

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

Výchova a vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí v léčebnách

Bakalářská práce

Autor: Jiří Černý
Studijní program: B7505 Vychovatelství
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii
Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání bakalářské práce

Autor: Jiří Černý

Studijní program: B7505 Vychovatelství

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii

Název závěrečné práce: **Výchova a vzdělání dlouhodobě hospitalizovaných dětí v léčebnách**

Název závěrečné práce AJ: Upbringing and education of long-term hospitalized children in sanatoria

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce bude zaměřena na výchovu a vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí v léčebných zařízeních, především na oblast trávení volného času. Cílem bakalářské práce je popsat dosavadní systém výchovy a vzdělávání v konkrétní odborné léčebně pro děti a poukázat na rezervy v této oblasti. Práce vychází z hypotézy, že realizovaný systém se zaměřuje na péči a nápravu důsledků nemoci dětského pacienta, výchova a vzdělávání zůstává v pozadí a nejméně odborně je zajištěna oblast volného času. Ke zpracování práce bude použito metody obecně logické, literární, explorativní a pozorování.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky, Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.

Oponent: prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 4. 1. 2012

Datum odevzdání závěrečné práce: 22. 6. 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Litomyšli dne 22. června 2015

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce doc. PhDr. Jiřímu Semrádovi, CSc., za aktivní, odborné vedení práce, poskytování podnětů a rad směřujících k naplnění cíle práce.

Anotace

ČERNÝ, Jiří. *Výchova a vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí v léčebnách*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 75 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce je zaměřena na výchovu a vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí, se zvláštním zřetelem k trávení volného času. Analyzuje pedagogické problémy výchovy a vzdělávání v kontextu sociálně-ekonomických proměn společnosti na přelomu tisíciletí, konkretizuje změny ve společnosti, které nastaly po r. 1989 do současnosti. Z pohledu teoretiků pedagogiky volného času mapuje oblast trávení volného času dětí a mládeže v současné společnosti. Vymezuje funkce působení škol při léčebných zařízeních a jejich místo v systému vzdělávání. Poukazuje na specifika výchovy a vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí, analyzuje vlivy a možné důsledky dlouhodobé hospitalizace na adaptaci dítěte v léčebném zařízení. Uvádí determinanty způsobu trávení volného času v léčebném zařízení, cíle a úkoly jeho organizace a možnosti vedoucí k optimalizaci spokojenosti dětských klientů. Práce specifikuje vybrané tradiční i nové role osob, které se podílejí na péči, výchově a vzdělávání hospitalizovaného dítěte.

V empirickém šetření je zkoumána oblast péče, výchovy a vzdělávání dětí v odborné léčebně pro děti a dospělé v Pardubickém kraji. Na základě zjištěných výsledků jsou prezentovány závěry a navržena doporučení vedoucí k optimalizaci spokojenosti dětských klientů.

Klíčová slova: Výchova a vzdělávání, volný čas, léčebny, škola při nemocnici, hospitalizované dítě, adaptace

Annotation

ČERNÝ, Jiří. Upbringing and education of long-term hospitalized children in sanatoria. Hradec Králové: Faculty of Education of the University of Hradec Králové, 2015. 75 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis deals with the education and upbringing of children hospitalized in the long term. A particular emphasis is placed upon the ways of spending their free time. The paper analyses the issues of education and upbringing in the context of social and economic changes at the turn of millennium. The author specifies all the changes occurring since the year of 1989 till present. The present-day ways of spending free time are explored and analyzed from the perspective of leisure pedagogy theoreticians. The thesis discusses the functions of schools which are part of medical institutions and their place in the educational system. Furthermore, it clarifies the specifics of education and upbringing of children during the long-term hospitalization and reveals the potential consequences of the long-run hospitalization with regard to their adaptation. The determinants of the ways of spending leisure time in medical institutions are introduced as well as the aims and principal tasks of the leisure time organization. Particular stress is laid upon the possibilities of the optimization of leisure time organization which leads to the satisfaction of pediatric patients. Lastly, the theoretical part enumerates traditional as well as new role of people involved in care, upbringing and education of hospitalized pediatric patients.

The empirical part researches the field of education and upbringing of pediatric patients in the professional medical treatment in the Pardubice region. On the basis of obtained results, relevant conclusions are drawn and appropriate measures leading to the optimization and patient's satisfaction are outlined.

Keywords: Upbringing and education, free time, medical institutions, hospital school, hospitalized children, adaptation

Obsah

Anotace

Úvod 1

1 Výchova a vzdělávání v kontextu sociálně-ekonomických proměn
 společnosti na přelomu tisíciletí 2

1.1 Pedagogické problémy v kontextu postmoderní společnosti 6

1.2 Volný čas v pojetí současné společnosti 11

2 Místo a funkce dětských léčebných zařízení v systému vzdělávání 18

2.1 Specifika vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí 23

2.2 Adaptace hospitalizovaného dítěte 27

3 Volný čas v léčebných zařízeních 32

3.1 Výchovné role v péči o hospitalizované dítě 35

4 Výzkumné šetření a prezentace výsledků 41

4.1 Teoretická východiska 41

4.2 Cíle a úkoly empirického šetření 43

4.3 Charakteristika zařízení 43

4.4 Organizace výzkumu 43

4.5 Analýza výzkumného nástroje 44

4.6 Výzkumný vzorek 45

4.7 Prezentace výsledků 50

Závěr

Použitá literatura

Přílohy

Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolil problematiku výchovy a vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí. Podrobněji jsem se zaměřil na oblast volného času dětí v léčebném zařízení. Důvodem volby tématu byla skutečnost, že já sám jsem byl v dětském věku opakovaně dlouhodobě hospitalizován v léčebně s ortopedickými problémy. Jako dětský pacient jsem měl možnost načerpat velké množství poznatků ke způsobům výchovy a vzdělávání v této instituci, ne vždy pozitivních, zejména v oblasti zabezpečení volného času, v tehdejší pojetí volného času. Zajímala mě současná situace této problematiky.

Cílem bakalářské práce je s oporou o analýzu odborné literatury popsat proces výchovy a vzdělávání dětí v odborné léčebně pro děti se zvláštním zaměřením k volnému času dětských pacientů.

Vědecko-výzkumný problém byl stanoven následovně: **Je volný čas dětských pacientů realizován k jejich spokojenosti?**

Z cíle práce a vědecko-výzkumného problému byla vyvozena hypotéza: **„Realizovaný systém v léčebně se zaměřuje na péči a nápravu důsledků nemoci dětského pacienta, výchova a vzdělávání zůstává v pozadí a nejméně odborně je zajišťován volný čas hospitalizovaných dětí“.**

Práce je teoreticko-empirického charakteru. Empirické šetření je kvalitativního zaměření. Ke zpracování práce byla použita metoda obecně logická, literární, explorativní – řízený rozhovor, pozorování a deskriptivní.

1 Výchova a vzdělávání v kontextu sociálně-ekonomických proměn společnosti na přelomu tisíciletí

Pokud máme hovořit o výchově a vzdělávání dětských pacientů v léčebných zařízeních, musíme se na tuto problematiku podívat v širších souvislostech proměny současné společnosti. Abychom se mohli zabývat dnešním stavem poznání problematiky výchovy a vzdělávání, musíme si určit hlavní změny, které na přelomu tisíciletí působily na tuto oblast.

Stav současné společnosti ovlivnily zejména změny, které nastaly po roce 1989. Celkové změny ve společnosti však byly ve světě nastartovány mnohem dříve. Pádem železné opony, která měla v Evropě různé formy, u nás ho představovala sametová revoluce, skončila epocha východního komunistického bloku, došlo k rozpadu socialistického impéria. Demokracie západního bloku zvítězila, stejně tak i kapitalismus. Integrace do západních kultur byla jedním z hlavních cílů tehdejšího Československa. Naše společnost se musela nejdříve vypořádat s přeměnou centrálně plánované ekonomiky na tržní. Dne 1. 5. 2004 Česká republika vstupuje do Evropské unie. Do dalšího vývoje celé společnosti zasáhla i velká celosvětová ekonomická krize v r. 2008.

Koncepce postindustriální společnosti rozvíjené od 70. let 20. století současně s teorií informační společnosti byla jedním ze základních kamenů nové moderní společnosti. V moderní společnosti se rozvíjí koncept společnosti vědění nebo také znalostní, vzdělanostní společnosti. Jedná se o teoretický koncept, který se rozvinul zejména v 90. letech 20. století. Jeho velký rozmach umožnil především rozvoj nových informačních a komunikačních technologií. Vědění ve společnosti vědění dominuje ve všech sférách života a úzce souvisí s ekonomikou (znalostní ekonomika), kde vědomosti jsou nejcennějším artiklem. Je zastřešeno konceptem celoživotního učení, demokratizací vzdělávání a prohlubováním humanismu.

Jako reakce na moderní společnost se začala vyvíjet i koncepce postmoderní společnosti. Postmodernismus je evropský myšlenkový směr, který se začal rozvíjet v polovině 20. století, a v současné době má tato koncepce silný vliv na veškeré dění v Evropě. Bývá označován různými pojmy společenských věd jako postdemokracie, pozdní kapitalismus, pozdní moderna nebo postmoderna. Vedle uváděných označení společnosti 21. století se rovněž hovoří o „*společnosti pozdní modernity*“ (Semrád, 2014).

Tento směr je zaměřen proti dosud převládající koncepci jediné pravdy a jediného cíle, je naladěn protitradičně, protiautoritářsky. Klade důraz na humanizaci a demokracii, usiluje o alternativnost přístupů ke světu a pluralitu názorů. Odmítá koncept poznání, kde měřítkem veškerých věcí je člověk. Odmítá zobecňování, ale i historii, nezabývá se budoucností, vše se má řídit přítomností. Je jí blízký krajní individualismus.

Jaký je tedy svět nového tisíciletí? Především v něm převažuje globalizace, dominují tržní, spotřebitelské a ekonomické vztahy, dochází k propojení národních ekonomik. Hlavní roli přebírají nadnárodní společnosti - jedním se znaků je neomezený pohyb kapitálu, zboží a služeb. Globalizaci umožnil rozvoj komunikačních a informačních technologií, zkracují se vzdálenosti, ale zrychluje se tempo života. Dochází k výrazné diferenciaci mezi těmi, kteří ke komunikačním a informačním technologiím mají přístup a těmi, kteří nemají (chudí – bohatí, mladí – staří, obyvatelé prvního a třetího světa). Situace v bohatých společnostech ostře kontrastuje s chudobou třetího světa. Nedaří se globálně zvládat sociálně ekonomické nerovnosti rozvinutých a rozvíjejících se zemí.

Narůstají vzájemné závislosti mezi národy, ať již v pozitivním nebo v negativním smyslu, dochází ke globalizaci problémů. Vyrůstá napětí mezi národy a etnickými skupinami jako důsledek nového „stěhování národů“ do vysněných západních demokracií. Mezi problémy současného světa se aktuálně řadí riziko válek a konfliktů, terorismus, globální zadluženost, ekonomická zaostalost rozvojových zemí, chudoba zemí třetího světa, růst počtu obyvatelstva, konstantní přírodní zdroje a jejich neobnovitelné čerpání, devastace životního prostředí, nekontrolovatelná migrace, nezaměstnanost. Uvedené socioekonomické procesy a z nich vyplývající problémy dopadají i na fungování výchovně vzdělávacích systémů.

Na všechny uvedené problémy proto hledá odpověď i samotná pedagogika. Nové tisíciletí je charakterizováno v oblasti výchovy a vzdělávání snahou po všestranné realizaci nejrůznějších představ, návrhů, koncepcí, modelů, které by mohly vést k efektivnějšímu využití možností současných školských a vzdělávacích systémů. Hledá se především model, který by fungoval v centralizované Evropě a konkuroval vyspělým demokraciím. Ne vždy se však k tomuto procesu přistupuje optimálně. Abychom mohli vymezit problémy výchovy a vzdělávání v současné společnosti, je třeba se nejdříve zaměřit na to, v jaké společnosti vlastně žijeme.

Petrusek a Balon (2011) se ve své práci odkazují na autora Federika Jamesona (1984), který tvrdí, že *„kapitalismus prošel třemi podstatnými etapami – etapou s dominancí trhu, s dominancí monopolů a s dominancí nadnárodních struktur, čemuž odpovídá i kulturní členění na fázi realismu, modernismu a postmodernismu“* (Jameson, 1984 podle Petrusek a Balon 2011 s. 109). Současnou společnost popisují autoři jako bezprecedentní - *„vykazuje obrovskou spoustu znaků (technických, sociálních, psychologických), jež minulé společnosti neznaly“*. Svět se stal méně srozumitelným, ačkoliv k jeho porozumění máme více nástrojů než naši předci, kteří léta žili téměř v neměnném uspořádání světa. Vývoj začal nabývat na dynamice až se vznikem průmyslové revoluce, ale i tak se změny prosazovaly pozvolna. Teprve v posledních dvou desetiletích postupně vstupujeme do fáze „akcelerované společnosti“. Tradiční řád, který drželo pohromadě několik obecných principů – idea liberální demokracie, svobodného trhu a lidských práv i touha po spravedlnosti a rovnosti, se rozpadl. Místo věcí veřejných, v tradiční společnosti zásadně důležitých, stojí na prvním místě jednotlivá individualita. Osamocený člověk se však bez opory ve stabilních normách, osvědčených praktik předků, zejména z pohledu mladých již „beznadějně zaostalých“, obrací ke světu plnému předmětů a zboží a jejich „obstaráváním“ naplňuje své dny. Naše společnost se přeměňuje v hyperkonzumní. Jsme ovládáni spotřebou (kolonizace každodenností), ačkoliv se domníváme opak. Spotřeba (posilována médii) nabízí obrovské množství příležitostí, jak prožít život ve „společnosti zážitků“. Hyperkonzumní člověk téměř všechno má a téměř po všem novém touží.

„...člověk obklopený nejmodernější technikou, s níž dokáže manipulovat je ochoten a schopen věřit viditelnému podvodu, který na něj nastražily firmy motivované jedinečně a důsledně ziskem.“ (Petrusek a Balon, 2011, s. 106)

Postmoderní společnost nazývají Petrusek a Balon (2011) společností „karnevalové kultury“. Svět je estetizován – krásně barevný, dynamický, živý, pohyblivý, teatrální, spektakulární, kde se vše proměňuje v jednu velkou a permanentní show, kde každý den je karneval, jejíž hlavním tvůrcem a propagátorem je televize a soubor dalších digitálních médií.

Jan Keller (2010) rozebírá individualismus jako výrazný fenomén postmoderní společnosti. Uvádí, že v „postmoderní době dominuje kulturní nad ekonomickým, estetické nad instrumentálním, spotřeba nad výrobou“. Pro novou generaci již nemá význam materiální zajištění a bezpečí, ale hodnoty jako atraktivní kvalita života a maximální možnost realizace. V postmoderní době se lidé odpoutali od nudného vydělávání k mnohem zábavnějšímu utrácení (pokud je ovšem z čeho).

Jan Keller dále dodává, že v době nadvlády ekonomického imperativu, zvyšujícího se tlaku ekonomiky a enormního zadlužení celých států jsme přesvědčováni, že nastupuje doba nezávazné volby životních stylů, osvobozených od ekonomických a sociálních tlaků, naprosto svobodných ve výběru toho, čím se budeme zabývat a jak budeme žít, ovlivňovaných pouze vkusem a hodnotami každého jednotlivce. Individualizaci považuje „za vnucenou strategii, která znemožňuje středním i nižším vrstvám hájit svou pozici skupinově“. Individualismus sice osvobozuje člověka od tlaku skupin, diktátu, pověr a předsudků, ale po překročení určité hranice může společnost snadno rozložit. Jako příklad stoprocentního individualisty předkládá bezdomovce zcela odpovědného za svou vlastní situaci (společnosti nic nedluží a společnost nic nedluží jemu). Keller uvádí, že individualismus „pomáhá zakrývat mocenské poměry ve společnosti“ a má podobu „kapacity vlastní peněženky“.

„Individualismus je to, co člověku zbývá, když byl vyvázán z přediva sociálních opor. Nestal se však nezávislým. Dostal se ve všech dimenzích svého života do naprosté závislosti na mechanismu trhu“ (Keller, 2010).

1.1 Pedagogické problémy v kontextu postmoderní společnosti

Konrad Paul Liessmann (2008) současnou společnost nazývá „dezinformační“. Nárůst informačních a komunikačních možností, velké množství vjemů, kamuflovaných jako informace, lze z kapacitních možností vnímat pouze okrajově a zpravidla se hned zapomenou. Situaci v oblasti výchovy a vzdělávání hodnotí jako rozporuplnou. „*Na jedné straně se ještě diskutuje o sociálním učení, motivaci, cílené koedukaci, oddělení dívek a chlapců u specifických předmětů s cílem dívky podpořit, ovšem ve druhém táboře se propagují plošné genderově neutrální a tvrdé znalostní testy, aby se zjistila otázka stavu vzdělání v jednotlivých regionech. Jedni sní o škole jako idyle solidárního společenství a nekonfliktní integrace, zatímco druzí nemají nikdy dost soutěže, konkurence, testů, mezinárodních ratingů, evalvací, opatření k zajištění kvality kurzů orientovaných na výkonnost.*“ Jedni hovoří o podpoře žáků a celostním přístupu k výchově a vzdělávání, druzí zase o požadavcích a jejich formulování zejména v kognitivní rovině. „*Je zřejmé, že tohle všechno se nedá realizovat a současné debaty o vzdělání jsou charakteristické manévry sebeklamy,*“ dodává Liessmann. Požadovaným výsledným produktem vzdělávacího procesu by měl být člověk flexibilní pro pracovní proces a disponitibilní pro zábavný průmysl, který by příliš nemyslel „vlastní hlavou“.

„*Reformátory vzdělání všeho druhu pojí jedině a to nenávisť k tradičnímu pojetí vzdělanosti. Je jim očividně trnem v oku, že by lidé mohli získat vzdělání neúčelové, souvislé, obsahově ukotvené v tradicích velkých kultur, které by je nejen formovalo, ale také by jim umožnilo nezávislost na diktátu doby a módních vlnách. Vzdělání lidé by totiž byli všechno jiné, než bezproblémové fungující flexibilní mobilní a týmově svázané klony, jaké by mnozí rádi viděli jako výsledné produkty vzdělávacího procesu.*“ (Liessmann, 2008, s. 38)

Liessmann (2008) dále uvádí, že vzdělání bylo od počátku motorem prudkých modernizačních změn. Vzdělání v současné době funguje jako „*uklidňující prostředek, současně mobilizuje lidi a zároveň je neustálými sliby lepších časů odvrací od toho, aby se mobilizovali*“. Vzdělání nekompenzuje ztracené utopie a ani negarantuje bezproblémové fungování ekonomiky. Proto jsou také v současné době vzdělávací zařízení v permanentní krizi, v pravidelných intervalech se vyhlašuje, že hrozí vzdělávací katastrofa a kvůli permanentní reformě na vzdělávací systémy sílí tlak. Reformy se střídají, čím rychleji tím lépe, pokud se reforma nepodaří, je nejvyšší čas pro reformu novou, tím se zvyšuje chaos a smysluplná práce je stále obtížnější. Katastrofickému stavu vzdělání se tak čelí nepravdami o skutečných možnostech a smyslu vzdělání. Vědění se označuje za prudce rostoucí zdroj budoucnosti (exploze vědění), přičemž všeobecného vědění závratně ubývá. Neustálé učení bude však dále nutností, přesněji řečeno nátlakem vynucené, nikdo však přesně

neví, co se má učit a proč. Vzdělávací zařízení jsou přesto stále nucena k tomu, aby se zhostila všech úkolů, které se na ně delegují.

„Školy se stávají náhradou za rozpadající rodinu, posledním místem emocionální komunikace, preventivní institucí v oblasti drog a AIDS, prvním místem terapie, poskytovatelem sexuální a jiné osvěty, zařízeními na řešení problémů světa dospělých v otázkách znečištěného životního prostředí, válek, integrace migrantů, boje kultur, bídy třetího světa, ideologie evropské konkurenceschopnosti, prudkého rozvoje ekonomiky orientované na neustálý růst a technologie jsou neustále přetěžované novými výdobytky techniky a neustále za nimi pokulhávají, musí zprostředkovat kognitivní vědění všem...“ (Liessmann, 2008, s. 44)

Liessmann (2008) konstatuje, že nevzdělanost „je rezignace na snahu vůbec něco chápat. Vždy když se dnes mluví o vědění, jde vždy o něco jiného než o pochopení.“ Vědění společnosti vědění se distancuje od tradiční sféry vzdělanosti. To, co se ještě dnes tvrdošijně nazývá vzděláním, se v současné době „neřídí možnostmi a hranicemi individua, ani neproměnnými zdroji určité kulturní tradice“. Standardy, kterým má dnes „vzdělanec“ dostát, jsou externí faktory – trh, zaměstnatelnost, kvalita lokality a technologický rozvoj. Vědění je definováno dle těchto faktorů podle užitečnosti jako vyrobený produkt. Tam, kde těmito kritériím neodpovídá, musí být tento „balast vědění“ rychle odstraněn a vymazán. Společnost vědění tak zachází se svým nejcennějším statkem, jako by to byla poslední veteš. „To, co se realizuje ve vědění společnosti vědění, je sebevědomá nevzdělanost.“ (Liessmann, 2008, s. 51)

„ Z tohoto hlediska se jeví všeobecné vzdělání stejně postradatelné jako rozvoj osobnosti. V rychle se proměňujícím světě, v němž se kvalifikace, kompetence a obsahy vědění údajně stále mění, se „nevzdělanost“, tedy rezignace na závazné duchovní tradice a klasické vzdělání, stala ctností, která jednotlivci umožňuje rychle, flexibilně a bez zatížení „vzdělanostním balastem“ reagovat na neustále se měnící požadavky trhu.“ (Liessmann, 2008, s. 51)

Na problémy současné pedagogiky ukazuje rovněž ve své práci Jarmila Skalková (2004). Moderní pedagogické myšlení, které vycházelo z osvícenských představ o emancipaci člověka ve smyslu společenského pokroku a výchovná činnost se rozvíjela na principu vzdělavatelnosti a aktivity subjektu, postmoderní myšlení zásadně odmítá. „Výchova je v tomto pojetí projevem panství vychovatele.“ Samotný pojem výchova zpochybňuje např. H. Gisecke (1985, podle Skalková, 2004, s. 46). Výchova je spojena s představou, že dospělí musí z dětí udělat něco určitého, zač sami nesou zodpovědnost, dítě je věc, se kterou se zachází při výrobě dětské osobnosti. Při moderní výchově H. Gisecke zdůrazňuje pojmy autonomie, samostatnosti a svobody dítěte, jeho zralosti a jeho práva jako samostatného

subjektu. Jde o novou orientaci působení rodiny a školy, která bude děti učit „vzdělávat se“, což znamená „*nechat děti učit se tomu, co budou skutečně potřebovat pro suverénní a zralý život.*“ (Gisecke, 1985, podle Skalková, 2004, s. 46)

Skalková (2004, s. 46-49) uvádí, že v postmodernismu se rozvíjejí i některé další koncepce. Antipedagogika kritizuje autoritářské a jednostranně racionalistické působení školy a potlačování osobnosti mladého člověka. Tato koncepce apeluje hlavně na to, aby se radikálně změnil vztah vychovatele, rodiče a dítěte. Pedagogické akty považuje jako dětem nepřátelské, pozice vychovatele je odmítána jako forma psychické agrese. Radikální koncepce antipedagogiky negují všechny doposud existující pojetí výchovy a vzdělávání. Pojem výchova nahrazují pojmy „podporování, provázení dítěte“, socializace a učení.

„Předmětem kritiky moderní pedagogiky je již dávno encyklopedismus, jednostranně kognitivní orientace vzdělávacích koncepcí, podceňování vlastních zkušeností žáků, emocionálních sfér jejich života aj.“ (Skalková, 2004, s. 48)

Skalková (2004) dále uvádí, že sociologické výzkumy poukazují na řadu změn rodiny. Hovoří se o pluarizaci a deinstitucionalizaci forem rodiny, ale i o utváření nových forem uvnitř rodiny (pracovní zatížení rodičů, nezaměstnanost). Rodiče mění autoritářské postoje k výchově, bere se větší ohled na zájmy dítěte, dětem se dopřává větší volnost. Problémem je i to, že rodiče mají na děti stále méně času a netráví s nimi volný čas. To vše spoluvytváří sociální motivační, hodnotové vztahy, v nichž dítě žije. Před dětmi se otevírají velké možnosti individuální volby, ale zvětšuje se i riziko volby např. vzhledem k sociálně patologickým jevům. *“Nepromyšlená volnost může obsahovat i přílišnou náročnost pro určité jednotlivce, vzbuzovat pocity těžko zvládnutelné nejistoty, osamocení, stresu, z nichž opět hledají nerůznější problematické úniky.“* (Skalková, 2004, s. 47)

Skalková (2004, s. 50) analyzuje vzdělávání v kritickém pohledu postmoderny a uvádí, že postmoderna neguje koncepci člověka a vzdělávací úsilí, jak je uznáváno od dob osvícenství a zdůrazňuje požadavky spontaneity, svobodné činnosti, akcentuje orientaci na emocionální momenty, na komunikaci teď a nyní, na iracionální zážitky. Postmoderna kriticky hodnotí jednostranný dirigismus, vše povinné a uniformní, uměle sjednocující, *„co dělá z žáka věc a podvazuje jeho vlastní iniciativu, samostatnost a tvořivost“*. *„To ovšem neznamená, že z oblasti teoretického zájmu mizí takové důležité otázky vzdělání, jako jsou potřeba koncentrace na zhodnocování obsahu vzdělávání v nových podmínkách dynamicky se měnícího světa, otázky mravních i ekologických aspektů vzdělávacích koncepcí, problémy socializace ve vzdělávacích procesech aj.“* Celosvětově se stále silněji prosazuje představa, že děti se musejí naučit zvládnout racionálním způsobem

vzájemné vztahy mezi sebou, přírodou, kulturou a společností. Musí získat kognitivně morální kompetence, které budou jako občané liberální společnosti potřebovat jako existenční nutnost. Musí se učit jak prosazovat vlastní zájmy v kontextu občanských práv a liberálního prostředí. Soustředění postmoderny na rozklad toho, co je v moderně zkonstatováno, je v určitém smyslu pochopitelné, avšak jednostranné akcentování destrukce navozuje pesimistické až nihilistické nálady, což může být pro pedagogiku zvláště zneklidňující, může to vést k „vykořeněnosti, snižování vědomí odpovědnosti za výchovu a vzdělávání mladé generace“. Nejde o to odmítat podněty postmoderního myšlení, ale interpretovat a chápat je v pozitivním smyslu, jako otvírání cest k novým dimenzím pedagogického myšlení. Je třeba domýšlet tradiční i nová témata, překonávat stereotypní přístupy se zřetelem na bohaté diferenciované a velmi rozporné jevy současné doby.

Inovační pedagogické myšlení doma i v zahraničí, konstatuje Skalková (2004, s. 53), usiluje o vnitřní přeměnu školy - odmítá jednostrannou orientaci na látku v jejím encyklopedickém a scientistickém pojetí, překonává jednostranně racionalistické pojetí pedagogického procesu, pasivní roli žáka a autoritářské klima školy. Důraz se klade na vnitřní motivaci žáka oproti vnějšímu působení, potřebu seberealizace a svobody dítěte.

Všechny tyto postoje silně ovlivňují současný stav pedagogického myšlení u nás. Na jedné straně je poukazováno na žalostný stav obecného vzdělání a na oslabující roli školy a na druhou stranu je naopak zdůrazňováno její nezastupitelné místo a vzrůstající význam v současném složitém vývoji. Koncepce dalšího vzdělávání jsou zcela nejednotné a roztržité, izolované od širších kontextů, stejně tak nejasné jsou i obsahy a cíle současného vzdělávání. Jednou z otázek je i další vzdělávání učitelů (a obsah tohoto vzdělávání), protože všechny změny výrazně zvyšují nároky na pedagogickou práci.

Skalková (2004, s. 63) zdůrazňuje, že pro analýzu rozvoje pedagogiky (didaktiky) i interpretaci pedagogických problémů je třeba „rozumět novému sociálně ekonomickému kontextu, v němž probíhají reálné výchovné a vzdělávací procesy“. Skalková (2004) dále konstatuje, že v současné době chybí dostatečně široká veřejná debata o klíčových otázkách, jako je perspektivní rozvoj vzdělanosti. Intenzivní zájem se věnuje vlastnímu procesu vyučování - prostředkům a metodám. Málo jsou diskutovány otázky, jaké vzdělání potřebují mladí lidé na přelomu tisíciletí pro práci a život v soudobé společnosti i pro své osobní životní perspektivy a to jak z pohledu obsahové práce obecně, tak i obsahové práce jednotlivých stupňů a druhů škol. Tyto obsahy nemohou být doménou pouze pedagogických disciplín, protože mají interdisciplinární nebo multidisciplinární charakter. Na jejich řešení se musí podílet celá řada vědních oborů.

Výchova a vzdělávání stojí v současné době před nelehkým úkolem, již ze svého poslání by měly svými cíly a obsahy reagovat na neustále nové, často nejasné požadavky doby, což je nadlidský úkol i vzhledem ke skutečnosti, že překotné změny probíhají ve stejné době na všech možných úrovních života jedince, společnosti i celého globálního světa a je těžké odhadovat jejich vývoj. Je zřejmé, že výchova a vzdělávání je a bude i v budoucnu se nucena vypořádávat a adekvátně reagovat na řadu problémů, které dnešní doba přináší jako je např. plurismus životních forem, rostoucí životní nejistota, příliv migrantů a přistěhovalců a tím i nových kultur, prohlubující se sociální nerovnost, devastace životního prostředí, vzrůstající počet nezaměstnaných a velké procento nezaměstnaných mladých lidí po ukončení přípravy na povolání, reorganizace světa práce, konzumní spotřební způsob života, zhoršující se zdravotní stav dětské populace, nezdravý životní styl, sociálně patologické jevy (násilí, drogy, závislosti, extremismus) a další.

Přesto nelze rezignovat a zbavovat se odpovědnosti za výchovu a vzdělávání nové generace. Transformace české školy vychází z humanistického pojetí výchovy a vzdělávání, pro které je typický pedagogický přístup zaměřený na dítě. V současné době se stále hovoří se o restrukturalizaci školství a vnitřní reformě školského systému (změny v pojetí školy, obsahu učiva, v pojetí vyučovacího procesu), o decentralizaci školské vzdělávací politiky a posílení autonomie škol. Pozornost se upíná na principy demokratického vzdělávání se zaměřením na schopnost kritického myšlení, samostatnost a odpovědnost, rozvoj týmové práce, schopnost komunikace a flexibilitu. Stranou nestojí ani požadavek na kompatibilní vzdělávání, které by umožňovalo vzdělávání ve vzdělávacích systémech cizích zemí. Mezi trendy současného vzdělávání patří především informační gramotnost, výuka cizích jazyků, výchova k demokracii, evropská integrace, multikulturní výchova, environmentální výchova a výchova ke zdravému životnímu stylu, přicházejí i zajímavé poznatky o dramatické a asertivní výchově. Nová situace v posledním desetiletí otevřela prostor pro četné inovativní iniciativy a alternativní snahy učitelů či skupin pedagogů, vznikají i alternativní školy.

Uvedené výchovně vzdělávací problémy se řeší postupně v celém světě kurikulární reformou, která u nás ústí v zavedení Rámcových vzdělávacích programů a z nich vycházejících Školních vzdělávacích programů. Nově jsou standardizovány i výchovné instituce zaměřené např. na volný čas dětí a mládeže. Podobně jako vzdělávací instituce i výchovné instituce musí nově vymezovat výchovně vzdělávací cíle (po vzoru západních demokracií). Požadavky kurikulární reformy se týkají i výchovně vzdělávacích institucí pro dlouhodobě hospitalizované děti.

1.2 Volný čas v pojetí soudobé společnosti

Pojetí volného času podle Němce (2002) prošlo od minulého století třemi podstatnými fázemi. V období od r. 1945 byla pro společnost prvořadá poválečná obnova zničeného hospodářství. Pracovní činnosti zabíraly téměř většinu dne a volný čas, který zbýval, plnil zejména funkci zotavovací, v pojetí oddechu a obnovy pracovní síly. V 60.-70. letech minulého století, po zavedení 8 hodinové pracovní doby, začala být práce vnímána jako zaměstnání k zabezpečení živobytí. Do volného času vstupuje určitá míra konzumu, užívání a zábavy (auto, cestování, film, televize). Od 80. let z počátku převážně v západních zemích, následně i u nás, postupně dochází ve volném čase k výrazné orientaci na konzum a blahobyt. Volný čas chce člověk uvědoměle prožívat.

Po r. 1989 začínají na oblast volného času doléhat globalizační změny ovlivněné zejména rozšířením komunikačních technologií. Zanikají tradiční povolání, mění se hodnota práce. V důsledku vzrůstu životní úrovně se rozšiřuje poptávka po nových zážitcích, zábavě, cestování. Pod sugestivním vlivem reklamy, šířené prostřednictvím masových komunikačních prostředků, dochází k velkému rozvoji zábavného a kulturního průmyslu.

Oblast volného času dětí a mládeže se v poválečném období (po r. 1945) označovala jako výchova mimotřídní nebo mimoškolní. Byla zaměřena na přípravu na vyučování (doučování) příp. pobyt „venku“ a privilegované postavení v ní měla škola. V 60. letech byla nahrazena pojmem „výchova mimo vyučování“, kdy do volného času dětí vstupují různé zájmové kroužky (technické, pěstitelské, chovatelské, vaření, šití) a kluby, organizují se pionýrské tábory. Vše probíhá pod záštitou Pionýrské organizace socialistického svazu mládeže. Ve volném čase se angažují i složky Národní fronty – Český svaz tělesné výchovy, Lidové školy umění. Při školách jsou zřizovány družiny, vznikají SRPŠ. V pojetí socialistické pedagogiky se i ve volném čase klade důraz na ateistickou výchovu (vytěsnění náboženství).

Po roce 1989 dochází k přelomu v chápání pojetí volného času. Rozšiřují se možnosti i spektrum účastníků. Problematiku volného času začala analyzovat a využívat pedagogika volného času a stala se jejím zastřešujícím pojmem. Zaměřila se na smysluplné využití volného času a jeho výchovný potenciál. Do volného času dětí a mládeže vstupují nová občanská sdružení a široká nabídka aktivit. (organizovaných i volně přístupných). Ve volném čase se angažují velké organizace – Junák, Pionýr, YMCA, ale nabízejí se i různé formy otevřené práce s mládeží.

Oblast trávení volného času dětí a mládeže v současnosti ovlivňuje skutečnost, že žijeme ve společnosti pozdní modernity označované také jako konzumní nebo spotřební společnost. Na myšlení lidí působí sílící tlak reklamy, podněcující obstarání příslušného produktu, což zaručuje neustálý koloběh peněz. Dospělí se snaží zabezpečit svoji rodinu ekonomicky a to často až nad rámec její reálné potřeby. Rodiče se snaží zahrnout své děti tím nejlepším hmotným zabezpečením a ty to po čase přijímají jako samozřejmost. Rodiče přestávají mít na děti čas, reálné vztahy v rodině nahrazuje televizní a virtuální realita. V dnešní době děti tráví většinou svůj volný čas u televize, počítače a internetu, obklopeni světem počítačových her a virtuálními přáteli na sociálních sítích. Díky médiím je přirozené prostředí nahrazováno prostředím mediálním. V činnostech dětí převládá, konzumnost, nenáročnost aktivit a pasivita. Pokud ani rodiče neposkytují dítěti model aktivního trávení volného času a nejsou pro děti pozitivním vzorem, tak dítě ani nemá přehled o způsobech či možnostech trávení volného času. Dítě se tak nudí, volno vyplňuje pasivními činnostmi, stává se manipulativním a v případně navázání se na rizikovou vrstevnickou skupinu hrozí riziko vzniku patologického chování. V souvislosti s pasivním trávením volného času se projevují i další problémy provázející nezdravý životní styl a to různé druhy zdravotních obtíží – vysoký krevní tlak, zhoršující se zrak, fyzická neobratnost, ortopedické vady, obezita.

„Specifickou zvláštností volného času dětí a mládež je to, že z výchovných důvodů je žádoucí jeho pedagogické ovlivňování. Děti ještě nemají dostatek zkušeností, nedovedou se orientovat ve všech oblastech zájmových činností, potřebují citlivé vedení. Podmínkou účinnosti je, aby toto vedení bylo nenásilné, nabízené činnosti pestré a přitažlivé, účast na nich dobrovolná. Míra ovlivňování volného času závisí na věku dětí, jejich mentální i sociální vyspělosti i na charakteru rodinné výchovy.“ (Pávková, et al., 2008, s. 13-14)

Už samotná svoboda ve výběru způsobu trávení volného času, není odvislá od rozhodnutí jedince. V současné společnosti bývá determinována např. sociálním statutem, prestiží, příslušností k určité sociální skupině, ale i ekonomickou situací rodiny.

Je na místě zabývat se otázkou spojenou s problematikou výchovy a vzdělávání ve volném čase dětí a mládeže v současné společnosti. Tradiční výchova a vzdělávání se zaměřují především na práci a přípravu na budoucí povolání, méně již na možnosti a způsoby trávení volného času. Dítě se připravuje pro život, ve kterém se předpokládá, že bude vykonávat pracovní činnosti. Přesto existuje reálná možnost, že člověk po určitou dobu svého aktivního života nebude mít stálé zaměstnání. Současný trend nám tento vývoj naznačuje. Nárůst nezaměstnanosti a především velké procento nezaměstnaných po ukončení přípravy na povolání, velká fluktuace různých zaměstnání a nestálost na trhu práce nám klade

otázky, jak budou nezaměstnaní mladí lidé trávit čas, který by jinak vyplňovali pracovní činností? Budou umět tento čas trávit smysluplně, aktivně nebo převládne pasivita? To jsou otázky, kterými by se v současné době mimo jiné měla zabývat i pedagogika volného času.

„Volný čas jako mnohorozměrný prostor života a výchovy současného člověka (a zejména dětí a mládeže) poskytuje v současnosti pro jejich činnost a rozvoj četné možnosti. Jeho celkový fond se v posledních dvou stoletích trvale rozšiřuje, obohacuje svůj obsah a realizační způsoby. Aktivita volného času mají dnes předpoklady působit na nejrůznější stránky osobnosti; podporovat seberealizaci všech příslušníků mladé generace a motivovat je k aktivní účasti na vlastním rozvoji i na rozvoji společnosti.“ (Hofbauer, 2006, s. 32)

„Vzrůst významu pedagogiky volného času života se zdá být nezadržitelný, pokud potřeba pedagogiky, v níž je obsažena hra, zábava a družnost, je provázena podnětným a produktivním spojením se získáváním vědomostí, sociální angažovaností, rozvojem kultury, kritickou reflexí a sebeprožíváním, podporující výkon.“ (Pries, 2006, s. 15)

V literatuře se setkáváme se dvojím vymezením volného času, a to pozitivním a negativním. S negativním vymezením se můžeme setkat hlavně v německé literatuře, např. Hofbauerova (2004, s. 13) zbytková, reziduální teorie volného času. U nás toto vymezení uvádí např. Žumárová (2006, s. 21). Volný čas je chápán jako protiklad k času pracovnímu. Někdy je tento přístup označován také jako sociologizující. Volný čas je všechn čas, který nám zbude po splnění všech našich povinností (pracovních, rodinných a sociálních) a po uspokojení biologických a fyziologických potřeb.

„Volný čas považujeme za významný fenomén pro kultivaci osobnosti jedince, rozvoj jeho dispozic, nadání a talentu. Efektivní využívání volného času ve spojení především se školou a mimoškolními organizacemi je problém. V těchto souvislostech vystupuje do popředí osobnost pedagoga, vychovatele, sociálního pedagoga, který organizuje, usměrňuje aktivity dětí a mládeže. Zde se jeví jako jeden z pilířů využití možností hry ve výuce, ale i mimo ni.“ (Žumárová, 2006, s. 22)

Autoři, např. Faltýsková (2002), Pávková et al. (2008), uvádějí, že v pozitivním vymezení volného času je volný čas chápán jako rovnocenná sféra lidského života, s významem pro kvalitu života jedince. Toto pojetí se také nazývá psychologizující a vychází z chápání a prožívání dané činnosti a co pro člověka samotného znamená. Tento čas si člověk svobodně volí a dělá takové činnosti, které mu přinášejí radost, potěšení, zábavu, uspokojení, uvolnění a odpočinek. Tyto činnosti často rozvíjejí a obnovují tělesné, duševní i tvůrčí schopnosti. Je to čas, ve

kterém je člověk nejvíce sám sebou. Prostor, kde se může realizovat skrze svobodné a dobrovolné činnosti pro sebe či ostatní ze své vlastní iniciativy.

Do volného času řadí např. Jan Čáp (1994, s. 33) poznávání různých činností a oblastí života společnosti, formování vědomostí, dovedností, schopností a zájmů, trávení volného času ve prospěch tělesného a duševního zdraví, vnitřně bohatého života a rozvoje osobnosti. Do volného času dětí a mládeže dle Pávkové et.al. (2008) nepatří sebeobsluha, péče o zevnějšek a osobní věci, povinnosti spojené s provozem rodiny, domácnosti příp. výchovného zařízení, nezařazují se ani potřeby zabezpečující biologickou existenci (jídlo, spánek, hygiena, zdravotní péče).

Kvalitně strávený volný čas podporuje mnohostranný rozvoj osobnosti jedince, pozitivně ovlivňuje jeho sociální vztahy a interakci a tím obohacuje i celou společnost. Určit hranice mezi volným časem a povinnostmi není tak jednoduché. Činnost, která pro někoho znamená pouhou povinnost, může být pro druhého aktivitou, kterou považuje za příjemné trávení svého volného času.

Již v sedmdesátých letech vymezil Dumazedier (1966) tyto hlavní funkce volného času: **relaxační funkce** (veškerý odpočinek, jak fyzický tak psychický), **zábavná funkce** (čas na hry a zábavu), **sebevzdělávací funkce** (činnosti na rozvoj a vzdělávání). Na něho navazuje Hofbauer (2004) ale i Blažková (2008), kteří za tři hlavní funkce považují: **odpočinek** (regenerace pracovní síly), **zábavu** (regenerace duševních sil) a **rozvoj osobnosti** (spoluúčast na vytváření kultury, formování a utváření životního stylu).

Hofbauer (2004) zdůrazňuje dalšího autora, kterým je Horst W. Opaschowski (1976, podle Hofbauer, 2004, s. 14-15), německý pedagog, který vymezuje základní funkce a možnosti volného času na: **rekreaci** - zotavení a uvolnění, **kompensaci** – odstraňování zklamání a frustrací, **výchovu a další vzdělávání** - učení o svobodě ve svobodě, sociální učení, **kontemplaci** – hledání smyslu života a jeho duchovní výstavba, **komunikaci** - sociální kontakty a partnerství, **participaci** - podílení se na chodu, vývoji společnosti, **integraci** – stabilizaci života rodiny a vrůstání do společenských organismů a **enkulturaci** – kulturní rozvoj sebe samých, tvořivé vyjádření prostřednictvím umění, sportu, technických a dalších činností.

Na funkce pedagogiky volného času v léčebných zařízeních lze nahlédnout z pohledu, který vymezují autoři Pávková et al. (2008, s. 39-41):

Výchovně vzdělávací funkce - na tyto funkce je kladen značný důraz. Instituce dle svých možností rozvíjí v mladé generaci schopnosti, usměrňují, kultivují a uspokojují tím jejich zájmy, formují žádoucí postoje a morální vlastnosti, vedou své svěřence k žádoucímu využívání volného času. Děti tímto získávají

zkušenosti, dovednosti a návyky, pocit z dobře odvedené práce u nich formuje přiměřené sebehodnocení a celkově vytváří dobré podmínky pro budoucí fungování ve světě dospělých.

Zdravotní funkce - tyto funkce plní instituce tím, že pomáhají svěřencům vytvářet zdravý životní styl, což spočívá např. v osvojování hygienických návyků, režimu dne, ale i ve střídání různých činností (např. aktivní činnosti s odpočinkovými). Zařízení, která zajišťují stravování, předávají správné stravovací návyky i význam racionální stravy. Instituce přispívají ke zdraví i tím, že umožní dětem trávit čas v prostředí, které je příjemné, bezpečné, zdravotně nezávadné, s celkově dobrou atmosférou.

Sociální funkce - tyto funkce instituce plní tím, že je to prostor pro potkávání nových lidí. V sociálních situacích se rozšiřuje možnost sociální komunikace. Sociální vazby se utváří na neutrálním území pod dozorem pedagoga, který je může pozitivně ovlivňovat. Výhodou je, že se mezi dětmi vyrovnávají podmínky vyplývající z jejich různého sociálního a ekonomického prostředí.

„V dosavadním vývoji se uplatnily příznivé předpoklady podporující růst rozsahu i významu volného času mladých i dospělých příslušníků společnosti. Rozšiřuje se na všechny příslušníky počínaje dětstvím (demokratizace); jednotlivým dětem a mladým lidem umožňuje uskutečnit a prožívat ho smyslně (individualizace); přitom vycházejí z vlastního rozhodování o účasti (dobrovolnost); uplatnit ho jako trvalou a nezastupitelnou součást života mladých i dospělých příslušníků společnosti (celoživotní výchova a vzdělávání).“ (Hofbauer, 2005, s. 59)

Shrnutí:

Stav současné společnosti ovlivnily zejména změny, které nastaly po r. 1989. Koncepti poindustriální společnosti současně s teorií informační společnosti (hlavně v důsledku masového rozšíření informačních a komunikačních technologií) postupně nahrazuje koncepce moderní společnosti s teorií společnosti vědění, kde „vědění“ dominuje ve všech sférách života a stává se tržním nástrojem i lékem na všechny neduhy doby. Jako reakce na moderní společnost se v posledních letech 20. století rozvíjí koncepce postmoderní společnosti, která v současné době v Evropě převládá. Charakterizuje ji alternativní přístup ke světu, pluralita názorů a je jí vlastní krajní individualismus. Kritizuje tradiční pojetí vzdělávání a vzdělanosti a uvádí, že obrovské množství informací šířených prostřednictvím informačních a komunikačních možností se stávají dezinformacemi. Svět nového tisíciletí je charakterizován globalizací, dominují v něm tržní, spotřebitelské a ekonomické vztahy, dochází k propojení národních ekonomik, hlavní roli přebírají nadnárodní společnosti. Situace v bohatých společnostech ostře kontrastuje s chudobou třetího

světa. Nedaří se globálně zvládat sociálně ekonomické nerovnosti rozvinutých a rozvíjejících se zemí. Narůstají vzájemné závislosti mezi národy, ať již v pozitivním nebo negativním smyslu, dochází ke globalizaci problémů. Vyrůstá napětí mezi národy a etnickými skupinami. Mezi problémy současného světa se aktuálně řadí riziko válek a konfliktů, terorismus, globální zadluženost, ekonomická zaostalost rozvojových zemí, chudoba zemí třetího světa, růst počtu obyvatelstva, konstantní přírodní zdroje a jejich neobnovitelné čerpání, devastace životního prostředí, nekontrolovatelná migrace, nezaměstnanost. Velké změny probíhají na všech úrovních.

Společnost je pod velkým ekonomickým tlakem požadavků prudkého rozvoje ekonomiky orientované na neustálý růst. Z tohoto tlaku vychází požadavek na výchovu a vzdělávání člověka, který by byl flexibilní pro pracovní proces, nezátíženého vzdělanostním „balastem“, schopného pružně reagovat na neustále se měnící požadavky trhu. Všeobecné vzdělání se stává postradatelným, dochází k rezignaci na snahu vůbec něco chápat a „věděni“ závratně ubývá. Situace v oblasti výchovy a vzdělávání je rozporuplná, sílí reformní tlak na vzdělanostní systémy, přesto jsou vzdělávací zařízení nucena zhostit se všech úkolů, které se na ně delegují. Na jedné straně je v České republice poukazováno na žalostný stav obecného vzdělání a na oslabující roli školy, na druhou stranu je naopak zdůrazňováno její nezastupitelné místo a vzrůstající význam v současném složitém vývoji. Chybí dostatečně široká veřejná debata o klíčových otázkách, jako je perspektivní rozvoj vzdělanosti, málo jsou diskutovány otázky, jaké vzdělání potřebují mladí lidé na přelomu tisíciletí pro práci a život v soudobé společnosti i pro své osobní životní perspektivy, a to jak z pohledu obsahové práce obecně, tak i obsahové práce jednotlivých stupňů a druhů škol.

Pro analýzu rozvoje pedagogiky (didaktiky) i interpretaci pedagogických problémů je třeba porozumět novému sociálně ekonomickému kontextu, v němž probíhají reálné výchovné a vzdělávací procesy. Pozornost je třeba zaměřit na principy demokratického vzdělávání a další důležité obsahy výchovy a vzdělávání řešící např. schopnost kritického myšlení, samostatnost a odpovědnost, rozvoj týmové práce, schopnost komunikace a flexibilitu, kompatibilní vzdělávání, informační gramotnost, výuku cizích jazyků, výchovu k demokracii, multikulturní výchovu, environmentální výchovu a výchovu ke zdravému životnímu stylu. Nelze rezignovat a zbavovat se odpovědnosti za výchovu a vzdělávání nové generace. Celosvětově se stále silněji prosazuje představa, že děti se musejí naučit zvládnout racionálním způsobem vzájemné vztahy mezi sebou, přírodou, kulturou a společnostmi, musí získat kognitivně morální kompetence, které budou jako občané liberální společnosti potřebovat jako existenční nutnost, a musí se učit, jak prosazovat vlastní zájmy v kontextu občanských práv a liberálního prostředí. Uvedené výchově vzdělávací problémy se řeší postupně v celém světě kurikulární

reformou, která u nás ústí v zavedení Rámcových vzdělávacích programů a z nich vycházejících Školních vzdělávacích programů. Podobně jako vzdělávací instituce i výchovné instituce musí nově vymezovat výchovně vzdělávací cíle. Požadavky kurikulární reformy se týkají i výchovně vzdělávacích institucí pro dlouhodobě hospitalizované děti.

Po r. 1989 začínají na oblast volného času doléhat globalizační změny. Zanikají tradiční povolání, mění se hodnota práce. V důsledku vzrůstu životní úrovně se rozšiřuje poptávka po nových zážitcích, zábavě, cestování. Pod sugestivním vlivem reklamy, šířené prostřednictvím masových komunikačních prostředků, dochází k velkému rozvoji zábavného a kulturního průmyslu. Rozšiřují se možnosti i spektrum účastníků. Problematiku volného času začala analyzovat a využívat pedagogika volného času a stala se jejím zastřešujícím pojmem. Zaměřila se na smysluplné využití volného času a jeho výchovný potenciál. Do volného času dětí a mládeže vstupují nová občanská sdružení a široká nabídka aktivit ve volném čase jak organizovaných, tak i volně přístupných. Ve volném čase se angažují velké organizace, ale nabízejí se i různé formy otevřené práce s mládeží.

Volný čas je v pojetí různých autorů chápán jako protiklad času pracovnímu, nebo jako čas, který zbývá po splnění všech povinností a ve kterém si člověk svobodně volí činnosti, které mu přinášejí pozitivní prožitky. Volný čas plní funkce: relaxační (odpočinek), zábavnou (zábava) a sebevzdělávací (rozvoj osobnosti), v případě léčebných zařízení lze využít funkce: výchovně-vzdělávací, zdravotní a sociální. Ve volném čase dětí v současné společnosti převládá pasivita, konzumnost a nenáročnost aktivit. Aktivní trávení volného času nahrazuje televizní a virtuální realita. Přirozené prostředí je vytlačováno prostředím mediálním. S pasivním trávením volného času souvisí i další problémy spojené s nezdravým životním stylem a to zvyšující se procento zdravotních obtíží dětské a dospívající populace. Rodiče mají na děti stále méně času a v případě navázání se dítěte na rizikovou vrstevnickou skupinu hrozí riziko vzniku patologického chování. Z výchovných důvodů je žádoucí pedagogické ovlivňování volného času, neboť může být pro děti jak rizikem, tak i příležitostí. Způsob trávení volného času v současné době bývá mimo jiné ovlivňován sociálním statutem, prestiží, příslušností k určité sociální skupině i ekonomickou situací rodiny. Volný čas považujeme za významný fenomén pro kultivaci osobnosti jedince, rozvoj jeho dispozic, nadání a talentu. Volný čas dětí a mládeže poskytuje v současnosti četné možnosti, jeho fond se v posledních dvou stoletích trvale rozšiřuje, obohacuje svůj obsah a realizační způsoby. Aktivity působí na nejrůznější stránky osobnosti, podporují seberealizaci mladé generace a motivují je k aktivní účasti na vlastním rozvoji i na rozvoji společnosti.

2 Místo a funkce dětských léčebných zařízení v systému vzdělávání

Jednou z priorit dnešní společnosti je kvalita a dostupnost vzdělání všem bez ohledu na sociální, ekonomické či biologické odlišnosti. Právo na vzdělání je univerzálním nezadatelným, nezcizitelným, nepromlčitelným a nezrušitelným lidským právem zakotveným v listině základních práv a svobod, která je integrální součástí ústavního pořádku České republiky. Stejná práva na vzdělání by měly mít i skupiny znevýhodněných osob, včetně osob se zdravotním postižením. Což je i ukazatelem vyspělosti současné společnosti.

Od roku 1989 dochází k výrazným změnám v péči o postižené. Do této doby bylo na handicapované pohlíženo jako na lidi s defektem. O životě takového jedince rozhodovala míra postižení a ne jeho schopnosti, možnosti a potřeby. Postižení byli víceméně odsouzeni k pasivní roli ve společnosti, systém neumožňoval jejich pracovní nebo společenskou realizaci. Ústavní péče byla charakteristická rigidní rutinou, odosobněním, sociálním odstupem personálu. Docházelo k jejich izolaci, vyloučení nebo vyčlenění mimo běžný život společnosti a neměli možnost se do něho aktivně zapojit.

Ke změnám docházelo postupně především v oblasti práv postižených (především práva na důstojný a plnohodnotný život) a zvyšování kvality poskytovaných služeb. Dochází k rozšíření druhů sociálních služeb, které jsou více přizpůsobeny potřebám handicapovaných či znevýhodněných osob, a individualizuje se i způsob jejich poskytování. Transformují se velké sociální ústavy a do systému péče o zdravotně postižené vstupují mimo státní instituce – ministerstva, kraje a obce i neziskové organizace, právnické osoby, církve ale i soukromé osoby. Realizují se snahy změnit institucionální péči na péči komunitní tak, aby osoby s postižením měly možnost výběru preferovaného způsobu bydlení a služeb, které naplňují jejich potřeby, a umožňují začlenění do společnosti i uplatnění na trhu práce. Zvyšuje se odbornost lidí, kteří služby poskytují a zajišťují. Cílem přestává být pouhé uspokojování potřeb klientů, ale poskytnutí takové míry podpory, která je nutná k rozvoji osobního potenciálu handicapovaného a vede k samostatnému a důstojnému životu v běžné společnosti. Jedná se o princip sociálního začleňování (zapojení do plného ekonomického, sociálního a kulturního života společnosti). K větším možnostem uplatnění handicapovaných ve společnosti rozhodně přispěl i technologický rozvoj, který umožnil vznik nových kompenzačních pomůcek, pokrok a nové možnosti v léčebných postupech a poskytované zdravotní péči. Rozvoj komunikačních technologií usnadnil handicapovaným kontakt s okolním světem a přinesl možnost vytvoření speciálních programů kompenzujících handicap i nové pracovní příležitosti.

Úsilí o změnu přístupu k postiženým vyvrcholilo přijetím nového zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách ze dne 14. 3. 2006, který vstoupil v platnost dne 1. 1. 2007. Zákon upravuje mimo jiné i rozsah a podmínky poskytování sociálních služeb, pomoci a podpory osobám zdravotně postiženým s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem ale i fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci. V listopadu 2010 pak Evropská komise přijala „Evropskou strategii pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010-2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu,“ která si klade za cíl podpořit členské státy EU v prosazování sociálního začleňování a soběstačnosti osob s postižením v souladu s úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením. EU k ní přistoupila v lednu 2011. V roce 2010 Česká republika ratifikovala úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením.

„Oblast sociální péče vychází z cíle moderní sociální politiky, která se zaměřuje na zlepšení kvality komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností a dovedností, potřeb a zájmů. Úkolem a zároveň cílem je vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti, ke které náleží.“ (Pipeková, 2006, s. 302)

V případě dlouhodobě hospitalizovaných dětí se však nejedná jen o děti se zdravotním postižením či s nezvýhodněním, ale i o děti, které ze zdravotních důvodů musí opustit na nezbytnou dobu prostředí své rodiny a kmenové školy. Do této skupiny patří hospitalizované děti v nemocnicích, klinikách, lázních, léčebnách či ozdravovnách (dále léčebná zařízení). O délce hospitalizace rozhoduje lékař podle náročnosti léčebného postupu a průběhu léčby nebo rehabilitace. Dlouhodobě hospitalizované dítě má omezený kontakt s rodiči a nemůže po dobu hospitalizace navštěvovat kmenovou školu. Aby nedocházelo k zameškání výuky a hospitalizované dítě mělo možnost svého osobního rozvoje, musí být výchova a vzdělávání hospitalizovaných dětí zajišťována i na dětských klinikách, odděleních nemocnic i v dětských léčebných ústavech. Školy při léčebných zařízeních poskytují pravidelnou a odbornou výchovně vzdělávací péči všem hospitalizovaným dětem. Cílem je udržet kontakt nemocného dítěte se školním vzděláváním až do doby jeho návratu z léčebného zařízení zpět do rodiny a kmenové školy. Při léčebných zařízeních fungují školy mateřské, základní, střední i speciální. V systému školství zajišťují tyto školy předškolní a primární vzdělávání, v některých případech i sekundární vzdělávání, a to většinou formou individuálních konzultací. Činnost školy je koordinována s provozem konkrétního léčebného zařízení.

„Čím závažnější je onemocnění dítěte a čím dlouhodobější nebo vícekrát opakovaný je jeho pobyt ve zdravotnickém zařízení, tím větší je potřeba jeho vzdělávání po dobu tohoto pobytu.“ (Kábele, 1993, s. 177)

František Kábele (1993) dále uvádí, že mezi základní funkce působení škol při léčebném zařízení patří poskytování všeobecného vzdělání, celkové formování osobnosti žáka a udržování kontaktu žáka se školními povinnostmi, které značně usnadňuje jeho plynulý přechod zpět do kmenové školy. Vzdělávání se poskytuje hospitalizovaným žákům v rozsahu závislém na jejich zdravotním stavu, léčebném režimu, ale i materiálních podmínkách konkrétního léčebného zařízení. Didaktická práce ve škole se vyznačuje úpravou obsahu a metod vyučování i zvláštnostmi v organizaci vyučování, neboť se většinou jedná o ménětřídní školu se stálou fluktuací žáků, kteří se v průběhu školního roku neustále mění. Samotná výchova a vzdělávání se podřizují především léčebnému režimu. Autor dále zdůrazňuje pedagogickou funkci a uvádí, že u dětí s dlouhodobým a opakovaným léčebným pobytem by bez soustavného vzdělávání vznikaly vědomostní mezery a ztráty, které by mohly ohrozit získávání uceleného a dostatečného vzdělání, a tím i předpoklady pro přípravu na povolání.

Autoři Plevová et al. (1997) i Valenta a Müller (2003) s pedagogickou funkcí souhlasí, ovšem rozšiřují náhled na funkce škol při zdravotních zařízeních o funkci psychickou, neméně významnou pro hospitalizované dítě. Valenta a Müller (2003 s. 81) vymezují psychoterapeutickou funkci tak, že výuka a výchova je v době hospitalizace dítěte součástí komplexní léčebné péče, jejímž cílem je mimo jiné, urychlení procesu léčení a zkrácení délky hospitalizace. Přiměřené zaměstnání přizpůsobené zdravotnímu stavu dítěte, odvádí jeho pozornost od nemoci, a pomáhá překlenout složité období adaptace na pobyt v léčebném zařízení. Pedagogové se také snaží o upevnění psychické sebedůvěry dětí, která je oslabena vlivem jejich nemoci a změnou prostředí bez rodičovského zázemí.

„Nejúčinnější cestou k udržení dobrého psychického stavu je právě vhodné zaměstnání dítěte. Děti vyučované v nemocnici neztrácejí základní učební návyky, nezapomínají probrané učivo a získávají i poznatky nové. Zejména dlouhodobě nemocným škola v nemocnici výrazně usnadňuje návrat do školního kolektivu.“ (Plevová, 1997, s. 9)

Psychologický význam vzdělávání v léčebných zařízeních ve svém příspěvku ve sborníku zmiňuje i Ilka Vaďurová (2001). „Školní práce odvádí pozornost dítěte od nemoci, odhání apatii, kladně ovlivňuje duševní stav a pomáhá udržovat nebo rehabilitovat duševní činnost nemocného dítěte. Pozitivní naladění je nutným terapeutickým pomocníkem, a proto má škola v nemocnici svoje pevné místo v komplexní činnosti dětské nemocnice.“ (Vaďurová, 2001, s. 124-125)

Vzdělávání hospitalizovaných dětí je zajišťováno Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy. Činnost základních, speciálních a mateřských škol při léčebných zařízeních umožňují dvě základní normy:

- Zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).
- Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění změn dle vyhlášky č. 147/2011 Sb.

Zákon č. 561/2004 Sb. (školský zákon) především zaručuje rovný přístup ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace i z důvodu zdravotního stavu, při současném zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce. Zakotvuje individuální vzdělávací plán, přičemž náležitosti individuálního vzdělávacího plánu jsou upraveny zvláštním prováděcím předpisem, vyhláškou č. 73/2005 Sb.

Vyhláška 73/2005 Sb. upravuje činnost školy při zdravotnických zařízeních. 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 podle svých možností individuální konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech i žákům středních škol umístěným 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 dále upravuje i počet žáků tak, že třída, oddělení a studijní skupina zřízená pro žáky se zdravotním postižením a třída ve škole při zdravotnickém zařízení má nejméně 6 a nejvíce 14 žáků s přihlédnutím k věku a speciálním vzdělávacím potřebám žáků. Třída, oddělení a studijní skupina zřízená pro žáky s těžkým zdravotním postižením má nejméně 4 a nejvíce 6 žáků. K doplnění počtu žáků mohou být na základě žádosti zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka zařazeni i žáci bez zdravotního postižení. Jejich počet by neměl přesáhnout 25% nejvyššího počtu žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině.

„V základních školách při zdravotnickém zařízení se vyučuje podle předem určených plánů a osnov, které jsou upraveny na základě možností žáků z hlediska léčebného režimu. V případě potřeby se vyučuje podle plánů a osnov škol praktických a speciálních. Každá škola při léčebném zařízení si tvoří vlastní školní vzdělávací program na základě Rámcově vzdělávacího plánu, kde zohledňuje specifické podmínky vyučování.“ (Vítková, 2008, s. 190-191)

Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV) je legislativně zakotven v zákoně č. 561/2004 (školský zákon), obsahuje hlavní kurikulární dokumenty. Na základě RVP ZV si každá základní škola v České republice tvoří školní vzdělávací program (ŠVP), který obsahuje závazné části

vycházející z RVP - identifikační údaje, charakteristiku školy, charakteristiku ŠVP, učební plán, učební osnovy, hodnocení žáků a autoevaluaci školy. Pro tvorbu ŠVP se užívá manuál MŠMT – který vymezuje jeho náležitosti. ŠVP tvoří sami učitelé a je přizpůsoben podmínkám každé konkrétní školy individuálně. Tvorba ŠVP podporuje pedagogickou autonomii, učitelé nejsou vázáni na tradiční osnovy. Nepopisuje, co se má probrat, ale jaké dovednosti mají žáci mít. Učivo je chápáno jako prostředek k osvojení požadovaných výstupů, které vytvářejí předpoklady k účinnému a komplexnímu využívání získaných schopností a dovedností na úrovni klíčových kompetencí (kompetence k učení, řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, občanské, pracovní). V konkrétních případech u individuálně nebo skupinově integrovaného žáka a žáka s hlubokým mentálním postižením se vypracovává v souladu s vyhláškou č. 73/2005 Sb. individuální vzdělávací plán, který vychází z ŠVP příslušné školy, speciálních vyšetření a doporučení odborníků.

Autoři Marie Plevová, et al. (1997) a Marie Vítková (2008) uvádějí, že směrnice pro vyučování ve školách při zdravotnických zařízeních vymezují, že do vyučování se zařazují žáci s nejméně čtrnáctidenním pobytem v léčebném zařízení. Škola při léčebném zařízení má vypracovaný na základě RVP vlastní ŠVP. Žáci jsou vyučováni podle schváleného ŠVP školy při léčebném zařízení a ŠVP kmenových škol. Zároveň s příchodem předkládají dotazník z kmenové školy, kde je uveden rozsah probraného učiva, požadované výstupy, součástí je i hodnocení z kmenové školy. Každý žák pracuje se svými učebnicemi, podle svých možností a schopností. Žáci jsou většinou prověřováni běžnými prověrkami a zkoušením. Hodnocení jsou hlavně podle znalosti učiva probraného ve škole při léčebném zařízení. V základní škole se většinou vyučuje podle rozvrhu každý den jeden hlavní předmět a k němu se přiřazují jeden až dva předměty vedlejší. Jako hlavní se vyučují předměty český jazyk (zahrnující jazykovou a literárně výchovnou část), matematika a cizí jazyk. Jako vedlejší předměty jsou brány na 1. stupni prvouka, později vlastivěda a přírodověda, na druhém stupni společenskovední předměty jako občanská výchova a dějepis, přírodovědné předměty (chemie, fyzika, přírodopis, zeměpis).

Výuka probíhá podle zdravotního stavu žáka individuálně nebo v malých skupinkách, buď přímo ve škole nebo na pokojích u lůžka, nebo v herně či jiném prostoru k tomu vyhrazeném. Pokud je žák zařazen do výuky déle než deset vyučovacích dnů, zasílá se na jeho kmenovou školu záznam o výuce žáka, kde je provedeno hodnocení žáka slovně nebo klasifikací, případně je uveden důvod, proč nemůže být žák hodnocen. Jestliže hospitalizace probíhá déle než tři měsíce nebo při opakovaném pobytu, je kmenové škole zaslán návrh klasifikace. Tam kde jsou ve zdravotnickém zařízení vhodné podmínky z hlediska léčebného režimu, choroby a délky pobytu nemocných dětí, mohou se při školách zřizovat i školní družiny nebo kluby, které zajišťují mimoškolní výchovu. Ty navazují na školní práci a rozvíjejí zájmovou činnost dětských pacientů.

2.1 Specifika vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí

Po roce 1989 dochází ve školách při léčebných zařízeních k významným změnám. Snížil se počet hospitalizovaných dětí a zkrátila se průměrná doba hospitalizace. Nemocniční prostředí i prostředí pro výuku dětí se zmodernizovalo. Podstatně se zlepšilo vybavení škol technickými pomůckami, počítači, televizory, výukovými programy, internetem. Díky internetu se zlepšila komunikace s kmenovými školami. Rozšířila se nabídka i charakter kulturních a společenských akcí pro děti (besedy, koncerty, vystoupení nemocničních klaunů apod.). Řada škol se aktivně zapojuje do různých typů projektů. V rámci nabídky jsou využívány různé druhy terapií (hipoterapie, canisterapie, muzikoterapie, arteterapie). Učitelka přestala být jediným zdrojem rozptýlení dětí ve volném čase.

Specifický je především heterogenní kolektiv vzdělávaných dětí. Ve školách při léčebném zařízení se častěji setkávají děti se speciálními vzdělávacími potřebami, mentálním či fyzickým zdravotním postižením či znevýhodněním s dětmi relativně intaktními, které jsou zde na rekonvalescenci po nemoci, úrazu, operaci či z důvodu své nemoci. Mentální, fyzická i vědomostní úroveň dětí bývá různá, stejně tak mutabilní bývá věk a počet dětí. Častěji se zde setkávají děti vyrůstající v rodinách s různou sociální úrovní s dětmi z prostředí dětských domovů a sociálních ústavů. Školní kolektiv navíc podléhá velké fluktuaci žáků, vzhledem k různé délce hospitalizace. Děti většinou nenavazují stabilnější kamarádské vazby, jak je tomu v běžných školách. Zdravotní problémy dětí a jejich psychický stav mohou do jisté míry ovlivňovat jejich náladu a schopnost či ochotu kooperovat při vyučovacím procesu.

Školy při lékařském zařízení se musejí potýkat nejen s aspekty působící na dítě během hospitalizace, ale také s dalšími problémy, které toto vyučování přináší. J. Mareš, S. Ježek a J. Pečenkova (2005 s. 127) uvádějí, že již samotná škola funguje více jako škola virtuální, neboť často nemá vlastní budovy, učebny, šatny, školníka případně školní jídelnu. Nemá třídy plné žáků, pevný rozvrh určující režim školního dne. Chybí spousta atributů spojovaných s pojmem škola. Škola je v často očích hospitalizovaných dětí představována jednotlivou učitelkou nebo učitelem, se kterým se při vyučování setkávají. Školní práce probíhá v neškolním prostředí a v omezeném rozsahu, než je tomu u kmenových škol. Při výuce se více využívají různé speciální didaktické a technické učební pomůcky. Výuka se vždy podřizuje aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte a léčebnému režimu oddělení. Není to učitel, který rozhoduje o tom, zda výuka vůbec proběhne, případně jak dlouho bude trvat, to záleží především na lékařích.

Ilka Vaňurová (2001 s. 124-125) uvádí, že obsahová práce pedagogických pracovníků závisí na charakteru onemocnění (každé oddělení má svá specifika), na věku dítěte a jeho možnostech. Současně se zaměřuje na formování osobnosti jednotlivých nemocných žáků při změněném zdravotním stavu a se zřetelem na jejich další životní perspektivu. Specifika didaktické práce ve škole vidí v úpravě obsahu a metod vyučování a zvláštěnostech v organizaci vyučování.

Marie Vítková (2008) uvádí specifika vyučování v nemocnici (léčebném zařízení) a to rozdíly mezi vyučováním ve třídách a na pokojích.

Vyučování v učebnách má tyto výhody:

- mohou zde být přítomni pouze žáci školního věku,
- mohou se vytvořit skupinky žáků stejného ročníku,
- hodina může být prokládána relaxačními chvilkami,
- učebny bývají mimo nemocniční ruch,
- učitel má větší přehled o činnostech žáků,
- žák se může bezprostředně zeptat učitele.

Autorka dále uvádí, že vyučování na pokojích probíhá buď skupinově, nebo u lůžka. Skupina pracuje u společného stolu, což napomáhá k motivaci žáků mezi sebou. Vyučování u lůžka probíhá v interakci učitel x žák. Žák vypracovává zadané úkoly na pracovní desce položenou přes postel. Žák je v lékařském zařízení veden k samostudiu. Učitel tvoří učivo na základě vědomostí žáka, které zjistí při první hodině. Pedagog na základě žákova zdravotního stavu určuje následující postup ve výuce a následně kontroluje výsledky práce. Pokud nevyhovují, látku znovu zopakuje a s žákem procvičí. I klasifikace nemocného žáka bývá odpovědným, nicméně obtížným úkolem. Žáka nelze hodnotit necitlivě, aniž by se nepřihlédlo k tomu, jaké zdravotní obtíže se objevily v průběhu výuky. Na druhé straně však musí být klasifikován i objektivně, aby nemocný žák nezačal svého dočasně nepříznivého stavu zneužívat. Obvykle se tedy hodnotí pouze zvládnuté učivo, jako nejvhodnější se jeví slovní hodnocení.

J. Mareš, S. Ježek a J. Pečenková (2005 s. 126) uvádějí, že učitel školy při léčebném zařízení plní dvě poslání a to pedagogické a psychoterapeutické. Styk s učitelem zprostředkovává dítěti kontakt s okolním světem a nejsou s ním spojeny nepříjemné zážitky spojené s léčbou či rehabilitací. Jeho přítomnost v léčebném procesu je ukazatelem přechodnosti nemoci či hospitalizace, posiluje u dětí naději na uzdravení. Učitelé znamenají pro děti důležitou a přirozenou sociální oporu při zvládání adaptace na hospitalizaci. Těžiště jejich práce se přesouvá do role facilitátora

nejen žákova učení, ale celého žákova pobytu v léčebném zařízení. „*Prvotní přestává být naučit žáka vše ve stanoveném čase, ale nedopustit výraznější zaostávání a usnadnit mu návrat do kmenové školy.*“

Práce učitele školy při léčebném zařízení vykazuje také určitá specifika a odlišnosti. Učitel pracuje v nestandardních pracovních podmínkách – střídá prostředí výuky (škola, oddělení, herna, práce u lůžka). Vyučuje současně děti i z více postupných ročníků. Musí znát perfektně učivo různých předmětů v různých ročnících základní školy a při výuce musí více používat improvizaci. Počítat musí i s tím, že jednotlivé školy mohou postupovat podle rozdílných učebnic. V jeho práci dominuje individuálnost výuky. To vše klade větší nároky na přípravu výuky jako celku i jednotlivých hodin.

Učitel má méně času získat pozornost dítěte ke vzájemné spolupráci. Výuku musí vždy podřídít zdravotnímu stavu žáka a při výuce musí sledovat jeho aktuální zdravotní stav. Tempo výuky je pomalejší a často chybí zpětná kontrola toho, co se dítě za dobu jeho působení naučilo, ať již z důvodu kratšího pobytu či menší frekvence zkoušení. Pedagog musí umět komunikovat s rodiči a učiteli kmenové školy. Předpokládá se u něho odbornost a příslušná kvalifikace z oboru speciální pedagogiky a nutností je i další samostudium.

A. Vodová a J. Mareš (2001) uvádějí, že vzdělávací funkce, kterou učitelé v léčebných zařízeních plní, není zřejmě jedinou a možná ani tou hlavní. Učitelé, stejně tak vychovatelé v léčebných zařízeních mohou odpoutávat pozornost dětí od somatických obtíží, tlumit pocity opuštěnosti, úzkosti, strachu, obnovovat jejich psychickou rovnováhu, dodávat jim naději a posilovat jejich odhodlání bojovat s nemocí.

Vzhledem k menšímu počtu vzdělávaných žáků, může s nimi učitel navázat užší citové vztahy. Na druhou stranu se setkává více s bolestí, utrpením a frustrací hospitalizovaných dětí a hrozí u něho větší riziko rozvinutí syndromu vyhoření než u učitelů běžných škol. Častěji musí pomáhat dětem v situacích, kdy mají zdravotní potíže, stýská se jim po rodičích, domově a kamarádech. Učitelé si častěji uvědomují, že jde především o zdraví, a dívají na případné pedagogické problémy s větším nadhledem než učitelé v běžných školách. Proto bývá klima vyučování často vstřícnější a uvolněnější. Omezení obsahu poskytovaného vzdělání a méně školních povinností mohou děti vnímat pozitivně, ale i negativně ze strachu, že budou po návratu ve své kmenové škole zaostávat.

Vazby v učitelském sboru bývají slabší, neboť oproti běžným školám musí učitel spolupracovat i s dalšími subjekty podílející se na péči o hospitalizované dítě. Jde hlavně o lékaře, zdravotní sestry, vychovatele na odděleních, herní specialisty, rehabilitační pracovníky, fyzioterapeuty, logopedy, klinické psychology a další pracovníky léčebny. Často nejsou učitelé bráni jako součást týmu v péči o nemocné dítě, obvykle stojí mimo tým, což je částečně dáno i tím, že oblast vzdělávání a oblast léčebné péče spadá pod dva různé resorty a neexistuje ucelená společná koncepce.

„Součástí vyučovacího procesu je spolupráce učitelů a vychovatelů. Koncepce výchovného úseku musí navazovat na vzdělávací proces, z něhož jednoznačně vyplývá jejich úzká spolupráce.“ (Vaňurová, 2001, s. 124)

2.2 Adaptace hospitalizovaného dítěte

V případě hospitalizovaných dětí v léčebných zařízeních nelze uplatnit jen obecné poznatky o výchově a vzdělávání. Do popředí vystupují i psychologické aspekty hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace dochází k velkým změnám, které zasahují do běžného života dítěte. Představují psychosociální zátěž a jedná se o emočně a vztahově náročnou situaci. Jde především o narušení normálního života dítěte, omezení jeho aktivit, dochází k celkové změně dosavadního životního stylu. Mění se sociální prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Dítě je izolováno od kontaktu s rodiči, sourozenci, je odloučeno od školního prostředí, od přátel. Je zařazeno do heterogenního neznámého kolektivu. Do jeho života začínají zasahovat nové, často neznámé subjekty (lékaři, sestry, rehabilitační pracovníci, učitelé). Už samotná nemoc či důvod hospitalizace sebou nese spousta rizik jak pro samotné dítě, tak i pro jeho rodinu. Psychický stav dítěte ovlivňuje úspěšnost léčby a společná snaha všech zainteresovaných subjektů – lékařského personálu, učitelů, vychovatelů, rodičů a dalších personálních pracovníků by měla zmírňovat či odstraňovat negativní následky hospitalizace. V moderní medicíně se v současné době zdůrazňuje celostní přístup a chápání pacienta a jeho nemoci ve všech jeho bio-psycho-sociálních souvislostech.

„Nemocné dítě má větší potřebu podpory a citové jistoty, která by jeho nepříjemné prožitky kompenzovala.“ (Vágnerová 2012, s. 94)

Při hospitalizaci se dítě musí podřídít režimu oddělení, zvyknout si na nová pravidla, zákazy, pokyny (např. brzké vstávání, večerky). Sdílením pokoje s dalšími hospitalizovanými dětmi dochází ke ztrátě jejich soukromí. Pobyt v léčebném zařízení boří zaběhnuté stereotypy a značně omezuje okruh zájmů a návyků, na které byly zvyklé. Děti mohou strádat nedostatkem odpočinku i spánku, mohou mít obavy z prováděných procedur, mohou se cítit unavené a frustrované po prodělané léčbě. Během pobytu vznikají nové vzájemné vztahy jak mezi dětmi samotnými, tak i mezi dětmi a personálem.

Jiří Dunovský (1999) uvádí, že forma péče dětské léčebny představuje významnou možnost zlepšení narušeného zdravotního stavu dětí. Bezprostředně navazuje na léčebnou péči dětského a dorostového lékaře či odborné ambulance. Právě tyto lékaři navrhnou v rámci dlouhodobého léčebně rehabilitačního plánu pobyt dítěte v léčebně. Lékaři respektují nejenom povahu nemoci samotné, ale i osobnost dítěte a jeho schopnost adaptovat se v novém prostředí, množství předchozích hospitalizací dítěte a jeho reakci na ně, situaci rodiny a její možnosti zajistit dítěti potřebnou péči třeba jiným způsobem.

Adaptaci chápeme jako schopnost přizpůsobit se novým podmínkám zevního prostředí a vyrovnat se s jejich vlivy. Opakem adaptace je maladaptace, kdy se pacient velmi obtížně adaptuje, nebo se adaptace nedaří vůbec. Děti přicházejí do léčebny každý s jinou osobností, ale i s různou schopností adaptace na nové prostředí, rozhodující je i povaha onemocnění. Pro zvládnutí adaptace je důležitý stupeň rozumového vývoje dítěte. Pokud je dítě starší a rozumově vyspělé, je schopné poměrně rychle pochopit podstatu své hospitalizace a její potřebnost, což je předpokladem úspěšné adaptace. Menší děti častěji nechápou nutnost pobytu v léčebně, protože většinou potíže, se kterými jsou umístěny v léčebně, nejsou doprovázené bolestmi. Malé dítě žije v přítomnosti a chápe situaci jako konečnou a neměnnou, nemůže ani nedokáže pochopit důvod hospitalizace. Jednou z forem maladaptace vznikající zejména u dětí je hospitalismus.

M. Rozsypalová, P. Říčan a F. Singule (1986 s. 141) uvádějí, že reakce dítěte na hospitalizaci probíhá ve třech stádiích:

1. **Stadium protestní** - dítě hlasitě pláče, je neklidné, volá matku a jiné dospělé odmítá, zlobí se, nechce se nechat ošetřit, vyšetřit.

2. **Stadium zoufalství** – dítě ztrácí naději, že matku přivolá, nepláče, nevzlyká, nevydává zvuky, ztratilo jistotu, že matka přijde, nikdo ho neochrání, má pocit zrady, někdy je smutné, tiché, stísněné, depresivní a uzavírá se (nepřizpůsobivé chování).

3. **Stadium odpoutávání od matky** – dítě se snaží vytvořit si oporu, fixuje se na náhradní osobu (sestru, vychovatele) nebo hračku, potlačuje své city k matce, chová se k matce lhostejně, nepláče po návštěvách. Po návratu domů po této fázi zažívá opět první fázi, objevují se psychické poruchy – noční děsy, nespavost, úzkost, pomočování a problémy ve vztahu k rodičům.

„Hospitalismus je soubor psychických příznaků, které vznikají v důsledku silné negativní reakce na pobyt v nemocnici. Nejčastěji se vyskytuje u dětí, méně často pak u dospělých nemocných.“ (Kelnarová, 2009, s. 73)

Hospitalismus se může rozvinout zejména v případech dlouhodobé hospitalizace v léčebném zařízení. Dítě může trádat nedostatkem podnětů, ať již psychických, fyzických či sociálních, může dojít ke zdravotním komplikacím, dochází k projevům separační úzkosti, psychické deprivace. Prvořadý význam má ztráta úzké citové vazby dítěte s rodičem a další již zmíněné okolnosti hospitalizace.

Jarmila Kelnarová (2009, s. 73) uvádí, že hospitalismus může mít různé projevy:

- **Regrese** – návrat do předchozího vývojového období “dětství“, opožděnost, ztráta některých návyků (udržení hygieny, samostatnost konzumace jídla, schopnosti oblékat se, zhoršená komunikace)
- **Negativismu** a) **Aktivní** - dělá opak toho, co se mu řekne “naschvál”
b) **Pasivní** - nedělá vůbec nic
- **Poživačnost** – vymýšlí si, vyhýbá se povinnostem, lenoší
- **Stereotypní pohyby** – celková otupělost, stereotypní kývavé pohyby, cucá si prsty, kouše nehty, vydává neartikulované zvuky (zabavení se sama sebou)
- **Deprese** – pláč, nespavost, odmítání jídla
- **Apatie** – netečnost

„Prevence hospitalismu je jeden z velmi důležitých a dá se říci i významných úkolů současné medicíny. Spočívá ve správné realizaci léčebně ochranného režimu, ale i v dnešní době tak potřebného humanizovaného nemocničního režimu. V praxi to znamená přiblížit ústavní režim běžným životním podmínkám a zajistit dostatek podnětů a činností jak pro dětské, tak i dospělé pacienty.“ (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 75)

Z uvedeného vyplývá, že prevence hospitalismu, eliminace vedlejších vlivů hospitalizace a rychlá adaptace dítěte v léčebně může kladně ovlivňovat celý léčebný proces. Mezi preventivní aktivity jsou v současné době zařazovány – humanizace prostředí - do léčebných zařízení pronikají barvy, lékaři a sestry mění tradiční bílé uniformy za barevné (syndrom bílého pláště). Humanizuje se režim oddělení, zkracuje se doba hospitalizace, upravuje se léčebný režim tak, aby děti měly dostatek času k odpočinku, respektuje se i jejich soukromí. Nová technická zařízení umožňují dětem smysluplně trávit volný čas. Důležitá je dostupnost počítačové, televizní a video techniky, internetu. Mezi další preventivní aktivity patří: pobyt na čerstvém vzduchu, nepřetěžování dítěte, navázání citového kontaktu, komunikace, vysvětlení, pochopení, udržování kontaktu s rodinou a umožnění pravidelných návštěv bez omezení. Dnes do systému péče o hospitalizované dítě zahrnujeme také rodinu dítěte, prosazuje se pobyt rodičů s dětmi na oddělení, příp. denní pobyt. Stranou nezůstává ani požadavek na speciálně pedagogickou odbornost učitelů, vychovatelů, herních specialistů a klinických psychologů podílejících se na výchově a vzdělávání nemocného dítěte. To vše výrazně působí na psychiku hospitalizovaného dítěte. Aby se dítě v léčebném zařízení co nejrychleji adaptovalo, měla by na oddělení panovat atmosféra klidu, úsměvu, pochopení, porozumění a viditelné spolupráce. Otázky spojené s hospitalizací dítěte a jeho práva řeší etický kodex zvaný Charta práv dětí v nemocnici, který byl u nás schválen v roce 1993.

„Význam humanizované léčebné péče spočívá především v uplatňování novodobých poznatků z vývojové a klinické psychologie v nemocničním provozu. Nemocnice přestává být pouze místem léčebných zákroků a ošetřování, ale stává se i místem výchovy a psychologické péče.“ (Plevová et al., 1997, s. 8)

Shrnutí:

Od r. 1989 dochází ke změnám v péči o postižené. Realizují se snahy změnit institucionální péče na péči komunitní tak, aby postižení měli možnost svobodného výběru způsobu bydlení a služeb, které naplní jejich potřeby, umožní integraci do společnosti i uplatnění na trhu práce. Aplikuje se princip sociálního začleňování. Úkolem a zároveň cílem moderní sociální politiky je zajištění optimálních podmínek pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti.

Výchova a vzdělávání ve školách při léčebných zařízeních se však netýká pouze zdravotně postižených či znevýhodněných dětí, ale i dětí intaktních hospitalizovaných ze zdravotních důvodů, v důsledku úrazu či rehabilitace apod. Mezi funkce působení škol při léčebných zařízeních patří poskytování všeobecného vzdělání v době, kdy dítě nemůže z důvodu své hospitalizace navštěvovat svoji kmenovou školu. V systému školství mohou tyto školy zajišťovat předškolní, primární a v některých případech i sekundární vzdělávání formou individuálních konzultací. Cílem je udržení kontaktu žáka se školními povinnostmi, zabránění zameškání a ztrátě učebních návyků a usnadnění návratu do kmenové školy. Čím závažnější je onemocnění dítěte, čím dlouhodobější nebo vícekrát opakovaný je jeho pobyt, tím je potřeba jeho vzdělávání v léčebném zařízení větší. Výchova a vzdělávání ve školách při léčebném zařízení plní mimo pedagogické funkce i funkci psychickou tím, že udržují dítě v dobrém psychickém stavu. Pozitivní naladění je nutným terapeutickým pomocníkem. Činnost základních, speciálních a mateřských škol při léčebných zařízeních umožňují dvě základní normy: Zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a vyhláška 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, které vymezují okruh vzdělávaných dětí a podmínky vzdělávání. Ve školách se vyučuje podle učebních plánů a osnov základní školy, upravených podle zdravotního stavu dítěte, se souhlasem lékaře a zákonného zástupce dítěte, na základě schváleného školního vzdělávacího programu školy při léčebném zařízení a kmenové školy. Škola při léčebném zařízení má na základě rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělání vypracovaný vlastní školní vzdělávací program, ve kterém zohledňuje specifické podmínky vyučování.

Oproti běžným školám vykazují školy při zdravotnických zařízeních určité odlišnosti. Škola působí spíše jako virtuální, chybí atributy spojované s pojmem

škola. Specifický je kolektiv vzdělávaných dětí, který podléhá velké fluktuaci a je determinován věkem, počtem, fyzickou, mentální i vědomostní úrovní i ochotou jednotlivých žáků kooperovat na vyučovacím procesu. Specifika didaktické práce jsou v úpravě obsahu a metod vyučování a zvláštěnostech v organizaci vyučování, obsahová práce závisí na charakteru onemocnění, zaměřuje se na formování osobnosti se zřetelem na další životní perspektivu. Učitel školy pracuje v nestandardních podmínkách, v práci více využívá individuální přístup a umění improvizace, předpokládá se u něho znalost učiva z více postupných ročníků. Náročnější je příprava samotné výuky i jednotlivých hodin. Učitel školy plní jak funkci pedagogickou tak i psychoterapeutickou, odpoutávají pozornost dětí od potíží, tlumí pocity opuštěnosti, úzkosti, strachu, pomáhají obnovovat psychickou rovnováhu, posilují naději na uzdravení. Tempo výuky ve školách při léčebném zařízení je pomalejší a často chybí zpětná kontrola. Výuka musí být podřízena zdravotnímu stavu žáka. Prioritní není naučit žáka vše, ale nedopustit výraznější zaostávání a usnadnit mu návrat do kmenové školy. Součástí vyučovacího procesu je úzká spolupráce učitelů a vychovatelů, koncepce výchovného úseku musí navazovat na vzdělávací proces.

Hospitalizace dítěte představuje velkou psychosociální zátěž. Dochází k velkým změnám, které zasahují do běžného života dítěte. Mezi zásadní patří ztráta úzké citové vazby s rodiči, změna sociálního prostředí, odloučení od přátel a omezení dosavadních aktivit. Nemocné dítě má větší potřebu podpory a citové jistoty, která by jeho nepříjemné prožitky kompenzovala. Rychlá adaptace dítěte v léčebném zařízení je předpokladem k úspěšné léčbě a kladně ovlivňuje celý léčebný proces. Hospitalizované dítě může trpět nedostatkem podnětů, ať již psychických, fyzických či sociálních, může dojít k projevům separační úzkosti, psychické deprivace a může se u něho rozvinout syndrom hospitalismus, soubor psychických příznaků, které vznikají v důsledku silné negativní reakce na pobyt v léčebném zařízení. Mezi aktivity ovlivňující rychlou adaptaci a eliminující riziko vzniku hospitalismu je zařazována humanizace léčebného prostředí, zkrácení doby hospitalizace, udržování kontaktu s rodinou, možnost denního pobytu či neomezených návštěv v případě možnosti i společná hospitalizace s rodičem. Humanizovaný léčebný režim znamená přiblížení se běžným životním podmínkám a zajištění dostatku podnětů a činností pro dětské pacienty, které by je udržovali v přiměřené duševní a fyzické aktivitě, respektuje se i soukromí dítěte a právo na odpočinek. Předpokladem je odbornost a profesionální přístup personálu. Význam humanizované péče spočívá v uplatňování novodobých poznatků z vývojové a klinické psychologie v nemocničním provozu – nemocnice přestává být místem léčebného ošetřování, ale stává se i místem výchovy a psychologické péče. I v moderní medicíně se zdůrazňuje celostní přístup a chápání pacienta a jeho nemoci ve všech jeho bio-psycho-sociálních souvislostech.

3 Volný čas v léčebných zařízeních

Volný čas dítěte v léčebně vnímáme jako volný čas mimo vyučování, léčebné zákroky a procedury, ve kterém nemusí plnit školní povinnosti, je to čas se kterým může hospitalizované dítě nakládat podle svého vlastního uvážení. Způsob trávení volného času je u dětí v léčebném zařízení determinován prostředím, ve kterém se nachází, zdravotním stavem i psychickým rozpoložením. Zde bychom pravděpodobně mohli najít i rozdíly mezi trávením volného času dětí při hospitalizaci v nemocnici a v léčebně. Nemocnice se zaměřují především na řešení akutního zdravotního stavu dětí, v případě léčeben se jedná více o rekonvalescenci. Pobyt dítěte v léčebně nabízí dítěti větší možnosti realizace ve volném čase než v případě pobytu v nemocnici. V určitých případech (děti z dětských domovů, ústavů), může být pobyt v léčebně vnímán podobně jako pobyt např. na dětském táboře, trávení volného času v léčebně může tedy v tomto případě plnit i rekreační funkci, kterou uvádí např. Horst W. Opaschowski (1976, podle Hofbauer, 2004, s. 14).

Způsob trávení volného času determinuje heterogenní kolektiv hospitalizovaných dětí z důvodu věku, počtu dětí, druhu a rozsahu postižení či nemoci, jejich mentální a fyzické úrovně, délce hospitalizace, kvality sociálního prostředí ze kterého do léčebny přicházejí. Je podmíněn aktuálním zdravotním a psychickým stavem, schopností a ochotou podílet se na volnočasových aktivitách. Samotné prostředí léčebny podstatně mění zaběhnuté stereotypy ve způsobu trávení volného času dětí, značně omezuje jejich dosavadní aktivity. Dítě se musí přizpůsobovat nově nastolenému řádu a chodu oddělení. Samotné dítě má malý prostor k tomu, aby svobodně nakládalo se svým volným časem. Organizovaný způsob trávení volného většinou podléhá činnosti celé skupiny, naopak u dětí upoutaných na lůžko se vyžaduje individuální přístup. Vzhledem k zdravotním problémům a důvodům hospitalizace mají děti omezené možnosti pobytu mimo oddělení. Problematické je potom i plánování činnosti mimo oddělení - vycházka, výlet, návštěva kulturních a společenských akcí, protože se ho ve většině případů nemůže účastnit celá skupina. Volnočasové aktivity musí být připravovány se souhlasem ošetřujícího lékaře, příp. zdravotních sester, nesmějí zasahovat do léčby a předepsaných procedur. Nejméně důležité je vytvořit dětem vzhledem k jejich zdravotním omezením bezpečné prostředí pro trávení volného času. Všechny tyto okolnosti kladou velké požadavky na pracovníky zabezpečující výchovu na odděleních.

Na problematiku volného času lze pohlížet z mnoha hledisek (ekonomické, sociologické, sociálně-psychologické, pedagogické, psychologické, zdravotně-hygienické, politické a jiné). Přístupů k volnému času a definic k vymezení pojmů, funkcí a významů různých autorů je nepřeberné množství. V práci jsem se zaměřil na

ty, které obsahově korespondují s volným časem dětí hospitalizovaných v prostředí léčeben.

Funkce volného času v léčebných zařízeních u hospitalizovaných dětí jsem popsal podle vymezení, které uvádí Břetislav Hofbauer (2004) a Monika Blažková (2008):

Funkce relaxační bude naplňována tím, že dítě v léčebně potřebuje volný čas na odpočinek zotavení po lékařských zákrocích, vyšetřeních, procedurách, rehabilitacích, po vyučování ve škole, často i po návštěvách rodičů, které mohou být milé ale pro oslabené dítě i značně vyčerpávající.

Zábavnou funkci můžeme vidět v množství volnočasových aktivit, které léčebné zařízení nabízí. Aktivita mohou být vzhledem k již uvedeným determinantům omezené, na druhou stranu zase rozšířené o aktivity, které nejsou pro dítě v domácím prostředí dostupné, např. hipoterapie, canisterapie, muzikoterapie, besedy, koncerty, vystoupení nemocničních klaunů apod. Zábavná funkce může být realizována jak aktivní, tak i pasivní formou. Mezi aktivní činnosti můžeme zařadit různé aktivizační hry, u kterých děti provádějí pohyb, tanec, zpěv, či hru na hudební nástroj, sportovní aktivity, procházku a další činnosti prováděné na čerstvém vzduchu, ale i výtvarné, estetické, hudební a pracovní aktivity, všechny takové, které děti baví a zapojují se do nich spontánně. Mezi pasivní můžeme zařadit sledování televize, DVD, poslech hudby, četbu, využití počítačů a internetu, hraní stolních her. Obecně můžeme rozdělit činnosti na aktivní a pasivní. Aktivní by měly z hlediska optimálního využití volného času převažovat nad pasivními.

Funkci sebevzdělávací a rozvoje osobnosti lze spatřovat v tom, že aktivity realizované a popsané v zábavné funkci probíhají v kolektivní interakci, která dětem zvláště omezeným určitým handicapem v domácím prostředí chybí. Při společných aktivitách dochází k sociální komunikaci mezi členy skupiny, což posiluje sebeúctu i sebedůvěru hospitalizovaných dětí. Dítě je přijímáno ostatními a může se realizovat. Prostřednictvím volnočasových aktivit jsou uspokojovány jeho potřeby poznání, estetických prožitků a emocionálního vyžití. Získává nové zkušenosti, dovednosti a návyky. Pocit z dobře odvedené práce u něj formuje přiměřené sebehodnocení a zvyšuje důvěru sama v sebe. Vytvářejí se nové sociální vazby v novém sociálním prostředí. U dětí se zdravotním postižením navíc mohou volnočasové aktivity, realizované aktivní formou působit jako výchovně-vzdělávací, rehabilitační i kompenzační prostředek, stejně tak jako u dětí hospitalizovaných (např. s obezitou). Manuální činnosti pomáhají dětem s postižením či po operacích k obnově jejich motoriky a schopnosti sebeobsluhy.

Funkce pedagogiky volného času v léčebných zařízeních lze vymezit i dle autorů Pávková et al. (2008, s. 39-41):

Výchovně vzdělávací funkce - rozvíjení schopností, usměrňování a kultivace, formování žádoucích postojů a morálních vlastností, získání zkušeností, dovedností a návyků.

Zdravotní funkce - vytváření zdravého životního stylu, osvojování hygienických, stravovacích návyků, střídání vhodných činností, rehabilitace, kompenzace, trávení času v příjemném, bezpečném, zdravotně nezávadném prostředí s celkově dobrou atmosférou.

Sociální funkce - rozvoj socializace, sociální komunikace v novém prostředí - lze ztotožňovat s funkcí sebevzdělávací a rozvoje osobnosti podle Hofbauera (2004) a Blažkové (2008).

Hospitalizované děti je potřeba nenásilně povzbuzovat k zájmové činnosti, ale na druhou stranu na ně neklást nepřiměřené nároky. Nejdůležitější je nenechávat dítě v pasivitě bez povšimnutí, ale je nutné i odhadnout, kdy už je dítě unavené, napjaté, nekoncentrované a odpočinout si potřebuje. Pouhá pasivita dítěte ve volném čase vytváří prostor pro nudu, stesky, obavy a úzkosti, zpomaluje proces adaptace a zvyšuje riziko rozvinutí hospitalismu. Cílem přiměřeného zaměstnání dítěte ve volném čase je udržování dobrého psychického stavu, což výrazně ovlivňuje somatickou stránku léčebného procesu, pomáhá v prevenci nejen hospitalismu, ale i sociálně patologického chování, které se může u dětí v souvislosti s jejich hospitalizací projevit (např. agresivita, šikana). Úkolem organizátorů volnočasových aktivit v léčebném zařízení je pobyt dětem zpestřit a zpříjemnit, pomoci se odreagovat a rozptýlit, zapomenout na problémy spojené s důvodem hospitalizace a kompenzovat odloučení od rodiny.

“Všechny typy zájmových činností umožňují prožívání kladných citů, odreagování citů negativních i kultivaci citů, poznávání vlastních možností na základě svobodné možnosti, volby druhu činnosti, dobrovolnosti i individuálních přání.” (Pávková et al., 2008, s. 103)

O smysluplné trávení volného času v léčebnách se stará zdravotnický personál, zejména zdravotní sestry, ale i odborníci z dalších pomáhajících profesí – speciální pedagogové, vychovatelé okrajově i herní specialisté, dobrovolníci, zdravotní klauni. Pokud je to možné, jsou do komplexní péče o volný čas hospitalizovaného dítěte zapojováni i rodiče, pokud zařízení umožňuje společnou hospitalizaci, denní pobyt či alespoň neomezené návštěvy.

3.1 Výchovné role v péči o hospitalizované dítě

Charakteristika a specifika práce učitele v léčebném zařízení byla popsána v předchozích kapitolách. O hospitalizované dítě se však stará velká škála nemocničního personálu i dalších externistů. Někteří jsou přímo členy léčebného týmu, jiní se vyskytují pouze příležitostně. Každý z nich se podílí na komplexní péči o hospitalizované dítě jiným způsobem s cílem usnadnit mu pobyt v léčebném zařízení a udržet ho v přiměřené duševní aktivitě. Společnou snahou je navrátit dítě zpět do normálního života. V práci uvádím vybrané tradiční i nové role, které se podílejí na výchově, vzdělávání a péči o hospitalizované dítě.

Rodič

Nejvýznamnějšími lidmi v životě dítěte jsou jeho rodiče, jejich role v léčebném procesu má nezpochybnitelný význam (v minulosti hodně podceňovaný). Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů, které je ukotveno již v Listině základních práv a svobod. Dnešní praxe se zlepšuje od dob minulých, kdy léčebná zařízení omezovala možnost kontaktu dítěte s rodiči pouze na návštěvní hodiny. Některá léčebná zařízení v současné době umožňují rodičům denní pobyt s nemocným dítětem, nebo neomezenou dobu návštěvních hodin. Nejvhodnější z pohledu dítěte se jeví společná hospitalizace s rodičem. Pokud to zdravotní stav a léčebný proces dovolí, mělo by mít dítě možnost uvolnění z léčebného zařízení na denní či víkendové propustky.

Při indikované hospitalizaci rodiče s dítětem, v případech vymezených zákonem (dítě do 6ti let, ZTP, ZTP/P a další), je pobyt průvodce hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Rodiče mají právo být v léčebném zařízení se svým dítětem, i když jejich pobyt není indikován. K výhodám společné hospitalizace či společného pobytu dítěte s rodičem v léčebném procesu patří vytvoření pocitu psychického bezpečí a emoční jistoty. Dítě má pocit jistoty, netrpí úzkostí, je klidnější a lépe snáší hospitalizaci, čímž se urychluje léčba a zkracuje doba hospitalizace. Přítomnost rodiče v léčebném prostředí zcela eliminuje možnost rozvinutí deprivčního syndromu – hospitalismu. Rodič dostává aktuální informace o průběhu léčby a může spolurozhodovat o další léčebné péči. Rodiče ulehčují práci zdravotnickému a dalšímu personálu, stávají se součástí léčebného i ošetrovatelského procesu. Naučí se nemocné dítě ošetřovat a jsou potom lépe připraveni na rekonvalescenci v domácím prostředí. Rodič zároveň může zhodnotit kvalitu poskytované péče i přístup personálu. Nevýhodou je, že zdravotnický personál i rodiče jsou pod neustálým vzájemným dohledem. Rodič by neměl nadměrně zasahovat do chodu léčebného zařízení, měl by dodržovat provozní řád a stanovená pravidla. Důležitá je vzájemná spolupráce a tolerance. Problémem často bývá nedostatečná kapacita lůžek pro společnou hospitalizaci.

Zdravotní sestra

Zdravotní sestra poskytuje a zajišťuje základní a specializovanou péči v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, prostřednictvím ošetrovatelského procesu. V pozici zdravotní sestry v léčebně musí zajišťovat obsáhlé množství činností, které souvisejí s hospitalizací dítěte. Prvotně zajišťuje činnosti spojené s přijetím a propouštěním dítěte. Zajišťuje podávání léků, převazy a další léčebnou péči. Sleduje a zaznamenává zdravotní stav dětí. Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti dítěte, pomáhá s nácvikem sebeobsluhy. Informuje a učí dětské pacienty a jejich rodiny, jak pečovat o nemocné dítě. Zajišťuje další činnosti - hygienickou péči (koupání, kontrola čištění zubů, ukládání ke spánku a další), činnosti spojené se stravováním (vydávání jídla, krmení, úklid po jídle), cvičení (rozcvičky), převlékání postelí (manipulace s prádlem) aj. Zajišťují, aby všechny hospitalizované děti byly včas na předepsaných procedurách, kam je odvádějí, příp. odvážejí (u imobilních pacientů), ve spolupráci se sanitáři a vychovateli.

Mimo uvedené činnosti by se sestra na oddělení měla spolupodílet i na zajištění herních aktivit dětí, v praxi spíše provádí dozor a dohled nad dětmi, aby neprováděly nebezpečné aktivity a nezranily se. Individuálně se musí věnovat dětem upoutaným na lůžko. Dětem pouští pohádky případně je čtou, pokud jim to čas dovolí. Dohlíží na dodržování spánkových návyků dětí a provádějí dozor a kontrolu i v nočních hodinách. Vedle zajištění těchto činností by sestry měly působit jako psychická podpora pro hospitalizované dítě. Děti se často obracejí na sestry se svými problémy a sdílejí s nimi své smutky i radosti. Pokud je zdravotní sestra optimistická a dokáže působit pozitivně na dítě, je hospitalizace dítětem vnímaná lépe a naopak. Zásadními předpokladem k výkonu práce dětské zdravotní sestry je vztah k dětem, optimismus, a profesionální přístup. Její práce by neměla být jen zaměstnáním, ale i posláním a měla by se umět bránit „vyhoření“.

Vychovatel

Jedná se o další roli, se kterou se hospitalizované děti setkávají. V léčebně vykonává přímou pedagogickou činnost, zabezpečuje výchovu a vzdělávání ve volném čase dětí přímo na oddělení. Předpokladem jeho práce je absolvování pedagogicky zaměřeného studijního oboru. Jeho práce vyžaduje řadu specifických kompetencí jako je vztah k dětem, empatie, optimismus, citlivý přístup, přirozená autorita, kvalita vystupování a řeči, schopnost komunikace a interakce. Musí umět u dětí vzbudit zájem, být dětem příkladem, mít schopnost improvizace a ovládat umění naslouchat. K výkonu práce potřebuje fantazii a pedagogickou intuici a svoji pozornost musí umět věnovat všem svěřeným dětem. Důležitým předpokladem jsou organizační schopnosti a pedagogické dovednosti.

Jeho úkolem je vychovávat i vzdělávat děti nad rámec školy ve volném čase. Rozvíjet jejich zájmy, znalosti a schopnosti, přičemž se musí vyrovnávat s odlišnými nároky, potřebami a možnostmi dětí. Provádí dozor a dohled nad dětmi s důrazem na jejich bezpečnost. Mezi jeho činnosti patří organizace celkového režimu činností dětí ve volném čase zaměřených tělesně, duševně, výtvarně, hudebně a manuálně. Plánuje výlety, poznávací a zábavné akce. Poskytuje dětem emoční podporu, případně pomoc při řešení problémů, řeší i kázeňské problémy. V léčebně vykonává i další činnosti v rámci provozu konkrétního oddělení, např. doprovod dětí do školy a na procedury, pomoc při zabezpečení stravování, hygieny, oblékání, úklidu, ukládání ke spánku, čímž částečně kompenzuje práci sester a tato práce by neměla dominovat. Pomáhá dětem s přípravou do školy - předpokladem je i kvalitní a obsáhlá znalost učiva. Jeho práce je determinována skupinou hospitalizovaných dětí i prostředním, ve kterém svoji činnost provádí. Vzhledem k vysokému emočnímu zatížení u něho hrozí větší riziko rozvinutí syndromu vyhoření.

Herní specialista

Poměrně novou rolí, která vstupuje do péče o hospitalizované dítě, je herní specialista. Tuto roli představili autoři J. Královec a M. Královcová (2010) na celostátní konferenci „Zdravotnické školství na počátku nového tisíciletí“ konané ve dnech 1-2. 10. 2010 v Plzni. Náplní práce herního specialisty je vytvářet herní aktivity, organizovat zábavné programy, vhodnou formou seznámit dítě s onemocněním a pomoci mu se s ním vyrovnat. Jeho aktivity zahrnují psychoterapeutickou přípravu dítěte na lékařská vyšetření a zákroky, pomáhají mu zbavit se strachu a úzkosti. Děti jsou často zmatené a nechápou důvody své hospitalizace, bojí se vyšetření, lékařských zákroků. Úkolem herního specialisty je i pomoci dítěti pochopit důvody jeho hospitalizace. Herní terapie zpřijemňuje a ulehčuje dětem pobyt v nemocnici. Bylo zjištěno, že děti, které byly delší čas v léčebném zařízení, často ztrácely zájem o hru. Nedokázaly si hrát samy, stávaly se pasivními. Pokud si ovšem s dětmi hrál dospělý, hrály si rády a cítily se dobře. Herní specialista je vyškolen jak v lékařských záležitostech, tak v přístupech k hospitalizovanému dítěti, aby mohl být co nejlepší oporou. Jeho činnost vždy vychází z potřeb konkrétního dítěte a vyžaduje individuální přístup. Herní specialista seznamuje dítě a jeho rodinu s chodem nemocnice, připravuje dítě na plánovaný zákrok, funguje jako komunikační most mezi nemocným dítětem a jeho rodinou, stará se i o náplň volného času hospitalizovaného dítěte. Do jeho činností by měla spadat i koordinace práce dobrovolníků. V ČR není prozatím tento specialista příliš využíván, přesto se tato specializace snaží prosadit jako moderní trend. Tento obor se začal vyučovat například i na Univerzitě Palackého v Olomouci v rámci celoživotního vzdělávání.

S prvními herními terapeuti se setkáváme ve Velké Británii, kde začali na dětských odděleních působit v roce 1963, a první kurz pro herní terapeuti zde byl otevřen v roce 1973. O dva roky později byla založena Národní asociace nemocničních herních pracovníků. U nás se herní terapeuti a všichni, kdo se zajímají o tuto činnost, mohou sdružovat v občanském sdružení. Jde o společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici, která vznikla v r. 1999.

Zdravotní klaun

Zdravotní klauni jsou profesionální umělci speciálně školení pro práci v nemocničním prostředí. Na rozdíl od předchozích rolí je „zdravotní klaun“ externí a nezisková organizace **s národní a mezinárodní působností**, která získává finance na svoji činnost příspěvky a benefičními akcemi. Společnost „Zdravotní **klaun**“ **přispívá** ke zlepšení psychického i celkového zdravotního stavu hospitalizovaných dětí, ale i geriatrických pacientů prostřednictvím vyškolených zdravotních klaunů a souvisejících projektů. Občanské sdružení zdravotní klaun u nás vzniklo v r. 2001, v současné době zaměstnává celou řadu lidí zapálenou pro myšlenku „léčby humorem“. Koncept „léčby humorem“ přinesl do České republiky Američan Gary Edwads který v roce 1998 začal navštěvovat nemocnice sám, později projekt financoval z vlastních prostředků. V roce 2012 byl oceněn medailí České pediatrické společnosti za dlouhodobý a významný přínos do zdravotnictví. (Zdravotní klaun, © 1998+)

Funkce zdravotních klaunů je:

- Pomáhat ke zlepšení celkového psychického a tím i zdravotního stavu hospitalizovaných,
- Přispívat k uvolnění atmosféry nemocničního prostředí,
- Vhodně doplňovat léčebné procedury,
- Zajišťovat vzdělávání v oblasti inovativních metod a přístupů, využitelných v prostředí se zvýšeným stresovým faktorem.

Zdravotní klaun je člověk s přirozeným klaunským nadáním, schopností improvizace, s vrozenou empatií a s hudebním talentem. Většinou má dramatické vzdělání (DAMU, JAMU, FAMU), ale není to podmínkou k přijetí. Předpokladem je kladný vztah k dětem a chuť se neustále vzdělávat. K udržení vysoké profesionality týmu zdravotních klaunů jsou pro ně organizovány pravidelné specializované umělecké dílny a školení, které vedou čeští i zahraniční lektori. V současné době působí v ČR **86 zdravotních klaunů**. (Zdravotní klaun, © 1998+)

Dobrovolníci

Dobrovolnický program v léčebných zařízeních je jeden z nástrojů, který napomáhá zlepšování psychosociálních podmínek pacientů, podporuje interpersonální komunikaci a přispívá ke zlepšení celkové atmosféry nemocnice. Právní rámec dobrovolnickým programům v ČR vymezuje zákon č. 198/2002 Sb., O dobrovolnické službě.

Dobrovolník je člověk, který se svobodně rozhodl věnovat svůj čas, energii a schopnosti ve prospěch druhého člověka a svou pomoc poskytuje bez nároku na finanční odměnu. Dobrovolníci se většinou rekrutují z řad studentů a mladých lidí bez zaměstnání a lidí v důchodu. Dobrovolníci v nemocnici nenahrazují práci zdravotnického personálu, ale snaží se přispět ke zlepšení kvality života pacienta např. ochotou naslouchat, promluvit si o obyčejných věcech nebo jen tak pobýt s člověkem, který je plný úzkosti a trápení. Cílem je zpříjemnit a smysluplně naplnit léčebný pobyt např. rozhovorem, procházkou, čtením či jinou zajímavou aktivitou. Pacient může trávit volný čas s dobrovolníkem u lůžka, nebo (podle zdravotního stavu) ve společenské místnosti, případně na chodbě či ve venkovním areálu léčebného zařízení. Dobrovolník svou činností přispívá k humanizaci léčebného prostředí. Jeho účast v léčebném procesu je často diskutovaná. Důležitou roli hraje výběr a příprava dobrovolníka i ochota k tomuto programu ze strany vedení oddělení, protože musí práci dobrovolníků koordinovat. (DOBROVOLNICKÁ ČINOST, © 2009)

Shrnutí:

Volný čas dětí v léčebnách je doba, kterou děti tráví mimo školu, léčebné zákroky a procedury a rehabilitace. Je podmíněn aktuálním zdravotním a psychickým stavem hospitalizovaného dítěte, jeho schopností a ochotou podílet se na volnočasových aktivitách. Pobyt v léčebně, na rozdíl od nemocnice nabízí dětem větší možnosti realizace ve volném čase. Tento čas pak může plnit i rekreační funkci. Prostor léčebny značně omezuje dosavadní aktivity dětí, ale nabízí i nové možnosti a způsoby trávení volného času, které nejsou pro děti v domácím prostředí dostupné. Aktivity ve volném čase jsou většinou organizovány společně pro celou skupinu dětí, které jsou aktuálně hospitalizovány na oddělení a jeho možnosti jsou touto skupinou determinovány. Individuální přístup je třeba věnovat dětem upoutaným na lůžko.

Volný čas mohou děti trávit aktivní či pasivní formou. Nejméně vhodné je ponechat dítě v pasivitě bez povšimnutí. Pasivita napomáhá vzniku sociálně patologického chování u dětí a umožňuje rozvinutí syndromu hospitalismu. Cílem organizace volného času je udržení dítěte ve fyzické a duševní aktivitě. Úkolem organizátorů volnočasových aktivit v léčebném zařízení je pobyt dětem zpestřit

a zpříjemnit, pomoci se odreagovat a rozptýlit, zapomenout na problémy spojené s důvodem hospitalizace a kompenzovat odloučení od rodiny. Kvalitní a pestrý způsob trávení volného času posiluje sebeúctu i sebedůvěru dítěte, rozvíjí sociální komunikaci, uspokojuje potřeby poznání, estetických prožitků a emocionálního vyžití a může působit i jako výchovně-vzdělávací, rehabilitační a socializační prostředek. Vhodně zvolené volnočasové aktivity pozitivně ovlivňují psychický stav hospitalizovaného dítěte a následně i somatickou stránku léčebného procesu.

Léčebnou péči hospitalizovaných dětí zajišťuje zejména zdravotnický personál a lékaři. Péči ve volném čase mimo vyučování a léčebné procedury zajišťují převážně zdravotní sestry a vychovatelé. Zdravotní sestry mohou působit jako psychická podpora pro hospitalizované dítě. Předpokladem práce dětské sestry je vztah k dětem, optimismus, profesionalita a mimo jiné i znalosti z oblasti pedagogiky a psychologie. Vychovatel v léčebně vykonává přímou pedagogickou činnost, zabezpečuje výchovu a vzdělávání ve volném čase dětí na oddělení. Předpokladem jeho práce je absolvování pedagogicky zaměřeného studijního oboru, pedagogické dovednosti, organizační schopnosti a řada dalších kompetencí. Pokud je to možné, jsou do komplexní péče o hospitalizované dítě zapojováni i rodiče, pokud zařízení umožňuje společnou hospitalizaci, denní pobyt či alespoň neomezené návštěvy, vhodné jsou také denní nebo víkendové propustky.

K výhodám společné hospitalizace dítěte s rodičem patří vytvoření psychického bezpečí a emoční jistoty - dítě netrpí úzkostí, je klidnější a lépe snáší hospitalizaci, čímž se urychluje léčba a zkracuje doba hospitalizace. V péči o nemocné dítě vznikají i role, nové a to např. zatím málo rozšířený „herní specialista“, a přispívají i neziskové organizace, např. projektem „Zdravotní klaun“. Zákon o dobrovolnické službě umožnil účast dobrovolníků v léčebném procesu. Všechny nové role přispívají k humanizaci léčebného prostředí.

4 Výzkumné šetření a prezentace výsledků

4.1 Teoretická východiska

Současná postmoderní společnost je pod velkým ekonomickým tlakem požadavků prudkého rozvoje ekonomiky orientované na neustálý růst. Situace v oblasti výchovy a vzdělávání je rozporuplná, sílí reformní tlak na vzdělanostní systémy. Chybí dostatečně široká veřejná debata o klíčových otázkách, jako je perspektivní rozvoj vzdělanosti, málo jsou diskutovány otázky, jaké vzdělání potřebují mladí lidé na přelomu tisíciletí pro práci a život v soudobé společnosti i pro své osobní životní perspektivy, a to jak z pohledu obsahové práce obecně, tak i obsahové práce jednotlivých stupňů a druhů škol. Pro analýzu rozvoje pedagogiky (didaktiky) i interpretaci pedagogických problémů je třeba porozumět novému sociálně ekonomickému kontextu, v němž probíhají reálné výchovné a vzdělávací procesy. Nelze rezignovat a zbavovat se odpovědnosti za výchovu a vzdělávání nové generace. Celosvětově se stále silněji prosazuje představa, že děti se musejí naučit zvládnout racionálním způsobem vzájemné vztahy mezi sebou, přírodou, kulturou a společností, musí získat kognitivně morální kompetence, které budou jako občané liberální společnosti potřebovat jako existenční nutnost, a musí se učit, jak prosazovat vlastní zájmy v kontextu občanských práv a liberálního prostředí. Uvedené výchově vzdělávací problémy se řeší postupně v celém světě kurikulární reformou, která u nás ústí v zavedení Rámcových vzdělávacích programů a z nich vycházejících Školních vzdělávacích programů. Podobně jako vzdělávací instituce i výchovné instituce musí nově vymezovat výchovně vzdělávací cíle. Požadavky kurikulární reformy se týkají i výchovně vzdělávacích institucí pro dlouhodobě hospitalizované děti.

Škola při léčebném zařízení poskytuje všeobecného vzdělání v době, kdy dítě nemůže navštěvovat svoji kmenovou školu. Cílem je udržení kontaktu žáka se školními povinnostmi, zabránění zameškání, ztrátě učebních návyků a usnadnění návratu do kmenové školy. Výchova a vzdělávání ve školách při léčebném zařízení plní i funkci psychologickou tím, že udržují dítě v dobrém psychickém stavu vhodným zaměstnáním, odvedením pozornosti od nemoci, změny prostředí, odloučení a dalších nepříjemných zážitků spojených s hospitalizací. Učitel školy plní jak funkci pedagogickou tak i psychoterapeutickou, znamená pro dítě přirozenou sociální oporu a pomáhá mu při zvládání adaptace. Pomáhá odhánět apatii, kladně ovlivňuje jeho duševní stav a pomáhá udržovat nebo rehabilitovat duševní činnost. Součástí výchovně vzdělávacího procesu v léčebně je úzká spolupráce učitelů a vychovatelů, koncepce výchovného úseku musí navazovat na vzdělávací.

Nemocné dítě má větší potřebu podpory a citové jistoty, která by jeho nepříjemné prožitky kompenzovala. Rychlá adaptace dítěte v léčebném zařízení je předpokladem k úspěšné léčbě. U hospitalizovaného dítěte, které strádá nedostatkem podnětů ať již psychických, fyzických či sociálních, může dojít k projevům separační úzkosti, psychické deprivace a může se rozvinout syndrom hospitalismu. Mezi aktivity ovlivňující rychlou adaptaci a eliminující riziko vzniku hospitalismu je zařazována humanizace léčebného prostředí, zkrácení doby hospitalizace, udržování kontaktu s rodinou, možnost denního pobytu rodičů či neomezených návštěv, denních či víkendových propustek, v případě možnosti i společná hospitalizace s rodičem. Humanizovaný léčebný režim znamená přiblížení se běžným životním podmínkám a zajištění dostatku podnětů a činností pro dětské pacienty, které by je udržovaly v přiměřené duševní a fyzické aktivitě.

Volný čas dětí v léčebnách je doba, kterou tráví mimo školu, léčebné zákroky, procedury a rehabilitace. Je podmíněn aktuálním zdravotním a psychickým stavem dítěte, jeho schopností a ochotou podílet se na volnočasových aktivitách. Prostor léčebny značně omezuje dosavadní aktivity dětí, ale nabízí i nové možnosti a způsoby trávení volného času. Volný čas mohou děti trávit aktivní či pasivní formou. Nejméně vhodné je ponechat dítě v pasivitě bez povšimnutí. Pasivita napomáhá vzniku sociálně patologického chování u dětí, zhoršuje proces adaptace a umožňuje rozvinutí syndromu hospitalismu. Cílem organizace volného času je udržení dítěte ve fyzické a duševní aktivitě. Úkolem organizátorů volnočasových aktivit v léčebném zařízení je pobyt dětem zpestřit a zpříjemnit, pomoci se odreagovat a rozptýlit, zapomenout na problémy a kompenzovat odloučení od rodiny. Kvalitní a pestrý způsob trávení volného času posiluje sebeúctu dítěte, zvyšuje důvěru sama v sebe, rozvíjí sociální komunikaci, uspokojuje potřeby poznání, estetických prožitků, emocionálního vyžití a může působit i jako výchovně-vzdělávací, kompenzační a rehabilitační prostředek. Vhodně zvolené volnočasové aktivity pozitivně ovlivňují psychický stav hospitalizovaného dítěte a následně i somatickou stránku léčebného procesu. Kvalitně strávený volný čas podporuje mnohostranný rozvoj osobnosti jedince, pozitivně ovlivňuje jeho sociální vztahy.

Léčebnou a ošetrovatelskou péči v léčebných zařízeních zajišťuje zejména zdravotnický personál a lékaři. Zdravotní sestry mohou působit jako psychická podpora pro hospitalizované dítě. Předpokladem práce dětské sestry je vztah k dětem, optimismus, empatie, profesionalita a mimo jiné i znalosti z oblasti pedagogiky a psychologie dítěte. Vychovatel v léčebně vykonává přímou pedagogickou činnost, zabezpečuje výchovu a vzdělávání ve volném čase dětí na oddělení. Předpokladem jeho práce je absolvování pedagogicky zaměřeného studijního oboru, pedagogické dovednosti, organizační schopnosti a řada dalších kompetencí. Pokud je to možné, jsou do komplexní péče o hospitalizované dítě zapojováni i rodiče pro vytvoření psychického bezpečí a emoční jistoty dítěte.

4.2 Cíle a úkoly empirického šetření

Cíle

1. Zjistit možnosti optimalizace spokojenosti dětského pacienta s pobytem v léčebně a možnosti optimalizace přístupu osob zajišťující tento pobyt.
2. Zjistit spokojenost dětského pacienta s působením školy při léčebně a jejích učitelů.
3. Zjistit, jaká je realita a možnosti výchovně-vzdělávací práce s dětmi v léčebně se zvláštním zaměřením na oblast využití volného času.

Úkoly

1. Uskutečnění odborné stáže v léčebně.
2. Vypracování otázek pro řízený rozhovor.
3. Nastudování dokumentů na dětském oddělení v léčebně.
4. Pozorování režimu oddělení v léčebně.
5. Provedení hospitace ve škole při léčebně.
6. Provedení řízených rozhovorů s hospitalizovanými dětmi.
7. Provedení volných rozhovorů na oddělení a ve škole při léčebně.
8. Vyhodnocení získaných dat a prezentace závěrů.
9. Návrh doporučení ke zlepšení spokojenosti dětských pacientů.

4.3 Charakteristika zařízení

Výzkumné šetření bylo provedeno v konkrétní léčebně v Pardubickém kraji. Z důvodu zachování anonymity není uváděn její název – dále jen léčebna. Léčebna je rehabilitační ústav poskytující následné a dlouhodobé zdravotnické služby pro dětské i dospělé nemocné z celé ČR. Hlavní náplní činnosti léčebny je poskytování lůžkové i ambulantní léčebně rehabilitační péče pro děti, dorost a dospělé s pohybovým postižením, a to především z oblasti neurologických a ortopedických onemocnění, ať už vrozených nebo získaných, včetně stavů poúrazových a pooperačních. Výzkumné šetření bylo provedeno na dětském oddělení, které jediné v rámci léčebny umožňuje hospitalizaci dětských pacientů. Součástí léčebny je i samostatná základní a speciální škola při léčebně a mateřská škola.

4.4 Organizace výzkumného šetření

Výzkum byl organizován na dětském oddělení léčebny po dobu odborné stáže vykonávané v rámci praxe při studiu na Univerzitě Hradec Králové v časovém horizontu 3. 3. 2014 – 16. 3. 2014. Nastoupil jsem jako stážista na pozici vychovatele. V této roli jsem zde po dobu praxe vystupoval a aktivně se podílel na zabezpečení chodu oddělení. Při práci jsem postupoval podle harmonogramu práce

vychovatele oddělení. Podílel jsem se na organizaci a zabezpečení volného času dětí na oddělení.

Před nástupem na praxi jsem si na základě teoretických východisek a oblastí výchovy a vzdělávání, které jsem chtěl zkoumat, připravil soubor otázek pro výzkumné šetření, které jsem chtěl provést formou řízených rozhovorů s hospitalizovanými dětmi a jejich vychovateli. Stanovil jsem cíle zkoumání a úkoly, které jsem chtěl v rámci stáže realizovat a které by mi umožnily naplnění cíle a ověření stanovené hypotézy.

Na oddělení jsem postupně provedl řízené rozhovory s vybraným vzorkem hospitalizovaných dětí a volné rozhovory s pracovníky podílející se na zabezpečení pobytu dětí na oddělení. Vykonával jsem hospitaci na druhém stupni základní školy při léčebně a na speciální škole při léčebně a provedl volné rozhovory s ředitelkou a učiteli školy. Nad rámec svých úkolů jsem provedl i řízený rozhovor s rodičem, který byl v léčebně na společné hospitalizaci s dítětem. Studoval jsem legislativní a další písemné dokumenty upravující činnost dětského oddělení se zaměřením na pedagogickou problematiku. Po celou dobu pobytu jsem prováděl pozorování dětí, personálu a celkového chodu zařízení v přirozeném prostředí, a to činnosti přímo na oddělení i ve škole při léčebně. Každý den jsem zjištěné poznatky zapisoval do deníku praxe. Po ukončení stáže jsem získaná data a informace analyzoval, popsal a vyhodnotil.

4.5 Analýza výzkumného nástroje

Jako výzkumný nástroj jsem zvolil strukturovaný rozhovor. Výzkumné otázky pro řízený rozhovor jsem zpracoval pro cílovou skupinu - dlouhodobě hospitalizované děti v léčebně. Stejně otázky jsem použil i pro řízený rozhovor s jejich vychovatelkou, následně i pro řízený rozhovor s rodičem na společné hospitalizaci s dítětem. Tuto metodu jsem zvolil z důvodu menšího výzkumného vzorku s přihlédnutím k věkové různorodosti dětských respondentů a často také k jejich mentálnímu omezení. Zjištěné odpovědi jsem průběžně zaznamenával do záznamového archu. Osobní dotazování mi umožnilo otázku lépe vysvětlit, přímo reagovat na odpověď, případně se doptat na další doplňující informace, související se zkoumanou problematikou. Osobní kontakt poskytl mnohem komplexnější informace a snížil riziko nedorozumění. Rozhovory probíhaly individuálně se souhlasem vrchní sestry a vychovatelů přímo na oddělení. Rozhovor trval cca 20-45 minut.

Otázky pro řízený rozhovor jsou členěné do tří bloků, formulář obsahuje celkem 19 otázek, 18 otevřených a jednu polouzavřenou (viz. příloha 1). První

nečíslovaný blok zjišťuje základní demografické a další informace o respondentech - věk, pohlaví, bydliště (v bakalářské práci uvedena pouze vzdálenost léčebny od domova), navštěvovanou třídu ZŠ, důvod hospitalizace – diagnózu, dle sdělení samotných respondentů příp. sester (komplexní lékařská diagnóza nebyla zjišťována), délku pobytu v léčebně a počet hospitalizací v léčebně.

Druhý blok otázek zkoumá problematiku volného času dětí v léčebně, je dělený na několik sad otázek. Otázky **1,2** zjišťují spokojenost dětí v léčebně, a zda se zde děti nudí. Otázka **3** se snaží zjistit, zda a v jakém rozsahu se respondentům ve volném čase věnují (hrají si) vychovatelé a sestry. Další sada otázek (**4,5,6,7**) mapuje, jaké aktivity respondenti ve volném čase dělají a jak často, které aktivity dělají nejraději, jaké aktivity by v léčebně přivítali a co by nejraději dělali ve volném čase. Otázka číslo **4** je polouzavřená - rozdělena na jednotlivé podotázky (**a - m**), reprezentující jednotlivé aktivity, které by děti mohly provádět ve volném čase v léčebně a je rozšířena o možnost, volně se k otázce vyjádřit. Tato otázka umožňuje výběr pomocí škálování. Otázka **8** se dotazuje přímo na hračky a vybavení, které dětem v léčebně chybí. Spokojenost respondentů s nabídkou a rozsahem volnočasových aktivit zjišťují otázky **9,10**. Otázka **11** dává respondentům prostor, aby se vyjádřili, s čím jsou v léčebně nespokojeni a co by případně chtěli změnit. Poslední otázka (**12**), uzavírací blok, požaduje po respondentech, aby posoudili, zda by aktivnější způsob trávení volného času přispěl k lepšímu prožívání jejich hospitalizace.

Třetí blok otázek byl určen pouze pro respondenty, kteří navštěvují školu při léčebně, pro výzkumné šetření jsem získal 9 dětí. Tento blok sedmi otázek zjišťoval spokojenost dětí ve škole (**1**), odlišnosti od kmenové školy (**2**), rozsah učiva a čas věnovaný na přípravu do školy, které porovnával s rozsahem učiva v kmenové škole a přípravy na školu v domácím prostředí (**3,4**). Otázky **5,6** mapovaly, co se dětem ve škole líbí a co je baví, případně co jim ve škole chybí a chtěly by změnit. Poslední otázkou (**7**) jsem se snažil, zjistit přístup učitelů/učitelek k dětem.

4.6 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek představovaly děti hospitalizované na dětském oddělení léčebny. Na tomto oddělení bylo aktuálně hospitalizováno 25 dětí a dalších 7 dětí na společné hospitalizaci s rodičem. Pro výzkumné šetření jsem vybral celkem 15 respondentů ve věkovém rozmezí 5-25 let. Ostatní děti nebyly do výzkumného šetření zařazeny z důvodu nízkého věku nebo většího mentálního postižení nebo i proto, že byly v léčebně teprve krátkou dobu. Někteří z respondentů svým chronologickým věkem již nespádali do kategorie „dětí“, ale na oddělení byli hospitalizováni např. z důvodu, že se zde léčí opakovaně již od svých dětských let,

nebo vzhledem ke svému mentálnímu věku. Některé tyto dospívající, či již „dospělé“ jsem do výzkumného šetření zařadil, protože jsou součástí života oddělení, tráví volný čas s vychovateli v hernách a poskytují zase trochu jiný úhel pohledu, než je tomu např. u předškolních dětí. Do výzkumného vzorku byla zařazena i vychovatelka Petra, se kterou jsem provedl řízený rozhovor se stejným složením otázek a porovnával její odpovědi s tím, co uváděli dětské respondenty. Stejný soubor otázek jsem následně použil při řízeném rozhovoru s otcem hospitalizovaným společně s dítětem (otec odpovídal za syna a reagoval i za sebe). Ve výzkumném vzorku jsou ještě popsány dvě děti, Toník (3) a Tomáš (4), za které odpovídala zdravotní sestra, protože vzhledem ke svému postižení nemluvily, ale byly součástí heterogenní skupiny dětí na oddělení. Z důvodu zachování anonymity nejsou u respondentů uváděna jejich pravá jména.

- Tabulka č. 1 – přehled dotazovaných respondentů (řazeno podle věku)

Jméno	Stáří (let)	Vzdálenost domova	Diagnoza	Délka hosp. (týdnů)	Četnost hosp.
Toník, Tomáš	3;4	Do 150 Km	Opožděný vývoj	12	2x
Marek (s otcem Miroslavem)	4;32	Do 150 Km	DMO (slabší)	6	1x
Míla	5	Do 200 Km	Perthes	40	1x
Nela	5,5	Do 150 Km	Skolióza	8	1x
Míša	9	Do 100 Km	Skolióza	8	1x
Verča	11	Do 100 Km	Rehab. (nohy)	10	2x
Riša	12	Do 50 Km	Skolióza	8	3x
Nikča	12	Do 50 Km	Skolióza	8	1x
Katka	13	Do 150 Km	DMO (lehká)	6	3x
Jirka	14	Do 200 Km	Rehab. (celková - nehoda)	8	1x
Michaela	15	Do 100 Km	Skolióza	8	1x
Radka	16	Do 50 Km	Rehab. (ruka)	10	1x
Vojtěch	20	Do 10 Km	Rehab. (koleno)	6	1x
Kikina	22	Do 150 Km	DMO (silná)	8	6-8x
Kuba	22	Do 100 Km	DMO (slabší)	8	7x
Jiří	24	Do 300 Km	Rehab. (celk. - vrozené)	8	14x
Vendula	25	Do 100 Km	Rehab. (celková - nehoda)	8	3-4x

Charakteristika respondentů

Vychovatelka Petra (40) na oddělení již 19 let. I po letech dobrý přístup k dětem i k práci s nimi, pečlivá, velké zkušenosti, přísnější na děti. Při rozhovoru částečně defenzivní, obavy z kritiky její práce. Vstřícná, komunikativní.

Marek (4) byl v léčebně hospitalizovaný spolu se svým otcem **Miroslavem (32)** na speciálním pokoji pro společnou hospitalizaci dětí s rodičem, v samostatném křídle dětského oddělení. Marek je na rekonvalescenci po lehké formě dětské mozkové obrny. Energický, neposedný kluk, aktivně a rád se zapojuje do všech aktivit. Otec Miroslav je zaměstnáním stavbyvedoucí, velmi ochotný vstřícný a sdílný.

Respondenti podle věku (dětí)

Toník a Tomáš (3,4) umístění přes rok ve stejném dětském domově, u jednoho matka alkoholička, u druhého narkomanka, děti byly odebrány z péče matek. V léčebně hospitalizování podruhé na tři měsíce. Chlapci mají opožděný vývoj způsobený mentální retardací a jsou v léčebně na rehabilitaci motorických schopností. Komunikují pouze minimálně nebo zvuky, o jejich potřebách hovoří zdravotní sestra. Pobyt v léčebně vnímají jako vytržení z rutiny dětského domova.

Míla (5) je v léčebně poprvé na dobu 10 měsíců, léčí se s Perthesovou chorobou, která napadá klouby. Má speciální druh korzetu, který mu znemožňuje chůzi do doby, než se jeho stav zlepší. V současné době je odkázán na invalidní vozík a individuální pomoc sester a vychovatelů. Míla má rád ruční práce - vystřihuje si, vybarvuje a něco sám tvoří a vyrábí. K dispozici má z domova vlastní tablet, který hodně používá. Špatně snáší odloučení od rodiny, je hodně plačtivý.

Nela (5,5) je v léčebně poprvé, na dobu 8 týdnů, léčba skoliózy páteře. Není intelektově ani pohybově nijak omezena. Aktivní holčička, s podezřením na ADHD. Neklidná, všude běhá, nechává za sebou rozházené věci, jinak je to milé a chytré děvče. Vypracování řízeného rozhovoru vyžadovalo více času, trpělivosti a častější přestávky.

Míša (9) je v léčebně umístěna poprvé, na dobu 8 týdnů, má diagnostikovanou skoliózu páteře. Spíše plaché děvčátko, nejraději tráví čas v léčebně se svou kamarádkou Verčou. Navštěvuje první stupeň základní školy při léčebně.

Verča (11) v léčebně podruhé, na dobu 10 týdnů, rehabilitace s bolestmi nohou. Veselé a vstřícné děvče, ráda a bezproblémově navazuje přátelské vztahy s ostatními dětmi a v léčebně se dobře orientuje. Verča je ve věku, kdy by měla navštěvovat druhý stupeň ZŠ, v kmenové škole je teprve ve 3. třídě, v léčebně chodí na první stupeň ZŠ.

Riša (12) v léčebně již potřetí, tentokrát na dobu 8 týdnů, s vadným držením těla a skoliózou. Chytrý a bystrý chlapec, ochotně spolupracuje při rozhovoru. Navštěvuje 6. třídu v kmenové škole, v léčebně třídu pro žáky druhého stupně ZŠ.

Nikča (12) hospitalizována poprvé, na 8 týdnů, léčba skoliózy páteře, je u ní diagnostikována lehká mentální retardace. Pochází z romské rodiny. Je velmi „akční“, pohyblivá s hlasitými projevy. Díky těmto projevům je častěji kárána, jak ostatními dětmi, tak i členy personálu, s čímž si však nedělá velké starosti. Mentální retardace není nijak výrazná, je to bystré a vnímavé děvče (přiměřeně komunikuje, hraje poker, rozumí pravidlům her, atd.), chybí jí však základní znalosti a informace. V léčebně navštěvuje speciální školu, doma školu speciální.

Katka (13) v léčebně již potřetí, na dobu 6 týdnů na rehabilitaci s lehkou formou dětské mozkové obrny. Šikovné a komunikativní děvče, při rozhovoru vstřícná, ochotně spolupracuje. V léčebně zařazena na první stupeň základní školy (neví proč), v kmenové škole navštěvuje již 7. třídu.

Jirka (14) v léčebně poprvé, na dobu 8 týdnů na rehabilitaci po prodělaných operacích jako následku dopravní nehody. Jirku srazil na kole nedbalý motorkář, utrpěl vícečetné zlomeniny, ochrnul na jednu ruku a provází ho více celkových motorických problémů, které mu komplikují život. Navzdory svým problémům je v dobré psychické kondici, poctivě rehabilituje, snaží se co nejrychleji zotavit. Po procedurách bývá hodně unavený, častěji ve volném čase odpočívá. V kmenové škole navštěvuje 8. třídu, dle jeho vyjádření „bude nejspíš ročník opakovat, protože hodně zameškal“. V léčebně navštěvuje druhý stupeň ZŠ.

Michaela (15) v léčebně poprvé, na dobu 8 týdnů, rehabilituje se skoliózou páteře. Při rozhovoru je vstřícná, odpovídá však většinou stručně. Špatně se v léčebně adaptuje, není zvyklá na režim oddělení (doma chodí spát i vstává déle), nechutná jí tu jídlo. V kmenové škole chodí do 9. třídy, v léčebně navštěvuje druhý stupeň ZŠ.

Radka (16) hospitalizována poprvé, na 10 měsíců, rehabilituje ruku a záda, svoji přesnější diagnózu nezná. Pochází z romské rodiny. Je uzavřenější, obtížněji navazuje kontakt, projevuje se u ní výrazná adolescence. Po navázání kontaktu ochotná ke vzájemné komunikaci, při rozhovoru se snaží odpovídat na položené

otázky. V místě bydliště navštěvuje školu speciální, v léčebně zařazena na druhý stupeň běžné ZŠ (neví proč).

Vojtěch (20) v léčebně poprvé, na 6 týdnů, po úrazu a plastice předního zkříženého vazů. Ochotně komunikuje a spolupracuje. Do školy již nechodí, pracuje jako kuchař, neví, z jakého důvodu je hospitalizován na dětském oddělení, „nikdo mu to neřekl“. Má větší volnost než menší děti, nemusí se striktně podřizovat režimu oddělení, má individuální vycházky, proto mu pobyt na dětském oddělení nevadí, vnímá ho spíše jako dovolenou.

Kikina (22) v léčebně již téměř stálá pacientka, hospitalizována již 6-8x, se současnou délkou pobytu 8 týdnů, rehabilituje v důsledku těžké formy dětské mozkové obrny. Je na invalidním vozíku, její motorické schopnosti, zejména rukou, nejsou dobré. Nemocí byl zasažen i její intelekt. Je jí 22 let, její mentální věk však odpovídá úrovni třináctiletého dítěte, z toho důvodu umístěna na dětské oddělení. Mezi personálem velmi oblíbená, všichni ji tu dobře znají, sestry i vychovatelé ji věnují individuální pozornost a rádi si s ní hrají, nejraději hraje „Člověče nezlob se!“. Provedení řízeného rozhovoru vyžadovalo více času, potřebovala dostatečný prostor k vyjádření. Do školy již nechodí.

Kuba (22) v léčebně opakovaně, již po sedmé, s délkou hospitalizace na 8 týdnů, rehabilitace v důsledku lehké formy dětské mozkové obrny. Z důvodu mentálního postižení umístěn na dětském oddělení. Dobře se tu orientuje, zná personál. Méně komunikativní, uzavřený. Při řízeném rozhovoru příliš nespolupracuje, snaží se to mít co nejrychleji za sebou. Je v dospělém věku, do školy nechodí.

Vendula (25) hospitalizovaná opakovaně (již ve 3-4 případech), se současnou délkou pobytu 8 týdnů, celkově rehabilituje po vážné autonehodě, kterou měla před třemi lety. Utrpěla vážný úraz mozku, po nehodě 5 měsíců v kómatu, po probuzení velké problémy s krátkodobou pamětí, trpěla spastickou křečí. Před nehodou studovala vysokou školu zemědělskou, byla velmi dobrá v matematice, teď má mentální úroveň čtrnáctileté. Vzpomínky na život před nehodou stále má, ovšem cítí se jako „jiný člověk“. Za dobu pobytu v léčebně pocítuje znatelné zlepšení, přestala trpět spastickou křečí, víc si zapamatuje. Vendulka je při rozhovoru velmi vstřícná a ochotná – odpovídá na otázky a zároveň vypráví mnoho věcí o své minulosti, snaží se spolupracovat co nejlépe. Ačkoliv jsme stejně staří, nedaří se jí i přes moji nabídku tykat, při rozhovoru vyká. V léčebně navštěvuje v rámci rehabilitace speciální školu, aby si procvičovala mozek. Doma již do žádné školy nechodí.

4.7 Prezentace výsledků

Studium dokumentace a dílčí závěry

Zajímal jsem se o legislativní a další dokumenty upravující činnost dětského oddělení, se zaměřením na pedagogickou problematiku. Vrchní sestra, vždy velmi ochotná a vstřícná, mi ukázala veškerou dokumentaci potřebnou pro chod oddělení i celého zařízení. Překvapilo mě velké množství těchto dokumentů, týkajících se zejména řízení kvality, v dokumentech je např. obsáhlý pokyn o tom, jak správně se mají umývat ruce. Personál léčebny absolvuje řadu školení a přednášek převážně z oblasti řízení kvality, zdravotní a hygienické péče (ošetřovatelská dokumentace, hygienické minimum, první pomoc, nákazy, chronické bolesti, nežádoucí události, racionální strava, protikorupční opatření apod.), postupuje v poskytování ošetřovatelské péče v souladu s ošetřovatelskými standardy, v léčebně jsou tyto standardy součástí směrnice S 10 004 - Ošetřovatelské manuály. Poskytovaná péče musí být řádně zdokumentovaná v souladu s vyhláškou MZ č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Zdravotní sestra vypracovává pro každého pacienta plán ošetřovatelské péče, který se následně realizuje a pravidelně vyhodnocuje. Sestry se veřejně hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, platném od března 2003. Pozitivním výstupem řízení kvality je skutečnost, že léčebna umožňuje studentům odborné stáže.

Bohužel jsem při studiu dokumentace nezjistil ani jeden metodický pokyn upravující výchovu a vzdělávání dětí hospitalizovaných v léčebně, vždy se hovoří pouze o péči, legislativně není upravena ani oblast činnosti vychovatele. Vrchní sestra mě poučila, že jako zdravotnické zařízení vykonávající svoji činnost pod resortem Ministerstva zdravotnictví, nepotřebují žádnou metodiku k výchovně vzdělávací práci s dětmi ani k činnosti vychovatele. Není nutné tuto oblast nějak konkrétněji upravovat, tak jak je tomu např. v dětských domovech. Metodicky upravenou výchovu a vzdělávání má pouze základní a speciální škola při léčebně spadající resortně pod Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. Vychovatel na oddělení patří personálně mezi zaměstnance léčebny a jako takový absolvuje pouze školení pro nezdravotnické pracovníky, bohužel žádné zaměřené na výchovně vzdělávací činnost s dětmi. Jako podklad pro svou práci má pouze jednostránkový rozpis denní činnosti (viz. příloha č. 2), ve které není zahrnuta ani jediná položka týkající se výchovně-vzdělávací činnosti, pouze výpis úkolů zajišťujících denní péči. Legislativně není v léčebně upravena ani oblast prevence sociálně patologických jevů např. šikany. Bylo by vhodné alespoň rámcově upravit činnost vychovatelů. Jejich práce v současné době spočívá v zajištění péče a „hlídání dětí“, volnočasová činnost je pouze jejich vlastní iniciativou.

Řízený rozhovor s respondenty (dětmi) - výchova a vzdělávání Škola při léčbě

Při řízeném rozhovoru bylo v tomto bloku otázek dotazováno 9 dětí, které navštěvují školu při léčbě. První stupeň ZŠ navštěvovaly: **Miša (9)**, **Verča (11)** a **Katka (13)** - která však na své kmenové škole byla již na II. stupni ZŠ. Druhý stupeň školy při léčbě navštěvovali: **Ríša (12)**, **Jirka (14)**, **Michaela (15)**, **Radka (16)** - která měla svoji kmenovou školu speciální ZŠ, druhý stupeň speciální školy při HL navštěvovaly: **Nikča (12)** a **Vendula (25)**. Jsou uváděny vybrané odpovědi dětí, ostatní odpovědi jsou shrnuté pod „dětí“.

(1) Chodíš rád/a do školy v léčbě? Jsi tam spokojený/á?

Nikča (12): „Do školy chodím ráda, líbí se mi tam, řešíme zajímavé úkoly.“

Ríša (12): „Škola mě baví a chodím tam rád, lépe to uteče, učitelka je hodná.“

Vendula (25): „Jsem po úrazu mozku a byla jsem zařazena do speciální školy, abych si procvičovala poškozený mozek. Chodila jsem již na vysokou školu a nelíbí se mi, že musím chodit na speciální, protože jsem to již všechno uměla, teď mi to nejde.“

Děti z druhého stupně ZŠ a SZŠ uváděly, že do školy chodí rády a jsou v ní spokojené. Děti navštěvující první stupeň uvedly, že do školy chodí rády, ale spokojené jsou tak napůl.

(2) Liší se způsob výuky ve škole v léčbě od tvé (kmenové) školy?

Katka (13): „Liší se hodně, doma normálně chodím na druhý stupeň a tady, nevím proč, chodím s dětmi z prvního stupně, učení mám podstatně méně.“

Jirka (14): „Učitelka nám tady víc vysvětluje a je to jiný styl práce.“

Michaela (15): „Je to tu volnější, takové bez stresu.“

Děti odpovídaly, že se způsob výuky hodně liší, tady se jim i dalším dětem učitelka věnuje individuálně. Z kmenové školy tento přístup neznají. Na rozdíl od jejich vlastní školy tady pracují s různými pomůckami, počítačem, vypracovávají individuální úkoly, které jim učitelka zadá. Pokud něco nevědí, učitelka jim zadání vysvětlí a pomůže jim. Atmosféru vyučování hodnotí jako volnější, bez stresu. Způsob výuky jim většinou vyhovuje a v některých případech se jim zdá i zajímavější než v kmenové škole.

(3) Naučíš se toho ve škole v léčebně stejně jako v tvé vlastní (kmenové) škole?

Miša (9): „Naučím se tady tak polovinu toho, co doma.“

Katka (13): „Máme tady míň hodin a tak i míň času na učení, naučíme se toho méně.“

Jirka (14): „Naučím se tady o hodně míň, normálně chodím do výběrové školy. Budu muset stejně ročník opakovat, nestíhám s nimi držet krok. Po úrazu jsem neměl školu vůbec. Tady v léčebně chodím opět do školy poprvé od úrazu, takže teď se vlastně učím víc než doma.“

Radka (16): „Tady se toho naučím určitě víc.“

U této otázky většina **děti** odpověděla, že se ve škole v léčebně naučí méně, než ve vlastní škole. Nikča (12) navštěvující SZŠ a Verča (11) – I. st. ZŠ – uvedly, že se toho naučí stejně jako doma. Radka (16) tvrdí, že se toho naučí víc, což může být ovlivněno tím, že jako kmenovou školu má ZŠ speciální a v léčebně byla zařazena do ZŠ.

(4) Věnuješ přípravě na výuku a učení v léčebně stejný čas jako doma?

Verča (11): „Tady dostáváme málo úkolů, tak se i míň věnuju učení.“

Riša (12): „Skoro se tu nepřipravuju, i když úkoly musím mít hotové, ale to mám za chvíli a pak už se neučím.“

Nikča (12): „Docela se učím. Tady mě to baví, dostávám docela zajímavé úkoly.“

Jirka (14): „Neučím se vůbec, stejně budu opakovat. Když jsem byl zdravý, měl jsem daleko víc času na učení.“

Radka (16): „Určitě se hodně připravuju na hodinu. Je toho dost, ale baví mě to.“

U této otázky **děti** odpovídaly, že se učí jen podle svého vlastního zájmu, vychovatelé nejsou striktní v dohledu nad plněním školních úkolů a do učení je mimo školu nikdo nenutí. Sedm z devíti dětí uvedlo, že přípravě na školu a učení věnují méně času než v kmenových školách. Radka (16) zařazená do ZŠ místo své SZŠ se na výuku připravuje víc, ale nevadí ji to, učení ji baví. Nikča (12) se učí, protože ji to baví.

(5) Co se ti ve škole v léčebně líbí a co tě baví?

Radka (16): „Líbí se mi, jak je tady ve škole individuální přístup, učitelka si se mnou sedne a všechno mi vysvětlí.“

Vendula (25): „Jsem ráda, že mohu být ve škole a že se mi učitelka věnuje a snaží se, abych vše pochopila.“

Ostatní **děti** baví a líbí se jim např. čeština a matematika, vzdělávání, o přestávce hra na počítači, přírodověda, dějepis, volnější tempo výuky, srozumitelnější výklad, práce bez stresu, individuální přístup učitelky, méně zkoušení a písemek, přestávky na hraní.

(6) Jsou na tebe učitelé, učitelky ve škole v léčebně hodní a pomáhají ti?

Verča (11): „Učitelka je moc hodná, vysvětlí mi, co potřebuji.“

Nikča (12): „Učitelka je hodná, neokřikuje mě, pomáhá mi.“

Michaela (15): „Učitelka je moc příjemná, hodně se mi individuálně věnuje.“

Všechny **děti** uvedly, že učitelky jsou na ně hodné a že jim pomáhají. Žádné z dětí si nestěžovalo ani nepoukazovalo na nějaké problémy s učitelkou.

(7) Chybí ti něco ve škole v léčebně? Co bys chtěl/a případně ve škole změnit?

Míša (9): „Chtěla bych přidat hudebku, vůbec nikde se tady nezpívá a mě to hodně chybí.“

Verča (11): „Bylo by fajn, kdyby tu byly delší přestávky. Dostáváme tady hodně informací a občas jsem z toho unavená. Chybí mi tu hudebka.“

Ríša (12): „Zábavnější forma školy by se mi líbila, ale takhle, jak to je, tak je to také občas fajn. Změnit by určitě něco šlo.“

Katka (13): „Chtěla bych chodit na druhý stupeň, tady nemám žádnou kamarádku.“

Vendula (25): „Výuka je taková nedůsledná, děti si chvílemi dělají, co chtějí, učitelka by měla být přísnější, ve škole jsem na něco takového nebyla zvyklá“

Děti ve většině případů odpověděly, že jim ve škole nic nechybí. Uvítaly by zábavnější formu vyučování, delší přestávky, výuku chybějících předmětů – hudební a výtvarné výchovy. Některé by vyřadily předměty, které je nebaví – matematiku, češtinu.

Shrnutí a dílčí závěry

- **Je více dětí, které jsou ve škole v léčebně spokojené než těch, které zde spokojené nejsou.**
- **Mezi vstřícným přístupem učitelky a spokojeností dětí je pozitivní vztah.**
- **Dětem více vyhovuje individuální způsob výuky ve škole v léčebně než klasická výuka v kmenových školách.**
- **Dětí, které vyžadují od učitelky větší přísnost je méně než těch, kterým vyhovuje menší přísnost učitelky.**

- **Více dětem vyhovuje volnější styl práce ve škole v léčebně než klasický styl práce v kmenové škole.**
- **Je více dětí, které se méně učí ve škole v léčebně a méně se připravují na výuku než těch, které se učí a připravují víc.**

Vyhodnocením odpovědí získaných při řízeném rozhovoru od 9 respondentů z bloku otázek týkajících se výchovy a vzdělávání ve škole při léčebně bylo zjištěno, že děti chodí do školy rády a cítí se v ní spokojeně. Způsob výuky ve škole při léčebně se liší zejména individuálním způsobem provádění výuky, který děti ze svých kmenových škol neznají. Děti pozitivně hodnotí volnější styl vyučování „bez stresu“, individuální přístup učitelek a jejich ochotu jim látku vysvětlit. Při výuce mohou více využívat různé interaktivní pomůcky a počítače, což se jim zdá zajímavější a přístupnější než v jejich kmenových školách. Bylo potvrzeno, že rozsah učiva ve škole při léčebně není tak velkým jako v kmenových školách, děti se „učí méně“. Nemusí se tolik připravovat na výuku ve svém volném čase, mají méně úkolů a do učení je nikdo nenutí. Učení ve volném čase se stává individuálním zájmem dětí, které „to baví“. Ve škole se dětem líbí individuálnost výuky, srozumitelnější výklad, práce „bez stresu“, méně zkoušení, ale i zábavné aktivity prováděné o přestávkách. Obecně děti neuvádějí žádné zásadní věci, které by jim ve škole chyběly, ani nepožadují žádné zásadní změny ve škole. Individuálně by děti uvítaly zábavnější formu výuky, zařazení předmětů jako výtvarná a hudební výchova a delší přestávky. Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že učitelky na prvním i druhém stupni ZŠ i učitelka na SZŠ, které vyučují dotazované respondenty, jsou na ně hodné a snaží se jim individuálně pomoci. Děti se mohou zeptat, když něčemu nerozumějí, učitelka jim vše ochotně vysvětlí.

Zajímavá byla i dvě zajištění: Katka (13) byla z nezjištěného důvodu zařazena na první stupeň školy, i když v kmenové navštěvovala již 7 třídu, což špatně nesla a „nikdo jí to nevysvětlil“. Na prvním stupni ji vzhledem k věku chybí kamarádka. Vhodné by bylo jí situaci vysvětlit. Naopak Radka (16) v kmenové škole zařazena do speciální ZŠ, v léčebně na II. st. základní školy, tuto změnu nesla velmi pozitivně, bylo to pro ni motivační, „učení ji baví“.

Při řízeném rozhovoru ani při jedné otázce si žádné s dotazovaných dětí nestěžovalo ani nepoukazovalo na špatný přístup, postup či chování učitelek (např. na rozdíl do zdravotních sester, v první části rozhovoru), nebylo ani zjištěno, že by učitelky měly rozdílné přístupy např. k dětem romským či dětem mentálně postiženým, což vypovídá o vysoké profesionalitě, kvalifikovanosti učitelského sboru školy při léčebně a pozitivním přístupu učitelek k dětem.

Řízený rozhovor s respondenty (dětmi) - volný čas v léčebně

(1) Jsi rád/a v léčebně? Jsi tu spokojený/á?

Petra (vychovatelka): „Myslím si, že děti jsou zde většinou spokojené, občas jim chybí rodiče, ale myslím, že ani nemají tolik času, aby na tyhle věci mohly často myslet.“

Míla (5) „Občas se mi stýská, ale nebrečím“

Vendula (25) „Je to těžké takhle říci, je tu mnoho faktorů, které na mě působí a s některými jsem spokojená, s jinými vůbec ne, v léčebně ráda nejsem.“

Děti do 15 let odpovídaly, že většinu času jsou spokojené, častěji uváděly, že se jim občas stýská po rodičích. Od 16 let projevovaly větší spokojenost s pobytem v léčebně. Jedinou výjimkou mezi staršími dětmi byla Vendula, která odpověděla, že v léčebně není ráda a je spokojená jen někdy.

(2) Nudíš se ve volném čase v léčebně?

Petra (vychovatelka): „Myslím si, že děti se zde většinou nenudí. Mají tu hodně aktivit a stejně jsou nejraději, když si můžou oddechnout.“

Míša (9): „Nudím se jen, když mají holky procedury, když jsme spolu, tak ne.“

Jirka (14): „Nenudím se. Jsem rád, že mám chvilku klidu a mohu odpočívat, je to tu náročné.“

Děti bez ohledu na věk a pohlaví uváděly, že se nudí jen někdy. Některá děvčata odpovídala, že se nudí pouze, když jsou kamarádky na terapii. Některé děti odpovídaly, že na nudu nemají moc času, jsou ve škole nebo na procedurách.

(3) Jak často si s tebou ve volném čase hrají sestry a vychovatelé?

Petra (vychovatelka): „Věnujeme se dětem neustále.“

Ríša (12): „Adam (vychovatel) je super, Stáňa (sestra) taky.“

Jirka (14): „Vychovatelé se mi věnují často, sestry vůbec.“

Vendula (25): „Sestry pozdraví, ale jinak ne, je tu hodně dětí.“

Děti uváděly, že si s nimi sestry nehrají skoro vůbec, nebo že některá sestra si s nimi hraje, ostatní ne. U vychovatelů nejmladší děti (do 6 let) odpovídaly, že si s nimi hrají občas, děti od 7 do 13 let odpovídaly, že častěji a starší děti odpovídaly, že výjimečně. Obecně bylo uváděno, že vychovatelé se věnují daleko častěji dětem než sestry, které občas nejsou vůbec ochotné a dokonce, na některé děti nejsou sestry hodné.

(4) Jaké aktivity děláte v léčebně ve volném čase a jak často?

(použita technika škálování: nikdy, zřídka, občas, často, pořád)

a) Malujeme, vybarvujeme

Petra (vychovatelka): často

Děti do šesti let uvádějí, že malují téměř pořád, ze starších dětí malovalo pouze několik dětí, které tato činnost baví a dělají ji z vlastního zájmu.

b) Něco vyrábíme (ruční práce)

Petra (vychovatelka): často

Děti uváděly, že téměř nic nevyrábí. Že něco „vyrábějí“, uvedly pouze ti nejmladší nebo ti, kteří mají problémy s jemnou motorikou a dělají to v rámci cvičení.

c) Hrajeme hry, soutěžíme

Petra (vychovatelka): pořád

Nejmladší **děti** (do šesti let) odpovídaly, že nehrají hry a nesoutěží vůbec, starší odpovídaly, že občas, záleží na tom, zda se chtějí účastnit.

d) Hrajeme sportovní hry (při kterých se hýbeme)

Petra (vychovatelka): pořád

Zde **děti** shodně odpovídaly, že hrají tyto hry občas.

e) Zpíváme a hrajeme na hudební nástroje

Petra (vychovatelka): občas

Zde **děti** shodně odpovídaly, že nezpívají a na nástroje nehrají nikdy, kromě jedné dívky **Radky (16)**, která si sama velmi často zpívá na pokoji. Dále uváděly, že by zpívání, tancování, hraní na nástroje uvítaly, líbilo by se jim, kdyby někdo hrál na kytaru a dělaly se diskotéky.

f) Hrajeme divadlo

Petra (vychovatelka): nikdy

Děti zde nehrají divadlo vůbec, pouze jedna dívka **Verča (11)** uvedla, že si občas sama hraje divadlo s „plyšáčky“.

g) Čteme si s vychovateli z knih a časopisů

Petra (vychovatelka): zřídka

Děti odpovídaly, že s vychovateli nikdy nečtou knížky ani časopisy, ty ani nejsou na oddělení k dispozici, pokud čtou, tak samy časopisy, co mají z domova.

h) Hrajeme stolní hry

Petra (vychovatelka): pořád, „v herně je velké množství her, některé ani nepoužíváme, protože mají složitý návod a nikdo se to nechce učit.“

Děti častěji odpovídaly, že stolní hry hrají poměrně často, ale odpovědi byly poměrně odlišné a individuální u každého dítěte, podle jeho oblíbenosti stolních her.

i) Hrajeme si s hračkami, stavebnicemi

Petra (vychovatelka): často

Pouze **děti** do 6 let si hrají s hračkami a stavebnicemi, starší děti jen výjimečně. Odpovědi opět rozdílné podle zájmu dětí.

j) Koukáme se na televizi (DVD)

Petra (vychovatelka): občas

Starší **děti** odpovídaly, že se na televizi nekoukají, nebo jen málo, protože v televizi běží pouze samé dětské programy, častěji se koukají na televizní pořady na internetu přes počítač a občas sledují filmy na DVD, hlavně o víkendech. Mladší děti odpovídaly, že sledují televizi často.

k) Hrajeme na počítači

Petra (vychovatelka): občas

Většina **dětí** odpovídala, že často nebo pořád (myšleno jak počítače v herně, tak vlastní tablety). Pouze děti, které měly těžký handicap, například DMO (**Kikina (22)**), počítač používat ani neuměly. Děti, které měly vlastní tablet, preferovaly práci na něm před počítači v herně a společenské místnosti.

l) Připravujeme se do školy na výuku

Petra (vychovatelka): často

Na výuku se připravovaly pouze **děti** školou povinné, většinou děti, které to bavilo, jinak uváděly, že úkolů dostávají méně a jsou lehčí, nemusí se tolik učit. Ostatní děti se nepřipravují, vychovatelé je k tomu nenutí.

m) Chodíme na procházky

Petra (vychovatelka): často

Zde odpovídaly **děti** téměř shodně, že často chodí na procházky, případně „musí chodit“ (občas je to nuda).

(5) Co nejraději děláš ve volném čase v léčebně (mimo procedury a školu)?

Petra (vychovatelka): „Děti si nejraději hrají společenské hry jako „Člověče, nezlob se“ nebo karetní hry. Když je venku hezky, děti si rády hrají nějaké sportovní hry. Samozřejmě všichni rádi nakupují sladkosti při vycházkách. V létě je napuštěný venkovní bazén na terase, pokud je hezky, tak si v něm a u něho hrají děti snad ze všeho nejraději.“

Nikča (12): „Já tady nejraději hraju poker, většinou s námi hrají vychovatelé, to mě baví nejvíce. Taký si ráda zahraju „člobrdo“, pexeso, nebo i jiné karty.“

Míla (5): „Nejraději si hraju na tabletu.“

Kikina (22): „Já hraji „Člověče, nezlob se“, to je moje nejoblíbenější hra.“

Děti: nejraději si ve volném čase jen tak hrají (5x), hrají poker (5x), povídají si (2x), hrají stolní hry (2x), hrají si na tabletu, počítači (3x), dále uváděly, že sledují filmy, chodí na návštěvy (do dalších pokojů), hrají „Člověče, nezlob se“, pin pong, karetní hry a chodí ven.

(6) Co bys nejraději dělal/a ve volném čase v léčebně?

Petra (vychovatelka): „Nejraději by všichni hráli jen na počítači. Myslím, že by taky rádi šli do MC Donaldu. No a starší kluci by rádi chodili do posilovny.“

Ríša (12): „Líbilo by se mi, kdybych měl samostatné vycházky, když chodíme všichni dohromady, chodí s námi ven i ti „pomalí“ a mě to pak nebaví.“

Verča (11): „Ráda bych chodila do bazénu i mimo terapii, při terapiích se nemůžeme pořádně vyblbnout.“

Děti: chtěly by samostatné vycházky (4x), venku si hrát hry s ostatními, chtěly by psát SMS a hodně volat, mít přístup do bazénu ve volném čase, hrát fotbal, kuželky, mít taneční kroužek, jezdit na koni, mít nějakou zábavu.

(7) Jaké volnočasové aktivity bys v léčebně uvítal/a?

Petra (vychovatelka): „Děti by rozhodně uvítaly, kdybychom chodily do tělocvičny, kterou bohužel nemáme a žádné takové zařízení ani v léčebně není. Taky by bylo hezké, kdybychom mohli chodit na inline brusle, které máme na oddělení k dispozici, bohužel je to zakázáno z léčebných a bezpečnostních důvodů.“

Katka (13): „Mně by se líbilo, kdybychom tady mohli mít nějaká zvířátka. Mám je ráda, hlavně psy a koně.“

Michaela (15): „Líbilo by se mi, kdyby tady byla občas diskotéka, ráda tancuju. Taky by se mi líbilo, kdybychom mohli chodit třeba do muzeí, zámků a hradů.“

Nikča (12): „Já bych tu chtěla diskotéku, taky by se mi líbilo, kdybychom tu měli někoho, kdo by nám zahrál na kytaru, nebo taky taneční soutěže by byly super.“

Děti: Ve volném čase v léčebně by děti rády uvítaly: diskotéku (5x), hru na kytaru (4x), venku grilování a opékání buřtů (3x), výlety, návštěvu divadla, koncertu, muzea, zámků, chození za psy a jinými zvířaty, tancování, stavebnice s „autama“, chtěly by více soutěžit, tancovat, zpívat, hrát fotbal, a více samostatnosti.

(8) Jaké hračky či vybavení ti v léčebně chybí?

Petra (vychovatelka): „Nejvíce by se nám zde hodila trampolína.“

Miša (9): „Mně by se tady líbila taneční podložka, dá se tancovat i ve dvou lidech a moc mě to baví.“

Radka (16): „Myslím, že tady nechybí nic.“

Děti: Chtěly by doplnit vybavení léčebny o lego, nějakou holčičí stavebnici, auto na dálkové ovládání, taneční podložku, nějaké zvíře (pes), notebooky a lepší Wifi na internet (aby fungoval na tabletu a v mobilu).

(9) Jsi spokojený/á s nabídkou aktivit ve volném čase v léčebně?

Petra (vychovatelka): „Děti jsou tu určitě spokojené s nabídkou aktivit.“

Nikča (12): „Moc se mi nelíbí, co děláme, nebo spíš neděláme, ráda bych tančila a zpívala, ale tady to nejde.“

Ríša (12): „Někdy se tady nudím, občas mě to fakt nebaví chodit ven a hrát si společně hry, teda kromě vybíjení, ta mě baví hodně.“

Radka (16): „Chybí mi tady zpívání nebo tancování.“

Děti: S nabídkou volnočasových aktivit jsou celkem spokojené, baví je, když něco dělají, nerady se nudí.

(10) Zdá se ti nabídka volnočasových aktivit v léčebně dostatečná?

Petra (vychovatelka): „Nabídka je určitě dostatečná.“

Vendula (25): „Vždy se dá nějak domluvit na tom, co budeme dělat.“

Děti: Odpovídaly velmi různě, nezávisle na pohlaví či věku, některé, že ano, některé, že ne, některé, že tak napůl, všechny tři odpovědi ve stejném poměru.

(11) Co ti v léčbě nejvíce vadí, co bys chtěl/a změnit?

Petra (vychovatelka): „Dětem vadí absence rodičů zejména u prvopobytů, chtělo by to postavit pro děti tělocvičnu.“

Míla (5): „Někdy jsou na mě sestry zlé, byl bych rád, kdyby na mě byly hodné.“

Ríša (12): „Vadí mi, že nemůžu ke všem na pokoj, je to zakázané.“

Nikča (12): „Nelíbí se mi, že mi ostatní (děti, sestry) pořád nadávají.“

Katka (13): „Chtěla bych změnit stravování. Čaje jsou buď hořké, nebo hodně sladké a pořád dokola máme jen chleba.“

Michaela (15): „Vadí mi brzká večerka a brzké ranní vstávání. Nejsem vůbec zvyklá takhle chodit spát a vstávat. Myslím, že by bylo fajn, kdyby alespoň o víkendu se to změnilo.“

Děti: Dětem v léčbě nejvíce vadilo a chtěly by změnit: stravování (4x), brzké vstávání (3x), brzká večerka (3x), to, že nemůžou za jinými dětmi na pokoje, dále uváděly, že by to chtělo hry i pro holky a starší děti, jedno oddělení pro holky a jedno pro kluky (kluci zlobí), aby se o ně sestry více staraly, více komunikovaly, byly vstřícnější a nebyly na ně zlé. Mezi odpověďmi bylo i to, že je toho moc, co by se mělo změnit, případně, že by to chtělo více těstovin.

(12) Myslíš, že aktivnější způsob trávení volného času by přispěl k lepšímu prožití tvé hospitalizace v léčbě?

Petra (vychovatelka): „S tím určitě souhlasím, nebude to platit u dětí, pro které jsou terapie velkou fyzickou zátěží a po procedurách vyžadují hlavně odpočinek a klid.“

Jirka (14): „Občas bývám po terapiích hodně unavený, jsem rád, že si mohu odpočinout, aktivitu příliš nevyhledávám.“

Děti: Téměř všechny děti odpověděly, že určitě ano. Dvě děti uvedly, že tak napůl, rády si i odpočinou.

Shrnutí a dílčí závěry

- Nejčastějším důvodem nespokojenosti mladších dětí v léčebně je stesk po rodičích a domově.
- Dětem, které jsou v léčebně poprvé, se více stýská než dětem, které jsou na opakovaném pobytu.
- Děti, které prodělávají v léčebně náročnější terapie a procedury, preferují pasivní odpočinek před aktivním trávením volného času.
- Starší děti upřednostňují v léčebně více práci na počítači a sledování DVD než děti mladší.
- Děti s tělesným postižením ve volném čase v léčebně upřednostňují ruční a stolní hry, na rozdíl od dětí intaktních, které upřednostňují aktivní trávení volného času.
- Starším dětem, ve srovnání s mladšími dětmi, v léčebně více vyhovují samostatné vycházky a větší samostatnost.
- Čím bude přístup sester k hospitalizovaným dětem vstřícnější, tím budou děti spokojenější.
- Je více dětí, které si myslí, že by aktivnější způsob trávení volného času přispěl k lepšímu prožívání jejich hospitalizace než těch, které si to nemyslí.

Z výsledků šetření vyplynulo, že děti jsou v léčebně rády a jsou tu až na výjimky spokojené, občas se jim stýská po rodičích. Nudí se jen občas, mají školu a chodí na procedury, rády odpočívají po terapiích. Sestry si s nimi moc nehrají, některé děti uváděly, že jsou na ně sestry dokonce zlé, vychovatelé si s nimi hrají. U aktivit, které děti v léčebně provádějí, bylo zjištěno, že si občas malují – hlavně menší děti, téměř nic nevyrábí, pokud to není součástí rehabilitačního cvičení, nehrají hry, nesoutěží (starší jen občas) ani nehrají sportovní hry (nebo jen občas, záleží na nich, zda se chtějí účastnit). Děti nezpívají a nehrají na hudební nástroje, ale tuto možnost by uvítaly, rády by také tancovaly, přivítaly by, kdyby jim někdo hrál na kytaru a pořádal diskotéky. Děti dále vůbec nehrají divadlo, knížky ani časopisy si s nimi vychovatel nečte, nejsou na oddělení ani k dispozici, čtou si individuálně časopisy, které mají z domova. Stolní hry si hrají poměrně často, podle vlastního zájmu, mají jich dost, dle vychovatelky ale u těch složitějších ani neznají návod. S hračkami a stavebnicemi si hrají mladší děti, starší jen výjimečně. Televizi často sledují mladší děti (pouštějí se samé dětské programy), starší si pouštějí televizní pořady přes internet na počítači, o víkendu filmy na DVD. Na výuku se ve volném čase připravují děti, které to baví, jinak přípravě do školy nemusí věnovat tolik času, učení i úkolů je méně, nikdo je do učení nenutí (odpovídalo 9 respondentů navštěvujících školu). Na vycházky děti chodí často, případně „musí chodit“ (některé

to nebaví). Ve volném čase děti, podle vychovatelky, nejraději v letních měsících využívají venkovní bazén, na vycházkách nakupují sladkosti, hrají si – nejvíce „Člověče, nezlob se“ a karetní hry. Dále děti uvádějí, že nejraději ve volném čase si jen tak hrají, nebo hrají poker, povídají si, hrají stolní hry, hrají si na tabletu, počítači, dále uváděly, že sledují filmy, chodí na návštěvy, hrají pin pong, karetní hry a chodí ven.

Dle vychovatelky by všichni nejraději hráli jen na počítači, starší kluci by určitě ocenili posilovnu. Děti by chtěly samostatné vycházky, venku si hrát hry s ostatními, chtěly by psát SMS a hodně telefonovat, mít přístup do bazénu ve volném čase, hrát fotbal, kuželky, mít taneční kroužek, jezdit na koni, mít „nějakou zábavu“. Podle vychovatelky by děti rozhodně v léčebně uvítaly tělocvičnu, děti pořádání diskoték, hru na kytaru, venkovní grilování a opékání buřtů, výlety, návštěvu divadla, koncertů, muzea, zámků, chození za psy a jinými zvířaty, chtěly by více soutěžit, tancovat, zpívat a hrát fotbal, také by chtěly více samostatnosti. Děti dále touží po doplnění vybavení léčebny o Lego, dívčí stavebnici, auto na dálkové ovládání, taneční podložku, nějaké zvíře (pes), notebooky a lepší Wifi pro internet v tabletu a mobilním telefonu. Vychovatelka by preferovala zakoupení trampolíny. Děti uvedly, že jsou s nabídkou volnočasových aktivit celkem spokojené, ale v podstatě jen „konzumují“ aktivity v takovém rozsahu, v jakém jim jsou nabízeny. Děti poskytly spoustu námětů k rozšíření možností trávení volného času v léčebně.

Na otázku „co dětem nejvíce vadí a co by chtěly změnit“ vychovatelka uvedla, že dětem hodně vadí absence rodičů zejména u prvopobytů a chybí jim tělocvična. Dětem nejvíce vadilo a chtěly by změnit: stravování, brzké vstávání, brzkou večeři, to, že nemůžou za jinými dětmi na pokoje, nadávání od ostatních, dále uváděly, že by to chtělo hry i pro dívky a starší děti, jedno oddělení pro dívky a jedno pro chlapce („kluci zlobí“), aby se o ně sestry více staraly, více komunikovaly, byly vstřícnější a nebyly na ně zlé. K otázce, zda se respondenti domnívají, že „aktivnější způsob trávení volného času by přispěl k lepšímu prožívání hospitalizace“ vychovatelka uvedla, že rozhodně ano, ostatní děti s výrokem souhlasily. Vychovatelka dále uvedla, že některé děti po terapiích vyžadují hlavně odpočinek a klid, což potvrdily i dvě z dotazovaných dětí. Z provedeného šetření je zřejmé, že se dětem v léčebně stýská hlavně po rodičích, toto jim kompenzují především vychovatelé, sestry většinou ne – zaleží to na jejich osobním přístupu, častěji se objevilo i to, že jsou sestry zlé.

Řízený rozhovor s otcem a dítětem na společné hospitalizaci

Rozhovor jsem provedl s otcem Miroslavem, který je v léčebně na společné hospitalizaci se svým čtyřletým synem Markem. Marek se zde léčí s lehkou formou DMO. Otec Miroslav uvedl, že se rozhodli pro tuto variantu hospitalizace, protože Marek je ještě malý na šestitýdenní odloučení od rodičů. Bydlí 150 km od léčebny, což by jim neumožňovalo syna pravidelně navštěvovat. Otec odpovídal na sadu otázek jak za sebe, tak za svého syna. Byl použit záznamový arch s otázkami, které byly mírně upraveny. Rozhovor proběhl neplánovaně, nepředpokládal jsem, že léčebna umožňuje společnou hospitalizaci. Léčebna má pro tuto variantu vyhrazeny některé pokoje v samostatném křídle oddělení. V době mého působení zde bylo celkem 7 dětí společně se svým rodičem.

(1) Jak jste v léčebně spokojení?

Marek: „Je zde poměrně spokojený. Líbí se mu, že je zde hodně dětí a procedury, které prodělává, jsou zábavné a těší se na ně.“

Miroslav (otec): „Spokojený v léčebně nejsem. Jsem workoholik a nemám zde co dělat. Jsem ale rád, že je společná hospitalizace možná a syn tu nemusí být sám.“

(2) Nudíte se ve volném čase v léčebně?

Marek: „Ne, ten se tady jen tak nenudí.“

Miroslav (otec): „Jen ve chvílích, kdy je Marek na procedurách. Nemám přístup téměř k ničemu tady v areálu a ve městě toho moc není.“

(3) Jak často se vám věnují sestry a vychovatelé ve volném čase?

Miroslav (otec): „Jen velmi zřídka, rodiče jsou separovaní od ostatních hospitalizovaných dětí, vychovatelů i sester. Tím, že jsou děti ubytované s rodiči, má personál pocit, že se o ně nemusí starat vůbec. Ovšem je to individuální přístup sester, některé jsou k nám vstřícné, škoda, že se to nedá říci o všech.“

(4) Jaké aktivity děláte ve volném čase?

Miroslav (otec): „Většinou chodíme ven na prolézačky a na procházky po okolí, nebo trávíme čas s dalšími rodiči a jejich dětmi. Víc možností tady nemáme.“

(5) Co nejraději děláte ve volném čase v léčebně?

Marek: „Nejraději je venku na prolejšačkách.“

Miroslav (otec): „Nic, asi odpočívám.“

(6) Co byste nejraději dělali ve volném čase v léčebně?

Marek: „Marek je myslím spokojený.“

Miroslav (otec): „Já bych nejraději, kdybych měl možnost jít do fitka nebo bazénu. Bazén i fitko jsou zde téměř v každé budově, někdy je vidět i dovnitř a často bývají zcela nevyužité, ovšem sám nemohu chodit dovnitř, jelikož nejsem pacient a tak se v čase, kdy je Marek na procedurách, nudím.“

(7) Jaké volnočasové aktivity byste zde uvítali?

Marek: „Určitě by uvítal, kdyby tu byla klubovna pro rodiče s dětmi, takto můžeme být jen sami na pokoji. Do klubovny, která je pro děti na oddělení, chodit nemůžeme. Když je hezky, můžeme ven, ale když je špatné počasí, nemůžeme nikam jinam, než být zavření mezi těmito čtyřmi stěnami. Bylo by také dobré, kdybychom mohli alespoň o víkendu, kdy je tu větší nuda, spolu na chvíli do bazénu, přes víkend se bazény vůbec nevyužívají, ale stejně by to asi z nějakých hygienických důvodů nedovolili.“

Miroslav (otec): „Jak už jsem říkal, pro mě by bylo výborné fitko, klidně jen půl hodiny, trochu se rozhýbat.“

(8) Jaké hračky či vybavení vám v léčebně chybí?

Miroslav (otec): „Chybí nám hodně hraček. Máme nějaké vlastní, ale přesto by bylo dobré, kdybychom měli přístup k nějakým dalším hračkám. Občas se dá domluvit na nějakém vypůjčení, ale není to jednoduché. Společná klubovna, vybavená hračkami a stavebnicemi, by tu byla opravdu prima, klubovnu na oddělení, která je pro hospitalizované děti, nemůžeme využívat.“

(9) Jste spokojení s nabídkou aktivit ve volném čase v léčebně?

Miroslav (otec): „Vůbec nejsme spokojeni, jelikož v podstatě není žádná. Děti zde mají hernu, ovšem rodiče hospitalizovaní s dětmi nemají žádnou možnost si cokoli vypůjčit, nebo tam jen chvíli nechat malého pohrát. Děti jsou zde s námi, a proto není pravděpodobně potřeba se dále o ně starat.“

(10) Zdá se vám nabídka volnočasových aktivit v léčebně dostatečná?

Miroslav (otec): „Ne.“

(11) Myslíte si, že aktivnější způsob trávení volného času by přispěl k lepšímu prožití vaší společné hospitalizace v léčebně?

Miroslav (otec): „Určitě ano, nejenom z pohledu dětí, ale i rodičů. Děti poznají, když je jejich rodič spokojený, proto si myslím, že by se mělo dbát i o spokojenost rodičů.“

(12) Co vám v léčebně nejvíce vadí, co byste chtěli změnit?

Miroslav (otec): „Vadí mi nejvíc nuda. Stravování bych změnil určitě. Já se mohu jít alespoň najíst do kantýny v areálu, ale to děti nemohou. Stravování není dostatečně pestré a chutné. Porce jsou asi podle směrnic a to je pro mě málo. Rozhodně bych chtěl změnit přístup personálu k hospitalizovaným rodičům s dětmi. Personál s námi jedná, jako bychom zde byli na obtíž. Bylo by hezké, kdybychom měli více možností, prostoru a ocenil bych vstřícnější jednání personálu. To není ovšem jen můj názor, rodiče, co jsou zde ubytovaní s dětmi, mají podobné námitky jako já.“

Shrnutí a dílčí závěry

- Nejčastějším důvodem nespokojenosti rodičů na společné hospitalizaci v léčebně je nevstřícný přístup personálu.
- Čím spokojenější je rodič na společné hospitalizaci v léčebně, tím spokojenější je společně hospitalizované dítě.

Rozhovor poukazuje na problémy, které mohou vzniknout při společné hospitalizaci. Otec Miroslav kladně hodnotí skutečnost, že může být společně hospitalizován se svým synem. Bydlí 150km daleko od léčebny, častější návštěvy by nebyly možné. Poukazuje na to, že personál léčebny, zejména sestry, se k rodičům nechová příliš vstřícně. Nevěnují jim žádnou pozornost, předpokládají, že si děti zabezpečí sami. Rodiče s dětmi si nemají možnost půjčit hračky, využívat klubovnu pro děti na oddělení, nemají žádnou společenskou místnost (případně vybavenou hračkami), kde by trávili čas, když je venku špatné počasí, jsou odkázáni být na pokoji. Léčebna nenabízí žádné možnosti realizace ve volném čase pro děti ani rodiče. Miroslav ve volném čase, když je syn na procedurách, nemůže jít do fitnesscentra, ani se synem o víkendu využívat bazén, ve volném čase se nudí. Pokud by měl možnost nějak aktivněji trávit volný čas v léčebně, byl by spokojenější a myslí si, že jeho spokojenost by pozitivně ovlivňovala i spokojenost syna. Rodičům by měla být umožněna větší realizace ve volném čase a měl by se změnit přístup personálu, uvádí, že jeho názory korespondují s názory dalších rodičů, kteří jsou tady hospitalizováni s dětmi.

Hospitace ve škole a volné rozhovory s učitelkami

Škola při léčebně má vlastní budovu s ředitelnou, kabinetem učitelů, odbornou třídu s výpočetní technikou a další dvě interaktivní třídy. Každá třída má k dispozici projektor i počítače pro všechny děti, aby mohly individuálně pracovat. V době mé praxe zde pracovalo 6 pedagogů včetně ředitelky školy a dvou pedagogických pracovníků v mateřské škole. Žáci základní školy docházeli na vyučování do hlavní budovy školy. Žáci speciální školy měli vyhrazenou místnost pro vyučování přímo na dětském oddělení z důvodu snazšího transportu hlavně těžce mentálně a fyzicky postižených žáků. Pedagog na výuku docházel. Jako poslední varianta výchovně vzdělávací činnosti ve škole je výuka individuální, a to buď na pokojích nebo ve třídě. V době mé praxe se individuální výuka týkala pouze středoškoláků, na individuální konzultace za nimi docházela ředitelka školy. Škola rozlišovala výuku pouze na první a druhý stupeň a speciální školu, nerozlišovalo se žádné další dělení na třídy. Učitelka ZŠ musela obsáhnout na prvním stupni učivo 1. - 5. ročníku a ve druhém stupni učivo 6. - 9. ročníku a učitelka speciální školy veškerý obsah učiva této školy. Rozsah vyučování byl 2 nebo 4 hodiny denně podle rozvrhu.

Ředitelka školy mi poskytla pouze základní informace o škole, žádost o hospitaci negovala s postojem „že vše dělají dobře, tak není důvod cokoli vyzjišťovat“. Vystupovala neochotně a nervózně. Dostal jsem i zákaz rozhovoru s učiteli z důvodu jejich velké vytíženosti a hospitace mi byla nakonec povolena pouze na druhém stupni ZŠ a ve speciální škole pouze na jednu hodinu.

Při mé hospitaci na 2. stupni ZŠ při vyučovací hodině panovala ve třídě až překvapivě příjemná atmosféra, ve výuce bylo 7 dětí. Učitelka zadala dětem každému individuálně úkoly na hodinu. Překvapilo mě, jak pečlivě a přehledně mají v léčebně vypracované elektronické prezentace na každou vyučovací hodinu. Díky těmto prezentacím si každé dítě může individuálně procházet učivo, které zrovna probírají. Učitelka byla aktivní a mezi jednotlivými žáky chodila a vysvětlovala jim nejasnosti a problematiku, která nebyla pro žáky srozumitelná z elektronické podoby. Po ukončení výuky za pomoci prezentace dostal každý žák list papíru, kde bylo zábavnou formou v podobě osmisměrek a jiných zajímavých kvízů zjišťováno, zda látku žák pochopil. Učitelka mi dobrovolně věnovala svoji přestávku, při níž mi ve volném rozhovoru ochotně a vstřícně sdělila, jak prakticky škola funguje a jaké jsou na ni při hodině kladeny nároky. Uvedla, že má vystudovanou vysokou školu pedagogickou obor speciální pedagogika. Nejnáročnější pro ni bylo obsáhnout veškeré učivo všech předmětů druhého stupně ZŠ. Dnes již nemá s výukou větší problémy, hodně jí pomáhá to, že mají třídy vybavené výpočetní technikou se speciálními programy, které jí práci hodně ulehčují. Děti z hodiny odcházely v dobré psychické pohodě.

Na hospitaci ve speciální škole jsem mohl pozorovat systematickou práci s více či méně psychicky i fyzicky nemocnými dětmi, kterých zde bylo celkem 5. Učitelka všechny děti dobře znala a pracovala s nimi tak, jako by je vyučovala dlouhodobě a ne jen po dobu pobytu, což přispívalo k dobré atmosféře ve třídě. Způsob její výuky se mi zdál více rozmanitý než u učitelky na II. stupni, hodně používala různé pomůcky. Přispívá k tomu i skutečnost, že ve speciální škole není až tak nutné držet se stanovených osnov, neboť většina dětí tu má vypracované individuální vzdělávací plány. Ve výuce byla přítomná i dvanáctiletá Nikča, Rómka, neklidné děvčátko s hlasitými projevy (ze skupiny mnou dotazovaných dětí), často na oddělení za své chování kárána, i ve škole byla hodně neposedná a roztěkaná, ale snažila se spolupracovat. Více práce měla učitelka s těžce mentálně postiženým Petrem, kterého učila poklepávat si dřívky do rytmu, přitom se věnovala i dalším dětem, Nikče např. vysvětlovala třídění živočišných druhů. Bylo vidět, že při výuce by učitelka rozhodně uvítala asistenta. Požádala mě o asistenci, při níž jsem aktivně pomáhal dětem s některými úkoly. Volný rozhovor nebyl realizován, učitelka odmítla s tím, že to má od ředitelky školy zakázané.

Shrnutí a dílčí závěry

Ve škole při léčebně svou činnost vykonávají celkem tři učitelky a ředitelka. Škola rozlišuje výuku pouze na první a druhý stupeň a speciální školu. Učitelka ZŠ musela obsáhnout v prvním stupni učivo 1. - 5. ročníku a ve druhém stupni učivo 6. - 9. ročníku a učitelka speciální školy veškerý obsah učiva této školy. Škola má odbornou třídu s výpočetní technikou a další dvě interaktivní třídy, každá má k dispozici projektor i počítače pro všechny děti, aby mohly individuálně pracovat. Žáci základní školy docházeli na vyučování do hlavní budovy školy. Žáci speciální školy měli vyhrazenou místnost pro vyučování přímo na oddělení. Při hospitaci v obou hodinách panovala ve třídě příjemná atmosféra, učitelky se snažily všem dětem věnovat individuální pozornost, byly příjemné, mezi dětmi nedělaly rozdíly, ochotně vysvětlovaly vše, co bylo potřeba, dobře děti motivovaly. Výuka je docela náročná, rozsah učiva obsáhlý, přesto učitelky zvládají svoji práci profesionálně. Děti odcházely ze školy pozitivně naladěny. Výuka ve škole mě přesvědčila, že snahou učitelek je děti skutečně něco naučit, aby nezameškaly výuku v kmenové škole, nešlo jen o snahu děti zabavit, ale o profesionálně vedený výchovně-vzdělávací proces, přizpůsobený skutečným potřebám dětí. Nerozuměl jsem příliš ofenzivnímu postoji ředitelky, žádná negativa mé pozorování nezjistilo. Problém mohl být ten, že ve skupině mnou dotazovaných dětí byly dvě dívky, které byly zařazeny ve škole do jiné třídy či školy, než v kmenových školách, protože bylo pravděpodobně potřeba děti rozdělit do tříd k jednotlivým učitelkám přiměřeně. To se mi ale vzhledem k postoji ředitelky nepodařilo zjistit. Výchova a vzdělávání v tomto zařízení naplňuje jak pedagogickou tak i psychoterapeutickou funkci, což ale nelze zcela zobecnit, vzhledem k omezenému rozsahu pozorování a možnostem získání informací.

Pozorování na oddělení a volné rozhovory s personálem

Odbornou stáž v pozici vychovatele a zároveň pozorování jsem prováděl ve všední den i o víkendech. Byl jsem o to požádán vrchní sestrou z důvodu menšího personálního zajištění v sobotu a v neděli, kdy děti mají více volného času, protože nechodí do školy a mateřské školky a neabsolvují ani procedury. Spolupráce s dětmi na oddělení byla velmi dobrá a děti byly velmi vstřícné a projevovaly radost, že mají v léčebně nový prvek na rozptýlení (nového vychovatele). Brzy jsem si je získal ke spolupráci.

V léčebně na každé směně pečovali o 25 hospitalizovaných dětí a dalších 7 dětí na společné hospitalizaci s rodičem, pouze 2-3 sestry a jeden vychovatel. Zajišťovali všechny úkoly spojené s pobytem dětí, dopravu na terapie a rehabilitace, stravování, u některých dětí i krmení, dodržování hygieny, denního řádu, ukládání ke spánku a další úkoly spojené s provozem zařízení a zajištěním léčebné a ošetrovatelské péče. Vychovatel zbytek času trávil s dětmi v herně, kde se snažil dětem věnovat, hrát si s nimi, v odpoledních hodinách je bral ven na procházku, kde si občas hráli míčové hry.

Každé dítě má odlišný denní režim, který závisí na pořadí procedur a řídí se jednotnou činností školy. Mezi procedurami, které zabíraly dětem přibližně 3-4 hod. denně (bylo hodně individuální), a školou, kde výuka probíhala podle rozvrhu 2-4 hod. denně, ovšem vznikaly poměrně velké časové úseky, které děti vyplňovaly odpočinkem nebo trávením času v herně. V herně musely být děti povinně v dopoledních hodinách, odpoledne mohly být i na svých pokojích. Mladší děti měly zakázané chodit ke starším na pokoje, jednalo se o preventivní opatření proti šikaně. V herně byl přítomen jeden vychovatel a občas toto místo navštěvovaly sestry, pomáhaly s dětmi i prováděly dozor, když vychovatel odvázel jednotlivé děti na terapie. Mladší děti nemohly chodit samotné a některé děti se nebyly schopné pohybovat bez pomoci asistenta. Herna byla dostatečně vybavena hračkami, nechyběly tu stolní hry, některé se ani pro neznalost návodu nevyužívaly (vychovatelé se nová pravidla neučili). V herně si děti většinou hrály různé deskové a karetní hry. Bylo tu přítomno najednou průměrně deset dětí, což vylučuje individuální přístup ke každému jednotlivému dítěti. V herně byla nepřetržitě zapnutá televize s dětským programem a v provozu dva počítače, které děti využívaly zejména ke hraní her a přístupu na internet, oba počítače byly nepřetržitě obsazené. Děti měly k dispozici i jídelnu, která zároveň sloužila jako společenská místnost, byly zde i další dva počítače a televize.

V odpoledních hodinách, kdy procedur bylo méně, chodila skupina mobilních dětí s vychovatelem ven na procházku. Venku se nejčastěji hrála vybíjená na improvizovaném plácku, který nebyl ani hřištěm. V areálu byly na jednom místě

zastaralé prolézačky. Žádné dětské hřiště s houpačkami či prolézačkami, které by mohly děti při pobytu venku využívat, není v celém areálu léčebny ani v její blízkosti. Během mého působení jsem postrádal nějakou kolektivní činnost či hru, kdo které by se mohla zapojit většina dětí. Vychovatelé využívali osvědčený, ale omezený fond společných her, a to jen při venkovních aktivitách.

Večer měly děti individuální program, byly v herně, nebo na pokojích, starší děti hrály často poker s vychovatelem, byla to tu aktuálně nejoblíbenější hra. Při večerních aktivitách opět chyběla pestrost a nápady, děti se individuálně zabavovaly, hrály si spolu, chyběly jakékoliv kolektivní hry na oddělení. Děti nevyjadřovaly nespokojenost s programem, spíš ho přijímaly tak, jak jim byl nabídnut. Všiml jsem si, že některé děti bývají smutné, bylo vidět, že je něco trápí, některé i občas brečely, přesto se jim nedostalo žádné větší pozornosti. Sestry je spíše okřikly, než by se je snažily nějak uklidnit. To zdůvodňovaly tím, že některé děti jsou plačtivější a není to nutné řešit. Zastávaly názor, že pokud dětem pozornost nevěnují, brzy brečet přestanou a příště již nebrečí, zvyknou si. Také jsem si všiml, že sestry dělaly rozdíly mezi dětmi. Dětem, které byly oblíbené, se dostávalo větší pozornosti než dětem „neoblíbeným“. U vychovatelů jsem zásadní rozdíly v přístupu k dětem nepozoroval.

O víkendech byl volnější režim, bylo méně dětí, některé odjížděly na propustky. Na oddělení bylo i méně personálu. Vždy je zde přítomna alespoň polovina dětí, někdy třeba skoro všechny, je to individuální. Nemusely se zajišťovat činnosti spojené s dopravou na procedury a do školy. Děti měly více volného času, vychovatelé měli větší možnosti, jak lépe a zajímavěji organizovat volný čas, což občas využívali.

Problémy jsem registroval v oblasti styku dětí s rodiči. Rodiče, kteří přijeli za dětmi v týdnu na návštěvu, nebyli na oddělení vůbec puštěni, museli na děti čekat venku a trávit s nimi čas mimo oddělení, což bylo zdůvodněno tím, aby to ostatním dětem nebylo líto. Ze stejného důvodu byli od dětí separováni i rodiče s dětmi na společné hospitalizaci, kteří byli umístěni v samostatném křídle dětského oddělení. Denní pobyt rodičů nebyl na oddělení povolen, vycházky byly přes víkend celodenní (od snídaně do večere). Propustka (opuštění oddělení na dobu delší než 12 hodin s nepřítomností přes noc) je poskytována maximálně 1x za 6 týdnů, jen mimořádně, z odůvodněných závažných zdravotních nebo rodinných důvodů. O propustce rozhoduje primář oddělení. Hlavní problém je v tom, že zdravotní pojišťovny v této době pobyt dítěte nehradí a léčebny je proto neumožňují, aby nepřicházely o finanční prostředky na zabezpečení své činnosti. Tady finanční zájmy dominují nad zájmy dítěte. Přitom o víkendech není účast dítěte v léčebně nutná (propustky by v podstatě mohly být od pátku večera do pondělí), což by psychickému stavu dítěte rozhodně přispělo. Pokud rodiče bydlí daleko od léčebny a chtějí být s dětmi přes celý víkend, musí se v okolí léčebny ubytovat.

Při volných rozhovorech zdravotní sestry uváděly, že mají malou personální kapacitu na zajištění individuálního přístupu k dětem např. velkým problémem je v současné době hospitalizace dvou autistických dětí **Toníka (3)** a **Tomáše (4)** z dětského domova, které jsou malé a stále v pohybu a z důvodu zajištění jejich bezpečnosti by se každému mohla individuálně věnovat jedna sestra, což není při celkovém počtu 25 dětí možné. Chlapci musí být občas připásáni v kočárku, aby se někde nezranili (což je částečně pochopitelné, ale zcela neetické). Jako další problém např. sestry uváděly, že na oddělení nemohou rozhodovat o nakládání s finančními prostředky určenými na provoz oddělení, o nich rozhoduje vedení léčebny na základě jejich požadavků. Vyhověno je jen v případě „když na to jsou peníze“. Chtěly třeba koupit neprůhledné fólie na prosklené výplně dveří, aby dětem zabezpečily větší soukromí, ale finance na ně zatím nedostaly.

Na oddělení se střídali ve dvou směnách dva vychovatelé. **Petra (40)** pracující zde 19 let a **Adam (31)** pracující zde 5 let. Oba měli středoškolské vzdělání pedagogického zaměření. Při volných rozhovorech uváděli, že se dětem snaží udělat volný čas zajímavý. Adam uváděl, že se snaží, aby děti měly dostatek fyzického pohybu, venku se snaží zařazovat různé pohybové hry. Samotného ho nebaví být s dětmi jen na oddělení a sledovat televizi. Problémem je, že na oddělení není prostor pro pohybové hry. V léčebně není žádná tělocvična, kam by si mohli jít s dětmi zacvičit, když je např. špatné počasí. To se snaží již i nějakou dobu prosadit, ale tělocvičnu by prakticky využívaly pouze děti z oddělení, jinak by využití neměla, proto jsou jejich snahy zatím marné. Občas využívají městskou halu, kterou si pronajímají a chodí tam hrát florbal. To potvrdila i Petra, která dále dodává, že problém je i to, že léčebna je hlavně zaměřena na dospělé pacienty, dětské oddělení je zde jen jedno. Tomu odpovídá i okolí léčebny. Je to park, chybí tu nějaká hřiště na sport nebo dětské interaktivní hřiště, kde by se mohly děti vyřádit. Do města je to poměrně daleko, pro děti tam žádné vyžití není a děti se musí více hlídat. Bylo by fajn, kdyby s dětmi mohli třeba přes zimu do bazénu, ale v léčebně jsou jen bazény pro terapeutické účely, ty jim není dovoleno využívat. Hipoterapii mohou děti využívat pouze při předepsané terapii. Ke koním není jinak přístup. Canisterapie se moc nevyužívá, v léčebně není, musí se domluvit externista. V létě napouštějí dětem nafukovací bazén, ten dávají přímo na terasu, děti k němu mají přístup přímo z oddělení, to mají děti rády. Na oddělení jsou k dispozici cyklistická kola, občas v létě realizují výlet pro menší skupinu dětí, ale to jde většinou jen o víkendy, když je méně dětí. K dispozici jsou na oddělení i kolečkové brusle, ale dostali zákaz tyto z bezpečnostních důvodů využívat. Prioritní pro vychovatele je zabezpečit a dohlédnout na děti v jejich volném čase, nejedná se o dětský tábor, ale léčebný pobyt, nejdůležitější jsou procedury. Oba vychovatelé uvádějí, že ve všední den dopoledne fungují spíše jako čekárna. „trávíme čas na herně, děti se tu střídají, chodí do školy a školky, mezi tím na terapie a zase se vrací do herny, není tady ani prostor vytvořit pro děti nějaký komplexní zajímavý program“.

Shrnutí a dílčí závěry

Největším problémem je personální zabezpečení chodu oddělení, který neumožňuje individuální přístup k dětem. Mezi dětmi jsou i zcela nepohyblivé děti s těžkou mentální retardací. Z rozhovorů se sestrami a vychovateli se tyto skutečnosti potvrdily. Větší personální zajištění by bylo velkým přínosem jak pro zaměstnance, kteří jsou až příliš pracovně vytížení, tak i pro děti, aby jim mohla být poskytnuta větší individuální péče a umožňovalo by i další výchovu a vzdělávání. Práce s dětmi se zaměřuje především na péči a „hlídání“. Program organizovaný ve volném čase by mohl být daleko propracovanější a pestřejší. Vychovatelům na oddělení stačí k vykonávání jejich činnosti střední škola pedagogického zaměření. Na místě by jistě byl požadavek na větší odbornost a kvalifikaci vychovatelů, neboť k výkonu práce potřebuje vychovatel nejen vztah k dětem, ale i kvalitní pedagogické a často i psychologické znalosti, které by mu umožnily komplexnější pohled na dětského pacienta i na možnosti a metody volnočasové práce s nimi a jejich aktivní využívání.

Široká nabídka volnočasových aktivit, její využívání a zapojení dětí by rozhodně přispěla k příjemnějšímu prožívání pobytu v léčebném zařízení, tak jak to bylo analyzováno v teoretické části práce a potvrzeno výzkumným šetřením. Na místě by bylo vhodné i lepší materiální zázemí (sportovní a interaktivní hřiště, tělocvična, trampolína, přístup do bazénu), ale i rozšíření možností trávení volného času s ohledem na přání hospitalizovaných dětí. Přispěním by byla i možnost spolurozhodování o finančních prostředcích vynakládaných na provoz oddělení. Z provedeného šetření vyplynul i požadavek na humanizaci v oblasti styku dětí s rodiči a profesionálnější a citlivější přístup sester k dětem.

Celkové shrnutí výzkumného šetření a závěry

Léčebná a ošetrovatelská péče v léčebně je poskytována na velice vysoké kvalitní a odborné úrovni a je zajištěna řadou dokumentů. Personál léčebny postupuje při poskytování ošetrovatelské péče v souladu s ošetrovatelskými standardy. Poskytovaná péče je řádně zadokumentovaná v souladu s vyhláškou MZ č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Každý pacient má vypracovaný plán ošetrovatelské péče, který se pravidelně vyhodnocuje. V léčebně není legislativně ani metodicky upravena výchova a vzdělávání hospitalizovaných dětí, není upravena ani činnost vychovatele. To je dáno tím, že léčebna jako zdravotnické zařízení, vykonává svoji činnost pod resortem Ministerstva zdravotnictví. Metodicky upravenou výchovu a vzdělávání má pouze základní a speciální škola při léčebně spadající resortně pod Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. Metodicky není v léčebně upravena ani oblast prevence sociálně patologických jevů např. šikany. Činnost vychovatele zabezpečuje převážně péči o děti, volnočasový program vychází pouze z jeho vlastní iniciativy. Na místě by byl požadavek na úpravu legislativní a metodické oblasti výchovné práce s dítětem (metodika, ochrana před sociálně patologickými jevy atd.)

Škola při léčebně rozlišovala výuku pouze na první a druhý stupeň ZŠ a speciální školu. Učitelky byly hodné, snažily se všem dětem věnovat individuální pozornost, byly příjemné, mezi dětmi nedělaly rozdíly, ochotně vysvětlovaly a dobře motivovaly. Snahou učitelek bylo děti skutečně něco naučit, aby nezameškaly výuku v kmenové škole, nešlo jen o snahu děti zabavit, ale o profesionálně vedený výchovně-vzdělávací proces přizpůsobený skutečným potřebám dětí. Z výsledků šetření vyplynulo, že děti chodí do školy rády a cítí se v ní spokojené, pozitivně hodnotily volnější styl vyučování a individuální přístup učitelek. Rozsah učiva ve škole při léčebně není tak velký jako v kmenových školách, děti se nemusí tolik připravovat na výuku. Obecně děti neuváděly žádné zásadní věci, které by jim ve škole chyběly, ani nepožadovaly žádné zásadní změny. Vše vypovídá o vysoké profesionalitě, kvalifikovanosti učitelského sboru školy při léčebně a pozitivním přístupu učitelek k dětem. Výchova a vzdělávání v tomto zařízení naplňují pedagogickou i psychoterapeutickou funkci. Závěry však nelze zcela zobecnit vzhledem k omezení možností získání informací. Bylo by vhodné zvážit možnost využití asistenta při vyučování, z důvodu řádného zařazení dětí do výuky podle odpovídajícího stupně kmenové školy, nikoliv podle vytíženosti učitelek. Celkově, ve vztahu k výchově vzdělávací práci, by bylo vhodné lépe provázat vzdělávací a výchovný úsek (rozšíření možností spolupráce, společná koncepce, projekty, propojení interaktivních pomůcek, dohled nad vzděláváním ve volném čase).

Velkým problémem je personální zabezpečení chodu samotného oddělení, který neumožňuje individuální přístup k dětem. Větší personální zajištění by bylo velkým přínosem jak pro zaměstnance, kteří jsou až příliš pracovně vytížení, tak i pro děti, aby jim mohla být poskytnuta větší individuální péče a umožňovala by i další výchovu a vzdělávání. Přispěním by byla i možnost spolurozhodování o finančních prostředcích vynakládaných na provoz oddělení, což by umožňovalo řešení skutečných, aktuálních potřeb. Z šetření vyplynul požadavek na řešení nedostatečného personálního zabezpečení chodu oddělení (např. formou zvýšení počtu pracovníků, asistentů, dobrovolníků apod.).

Z výsledků šetření vyplynulo, že děti jsou v léčebně rády a jsou tu až na výjimky spokojené. Občas se jim stýská po rodičích, to jim kompenzují hlavně vychovatelé, sestry většinou ne – záleží to na jejich osobním přístupu, častěji se objevilo i to, že jsou sestry zlé. S nabídkou volnočasových aktivit jsou děti celkem spokojené, „konzumují“ je v takovém rozsahu, v jakém jim jsou nabízeny. Děti poskytly spoustu námětů k rozšíření možností trávení volného času v léčebně. Práce s dětmi se zaměřuje především na péči a „hlídání“. Program organizovaný ve volném čase by mohl být daleko propracovanější a pestřejší. Vychovatelům na oddělení stačí k vykonávání jejich činnosti střední škola pedagogického zaměření. Na místě by jistě byl požadavek na větší odbornost a kvalifikaci vychovatelů (studium, samostudium, školení, semináře, odborná literatura zaměřená na práci ve volném čase), která by jim umožnila komplexnější pohled na dětského pacienta i na možnosti a metody volnočasové práce s dětmi a jejich aktivní využívání. Široká nabídka volnočasových aktivit, jejich využívání a zapojení dětí by rozhodně přispěla k optimalizaci pobytu v léčebném zařízení.

Bylo by vhodné zajistit lepší materiální zázemí a vybavení léčebny pro dětské pacienty (sportovní, interaktivní hřiště, trampolína, tělocvična – případně jiný vhodný prostor, přístup do bazénu, Wifi, hry a hračky dle přání dětí). Situace by se dala řešit formou grantů, dotací, sponzorů, příspěvků apod. Dále je vhodné rozšiřovat nabídku volnočasových aktivit a aktivně využívat metody volnočasové práce s dětmi - propracování programu, pestrost, zařazení nových aktivit a her, výletů, kulturních a sportovních akcí, oživení vycházek, využívání nových metod – canisterapie, felinoterapie, hipoterapie v psychosociálním pojetí, a nových projektů např. „Nemocniční klaun“. Je třeba i prohloubit humanizaci v oblasti přístupu k dětským pacientům ve vztahu k jejich psychosociálním potřebám (profesionalita, odbornost, citlivý a pozitivní přístup, psychická podpora, vytváření pocitu psychického bezpečí, zajištění soukromí, přístup k dětem „bez rozdílů“).

Rozhovor s otcem hospitalizovaného dítěte poukázal na problémy, které mohou vznikat při společné hospitalizaci. Léčebna nenabízí žádné možnosti realizace ve volném čase pro děti s rodiči při společné hospitalizaci. Z provedeného šetření vyplynul i požadavek na profesionálnější a vstřícnější přístup sester. Bylo by třeba dále prohlubovat humanizaci v oblasti zajištění rodičů na léčebném procesu - návštěvy, denní pobyt, propustky, profesionálnější přístup personálu ke společné hospitalizaci a její zajištění po materiální stránce (klubovna, hračky) a možností realizace ve volném čase, pro děti i rodiče.

Stanovená hypotéza „**Realizovaný systém v léčebně se zaměřuje na péči a nápravu důsledků nemoci dětského pacienta, výchova a vzdělávání zůstává v pozadí a nejméně odborně je zajišťován volný čas hospitalizovaných dětí**“ byla potvrzena. Léčebna se skutečně zaměřuje převážně na péči a nápravu nemoci, jak potvrdila podrobně vypracovaná metodika ošetrovatelské péče a zcela scházející metodika výchovně-vzdělávací práce s dítětem. Škola při léčebně plní svoje funkce, v rozsahu a kvalitě, tak jak to vyplývá z teoretických východisek. Výuka není tak velká oproti kmenovým školám (je časově omezena a podléhá léčebnému režimu). Cílem vzdělávání je zabránění výraznějšímu zameškání učiva po dobu léčby. Nejméně odborně je zajišťována oblast volného času dětí v léčebně, ať již z pohledu personálního zajištění, odbornosti, metodiky a metod, tak i možností, rozsahu a nabídky volnočasových aktivit i jejich materiálního zabezpečení. Na základě současného poznání dané problematiky by tato oblast vyžadovala změny promítající se v navrhovaných doporučeních a směřující k optimalizaci výchovně-vzdělávací práce s dětmi.

Navrhovaná doporučení

- Rozšířit personální zajištění chodu oddělení, spolurozhodovat o finančním zabezpečení jejího chodu, legislativně a metodicky upravit oblast výchovně-vzdělávací práce s dětmi.
- Zvýšení odbornosti ve vztahu k výchovně-vzdělávací práci s dětmi a aktivní využití metod volnočasové práce.
- Zajištění většího materiálního zázemí a vybavení léčebny ve vztahu k dětským pacientům a rozšíření volnočasových aktivit.
- Zvážit možnost využití asistenta při vyučování ve škole při léčebně a lépe provázat vzdělávací a výchovný úsek.
- Prohlubovat humanizaci v oblasti přístupu k dětským pacientům ve vztahu k jejich psychosociálním potřebám a humanizaci v oblasti zajištění účasti rodičů na léčebném procesu.

Závěr

Bakalářská práce s oporou o analýzu odborné literatury zmapovala proces výchovy a vzdělávání dětí v odborné léčebně se zvláštním zaměřením na problematiku trávení volného času dětských pacientů, čímž byl zcela naplněn hlavní cíl práce. Cíle empirického šetření se podařilo naplnit v oblasti, která zjišťovala možnosti optimalizace spokojenosti dětského pacienta s pobytem v léčebně. Podařilo se zjistit spokojenost dětských pacientů s působením školy při léčebně a jejich učitelů. Zmapována byla skutečná situace ve výchovně-vzdělávací práci s hospitalizovanými dětmi a podrobně popsána a vyhodnocena situace v oblasti zajištění jejich volného času. Z empirického šetření byly prezentovány zjištěné závěry a navržena doporučení, směřující k optimalizaci výchovně vzdělávací práce s dětmi v léčebně. Tím byly naplněny všechny cíle i úkoly empirického šetření. Získané závěry mohou být ovlivněny skutečností, že z důvodu omezení vyjadřovacích schopností nebyly do výzkumného vzorku zařazeny vážněji mentálně postižené děti, proto jejich názory a přání provedené výzkumné šetření neodráží. I tímto směrem by se mohl dále výzkum rozšiřovat. Náročnost při zpracování práce jsem zaznamenal v menším teoretickém rozpracování daného tématu, při studiu literatury jsem musel čerpat častěji z příspěvků ve sbornících.

Práce přinesla ucelené poznatky o oblasti výchově-vzdělávací práce s dětmi v léčebnách. Přínosem je úvodní část práce odrážející současný stav této problematiky a empirická část zjišťující realitu a možnosti výchovně-vzdělávací práce v konkrétním zařízení, zejména v oblasti zajištění volného času hospitalizovaných dětí. Přínosem jsou i navrhovaná doporučení směřující k optimalizaci výchovně-vzdělávací práce s dětmi v tomto zařízení, která by mohla vést k jejich větší spokojenosti s pobytem. Výzkum by se dále mohl zaměřit na oblast humanizace přístupu k dětským pacientům se zaměřením na psychosociální aspekty poskytované péče a humanizaci v zajištění účasti rodičů na léčebném procesu, kde realita neodpovídá současným odborným teoretickým poznatkům, jak vyplynulo z empirického šetření.

Podněty pro výchovně-vzdělávací praxi se prezentují ve vypracované teoretické části práce a v závěrech případně doporučeních, která vyplynula z empirického šetření. Tyto podněty by mohla využít i další podobná léčebná zařízení, neboť práce je zpracována na velmi aktuální a příliš teoreticky nerozpracované téma.

Použitá literatura

BLAŽKOVÁ, Monika. Pedagogika volného času - charakteristika, cíle a metody. In: SÝKORA, Jan. *O výchově a volném čase: sborník z 3. mezinárodní konference 21. a 22. června 2007 na Katedře sociální pedagogiky PdF Univerzity Hradec Králové*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008, s. 8-12. ISBN 978-80-7041,730-0.

DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, Psyché (Grada Publishing). ISBN 8071692549.

FALTÝSKOVÁ, Jarmila, Koncepce výchovy ve volném čase. In: NĚMEC, Jiří. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2002, s. 15-26. ISBN 80-731-5012-3.

HÁJEK, Bedřich, Břetislav HOFBAUER a Jiřina PÁVKOVÁ. *Pedagogické ovlivňování volného času: trendy pedagogiky volného času*. Vyd. 2. aktualiz. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-262-0030-7.

HOFBAUER, Břetislav. *Děti, mládež a volný čas*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-927-5.

HOFBAUER, Břetislav. *Participace dětí a mládeže na životě společnosti: Zkušenost z některých evropských zemí a regionů*. Nučice: Gemmapress, spol. s.r.o., 2005.

HOFBAUER, Břetislav. Vývoj, současný stav a výhled pedagogiky volného času v České Republice. In: KAPLÁNEK, Michal. *Výchova a volný čas: sborník příspěvků 1. mezinárodní konference o výchově a volném čase : České Budějovice, Jihočeská univerzita, Teologická fakulta 2.-3. červen 2005*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006, s. 32-44. Sborníky. ISBN 80-704-0849-9.

KÁBELE, František. *Somatopedie: Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1993, ISBN 807066-533-5.

KELLER, Jan a Lubor HRUŠKA TVRDÝ. *Vzdělanostní společnost?: chrám, výtah a pojišťovna*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2008, ISBN 978-80-86429-78-6.

KELLER, Jan. V pasti individualismu. *Právo: SALON* [online]. 2010 [cit. 2015-05-22]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/kultura/salon/200196-jan-keller-v-pasti-individualismu.html>

KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-802-4728-308.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3270-1.

KOSORÍNOVÁ, Marcela. *Význam výchovy v procese adaptácie dieťaťa na nemocničné prostredie* Revue ošetrovatelstva a laboratórnych metodík. Roč. 9, č. 3 Bratislava : Slovenská lekárska spoločnosť, 2003, s. 68-70. ISSN 1335-5090.

KRÁLOVEC, Jiří a Markéta KRÁLOVCOVÁ. *Nové role v péči o hospitalizované děti*. In: *Nadační fond klíček* [online]. *Předneseno na celostátní konferenci „Zdravotnické školství na počátku nového tisíciletí“ 1 - 2. 10. 2010* [cit. 2015-05-23]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/playwork/role.html>

KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-004-2.

LISSMANN, Konrad Paul. *Teorie nevzdělanosti: omyly společnosti vědění*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2008, ISBN 978-80-200-1677-5.

MAREŠ, Jiří, Stanislav JEŽEK a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Psychosociální klima ve speciální základní škole při fakultní nemocnici*. In: Stanislav Ježek. (ed.) *Psychosociální klima školy III*. Brno: MSD, 2005, 158 s. ISBN 80-86633-45-4.

MATEJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vyd. Jinonický: Nakl. H, 2001, ISBN 80-860-2292-7.

MILICHOVSKÝ, Luboš. *Kapitoly ze somatopedie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, ISBN 978-80-7452-001-3.

MAŇÁK, Josef, Libor HŘEBÍČEK, Jaroslav TELEC a Vladimír SPOUSTA. *Teoretické základy výchovy ve volném čase: (úvod do studia pedagogiky volného času)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, c1994, ISBN 80-210-1007-x.

NĚMEC, Jiří, a kol. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-012

PÁVKOVÁ, Jiřina a kol., *Pedagogika volného času: [teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času]*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-423-6.

PETRUSEK, Miloslav a Jan BALON. *Společnost naší doby: populární sociologie (ne)populárních problémů*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2011, ISBN 978-802-0019-653.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006, ISBN 80-7315-120-0.

PLEVOVÁ, Marie, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Dítě v nemocnici: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1997, ISBN 80-210-1551-9.

PRIES, Michael. Prolínání školního a volného času. In: KAPLÁNEK, Michal. *Výchova a volný čas: sborník příspěvků 1. mezinárodní konference o výchově a volném čase : České Budějovice, Jihočeská univerzita, Teologická fakulta 2.-3. červen 2005*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006, s. 10-16. Sborníky. ISBN 80-704-0849-9.

ROZSYPALOVÁ Marie, Pavel ŘÍČAN a František SINGULE. *Učebnice pro střední zdravotnické školy 1*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1986.

SEMRÁD, Jiří a ŠKRABAL, Milan. Pozdní modernita a vysokoškolské vzdělávání. In. *Pedagogica actualis*, VI/2014. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2014, ISBN 978-80-8105-552-2.

SKALKOVÁ, Jarmila. *Pedagogika a výzvy nové doby*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2004, ISBN 80-731-5060-3.

VAĐUROVÁ, Ilka. Herní terapie. In: PIPEKOVÁ, Jarmila a Marie VÍTKOVÁ (ed.). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2001, 163 s. ISBN 80-731-5010-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 1999, ISBN 80-718-4803-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0225-7.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Vyd. 1. Praha: Parta, 2003, ISBN 80-732-0039-2.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2008, ISBN 80-859-3169-9.

VODOVÁ, Alena a Jiří MAREŠ. Učitelky a vychovatelky speciální školy při nemocnici jako zdroj opory pro hospitalizované děti. In: MAREŠ, Jiří et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Hradec Králové: Nucleus, 2001, 110-117 s. ISBN 80-86225-19-4.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-802-4720-685.

ŽUMÁROVÁ, Monika. Prolínání školního a volného času. In: KAPLÁNEK, Michal. *Výchova a volný čas: sborník příspěvků 1. mezinárodní konference o výchově a volném čase : České Budějovice, Jihočeská univerzita, Teologická fakulta 2.-3. červen 2005*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006, s. 15-26. Sborníky. ISBN 80-704-0849-9.

DOBROVOLNICKÁ ČINOST: Fakultní nemocnice Ostrava. [Http://www.fno.cz](http://www.fno.cz) © Fakultní nemocnice Ostrava 2009 [online]. [cit. 2015-05-23]. Dostupné z: <http://www.fno.cz/organizacni-struktura/dobrovolnicka-cinnost>

Zdravotní klaun: partner of RED NOSES International © 1998+ [online]. [cit. 2015-05-23]. Dostupné z: <http://www.zdravotniklaun.cz/poslani/>

Přílohy

Formulář k řízenému rozhovoru

Obecné informace

Jak se jmenuješ křestním jménem?

Kolik ti je let?

Kde bydlíš?

Do které třídy chodíš?

S čím se tu léčíš?

Na jak dlouho tu jsi hospitalizován?

Po kolikáté tu jsi hospitalizován?

Co dělají tví rodiče?

Otázky na volný čas v léčebně

(1) Jsi rád/a v léčebně? Jsi tu spokojený/á?

(2) Nudíš se ve volném čase v léčebně?

(3) Jak často si s tebou ve volném čase hrají sestry a vychovatelé?

(4) Jaké aktivity děláte ve volném čase v léčebně a jak často?
(škála: 1 - nikdy, 2 - zřídka, 3 - občas, 4 - často, 5 - pořád)

1 2 3 4 5

Malujeme, vybarvujeme	☐	☐	☐	☐	☐
Něco vyrábíme (ruční práce)	☐	☐	☐	☐	☐
Hrajeme hry, soutěžíme	☐	☐	☐	☐	☐
Hrajeme hry, při kterých se hýbeme (sportovní hry)	☐	☐	☐	☐	☐
Zpíváme a hrajeme na hudební nástroje	☐	☐	☐	☐	☐
Hrajeme divadlo	☐	☐	☐	☐	☐
Čteme s vychovatelem z knih nebo časopisů	☐	☐	☐	☐	☐
Hrajeme stolní hry	☐	☐	☐	☐	☐
Hrajeme si s hračkami, stavebnicemi	☐	☐	☐	☐	☐
Koukáme na televizi (DVD)	☐	☐	☐	☐	☐
Hrajeme na počítači	☐	☐	☐	☐	☐
Připravujeme se do školy na výuku (učíme se, děláme úkoly)	☐	☐	☐	☐	☐
Chodíme na procházky	☐	☐	☐	☐	☐

(4) Doplnující informace k otázce:

(5) Co nejraději děláš ve volném čase v léčebně (mimo procedury a školu)?

(6) Co bys nejraději dělal/a ve volném čase v léčebně?

- (7) **Jaké volnočasové aktivity bys v léčebně uvítal/a?**
- (8) **Jaké hračky či vybavení ti v léčebně chybí?**
- (9) **Jsi spokojený/á s nabídkou aktivit ve volném čase v léčebně?**
- (10) **Zdá se ti nabídka volnočasových aktivit v léčebně dostatečná?**
- (11) **Co ti v léčebně nejvíce vadí? Co bys chtěl/a změnit?**
- (12) **Myslíš si, že aktivnější způsob trávení volného času by přispěl k lepšímu prožití tvé hospitalizace v léčebně?**

Otázky na školu při HL

- (1) Chodíš rád/a do školy v léčebně? Jsi tam Spokojený/á?**

- (2) Liší způsob výuky ve škole v léčebně od tvé (kmenové) školy?**

- (3) Naučíš se toho ve škole v léčebně stejně jako v tvé vlastní (kmenové) škole?**

- (4) Věnuješ se přípravě na výuku a učení v léčebně stejný čas jako doma?**

- (5) Co se ti ve škole v léčebně líbí a co tě baví?**

- (6) Jsou na tebe učitelé, učitelky ve škole v léčebně hodné a pomáhají ti?**

- (7) Chybí ti něco ve škole v léčebně? Co bys chtěl/a případně ve škole změnit?**

Harmonogram práce vychovatelů

Dopolední služba:

6,30(7.00) - 7.30	oblékání pac. nebo dopomoc při oblékání, doprovod pac. do koupelny, dohled + dopomoc při ranní hygieně na koupelně
7.30 - 7.45	pomoc při rozdávání snídaně, popř. krmení pac., dohled nad stolováním pac. , úklid na jídelně po snídani spolu s pacienty
7.45 - 11.00	doprovod pacientů do školy a ze školy dle harmonogramu vyučování, doprovod pacientů na vyšetření a procedury dopolední výchovná činnost dle vlastní přípravy, svačina pac.,
11.00 - 11.30	přestávka na oběd
11.30 - 13.00	doprovod pacientů ze školy dle harmonogramu vyučování, pomoc při podávání oběda, popř. krmení pacientů, dohled nad stolováním, úklid na jídelně po obědě spolu s pacienty

Odpolední služba:

13.00 - 15.00	doprovod pacientů do školy a ze školy dle harmonogramu vyučování, na bazén, procedury a vyšetření mimo pavilon,, příprava na školní vyučování, psaní úkolů, odpolední výchovná činnost dle vlastní přípravy
15.00 - 15.30	podávání svačiny
15.30 - 17.00	doprovod pacientů na bazén, odpo. zájmová činnost, vycházky, nákupy, sportovní činnost, dle potřeby příprava na školu, úklid pomůcek v klubovně.
17.00 - 17.30	přestávka v práci
17.30 - 18.15	pomoc při podávání večeře, popř. krmení pacientů, dohled nad stolováním, úklid jídelny spolu s pacienty
18.15 - 20.00	dohled nebo dopomoc při večerní toaletě, koupání pacientů, dle potřeby příprava na školu (znalost učiva), dohled na pokojích pac., popř. v klubovně, vlastní zájmová činnost pacientů.

Mimořádné úkoly-1x měsíčně provedení Setkání s pacienty /se zápisem/.

1.9.2013