteriaální hodnocení zjišťuje, jestli byl zadaný úkol splněn, nebo ne. Hodnotí se bez ohledu na výkony spolužáků.
- Diagnostické hodnocení se zaměřuje na odhalování učebních obtíží žáků a popřípadě zjištění specifických vzdělávacích potřeb.
- Interní, vnitřní, hodnocení provádí učitelé, kteří v dané třídě učí.
- Externí, vnější, hodnocení navrhuje a provádí osoby mimo školu.
- Neformální hodnocením rozumíme pozorování výkonů, které jsou součástí běžné práce ve třídě.
- Formální hodnocení je takové, na které jsou žáci předem upozorněni a mohou se na ně připravit.
- Průběžné hodnocení – hodnotící poznatky učitel získává v průběhu delšího časového období.
- Závěrečné hodnocení je provedeno na konci výuky předmětu nebo vyučovacího celku.
- Objektivní hodnocení je takové, kdy se používají metody omezující nebo úplně vylučující vliv osobnosti učitele.
- Hodnocení průběhu je hodnocením právě probíhající činnosti.
- Hodnocení výsledku je založeno na výsledku práce, např. písemky, projektu, kresby, výrobku.

Vališová, Kasíková a kol. (2007) uvádí jako nejvyšší formu hodnocení sebehodnocení, které je prostředkem pro vzdělávání 21. století. Škola musí člověka vybavit metodami sebevýchovy a sebevzdělání, protože jej nemůže provázet celým životem.

Sebehodnocení by mělo žáka aktivizovat, vést k vytyčování vlastních cílů, k rozvoji samostatnosti a zodpovědnosti. Díky této skutečnosti se hodnocení z prostředků dosahování cílů vyučování stává i jedním z cílů vyučování.

2.4.3 Zásady a pravidla hodnocení

Pravidla musí být pro žáka přijatelná a srozumitelná. Mají dávat možnost diferencovat obtížnost vyučování a zároveň postihovat co nejvíce oblastí. Například při hodnocení slohové práce můžeme hodnotit úhlednost písma, celkovou úpravu, gramatické chyby, bohatost slovní zásoby, originalitu atd.

Má – li si žák vysloužit pochvalu, či jiné hodnocení své práce, musí alespoň částečně splnit úkol zadaný vyučujícím. Pokud učitel chce, aby možnosti chválení a oceňování žáků byly co největší, Petty (2002) navrhuje tyto zásady:

Stanovení dosažitelného cíle. Alespoň některé úkoly by měly být zadávány tak, aby na ně žák měl dostatek času. Vhodné jsou jednodušší schopnosti, jako vybavování či správné dosazování do matematického vzorce.

Rozčleňování úkolů na části. Jde o možnost rozdělení složitějších úkolů do více srozumitelných kroků, které se procvičují a hodnotí samostatně.

Nespěchat. Je důležité dát žákům čas, aby si úkol mohli procvičovat, dokud jej nezvládnou. Pro ty, kdo zprvu neuspěli, by měla existovat možnost opravy.

Chválit částečný úspěch. Vždy se najde něco, co lze na žakově práci pochválit.

Chválit snahu. Jde o zásadu, kdy podstatou je ocenění zvládnutí jednoduchých kroků i výjimečných výkonů.

V praxi je velmi složité všechny žáky vhodně oceňovat či je podrobovat konstruktivní kritice – jde především o žáky nejvíce a nejméně schopné. Nejvíce ocenění potřebují právě ti žáci, kteří jsou nejméně motivovaní nebo vyrušující. Mnoho učitelů si ani neuvědomuje, jak málo své žáky chválí.

2.4.4 Slovní hodnocení

„Slovní hodnocení je konkrétní slovní vyjádření o dosažené úrovni žáka ve vztahu k cíli vyučování a k možnostem žáka. Slovní hodnocení je posouzení žáka v jeho vlastním vývoji, ve vztahu k minulosti i s naznačením dalších možností vývoje, včetně způsobu překonání nedostatků (Vališová, Kasíková a kol., 2007, s. 257).“

V tradičním pojetí hodnocení se v našich školách používá číselná škála 1 – 5. Ovšem byli to sami učitelé, kteří začali usilovat o možnost své žáky takto neznámkovat. Zažité hodnocení známkou nevyjádří opravdový výsledek žáka. Od roku 2005 může učitel na základní škole používat obě formy hodnocení. Tedy slovní a známkou. Souhlas rodičů není oficiálně nutný, ale je lepší ho získat, což ovšem nebývá jednoduché. Pro mnohé rodiče i žáky je známka symbolem školy. Navíc rodiči je slovní hodnocení vnímáno často jako méně hodnotné, protože je používáno pro žáky se specifickými potřebami učení. Slovní hodnocení je celkovým hodnocením rozvoje osobnosti žáka, neomezuje se jen na popis výkonu. Slovní hodnocení musí poskytnout informaci především žákovi, který je do hodnocení čím dál více zapojen, ale zároveň musí informovat rodiče o výsledcích vyučování. Vališová, Kasíková a kol. (2007).

3 Pedagogická komunikace

„Pedagogická komunikace je specifickou formou komunikace sociální. Jde při ní o dorozumívání, sdělování určitých významů v sociálním chování v rámci mezilidských vztahů. Termín komunikace bývá často používán v těsném spojení s termínem interakce, kterým je označováno působení na sebe navzájem při společných činnostech (Kalhous, Obst, 2009, s. 251).“

Pod pojmem pedagogická interakce tedy rozumíme vzájemné působení dvou nebo více subjektů v průběhu výchovně vzdělávacího procesu.

Skalková (2008, s. 171) uvádí: „Pedagogická komunikace je zaměřena na dosažení výchovných a vzdělávacích cílů, mívá vymezený obsah, sociální role účastníků je stanovena a jsou dohodnuta pravidla. Odehrává se nejen ve škole ale i v rodině, ve sportovních a zájmových zařízeních i v pracovním prostředí.“

Každý učitel musí být schopen komunikovat tak, aby se komunikace stala účinným prostředkem navození a podpory učebních činností žáků (Kalhous, Obst, 2009). Během vyučování ovšem nezdá se, že mluví učitel častěji a žáci jsou pak v roli pouhých posluchačů. Komunikace tak probíhá pouze jednosměrně od učitele k žákům (Skalková, 2007).

3.1 Faktory limitující pedagogickou komunikaci

Vališová, Kasíková a kol.(2007, s. 223-224) popisuje tyto hlavní limitující faktory:

- „Prostorové omezení pedagogické komunikace (probíhá v místnostech k tomu určených – učebně, dílně, laboratoři, tělocvičně, školní knihovně atd.);

- Časová limitovanost (jednostranně vymezen čas rozvrhem hodin, délkou vyučovací jednotky, absence komunikace učitele při domácí přípravě žáků atd.);
- Vymezení obsahu a programu komunikace (volnost učitele ovlivňována učebními osnovami, rozpisem pedagogických úkolů na vyučovací jednotku, tématem hodiny atd.);
- Vymezení pedagogické komunikace pravidly chování (limitováno sociální rolí učitele a žáka, vztahem podřízeného a nadřízeného);
- Vliv prostorového rozmístění žáků na pedagogickou komunikaci (význam má umístění žáka a učitele ve třídě);
- Vliv vyučovací metody na pedagogickou komunikaci (často převládají slovní projevy učitele ve výuce);
- Pedagogická komunikace limitována organizační formou výuky (způsob komunikace ovlivňují všechny tři základní formy vyučování – hromadné, skupinové i individualizované);
- Vliv asymetrie sociálních rolí na pedagogickou komunikaci (dáno sociální rolí učitele a rolemi žáka, učitelovým sociálním statutem a statutem žáka, které jsou rozdílné).

Uvedeným limitujícím faktorům komunikace se snaží současná škola čelit používáním aktivizujících forem a metod výuky, respektováním osobnosti dítěte jako samostatné, autonomní bytosti, která má nárok na vlastní názor, má právo i prostor projevit se, říci svůj argument, pocit či hodnotící soud. Stále více se do vztahu učitele a žáků dostává partnerský charakter komunikace i jednání, vzájemné respektování i oboustranná důvěra.“

3.2 Prostředky pedagogické komunikace

Při vyučování se uplatňují všechny tři druhy kanálů, prostředků, komunikace. Kalhous, Obst (2009) i Skalková (2008) uvádí stejné formy:

- Verbální, slovní, komunikace;
- Nonverbální, mimoslovní, komunikace;
- Komunikace činem.

„Má-li učitel úspěšně řídit komunikaci se žáky, musí být především sám schopen efektivně komunikovat. To ovšem neznamená jen správně „vysílat zprávy“ a přesně srozumitelně a výstižně se vyjadřovat (verbálně i neverbálně). Předpokládá to také dovednost umět správně naslouchat. Za velmi významnou dispozici učitele je v této souvislosti nutno znovu připomenou schopnost vcítění – empatie. Umožňuje se žáky nejen otevřeně komunikovat, ale identifikovat i jejich neverbální projevy. Dokáže rozpoznat smysl jejich chování, předjímat rozličné reakce apod.“

3.2.1 Verbální komunikace

Tento typ komunikace zahrnuje jak formu zvukovou tak i písemnou. Na hlas učitele jsou kladeny nároky především po technické stránce a vytrvalostní. Jazykový projev učitele by měl být pro žáky vzorem.

„Obsahová stránka verbální pedagogické komunikace by se měla vyznačovat věcnou správností, přesností, srozumitelností a přiměřeností pro skupiny žáků, kterým je sdělení určeno, stručností a jazykovou správností (Kalhous, Obst, 2009, s. 256).“

Křivohlavý (1987 in Kalhous, Obst 2009) upozorňuje především na tyto charakteristiky promluvy:

- Intenzita hlasu – především změna hlasitosti, dynamiky projevu v průběhu mluvení;
- Tónová výška hlasu – změny výšky hlasu v průběhu slovního projevu;
- Barva hlasu – je ovlivněná situací, prostředím, ve kterém se mluvčí nachází, vyjadřuje též emocionální psychický i fyzický stav.
- Délka projevu – ve škole jede především o to, jak dlouho hovoří žáci a jak dlouho učitel;
- Rychlost mluvního projevu – nejde jen o srozumitelnost, ale i o schopnost změny rychlosti ve vztahu k situaci ve třídě;
- Přestávky a pauzy v řeči – dovednost využívání jak velkých pauz tak i malých, podle toho, jak má být řeč frázována;
- Akustická náplň přestávek – pauza může být vyplněna tichem, ale také akustickým šumem;
- Přesnost řeči – učitel by se měl dopouštět co nejméně chyb ve své promluvě, a měl by je u žáků také dokázat taktně opravit;
- Způsob předávání slova

3.2.2 Nonverbální komunikace

Pro tento typ komunikace platí, že probíhá beze slov. Probíhá pohybovým chováním. „Mimoslovní sdělování má nezastupitelné místo v jakékoliv komunikaci. Uvádí se, že v mezilidském styku 55% sdělovacích aktů tvoří mimické projevy, z 38% akustické nelingvistické projevy a jen 7% slovní sdělení (Kalhous, Obst, 2009, s. 256).“

Nonverbální formou sdělujeme daleko lépe, než verbálně, emoce, záměr sblížení či naopak aj. Znalost prostředků nonverbální komunikace pomáhá k lepšímu porozumění mezi lidmi. Jde zejména o odstranění chyb v sociálním vnímání jak ze strany učitele směrem k žákům tak i opačně (Kalhous, Obst, 2009).

3.2.2.1 Druhy nonverbální komunikace

Uvedeme charakteristiky druhů nonverbální komunikace podle Holáskové (1992), Křivohlavého (1987) a Mareše a Křivohlavého (1995).

- Sdělovací pohledy jsou nečastějším mimoslovním sdělováním. Učitel sleduje svým pohledem celou třídu. Žáci velmi citlivě zkoumají, jak často a jak dlouho se na ně učitel dívá. Žáci se budou méně dívat na učitele, který je spíše kárá a zaujímá k nim nepřátelský postoj a naopak. Oči vypovídají o osobnosti člověka, o jeho psychickém stavu, vlastnostech, a jeho vztahu k nám. Vrcholem neverbální pedagogické komunikace je střetnutí pohledů žáka a učitele. Zkušený učitel může v pohledu vyčíst důvěru, ale i výzvu k útoku atd. Učitel tedy musí umět nejen číst v pohledu žáků, ale i kontrolovat vlastní zrakové projevy a spravedlivě je rozdělovat mezi všechny žáky.

- Mimika, sdělování výrazem obličeje, má různou podobu. Nejčastější jsou emocionální projevy. Z mimických projevů může učitel poznat psychický stav žáka. Poměrně přesně lze rozpoznat strach, smutek, překvapení, štěstí atd. Každý učitel by měl být schopen rozpoznat žákovu úzkost, štěstí, překvapení.
- Kinezika neboli sdělování pohyby se soustřeďuje na pohybovou činnost člověka i pohybovou souhru skupiny. Pro učitele je dobré vědět, že z tohoto hlediska existují dva typy žáků. Jedni se vyjadřují plynně a živě gestikulují, ovšem při neznalosti tématu ochabují i v pohybech. Druhá skupina, která se vyjadřuje obtížně, se vyznačuje tím, že čím horší je jejich slovní projev, tím živěji se pohybují. Dále by měl učitel vědět, že různé nálady uvádí do pohybu různé svalstvo.
- Posturologie, sdělování fyzickými postoji, se vztahuje k funkci držení těla. Poloha, jakou žák zaujímá v sociální interakci, vyjadřuje jeho celkový postoj.
- Sdělování gesty je řazeno do kineziky. Gesta jsou pohyby doprovázející nebo nahrazující slovní projev. Mají sdělovací funkci. Gesta mohou urychlovat učitelovu komunikaci s žáky, ale ne vždy učitelé vhodně nahrazují slovní projev gesty.
- Sdělování dotykem (haptika) v interakci mezi dvěma lidmi je např. podání ruky, stisk, objetí atd. V pedagogické komunikaci rozlišujeme projevy nepřátelské (pohlavek, facka, odstrčení apod.) a projevy přátelské (pohlazení, poplácání aj.). Učitel může vhodně zvoleným dotykem žáka ukáznit, povzbudit, získat si přízeň. Ovšem nevhodným, netaktním dotykem může v žákovi vzbudit odpor.

Dále by si učitel měl uvědomit, že ne každému žákovi jsou dotyky příjemné.

- Proxemika, sdělování vzájemným přiblížením či oddálením, informuje, jaké jsou vzájemné vztahy ve skupině. Má i svoji vertikální dimenzi. Ideální je stav, kdy dva účastníci komunikace jsou ve stejné výši. Ten, kdo má oči výše má určitý pocit nadvlády. Druhému naopak vsugeruje pocit „podřízenosti“. Vhodné využití této situace ve škole – například při káráni žáka.
- Sdělování úpravou zevnějšku chápeme jako volbu ošacení, účesu atd. Jde o velmi významnou složku v interakci učitel – žák. Učitelův zevnějšek dává žákům četné informace o jeho osobnosti a žáci jej podrobují přísné kritice.

3.2.3 Komunikace činem

„Při vyučování mají komunikační význam i některé činy učitele a žáků. Komunikační význam činnosti učitele vnímají žáci velmi citlivě (Skalková, 2008, s. 172).“ Učitelova přesnost, důslednost apod., vypovídá o jeho morálních a lidských vlastnostech. Činy žáků mohou být sdělením o tom, jaký mají vztah ke školní práci, k vyučovacím předmětům, k učiteli, ke spolužákům apod. Svými činy komunikují žáci často mezi sebou, např. tím, že se škádlí, pošťuchují atd. (Skalková, 2007).

4 Učitel ve výuce

Průcha, Walterová, Mareš (1995, s. 242) definují učitele jako „jednoho ze základních činitelů výchovně – vzdělávacího procesu, profesionálně kvalifikovaného pedagogického pracovníka, spoluodpovědného za přípravu, řízení, organizaci a výsledky tohoto procesu. Tradičně byl učitel považován za hlavní subjekt vzdělávání, zajišťující ve vyučování předávání poznatků žákům. Současné pojetí učitele, vycházející z rozšířeného profesionálního modelu, zdůrazňuje jeho subjektivně-objektové role v interakci s žáky a prostředím. Učitel má spoluvytvářet edukační prostředí, organizovat a koordinovat činnosti žáků, monitorovat proces učení. Stoupá význam sociálních rolí učitele v interakci se žáky, v týmu učitelů, ve spolupráci s rodiči a místní komunitou.“

Průcha (2002) předkládá, že jednou z nejlepších publikací o edukačních procesech je kniha L.W. Andersona a R.B. Burnse „Výzkum ve třídách“ z roku 1989. V ní jsou také uvedeny zobecněné vědecké soudy o osobnosti učitele a jejím vlivu na výsledky vzdělávacího procesu.

4.1 Generalizace o učitelích

Průcha (2002, s. 191) podle Burnse a Andersona uvádí:

„Neexistuje univerzální definice dobrého či efektivního učitele –
Podle autorů je hlavním argumentem skutečnost, že rozsah učitelových profesních činností je tak velký a rozmanitý, že žádný učitel nemůže tento rozsah splňovat rovnoměrně.

Učitelé jsou navzájem velmi odlišní v řadě osobnostních a profesních charakteristik, z nichž jen některé mají přímý vliv na efektivnost výuky – tato teze se zakládá na výzkumných zjištěních o tom, že učitelé se odlišují svými postoji, motivacemi, zájmy, hodnotovými preferencemi, očekáváním atd.,

které přitom nekorelují nějak významně s učebními výsledky žáků.

Charakteristiky učitele nemají přímý vliv na prospěch žáků –
Nelze tvrdit, že charakteristiky vůbec neovlivňují prospěch žáků, ale že tento vliv je nepřímý a zprostředkovaný.

Učitelé se vyvíjejí tak, že postupují skrze několik dosti dobře předpověditelných a kvalitativně odlišných etap, tj. od statusu začátečníka k statusu experta – V těchto etapách se samozřejmě mění i některé charakteristiky osobnosti učitelů, zatímco jiné zůstávají stabilní.“

Průcha (2002, s. 202) popisuje tyto etapy profesní dráhy učitele:

- „Volba učitelské profese;
- Profesní start;
- Profesní adaptace;
- Profesní vzestup;
- Profesní stabilizace, respektive profesní migrace;
- Profesní vyhasínání.“

S tímto rozdělením je i spojena odborná terminologie, která se používá při označení učitele nacházejícího se v určité fázi profesního vývoje. Jsou to termíny: student učitelství, začínající učitel, zkušený učitel, učitel expert.

4.2 Kompetence učitele

„Kompetence učitele je soubor profesních dovedností a dispozic, kterými má být učitel vybaven, aby mohl efektivně vykonávat své povolání. Jako hlavní jsou obvykle uváděny kompetence osobnostní a profesní (Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s. 103-104)

Pojem kompetence tedy vyjadřuje obecnou hodnotu pedagogické profesionality a je výrazem pro obecnou připravenost učitele vyrovnat se s nároky své profesionální role. Kompetence by měly být rozvoje schopné, variabilní a flexibilní. Walterová (in Klíčové kompetence, 2011) klasifikuje kompetence takto:

- Oborově předmětová - učitel má osvojeny systematické znalosti ve své aprobaci. Dovede integrovat mezioborové poznatky a vytváří tak mezipředmětové vztahy. Umí vyhledávat a zpracovávat nové informace v oblasti své aprobace aj.
- Didaktická a psychodidaktická - učitel ovládá strategie vyučování a učení, má také znalosti o teoriích hodnocení, tvoří vlastní výukové programy aj.
- Obecně pedagogická – učitel ovládá procesy a podmínky výchovy, dovede se orientovat v jejím kontextu, je schopen podporovat rozvoj individuálních kvalit žáků.
- Diagnostická a intervenční – učitel dovede použít prostředky diagnostiky, je schopen identifikace žáků se specifickými potřebami, poruchami učení, ovládá práci s talentovanými žáky atd.
- Sociální, psychosociální a komunikativní – učitel je schopen utvořit pozitivní učební klima, ovládá prostředky pedagogické komunikace, uplatňuje efektivní způsoby komunikace a spolupráce s rodiči apod.

- Managerská a normativní – učitel se orientuje ve vzdělávací politice, příslušných zákonech a normách, ovládá administrativu spojenou s evidencí žáků, má organizační schopnosti pro volnočasové aktivity žáků.
- Profesně a osobnostně kultivující – učitel má všeobecný rozhled, reprezentuje svoji profesi, spolupracuje s kolegy apod.
- Ostatní předpoklady – psychická odolnost, fyzická zdatnost, dobrý aktuální zdravotní stav, mravní bezúhonnost.

4.3 Standardy výkonu učitelské profese

Kalhous, Obst (2009 s. 114-117), který vychází z předpokladů National Board for Professional Teaching Standards (verze 1994, www.nbpts.org) uvádí tyto standardy:

„Učitel je zapálen pro své žáky a jejich učení

Učitel zná předměty, kterým vyučuje, a ví, jak jim vyučovat

Učitel řídí a monitoruje učení žáků

Učitel systematicky uvažuje o své práci a učí se ze své zkušenosti

Učitel je člen učící společnosti („learning community“)

5 Nemoc

Abychom si mohli definovat nemoc, uvedeme nejdříve definici zdraví podle WHO (Světová zdravotnická organizace, 1948). Zdraví není jen absence nemoci či zdravotního postižení, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody.

„K dosažení stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být jednotlivec nebo skupina lidí schopna stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat. Na zdraví je tedy nahlíženo jako na zdroj každodenního života, nikoli jako na životní cíl. Zdraví je pozitivní pojem zdůrazňující sociální a osobní zdroje právě tak jako fyzické schopnosti (Ottawská charta podpory zdraví, 1986).“
(<http://czmedicus.blogspot.com>, 29.3. 2011)

První definici, vymezení WHO, můžeme vnímat spíše jako idealistickou, jelikož podle této definice by bylo až 75% nemocných.

„Nemoc je přerušení normální struktury nebo funkce nějaké části těla, orgánu nebo systému, které se projevuje charakteristickým souborem příznaků, jejichž etiologie, patologie a prognóza může být známá nebo neznámá“
(<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>, 29.3. 2011).“

Nemoc tedy můžeme vnímat jako opak výše uvedených definic. V naší práci se budeme věnovat nemoci somatické.

5.1 Somatická nemoc

Vágnerová (2004, s. 75) chápe somatickou nemoc jako „narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života nemocného.“ Musíme mít neustále na paměti, že jakékoli závažnější onemocnění je obrovskou životní zátěží.

Vágnerová (2004, dle Parsonse, 1951) dále uvádí, že somatická nemoc je jednou z mála odchylek sociální identity, která pacientovi zaručuje i určitá privilegia, např. ohledy, sympatii, trpělivost a ochotu tolerovat i některé nedostatky.

Somatická nemoc je sociálně tolerována, pokud ovšem nejde o stigmatizující či málo známé onemocnění. Nemoc je součástí života, a proto má společnost tendenci pomáhat a brát ohledy na nemocné.

5.1.1 Hlediska somatické nemoci

Vágnerová (2004, s. 75-76) posuzuje nemoc ze tří hledisek:

„1). Somatický aspekt vymezují příznaky onemocnění. Tělesné potíže, které jsou pro určitou chorobu typické, představují specifický problém a konkrétní omezení. Akutní potíže, ale i představa závažnosti a prognózy této nemoci vyvolávají určité psychické reakce.

2). Psychický aspekt tvoří souhrn emočních prožitků vyvolaných změnami souvisejícími s chorobou, jejich rozumové hodnocení a z toho vyplývající chování nemocného. Psychická reakce na nemoc není dána jen specifičností tohoto onemocnění, ale i osobnostními vlastnostmi nemocného člověka, jeho vývojovou úrovní, zkušenostmi, schopností chápat význam choroby pro svůj další život, jeho emoční vyrovnaností i zafixovanými způsoby zvládnání potíží.

3). Sociální aspekt onemocnění je dán společenským hodnocením nemoci a z něho vyplývajícími postoji a chováním laické veřejnosti. Postoj k nemocnému člověku rovněž závisí na typu choroby, na osobnosti nemocného, jeho věku, premorbidním sociálním postavením apod., ale i na dané společnosti, její vzdělanostní a kulturní úrovni.“

Termínem premorbidní rozumíme stav organismu, psychiky i těla pacienta před vypuknutím nemoci.

5.2 Somatická nemoc u dětí

„...každé somatické onemocnění znamená určité mimořádné zatížení (případně i přetížení) jeho nervové soustavy.“ „Obecně je možno formulovat poučku, že čím více jakákoliv zdravotní indispozice, nemoc či jakékoliv zdravotní postižení zatěžuje a vyčerpává nervovou soustavu dítěte, tím větší nebezpečí hrozí jeho zdravému psychosociálnímu vývoji (Matějček, 2001, s. 59).“

Nemoc má pro dítě jiný sociální a subjektivní význam než pro dospělého. Záleží samozřejmě na vývojové úrovni dítěte, na obvyklém pojetí dětství jako šťastného období a na ochranném přístupu dospělých k dětem. Dětské prožívání nemoci je více vázáno na aktuální pocity. Malé děti nepřemýšlí nad důsledkem vlastní nemoci pro budoucí život. Adolescenti na nemoc reagují podobně jako dospělí.

5.2.1 Prožívání nemoci

Jak jsme uvedli, nemoc není postižení pouze jednotlivého orgánu, ale postihuje celou osobnost dítěte. Totiž i dítě svou nemoc prožívá, uvědomuje si ji a snaží se s ní vyrovnat. Dítě se silně dotýká změny v chování rodičů a dalších osob jemu blízkých vůči jemu samotnému. Dětský pacient je velmi vnímavý k náladám, nejistotě a úzkosti rodičů. Děti jsou na tyto změny ve svém prostředí individuálně vnímavé, a proto se i jejich reakce mohou lišit. „V zásadě jde o to, aby tento vliv prostředí na dítě nemocné či s jakýmkoliv postižením nebyl rušivý, ale pokud možno uklidňující, povzbuzující a tedy terapeutický. (Lékař a zdravotnický personál k tomu samozřejmě přispívají.) (Matějček, 2001, s. 17).“

5.2.1.1 Psychické reakce na somatickou nemoc

„Nemoc přináší nové, odlišné zkušenosti, spojené s nepříjemnými zážitky, a zároveň omezuje možnost získat zkušenosti standardní (Vágnerová, 2004, s. 95).“

Dle Vágnerové (2004, s. 95-101) popíšeme psychické reakce na somatickou chorobu dítěte. Postoj k vlastní nemoci závisí na jeho vývojové úrovni, zkušenostech i osobnostních rysech dítěte.

Emoční prožívání nemoci – „V dětském věku je emoční reakce na nemoc primární.“ Změna prožívání, zejména u menších dětí, je jedním z prvních projevů narušené rovnováhy organismu. Intenzita emocí nemusí odpovídat závažnosti nemoci, ale jde spíše o subjektivní nepříjemnost symptomů a veškerých změn, které z onemocnění vyplývají. Celková zátěž a vyčerpání organismu dítěte se projevuje zvýšenou dráždivostí a emoční labilitou. Čím dlouhodobější a závažnější nemoc je, tím zásadnější mohou být změny v emočním prožívání dítěte. Nemocné děti nejčastěji prožívají strach, úzkost a trpí nejistotou a obavami. Všechny tyto emoce a prožitky jsou snadno přenositelné z rodičů na děti a to i v případě, že rodiče o těchto pocitech nemluví. U dětí nemocných můžeme vnímat i zvýšenou empatii, zejména k nejbližším lidem, na které jsou citově vázané. Další emocí, kterou může dítě prožívat ve spojitosti s nemocí, je smutek. U dlouhodobé nemoci může převládnout apatie a rezignace. „I v době rekonvalescence, respektive ve fázi stabilizace onemocnění, se mohou projevit nápadnosti v emočním prožívání: zvýšená citlivost, labilita, dráždivost, větší úzkostnost a nižší tolerance k různým zátěžím.“

Rozumové hodnocení nemoci – „Schopnost posoudit nemoc rozumově, z hlediska její příčiny, průběhu i důsledků pro další život, závisí především na dosažené vývojové úrovni nemocného dítěte:“

- Předškolní věk – pro dítě je důležité to, jak se mu nemoc subjektivně jeví a posuzuje ji tedy tak, jak mu to vyhovuje a často bez ohledu na realitu. „Rozumové hodnocení nemoci je v tomto věku nepřesné a iracionální, dítě nemůže pochopit podstatu své choroby a většinou mu chybějí i základní informace.“ Velkou roli hrají rodiče a jejich chování, protože dítě jejich názor přejímá. Děti mají tendenci hledat jasnou a srozumitelnou příčinu nemoci, což je často vede k představě, že viníkem je určitý člověk, určitá situace, nebo viní samy sebe. Nemoc mohou vnímat jako trest za nějaké provinění, kterého se dopustily. „Náhodnost a neosobní příčina vzniku nemoci je pro jejich úroveň myšlení nepochopitelná, a proto neakceptovatelná.“ Děti v tomto věku mají velkou představivost, a proto může nemoc nabývat konkrétní podobu (např. zlá bytost).
- Školní věk – děti už uvažují realističtěji, i když hodnocení nemoci je stále ovlivněné aktuálními prožitky. Uvažování se stává logičtější a vázanější na konkrétní zkušenosti. „Realismus raného školního věku přijímá veškerou skutečnost – tedy i vlastní nemoc – jako danost. Dítě postupně začíná nazírat na chorobu jako na způsob fungování jeho organismu. O jiných variantách ani o své budoucnosti neuvažuje, i když ví, že ostatní jsou zdraví (s. 96).“
- Období dospívání – v tomto období se mění uvažování a tím i také postoj k vlastní nemoci. „Dospívající si uvědomuje, že by všechno mohlo být jinak, odmítá a kritizuje skutečnost, která jej neuspokojuje, a srovnává ji s alternativami, jež by pro něho byly přijatelnější (s.98).“ Ve věku dospívání by sice pacient měl být schopen přijmout nemoc jako součást své identity, ale i naopak se proti ní může bouřit a odmítat ji. Pacient začíná chápat možné budoucí ohrožení chorobou,

toto uvažování je výhodou pro schopnost pochopit podstatu onemocnění, příčinu i předpokládané důsledky.

Psychické potřeby nemocného dítěte – „Pod vlivem nemoci se i v dětském věku mění psychické potřeby, tato změna závisí na aktuální vývojové úrovni dítěte“:

- Potřeba se ve své situaci orientovat – i pro dětské pacienty je důležité znát svůj zdravotní stav, vědět co ho čeká a proč. Pokud dítě není informováno, zvyšuje se riziko nepřiměřených reakcí. Rodiče i zdravotníci o nemoci s dětmi často nemluví, obvykle proto, aby dítě příliš netraumatizovali, a protože si myslí, že by jim dítě nerozumělo.
- Potřeba podpory citové jistoty a bezpečí – nemocné dítě má větší potřebu emoční podpory než dospělý. „Emoční podpora mu může pomoci eliminovat jeho obavy a pocity ohrožení (s. 98).“
- Potřeba seberealizace – tato potřeba je i za normálních okolností velmi důležitá, zvláště u dětí ve školním věku a dospívajících. Pro nemocné děti je uspokojení této potřeby daleko obtížnější. Vzhledem k jeho změněné situaci může tato potřeba ztratit svou hodnotu. Této skutečnosti odpovídá i to, že od nemocného dítěte se nevyžaduje plnění povinností a dosahování nějakého výkonu, protože je v roli nemocného. Rizikem je, že uvedený postoj u dítěte bude přetrvávat i po zlepšení stavu, kdy by dítě mohlo pracovat.

V určitých případech, kterým jsme byli svědkem, jsou na vině rodiče. Ti často přijímají výše uvedený postoj, který přetrvává právě i po zlepšení stavu dítěte.

„U dospívajících může někdy pod vlivem choroby dojít k akcentaci potřeby seberealizace. Stanoví si určitý cíl a snaží se jej za každou cenu dosáhnout. Toto úsilí dává

jejich životu smysl a jim samým slouží jako zdroj potřebné sebeúcty (s. 98).“

- Potřeba otevřené budoucnosti – tzn. pozitivní prognózy. Úvahy o budoucnosti, možnostech, které by mohly nastat, je schopen až dospívající. Pokud takto přemýšlejí mladší děti, přebírají názory jiných lidí, především rodičů.

Díky vlivu nemoci, jejího důsledku a převážně negativního sociálního významu se mění sebepojetí nemocného dítěte. Zhoršuje se sebehodnocení a postoj k chorobě může ovlivnit další rozvoj identity.

5.2.1.2 Subjektivní prožívání nemoci

Průběh a proměny prožívání nemoci má i v dětském věku čtyři fáze (Vágnerová, 2004):

- Fáze prvních somatických obtíží – dítě se necítí dobře, je rozmrzelé, podrážděné a ztrácí zájem o aktivity, které má rádo. Může se horšit výkon ve škole a změnit chování. Fáze končí tím, že rodiče vyhledají pomoc lékaře.
- Fáze potvrzení nemoci a následné změny způsobu života – dítě přestává chodit do školy a podrobuje se diagnostickým a léčebným procedurám. Dítě je dezorientováno, uvědomuje si, že se „něco děje“, ale nikdo mu neposkytne žádné informace.
- Fáze adaptace na nemoc – dítě si postupně zvyká na změněnou situaci, přijímá skutečnost, že je nemocné a učí se s tímto omezením žít. „Jeho svět se změní, bude zahrnovat různá zdravotnická zařízení, budou se měnit i preferované aktivity a struktura jeho hodnot a potřeb (s. 101).“
- Fáze trvalejších změn osobnosti s kompetencí nemocného dítěte – tyto změny vznikly v důsledku nemoci, dlouhodobé

změny životní situace. Děti bývají závislejší a méně samostatné a vyžadují určité úlevy, privilegia.

5.3 Dítě v nemocnici

5.3.1 Nemocnice

„Termínem „nemocnice“ v tomto případě označujeme všechna zdravotnická zařízení, kde dítě pobývá dlouhodobě, kde je léčeno, ošetřováno, opatrováno, kde probíhá jeho rekonvalescence, kde se mu dostává léčebné rehabilitace apod. Závažnou psychologickou okolností je, že se tak děje mimo domov a že jeho zdravotní obtíže jsou tu navíc komplikovány převedením do neznámého a nezvyklého prostředí (Matějček, 2001, s. 74).“

Pro naši práci bude stačit vymezení pojmu nemocnice jako lékařské zařízení, které slouží k léčení osob. Je to místo, kam chodí nemocní lidé, které doktoři a sestry léčí (www.uzdravim.cz, 30.3.2011).

5.3.2 Pobyt dítěte v nemocnici

Děti jsou přijímány do nemocnice v případech, kdy už není možná (nebo by nebyla účelná) léčba ambulantní. Trendem dnešní doby je co nejvíce zkrátit pobyt dítěte v nemocnici. Průměrná doba hospitalizace je kolem tří dní. Dětem je poskytována odborná péče na specializovaných pracovištích, jako jsou dětské nemocnice, dětské kliniky nebo dětská oddělení v menších nemocnicích. Hospitalizace dítěte má několik kladných stránek. Nejen, že se mu dostává odborné péče, je pod stálým dohledem a pomoc je vždy na blízku.

Matějček (2001) ke všem těmto kladům připočítává další, psychologický. Výhodu vidí v tom, že v nemocnici není takové rozčílení a rozechvění jako u dítěte doma. Přizpůsobit domácnost potřebám nemocného není vždy snadné. Nemocnice je naopak právě

tak zařízena a navíc: „Chování lékařů a sester z tohoto hlediska poskytuje malému pacientovi spíše klid a jistotu, že „není tak zle“ (s. 75).“

Starším dětem „nemocnice může přinést mnoho zajímavých a závažných zkušeností s novými lidmi, s novým zvláštním prostředím, s nemocí, léčebnými zákroky atd., což všechno – je-li s dítětem dobře výchovně zacházeno – může být přínosem v jeho vývoji. Bývá tu i dobrá příležitost vybudovat nebo posílit v dítěti návyky osobní hygieny, sebeobsluhy apod., takže se nemocnice může stát i místem jakési reedukace zanedbaného dítěte (Matějček, 2005, s. 296).“

5.3.2.1 Zásady ochranně léčebného režimu

Matějček (2005) popisuje tyto zásady:

Příprava na hospitalizaci

- Jestliže je dostatek času, mělo by být dítě na hospitalizaci připraveno vždy. Samozřejmě v případě úrazu či náhlého onemocnění na ni obvykle není čas. Tato příprava většinou probíhá v ambulanci, kde lékař rozhodl o hospitalizaci. Nejprve připravíme rodiče, protože postoje jaké zaujmou k hospitalizaci svého dítěte, se silně odrazí i v postojích dítěte. Lékař by měl rodičům vysvětlit důvody hospitalizace a dodat jim důvěry. Stejnou pozornost věnujeme dítěti, kterému nesmíme lhát. Vysvětlení samozřejmě lékař musí přizpůsobit vývojové úrovni dítěte.

Přijetí v nemocnici

- Jde o druhý stupeň přípravy. Jestliže bylo na předchozí přípravu málo času, tím více záleží na prvním dojmu z nového prostředí. Dětská sestra s dítětem musí zacházet klidně, vlídně a s porozuměním, aby důvěru nabylo jak dítě, tak i rodiče. Sestra se musí vyptat na všechny informace

ohledně dítěte, aby mohla odhadnout např. vývojovou úroveň, získat povědomí o jeho návycích, zálibách atp. Dalším důležitým okamžikem je ponechání dostatku času na rozloučení rodičů s dítětem.

Pobyť dítěte v nemocnici

- „Jestliže proces útlumu znamená posílení a zotavení mozkových buněk, pak pro léčebně ochranný režim plyne z toho naléhavý požadavek: zajistit dítěti v nemocnici takové podmínky, aby jeho kůra mozková nebyla příliš přetěžována (s. 302).“ Proto je dětem nutno zajistit dostatek spánku, klidné a tiché oddělení. Jestliže je na oddělení herna a stav dítěte je příznivý, měl by mu být vstup do ní umožněn. Samozřejmostí je docházení učitele ZŠ a MŠ za dětmi na oddělení. Důležitým prvkem při hospitalizaci je hra. Ta se stává formou psychoterapie. Většina dětí má při pobytu v nemocnici strach. Nejlepším přístupem proti dětskému strachu je laskavost, klid a povzbudivé chování veškerého personálu. Dítě pak pozná, že nemocnice není tak zlá, jak si myslelo.

Návštěvy rodičů v nemocnici

- „Styk dítěte v nemocnici s rodinou může být, a většinou také bývá, vydatnou pomocí v našem úsilí zajistit dítěti co nejlepší duševní pohodu – za jistých okolností však může působit i nepříznivě (s. 306).“
- I dnes jsou na různých odděleních návštěvní hodiny, kdy rodiče mohou přijít za svým dítětem. Samozřejmostí je stále více lůžek pro matky, které chtějí být s dítětem v nemocnici. Na odděleních, kde jsou děti hospitalizovány dlouhodobě nebo ve vážnějším stavu, je přístup rodičů povolen bez omezení.

Odchod dítěte z nemocnice

- Úkolem zdravotníků je rodiče upozornit na možné komplikace. „Tam, kde na pobyt v nemocnici má navazovat doléčování, rehabilitační cvičení, masáže či jakýkoli léčebný postup, musí zdravotníci do něho rodiče důkladně zasvětit a získat bezpodmínečně jejich spolupráci, má-li se společné dílo podařit (s. 308).“

5.3.3 Hospitalismus

Hospitalismus je jedním z nebezpečí pobytu v nemocnici. V počátcích vzniku dětských nemocnic si lékaři začali všimnout, že se některé děti neuzdravují tak rychle a úspěšně, jak by se při poskytované péči očekávalo. Obzvláště šlo o děti, které pobývaly dlouho v léčebných nebo sociálních ústavech. Tehdy lékaři naznali, že jde o nějakou „nemocniční nemoc“, ustálil se název hospitalismus (Matějček, 2001).

Celý předškolní věk je dítě silně vázáno na rodinné prostředí. Odchodem do nemocnice je tato vazba narušena. Proto děti bývají v nemocnici mrzuté, plačtivé. Děti jsou v nemocnici nuceny osvojit si jiný denní rytmus, nové návyky. K akceptování těchto změn vynakládá dítě mnoho energie, kterou by mohlo jinak využít pro boj s nemocí (Matějček, 2005).

Nemocniční prostředí je podmětově chudší. I když v dnešní době se to zejména na odděleních, kde jsou děti dlouhodobě, snaží změnit. Ale i přes to je nemocnice zařízena účelově. Na osobnost dítěte může mít nepříznivé důsledky i nucená nečinnost (Matějček, 2005).

„Do nemocnice nepřichází tedy jenom nemoc nebo jiný defekt, ale přichází s ní vždy celé dítě. A tomuto dítěti je nutno věnovat pozornost. Víme dnes, že nemocnice není jen místem léčebných zákroků, ale i místem výchovy a psychologické péče. Má-li se dítěti skutečně rychle a úspěšně vrátit zdraví a má-li být uchráněno přitom oněch nebezpečí, jež jsme uvedli, je třeba přidat jako nedílnou

součástí dokonalého léčebného postupu i řady psychologických opatření, jež shrnujeme pod názvem ochranně léčebný režim (Matějček, 2005, s. 298).“

5.3.4 „Humanizovaná“ léčebná péče

Humanizace léčby znamená především uplatnění novodobých poznatků z vývojové a klinické psychologie dítěte. Dále uplatnění veškerých výše uvedených poznatků a snaha předcházet hospitalismu. „Cílem léčebné péče musí tedy být dosažení nejen co nejlepšího tělesného stavu malého pacienta, ale také co nejlepšího jeho stavu duševního (Matějček, 2001, s. 83),“

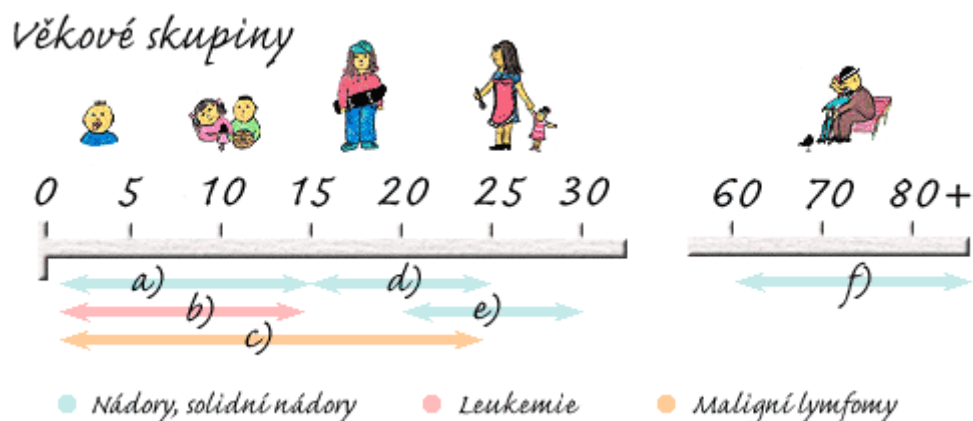
5.4 Onkologická nemoc u dětí

„Každé onemocnění je velmi komplikující, nevítanou a velmi zatěžující součástí života, onemocnění onkologického typu však splňují tuto charakteristiku mnohonásobně silněji (Lišková, Hynková, 2009 s. 4).“

Nádorová onemocnění, obzvlášť zhoubná, znamenají obrovský zásah do života celé rodiny a okolí dítěte, naprostou změnu hodnot. Někteří rodiče, kvůli časově náročné léčbě dítěte, přicházejí o práci. Rodina se může rozpadnout. „Velkým problémem a jakousi odvrácenou tváří dětské onkologie jsou pozdní následky vlastního onemocnění i proběhlé onkologické léčby ať už v oblasti somatické či psychické (Štěrba, 2007).“

Léčba dětských nádorových onemocnění je velmi náročná a specifická. Moderní léčba vede k tomu, že 75 – 80% pacientů je úspěšně vyléčeno. Tedy přibližně sedm až osm dětí z deseti dokáže moderní medicína vrátit do života (www.krtek-nf.cz, 1.4. 2011).

Graf znázorňuje typy a nejčastější výskyt různých onkologických onemocnění:



(www.linkos.cz, 1.4.2011)

Leukémie tvoří 30% zhoubných nádorů u dětí (Starý, 2011).

5.4.1 Léčba

Léčení onkologických pacientů probíhá několika způsoby. Operací, chemoterapií a radioterapií, tj. ozařováním. Ve většině případů se tyto formy léčby kombinují.

5.4.1.1 Chemoterapie

Chemoterapie je označení pro léčbu zhoubných nádorů pomocí léků, cytostatik. Pojem cytostatikum zahrnuje širokou škálu léků, jejichž společným znakem je ničení živých buněk. Cytostatika však nejsou schopna rozpoznat zdravé buňky od nádorových. Proto ničí všechny buňky v těle pacienta. Nádorové buňky patří však k nejnáchylnějším, a proto je léčba cytostatiky účinná. Reakce zdravých buněk na tyto léky se projevují jako široká škála vedlejších, nežádoucích, účinků. Tato léčba může být samostatně indikována v případě leukémií či lymfomů. V ostatních případech chemoterapie navazuje na předchozí chirurgickou léčbu. U těchto pacientů jde

o zničení zbývajících nádorových buněk a snížení rizika recidivy či metastázování nemoci.

Délka léčby chemoterapií je většinou od tří měsíců až po dobu tří let. Podávání chemoterapie probíhá v tzv. cyklech, které jsou pečlivě naplánovány lékařem. Interval mezi cykly je většinou třítýdenní. Organismus pacienta má tedy tři týdny na to, aby se zdravé buňky zregenerovaly z poškození cytostatiky a pacient byl tak schopen pokračovat v chemoterapii. Při delší „pauze“ mezi podáváním chemoterapie by mohlo dojít k zregenerování i buněk nádorových.

Chemoterapie je podávána centrálním žilním katétrem, který mají pacienti zaveden dlouhodobě do horní duté žíly. V ideálním případě vydrží pacientovi katétr po celou dobu intenzivní léčby.

(www.detskaonkologie.cz, 24.3.2011)

5.4.1.2 Radioterapie

Jde o léčebnou metodu využívající ionizující záření, které působí na buňky. Účinek na buňku můžeme rozdělit na dva případy, a to na účinek přímý a nepřímý. V prvním případě reaguje záření přímo na jádro buňky a tak ji ničí. V případě druhém záření ničí okolí buňky, která v takovém prostředí není schopna přežít a zmírá.

V naprosté většině případů je radioterapie indikována současně s chemoterapií nebo těsně po ní. Před samotnou radioterapií probíhá tzv. zakreslení. Radioterapie dětí hospitalizovaných v brněnské Dětské nemocnici probíhá v Masarykově Onkologickém ústavu na Žlutém kopci. Nežádoucí účinky radioterapie lze rozdělit na akutní a chronické. Akutní vznikají do šesti týdnů po ozáření. Patří mezi ně průjem, trvalá epilace, poškození sliznic a kůže. Chronickými účinky mohou mít doživotní následky. Např. růstové deformity, sterilizace atd.

(www.detskaonkologie.cz, 24.3.2011)

5.4.1.3 Léčba bolesti

Bolest je velmi subjektivní a osobní záležitost, nedá se změřit a zkušenosti několika osob se stejným onemocněním nemohou být stejné. Vnímání bolesti ovlivňuje řada faktorů a především předešlá zkušenost dítěte s bolestí a znalosti, jak je možné ji zmírnit. Bolest ovlivňuje i podpora okolí dítěte (www.linkos.cz, 1.4.2011).

MUDr. Lokaj (2010) ve svém článku „Článek určený nejen rodičům dětí, které onemocněly nádorovým onemocněním, ale také nemocným dětem (aby se nebály)“ vychází vlastních zkušeností, zkušeností lékaře pracujícího na klinice dětské onkologie ve Fakultní dětské nemocnici v Brně. Popisuje, že když něco bolí, není to vždy špatně. Bolest je signálem, který upozorňuje, že se něco děje. Ovšem nesmíme dopustit, aby bolest přesáhla snesitelnou hranici a trvala dlouho. I děti se musí naučit říct včas, že je něco bolí a také bolest umět popsat. Léky proti bolesti jsou podávány v podstatě ihned po jejím zaznamenání. Jsou podávány perorálně nebo nitrožilně.

Bolestivá vyšetření a jiné úkony jsou dětem prováděny v narkóze. Často během jedné narkózy lékaři provedou více úkonů.

Při vážných komplikacích se silnou bolestí jsou využívány pumpy, které bezpečně obsluhují samy děti. „To, že mají situaci pod kontrolou, jim dává příjemný pocit jistoty. Bylo by však chybou jen tlumit bolest. Je nezbytné podat i léky, které léčí příčinu bolesti a zmírňují následky.“

5.4.1.4 Komplikace při léčbě

Komplikace se mohou lišit v závislosti na použitém léku nebo jejich kombinaci. Lékař tak může rodiče dopředu poučit, jakým příznakům mají věnovat zvýšenou pozornost. Problematika komplikací je velice obsáhlým tématem. Budeme se tedy věnovat jen těm hlavním, které mohou být překážkou ve vzdělávání dětí s onkologickým onemocněním.

Febrilní neutropenie

Neutropenie je příznakem poklesu bílých krvinek, leukocytů. Jde tedy o vážné narušení obranyschopnosti organismu. Při neutropenii dítěti vystoupá teplota na více než 38° a to je důvodem k okamžité hospitalizaci a léčbu antibiotiky. (www.detskaonkologie.cz, 23.2.2011)

Nevolnost, zvracení

Obtíže často nastupují krátce po nasazení infuze s chemoterapií a mohou trvat i několik dní po jejím ukončení. Pacientům jsou proto podávány léky na zmírnění nevolnosti, a to před a během léčby cytostatiky. Důležité je děti do jídla během chemoterapie nenutit, ale podávat velké množství tekutin. (www.detskaonkologie.cz, 23.2.2011)

Poškození sliznice dutiny ústní a krku

Po několika dnech podávání chemoterapie dochází v ústech a krku k bolestivému zarudnutí, tvorbě aftů až k odlučování částí sliznice (mukositida). Příčinou je vysoká citlivost buněk této sliznice. Tato komplikace je jednou z nejčastějších. Pro pacienty je tato situace velice bolestivá a často dochází k poruchám příjmu potravy. Dítě není schopno kousat, polykat. Je proto nutné mu zajistit alespoň minimální příjem potravy.

Při mukositidě jsou důležité časté výplachy dutiny ústní příslušnými roztoky, a to co nejčastěji. (www.detskaonkologie.cz, 23.2.2011)

Změny psychického stavu

Tyto změny jsou vázány zejména na užívání kortikoidů. Ty jsou nedílnou součástí léčby leukémií či lymfomů. Děti jsou náladové, podrážděné, agresivní a mají tendence ke smutku. Vzácně se u adolescentů může rozvinout psychóza s depresivními, manickými či schizofrenními rysy. Osobám pohybujících se v okolí dítěte lze doporučit, aby se obrnily trpělivostí a respektovaly náladovost dítěte. Prospěšná je práce s psychologem. (www.detskaonkologie.cz, 23.2.2011)

5.4.2 Režim dítěte v průběhu léčby

Vzhledem k tomu, že během aktivní léčby je obranyschopnost dítěte téměř nulová, je třeba dodržovat určitá pravidla nejen na odděleních, ale i doma. Je to zejména omezení pobytu dítěte v kolektivu. Nedoporučuje se školní docházka, návštěva kin, nákupních center. I v rodině omezit návštěvy pouze na nejbližší příbuzné a osoby s akutním onemocněním k dítěti vůbec nepouštět. U malého pacienta je také třeba vyloučit konzumaci potravin s obsahem jakékoli plísně, čerstvé ovoce a tepelně nezpracovanou stravu.

Dítě nesmí být po dobu léčby očkováno. Ani sourozenci dítěte by neměli být očkováni vakcínami se zárodky živých bakterií (dětská obrna, tbc).

Domácí mazlíčky není třeba odstranit. Stačí, když se s nimi pacient nebude mazlit a nepřijde do kontaktu s exkrementy či slinami.

Pokud se pacient cítí dobře, je pobyt na čerstvém vzduchu doporučován.

(www.detskaonkologie.cz, 24.3.2011)

5.4.3 Reakce rodiny na závažnou diagnózu dítěte

„První sdělení diagnózy tedy vždy, i tehdy, kdy se nemoc rozvíjela pozvolna po delší dobu a rodiče ji jako závažné ohrožení vnímali již v prediagnostické fázi, 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 vlastním, jedinečným způsobem (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 69).“

Podle Říčana, Krejčířové (2006) každý z rodinných příslušníků dítěte se závažnou diagnózou prochází několika stádií, která následně uvedeme.

Stadia, která autoři uvádí, jsou dle Kübler-Rossově (1969):

- Stadium šoku – rodiče prožívají pocity derealizace, zmatku a reagují zcela nepřiměřeně. Myšlení je iracionální.
- Popření – nebo také útěk ze situace („není to pravda“), vytěsnění („lékaři mi nic neřekli“), u rodičů v přechodu do další fáze se objevuje často mystické myšlení, smlouvání s Bohem atp.
- Smutek, zlost, úzkost, pocity viny – typické je hledání viny u druhých, hostilita a vztek na „celý svět“, ale i na sebe sama. Agresivní pocity jsou často vztahovány na partnera či zdravotnický personál.
- Stadium rovnováhy – dochází ke snižování úzkosti a deprese, přichází přijímání situace a roste snaha se o dítě starat a účastnit se jeho léčby.
- Stadium reorganizace – situace je rodiči přijata, přijímají dítě takové, jaké je, hledají optimální cesty do budoucna. Tohoto stadia nedosáhnou všichni rodiče.

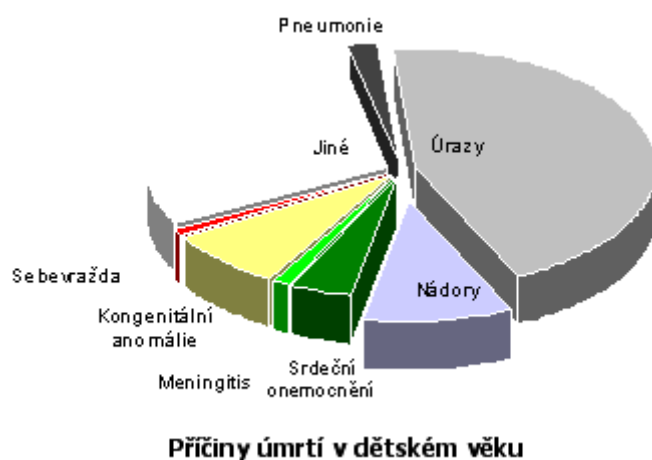
Při vyrovnávání rodičů s diagnózou dítěte jdou tato stadia obvykle v uvedeném pořadí, ale s individuální délkou trvání jednotlivých stadií. V prvních dvou fázích je potřeba, aby lékařský

personál rodičům naslouchal citlivě a taktně. Lékaři musí být připraveni na práci s depresivními rodiči, jde o nezbytnou skutečnost. Velmi důležitá je volba prvních slov, které si rodiče i po letech pamatují.

5.5 Letální onemocnění

Letálním onemocněním rozumíme takové onemocnění, které má nebo může mít za následek úmrtí pacienta. Pro naši práci se zaměřujeme na letalitu nádorových onemocnění. V naší republice je každý rok diagnostikováno více než 55 000 nových případů zhoubných onemocnění. Pouze 1% z tohoto množství jsou dětští pacienti. Na 150 dospělých tedy připadá jedno takto nemocné dítě. Ale i vzhledem k této skutečnosti jsou národová onemocnění druhou nečastější příčinou úmrtí v dětském věku. „Ve věkové kategorii 0-20 let postihne zhoubný nádor každého 333. (Štěrba, 2007, cit. 1.4. 2011).“

Uvedeme graf, na kterém je jednoznačně vidět výše uvedená skutečnost.



(Štěrba, 2007)

5.5.1 Proces vyrovnávání se se smrtí

Nejčastější příčiny smrti v dětském věku jsme si již uvedli. Z pohledu dospělých je smrt dětí něco nepřírozeného a nepochopitelného. Tato skutečnost v nás navíc probudí obavy ze smrti před naplněním možností vlastního života, dětská smrt je toho dokladem. Umírání, pokud nejde o úraz, je dlouhotrvající proces (Říčan, Krejčířová, 2006).

5.5.1.1 Vyrovnávání se dítěte

Jak dále uvádí Říčan, Krejčířová (2006) se Kübler-Rossová (1969) věnovala analýze fází umírajících pacientů starších 9 let. Vytipovala tato stadia:

- I. stadium: jde o šok po odhalení závažnosti choroby.
- II. stadium: pacient nevěří diagnóze, popírá ji.
- III. stadium: pacient pociťuje hněv a útočí na své okolí.
- IV. stadium: deprese, pacient je nešťasten, nevěří diagnóze.
- V. stadium: pacient přijímá skutečnost nemoci, ale vnitřně se přesvědčuje, že je ještě určitá naděje.
- VI. stadium: vyrovnání, umírání, smrt.

„Současné studie 6 – 10letých letálně nemocných odhalují skutečnost, že navzdory úsilí rodičů a lékařského personálu udržet nevědomost dítěte o jeho prognóze, dítě nějak zachytí, že jeho nemoc není jen tak obyčejná nemoc. Jako by to vycítilo z chování ostatních dospělých osob k němu, a to nejvíce z neverbálních projevů: na této úrovni si dospělí sdělují své obavy, zatímco na verbální úrovni je jenom utěšují. V postoji lékařů, rodičů a učitelů k letálně nemocnému dítěti je vhodná jedna společná filozofie: dětský pacient

je brán jako rostoucí a rozvíjející se jedinec, který má budoucnost, přestože ji má časově zkrácenou (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 76).“

Pacienti chtějí o svých pocitech často hovořit s rodiči, přáteli, zdravotnickým personálem. Pro ty, kdo neví, jak o smrti s dětmi hovořit uvádíme v příloze č. 9, jedenácti bodů dle Spinetta (1980, in Říčan, Krejčířová, 2006).

5.5.1.2 Vyrovnávání se rodičů a příbuzných

„Rovněž u nejbližších příbuzných a u rodičů umírajícího dítěte můžeme sledovat stadia osobního vyrovnání se s infaustní prognózou. Na základě psychoterapeutických zkušeností jsme pospali 7 stadií reakcí rodičů na umírání dítěte (Vyhnálek, 1978) (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 75):“

- Stadium šoku – je to silná emoční reakce na sdělení letální diagnózy, patrná je úzkost, deprese, poruchy spánku, nechutenství, průjmy, zvracení.
- Stadium popření smrti – rodiče nevěří, že by dítě mohlo zemřít.
- Stadium pocitu viny – zhoršení stavu dítěte si rodiče kladou za vinu, obviňují se, že dítě nezachránili, něco zanedbali.
- Stadium popření pocitu viny – rodiče se ujišťují, že pro dítě udělali vše, co mohli.
- Stadium pocitu marnosti – rodiče propadají depresi, že vše bylo marné. Tyto pocity přenáší na hodnocení lékařské péče a pomoci okolí.
- Stadium smíření – rodiče jsou zdánlivě vyrovnáni se skutečností, že jejich dítě zemře. Rodiče jsou na pokraji fyzických sil.

- Stadium oplakávání – jde o delší časové období, které je ohraničeno úmrtím dítěte až po určitý stupeň vyrovnání se s jeho ztrátou.

Praktická část

6 Vymezení výzkumného problému

Praktická část diplomové práce je zaměřena na problematiku vzdělávání dětí s letálním onemocněním ve škole při nemocnici. Výzkum probíhal na Klinice dětské onkologie ve Fakultní dětské nemocnici v Brně, Černých Polích. Výzkum byl zaměřen na pozorování a následné popsání specifik výuky onkologicky nemocných pacientů. Samozřejmě, že pozorování nebylo omezeno pouze na výuku malých pacientů. Velkým přínosem byly informace i z oblasti chování pacientů, reakce na učitele a celkové vnímání vlastní nemoci, vycházející z vlastní práce s pacienty. Vzhledem k dlouhodobosti pobytu na odděleních kliniky, jsou to JIP, transplantační jednotka a běžná lůžková stanice, bylo možno děti pozorovat opakovaně ve více situacích. Výuka na každém z těchto částí kliniky má svá specifika, která vyplývají ze zdravotního stavu pacienta, léčby a pobytu dítěte na tom kterém oddělení.

7 Cíl a výzkumné otázky

Cílem naší práce je vymezení a popsání specifik výuky letálně nemocných dětí ve škole při nemocnici.

Je vyučování na KDO odlišné od výuky na jiných odděleních nemocnice?

Je každý pacient zařazen do výuky školy při nemocnici?

Dodržuje se plán výuky?

Jsou vyučovány všechny předměty?

Probíhá výuka individuální či hromadnou formou?

Je funkce učitele na klinice pouze vzdělávací?

8 Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem, tedy cílovou skupinou našeho zkoumání, byly děti hospitalizované na Klinice dětské onkologie ve Fakultní dětské nemocnici v Brně. Všechny pozorované děti byly v různých fázích léčby onkologického onemocnění a byly zařazeny do programu výuky „Ahoj Škola“ při Základní škole při Fakultní nemocnici. Věkové rozmezí klientů, kteří byli objektem našeho zájmu, bylo šest až patnáct let.

Výzkumná aktivita probíhala v časovém intervalu tří týdnů, od 22.11.2010 do 10.12.2010, vždy od pondělka do pátku v době školního vyučování. Počet pacientů na klinice se každý den měnil.

9 Metodologie

Při zpracování dané problematiky jsme použili následující metody a techniky sloužící k dosažení hlavního cíle i cílů vedlejších.

9.1 Metody

Číhovský (2006, 10) uvádí, že metoda je „určitý pracovní postup směřující k dosažení stanoveného cíle.“

9.1.1 Pozorování

Pozorování v pedagogice je metodou empirického výzkumu, jehož předmětem jsou jevy konkrétní reality. Můžeme pozorování tedy definovat jako objektivní sledování činnosti prostřednictvím vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhu dějů aj. Předpokladem pro objektivitu této metody je odborná úroveň, zkušenosti, postřeh pozorovatele a to nejen při vlastním pozorování, tak i při interpretaci výsledků. Základní vlastností je plánovitost a systematičnost (Průcha, 1995).

9.1.1.1 Průběh pozorování

Před aktem vlastního pozorování je velice důležitá přípravná fáze. V této fázi si připravíme plán, systém záznamu, protokol.

Vlastní pozorování můžeme rozdělit na pět etap. První etapou je tzv. globální percepce, tedy identifikace daného jevu. V druhé etapě probíhá prohlubování informací mezi pozorovatelem a pozorovaným jevem. Registrace pozorovaných jevů, tedy jejich záznam, probíhá v etapě třetí. Předposlední etapou je rozbor

vzhledem k hypotézám a cílům. V poslední, páté etapě, se zabýváme interpretací výsledků.(Klárová, 2006)

9.1.1.2 Vlastní výzkumné pozorování

Naše pozorování probíhalo na Klinice dětské onkologie při Fakultní dětské nemocnici v Brně. Cílovou skupinou byli žáci Základní školy při Fakultní nemocnici. Věkové rozmezí od 6 do 15 let. Pozorování bylo uskutečňováno při výuce žáků, která probíhala přímo na lůžku dítěte. Záměrem našeho pozorování bylo zjistit, jak žáci na výuku reagují a specifika vyučování letálně nemocných dětí. Poznatky z pozorování byly následně zaznamenávány do pozorovacího archu. Viz příloha č. 1.

9.1.2 Rozhovor

Rozhovor (dotazování, též interview) je druhem exploračních metod, spočívající v přímé ústní komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem. Respondent je otázkami podněcován ke sdělování požadovaných informací. Rozhovor dělíme na skupinový, individuální, standardizovaný, nestandardizovaný, volný a prostý. Do rozhovoru můžeme zařazovat několik forem otázek. Jsou to otázky: otevřené, uzavřené, výběrové, alternativní, polootevřené. Objevují se i tzv. zvláštní formy otázek. Jsou to např. otázky kontrolní, vstupní, kontaktové atd. Dle ochoty a ovlivnitelnosti dotazovaných rozlišujeme tzv. dotazování měkké, tvrdé nebo neutrální. (Klárová, 2006)

9.1.2.1 Diagnostický rozhovor

Podle Průchy (1995) jde o typ rozhovoru vedený mezi odborníkem (učitelem, psychologem, atd.) a žákem s cílem žáka vyšetřit, poznat jeho zvláštnosti, vidění světa. Má často podobu polostandardizovaného rozhovoru, kdy jsou některé části společné pro všechny vyšetřované žáky a zbytek rozhovoru probíhá dle aktuální situace a žakových odpovědí. Diagnostický rozhovor můžeme rozdělit do několika fází.

1. Úvodní fáze, kdy navazujeme s žákem kontakt a získáváme jeho důvěru.
2. Vlastní rozhovor pokračuje nejprve nezávaznými tématy, pak přecházíme k tématům náročnějším, složitějším, delikátním.
3. Závěrečná fáze diagnostického rozhovoru, kdy jej uzavřeme, vyjádříme spokojenost se spoluprací, žáka podpoříme.

Během diagnostického rozhovoru pozorujeme žáka. Jeho vzhled, pozornost, chování, způsob řeči. Všechny tyto faktory v duchu vyhodnocujeme.

Rozhovor je zaznamenáván a to např. na zařízení audio techniky (diktafon, magnetofon), či písemnou formou. Nejlepší možností je kombinace obou uvedených alternativ.

9.1.2.2 Vlastní práce s rozhovorem

Pro naši výzkumnou aktivitu byl stěžejní diagnostický rozhovor. Nejčastěji probíhal individuální formou s otevřenými otázkami. Rozhovor navazoval na výchovně vzdělávací proces. Příhodnou chvílí byly pauzy mezi úkoly, kdy žák načerpával síly. Nejčastější bylo zařazení rozhovoru, jestliže se žáci necítili dobře, výuku by nezvládli, ale nechtěli být sami na pokoji.

Důležitým bodem bylo pokládání kontaktních otázek a získání si důvěry žáka. Ve většině případů šlo o rozhovor nestandardizovaný. Odpovědi žáků byly často ovlivněny jejich stavem, přítomností rodičů nebo právě jejich nepřítomností. Pokud byla tedy možnost s žákem rozhovor opakovat, bylo to ku prospěchu. Specifický byl rozhovor vedený s chlapcem, který komunikoval pouze přes počítač. Nebyl schopen výpovědi ve větách, psal pouze heslovitě. Proto bylo třeba jej doplňovat a neustále se ujišťovat o správném významu a smyslu jeho sdělení.

Záměrem rozhovoru v naší výzkumné práci, bylo zjistit, jak žáci vnímají hospitalizaci na klinice, jak vnímají samotnou výuku, jak vnímají sebe sama a vlastní nemoc.

9.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal při samotné výuce těchto žáků. Objektem zájmu bylo především chování žáků, jejich reakce na výuku a především průběh výuky samotné.

Po oddělení bylo možno se pohybovat pouze v době vyučování. Tedy od osmé hodiny ranní do poledne. Metod pozorování a rozhovoru bylo tedy použito pouze při aktivní výuce dětí. Vyučování se uskutečňovalo na pokojích dětí u lůžka. Vždy bylo využito pozorování, poznatky následně zaznamenávány do pozorovacího archu. Pokud byla u žáka získána důvěra, ve volných chvílích mezi úkoly, bylo použito metody rozhovoru. Samozřejmě pouze pokud byl žák rozhovoru nakloněn. Při přítomnosti rodiče se žáci často tak neotevřeli, rodič měl možnost rozhovor vyslechnout a následně na něj reagovat. Proto bylo nejlepší, nebyl-li rodič přítomen.

10 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

10.1 Klinika dětské onkologie

10.1.1 Historie

V roce 1996 byla přestěhována I. dětská klinika s 56ti lůžky, která se specializovala na onkologicky nemocné pacienty, z Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně do objektu dětské nemocnice. V roce 1998 bylo nově zřízeno Oddělení dětské onkologie. Dnes se toto oddělení nazývá Klinika dětské onkologie.

10.1.2 Současnost

Klinika se specializuje na léčbu solidních nádorových onemocnění dětí z celé Moravy.

Klinika dětské onkologie (KDO) v současnosti disponuje třemi lůžkovými stanicemi a ambulancí.

10.1.3 Oddělení standardní péče č. 23

Na oddělení je 20 lůžek. Jsou zde hospitalizovány děti, jejichž stav je stabilizovaný. Nejčastěji přicházejí na přešetření či na jednoduchý výkon v celkové anestezii. Na oddělení je několik pokojů přizpůsobených pro matky s dětmi. Oddělení disponuje jedním transplantačním boxem. V prostorách oddělení je malá, velmi dobře vybavená (dvěma počítači a zásobou hraček pro všechny věkové kategorie) herna. Ta je volně přístupná dětem v doprovodu rodičů, sestry či učitelky.

10.1.4 Jednotka intenzivní péče č. 31

Na jednotce intenzivní péče je celkem osm moderně vybavených lůžek. Oddělení poskytuje intenzivní a resuscitační péči. Hospitalizovány jsou zde děti vyžadující sledování životních funkcí po operacích, dětí nestabilizovaných v rámci komplikací při léčbě a při podávání složité chemoterapie. Pokud musí být pacientovi poskytnuta resuscitační péče (např. umělá plicní ventilace) přechází na oddělení ARO v rámci Dětské nemocnice.

10.1.5 Transplantační jednotka č. 7

Je nejnovějším oddělením Kliniky dětské onkologie. Bylo uvedeno do provozu v roce 2006. Oddělení je specificky vybaveno pro provádění transplantací kostní dřeně a kmenových buněk krvetvorby. Na oddělení je celkem šest navzájem izolovaných lůžek v šesti boxech. Boxy disponují vybavením pro intenzivní a resuscitační péči.

10.1.6 Ambulance dětské onkologie

Ambulance je provozována třemi ordinacemi a stacionářem. Stacionář s celkem čtyřmi lůžky slouží k jednodennímu podávání nitrožilních léků dětem, u kterých není nutná hospitalizace.

10.1.7 Skupina nemocí

Na klinice dětské onkologie jsou zejména léčeny děti s diagnózami: akutní leukémie, histocytózy, Hodgkinův lymfom, nádory CNS, transplantace, nehodgkinské lymfomy. Léčí se zde i děti

s pozdními následky léčby. Léčba bolesti a výživa je nedílnou součástí práce lékařského personálu na KDO.

10.2 Průběh výuky a její specifika

„Učení je jako plavání proti proudu. Ustaneš na chvíli, vrátíš se o míli.“

Čínské přísloví

S možností výuky ve škole při nemocnici musí souhlasit zákonný zástupce dítěte, který tuto skutečnost potvrdí podpisem příslušného formuláře. Tento souhlas stačí vždy jednou za jeden školní rok. Většina rodičů je výuce nakloněna, ale najdou se i tací, kteří se nepřejí, aby učitel dítě navštěvoval. Bohužel i přes všechno vysvětlování, že nejde o vyučování v klasickém slova smyslu, ale i o možnost si s dítětem popovídat či mu půjčit notebook, jsme ne vždy úspěšili.

10.2.1 Místo výuky

10.2.1.1 Standardní lůžkové oddělení č. 23

I když má standardní lůžkové oddělení hernu, ostatní oddělení onkologické kliniky hernou nedisponují, vyučování probíhá ve všech případech na lůžku dítěte. Lůžka jsou plně automatizovaná, dítě si tak zvedne záda lůžka tak, jak je mu pohodlné. Při každém lůžku je umístěn pojízdný plastový stolek, na kterém mohou žáci psát nebo mít položen notebook.

10.2.1.2 Jednotka intenzivní péče č. 31

Na jednotce intenzivní péče jsou lůžka větší a vybavena mnoha přístroji. Přístroje jsou umístěny nad hlavou dítěte, ale hadičky a jiné části techniky často znemožňují přisunutí pojízdného stolku. Proto je oddělení vybaveno několika podpěrami pro notebooky. Viz příloha č. 2. Ty mají tvarovatelnou spodní část, takže se snadno přizpůsobí nerovnému povrchu (klínu dítěte) a notebook či sešit udrží v rovině. Také při delší práci na PC chrání žáky před teplým vzduchem vycházejícím z počítače. Lůžka jsou opět plně automatizovaná a dítě si tak může přizpůsobit zvednutí zad tak, jak je mu to příjemné. Samozřejmě pokud je stav dítěte příznivý, preferuje se sezení na lůžku s celkovým opřením předloktí o stolek.

10.2.1.3 Transplantační jednotka č. 7

Na tomto oddělení jsou hospitalizovány děti, jejichž stav není příznivý. Je to mezistanice mezi JIP a ARO. Vyučování zde proto neprobíhá. Učitelka oddělení navštěvuje, aby děti rozptýlila a popovídala si s nimi, či donesla notebook, filmy. Děti jsou často touto technikou vybaveny z domu. Na každém boxu je televize s DVD, čehož se hojně využívá. Lůžka jsou opět plně automatizována pro jednoduché přizpůsobení ležení.

10.2.2 Materiální zajištění

Veškeré materiální vybavení je soustředěno na oddělení 23, běžné lůžkové stanici. V herně jsou veškeré materiály pro výuku. Učebnice, notebooky, velký výběr pracovních listů, knihy, didaktické hry.

10.2.2.1 Učebnice

Oddělení je vybaveno vysokým počtem učebnic a cvičebnic. Jsou rozděleny dle ročníků a předmětů v něm obsažených. Každý předmět je zastoupen několika variantami učebnice, vždy od jiného nakladatelství. Zásoba učebnic ovšem není tak rozsáhlá jako na jiných odděleních. Předpokládá se, vzhledem k dlouhodobému pobytu na oddělení, že pacient bude vybaven vlastními učebnicemi z kmenové školy. Pokud pacient nemá vlastní učebnice a na oddělení není zrovna totožná, na kterou je žák zvyklý, je vždy možnost ji půjčit na jiném oddělení nebo se pracuje s jinou, než rodiče učebnice žákovi přivezou.

10.2.2.2 Počítače, notebooky

Škola disponuje dvěma notebooky. Třetí notebook je majetkem NF Krtek. V herně jsou další dva stolní počítače. Na školních počítačích mohou žáci plnit úkoly ve výukových programech od firmy Terasoft. Výukové programy jsou nejčastěji zaměřeny na český jazyk, matematiku, prvouku, zeměpis. Dále každý notebook je možno připojit k internetu.

Notebooky po skončení výuky oficiálně na oddělení zůstat nesmí, ale vzhledem ke specifické klientele a uzavřenosti oddělení se dětem nechávají i po zbytek dne. Vstřícné sestřičky je na noc ukládají k sobě na sesternu.

10.2.2.3 Pracovní listy

Velmi důležitou součástí výuky na tomto oddělení je výuka s pracovními listy. Pokud nemá dítě vlastní učebnice, potřebuje více procvičovat nebo je dětí na oddělení mnoho a je potřeba zadat samostatnou práci, jsou pracovní listy dobrým partnerem. Soubor pracovních listů je velmi obsáhlý. Rozděleny jsou po předmětech. Nejvíce je jich do matematiky, českého jazyka, angličtiny. Děti s listy velmi rády pracují, nejen proto, že je to něco nového, jiného, ale také funguje psychologické „udělám jen jeden list a jsem hotov“. To, že na pracovním listě je často více úkolů než v učebnici, si už dítě neuvědomí. Úspěch mají i u starších žáků středních škol. Rádi plní listy např. žáci deváté třídy, jen aby nevypadli z tempa.

10.2.2.4 Didaktické hry

Škola na klinice je i vybavena souborem didaktických her a pomůcek. Ty se neustále přikupují, aby se dlouhodobým pacientům neomrzely, děti se časem samozřejmě naučí řešení, takže už nejsou efektivní.

Motanice

Motanice je ideální didaktickou pomůckou, kdy dítě rozvíjí logiku i jemnou motoriku, protože je dítě během hry nuceno zasouvat provázek do malých zářezů na hrací kartě. Jedna Motanice obsahuje třicet hracích karet. Viz příloha č. 3.

Logico Picollo (tabulka Mutabene)

Jde o další didaktickou pomůcku, kterou je vybavena celá nemocnice. Skládá se z plastového rámečku a 16 pracovních karet v každém souboru. Plusem této pomůcky je, že jsou rámečky i karty omyvatelné a proto se dají přenést i na transplantační jednotku. Principem hry je barevnými knoflíky přiřazovat správné odpovědi. Po přiřazení se karta otočí a dítě může porovnat správnost odpovědí.

Pomůcka je opět výborná pro rozvoj jemné motoriky po operačních stavech, a úkoly jsou přiměřeny věku žáka. Viz příloha č. 4.

10.2.3 Věk a třída žáků

Jak jsme uvedli, objektem zájmu našeho zkoumání jsou žáci základní školy. Na oddělení dětské onkologie v některých případech nekoresponduje biologický věk dětí s třídou, kterou ve škole navštěvují. Často navštěvují třídu, která je nižší vzhledem k jejich věku. Tato skutečnost je dána dlouhodobou hospitalizací a znemožněním docházky do kmenové školy. V některých případech jako jsou operace nádorů na mozku, je znemožněno i přezkoušení ve škole a často klesá (mnohdy je to přechodný stav) mentální úroveň dítěte. Rodiče proto v těchto případech volí možnost přerušování školní docházky, které ředitelé škol nabízí.

Mnoho žáků díky dlouhodobému nepříznivému zdravotnímu stavu ročník opakuje.

Většina žáků, záleží i na iniciativě rodičů a vstřícnosti kmenové školy, pokračuje v docházce do základní školy bez přerušování, či opakování ročníku. Chodí na přezkoušení do školy, ve chvílích, kdy je prázdná, nebo učitel přijde přímo do rodiny. Kmenové škole někdy stačí vyjádření, hodnocení učitelky ze školy při nemocnici.

V době mého působení na klinice neměl žádný žák zvolenou za kmenovou školu Základní školu při fakultní nemocnici.

10.2.4 Vyučovací předměty

Škola při nemocnici má stanovený rozvrh. Ten je pro všechna oddělení stejný. Každé vyučovací dopoledne by mělo být naplněno kombinací dvou až tří předmětů. Jde vždy o kombinaci jednoho hlavního vyučovacího předmětu, jako je český jazyk, matematika, angličtina a třetího předmětu vlastivědného

či přírodovědného charakteru. Toto rozdělení je ale pouze orientační. Učitel přizpůsobuje vyučovací předměty individuálním potřebám žáků, prosbám rodičů a úkolům, které jsou zadány učitelem kmenové školy. Předměty jako vlastivěda, přírodověda, zeměpis, fyzika, chemie, přírodopis jsou upozaďovány na úkor předmětů tzv. hlavních.

Hodiny výchovného charakteru (hudební, výtvarná výchova) zcela chybí a nahrazují je různé volnočasové aktivity, které jsou dětem nabízeny v odpoledních hodinách, kdy na oddělení dochází vychovatelka.

Tělesná výchova je zcela vyloučena, k ojedinělým případům dochází fyzioterapeut.

Vyučovací plán

Plán vyučování je sestaven tak, aby odpovídal vzdělávacím plánům běžných základních škol. Pokud je dítě žákem, který je vyučován dle vzdělávacího programu základní školy praktické či speciální, navazuje se okamžitá spolupráce s kmenovou školou a výuka se v nemocnici dítěti přizpůsobuje tak, aby mohlo navázat tam, kde skončilo.

Opět platí, že se každému žáku přistupuje individuálně, podle jeho stavu a úrovně znalostí. Navazujeme na žákovy znalosti, a pokud je zdravotní stav příznivý, postupujeme v učivu dále a rozvíjíme další vědomosti.

Plán se na klinice dětské onkologie nedodrжуje, ale vždy se přizpůsobuje tomu kterému žákovi.

10.2.5 Kontraindikace výuky

Veškerý výchovně vzdělávací proces se uskutečňuje v závislosti na zdravotním stavu dítěte.

Chemoterapie

Častou kontraindikací vyučování je podávání chemoterapie. Některé kombinace cytostatik způsobují nevolnost a děti raději klidně leží nebo spí. Tato skutečnost není pravidlem. Po podání chemoterapie v ústech vznikají afty. Jejich výskyt ve velkém počtu znemožňuje žákovi mluvení a soustředění díky jejich vysoké bolestivosti. Děti jsou v tomto případě utlumeny anestetiky.

Pooperační stavy, anestezie

Další kontraindikací vyučovacího procesu jsou stavy pooperační a po anestezii. Dítě většinou spí, trpí nauseou nebo je medikováno kvůli bolestivosti po zákroku.

Při těchto výuku znemožňujících situacích je snahou učitele pokusit se dítě zabavit, pustit DVD, půjčit knihu či pouze vyprávět. Pomoci mu na malou chvíli zapomenout na bolest a nepříjemné pocity spojené s nemocí.

10.3 Teamová spolupráce

Chceme-li dosáhnout co největší efektivity výchovně vzdělávacího procesu, nemůžeme spoléhat pouze na práci učitele na oddělení. Jde o spolupráci teamu, do kterého zahrnujeme: učitele školy při nemocnici, třídního učitele kmenové školy, rodiče a samotného žáka.

10.3.1 Spolupráce učitel – rodič – kmenová škola

Při žákově vzdělávání v nemocnici, jde o nejdůležitější spolupráci vzhledem k celkové efektivitě výuky. Snahou učitele v nemocnici je vždy dobře vycházet s rodičem a rozvinout s ním takovou spolupráci, aby dítě z výuky nevypadlo ani při pobytu doma. Největším nárokem na tento typ spolupráce je, aby rodič spolupracoval s kmenovou školou. Úkoly a informace přinášel s každou hospitalizací dítěte do nemocnice a předal je učitelce. Ta může reagovat na požadavky z kmenové školy a individuálně přizpůsobit výuku. Pokud vážne spolupráce rodiče s kmenovou školou, snaží se učitelka tuto spolupráci navázat sama. Vždy je potřeba i nejmenší spolupráce rodiče, který musí být alespoň schopen vyzvednout úkoly a požadavky z kmenové školy. U některých rodičů bohužel i tato minimální spolupráce vážne.

10.3.2 Spolupráce učitel – žák

Dalším požadavkem na kvalitní výuku je spolupráce učitele s žákem. Důvěra, kterou si učitel musí u dětí vybudovat, je nejdůležitějším předpokladem kvalitní spolupráce. Učitel musí být schopen žáka dobře motivovat a povzbudit ho v situacích, které jeho nemoc přináší. Učitel v nemocnici nefunguje pouze jako poskytovatel informací. Na rozdíl od běžné školy se děti na příchod učitele těší a berou ho jako partnera v boji s vlastní nemocí. Učitel je terapeutem, přítelem a psychologem. Děti k němu často pojímají větší důvěru než ke komukoliv jinému.

Žáci se učiteli rádi chlubí, co nového se naučili, bez okolků se radí, pokud jim něco nejde nebo si neví rady. Proto je spolupráce mezi učitelem a žákem téměř vždy úspěšná.

10.3.3 Spolupráce učitel – rodič

K celkové efektivitě výchovně vzdělávacího procesu v nemocnici přispívá i spolupráce a komunikace učitele s rodičem dítěte. Rodiče, kterým záleží na tom, aby dítě bylo vyučováno a nevypadlo tak ze školní práce, se s učitelem na klinice radí, jak a co doma opakovat a procvičovat. Specifikem tohoto oddělení je opět skutečnost, že učitel i pro rodiče funguje jako psycholog, terapeut, který jim pomáhá s vyrovnáváním se s nemocí. Zdravotnický personál při své vytíženosti nemá čas si s rodiči povídat. Kdežto učitel si při ranní obchůzce oddělení s rodiči vždy popovídá, prohodí pár slov. Na rodičích, kteří jsou vysíleni z boje s onkologickou chorobou svého dítěte, je vidět vděk a radost ze zájmu, jaký učitel projevuje. Vzhledem k tomu, že jde o dlouhodobou spolupráci a partnerství učitele s rodičem při pobytu dítěte na oddělení, vztah má šanci, tendenci se vyvíjet. Rodiče se více otevírají, sdělují problémy i úspěch léčby a učitel tak může včas zajistit např. psychologickou pomoc rodině.

Učitel a rodiče jsou jedni z mála nelékařského personálu, kteří procházejí celou léčbou dítěte na klinice, proto je jejich spolupráce důležitým prvkem výuky a celkové léčby dítěte. Pohoda a dobrá nálada učitele, rodiče a celého okolí se přenáší na dítě a to díky tomu svoji léčbu lépe snáší a zvládá. Proto při návštěvě kliniky dětské onkologie uslyšíte smích a uvidíte úsměv na tváři rodiče, sester, lékařů, učitele i uklízečky.

10.4 Psychologická péče na Klinice dětské onkologie

Péče psychologa na klinice je zaměřena v první řadě na podporu rodiny v krizi, kterou představuje onemocnění dítěte. Cílem podpory je, aby rodina mohla být oporou dítěti a vydržela celý průběh léčby. Psychologickou péči zajišťují na KDO dvě paní psychologičky. Kontaktovat je může zdravotnický personál, učitel nebo sám rodič.

10.4.1 Spolupráce psychologa a rodiče

Rodiči může být nabídnuta psychologická pomoc učitelem základní školy nebo lékařským personálem kliniky. Cílem této spolupráce je rodiče podpořit v krizi spojené s nemocí dítěte. Rodiče se potřebují vypovídat z problémů spojených s pobytem v nemocnici. Rodiče se bojí zeptat personálu, když něčemu nerozumí, bojí se odmítnutí z lékařské strany.

Tyto obavy jsou zbytečné, psycholog rodiče ujistí, že není čeho se bát. Lékařský personál je připraven informovat rodiče a vše jim vysvětlit.

Rodič může kontaktovat psychologa, kdykoliv má pocit, že nemoc dítěte nezvládá a potřebuje jeho pomoc. Psychologická pomoc rodičům je nabízena i po úmrtí dítěte, kdy psycholog KDO je seznámen s celkovým průběhem onemocnění a se všemi detaily.

10.4.2 Spolupráce psychologa a dítěte

Psycholog v rámci návštěvy oddělení promlouvá i s dětmi. Malí pacienti se se svou nemocí perou statečně, lépe jak rodiče. Psychologické působení je často pouze o popovídání, aby psycholog mezi řádky zjistil jejich skutečný psychický stav. Dítě není zpočátku k psychologovi tak otevřené jako například k učiteli.

10.4.3 Spolupráce psychologa s učitelem

Jde o velmi důležitou spolupráci vzhledem k dítěti. Každý týden ve středu pořádá psycholožka a učitelka na oddělení společné sezení, kde konfrontují své dojmy a poznatky o dětských pacientech i jejich rodičích. Učitelka se po oddělení pohybuje každý den, proto mají děti větší důvěru k ní a může více psychologicky působit. Psycholožka radí v přístupu k určitým dětem, jaké přístupy ve výuce by mohly být efektivnější, jak povzbudit rodiče atd. Jejich spolupráce je pro výuku na oddělení velmi důležitá.

11 Závěr výzkumu a doporučení

Naším výzkumem se podařilo zjistit a popsat celou škálu specifík výuky dětí s letálním onkologickým onemocněním na Klinice dětské onkologie. Během výzkumu se potvrdilo, že výuka na KDO je odlišná od výuky na ostatních odděleních nemocnice. Jde zejména o výuku pouze na lůžku a dlouhodobou spolupráci s kmenovou školou a žákem. Dále jsme zjistili, že výuka je zcela individuální, vždy přizpůsobena žákovi. Plán výuky není striktně dodržován a preferují se hlavní předměty jako český jazyk, matematika, angličtina. Ostatní předměty jsou vyučovány pouze okrajově. Zcela vyloučeny z výuky jsou předměty hudební, výtvarná a tělesná výchova. Hudební a výchovná činnost je v kompetenci vychovatelky docházející na oddělení v odpoledních hodinách.

Žák není do vyučování nucen, při nepříznivém zdravotním stavu se výuka nekoná a dítě odpočívá nebo se jej učitel snaží zabavit hrami, filmy atd.

Je-li žák zařazen do výuky školy při nemocnici a jeho stav je příznivý, učitelka se jej vždy snaží motivovat k činnosti. Zařazení dítěte do vzdělávacího programu základní školy při nemocnici musí schválit zákonný zástupce dítěte. Ne všichni pacienti kliniky byli žáky školy při nemocnici.

Dalším zjištěním naší výzkumné činnosti byla skutečnost, že učitel na KDO není pouze zprostředkovatelem výuky. Pro děti s onkologickým onemocněním je jedním z partnerů v boji s nemocí. Často se mu svěřují s problémy, a proto působí na pacienty psychologicky a terapeuticky.

Klinika dětské onkologie při fakultní nemocnici je velmi specifickým oddělením. Tak jako má každý malý pacient specifickou léčbu své nemoci, tak je mu i výuka ze strany školy při nemocnici ušitá na míru.

Závěr

Učení a vzdělávání nás provází, ať už se nám to líbí nebo ne, prakticky celý život. Stejně jako my, dospělí, potřebujeme neustále nové podněty a motivaci k tomu, abychom se něco či něčemu učili, mají tuto potřebu i děti. V dnešním uspěchaném světě, plném stresu, rodiče nevěnují tolik času vlastním dětem, jako bylo věnováno nám. Proto by i rodiče měli mít stále na mysli, že by neměli odmítat své dítě, pokud se na něco ptá a je zvědavé.

Zejména ve školním vyučování je potřeba je co nejúčinněji motivovat a podávat jim takové informace, které využijí ve svém následujícím životě.

U dětí s letálním onkologickým onemocněním je potřeba této skutečnosti dvojnásob. Učitel v nemocnici by neměl dopustit jejich pasivitu a podporovat je v dalším rozvoji. Dítě i s letální nemocí je stále živou bytostí, kterou je potřeba rozvíjet, přestože „na to“ máme omezený čas.

Cílem naší práce bylo zjistit specifika vzdělávání dětí s letální nemocí. Díky výzkumnému vzorku jsou naše poznatky omezeny na vzdělávání dětí s onkologickým onemocněním. K dosažení našeho cíle jsme pozorovali výuku žáků základní školy na Klinice dětské onkologie a díky tomu se nám podařilo vymezit a popsat největší specifika vzdělávání takto nemocných dětí. Jde o vzdělávání individuální a vždy přizpůsobené žákovi podle jeho aktuálního stavu.

Zjištění, že ani žáci, kteří se vzhledem ke svému stavu učit nemohou, nezůstanou bezprizorními, ale je jim nabídnuta jiná činnost, která podpoří jejich přirozený rozvoj, bylo velmi příjemným.

Přestože se nám jistě nepodařilo popsat všechna vzdělávací specifika, jsme názoru, že vzdělávání dětí s letálním onemocněním má svůj obrovský význam pro osobnost a psychiku dětského pacienta. Lékaři, psychologové a ostatní lékařský personál, který přichází s dítětem, může rodičům bez obav výuku v nemocnici doporučit, protože nejde o dril, který si často rodiče představují. Dítě bude

zaměstnáváno, bude mít radost s úspěchu a tím i rodiče budou spokojeni.

Protože je dokázáno, že pacienti, kteří mají dobrou náladu, snáší svou nemoc lépe a rychleji se uzdravují. To samozřejmě platí i pro osoby pohybující se v okolí dítěte. Pokud se pacientovo okolí cítí v dobré pohodě, usmívá se, přenáší to naprosto nevědomky na pacienta.

Seznam použité a doporučené literatury

1. FILA, J. *Motivace*, [online]. 2009, [cit. 23.3.2011] Dostupné na World Wide Web: <http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/fsps/js09/sylabus/web/pdf/4.5._Motivace.pdf>
2. KALHOUS, Z., OBST, O., a kol. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2009, IBSN 978-80-7367-571-4
3. KAREŠOVÁ, J a kol. *Praktické rady pro onkologické pacienty aneb Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. Praha: Maxdorf, 2010. IBSN 978-80-7345-217-9
4. KLÁROVÁ, R. *PDS_metody*. MU Brno, [online]. 2006, [cit. 23.2.2011] Dostupné na World Wide Web: <http://is.muni.cz/el/1451/podzim2007/d015/PDS_metody.pdf?fakulta=1451;obdobi=3783;kod=d015>
5. KOLÁŘ, Z., VALIŠOVÁ, A. *Analýza vyučování*, Praha:Grada, 2009, IBSN 978- 80- 247- 2857-5
6. LAZAROVÁ, B. *Netradiční role učitele, O situacích pomoci, krize a poradenství ve školní praxi*. Brno: Paido, 2008, IBSN 978- 80- 7315- 169- 0
7. LIŠKOVÁ, K., HYNKOVÁ, R. *Vliv dlouhodobé nemoci onkologicky nemocných dětí na jejich sociální vztahy*. [online] 2011, [cit. 1.4.2011]. Dostupné na World Wide Web:<[tarantula.ruk.cuni.cz/KKP-14-version1 Vliv__dlouhodob_hospitalizace_onkologicky__nemocn_ch_dt__na_jejich.doc](http://tarantula.ruk.cuni.cz/KKP-14-version1/Vliv__dlouhodob_hospitalizace_onkologicky__nemocn_ch_dt__na_jejich.doc)>

8. LOKAJ, P. *Článek určený nejen rodičům dětí, které onemocněly nádorovým onemocněním, ale také dětem (aby se nebály)*. [online] 2010, [cit. 1.4.2011]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/lecba_bolest.php?t=9>
9. LUKAVSKÁ, E. *Pozor děti! (didaktické otázky vyučování orientovaného na dítě)*, Dobrá voda, 2003, IBSN 80-86473-52-X
10. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H, 2001, IBSN 80- 86022- 92- 7
11. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005, IBSN 80-246- 1056- 6
12. NOVOTOVÁ, J. *Klíčové kompetence učitelů v primární škole*. [online] 2008, Dostupné na World Wide Web: <ucitel.pedf.cuni.cz/download/novotova.doc>
13. PETTY, G. *Moderní vyučování*. Praha: Portál, 2002, IBSN 80-7178- 681- 0
14. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002, IBSN 80- 7178- 631- 4
15. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ. J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995, IBSN 80- 7178- 029- 4
16. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ. J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001, IBSN 80-7178-579-2
17. SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*, 2. rozšíř. a přeprac. vydání, Praha: Grada, 2007, IBSN 987- 80- 247- 1821- 7
18. VÁGNEROVÁ, M, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšíř. a přeprac. vydání, Praha: Portál, 2004, IBSN 80- 7178- 802- 3

19. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H., a kol. *Pedagogiky pro učitele*. Praha: Grada, 2007, IBSN 978- 80- 247- 1734- 0
20. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Výzkumný pedagogický ústav v Praze, 2005.
21. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a doplň. vydání, Praha: Grada, 2006, IBSN 80- 247- 1049- 8
22. ŠTĚRBA, J., *Solidní nádory v dětském věku*. [online] 2007, [cit. 1.4.2011]. Dostupné na Wold Wide Web:< http://www.linkos.cz/pacienti/vek/deti_nador.php?t=2#>
23. *Klíčové kompetence*. 2011 <http://www.hluchak.cz/~krhanek/files/vyukovy_proces_vystup.pdf>

Internetové zdroje

24. *Citáty* URL:< <http://cituj.cz/Citaty/kat-159.aspx?pg=1>> [cit. 23.3.2011]
25. <www.linkos.cz>
26. <www.nbpts.org>
27. *Maslowova hierarchie potřeb* URL: <http://www.vasicek.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=49:jak-na-tercialni-vzdlavani-v-r&catid=36:skolstvi&Itemid=59&lang=en>
28. <www.uzdravim.cz>
29. < www.medical-dictionary.thefreedictionary.com>
30. <www.detskaonkologie.cz>
31. <www.krtek-nf.cz>
32. <www.rodina.cz>
33. <www.thenccs.org>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Pozorovací arch

Příloha č. 2 – Podpěra pro notebook

Příloha č. 3 – Motanice

Příloha č. 4 – Logico piccolo

Příloha č. 5 – Psychologická péče na KDO

Příloha č. 6 – Historie Fakultní dětské nemocnice a Základní školy při Fakultní nemocnici, Brno

Příloha č. 7 – Fotografie oddělení KDO

Příloha č. 8 – Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 9 – Body rozhovoru o smrti

Příloha č. 1

Pozorovací protokol pro hodnocení vyučovacího procesu dítěte s letálním onemocněním

Pohlaví žáka	
Ročník	
Délka hospitalizace	
Počet žáků při vyučování	
Učitel	

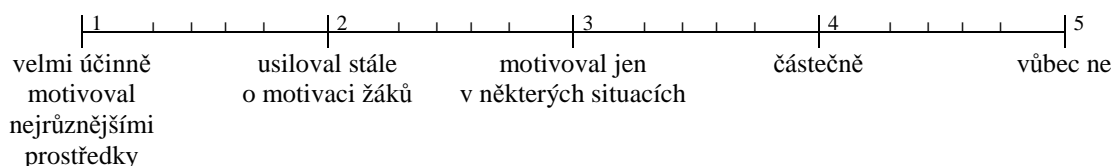
1). Místo, kde se vyučování žáka uskutečnilo?

a) postel b) třída c) u stolku na pokoji

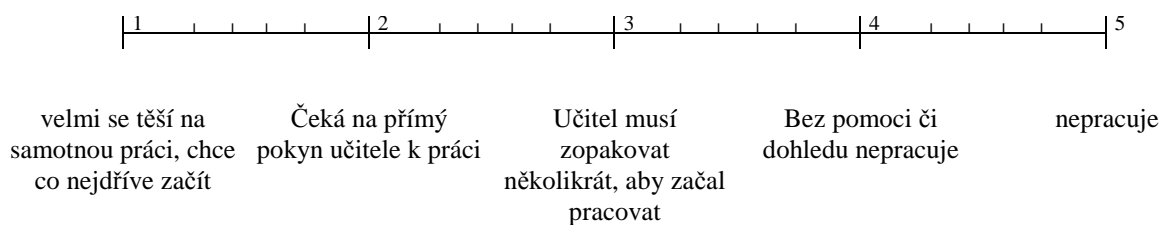
2). Jak žák reaguje na výuku, příchod učitele

a) těší se b) nereaguje c) negativní reakce, ale učí se

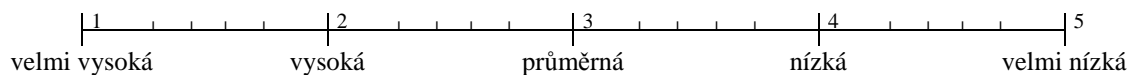
3). Snaha učitele motivovat žáka k činnosti



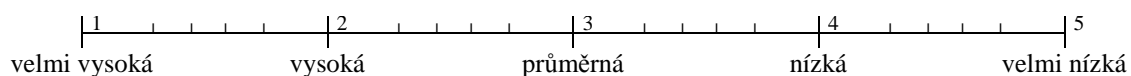
4). Reakce žáka na motivaci



5). Komunikace žáka s učitelem



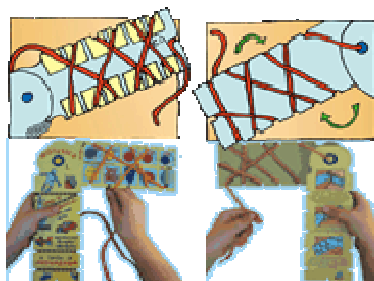
6). Komunikace žáka se spolužáky při vyučování



Příloha č. 2

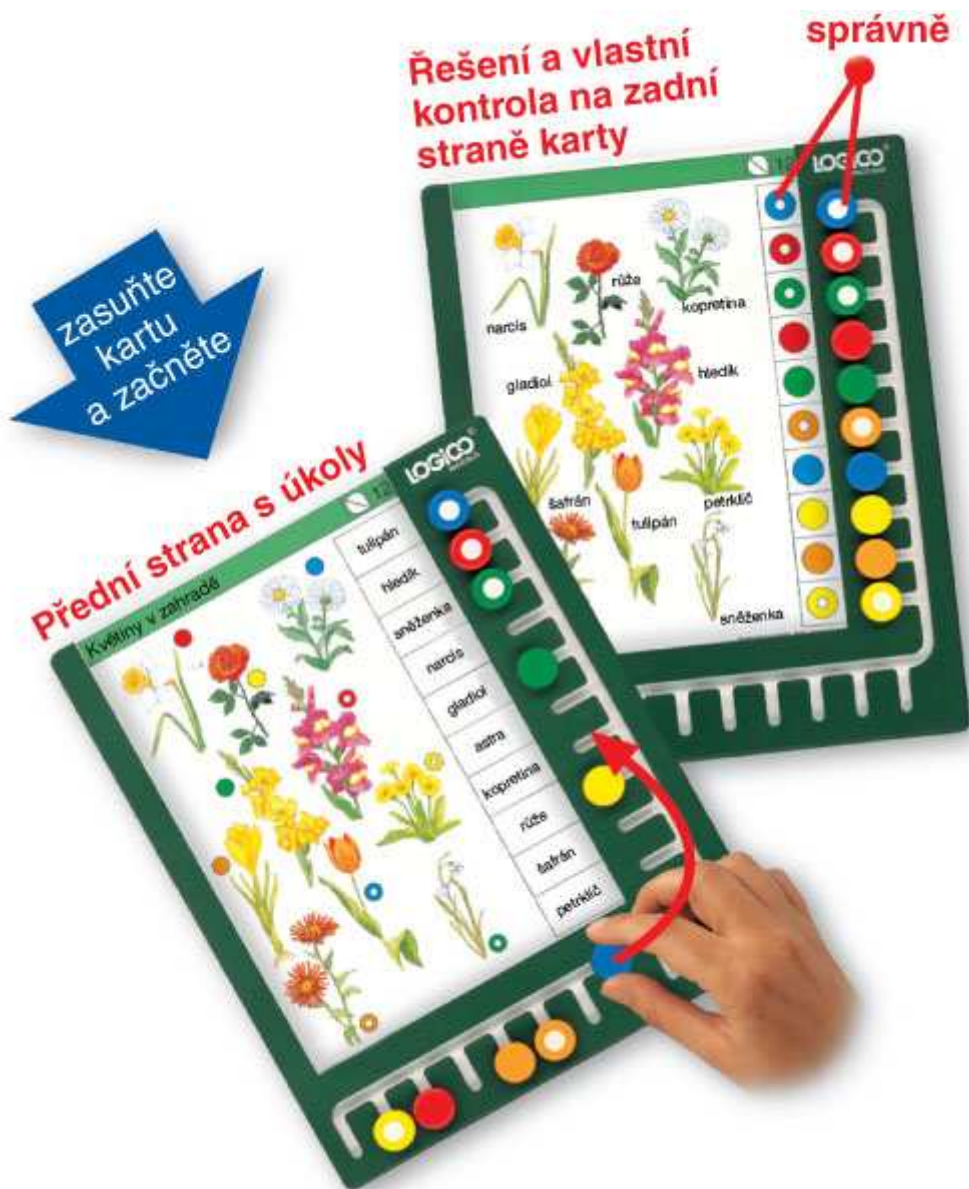


Příloha č. 3



- 1) Vyber si jednu z karet, provázek vlož do zářezu číslo 1, k němuž ukazuje šipka "START" a táhni provázek k obrázku ve spodní řadě, který podle tvého názoru tvoří logickou dvojici. U něj také vlož tkaničku do zářezu.
- 2) Seřaď jednotlivé dvojičky obrázků odshora dolů a zleva doprava postupně podle čísel 1 - 5.
- 3) Jakmile najdeš poslední pátou dvojici obrázků, vlož provázek do zářezu s nápisem "CÍL". Otoč MOTANICI. Pokud namotaná tkanička odpovídá nakresleným provázkům na kartičce, vyhráváš.

Příloha č. 4



Příloha č. 5

Psychologická péče na KDO

Situace vážného onemocnění představuje pro dítě a celou jeho rodinu zásadní proměnu způsobu života a je nesmírnou psychickou zátěží. Onkologické onemocnění nelze chápat pouze jako ránu osudu, ale také jako zkoušku trpělivosti, adaptace, schopnosti nepodlehnout panice. V rodině diagnóza prověří partnerské vztahy a spolupráci rodiny jako celku. Péče psychologa na KDO funguje zejména jako podpora při zvládnání krizí, které jsou spojeny s nemocí. Podpora je zaměřena na rodinu nemocného dítěte tak, aby byla schopna co nejúčinněji dítěti pomáhat a vydržela velké vyčerpání během jeho léčby.

V rámci komplexní péče nabízí KDO i péči psychiatra, psychologa, rodinnou a skupinovou terapii, arteterapii a kontakt se sociální pracovníci.

Služby psychologa

Služby poskytované psychologem na KDO se dají rozdělit do několika bodů:

1. Psychologická diagnostika – jde o diagnostiku intelektových funkcí a zjištění tak vlivu onemocnění a léčby na tyto funkce. Případně navrhnutí postupů psychiatrické rehabilitace
2. Psychoterapeutická péče – bezprostřední podpora v průběhu léčby, řešení akutních krizí, zprostředkování rodinné terapie.
3. Svépomocné skupiny – pravidelná setkávání rodičů nemocných dětí. Tato setkávání byla zahájena v roce 2005.

Základní osmero

Jde o rady rodičům pro úspěšné zvládnání onemocnění dítěte:

1. Žádná otázka, která Vás zatěžuje a trápí, není zbytečná. Ptejte se – pokud něčemu nerozumíte. Každý Vám rád odpoví a vysvětlí vše nejasné.
2. Nic není rozhodnuto, Vaše dítě se může uzdravit. Nepropadejte beznaději!
3. Neměňte nic na svém přístupu k dítěti. Dovoluje-li to jeho stav, nebraňte mu ve styku s kamarády.
4. Dítě má právo na informace. Odpovídejte mu na jeho otázky a nepředstírejte, že se nic neděje. Pokud jej nechcete informovat o nemoci sami, požádejte lékaře či psychologa.
5. Řešte nejvhodnější formu studia po dobu nemoci. Dítě nemusí ztratit kontakt se školou.
6. Důvěřujte lékařům a celému ošetřujícímu týmu. Nemají důvod Vám lhát a říkat Vám pravdu je i pro ně cestou nejsnazší komunikace.
7. Věnujte pozornost sami sobě a ostatním členům rodiny. Vaše pohoda se přenáší na dítě.
8. Informujte se u sociální pracovnice na Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení. Sociální pomoc.

www.detskaonkologie.cz, 23.2.2011

Příloha č. 6

Fakultní dětská nemocnice Brno

Historie

Pracoviště dětské medicíny bylo v Brně zřízeno již roku 1899. Tohoto roku zahájila provoz v Černých Polích provoz nová dětská nemocnice Františka Josefa I, která navazovala na činnost Nemocnice sv. Cyrila a Metoděje. Celkem v šesti pavilonech bylo 150 lůžek a přijímáni byli kojenci a děti do čtrnácti let. V roce 1905 byl areál rozšířen o další pavilon, zvýšil se tak počet lůžek, byly zbudovány operační sály. Po II. světové válce bylo rozhodnuto o dostavbě a rekonstrukci areálu, která skončila v roce 1953.

V roce 1957 se z dětské nemocnice stává Fakultní dětská nemocnice.

V roce 1993 byla zahájena rekonstrukce a modernizace areálu. Byly vybudovány nové centrální operační sály.

Základní škola při Fakultní nemocnici, Brno

Charakteristika školy

Zřizovatelem školy je Krajský úřad Jihomoravského kraje, Brno. Ředitelkou školy je v nynější době Mgr. Ilka Vaďurová. Právním subjektem je škola od roku 1996. Celková kapacita školy je 200 žáků a 180 žáků školní družiny. Vzdělávacím programem je „Základní škola“. Školním vzdělávacím programem je zpracován pod názvem „Ahoj Škola“, ten je vždy přizpůsoben individuálním potřebám nemocného dítěte. Pokud je dítě vzděláváno dle jiného programu, je nevázáno užší kontakt s kmenovou školou a plynule se pokračuje ve vzdělávání dítěte. Škola zajišťuje vzdělávání hospitalizovaných dětí na 19 odděleních dětské nemocnice FN Brno.

Historie

První zmínky o vyučování hospitalizovaných dětí v brněnských zdravotnických zařízeních se objevily již v 19.

století. Podle nich se vyučovali děti již v první dětské nemocnici v roce 1846. " Ředitelství této nemocnice se postaralo o to, aby vzrostlé děti, pokud to jejich zdravotní stav připouštěl, zvláště rekonvalescenti, měli dvakrát týdně kromě duchovního vyučování také současně opakování v předmětech, v nichž byli vyučováni ve škole." (Moravia. 10. 1847)

V dětské nemocnici byla zřízena první třída základní školy ve školním roce 1953 – 1954.

Ke vzniku tohoto výchovně vzdělávacího zařízení přispěla skutečnost, že si zdravotnický personál začal uvědomovat nutnost poskytnout hospitalizovanému dítěti nejen odbornou a ošetrovatelskou péči, ale také udržet v dobrém stavu psychiku, která se výrazně podílí na zlepšování zdravotního stavu.

Tehdy bylo povoleno vyučování na interním oddělení. V následujícím roce byly povoleny další dvě třídy na ostatních lůžkových odděleních. Teprve v září 1955 započal opravdový rozvoj školy v Krajské dětské nemocnici v Brně, Černých Polích. K tomuto datu byla zřízena samostatná škola s vlastním ředitelstvím a devíti učiteli.

Materiální vybavení

Co se týče oblasti učebních pomůcek, je škola na velmi dobré úrovni. Každé oddělení má velmi dobře vybavenou knihovnu obsahující všechny potřebné učebnice a didaktické pomůcky nutné pro výuku (motanice, Logico picollo). Na všech odděleních jsou minimálně dva notebooky s výukovými programy. Každé oddělení, klinika je již také vybaveno bezdrátovou internetovou sítí, ke které mají pacienti neomezený přístup. Každý pokoj dětské nemocnice je také vybaven televizorem a DVD přehrávačem. Tato skutečnost velice přispívá ke kvalitě výuky. Dětem je tak umožněno sledovat dokumenty, vzdělávací pořady, ve volném čase pohádky, filmy.

Složitější situace je s prostory pro samotnou výuku. Ta je většinou realizována individuálně u lůžek dětí. Na některých odděleních slouží pro výuku malé jídelny. Pokud to zdravotní stav dětem dovolí, přesouvají se na výuku do těchto místností.

Průběh výuky

Výuka probíhá ve dvou blocích. Děti nejsou do výuky nuceny, záleží na jejich zdravotním stavu. Nároky na pozornost žáků nejsou tak vysoké jako při běžném výchovně vzdělávacím procesu. Jde hlavně o to dítě na pár chvil zaměstnat, aby zapomnělo na své zdravotní obtíže a nevypadlo ze školní práce.

První blok je od 8:00 do 9:30, pak následuje půlhodinová přestávka, od 10:00 do 11:30 nebo i do 12:00 probíhá druhý blok výuky. Konec druhého bloku závisí na dodání oběda na oddělení.

Příloha č. 7



Oddělení č. 7, Transplantační jednotka.



Pokoj na oddělení 23, běžná lůžková stanice.



Pokoj na oddělení 31, JIP.

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžaduje jejich stav, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo a neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici 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 mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má 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 má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít 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 a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Příloha č. 9

11 bodů jak mluvit s letálně nemocným dítětem o smrti

- Prvních 8 bodů, odpovědi na otázky, které mohou vzniknout kdykoli během života každého dítěte
- Body 9 až 11 jsou určeny pacientům, jejichž průběh nemoci spěje rychle ke smrti.

1). Smrt stejně jako narození je součástí přirozeného upořádání věcí. Pro některé si přijde dříve, pro jiné později. Nemoc může omezit délku života, ale nevíme jak. Je neustále dobré doufat.

2). Smrt má sociální význam. Všichni společně sdílíme život, jsme vzájemně propojení, ale zároveň smrtelní.

3). Smrt je odloučením pro obě strany. Dítě ztrácí svou rodinu, sourozence, přátele, ale stejně tak rodina ztrácí dítě.

4). Ztráta není nikdy úplná. Pacient „žije“ dál ve vzpomínkách blízkých.

5). Dítě nebude samo ve smrti ani po smrti. Rodiče s ním zůstanou až do poslední chvíle. A po smrti si budou připomínat jeho život.

6). V době smrti lidé potřebují vědět, že udělali se svým životem vše, co mohli. To je univerzální lidská potřeba, kterou dítě sdílí stejně jako dospělý.

7). Dítě potřebuje být ujišťováno, že je v pořádku, když pláče a cítí se smutné.

8). Dítě potřebuje být znovu ujišťováno, že ticho je vítané a přijatelné. Je potřeba, aby u dítěte někdo seděl a jenom držel dítě za ruku a naslouchal, co říká.

9). Když nastane smrt, tak neublíží, nebolí. Po smrti se bolest nevrátí.

10). Umírá-li někdo, koho milujeme, je pro nás důležité, abychom byli schopni s ním rozloučit ještě za života. Návštěvy rodičů, sourozenců, přátel u lůžka nemocného a také systém péče při umírání doma. Nesmíme podcenit pohřeb.

11). Dospělí sami také neví, co si mají o smrti myslet, jaký postoj k ní zaujmout. Je tu uvědomění, jak je život krátký pro všechny z nás.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Barbora Pažická
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Specifika vzdělávání dětí s letálním onemocněním ve škole při nemocnici
Název v angličtině:	The Specifics Of Educating Children With A Lethal Disease In A School Within A Hospital
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá vzděláváním letálně nemocných dětí ve škole při nemocnici. Cílem práce je zjištění a popsání specifik vzdělávání na klinice dětské onkologie. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části podáváme čtenáři informace vztahující se k procesu vzdělávání, prožívání nemoci, letalitě a onkologické nemoci. Praktická část je zaměřena na zjištění a popsání specifik výuky dětí s onkologickou nemocí.</p>
Klíčová slova:	Vzdělávací proces, onkologická nemoc, letální onemocnění, specifika vzdělávání, pozorování, rozhovor

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The diploma thesis deals with educating children with a lethal disease in a school within a hospital. The goal of this work is to find out and describe the specifics of education of these children in an oncology clinic. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. In the theoretical part we provide information regarding the process of education, coping with a disease, a mortality and an oncological disease. The practical part is focused on finding and describing specifics of education of children with the oncological disease.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Education, oncological disease, lethal disease, specifics of education, observation, interview</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha č. 1 – Pozorovací arch Příloha č. 2 – Podpěra pro notebook Příloha č. 3 – Motanice Příloha č. 4 – Logico picollo Příloha č. 5 – Psychologická péče na KDO Příloha č. 6 – Historie Fakultní dětské nemocnice a Základní školy při Fakultní nemocnici, Brno Příloha č. 7 – Fotografie oddělení KDO Příloha č. 8 – Charta práv dětí v nemocnici Příloha č. 9 – Body rozhovoru o smrti</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>86 s. + 13 s. příloh</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>