

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Postoje rodičů ke vzdělávání hospitalizovaných dětí v nemocnicích

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Kateřina Kašparová

Studijní program: B7506- Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Kateřina Kašparová

Studium: P13992

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: **Postoje rodičů ke vzdělávání hospitalizovaných dětí v nemocnicích**

Název bakalářské práce AJ: Parental attitudes to educating hospitalized children

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou vzdělávání hospitalizovaných dětí a přínosu této podpory nemocného dítěte z pohledu rodičů. Prostřednictvím rozhovorů a dotazníkového šetření, bude zjišťován názor rodičů, na přínos školy při nemocnici pro hospitalizované děti a jejich rodiče v oblasti zabezpečení kontinuity vzdělávání, prevence zameškání učiva a udržení psychické podpory.

- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, c2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8. - SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333. - ZELINKOVÁ, Olga. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: [nástroje pro prevenci, nápravu a integraci]. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 207 s. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 978-807-3673-260.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Oponent: PhDr. Lenka Neubauerová

Datum zadání závěrečné práce: 27. 1. 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem veškerou použitou literaturu.

V Hradci Králové, dne 23. Března 2017

Kašparová Kateřina

Poděkování

Poděkování patří PhDr. Miroslavě Javorské, Ph.D za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a vstřícnost. Dále děkuji svým respondentům, kteří se mnou spolupracovali a poskytli mi své odpovědi pro mé výzkumné šetření.

ANOTACE

KAŠPAROVÁ, Kateřina. *Postoje rodičů ke vzdělávání hospitalizovaných dětí v nemocnicích*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 59 s. Bakalářská práce

Bakalářská práce se zabývá problematikou vzdělávání hospitalizovaných dětí, a jak je tato podpora nemocného dítěte přínosná z pohledu rodičů. Prostřednictvím dotazníkového šetření, je zjištěn názor rodičů, na přínos školy při nemocnici pro hospitalizované děti a jejich rodiče v oblasti zabezpečení kontinuity vzdělávání, prevence zameškání učiva a udržení psychické podpory.

Klíčová slova: nemoc, hospitalizace, vzdělávání při nemocnici, herní terapie

ANNOTATION

KAŠPAROVÁ, Kateřina. *Parental attitudes to educating hospitalized children*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 59 s. Bachelor thesis.

The bachelor thesis will deal problematic of education children which are staying in hospital and benefit this support of sick child from the perspective of parents. Through of questionnaires will be find out opinion of their parents on benefit of hospital school for hospitalizing children and their parents in the area securing the continuity of education, prevention of missed subject matter and maintaining psychological support.

Keywords: disease, hospitalization, education at hospital, play therapy

OBSAH

ÚVOD	9
1 ZDRAVÍ A NEMOC	10
1.1 Vymezení pojmů zdraví a nemoc	10
1.2 Dělení nemocí	11
2 DÍTĚ A NEMOC	13
2.1 Nejčastější onemocnění dětí.....	13
2.2 Specifické psychické potřeby nemocných dětí	14
2.3 Rodič dítěte	16
2.4 Nejpoužívanější vyšetřovací metody	18
2.5 Hospitalizace dětí	19
3 SPECIFIKA PŘI VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ VE ŠKOLÁCH PŘI NEMOCNICI	21
3.1 Organizace škol.....	21
3.2 Historie a legislativní vymezení škol při zdravotnickém zařízení	22
3.3 Mateřská škola při nemocnici	24
3.4 Základní škola při nemocnici a školní družina.....	25
3.5 Specifika výchovně vzdělávací práce ve školách při nemocnici	26
3.6 Profil speciálního pedagoga fungujícího v nemocnici.....	26
4 HERNÍ TERAPIE	28
4.1 Vymezení pojmu	28
4.2 Vznik a vývoj herní terapie ve Velké Británii.....	28
4.3 Herní terapie v ČR.....	29
4.4 Metody práce využívané při herní terapii	30
4.5 Vymezení profese herního specialisty.....	31
4.6 Vliv herní terapie na psychiku hospitalizovaného dítěte	32
PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 ÚVOD	35
5.1 Metoda sběru dat	35
5.1.1 Dotazníkové šetření.....	35
5.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	36
5.3 Výběrový soubor	37
5.3.1 návratnost dotazníků	41
5.4 Analýza a interpretace výsledků	41

5.5 Shrnutí výzkumu	53
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58

ÚVOD

V posledních letech se v našich nemocnicích postupně začalo měnit prostředí a přístup k dětem a také jejich rodičům. Vznik nových prostor nabízí nejen více soukromí, ale také možnost hry a jejich vzdělávání. Zároveň se také výrazně zkracuje délka hospitalizace dětí, avšak i přesto se děti obávají, co je v nemocnici čeká, a mají strach z neznámého prostředí. V rámci hospitalizace tak potřebují sociální oporu a možnost zachovat si alespoň část svého života, které dosud vedly mimo nemocnici. Právě z tohoto důvodu je nyní snahou jim během hospitalizace zajistit možnost účastnit se vzdělávacích programů a herních terapií. Právě herní terapie poskytuje jinou péči než jen lékařskou a poskytuje tak dětem pocit naděje a opory.

Cílem této práce je poskytnout ucelené informace nejen o nemoci dětí, jejich psychických potřebách a rodičích, ale také o systému vzdělávání při nemocnicích a jejich legislativní ukotvení.

Bakalářská práce je členěna do čtyř ucelených kapitol a je rozdělena na dvě části. V teoretické části práce budou zařazeny tři kapitoly, které se zabývají výše uvedenou problematikou. První kapitola se bude zabývat obecně pojmem nemoc a zdraví. Druhá kapitola se bude zabývat nemocí a dítětem. Součástí kapitoly budou podkapitoly zaměřené na psychické potřeby dětí, nejčastější důvody hospitalizace u dětí, nejběžnější vyšetřovací metody a také podkapitoly zaměřující se na rodiče dítěte. Následující kapitola se bude zabývat systémem speciálního vzdělávání při zdravotnických zařízeních. Bude nastíněna nejen historie škol u zdravotnických zařízení, ale také potřebná legislativa, organizace škol a budou vymezeny mateřské, základní školy a školní družiny jako zařízení při nemocnicích. Poslední kapitola teoretické části se zaměří na herní terapii. Herní terapie bude představena jako pojem, následně pak bude popsána její historie, metody práce a také dojde k vymezení specifík herního specialisty.

Poslední kapitola práce je zaměřena na praktickou část práce. Právě rodiče jsou důležitou součástí hospitalizace, na což bude zaměřena praktická část práce. Cílem praktické části bude zjistit, jaký mají rodiče postoj na vzdělávání ve školách, které působí při nemocnicích, čímž by mělo dojít k doplnění literární rešerše.

1 ZDRAVÍ A NEMOC

Vzhledem k zaměření této bakalářské práce je nutné si nejprve v úvodu uvést definici a vymezit si tak základní pojmy, které budou součástí celé práce. Bude tedy definován nejen pojem zdraví, ale také nemoc a zároveň budou nemoci rozčleněny dle toho, jaká je délka jejich trvání.

1.1 Vymezení pojmů zdraví a nemoc

Definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: *„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“* (Velemínský, M. a kol., 2005, s. 55). Zdraví je vnímáno jako hodnota, která velmi ovlivňuje kvalitu života člověka. Jedná se nejen pouze o člověka samotného, ale také o prostředí, ve kterém jedinec žije. *„Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů.“* (Velemínský, M. a kol., 2005, s. 55). Nemoc lze samozřejmě definovat také jinak. Můžeme ji vnímat jako narušení rovnováhy mezi organismem jedince a prostředím, jelikož právě v této chvíli dochází k různým anatomickým a funkčním změnám v organismu. (Jonášková, V. in Müller, O. 2001)

Za vznikem nemocí je mnoho činitelů, které můžete zařadit do různých skupin (Velemínský, M. a kol., 2001):

- Zevní vlivy- jedná se o fyzikální, chemické, bioklimatické, špatná výživa či působení mikroorganismů apod.).
- Vnitřní vlivy- jde o například o vývojové fáze jedince, dědičnost, vrozené vady apod.).
- Nesprávná odpověď organismu- například porucha imunity.
- Psychogenní příčina- hovoříme zejména o dlouhodobém stresu, což je typické u psychosomatických onemocnění apod.).
- Esenciální a sekundární forma nemoci- esenciální forma nemoci je prvotní onemocnění, které má velmi nejasnou etiologii a vše se odvíjí až od sekundární formy nemoci, což je přímý důsledek např. prvotní onemocnění ledvin (esenciální onemocnění), které může následně způsobit hypertenzi.

Abychom zjistili, která škodlivina na jedince působí, jak dlouho již na něj působí, na jakém místě, popřípadě v jakém stavu je organismus jedince, je zejména důležité zjistit účinky a projevy choroboplodných příčin. Dle toho, jaké změny příčiny vyvolají, dělíme stavy na (Renotierová, 2002):

- Regresivní a metabolické změny,
- Progresivní změny,
- Poruchy oběhu krve a lymfy,
- Záněty,
- Nádory,
- Vývojové úchytky a změny.

„Zdraví (i nemoc) jsou výslednicí vzájemných vztahů mezi organizmem, psychikou a osobností jednotlivce a mezi takto celistvě pojatým jednotlivcem a jeho prostředím.“
(Velemínský, M. a kol., 2005, s. 30).

1.2 Dělení nemocí

Dělení nemocí dle délky je důležité zejména z pohledu výchovně vzdělávací činnosti. Krátkodobá (akutní nemoc) se vyznačuje zejména krátkým a nenáročným průběhem, které je jedinec schopen zvládnout domácí léčbou. Pokud se takový typ nemoci objeví u dětí, je možná hospitalizace, ale jen na několik dní, a to zejména z důvodu diagnostických či drobných chirurgických zákroků. I přestože je výchovně vzdělávací péče značně omezená v případě hospitalizace, jedná se o podpůrnou funkci péče.

U dlouhodobých nemocí, které jsou spojeny s pobytem ve zdravotnickém zařízení, roste také význam výchovně vzdělávací péče a celkově její postavení vzhledem k další péči (lékařské, psychologické apod.) v systému ucelené rehabilitace, která je vyžadována hlavně při péči o nemocné dítě, jelikož se neustále mění. Dlouhodobé nemoci jsou buď recidivující, nebo naopak se jedná o nemoci chronické. Pokud je nemoc recidivující, vyznačuje se opakováním alespoň třikrát ročně. Chronické nemoci oproti tomu působí na orgánech a systémech závažné změny. Pro chronickou nemoc je také typický dlouhodobý průběh v délce alespoň tři roky. U chronické nemoci se střídají stavy remise (chronické příznaky nejsou zřejmé) a s obdobím kolapsu (příznaky se opět vyskytují). Autorka Renotierová (2002, s. 47) tvrdí: *„Čím dříve se podaří zařadit změny spojené s*

onemocněním do každodenního režimu, tím dříve lze žít plný život, který jistě nebude dosahovat původní kvality, v některých se však může rozvinout do nepředpokládané úrovně. Někdy zůstávají po prodělané nemoci různé následky, které více nebo méně ovlivňují jeho výchovu, pracovní a společenské uplatnění.“ Chronické onemocnění je náročné nejen pro nemocného, ale také pro jeho rodinu a ošetřující tým. „Chronicky nemocné dítě často mění vztahy v rodině vůči němu, ale i všech jedinců vůči sobě, tzn. „narušuje rodinu“. Zpětně zase nevhodná rodina zhoršuje zdravotní stav dítěte, a to jak v oblasti somatické, tak i v oblasti psychické a sociální.“ (Jonášková, V. in Müller, O. 2001, s. 105).

2 DÍTĚ A NEMOC

Následující kapitola se zaměří zejména na děti a jejich onemocnění. Popíšeme si nejen nejčastější onemocnění dětí, ale také specifické potřeby zdravotně znevýhodněných dětí. Vzhledem k vymezení práce se zaměříme také na specifika vzdělávání u dětí školního věku. V neposlední řadě si představíme rodiče nemocného, jeho situaci a definujeme si nejpoužívanější vyšetřovací metody, které jsou u dětí potřeba. Podle nemoci dítěte je vždy nutné zvolit tu nejvhodnější a nejšetrnější, jelikož by to mohlo mít vliv na jejich psychiku, čímž se zabývá poslední kapitola.

2.1 Nejčastější onemocnění dětí

„Nemoc dítěte je pro rodiče stresovou situací. Způsob, jakým ji rodiče zvládají a jak na ni reagují, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude nemoc pro dítě. Reakce rodičů se mohou měnit podle toho, jak choroba dítěte probíhá“ (Vágnerová 1999).

Nemoc je vždy pro dítě opravdu velmi stresovou záležitostí. Každé dítě má zkreslenou představu o tom, jaké je jeho tělo uvnitř, tudíž i jeho představa o nemoci či bolesti může být zkreslená. Z tohoto důvodu je potřeba zjistit, co si pod nemocí dítě představuje a podle čeho ji poznává a také jak určuje příznaky. S dítětem školního věku se dá o všem popovídat a dá se zjistit, jak se cítí a jaká nemoc u něj zřejmě propukla. (Javůrková, 2002)

Při vzniku onemocnění je potřeba brát v úvahu somatické, psychické a sociální faktory. (Vágnerová 1999)

Mezi nejčastější onemocnění, díky kterým jsou děti přijímány k hospitalizaci, jsou (Valenta 2001):

- Záněty plic (jedná se o velmi závažné onemocnění u dětí, mají teploty, namáhavě dýchají, kašlou či mají bolest hrudníku).
- Akutní zánět hrtanu (zánětlivé onemocnění hrtanu, které vede k otoku sliznice a následně dusí dítě, nemoc se často vykytuje na jaře nebo na podzim).
- Akutní zánět průdušek (vede k otoku sliznice a vysoké tvorbě hlenu, zpočátku se projevuje jako suchý a dráždivý kašel, poté se změní ve vlhký a produktivní).
- Zánět středního ucha (velmi často je to následek rýmy, kdy se infekce rozšířila do nosohltanu a před sluchovou trubicí došla až ke středoušní dutině).

- Průjmová onemocnění (nemoc provází zejména nechutenství, neklid, zvracení či zvýšené teploty, dítě pak není schopno v sobě udržet žádnou stravu a stolice je řidší).
- Febrilní křeče (záchvaty provází horečka a velmi často k nim dochází nenadále bez předchozího onemocnění, nemocný má pak křeče po celém těle, může se objevit i zvracení, třesavka či neklid).
- Infekce močových cest (jedná se o velmi časté onemocnění u dětí a šíří se krevní cestou či přes močovou trubici, postihuje buď ledviny, což se projevuje vysokou teplotou, bolestí při močení, bolestí zad nebo břicha, také postihuje močový měchýř, ovšem má mírnější projevy).

V dnešní době se velmi často setkáváme v nemocnicích s dětmi po chirurgickém zákroku. Jedná se většinou o úrazy končetin nebo otřes mozku. Také je častá akutní apendicitida, což vyžaduje okamžitý zákrok. Z plánovaných zákroků se jedná zejména o operaci kýly, krčních či nosních mandlí nebo urologické zákroky. Ostatní onemocnění se pak vyskytují velmi málo, nebo se jedná o onemocnění se specializovanou péčí, kterou již poskytují specialisté. (Valenta 2001)

2.2 Specifické psychické potřeby nemocných dětí

Dětství je období spojené s elánem a radostí, bohužel ne všechny děti mohou prožít zcela bezstarostné dětství plné radostí. Některé děti jsou bohužel smrtelně nemocné či chronicky postižené. V průběhu nemoci má dítě stejné potřeby, jaké by mělo v případě, že by bylo zcela zdravé, avšak mění se zejména prioritita potřeb a také důležitost jejich uspokojování. Nejvíce jsou ohroženy psychické potřeby dítěte. Velmi výrazný je pocit ohrožení, malé děti se totiž nebojí nemoci jako takové, ale zejména lidí okolo sebe – doktorů, zdravotníků apod. a také bolestivých zákroků. Děti nejsou schopny pochopit, že zákroky jsou prováděny, aby jim bylo v budoucnosti lépe, prožívají bolest nyní a toho se velmi obávají.

Mezi základní psychické potřeby dle Langmeiera a Krejčřové (2006) patří zejména:

1. Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů

Uspokojení této potřeby umožní to, že bude organismu dítěte naladěno na žádoucí úroveň aktivity. V době nemoci jsou tyto aktivity a podněty velmi redukovány. Dítě nemůže vyhledávat podněty v okolí, jelikož je omezeno nejen v pohybu, ale také v možnosti poznávat. Bariérou může být také okolí dítěte, které mu brání poznávat okolí a nové podněty mimo prostory nemocnice či domova. Aby tato potřeba byla adekvátně uspokojena, je potřeba z hlediska zdravotníků často na dítě mluvit, zajímat se o jeho hračky, knížky, aktivizovat ho k jakékoliv činnosti a také ho seznámit s jinými dětmi. (Šamánková, 2011)

2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech

Aby byla tato potřeba uspokojena, je nutné zachovat stále podněty a podmínky učení. Z důvodu nemoci se velmi mění okolí a prostředí dítěte, a také rodiče mají obavy sdělovat dětem pravdivé informace, což děti vždy vycítí. Děti pak velmi často nechápou dané situace a prožívají pocity apatie, uzavřenosti, strachu, beznaděje či ztráty důvěry v dospělého jedince. V průběhu ošetrovatelské péče je potřeba dětem vždy dopředu sdělit, na jaké zákroky půjde, z jakého důvodu je to potřeba a ukázat mu dle věku pacienta, že není důvod se bát a věnovat pozornost jeho otázkám. (Šamánková, 2011)

3. Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů

Tato potřeba se uspokojována zejména z důvodu vývoje osobnosti dítěte a také dávají dítěti pocity jistoty. Během nemoci je nutné dítě ujišťovat o tom, že ho rodiče mají rádi a že neztrácí jeho lásku, ale naopak jsou tady vždy pro něj a podporují ho ve vyšetřeních, které musí podstoupit. Avšak je nutné si uvědomit, že se nejedná o povolení ve výchově dítěte, jelikož by si pak dítě mohlo osvojit nemoc jako únik před stanovenými pravidly. U dospívajících jedinců má naopak velký význam nejen rodina, ale hlavně kontakt s vrstevníky a udržení sociálních vazeb a vztahů. Z hlediska zdravotnické péče je na místě povzbuzovat rodiče k fyzickému kontaktu s dětmi a také k naslouchání dítěte. (Šamánková, 2011)

4. Potřeba identity

Jedná se o potřebu společenského uplatnění a společenské hodnoty. Tato potřeba slouží jako výchozí bod pro uvědomění si vlastního já, což je podmínkou k tomu, abychom si

osvojili společenské role a životní hodnoty. Bohužel v průběhu nemoci dochází k tomu, že je pozornost zaměřena spíše na negativa nemoci. Zdravotnický personál by měl obrátit pozornost zejména na schopnosti a dovednosti, kterými dítě disponuje a pokusit se mu pomoci se zájmy, kde tyto dovednosti a schopnosti uplatní i v průběhu léčby. Také by mělo docházet k oceňování kvalit dítěte. (Šamánková, 2011)

5. Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy

Tato potřeba je individuální u každého jedince a stoupá spolu s věkem. V době, kdy je dítě nemocné, tak není možné zastavit také vývoj dítěte, ale naopak je nutné dítě povzbuzovat, že to určitě bude v budoucnosti lepší a bude se moci vrátit ke svému běžnému životu. Právě tato perspektiva mu pomůže získat naději ke zlepšení stavu. Ovšem pokud je dítě nemocné opravu vážně a není zde vidina uzdravení, nemělo by se klamat, ale ukázat mu jeho budoucí možnosti i v rámci jeho omezení. Lékařský personál by měl spolu s rodiči hledat různé možnosti a perspektivy, které dítě díky nemoci ztrácí. (Šamánková, 2011)

2.3 Rodič dítěte

Hospitalizace je pro dítě traumatizující událostí, ať už se jedná o dlouhodobý pobyt v nemocnici či naopak o krátkodobý pobyt. Pokud je rodič v situaci, že se nemůže postarat o své dítě, má pocit selhání a období jeho hospitalizace je pro něj stresující. Odborníci nikdy nenahradí péči rodiny a nejsou schopni zajistit individuální přístup a naplnit veškeré jeho potřeby. Rodič je vždy základní a nenahraditelný zdroj jistoty, který poskytuje pocity bezpečí a lásky. Během hospitalizace nelze rodiče vynechat z celkové péče o dítě, jelikož se jedná o zákonné zástupce a také mají za dítě odpovědnost. Je tedy potřeba rodiče zapojit do ošetrovatelského procesu v jeho plné míře. (Sedlářová, Vlachová, Řezníčková, 2008)

Dunovský (In Sedlářová, Vlachová, Řezníčková, 2008, s. 20) uvádí, že „*V dnešní době již sestra pracující na dětském oddělení nemocnice nemusí hospitalizovanému dítěti nahrazovat matku. Naopak, její role je zásadním způsobem rozšířena, stává se ještě větší profesionální výzvou. Spočívá ve společné práci, v práci po boku rodiny, která má nemocné dítě.*“ Taková změna v přístupu o nemocné dítě pak sebou přináší potíže a zdravotnický personál se s tím musí vyrovnat, naučit se nové dovednosti, zvyky a péče se

již netýká pouze hospitalizovaného dítěte, ale také celé jeho rodiny. (Sedlářová, Vlachová, Řezníčková, 2008)

Vzhledem ke všemu výše uvedenému, je vždy nutné zajistit kvalitní spolupráci s rodinou nemocného dítěte, respektovat jeho práva v plném rozsahu a také respektovat roli rodiny v jeho životě s prosazováním jeho zájmů. Právě proto byla v roce 1993 vyhlášena Charta práv dětí v nemocnici, ve které je uvedeno několik zásadních podmínek úspěšné spolupráce mezi rodiči a zdravotnickým personálem. Jedná se o:

- **Umožnit rodičům pečovat o své dítě po dobu hospitalizace**

Rodiče nejsou považováni pouze jako návštěva, ale jednomu z nich by mělo být vždy umožněno pečovat o dítě v plné míře, jak jen je to možné v rámci ošetrovatelského procesu. Avšak ne všechna oddělení mají takovou možnost, aby se rodiče o dítě starali v průběhu celého dne. V nejlepším případě je vždy jeden z rodičů ubytován spolu s dítětem přímo na pokoji. Pokud není tento způsob možný, je rodič ubytován v ubytovně při nemocnici, pokud ovšem nemocnice takovou ubytovnu má k dispozici. (Sedlářová, Vlachová, Řezníčková, 2008)

- **Přijmout rodiče jako rovnocenné partnery**

Vždy je potřeba zachovat rodičům jejich práva a rodičovské role, jelikož v domácím prostředí je úkolem rodiče dítě chránit a udělat pro něj jen to nejlepší. Avšak v nemocnici je tato péče omezena. Rodiče se stávají pasivními pozorovateli a nemají možnost ovlivnit to, co se kolem dítěte děje. Mají pocit, že jsou zbyteční a že nyní nejsou potřeba. Z tohoto důvodu je nutné, aby byl zdravotnický personál vstřícný a působil na rodiče přátelským dojmem. Rodiče se pak uklidní a jsou schopni spolupracovat v rámci ošetrovatelského procesu. Samozřejmě se někdy stane, že rodiče reagují nepřiměřeně a jsou ve stresu, což lze pochopit a je nutné k rodičům přistupovat se vší obezřetností. (Sedlářová, Vlachová, Řezníčková, 2008)

- **Umožnit rodičům ovlivnit režim a ošetřování dítěte**

Vždy je zásadní umožnit individuální přístup a také snaha vyhovět rodičům v jejich prosbách, které vysloví. Samozřejmě ne vždy je to možné, avšak je potřeba s rodiči konzultovat stravovací návyky, denní režim, spánek, hygienické zvyklosti a třeba oblíbené

hračky. Také je důležité rodičům vysvětlit, proč musí dítě podstoupit určitá vyšetření a jak to bude probíhat. (Sedlářová, Vlachová, Řezníčková, 2008)

- **Poskytnout rodičům srozumitelné informace a v případě potřeby je zopakovat**

Nejdůležitější v rámci hospitalizace dítěte je poskytnout rodičům srozumitelné informace a opakovat jim všechny důležité informace i několikrát za sebou. Komunikace musí být jasná a bez využití odborných názvů, tak aby to rodiče pochopili. Na místě je také dát rodičům najevo, že se nemusí bát se kdykoliv zeptat či ujasnit si, pokud něčemu nerozuměli. (Sedlářová, Vlachová, Řezníčková, 2008)

2.4 Nejpoužívanější vyšetřovací metody

Děti nejsou hospitalizované pouze kvůli onemocnění, ale také z důvodu nutností odborných vyšetření, které musí absolvovat. Děti se vždy zajímají o svou nemoc, proč jedou do nemocnice, co tam budou dělat a kdy pojedou domů. Je důležité jim nic netajit a mluvit s nimi vždy upřímně. „*Velmi důležitou zásadou je, neříkat dítěti nic nepravdivého. Když totiž dítě pak pozná pravý stav věcí, znamená to pro ně mnohem těžší duševní otřes, než když mu včas a šetrně řekneme pravdu celou. Předběžné informace mají být přizpůsobeny chápavosti dítěte*“ (Matějček, 2001, s. 55). Právě zde je místo herního specialisty, který pomůže rodičům a zdravotnickému personálu objasnit vyšetření a projevy nemoci.

Jedná se zejména o různé odběry:

- Neinvazivní- výtěry z hrdla, stěr z kůže, odběr moče, slin atd. Odběry jsou nebolestivé, jejímž účelem je prokázat přítomnost či nepřítomnost bakterií, aby mohla být v případě pozitivního nálezu cíleně zvolena správná léčba.
- Invazivní- odběry krve, punkce močového měchýře, kostní dřeně, lumbální punkce atd. Při těchto odběrech se odebírají příslušné vzorky, aby se potvrdila nebo vyloučila určitá onemocnění. Právě zde je velmi důležitá připravenost dítěte. (Mareš, 1997)

Při léčbě jsou také velmi častá tyto vyšetření:

- rentgenologická vyšetření RTG- irigografie, vylučovací urografie, mikční cystourethrografie,
- ultrazvuková vyšetření UZ- jednoduché bezbolestivé vyšetření, pomocí kterého vyšetřit celé tělo,
- počítačová tomografie CT – rentgenová metoda, která zobrazuje příčné vrstvy těla,
- endoskopická vyšetření- esophago- gastro- duodenoskopie, rektoskopie, kolonoskopie, pomocí endoskopů, lze proniknout a nahlédnout přímo do sliznice zažívacího traktu a sliznice tlustého střeva. (Lebl, 2014)

Do dalších běžných metod se řadí také měření tlaku, měření tělesné teploty, aplikace léků (nitrožilně), což může u dětí vyvolávat paniku. (Lebl, 2014)

2.5 Hospitalizace dětí

Desatero hospitalizovaného dítěte

1. Měj ke mně úctu jako k člověku.
2. Zajímej se o mě upřímně.
3. Povídej mi o lidech v nemocnicích, o provozu oddělení.
4. Nejdříve mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš.
5. Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Věnuj mi teplý lidský vztah.
7. Můžeš mi cokoli říct i přikázat, ale vyslechni mě.
8. Nauč mě něco nového.
9. Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.
10. Zkus vidět situaci mýma očima.

(Krák, In Plevová et Slowik, 2001)

„Obecně platí, že na pobyt v nemocnici, by mělo být dítě připraveno. A nejen dítě, připravení musí být i jeho rodiče“ (Matějček, 2001, s. 29). Umístění nemocného dítěte do nemocnice, je za každé situace považováno za zásah do jeho denního režimu. Dítě ztrácí nejen oporu a pocit bezpečí, ale také se cítí opuštěno, což má velký vliv na jeho psychický stav. Ovšem umístění do nemocnice je vždy krok, který je v léčbě zásadní, důležitý a děti

jsou do nemocnice přijímány jen v nejnútnejších případech. Úspěšný boj s nemocí a rychlý návrat domů má pro dítě velký význam, jelikož pokud je dobrá jeho tělesná kondice, pak je velký předpoklad, že dojde k postupnému duševnímu uzdravení. (Matějček, 2001)

Čím je dítě starší, tím více je snadnější mu vysvětlit důvody, proč musí pobývat v nemocnici. Některé děti si na pobyt v nemocnici zvykají rychle a berou to jako způsob hry, ovšem u jiných naopak panuje pocit strachu a dožadují se návratu zpět domů do rodinného prostředí. (Matějček, 2001)

„Každé dítě je samostatnou osobností a je přirozené, že každé bude vyhlídkou na pobyt v nemocnici trochu jinak zasaženo. Záleží přitom na jeho věku a vyspělosti, na jeho předchozích zkušenostech s nemocí a s lékaři, záleží však i na tom, jaké návyky a postoje si osvojilo, jak je samostatné, jak se dovede přizpůsobovat novým situacím a jak umí snášet nepříjemnosti-zkrátka, jak je vychováno“ (Matějček, 2001, s. 34).

Už v minulosti přišli lékaři na to, že děti pobývající dlouhodobě v nemocnici se neuzdravují tak, jak by se očekávalo a také jejich léčba není úspěšná. Po určité době děti ztrácí zájem o dění kolem sebe, jsou unavené, stále leží na lůžku a celkově již nejsou aktivní v různých činnostech, tak jak tomu bylo doposud. Tento jev či projevy chování jsou považovány za „nemocniční nemoc“, pro kterou se pak v průběhu zkoumání ustálil název hospitalismus. Aby se však zamezilo této nemoci, začala se postupně zavádět humanizovaná léčebná péče. Jejím hlavním cílem je především uplatnit novodobé poznatky získané z vývojové a klinické psychologie v provozu nemocnice. Nemocnice tak není pouze místem, kde je dítě pouze léčeno, ale stává se také místem výchovy, vzdělávání a psychologické péče. (Plevová, 1997)

S tímto souvisí také herní specialista, který přichází zejména z důvodu pomoci dětem usnadnit jim jejich dočasnou životní situaci a pomáhá tak nejen zdravotnímu personálu, ale také pedagogům či rodičům. Více o herním specialistovi bude uvedeno v poslední kapitole teoretické části práce. (Valenta, 2001)

3 SPECIFIKA PŘI VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ VE ŠKOLÁCH PŘI NEMOCNICI

Níže uvedená kapitola bude zaměřena zejména na specifika ve vzdělávání dětí během jejich hospitalizace. Kapitola se zaměří na organizaci škol, specifika výchovně vzdělávací práce škol při nemocnici, jejich vymezení a historické zasazení. Také budou zmíněna specifika speciálního pedagoga, který vyučuje právě přímo v nemocnicích nebo ve školách při nemocnici.

3.1 Organizace škol

Nemocnice již není pouze místem léčby, ale také prostředím pro výchovu dítěte. Medicína spolu se školstvím došly k závěru, že je léčebný proces efektivnější a přínosnější, pokud je dítě ve stavu psychické pohody a není fixováno pouze na nemoc. Hlavním smyslem zřizování škol při nemocnicích je pomáhat nemocným dětem snadněji překonat dobu jeho hospitalizace a snažit se tak udržet nejen jeho fyzické, ale zejména psychickou pohodu. Cílem je, aby se děti po hospitalizaci vrátily zpět do svých domovů a do škol. (Vítková, In Pipeková, 2006)

Pro nemocné děti se zřizují nejen mateřské školy při nemocnicích, ale také školy při nemocnicích, které patří do skupiny škol při zdravotnických zařízeních, kam vedle nemocnic řadíme také dětské léčebny a ozdravovny. Poprvé se o těchto školách zmiňuje tehdejší školský zákon, zákon č. 29/1984 Sb. Nyní jsou školy zřizovány podle platného školského zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Z toho pak vychází vyhláška č. 27/2016 sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Školy při zdravotnických zařízeních spadají do systému speciálních škol, speciálního školství. Hospitalizované děti spadají do skupiny dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Od školního roku 2005/2006 se děti předškolního věku vzdělávají podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (2004), což je kurikulární dokument státní úrovně platný pro veškeré předškolní vzdělávání. Vzdělávání dětí se speciálními potřebami probíhá na základě školních vzdělávacích programů podle potřeb jednotlivých dětí, avšak vychází z rámcových cílů a záměrů, které jsou společné pro všechny děti (RVP PV 2004). Na základě školních vzdělávacích programů si vždy každý

pedagog vytváří individuální třídní program na základě specifík třídy a přizpůsobuje se tak typu onemocnění dětí. (Plevová 1997)

Do nemocnice je dítě přijato z důvodu jeho léčby, z čehož vyplývá, že základním smyslem je léčebný režim, pak až nastupuje vzdělávání a výchova dítěte. Režim školy se tedy vždy podřizuje léčebnému programu dítěte. Z hlediska pedagogiky je vždy potřeba zajistit výchovu a vzdělávání dítěte bez ohledu na to, jak dlouho bude hospitalizováno. Rozsah a organizaci výuky určuje ředitel školy se souhlasem lékaře. Hlavním záměrem je rozvíjet osobnost dítěte a vycházet zejména z jeho aktuálního zdravotního stavu, z charakteru a délky onemocnění. (Vaďurová, In Pipeková, Vítková 2001)

Během výuky je organizační formou zejména individuální nebo kolektivní vyučování. Vyučování probíhá v hernách nebo na některém volném pokoji na oddělení, pokud jsou pacienti schopni se pohybovat nebo u lůžka. Práce u lůžka probíhá u pacientů s klidovým režimem (interna, ortopedie, chirurgie) a u pacientů na izolaci (infekční, onkologie). (Plevová 1997)

Mateřská a základní škola při nemocnici má celoroční provoz, kdy dopoledne probíhá výchovně- vzdělávací činnost a odpoledne naopak činnost na základě hry. Mezi zásady výchovy a vzdělávání během hospitalizace patří hlavně spojení výchovy se životem, respektování individuálních vlastností jednotlivých dětí a jeho osobnosti a vyzdvihování kladných rysů dítěte. Výchova a vzdělávání má nejen pedagogický, ale také psychologický a sociální význam. (Kábele, 1993)

3.2 Historie a legislativní vymezení škol při zdravotnickém zařízení

Na českém území se vyučování v nemocnici objevilo až na počátku 19. století, kdy během hospitalizace docházelo k vyučování starších dětských pacientů v Kinderspitalu v Brně, avšak tato činnost neměla dlouhého trvání, jelikož nadřízené úřady nebyly moc této formě vzdělávání nakloněny a první škola při nemocnici zanikla. Prvním oficiálním léčebným ústavem, kde docházelo ke vzdělávání dětí, byl ústav pro děti skrofulózní v Luži-Košumberku, který začal budovat v roce 1901 MUDr. František Hamza. Soustavná vzdělávací péče o děti z tohoto ústavu začala až v roce 1908 a byla rozdělena na chlapeckou a dívčí školu. Léčebný ústav a škola v Luži-Košumberku, byly inspirací pro vznik dalších podobných zařízení např. ve Cvikově, Dolním Smokovci a v Šumperku. Dále

pak vznikla další škola při nemocnici, a to v pražské Thomayerově nemocnici roku 1929. Skutečný průlom nastal až vznikem školského zákona č. 95/1984 Sb., který poprvé v české historii přiznal právo na vzdělání všem dětem včetně dětí se zdravotním postižením. Po vydání tohoto zákona začaly vznikat zdravotnické zařízení spolu se školami opravdu ve velkém počtu. Postupně tak začaly vznikat školy při všech klinikách, léčebných ústavech a dětských nemocnicích. Ve školním roce 1961/62 například existovalo v ČSSR celkem 218 škol při zdravotnickém zařízení. Ve školním roce 1990/91 bylo v České republice těchto institucí 274 a na Slovensku 131. (Kábele, 1993)

Základním právním dokumentem, který řeší oblast vzdělávání, je v České republice zákon č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (zkráceně zvaný školský zákon). Právo na vzdělání všech osob bez jakéhokoliv rozdílu pak zaručuje článek 33 v Listině základních práv a svobod. Ta je spolu s Ústavou České republiky důležitou součástí ústavního pořádku České republiky a je účinná od 1. ledna 1993. Školský zákon v § 16 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami ve svém prvním odstavci definuje tuto skupinu takto: *„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.“* Dále upřesňuje jednotlivé kategorie osob se speciálními vzdělávacími potřebami: *„Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus, vývojové poruchy učení nebo chování. Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo c) postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu“* (zákon č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání).

Školy o zdravotnických zařízeních vymezuje § 4 vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ve znění pozdějších předpisů: *„V mateřské a základní škole při zdravotnickém zařízení, se mohou vzdělávat žáci se zdravotním oslabením nebo žáci dlouhodobě nemocní umístění v tomto zdravotnickém zařízení, pokud to jejich zdravotní*

stav umožňuje. Základní školy mohou poskytovat dle svých možností individuální konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech i žákům středních škol umístěných v tomto zdravotnickém zařízení. K zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rozsah a organizaci výuky žáka určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem“ (vyhláška č. 73/2005 Sb.).

3.3 Mateřská škola při nemocnici

Mateřská škola při nemocnici zajišťuje výchovu a vzdělávání dětí zpravidla od 2-3 let do 6-7 let věku dítěte. Cílem práce v mateřské škole je překonat kritickou dobu, které dítě během hospitalizace musí překonat, dále pak zlepšit jeho psychický stav a také se snažit o podporu jeho uzdravení. Také je důležité udržet vývojovou úroveň dítěte podle jeho věku. Edukativní činnost se provádí na pokojích v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem předškolního vzdělávání, podle kterého si mateřské školy zpracovávají Školní vzdělávací program se zřetelem na zdravotní stav dětí. (Vítková, In Pipeková, 2006)

Vzdělávací program v mateřské škole je zaměřen zejména na hru a také přihlíží na možnosti ležících pacientů- dětí. Hra patří mezi nejpřirozenější projevy malých dětí a odvádí tak pozornost od jejich nemoci, obav z léčebných zákroků a vyšetření. Adaptace malých dětí je nejhorší a bývá velmi komplikovaná. Vždy se kladou důrazy hlavně na citové potřeby dítěte a uspokojování jejich potřeb. Pokud mají děti klidový režim, dochází za nimi pedagog, který se snaží hru a zábavnou činnost uzpůsobit jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Velmi náročná je také práce s dětmi, které musí být v izolaci. Děti jsou ohroženy nejen izolací, ale také jsou zatíženi psychickými problémy. Pak je nutné, aby pedagog vynaložil značné úsilí, aby u dítěte nedocházelo k deprivaci. (Plevová, 1997)

V dnešní době je dítě velmi často hospitalizováno s rodiči či jedním z rodičů, a proto je nutností jej do vzdělávacího a výchovného programu také zapojit. Dle Plevové (1999) jsou rodiče pro dítě velkou citovou oporou a jejich přítomnost je pro dítě důležitá a přispívá k rychlejší léčbě a uzdravení. Dítě v přítomnosti rodičů má pocity jistoty a bezpečí. Pokud jsou zvoleny vhodné programy, bezpečné prostředí a kvalitně vyškolený personál, tak jim pobyt ve společnosti jiných dětí či pedagoga zpříjemní těžké životní chvíle a pomůže jim to překonat strach, paniku a obavy. (Plevová, 1997)

3.4 Základní škola při nemocnici a školní družina

V základní škole při nemocnici se vyučuje na základě:

- Předem stanovených učebních plánů, osnov základní školy redukovanych a upravených na základě zdravotního stavu žáků,
- podle časového rozvrhu, který je povolen vždy lékařem,
- podle časové náročnosti léčebného programu dítěte.

Základní školy mohou poskytovat dle svých možností individuální konzultace nejen ve všeobecně vzdělávacích předmětech, ale také v předmětech speciálních u žáků středních škol umístěných v tomto zařízení. V současné době si každá škola stanovuje vlastní vzdělávací program na základě Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání a Školní vzdělávací program, kde jsou zohledněny specifické podmínky vyučování ve škole při nemocnici. (Vítková, In Pipeková, 2006)

Výuka probíhá v učebnách nebo v nemocničních pokojích, jak již bylo zmíněno výše. Výuka v učebnách je vhodná pro žáky, u kterých je potřeba se navzájem motivovat. Výuka v pokojích je určena zejména pro žáky, kteří musí pobývat na lůžku. (Vítková, In Pipeková, 2006)

V době, kdy dítě nenavštěvuje školu, vyplňuje žákům čas během odpoledních hodin školní družina. „*Výchovná činnost ve školní družině je organizována tak, aby se rozvíjely zájmy, vědomosti, dovednosti a schopnosti dětí v návaznosti na vyučovací proces*“ (Plevová, M. 1997, s. 45). Podle vyhlášky č. 74/2005 Sb. O zájmovém vzdělávání je školní družina školské zařízení pro zájmové vzdělávání, které vykonává činnost ve dnech školního vyučování a o školních prázdninách. Po projednání se zřizovatelem, může ředitel přerušit činnost družiny v době školních prázdnin a umožňuje účastníkům odpočinkové činnosti a přípravu na vyučování.

Družina si většinou vytváří svůj vlastní program, který odpovídá specifickým potřebám dětí. Program školní družiny je zcela individuální záležitost, jelikož ministerstvo školství neurčilo žádný rámcový vzdělávací program, ze kterého by se mělo vycházet. Školní družina působící při zdravotnickém zařízení nemá pevně danou strukturu, avšak musí splňovat určité podmínky, které jsou platné pro všechny vzdělávací programy. Jedná se o: charakteristiku vzdělávacího programu, hlavní cíle vzdělávání, zásady, metody, formy vzdělávání, obsah vzdělávání – témata a časový plán. Děti ve školní družině tráví

čas zejména tvořivou činností, pracovní, hudební nebo hraním různých her. Ve školní družině působí vychovatel a jeho činnost je dost podobná roli učitele v mateřské škole. (Plevová, 1997)

3.5 Specifika výchovně vzdělávací práce ve školách při nemocnici

Výchova a vzdělávání v době hospitalizace dítěte je součástí komplexní péče o dítě a zároveň také urychlí proces celé léčby, což může značně zkrátit délku hospitalizace. Pokud je dítě zaměstnáno pomáhá mu to překonat těžkou situaci, ve které se nachází a odvádí tak jeho pozornost od nemoci. Úkolem pedagoga je pak působit na psychiku dítěte a zároveň udržet jeho psychickou rovnováhu a sebedůvěru. Z toho jasně vyplývá, že vyučování v nemocnici během hospitalizace by mělo mít psychoterapeutický charakter. Škola při zdravotnickém zařízení by měla poskytovat nejen pravidelnou a odbornou činnost, ale také výchovnou a vzdělávací péči všem dětem, které pobývají v nemocnici.

Výuka v nemocnici musí vždy být uzpůsobena tomu, že se pracuje s dětmi, které jsou určitým způsobem indisponované a musí absolvovat předepsané diagnostické a terapeutické výkony. Přítomnost pedagoga v léčebném procesu je pro děti známkou toho, že se toho v jejich okolí moc nezmění a posiluje tak naději na jejich uzdravení nemocných pacientů. Dítě má pak v sobě pocit, že když se stále učí a je v jeho životě zachován prvek běžného života, nemusí se tolik bát. Nemocné dítě pak ztrácí pocit vyřazení a jsou mu poskytovány různé stimuly k přemýšlení, které jej nutí zabývat se něčím jiným, než je nemoc a pobyt v nemocnici.

3.6 Profil speciálního pedagoga fungujícího v nemocnici

Učitelé a vychovatelé pracující na základních a mateřských školách při nemocnici jsou absolventy bakalářského a magisterského studia speciální pedagogiky, které je ukončeno státní závěrečnou zkouškou ze somatopedie. (Pipeková, Vítková 2001) Avšak aby mohli absolventi speciální pedagogiky tuto profesi vykonávat, je potřeba aby měli vztah k nemocným dětem a vnímali svou profesi jako poslání, jak jim pomoci překlenout jejich pobyt v nemocnici.

Významnou a společenskou organizací pro odbornou činnost má na starost Somatopedická společnost. Jejich činností je sdružovat odborné pracovníky, rodiče i další zájemce v oblasti výchovné, vzdělávací, léčebné i sociální rehabilitační péče. Pedagogové tak mají možnost se průběžně setkávat a vyměňovat si své zkušenosti, které v průběhu výkonu své práce získali. (Kábele, 1993)

Pedagog pracující s nemocnými dětmi musí vždy disponovat určitými předpoklady a dovednostmi, aby mohl svou práci kvalitně vykonávat. V rámci činnosti této profese je důležitý optimismus, citová vyrovnanost a také sebedůvěra. Svoji kreativitou musí oživovat výchovně vzdělávací proces. Důležité jsou také dobré organizační schopnosti, rozhodnost a také schopnost pružně reagovat na nenadálé situace. (Pipeková, Vítková 2001)

4 HERNÍ TERAPIE

4.1 Vymezení pojmu

Herní terapie pochází ze slova herní práce, což je odvozeno z anglického slova „*playwork*“ a jedná se o označení činnosti herního specialisty v plném rozsahu. V Anglii je herní specialista označován jako „*playworker*“, což znamená doslovně herní pracovník.

Herní terapie je psychoterapeutická metoda využívající hru jako prostředek pro terapeutické působení. Součástí činnosti herního specialisty je využívání terapeutických metod ve hře, například pomocí hry s panenkou a plyšovým medvídkem, děti nechají ventilovat své negativní pocity z pobytu v nemocnici (děti ji mohou provádět vyšetření, píchat injekce, provést na ní zákrok, který jim samotným nebyl moc příjemný, a proto si negativní pocity odžít). Ovšem vše výše uvedeno, je pouze malá část činnosti herního specialisty. Náplň práce herního specialisty je opravdu náročná a vyžaduje vzdělání a kvalitní přípravu.

Terapie musí být vždy cílená a zaměřená na konkrétní léčbu psychického problému. Pod herní terapii spadá mnoho jiných technik jako například arteterapie, dramaterapie. (Řezníčková, In Valenta et al. 2002)

4.2 Vznik a vývoj herní terapie ve Velké Británii

Prvopočátky herní terapie se datují do první poloviny 50. let ve Velké Británii. Vývoj péče o děti byl velmi pozvolný a trval několik let, než dosáhl stavu, ve kterém je nyní. Průkopníkem v herní terapii byl zejména James Robertson z Tavistockého institutu mezilidských vztahů, který velmi důrazně upozorňoval na to, že dosavadní péče o děti je nedostatečná, neprospívá nejen léčbě, ale také ohrožuje jeho psychiku. K velkým změnám přispěla zpráva z roku 1959 Welfare Children in Hospital – Report of Platt Committee, jež ukazovala na tehdejší stav a zároveň bylo jejím cílem upozornit na to, jak by to nemělo vypadat. Odborná a laická veřejnost reagovala tak, že založila organizaci, která bránila práva nemocných dětí. V roce 1961 byla založena National Association for Welfare of Children in Hospital, dnes nese název Action for Sick Children. (Mareš, 2001)

Hra jako součást péče o dítě se stala její součástí v roce 1963 v Anglii. Ze začátku se tím lidé zabývali bez speciálního vzdělání, jen pro zábavu jelikož je to zajímavé. První

herní pracovníci byli školeni a placeni neziskovou organizací Save the Children Fund. Až po skoro 10 letech začaly vznikat kurzy pro herní speciality a následně v roce 1976 vznikla také odborná asociace Association of Hospital Play Staff jako záštita herních specialistů. V téže roce ministerstvo zdravotnictví doporučilo, aby hra byla součástí ošetrovatelské péče a prováděli ji vzdělaní specialisté.

„Dnes je ve Velké Británii profese Nemocničního herního specialisty (Hospitál playstaff, Hospitál play specialist) státně profesionální kvalifikace, mající vlastní vzdělávací program profesní odborné organizace. Studium je završeno odbornými zkouškami (Hospital play specialist board certificate). Pracuje na konkrétním oddělení a je členem ošetrovatelského týmu. Není to zdravotník, ani pedagog, jde o speciálně vyškoleného pracovníka. Podle tohoto vzoru pracují již také nemocniční herní specialisté v dalších zemích například... v Rakousku, Holandsku, Belgii, USA.“ (Rybářová, 2004, s. 80).

Herní pracovníci se skládají ze školených herních specialistů, bývalých dětských sester a také z řad dobrovolníků. Školení herní specialisti se věnují dětem a připravují je na vyšetření, zákroky, snaží se informovat nejen děti, ale také rodiče o lékařských výkonech a jiných zákrocích, které dítě musí podstoupit. Ostatní herní specialisti se zaměřují na hru s dětmi a pomáhají při péči o děti. (Zděnková, In Mareš, 2001)

4.3 Herní terapie v ČR

Herní terapie u nás se začala vyvíjet v průběhu 60. let. Využívali ji zejména dětské sestry a učitelky základních a mateřských škol při nemocnicích. Jejich snahou bylo ulehčit dětem pobyt v nemocnici pomocí her. K největšímu průlomů došlo v roce 1990 prostřednictvím Peg Belsonové a MUDr. Olze Starkové, které u nás zasadily základy herní terapie jako takové. Z Velké Británie tak k nám začaly proudit metodické postupy a materiály, což zpřístupnilo zkušenosti z ciziny. Peg Belsonová také nabízela možnost školení a zájezdů do Anglie. Okolo roku 1993 již některé nemocnice začaly využívat hru jako součást ošetrovatelské péče. Většinou byl na tuto činnost vyčleněn jeden ze členů zdravotnického personálu.

Co se týče podpory herní terapie u nás, v roce 1991 vznikl Nadační fond Klíček. Na počátku roku 1999 vzniklo také občanské sdružení Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici, které je členem NAHPS (renomovaná britská profesní organizace herních specialistů). (Řezníčková in Valenta et al. 2003)

Náplň práce herního specialisty se postupem času ustálila, a postupně se také přizpůsobuje podmínkám a potřebám oddělení, ale také pacienta. (Řezníčková in Valenta et al. 2003)

„V posledních letech dochází k významným změnám v koncepci péče o děti v nemocnicích. Také v naší republice se začal uplatňovat princip Family Centred Care, tedy péče zaměřená i na rodinu pacienta.“ (Valenta, 2002, s. 65).

4.4 Metody práce využívané při herní terapii

Herní pracovníci využívají mnoho metod, aby malým pacientům zpříjemnili pobyt v nemocnici. Metody a postupy práce se vždy liší dle oddělení na jednotlivých pracovištích v nemocnicích. Každé oddělení má své specifické postupy a přizpůsobuje svoji práci individuálním potřebám pacienta. Vždy záleží, s jak starým dítětem herní specialista pracuje. Pokud se jedná o mladší děti, pak spolupracuje více s rodiči, jelikož každé dítě má zcela odlišné fyzické a psychické předpoklady. Samozřejmě terapie se také uzpůsobuje podle nemoci, typu či stupně postižení. (Němec, In Valenta et al. 2003)

V posledních několika letech se nejvíce uplatňuje princip Family Centred Care- jinak řečeno péče zaměřena na rodinu pacienta. Tento princip je velmi často uplatňován zejména proto, že matky jsou většinou hospitalizovány spolu s dítětem a tráví s ním tak většinu času. Mezi základní kompetence specialisty patří, že si musí volit takovou herní metodu, která pomáhá zvládat krizovou situaci nejen dětem, ale také jejich rodičům. (Řezníčková in Valenta et al. 2003)

Cílem herní terapie je (Řezníčková, 2000):

- Pokusit se seznámit s prostředím.
- Zbavit pacienta a jeho rodiče strachu a navázat spolupráci, získat důvěru.
- Vysvětlit onemocnění a jeho nesnáze.
- Příprava na léčbu a na potřebné zákroky.

Herní terapie se provádí buď s jedním dítětem, nebo se skupinou dětí, pak ji rozdělujeme na:

- Skupinová terapie- pracuje se skupinou dětí, které se seznamují a navzájem se připravují na budoucí zákrok. Zákroky jsou ukazovány na hračkách pomocí nástrojů, jako jsou fonendoskop, stříkačky nebo zkumavky. Jelikož děti vidí i

okolní děti okolo sebe, tak se velmi rádi zapojí a snaží se manipulovat s nástroji také.

- Individuální terapie- tento typ terapie se provádí u dětí, které čeká konkrétní plánovaný zákrok či vyšetření. Je mu pak názorně předváděno, jak bude vyšetření probíhat a z jakého důvodu se tak stane. (Řezníčková, Klimentová 2001)

Herní služby rozdělujeme také dle toho, v jaké fázi léčby jsou prováděny (Řezníčková, In Valenta et al., 2003):

1. V období před přijetím dítěte do nemocnice.
2. V době hospitalizace.
3. V době hospitalizace.

Vzhledem k zaměření práce se však tomuto rozdělení již nebudeme dále zabývat.

4.5 Vymezení profese herního specialisty

Celý princip herní terapie vychází z toho, že léčba a celkově hospitalizace probíhá lépe, pokud je dítě uvolněné a je v dobré psychické kondici. Vzhledem k tomuto předpokladu je potřeba získat si důvěru dítěte, odstranit jeho strach a povzbudit jej.

Dle vzoru jiných vyspělých zemí je herní specialista kvalifikovaným specialistou a také rovnocenným členem týmu. V posledních letech tak dochází ke zlepšení kvality herní terapie a také herních specialistů, kteří terapii poskytují. Většinou je tato práce poskytována zdravotními sestrami nebo učitelkami škol při nemocnicích. Herní specialisté také poskytují nezastupitelnou péči a podpůrnou terapii. (Řezníčková, Klimentová 2001)

Úkolem herního specialisty je zejména poskytovat podporu dítěti a jeho rodině při pobytu v nemocnici, ale celkově při poskytování dlouhodobé péče. Dále by měl herní specialista umět vysvětlit princip herní terapie a pomoci porozumět onemocnění a také potřebným zákrokům, kterým se dítě nevyhne. Nikdy nesmí být zapomínáno na rodiče, jelikož právě oni jsou mnohdy více ve stresu než jejich dítě a přenáší své úzkostné stavy na něj. Rodiče potřebují mít po dobu hospitalizace dítěte někoho na blízku, aby jim pomohl orientovat se v cizím prostředí a dodával jim sebevědomí a odvalu. Je nutné si uvědomit, že herní specialista nepodává rodičům lékařské informace, ani informace o zdravotním stavu dítěte. (Řezníčková, Klimentová 2001)

Mezi zásady práce herního specialisty patří (Vaňurová, In Pipeková, Vítková, 2001):

- Vždy musí podávat pravdivé informace (na základě toho získává důvěru).
- Musí znát diagnózu a jejich specifika (musí studovat, konzultovat s lékaři a zdravotnickým personálem).
- Respektuje za každé okolnosti práva dítěte a jeho soukromí (jedná se zejména o individuální přístup).
- Velmi úzce spolupracuje s odborníky pečujícími o dítě.

Herní specialista musí vždy (Řezníčková, 2000):

- Být vyškolen k výkonu této profese.
- Znat vývoj dítěte.
- Znat základní onemocnění a informace o nich, vyšetřovací metody a postupy.
- Chápat chování dítěte v krizových situacích, jelikož je odloučen od rodiny v cizím prostředí.

Nyní není stále vyřešená otázka přípravy herních specialistů v České republice. Většinou vycházejí z jejich dosavadního vzdělávání, které je pedagogického nebo zdravotnického zaměření. Dále si vzdělání doplňují o různé kurzy a semináře. Herní specialista by měl zastávat roli zdravotnického personálu nikoliv pedagoga. Přípravou herních specialistů se v současné době zabývá Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, v rámci specializovaného dálkového studia. Na vyšší zdravotnické škole v Plzni, je zase zaveden obor Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči. Zavedení této profese vyplývá z doporučení NAHPS (renomovaná britská profesní organizace herních specialistů), která respektuje požadavky Evropské unie, Charty práv hospitalizovaného dítěte, Listiny základních práv a svobod a Úmluvy právech dítěte. (Valenta, In Valenta et al., 2003)

4.6 Vliv herní terapie na psychiku hospitalizovaného dítěte

V minulých letech převládal názor, že dítě, pokud je hospitalizováno, by mělo být v péči zdravotnického personálu a rodiče by jej neměli navštěvovat, jelikož naruší jeho

psychiku a zároveň mohou zanést infekci. Tento důvod vedl k tomu, že většinu léčby děti strávily pouze na lůžku, což jejich psychice nepomáhalo. Pozornost tak byla více věnována léčbě než samotným potřebám pacienta z hlediska psychického. (Mareš, 2001) Po roce 1990 probíhá u nás velká transformace v oblasti zdravotnictví a také se zcela mění přístup k pacientovi. Nemocný již není označován pouze za nemocného, ale za klienta. V dnešní době je naopak vítáno, aby s dítětem byla hospitalizována i matka, popřípadě jiný příslušník rodiny, jelikož jejich přítomnost zamezuje vzniku strachu a úzkosti.

Dítě spolu s herním specialistou dostává možnost svůj strach pomocí hry zpracovat a získat tak pocit jistoty. Strach potom není pouze strašákem, ale stává se pochopitelnou emoci. (Rogge, 1999)

Pobyt v nemocni vždy představoval pro dítě velkou zátěž, a proto je vítáno zapojit hru jako formu, jak se napětí a strachu zbavit či jej alespoň omezit. Hra je účinným představením malých dětí, které ji ale vnímají zcela vážně a jedná se o způsob autoterapie. Děti díky hře jsou schopni zpracovat různé pocity úzkosti, strachu a zároveň také různé zmatky, se kterými se setkávají v průběhu léčby a hospitalizace. Hra nahrazuje způsob komunikace a je využívána u dětí, které se stydí a bojí se komunikovat. Pak se u nich jedná o cílenou aktivitu, jak se od nich něco dozvědět. (Oaklander, 2003)

Herní specialista vždy musí jednat individuálně a k tomu je potřeba znát základní potřeby pacienta, mezi které zejména patří (Řezníčková, in Valenta et al. 2003):

- Přítomnost příbuzného- odloučení od rodičů, nejčastěji matky je už tak velmi stresovou záležitostí a celkové léčbě nepřispívá, potom dítě uvítá kontakt s jinou osobou, která jej pohladí, povzbudí, zamává či se na něj usměje.
- Bezpečné prostředí dle věku dítěte- snaha o ubytování na pokoj s vrstevníky.
- Kontakt nejen s rodinou, ale také s vrstevníky- pravidelný kontakt nejen s rodinou, ale také přáteli.
- Srozumitelná komunikace se zdravotnickým personálem- každé dítě je jiné a je vždy potřeba zvolit takový způsob komunikace, které pro něj bude přijatelný. Vždy je nutné přihlížet na jeho zralost a aktuální psychický stav. Dítěti je třeba naslouchat a vnímat jeho signály a náznaky.
- Možnost volby, pocit jistoty- respektovat jej, i když se jedná o dítě, je nutné ho vnímat jako aktivní bytost, a ne pouze jako pasivního příjemce péče.

- Možnost hry a vzdělávání- každé dítě má potřebu si hrát a dále se něco nového dozvídat, a právě herní specialista je mu v tomto oporou.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 ÚVOD

V teoretické části jsem se zabývala vzděláváním dětí hospitalizovaných v nemocnici, specifikacemi při vzdělávání v nemocnicích, herním specialistou a jeho vlivem na pobyt dětí v nemocnici. Součástí bakalářské práce je však zjištění postojů rodičů dětí umístěných v nemocnicích na jejich vzdělávání v rámci jejich pobytu, což bude součástí praktické části bakalářské práce. V praktické části se budu zabývat postojem a názorem rodičů na vzdělávání jejich dětí v rámci hospitalizace.

Hlavním cílem praktické části bude zjistit odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky. Pro tento výzkum jsem zvolila dotazník, díky němu se pokusím zjistit postoje a názory rodičů. Dle zvolených výzkumných otázek budou zvoleny rovněž otázky v dotazníku, které nám pomohou na výzkumné otázky odpovědět a objasnit tak celou problematiku vzdělávání dětí během hospitalizace. Celému výzkumu předchází pilotáž, což je studium dostupných informací o dané problematice, kterou zkoumám a na základě jsou pak zvoleny otázky v rámci dotazníku a rovněž výzkumné otázky. (Chrástka, 2006) V tomto případě se jednalo zejména o studium literatury na téma hospitalizace, dítě a nemoc, specifikace vzdělávání v nemocnici a funkce herního specialisty.

5.1 Metoda sběru dat

K účelům výzkumné části práce byla použita kvantitativní metoda sběru dat, technika dotazníku, jelikož jsem si zvolila výběrový vzorek respondentů, který má dítě v nemocnici a nechtěla jsem je zatěžovat rozhovory. Dotazník: *„Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Dotazník je nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů. Je určen především pro hromadné získávání údajů“*. (Gavora 2000, s. 99)

5.1.1 Dotazníkové šetření

„Dotazník je vlastně způsob psaného řízeného rozhovoru. Na dotazy, které jsou na rozdíl od rozhovoru psané, se vyžadují písemné odpovědi. Dotazník je méně časově náročný než rozhovor. Dotazník umožňuje zkoumat i velký počet osob současně, takže v

krátké době je možno získat velké množství výpovědí. Odpovědi však bývají často subjektivně zkreslené (i nevědomě).“ (KOHOUTEK, R. Dotazník: Konstrukce a práce s dotazníkem [online])

Veškeré dotazníky jsem respondentům předala osobně. Jednalo se zcela o anonymní dotazník bez vyplnění osobních údajů, který se vyplňoval v období září 2016- leden 2017. Jednalo se o nejméně časově náročnou variantu nejen pro mě, ale zároveň také pro respondenty a zajistila jsem si tak vysokou návratnost dotazníků. Celkem se mého dotazníkového šetření zúčastnilo 52 respondentů.

Samotný dotazník se skládá z 20 otázek a jedná se o zcela anonymní výběr. První čtyři otázky jsou zaměřeny na věk, pohlaví, délku hospitalizace dítěte a také zda navštěvuje mateřskou nebo základní školu. Další otázka se ptá na důvod hospitalizace dítěte. Následujících 13 otázek se zabývá výchovou a vzděláváním dětí při pobytu v nemocnici. Zjišťují názor rodičů na vzdělávací programy v nemocnici na to, jaký je dle nich systém vzdělávání v nemocnici či zda jsou spokojeni s pedagogem. Poslední tři otázky se zabývají herní terapií, zjišťují názory rodičů a přínos pro vzdělávání jejich dítěte. Otázky v dotazníku jsou voleny různě. Jedná se nejen o uzavřené otázky, ale také dle potřeby o otevřené otázky s možností napsat svůj názor (viz dotazník v příloze).

5.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Jak již bylo uvedeno výše, cílem praktické části této práce bude zjistit, jaký názor mají respondenti (rodiče hospitalizovaných dětí) na vzdělávání jejich dětí během pobytu v nemocnici s ohledem na délku pobytu dítěte v nemocnici a pravidelnou účastí na vzdělávacím programu. Vzhledem k hlavnímu cíli výzkumu jsem zvolila čtyři cíle, ze kterých vychází také výzkumné otázky. Ze stanovených cílů pak vyplývají výzkumné otázky, na které se na základě získaných dat od respondentů, pokusím odpovědět.

Dílčí cíle jsou zaměřené na zjištění:

1. Jaký má vliv na postoje rodičů závažnost zdravotního stavu dítěte a délka v pobytu v nemocnici.
2. Zda se na postojích a názorech rodičů projevují jejich věk a dosažené vzdělání.

3. Jak se na postojích rodičů odrazí, jestli dítě navštěvuje předškolní zařízení, nebo již absolvuje povinnou školní docházku.
4. Jaké je povědomí rodičů k rozdílu mezi školou v nemocnici a herní terapií.

Vzhledem k takto zvoleným cílům jsou nastaveny níže uvedené výzkumné otázky:

1. Kladou rodiče závažně nemocných dětí větší důraz na zdravotnickou péči, než na jejich vzdělávání?
2. Čím delší je pobyt dítěte v nemocnici, tím větší důraz kladou rodiče na vzdělávání?
3. Kladou větší důraz na vzdělání mladší, nebo starší rodiče?
4. Kladou větší důraz na vzdělání rodiče s vyšším stupněm vzdělání?
5. Je pro rodiče dětí školou povinných vzdělávání důležitější než pro rodiče předškolních dětí?
6. Usnadňuje vzdělávání dětí v nemocnici dle názoru rodičů jejich návrat do jejich běžného vzdělávání?
7. Preferují rodiče individuální nebo kolektivní formu výuky?
8. Znají rodiče rozdíl mezi herní terapií a školou?
9. Má podle rodičů větší význam škola při nemocnici nebo herní terapie

5.3 Výběrový soubor

Výběrový soubor respondentů byl vybírán na základě jednoduchého kritéria. Mezi respondenty byli vybíráni rodiče dětí, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici. Dále jsem potřebovala, aby byl zastoupen určitý počet respondentů u dětí s různou délkou hospitalizace, jelikož s délkou hospitalizace u dětí se v rámci celého výzkumu dále pracuje. Vždy se jednalo o určitý počet respondentů u dětí dlouhodobě hospitalizovaných a o určitý počet rodičů u dětí hospitalizovaných pouze na krátkou dobu. Důležitou podmínkou bylo také zajistit dostatečný počet respondentů, jejichž dítě navštěvuje jak základní, tak mateřskou školu. Další kritérium již nebylo pro potřeby výzkumu potřeba.

Respondenty jsem volila v místě svého bydliště, na dětském oddělení šumperské nemocnice. U respondentů jsou zastoupeny různé věkové kategorie, různá pohlaví, různé nejvyšší dosažené vzdělání a různá délka hospitalizace u jejich dětí. Jedná se o základní rozdělení respondentů, které je pro tento výzkum dostačující.

Otázka č. 1- Věkové rozpětí dotazovaných

Graf č. 1

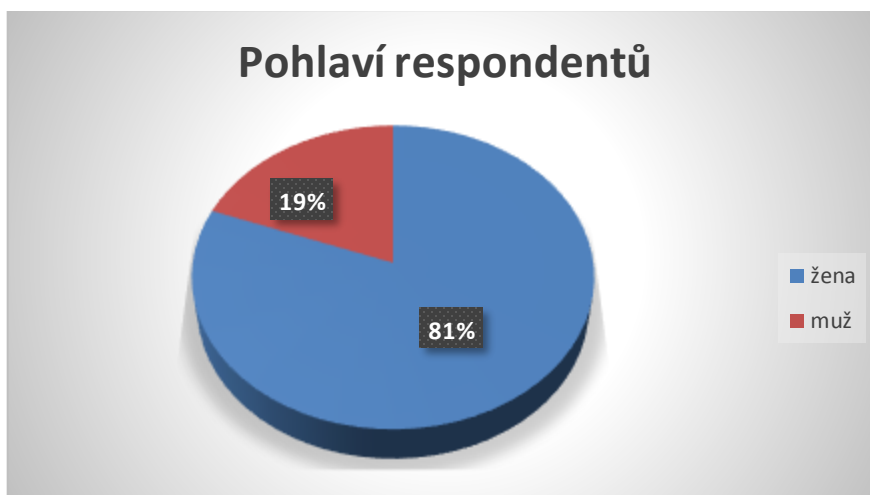


Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 1 se zaměřovala na věkové rozpětí celkové počtu dotazovaných. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že víc jak polovina respondentů je ve věku od 26 do 40 let (58%). Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti ve věku do 25 let věku. Nejméně je pak respondentů ve věku nad 40 let (27%).

Otázka č. 2- Pohlaví respondentů

Graf č. 2



Zdroj: vlastní šetření

Co se týká pohlaví respondentů, jsou výsledky jasně dané. Dotazník vyplnilo 42 žen a mužské pohlaví zastupovalo pouze 10 mužů.

Otázka č. 3- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 3

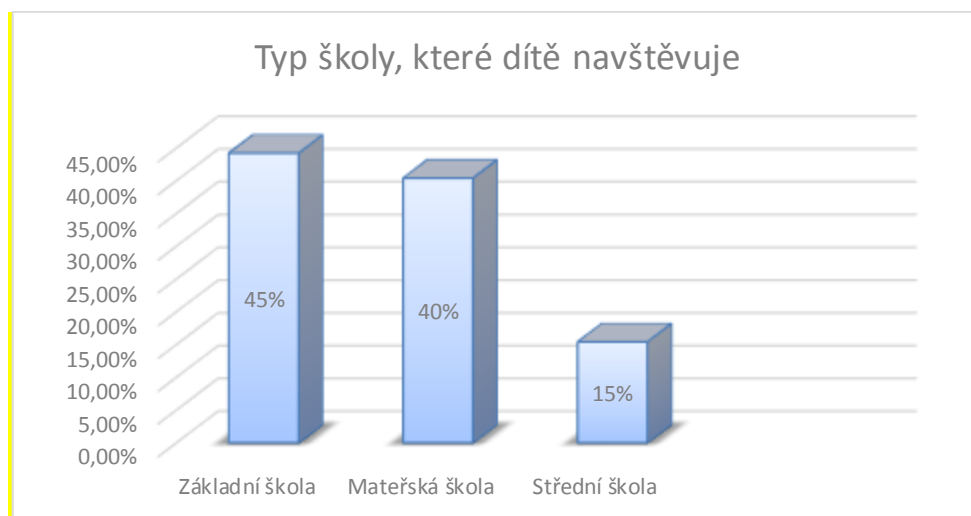


Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 3 se zaměřovala na nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných. Z grafu výše jasně vyplývá, že nejvíce zastoupenou skupinou jsou rodiče s ukončeným středoškolským vzděláním ukončeným maturitou. Jedná se celkem o 54 % všech respondentů. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti s vysokoškolským vzděláním (24 %). Pouze 12 % dotazovaných má vyšší odborné vzdělání. Nejméně jsou mezi respondenty zastoupeni rodiče se základním vzděláním a s vyučením v určitém oboru.

Otázka č. 4- Navštěvuje Vaše dítě mateřskou, základní školu nebo střední školu?

Graf č. 4

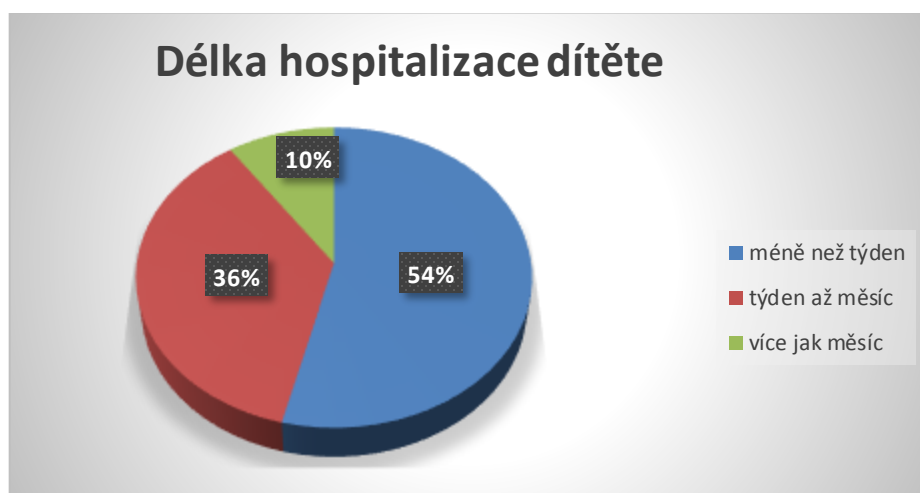


Zdroj: vlastní šetření

Tato otázka se zaměřovala na typ školy, které dítě navštěvovalo před hospitalizací a do jaké se bude po návratu domů opět vracet. Z grafu č. 4 je zřejmé, že celkem 45 % respondentů odpovědělo, že jejich dítě navštěvuje základní školu. Téměř stejný počet rodičů odpovědělo, že jejich dítě navštěvuje mateřskou školu. Pouze 15 % dětí navštěvuje střední školu. Tato skutečnost nám byla předem jasná, a proto je celá práce zaměřena na děti předškolního a školní věku do 15 let věku.

Otázka č. 5- Jak dlouho je vaše dítě hospitalizováno?

Graf č. 5

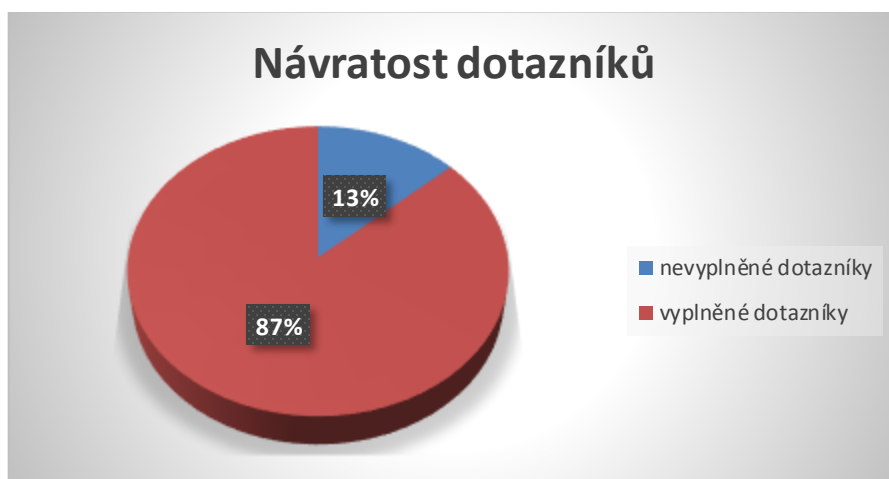


Zdroj: vlastní šetření

Z celkového počtu 52 respondentů, kteří odpověděli na dotazník, jich více než polovina odpověděla, že jejich dítě je hospitalizováno v nemocnici méně než týden. 36 % dotazovaných rodičů zvolilo odpověď „týden až měsíc“. Pouze 10 % všech dětí je ubytováno v nemocnici déle než měsíc. Veškeré údaje vyplývají z grafu uvedeného výše.

5.3.1 Návratnost dotazníků

Graf č. 6 – návratnost dotazníků



Zdroj: vlastní šetření

Celkem bylo podáno 60 dotazníků, ovšem vyplněných se jich vrátilo zpátky 52 dotazníků, což je celkem 87 % ze všech zaslanych dotazníků. Pouze 13 % dotazníků nebylo respondenty vyplněno.

5.4 Analýza a interpretace výsledků

Tato kapitola bude zaměřena na získaná data, která budou vyhodnocena nejen slovně, ale pro vykreslení získaných údajů, také pomocí grafů. U otázek s více možnostmi budou otázky vyhodnoceny jen slovně. Podle získaných dat a jejich vyhodnocení pak budou ověřovány výzkumné otázky a dílčí cíle.

**Otázka č. 6- Je Vaše dítě zapojeno do vzdělávacího programu v rámci nemocnice?
Pokud ano, navštěvuje jej pravidelně?**

Graf č. 7



Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 6 byla zaměřena na zapojení hospitalizovaných dětí do vzdělávacího programu v rámci pobytu v nemocnici. Více než polovina dětí byla zapojena do vzdělávacího programu (29). Ostatním vůbec nebyla nabídnuta tato možnost (10), nebo jim to stav hospitalizovaného dítěte neumožnil, případně možnost vyloženě odmítli.

Otázka č. 7- Je pro Vás důležité, aby dítě nepřerušilo soustavné vzdělávání i při pobytu v nemocnici?

Graf č. 8

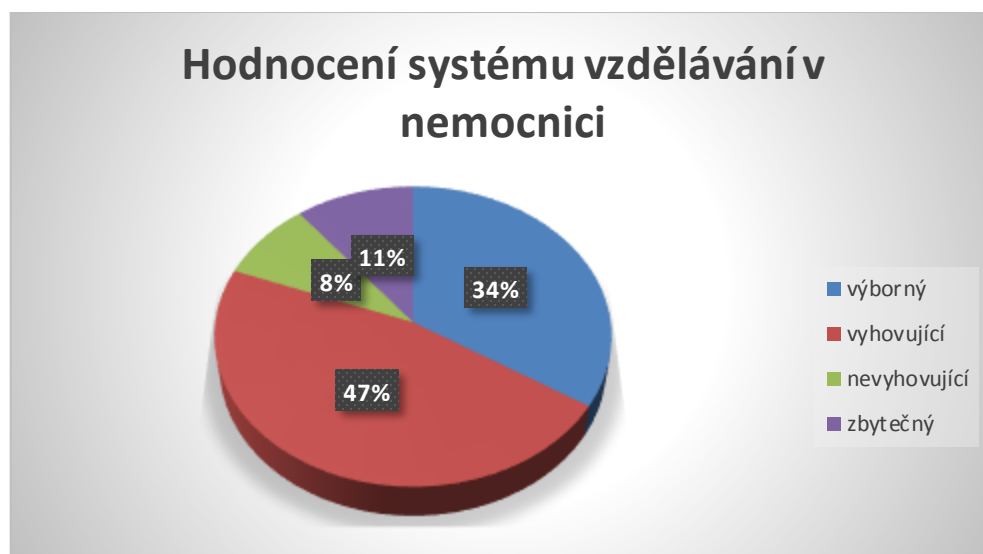


Zdroj: vlastní šetření

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že pro 48 % respondentů je důležité, aby jejich dítě bylo v rámci pobytu v nemocnici vzděláváno. Odpovídali tak zejména dotazovaní s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním. 31 % dotazovaných to neřeší a nepovažují vzdělání jejich dětí v rámci pobytu v nemocnici za důležité. Je potřeba zdůraznit, že se jedná zejména o respondenty s nižší úrovní vzdělání. Odpověď „ne“ zvolilo 21 % respondentů, zejména tak odpovídali rodiče s maturitou. Zde však byly odpovědi poněkud odlišně zaměřeny s ohledem na vzdělání, avšak nejvíce zastoupenou skupinou jsou dotazovaní s vyučením v oboru nebo se základním vzděláním. Zde je také důležité, jak dlouho je dítě hospitalizováno. Pokud je dítě v nemocnici dlouhodobě, jsou rodiče zastánci vzdělávání i v rámci hospitalizace. U krátkodobých pobytů rodiče vzdělávání neřeší a nepovažují to za důležité vzhledem k nízké absenci dítěte ve škole.

Otázka č. 8- Jaký je dle Vás systém vzdělávání v nemocnici?

Graf č. 9



Zdroj: vlastní šetření

System vzdělávání v nemocnici byl hodnocen velmi kladně, což vyplývá z grafu č. 9 výše. Necelých 47 % respondentů považuje systém vzdělávání v nemocnici za vyhovující. 34 % ze všech dotazovaných jej považuje za výborný. Pouze třetina dotazovaných má pocit, že je vzdělávání v nemocnici zbytečné, což souvisí opět s délkou pobytu dítěte v nemocnici. Nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti, kteří zvolili odpověď „nevyhovující“ a považují tak vzdělávání v nemocnici za nevhodné.

Otázka č. 9- Jestliže je dítě zapojeno, vyplňte prosím, jak často navštěvuje vzdělávací program?

Graf č. 10



Zdroj: vlastní šetření

U této otázky jsou odpovědi velmi hojně zastoupeny, což vyplývá z grafu č. 10. Nejvíce zastoupenou skupinou dětí jsou ty, které vzdělávací programy nenavštěvují. Toto opět souvisí s délkou hospitalizace, kdy více než polovina rodičů odpověděla, že jsou jejich děti hospitalizovány méně než týden. Další stejně zastoupené skupiny jsou děti, které navštěvují program 2krát týdně a 3krát týdně, jedná se u každé odpovědi o 22 %. 17 % dotazovaných rodičů odpovědělo, že jejich dítě navštěvuje vzdělávací program 1krát týdně. Pouze 6 % dětí navštěvuje program 4krát týdně.

Otázka č. 10- Vzdělává se Vaše dítě individuálně či kolektivně?

Graf č. 11



Zdroj: vlastní šetření

Celkem 53 % dotazovaných rodičů upřednostňuje vzdělávání kolektivně a jedná se tak o nejvíce zastoupenou kategorii. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byli rodiče, kteří volili odpověď „nevím“. Pouze 18 % dotazovaných rodičů považuje individuální vzdělávání za nejideálnější způsob vzdělávání v nemocnici, což dokazuje graf. 11 výše.

Otázka č. 11- Jakou z těchto forem vzdělávání byste preferovali a proč?

Graf č. 12



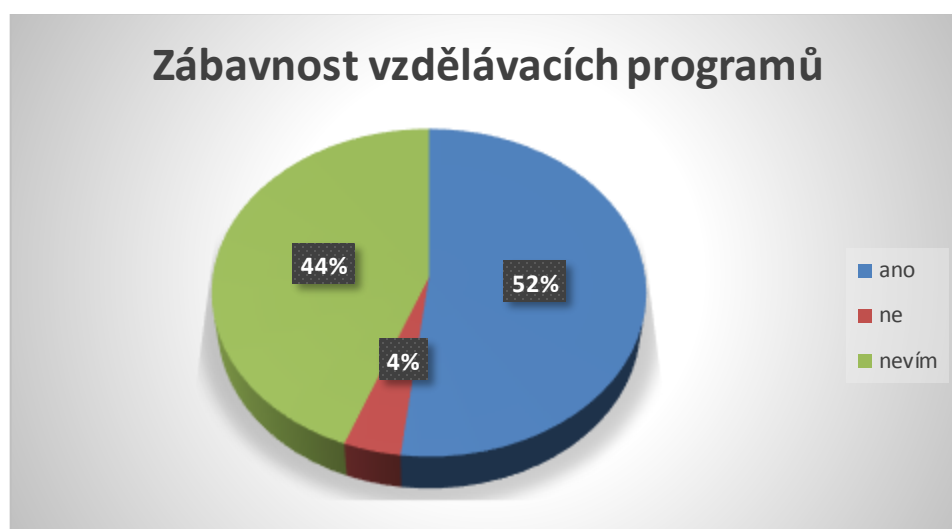
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č 11 navazuje na předchozí otázku a dotazuje se na to, proč zrovna tento typ vzdělání rodič u svého dítěte v nemocnici preferuje. 68 % rodičů odpovědělo „kolektivně,

budu rád/a když mé dítě bude mezi dětmi“. Pouze 32 % všech dotazovaných odpovědělo, že by raději, kdyby jejich dítě bylo vzděláváno individuálně a jejich dítě bylo s pedagogem v přímém kontaktu.

Otázka č. 12- Shledáváte vzdělávací programy v nemocnici zábavné?

Graf č. 13

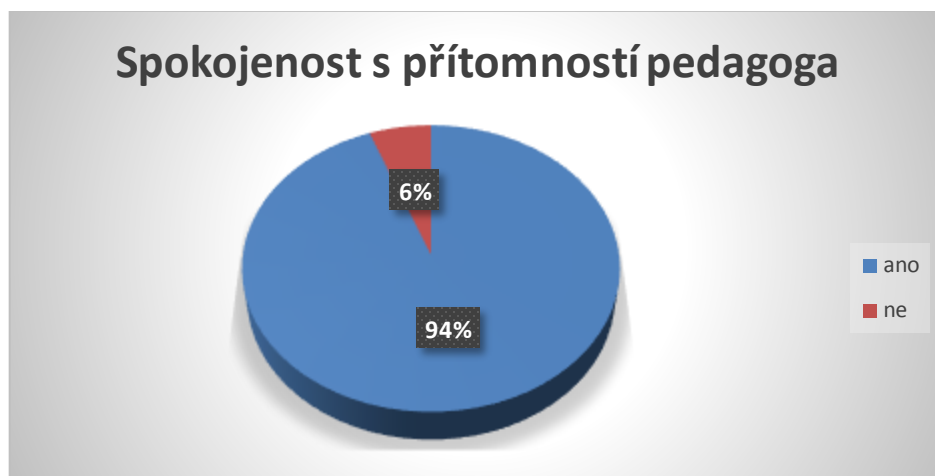


Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 12 se zaměřila na to, zda jsou vzdělávací programy v nemocnici zábavné či nikoliv. Více než polovina dotazovaných odpovědělo, že jsou dle nich programy pro jejich děti zábavné (52 %). Druhou nejvíce zastoupenou skupinou respondentů jsou rodiče, kteří odpověděli, že netuší, zda jsou vzdělávací programy pro jejich děti zábavné či nikoliv (44 %). Pouze 4 % dotazovaných rodičů si myslí, že vzdělávací programy nejsou pro jejich děti zábavné.

Otázka č. 14- Vnímáte přítomnost pedagoga v nemocnici jako přínosnou?

Graf č. 13

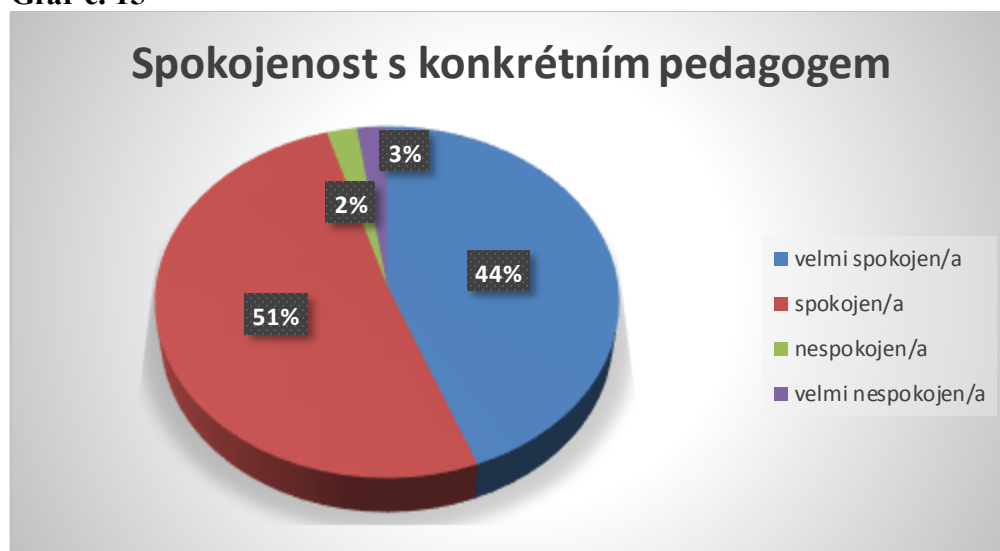


Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka byla velmi jednostranně založena a také odpovědi jsou velmi málo rozptýlené, což lze vidět v grafu výše. Pouze 6 % dotazovaných považuje přítomnost pedagoga za nepotřebnou a neadekvátní. Celkem 94 % rodičů si myslí, že přítomnost pedagoga v nemocnici je důležitá a přínosná.

Otázka č. 14- Jste spokojen/a s pedagogem, který působí v nemocnici? Pokud ano, tak uveďte proč.

Graf č. 15



Zdroj: vlastní zpracování

Výše uvedené otázka doplňuje otázku č. 13 a dotazuje se zejména na spokojenost s konkrétním pedagogem. Z grafu č. 15 vyplývá, že většina respondentů je spokojena s konkrétním pedagogem a neměnila by. Odpověď „*velmi spokojeno*“ zvolilo 44 % dotazovaných rodičů a jedná se tak o druhou nejvíce zastoupenou skupinu respondentů. Další odpovědi byly zastoupeny jen velmi málo. Odpověď „*nespokojeno*“ zvolili 2 % dotazovaných a odpověď „*velmi nespokojen*“ zvolilo 3 % respondentů. Tyto údaje jsou uvedeny v grafu č. 15. Ovšem také byly zaznamenány dvě odlišné odpovědi, a to „*nesetkal jsem se s ním*“ a „*nemám zkušenost*“, které nejsou výše v grafu uvedeny.

Otázka č. 15- Myslíte si, že je vzdělávání během hospitalizace dítěte v nemocnici vhodné? Uveďte 3 důvody. Uveďte důvod, proč si myslíte, že ano či ne.

Tato otázka byla koncipována jako otázka otevřeného charakteru. Respondenti tak odpovídali podle sebe a získala jsem tak velké množství různých odpovědí, avšak většina rodičů se shoduje na tom, že děti by se během hospitalizace měly vzdělávat nejen kvůli zameškání studia, ale také zejména z důvodu zamezení izolace. Pro rodiče je důležité, aby dítě bylo v kontaktu s ostatními dětmi a nezůstalo odsunuto mimo kolektiv a vrstevníky, což dokazují odpovědi: „*Kvůli zameškání ve škole, odreagování, najde si nové kamarády*“, „*Vyplnění volného času, dítě nebude pozadu se školou, dítě přijde na jiné myšlenky*“. Také je pro rodiče důležité, aby později jejich děti neměly problém vrátit se zpět do školy a zapojit se opět do výuky, což vyplývá z následujícího: „*Adaptace na probíranou látku, nevypadne ze studijního režimu, nebude muset nic dohánět*“ a „*Vhodné je ale na základě druhu a délky onemocnění a hospitalizace... nemělo by ztratit kontakt s probíraným učivem, aby toho pak nemělo moc po návratu do školy a rychle se tak zapojit do výuky*“. Tento výrok také potvrzuje to, co již bylo řečeno výše, že opět záleží na typu onemocnění dítěte a jeho schopnosti se v dané situaci na probírané učivo soustředit. „*Ano, ale vždy záleží na důvodu hospitalizace. Nezamešká učivo, někdo se mu věnuje, kolektiv.*“ Rodiče se také shodují, zapojení dítěte do vzdělávacího programu je vhodné pro jeho odreagování od nemoci. „*Ano, zabavení dítěte, odvedení pozornosti od nemoci, lepší návrat po uzdravení do vzdělávacího procesu*“ a „*...udržení kontaktu s učivem, odvedení pozornosti od nemoci, zlepšení psychiky.*“

Rodiče také měli možnost uvést důvody, proč vzdělávání v rámci hospitalizace není vhodné. Jedná se zejména o skutečnost, že pokud je dítě vážně nemocné, nemá myšlenky

na vzdělávání a probírané učivo, o čemž vypovídají následující odpovědi: „není vhodné podle mě pouze při vážnějších důvodech hospitalizace, když potřebuje odpočinek“ a „záleží na konkrétním zdravotním stavu jedince.“ Také bylo uvedeno, že se jedná o značné zatížení organismu, což není během hospitalizace vhodné: „...možné narušení léčebného režimu, zatížení organismu, vyčerpanost.“

Otázka č. 16- Máte pocit, že se vaše dítě během pobytu v nemocnici naučilo něco nového?

Graf č. 17



Zdroj: vlastní zpracování

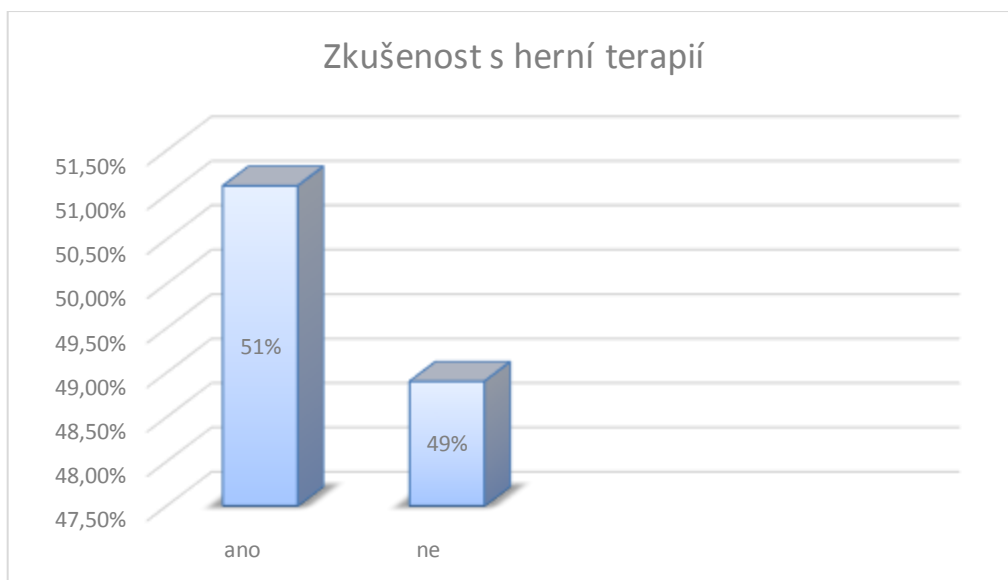
Tato otázka byla zaměřena zejména na to, zda získaly děti během hospitalizace nové znalosti v průběhu vzdělávání. Necelá polovina respondentů si myslí, že jejich děti během pobytu v nemocnici získaly nové znalosti a vědomosti (48 %). Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou rodiče, kteří odpověděli, že netuší, zda jejich dítě získalo nové vědomosti během vzdělávání v průběhu hospitalizace. Jedná se celkem o 35 %. Pouze 17 % respondentů si myslí, že jejich děti se nenaučily během pobytu v nemocnici vůbec nic. Veškerá data vyplývají z grafu č. 17.

Otázka č. 17- Můžete stručně popsat, co je to herní terapie?

Tato otázka byla opět zaměřena obecně na pojem, který měli rodiče vysvětlit, konkrétně tedy pojem herní terapie. Ve většině případů se respondenti shodli na tom, že se jedná o školu hrou a o probírání učiva formou hry, což vyplývá i z následujících odpovědí: „škola hrou“, „děti si mají společně hrát“, „hra s dětmi“ a „děti si budou hrát“. Dotazovaní rodiče také vnímají herní terapii jako pozitivní formy léčby: „léčba smíchem a pozitivní náladou“, „léčení hrou“ a „léčení formou hry“. Dle rodičů se tak jedná o nenásilnou formu vzdělávání a léčby „pomáhá jedinci lépe snášet nemoc“, „odbourání stresu dítěte, pomoc v cizím prostředí“ a „skupinové hry ke vzdělávání“.

Otázka č. 18- Setkal jste se jako rodič s využitím herní terapie u Vašeho dítěte?

Graf č. 19

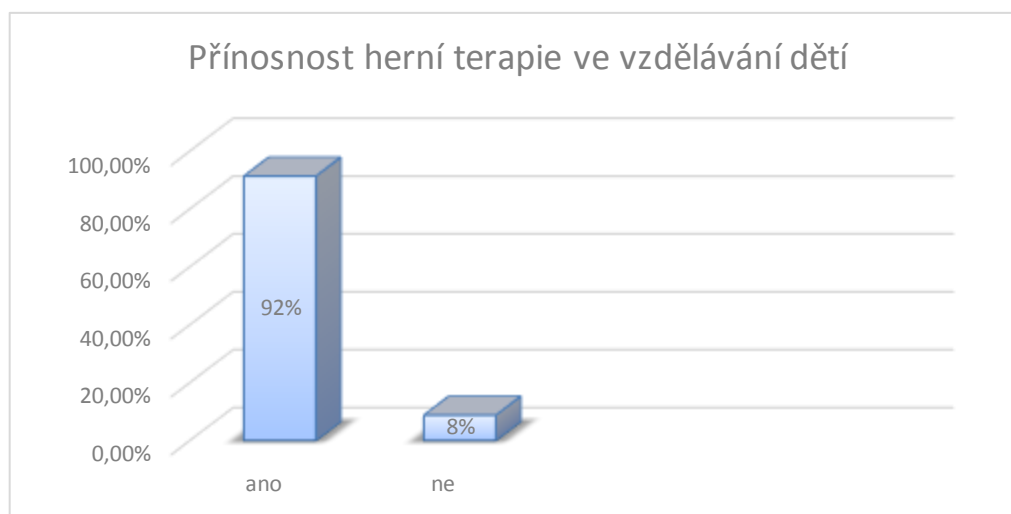


Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka doplňuje předchozí otázky, kdy bylo zjišťováno, zda se rodiče již setkali s herní terapií. Z grafu č. 19 výše vyplývá, že jsou odpovědi dost rovnoměrně rozloženy. Více než 51 % dotazovaných se s herní terapií již setkalo, avšak téměř 49 % dotazovaných odpovědělo, že se s herní terapií ještě nesetkali a nemají s ní tudíž žádnou zkušenost.

Otázka č. 19- Vnímáte herní terapii v rámci vzdělávání v nemocnici jako přínosnou?

Graf č. 20

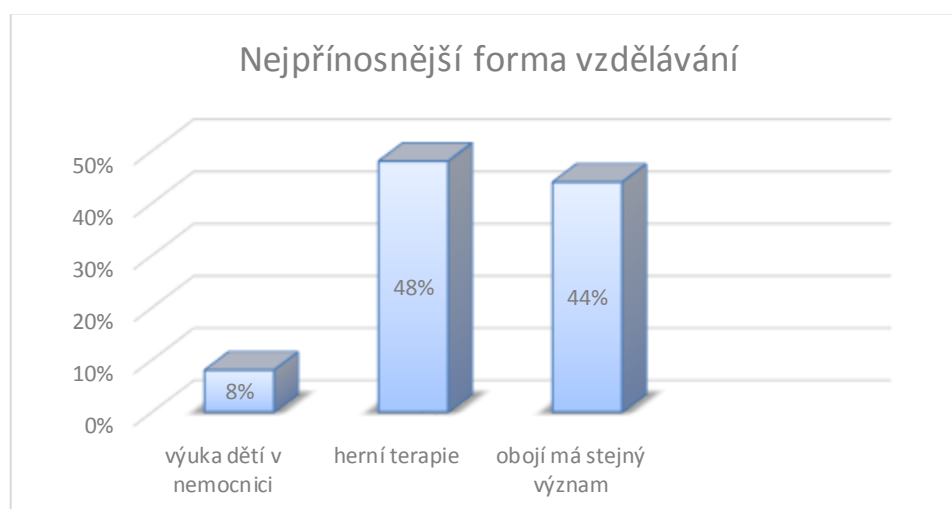


Zdroj: vlastní zpracování

Také tato otázka navazuje na předchozí otázky o herní terapii. Téměř všichni respondenti si myslí, že je herní terapie v rámci hospitalizace přínosnou. Pouze 8 % dotazovaných má zcela odlišný názor, což také vyplývá z výše uvedeného grafu.

Otázka č. 20- Co je podle Vašeho názoru pro děti nejpřínosnější?

Graf č. 21



Zdroj: vlastní zpracování

Pokud se zaměříme na zhodnocení toho, co je pro děti během pobytu v nemocnici nejpřínosnější a má na ně největší vliv v rámci jejich vzdělávání, tak se 44 % dotazovaných shodlo na tom, že jak výuka, tak herní terapie mají stejný význam. Téměř polovina respondentů si naopak myslí, že herní terapie je více účinná než samostatná výuka (48 %). Avšak nejméně zastoupená skupina rodičů si myslí, že je nejvíce přínosná pouze výuka bez využití herní terapie. Jedná se o celkem o 8 % dotazovaných z celkového počtu, což lze vidět v grafu výše.

5.5 Shrnutí výzkumu

Pro tento výzkum byla využita metoda dotazování. Z odpovědí, které byly zjištěny, dojde k potvrzení nebo naopak vyvrácení výzkumných otázek a také dojde k získání odpovědí na výzkumné cíle, které byly stanoveny v počátku výzkumu.

První výzkumná otázka se zaměřovala na to, zda kladou rodiče dětí se závažným onemocněním větší důraz na zdravotnickou péči či na jejich vzdělávání. Ze získaných odpovědí vyplývá, že pokud mají rodiče vážně nemocné dítě, je pro ně prioritou léčba než vzdělávání během pobytu v nemocnici. Mnohdy děti nejsou ani schopny se v rámci léčby vzdělávat, jelikož jim to jejich zdravotní stav nedovoluje. Pokud se jejich stav zlepší, tak jsou rodiče rádi, když se do vzdělávacího programu zapojí alespoň s ohledem na omezení jejich izolovanosti.

Další výzkumná otázka se zabývala tím, zda kladou důraz na vzdělávání starší rodiče nebo naopak mladší rodiče. Z výzkumu vyplývá, že starší rodiče kladou na vzdělávání větší důraz, jelikož se obávají, že jejich dítě zamešká školu. Samozřejmě opět záleží na tom, jaký je zdravotní stav jejich dítěte. Mladší rodiče to naopak tolik neřeší a není to pro ně tolik důležité. Dalo by se to přisuzovat dnešní době, která je velmi interaktivní a děti tak nejsou izolované ani bez přístupu k probíranému učivu ve škole.

Při zjišťování, zda kladou větší důraz na vzdělávání rodiče s nižším či vyšším vzděláním, jsem došla k jasným závěrům, že rodiče s vyšším vzděláním (vysokoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání) považují vzdělání za důležité a projevuje se to také v jejich přístupu k výuce jejich dětí. U rodičů s maturitou jsou odpovědi relativně rozptýlené. Někteří kladou na vzdělání vyšší důraz, jiní naopak méně. U respondentů s nižším vzděláním je naopak zcela zřejmé, že pro ně není vzdělávání tolik důležité, jak je tomu u rodičů s vyšším vzděláním.

Co se týká důležitosti vzdělání, jsou výsledky relativně konstantní. Jak pro rodiče dětí mateřských škol, tak pro rodiče dětí základních škol je důležité, zda je jejich dítě v rámci hospitalizace vzděláváno. Z hlediska tohoto kritéria tak nelze zcela jasně stanovit, jednoznačný výsledek.

Při zjišťování, zda dětem usnadňuje vzdělávání během hospitalizace jejich návrat do běžného vzdělávání, jasně vyplývá, že pokud se dítě vzdělává soustavně i během hospitalizace, je jeho návrat do běžného vzdělávání jednodušší a také jeho začlenění do kolektivu je mnohem lehčí a snadnější. Během vzdělávání totiž nedochází pouze

ke vzdělávání dítěte, ale zároveň je začleněno mezi ostatní děti a není tak izolované pouze se svoji nemocí. Zároveň také jeho vývoj není ohrožen a zamezuje se také možné psychické deprivaci dítěte, které by mohlo nastat, pokud by mu nebyly dodávány potřebné podněty k rozvoji. Toto tvrzení nám potvrzuje také skutečnost, že rodiče ve většině případů preferují kolektivní vzdělávání jejich dětí, jelikož jsou mezi ostatními dětmi a nejsou izolovány. Někteří rodiče sice uvedli, že individuální výuka je také na místě, jelikož se jejich dětem pedagog věnuje daleko více než je tomu u kolektivní výuky, avšak je zde důležité zmínit, že v tomto případě tato výuka dítě přestane brzy bavit.

V rámci výzkumu došlo také k zaměření na herní terapii. Většina rodičů vnímá herní terapii jako školu hrou či jako způsob, jak dětem zpříjemnit pobyt v nemocnici, a ještě je něco naučit. V tomto je také spatřen největší rozdíl mezi klasickou školou a herní terapií. Snahou herní terapie je dětem učivo nastolit formou hry a zejména jim tak zpříjemnit jejich pobyt v nemocnici bez většího tlaku na jejich fyzický a psychický stav. Jedná se tak o nenásilnou formu učení a dalšího vývoje dítěte. Z výzkumu také vyplývá, že rodiče vnímají herní terapii jako přínosnou ke vzdělávání dětí a nepovažují za činnost, která by neměla smysl. Dle získaných dat bylo takto zjištěno, že rodiče přikládají herní terapii značný význam, a naopak klasické vzdělávání v rámci hospitalizace nepovažují za přínosné a efektivní. Kombinace herní terapie a klasické výuky je také podle rodičů efektivní formou výuky dětí během jejich pobytu v nemocnici.

Na základě výše uvedených získaných údajů došlo zároveň k naplnění dílčích cílů stanovených v počátku výzkumu. Na první cíl: *„Jaký má vliv na postoje rodičů závažnost zdravotního stavu dítěte a délka v pobytu v nemocnici.“* Pro rodiče je vždy důležité, jak se jejich dítě cítí, jaký je jeho zdravotní stav a na jak dlouhou dobu bude pravděpodobně hospitalizováno. Dle toho samozřejmě vychází jejich postoj ke vzdělávání v nemocnici. Pokud je dítě v nemocnici kratší dobu, netrvají rodiče na jejich vzdělávání, avšak jsou rádi, když se do vzdělávacího programu zapojí a jsou tak mezi vrstevníky. Samozřejmě, že u dlouhodobějšího pobytu v nemocnici se předpokládá, že je nemoc dětí závažnější, a tak je jejich vzdělávání v rámci nemocnice vždy odkázáno na rozhodnutí lékaře a také celkový stav dítěte. Rodiče se pak rozhodují na základě těchto kritérií individuálně.

Další dílčí cíl se zaměřil na postoje rodičů dle jejich vzdělání a věku. *„Zda se na postojích a názorech rodičů projevují jejich věk a dosažené vzdělání.“* Z výše uvedených údajů je patrné, že postoje rodičů jsou ovlivněny také dle jejich věku a dosaženém vzdělání. Rodiče s vyšším vzděláním trvají na vzdělávání jejich dětí i v rámci pobytu

v nemocnici, samozřejmě s ohledem na jejich zdravotní stav a délku pobytu. Kdežto rodiče s nižším vzděláním nepovažují soustavné vzdělávání za podstatné. Pokud se na postoj rodičů vzdělávání během hospitalizace podíváme z hlediska jejich věku, tak starší rodiče kladou na vzdělávání větší důraz, jelikož se obávají, že jejich dítě zamešká školu. Mladší rodiče to naopak tolik neřeší a není to pro ně tolik důležité. Vše se opět odvíjí od zdravotního stavu dítěte.

Další cíl byl: *„Jak se na postojích rodičů odrazí, jestli dítě navštěvuje předškolní zařízení, nebo již absolvuje povinnou školní docházku.“* U tohoto cíle je zřejmé, že postoje rodičů se odlišným způsobem nemění v závislosti na tom, jaký typ zařízení jejich dítě před hospitalizací navštěvovalo. Pro všechny rodiče je důležitý zdravotní stav jejich dětí, ale jsou vždy nakloněni možnosti, že se jejich dítě do vzdělávacího programu zapojí, pokud je to jen trochu možné. Pokud dítě navštěvuje mateřskou školu, je pro jejich rodiče důležité, aby jejich dítě neustrnulo v jeho následném vývoji. Dítě navštěvující základní školu by zase dle rodičů nemělo zameškat učivo zejména při delším pobytu v nemocnici.

Poslední dílčí cíl byl zaměřen na povědomí rodičů o herní terapii a klasické výuce. *„Jaké je povědomí rodičů k rozdílu mezi školou v nemocnici a herní terapii.“* Ze získaných dat je zřejmé, že rodiče mají povědomí o tom, co je herní terapie, a to i v případě, že se s ní osobně ještě nesetkali. Dle jejich názorů je herní terapie důležitým aspektem vzdělávání v rámci pobytu v nemocnici a kombinace herní terapie a klasické výuky.

Nyní se zpět vrátím k hlavnímu cíli praktické části, který zněl: *„Jaký názor mají respondenti (rodiče hospitalizovaných dětí) na vzdělávání jejich dětí během pobytu v nemocnici s ohledem na délku pobytu dítěte v nemocnici a pravidelnou účastí na vzdělávacím programu.“* Ze získaných údajů bylo zjištěno, že rodiče považují vzdělávání jejich dětí během hospitalizace za důležitý aspekt pro vývoj jejich dětí, avšak pouze v tom případě, že je jejich dítě schopné se vzdělávat a zapojit se vzdělávacích programů a herní terapie z hlediska jeho zdravotního stavu. Považují vzdělávací a výchovné programy za přínosné nejen po psychické stránce dítěte, ale také vzhledem k jeho fyzickému uzdravení. Vzdělávání v rámci hospitalizace dítěte tak má vždy dle rodičů přínos nejen z hlediska jejich vzdělávání, ale také je důležitý pro jejich vývoj, zdravotní stav a také v rámci návratu do běžného vyučování a kolektivu.

ZÁVĚR

Mateřské a základní školy, které působí při zdravotnickém zařízení, jsou instituce poskytující vzdělávání zdravotně znevýhodněným žákům ve věku předškolní docházky a povinné školní docházky. Speciální pedagogové zde působí nejen jako pedagogové, ale zároveň jako činitelé, kteří jsou schopni správným přístupem děti oprostít od jejich komplikované životní situace a zjednodušit jim tak jejich pobyt v nemocnici. Samotný proces vzdělávání je velmi komplikovaný a závisí na mnoha faktorech, jakou je délka hospitalizace, jejich zdravotní stav a také dle přístupu jejich rodičů, což je také součástí této práce.

Cílem této práce bylo podat základní informace o vzdělání dětí během jejich pobytu v nemocnici a poskytnutí názorů rodičů na systém vzdělání ve školských zařízeních při nemocnicích. V teoretické části práce byly popsány základní pojmy jako nemoc, zdraví či nemoc u dítěte. Také zde byla již nastíněna role rodiče během hospitalizace jejich dítěte a také jaké potřeby je nutné u dětí zajistit. Součástí teoretické části jsou dvě kapitoly, které se zabývají speciálními školskými zařízeními, které působí u zdravotnických zařízení a profesí herního specialisty a jeho možnostech působení na vzdělávání a výchovu dětí.

Celá teoretická část je doplněna o výzkumné šetření, které mělo zajistit názory rodičů dětí, které jsou hospitalizovány na působení vzdělávání poskytovaného během vzdělávání na jejich děti. Jako nástroj praktické části byl zvolen dotazník, který zajistil vysoký počet odpovědí a informací, které jsou v rámci této problematiky potřeba. Cílem praktické části bylo zjistit: *„Jaký názor mají respondenti (rodiče hospitalizovaných dětí) na vzdělávání jejich dětí během pobytu v nemocnici s ohledem na délku pobytu dítěte v nemocnici a pravidelnou účastí na vzdělávacím programu.“*. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že rodiče považují vzdělávání během hospitalizace jejich dítěte za důležité, jelikož není jejich dítě izolováno a jeho pozornost je odvedena od pocitů strachu a obav z hospitalizace a nemoci. Samozřejmě vždy záleží na zdravotním stavu dítěte a jeho možnostech se zapojit do vzdělávacích programů. Dle rodičů je také funkce herního specialisty důležitá zejména jako možnost dětí učit hrou a zároveň se jedná o doplnění běžné výuky, která by nemusela být tak efektivní.

Na základě uvedených východisek jsem došla k závěru, že cíl praktické části byl naplněn, tak jako došlo k naplnění cíle celé této bakalářské práce. Vzhledem k rozsahu bakalářské práce již nebylo možné se této problematice více věnovat, avšak právě tato práce může sloužit jako podklad pro další zkoumání.

OTÁZKY K VÝZKUMU

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše pohlaví?
3. Navštěvuje Vaše dítě mateřskou, základní školu nebo střední školu?
4. Jak dlouho je vaše dítě hospitalizováno?
5. Je Vaše dítě zapojeno do vzdělávacího programu v rámci nemocnice? Pokud ano, navštěvuje jej pravidelně?
6. Je pro Vás důležité, aby dítě nepřerušilo soustavné vzdělávání i při pobytu v nemocnici?
7. Jaký je dle Vás systém vzdělávání v nemocnici?
8. Jestliže je dítě zapojeno, vyplňte prosím, jak často navštěvuje vzdělávací program?
9. Vzdělává se Vaše dítě individuálně či kolektivně?
10. Jakou z těchto forem vzdělávání byste preferovali a proč?
11. Shledáváte vzdělávací programy v nemocnici zábavné?
12. Vnímáte přítomnost pedagoga v nemocnici jako přínosnou?
13. Je spokojen/a s pedagogem, který působí v nemocnici? Pokud ano, tak uveďte proč.
14. Myslíte si, že je vzdělávání během hospitalizace dítěte v nemocnici vhodné? Uveďte 3 důvody. Uveďte důvod, proč si myslíte, že ano či ne.
15. Máte pocit, že se vaše dítě během pobytu v nemocnici naučilo něco nového?
16. Můžete stručně popsat, co je to herní terapie?
17. Setkal jste se jako rodič s využitím herní terapie u Vašeho dítěte?
18. Vnímáte herní terapii v rámci vzdělávání v nemocnici jako přínosnou?
19. Co je podle Vašeho názoru pro děti nejpřínosnější?

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
2. KÁBELE, F. *Somatopedie*. Praha: Karolinum, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
3. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
4. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L., et al. *Preklinická pediatrie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. s. 183. ISBN 978-80-7262-438-6
5. LEBL, Jan. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5.
6. MAREŠ, J. *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-267-0.
7. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vyd. Praha: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
8. MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-0231-9
9. OAKLANDER, V. *Třinácté komnaty dětské duše*. Dobříš: Drvoštěp, 2003. ISBN 80-903306-0-6.
10. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
11. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7
12. PLEVOVÁ, I., SLOWIK I., *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-2968-8.
13. PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1551-9.
14. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.
15. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. s. 85, ISBN 80-244-0532-6
16. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc, UP, 2004. ISBN 80-244-0873-2
17. ROGGE, J. U. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-2378.

18. SEDLÁŘOVÁ, P., VLACHOVÁ M., ŘEZNÍČKOVÁ A., MOJŽÍŠOVÁ, M. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
19. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.
21. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
22. VALENTA, M. *Dramaterapeutické projektování*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0615-2.
23. VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0763-9.
24. VALENTA, M. *Herní specialista*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0345-5.
25. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika*. 5. Vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. ISBN 80-7040-837-5
26. GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vydání. Brno: Paido. 207 s. ISBN 80-85931-79-6)

Zákony

1. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Praha, 2004

Vyhlášky

2. Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání
3. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.