

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Terezie Kovářová

Využití her a prvků uměleckých přístupů při práci s dítětem s onkologickým
onemocněním a rodinným příslušníkem v nemocničním prostředí

Olomouc 2024

Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Využití her a prvků uměleckých přístupů při práci s dítětem s onkologickým onemocněním a rodinným příslušníkem v nemocničním prostředí“ vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů.

V Olomouci dne 4.4. 2024

Podpis.....

Poděkování

Veliké poděkování patří mojí vedoucí práce Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. za její čas, odborné podněty, pomoc, a především za trpělivý přístup který mi umožnil tuto práci dokončit.

Dále bych chtěla poděkovat Nadačnímu Fondu Dětské onkologie Krtek, který celý proces práce zprostředkovat na dětském onkologickém oddělení. Speciální poděkování patří především sociální pracovníci Mgr. Kateřině Nazarej, která mě zasvětila do celého procesu práce s pacienty a rodinami, dala naprostou důvěru a umožnila volně tvořit a hrát si.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Akademický rok: 2021/2022

Studijní program: Speciální pedagogika – dramaterapie
Forma studia: Prezenční

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

Jméno a příjmení: **Bc. Terezie KOVÁŘOVÁ**
Osobní číslo: **D21311**
Adresa: **Kobylí 445, Kobylí, 69110 Kobylí na Moravě, Česká republika**
Téma práce: **Využití dramaterapeutických technik u onkologické klientely**
Téma práce anglicky: **Utilization of dramatherapeutic technique with oncological patients**
Jazyk práce: **Čeština**
Vedoucí práce: **Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.**
Ústav speciálněpedagogických studií

Zásady pro vypracování:

- 1) vyhledání literatury
- 2) konzultace s vedoucím
- 3) zpracování teoretického obsahu
- 4) zpracování praktického obsahu
- 5) finalizace bakalářské práce

Seznam doporučené literatury:

VALENTA, M., (2011). *Dramaterapie*. 4. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 9788071785866
KRATOCHVÍL, S., (1995). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-20-5
KUPKA, M., (2011). *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc. ISBN 978-80-244-2931-1
KOL. AUTORŮ., (2020). *Průvodce pro neopláčetelné onkologicky nemocné a jejich blízké*. Olomouc: Amélie
SLAVÍKOVÁ, Š., M. ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, M. CHRDLONÁ., (2018). *Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké*. Olomouc: Amélie

Stav schvalování: Vedoucím katedry schválen studentův podklad VŠKP

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Podpis vedoucího pracoviště:

Datum:

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Terezie Kovářová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název závěrečné práce:	Využití her a prvků uměleckých přístupů při práci s dítětem s onkologickým onemocněním a rodinným příslušníkem v nemocničním prostředí.
Název závěrečné práce v angličtině:	Using games and elements of artistic approaches when working with a child with cancer and a family member in a hospital setting.
Anotace práce:	Tato diplomová práce se zaměřuje na využití her a prvků uměleckých přístupů u dětského onkologického pacienta a jeho rodiče na oddělení dětské klinické onkologie. Při práci je využíváno herních programů, díky kterým dochází k příležitosti setkání, společného sdílení a prožívání mezi rodičem a dítětem. Práce poukazuje na specifika a jistou náročnost práce s cílovou skupinou, limitace využití volného času dítěte s onkologickým onemocněním, zvládnutí situace samotným rodičem, a to vše za prostředku hry a herních principů.
Anotace práce v angličtině:	This thesis focuses on the use of games and elements of artistic approaches with a paediatric cancer patient and their parent in a paediatric clinical oncology unit. The thesis uses play-based programmes to provide opportunities for meeting, sharing and experiencing together between parent and child. The work highlights the specifics and certain difficulty of working with the target group, the limitations of the use of the free time of the

	child with oncological disease, the coping with the situation by the parent himself, and all this through the means of play and game principles.
Klíčová slova:	onkologie, dětská onkologie, rodiče, využití hry, umělecké přístupy,
Klíčová slova v angličtině:	oncology, children's oncology, parents, use of play, artistic approaches
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1a, pravidla KDO Příloha č. 1b, pravidla KDO Příloha č. 2, program imaginace
Rozsah práce:	84+ 3 stany příloh
Jazyk práce:	Čeština

OBSAH

ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE.....	11
1 ONKOLOGIE.....	11
1.1 Onkologická onemocnění.....	12
1.2 Mechanismus vzniku onkologického onemocnění.....	13
1.3 Rizikové faktory při vzniku onkologického onemocnění	14
1.3.1 Projevy a příznaky	15
1.4 Péče o pacienty s onkologickým onemocněním v České republice	16
1.4.1 Možnosti léčby	17
1.4.2 Prevence ve zdravotnictví.....	20
1.4.3 Práce s pacientem mimo zdravotnictví.....	21
1.5 Proces vyrovnání se s diagnózou onkologického onemocnění	23
1.5.1 Změna rolí v rodině	26
1.5.2 Paliativní léčba	27
1.6 Podpora rodin dětí s onkologickým onemocněním	28
2 UMĚLECKÉ PŘÍSTUPY VE VZTAHU K ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZE.....	30
2.1 Ukotvení pojmu umělecký přístup	30
2.2 Předpoklady pracovníka	35
2.3 Nemocniční prostředí a možnosti práce s dítětem.....	37

II. PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE	39
3 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	41
4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	42
4.1 Výběr účastníků.....	42
4.2 Metody výzkumného šetření	43
4.3 Etické aspekty.....	45
4.4 Popis výzkumného souboru.....	45
5 ANALÝZA DAT.....	47
5.1 Doslovný přepis uskutečněného rozhovoru se sociální pracovnící	48
5.2 Programy	52
5.3 Zodpovězení výzkumné otázky	69
6 DISKUSE	71
7 LIMITY A PODNĚTY K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ.....	74
7.1 Limity výzkumného šetření	74
7.2 Podněty pro další zkoumání	75
ZÁVĚR.....	76
LITERATURA.....	77
SEZNAM ZKRATEK	82
SEZNAM TABULEK	83
SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

Problematika onkologického onemocnění je poslední dobou velice známa. Začíná se o ní ve veřejném prostoru více mluvit, vznikají nové dokumentární filmy, seriály, které se toto onemocnění snaží více definovat a pro laickou společnost uvést podrobnější proces, ve kterém se jedinec během léčby vyskytuje, a že ne vždy tato nemoc, která v mnoha lidech stále vyvolává myšlenky o smrti, takto podmíněně smrtí končí. V případě dětské onkologie je toto téma ještě více kontroverzní, jedná se o děti, které tímto onemocněním prochází a důvody vzniku neodpovídají mnohdy faktorům, které si můžeme vydedukovat u dospělých osob. V rámci hospitalizace dětského pacienta na klinice dětské onkologie, je z logiky věci doprovod zákonného zástupce, ten má nárok na ubytování v nemocnici spolu s dítětem, ale naplňování tohoto nároku je problém, většinou z důvodů kapacity. Rodičům hospitalizovaných dětí nabízeno ubytování v areálu nemocnice, ale ani to není pravidlem. Náhradou může být například ubytovna, která je pod neziskovou organizací Krtek (ta spadá jen pod dětskou onkologii Brno), a nabízí tak rodičům zázemí v rámci pobytu, kdy je dítě na hospitalizaci. To může být v případě stabilního zdravotního stavu na ubikaci spolu s rodičem, většinou se jedná o děti, které jezdí pouze na ozařování. Většinou to ale v praxi vypadá tak, že rodič celý den sedí u lůžka dítěte přímo na oddělení a nehne se od něj až do povinnosti odchodu. Když jsem takto přišla do nemocnice a viděla na pokoji rodiče a dítě, kteří jsou vedle sebe, ale ne spolu, dostala se mi možnost myšlenky takto směřovat svoji diplomovou práci a konkrétně ji cílit na volný čas, který v nemocnici rodič s dítětem mají, ale často ho díky zdravotnímu rozpoložení dítěte nebo energii rodiče nenaplní aktivně. Náplní bylo zaměřit se především na poskytnutí prostoru rodiči být zase rodičem, dát mu tak aspoň na chvíli možnost hry se svým dítětem, kdy může dojít k propojení spolupráce, respektu i komunikaci, pocitu odpojení se od starostí, náročnosti situací, únavy, ve kterých se může vyskytovat, či mu aspoň takto dát čas na sebe samotného. Naopak, dát dítěti prostor být dítětem, hrát si, zapomenout na svůj zdravotní stav, na bolest, či přejít částečně na jiné myšlenky. Tohle byl zejména důvod, proč jsem vytvořila programy a stavěla svůj cíl diplomové práce prostřednictvím využívání prvků uměleckých přístupů a her, které nabízí možnosti projevení kreativity a nsvázanosti herními pravidly. Celé tyto programy jsem následně nabízela jako možnost využití a naplnění volného času rodiči s hospitalizovaným dítětem na oddělení dětské onkologie, a měla tak i příležitost nahlédnout do nemocničního prostředí, nahlédnout do problematiky tohoto

onemocnění, poslechnout si nejrůznější příběhy a osudy lidí ze strany, ke které se dostane jen osoba pracující přímo s pacienty s onkologickým onemocněním.

I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

1 ONKOLOGIE

V rámci diplomové práce se budou objevovat termíny jako je nádorové onemocnění, nádor zhoubný a nezhoubný, rakovina, proto je třeba tyto pojmy řádně definovat abychom věděli zásadní rozdíl, a mohli se lépe orientovat v názvosloví.

- ∇ Nádor, je abnormálně rostoucí útvar, který se může objevit kdekoliv v těle, zásadní rozdíl je hlavně v tom, zda se jedná o nezhoubný či zhoubný (Národní zdravotnický informační portál – nedatováno).
- ∇ Nezhoubný (benigní) nádor je nádor neprorůstající do dalších tkání či orgánů čili je bez metastáze (rozšiřování do jiných částí těla a tvorba nových nádorů v tkáních či orgánech) a jeho odstranění je možné pomocí chirurgických zákroků. Člověk je tedy v drtivé většině mimo ohrožení života (Národní zdravotnický informační portál – nedatováno).
- ∇ Zhoubný (maligní) nádor a nádorové onemocnění jsou podřadnými termíny lidově užívanému pojmu rakovina. Jedná se o onemocnění, kde nádor prorůstá do okolních tkání a má možnost metastáze. Po pokusu jeho odstranění může recidivovat, znovu se objevovat a mít progresivní průběh. Jestliže není potřebně léčeno, končí toto závažné onemocnění smrtí. Tímto onemocněním se zabývá celý lékařský obor onkologie. O lidech, kteří mají tento typ závažného onemocnění a léčí se s ním, hovoříme jako o onkologických pacientech (Národní zdravotnický informační portál – nedatováno). Termínem “rakovina“ označujeme pouze zhoubné nádory, kterým bude tato práce věnována.

Dle zdravotnického informačního portálu můžeme onkologii definovat následovně: „*Onkologie je lékařský obor, který se zabývá výzkumem, prevencí, diagnostikou a léčbou nádorových onemocnění.*“ (Národní zdravotnický informační portál – nedatováno). Obor onkologie můžeme dělit na několik atestačních podoborů: Klinická onkologie je podoborem, zaměřujícím se na léčebný proces pomocí chemoterapie, biologické léčby, nebo léčby cílené. Radiační onkologie je zaměřena na teoretickou i praktickou stránku ionizujícího záření – radioterapie (ozařování pacienta). Hematoonkologie je lékařský podobor týkající se výzkumu, prevence a diagnostiky zhoubných nádorů pomocí zkoumání krve. Metody zkoumání

se zaměřují na kvalitu, kvantitu, morfologii a srážlivost krve. Dětská onkologie a hematoonkologie se jako podobor zaměřuje na dětské pacienty s touto závažnou nemocí. Neoficiálně do tohoto dělení můžeme zařadit ještě jeden podobor, který se zaměřuje na prevenci a tím je preventivní onkologie (viz sekundární prevence). O lékařích specializujících se na onkologii hovoříme jako o onkolozích (Národní zdravotnický informační portál – nedatováno).

1.1 Onkologická onemocnění

Onkologická onemocnění patří ke druhé nejčastější příčině úmrtí. Odhaduje se, že každý čtvrtý občan České republiky onemocní zhoubným nádorem a každý pátý občan na toto onemocnění umírá. Štěrbá (2011) podotýká že toto onemocnění bude součástí našich životů a počet pacientů bude stále stoupat. Důvodem tohoto může být i fakt že se lidé dožívají vyššího věku, vnější prostředí obsahuje větší výskyt chemických látek a také to že se zlepšuje diagnostika zjištění onkologického onemocnění (Novotná, 2020). Zaměříme se na dětskou onkologii (0-18 let), kde v přepočtu na 150 dospělých s onkologickým onemocněním připadá jedno dítě s touto závažnou nemocí (Štěrbá 2011 in Vyhlídal, Ješina, 2014).

Obor dětské onkologie se začal nejvíce rozvíjet v Československu v 60. letech 20. století, a to zásluhou prof. MUDr. Josefa Kouteckého, DrSc. Dětských pacientů se zhoubným nádorem umíralo v této době kolem 97 procent. Úspěšnost léčených nádorových onemocnění v současnosti činí přes 80 procent (Hrdličková – Cingrošová, 2013).

Druhů onkologických onemocnění je nespočet. Dle Klenera (2011) muži nejčastěji trpí na nádory a rakoviny kůže, druhou příčku zastupuje rakovina prostaty a o třetí se dělí rakovina tlustého střeva, konečníku a nádory na plicích. Menší počet pak zastupují nádorové onemocnění močového měchýře, ledvin, slinivky břišní, leukémie atd. V ojedinělých případech se jedná o varlata, žlučník, žlučnickové cesty, popřípadě pak štítnou žlázu atd.

Počet úmrtí je u mužů nejčastěji na rakovinu plic, dále pak tlustého střeva a konečníku, s velkým rozdílem je na třetí příčce rakovina prostaty. Dále pak z výzkumu vyplívá menší procento úmrtnosti na rakovinu slinivky, močového měchýře, leukémie, jater, ledvin, žaludku atd. (Klener, 2011).

U žen tak jako u mužů se na první příčce vyjímá s velkým rozdílem rakovina kůže, druhé zastoupení má rakovina prsu a třetí v pořadí je tlustého střeva a konečníku. Dále pak u žen je v průměru i častá rakovina dělohy, plic, vaječnicků. V menším počtu se vyskytují nádory a rakovina slinivky, ledvin, štítné žlázy, leukémie atd. Počet úmrtí je v největším procentu zastoupen rakovinou prsu a tlustého střeva s konečníkem, dále pak průdušek, slinivky břišní, vaječnicků a dělohy. Ostatní Onkologické diagnózy jsou v procentuální míře o dost nižší než ty zmiňované více (Klener, 2011).

Zhoubná onemocnění v dětském věku jsou nejčastěji onemocnění krve (leukémie), nebo solidní nádory (pevné). V porovnání s dospělými jsou dětské nádory odlišné v rychlosti růstu a vzniku metastáze. Dítě je častěji ohroženo na životě, současně je však výhodou že nádory jsou citlivější a snadněji eliminovatelné oproti dospělým pacientům. Příčina vzniku převážné většiny dětských nádorů není známá, nádorové onemocnění, stejně tak jako dospělým, vzniká mutací buněk, změnou genetické informace. Není možné však dát taková odůvodnění jako u dospělých, kteří ve větším měřítku využívají či se vystavují patologickým jevům (alkohol, stres, nikotin, sluneční záření atd.). Onkologickému onemocnění u dětí nelze ani v dnešní době efektivně předcházet a otázka prevence v oboru dětské onkologie zůstává stále nezodpovězená (Hrdličková – Cingrošová, 2013).

1.2 Mechanismus vzniku onkologického onemocnění

Abychom porozuměli celému kontextu vzniku této nemoci, je potřebné definovat slovo onemocnění. Pojmy nemoc, onemocnění a choroba prošly dlouhým vývojem, kdy v posledních letech můžeme nemoc shrnout jako omezení jedince v rámci biologické, sociální a psychologické oblasti. Nemoc, na rozdíl od pocitu zdraví, přináší potíže, mění dosavadní návyky dne a je třeba aby se jak jedinec, popřípadě nejužší rodina adaptovaly na nové potřeby a role, které tato situace vyžaduje. Dále Křivohlavý (2002) zmiňuje formulaci slova nemoc jako poruchy zdraví, vycházející z anglického pojmu „ill“, čili stavu, kdy je něco v nepořádku, můžeme fungovat jen s omezením, případně s obtížemi. Praktický slovník medicíny (1994, s. 229) definuje nemoc následovně: „*Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních i vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu*“.

Mechanismus vzniku onkologického onemocnění je specifický. V rámci vzniku zhoubných nádorů se jedná jak o kombinaci rizikových faktorů, nejčastěji v podobě karcinogenů, tak

i geneticky podmíněných mutacím genů, díky kterým toto onemocnění může nastat. „Podle nejnovějších poznatků se musí v jedné buňce nahromadit více mutací, aby se tato buňka zvrhla v buňku nádorovou (Národní zdravotnický informační portál – nedatováno)“ Při vzniku nádoru se každá buňka chová jinak, a proto nelze s jistotou říci že se proces dostane až do stádia zhoubného nádoru. Může nastat i situace, kdy se samotný nádor nerozvine. Na bázi genetiky vzniká jen malé procento tohoto onemocnění, nejčastěji se jedná o oblast střev a trávicího traktu, rakoviny prsu či vaječníků (Národní zdravotnický informační portál – nedatováno).

1.3 Rizikové faktory při vzniku onkologického onemocnění

„Mezi obecné faktory, které působí na zdravotní stav jedince patří: genetické 8–10 %, prostředí 8–15 %, zdravotní péče 10–15 %, životní styl kolem 60 % (Novotná, 2020, s. 79)“

Rizikovým faktorem a spouštěčem může být cokoliv, Novotná (2020) uvádí tyto konkrétní, které mohou přispívat vzniku a zároveň upozorňuje i na psychické faktory, které mají častou spoluúčasť.

Faktory přispívající ke vzniku onkologického onemocnění;

- ∇ Hormonální faktory
- ∇ Životní styl
- ∇ Imunitní poruchy
- ∇ Stárnutí organismu
- ∇ Diabetes
- ∇ Infekční působení atd.

Faktory psychické;

- ∇ Trvající psychická zátěž
 - ∇ Trvající pocit zoufalství
 - ∇ Nedostatečné emoční zpracování událostí
- (Novotná, 2020).

V rámci definice tedy zjišťujeme, že se jedná zejména o vliv všech složek působících v každodenním chodu a jejich dopad během života. Např. Klímová a Fialová (2015) ve své

knize Proč (a jak) psychosomatika funguje, zmiňují dále oblasti spirituální/ energetické, které se týkají duchovna a jeho propojení do každodenního chodu dne. Duchovno, jak tuto oblast můžeme nazvat, není hmatatelné, proto se velmi pomalu dostává do základního biopsychosociálního modelu, přesto dle mnoha odborníků začíná mít svůj význam. Tato stránka není tak snadno uchopitelná a pojmenovatelná, nejedná z oblasti ratia, ale vrací člověka k původním kořenům až náboženské symbolice. Její prvky mohou využívat expresivní terapie – dramaterapie, muzikoterapie atd., dále pak meditace, jóga nebo mindfulness terapie. Po definici nemoci je třeba částečně potřebné definovat vznik onkologického onemocnění. Hrdličková – Cingrošová, (2013) zmiňuje patologické jevy, které mohou přispět ke vzniku onkologického onemocnění. Uvedme například kouření, s kterýmž je spojena rakovina plic a dýchacích cest, nadměrné vystavení slunečnímu záření či zanedbání preventivních kontrol znamének, které může mít souvislost s rakovinou kůže. Zanedbaná prevence je tedy často zmiňovaná v souvislosti se vznikem a zejména rozvojem onkologického onemocnění. Dalším zmiňovaným faktorem je mutace buněk, díky které dochází ke změně genetické informace a může tak nastat vznik nádoru (Hrdličková – Cingrošová, 2013).

1.3.1 Projevy a příznaky

Loono, jakožto organizace snažící se o osvětu a prevenci onkologického, kardiovaskulárního, reprodukčního, duševního zdraví, na svých webových stránkách uvádí možné projevy onkologického onemocnění.

„Rakovina se projevit může a nemusí. Proto pokud na sobě zpozoruješ cokoli neobvyklého, neváhej a obrať se na svého lékaře! Může se projevovat hubnutím, nechutenstvím, bolestivostí, zvracením, případně si můžeš nahmatat novou bulku. V závislosti na její pokročilosti a uložení se rakovina někdy projevuje i více specifickými příznaky (Loono – nedatováno).“

Příznaky;

- ∇ *„úbytek hmotnosti*
- ∇ *nevolnost, zvracení*
- ∇ *nechutenství*
- ∇ *bulky*
- ∇ *bolest (Loono – nedatováno)“*

Specifické příznaky onemocnění;

- ∇ „žloutenka
- ∇ krvácení
- ∇ kašel
- ∇ zvětšená uzlina
- ∇ horečky
- ∇ poruchy vidění
- ∇ bolesti hlavy
- ∇ průjem a zácpa (Loono – nedatováno)“

1.4 Péče o pacienty s onkologickým onemocněním v České republice

Prvotní péči, kterou každý pacient dostane, je péče a vyšetření od obvodního lékaře, u dětí pediatra. Lékař provádí základní fyzikální vyšetření (pohled, pohmat, poklep, poslech), v jeho kompetenci je také měření tlaku pacienta, odběr krve, moči, který posílá na laboratorní vyšetření (Formánek Jaganjacová, 2021). V případě řešení závažnějších problémů, ke kterým nemá kompetence, posílá a doporučuje pacientovi lékaře specialistu. Specialista se zaměřuje na určitou oblast a dokáže tak pacienta díky specifickým postupům kvalitně diagnostikovat a stanovit diagnózu. V případě, že se jedná o podezření na nádorové onemocnění, je pacient zaslán na odborné pracoviště, kde postupuje rentgen, výpočetní topografii, magnetickou rezonanci či endoskopické metody. Existuje však mnoho dalších způsobů diagnostiky onkologického onemocnění jako je např., mamograf, EKG, EEG (Masarykův onkologický ústav – nedatováno).

- ∇ RTG „RTG vyšetření je základní diagnostická metoda, která je velmi vhodná k zobrazení zejména kostí či plic, včetně nádorů a metastáz vyskytujících se v těchto lokalitách (Masarykův onkologický ústav – nedatováno).“
- ∇ CT, PET CT „Pomáhá zjistit přesný rozsah onemocnění či zhodnotit efektivitu protinádorové léčby. U onkologický pacientů je to nejčastěji rozsah nádorového onemocnění, velikost nádoru, vztah k okolním tkáním i eventuální přítomnost metastáz. Velmi často se vyšetření výpočetní tomografií využívá také k hodnocení úspěšnosti protinádorové léčby (Masarykův onkologický ústav – nedatováno).“
- ∇ Magnetická rezonance „V onkologii se používá zejména k zobrazení nádorů v oblasti mozku, míchy, prsu, jater či orgánů malé pánve. Poskytuje velmi přesné informace

o velikosti, poloze a vztahu nádoru k okolním tkáním a pomáhá lékařům naplánovat ideální léčebnu nebo zhodnotit úspěšnost dosavadní terapie (Masarykův onkologický ústav – nedatováno).“

Péče o dětského pacienta spadá výhradně do dětské onkologie, kde se jedná o určené kliniky dětské onkologie v ČR. Největší jsou Brno (klinika dětské onkologie FN Brno), Praha (dětské onkologické centrum Motol). Léčba leukémie má svou kliniku např. v Praze, Brně, Ostravě, Olomouci, Českých Budějovicích, Ústí nad Labem.

V rámci péče o onkologického pacienta (a to nejen dětského) je významná týmová a mezioborová spolupráce. Na odděleních onkologie působí širokospektrální tým složený z vedoucích primářů, vedoucích lékařů, kteří pod sebou mají dále tým složený dle specifikace klientely dětí (mladší, starší, ambulantní provoz, hematoonkolog atd.). Nedílnou součástí jsou staniční sestry, které jsou v těsném kontaktu s pacientem a zastávají roli přímé péče o dítě. Důležitými členy týmu jsou psychologové, kteří jsou zásadní podporou pro rodiče při sdělování diagnóz či změny stavu u dítěte. Podporují psychickou odolnost pacienta a podílí se na zvýšení kvality pobytu v nemocnici. Jejich cílem je podpořit dítě a dát mu možnost sdílet své obavy. Ve spolupráci s herním specialistou mohou nabídnout aktivity pro rozptýlení. Herní specialista pak zajišťuje program a nabídku činností pro děti v nemocnici a je prostředníkem a důležitým komunikačním partnerem mezi dítětem a lékaři. Nutriční specialista kontroluje optimální výživové hodnoty pro dítě, kterému je třeba dbát na zvýšený příjem vitamínů či složek ve stravě, to vše stanovené směrem k jeho léčbě, dbát na anulování, intoleranci, alergie. V jeho kompetenci je také péče o pacienty s umělým vývodem či výživovou sondou (FN MOTOL – nedatováno).

Jedná se tedy o multidisciplinární spolupracující tým, jehož cílem je optimalizovat zdravotní stav pacienta a pokud možno i jeho návrat do běžného života s minimálními následky.

1.4.1 Možnosti léčby

Léčebný proces zhoubného chceme-li (maligního) nádoru je náročný, jedná se o spolupráci multidisciplinárního týmu, pacienta a v případě, že se jedná o dítě s onkologickým onemocněním, spolupráce je intenzivní také s rodiči dítěte. Léčebné postupy jsou komplexní a předem určené. Nejčastěji se jedná o léčbu chemoterapií, radioterapií nebo chirurgický

zákrok. V laickém podání můžeme léčebný proces definovat jako boj těla pacienta s jeho vlastním tělem a buňkami, které jsou toxické a je třeba se těchto buněk co nejrychleji zbavit a eliminovat jejich výskyt a zabránit případně zhoršení onemocnění či růstu nádoru. Skutečnost, že léčba útočí na tělo pacienta, nese své následky i v podobě nepříjemným nežádoucích účinků, které jsou vizuální – vypadávání vlasů, obočí, nabírání váhy atd., nebo vnitřní – dočasné snížení kvality života, únava, nevolnost, anorexie atd., (Adam, Koptíková, Vorlíček, 2003).

Možnosti protinádorové léčby

- ∇ Kurativní léčba – léčba si klade za svůj cíl úplné odstranění nemoci a nádoru. Tuto léčbu jde provést jen za předpokladu možného odstranění celého nádoru z těla a jeho nerozšiřování.
- ∇ Nekurativní léčba – necílí na eliminování všech nádorových buněk z důvodů pokročilejšího stupně onemocnění. Je často doplňována paliativní péčí.
- ∇ Adjuvantní léčba – zahrnuje léčebný proces pomocí chemoterapie či radioterapie a využívá se u mikrometastázujícího stádia onemocnění čili snížení možnosti návratu zhoubného nádoru.
- ∇ Neoadjuvantní léčba – je cílena na kombinaci zmenšení nádoru a následného podstoupení operačního zákroku, který je díky postupu této léčby možný, případně zákrok nebude dosahovat drastických zásahů do těla
(Adam, Koptíková, Vorlíček, 2003).

U uvedených typů léčby jsou rozdíly zejména v léčebném postupu a cíli, každý typ léčby je volitelný dle prognózy pacienta. O celém postupu a výběru rozhoduje onkologický lékař a konzultuje ho nadále s odbornými lékaři, kteří se na léčbě budou také podílet.

Radioterapie – neboli „ozařování“, spadá do kategorie ionizujícího záření, jehož cílem je eliminace nádorových buněk. Radioterapie se může využívat i u léčby nezhoubných nádorů. Tímto typem léčby je v průměru léčená polovina onkologických pacientů a často je kombinovaná s chirurgickými zákroky či chemoterapií. Nežádoucí účinky léčby u radioterapie jsou individuální, spadá sem nejčastěji únava, nechutenství, nevolnost (Formánek Jaganjacová, 2021).

Chemoterapie – spadá do farmakoterapie. Léčba je vázaná především na aplikaci látek do žíly nebo v podobě tablet. Obsahem je “toxické“ složení které zabíjí rychle dělící se buňky. Jedná se zejména o buňky nádorové, patrný je ale bohužel i dopad na buňky nenádorové. Chemoterapie je možná v kombinaci s dalšími chirurgickými zákroky, radioterapií či je možnost využití samostatné léčby. Nežádoucí účinky léčby jsou větší z důvodů zmiňovaného zásahu do zdravých buněk. Jedná se o vypadávání vlasů a ochlupení, průjemy, nevolnosti a zvracení nebo zvýšení teplot těla (Formánek Jaganjacová, 2021).

Imunoterapie – využívá samotnou nádorovou buňku a její aplikaci zpět do těla. Zásadním cílem imunoterapie je vyvolat efekt očkování a využít imunitu pacienta. Tato metoda je využívána při experimentální léčbě z důvodů méně zastoupené procentuální úspěšnosti vyléčení pacientů. Koncept léčby je využíván často jako proces doléčování (Formánek Jaganjacová, 2021).

Chirurgická léčba – jedná se o léčbu pomocí operačního zákroku. Chirurgický zákrok bývá diskutován jako jedna z prvních možností. Ne každý nádor je ale možné odstranit hned, ať už z důvodů velikosti nebo jeho umístění, proto je chirurgie využita až po určité délce trvání radioterapie nebo chemoterapie. Operace vždy vyžaduje odstranění přilehlé části, ve které se nádor vyskytuje, a to zejména z důvodů možného vrácení nádoru. Chirurgický zákrok je využíván i při částečném odstranění nádorů a je tak možné využít dalších způsobů léčby k jeho eliminaci. Tento postup se využívá i při nevléčitelných nádorových onemocnění, kdy prodloužíme pacientovi život (Formánek Jaganjacová, 2021).

Cílená/ terčová léčba – neboli biologická léčba je zaměřená jen na nádorové buňky. Škála nežádoucích účinků může být tedy u každého pacienta jiná. Jedná se o vyrobené přípravky z živých organismů, které jsou součástí cílené léčby. U leukémie se již využívá léčba pomocí kmenových buněk, které slouží k obnovení krvetvorby v těle po chemoterapii (Formánek Jaganjacová, 2021).

Alternativní metody – Často diskutovaná, ale zároveň u mnoho lidí zavrhaná metoda léčby vycházející ze spirituálně duchovní oblasti člověka. Pro mnoho lidí jsou tyto prostředky součástí prevence a ba naopak pro někoho jsou vstupem do neznáma, a tak často do zavrhování těchto metod ještě před jejich možným využitím. Tato léčba zahrnuje metody a podporu organismu pomocí změny stravování, bylinek, vitamínů a postupů východní medicíny. Jedná se o spojení a návrat k přírodním zdrojům, které tělo napomáhá rekonvalescendovat. Pro tento

typ léčby, nebo spíše doplněk, se rozhoduje pacient sám, často se jedná o cíl co nejrychlejšího uzdravení a podpoření imunity či skeptický postoj ke klasické medicíně. U alternativní medicíny tak často nastává problém u výrobků s fiktivním účinkem. Proto je třeba tuto cestu uzdravení volit s uvážením (Formánek Jaganjacová, 2021).

1.4.2 Prevence ve zdravotnictví

„Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci, a především k prodloužení aktivní délky života (Čeledová, Čevela, 2010, str. 35).“

Čeledová a Čevela (2010) prevenci dělí na dvě východiska, prevenci obecnou, prevenci specifickou. Obecné hledisko prevence směřuje na základní zdravý způsob života a jeho kvalitu. Specifické hledisko se zaměřuje na konkrétní oblast v prevenci a potřeb jedince. Čili by se dalo říci, že míří na konkrétní nemoci, onemocnění, druhy očkování a podporu specifické oblasti zdraví, ve které je jedince oslaben.

Prevenci dle časové posloupnosti dělíme do tří oblastí. Rozdělujeme ji dle náročnosti a specifikace v dané oblasti. V každé časové posloupnosti prevence se jedná o jiné metody a cíle, se kterými pracuje jiná skupina odborníků (Machová, Kubátová a kol., 2016).

Primární prevence má za cíl předcházet nemoci a míří na jedince z pohledu kvality zdraví. Hlavním cílem je tedy předcházet nemoci mířit na aktivity týkající se zdravého životního stylu, předcházet primárně patologickým jevům a edukovat člověka rutinních návyků na podporu zdraví (Machová, Kubátová a kol., 2016).

Sekundární prevence pracuje už se zásahem do organismu těla, kvality zdraví, tedy případně časnou diagnostikou a účinnou léčbou. Cíl směřuje na oblast oslabenou a snaží se předejít co nejvíce jevům, které by stav mohly zhoršit a více zkomplikovat. Smyslem sekundární prevence je možnost zjištění nemoci v brzkém stádiu a jeho podchycení na začátku, a to pomocí preventivních vyšetření na určitou oblast těla (preventivní onkologické vyšetření), (Machová, Kubátová a kol., 2016).

Terciární prevence je zaměřena na sledování následků léčby, nemocí, vad, handicapů, které zapříčinily určitý stav, ve kterém se pacient následně vyskytuje. Hlavním tématem terciární prevence jsou zejména rehabilitační postupy. Snaží se tak pacientů zprostředkovat možnost,

aby se vrátil do běžného chodu života bez co nejmenších komplikací, které zapříčinilo onemocnění (Machová, Kubátová a kol., 2016).

Kvartérní prevence spočívá v předcházení důsledkům progresivního stavu onemocnění, které mohou ovlivňovat zhoršení kvality života a možné předčasné úmrtí pacienta s onemocněním. Jedná se tedy o včasné stanovení analgetické léčby případně výkonu chirurgických zákroků (Klener, 2011).

1.4.3 Práce s pacientem mimo zdravotnictví

Pacient svůj čas tráví po dobu léčby ve zdravotnickém prostředí. V nemocnici se lékaři snaží o poskytnutí kvalitní péče ve všech oblastech. V případě, že se jedná o nemocné dítě, využívá se vzdělávání ve školách při nemocnicích, a to v případě, kdy děti nemohou docházet do své kmenové školy. Tuto možnost vzdělání nabízí velkokapacitní nemocnice jako je například Fakultní nemocnice (FN) Olomouc, FN Motol, FN Brno.

Škola při nemocnici vychází z podkladů kmenové školy a respektuje zdravotní stav a tempo dítěte, dodržuje také individuální přístup. Při výuce jsou využívány didaktické pomůcky, speciální pomůcky, učebnice a netradiční materiály (grafické techniky, keramika apod.) (FN Brno – nedatováno).

Dalším nezdravotnickou zaměřenou oblastí jsou nadace nebo nadační fondy. Cílem organizací je směřovat k rozvoji duchovních hodnot, ochraňovat lidská práva nebo jiných humanitárních hodnot. Patří zde i cíle jako ochrana přírodního prostředí, kulturních památek, tradic, rozvoj vědy, vzdělání, tělovýchovy a sportu (526/2002 Sb.).

Neziskové organizace jsou velmi často podporou pacientů po projití léčbou, případně během ní. Hlavním cílem je sdružovat pacienty se stejnými příběhy a dopřát jim tak kvalitně strávený čas, nabídnout aktivity, vzdělávání a možnost sdílet své zkušenosti. V ČR máme řadu neziskových organizací, jejichž hlavním konceptem je zaměření se na onkologickou tematiku. Zde zmíníme jen několik z nich.

Olomouc

- ∇ Amelie – Nabízí bezplatné služby v podání přednášek s odborníky, kurzy, cvičení, výlety. Vydala již několikátou příručku, jak pracovat se sdělenou diagnózou onkologického onemocnění. Amelie má pobočku v Olomouci, Rakovníku, Liberci, Praze. Tato organizace je pro dospělé pacienty (Amelie z.s. - nedatováno).
- ∇ Šance – Šance Olomouc stojí při FN Olomouc. Zaměřuje se na dětské pacienty a jejich rodiny. Cílem organizace je poskytnutí podpory celé rodině při náročném zvládnutí procesu léčby dítěte až po její ukončení. Nejznámějším projektem Šance je prodej vánočních hvězd v předvánočním čase. Z tohoto projektu je výtěžek věnován všem potřebným rodinám zasažených touto diagnózou (Šance Olomouc, o.p.s – nedatováno).

Brno

- ∇ Nadační fond Krtek – Krtek pomáhá v oblasti tří základních pilířů. Prvním z nich je podpora výzkumu pro zlepšování kvality léčebných postupů u dětských onkologických pacientů. Druhým pilířem je podpora rodiny a rodinného zázemí v podobě víkendových pobytů a letních táborů pro děti s onkologickou diagnózou. Nabídka podpory je také možná v podobě psychosociální poradenské služby pro rodiče. Dále nabízí a hradí ubytování pro samotné rodiče v areálu dětského onkologického oddělení, aby také rodiče měli pocit zázemí v době hospitalizace dítěte. Hlavním důvodem je vzdálenost trvalých bydlišť léčených pacientů, kteří jsou z území celé České republiky. Pilířem třetím je podpora poskytnutí domácí péče. Krtek bezplatně pomáhá vybavit domácnost přístroji, kompenzačními a zdravotnickými pomůckami, které dítě ve svém stavu léčby potřebuje k uspokojení základních potřeb (Nadační fond Krtek – nedatováno).
- ∇ ONKA – sdružuje rodiče dětí, které si prochází nebo v minulosti prošli onkologickou diagnózou. Cílem tohoto sdružení je vzájemná podpora rodin, předání zkušeností. Sdružení funguje při FN Brno, ale cílem je udržení kontaktů i v regionálních centrech (ONKA z.s. - nedatováno).

Praha

- ∇ Pink Bubble nadační fond – podporuje děti a mladé dospělé kteří si prochází náročností léčebného procesu onkologického onemocnění. Hlavní myšlenkou fondu je podpora dospívajícího v procesu léčby, která v tomto věku může být o něco náročnější po psychické stránce. Nabízí podporu v podobě pomůcek, zážitků, pobytů, popřípadě podpory při osobnosti rozvojové stránce (brigády, školení, podpora při vzdělávání, absolvování kurzů). (Nadační fond Pink Bubble – nedatováno).

- ∇ HAIiMA – cílem pražského sdružení je psychosociální podpora pacientů i rodin. Zajišťují pobyty a smysluplné trávení volného času, nabízí psychosociální podporu, věnují se osvětové i informační činnosti o onkologickém onemocnění. Spolupracují s Ministerstvem zdravotnictví a podílí se na novelizačním procesu týkající se onkologického a hematologického onemocnění u dětí (HAIiMA z.s. - nedatováno). Haima má své pobočky i v Jihočeském a Moravskoslezském kraji.

Z uvedeného vyplývá důležitá pozice a význam neziskových organizací. Často směřují a snaží se naplnit potřeby pacientů a jejich rodin v oblastech, kde dosah zdravotnictví již nemůže nebo nemá kapacitní či personální možnosti. Fungování těchto organizací staví především na dárcovských sbírkách, tvorbě projektů, individuálních dárcích. Důležitost této oblasti bude také zmíněna v kapitole 1.5.

1.5 Proces vyrovnání se s diagnózou onkologického onemocnění

Sdělení diagnózy bývá provázeno nejrůznějšími pocity, emocemi a reakcemi, kterými si pacient, případně rodič dítěte prochází. Reakce bývají různorodé a každý jedinec má svoji cestu při jejich vyjadřování. Proces přijetí diagnózy popisuje mnoho autorů, zde si uvedeme pár z nich.

Baštecká, Goldmann, (2001) podotýkají důležitost stanovené diagnózy. Ta pro člověka, rodinu zohledňuje závažnost situace a možnost hledání východisek a reakcí na danou situaci. Diagnóza určuje správné pojmenování dané nemoci, a tak i škálu určitých možností, postupů pro typ onemocnění, které mohou být využity při léčbě.

Bouchal in Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, uvádí možné reakce na závažnou diagnózu či blížící se smrt.

- ∇ „Smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného)
- ∇ *Pasivní rezignace (netečnost a nezáměr)*
- ∇ *Únik do vzpomínek*
- ∇ *Únik do fantazie a úvah do nesmrtelnosti*
- ∇ *Pozitivní kompenzace, snaha o dokončení rozdělaného díla*
- ∇ *Negativní forma kompenzace, propadnutí alkoholu, přejídání, drogám atd*
(Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 30). “

Nejnámějším dělením je dělení dle Kübler-Rossové, jejíž fáze jsou mířené na vyrovnání s diagnózou až po smrt.

- ∇ *negace – šok, popírání.* V tomto okamžiku se pacient dovídá o své diagnóze a o jejím pojmenování. Šok a popírání se vzájemně střídají a prolínají, toto období je relativně krátké. U jedince může docházet k odpoutání od přítomnosti.
- ∇ *agrese – hněv.* Tento moment je bodem, kdy si pacient uvědomuje plně situaci, ve které se naskytnul. Fáze je velmi emotivní a plná různých reakcí. Toto období utichá bodem, kdy jedinec padá do zármutku a lítostivých stavů, které jsou plné strachu a bezmoci.
- ∇ *smlouvání – vyjednávání, touha změnit skutečnost, hledání možností, jak by se prognóze dalo zabránit.*
- ∇ *deprese – stádium smutku, pohlcení do svých myšlenek a uzavření se do sebe.* Dochází k přechýlení ze smlouvání na smutek a zjištění, že není možno zabránit danému stavu diagnózy. Stav smutku je důležitou fází.
- ∇ *akceptace – smíření se s danou situací a její přijetí.*
(Kubler – Rossová in Křivohlavý, 2002).

Toto členění v posledních letech začíná být dle mnoha autorů nepřesné z důvodů poslední fáze akceptace. Hlavní myšlenkou je, že ne každý se dokáže vyrovnat se smrtí svého blízkého, a především tato událost nemusí díky pokrokům v léčebném procesu nastat. Zůstává však nelehká zátěž a zkušenost, kterou blízké osoby spolu s léčeným jedincem měli. Často je tato možnost „sdílení“ zastoupena neziskovými organizacemi v pořádání akcí pro rodiče s dětmi, kde může dojít tzv. k předání svých zkušeností jiným rodinám které se v dané situaci vyskytují.

Vezmeme-li tento koncept do oblasti výzkumného tématu této práce, pro rodiče jakožto doprovodnou osobu dítěte při pobytu v nemocničním prostředí čas z kapacitních důvodů není. Rodič tedy celý tento proces musí ustát sám a nemá se na koho v řešení těchto problémů a sdílení obrátit.

Procesem vyrovnání se s diagnózou onkologického onemocnění a jeho členěním se zabýval také Fawzy. Tyto fáze obsahují stav zjištění diagnózy, následnou léčbu, fázi zotavování (Fawzy in Tschuschke, 2004).

- ∇ Zjištění rakoviny – Tato fáze je plná bolesti, změn a strachu ze smrti. Ať už u pacienta, či blízkého okolí, pojmenování stavu rakovina může znamenat velkou nejistotu a pohled do budoucnosti, z důvodu ztráty kontroly nad nemocí a častým neuměním si představit, co se pod touto nemocí může skrývat. V tomto stádiu je pro pacienta více než vhodné moci své pocity s někým sdílet a moci vnímat porozumění a důvěru (Holland, 2015). Při samotném sdělování může dojít v rámci obraných mechanismů k fenoménu disociace. Samotný fenomén je založen na mechanismu, který způsobil vliv strachu nebo bolesti. Díky tomuto jevu dochází tak u jedince k potlačení sdělované situace (Vojtová, 2023).
- ∇ Léčba – ta je nepostradatelná ke zlepšení stavu pacienta. Provází ji nežádoucí účinky, které jsou již zmíněné v kapitole druhy protinádorové léčby. U pacienta tak tyto stavy vytváří větší závislost na okolí a na zdravotnickém personálu.
- ∇ Zotavování –Stav zotavování je individuální dle zásahu do těla, a i věku pacienta. Pacient i rodina často žijí v myšlenkách plných nejistot z důvodu možného návratu tohoto onemocnění, který je ve určitém měřítku možný (Tschuschke, 2004).

Samotné reakce na diagnózu se odvíjí také od samotné formy sdělení. Zacharová, Hermanová, Šrámková, (2007), dělí dvě základní formy. První z nich je adaptivní forma založená na pacientově spolupráci a vyrovnání se se skutečností nemoci. Opakem je reakce maladaptivní, která nese prvky agresivního chování a útěku z dané situace.

Hlavní zásadou sdělování nepříznivých zpráv je důležitost vztahu mezi lékařem, pacientem, popřípadě příbuznými, se kterými se daný lékař setkává. Celý tento rozhovor by měl být co

v největším komfortu a soukromý. Stojí na pravdivých faktech a skutečnosti, měl by být co nejstručnější, pacient často dané informace nestíhá vstřebávat. Součástí sdělování je prostor na dotazy, na které je třeba odpovědět a nevyhnout se jim. Je potřebné dát prostor emocím které jsou v této situaci nevyhnutelné, je tedy na lékaři, aby zaujal pozici empatického a autentického. Pacient či jeho rodina musí mít důvěru k lékaři tak celému procesu léčby. Tyto zásady uvádí (Vymětal, 2003) ve své knize *Lékařská psychologie*.

Určené reakce se týkají i pacientova blízkého okolí, v případě diagnostikovaného dítěte tedy především rodičů. Dítě si v předškolním věku plně neuvědomuje, co určená diagnóza pro něj samotného znamená a je pro něj pouze abstraktním pojmem. Rodič jako zákonný zástupce tedy plně přebírá zodpovědnost za spolupráci s lékaři a dalšími specialisty. Je důležitou oporou pro dítě, tráví s ním čas doma tak i v nemocničním prostředí, může být prostředníkem v komunikaci a jeho role přispívá ke stabilitě dítěte.

1.5.1 Změna rolí v rodině

Vymětal (2004) uvádí pojem rodina jako místo pro soužití všech jeho členů, kde dochází k saturaci potřeb soukromí, bezpečí a podmínek uspokojujících základní životní aktivity. Toto soužití všech členů je neustále podmiňováno, proměňováno a ovlivňováno neustálými změnami. Postavení rodiny je založeno je dle Patterson (2002) na plnění těchto následujících funkcí;

- ∇ Začlenění jedince
- ∇ Ekonomická podpora
- ∇ Výchova, péče, socializace
- ∇ Ochrana členů rodiny

Vznik krize díky diagnóze onkologického onemocnění vyvolává zásadní změny a dochází k převratu hodnot rodiny. V tomto dlouhém a náročném procesu dochází k novým postojům a řešení situací, které stojí především na dispozici a unesení situace rodiči. Při této situaci je důležitá podpora okolí rodiny, která vnímá tuto změnu také. Jestliže rodina zvládne tuto krizi, dochází tak k ukotvení nově stanovených hodnot a doposud zásadní věci před diagnózou se proměňují na nepodstatné (Landischová, Matoušek, & Palme, 2014).

Role rodičů při péči o dítěte je nezastupitelná, přestávají hrát pozici pasivních pozorovatelů při léčbě, a zastávají tak částečně roli zdravotní sestry, ošetřující osoby a pečovatelskou roli, během které se přímo učí teoretickým znalostem a ošetřovatelským dovednostem. Tyto náplně práce jim předávají ošetřující lékař a zdravotní sestry. Pro rodiče hospitalizovaných dětí je také vybudováno sociální zázemí z důvodu snadnějšího zvládnání takto tíživé situace (Mihál, 2003).

1.5.2 Paliativní léčba

„Název paliativní léčby má původ v latinském výrazu pallium, který evokuje pečující přikrytí pláštěm. Jde o léčebné postupy, které mají za cíl stabilizaci a ovlivnění rozvoje onemocnění, potlačení či mírnění nepříznivých projevů nemoci, a to jak somatických, tak psychosociálních, a zahrnují i péči o rodinu pacienta. Cílem této léčby není vyléčení, ale mírnění průvodních jevů a souvisejících efektů nemoci. Předchází tedy na řadu ve chvíli, kdy se začíná onemocnění prohlubovat a rovnováha života a smrti se přechyluje k procesu umírání (Centrum Amelie 2020 s. 45).“

Tento proces léčby má cíl směřovaný především na zkvalitnění života nemocného člověka. Využívá se u pacientů, kterým nemoc zasahuje s velkou mírou do každodenního chodu dne, či pacientům s neléčitelnou diagnózou, kteří se vyskytli v terminálním stádiu, potažmo konečném stádiu nemoci. Tato léčba může probíhat v domácí prostředí, stacionářích, hospici, ale napomoci může asistenční nebo pečovatelská služba (Formánek Jaganjacová, 2021).

„Někdy to je těžké a pro nás nepochopitelné. Je potřeba si uvědomit, že se díváme na stále stejného člověka, který vlivem onemocnění jednoduše ztratil určitou soběstačnost vykonávat některé základní činnosti (Formánek Jaganjacová, 2021, s.107).“

Zásady a rozdíly v tématu paliativní péče stojí na změně cíle oproti léčebným postupům, které známe a jsou v této práci ve větším měřítku zmiňovány. Využívané postupy při paliativní péči jsou postupy především nekurativní léčby. V rámci lepší představy si můžeme uvést příklad. Jedná-li se o pacienta s nevléčitelným nádorovým onemocněním, může onkolog, který stanovuje diagnózu, nabídnout tento typ léčby, který směřuje k udržení člověka co nejdéle při životě a míří ke zkvalitnění jeho aktuální situace. Proces se ale díky této léčbě pouze oddálí. Získaný čas, který je z pohledu sociálního v tomto kontextu nejcennější, má na pacienta a na rodinu pozitivní vliv. Z pohledu lékařského je čas také důležitým prvkem, díky němuž může

dojít k vytvoření a zjištění individuálního plánu dalších léčebných postupů, které mohou zahrnovat např. biologickou léčbu či alternativní postupy.

U pacientů s onkologickým onemocněním využíváme specializovanou paliativní péči, která zahrnuje všechny léčebné postupy cílené na zlepšení, stabilizaci a zaměřující se na dominantní problémy léčeného pacienta. Můžeme zde zahrnout paliativní chirurgii, paliativní radioterapii, paliativní chemoterapii, popřípadě i léčbu biologickou, cílenou či hormonální (Amelie, 2020).

1.6 Podpora rodin dětí s onkologickým onemocněním

Do této kapitoly bychom mohli zahrnout vše, co ovlivňuje rodinu při léčebném procesu onkologicky nemocného dítěte. Všechny pracovníky, nadace, dobrovolníky, sdružení, systémovou podporu sociálního i zdravotnického systému. Tím že se praktická část diplomové práce převážně bude týkat přímé práce s rodinou a dítětem vyskytující se na lůžkovém oddělení dětské onkologie, zaměříme se v této kapitole na oblast poskytování péče a podporu těchto rodin v sociálně psychologické sféry. Pokusíme se zde shrnout vše, co se týká nemateriální podpory zejména pro rodinné příslušníky, kterým je péče stejně potřebná, ale není standardní složkou z důvodů kapacitních rolí pracovníků ve zdravotnictví, kteří se nachází na pracovišti léčeného pacienta.

V předešlé kapitole zmiňujeme část zdravotnického personálu, se kterými rodina, nebo léčené dítě přichází do kontaktu. Zde si zmíníme další nezastupitelné role, které se pro rodinu snaží vytvořit vhodné podmínky při léčebném procesu, případně jsou v kontaktu s rodinou i po léčbě (sociální pracovník). Tyto role jsou nezastupitelné, tvoří systém podpory jak pro pacienta a rodinu samotnou, tak napomáhají zdravotnickému sektoru, který pro toto poskytování služeb nemá kapacitu. Často tak dochází k situaci, že tyto níže zmíněné pozice stojí v rovině zdravotnického i sociálního sektoru.

Psycholog v nemocnicích – spočívá v poskytování klinicko-psychologických služeb a systematické práci s dětmi v podání intervence a poradenství (Říčan, Krejčířová 2005). V dětské nemocnici je jeho pracovním cílem především práce s dětskými pacienty, a to pomocí navázané spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří dodávají potřebné informace o dítěti (NF Krtek – nedatováno).

Sociální pracovník – pracovní náplň sociálního pracovníka spočívá především v poskytování sociálně právního poradenství, odborně zaměřeného preventivního poradenství, sociálního poradenství a krizové pomoci (108/2006 Sb.). Neziskové organizace po většinou zaměstnávají sociálního pracovníka, je-li cílem organizace poskytnout podporu pacientovi a jeho okolí při zvládnání tíživé situace. Organizace se vždy zaměřují na konkrétní oblasti diagnóz, stavů, onemocnění. Pro rodiče je tedy velkou úlevou podpora v podání sociálního pracovníka, který v neziskové organizaci působí, a především nabízí psychosociální pomoc a podporu (Nadační fond Krtek – nedatováno).

Dobrovolníci – samotné neziskové organizace hledají pomoc v podobě dobrovolníků, ti mohou, dle toho, na jakou skupinu se nezisková organizace zaměřuje, chodit za pacienty na lůžkové či ambulantní oddělení. Často tak dochází právě díky této roli dobrovolníka k poskytnutí psychosociální podpory rodičům, kterou psycholog nebo sociální pracovník není schopen v rámci kapacity oddělení stíhat.

Nadace Dobrý Anděl – tuto nadaci zde zmiňujeme zejména z důvodu, že je velkou finanční podporou pro rodiny s dětmi se závažným onemocněním – zařazené i onkologické onemocnění. Jedná se o příspěvky od dárců fyzických, právnických, kde je cílem schraňovat finance na jednom účtu, a měsíčně zasílat přímo na účty registrovaných rodin. Následně je jen na samotných rodinách, co za finanční dar pořídí (Nadace Dobrý Anděl – nedatováno).

2 UMĚLECKÉ PŘÍSTUPY VE VZTAHU K ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZE

Ve druhé kapitole se zaměříme na pojmenování a zařazení uměleckých přístupů, zmíníme zde jejich využití v procesu práce. Budeme zde také popisovat obecné kompetence pracovníka a limity nemocničního prostředí, ve kterém může tyto umělecké metody spolu s hrou využít.

2.1 Ukotvení pojmu umělecký přístup

Pod pojmem umělecký přístup můžeme zahrnout vše co se týká umění, anebo alespoň částečně čerpá z jeho prvků. Z umění vychází např. expresivní terapie neboli výrazové terapie. Zahrnují umění v podobě hudby, malby, divadla, využití knih či tance. Tyto výrazové terapie mají za cíl uzdravovat, tak jako jiné terapeuticky zaměřené směry. Jejich jedinečnost ale spočívá především v užitku uměleckých metod (Muller, 2014). Dále dle Mullera (2014) zahrnují následující;

- ∇ Muzikoterapie v podrobnějším popisu využívá hudebních metod. Zahrnuje vše, co se týká rytmu, nástrojů, poslechu hudby atd. Tuto metodu lze využít i jako doplňkovou, případně k jinému uměleckému přístupu jako je hudba např. při divadle, pohybu, imaginaci/ relaxaci nebo může sloužit k navození intenzivnější situace v procesu. Samotný princip muzikoterapie cílí na prožitek a nejedná se o výkonovou věc, hudba už jakožto taková má velkou terapeutickou sílu (Mastnak, Kantor in Muller, 2014).
- ∇ Tanečně pohybová terapie kombinuje pohybovou část s hudebním prožitkem. Jedná se o terapii zaměřenou na pohybovém a tělesném vnímání, kdy dochází k fyzické i psychické aktivitě celého těla. Díky tělesnému prožitku může při využití některých metod dojít např. k autonomii, uvědomění si tělesných hranic, kontrolu a moci svého těla, či případnému uvědomění si symboliky těla a jeho návratu sám k sobě (Doselová in Muller, 2014).
- ∇ Arteterapie jako další z expresivních terapií je zaměřena na umění. Pod názvem arteterapie nalezneme i další umělecké terapie, proto je nutné zmínit, že se jedná o užší pojetí procesu. Formy práce v arteterapii cílí skupinově i individuálně. Větší dopad je však ve skupinové formě, kdy terapeut pracuje s dynamikou a odráží se od vývoje celé

skupiny. Arteterapie při své práci může využívat symboličnost, abstraktnost a neucelenost ale i jasná konkrétní pravidla a postupy. Celý proces a poptávka závisí od přání samotných klientů. Pracuje s neomezenou paletou barev, materiálů a využití technik (Potměšilová in Muller, 2014).

- ∇ *„Dramaterapii lze definovat jako záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu (Landy 1985, s. 58 in Muller, 2014).“* Dramaterapie tedy míří na projev verbální, tělesný, a i na navození emočního prožitku. Druhů tohoto využití v procesu je spousta, záleží tedy jen na stylu práce samotného dramaterapeuta a jeho užití metod. Cíle práce mohou být různé, jedná se např. o uvolnění, navození komunikace, rozvoj představitivosti, koncentrace těla a mysli, ztrátu ostychu, improvizaci. (Valenta in Muller, 2014). Proces dramaterapie je z části o velké improvizaci. Jako příklad vezmeme směr DvT – Developmental Transformations Therapy, v českém překladu jako vývojové proměny. Tento směr stojí zejména na nestabilitě a transformaci myšlenek, pochodů, emocí, vjemů, které se odráží od neustále proměnlivosti našeho života (Johnson, 1991).

Základní metodou využívanou při dramaterapii je hra, a to v jakékoliv podobě. Jako taková se vyznačuje širokou škálou možností a není tak jednostranně uchopitelná a jednostranně definovatelná. Pravidla jsou tak otevřená, a i samotné postupy můžeme tvořit po svém. Je prostředkem terapie ale i paralelních přístupů, které mají částečné kořeny terapeutické povahy. Do těchto přístupů řadíme dle Valenty (2014) následující;

- ∇ *Herní specialista „je kvalifikovaný pracovník na dětských oddělení nemocnic, jehož hlavním posláním je udržet přirozený vývoj dětí a mladistvých hospitalizovaných v nemocnicích, humanizovat prostředí nemocnic, motivovat děti ke hře i v tomto pro ně málo bezpečném prostoru a snažit se eliminovat na minimální míru jejich úzkost a strach z operací a léčebných zákroků (Valenta in Muller, 2014, s. 134).“*

Herní specialista napomáhá provázet dítě a jeho rodiče při přípravě na zákroky, jasně definovat dítěti postupy léčby, operace a vyšetření které ho čekají. Jako prostředek mu k tomuto napomáhá hra a herní činnosti. Jeho úkolem je především si získat důvěru dítěte a být jeho parťákem, ke kterému může mít dítě stoprocentní důvěru. Rodičům

naopak může pomoci s radami, jak s dítětem o určité nemoci komunikovat a jak mu sdělovat proč se určité věci dějí (Valenta, 2001).

Hra je v nemocničním prostředí nedílnou součástí, je svobodná a každý si jí může dovolit. Sestry a odborný personál nemají časové dotace k tomu, aby mohli vyhovět dětem v rámci volného času, proto je pozice herního specialisty brána jako doporučení do nemocnic (Valenta, 2001).

Součástí nemocničního prostředí jsou v poslední době často zmiňované klauniády. Jedná se o návštěvu zdravotních kvalifikovaných klanů, jejichž hlavním mottem je *“Rozdávat radost a smích, tam kde se jich nedostává (Zdravotní klaun)”* Ti dochází do nemocničního prostředí, kde rozdávají smích samotným pacientům či nemocničnímu personálu. Jako neziskové organizace dochází i do domovů seniorů či pořádají veřejné akce pro osvětu v rámci této práce (Zdravotní klaun.cz - nedatováno).

- ∇ Terapie hrou *„Obecně je terapie hrou považována za podpůrný terapeutický nástroj, který umožňuje rozšíření komunikačních schopností a posílení účinnosti dalších specifických terapeutických postupů (Valenta, Humpolíček a kol., 2017, s. 75).* Hra je pro člověka přirozenou součástí, je tedy jednoduché, aby došlo právě pomocí herních metod a sdílených aktivit k přenosu, zjištění informací o jedinci, se kterým v daném herním procesu jsme. Jedná se o terapii s možnostmi využití nedirektivního nebo direktivního směru a je navázaná na pojmy fantazijní představivosti a imaginace. (Valenta, Humpolíček, 2017). Hrou řízená terapie vyplývá ze hry s pravidly a z podrobnějších znalostí o dítěti. Tato forma hry může přinést úlevu a připravit dítě na nějakou událost (Hartl, 1992).

Valenta (in Muller, 2014) klade důraz na rozdílnost těchto dvou paralelních systémů. Zmiňuje se také o dalším využití a možnosti zařazení metod, které mají částečně co dočinění s expresivní terapií. Řadí sem dále využití bazální stimulace, využití imaginace, práci s knihou (biblioterapie).

- ∇ Bazální stimulace a její koncept především spočívá v poskytnutí bazální neboli základní nabídky potřeb stimulů, a to v situaci, kdy je člověk díky tělesnému nebo vícenásobnému postižení limitován v získávání volně přístupných podnětů.

Stimulace je cílená na jeho omezenost podnětů a klade tedy důraz na jejich rozvoj a vývoj. Koncept bazální stimulace cílí na složky tělesné, sociální, pohybové ale i na myšlení, vnímání, pocity, a sociální zkušenosti člověka, které jsou díky jeho postižení limitovány a nemohou být náležitě rozvíjeny. Podněty se dělí do několika kategorií a vymezují tak jednotlivé oblasti na které cílí. Jedná se např. o oblast – sluchové a zrakové, čichové a chuťové, komunikativní a sociálně-emocionální podněty, somatické, vibrační či vestibulární podněty. Každá složka se zaměřuje a cílí na jinou oblast, to, jaké podněty a postupy volíme záleží především na věku, stupni postižení a mentální rovině a potřeb konkrétního klienta (Vítková in Muller, 2014).

- ∇ Imaginace je schopnost vybavení si představ pomocí obrazů. V rámci řízené imaginace dochází k řízení podnětů jinou osobou, která nám pomáhá představu získat, a to nejčastěji pomocí vymyšlených příběhů či užitkem knih ze kterých může čerpat. Seifert, T., Seifert, Schmidt (2022), zmiňují příklady toho, jak mocná je, jak jednoduše se k ní můžeme dostat. Kniha popisuje konkrétní příklady a zkušenosti lidí s imaginačním procesem a srozumitelný popis, jak dojít k aktivizaci imaginace. Během imaginování může dojít i k tělesným projevům jako je např. horkost, bolení zad, hlavy, rozbušení srdce atd. „*Tyto příznaky patří do psychovegetativní oblasti, může k nim dojít, když se dotkneme duševního konfliktu nebo když potlačujeme silné emoce, jako je hněv, zuřivost, smutek nebo strach (Seifert, T., Seifert, Schmidt, 2022, s. 215).*“

Při samotném procesu imaginace může člověk sedět i ležet, zkrátka být v pozici která mu je příjemná. Zavřené oči umožňují rychlejší proces představ a nemožnost pozornost věnovat jiným objektům v prostoru. Důležitost je kladená na volné dýchání, které umožňuje lepší vstup do vnitra těla (Seifert, T., Seifert, Schmidt, 2022).

- ∇ Svalová relaxace a autogenní trénink – přestože tyto techniky nemají primárně umělecký nádech, není nemožné je v procesu nevyužít, dáme-li jim princip hry či je využijeme v kreativním měřítku, kde je dítě motivováno do akce částečného pohybu. Touto technikou lze také odbourat stresové faktory se kterými rodič léčeného dítěte přichází do každodenního kontaktu. Důležité je vymezit mezi

těmito technikami rozdíl. Autogenní trénink jako techniku stavějící na základu psychologicko – racionálních cvičení a její cíl spočívá v sugestivním propojení osobnosti, tedy v postupném propojení mysli, citových a volných procesů člověka. Svalová relaxace může mít mnoho podob a postupů, každý autor lehce odlišné cíle. Např. Jacobsonova progresivní svalová relaxace spočívá v nácviku uvědomění si rozdílu mezi uvolněním a napětím. Stojí v opozici a jejich cílem je procítit vliv tělesného prožitku relaxace spolu s psychickým uvolněním (Stackeová, 2011).

- ∇ Dechová cvičení – provází každou relaxační techniku, ať už zde zahrneme imaginaci, minfulness, autogenní trénink či svalovou relaxaci. Náš dech vyznačuje a je zdrojem aktuálních pocitů a emočních stavů. Samotná dechová cvičení nám tedy pomáhají ovlivnit motorické i psychické funkce, které mohou být omámeny zátěží stresu (Stackeová, 2011).

- ∇ Storytelling – technika rozvíjí především oblast tvorby, naslouchání, porozumění myšlenkám a zápletkám v příběhu. Posiluje slovní zásobu, představivost. Pracuje s logickými postupy, které příběh má a bere je do procesu. Dává rozhled, zvětšuje motivaci a utváří vztah dítěte k literární tvorbě (Zaro, Salaberri, 1995). Jedná se o divadelní disciplínu pracující s příběhem, kde dochází k tvorbě našeho vlastního příběhu pomocí vyprávění a využití vlastní fantazie (Storytelling.cz - nedatováno).

Do konceptu uměleckých přístupů můžeme částečně zařadit i Mindfulness, v tom případě, že ji budeme využívat v kreativním procesu práce. „*Mindfulness se česky překládá jako „všímavost“.* Je to schopnost být bdělý a uvědomovat si přítomný okamžik. Bývá definována jako záměrné věnování pozornosti přítomnému okamžiku, a to bez hodnocení a posuzování (Roflíková, Vančurová, s. 26, 2020).“ Sinclair, Seydel (2015) o všímavosti především zmiňují její sílu vnímat naše reakce, a to i ty náročnější stresové. Díky ní se dokážeme od těchto bolestivých momentů rychleji posunout a vnímat i pozitivní věci kolem nás. Vše záleží na našem nastavení a posilování vnitřního já. Budeme-li chtít, najdeme v nás to dobré, od čeho se můžeme jako lidé odrazit a z tíživé situace tak díky mindfulness udělat bolest menší. Primární je především vystoupit z role autopilota a začít vnímat teď a tady. Tento přístup napomáhá umu relaxovat, vytvořit či posílit odolnost vůči vzniku stresových situací, otevřít se novým věcem, jako může být například kreativita nebo otevření se sám sobě, ať už v duševní či fyzické oblasti.

Autoři dále ve své knize Všímavost zmiňují časté dohady a rozpory ohledně oblasti meditace, tvrdí že se jedná pouze o techniku, která posiluje pouze principy všímavosti.

„Mysli nemůžete zabránit v tom, aby přemýšlela, ale když si neodpočine, mohou nastat problémy (Hasson, s. 57, 2015).“

Jedná se o způsob sebepěče. Tím že je mysl neustále zaměstnaná a její proces se nedá zastavit, mindfulness umožňuje zaměřit proud myšlenek jinam a dále se neutápět v proudu do kterého jsme díky situaci vrženi. Negativní myšlenky, ve kterých se jako lidé často topíme a necháme se jimi srazit až ke dnu, vyplývají zejména z objemných a těžko uchopitelných situací, tlaků, ve kterých se může z ničeho nic objevit, nejsme na ně postupně připravovaní, také situací, kdy si přejeme, aby vše bylo jinak, než tomu je teď (Hasson, 2015).

Přejeme si, aby bylo vše jinak, než tomu je. Velké přání všech, co se dostanou do momentu sdělení diagnózy svých dětí. Toto sdělení a reakce na něj, působí na celý komplex naší osobnosti a mysli, v té zůstává nejdéle, kde neustále přirozeně jako lidské bytosti přemýšlíme o možnostech, změnách, způsobech, jak k tomuto onemocnění mohlo přijít a jak nejrychleji se ho zbavit. I v tomto momentu může mindfulness odlehčit situaci. O této oblasti se dále budeme zmiňovat v praktické části této výzkumné práce.

2.2 Předpoklady pracovníka

Využití uměleckých přístupů, stejně jako celý koncept práce s pacientem s onkologickým onemocněním, vyplývá především z aktuálního stavu pacienta. V rámci první kapitoly, jsme zmiňovali možná rizika léčby a následné nežádoucí účinky. Je tedy patrné, že musíme brát stav pacienta do procesu vždy sebou, a předpovídat možnost vzniku nežádoucích účinků léčebné terapie během herního procesu, následně na ně reagovat změnou, případně herní činnost opustit úplně. Je tedy třeba vyhovět přáním a schopnostem samotného nemocného, ale i rodiče, který je s dítětem na ubikaci, a podílí se na péči o dítě částečně stejně tak jako zdravotní sestra (hygiena, strava, polohování, odsávání slin atp.). V případě, že dítě nemá dostatek energie, ale je motivováno a zapáleno se do herního procesu zapojit, je třeba dle uvážení volit koncept her a aktivit. Vše se odráží od věku dítěte a jeho aktuálního stavu, diagnózy, náročnosti léčby, ale i jeho osobnostním charakterům které se projevují v motivaci, komunikaci, ostychu (Interview se sociální pracovnící z nadačního fondu pracující v FN Brno. Brno 25.1.2024).

Osoba, která s dítětem pracuje, by měla mít především jak osobností předpoklady, tak i dovednosti, které se při jeho práci v procesu odrážejí. Mezi tyto předpoklady můžeme zařadit ty, které běžně patří k pomáhajícím profesím. Helping professions, v překladu pomáhající profese, je nadřazený pojem zahrnující širokou škálu mnoha povolání a přístupů. Slovník psychologie zde zařazuje veškeré profese, jejichž teoretické cíle, výzkumy ale i odborná praxe má zaměření na identifikování problémů a následné práci s nimi. Dále profese, které jsou zaměřené na pomoci druhým, pomoci získávání poznatků o člověku, který je značně omezen životními podmínkami či okolnostmi. Řadí zde lékaře, psychology, sociální pracovníky, speciální pedagogy a také nelékařské profese jako fyzioterapeuty, ergoterapeuty a další (Hartl, Hartlová, 2000).

Mezi osobnostní předpoklady uvádí Matoušek a kol. (2013) předpoklad zdatnosti a inteligence, přitažlivosti, důvěryhodnosti, komunikačních kompetencí, ve kterých zmiňuje důležitost prvku empatie.

Komunikační kompetence se zaměřením na onkologickou klientelu zmíníme zejména z důvodů tabuizace tématu a určitých obav z hovoru o tématu nemoci právě s klienty a jejich blízkým okolím.

Pospíchal (2019) zmiňuje v první rovině oblast zaměřenou na to, jak hovořit s pacientem o jeho nemoci. Přestože se nám může zdát, že pacient ani blízká osoba nemusí mít problém o tématu mluvit, protože je přirozené zajímat se o zdraví své a svých blízkých, opak je pravdou. Označení „mám rakovinu“ je stále spojováno s něčím smrtelným. Prvním strachem člověka je především otázka, jak začít konverzaci. Pospíchal (2019) zmiňuje několik bodů, jak s člověkem s rakovinou hovořit. V prvním z těchto bodů je důraz na to že se jedná o stejného člověka, a proto není třeba s ním komunikovat jinak a mít ostych, který ve vztahu doposud nebyl. Zmiňuje také důležitost konverzace na téma každodenních událostí a banalit, které byly do doby diagnózy součástí a nemusí tomu tedy být teď jinak. Další je nechat blízkého sdílet, dát mu oporu a prostor na vyslechnutí a nikam nespěchat, při odpovědi je třeba dbát na výběr vhodných slov a neodpovídat v takovém kontextu, že víme, čím si prochází a co musí prožívat, přesto že jsme v této jeho pozici nikdy nebyli. Nemocný si sám určí hranice, co vám chce říct, proto jej netlačte zbytečně do detailních otázek. Pro obě strany, ať už blízkou osobu či nemocného je důležité pravidlo stop, v tom smyslu, že je na něj toto téma náročné a potřebuje ho opustit z důvodů nekonformity (Linkos – Česká onkologická společnost – nedatováno). Druhá rovina

je zaměřená na komunikaci s blízkými nemocného, vezmeme-li v potaz téma této práce, jedná se o rodiče dítěte s onkologickým onemocněním. V tomto hledisku lze využít stejných pravidel, jako při komunikaci přímo s nemocným, a to z důvodů role a odpovědnosti zákonného zástupce, který si silně a stejně prožívá proces léčby s dítětem i z důvodu doprovázení po jeho celou dobu léčby (Pospíchal, 2017).

2.3 Nemocniční prostředí a možnosti práce s dítětem

Součástí dětských nemocničních oddělení mohou být herny nebo hrací koutky. Tyto prostory jsou volně dostupné po celý den, případně jsou využívány jen v době přítomnosti herního terapeuta nebo zákonného zástupce. Herna by měla mít určité zásady provozu. Řezníčková (in Valenta 2001) zde např. řadí: bezpečnost prostředí pro dítě, podnětné hry, možnost pohybu po herně, volené činnosti a hry odpovídající zdravotnímu stavu dítěte. V českých nemocnicích herny nejsou podmínkou, a proto i jejich vybavenost a velikost není určena, řízené aktivity se tak většinou odehrávají v pokoji pacienta. Jestliže oddělení nabízí tento nadstandartní prostor, jedná se spíše o malou místnost přehlcenou deskovými hrami, plyšáky a mechanickými hračkami (kočárek, auto, vlak atd.) Valenta (2001). Valenta (2001) dále popisuje prostředí britských dětských heren, kde je tento prostor koncipován ve středu oddělení, z něhož se dále vchází do pokojů a vyšetřovny. Rodiče tak mají dostatek prostoru a možností, jak dítě odreagovat.

Hospitalizace může dítěti způsobovat separační úzkost, ke které dochází zejména z důvodů dlouhodobějšího odloučení od rodiny. Kromě tohoto stavu je dítě omezeno v sociálních kontaktech a možnosti pohybu. Dále je častou podmínkou dodržování dietních opatření při léčebných postupech, tento již náročný režim doplňuje neustálý strach z neznámého, ztráty soukromí a možnosti rozvoje. Tyto podmínky je třeba minimalizovat co nejkvalitnějším poskytnutím lékařské péče, ale i poskytnutí psychologické a pedagogické péče (Mihál 1998).

Dětská nemocnice v Brně stanovuje řád specifický přímo na kliniku dětské onkologie – dále jen KDO. Tento řád zmiňuje;

- ∇ Denní režim lůžkové části – popis a časové rozložení prostoru na hygienu, vizity, režim stravování, odpoledního klidu, odpolední vizity, večere, vyčerní hygieny a nočního klidu.
- ∇ Pravidla návštěv – počet návštěvníků, zákaz vstupu dětem do 10 let, čas návštěv na JIP a na oddělení.
- ∇ Celodenní pobyt doprovodu – rodič je s dítětem na pokoji celodenně, ve večerních hodinách odchází domů, není mu nabízeno ubytování.
- ∇ Hospitalizovaný doprovod pacienta – pobývá s dítětem na oddělení, celodenně pečuje o dítě. KDO z kapacitních důvodů ubytovává rodiče dětí do věku 3-4 let. Případně pro tyto rodiče nabízí ubytování v rámci areálu FN Brno.
- ∇ Podmínky o povolení vycházek, zodpovědnosti rodičů, pořádku na pokojích a dodržování klidového režimu na pokojích
(FN Brno, příloha č.1a, 1 b).

Nelékařský personál předem konzultuje možnou návštěvu dítěte na oddělení s ošetřujícím lékařem nebo sestrou, z důvodů aktuálního zdravotního stavu dítěte. Režim dne se ho tedy plně netýká, dodržuje však zásady a aktuální potřeby hospitalizovaného pacienta (FN Brno, příloha č.1a, 1 b).

II. PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, naši pozornost si při výzkumném šetření získají dětsí pacienti s onkologickou diagnózou a jejich rodiče pobývající v nemocnici s nimi. V úvodu praktické části představuje autorka vlastní pohled na sledovanou problematiku.

Dětským pacientům je poskytována mnohonásobná péče a jsou jim připravovány i nejrůznější volnočasové programy. Do těchto programů nejsou po většině zapojováni rodiče s nimi, to ať už mluvíme o poskytování psychologické péče, zdravotním klaunovi nebo pedagogických pracovnících pracujících s dítětem v rámci MŠ a ZŠ při nemocnici. Přestože se najde pár aktivit pro rodiče samotné, tak i tak si rodiče po většinu času nepřejí opustit své dítě, a mají pocit, že mu musí poskytovat neustálou péči. V rámci volného řízeného času nalezneme minimálně propojený program pro rodiče a dítě vzájemně, ačkoliv by právě takový program mohl napomoci obnovit přirozené role rodiče a dítěte, a naučit je tak zpětné kooperaci či naplnění společného volného času. Onkologické onemocnění jakožto dlouhodobé onemocnění, limituje rodinu i rodinné zázemí. Rodič, který je s dítětem hospitalizovaný přebírá roli pečovatele, ošetřovatele ale zároveň mu stále náleží role výchovná. Přirozeně se tak snaží všechnu svoji energii věnovat potřebám dítěte a své osobní potřeby limituje na minimum, často se tak stává, že rodičova energie klesá a může tak nastat bludný kruh plný náročných záležitostí a starostí, ze kterých se těžko bez podpory dostane pryč.

Toto výzkumné šetření navazuje na teoretickou část částí praktickou. Ta se zaměřuje na autorkou vyzorované momenty střetů setkání se mezi dítětem a rodičem při herním procesu. Autorka v praktické části výzkumu také popisuje momenty a změny zdravotního stavu pacienta, které mohou ovlivňovat program a mohou tak nastat jiné činnosti, než bylo mířeno původně. Dále se pak zmiňuje o náročnosti role rodiče, který se spolu s dítětem účastní programu, a to ať už pasivně tak aktivně a může během něj přinášet i své téma zvládnutí diagnózy dítěte (Šochmanová, 2020).

Autorka našla několik výzkumů zabývajících se touto problematikou. Tyto práce však mají jiný koncept a cíl, každopádně se jedná o stejnou či velice podobnou klientelu, a tak je zde možné tyto práce uvést (Hanáková, 2009).

První z těchto výzkumů pojednává o využití expresivních terapií u dospělých osob s onkologickým onemocněním. Výzkum se zaměřuje na přímý pohled terapeutů, kteří pracují s touto klientelou a uvádí své zkušenosti práce prostřednictvím rozhovoru. Cílem tohoto výzkumu je především otevření povědomí, rozvoj nových témat a diskuzí na tuto specifickou skupinu (Šochmanová, 2020).

Druhý výzkum se zaměřuje na využití hry a herních prostředků, zmapování možností a přínosů konkrétních technik terapie hrou v nemocničním prostředí. Práce míří především na děti předškolního věku na dvou oddělení dětské nemocnice. Výzkum však necílí na pacienty s onkologickým onemocněním, pouze se shoduje s tématem hry a nemocničního prostředí, který je hlavním podnětem i u autorčina výzkumu (Hanáková, 2009).

3 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Cílem výzkumu je vytvořit soubor herních programů pro rodiče a děti s onkologickou diagnózou, které napomohou vzájemnému sdílení a propojení při hospitalizaci dítěte.

Propojením a setkáním se jsou v tomto případě myšleny momenty, kdy dochází k nějakému druhu kontaktu, bytí přítomnosti v daném okamžiku a umění kooperace mezi rodičem a dítětem.

Na základě stanoveného cíle jsme si stanovili tuto výzkumnou otázku:

Jaké momenty a situace propojení nastanou při společné hře mezi dítětem a rodičem díky programu?

4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Autorka ve svém šetření využila kvalitativní výzkum s kombinací autoevaluace vytvořených a aplikovaných programů, dále využila metody pozorování a rozhovor. Středem zájmu jsou pro ni zejména dětští pacienti s diagnózou onkologického onemocnění a jejich doprovod v podání rodiče. V rámci tohoto šetření pro nás nás cenné subjektivní informace autorky v podání sebehodnocení uskutečněných programů a vypořizovaných momentů mezi rodičem a dítětem na základně aplikace do praxe.

Díky výběru kvalitativního přístupu můžeme získat uchopení a interpretaci jednotlivých lidských problémů, a mít tedy holistický pohled na studii. Tento přístup dále umožňuje využití dynamiky, neopakovatelnosti, jedinečnosti a kvalitnímu přezkoumání jednotlivých jevů určité studie (Miovský, 2006).

Jedná se také o výzkumnou metodu zaměřující na velký počet sběru dat u jednotlivce či malého počtu jedinců (Hendl, 2005).

Výše zmíněné důvody poukazují na správnou volbu kvalitativního výzkumu, u této volby jsou však rizika spojená s oblastí možného rekapitulování a zobecňování výsledku výzkumu (Hendl, 2005).

4.1 Výběr účastníků

Při tomto výzkumném šetření došlo k využití metody cíleného neboli účelového výběru. Tato technika je nejvíce rozšířená a cílená na vyhledávání konkrétních účastníků podle jejich určitých vlastností. Výběr dále klade důraz na kritické zvažování parametrů, ke kterým chceme v rámci výzkumu mířit a na základě těchto parametrů si volíme vzorový případ (Mišovič, 2019).

Autorka se tedy v tomto ohledu zaměřila přímo na nadační fond Krtek, který stojí při dětské nemocnici v Brně a pomáhá rodinám s dětmi s onkologickým onemocněním. Byla pod vedením sociální pracovnice, která ji cíleně vybírala rodiny, kde zdravotní stav dítěte dovoluje účast na programu. Autorka neměla žádné specifické požadavky u výběru účastníků, jednalo se především o to, aby rodič byl součástí výzkumného šetření a aby věk dítěte umožňoval aspoň částečnou realizaci programu. Autorka byla vždy před příchodem za dvojicí obeznámena se stavem pacienta a jeho možnostmi a limity při účasti v programu. Sociální pracovnice pomáhala

zprostředkovat prvotní komunikaci mezi autorkou programů, rodičem a dítětem, aby tak došlo i k větší důvěryhodnosti, že je účast v programu nenáročná a nezavazující.

4.2 Metody výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření bylo pracováno v průběhu šetření s těmito konkrétními metodami a technikami;

- ∇ Interview
- ∇ Pozorování
- ∇ Autoevaluace

Důvodem využití těchto konkrétních metod byla zejména individuální práce s výzkumnou dvojicí, a tak se tyto metody jevily jako nejvhodnější.

Interview stojí na přímém verbálním kontaktu dotazovaného a výzkumníka. Tato metoda je výhodná především díky osobnímu kontaktu, který může dopomoci tazateli k přesnějším odpovědím, dále může z odpovědí sledovat reakce účastníka a jeho neverbální komunikaci. Výzkumník si volí styly interview. Polostrukturované interview nabízí několik alternací odpovědí a požaduje od nich vysvětlení a podrobnější popis (Chráska, 2016).

Autorka interview uskutečnila se sociální pracovníci, která má velké povědomí o práci a aktuální obsazenosti KDO. Toto interview cílilo především na oblast její náplně práce, dění na klinice, vztahu mezi rodičem a dítětem a jeho vývoji díky průběhu onkologického onemocnění. Také se jednalo o otázky směřující na nabízený volnočasový program pro hospitalizované děti.

Pozorování je nejstarší a nerozšířenější metodou pro získávání informací. Stojí především na smyslově vnímatelných jevech. Lze ho dělit na záměrné či nezáměrné, krátkodobé či dlouhodobé. Kvalita jeho procesu stojí především na specifikaci pozorovaného (co pozoruji?), na cíli zaměření (co konkrétně zjišťuji?), organizaci pozorování (jak dosáhnu cíle?) a jeho záznamu (jak to zachytím?) (Chráska, 2016).

Kritéria pozorování autorkou;

- ∇ Zaměřit se na obecné hledisko toho, jaké reakce, situace a momenty nastávají u programu
- ∇ Vypozorovat konkrétně i jednotlivě momenty, ve kterých došlo k setkání se, bytí, kooperace a komunikace mezi dítětem a rodičem

Autorka při šetření využila krátkodobého pozorování, zaměřovala se vždy na jinou výzkumnou dvojici – rodič, dítě. Pozorovala zejména komunikaci, neverbální komunikaci a spolupráci. Její konkrétní zaměřenou oblastí byl vývoj spolupráce a dynamika při herních činnostech, které sama do procesu přinesla, a následně tento proces zachytila a zapsala popis konkrétních momentů spolupráce mezi rodičem a dítětem.

Autoevaluace je chápáno jako systematicky připravené a plánovité hodnocení, vycházející z předem stanovených cílů a předem určených kritérií (Roupec, 1997).

V případě tohoto výzkumného šetření autoevaluaci vnímáme jako samotné hodnocení zprostředkovaných herních programů, které má předem vytyčené cíle a kritéria programů, které si autorka předem stanovila a dále je zmiňuje v uskutečněných programech.

Kritéria autoevaluace zadaná autorkou;

- ∇ Zapojení rodiče
- ∇ Využití aktivit ve stanoveném programu
- ∇ Improvizace výzkumníka při procesu
- ∇ Aktivní spolupráce mezi rodičem a dítětem

Na začátku šetření byly vytvořeny otázky do polostrukturované interview, to cílilo na sociální pracovníci, která pracuje v prostředí onkologického oddělení v Brně. Celé interview bylo nahráváno na mobilní telefon, přepsáno do písemné podoby a poté smazáno. Interview mělo především autorce napomoci ve výzkumném šetření v oblasti úvodu do problematiky, při vzhledu do podmínek a možností práce v tak specifickém prostředí na KDO. Autorka si také na základě vzniklého interview mohla vytvořit částečnou strukturu programů, jejichž tvorbu především čerpala z uměleckých prvků a herního procesu, a následně je tak aplikovat při práci s dítětem na KDO a doprovázejícím rodičem. Programy byly tvořené na základě autorčiných

zkušeností především vycházejících ze studia na vysoké škole. Při aplikování programu využívala zejména metodu pozorování, kde se soustředila na proces a popis vzniklé spolupráce rodiče a dítěte. Dále pak sama autora autoevaluovala jeho řízení a možné vzniklé kolize uskutečněného programu. Zmínila také situace a momenty, ve kterých se dítě s rodičem podle ní propojilo a následně s nimi pracovala v analýze dat.

4.3 Etické aspekty

Součástí výzkumného šetření je i etický kodex autorky, ten zejména slouží k zachování anonymizace účastníků při šetření a zacházením s citlivými informacemi. Autorka se získanými daty pracovala citlivě a každé zúčastněné dítě označila písmenem. Všichni účastníci byli na začátku slově obeznámeni s konáním šetření a dále dobrovolně spolupracovali na jeho tvorbě. Výjimkou ne anonymizování je nadační fond a dětská nemocnice v Brně, díky kterým celé výzkumné šetření bylo umožněno provést.

4.4 Popis výzkumného souboru

Výzkumným souborem bylo vždy dítě s diagnózou onkologického onemocnění a jejich rodič pobývajících v nemocnici spolu s ním. Jednalo se vždy o děti ve věku od 4 let až 10 let. Podmínkou účasti byl zejména zdravotní stav dítěte, který tak umožňoval aktivní zapojení do programu a věk, kdy bylo zásadní, aby dítěte dokázalo samo komunikovat a zvládalo základní činnosti. Žádné jiné požadavky autorka na účast neměla, to zejména z důvodů specifčnosti a náročnosti skupiny. Celý program vždy probíhal v lůžkovém pokoji účastníčeho se dítěte.

Do celého výzkumného šetření bylo zapojeno 6 dvojic a bylo vytvořeno 7 programů. Jedna dvojice se programu účastnila třikrát, vždy se jednalo o jiný program a stal se jiný sled událostí, proto je tato dvojice zapojena jako validní vzorek. Dítě A a dítě B měli jeden a ten stejný program z důvodů jeho konání ve jeden den.

Označení dítěte	Pohlaví dítěte	Věk dítěte	Pohlaví rodiče
A	Dívka	4	žena
B	Chlapec	8	Žena
C	Dívka	10	Žena
D	Chlapec	9	Muž
E	Dívka	7	Žena
F	Dívka	8	Muž

Tabulka 2: charakteristika výzkumného souboru

5 ANALÝZA DAT

Pro zpracování získaných dat, jejichž součástí byl popis, průběh a hodnocení vytvořených herních programů, byla volena zejména metoda pozorování, na jejímž základně sama autorka postavila svou autoevaluaci. Dále díky této metodě vyzorovala momenty setkání mezi rodičem a dítětem, následně je sepsala do jednotlivých programů, které uskutečnila, a ty následně rozdělila do tří kategorií, kde se body setkání shodovaly. Při samotné analýze se odrazíme od vytyčených bodů spolupráce, které vychází z popisů herních programů.

V každém popsaném a číselně označeném programu je zmíněná charakteristika hospitalizovaného dítěte, pohlaví rodiče, který je přítomen v proběhu šetření, proces a popis práce, autoevaluace výzkumníka a závěrem vypsané a vyzorované momenty setkání se mezi rodičem a dítětem, které autorka následně dělí do tří kategorií a odpovídá na výzkumnou otázku tohoto šetření.

5.1 Doslovný přepis uskutečněného rozhovoru se sociální pracovnící

▽ *Můžete mi prosím popsat svoji náplň práce?*

Tak moje práce sociální koordinátorky spočívá zejména v mapování nově příchozích rodin na kliniku dětské onkologie, kdy si vezmu na rodiny údaje a spolupracuji s nimi co se týká různého sociálního poradenství, zasílání aktivit, které děláme pro rodiny pacientů na klinice. Vyplňuji s rodinami dobrého anděla, zařizuji jim kompenzační pomůcky a jsem jim tady k dispozici nejen v léčbě, ale i po léčbě.

▽ *V rámci vaší pracovní pozice je tedy ve větším měřítku práce s rodiči nebo dětmi?*

Práce s rodiči, s dítětem pracuju úplně minimálně.

▽ *Jaké mají děti možnosti ve volném čase, kdo se jim v nemocnici věnuje?*

Dětem se tady věnují psychologky, učitelky a případně dobrovolníci.

▽ *Takže v rámci volného času jsou to teda především dobrovolníci?*

No, tady je to spíš založeno na tom, že ty děti dneska bývají, za prvé po celou dobu hospitalizovány společně s jedním rodičem, za druhé, ta hospitalizace je na co nejkratší nutnou dobu, jakmile jim jenom trošičku dobře, tak odchází domů a většinou když tady jsou, tak mají takovou terapii, která jim třeba nedělá úplně dobře, zvrací, jsou unavení, mají bolesti, případně to znamená, že úplně na ten volný čas tady moc prostoru není.

▽ *Existuje tady nějaká pracovní pozice v rámci třeba nemocnice, jako je herní specialista? Nebo jiná, která by tuto práci měla vykonávat?*

Bývalo to, dneska to není. Je tady dobrovolnické centrum Motýlek, které je ale spádové pro celou nemocnici, dodává dobrovolníky, které vyškoluje pro všechna oddělení, ale vyloženě na onkologii tito dobrovolníci chodí úplně minimálně, spíš opravdu sporadicky. My vyhledáváme dobrovolníky nebo někoho k dětem, zejména když děti třeba ozařují a tráví tu delší čas, kdy v odpoledních hodinách už třeba nemají žádný program, není jakoby léčebný a není jim úplně špatně, tak tam je využíváme. Anebo v případě, že je tady výjimečně dítě samo

bez rodičů, tak k nám chodí dobrovolníci takzvaní Moudří průvodci, což jsou odléčení pacienti, kteří se sdružují v organizaci Společník úsměvu.

▽ *Zdá se vám náplň a celkově tato pozice dostatečná?*

Ne, já si myslím že by tady někdo takový, kdo by se vyloženě věnoval dětem, měl být. Máme tu ještě jednu kolegyni na částečný úvazek, která každé úterý odpoledne chodí dělat takzvanou výtvarku, kdy s rodiči a dětmi, které zrovna v tu chvíli mají čas, tak se sejdou v herničce a něco vyrábí, ale je to absolutně dle mého názoru nedostatečné.

▽ *Co si myslíte, že by tato pozice měla dělat, na co by měla cílit?*

Myslím si, že by měla cílit na ty konkrétní děti. Měla by si monitorovat, kdo je vždycky v tu chvíli na oddělení a věnovat se jim i třeba v odpoledních hodinách, protože jak psychologky, tak paní učitelky jsou tu v dopoledních hodinách, takže odpoledne, kdy ty děti už opravdu třeba nemají žádnou proceduru léčebnou, tak by se tady možná někdo užil. I když zase v odpoledních hodinách jezdívají na návštěvy třeba druzí rodiče, takže možná by pro to úplně prostor nebyl. Těžko říct, jako ta pozice by musela být připravena na to, že to bude třeba nárazové, že se to nedá plánovat, že v jednu chvíli může mít spoustu práce, v jinou chvíli třeba by neměla vůbec využití. V tomhle je ta dětská onkologie specifická, že ty děti tu neležejí dlouhodobě, ale oni se neustále střídají a když se domluvíte ráno na to, že ve dvě hodiny za nimi přijdete a budete si s nimi hrát, tak, tak oni třeba spí nebo jim není dobře nebo zrovna svítí sluníčko a můžou se jít projít po areálu, takže prostě se tam ty denní plány mění z minuty na minutu, takže nejde moc nic naplánovat.

▽ *Napadá vás, jak by si tato pozice mohla jmenovat?*

No myslím si, že by to třeba vůbec nebylo špatné jako terapie hrou, něco v tom smyslu, protože ty děti tady čím dál méně spolupracují mezi sebou, protože tím, že mají mobilní telefon všichni nebo tablet, tak jsou vlastně v komunikaci jenom se svojí nějakou internetovou komunitou a nebaví se mezi sebou, i když spolu leží na pokojí, tak si nezahrají tu hru a možná by bylo dobré, kdyby nějaký takový terapeut tady byl, který by jako vtáhl do nějaké vzájemné spolupráce, protože pro mnohé je tady ta sociální interakce v nemocnici vlastně jediným kontaktem s vrstevníky, protože oni dlouhodobě nemohou chodit do školy a ztrácí nejen kontakt, ale i třeba kontext toho, co zrovna prožívají ti jejich spolužáci ve škole a nemají se

moc o čem bavit a tady v nemocnici, kde by mohli mít “jakože partáka“, tak si sebe moc nevšímají a všimla jsem si toho, že opravdu, když tam člověk chodí, tak, tak oni jsou uzavřeni ve svém světě, i když leží metr od sebe na té posteli.

▽ *Na to mi hezky navazuje poslední otázka. Jak ovlivňuje při pobytu v nemocnici nová role rodiče v podání „sestřičky“, pečovatele atd., vztah mezi dítětem a rodičem samotným?*

Tak na jednu stranu si myslím, že ho může upevnit, že si k sobě ty rodiče s dětmi najdou cestu, kterou by třeba v rámci nějakého nabitého pracovního a studentského života úplně neměli. Na druhou stranu, a to bych řekla, že je daleko nebezpečnější, tam hrozí to, že vlastně, třeba když se jedná o dítě, které je v nějakém třeba v pubertálním věku, tak je naprosto přirozené, že v té době jde prostě s rodičem do opozice a že to má dané v podstatě naturelou, že v tomhle období s rodiči úplně nekamarádí a snaží se spíš jako dokázat, že už je samostatný a tahle nemoc ho hodí vlastně zpátky do toho, že samostatný není. To znamená, že by to mohlo i dětem ubližovat v tom, že ta maminka je najednou sestra. Ta, která nutí to dítě, aby dělalo školu. Ta, která ho vidí ve slabé chvíli zvracejícího, nahého, v podstatě mu třeba musí po nějakém zákroku i dělat osobní hygienu, a tam se úplně vlastně bourá nějaký takový ten přirozený rozdíl, který by v tu dobu měl mezi tím rodičem a dítětem být. Pak je ještě další problém samozřejmě doma se sourozenci, to znamená že ten rodič se potom třeba urputně věnuje jenom tomu dítěti v té nemocnici a ztrácí kontakt s tím dítětem doma, takže je hrozně těžké toho rodiče, protože ten rodič opravdu tam hraje spoustu rolí, tak je asi těžké pro to dítě, zejména teda v tom prepubertálním a pubertálním věku dítěte, v tom dospívání vlastně najít nějakou tu roli, jo. Nemůžete se s tím rodičem pohádat, protože ho tam potřebujete, protože vám sedí dvacet čtyři hodin u postele, takže podle mě je to, neříkám že je to jenom špatné, nebo jenom dobré, každopádně je to neskutečně náročné.

Tyto odpovědi a informace získané z něj především poukazují na náplň práce sociální pracovnice a jejího zaměření především na práci s rodiči, která ale neslouží primárně k radám a sdílení náročného prožívání celé situace, ale zejména na vyřizování dávek a obecných požadavků týkající se podpory a zázemí pro rodiče hospitalizovaného dítěte. Dále pak oblast popisující specifikaci práce na oddělení KDO, délku hospitalizace dítěte, na kterou navazují otázky směřující na pohled pracovnice a možnosti trávení volného času hospitalizovaného pacienta, z jejíž odpovědi především vyplývá malá nabídka programů nebo nedostupnost

pracovních pozic, které by cílily na potřeby dítěte a čerpaly tak především z herního procesu. Posledním tématem rozhovoru je zejména role rodiče a rodinné vztahy, které mohou posílit celý proces nebo naopak tato nemoc může dopomoci rozpadu rodiny.

5.2 Programy

Úvod k programům

Programy se uskutečňovaly v dětské nemocnici FN Brno, a to díky záštitě nadačního fondu Krtek. Tento fond pomáhá dětským pacientům s onkologickým onemocněním a jejich rodinám.

První návštěvu, v případě že se jednalo o práci s novým dítětem a rodičem, zprostředkovala sociální pracovnice z nadačního fondu. Ta má povědomí, kdo se v nemocnici aktuálně vyskytuje a kdo by byl vhodným kandidátem na tento program. Byla tedy po boku všech prvotních seznámení. Dále se programu neúčastnila.

Každá návštěva byla zahájena úvodem o tom, kdo autorka je, co nabízí za aktivity. Autorka také dala prostor na možné doptání se, zejména z důvodu navodit příjemnější atmosféru a zmenšení bariéry ostychu účastníků. Dále následovalo informování a získání ústního souhlasu všech zúčastněných, aby následná data šlo využít v této diplomové práci.

Program se pohyboval vždy kolem 60 minut, popřípadě i déle.

Program nebyl striktně určený a zde vybrané aktivity a jejich postupy byly využity dle aktuálního zdravotního stavu dítěte a jeho motivace se do procesu zapojit. Důvodem změn byl jak zmíněný zdravotní stav, tak nevědomí, k jakému dítěti se autorka dostane a jaké budou jeho limity, případně věk. Autorka využívala své zkušenosti v rámci studia na vysoké škole, prvky improvizace, a především vlastnosti autenticity. Všechny tyto momenty jsou rozepsány v každém následujícím programu.

Níže rozepsané a číselně označené programy obsahují stručnou charakteristikou dítěte, dále pak aktivity, které byly voleny jako příprava, popis průběhu, autoevaluaci autorky a vypsání vypořádané cíle mezi dítětem a rodičem při aplikaci programu.

Program 1

Charakteristika dítě A

Pohlaví: dívka

Věk: 4 roky

Diagnóza: nevléčitelný nádor na mozku

Způsob léčby: ozařování, biologická léčba, kortikoidy

Pobyt s: matkou

Cíl programu: utužení vztahu mezi dítětem a rodičem

Charakteristika dítě B

Pohlaví: chlapec

Věk: 8 let

Diagnóza: nádor na mozku

Způsob léčby: ozařování

Pobyt s: matkou

Cíl programu: utužení vztahu mezi dítětem a rodičem

Aktivity:

- ∇ Rytmika: Připravíme si pohyby, které dítě zvládá opakovat jako zrcadlo. Jedná se o pohyb a jeho udržení v rytmu. Tlesknutí – dítě/ rodič zopakuje pohyb. Tlesknutí a dupnutí – dítě/ rodič zopakuje také. Postupně v procesu dochází ke komplikovanějším postupům, až se vytvoří určená rytmika.

- ▽ **Předměty z tašky:** Z tašky postupně vytahujeme předměty a dáváme si za cíl je pojmenovat a určit k čemu slouží. Následně předměty používáme jiným způsobem nebo vymyslíme, čím vším by předmět v naší fantazii mohl být. Např.: party čepice – kornoutek od zmrzliny, metr – šnek, tužka – kouzelná hůlka.
- ▽ **Kdyby věci vyprávěly:** Zaměříme se na prostor, ve kterém se dítě s rodičem nachází, konkrétně naši pozornost věnujeme věcem, které si sebou do nemocnice vzal (hračky, plyšáky, deskové hry atd.). Jedná se o věci, které mu jsou blízké a vzal si je s sebou z nějakého důvodu. Hračky můžeme vzít do improvizace hry, anebo jevit zájem o to, proč je tady má a na tomto zájmu rozvinout konverzaci jak s dítětem, tak s rodičem.
- ▽ **Jak se cítím?:** Připravíme si předem papíry a pastelky. A zeptáme se rodiče a dítěte, jak se mají. Necháme je pomocí kresby vyjádřit to, jak se teď cítí a co teď prožívají. Nedáváme žádné specifické zadání, necháme je volně tvořit. Popřípadě doplníme, když osoba nebude vědět co malovat, následující otázkou: Jaký jsi měl den? Co se dnes dělo? Jak jsi na tom energeticky?

Popis průběhu: Dítě A) Při našem příchodu bylo dítě – dívka, v očekávání na vyšetření, které ji ten den mělo ještě čekat. Byla tedy nervózní. Do aktivit se chtěla zapojit, ale bála se komunikovat. Proto maminka zvolila komunikaci našeptávání. Když chtěla něco říct, zašeptala to mámě, a ta přetlumočila odpověď. Máma zvolila i taktiku posílení našeho vztahu tím, že se semnou podělila o kousek čokolády. Celý průběh programu stál na komunikativním rodiči, který se chtěl zapojit do procesu všech aktivit. V rytmice si dívka byla nejistá, vadilo jí zejména to, že neumí luskat, a tak už dál nechtěla pokračovat. V nabídce toho, že může rytmiku vytvořit samo pro nás, také odmítla. Předměty z tašky fungovaly skvěle. Máma se snažila vždy dívce dopomoci, co by to ještě mohlo být. Téma se díky této hře rozvedlo i do konverzace o tom, jestli tuhle věc mají doma atd. V průběhu ale nastávaly momenty, kdy se dívka stále doptávala a očekávala dané vyšetření. Třetí aktivita se přeměnila zejména na povídací. Byla o tom, že v pokoji mají ptáčka, který jim neustále drobí do postele a netuší, kde je schovaný. Dívka v momentu, kdy jsme vzali do hry to, že v pokoji nějaký ptáček je, a my hledáme kde by mohl být, se začalo společně s mámou smát. V poslední aktivitě byla uvolněná, zejména to bylo tím, že se jednalo o kreslení, které má ráda. Dítě A) i jeho rodič tvořili každý obrázek zvlášť, ke konci se ale chtěla přidat do tvorby mámy a kreslit s ní. Ta ji nechala, ale pod podmínkou, že využije barvy, které ona chce a bude tvořit tak její dnešní náladu. Sama mi pak řekla, že dnes měla náročný den a že se vše během průběhu celého tohoto týdne seskládalo.

Popis průběhu: Dítě B) Byla jsem předem obeznámena, že maminka chlapce je úzkostlivá, co se jeho ochrany a péče týká. Během programu, ve kterém fungovalo zejména poznávání předmětů a jejich využití, chlapce zaujal metr a my měřili celý jeho pokoj, hračky, televizi atd., fungovalo také pojmenování hraček, které s ním jezdí na dovolenou. Následoval volný rozhovor o tom, kam jezdí na chatu, jak se jmenuje jeho sourozenec. V aktivitách byl velice zbrklý, po nabídce nových věcí řekl raději ne, než aby si je prvně vyzkoušel a pak se rozhodl. Maminka se po nabídce aktivit zapojila až v moment, když jsme hráli pexeso a mluvili o rodině. Při hře šlo vidět, že ho chce za každou cenu nechat vyhrát, to chlapec ale poznal a celou hru bojkotoval. Poslední aktivitu, kterou jsem chtěla tedy aspoň takto nabídnout mamince v rámci péče o ní, po tom, co celou dobu nechtěla být součástí volili pouze volbou slov. Zeptala se jí, jak se má a jestli je něco co by pro ni teď a tady mohla udělat. Odpověděla, že je unavená a špatně spí, načež se rozplakala. Vysvětlila jsem jí tedy metodu mindfullnes, a jak ji využít před spánkem. Ukázala jí dechová cvičení, které také může využít v rámci této metody.

Autoevaluace programu 1: Celý tento program 1 byl můj premiérový, proto jsem počítala s možnou kolizí těchto aktivit. **Dítě A)** u něj byla zásadní změna v jeho náladách, a tak bylo třeba pracovat zejména s tím. Rodič byl motivován a celou tuto snahu o spolupráci udržoval zejména on, proto jsem s ním následně vybírala, co by dívku mohlo bavit. Rozložení aktivit spočívalo také v neustálém narušování programu zdravotnickým personálem, který chodil na kontroly, měření hodnot nebo nahlášením jídelníčku od nutriční poradkyně. Aktivity tedy nešlo plynule pojmout, a tak jsme je museli vždy stopnout. To dle našeho názoru nepřispívalo kvalitě programu. Maminka dívky sama začala být našťvaná, že se zde pohybují zrovna v moment, kdy se dívce někdo věnuje, a že se tu za celý den nikdo neobjevil. Říkala, že kdyby nebylo takto rozhozené, zapojovalo by se více. U kreslení šlo vidět, že je to baví oba. Máma během tvoření začala hovořit, že celý víkend byl náročný a že dítě mělo silné výkyvy nálad, které musela ustát sama. Vše se ještě dělo v předvánočním čase, o to horší dopad to na náladu mělo, jak pro dítě, tak rodiče. Svůj postoj hodnotím v rámci tohoto programu kladně, snažila jsem se pozorovat i to, jak dívka reaguje na danou věc. Po sdílení svých pocitů se sociální pracovnící jsem dostala pozitivní vazbu zejména v tom, že dívka se moc nesměje a není moc spolupracující, a já mu dala prostor a bezpečí pro smích.

Autoevaluace programu 1: Dítě B) Jak již popisuji v průběhu, máma nejevila zájem o zapojení, spíše průběhu přihlížela. Chlapec B) hned na první aktivitu – rytmika, řekl ne. Velice ho ale zaujal metr, který byl využit ve hře záměny předmětu. Metr jsme vzali a měřili nejrůznější věci, snažila jsem se ho namotivovat, aby sám přemýšlel, co bychom mohli změřit. Šlo tu dost vidět, že si není jistý a nechává za sebe mluvit mámu. Když jsem se chlapce na něco zeptala, otočil se na mámu a ta mluvila za něj: „on se bojí“, „on nejí“. Sám se takto chlapec zapojovat nechtělo, pomohly k tomu až plyšáci a aktivita, kdyby věci vyprávěly. Tam se sám dokázal rozprávět o rodině a já následně reagovala na jeho odpovědi. Máma se v ten moment přidala a nenásilně doplňovala jeho odpovědi, abych jim porozuměla a dávaly mi kontext. V poslední aktivitě, když chlapec nechtěl malovat a začal utíkat k hrám na telefonu, jsem se tedy mámy zeptala, jak se má a jak se jí daří. Tyto leč by se dalo říct normální otázky, byly pro ni samotnou silné. Dala jsem jí tímto znak bezpečí a sama se mi svěřila, že je toho na ní opravdu moc, je v jednom kole, je nestále unavená a má pocit, že je na vše sama. Zkusila jsem s ní improvizovaná dechová/relaxační cvičení na uvolnění těla a dechu. Vysvětlila jsem jí, jak ho večer před spánkem má zkoušet trénovat, aby se tělo naučilo také odpočívat, za což mi poděkovala.

Splnění cíle: dítě A) propojení v rámci šepotu, motivování dítěte mámou, sdílení čokolády, kreslení obrázku, spolupráce při celém programu, úsměv

Splnění cíle: dítě B) motivace do hry, hovor o rodině a doplňování souvislostí

Program 2

Charakteristika dítě C

Pohlaví: dívka

Věk: 10 let

Diagnóza: zhoubný nádor v kyčelním kloubu

Způsob léčby: chemoterapie

Pobyt s: matkou

Cíl programu: utužení vztahu mezi dítětem a rodičem

Aktivita:

- ▽ Dixit kartičky: Připravíme si kartičky otočené lícem nahoru a rozložíme je po prostoru, nebo připravíme balíček, který bude mít dítě u sebe. Volíme takovou variantu, jaká je pro dítě vhodná v rámci jeho schopností pohybu. Dejme mu prostor si kartičky prohlédnout a zeptejte se „co ti jaká karta připomíná za pohádku“. Úkol tedy spočívá k přiřazení kartiček k pohádkám, co dítě zná.
- ▽ Kreslení beze slov: Nachystáme si papír a odlišné pastelky. Jedná se o tvorbu společného obrázku bez toho, abychom se předem domluvili, co budeme kreslit. Každý, kdo se účastní má jednu pastelku jiné barvy než ostatní, tak rozlišíme, kdo jaký tah pastelkou dal. Zadání tedy zní „nakresleme společný obrázek bez toho, abychom si řekli, co to bude. Každý z nás má jeden tah tužkou a může navazovat i na tah svého spoluhráče“. Vznikne tedy obrázek, který je složen z mnoha věcí, které se tvoří představami všech účastníků.
- ▽ Poznávání rytmu písniček: Jedná se o vytleskávání rytmu českých lidových písniček, které jsou dítěti dobře známe (Skákal pes, Holka modrooká, Prší, prší atd.) Dítěte se předem zeptejme, zda tyto písničky zná. Zadání spočívá ve vytleskání rytmu písničky a jejich hádání. Dítě naopak může zadávat rytmus nám.

Popis průběhu: Dítě C) Jednalo se o dítě – dívku, které se nebála a hnala se do každé hry. Byla velice komunikativní, proto si později sama chtěla hry upravovat, jak ji napadlo. U Dixit karet jsme zůstali dlouho, pohádek znala opravdu hodně, někdy i takové, o kterých já nemám přehled, proto mi je vždy ochotně popsala. Rodič se zapojoval také, každopádně chtěl dát prostor dívce, která se potřebovala vymluvit a vydovádet. Občas ji musela mírnit v tom, jak byla do všeho nadšená a plná energie. Hra se dále rozvinula do hledání stejných symbolů na kartách – ryby na obrázku, vytvořili jsme skupinku, dítě na obrázku – skupinka atd. Kreslení, jak dívka řekla, je její oblíbenou činností, proto se chtěla zapojit. Každopádně pravidla nám moc nefungovala, i po neustálém opakování konkrétního pravidla, že se má mlčet, neustále říkala, co chce namalovat, a že bychom se my dva měli taky zapojit. Proto jsem tedy zvolila postup, ve kterém jsme malovali obrázek, co dívka požadovala, ale dodržela se část, kde má každý jeden tah pastelkou. Při poslední písničkové aktivitě si hned na začátku řekla, že chce být ten, kdo

vytleskává písničky. Snažila jsem se zde nemít dominantní pozici a nechala jsem tedy rodiče dívky hádat. V průběhu jsme se vystřídali nakonec všichni. Na mamince šlo vidět, že ji těší živost dívky, na začátku působila utrápená a bez energie, každopádně v procesu se začala uvolňovat a byla oporou pro dítě.

Autoevaluace programu 2: Dítě C) Měla jsem radost, že se jednalo o tak živou a dominantní dívku. Bylo to opět něco jiného, s čím jsem měla možnost pracovat a využít tak jinak proces her, jediný limit byl, že bylo upoutané na lůžku kvůli předešlému zákroku. Časově jsem s dívkou a rodičem byla 90 minut. Čas plynul rychle, a to mi dává dobrou zpětnou vazbu, že jsme se setkali a bavili. Dívka si vyžadovala zejména mou pozornost, a to hlavně z důvodů, jak řekla sama maminka, že má doma pět sourozenců, a tak se mu pozornosti doma nedostává tolik, jak by bylo ještě teď třeba, a proto ji těší, že jsem se za nimi stavila. Maminka se dále rozpovídala, že to je pro ni těžké období zejména co se péče o všechny děti týče, nemá moc sil stíhat a být takto neustále ve dvou kolejkách, co se týká domácího prostředí, kde jsou ostatní sourozenci a nemocnice, kde má nemocné dítě, a proto tu s ním není každý den. Sama uznala, že nebyť manžela, nedalo by se to zvládnout.

Splnění cíle: dítě C) smích, spolupráce při úpravě her, moment, kdy jsem nemusela zasahovat a byla jsem “neviditelná“ – rytmus písniček

Program 3

Charakteristika dítě D

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let

Diagnóza: Leukémie

Způsob léčby: ozařování, antibiotika, kortikoidy

Pobyt s: otcem

Cíl programu: utužení vztahu mezi dítětem a rodičem

Aktivity:

- ∇ Dixit kartičky: Zeptejme se na otázku „Jaký byl váš den?“, úkolem účastníků je vybrat, pojmenovat kartičku, kterou si vybrali a sdělit proč tak učinili. Popřípadě při práci s menším dítětem otázka směřovaná na to, jaká kartička se mu líbí, co na ní je a co se mu na ní líbí.
- ∇ Balanční hra: Jedná se o hru na podporu motoriky, cílem je naskládat postavičky na sebe na balanční podložce. Hru jsem volila s cílem rozvinutí konverzace s rodičem a zamezení ostychu dítěte.
- ∇ Kniha: Připravme si knihu, která by se dítěti mohla líbit. Můžeme ji buď číst, povídat si o ději, co se v knize děje a proč tomu tak je, hledat text spojený s tím, co se na obrázku zrovna děje.

Popis průběhu: Dítě D) bylo výzvou, jelikož se jednalo o chlapce připoutaného k lůžku, mluvil minimálně z důvodů zavedení tracheostomického katetru a kanyly, zároveň mohl jen částečně manipulovat jednou rukou. Práci jsem tedy musela přizpůsobit jeho možnostem. K sobě jsem měla rodiče chlapce, který se snažil udělat vše proto, abychom spolu mohli zvládnout nějaké aktivity. Dixit jsme využili následně: Každou kartu jsem mu ukázala a ono třídil, jestli se mu líbí nebo nelíbí – odpověď: kývání hlavou ANO/NE. Na konci jsme se podívali na všechny, co vybral jako ano, a hledali, co je nich společného. Všechny se vyznačovaly stejným symbolem ryb, o kterých jsme se s rodičem začali bavit a říkali jaké druhy ryb známe. Rodič pak zmiňoval zážitek o tom, když byl rybařit. Práce s knihou jsem využila zejména příběhově. Jednalo se o knihu o zvířatech na safari. Vždy jsem kousek přečetla a doptávala se na otázky na které mohl odpovídat ANO/NE, popřípadě ukazovat na obrázky. Jestli někdy viděl žirafu, popřípadě kde ji viděl. Rodič vždy rozvinul nějaký zážitek, který to v něm vyvolalo – Návštěva zoo, krmení zvířat, film Madagaskar, byla vidět velká snaha a zájem o to, aby chlapec dostal jiné vjemy. Celá naše komunikace stála především na zrakovém kontaktu, dotycích a neverbální komunikaci.

Autoevaluace programu 3: Dítě D) Jednalo se o překvapení, když mi sociální pracovnice řekla o možnostech chlapce. Každopádně já tuto výzvu přijala a chtěla vyzkoušet, jestli i takto lze využít tento program. Rodič byl velice pozorný, neustále chlapci dopomáhal, snažil se přes

jeho omezenou možnost komunikace reagovat za něj a vše působilo přirozeně. Na rodiči šlo vidět, jak všechnu pozornost věnuje jeho péči, až to pro mne bylo překvapující. Kartičky tedy v tomto případě zafungovali jako prostředek reminiscence, chlapec vždy na příběh odpovídal úsměvem, pokyvováním, popř. jednoslovnou odpovědí. Kniha byla dalším prostředkem toho, jak se k chlapci dostat blíže, mohla jsem tedy více najít téma, o kterém hovořit, nebo na co se doptávat. Hru jsem nemohla použít zejména kvůli jeho limitu pohybu. Program jsem tedy musela přizpůsobovat hodně a nemohla tak vycházet především z interakce komunikace, kterou jsem měla v původním plánu. Částečně jsem měla pocit, že to z mé strany bylo prázdné, ale dle závěru, kdy jsem se ptala chlapce D, jestli se za ním můžu ještě stavit – věděla jsem, že další termín mojí návštěvy na onkologii bude přítomný, kýval že ANO. Tatínek mi potřásl rukou a poděkoval, s chlapcem jsem si na rozloučeno plácla.

Splnění cíle: dítě D) spolupráce a dopomoc, sdílení zážitků, sdílené úsměvy

Program 4

Charakteristika dítě D

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let

Diagnóza: Leukémie

Způsob léčby: ozařování, antibiotika, kortikoidy

Pobyt s: otcem

Cíl programu: utužení vztahu mezi dítětem a rodičem

Aktivity:

- ▽ Double: Jedná se o společenskou hru, která je založená na postřehu. Cílem je zbavit se co nejrychleji svých karet a najít tak stejný obrázek na svojí kartě a kartě položené na hrací ploše. Cílem pro mne bylo zejména zjistit, jak dítě rychle jedná, jaké má reakce,

a také zejména tato hra slouží k navození atmosféry a může odbourat nejistotu nebo stud.

- ▽ Kniha Lví král: Zvolit knihu, kterou má dítě rádo a mířit na její příběh. Následně s ní pracovat dle možností dítěte: kresba postav, povídání si o příběhu, doptávání otázek. Volba pro mne v tomto bodu byla zejména minulá zkušenost s dítětem a mohla jsem tak vyvodit, že má rádo zvířata, proto jsem zvolila tento příběh.

- ▽ Kreslení beze slov: Nachystáme si papír a odlišné pastelky. Jedná se o tvorbu společného obrázku bez toho abychom se předem domluvili, co budeme kreslit. Každý, kdo se účastní, má jednu pastelku jiné barvy než ostatní, tak rozlišíme, kdo jaký tah pastelkou dal. Zadání tedy zní „Nakresleme společný obrázek bez toho abychom si řekli, co to bude. Každý z nás má jeden tah tužkou a může navazovat i na tah svého spoluhráče“. Vznikne tedy obrázek, který je složen z mnoha věcí, které se tvoří představami všech účastníků.

Popis průběhu: Dítě D) Při mém příchodu jsem byla překvapena, jak chlapec na první pohled vypadal. Měl natěšený výraz a úsměv na tváři. Rodič mě poprosil, jestli by si na chvíli nemohl vzít prostor pro sebe a něco si vyřídit. Proto jsem s dítětem D zůstala chvíli sama. První zvolenou hrou byl Double, chlapec ho dobře znal, proto bylo jednoduché si hru zahrát (na věc se vždy ukázalo). Byl velice rychlý a hru na plné čáře vyhrál. Samotného pak napadlo, že bychom nemuseli hledat stejné obrázky, ale dvojici, která k sobě vždy sedí tzn. klíč-zámek, měsíc – slunce, svíčka – oheň. (Nekomunikoval, pouze na obrázky ukázal, a tak mi došlo, jak chce hru obměnit). Jakmile spatřil knihu, věnoval mi veliký úsměv, věděl že jsem zvolila podobnou tematiku knihy jako minule. Přečetla jsem vždy kousek příběhu a následně se ptala na otázky týkající se děje, kdo je na obrázku, co je to za zvíře, počet zvířat, chlapec byl i částečně schopen verbálně odpovídat. V průběhu přišel rodič, který volal s druhým rodičem, a začal povídat o tom, jak chlapec má lva z pohádky doma, rodič dva zapnul kameru a šel natočit plyšáka kterého měl chlapec doma na posteli. Po příběhu se rodič jedna rozpovídal o tom, jak je léčba drahá a jak náročné to pro něj je v rámci financí, co je potřebné pořídit za příslušenství k léčbě, také hovořil o tom, že se necítí být plný energie a plány v nemocnici se stále mění. Poslední aktivitu jsem již využila u dítěte C, bylo tedy zajímavé pozorovat jiný vztah a komunikaci rodiče a dítěte při této metodě. Rodič se snažil chlapci dopomáhat a vždy pojmenovával co na papír dokresluje. Chlapci se nelíbilo, že hovoří. Rodič totiž tak porušoval pravidla hry. Při této hře nastalo několik pěkných momentů, chlapec ukazoval na to, že ho bolí ruka, rodič mu tak dopomohl ji přidržet, aby mohl pokračovat. Naopak, když rodič něco

nakreslil, chlapec se na něj nevěřičně podíval ve smyslu „co to má být“ a rodič mu dovysvětlil, co si pod tím představil.

Autoevaluace dítě D) Celkově jsem s dítětem a rodičem strávila 120 min, což bylo opravdu dost. Jelikož se jednalo o stejné dítě, věděla jsem, jaké věci s sebou mám zhruba vzít. Musela jsem vše postavit především na minimálním verbálu a malém rozsahu pohybu. Překvapila mě energie chlapce již při příchodu, jak jsem zmiňovala v popisu, měl dobrou náladu a neustále se usmíval. Do každé aktivity se zapojil a snažil se i komunikovat, co mohl. Na obrázku ukazoval, jednoslovně je pojmenoval atd. Z rodiče šla také cítit úleva v moment, kdy si byl jistý, že mi může na chvíli přenechat zodpovědnost za něj a může si jít vyřídit věci, které by mohl až v moment, kdy by chlapec spal. Ve srovnání s minulou návštěvou byl vidět opravdový rozdíl, jak ve spolupráci, tak v energii. Jsem mile překvapena, jaká byla reakce obou rodičů v momentě, kdy si volali a rodič jedna šel ukázat ve videohovoru plyšového lva. Z tohoto programu jsem měla dobrý pocit a myslím si, že se povedl bez komplikací.

Splnění cíle: dítě D) spolupráce, neverbální komunikace – doteky, úsměv, pohledy očí

Program 5

Charakteristika dítě E

Pohlaví: dívka

Věk: 7 let

Diagnóza: nádor na mozku

Způsob léčby: ozařování, antibiotika

Pobyt s: matkou

Cíl programu: utužení vztahu mezi dítětem a rodičem

Aktivity:

- ▽ Double: Jedná se o společenskou hru, která je založená na postřehu. Cílem je zbavit se co nejrychleji svých karet a najít tak stejný obrázek na svojí kartě a kartě položené na hrací ploše. Cílem jsem brala především jako možnost jistoty toho, že určené dítě tuhle hru může znát, a tak ji považovat za něco bezpečného.
- ▽ Erb: Nachystáme si větší papír (A3), pastelky. Vysvětlíme dítěti, co je to erb a co je cíle erbu – jedná se o takovou vlajku ve které bývají vyznačené naše oblíbené věci, buď to, co rád dělám, mám rád nebo jakou mám rodinu. Zadejme mu tedy i s přizváním rodiče do aktivity, aby si vytvořili vlastní erb, který tu budou mít v nemocnici jako symbol panství/zámku.
- ▽ Tanec rukou: Přichystáme si skladbu – spíše nějakou gradující. Jedná se o práci ve dvojici. Předem si řekneme, kdo bude jako první vést a kdo bude veden. Položíme si ukazováčky na sebe, ten, kdo vede má prst ve spodní části, ten, kdo je veden má lůžko položené z vrchu. Za úkol “vedoucího“ je vést druhou osobu do rytmu hudby. Tím, jak se hudba mění, mění se i intenzita a velikost pohybů. Cílem je tedy vnímat toho druhého. Po čase vystřídejme pozice.

Popis průběhu: Dítě E) Průběh byl úplně jiný než připravený program. S rodičem jsem se předem domluvila sama, s tím že si dáme aktivity na určitou hodinu z důvodů zákroku, který dívku čekal. Dívka byla veselá a říkala, že se na program moc těší a je zvědavá co mám za hry. Po zákroku jsem tedy přišla, dívka seděla uplakaná na sedačce, zeptala jsem se jí tedy, jestli stále má na hry chuť a kývala že ano. Vytáhla jsem tedy Double a zeptala se, jestli ho zná, odpověděla že ano, ale že ho hrát nechce. Vytáhla jsem tedy pastelky a papír a zeptala se, jestli si chce něco namalovat. Dítě E, se v ten moment začalo do sebe stahovat a začalo říkat, že by chtělo něco hrát, ale že neví co. Maminka, která celé situaci přihlížela si jí vzala k sobě na klín a snažila se dívku uklidnit a vysvětlit, že je přeci v pořádku, že když nechce hrát tyto hry, já to určitě pochopím. V tom jsem slovně na dívku reagovala že ano, že můžeme vymyslet klidně něco jiného. Dívka měla s sebou spousty hraček a i plyšáků, proto jsem se začala ptát, koho tady s sebou má a jak se jmenují. V tom obživila a začala mi popisovat všechny plyšové psy, jak jsou staří, jak se jmenují a jací jsou. Sama dívka začala zapojovat rodiče do hovoru tím, že se rozpovídala o rodiči samotném, jak máma nechce opravdového psa doma a že z nich má strach. Měla s sebou i spoustu deskových her, které jsme si spolu zahráli. Jednalo se o hru, kde se do kufříku skládají předem určené potraviny (stejná funkce jako má pexeso). Dívka začala

věci popisovat anglicky, proto jsme přehodili jazyk a začali věci, které na obrázcích byly, popisovat v angličtině. Druhá hra byla velice oblíbenou dívky samotné. Jednalo se o skládání mozaiky pomocí barevných kuliček. Při této hře jsme si povídali o rodině – babička, děda, o přihlížející mamince, kterou se dívka snažila sama zapojit do hovoru, ale maminka vždy jednoslovně odpověděla a hleděla si svých aktivit, otci, o kterém mi toho také dost pověděla.

Autoevaluace programu 5: Je potřebné počítat s tím, že program je hodně improvizovaný z důvodů možností a energie dítěte a je pro mne zajímavé, jak se během 15 min. může z dítěte, které je plné energie, najednou stát kvůli malému zákroku dítě úzkostné až plačtivé. Věděla jsem, že nemá cenu dívku do ničeho tlačit, pro ni bylo bezpečné zejména to, že její hry zná a ví že jí budou bavit. Vzala jsem to v potaz. Snažila jsem se tedy aspoň pomocí pokládání otázek propojit maminku s dívkou, kteří vůči sobě již od pohledu mají kamarádský a vřelý přátelský vztah. Maminka byla velkou oporou dívce, nebýt ní, program by se vůbec neuskutečnil. Zapojovala se sama sice jen okrajově, ale šlo vidět, že potřebuje mít čas sama pro sebe. Byla celou dobu na telefonu a já to naprosto respektovala. S dívkou jsem nakonec byla 60 minut, což ze začátku vůbec nevypadalo, že by tak mohlo dopadnout.

Splnění cíle: dítě E) motivace rodičem, objetí, pohlazení, uklidnění

Program 6

Charakteristika dítě F

Pohlaví: dívka

Věk: 8 let

Diagnóza: zhoubný nádor oka

Způsob léčby: po chirurgickém zákroku, ozařování, antibiotika

Pobyt s: otcem

Cíl programu: utužení vztahu mezi dítětem a rodičem

Aktivita:

- ∇ Imaginace: Připravme si příběh, v případě že pracujete s dítětem volte pohádkovou postavu, hrdinu, kterého si dítě může snáze představit. Myslete také na pohodlné a nerušivé prostředí které by mělo být součástí. Imaginaci můžeme doplnit o sensorické vnímání díky vodě ve spreji, světlu, vůním i dokreslující hudbě (zvuk moře, ptáci, vítr atd.), popřípadě věcí, kterých se můžou dotknout.
- ∇ Práce s představou: Následné pokračování jde využít v povídání. Jaké to pro ně bylo, co si představovali a kam až je myšlenky vzaly. Musíme vycházet vždy dle věku dítěte, a následně volit otázky které nejsou složité. S představou můžeme pracovat v případě zájmu a energie účastníků, technika může být sama o sobě totiž náročná. Můžeme ji dále využít v kresbě, kde účastník nakreslí kousek představy příběhu nebo takto “zhmotní“ hlavního hrdinu.

Popis průběhu: Dítě F) Na začátku jsem rodiči i dítěti F vysvětlila, co se bude dít, a že jde o formu relaxace. Ukázala jsem jim i fyzicky že sebou mám doplňkové věci, jako je voda, hudba a že se nemusí ničeho bát. Popsala jsem jim, že jim povím příběh, který právě bude doplněný o stimuly. Po krátkém přemlouváním se dítě – dívka F rozhodlo že tedy ano. Následně ode mě dostali instrukce, že si mají najít nějaké své pohodlné místo, kde se jim dobře sedí nebo leží, a jestli chtějí, mohou zavřít oči. Dívka F si lehla do postele a otec si sedl vedle na křeslo. V pokoji jsem zhasla světlo abych tak navodila větší atmosféru na relax. (Popis příběhu viz. příloha 2.). V průběhu povídání jsem zdůraznila určitý stimul, který se měl následně objevit, aby se jak rodič nebo dívka nelekli co se děje. Po konci relaxace jsem jim dala chvíli, dokud jeden z nich nezačne sám hovořit. Začal rodič, který se dívky F zeptal, jak si to užila, dívka se jen usmála a obejmula tátu a řekla že hodně. Z atmosféry šlo cítit, že je zbytečné se doptávat na další otázky a že je potřeba jim dát více prostoru navzájem. Aktivita tedy skončila takto bez dalšího pokračování.

Autoevaluace programu 6: Pro mne samotnou se jednalo o zkoušku. Nikdy jsem imaginaci nevedla, a tak jsem byla sama lehce nervózní. Zároveň jsem věděla, již po absolvování několika návštěv, že je v nemocnici náročné mít klidně prostředí, a šla jsem do toho i s tím, že se mi program nebude moct povést, případně k tomu nebudou ani vhodné podmínky co se týká několikolůžkových pokojů. Výhodou bylo, že dítě F mělo samostatný jednolůžkový pokoj, a tak byla částečně zaručená forma klidného prostředí. Náročný byl zejména moment dívku

přesvědčit, ať si proces vyzkouší, tím že je to něco abstraktního a nepřišla jsem s ničím konkrétním, kromě telefonu a hudby, vody. Dívka bylo ze začátku skeptická a na program se moc necítila. Přemluvil ji až tatínek, který řekl, že se taky zúčastní a že po celou dobu bude vedle ní. Já jeho slova ještě víc potvrdila a zároveň jsem dala i možnost, že když se jim to nebude líbit, můžeme toho nechat. Při čtení příběhu se nějak zásadně nepohybovali. Dívka F měla chvílemi otevřené oči nebo si hrála s rukama nad hlavou. Otec celou dobu seděl bez pohybů. Myslím si, že na moji první zkoušku imaginace jsem neudělala nějaké velké přešlapy. Jediným riskem bylo, že u toho dítě nemusí vydržet a tím by padl i můj možný nabízený program. Zásadní je při tomto programu také věk dítěte, čím starší, tím lépe dokáže tak pochytit principy imaginace.

Splnění cíle: dítě F) kontakt po programu – obejmutí, mazlení se

Program 7

Charakteristika dítě D

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let

Diagnóza: Leukémie

Způsob léčby: ozařování, antibiotika, kortikoidy

Pobyt s: otcem, součástí programu matka a další dva sourozenci

Cíl programu: utužení vztahu mezi dítětem a rodičem

Aktivity:

- ∇ Teploměr: aktivita na zahájení programu. Docílíme zjištění, jak se dítě a ostatní mají a jakou mají náladu. Jedná se o aktivitu, kde se vyjadřujeme neverbálně a pohybově.

- ∇ Double: Jedná se o společenskou hru, která je založená na postřehu. Cílem je zbavit se co nejrychleji svých karet a najít tak stejný obrázek na svojí kartě a kartě položené na hrací ploše. Cílem jsem brala především jako možnost jistoty toho, že určené dítě tuhle hru může znát, a tak ji považovat za něco bezpečného.
- ∇ Umývání rukou: Aktivita je relaxační, zaměřená na fyzický kontakt mezi rodičem a dítětem, jedná se spíše o klidovou činnost ne s cílem energizovat dítě při procesu, ale navodit mu příjemný pocit v případě, že se necítí zdravotně nejlépe a nemá tak chuť na aktivizaci celého těla.
- ∇ Psaní příběhu: Jedná se o psaní slov, která vytvoří následně celý příběh. V příběhu se ptáme Kdo? (účastník si vymyslí), založí papír a další účastník píše CO? (co daná postava mohla udělat). Takhle aktivita pokračuje a až nám dojdou nápady na otázky, papír se rozloží a nesmyslný příběh se přečte. Otázky mohou vypadat: Kdo, co, jak, proč, kde, kdy atd.,
- ∇ Erb: Nachystáme si větší papír (A3), pastelky. Vysvětlíme dítěti, co je to erb a co je cíle erbu – jedná se o takovou vlajku ve které bývají vyznačené naše oblíbené věci, buď to, co rád dělám, mám rád nebo jakou mám rodinu. Zadejme mu tedy i s přizváním rodiče do aktivity, aby si vytvořili vlastní erb, který tu budou mít v nemocnici jako symbol panství/zámku.

Popis průběhu: Dítě D) Když jsem zjistila že mám opět jít k chlapci D, říkala jsem si, že by bylo zajímavé sledovat vývoj při naší práci a našem vztahu. Věděla jsem, že i s rodič má pozitivní přístup k tomuto programu, a proto jsem na tuto nabídku přikývla. Při příchodu do jejich pokoje, kde mne doprovázela i sociální pracovnice, jsme zjistily že na pokoji je ruch. Díky jarním prázdninám přijeli na celý týden sourozenci a matka chlapce. Na pokoji byli spolu ale každý si hleděl svého (jeden ze sourozenců byl na tabletu, druhý sledoval televizi). Proto mou nabídku programu i využili. Jak mne tatínek spatřil velkoryse mě uvítal, začal hned konverzaci o svých dětech a o tom, jak se měli, když nebyli v nemocnici. Dále konverzaci inicioval a ptal se, jestli jsem měla dovolenou, že jsem na oddělení dlouho nebyla. Hned na začátku šlo vidět, že tady jakákoliv relaxační činnost neprojde a nebude mít smysl. Proto jsem volila ze začátku taktiku otázky, jestli by si nechtěli raději něco zahrát než koukat do tabletu nebo na televizi. V tom i máma, která se jevila ze začátku skepticky a ptala se soc. prac. kdo jsem, říkala, že určitě ano, že se všichni rádi zapojí. Začali jsme hrou Double, tu chlapec D moc dobře znal již z našich setkání. Díky limitu komunikace je náročný celý výběr aktivit. Proto tahle aktivita byla takovou jistotou. Důležité bylo že chlapce bavila, a hlavně se

jí mohlo i bez limitů zúčastnit. Hru jsme mohli hrát na skupiny, měli jsme tři dvojice, chlapec D chtěl být s semnou, a i po několika hrách, kdy jsem navrhovala změnu nechtěl, ostatní se však měnili. Hra byla velmi energetická, měla úplně jiný náboj a opravdu jsme se u ní zasmáli. Hráli jsme několikrát na mnoho způsobů. Šlo vidět že i když dítě D má proti sourozencům limit, nedají mu nic zadarmo. Také byla vidět velká motivace samotného chlapce a od sourozenců, v případě, kdy vhodil kartičku, dostal pochvalu, že je borec. Druhou aktivitu, kterou jsme zvládli bylo malování erbu, vytvořili spíše takový rodinný, na kterém byly zaznamenány všechny jejich oblíbené věci. Každý si na něj mohl zaznamenat co chtěl. Chlapce D jsme se zeptali, co bych chtěl namalovat, sám se také snažil, ale díky limitu a možnosti koordinace ruky stále neměl takový dostatek síly namalovat vícero věcí, a proto sourozenci a otec malovali za něj. Program byl touto aktivitou zakončen.

Autoevaluace programu 6: V rámci tohoto programu bylo velice milé zjištění toho, jak se náš vztah posunul. Kdybych chtěla srovnávat začátek, jedná se o veliký posun. Jak už v tom, že dítě D je na tom v rámci zdravotního stavu lépe, tak i to, jaká přirozená a otevřená atmosféra panuje při celém programu. Dítě D naprosto ztratilo ostych, a celý program, a to, jak kvůli sourozencům, kteří tomu dodali jiný rozměr, tak i díky tomu že ví co ode mě čekat. Program jsem musela tedy přizpůsobit, jelikož jsem netušila přítomnost sourozenců a přítomné matky. Přišlo mi i vhod podpořit jejich energii která na pokoji byla. Do programu se všichni chtěli zapojit, byli velice komunikativní což může být ovlivněno celou atmosférou rodiny jako takové. Velký posun vidím i při komunikaci s tátou dítěte D, ten neměl problém s navozením přirozené komunikace a sdílením osobních témat. Sociální pracovnice mi sama sdělila že jde vidět jak přirozenou a bezprostřední komunikaci mezi s sebou máme. Program tady nevyužil všechny předem stanovené aktivity, ale v rámci již několikátého absolvovaného by mě spíše překvapil opak. Z vypořádaného procesu práce vycházela především spolupráce celé rodiny.

Splnění cíle: dítě D) slovní pochvala, spolupráce, motivace, smích, fyzický kontakt (plácnutí si), respekt toho že chce dítě stále být ve stejné dvojici, neverbální komunikace – pohledy do očí, dorozumívání se pomocí ukazování.

Ze všech uskutečněných programů vyplývají body společné spolupráce a propojení se. Tyto body byly vypořádované na základě zmíněných a obměňovaných programů, které si autorka sama s využitím uměleckých prvků a hry vytvořila. Všechny tyto programy stály především na improvizovaném a přizpůsobovaném průběhu z důvodů aktuálního zdravotního stavu dítěte, jeho věku a náladového rozpoložení, které bylo ovlivněno působením léčebné terapie.

Autorčina metoda objektivního pozorování se především odvíjela od přirozeného herního procesu mezi dítětem a rodičem, ve kterém docházelo ke střetům setkání se v různých momentech. Tyto momenty a jejich kategorizace jsou zmíněny v kapitole níže.

5.3 Zodpovězení výzkumné otázky

Hromadný soupis naplněných momentů splnění cílů u každého dítěte:

PROGRAM 1- Splnění cíle: dítě A) propojení v rámci šepotu, motivování dítěte mámou, sdílení čokolády, kreslení obrázku, spolupráce při celém programu, úsměv

PROGRAM 1 - Splnění cíle: dítě B) – motivace do hry, hovor o rodině a doplňování souvislostí

PROGRAM 2 - Splnění cíle: dítě C) smích, spolupráce při úpravě her, moment, kdy jsem nemusela zasahovat a byla jsem “neviditelná“ – rytmus písniček

PROGRAM 3 - Splnění cíle: dítě D) spolupráce a dopomoc, sdílení zážitků, sdílené úsměvy

PROGRAM 4 - Splnění cíle: dítě D) spolupráce, neverbální komunikace – doteky, úsměv, pohledy očí

PROGRAM 5 - Splnění cíle: dítě E) motivace rodičem, objetí, pohlazení, uklidnění

PROGRAM 6 - Splnění cíle: dítě F) kontakt po programu – obejmutí, mazlení se

PROGRAM 7 - Splnění cíle: dítě D) slovní pochvala, spolupráce, motivace, smích, fyzický kontakt (plácnutí si), respekt toho že chce dítě stále být ve stejné dvojici, neverbální komunikace – pohledy do očí, dorozumívání se pomocí ukazování

V největší shodě jsou vyzorované zejména body **spolupráce**, **fyzického kontaktu** a **smíchu** nebo **úsměvu**, kterého řadí autorka do stejné kategorie.

V číselném zastoupení:

FYZICKÝ KONTAKT	5
SPOLUPRÁCE	5
SMÍCH/ÚSMĚV	5

Tabulka 3: součet vyzorovaných cílů

S výjimkou dítěte B, se vždy u jednoho výzkumného souboru vyskytuje alespoň jedna shoda z vyzorovaných momentů. Z programu tedy vyplývá, že jeho uskutečnění bylo vlivné na propojení mezi rodičem a dítětem, a že i přes často náročné situace, improvizaci v programu a následné změny z důvodů zdravotního stavu dítěte mohlo z pohledu autorky dojít alespoň k částečnému utužení vztahů za pomoci těchto nastalých situací. Z vyzorovaných výsledků vychází shoda ve všech třech kategoriích. Podnětné je především to, jakých oblastech může dojít k propojení mezi rodičem a dítětem.

Jaké momenty a situace propojení nastanou při společné hře mezi dítětem a rodičem díky programu?

Momenty a situace propojení mezi dítětem a rodičem prostřednictvím programu nastávají zejména v oblasti fyzického kontaktu, kde dochází k pohlazení, obejmutí a dotekům. Dále pak oblasti spolupráce a dopomoci dítěti, kde je ve větší míře zjištěná častá kombinace v podání smích – spolupráce. Úsměv je v tomto ohledu brán jako jedna kategorie spolu se smíchem a je často spojen se spoluprací nebo fyzickým kontaktem.

6 DISKUSE

Cílem celé diplomové práce bylo zjistit, jaké momenty a situace propojení nastanou při společné hře mezi dítětem a rodičem, díky vytvořeným programům s využitím prostředků hry a uměleckých prvků. Toho se podařilo dosáhnout pomocí teoretického základu, kde díky literatuře došlo k definování náročnosti a specifikace práce s touto skupinou. Inspirativní byla také literatura vymezující umělecké přístupy, a to zejména při tvorbě samotných programů. Ve výzkumné části, mohlo díky polostrukturovanému rozhovoru se sociální pracovníci dojít ke strukturaci programů a vymezení si okolností při jejich možné aplikaci do praxe. Také jsme získali možnost představit si, jaká má takto klientela východiska a specifikace týkající se celého pobytu na KDO. Samotné programy především sloužily jako prostředek, jak se dostat k rodiči a dítěti blíže a na základě pozorování v přímém herním programu vnímat jeho dynamiku a zjistit, jak může ovlivnit, případně podpořit a upevnit vztah dítěte a rodiče.

Účastníkem výzkumného šetření bylo vždy dítě ve věku od 4–10 let a zákonný zástupce, který byl spolu s ním přítomen na oddělení. Před zahájením šetření nebyly stanovené žádné speciální požadavky ve výběru účastníků, z důvodů tak už specifického výběru zkoumané skupiny. Jednalo se především o důležitou spolupráci a zájem jak rodiče, tak dítěte. V případě nezájmu účastnit se by se toto výzkumném šetření nemohlo uskutečnit.

Průběh vytvořených programů byl vždy zahájen krátkou charakteristikou dítěte, kde jde vidět v jakém poměru došlo k účasti dívek a chlapců a také v jakém poměru jsou programu účastni matky nebo otcové. Každý program je popsán po jednotlivých krocích, následně autoevaluován a na závěr došlo k vypsání konkrétní vypořádaných momentů setkání se mezi rodičem a dítětem. Tyto jednotlivé momenty setkání se jsou dále rozepsány a porovnány mezi sebou. Díky porovnání tak mohlo dojít ke zjištění shody mezi většinou účastníků ze kterého následně vyšly tři společné kategorie. Ty vychází především z oblasti fyzického kontaktu, spolupráce mezi dítětem a rodičem, a úsměvu/smíchu který díky hernímu procesu nastal.

Výsledky výzkumného šetření, kde dochází k popisu a zjištění závěru výzkumné otázky, vyplývá fyzický kontakt, úsměv, spolupráce jako stěžejní moment setkání se mezi rodičem a dítětem. Ty jsou početně v souladu. Důvodem těchto oblastí setkání může být jak samotný stav dítěte, který neumožňuje zvládnutí, a to už tak přizpůsobených aktivit, chtíč rodiče dát prostor dítěti užít si hru co nejvíce co to jde, dát mu pocit bezpečí a podporu se do herních aktivit

zapojit, uvolnit se a přejít na jiné myšlenky. Všechny tyto zmíněné dedukce vyplívají z popisů jednotlivých uskutečněných herních programů. Archer, Buxton a Sheffield (2014) potvrzují snížení míry úzkosti a deprese u onkologických pacientů díky kreativním psychologickým intervencím. Kvalitativní výzkum tedy díky vzniklému šetření a následné analýze umožnil získání dat v oblastech reakcí v procesu hry, které působí na celkové prožívání, které se projevuje v oblasti fyzického kontaktu, smíchu a spolupráce.

Programy sloužily především k tomuto výzkumnému šetření, a není jisté, jak by si stály při využití u jiných pacientů, a to ať onkologických či jiných. Při jejich aplikaci se vždy primárně vycházelo ze zdravotního stavu dítěte a sekundárním bodem byl až program samotný. Jedná se ale o prostředek, díky kterému může dojít k navázání důvěry mezi účastníky šetření a výzkumníkem samotným. Dokáže odbourat prvotní nejistotu a nedůvěru ve výzkumníka, který přináší nový pohled, nové činnosti a novou energii. Dále pak navodit vztah s rodičem, ten se objevuje v popisu činností, kde se někteří rodiče dokázali otevřít a sdělit svoje pocity a obavy.

Podobné klasifikační práce nalezneme především na téma zaměřující se na terapii hrou, případně využití expresivních terapií u této klientely. Můžeme si srovnat tedy alespoň tyto.

Výzkum zaměřující se na expresivní terapie a pohled terapeutů pracujících s osobami s onkologickým onemocněním, poukazuje především na limity této práce a jejího nastavení. Jedna z výzkumných otázek, která se nejvíce ztotožňuje s praktickou částí autorky, poukazuje především na ovlivnění procesu fyzickými i psychickými stavy onkologických pacientů, a je tedy potřebné postupovat empaticky a citlivě k celému procesu práce (Šochmanová, 2020).

Druhá výzkumná práce naopak utvrzuje potřebu herních terapeutů či podobných pracovníků v nemocničním prostředí, kteří by pracovali v týmu jako odborní specialisté a zaměřovali se na psychickou stránku dítěte při jeho hospitalizaci. Výzkum také uvádí, že děti mají mnoho volného času a nedochází k jeho smysluplnému využití. Autorka této výzkumné práce zastává stejného názoru a tyto principy vychází napovrch i u jejího výzkumného šetření (Hanáková, 2009).

Autorce se však nedařilo dohledat takto specifickou práci vycházející z uměleckých přístupů a her s kombinací práce s dítětem s onkologickým onemocněním a jeho rodičem zároveň.

V rámci obecného hlediska můžeme však zmínit nedostatek systémového řešení při práci s dětmi na klinice dětské onkologie. Ačkoliv je tato práce specifická a proměnná, bylo by přínosné, aby se i u těchto pacientů dbalo na náplň volného času či společné aktivity s rodičem, které by mohly podpořit jejich vztah při takto intenzivním prožitku po čas jeho trávení v nemocničním prostředí.

7 LIMITY A PODNĚTY K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ

7.1 Limity výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo již od začátku limitováno náročností a specifikací skupiny, se kterou autorka pracovala. Zásadním bodem funkčnosti a kolizí při programu byl především zdravotní stav dítěte a následná vyšetření, která mohla program narušit nebo změnit jeho náplň, kterou měla autorka předem stanovenou. Tento limit také spatřuje v časových možnostech práce s dítětem, z důvodů vyšetření, které má dítě během dne podstoupit, má jasně stanovený čas, který často díky náročnosti práce lékařů není dodržen a ovlivňuje i náladu dítěte a jeho chování. Věk samotného dítěte hrál také velkou roli, autorka musela mít předem takový program, který se dal alternovat a variovat do mnoha podob. Musela tedy volit aktivity, které byly často na pomezí uměleckého přístupu a vycházel především z metod a principů hry.

Další limit, vycházející z ochrany zdraví dítěte, byl zapříčiněný díky velkému výskytu respiračních onemocnění v celé České republice, a tak muselo dojít k úplnému uzavření onkologického oddělení v Brně po dobu čtrnácti dnů. Proto programy v tuto dobu nebylo možné uskutečnit, a tak autorka díky těmto opatřením má snížený počet účastníků a menší počet programů, než bylo jejím záměrem.

Hospitalizace dítěte s onkologickým onemocněním je cíleno na co možno nejkratší dobu, důvodem je především to, aby dítě bylo co nejdříve zpět ve svém přirozeném prostředí a jakmile je jeho zdravotní stav stabilizován, je propuštěno zpět na domácí léčbu. Proto bylo velice ojedinelé, aby se vícero programů uskutečnilo se stejnými dětmi a rodiči, stalo se to tak pouze v jednom případě, kdy se jednalo o komplikovanější diagnózu. Tento limit vyplývá i z položené otázky sociální pracovníci, která se vyjádřila k možnostem trávení času dětí na onkologickém oddělení.

„No, tady je to spíš založeno na tom, že ty děti dneska bývají, za prvé po celou dobu hospitalizovány společně s jedním rodičem, za druhé, ta hospitalizace je na co nejkratší nutnou dobu, jakmile jim jenom trošičku dobře, tak odchází domů a většinou když tady jsou, tak mají takovou terapii, která jim třeba nedělá úplně dobře, zvrací, jsou unavení, mají bolesti, případně to znamená, že úplně na ten volný čas tady moc prostoru není“. (Autorčin rozhovor se sociální pracovnící).

Autorka si dále uvědomuje limity práce především ve využití subjektivních metod pozorování a autoevaluace v šetření. Jedná se o názory pouze z její strany úhlu pohledu, na kterém šetření staví a nemá další objektivní pohled k tomuto šetření. Musela takto volit zejména z důvodů nemožnosti pracovat s dvojicí opakovaně, z časových důvodů a zejména z důvodu náročnosti role rodiče, kde nebylo vhodné ho vystavovat poskytnutí interview nebo vyplnění dotazníku. Sociální pracovnice, která nebyla součástí programů, ale jen jejím zprostředkovatelem, by v jejich případném hodnocení dala také subjektivní názor, který by se vůbec nemusel shodovat s využitím v praxi.

7.2 Podněty pro další zkoumání

Tím že se jedná o takto specificky zaměřené téma práce, a to jak z pohledu dětských pacientů, tak i rodičů, kteří mají nesmírně těžkou roli, vyplývají z tohoto šetření další otázky a možnosti, jak by tato práce mohla být uchopena, případně rozšířena.

- ∇ Rodiče onkologicky nemocných dětí – práce přímo s rodiči dětských onkologických pacientů v nemocničním prostředí. V podání otevřené skupiny a možnému sdílení si podobných témat a zkušeností, které mají v rámci léčebného procesu svých dětí. Program by využíval hry, umělecké přístupy a relaxační techniky, které by mohly napomoci v odreagování se od náročné role, kterou zastávají.
- ∇ Dětská skupina – práce s dětmi v nemocničním prostředí. Nabídnout možnost trávení společného volného času dětem které na oddělení jsou. Pomoci jim zprostředkovat možnost seznámení se, prolomení bariér a získání si nových kamarádů tak navázání nových kontaktů mezi rodinami.
- ∇ Práce se sourozencem/sourozenci – stejný koncept jako u více zmíněných. Tady by bylo veliké riziko překročení hranic do psychoterapie.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce pojednává o využití her a prvků uměleckých přístupů v nemocničním prostředí, které jsou aplikovány při práci s dítětem s onkologickým onemocněním a jeho rodičem. Cílem této práce bylo zjistit momenty setkání se mezi rodičem a dítětem, právě díky vytvořeným herním programům využívající prvky uměleckých přístupů.

V teoretické části došlo k nastínění specifčnosti této vybrané skupiny, léčebné terapie a nežádoucím účinkům léčby u pacientů. Dále podpory těchto rodin, které si prochází touto náročnou situací. V této části také došlo ke kategorizaci uměleckých prvků, které autorka využívala ve výzkumném šetření.

V aplikaci výzkumného šetření se podařilo vytvořené programy využít při práci se 6 dvojicemi, ze kterých vyplývají především konkrétní limity této zvolené skupiny, koncept práce s nimi, jejich omezení v rámci trávení volného času a zdravotního stavu dítěte, který je doprovázen změnou nálad díky náročnému absolvování léčebné terapie. Dále pak došlo k získání odpovědi na stanovenou výzkumnou otázku, týkající se momentů setkání mezi rodičem a dítětem při uskutečněných programech v nemocničním prostředí.

LITERATURA

1. ADAM, Z., J. KOPTÍKOVÁ., J. VORLÍČEK., (2003). *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0677-6.
2. ARCHER, S., S. BUXTON., D. SHEFFIELD., (2014). *Psycho-Oncology The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials*. Published online.
3. BAŠTECKÁ B., P. GOLDMANN., (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-550-4.
4. ČELEDOVÁ, L., R. ČELEDÁ., (2010). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
5. FORMÁNEK JAGANJACOVÁ, N., (2021). *Příběhy o rakovině*. ISBN 978-80-11-00175-9.
6. HARTL, P., H. HARTLOVÁ., (2000). *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
7. HARTL, R., MATHER, P., J.F. SLACK., M.A. POWELL., (1992). *Therapeutic Play Activities for Hospitalized Children*. St. Louis: Mosby Year Book. ISBN 9780801616365
8. HASSON, G., (2015), *Techniky Mindfulness*, Alferia. ISBN: 978-80-247-5213-6.
9. HENDL, J., (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4
10. HOLLAND, J. C., M. GOLANT., M. GREENBER., D. B. HUGHES., M. K. LEVENSON., J.A., LOSCALZO., M. J., & PIRL, W. F. (2015). *Psycho-Oncology: A Quick Reference on the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. USA: Oxford University Press Inc. ISBN 0199988730.
11. CHRÁSKA, M., (2016). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
12. JEŠINA, O., T. VYHLÍDAL., (2014). *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. Olomouc: Powerprint. ISBN 978-80-87994-21-4.
13. KŘIVOHLAVÝ, J., (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
14. KREJČÍŘOVÁ, D., P. ŘÍČAN., a kol., (2005). *Dětská klinická psychologie 4*. přepracované a doplněné vydání. ISBN 978-80-247-1049-5.
15. KLENER, P., (2011). *Základy klinické onkologie*. Galén. ISBN 978-80-7262-755-4.
16. KLÍMOVÁ, J., M. FIALOVÁ., (2015). *Proč (a jak) psychosomatika funguje*. ISBN 978-80-260-8208-8.
17. LANDISCHOVÁ, E., O. MATOUŠEK., & K. PALME., (2014). *Rodina s dítětem s postižením*. In MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. (Eds.). *Podpora rodiny: manuál*

- pro pomáhající profese.* (99-103). Praha: Portál. ISBN 978-80-2620697-2.
18. MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ., a kol., (2016). *Výchova ke zdraví.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
 19. MATOUŠEK, O., a kol., (2013). *Metody a řízení sociální práce.* 3. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
 20. MIHÁL, V., (1998). *Vybrané kapitoly z pediatrie II.* Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 807067850X.
 21. MIOVSKÝ, M., (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada. ISBN 8024713624.
 22. MIŠOVIČ, J., (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor.* Slon: Praha. ISBN 978-80-7419-285-2
 23. MULLER, O., a kol., (2014). *Terapie ve speciální pedagogice* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4172-7.
 24. PATTERSON, J. M. (2002). *Integrating Family Resilience and Family Stress Theory.* *Journal of Marriage and Family*, 64, 349-360.
 25. ROLFÍKOVÁ, M., M. VANČUROVÁ., (2020). *Mindfulness pro každého.* Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-1241-8.
 26. ROUPEC, P., (1997). *Vedení školy. Autoevaluace.* Praha: Raabe
 27. SEIFERT, ANG LEE., T. SEIFERT., P. SCHMINDT., (2022). *Aktivní imaginace.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1941-5.
 28. SINCLAIR, M., J. SEYDEL., (2015). *Všímavost.* Alferie. ISBN: 978-80-247-5554-0.
 29. STACKEOVÁ, D., (2011). *Relaxační techniky ve sportu,* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3646-4.
 30. TSCHUSCHKE, V., (2004). *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.
 31. VALENTA, M., a kol., (2001). *Herní specialista.* Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0345-5.
 32. VALENTA, M., P. HUMPOLÍČEK., (2017). *Hra v terapii.* ISBN 978-80-262-1190-7.
 33. VOJTOVÁ, H., (2023). *Trauma a disociace.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-2013-8.
 34. VOKURKA, M., (1994). *Praktický slovník medicíny.* Praha: Maxford. ISBN 80-85800-06-3.
 35. VYMĚTAL, J., (2003). *Lékařská psychologie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.
 36. VYMĚTAL, J., (2004). *Úzkost a strach u dětí. Jak jim předcházet a jak je překonávat.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-830-9.

37. ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ., J. ŠRÁMKOVÁ., (2007). *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.
38. ZARO, J, J., S. SALABERRI., (1995). *Storytelling: handbooks for the English clasroom*. Oxford, 1995. ISBN 0435282441.

Online zdroje:

1. *Amelie* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://www.amelie-zs.cz/> [cit. 2023-11-11].
2. Česká onkologická společnost, POSPÍCHAL., M., (2017). *Linkos*. [online]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologicka-pomoc/kdyz-nam-nekdo-blizky-onemocni/jak-se-starat-sam-o-sebe-a-vydrzet/> [cit. 2023-11-26].
3. Česká onkologická společnost, POSPÍCHAL., M., (2019). *Linkos*. [online]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologicka-pomoc/jak-mluvit/jak-mluvit-s-nekym-kdo-ma-rakovinu-ova-stranka/> [cit. 2023-11-25].
4. *Dobry Anděl* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://www.dobryandel.cz/> [cit. 2023-11-11].
5. Fakultní nemocnice v Motole. Nedatováno. *Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol*. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-ambulance/kliniky-detska-cast/klinika-detske-hematologie-a-onkologie-2-lf-uk-a-fn-motol/#uvod> [cit. 2023-11-17].
6. *HAIiMA* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://www.haima.cz/> [cit. 2023-11-11].
7. HANÁKOVÁ, Kateřina. *Aplikace technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici u dětí mladšího školního věku* Online. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. 2009. Dostupné z: <https://theses.cz/id/sg158o/>. [cit. 2024-04-01].
8. [HRDLIČKOVÁ – CINGROŠOVÁ, L., \(2013\). *Nádorová onemocnění u dětí. Šance dětem*](https://sancedetem.cz/autor/mudr-lucie-hrdlickova-roz-cingrosova) [online]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/autor/mudr-lucie-hrdlickova-roz-cingrosova> [cit. 2024-01-19].
9. INTERNATIONAL JOURNAL., (1991). *The Arts in Psychotherapy: Vol 18 Index & Table of Contents* [online]. Dostupné z: https://archive.org/details/sim_arts-in-psychotherapy_1991_18_index-contents/page/484/mode/2up [cit. 2023-02-08].
10. *Loono* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://www.loono.cz/blog/rizikove-factory-vzniku-rakoviny> [cit. 2023-11-11].

11. Masarykův onkologický ústav. Nedatováno. *Léčebné metody*. Dostupné z: <https://www.mou.cz/lecebne-metody/t1437> [cit. 2023-11-28].
12. MIHÁL, V., (2003). *Nemocné dítě a rodina mění se úloha rodiny v péči o nemocné dítě*. [online]. Dostupné z WWW: https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200304-0005_Nemocne_dite_a_rodina-meni_se_uloha_rodiny_v_peci_o_nemocne_dite.php [cit. 2024-01-22].
13. *Nadační fond Krtek* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://krtek-nf.cz/> [cit. 2023-11-11].
14. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Nedatováno, Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1390>. [cit. 2023-11-23].
15. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Nedatováno, Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1163-zhoubne-nadory-vznik> . [cit. 2024-01-20].
16. NOVOTNÁ, I., (2020). *Rizikové faktory vzniku onkologického onemocnění*. *Medicc – Spolu proti rakovině*. [online] Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/pece-o-sebe/rizikove-faktory-vzniku-onkologickeho-onemocneni/> [cit. 2023-10-05].
17. *ONKA* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <http://www.onka-sdruzeni.cz/cz> [cit. 2023-11-11].
18. *Pink bubble nadační fond* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://www.pinkbubble.cz/cz/uvod/> [cit. 2023-11-11].
19. *Storytelling* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://www.story-telling.cz/o-storytellingu> [cit. 2024-02-06].
20. *Šance Olomouc* [online]. Nedatováno. Dostupné z: <https://sanceolomouc.cz/> [cit. 2023-11-11].
21. ŠOCHMANOVÁ, Magdalena. *Využívání expresivních přístupů u osob s onkologickou diagnózou* Online. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. 2020. Dostupné z: <https://theses.cz/id/daugx4/>. [cit. 2024-04-01].
22. ŠTĚNIČKOVÁ, J., Nedatováno. *Mateřská a základní škola při FN Brno*. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/materska-a-zakladni-skola-pri-fn-brno/t4849> [cit. 2023-12-05].
23. Úplné znění č. 526/2002 Sb., *Úplné znění zákona č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (zákon o nadacích a nadačních fondech), jak vyplývá ze změn provedených zákonem č. 210/2002 Sb.* [online]. c2002 Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-526> [cit. 2023-12-2].

24. *Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách*) [online]. c2006 Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108> [cit. 2023-12-2].
25. ZDRAVOTNÍ KLAUN., Nedatováno. *Programy pro děti*. Dostupné z: <https://www.zdravotniklaun.cz/nase-programy/programy-pro-deti/>

SEZNAM ZKRATEK

Atd. – a tak dále

Atp. – a tak podobně

FN – fakultní nemocnice

KDO – klinika dětské onkologie

Např. - například

NF – nadační fond

Prof.- profesor

Tzn. – to znamená

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: doslovný přepis otázek

Tabulka č. 2: charakteristika výzkumného souboru

Tabulka č. 3: součet vypořizovaných cílů

SEZNAM PŘÍLOH

- A. Příloha č. 1a, pravidla KDO
- B. Příloha č. 1b, pravidla KDO
- C. Příloha č. 2, program imaginace – program 6

DOMÁCÍ RÁD

SPECIFICKÝ PRO KLINIKU DĚTSKÉ ONKOLOGIE FN BRNO / KDO /

Na KDO jsou hospitalizováni převážně pacienti s nádorovým onemocněním. U těchto pacientů je zvýšená náchylnost k infekčním onemocněním / imunita organismu je podlomena nejen vlastní chorobou, ale i nezbytnou protinádorovou léčbou/. Režim na KDO musí tyto skutečnosti zohlednit.

- Na Kliniku dětské onkologie je zakázán vstup osobám s akutním infekčním onemocněním / chřipka, opar, plané neštovice, apod./ a to z důvodu rizika přenosu infekce na pacienty KDO.
- **Denní režim lůžkové části**
 - 7-8 hod ranní hygiena, snídaně
 - 8-10 hod ranní vizita
 - 11-13 hod oběd
 - 13-15 hod odpolední klid**
 - 17-18 hod odpolední vizita
 - 18-19 hod večere, večerní hygiena
 - 20-7 hod noční klid**
- **Návštěvy** - dětem do 10 let je vstup na lůžkovou oddělení povolen jen po individuální domluvě s vedoucím lékařem oddělení, přednostou nebo zástupcem přednosty KDO.
Na odd. JIP 31 jsou povoleny návštěvy denně od 10 do 20 hod, **nejvýše 2 osoby u lůžka pacienta.**
Na odd. 23 jsou návštěvy denně od 10 do 20 hod, **nejvýše 2 osoby u lůžka pacienta.**
Na odd. JIP 7 jsou povoleny návštěvy denně od 10 do 20 hod, **nejvýše 2 osoby u lůžka pacienta.** Pacienty v transplantačním programu lze navštěvovat omezeně, po dohodě s vedením KDO a ošetřujícím lékařem.
- **Celodenní pobyt doprovodu** – rodič pobývá s dítětem u lůžka celodenně, není ubytován, ve večerních hodinách odchází domů. Dbá pokynů ošetřujícího personálu.

- **Hospitalizovaný doprovod pacienta** pečuje o dítě během hospitalizace, dbá pokynů ošetřujícího personálu. Ubytování doprovodu na oddělení je z prostorových důvodů možné pouze u malých dětí (do 3-4 let) na odd.23 a JIP 7, jinak je doprovod ubytován na společné ubytovně rodičů FN Brno zde v areálu. Podrobnější informace o stravování, platbách, možnostech vystavit pracovní neschopenku apod. získáte od personálu a z „Pokynů průvodce hospitalizovaného dítěte“, které obdržíte u příjmu. Vyjimku z výše uvedených omezení může udělit vedoucí lékař oddělení po domluvě s ošetřujícím lékařem.
- O povolení vycházek rozhoduje lékař, při odchodu prosím **uvědomte ošetřující sestru**. Vycházky jsou povoleny pouze v areálu nemocnice.
 - Pokud odcházíte sami z oddělení /oběd, na kávu.../ **uvědomte prosím ošetřující sestru a zabezpečte postýlku dítěte.**
 - **Dodržování pořádku na pokojích – uložení osobních věcí do příslušných skříněk a stolečků / okenní parapet není odkládací plocha, rampy slouží k uložení přístrojů /.**
 - Pročítání a dodržování zákazu vstupu do čajové kuchyňky.
 - Omezení telefonování na pokojích, ruší to ostatní pacienti
 - Lednice, mikrovlnná trouba, automaty s horkou vodou / na kávu a čaj / a studenou vodou jsou pro vás k dispozici na každém našem oddělení. Personál vás seznámí s jejich umístěním.
 - Prosim, aby se hospitalizovaný doprovod s dětmi **NEZDRŽOVAL NA CHODBĚ ODDĚLENÍ**. Pro zábavu dětí slouží na odd. 23 herna, kde je nutný doprovod rodičů nebo učitelů. Při odchodu z herny **uklidíte prosím hračky na své místo**. Od 20:00 je herna uzavřena.
 - Minimalizujte průchod z oddělení. Neustálé otvírání a zavírání dveří přispívá ke zvýšenému riziku nosokomiálních /nemocničních/ nákaz, způsobuje hluk a odvádí ošetřující personál od péče o nemocné.
- Děkujeme.**

V Brně 11.4.2016

Bc.Martina Petlachová
Vrchní sestra

Prof.MUDr.Jaroslav Štěrba, Ph.D.
Přednosta KDO

MUDr.Peter Múdry, Ph.D.
Primář KDO

Postup imaginace – Program 6

Pomůcky:

- Příběh z knihy: Pod nohama cítíš stébla trávy (str.
 - Voda v rozprašovači
 - Hudba: zvuk moře, zvuk ptáků, relaxační hudba
-

96

POTÁPĚNÍ

CESTY DO SVĚTA POHÁDEK

Jsi na pláži malého zeleného ostrůvku –
daleko od každodenního života –
všude vládne ticho a klid – kolem tebe – v tobě –
před tebou se lákavě třpytí vodní hladina –
je teplo, táhne tě to k vodě –
vklouzneš do vody –
jako mávnutím kouzelného proutku máš pocit, že nic nevážíš –
můžeš plavat – potápět se jako ryba –
voda je teplá – nádherně teplá –
zvolna se potápíš hlouběji –
plaveš jako ryba – sebejistě a lehce –
cítíš lehkost, pohodu a bezpečí –
kolem tebe se rozprostírá ticho –
cítíš, jak voda lehce omývá tvé tělo –
všude kolem tebe jsou ryby –
hejna pestrobarevných, třpytivých rybek –
mnoha tvarů a barev –
vidíš korálové útesy, zelené rostliny, řasy –
potápíš se až ke dnu –
tolik toho vidíš –
tvé tělo je lehké a čilé –
kloužeš vodou, díváš se a díváš –
pozvolna se zas vynořuješ –
nad tebou je světlo – vidíš člun –
vyšvihneš se dovnitř – ležíš na dně –
na dřevěném dně – *vnímáš tíhu, teplo a vyrovnanost –*
tvůj dech je klidný –
cítíš naprostý klid a uvolnění –