

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Podpora vzdělávání hospitalizovaného dítěte předškolního věku
s diagnózou Morbus Perthes**

**Education Support in Hospitalised Preschool Children Diagnosed
with Perthes Disease**

Bc. Irena Sibřinová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Učitelství pro střední školy

Studijní obor: N SPG-VZ

2019

Prohlášení

Odevzdáním této diplomové práce na téma Podpora vzdělávání hospitalizovaného dítěte předškolního věku s diagnózou Morbus Perthes potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 11. 4. 2019

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za její čas, cenné připomínky, trpělivost a odborné rady týkající se mé diplomové práce.

Děkuji také rodičům hospitalizovaných dětí v nemocnici v Praze, kteří byli ochotni se podělit o své názory a zkušenosti.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá hospitalizací dítěte předškolního věku a významem vzdělávání v tomto náročném období. Cílem práce je zjistit, zda si rodiče význam mateřské školy při nemocnici uvědomují. Pedagogům a rodičům dát náměty činností k rozvoji a podpoře nemocného dítěte.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část je zpracována na základě odborných pramenů. Uvedena je zde charakteristika dítěte předškolního věku, vymezeny jsou jeho potřeby a zájmy v době hospitalizace. Popsána je rodina, její funkce a spolupráce s nemocniční školou. Závěr první části práce je věnován onemocnění Morbus Perthes.

Druhá část diplomové práce je zaměřena na rodinu nemocného dítěte. Tato část byla zpracována na základě výsledků kvalitativního průzkumu, který zjišťoval postoj rodiny k předškolnímu vzdělávání hospitalizovaného dítěte a význam rodiny v této náročné životní situaci. Na základě analytického zpracování získaných odpovědí byl vypracován návrh konkrétních aktivizačních činností jako program na podporu vzdělávání nemocného dítěte. Ten je uveden v samém závěru této části.

Klíčová slova

Vývoj dítěte, dítě a nemoc, hospitalizace, rodina a nemocné dítě, diagnóza Morbus Perthes, podpora nemocného dítěte, mateřská škola při nemocnici.

Abstract

The diploma thesis deals with hospitalisation of a preschool child and the importance of education during this challenging period. The goal of the thesis is to find out if parents are aware of the importance of preschool attendance while their children are hospitalised. The thesis also aims to supply teachers and parents with activities they may use to develop and support the child suffering from Perthes Disease.

The thesis has been divided into two main parts. Part I is based on expert sources. It contains characteristics of a preschool child and specifies his/her needs and interests during hospitalisation, including the description of family, its function and co-operation with the hospital school. The final section of Part I provides information on Perthes Disease.

Part II focuses on the family of the child suffering from the disease. This part is based on qualitative research results. The research investigated the families' attitudes to preschool education of hospitalised children and the importance of family when coping with the difficult life situation. The analysis of the collected answers resulted in a proposal of specific activities designed as a programme supporting education of the child suffering from Perthes disease. The programme is included in the final section of the thesis.

Key words

Child development, Child and disease, Hospitalisation, Family and Child suffering from the disease, Diagnosis Perthes Disease, Supporting education of the child suffering from disease, Hospital preschool.

Obsah

Úvod.....	8
1 Charakteristika dítěte předškolního věku.....	9
1.1 Vývoj kognitivních procesů a rozvoj řeči.....	9
1.2 Psychomotorický vývoj.....	12
1.3 Emoční a sociální vývoj.....	13
1.4 Osobnost nemocného dítěte.....	14
1.5 Potřeby a zájmy hospitalizovaného dítěte.....	16
2 Rodina.....	18
2.1 Funkce rodiny.....	18
2.2 Rodina a hospitalizované dítě.....	19
2.3 Spolupráce a komunikace v nemocničním prostředí mezi školou a rodinou.....	21
3 Význam předškolního vzdělávání hospitalizovaného dítěte.....	23
3.1 Specifika při vzdělávání dětí v mateřské škole při nemocnici.....	23
3.2 Vzdělávací program pro předškolní vzdělávání.....	25
3.3 Osobnost učitelky mateřské školy při nemocnici.....	26
3.4 Současná legislativa.....	28
4 Onemocnění Morbus Perthes.....	29
4.1 Historie.....	29
4.2 Etiologie.....	29
4.3 Klasifikace a průběh onemocnění.....	30
4.4 Diagnostika zobrazovacími metodami.....	31
4.5 Terapie.....	31
4.6 Specifika ošetrovatelské péče u dětí s diagnózou Morbus Perthes.....	33
5 Vlastní průzkum a jeho cíle.....	34

6 Zkoumaný vzorek, jeho charakteristika a popis.....	35
7 Použité metody.....	36
8 Popis vlastního průzkumu	37
8.1 Analýza a interpretace dat	37
8.2 Shrnutí průzkumného šetření.....	49
9 Edukativní podpora hospitalizovaného dítěte	51
9.1 Navrhovaný edukativní program	54
10 Závěr.....	65
Seznam použitých informačních zdrojů.....	67
Seznam příloh.....	71

Úvod

Pobyt v nemocnici je velmi stresující zkušenost pro každého z nás, zejména pak pro malé dítě. V neznámém nemocničním prostředí musí dítě zvládnout léčebné i vyšetřovací výkony, které velmi často vyvolávají strach a úzkost.

V dnešní vyspělé době se začíná uplatňovat přístup péče zaměřené nejenom na nemocné dítě, ale i na rodinu tohoto dítěte. Rodič může být v nemocnici po celou dobu hospitalizace svého dítěte fyzicky přítomen. Zajišťuje mu tak neformální sociální podporu, pozitivně ovlivňuje zvládání bolesti, strachu a tím podporuje příznivě jeho psychickou pohodu. Role rodiče je tedy nezastupitelná, jeho přítomnost je pro nemocné dítě velkou oporou.

Vedle opory poskytnutou rodiči nemocného dítěte má velkou úlohu mateřská škola při nemocnici. Paní učitelka mateřské školy působí při hospitalizaci dítěte především psychoterapeuticky, zvláště pak u dětí dlouhodobě hospitalizovaných. Pozitivní práce učitelky mateřské školy v nemocnici vyvolává u malého pacienta pocit radosti, sebevědomí, odvádí pozornost dítěte od nemoci, od bolesti, od strachu.

Hospitalizace je pro dítě předškolního věku velká psychická zátěž, odráží se ve změně subjektivního prožívání. Zlepšit propad pozitivního vnímání a prožívání pomáhají nejen osoby blízké – rodiče a sourozenci, ale i pracovníci, kteří v nemocnici pracují, zejména pak učitelky mateřských škol.

Mateřská škola se tak stává důležitou oporou nejen hospitalizovaného dítěte, ale i oporou jeho rodiči. Ve své diplomové práci se zaměřím právě na tuto skutečnost. Mým cílem je tedy zjistit, jak rodiče vnímají význam vzdělávání hospitalizovaného dítěte předškolního věku, zda jsou ochotni aktivně se na tomto vzdělávání spolupodílet a vlastní aktivitou tak podporovat rozvoj svého dítěte během dlouhodobé nemoci s diagnózou Morbus Perthes

„Připomeňme si, že pro malé dítě platí, že se učí přemáhat strach u mámy v náruči. Ne že je jako skleníkovou květinu chráníme před jakýmkoliv strachem, ale že se staráme, aby strach prožívalo s jistotou v zádech, tj. v prostředí, kde se cítí v bezpečí. Jen tak se totiž naučí strach překonávat bez hrůzy a zoufalství a újmy na duševním zdraví.“

(Matějček in Dlouhá, 2015, s. 7)

1 Charakteristika dítěte předškolního věku

Dětství je považováno za nejdůležitější období v životě člověka. Předškolní období bývá často nazýváno věkem iniciativy a označováno jako „věk otázek“ nebo „věk mateřské školy“. Je obdobím mimořádné poznávací aktivity a iniciativy. Dítě vše vnímá a hodnotí podle sebe. Celkově je toto období radostné pro dítě i rodiče a mnohými z nás bývá označováno jako nejpříjemnější etapa lidského života.

Období předškolního věku je charakteristické potřebou prosadit se vlastní aktivitou. Je spjato s pohybem, protože pohyb je pro dítě životní potřebou a má své nenahraditelné místo ve vývoji každého. Bez pohybu by dítě nemohlo poznávat, radovat se a rozvíjet se. V tomto období dochází k nejrychlejšímu tempu nejen ve vývoji tělesném, ale i duševním. Dochází k vývojovým skokům a také k senzitivnímu období. V této době je dítě zvláště citlivé pro vnímání a chápání určitých jevů vnější reality.

Pro chování dítěte je určující zpětná vazba od dospělých. Opatřilová (2006) uvádí, že pocity viny, které dítě prožívá při porušení pravidel chování, svědčí o interiorizaci norem. Dítě v předškolním věku tak plně přijímá hodnocení své osoby od dospělých.

V tomto období se u dítěte také rozvíjí pohlavní role, dítě od svých čtyř let by již mělo chápat trvalost své pohlavní identity. Dítě si také současně osvojuje prosociální chování, které ovlivňuje nejen úroveň kognitivních kompetencí, ale i jeho emoční zkušenost.

Charakteristické pro toto období je přirozené a postupné uvolňování vázanosti na rodinu. Dítě se dokáže odpoutat od „rodinného prostředí“, navazuje kontakty s vrstevníky, ve výběru kamarádů se projevuje egocentrismus, ve skupině vrstevníků pokračuje potřeba sebeprosazování. Celé předškolní období se tak dítě učí žít nejen mezi vrstevníky, ale i novým vztahům k dospělým osobám, k nové autoritě.

1.1 Vývoj kognitivních procesů a rozvoj řeči

Vývoj kognitivních procesů je podmíněn zráním centrální nervové soustavy. Oblast myšlení, paměti, představivosti, pozornosti, vnímání a učení prodělávají zásadní změny. Tyto jednotlivé komponenty se navzájem ovlivňují. S rostoucí mozkovou kapacitou a vhodným prostředím

v mateřské škole i v rodině se jednotlivé části poznávacích procesů stále více diferencují. A to vede ke zdokonalování poznávání.

„Dítě by mělo mít dostatečně rozvinutou záměrnou pozornost a schopnost záměrně si pamatovat a vědomě se učit. Dítě splňuje tento požadavek, jestliže: soustředí pozornost na činnost po určitou dobu (cca 10 – 15 minut), nechá se získat pro záměrné učení (dokáže se soustředit i na ty činnosti, které nejsou pro něj aktuálně zajímavé)“ (Desatero pro rodiče dětí předškolního věku, s. 2).

Dítě v předškolním věku přemýšlí v celostních pojmech vznikajících na zásadních podobnostech. Myšlení dítěte tedy slouží v první řadě k uspokojování jeho potřeb. Charakteristickým názorným myšlením je egocentrismus, tedy přístup dítěte k subjektivnímu poznávání světa. Myšlení dítěte je útržkovité, nepropojené a nekoordinované.

„Emoční prožívání nemá vliv pouze na paměť, ale zároveň i řešení problémů. Odborníci se shodují na faktu, že emoce rovněž ovlivňují proces myšlení“ (Valenta, Humpolíček, 2017, s. 206).

Paměť se zvyšuje s věkem dítěte. Opravilová (2016) poukazuje na to, že děti mají výbornou paměť na detaily a místo. Složitější je to s učením pojmovým a náročnější je to s logickými operacemi. Dítě si u zapamatovaných pojmů často nedokáže vysvětlit přesný obsah a postihnout souvislosti. Představivost a fantazie jsou proto důležitým formativním prvkem předškolního období. Fantazii můžeme chápat jako rozvinutou představivost. Fantazie je také nezbytnou součástí emocionální a intelektuální vyrovnanosti.

V mnohých odborných publikacích se uvádí, že vnímání dětí předškolního věku je ze všech poznávacích procesů nejdůležitější, dítěti zajišťuje přímý styk se skutečností. Vnímání umožňuje dětem orientaci v prostoru a čase, sluchové vnímání ovlivňuje rozvoj řeči, vnímání ovlivňuje abstraktní myšlení. Je důležitým prvkem ve školním prostředí. Vnímání času a časové posloupnosti umožňuje dítěti naučit se hospodařit s časem. Na konci předškolního období narůstá schopnost diferencovaného vnímání.

Mezi kognitivní učení patří i učení problémové. Opravilová (2016) vysvětluje, že *„problémový přístup je svou akční podobou dítěti blízký“* (s. 107). To znamená, že dítě se učí z vlastních chyb, praktické problémy tak řeší metodou pokusu a omylu a vysvětlení hledá v různých příčinných souvislostech. Problémové učení je vhodné podporovat, vyžaduje to trpělivost, abychom dítěti nepodsouvali řešení.

Pětileté až šestileté dítě se umí záměrně soustředit na činnost a její dokončení, udrží pozornost, naučí se nazpaměť krátké texty, vyjadřuje svou fantazii a představivost (např. ve výtvarných nebo konstruktivních činnostech), orientuje se v prostoru i rovině, částečně v čase, chápe základní číselné a matematické pojmy, orientuje se v elementárních počtech, rozpozná základní geometrické tvary. Učí se podle pokynů a instrukcí, řeší problémy, vede jednoduché úvahy, komentuje, co dělá. Rozumí časoprostorovým pojmům. Umí postupovat podle pokynů a pracovat samostatně.

Řeč se stává v předškolním období základním komunikačním prostředkem mezi dítětem a okolím a prostředkem k poznávání světa. „*Podstatný vliv na rozvoj řeči je prostředí dítěte, které jej obklopuje a ovlivňuje*“ (Tomášková, 2012, s. 31). Projevy egocentrismu se objevují u dětí předškolního věku i v komunikaci. Dítě popisuje různé situace podle svých zkušeností, které jsou většinou srozumitelné pouze jemu. Řečové projevy používá dítě i ve hře, často svou hru pouze monologicky komentuje.

Koordinovat dílčí komunikační dovednosti dělá dítěti předškolního věku mnohdy potíže. Komunikační dovednosti si dítě osvojuje nápodobou, proto se postupně v jeho řeči objevují nové výrazy, ale pouze ty, které mají pro něj význam. Nápodoba se také uplatňuje při osvojování gramatických pravidel, důležitou roli hraje správný mluvní vzor.

Egocentrická řeč později přechází do vnitřní řeči. Dítě si pro sebe povídá buď bez posluchače, svými projevy reguluje svou vlastní aktivitu nebo mu řeč slouží jako prostředek myšlení. V průběhu předškolního věku se tedy nerozšiřuje jen slovní zásoba, ale i znalost gramatiky. Dítěti také slouží řeč k regulaci chování.

Pětileté až šestileté dítě umí správně vyslovovat, ovládá tempo a intonaci řeči, ovládá dech; vyjadřuje se samostatně (má přiměřeně bohatou slovní zásobu, používá jednoduchá souvětí, umí vyjadřovat myšlenky, nápady, pocity; vést rozhovor, formulovat otázky), porozumí slyšenému; pochopí rým, antonyma, synonyma, homonyma; vyčlení hlásku a rozliší samohlásku. Dítě předškolního věku si uvědomuje, že lidé se dorozumívají jinými jazyky a vnímá jednoduché písně a popěvky v cizím jazyce. Pro předškolní věk je velmi důležitá oblast gramatické správnosti řeči. Dítě zvládá používání správných tvarů všech slov, užívá správně rod, číslo, čas, tvary slov a předložky. Jak uvádí Krahulcová (2013), dítě v šesti letech chápe složité děje a gramaticky zvládá jednoduchá souvětí. Umí rozlišit zrakové a sluchové vjemy. Dítě přirozeně a bez zábran komunikuje s druhým dítětem i s dospělým, používá přirozeně neverbální komunikaci (gesta, mimiku, řeč těla, aj.).

„Rozumí 2500-3000 slovům, aktivně umí používat v komunikaci 1500 a více slov“ (Krahulcová, 2013, s. 52).

1.2 Psychomotorický vývoj

Pohyb je jednou ze základních životních potřeb dítěte, jeho prostřednictvím může dítě uspokojovat i potřeby další – sociální vztahy, proměnlivost podnětů, uznání, identitu, potřebu seberealizace. Pohyb dítěte v předškolním věku se stále koordinuje, je významnou složkou života dítěte, a proto by měl být nedílnou součástí předškolní výchovy. Ve věku od tří do šesti let se výrazně změní tělesná konstituce dítěte, pokračuje osifikace kostí. Během šestého roku pak pokračuje osifikace zápěstních kůstek, což má význam pro rozvoj jemné motoriky. Předškolní věk se tak dá charakterizovat jako vývoj s neustálým zdokonalováním a zlepšováním pohybové koordinace a hbitosti. Hrubou a jemnou motoriku a koordinaci rozvíjí senzomotorické učení, pohyby dítěte se stávají koordinovanější, kontrolované vědomím. Děti předškolního věku nemají většinou z pohybu strach, velmi často se pohyb rychle naučí.

V předškolním období je také nesmírně důležitý pravidelný režim dítěte. Denní režim dítěte by měl obsahovat dostatečný spánek, pestrou a vyváženou stravu podávanou ve stejnou dobu a dostatečný pohyb na čerstvém vzduchu. Přiměřená by měla být také pohybová aktivita. Dítě by nemělo být přetěžováno, různé aktivity, jako je kreslení, cizí jazyk, hra na hudební nástroj, by měly být podporovány vyváženě.

U pětiletého až šestiletého dítěte je tělesný stav a úroveň motorického vývoje důležitým znakem při posuzování školní zralosti. Tento věk dítěte je považován za optimální dobu zvládnutí pohybových aktivit. U fyzické zralosti je charakteristická celková tělesná vyspělost dítěte a jeho zdravotní stav.

Dítě zvládá koordinované pohyby, důležitá je vizuomotorická zralost. Dítě předškolního věku musí mít osvojeny základní pohybové dovednosti a prostorovou orientaci, např. překonat určitou vzdálenost, překážku, udržet rovnováhu, skákat po jedné noze, chytat a házet míč, zvládnout jednoduchý rytmický pohyb.

V oblasti fyzického rozvoje se hodnotí i jemná motorika, která zahrnuje oční pohyby, grafomotoriku a motoriku artikulačních orgánů. Dítě ovládá koordinaci ruky a oka, umí zacházet s hračkami, pomůckami, materiály a nástroji. Úroveň jemné motoriky je zřejmá i v dovednostech sebeobsluhy (dítě se umí samo obléknout a svléknout, vázat tkaničky). Stává se samostatným v jídle, zvládá drobné úklidové práce, umí se postarat o své věci.

„Lateralizace je pozvolný proces. Ve čtyřech letech již většina dětí začíná užívat jednu ruku přednostně jako obratnější a aktivnější. V pěti až sedmi letech se lateralita horních končetin začíná zřetelně projevovat a vyhraňovat, plně se ustaluje v deseti až jedenácti letech“ (Bednářová, Šmardová, 2015, s. 6).

Důležitou podoblastí tělesného a motorického vývoje je oblast zdraví a bezpečí. Dítě umí pojmenovat části těla a některé orgány, rozlišuje, co prospívá zdraví a co mu škodí apod.

1.3 Emoční a sociální vývoj

Tento vývoj zahrnuje citové prožitky, volní vlastnosti, názory a postoje k hodnotám. Jak uvádí Opravilová (2016), v rámci běžných životních situací si dítě toto osvojuje bezděčně. Učí se hodnotit samo sebe a přijímá sociální role. Děti jsou učitelkami v mateřské škole záměrně orientovány na určité situace a činnosti. Toto prožitkové učení má trvalejší edukační výsledky.

Prohloubení a rozšíření citových vztahů umožňuje především hra, ve které dítě nejčastěji zažívá jeden z nejdůležitějších citů – radost.

Primární socializaci dítěte zajišťuje rodina, která tak vytváří nejvýznamnější prostředí sociálního učení. V sociálním učení má největší význam nápodoba. Dítě umí napodobit toho, koho má rád, ke komu má citový vztah a důvěru. Rodiče a učitelé jsou nejdostupnějšími vzory chování. Velkou roli hrají i vrstevníci, v předškolním věku vzrůstá sociální potřeba sociálního styku s dětmi. Kontakt s vrstevníkem je kontaktem symetrickým, ve skupině dochází ke specifikaci sociálních rolí, dítě se naučí pomáhat slabšímu a řešit konflikty. V upevňování sociálního chování má obrovský význam pochvala, povzbuzení, vyjádření důvěry i náklonnost.

Pětileté až šestileté dítě částečně zvládá své city a reakce bez pláče a křiku, umí dodržovat základní pravidla společenského chování. Umí se na určitou dobu odloučit od rodičů a blízkých, uvědomuje si svou samostatnost. Zvládá se také podílet na organizaci hry a činnosti. V opakujících situacích se snaží ovládat svoje city a přizpůsobovat jim své chování. Umí přijmout úspěch i neúspěch, uvědomuje si příjemné i nepříjemné citové prožitky, ovládá své afektivní chování. Umí vyjádřit své prožitky.

„Mezi dětmi jsou v tomto ohledu velké rozdíly. Některé dítě je emocionálně vyrovnané, radostné, ke všemu přistupuje se zvědavostí, sebedůvěrou, beze strachu, nezdár ho neodradí. Jiné je ostýchavé, bojácné, úzkostné, snadno se rozpláče, neúspěch ho zraní, nedokáže se s ním vyrovnat, rezignuje; jiné zase neumí ovládnout zklamání, zlost, projevuje se agresivně“ (Bednářová, Šmardová, 2010, s. 6).

Dítě umí uplatňovat návyky v základních formách společenského chování, umí si utvořit představu o pravidlech chování, je schopno brát ohled na druhého.

1.4 Osobnost nemocného dítěte

„Osobnosti dětských pacientů jsou stejně individuální jako osobnosti všech ostatních lidí. Nelze tedy dát jeden všeobecně platný recept, ale je třeba umět obecná pravidla individuálně přizpůsobit každému dítěti a odstupňovat přístup i výchovné působení podle jeho věku a vyspělosti a zaměřit je podle současných potřeb“ (Plevová, Slowik, 2010, s. 64).

„Kvalita života dítěte se v nemocnici podstatně snižuje, a to působí i na jeho duševní zdraví. Oba komponenty spolu úzce souvisejí a mohou ovlivnit celoživotně postoj dítěte ke zdraví a nemoci“ (Dlouhá, 2015, s. 141).

Umístění dítěte předškolního věku do nemocnice se jeví jako závažný zásah do jeho denního režimu. Dítě se během jednoho dne stává předmětem péče mnoha lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu, učitelky mateřské školy, rodiče apod. Malý pacient si nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat to, co mu druzí lidé určí. Je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Životní rytmus v nemocnici nemá zažitý, v mnohém se mu zdá nepřírozený. Musí také většinou dělat činnosti, jež neumí a neovládá, a to snižuje jeho sebevědomí. Je mu značně omezen kontakt se známými lidmi, ocitá se tak v relativní sociální izolaci. Okruh zájmů dítěte - pacienta se v nemocnici podstatně zužuje, především s ohledem na jeho zdravotní stav. Dítě předškolního věku většinou svému fyzickému i psychickému stavu nerozumí, neví, co se s ním děje.

Hospitalizované děti ztrácí oporu, pocit bezpečí, a to vše negativně ovlivňuje jejich psychický stav. Bývají úzkostné a trpí obavami z dalších potíží a onemocnění. Zpočátku se všechny děti bojí, absolvují nepříjemná vyšetření, prožívají pocity strachu z nemoci, operace apod. Některé děti jsou velmi často smutné, odmítají jakoukoli komunikaci a jsou tak snadno apatické. Podle Říčana (2006) mají děti předškolního věku bohatou fantazii, přetrvávají u nich sklony ke vzniku fobií. Z těchto důvodů může být separační úzkost intenzivní.

Dítě přichází do neznámého prostředí, jeho životní prostor se najednou zúží na nemocniční pokoj, kde je vše cizí, nové, a ne tak běžné, jako bylo doma. Dítě tak v prvních chvílích prožívá pocit ztracenosti a bezmocnosti. Odloučení od části rodiny a kamarádů je velmi citelné. Dítě musí často reagovat na změněnou situaci a vyrovnat se s ní. Změna prostředí může u dítěte vyvolat úzkost, změnu nálad a postojů, změny chování. Proto je velmi důležité, aby vliv prostředí na nemocné dítě nebyl rušivý, ale uklidňující a povzbuzující.

Velkou roli při adaptaci dítěte na nemocniční prostředí hraje věk. Každé dítě nemoc a hospitalizaci prožívá jinak. *„Zvláště ti nejmenší (do pěti let věku) reagují na odloučení matky nejhůře – křičí, pláčí, odmítají nabízenou péči. Když si uvědomí svou situaci, vyžadují neustálou pozornost zdravotnického personálu, anebo se stávají apatické, smutné“* (Plevová, 1997, s. 7).

Dalšími faktory, které ovlivňují chování dítěte v nemocnici, jsou odloučení od rodiny, přítomnost rodičů, zážitky z předchozí hospitalizace, momentální psychický stav dítěte apod. V předškolním věku jsou sice ještě děti nedůvěřivé, avšak dokážou být zvědavé, a tak jejich pozornost od nemoci odpoutá třeba zajímavá činnost nebo interiér oddělení, herna plná hraček, výzdoba sesterny apod.

Také problematikou bolesti dětí se zabývá mnoho odborníků. V běžné populaci má jen velmi málo dětí spontánně osvojeny nějaké strategie zvládnání bolesti. Děti předškolního věku dokáží vyjádřit bolest slovy. Mísí se u nich skutečnost i fantazie. A toho se dá velmi často dobře využít pro odvrácení pozornosti. Jak uvádí Říčan (2006), význam bolesti u dětí bývá často podceňován. Z vývojového hlediska není zcela jasné, kdy děti začínají bolest cítit. Od nejtělejšího věku pláč dítěte upoutává pozornost rodičů a dítě je schopno se velmi rychle naučit, že jeho matka na pláč reaguje péčí a uklidňováním. Proto také děti v předškolním věku mohou při lékařském zákroku více plakat v přítomnosti matky než v situaci, kdy matka přítomna není. Některé děti naopak bolest nepřiznají ze strachu třeba před injekcí.

Pojetí nemoci a bolesti se vyvíjí s věkem. Jak uvádí Říčan (2006), u předškolních dětí může být vnímána bolest i jako trest za zlobení. Nevyspělost pojetí bolesti bývá také příčinou různých emočních reakcí při zákroku, např. hysterické projevy při odběrech krve.

Na chování dětí mají značný vliv i rodiče, pro něž je nemoc dítěte velmi stresující. Někdy jsou rodiče svému dítěti velkou oporou, někdy je pro zdravotníky s dítětem lepší spolupráce bez přítomnosti rodičů, kteří nejsou pro děti oporou a nedokážou své dítě uklidnit.

„Účast rodičů při bolestivých procedurách je tedy většinou prospěšná, rozhodující však je, jak se rodiče sami při zákroku chovají a jak zvládají interakci s vystrašeným dítětem“ (Říčan, 2006, s. 83).

Komunikační bariéra s nemocným dítětem může být také zdrojem mnoha potíží. Správná komunikace pomůže k navázání komunikace mezi zdravotníky, pedagogy a dítětem. Důležitý je oční kontakt a úsměv, vhodné je zvolit stejnou výšku na úrovni dítěte. Je dobré všimnout si gest dítěte. Výborným zdrojem komunikace je zevnějšek, náhrada „uniformy“ za veselejší oděv. Jak uvádí Říčan (2006), vysvětlování a dostatečné informování dítěte je v předškolním věku

nezbytné, vzhledem rychlému rozvoji řeči a komunikace je možná i přímá příprava dítěte na zákrok či hospitalizaci.

Dítěti nikdy nelžeme, vše trpělivě vysvětlujeme s přihlédnutím věku dítěte, používáme jednoduché a srozumitelné věty. Za každé úsilí a vykonanou činnost si malý pacient zaslouží pochvalu a ocenění, což je vždy tím nejlepším povzbuzením a motivací do dalších činností. Pokud je dítě hospitalizováno v doprovodu svého rodiče, dítě z komunikace nikdy nevynecháváme, nemluvíme s rodiči o něm, ale s ním.

Negativně může na hospitalizované dítě působit příliš autoritativní přístup, lhaní, zlehčování situace a zastírání. Také emocionální projevy dětí nepodceňujeme a nesnižujeme, pláč, vztek i strach jsou běžnými projevy předškolních hospitalizovaných dětí. Projevy lítosti, kárání dítěte za nešikovnost patří mezi další chyby v přístupu a komunikaci s nemocným dítětem.

„Přílišný autoritativní přístup, direktivita – může mít sice krátkodobý dobrý efekt, ale celkově působí napětí a stres, který se v budoucnosti opakovaně automaticky objeví a bude mít negativní vliv na kooperaci“ (Venglářová, Mahrová. 2006, s. 80).

1.5 Potřeby a zájmy hospitalizovaného dítěte

Zdravé i nemocné děti mají většinu potřeb společných. Potřeby musí být naplňovány tak, aby vývoj dítěte odpovídal jejich maximálním možnostem.

Nejdůležitějším úkolem rodičů, zdravotníků i pedagogů je u hospitalizovaného dítěte všechny potřeby uspokojovat. Někdy se potřeby mohou chovat autonomně. Může se tak stát, že dítě v zápalu hry zapomene, že se mu stýská apod. *„Schopnost hry narušit hierarchii potřeb využívají kupříkladu herní terapeuti v nemocnicích či jiných zařízeních, kde je dítě separováno od svých blízkých nebo je čeká nepříjemný zákrok“* (Svobodová, 2010, s. 71).

Obvykle platí, že pokud nemá dítě naplněny potřeby z prvních pater Maslowovy pyramidy, nemůže být v pohodě. V oblasti fyziologických potřeb může učitelka naplňovat pyramidu potřeb tak, že dítě nenutí do jídla, podává informace o jídle, respektuje individuální potřebu spánku každého dítěte, je citlivá k problémům dítěte a umožní dítěti dostatek soukromí, odpočinku, ale také aktivity.

K naplnění potřeb druhé oblasti, potřeba bezpečí, by měla učitelka vytvořit pro děti bezpečné prostředí, neměla by používat ironické výroky a být k dětem nedůvěřivá. V dnešní době i přijímání kulturních, etnických nebo vývojových odlišností patří k uspokojení potřeby psychické. Hospitalizované děti si uvědomují ohrožení, které může během pobytu v nemocnici

zasahovat do těchto potřeb. Proto i děti musí v mateřské škole při nemocnici znát smysluplná společná pravidla a řád. Dítě má mít možnost neomezené hry, ale i hry s určitými hranicemi, které musejí být dodržovány. Tímto způsobem je naplňována potřeba učit se. Každé hospitalizované dítě by mělo mít přístup k herním zkušenostem, hracím materiálům, mělo by se setkávat s novými úkoly a věcmi.

Jak uvádí Svobodová (2010), učitelky mateřských škol se shodují v tom, že současné děti mají málo lásky. Učitelka nesmí zapomínat na oční kontakt a úsměv, dát dítěti čas naslouchat, povídat si s ním, dítě pohladit. Je třeba o dítě jevit zájem, vyslechnout jeho problémy a umět mu říci, co k němu cítíme. Potřebu lásky a náležitosti může učitelka u dítěte naplnit např. úsměvem, vstřícným jednáním, zájmem o dítě apod.

K naplnění potřeb uznání je třeba vnímat dítě jako rovnocenného partnera a respektovat jej. Učitelka využívá situace v mateřské škole, které pomohou nejen dítěti k hlubšímu poznání sebe samotného nebo jeho kamarádů. Významnou roli k uspokojování potřeb v této oblasti hraje efektivní komunikace a absence trestů.

„Teprve vytvořením podmínek k naplnění předchozích pater může dojít ke vzdělávání“ (Svobodová, 2010, s. 76). K uskutečnění poslední potřeby sebeaktualizace a sebeuskutečnění je tedy nutné naplnění všech předchozích pater pyramidy. Řízené vzdělávání je tou nejdůležitější činností učitelky mateřské školy. Pyramida Maslowa nám tedy ukazuje, že největší důležitost spočívá v těch nejnižších patrech.

Mnohé odborné publikace uvádí sociální potřeby, které jsou důležité pro děti i dospělé a vedou k optimální socializaci člověka. Patří sem například potřeba překonávat potíže a zábrany, identifikace se sebou samým apod. Vývojové potřeby se mění v čase s charakterem vývoje dítěte, vedou k rozvíjení sebe sama, motivují dítě k aktivitám prostřednictvím procesu učení, pokračují v rozvoji dítěte.

Jak uvádí Páleníková, Bužgová (2009), potřeby rodiny hospitalizovaného dítěte mohou být definovány jako vnímání požadavků nebo přání pro podporu a péči ze strany zdravotníků. Potřeby rodin lze rozdělit do čtyř kategorií. A to na zajištění komfortu pacienta, potřeba informací, zajištění praktických potřeb a emocionální podpora.

2 Rodina

„Domov je základní podmínkou šťastného dětství, protože člověku dává pocit bezpečí, jistoty a důvěry. Domov a rodina vždy byly a jsou nejlepší školou výchovy charakteru a také výchovy k budoucímu vlastnímu rodičovství“ (Opravilová, 2002, s. 5).

V dnešní době žijí mladí lidé velmi často v neformálním partnerském vztahu. Dochází také k poklesu sňatečnosti. Veřejnost dnes toleruje partnerské soužití bez sňatku. Někteří zastávají názor, že sňatek ke společnému soužití nepotřebují a do manželství tak nevstupují, ani když mají děti. V posledních letech velmi často dochází k odkládání rodičovství a velkému poklesu porodnosti. Snižování porodnosti tak ovlivňuje i velikost rodiny. Jak konstatuje Opravilová (2002), převažujícím modelem přestala být rodina se dvěma dětmi, kterou vystřídala rodina s jedním dítětem.

Mnoho autorů se dnes ve svých publikacích také zabývá problematikou proměnlivosti struktury členů rodin, především otců, problematikou hodnotové orientace, kterou nejen u dítěte ohrožuje působení reklamy a nabídka trhu. Dnešní rodiče kladou větší důraz na samostatnost dětí než na jejich poslušnost. Snaží se tak velmi často urychlit vývoj svého dítěte.

Každá učitelka mateřské školy tedy potřebuje, pro dobré poznání dítěte a adekvátní podporu jeho rozvoje, poznatky z prostředí, které dítě ovlivňuje. A tím je právě rodina.

2.1 Funkce rodiny

Rodina se odlišuje od jiných sociálních skupin svojí polyfunkčností. V období raného dětství je důležité považovat za stěžejní funkce rodiny výchovnou, emocionální a ekonomickou. Z hlediska vztahů ke společnosti je jednou z nejdůležitějších funkcí biologická.

Rodina je prvním výchovným prostředím, se kterým se dítě setkává. Dítě si zvyká na určitá pravidla, seznamuje se s lidskými hodnotami a společenskými normami. Rodina rozvíjí osobnost dítěte, formuje „já“ dítěte a rozvíjí poznávání mezilidských vztahů. Učí dítě dodržovat určitý požadavek a řídit se rolí. To vše ovlivňují styly rodinné výchovy. Liberální výchovný styl dítěti vše dovoluje, někdy naopak rodina projevuje o dítě nepřiměřené obavy, při hýčkájícím stylu je dítě rozmazlováno, v některých rodinách převládá styl perfekcionista, kdy rodiče dítě usměřují do všech detailů. Za optimální se považuje styl demokratický, který je založený na vztahu partnerství a připouštějící diskusi.

Podle Možného (in Opravilová, 2016) rozlišujeme v české společnosti dvojí koncepci rodičovské autonomie – tradiční a liberální. *„Tradiční koncepce dává rodičům právo*

a povinnost přenášet na dítě svůj hodnotový systém a představu o dobrém životě. Liberální koncepce vychází z předpokladu, že rodiče nebudou dítě ve volbě hodnot a při vytváření představ dobrého života v zásadě ovlivňovat“ (Opravilová, 2016, s. 180).

Emocionální funkce uspokojuje základní emocionální potřeby dítěte. Pokud si rodiče vzájemně naslouchají a reagují empaticky, jsou pro dítě vzorem a tím hrají významnou úlohu v emocionálním rozvoji svého dítěte. Optimální citový rozvoj dítěte podporují přiměřené požadavky na dítě, pocit bezpečí, lásky a jistoty.

2.2 Rodina a hospitalizované dítě

„V posledních letech u nás došlo k velkým změnám v péči o děti v nemocnici. Péče zdravotníků na pediatrických odděleních již není zaměřena pouze na nemocné dítě, ale v centru jejího zájmu se ocitá celá rodina“ (Valenta, 2003, s. 158).

V posledních letech se začalo postupně měnit nejen prostředí, ale hlavně přístup k malým pacientům i jejich rodičům. Rodiče už nejsou trpěnou návštěvou, ale ve většině případů ceněným doprovodem svého dítěte.

„Pro způsob prožívání nemoci u dítěte je důležitý postoj, který k nemoci zaujímají jeho rodiče (děti do věku 10 let vnímají svoje onemocnění přes zpětnou vazbu z prostředí, a to hlavně ze strany rodičů a nejbližších osob). Z tohoto pohledu je nejméně vhodný pesimistický depresivní postoj k onemocnění blokující autosanační mechanismy organismu. Podobně škodlivá je přehnaně optimistická adaptace na onemocnění, která často vede k popření správnosti diagnózy a podcenění závažnosti onemocnění“ (Valenta, 2003, s. 111-112).

Hospitalizace dítěte je náročnou životní zkušeností nejen pro dítě, ale i jeho rodiče. Negativní dopad na celou rodinu může mít i krátkodobý pobyt dítěte v nemocnici. Dítě se ocitá v cizím prostředí, musí se vyrovnat s nemocí a bolestí, se ztrátou soukromí. Rodina by si měla uvědomit, že je důležitou součástí léčebného procesu jejich dítěte. Pokud je rodič s dítětem po celou dobu jeho hospitalizace, nedochází tak k přerušení kontaktu, rodič o dítě pečuje, pozitivně tak ovlivňuje jeho psychiku a zlepšuje spolupráci dítěte s personálem. Rodiče dětem poskytují základní péči a starají se o jeho psychickou i citovou pohodu. Zejména u malých dětí pomáhá už jen fyzická přítomnost rodičů při hospitalizaci. Při nepříjemných či bolestivých výkonech přítomnost rodičů zajišťuje potřebu bezpečí a usnadňuje tak zvládání těžkých zátěžových situací.

Přijetí onemocnění vlastního dítěte ze strany rodičů probíhá různými způsoby a je ovlivněno celou řadou faktorů. Velkou roli hraje individuální charakteristika nejen samotného dítěte, ale

i dalších členů rodiny, kvalita vztahů v rodině a organizace chodu rodiny. Významný je např. počet dětí v rodině, zda je rodina úplná apod.

S přítomností rodičů hospitalizovaného dítěte v nemocnici může mít ošetřující personál různé zkušenosti.

„Samozřejmě si uvědomuji a v každodenní praxi zažívám, že přítomnost rodičů a blízkých osob na oddělení přináší občasné problémy a úskali. Lékařská rozhodnutí a zákroky jsou leckdy pod pečlivým pozorováním rodičů, kteří nemusí vždy plně chápat význam a nutnost našich kroků, protože se v dané situaci ocitli zpravidla poprvé, a navíc se nacházejí v emočně náročném stavu obav o zdraví a život svých dětí“ (Gut in Mihál, 2006, s. 123).

Spolupráce zdravotního personálu a rodičů může být tedy bezproblémová, ve výjimečných situacích se může stát přítěží nejen pro své dítě, ale i pro celé dětské oddělení. V těchto případech je nezbytná dovednost zdravotního personálu i učitelky mateřské školy s rodičem správně komunikovat, chápat změněnou životní situaci matky během hospitalizace a tím i související změny v chování matky nebo celé rodiny. I přesto se považuje přítomnost rodiče za pozitivní přínos pro dítě.

Právo dítěte na neustálý kontakt se svými rodiči je zakotveno v etickém kodexu Práva hospitalizovaných dětí. Při příjmu dítěte do nemocnice zdravotní sestra vždy rodinu o právech dítěte informuje. Zkrácená verze jednotlivých článků etického kodexu musí být v tištěné podobě vyvěšena na všech pokojích dětských oddělení.

Na rodiče je kladena nová role jako doprovod svého hospitalizovaného dítěte. Nemají možnost odpočinku ani soukromí, často jsou zavaleni velkým množstvím nových informací, občas nerozumí všem slovům a výrazům v nemocnici běžně používaných. Dlouhodobá hospitalizace zasáhne vždy celou rodinu, je pro ni velmi náročným a stresujícím obdobím, ať už po stránce technického či finančního zajištění chodu domácnosti, tak i po stránce psychické.

„Přijetí nemocného či postiženého dítěte bývá ovlivněno úplností rodiny a počtem dětí. Problém nastává, pokud vážné onemocnění či postižení vzniklo u prvorozeného dítěte, rodiče si kladou otázku, zda vůbec mohou mít zdravé dítě. Je-li v rodině dětí více, rodina se s faktem nemoci či postižení obvykle vyrovnává snáz“ (Zacharová, 2014, s. 55-56).

2.3 Spolupráce a komunikace v nemocničním prostředí mezi školou a rodinou

Nedílnou součástí léčebného procesu hospitalizovaného dítěte je spolupráce zdravotního personálu s rodiči a učitelkou mateřské školy. Laskavý a přátelský přístup, vlídné zacházení a respektování malého pacienta by mělo být samozřejmostí. Základem dobré psychické i fyzické pohody hospitalizovaného dítěte je schopnost naslouchání jeden druhému a hledání společných řešení, která budou prospěchem pro nemocné dítě.

Úvodní informace o nemoci dítěte od zdravotníků poskytované rodičům by měly být sděleny jasně, srozumitelně, s dostatečným časovým prostorem na zodpovězení všech otázek. Každý zdravotník by měl být ujištěn, že rodiče pro momentální chvíli fakta správně pochopili.

„Při komunikaci s rodinou musíme stále myslet na to, že hovoříme s laiky. Mohou být v nemocničním prostředí poprvé a nemusejí znát pro nás základní termíny (např. vizita, klyzma). Neustále se musíme ujišťovat, že mluvíme srozumitelně, a nabízet další vysvětlení“ (Valenta, 2003, s. 161).

Vyjádření emocionální podpory rodičům je také další důležitý fakt. Během dlouhodobé hospitalizace je také třeba postupně poskytovat rodičům informace o vhodných přístupech v péči o dítě s Perthes Morbus a vysvětlit význam zapojení ostatních členů rodiny do péče o dítě v domácím prostředí a zdůraznit důležitost normálního fungování rodiny.

Pro zlepšení spolupráce s rodinou nemocného dítěte je nutné přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné spolupracovníky, poskytovat jim srozumitelné informace. Jak uvádí Valenta (2003), společná péče rodiny a zdravotníků o dítě v nemocnici přináší mnoho výhod. Dítě je méně úzkostné, je klidnější a lépe spolupracuje. Rodiče znají své dítě nejlépe a většinou první poznají, že je mu hůře nebo lépe. Rodiče posilují u dítěte pocit bezpečí a důvěru ke zdravotníkům. Ze své vlastní pedagogické praxe v mateřské škole při nemocnici mohou posoudit skutečnost, že rodič potřebuje velmi často mnohem více péče a času než jeho samotné dítě.

Komunikaci ve zdravotnictví nelze chápat pouze jako proces mluvení, dochází zde ke sběru informací. Mezi součást profesního vybavení každé zdravotní sestry patří právě komunikace s pacientem. Účinně komunikující sestry lépe vytvářejí blízký vztah s nemocným dítětem i jeho rodinou. Sestra nezastává pouze jednu roli během dne, má i roli učitelky, „utěšovatelky“ a někdy i druhé matky. Sestry si v dnešní době uvědomují a oceňují zapojení rodičů do péče o dítě.

Spolupráce mezi sestrou, lékařem a rodičem je velmi důležitá. Pro dítě se mnohdy stává sestra nejbližší kontaktní osobou dítěte při jeho pobytu v nemocnici. Měla by být zdrojem jistoty a porozumění. V tom jí pomáhá zejména neverbální projev. Důležitý je oční kontakt a úsměv, dobré je také všimnout si gest dítěte.

Zvláště u dětí předškolního věku, které jsou hospitalizovány v doprovodu dospělé osoby, se často role učitelky mateřské školy při nemocnici mění. V tomto případě se mnohdy stává spíše poradkyní nejen v otázkách vzdělávacích, ale také pomáhá řešit problémy výchovného rázu, radí v otázkách volného času a jak třeba podporovat rozvíjení dítěte.

Před pedagogy ve školách při nemocnici vystávají další nové úkoly a formy práce. Rodiče se zapojují do výchovně vzdělávací činnosti, a tak se širší spolupráce učitelky s rodiči stává další velkou oblastí pedagogického působení. Je zapotřebí přistupovat velmi taktně a citlivě. Mnohdy nejsou zapotřebí výchovné rady, ale postačí jen podpořit u rodičů zájem a účast v situaci, ve které se spolu se svým nemocným dítětem nacházejí. Je zapotřebí apelovat na nekritizující, empatický přístup a snažit se odvedení pozornosti dítěte i rodiče od nemoci a jejich povzbuzení.

„To však vyžaduje ze strany učitelky velkou toleranci a zkušenost skloubit výchovnou práci s dětmi, které jsou hospitalizovány s rodiči a s těmi, které jsou v nemocničním prostředí samy“ (Michalčíková, 2000, s. 5).

„Všichni, kdo se ocitneme v blízkosti rodin s těžce nemocným dítětem, bychom neměli zapomínat kromě své odborné práce také na projevy spoluúčasti a podpory. Při péči je nutné se zaměřit také na potřeby hospitalizovaných rodičů a rozvíjet edukační modely pro zlepšení mezi sestrami, rodinou a dětmi“ (Páleníková, Bužgová, 2009, s. 221).

3 Význam předškolního vzdělávání hospitalizovaného dítěte

Mateřská škola je významnou společenskou institucí pro předškolní vzdělávání, je tedy organizační základna preprimárního vzdělávání. Umožňuje dítěti začlenit se do sociální skupiny a zvládnout sociálně přijatelná pravidla chování. Podle Opravilové (2016) se lidé často domnívají, že není nic snadnějšího než vést malé dítě, které toho ještě moc neumí a přijme vděčně vše, co mu nabízíme.

Převratné změny ve společnosti přinesly i v předškolním vzdělávání hospitalizovaného dítěte řadu reformních kroků. Dlouhá (2015) se zamýšlí nad tím, jakou úlohu hraje v současné době nemocniční vzdělávání v komplexní péči o dětské pacienty vzhledem k technologickým pokrokům medicíny, k trendu zkracování doby hospitalizace, k prosazujícím se fenoménům, jako jsou dobrovolnické aktivity a herní specialista, kteří se zaměřují na psychickou podporu hospitalizovaných dětí.

Dnešní postoj k dítěti pomáhá stanovit cíl předškolní výchovy podle jeho skutečných potřeb. Potřeby malého dítěte naplňuje zpočátku pouze jeho rodina. Vstupem dítěte do mateřské školy přebírá velkou část odpovědnosti za uspokojování potřeb učitelka. V mateřské škole při nemocnici lze konstatovat, že je jistě nezastupitelná role učitelky, ale samozřejmě i role rodiče nemocného dítěte.

Osobnostně orientované zaměření se stalo hlavním nástrojem vnitřní proměny dnešní mateřské školy. Orientace na dítě přinesla možnost v nových podmínkách tvořivě uplatnit principy humanistické a demokratické výchovy. Osobnostní orientace se promítá i do vztahu k rodině, jejíž dominantní úlohu mateřská škola při nemocnici respektuje. Škola při nemocnici rodiče vnímá jako partnera školy a důležitou oporu nemocného dítěte.

3.1 Specifika při vzdělávání dětí v mateřské škole při nemocnici

„Pobyt v nemocnici nebývá úplně příjemná záležitost, a to ani tehdy, když se lékaři i ostatní zdravotnický personál snaží. Oázou pro hospitalizované děti jsou základní a mateřské školy, které při nemocnici fungují“ (Těthalová, 2011, s. 12).

„Přítomnost základní a mateřské školy při nemocnici na dětských odděleních má svou dlouholetou tradici. V době, kdy byly zakázány návštěvy na dětských lůžkových odděleních, kdy děti zůstávaly samy bez rodičů jen se svým steskem mnohdy i několik týdnů, byl učitel často jedinou osobou z „civilního života“, která přinášela dítěti hru, zábavu, rozptýlení a měla dostatek času se dítěti věnovat a naslouchat mu. Malých pacientů bývalo na oddělení mnoho,

a tak se stávalo, že nebylo mnoho času na uspokojení psychických potřeb dětí i při dobré vůli tuto péči poskytnout. Vybavenost škol v nemocničním prostředí bílých zdí, bílých postelí a sterilní bílé všude se omezovala na školní učebnice, kousek papíru, pastelky, dřevěné kostky, modelínu a pohádkové knihy“ (Valenta, 2003, s. 45).

Od začátku 90. let podle Valenty (2003) dochází díky otevřeným vztahům směrem ke zkušenostem z dětských oddělení v zahraničí ke změnám v systému péče o dítě hospitalizované na dětském oddělení i u nás. Nezastupitelnou úlohu má v první řadě rodič, vedle rodiče nemocného dítěte má v nemocnici další nezastupitelnou úlohu mateřská škola. Jejím úkolem je vytvořit dětem pocit bezpečí a jistoty a usnadnit jim adaptaci na neznámé nemocniční prostředí. Pobyt v nemocnici je totiž pro dítě i jeho rodiče velmi náročnou životní situací, s níž se musí oba dva vypořádat. Díky mé dlouhodobé pedagogické praxi v mateřské škole při nemocnici mohu zcela jistě usoudit, že pobyt dítěte v nemocnici ovlivňují dva činitelé – „prostředí“ mateřské školy a osobnost učitelky mateřské školy.

Hlavní rozdíl mezi běžnou mateřskou školou a mateřskou školou při nemocnici spočívá v tom, že v nemocnici se zpravidla nejedná o dlouhodobé vedení a vzdělávání dětí, skupina dětí je velice proměnlivá, malí pacienti do mateřské školy průběžně přicházejí a odcházejí, děti neabsolvují vzdělávací program celý. Spektrum nabídky aktivit je oproti jiným školám nižší. Je hlavně omezeno nejen zdravotním stavem dětí a prostorovými podmínkami zdravotnického zařízení.

Práce učitele v nemocnici je specifická v rozmyšlení vhodně zvolených metod, forem a prostředků pro konkrétní oddělení, skupinu dětí nebo individuální práci s konkrétním dítětem. Při vzdělávání hospitalizovaných předškolních dětí je nutný smysl pro pedagogickou improvizaci, schopnost pružně reagovat na vzniklé změny (organizační, změny v chování dětí, nenadálé události, rehabilitace apod.).

Základními metodami v mateřské škole jsou prožitkové a kooperativní učení hrou. Tyto metody lze využít v činnostech, které jsou založeny na přímých zážitcích dítěte, které podněcují radost dětí z učení, zájem poznávat nové věci a souvislosti, získávat zkušenosti, ovládat dovednosti a podporují dětskou zvědavost a potřebu objevovat.

Prostředí nemocnice by mělo působit rodinným dojmem. Prostředí je totiž dalším významným činitelem, který příznivě ovlivňuje proces uzdravování. Výzdoba prostředí jednotlivých oddělení musí být vkusná, na vysoké estetické úrovni. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že ne vždy tomu tak je.

Některá nemocniční oddělení mají vyhrazeny k výchově a vzdělávání předškolních dětí dětské herny. Zde mají malí pacienti možnost na chvíli zapomenout na svá trápení.

„Třídy neboli herny jsou velkým přínosem pro malé pacienty. Jsou opravdovým „pohlazením“ zejména pro nově příchozí tesknící dítě“ (Plevová, 1997, s. 20).

„V mnoha britských nemocnicích je oddělení uspořádáno tak, že herna je centrálním prostorem. Teprve z něj se vchází do části vyšetřovací a do pokojů dětí. Projdeme-li vchodovými dveřmi (mnohdy mají místo dveří jen dřevěnou, lehkou „branku“) na oddělení, ocitneme se ve velkém dětském pokoji. Všude je plno výzdoby a dětských výtvorů (na zdech, visí ze stropu), domečky pro děti (kuchyňka, nemocnice, obchod), domácí zvířátko (rybičky, morče) apod.“ (Valenta, 2003, s. 177-178).

Za dětmi s klidovým režimem (upoutaným na lůžko) dochází učitelka na pokoj. Málokdy leží na pokoji dvě nebo tři děti přibližně stejného věku. Práce u lůžka vyžaduje od učitelky zvýšenou pohotovost a schopnost reagovat adekvátně na danou situaci a této situaci přizpůsobit veškerou činnost. Hravé činnosti se často střídají s klidovými.

Vzdělávání probíhá v jiných organizačních podmínkách. Stěžejní formou vzdělávacích činností je individuální práce. Skupinovou práci volí učitelka podle aktuálního složení dětí na oddělení a jejich zdravotního stavu. Důležité je střídání činností a podpora rozvoje zájmů dětí.

3.2 Vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Opravilová (2016) uvádí, že mateřské školy dostaly ve školním roce 2003/2004 jako první mezi školskými stupni návrh sjednocujícího vzdělávacího programu. Od roku 2004 tento Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání znamenal důležitý krok k nové orientaci pro české mateřské školy. Tímto přijetím získaly mateřské školy před ostatními stupni škol určitý náskok v uskutečňování změn obsahu i metod předškolního vzdělávání.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání byl zpočátku přijat s určitými obavami, protože představuje náročnější a tvořivější práci pedagoga při plánování vzdělávacího obsahu. Naplňování tohoto obsahu přináší dítěti vědomosti, dovednosti, schopnosti, postoje a hodnoty. Výsledek záměrného působení by se měl objevit jako kompetence.

Kompetence je schopnost se širokým obsahem, zahrnuje určité předpoklady a různou úroveň. Jako celoživotní vybavenost jsou důležité tzv. klíčové kompetence. Pro předškolní vzdělávání jsou za klíčové považovány kompetence k učení, k řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, činnostní a občanské.

Vzdělávací obsah programu pro předškolní vzdělávání je koncipován jako vnitřně propojený celek. Vytyčuje základní vzdělávací oblasti. Každá oblast zahrnuje tři vzájemně propojené kategorie: dílčí cíle vyjadřují, co je důležité u dítěte podporovat, vzdělávací nabídka prezentuje praktické činnosti a očekávané výstupy, které předpokládají dosažitelné dílčí výsledky.

Struktura vzdělávacího obsahu se dělí na pět oblastí: biologickou (Dítě a jeho tělo), psychologickou (Dítě a jeho psychika), interpersonální (Dítě a ten druhý), sociálně kulturní (Dítě a společnost) a environmentální (Dítě a svět).

3.3 Osobnost učitelky mateřské školy při nemocnici

„Obraz učitelky mateřské školy vychází z představy ideální, laskavé matky, jejíž péče o děti je podložena především mateřskými instinkty a láskou, obohacena příslušnými dovednostmi a vzděláním“ (Opravilová, 2016, s. 186).

Ve své podstatě je osobnost učitele mateřské školy při nemocnici vnímána jako shodná s tradičním pohledem na učitele. Dobrým předpokladem úspěšné práce učitele se považuje jeho autorita. Po formální stránce ji zajišťuje funkce, očekávané chování, předepsané vzdělání a do určité míry i věk. Splněním těchto podmínek se posiluje autorita učitelky mateřské školy zejména u rodičů, pro děti je přijatelná učitelka především přirozená, s autoritou založenou na důvěře a osobnostních kvalitách.

Profese pedagoga je považována za jednu z nejnáročnějších. K psychické a fyzické vybavenosti patří pedagogický optimismus, aktivní přístup k práci, tvořivost a pedagogický takt. Vlohy, schopnosti či temperament jsou do jisté míry determinující, ale současně jsou ovlivněny tím, jak s nimi člověk zachází a jak si je uvědomuje.

Na učitele můžeme pohlížet i podle toho, jak při své činnosti postupuje. Někdo jedná systematicky, promyšleně a soustavně, jiný preferuje představivost, umělecký a intuitivní přístup. Důležitou součástí učitelké profese je sebepoznání a sebehodnocení.

„V nemocnici se změnilo i poslání učitelů. V minulosti jsme děti nejen vzdělávali, ale také nahrazovali roli rodičů, kteří neměli do nemocnice přístup. V současné době se učitelé mohou více věnovat výuce a dalším obdobným aktivitám“ (Dušková, 2005, s. 24).

„Učitel v nemocnici musí být do velké míry psychologem, musí odhadnout, zda je žádoucí s dítětem pracovat, nebo zda by nebylo lepší dítě držet za ruku, „pomazlit se s ním“, přečíst mu pohádku“ (Těthalová, 2011, s. 12).

Specifika práce učitelky mateřské školy při nemocnici vyplývá především z toho faktu, že veškerá její činnost je podřízena aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte a vždy musí respektovat pokyny zdravotnického personálu. Je stále připravena na změnu činnosti a improvizace je nedílnou součástí její práce. Improvizace vyplývá z průběžných vyšetření dětí, příchodu nových dětí, změny zdravotního stavu dítěte apod. *„Důležitý je citlivý individuální přístup s velkou mírou tolerance a pochopení problémů každého nemocného dítěte“* (Dlouhá, 2012, s. 47).

Učitelka musí umět velmi dobře improvizovat. V zásadě jde o to, aby měla stabilně připravenou nabídku aktivit, ze které může vycházet a kterou může v různých obměnách opakovat. Důležité také je, aby každá učitelka uměla vystihnout zájem a možnosti dítěte a tomu nabídku aktivit přizpůsobovat.

Pozitiva práce učitelky mateřské školy při nemocnici vidím v poznávání různosti mezi dětmi, velkého množství různých typů dětí (a jejich rodičů), zajímavých osobností a odlišností mezi nimi. Kladné stránky této práce jsou také pocit užitečnosti, potřebnosti a smysluplnosti.

K rozmanitosti práce také přispívají střídání dětí různých věkových skupin, rozdílná délka jejich hospitalizace, různá vědomostní úroveň, různý stupeň adaptace na nemocniční prostředí a mnoho dalších jiných činitelů, které ovlivňují učitelovu volbu metod a forem práce.

„Také možnost ověřovat si své schopnosti, rozvíjet sám sebe, neboť v rámci skupiny lidí, kteří jsou přítomni jeho práci (děti, rodiče, sestry, lékaři), není možno si dovolit dlouhodobé chyby, neúspěchy ani malou míru empatie a špatné schopnosti motivace“ (Prokešová, Žáčková, 2005, s. 17).

Negativa práce pedagoga v nemocnici souvisí také mnohdy v neustálém přerušování pedagogické činnosti z důvodu různých zákroků a vyšetření dětí. Také přítomnost rodiče hospitalizovaného dítěte ve všech činnostech vzdělávání může být někdy pro pedagoga obtěžující.

„Učitel ve škole při nemocnici bývá hned od prvního setkání s žákem postaven před problém, jak současně pozorovat a vyučovat, diagnostikovat a porovnávat. V současnosti je leckdy nutností být nejen učitelem, ale i manažerem, a to s ohledem na využití finančních prostředků z grantů na podporu netradičních aktivit, na vybavení heren, učeben, na nákup didaktických pomůcek aj., na koordinaci dobrovolných aktivit, spolupráci s herním specialistou (pokud je současně s učitelem na dětském oddělení zaměstnán)“ (Dlouhá, 2012, s. 51).

3.4 Současná legislativa

Legislativní ukotvení vzdělávání v mateřské škole při nemocnici zajišťuje školský zákon a vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných a vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání. Novela školského zákona 561/2004 Sb. v úplném znění ke dni 1. 9. 2018 mimo jiné mluví o rovném přístupu ke vzdělání každého státního občana České republiky bez jakékoli diskriminace z důvodu zdravotního stavu. Především novela školského zákona 561/2004 Sb. zavedla s účinností od září 2017 povinné předškolní vzdělávání. Je stanoveno dětem, které dosáhnou pěti let do měsíce září, nastoupit v následujícím školním roce k povinnému předškolnímu vzdělávání. Povinné předškolní vzdělávání se nevztahuje na děti s hlubokým mentálním postižením.

Povinné předškolní vzdělávání se vztahuje nejen na občany České republiky, ale i na cizince. Klade si za cíl pomoci před nástupem do základní školy zejména sociálně znevýhodněným dětem. Povinné předškolní vzdělávání má formu pravidelné denní docházky v pracovních dnech. Podmínky pro uvolňování dítěte, omlouvání neúčasti a dokládání důvodů stanoví školní řád mateřské školy.

Pokud není dítě po dovršení šestého roku věku tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé, zákonný zástupce dítěte požádá do 31. května v témže roce, kdy má dítě zahájit povinnou školní docházku, o odklad. Ředitel základní školy pak odloží dítěti o jeden školní rok začátek povinné školní docházky. Žádost musí být doložena posouzením příslušného školského poradenského zařízení a posouzením odborného lékaře nebo klinického psychologa.

Začátek školní docházky se tedy může odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku. Ředitel může také zákonnému zástupci dítěte doporučit vzdělávání dítěte v přípravné třídě základní školy nebo v posledním ročníku mateřské školy při předpokladu, že toto vzdělávání vyrovná vývoj dítěte.

Společné pobývání rodičů a jejich hospitalizovaných dětí je ošetřeno legislativně a je zakotveno v etickém kodexu Práva hospitalizovaných dětí.

„Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby v nemocnici s dítětem zůstali“ (Práva hospitalizovaných dětí – příloha č. 1).

4 Onemocnění Morbus Perthes

Morbus Calve-Legg-Perthes představuje jedno z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění kyčelního kloubu v dětském věku. Onemocnění je u nás známo spíše pod názvem Perthesova choroba nebo onemocnění Morbus Perthes. Toto onemocnění se vyznačuje poruchou prokrvení hlavice stehenní kosti. Vlivem této poruchy podlehne hlavice nekróze, hlavice pak ztrácí svůj původní tvar, odolnost a bortí se. Často může dojít k závažné deformaci tvaru celého kyčelního kloubu, jenž se pak stane v mladém či středním věku nefunkční.

„Nekrózou, která postihuje většinou chlapce ve věku od 3 do 8 let s variační šíří 2 – 15 let, může být postižena celá epifýza i s přilehlou částí metafýzy a růstové ploténky, častěji však jde o parciální přestavbu hlavice“ (Dungl, 2005, s. 712).

Toto onemocnění je charakteristické dlouhotrvající ošetrovatelskou péčí, která s sebou přináší velkou zátěž nejen na psychiku dítěte, ale i na jeho rodiče. Důležité je získat rodiče pro spolupráci o péči o dítě před operací i po operaci. Informovanost rodičů o tomto dlouhém období je velmi důležitá.

4.1 Historie

Jak uvádí Dungl (2005), chorobu popsali v roce 1910 nezávisle na sobě Georg Perthes v Německu, Jacques Calvé ve Francii a Arthur T. Legg v USA jako netuberkulózní onemocnění kyčelního kloubu u dětí. K popisu tohoto onemocnění využili vyšetřovací metody, kterou se tehdy stala radiodiagnostika.

Z domácích autorů se touto chorobou zabývali významní čeští ortopedi, z nichž na prvním místě je třeba jmenovat J. Slavíka. Významné jsou rovněž práce Pavlanského, manželů Svobodových z tehdejší Gottwaldovy dětské léčebny v Luži-Košumberku.

Calvého – Legoovu – Perthesovu onemocnění byla v ortopedickém písemnictví věnována vždy zasloužená pozornost. V minulosti byla používána léčba dlouhodobým odlehčením končetiny, klid na lůžku trval nezdědká dva až tři roky. Tato terapie měla řadu nevýhod a často závažný dopad na psychiku dítěte při dlouhodobém pobytu v léčebnách.

4.2 Etiologie

Perthesova choroba je idiopatické onemocnění, tedy vzniklé z neznámé příčiny. Etiologie se charakterizuje jako multifaktoriální. Existuje tedy několik faktorů, o nichž se předpokládá, že by mohly k onemocnění vést. Určitou roli hrají genetické predispozice, neboť přibližně u deseti

procent pacientů bylo stejné postižení zaznamenáno i u jejich rodičů. Také kouření v rodině se zahrnuje do možných příčin vzniku onemocnění. Matky dětí s chorobou Morbus Perthes také často uvádějí problémy v těhotenství nebo během porodu.

„Je také zajímavé, že rodiče nemocných dětí bývají starší a choroba postihuje častěji mladší sourozence (třetí či další dítě v rodině). Za rizikové bývají považovány děti nízkého věku s opožděným vyžíváním kostí“ (Džupa, 1996, s. 7).

Dalším závažným faktorem je zvýšený obsah kloubní tekutiny v kyčelním kloubu, k němuž dochází například po extrémním přetížení kloubu, během různých infekčních onemocnění dýchacích cest, někdy dokonce jako následek chřipky nebo angíny.

4.3 Klasifikace a průběh onemocnění

Rozdělení onemocnění do dvou skupin podle nálezu doporučil v roce 1953 O'Garra. Catteral rozdělil v roce 1971 diagnostické nálezy do čtyř skupin podle rozsahu nekrózy – třída I je charakterizována postižením jen předního okraje hlavice a toto stadium trvá přibližně šest měsíců, ve třídě II je postižena téměř celá přední polovina hlavice, třída III představuje subtotální postižení celé hlavice, v třídě IV je nekrotická celá hlavice.

V roce 1981 navrhl klasifikaci Stulberg mnohem výstižněji, výsledné stavy po proběhlém onemocnění řadí do pěti tříd od praktického normálního nálezu až po deformovanou hlavici na podkladě jejího kolapsu.

Průběh onemocnění je velmi individuální, většina dětí má mírné až středně závažné obtíže, které trvají dvanáct až osmnáct měsíců. Nemoc se obvykle projeví kulháním a bolestí v oblasti třísla nebo vnitřní části stehna či dokonce kolena. Obtíže bývají zpočátku mírné, dítě končetinu šetří, při chůzi na ní setrvává kratší dobu než na končetině zdravé. Bolest se zhoršuje během dne, někdy je udávána i bolest noční. Nezřídka se bolest manifestuje jen v oblasti kolenního kloubu, což může pediatra vést k mylnému sledování jinak negativního nálezu na kolenním kloubu, zatímco proces nekrózy kyčle dále pokračuje. Rodiče vyhledávají často lékaře i po několika měsících. Charakteristická je antalgická chůze, svalový spasmus s omezením hybnosti ve frontální rovině kyčelního kloubu. Rozsah pohybu kyčelního kloubu tak bývá omezen a krajní polohy jsou bolestivé. V průběhu tohoto onemocnění nejsou u dítěte patrné žádné známky celkového postižení.

„Děti mladší 6 let mají zpravidla lehký průběh, mezi 6. – 9. rokem středně závažný a po 9. roce je průběh téměř vždy závažný“ (Dungl, 2005, s. 716).

4.4 Diagnostika zobrazovacími metodami

K diagnostice Perthesovy choroby se využívají především zobrazovací metody, tedy rentgen, ultrazvuk a magnetická rezonance.

Diagnózu onemocnění u rozvinutých případů potvrdí rentgenové vyšetření, při kterém se snímkuje oba kyčelní klouby, aby bylo možno nález porovnat. Vyhodnocuje se kostní věk, který většinou při tomto onemocnění neodpovídá věku dítěte. Také růst kyčle bývá v porovnání se zdravou stranou zpomalen, sekundárně může dojít k remodelaci a sekundární tvarové změně kyčelního kloubu.

V první fázi onemocnění není na rentgenových snímcích patrná žádná patologie. Později lze porovnat menší osifikační jádra epifyzy a rozšíření kloubní štěrbin.

Na začátku onemocnění, kdy ještě změny na rentgenu nemusí být patrné, se provádí vyšetření ultrazvukem, které potvrdí případné zvýšení obsahu tekutiny v kloubu. Pokud se potvrdí v kloubu zvýšený obsah tekutiny, provádí se další vyšetření – při opakovaných náplních tekutinou v kyčelním kloubu se doplňuje vyšetření rentgenologickým nebo magnetickou rezonancí.

Magnetická rezonance je považována řadou autorů za nejlepší metodu pro diagnostiku časných stádií tohoto onemocnění. Vyšetření zobrazí velmi přesně tvar hlavice. Vyšetření představuje naprosto neinvazivní metodu a dává vysoce kvalitní informaci o struktuře kostní tkáně. Jde o zcela neškodnou metodu. Jedinou nevýhodou pro dětské pacienty je nutnost asi třicet minut nehybně ležet v zařízení, které vydává nepříjemný přerušovaný zvuk. Někdy se toto vyšetření provádí v celkové anestezii. Magnetická rezonance může potvrdit diagnózu dříve než rentgenový snímek, a tím umožňují časnější zahájení terapie.

4.5 Terapie

Perthesova choroba je onemocnění, které má tendenci léčit se samo. Je proto důležité vytvořit kyčli správné podmínky pro přestavbu kosti. Až do konce 70. let minulého století byla tato nemoc v naší republice léčena pouze konzervativní léčbou. Terapie však trvala dlouhou dobu. Tak se na základě nových lékařských poznatků objevily nové možnosti nejen v terapii konzervativní, ale i v léčbě operační. Jak uvádí Košťál (2001), cílem operační terapie je vyřadit dítě z normálního života na co nejkratší dobu a umožnit mu co nejrychlejší návrat k normální pohybové aktivitě.

Operační léčba omezuje dítě na kratší dobu než terapie konzervativní, přináší jednorázovou vyšší zátěž s možnými riziky, ale velmi dobrými výsledky při správné indikaci.

Všechny děti se stanovenou diagnózou onemocnění Perthes Morbus, které splňují indikační kritéria k operační terapii, jsou hospitalizovány. Ke stanovení diagnózy je třeba zhotovit rentgenové snímky kyčlí. U všech pacientů je také třeba zhotovit snímek levé ruky a zápěstí ke stanovení kostního věku.

Operační léčba se volí většinou u dětí nad pět let věku. Od prvního dne hospitalizace jsou děti ukládány do horizontální polohy a dolní končetiny jsou zavěšeny do Zahradníčkových závěsů s botičkovou extenzí 10% tělesné hmotnosti za obě nohy v abdukci. Svalové kolemkloubní kontraktury je nutno uvolnit, stejně je nutno dosáhnout cílenou rehabilitací uvolnění omezeného pohybu kyčelního kloubu. Dítě je pak následně operováno, ve stejné anestézii je dětskému pacientovi přikládána jednostranná sádrová spika. Sádra je ponechávána šest týdnů. Sedmý pooperační den je dítě propuštěno do domácího ošetřování.

„Za 6 týdnů po operaci je sejmuta sádrová spika operované kyčle a po krátkodobé rehabilitaci, která nepřesáhne 1 týden, je dosaženo funkčního rozsahu pohybu v operované kyčli. Dalších 6 týdnů děti odlehčují operovanou kyčel chůzí o dvou francouzských holích. Domnívat se, že šestileté dítě, které nemá žádné obtíže, skutečně odlehčení důsledně dodržuje, je iluzorní. Po třech měsících od operace je ponechána plná volnost pohybu, včetně školního tělocviku, s vyloučením namáhavých cvičení a delších pochodů“ (Dungl, 2005, s. 719).

U dítěte, které se s rehabilitací seznamuje, je nutno počítat s nejistotou, úzkostí či strachem. Přispívá totiž k tomu nejen nezvyklé vybavení rehabilitačního pracoviště, ale i nepříjemné prožitky s následkem pláče i křiku druhého dítěte, které jsou při rehabilitačních cvičení u dětí velmi časté. Tento strach z bolesti pak může v dítěti navodit záporný postoj k rehabilitaci vůbec.

Až do konce sedmdesátých let 20. století byla tato choroba v naší republice určena ke konzervativní terapii s tím, že ve většině případů bylo dosaženo uspokojivých výsledků. Léčba spočívala dlouhodobým odlehčením končetiny, klidem na lůžku a trakcí po celou dobu průběhu onemocnění. Tato terapie měla řadu nevýhod a často závažný dopad na psychiku dítěte při dlouhodobém pobytu v léčebnách.

Dnes je konzervativní terapie používána u dětí do pěti let věku tam, kde je vlastní kloubní jamka kyčelního kloubu dobře vyvinuta a spolehlivě kryje kloubní hlavici. U konzervativní terapie je

důležité uvolnění kolemkloubních kontraktur trakcí, a poté naložením abdukční Atlanta dlahy, v níž je pacient vertikalizován.

Při zahájení konzervativního léčení je obvykle dítě hospitalizováno. Klid na lůžku se stejně doplňuje Botičkovou trakcí jako u operační terapie v Zahradníčkově závěsu. Po odeznění bolesti se rehabilituje pohyb kyčelního kloubu. Dítě léčené Atlanta dlahou je kontrolováno ambulantně ve třech až čtyřech měsíčních intervalech rentgenem. Ortéza je sice nošena několik měsíců, ale umožňuje léčení dítěte v rodinném prostředí. Dítě je minimálně omezeno. Je schopno jezdit na kole, kopat do míče apod.

4.6 Specifika ošetrovatelské péče u dětí s diagnózou Morbus Perthes

Ošetrovatelská péče o dítě je specifický obor orientovaný na dítě a péči o něj, který vyžaduje u zdravotního personálu znalost vývojové psychologie dětí předškolního věku.

K nejdůležitějším osobám zdravotnické péče patří bezesporu lékař, který má kompetence k objasňování všech aspektů nemoci a kompetence k navrhování potřebných terapeutických opatření. Důležitá je tedy nejen spolupráce s lékařem, rodičem a pacientem, ale i spolupráce mezi zdravotní sestrou a rodičem. Správná komunikace musí tedy fungovat nejen mezi dospělými, ale i mezi dítětem a dospělým, zejména zdravotním personálem. Zdravotní sestra by měla být pro dítě zdrojem jistoty a porozumění, stává se často pro dítě další nejbližší kontaktní osobou. Měla by být proto vždy klidná, příjemná a chápající.

Pro zdravotníky je velmi obtížné sdělování závažných nebo nepříjemných zpráv rodičům dítěte. Mnohdy nastanou situace, kdy rodič nemá úplnou představu o vývoji onemocnění Morbus Perthes, nebo o její prognóze.

„Celkově je možné říci, že je to právě oblast pediatrie, kde se v poslední době systematicky nejvíce studuje, jak lze snížit nežádoucí obavy a strach i distres pacientů, kteří stojí před vážnými lékařskými výkony. Kognitivně-behaviorální přístupy se i zde ukazují jako relativně nejvhodnější, a to jak pro lékařské výkony u dětí, tak dospělých“ (Křivohlavý, 2002, s. 58)

Součástí léčby onemocnění Morbus Perthes je v předoperačním i pooperačním období léčebná rehabilitace pod vedením kvalifikovaného fyzioterapeuta. Protože toto onemocnění je onemocnění dětského věku, je důležité rehabilitaci přizpůsobit věku dítěte a přistupovat k malému pacientovi velice individuálně. Aby dítě udrželo pozornost, je potřeba cvičební jednotku často opakovat, do cvičení zapojit prvky hry, písničky nebo říkadla. Je vhodné s dítětem cvičit za přítomnosti rodičů.

5 Vlastní průzkum a jeho cíle

Vlastní průzkum mohu rozdělit na dvě části. První část tvoří strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami a jeho analýza. Ve druhé části pak uvádím návrh edukativního programu pro dlouhodobě hospitalizované dítě s diagnózou Perthes Morbus. Program je navržen na základě analýzy strukturovaných rozhovorů.

V úvodu této kapitoly definuji cíle vlastní práce, charakterizuji výzkumný vzorek, potom se budu věnovat metodám při získávání informací. Na konci kapitoly uvedu závěry, které budou výsledkem mého šetření a inspirací k navržení edukativního programu pro vzdělávání hospitalizovaných dětí. Program uvedu v samém závěru této kapitoly.

Tématem mé práce je hospitalizované dítě předškolního věku a jeho vzdělávací podpora v nemocnici v rámci mateřské školy i v domácím ošetřování s aktivní účastí rodičů nebo některých rodinných příslušníků.

Cílem výzkumu je zjistit, jak vnímají rodiče vzdělávání svého dítěte hospitalizovaného v nemocnici a jejich ochotu spolupodílet se na vzdělávání dítěte během domácího ošetřování v délce pěti týdnů, kdy je dítě upoutáno v sádrové spici na lůžko.

Pro diplomovou práci lze tedy definovat tyto dva cíle:

1. Zmapovat názory rodičů, jak hodnotí význam mateřské školy při nemocnici a vzdělávání svého dítěte při dlouhodobé hospitalizaci (podporu ze strany mateřské školy).
2. Zjistit, zda by rodiče uvítali prostřednictvím vzdělávacího programu edukativní podporu při domácím ošetřování svého nemocného dítěte v sádrové spici po dobu pěti týdnů (podpora ze strany rodičů).

Inspirací pro můj průzkum se staly zkušenosti z vlastní dlouholeté pedagogické činnosti v mateřské škole při nemocnici v Praze. Na základě těchto zkušeností a na základě prostudované odborné literatury předpokládám, že mateřské školy při nemocnici dávají obrovskou podporu předškolnímu hospitalizovanému dítěti. Svými edukativními činnostmi inspirují také rodiče hospitalizovaného dítěte a nabídnou tak nejen dítěti, ale i rodičům velkou škálu vzdělávacích činností a aktivit. Ty pak rodiče mohou svým aktivním zapojením využít k rozvoji a psychické podpoře svého nemocného dítěte po dobu pěti týdnů v domácím prostředí.

6 Zkoumaný vzorek, jeho charakteristika a popis

Zkoumaný vzorek tvoří zákonní zástupci sedmnácti dětí, z toho jedenácti chlapců a šesti dívek. Všechny děti byly během své hospitalizace zařazeny do předškolního vzdělávání v mateřské škole při nemocnici.

Oslovila jsem všechny zákonné zástupce (matky a jednoho otce) těchto hospitalizovaných dětí. Pro ochranu jejich soukromí a identity jsem zvolila označení výpovědí: matka – M1 až M16, otec byl jeden s označením O1.

Kritériem pro výzkum bylo:

- rodič dítěte do šesti let nebo s odkladem povinné školní docházky;
- rodič dítěte s diagnózou Perthes Morbus;
- rodič, který neměl s hospitalizací svého dítěte žádné zkušenosti;
- dítě musí být hospitalizováno minimálně pět pracovních dní;
- rodič souhlasí s rozhovorem.

7 Použité metody

Pro sběr dat jsem zvolila kvalitativní výzkum. Metoda strukturovaného rozhovoru umožnila podrobný náhled na danou problematiku, na subjektivní pocity rodičů dlouhodobě nemocných dětí v nemocnici i na vlastní zkušenosti během domácího ošetřování svého dítěte. Metodou strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami jsem zjistila potřebné informace. Hlavní osnova otázek byla doplňována dalšími podotázkami. Během rozhovoru jsem vše zaznamenávala písemně do předem připravených záznamových archů.

„Kvalitativní výzkumníci používají zejména tři typy dat: data z rozhovorů, data z pozorování a data z dokumentů“ (Švaříček, Šedřová, s. 15).

Rozhovor (příloha č. 2) obsahuje 13 otázek. Otázky byly stanoveny tak, aby byly jednoduše formulované, jasné a stručné. Na začátku rozhovoru byli všichni respondenti seznámeni s tématem rozhovoru a cílem rozhovoru. Byla zdůrazněna anonymita získaných informací. Na závěr rozhovoru bylo vždy z mé strany krátké shrnutí a poděkování respondentovi za jeho věnovaný čas.

Třináct otázek strukturovaného rozhovoru se věnovalo tématu vzdělávání v mateřské škole při nemocnici, zkušenostem a pocitům rodičů z nemocnice, zkušenostem a pocitům z domácího ošetřování dítěte.

8 Popis vlastního průzkumu

Průzkum jsem provedla v době od ledna 2017 (ihned po zadání tématu diplomové práce) do prosince 2018. Průzkum proběhl na dětské ortopedii v nemocnici v Praze, kde jsem po celou dobu průzkumu jako učitelka mateřské školy pracovala.

Dotazovaní rodiče byli se svými dětmi hospitalizováni na dětské ortopedii nejdříve po dobu asi tří týdnů, z toho dva týdny předoperační pobyt a jeden týden pooperační pobyt. Po této době byli propuštěni na pět týdnů do domácího ošetřování. Po domácím ošetřování následovala krátká hospitalizace (čtyři až sedm dnů), kdy byla dítěti odstraněna sádrová spika a následně bylo propuštěno domů.

Průzkum se tedy zabýval zjišťováním, do jaké míry rodiče vnímali význam vzdělávání jejich hospitalizovaných dětí, jak hodnotili existenci mateřské školy při nemocnici, zda byli činnostmi a vzděláváním v nemocnici inspirováni k dalšímu rozvíjení jejich dítěte, zda je tyto činnosti motivovaly k vlastní aktivitě při rozvíjení jejich dítěte.

Následně jsem se s rodičem kontaktovala prostřednictvím mobilního telefonu. Telefonicky z důvodu toho, že rodiče hospitalizovaných dětí byli z různých krajů naší republiky. Každý z rodičů spolupracoval velmi ochotně a spontánně. Odpovědi rodičů jsem zaznamenávala na předem připravený arch. Na konci výzkumného období jsem následně všechny rozhovory současně analyzovala. Rozhovory s rodiči probíhaly průběžně celé výzkumné období.

8.1 Analýza a interpretace dat

Pro analýzu dat jsem vybrala metodu selektivního protokolu.

Od respondentů jsem prostřednictvím strukturovaného rozhovoru získala velké množství různorodých informací. Ze všech informací jsem vybrala jen ty užitečné. Z těch jsem následně vytvořila prostřednictvím jednotlivých mnou zvolených kódů čtyři základní kategorie. Podle zvolených kódů byly jednotlivé odpovědi do těchto kategorií rozděleny.

- 1) Kategorie INFORMOVANOST (kódy MŠ při nemocnici, vzdělávací program).
- 2) Kategorie POCITY V NEMOCNICI (kódy inspirace, subjektivní pohoda, motivace, rozmanitost).
- 3) Kategorie VZDĚLÁVACÍ PODPORA DÍTĚTE V DOMÁCÍM OŠETŘOVÁNÍ (kódy aktivita, investice, akceptace).
- 4) Kategorie VLASTNÍ ZKUŠENOST Z DOMÁCÍHO OŠETŘOVÁNÍ (kódy obtížnost, oblíbenost, polohování, kompenzační pomůcky).

Kategorie informovanost

Existence školy a její program

Rodiče se mohou před plánovanou hospitalizací svého dítěte prostřednictvím webové stránky nemocnice nebo webové stránky školy při nemocnici informovat o vzdělávání hospitalizovaného dítěte v nemocnici a o všech dalších činnostech a vzdělávacím programu této mateřské školy.

Jak uvádím v teoretické části své diplomové práce, hospitalizace dítěte je náročnou životní zkušeností nejen pro dítě, ale i pro rodiče. Je na ně kladena nová role jako doprovod svého nemocného dítěte. Mateřská škola při nemocnici se snaží vytvářet podmínky pro tělesnou i psychickou pohodu při vzdělávání hospitalizovaného dítěte. Snaží se tak zpříjemnit adaptaci na nové prostředí nejen dítěti, ale zcela jistě i jeho spolu hospitalizovanému rodiči.

„Ano věděla, dívala jsem se na webové stránky nemocnice, kde je odkaz na školu. A tam jsem se dočetla i o programu.“ (M8)

„O mateřské škole jsem věděla z webu nemocnice, ale nevěděla jsem, že má svůj vzdělávací program.“ (M1)

„O školce ano, ne o programu.“ (M3)

Podle osobní zkušenosti jsem předpokládala, že většina respondentů o mateřské škole neví. Pokud respondent nevěděl o mateřské škole, je zcela samozřejmé, že netuší nic o vzdělávacím programu, který škola má. První den hospitalizace je rodič přehlcen zdravotnickými informacemi a vyplňováním zdravotnické dokumentace, pokyny zdravotníků a různými povinnostmi ohledně pobytu v nemocnici. V tuto dobu pak přichází s dalšími novými informacemi učitelka mateřské školy. Rodiče informuje o průběhu a podmínkách vzdělávání jejich hospitalizovaného dítěte. Pokud by rodiče o působení mateřské školy věděli, byli by v tuto chvíli ušetřeni základních informací o škole. Tak mnohdy nastává první den zbytečně situace, která je pro rodiče opravdu zatěžkávací a stresující.

„Nevěděla jsem ani o školce, ani o programu.“ (M2)

„Nevěděl jsem o školce. A že má nějaký program, už vůbec ne.“ (O1)

„O školce jsem nevěděla.“ (M6)

„Ne, nevěděla.“ (M11)

„O působení mateřské školy v nemocnici jsem nevěděla.“ (M14)

„O školce jsem se dozvěděla až od paní učitelky v nemocnici. Jinak jsem nic neznala.“ (M10)

Z výroků respondentů je tedy patrné, že je potřeba se nad informovaností o mateřské škole při nemocnici zamyslet a najít takovou cestu, která by rodiče o dění mateřské školy včas informovala. Rodičům tak příchod do nemocnice a jejich obavy o zvládnání péče o dítě v neznámém prostředí zcela jistě zmírnila a ujistila je, že čas strávený v nemocnici bude pro ně i jejich dítě díky mateřské škole zcela jistě lépe zvládnutelný a příjemnější.

Navrhovala bych zhotovení letáku s informacemi o možnosti vzdělávání hospitalizovaných dětí, který by se například zveřejněním ve všech dětských ambulancích nebo běžných mateřských školách dostal do povědomí široké veřejnosti. Jsem zcela jistě přesvědčena, že nejvhodnější místo pro zveřejnění informací o škole by byly ambulance dětské ortopedie, kam vedou první kroky rodičů a jejich dítěte s počátečními příznaky diagnózy Morbus Perthes.

Kategorie Pocity v nemocnici

Subjektivní pohoda

Další skutečnost, která mě zajímala, byla, zda rodiče vidí význam předškolního vzdělávání i z druhé stránky. Při vzdělávání v nemocnici nejde jen o rozvíjení vědomostí a dovedností dítěte. Veškeré činnosti nabídnuté mateřskou školou pozitivně podporují psychiku dítěte a jeho subjektivní pohodu. Dítě se tak velmi často přirozeně dokáže odpoutat od strachu a mnohdy i od nepříjemné a trvalé bolesti.

Jak uvádím v teoretické části, významným činitelem, který ovlivňuje proces uzdravování, není jen dokonale esteticky vyřešený interiér oddělení. Velkou roli hraje i osobnost zdravotnického personálu a také osobnost paní učitelky a její přístup k dětem.

Z většiny výroků respondentů mého průzkumu je tedy patrné, že si uvědomili pozitivní přínos předškolního vzdělávání během hospitalizace jejich dítěte, že vzdělávání odvádí pozornost dítěte od nemoci. Většina respondentů uvádí, že se jejich dítě v nemocnici nenudilo.

„Dítě se zabaví a nenudí se.“ (M3)

„Bylo to výborné. Kluk se zabavil a já jsem byl pak taky v klidu.“ (O1)

„Když dítě zapomene na chvíli na bolest, pak maminky jsou také v pohodě.“ (M8)

Z výše uvedených výroků se dá konstatovat, že někteří respondenti vnímali psychickou pohodu nejen u svého dítěte. Současně si uvědomili, že pohoda dítěte ovlivňuje pozitivně i pocity rodičů dětí. Všechny činnosti v mateřské škole při nemocnici tak pozitivně ovlivňují nejen dítě, ale i jeho spolu hospitalizovaného rodiče.

„Moc se nenudil a vyzkoušel si nové hry a stavebnice.“ (M7)

„Vůbec jsme se školkou nepočítali, o to to bylo větší překvapení.“ (M10)

„Malá byla spokojená.“ (M11)

„Při pobytu jsme se nenudily.“ (M16)

Nuda se v odborných publikacích definuje jako „nepříjemný přechodný duševní stav“, jakýsi stav omrzelosti, nespokojenosti a snížené pozornosti. Nenudění tedy můžeme chápat jako psychickou pohodu, kterou respondenti u svých dětí vnímali a kladně hodnotili.

Inspirace

Je zcela běžné, že rodiče znají klasickou mateřskou školu a tradiční vzdělávací činnosti pro předškolní vzdělávání. Rodiče hospitalizovaných dětí se mohou ve škole při nemoci všech vzdělávacích činnostech účastnit, svou aktivní účastí se na dění mateřské školy podílejí. Jsem přesvědčena, že pro všechny rodiče to je zkušenost naprosto ojedinělá a první. Rodiče tak mají možnost se se všemi didaktickými pomůckami a hrami seznámit a naučit se s nimi pracovat. Z tohoto důvodu mne velmi zajímalo, do jaké míry si tuto skutečnost uvědomili, do jaké míry je všechny didaktické pomůcky inspirovaly a motivovaly.

„Bylo to velmi zajímavé. Škola má hodně krásných věcí, ani je všechny neznám.“ (M1)

„Jasně, nakoupila jsem některé hry a stavebnice synům na Vánoce a na narozeniny.“ (M1)

„Lego máme doma, naučili jsme se vyrábět.“ (M2)

„Nejlepší bylo Kouzelné čtení a Logico Piccolo.“ (M4)

„Oblíbil si tu nějaké hry na iPadu a magnetickou stavebnici. Stavebnici určitě koupíme domů.“ (O5)

„Koupili jsme tablet.“ (M5)

„Nejlepší byly logopedické kartičky. Ty pořád používal doma.“ (M6)

„Určitě ano, stavebnice některé koupím.“ (M7)

„Byly velmi inspirující. Člověka ani nenapadne, co všechno se může s nemocným dítětem dělat.“ (M8)

„Společenské hry byly velmi inspirující. A pak velké množství stavebnic.“ (M9)

„Něco jsem koupila. Ano.“ (M10)

„Nejlepší byl iPad, ale na ten nemáme peníze.“ (M11)

„Objevila jsem v nemocnici spoustu nových věcí a hraček.“ (M13)

Ze všech výpovědí jasně vyplynulo, že respondenti našli v pomůckách pro vzdělávání nemocného dítěte nejednu inspiraci. Mezi nejvíce inspirativní byly různé druhy stavebnic, zejména magnetické, dále různé společenské a didaktické hry. Mnohé inspirace také respondenti využijí k nákupům her a hraček pro soukromé účely. Z toho můžeme usoudit, že se respondenti seznámili s novými pomůckami a vzdělávacími náměty a nápady, které považují za velmi inspirující pro rozvoj vlastního dítěte i v domácím prostředí.

Rozmanitost a pestrost

Dítě s diagnózou Perthes Morbus je prvních čtrnáct dnů hospitalizace (z důvodu léčebné cílené rehabilitace v předoperačním období, kdy musí dojít k uvolnění rozsahu pohybu v kyčelním kloubu a odstranění svalových dysbalancí) upoutáno na lůžko. Neprožívá silné bolesti a nepodstupuje nepříjemné lékařské zákroky. Absolvuje pouze dvakrát denně rehabilitační cvičení na lůžku a v bazénu. Předoperační období je z tohoto důvodu velmi vhodné ke vzdělávání dítěte a aktivního zapojené rodiče. Rodič s dítětem má ideální dobu na seznámení se s různými didaktickými hrami a vzdělávacími pomůckami. Tento fakt potvrzují mnohé výpovědi respondentů.

„Školka má hodně krásných věcí. Ani je všechny neznám.“ (M1)

„Měl si opravdu s čím pořádkem hrát.“ (O1)

„Školka má krásné pomůcky, užili jsme si je se synem.“ (M7)

„Tolik hraček udělá dětem radost.“ (M10)

„Činností bylo opravdu hodně. Krásné nápady na výtvarné činnosti, pěkné knížky, zejména Kouzelné čtení, pak stavebnice.“ (M13)

„Ano, bylo nám nabídnuto mnoho různých činností.“ (M14)

„Účastnili jsme se např. vyrábění z papíru, korálků, šňůrek.“ ((M15)

„Byla jsem velmi spokojena s nabídkou aktivit, množstvím stavebnic, her a výtvarného materiálu.“ (M16)

Všichni respondenti se tedy shodli na tom, že si dobře uvědomili širokou škálu, různost a pestrost nabídky vzdělávacích činností a didaktických pomůcek, která odpovídá vzdělávacím potřebám hospitalizovaného dítěte v předškolním věku.

Z odpovědí během telefonického rozhovoru (s krátkým časovým odstupem od domácího ošetřování dítěte) také vyplynulo, že respondenti zapamatováním konkrétních činností a výtvarných námětů mě přesvědčili, že opravdu načerpali velké množství nápadů a podnětů k rozvíjení svého dítěte. Velké množství didaktických her a činností je tak zcela jistě motivovalo do dalších činností realizovaných v domácím prostředí.

Kategorie Vzdělávací podpora dítěte v domácím ošetřování

Akceptování programu

Dotázaní respondenti si měli vzpomenout, jakým způsobem probíhala péče o jejich dítě po dobu pěti týdnů během domácího ošetřování. Domnívám se, že si uvědomili význam předškolního vzdělávání při pobytu v nemocnici a současně i podporu psychické pohody dítěte. Z tohoto důvodu mne tedy v průzkumu dále zajímalo, jak by respondenti reagovali na nabídku vzdělávacího programu na období pěti týdnů domácího ošetřování dítěte.

„Určitě ano.“ (M3, M4, M5, M15, M16)

„Určitě, protože jen koukal na tablet a televizi.“ (M6)

„Určitě ano, už jsem nevěděla, jak syna zabavit, aby se nenudil.“ (M7)

„Pokud bych všechny činnosti zvládla, určitě bych uvítala nějaký program.“ (M8)

„Určitě ano, sice jsem pracovala, ale nějaké nápady a inspiraci bych uvítala.“ (M9)

Většina respondentů bez zaváhání rychle odpověděla, že by program uvítala. Zcela jistě si vzpomněli na svůj aktivní přístup ke vzdělávání v mateřské škole při nemocnici a na svoje dosavadní zkušenosti při práci s nemocným dítětem. U respondentů bylo během telefonického rozhovoru znát velké nadšení a ochotný přístup k nabízenému programu. Žádné dotazy ohledně realizace programu nebyly respondenty položeny.

Z některých výpovědí vyplynuly malé obavy ze zvládnutí programu, ale nebylo zaznamenáno žádné, zcela striktní odmítnutí nabídky vzdělávacích činností.

„Snad by to manželka zvládla, já jsem pořád v práci.“ (O1)

„Jen nevím, jestli bych to všechno zvládla.“ (M1)

„Člověk se musel starat ještě o rodinu, tak aby zbyl na všechno ještě čas.“ (M14)

Ze všech odpovědí dotazovaných respondentů tedy jasně vyplynul jejich možný aktivní přístup a nadšení z navrhovaného programu. Respondenti tak zcela jistě usoudili, že by navrhovaný

programu pomohl alespoň v menší míře zvládnout náročnou situaci při domácím ošetřování nemocného dítěte.

Rodina a její aktivita

Mým dalším cílem průzkumu bylo zjistit, zda by se rodiče zapojili do vzdělávacího programu sami nebo by požádali jiného rodinného příslušníka.

„Občas ho hlídala i babička, zapojila bych i staršího sourozence.“ (M2)

„V hlídání jsme střídali s manželem a babičkou.“ (M3)

„Pokud bych nestíhala, určitě bych poprosila babičky.“ (M13)

„Já asi opravdu ne, ale třeba manželka nebo babička.“ (O1)

„Asi by se zapojila i babička.“ (M9)

Všechny aktivity by byly realizovány pod vedením samotných respondentů. Jak také někteří respondenti uvádějí, do vzdělávání dětí by se pravděpodobně (podle aktuální potřeby) zapojili i prarodiče malých pacientů. Z výpovědí lze tedy usoudit, že pokud by neměl sám respondent možnost aktivně se programu zúčastnit, požádal by jednoho z prarodičů o zastoupení. Celkový přístup respondentů ke vzdělávání svého nemocného dítěte tak můžeme hodnotit jako velmi zodpovědný a důsledný.

„Pokud bych tomu rozuměla, tak já sama se zapojila. Babička je už starší a manžel je v práci a brácha ve škole.“ (M1)

„Se synem bych dělala nové věci ráda, alespoň by mi to taky uteklo.“ (M7)

„Zapojila bych se sama.“ (M16)

V těchto výpovědích respondentky zkonstatovaly, že vzdělávání dítěte v domácím ošetřování by bylo jen jejich záležitostí.

„Hlavní aktér by byla maminka, asi i babička, starší brácha.“ (M9)

„Starší sourozenci.“ (M11)

„Podíleli by se i ostatní.“ (M4)

„Udělal bychom to všichni společně. Dobrý nápad.“ (M10)

Dotázané respondentky by podle výše uvedených výpovědí pravděpodobně řešily vzdělávání svého dítěte podle aktuálních možností a situací, nicméně z odpovědí je jasné a zřejmé, že s aktivitou některých členů rodiny by počítaly.

Investice

V navrhovaném programu se snažím využít ke vzdělávání takové didaktické hry a zejména pomůcky, jejichž případné pořízení by v žádném případě nenavýšilo finanční rozpočet rodin, ze kterých respondenti pocházejí.

V jednotlivých činnostech proto navrhuji ke vzdělávání využití jednoduchých pomůcek (např. předměty denní potřeby, kuchyňské dřevěné a plechové náčiní apod.), základní výtvarné pomůcky, kancelářské pomůcky a jiné klasické pomůcky k pracovním činnostem, které by většina rodin zcela jistě nemusela nakupovat.

„Určitě ano.“ (M1, M2, M3, M4, O1, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M13, M14, M16.)

„Ano, ve škole se taky přispívá na workshopy.“ (M15)

Při rozhovorech jsem respondentům oznámila pravděpodobnou finanční částku (asi 300 – 350 korun) potřebnou k nákupu pomůcek ke vzdělávání. Kromě dvou respondentek všichni s investicí jasně souhlasili.

„Pastelky máme.“ (M11)

„Asi ano“ (M12)

V případě respondentky M11 jsem během celého rozhovoru vycítila ve srovnání s ostatními respondenty nejmenší nadšení. Tuto skutečnost mohu potvrdit i ze své pedagogické praxe. Maminka byla během hospitalizace svého dítěte aktivní velmi málo a své dítě ve vzdělávání podporovala dle mého názoru skutečně minimálně. Proto mne odpověď respondentky M11 nepřekvapila.

Kategorie VLASTNÍ ZKUŠENOST Z DOMÁCÍHO OŠETŘOVÁNÍ

Obtížné a oblíbené

Starat se o nemocné dítě je v některých momentech fyzicky i psychicky náročné. Během rozhovoru jsem chtěla zjistit, jaké nejčastější problémy viděli respondenti u svých dětí při péči v jeho přirozeném prostředí. Předpokládala jsem, že získám informace o problémech souvisejících se vzdělávacími činnostmi dětí, které bych pak patřičně využila v navrhovaném vzdělávacím programu.

„Svědila ho někdy sádra, občas se nudil, chtěl jít ven. A někdy hrál dlouho na tabletu a vlastně ho to už ani nebavilo.“ (M1)

„Někdy se nudil a chtěl kamarády.“ (M2)

„Někdy nuda, nezám, jen se dívat na televizi.“ (M3)

„Nemohl se pohybovat, chyběl mu kontakt s ostatními dětmi. Někdy se prostě nudil a pak začal zlobit a vymýšlet si věci, aby na sebe upoutal pozornost.“ (M13)

„Měl občas krizi. Chtěl jít ven za dětma, nic ho nebavilo. Prostě jen špatná nálada.“ (M7)

„Absence kontaktu s ostatními dětmi, být v klidu.“ (M16)

„Co si vzpomínám, tak občas chtěl za dětma ven. Jinak to zvládl.“ (O1)

„Bez kontaktu s ostatními dětmi, omezený pohyb, ale bavilo ho předčítání a hromadné rodinné návštěvy, hraní se zvířaty. (M15)

„Někdy se prostě nudil a pak začal zlobit a vymýšlet si věci, aby na sebe upoutal pozornost.“ (M13)

Za nejčastější problém považují respondenti nudu dítě a chybějící kontakt s ostatními dětmi. Jak uvádím v teoretické části své diplomové práce, setkávání s vrstevníky pro dítě předškolního věku je velmi důležitou potřebou. Je zcela jasné, že z nenaplněné potřeby kontaktu s vrstevníky dítěte upoutaného na lůžko vyplynul problém, který je dle mého názoru řešitelný a realizovatelný.

Konkrétní problémy týkající se vzdělávacích činností nebyly respondenty označeny.

„Hráli jsme si hodně na koberci a to ho vlastně bavilo.“ (M4)

Tato respondentka uvedla v rozhovoru zajímavou zkušenost. Svému dítěti jen změnila „prostředí“, což si dítě pravděpodobně velmi oblíbilo. Tato změna tak u dítěte zcela jistě ovlivnila postoj ke všem činnostem a podporovala i jeho subjektivní pohodu.

„Vyžadovala hodně pozornost maminky, naučila se mírně hýbat.“ (M5)

„Nemohl se hýbat, fyzicky potřeboval neustálý dohled, měla jsem oporu ve starších sourozencích.“ (M6)

„Dělal všechno rád, pokud to dělal s někým. Nechtěl být moc sám.“ (M9)

Další zkušenost, která se velmi často objevuje ve výpovědích respondentů, je závislost dítěte na dospělé osobě nebo sourozencích. Pokud je dítě propuštěno do domácí péče po třech týdnech hospitalizace v doprovodu své matky, je tedy zcela pochopitelné, že dítě i v domácím ošetřování přítomnost některé z osob z rodiny nadále vyžaduje.

Tento fakt mě utvrzuje v přesvědčení, že smysl vzdělávacího programu nespočívá jen ve všestranném rozvíjení hospitalizovaného dítěte nebo dítěte nemocného v domácím

ošetřování. Navrhovaný program by umožnil trávit mnoho společného času dítěte s matkou nebo jiným rodinným příslušníkem. Tak by se předešlo u dítěte pocitům samoty a nudy.

„Snažil se být hodně v pohodě, smířil se rychle s tím, že musí ležet. Ale někdy ho svědilo celé tělo, nechtěl pak moc pracovat. Když byl v pohodě, byla jsem i já v pohodě.“ (M8)

Svědění kůže patří mezi typický problém u dětí se sádrou spikou. Je často horší než bolest, narušuje psychickou pohodu dětí, způsobuje u dítěte neklid a celkovou nepohodu. Jsem přesvědčena, že pokud bude mít dítě bohatou nabídku zajímavých činností, právě tyto činnosti mohou od nepříjemného svědění odpoutat pozornost a zbavit tak dítě nepříjemných pocitů.

Kompenzační pomůcky

Tato otázka zjišťovala, zda moji respondenti znají nějakou kompenzační pomůcku a její využití pro své dítě upoutané na lůžko. Pokud ano, zda ji pořídili a používali. Od této otázky jsem očekávala nějakou inspiraci na vhodnou pomůcku pro psaní a pracovní-výtvarné činnosti. Získané informace bych využila ve svém programu na podporu vzdělávání nemocného dítěte.

„Měli jsme půjčený stoleček od sousedů do postýlky.“ (M1)

„Pracovní stoleček, který sloužil i na jídlo.“ (M8)

„Tatínek vyrobil stojánek, držák na tablet jsme si půjčili.“ (M9)

„Velmi nám posloužil malý stoleček přisunutý k posteli.“ (M10)

„Používali jsme stoleček na kolečkách k lůžku, gumový obal na iPad.“ (M14)

„Pomohl nám hodně polohovací stoleček.“ (M15)

Co se týče kompenzačních pomůcek, z výše uvedených výpovědí vyplývá, že nejčastější kompenzační pomůckou byl polohovací stolek, který je pro dítě s diagnózou Morbus Perthes velmi vhodný a potřebný. Dá se využít jak ke stolování, tak k různým činnostem a hrám.

Někteří respondenti žádné kompenzační pomůcky nepoužívali, přestože tyto pomůcky usnadňují péči o nemocné dítě. Zlepšují a zkvalitňují mu tak průběh některých činností, které jsou pro něj v tomto věku přirozené. Pokud je dítě v činnostech úspěšné, právě tento úspěch ho motivuje do další aktivity. Dítě tak většinou zcela přirozeně a samostatně v činnostech pokračuje.

„Nepoužívali jsme žádnou pomůcku v posteli, jezdil na kočárku.“ (M4)

„Žádnou pomůcku jsme nepoužívali.“ (O1)

„Nepoužívali jsme nic, jen na hygienu.“ (M5)

„Ležel rád na sedačce v obýváku, měl podložku z knížky.“ (M6)

„Žádné speciální pomůcky jsme nepoužívali.“ (M13)

Někteří dotázaní respondenti uvádějí, že kompenzační pomůcky nepoužívali. Toto zjištění jen potvrzuje, že je potřeba se nad problémem zamyslet a rodičům před propuštěním dítěte do domácího ošetřování nabídnout možnosti zakoupení nebo zapůjčení kompenzačních pomůcek. Některí rodiče skutečně potřebují pomoc, podporu a dostatek informací ohledně využití kompenzačních pomůcek.

Polohování na břicho

U otázky, zda mají respondenti zkušenosti s polohováním dítěte, se odpovědi trochu liší. Touto otázkou jsem vlastně chtěla zjistit, jak zodpovědně rodiče k polohování přistupují, zda využívají polohovací polštáře nebo jiné kompenzační pomůcky. Předpokládala jsem také, že získám od respondentů nápady a náměty na různé činnosti, které jsou pro dítě při polohování na břicho nejvhodnější.

Polohování dítěte v sádrové spici je z lékařského hlediska velmi důležité. Je proto nutné polohování dodržovat a dítě pravidelně na břicho polohovat nejméně dvakrát denně.

„Na břicho moc nechtěl být, ale museli jsme to dodržovat, tak měl hry na tabletu.“ (M1)

„Na bříšku moc nechtěl být, trochu trucoval a vztekal se, později si dokázal i trochu pohrát.“ (M2)

„Puzzle skládala občas na břicho, kde byla nerada.“ (M3)

„Na břicho ho to moc nebavilo, jen tak většinou ležel, někdy si chvíli kreslil.“ (M7)

„Nejvíce trucovala na břicho.“ (M12)

Polohování na břicho dětí výše uvedených respondentů neměly pravděpodobně mezi oblíbenými chvílkami. Z odpovědí lze usoudit, že děti musely být velmi často motivovány a podpořeny nějakou aktivitou nebo hračkou. Protože je polohování pro zdravotní stav dítěte velmi důležité, je potřeba jim tuto pozici zpříjemnit a zcela jistě jim nabídnout nejoblíbenější činnost.

Níže uvedené výpovědi respondentů zní pozitivněji.

„Stavebnice, malování, vyrábění...to dělal nejraději na břicho. Byl celou dobu podepřený polohovacím polštářem, a asi se mu tak dobře leželo.“ (M9)

„Na břicho si dokonce dokázal stavět puzzle.“ (M10)

„Nejraději na břichu jedl, byl na něm vlastně rád.“ (M4)

„Hraní se stavebnicí bylo dobré na břicho, kde se mu jinak nelíbilo.“ (O1)

„Nejraději jedla na břicho. A vlastně si tak i ráda obkládala panenky a hrála s dinosaurama.“ (M5)

„Při ležení na břicho chtěla vždycky nějakou hračku. Třeba magnetická zvířátka.“ (M14)

„Pracovní listy ji hodně bavily, zejména při polohování na břicho.“ (M15)

„Na břichu bylo nejlepší Pexeso a puzzle.“ (M8)

V těchto výpovědích uvádějí všichni respondenti konkrétnější aktivity, které jejich děti měly při polohování oblíbené. Tento fakt jen potvrzuje, že dítě v poloze na břicho je schopno se vzdělávat. Dítě tak prostřednictvím zábavy a vzdělávání jistě odpoutá svoji pozornost od mnohdy nepříjemných pocitů při poloze na břicho.

„Velmi rád spal na břichu...“ (M6)

„Malá na břicho byla málo, jen odpočívala.“ (M11)

Respondentky těchto odpovědí pravděpodobně nepřikládají polohování velký význam. Nařízení lékaře však respektovaly a dítě polohovaly.

Všechny skutečnosti k problematice polohování dítěte na břicho mě inspirovaly k uvedení některých vzdělávacích činností v navrhovaném programu realizovaných v poloze na břicho. Činnosti jsou označeny „poloha na břicho“, vždy jedenkrát denně jedna činnost.

8.2 Shrnutí průzkumného šetření

Nemoc dítěte má dopad na celou rodinu, tedy i na jeho „spolu hospitalizovaného“ rodiče. Hospitalizace se tedy dotýká dítěte i jeho rodiče. Učitelky mateřských škol s dlouholetou praxí si tento fakt zcela jistě uvědomují a snaží se v nemocnici vytvářet to nejlepší pozitivní prostředí, které motivuje nejenom dítě, ale i jeho rodiče. Každý rodič je před začátkem plánované hospitalizace svého dítěte s diagnózou Morbus Perthes od ošetřujícího lékaře informován o skutečnostech, které se týkají průběhu onemocnění dítěte, pobytu v nemocnici a péče o dítě během domácího ošetřování. O mateřské škole při nemocnici si musí rodič zjistit informace sám.

V průzkumu bylo zjištěno, že velká většina respondentů o působení mateřské školy při nemocnici vůbec nevěděla, základní informace o škole jim byla sdělena až první den v nemocnici. Z tohoto důvodu bych doporučovala otevřít diskusi zástupců školy se zástupci vedení nemocnice nebo dětského oddělení a najít řešení, jak dostat působení mateřské školy při nemocnici do povědomí široké veřejnosti a tím zcela určitě zmírnit rodičům nemocného dítěte obavy z dlouhodobé hospitalizace.

Z výpovědí respondentů také vyplývá, že vzdělávací činnosti s dětmi si velmi oblíbili. Získané zkušenosti, poznatky a dovednosti hodnotili velmi pozitivně. Mnohé didaktické hry a hračky je inspirovaly natolik, že je pořídili i sourozencům svého nemocného dítěte a pro další soukromé účely. Díky různorodým vzdělávacím aktivitám si uvědomili, jak obrovský pozitivní vliv mají tyto činnosti na psychiku jejich dítěte. Lze tedy konstatovat, že význam mateřské školy při nemocnici respondenti spatřují zejména v podpoře subjektivní pohody dítěte a následně i pohody rodiče. Psychická vyrovnanost je pro oba v této náročné životní situaci nesmírně důležitá.

Další částí průzkumu bylo zjistit, jaký postoj mají respondenti k navrženému vzdělávacímu programu, jak by tento program akceptovali a využívali při domácím ošetřování dítěte. Všichni respondenti projevili z možného programu velké nadšení. Hovořili o vlastní aktivitě nebo zastoupení jinou dospělou osobou, nejčastěji babičkou. Někteří respondenti viděli aktivní spoluúčast při realizaci programu i ve starších sourozencích dítěte. S různými činnostmi měli možnost se seznámit v rámci vzdělávání jejich nemocného dítěte. Z tohoto důvodu jsem přesvědčena, že by všem aktivní účast při programu neměla způsobit žádný problém.

Respondenti souhlasili i s malou finanční investicí k nákupu pracovně výtvarného materiálu a drobných pomůcek potřebných k některým vzdělávacím činnostem, což hodnotím velmi kladně.

Překvapilo mne, že mnozí respondenti nemají zkušenosti s kompenzačními pomůckami, které by mnohdy jejím používáním zkvalitnily a zjednodušily realizaci některých aktivit nemocnými dětmi (např. polohovací stolek na grafomotorické cviky, polohovací polštář při polohování na břicho, držák na postel na knihu apod.). Navrhovala bych řešit tuto problematiku se zdravotnickým personálem nebo učitelkou mateřské školy, kteří mi připadají k řešení těchto záležitostí nejkompentnější.

V neposlední řadě považuji za velmi důležité se zmínit o nabídce činností a her realizovatelných u dítěte se spikou v poloze na břicho. Je potřeba rodičům nabídnout širokou škálu vhodných aktivit a didaktických her. Bude tak kladně podporováno lékařské hledisko a současně uspokojovány vzdělávací potřeby dítěte předškolního věku.

9 Edukativní podpora hospitalizovaného dítěte

„Často se setkáváme s dotazem rodičů, co by mělo dítě v předškolním věku umět“ (Bednářová, Šmardová, 2015, s. 1).

„Okolo pátého roku věku je vhodné zařazovat pravidelná, systematická grafomotorická cvičení. Předškolák, u kterého vývoj probíhá bez nápadností, sám vyhledává záměrně vedené činnosti a kreslení“ (Bednářová, Šmardová, 2009, s. 42).

Cílem mého edukativního programu je vytvoření přehledného návrhu aktivit a činností. Všechny činnosti jsem navrhla pro děti předškolního věku od pěti do šesti let a pro děti s odkladem povinné školní docházky s diagnózou Morbus Perthes, tedy děti upoutané na lůžko. Při sestavování programu byla základním kritériem vhodnost jejich využití, věk dítěte, respektování požadavků předškolního vzdělávání. Program jsem navrhla pro děti, které navštěvují mateřskou školu jeden rok před nástupem do základní školy. Tento rok je podle novely školského zákona povinný. Povinnému vzdělávání poslední rok před vstupem do základní školy a odkladu povinné školní docházky se věnuji v teoretické části diplomové práce.

Program je určen pro práci individuální, kdy předpokládám větší úspěšnost. Je určen především pro dítě upoutané na lůžko, ale současně je koncipován tak, že se dá přizpůsobit potřebám každého dítěte k procvičování dílčích dovedností potřebných ke zvládnutí učiva prvního ročníku základního vzdělávání.

Většina činností byla mnou ověřena v praxi. Navrhovaný program jsem rozdělila do jednotlivých týdnů. Může podle něj pracovat nejenom učitelka mateřské školy při nemocnici, do programu se mohou aktivně zapojit i rodiče a podpořit tak ve vzdělávání své nemocné dítě během domácího ošetřování.

Pracovní náměty jsem uspořádala podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, který je rozdělen do pěti oblastí: Dítě a jeho tělo, Dítě a jeho psychika, Dítě a ten druhý, Dítě a společnost a Dítě a svět. Vzdělávací plán rozdělen do pěti oblastí, všechny oblasti se vzájemně prolínají.

První oblast programu pro předškolní vzdělávání Dítě a jeho tělo navrhuje vzdělávací činnosti, které stimulují a podporují růst a vývoj dítěte, tělesnou zdatnost, pohybovou a zdravotní kulturu, manipulační dovednosti, sebeobsluhu a zdravé životní návyky a postoje.

Ve svém navrhovaném metodickém materiálu se zaměřuji pouze na rozvoj oblasti manipulačních dovedností, sebeobsluhy a zdravých životních postojů a návyků. (Dítě se

sádrovou spikou k zajištění postavení kyčle leží pouze na zádech a několikrát denně se polohuje na břicho.)

Záměrem druhé oblasti Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní věk Dítě a jeho psychika je podporovat u dítěte rozvoj intelektu, řeči a jazyka, poznávacích procesů a funkcí, sebepojetí, kreativity a sebevyjádření.

V navrhovaném programu jsem vzdělávací činnosti této oblasti zvolila tak, aby podporovaly rozvoj zrakového vnímání a zrakové diferenciaci, sluchového vnímání a sluchové diferenciaci, rozvoj předmatematických představ, rozvoj řeči a komunikace, rozvoj pravolevé orientace na ploše a v prostoru a orientace v čase. Čerpala jsem z publikací Bednářové, Šmardové (2010, 2015).

Pro účely této práce jsem přehled vzdělávacích činností z oblasti Dítě a jeho tělo a Dítě a jeho psychika rozpracovala na dobu pěti týdnů do jednotlivých dnů tak, aby byl návrh přehledný a snadný. Na každý den jsou tedy navrhované činnosti v pravidelném střídání, a to tak, že dítě denně absolvuje dvě vzdělávací činnosti z oblasti Dítě a jeho tělo a dvě činnosti z oblasti Dítě a jeho psychika.

Další vzdělávací činnosti z oblastí Dítě a ten druhý, Dítě a společnost a Dítě a svět jsem uvedla souhrnně jako aktivity, které může rozvíjet rodič u dítěte nepravidelně. Nejsou proto v programu již konkretizovány a rozvrženy na jednotlivé dny.

Ve třetí vzdělávací oblasti se Rámcový vzdělávací program pro předškolní věk specializuje na podporu formování vzájemných vztahů. Záměrem této oblasti je tedy podporovat utváření vztahů dítěte k jinému dítěti nebo dospělému, posilovat a obohacovat jejich vzájemnou komunikaci a zajišťovat pohodu těchto vztahů. Navrhované činnosti podporují u dítěte interaktivní a komunikativní dovednosti, rozvíjení sociální citlivosti a tolerance, respekt a přizpůsobivost. Rozvíjí také kamarádské vztahy, přátelství s dítětem i dospělým, úctu ke starším.

Čtvrtá vzdělávací oblast Dítě a společnost navazuje na předešlou oblast, věnuje se širší významu společnosti, jejich pravidel a norem. Podporuje dále soužití s ostatními a zároveň dítě uvádí do světa materiálních hodnot, do světa umění a kultury.

U hospitalizovaného dítěte nebo u dítěte během dlouhodobého domácího ošetřování se všechny tyto vzdělávací oblasti a k nim jednotlivé činnosti dají podporovat různými skupinovými aktivitami, konkrétními setkáváními, společnými hrami a zábavami apod.

Záměrem poslední páté vzdělávací oblasti Dítě a svět je poskytnout dítěti dostatek znalostí a vědomí o životním prostředí, o světě, o problémech s nevhodným chováním člověka k přírodě apod.

Vzdělávací činnosti a aktivity mého navrhovaného edukativního programu jsem tedy rozdělila na období dlouhé pěti týdnů, po které je dítě v domácím ošetřování. (Dítě má sádrovou spiku celkem šest týdnů od operace, první týden je hospitalizováno v nemocnici, po prvním týdnu je na dobu pěti týdnů propuštěno do domácího ošetřování.)

Na každý týden jsem navrhla soubor deseti her a činností z oblasti Dítě a jeho tělo a deset her a činností z oblasti Dítě a jeho psychika. Z navrhovaného programu si rodič může vybrat jen některé úkoly, doporučuji alespoň jeden úkol z jedné oblasti denně. Úkoly a činnosti jsem zvolila takové náročnosti, aby je dítě zvládlo do deseti minut. Jak se uvádí v materiálu pro předškolní vzdělávání Desatero pro rodiče dětí předškolního věku, dítě soustředí pozornost na činnost po dobu cca 10-15 minut. Musíme si však uvědomit, že negativní vliv na pozornost má např. únava a nemoc, pocit strachu a nejistoty, vůle.

Teoretické podklady pro sestavování grafomotorických cviků jsem čerpala převážně z knihy Bednářová, Šmardová (2009). Autorky seřadily jednotlivé grafomotorické prvky podle obtížnosti. Ve své knize zdůrazňují, jak je v praxi důležité zacvičení a zautomatizování prvků vývojově nižších, což pak usnadňuje zvládnutí prvků následných. Dítě v sádrové spice má podmínky pro rozvoj grafomotoriky velmi ztížené. Je proto důležité připravit dítěti pracovní plochu ve správné výšce a ve správném sklonu tak, aby mohla být ruka, kterou píše, maximálně uvolněna a grafomotorický cvik dítě úspěšně procvičilo. V navrhovaném programu jsem grafomotorická cvičení seřadila od nejjednoduššího po nejobtížnější prvek, pravidelně třikrát týdně. Dítě má tak možnost si procvičit prvky všechny, rodič má zase možnost se se všemi prvky a jejich posloupností seznámit a nadále je s dítětem pocvičovat.

Nemocné dítě v sádrové spice je velmi důležité ze zdravotního hlediska několikrát denně polohovat na břicho. Z tohoto důvodu jsem v programu označila slovy „poloha na břicho“ vždy jedna činnost denně, kterou může dítě absolvovat právě v této poloze.

9.1 Navrhovaný edukativní program

1.týden

Pondělí:

- Jemná motorika: házení na cíl. Házení míčků do krabice; mačkaného papíru do krabice; kroužků na cíl apod. Dítě má na úrovni hlavy asi metr od postele nakloněnou krabici tak, aby na ni, a částečně do ní, vidělo.
- Grafomotorický prvek: svislá a vodorovná čára (příloha č. 3).
- Jazyk a řeč: vysvětlování významu slov. Vysvětlí, na co máme knihu, auto, uši, pomeranč apod. (Odpovídá na otázky: K čemu nám slouží auto? Proč musíme jíst pomeranč? Co děláme s knihou?).
- Zrakové vnímání (poloha na břiše): odlišení obrázku v řadě lišící se detailem (příloha č. 4).

Úterý:

- Jemná motorika: vkládání korálek a drobných předmětů do lahvičky. Vkládá různé velikosti korálek do plastové lahvičky. Současně může korálky rozlišovat podle 1-2 kritérií: vezmi dva žluté korálky, vezmi jeden největší korálek apod.
- Vizuomotorika: překreslování jednoduchého prvku, přepisování číslic, písmen. Dospělý předkreslí dítěti jednoduchý prvek, dítě překresluje.
- Jazyk a řeč: hra se slovy. Tvoření rýmů, rozklad slov na slabiky, slovní kopaná (tvoření slov na poslední hlásku, dvě hlásky nebo slabiku předešlého slova), slovní hádanky (dítě popisuje jednotlivé předměty, obrázky předmětů apod.).
- Předmatematické představy (poloha na břiše): určování množství prvků. Méně, více, stejně (manipulace s předměty, počet prvků 1-10). Dítě pracuje podle pokynů dospělé osoby.

Středa:

- Jemná motorika: uzlování na šňůrkách. Dítě dělá více uzlů na jedné šňůrce, svazuje šňůrky dohromady apod.
- Grafomotorika: vedení čáry mezi dvěma liniemi - labyrint (příloha č. 5).
- Jazyk a řeč: rozlišování slov bez vizualizace, změna délky, změna měkčení. Dospělý dítěti řekne dvojici slov, dítě má určit, zda zní stejně nebo ne (příloha č. 6).

- Časoprostorová orientace: procvičování orientace vpravo vlevo na vlastním těle. Ukazování podle slovní instrukce „dej pravou ruku na levé ucho, polož levou ruku na břicho, dej kostku vpravo vedle sebe“ apod. Dítě ukazuje podle pokynů dospělého.

Čtvrtek:

- Motorika a sluchové vnímání: cvičení s prsty – tleskání, ťukání do podložky, střídání rytmu i prstů. Dítě sleduje a poslouchá jednoduché rytmy, které předvede dospělý. Dítě pak rytmický celek opakuje.
- Jemná motorika: rozlišování geometrických tvarů hmatem. S dítětem nejprve opakujeme pojmenování geometrických tvarů v prostoru, potom dítě pojmenovává vystřižené geometrické tvary z kartonu nalepené na papíře. Tyto tvary pak rozeznává se zavázanýma očima podle hmatu.
- Sluchové vnímání: vyhledávání rýmující se dvojici slov, určování počtu slabik. Dospělý řekne dítěti dvojici slov, dítě pak opakuje pouze slova, která se rýmují. Určuje pomocí vytleskávání počet slabik (příloha č. 7).
- Zrakové vnímání (poloha na břiše): uspořádání předmětu dle stanoveného pravidla podle tvaru, podle velikosti – manipulace s předměty, s obrázky. Dítě seřazuje kostky podle tvaru, tvoří skupiny předmětů podle barvy apod. (příloha č. 8).

Pátek:

- Jemná motorika: šroubování uzávěrů lahví různých velikostí a barev. Dítě může soutěžit s dospělým, může pracovat samo s časovým limitem pomocí přesýpacích hodin, stopek. Pracuje podle pokynů - odšroubuj všechny červené uzávěry, odšroubuj největší uzávěr apod.
- Grafomotorický prvek: kolečko (příloha č. 9).
- Jazyk a řeč: práce se slovy - vyhledávání protikladů, nadřazených pojmů, rýmů apod. Dítě pracuje podle pokynů dospělého – vytvoř rým od slova jablíčko. Co je jablíčko? Vyjmenuj ještě nějaké ovoce. Jedno jablíčko je malé a druhé je (velké), jedno je sladké a druhé je (kyselé) apod.
- Zraková paměť (poloha na břiše): pamatování si tři až čtyř předmětů ze šesti. Dítě vyjmenovává reálné předměty zakryté šátkem nebo názvy věcí na obrázku otočený lícem dolů.

2.týden

Pondělí:

- Jemná motorika: modelování s modelovací hmotou. Dítě modeluje podle vlastní fantazie nebo spolupracuje s dospělým.
- Grafomotorický prvek: šikmá čára (příloha č. 10).
- Sluchové vnímání: rozklad slov na slabiky. Dítě poslouchá slova, vytleskává jejich rytmus a určuje počet slabik, které může graficky zaznamenávat na papír – počet slabik = počet teček.
- Zrakové vnímání a rozvoj slovní zásoby (poloha na břiše): pojmenování jednotlivých profesí. Dítě popisuje, co dělá profese, podle obrázků pexesa, ilustrací knih a časopisů, podle postav z filmů, pohádek, příběhů. Dospělý pomáhá dítěti návodnými otázkami.

Úterý:

- Jemná motorika: vytrhávání různých tvarů z papíru, nalepování, dokreslování podle fantazie. Dítě napřed vytrhává bez předkreslené linie tvaru, potom se snaží podle linie.
- Zrakové vnímání: napodobování různých znaků a tiskacích i psacích písmen na řádku nebo ve čtvercové mřížce.
- Zrakové vnímání: přiřazování a pojmenování barev základních i odstínů. Dítě pracuje s předměty, obrázky, kartičkami Pexesa. Tvoří skupinu prvků podle barvy, skládá dvojice barev, barvy i odstíny pojmenovává.
- Sluchové vnímání (poloha na břiše): poznávání předmětů podle zvuků. Rodič předvádí různé zvuky - cinkání na klíče, cinkání lžičky, odemykání, mačkání papíru, vypínač, klika apod. Dítě pojmenovává, co slyší.

Středa:

- Jemná motorika: provlékání tkaničky dírkami v kartonu, „sešívání“ kartonových obrazců, geometrických tvarů.
- Grafomotorický prvek: spirála (příloha č. 11).
- Předmatematické představy (poloha na břiše): procvičování o jeden více, o jeden méně. Dítě pracuje podle pokynů dospělého: máš dvě lžičky, když ti dám ještě jednu, kolik budeš mít lžiček? Máš tři tyčinky, jednu sníš, kolik ti zbude?
- Časoprostorová orientace: přiřazování činností ráno-poledne-večer. Dospělý klade dítěti otázky, dítě odpovídá. Např. kdy obědváme? Jdeme večer do školky? Co můžeme všechno dělat odpoledne? Je pravda, že dopoledne si dáme pyžamo a jdeme spát? Apod.

Čtvrtek:

- Jemná motorika: navlékání přírodních materiálů (šípek, listy apod.) na drátek. Dítě vytváří z přírodních materiálů výrobek podle vlastní fantazie (pod dohledem dospělého).
- Grafomotorika: dokreslování, omalování. Dítě respektuje u omalovánek hranice čáry, nepřetahuje, vybarvuje celé plochy, pracuje s nakreslenou předlohou a pastelkami.
- Sluchové vnímání (poloha na břicho): chápání jednoduché hádanky nebo vtipu: poslech, vlastní tvoření. Dítě tvoří hádanky podle popisu jednoduchého obrázku, vymýšlí vtip, legrační příběh.
- Zrakové vnímání: sledování jedné linie mezi ostatními liniemi - labyrint (příloha č. 12).

Pátek:

- Jemná motorika, sluchové vnímání: hra s rytmickými hudebními nástroji nebo různými předměty. Dítě opakuje jednoduché písničky s rytmickým doprovodem pomocí vařečky, lžičky, pokličky, plechového hrníčku apod. Rytmicky doplňuje jednotlivá slova. Pracuje podle pokynů dospělého.
- Grafomotorický prvek: vlnovka (příloha č. 13).
- Sluchové vnímání (poloha na břicho): poznávání písně podle melodie, sluchové hádanky. Dítě hádá podle zpěvu dospělého nebo podle zvukového záznamu. Tuto činnost lze spojit s první činností tohoto dne.
- Zrakové vnímání: rozpoznávání tvarů. Dítě vyhledává a pojmenuje obrázky překryté sítí nebo vzorem. Jednotlivé obrázky jednoduchých omalovánek dospělý překryje nakreslenou čtvercovou sítí nebo pravidelným jiným vzorem, dítě „vyhledá“ obrázek a pojmenuje ho.

3.týden

Pondělí:

- Jemná motorika (poloha na břicho): gumování. Dítě pracuje s obrázkem nakresleným tužkou a plní pokyny dospělého - vygumuj na domečku komín, vygumuj sluníčku pět paprsků apod.
- Grafomotorický prvek: opakování a procvičování prvků. Dítě procvičuje na volném listu všechny prvky, které se dosud naučilo.

- Jazyk a řeč: poznávání protikladů, slov podobného významu. Dospělá osoba říká dítěti jednotlivá slova, dítě se pokusí najít protiklad nebo slovo podobného významu (příloha č. 14).
- Zrakové vnímání: vyhledávání dvojice shodných obrázků v řadě. Dítě vyhledává v řadě prvků dva prvky shodné.

Úterý:

- Seznamování se surovinami: vyjmenování vlastností, povrchu, barvy, tvaru. Dítě pracuje s různými druhy ovoce a zeleniny, ochutnává se zavázanýma očima, hádá a popisuje vlastnosti jednotlivých druhů.
- Grafomotorika: spojování bodů. Dospělý označí na papíru formátu A4 deset bodů, označí číslicemi, dítě spojuje body podle číselné řady 1 – 10. Úkolů může být více, rozliší se pouze barevně.
- Sluchové vnímání (poloha na břiše): rozlišování bezvýznamných slabik. Dospělý říká dítěti dvojici shodných nebo neshodných bezvýznamných slabik, dítě rozpoznává, zda jsou stejné nebo ne (příloha č. 15).
- Předmatematické představy: orientace v číselné řadě 1-10: početnost dvou souborů do 6 (např. o kolik je více apod.) Dospělý klade dítěti otázky na počet prvků, např. spočítej všechny židle v místnosti; kolik máš prstů na pravé ruce apod.

Středa:

- Jazyk a řeč: pojmenování jednotlivých částí těla. Dítě pojmenovává jednotlivé části těla, jednotlivá slova může vytleskávat, tvořit rýmy, říkat zdobněliny apod.
- Grafomotorický prvek: ovál (příloha č. 16).
- Sluchové vnímání: plnění pokynu: „Tleskni, uslyšíš-li dané slovo.“ Dospělý čte dítěti text, dítě tleskne na dané slovo (příloha č. 17).
- Časoprostorová orientace (poloha na břiše): orientace ve dnech v týdnu, pojmy včera, dnes a zítra. Dospělý klade dítěti jednoduché otázky na procvičování orientace v čase. Po procvičování může klást otázky dítě dospělému.

Čtvrtek:

- Jemná motorika, sebeobsluha: zapínání knoflíků, zipů, druků, šněrování. Dítě trénuje jednotlivé sebe obslužné činnosti na reálných předmětech.

- Jemná motorika: obkreslování kartonové šablony různých tvarů, ruky, jednoduchých plochých předmětů na čtvrtku. Dítě se snaží s největší přesností obkreslit daný tvar z kartonu, ten pak může dokreslit, vybarvit podle vlastní fantazie.
- Sluchové vnímání (poloha na břicho): rozlišování krátké a dlouhé samohlásky, určování hlásky na počátku a na konci slova. Dospělý říká dítěti jednotlivá slova, dítě vyťukává do podložky délku samohlásky, kterou může také graficky zaznamenávat na papír pomocí tečky nebo čárky.
- Sluchová paměť: reprodukce poslechnutého příběhu. Dospělý přečte nebo vypráví dítěti krátký příběh (asi deset vět), dítě slyšené reprodukuje vlastními slovy.

Pátek:

- Jemná motorika: hra s vlnou, obvazem, obinadlem, tkaničkou. Dítě namotává různé druhy vázacího materiálu na kousek kartonu, na vařečku apod.
- Grafomotorický prvek: „pila“ (příloha č. 18).
- Zrakové vnímání: skládání kulatých i hranatých tvarů z několika částí podle předlohy (rozstříhaný obrázek, geometrický tvar apod.). Dítě skládá podle předlohy rozstříhanou pohlednici, rozstříhané jednobarevné kolo apod.
- Předmatematické představy (poloha na břicho): přiřazování číslovky a počet prvků. Dítě počítá prvky (kostky, drobné hračky apod.) a přiřazuje správnou číslici napsanou na kartičce.

4.týden

Pondělí:

- Jemná motorika: upínání kolíčků na prádlo na vystřižené kolo z kartonu – „Sluníčko“. Na žluté kolo z kartonu dítě připíná kolíčky na prádlo jako paprsky. Kolíčky může připínat např. také na peřinu deku, hračku. Pracuje podle pokynů dospělého.
- Grafomotorický prvek: horní oblouk (příloha č. 19).
- Sluchová paměť (poloha na břicho): poslech a interpretace pohádky s ilustrací, potom bez obrázkového doprovodu. Dítě poslouchá četbu nebo vyprávění pohádky s ilustracemi, které během poslechu sleduje, pak vypráví pohádku nejdříve podle ilustrací, potom bez ilustrace.
- Časoprostorová orientace: přiřazování činností obvyklých k ročnímu období. Dospělý klade dítěti otázky o činnostech charakteristických k jednotlivým ročním obdobím, dítě odpovídá, doplňuje, charakterizuje jednotlivá období.

Úterý:

- Jemná motorika: stříhání, lepení. Dítě vystřihuje obrázky z letáků, nalepuje na čtvrtku a dokresluje podle vlastní fantazie.
- Jemná motorika: výroba řetězu z barevných kancelářských sponek. Dítě spojuje jednotlivé sponky k sobě, může pracovat podle pokynů dospělého – spoj dvě červené sponky, přidej k nim tři zelené apod.
- Předmatematické představy: seřazování prvků podle velikosti, tvaru a dalších kritérií (obrázky zvířat a mláďat, stromy, geometrické tvary, dopravní prostředky, kostky různých barev a velikostí apod.).
- Jazyk a řeč: určování počtu slov ve větě, natahovaná věta. Dospělý řekne dítěti jednoduchou větu, dítě určí počet slov. Dospělý řekne dvě slova, střídavě pak každý přidává jedno slovo a větu rozšiřuje.

Středa:

- Dechová cvičení: cviky podle pokynů. Dospělý dává dítěti pokyny – foukni do brčka, sfoukni míček z podložky, foukni si do dlaní, nafoukneme balónek, nadechni se nosem, nadechni se ústy apod.
- Grafomotorický prvek: spodní oblouk (příloha č. 20).
- Časoprostorová orientace (na břicho): pojmenování objektů zleva doprava, určení prvního objektu zleva doprava apod. Dítě vyjmenovává jednotlivé prvky v řadě (obrázky nebo předměty, určuje první, poslední, hned za, vpravo, vlevo, vedle apod.).
- Sluchová paměť: opakování vět z více slov, opakování pěti nesouvislých slov. Dítě opakuje věty ze šesti slov nebo pět nesouvislých slov.

Čtvrtek:

- Jemná motorika: skládání podle vlastní fantazie ze špejlí a modelíny. Dítěti přelomíme špejle na různé délky, dítě špejle spojuje kousky modelíny. Sestaví tak „monstrum“ podle vlastní fantazie.
- Jemná motorika: cvičení s prsty. Dospělý dítěti předvádí různé „cviky“ s prsty - hra na klávesnici, „solení“, zavřená dlaň, ťukání s jednotlivými prsty do podložky apod. Dítě opakuje, potom se snaží vymyslet vlastní cviky.
- Zrakové vnímání (poloha na břicho): přiřazování geometrických prvků podle tvarů nebo podle barev, pojmenování. Dítě tvoří skupiny obrázků nebo skupiny jednotlivých předmětů podle barvy nebo tvaru.

- Jazyk a řeč, prostorová orientace na ploše: povídání u obrázku – nahoře, dole, vpravo, vlevo, uprostřed, vpravo nahoře apod. Dítě odpovídá na otázky kladené dospělým nebo samo otázky tvoří a ptá se (příloha č. 21).

Pátek:

- Grafomotorický prvek: smyčka horní (příloha č. 22).
- Jemná motorika: vyrábění bramborových tiskátek pomocí vykrajovátek, otiskování s využitím vodových nebo temperových barev podle fantazie.
- Jazyk a řeč (poloha na břicho): rozeznání rozdílu mezi prózou a veršem (vymyšlení krátkého příběhu či básně), posle a nácvik říkadla, básně.
- Časoprostorová orientace: kresebný diktát – nakreslí vpravo slunce, pod něj strom, vedle stromu vpravo míč apod. Dítě pracuje podle pokynů dospělého.

5. týden

Pondělí:

- Grafomotorický prvek: smyčka dolní (příloha č. 23).
- Jemná motorika: mačkání papíru, nalepování. Dítě mačká jemný papír různých barev do tvaru kouličky, nalepuje na předem nakreslenou vlnovku („navléká korálky na šňůrku“), červené kouličky nalepuje na předem nakreslený strom („jabloň“) apod.
- Jazyk a řeč (poloha na břicho): otázky a odpovědi (Je pravda, že...?). Dítě správně posuzuje pravdivost či nepravdivost tvrzení podle otázky položené dospělým. Např. Je pravda, že auto pluje po moři? Je pravda, že v létě nosíme rukavice?
- Zrakové vnímání: třídění prvků podle barvy a tvaru – manipulace s předměty, hračkami, obrázky. Dítě třídí současně podle dvou kritérií.

Úterý:

- Jazyk a řeč: procvičování vlastního jména a příjmení, bydliště; znalosti jmen ostatních členů rodiny, pojmenování: babička, dědeček, teta, strýc, bratranec, sestřenice apod.
- Jemná motorika: skládání papíru. Dítě skládá podle pokynů dospělého (např. dopis a dopisní obálka, vějíř pro princeznu atd.).
- Zrakové vnímání: rozpoznávání odlišností v detailech. Dítě vyhledává a doplňuje chybějící části v obrázku (příloha č. 24).
- Sluchová diferenciacce (poloha na břicho): určování, jestli je ve slově nebo není hláska, určování počáteční slabiky a hlásky ve slovech.

Středa:

- Grafomotorický prvek: spodní oblouk s vratným tahem bez smyčky (příloha č. 25).
- Jemná motorika: třídění – čočka, fazole, kamínky, drobné předměty. Dítě třídí do lahviček jednotlivé velmi drobné komponenty podle tvaru.
- Zrakové vnímání: sestavování dějové posloupnosti a popisování. Dítě poskládá 3-4 obrázky (z rozstříhaných pohádkových omalovánek) vedle sebe v dějové posloupnosti, jednotlivý příběh vypráví.
- Předmatematické představy (stříhání na zádech, pak poloha na břiše): seřazování pěti předmětů podle velikosti, méně, více. Dítě plní jednotlivé úkoly podle pokynů dospělého (příloha č. 26).

Čtvrtek:

- Zrakové vnímání: napodobování některých písmen a číslic. Dítě napodobuje „opisováním“ písmena a číslice různých velikostí podle předlohy (např. tiskací písmena svého jména).
- Jemná motorika: otiskování prstů ruky, dokreslování. Dítě otiskuje své prsty podle vlastní fantazie – barevná mozaika, experiment s barvami.
- Jazyk a řeč (poloha na břiše): obrázkové čtení, doplňování slov ve správném tvaru, sledování očima zleva doprava. Dospělý čte text, dítě čte obrázky do textu vložené ve správném tvaru.
- Sluchové vnímání: napodobování rytmu 2-4 tónů. Dítě napodobuje jednotlivé rytmy (např. ťukání vařečkou, tleskání, pleskání apod.).

Pátek:

- Grafomotorický prvek: horní oblouk s vratným tahem bez smyčky (příloha č. 27).
- Jemná motorika: stříhání a nalepování geometrických tvarů podle vzoru. Dítě vystřihuje tvary podle předlohy, nalepuje je podle vlastní fantazie nebo pokynů dospělého.
- Jazyk a řeč: rozvoj slovní zásoby. Dítě tvoří slova nadřazená, protiklady, slova podobného významu. Pracuje podle pokynů dospělého.
- Časoprostorová orientace (poloha na břiše): vlevo, vpravo; nahoře, dole; první, poslední; před, hned za apod. Dítě odpovídá na otázky dospělého – co je vedle tebe vlevo? Co visí nad stolem? Co stojí vedle skříně? Který obrázek na stěně je první? Apod.

Nepravidelné doporučené činnosti

V této části mé práce uvádím náměty různých činností ze všech oblastí Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, které doplňují a rozšiřují mnou navržený edukativní program. Rodiče mohou tyto činnosti se svými dětmi procvičovat průběžně a nepravidelně. Ze své dlouholeté praxe v mateřské škole vím, že právě dětem dělá velký problém např. dodržování pravidel slušného chování, šetrné zacházení s hračkami a pomůckami, dodržování pravidel didaktických her, umět přijmout prohru, dodržování předem stanovených pravidel různých činností, dokončení činností, úklid pomůcek apod.

Jednotlivé činnosti uvádím stručně, nedoporučuji žádnou časovou dotaci. Jsou uvedeny proto, aby si rodiče uvědomili jejich důležitost a význam v předškolním vzdělávání a rozvoji jejich dítěte.

Dítě a jeho tělo

- Poloha na břiše: puzzle, mozaika, stavebnice, pracovní výtvarné činnosti.
- Opakování písniček s vytvářením rytmického doprovodu.
- Spontánní kreslení - prostředí, zvířata, dopravní prostředky, fantazie.
- Sebeobsluha – zapínání a rozepínání knoflíků, zapínání zipu, zavazování tkaniček, skládání věcí, obrácení oděvu, když je naruby.
- Pojmenování částí lidského těla a jejich funkce, uvědomit si, co je nebezpečné.
- Rozlišování pravé a levé strany.

Dítě a jeho psychika

- Dodržování pravidel konverzace (naslouchání, dokončování myšlenky, vyčkání, až druhý dokončí myšlenku apod.).
- Cvičení na formulaci otázek a odpovědí, pojmenování, doplňování vět a slov.
- Cvičení na motoriku artikulačních orgánů.
- Procvičování svého jména a příjmení, jména rodičů a kamarádů, učitelek apod.
- Tvoření hádanek, vyprávění příběhů, poslouchání pohádek, vyřízení vzkazů.
- Sebeovládání: přijetí drobného neúspěchu, ovládání svých citů, respektování autority dospělých, rozhodování o svých činnostech, umět požádat o pomoc.

Dítě a ten druhý

- Spolupráce s dospělým.
- Vztahy mezi lidmi – povídání, naslouchání, vyprávění, společné aktivity, respektování druhého, půjčování hraček, vyřešení vzájemného sporu.

Dítě a společnost

- Dodržování dohodnutých pravidel chování (poděkování, zdvořilost, přistoupení na jiný názor apod.) a dodržování pravidel hry (dodržování herních pravidel, umět prohrát).
- Šetné zacházení s hračkami, knížkami, pomůckami a věcmi denní potřeby.
- Rozlišování žádoucího a nežádoucího chování.
- Příprava a realizace zábavy a oslavy.
- Námětové hry k poznávání různých rolí – na lékaře, na obchod, na rodinu apod.
- Sledování hudebního či dramatického představení v televizi nebo na videu.

Dítě a svět

- Rozšiřování poznatků o světě přírody, o své zemi, o existenci jiných zemí, národů a kultur, o planetě Zemi – prohlížení knih a encyklopedií.
- Sledování dění v okolí – prohlížení fotografií, pohlednic apod.
- Rozvíjení vztahu k životnímu prostředí; znát, co je škodlivé a nebezpečné.

10 Závěr

V rámci své diplomové práce jsem se teoreticky i prakticky zabývala významem předškolního vzdělávání hospitalizovaného dítěte v mateřské škole při nemocnici, postojem rodičů ke vzdělávání svého dítěte v mateřské škole při nemocnici, aktivní účastí rodičů při podpoře rozvoje dítěte s diagnózou Morbus Perthes během domácího ošetřování.

Prostřednictvím svého průzkumu a následně navrhovaným edukativním programem jsem ve své diplomové práci chtěla docílit toho, aby si rodiče uvědomili význam mateřské školy při nemocnici a její podpory při rozvoji nemocného dítěte předškolního věku. Děti se v nemocnici především léčí. Jsou tedy nejprve pacienti. Malí pacienti jsou ale současně také dětmi mateřské školy při nemocnici. Škola svým vzdělávacím programem, různými aktivitami a zábavnými činnostmi pomáhá ke zvládnutí tohoto náročného období jak nemocnému dítěti, tak jeho rodiči. Tuto skutečnost si rodiče teď zcela jistě uvědomují.

Výsledky mého průzkumu mne přesvědčily, že je zcela nutné rozvíjet pozitivně pracovní vztah, vzájemný respekt a komunikaci mezi zdravotnickým personálem, rodičem a v neposlední řadě i pedagogem. Týmová spolupráce všech dospělých je určitě pro dítě ten nejlepší odrazový můstek k jeho uzdravení.

Zároveň mne zajímala oblast subjektivního prožívání dítěte i rodiče při pobytu v nemocnici. Subjektivní prožívání nemoci dítěte je jiné než u dospělého. Jeho prožívání je vázáno na vlastní aktuální pocity – vnímání bolesti, strachu, zdravotnického personálu apod. Z mého průzkumu vyplynulo, že právě rodič podporuje subjektivní pohodu dítěte a ta se pozitivně odráží ve zvládnutí tak náročné životní situace zpětně u rodiče. Vztah dítěte k vlastní nemoci je tedy do značné míry ovlivněn jeho spolu hospitalizovaným rodičem.

Samotná analýza v praktické části vycházela především z vlastního kvalitativního průzkumu. Výsledkem průzkumu je sestavený edukativní program pro hospitalizované dítě předškolního věku upoutané na lůžko. Edukativní program je navržen tak, aby pomohl při rozvoji a vzdělávání předškolního dítěte nejen učitelkám v mateřské škole při nemocnici, ale i rodičům během domácího ošetřování jejich nemocného dítěte. V dnešním technickém, moderním a rychlém životním tempu chci svým programem nabídnout pedagogům i rodičům soubor činností a nápadů, které přispějí k rozvoji a psychické podpoře nemocného dítěte. Celý program vychází z přirozené a základní dětské činnosti, kterou je hra.

Úplným závěrem lze tedy zkonstatovat, že role rodiče má v péči o nemocné dítě nezastupitelné místo. Rodič společně s mateřskou školou při nemocnici je svému dlouhodobě nemocnému dítěti jedinečnou oporou.

Seznam použitých informačních zdrojů

Použitá literatura:

BUDÍKOVÁ, J. a kol. *Je vaše dítě připraveno do první třídy?* Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-722-6637-3.

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku.* Praha: Edika, 2015. ISBN 978-80-266-0658-1.

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Rozvoj grafomotoriky.* Brno: Computer press, 2009. ISBN 80-251-0977-1.

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Školní zralost.* Brno: Computer Press, 2010. ISBN 978-80-251-2569-4.

DLOUHÁ, J., DLOUHÝ, M. a kol. *Pedagogická podpora nemocného dítěte.* Praha: UK, pedagogická fakulta, 2015. ISBN 978-80-7290.838-7.

DLOUHÁ, J., DLOUHÝ, M. *Sociální opora hospitalizovaného dítěte.* Praha: UK, pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-7290-556-0.

DUNGL, P. a kol. *Ortopedie.* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8.

FICHNOVÁ, K., SZOBIOVÁ, E. *Rozvoj tvořivosti a klíčových kompetencí dětí.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-323-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum.* Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HORKÁ, H., SYSLOVÁ, Z. *Studie k předškolní pedagogice.* Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5467-7.

KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie – patlavost. Vady a poruchy výslovnosti.* Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených.* H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.* Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9

OPRAVILOVÁ, E. *Předškolní pedagogika I. Smysl a proměny dětství*. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-70833-656-3.

OPRAVILOVÁ, E. *Předškolní pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2016.

ISBN 978-80-271-9087.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing, 2010.

ISBN 978-80-247-2968-8.

PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-155109.

PRŮCHA, J., KOŤÁTKOVÁ, S. *Předškolní pedagogika*. Praha: Portál, 2013.

ISBN 978-80-262-0495-4.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006.

ISBN 80-247-1049-8.

SMOLÍKOVÁ, K. a kol. *Manuál k přípravě školního (třídního) vzdělávacího programu mateřské školy*. Praha: Výzkumný pedagogický ústav, 2005. ISBN 80-87000-01-3.

SVOBODOVÁ, E. a kol. *Vzdělávání v mateřské škole*. Praha: Portál, 2010.

ISBN 978-80-7367-774-9.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*.

Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMÁŠKOVÁ, A. *Mateřskou školou ke školní připravenosti*.

Ostrava: Ostravská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7464-231-9.

Tým autorů. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (Úplné znění k 1. září 2017)*. Praha: MŠMT, 2017.

VALENTA, M. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003.

ISBN 80-244-0763-9.

VALENTA, M., HUMPOLÍČEK, P. *Hra v terapii*. Praha: Portál, 2017.

ISBN 978-80-262-1190-7.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006.

ISBN 80-247-1262-8.

Vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 178/2016 Sb., kterým se mění zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Časopisy:

DUŠKOVÁ, M. Děti potřebují rodiče v nemocnici. *Děti a my*. 2005, **4**, s. 24-25.

ISSN 0323-1879.

DŽUPA, V. Perthesova choroba. *Zdraví*. 1996, **3**, s. 7. ISSN: 0139-5629.

MICHALČÍKOVÁ, M. Poslání mateřské školy při nemocnici. *Informatorium*. 2000, **6**, s. 5.

ISSN: 1210-7506.

PROKEŠOVÁ, A., ŽÁČKOVÁ, A. Pedagog v nemocniční škole. *Učitelké noviny*. 2005, **34**, s. 17.

TĚTHALOVÁ, M. Učitelky v bílých pláštích. *Informatorium*. 2011, **4**, s. 12-14.

ISSN 1210-7506.

Elektronické zdroje:

Desatero pro rodiče [online]. [cit. 2019-03-1]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/desatero-pro-rodice-deti-predskolniho-veku>

KOŠŤÁL, J. *Kostní nekrózy u dětí a dospívajících. Nové články na portálu Dětský lékař | Dětský lékař* [online]. Copyright © [cit. 13.04.2019]. Dostupné z: http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/vox10_2001.pdf

MIHÁL, V. *Komplexní péče o děti v nemocnici*. /online cit. Dne 22. 7. 2017/. *Pediatric pro praxi*, 2006. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/search.php>

PÁLENÍKOVÁ, A., BUŽGOVÁ, R. *Zkušenost rodičů a sester s dlouhodobou hospitalizací dítěte s doprovodem rodiče*. /online citace dne 23.7.2017/ *Profese online*, 2009. Dostupné z <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2009/04/05.pdf>

SMOLÍKOVÁ, K. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: VÚP, 2018.

MŠMT ČR [online]. Copyright © [cit. 13.04.2019]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/45304_1_1/download/

ZACHAROVÁ, Eva; ŘÍMOVSKÁ Zdenka. *Nemocné nebo zdravotně postižené dítě v rodině*
[online]. 2014, [cit. 2017-07-31]. Dostupné z:
<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/01/17.pdf>

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Práva hospitalizovaných dětí
- Příloha č. 2 Strukturovaný rozhovor
- Příloha č. 3 Metodický list: grafomotorický prvek čára
- Příloha č. 4 Metodický list: zrakové vnímání
- Příloha č. 5 Metodický list: grafomotorika labyrint
- Příloha č. 6 Metodický list: jazyk a řeč
- Příloha č. 7 Metodický list: sluchové vnímání
- Příloha č. 8 Metodický list: zrakové vnímání
- Příloha č. 9 Metodický list: grafomotorický prvek kolečko
- Příloha č. 10 Metodický list: grafomotorický prvek šikmá čára
- Příloha č. 11 Metodický list: grafomotorický prvek spirála
- Příloha č. 12 Metodický list: zrakové vnímání
- Příloha č. 13 Metodický list: grafomotorický prvek vlnovka
- Příloha č. 14 Metodický list: jazyk a řeč
- Příloha č. 15 Metodický list: sluchové vnímání
- Příloha č. 16 Metodický list: grafomotorický prvek ovál
- Příloha č. 17 Metodický list: sluchové vnímání
- Příloha č. 18 Metodický list: grafomotorický prvek „píla“
- Příloha č. 19 Metodický list: grafomotorický prvek horní oblouk
- Příloha č. 20 Metodický list: grafomotorický prvek spodní oblouk
- Příloha č. 21 Metodický list: jazyk a řeč
- Příloha č. 22 Metodický list: grafomotorický prvek smyčka horní
- Příloha č. 23 Metodický list: grafomotorický prvek smyčka dolní
- Příloha č. 24 Metodický list: zrakové vnímání
- Příloha č. 25 Metodický list: grafomotorický prvek spodní oblouk bez smyčky
- Příloha č. 26 Metodický list: předmatematické představy
- Příloha č. 27 Metodický list: grafomotorický prvek horní oblouk bez smyčky

Příloha č. 1

Práva hospitalizovaných dětí

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

Schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993

Příloha č. 2

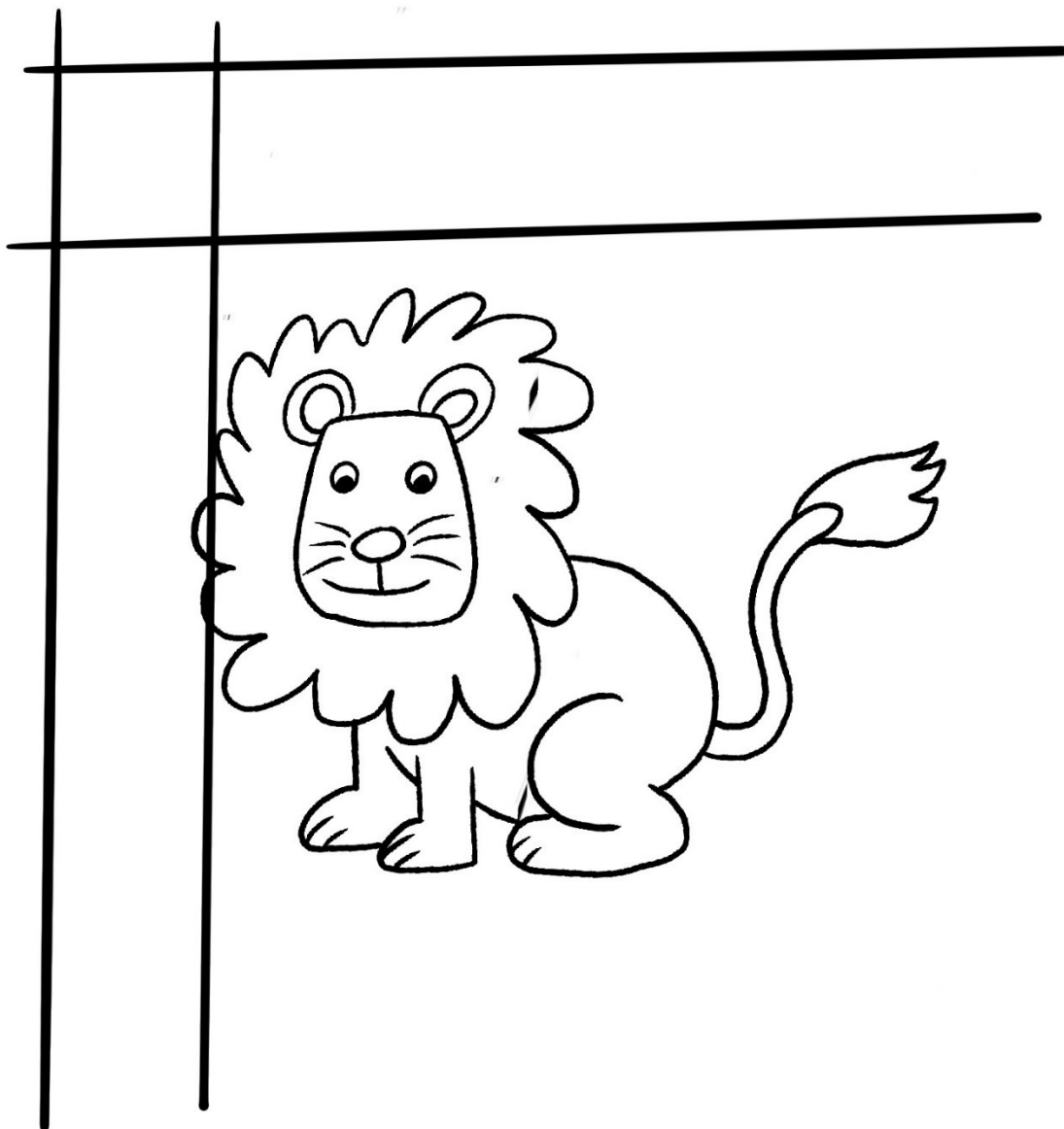
Strukturovaný rozhovor

1. Věděl/a jste o působení mateřské školy při nemocnici? Znáte její vzdělávací program?
2. Byl/a jste spokojen/a s četností různorodých vzdělávacích aktivit a činností nabízených vašemu dítěti?
3. Jste přesvědčen/a, že vzdělávací nabídka měla pro vaše dítě během hospitalizace význam? Podporovala vaše dítě?
4. Víte, které činnosti byly pro vaše dítě nejvhodnější? Které činnosti mělo vaše dítě nejraději?
5. Byly tyto činnosti pro vás inspirující? Přemýšlíte o nákupu některých pomůcek?
6. Myslíte si, že vzdělávací činnosti podporovaly subjektivní pohodu vašeho dítěte? Odpoutaly u dítěte pozornost od bolesti, strachu apod.?
7. Uvítal/a byste vzdělávací nabídku pro vaše dítě během jeho domácího ošetřování po dobu pěti týdnů?
8. Byl/a byste ochoten/a se sám/a aktivně zapojit do vzdělávacích činností vašeho dítěte nebo požádáte jiného člena rodiny?
9. Co bylo během domácího ošetřování pro vaše dítě nejobtížnější?
10. Které aktivity mělo vaše dítě během domácího ošetřování nejraději?
11. Byl/a byste ochoten/a věnovat malou finanční částku na nákup výtvarného materiálu a pomůcek?
12. Máte zkušenosti s nějakou kompenzační pomůckou, která ulehčovala vašemu dítěti pracovat na lůžku?
13. Vyžadovalo vaše dítě při polohování na břiše nějakou činnost nebo raději odpočívalo?

Příloha č. 3

Grafomotorický prvek: vodorovná a svislá čára

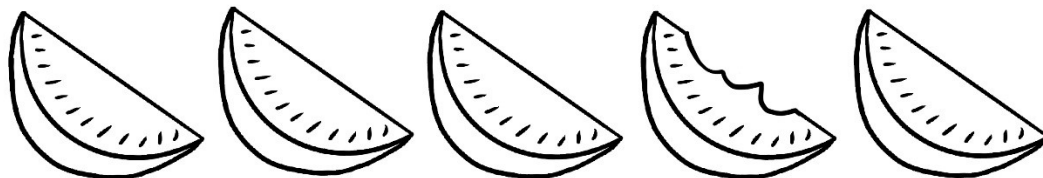
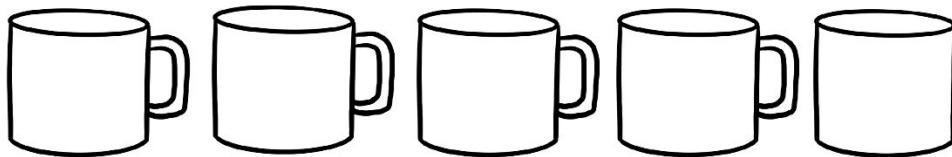
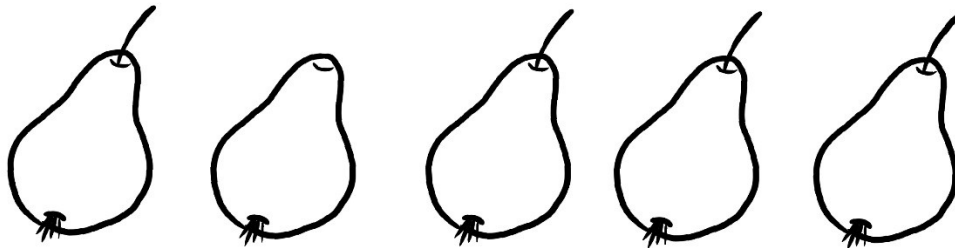
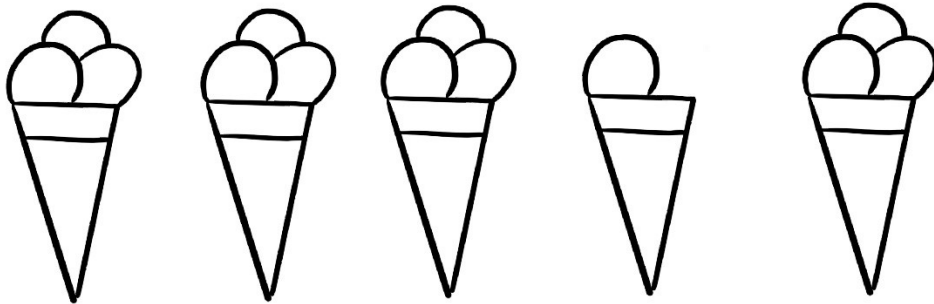
Zkus domalovat na dolním obrázku lvovi klec.



Příloha č. 4

Zrakové vnímání: odlišení výrazně jiného obrázku v řadě

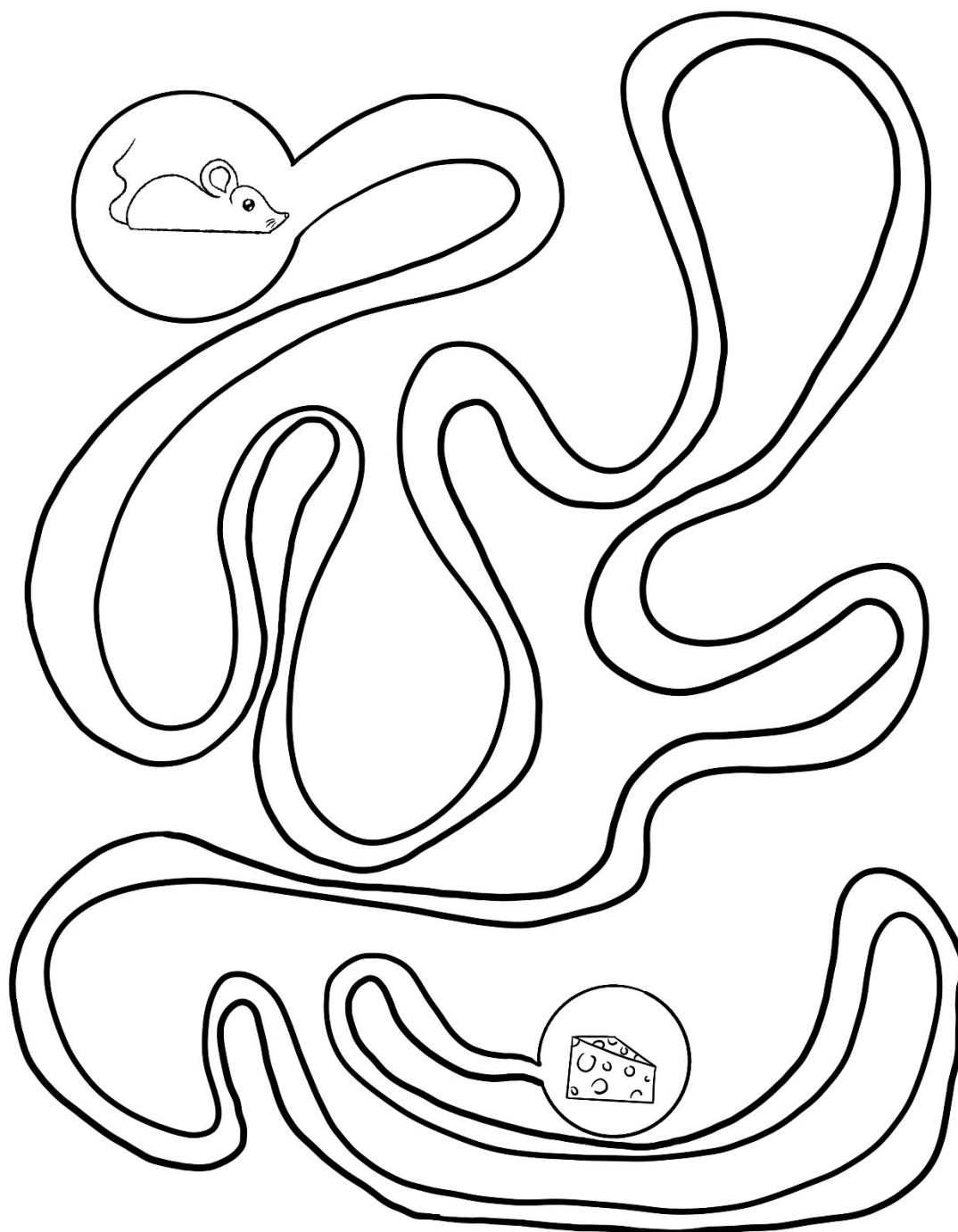
V každé řadě je jeden obrázek nakreslený jinak. Víš, který to je? Vybarvi ho.



Příloha č. 5

Grafomotorika: labyrint, čára mezi dvěma liniemi

Pomoz najít myšce cestu k sýru.



Příloha č. 6

Jazyk a řeč: rozlišování slov bez vizualizace, změna délky, změna měkčení

1. Dospělý dítěti řekne dvojici slov, dítě určí, zda zní stejně nebo ne.

ZMĚNA DÉLKY	ZMĚNA MĚKČENÍ
žila – žíla	čistý – čistí
vila – víla	lety – letí
pára – párá	mladý – mladí
drahá – dráha	divadlo – divadlo
síla – síla	psaní – psaný
stará - stará	platí – platí
díra – díra	květina – květina
kýla – kýla	tykadlo – tikadlo

2. Dospělý dítěti řekne střídavě slova. Při tvrdé slabice dítě sáhne na dřevěnou kostku, při měkké slabice dítě sáhne na houbičku.

Kostka: dýka, sudy, dým, tyčka, motýl, jahody, kalhoty, tykadlo, tykev, boty.

Houbička: nitka, sluníčko, hodiny, lodička, díra, kytička, ticho, budík, koník, tílko

Příloha č. 7

Sluchové vnímání: vyhledávání rýmujících se dvojice slov, určování počtu slabik.

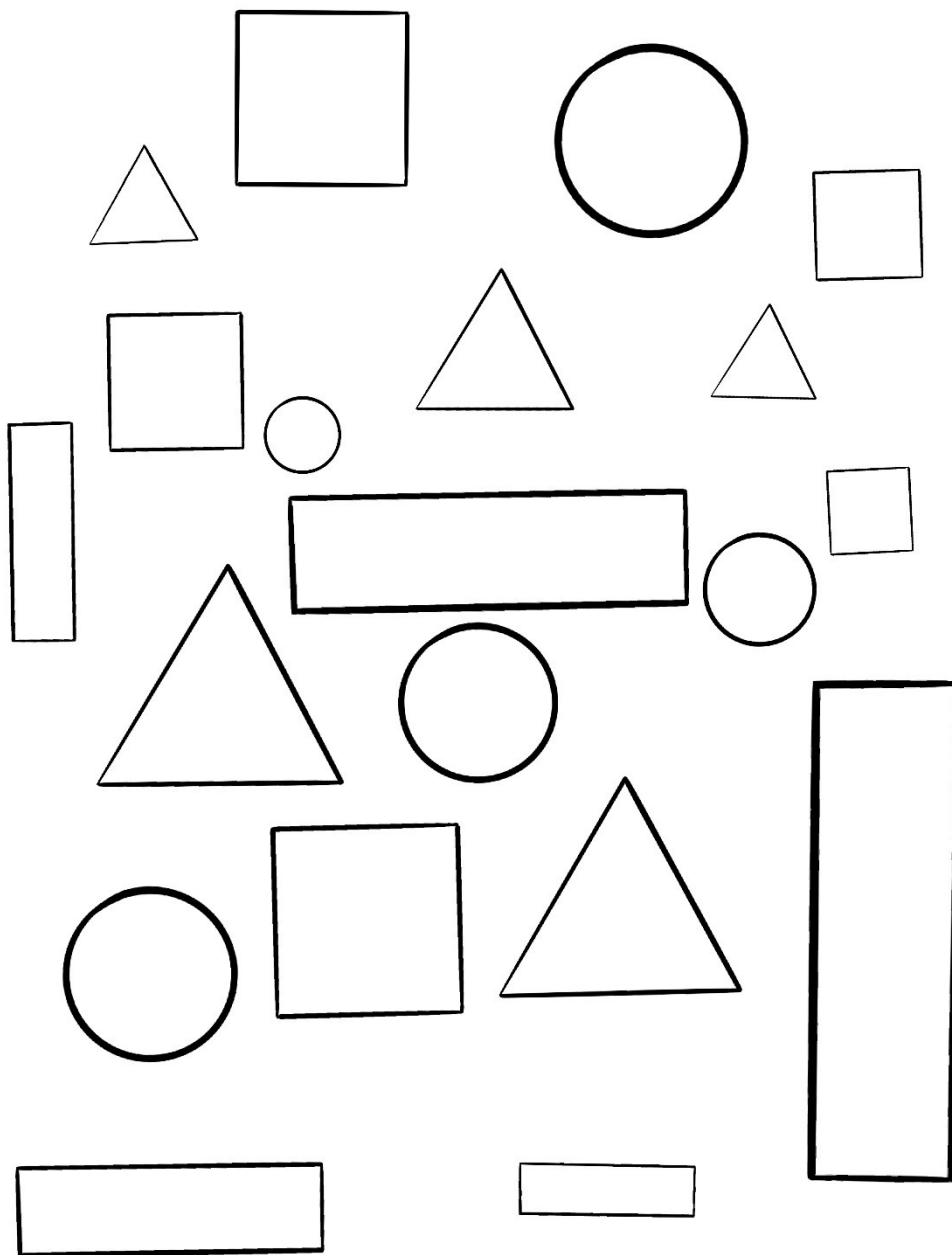
Dospělý řekne dítěti trojici slov, dítě pak opakuje pouze slova, která se rýmují. Pomocí vytleskávání současně určuje počet slabik v jednotlivých slovech.

Jednoslabičná slova	Dvojslabičná slova
strom - hrom	bota – rota
dům - boj	židle – vidle
kůl - stůl	auto – autíčko
máj - stáj	málo – hodně
strop - hop	zima – léto
skok - hop	maso – laso
žbluňk - kuňk	lžice – vidlička
kůň - koníček	míček – flíček
Trojslabičná slova	Čtyřslabičná slova
domeček - chlapeček	paraplíčko – staveníčko
babička - krabička	čokoláda – marmeláda
kočička - botička	piškotový – kokosový
vajíčko - jablíčko	vymalovat - vymalovaný
skákání - mávání	motanice – páranice
panenka - holinka	vykrojený – rozkrojený
autíčko - maličko	stavebnice – rukavice

Příloha č. 8

Zrakové vnímání: uspořádání předmětů dle stanoveného pravidla (podle tvaru, velikosti)

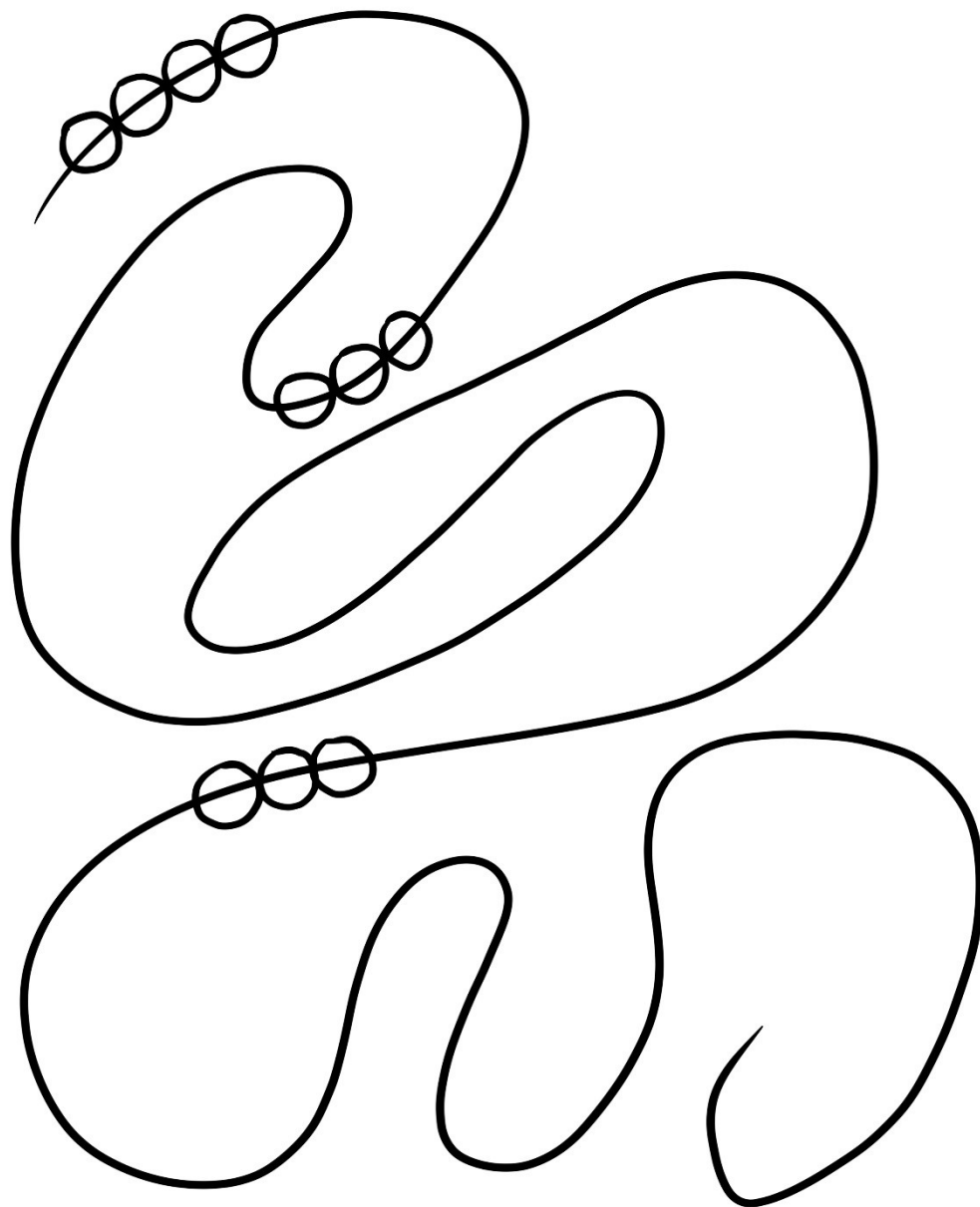
Nejdříve vybarvi všechny čtverce červenou barvou, kruhy modrou barvou, obdélníky zelenou barvou, trojúhelníky žlutou barvou. Pak seřaď vždy stejné geometrické tvary podle velikosti - označ tvar puntíkem nebo číslicí (nejmenší tvar bude mít jeden puntík nebo číslici 1 a největší tvar bude mít pět puntíků nebo číslici 5).



Příloha č. 9

Grafomotorický prvek: kolečko

Navlíkni na celou šňůrku korálky (nakresli kolečka). Jednotlivé korálky pak vybarvi.



Příloha č. 10

Grafomotorický prvek: šikmá čára

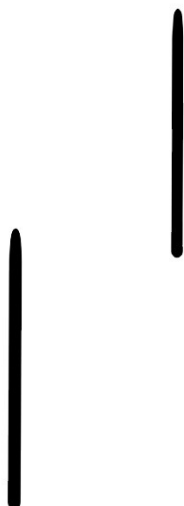
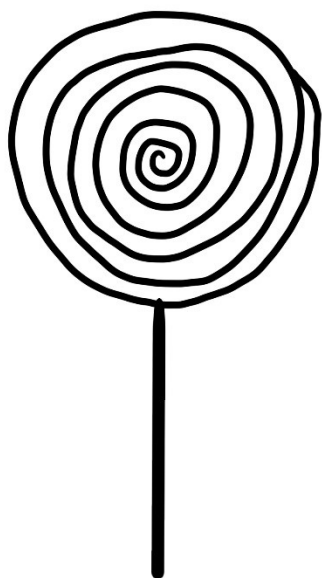
Ten vítr má ale sílu! Rozfoukal nám všechny dešťové kapky na šikmé čáry. Zkusíš to taky?



Příloha č. 11

Grafomotorický prvek: spirála

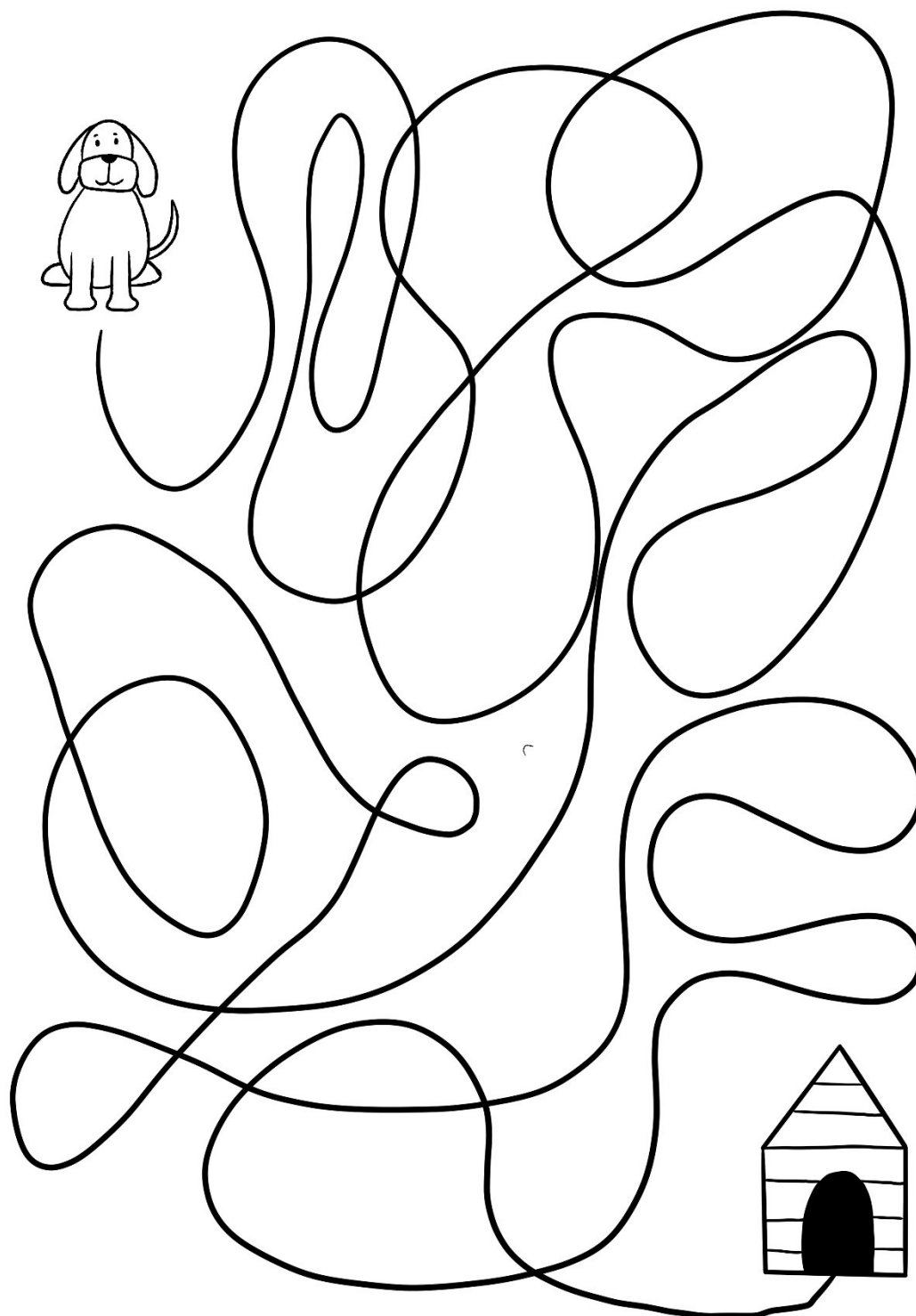
Máš chuť na lízátko? Vezmi si barevné pastelky a dokresli je.



Příloha č. 12

Zrakové vnímání: sledování jedné linie – labyrint

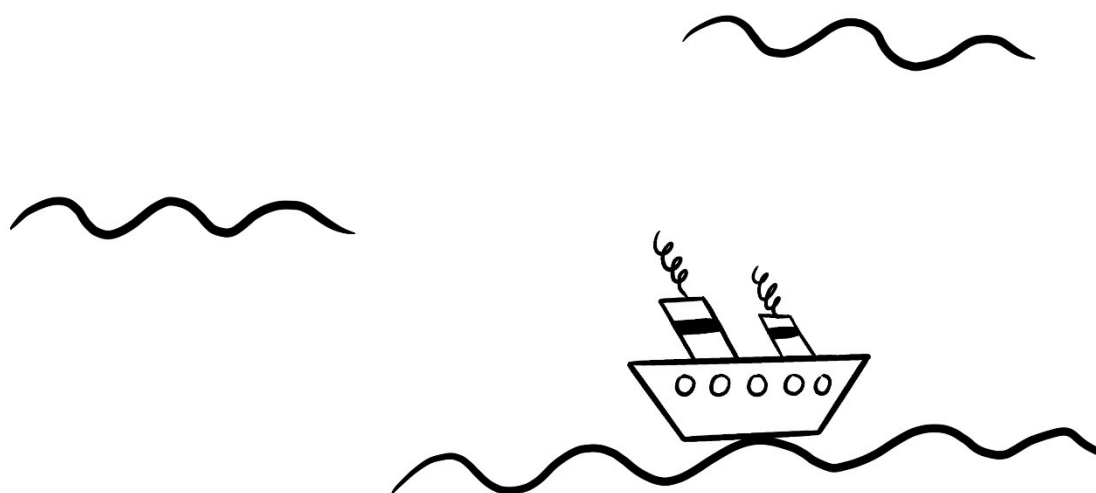
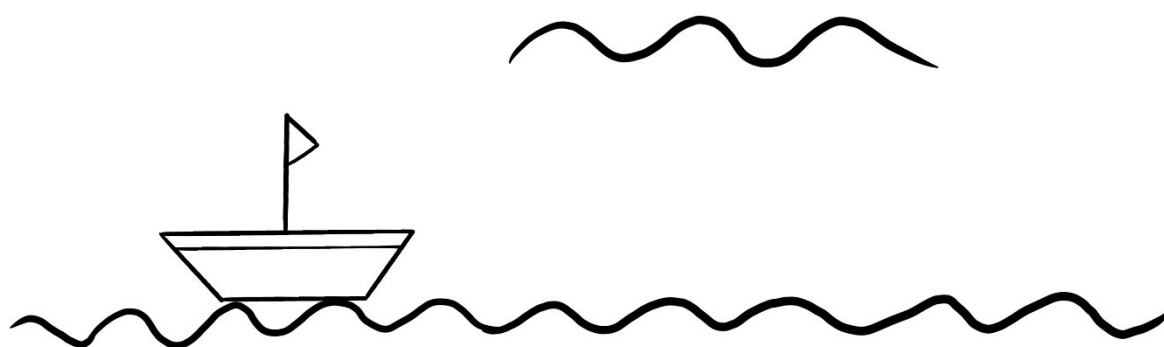
Malé štěně by rádo našlo svoji boudu. Pomůžeš mu?



Příloha č. 13

Grafomotorický prvek: vlnovka

Nakresli kolem lodiček velké moře.



Příloha č. 14

Jazyk a řeč: poznávání protikladů, slov podobného významu.

Dospělý říká dítěti jednotlivá slova, dítě se pokusí najít ke slovu protiklad nebo slovo podobného významu.

Protiklady	
čistý - špinavý	mokrý - suchý
mladý - starý	pěkný - ošklivý
horký - studený	hodně - málo
vysoký - nízký	vpravo - vlevo
veselý - smutný	dole - nahoře
nahlas - potichu	těžký - lehký
tmavý - světlý	černý - bílý
malý - velký	tepló - zima
rychle - pomalu	chytrý - hloupý
dobře - špatně	chybně - správně

Slova podobného významu

Kluk: hoch, chlapec, muž, kamarád.

Dům: domov, bouda, zámek, stavení, sídlo.

Utíkat: běžet, pelášit.

Ledový: studený, mrazivý.

Hodný: milý, ukázněný.

Příloha č. 15

Sluchové vnímání – rozlišování slov a bezvýznamných slabik.

Dospělý říká dítěti dvojici shodných nebo neshodných slov, potom bezvýznamných slabik. Dítě rozpoznává, zda jsou stejné nebo ne.

Rozlišování slov: koza – kosa, miska – myška, pece – peče, topil – dopil, dýky – díky, vázy – váží, Micka – myčka, noc – moc, nemá – němá.

Rozlišování bezvýznamných slabik:

díl - dýl

zni - zny

fal - val

tam - tam

čil - žil

pum - bum

děl - del

fol - vol

dek - pek

bro - bro

ten - těn

kni - kny

dyn - din

tyn - tin

dyk - dik

čen - žen

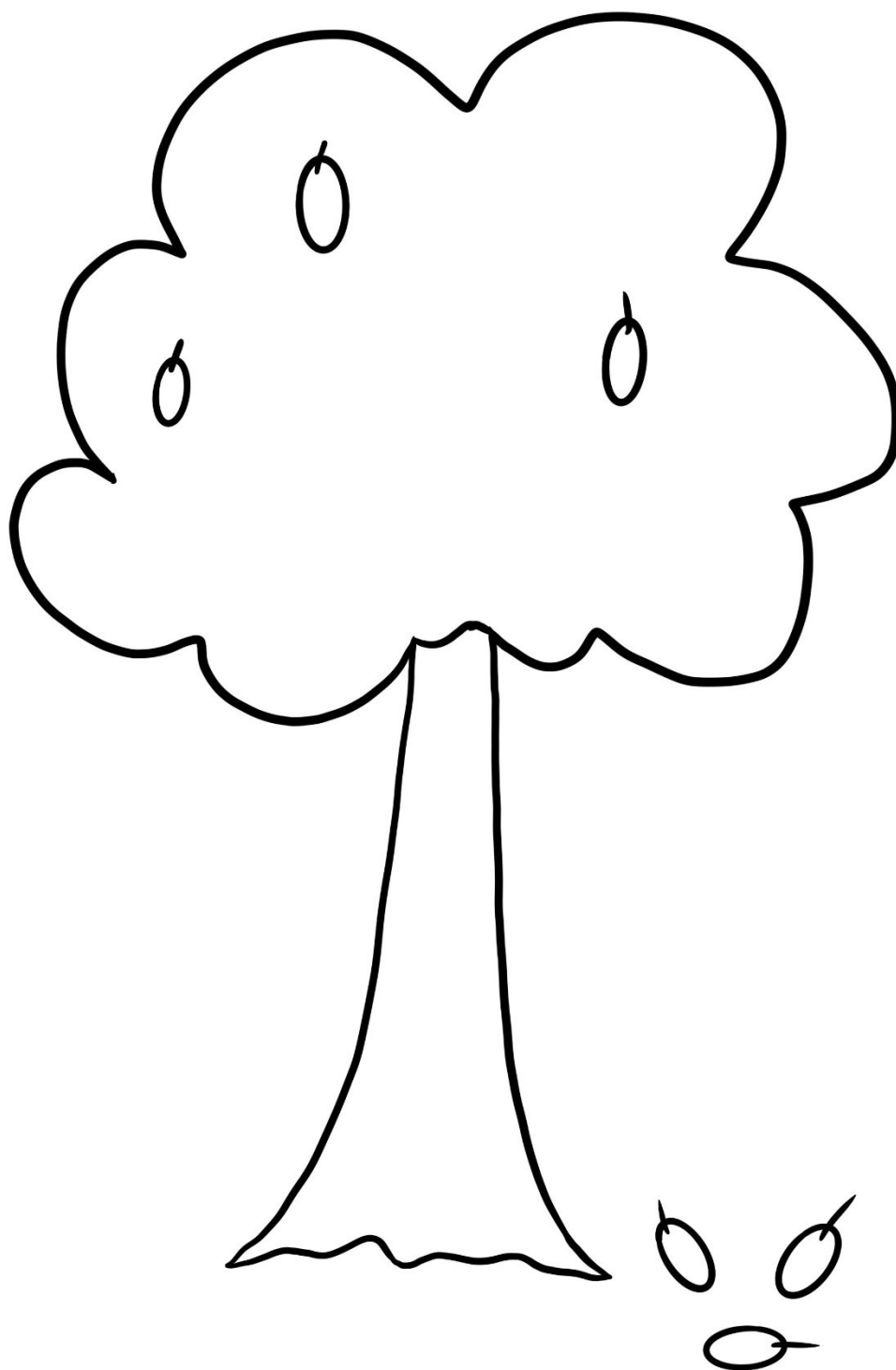
tik - tyk

fák - vák

Příloha č. 16

Grafomotorický prvek: ovál

Dokresli na strom plno švestek. Některé švestky spadly na zem, nakresli je také.



Příloha č. 17

Sluchové vnímání: plnění pokynu „Tleskni, uslyšíš-li dané slovo.“

Dospělý čte text, dítě pozorně poslouchá a při slově **prasátko** tleskne.

Tři **prasátka**

Byla jednou tři **prasátka**. Rozhodla se, že se vydají do světa. **Prasátka** se toulala po loukách a dováděla. Přešlo léto, začal podzim a **prasátkům** byla venku zima. Tak se **prasátka** rozhodla, že si postaví domečky.

První **prasátko** stavělo domeček ze slámy, druhé **prasátko** ze dřeva a třetí **prasátko** z cihel. První **prasátko** mělo svůj domeček postavený rychle, druhé **prasátko** bylo pomalejší. Nejvíce práce se stavbou domečku si dalo třetí **prasátko**. Jeho dva bratři se mu posmívali, ale třetímu **prasátku** to nevadilo.

Prasátka zanedlouho zjistila, že se okolo domečků potlouká hladový vlk. **Prasátka** se polekala a schovala se do svých domečků.

První **prasátko** mělo domeček ze slámy. Vlk jej rozfoukal, **prasátko** ale stačilo utéct a schovat se u druhého **prasátka** v dřevěném domečku. Ale ten vlk také rozfoukal. Ještě štěstí, že **prasátka** utekla a schovala se v domečku z cihel u posledního **prasátka**.

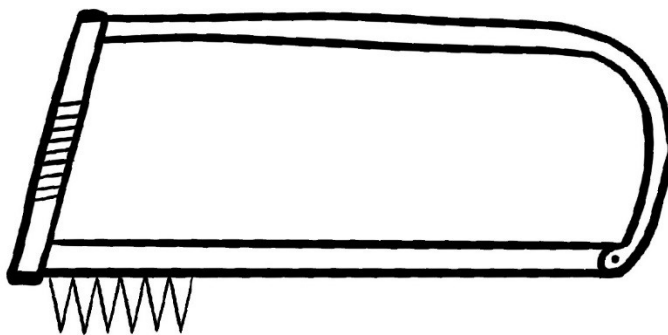
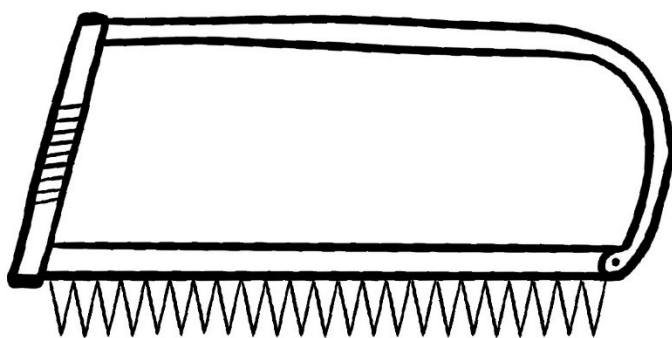
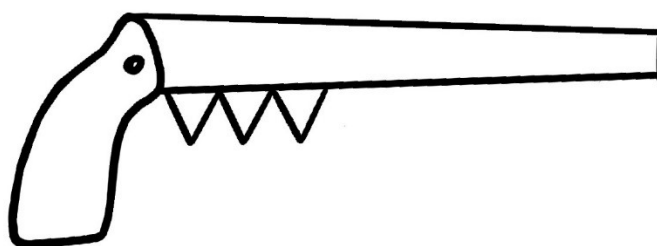
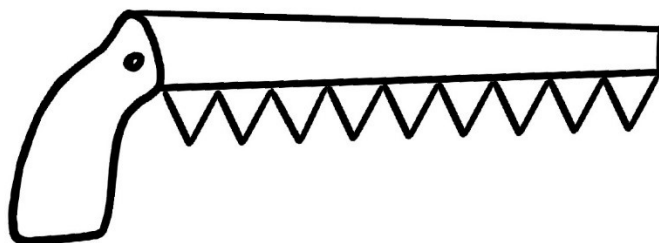
Vlk přiběhl k domečku třetího **prasátka**, foukal a foukal ze všech sil, ale domeček nerozfoukal. Vylezl na střechu domečku a spustil se do komína. **Prasátka** mezitím pořádně roztopila ohniště a kouř vyhnal vlka z komína ven. Jak se vlk polekal, rychle utíkal pryč do lesa.

Od té doby se už nikdy nevrátil a **prasátka** tak v bezpečí spolu hospodařila v cihlovém domečku.

Příloha č. 18

Grafomotorický prvek: „pila“.

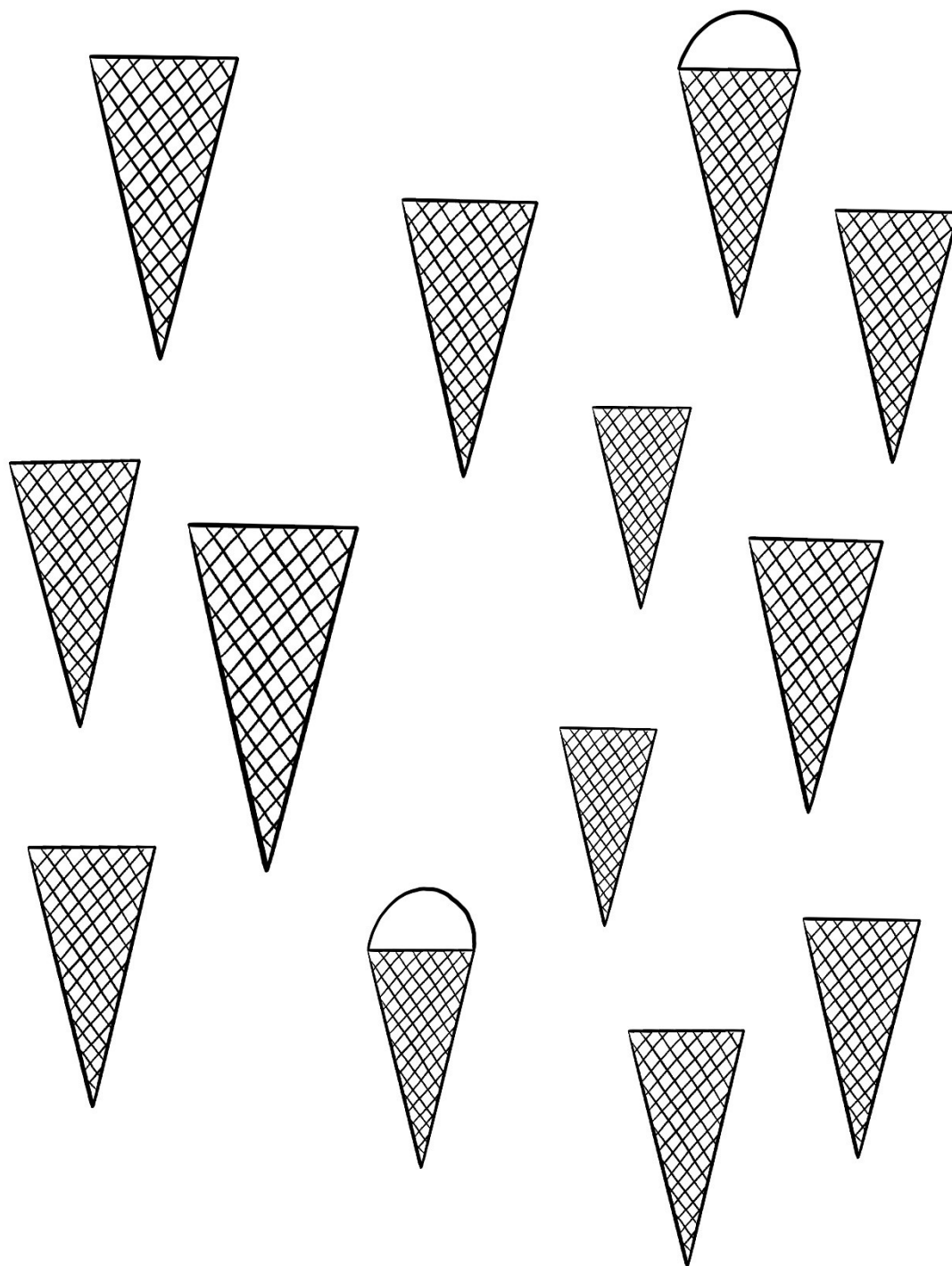
Všem pilám chybějí pěkně špičaté zuby. Dokreslíš je?



Příloha č. 19

Grafomotorický prvek: horní oblouk

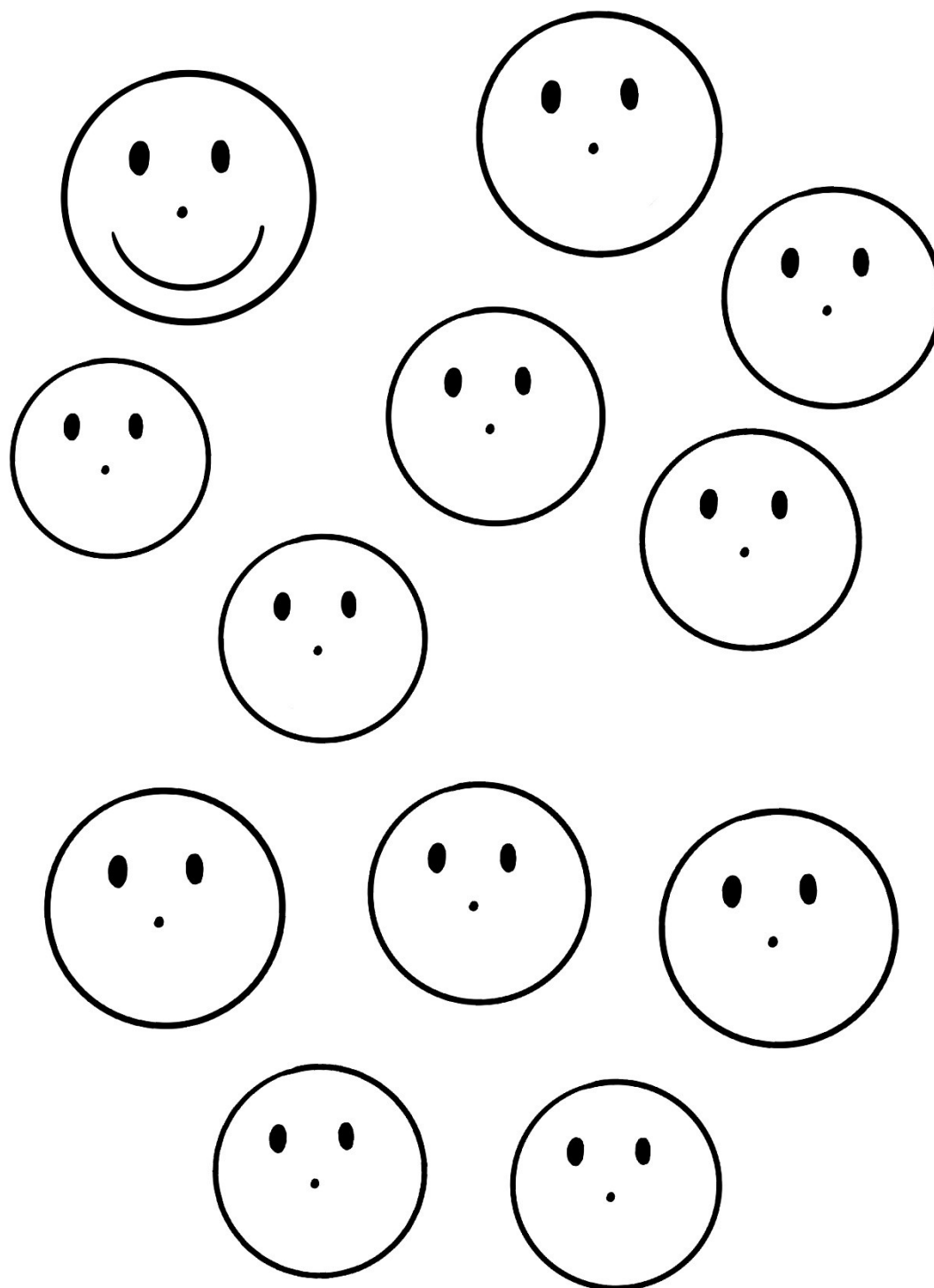
Máš chuť na zmrzlinu, vezmi si pastelky a dokresli čokoládovou, jahodovou, vanilkovou...



Příloha č. 20

Grafomotorický prvek: spodní oblouk

Smajlíci by se rádi usmívali. Dokreslíš jim pusinky?



Příloha č. 21

Časoprostorová orientace: povídání u obrázku

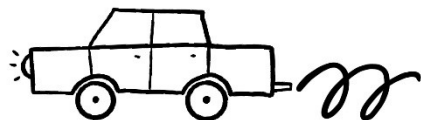
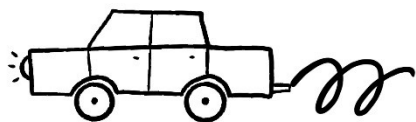
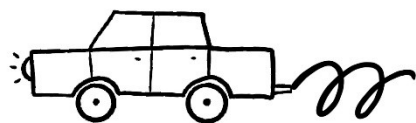
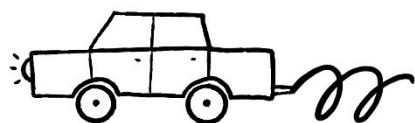
Dospělý dává dítěti otázky na procvičování pojmů nahoře, dole, vpravo, vlevo, uprostřed, vpravo nahoře apod. Dítě odpovídá na otázky nebo samo pokládá otázky dospělému.



Příloha č. 22

Grafomotorický prvek: smyčka horní

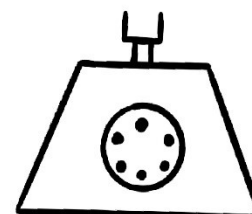
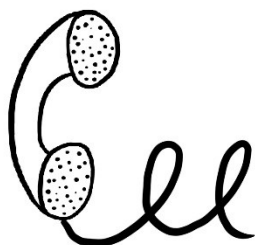
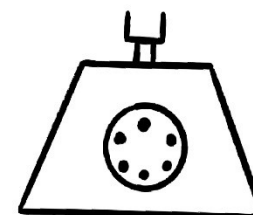
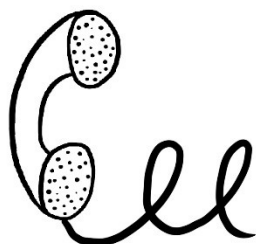
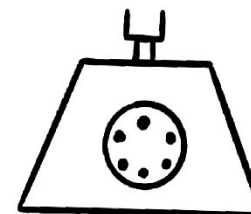
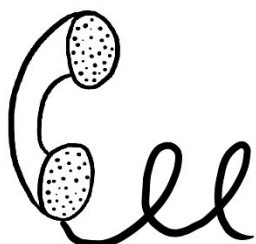
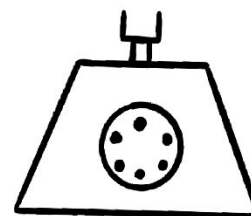
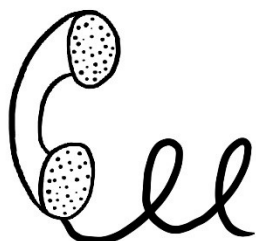
Dívej se pozorně a podle vzoru dokresli každému autu kouř z výfuku.



Příloha č. 23

Grafomotorický prvek: smyčka dolní

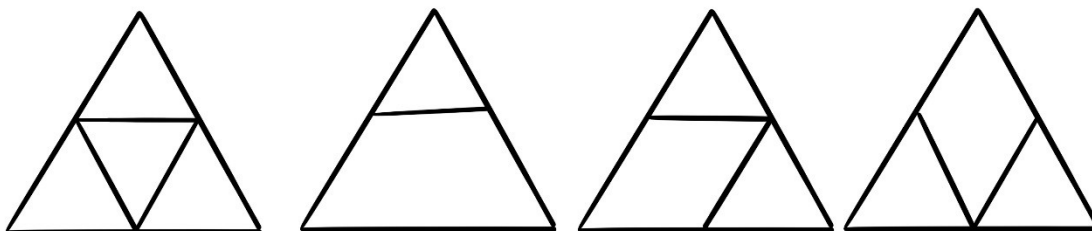
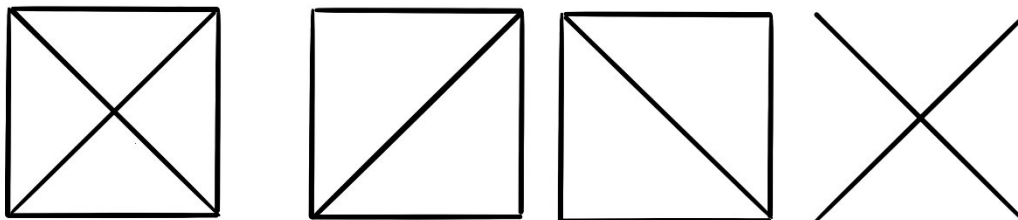
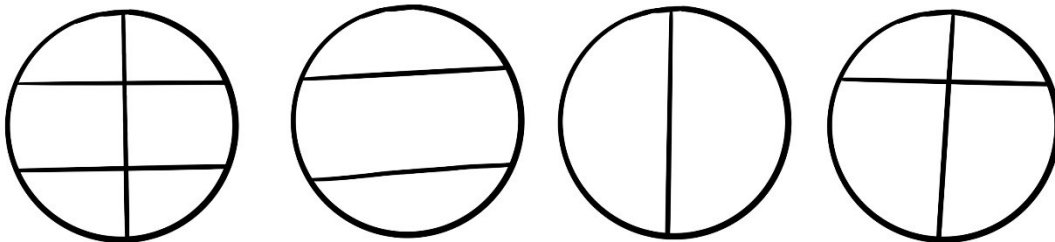
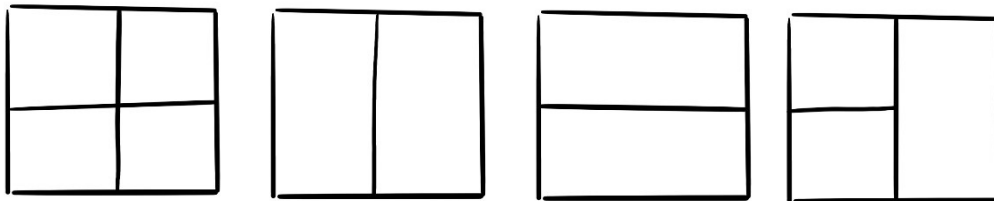
Sleduj pozorně a spoj vždy podle vzoru sluchátko s telefonem.



Příloha č. 24

Zrakové vnímání: rozpoznávání odlišnosti v detailech

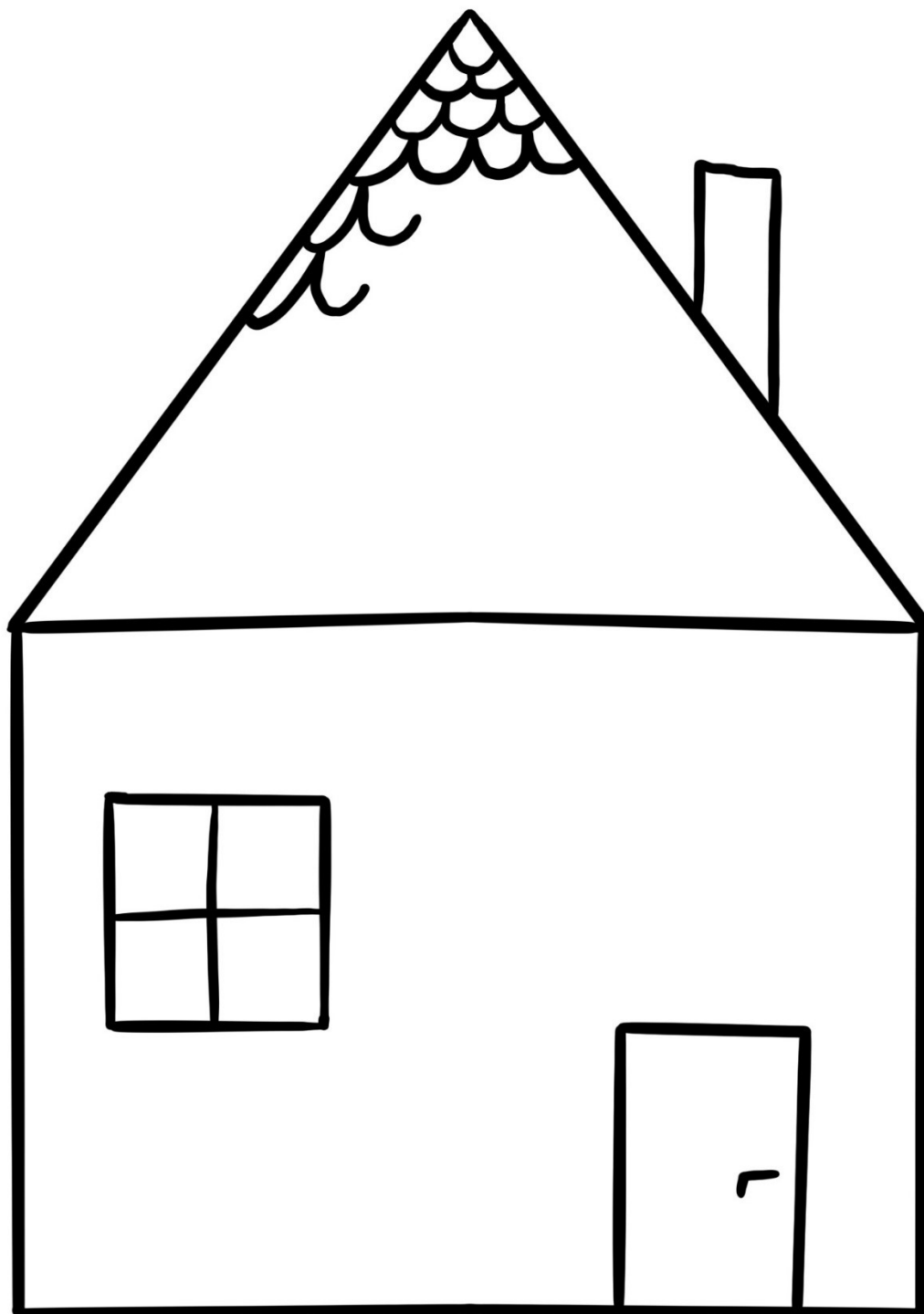
Sleduj pozorně první obrázek v řadě. Dalším obrázkům vždy něco chybí. Dokreslíš je?



Příloha č. 25

Grafomotorický prvek: spodní oblouk s vratným tahem bez smyčky

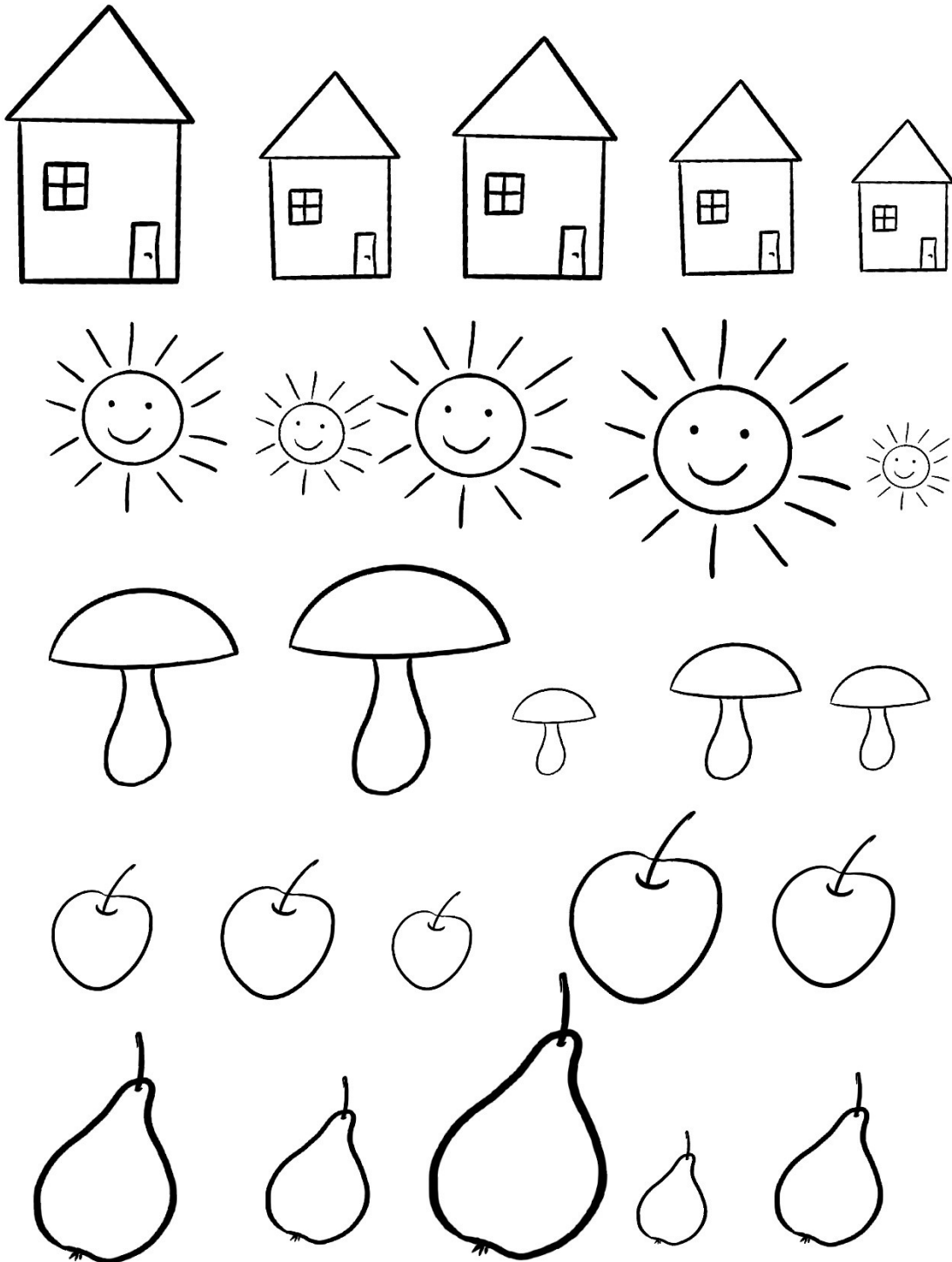
Dokresli domečku střechu, aby do něj nepršelo.



Příloha č. 26

Předmatické představy: seřazování 3 - 5 prvků podle velikosti.

Vybarvi napřed všechny obrázky, opatrně je vystříhni, seřaď stejné obrázky do řady podle velikosti a nalep na papír.



Příloha č. 27

Grafomotorický prvek: horní oblouk s vratným tahem bez smyčky

Všichni ptáčci chtějí společně doskákat na druhou stranu. Pomůžeš jim?

