

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

P e d a g o g i c k á f a k u l t a

Katedra pedagogiky

KLÁRA ČONKOVÁ

V. ročník

SPECIFIKA PRÁCE S DĚTMI NA ŠKOLE PŘI NEMOCNICI

Diplomová práce

Vedoucí práce : PhDr. Jarmila Mojžíšová,Ph.D.

PRAHA 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 16.4.2008

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Jarmile Mojžíšové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, dále pak děkuji Mgr. Vlastě Průchové, ředitelce ZŠ a MS při FN Motol, a Mgr. Marcele Kerbachové za přátelské přijetí v motolské škole při nemocnici a za pomoc při vypracování diplomové práce.

Anotace

Specifika práce s dětmi na škole při nemocnici

klíčová slova : hospitalizace, škola při nemocnici, výchovně - vzdělávací proces

Tato diplomová práce se zabývá tématem dětí, jejichž zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci v nemocnici, a řeší problém jejich výuky. O zajištění výchovně - vzdělávacího procesu ve škole při nemocnici, práci s dětmi zde však charakterizují určitá specifika, na která se diplomová práce zaměřuje. Rozdílnost výuky vychází z psychologie nemocného dítěte a jeho rodinných příslušníků a prostředí nemocnice. V práci je představeno fungování základní školy při nemocnici a jsou zde uvedeny příklady výuky dětí hospitalizovaných ve FN Motol.

Annotation

Work specifics with children at the hospital school

Keywords: hospitalization, hospital school, education and training process

This graduation theses consider a children theme, whose health requires hospitalization and solving their education problem. The hospital school taking care of education and training process assurance, but work with children individualize certain specifics, which is target the graduation theses. Differentness of education coming out from psychology of sick child, family members and the hospital environment. This graduation theses presents operation basic school in the hospital and introduce examples education of children, who are hospitalized in FN Motol.

OBSAH

Úvod.....	7
Struktura práce.....	8
1. Dětský pacient v nemocnici.....	9
1.1 Reakce dítěte na vlastní nemoc.....	9
1.2 Vliv hospitalizace na dětskou psychiku.....	13
1.3 Negativní stránky pobytu dítěte v nemocnici.....	16
1.3.1 Psychická deprivace.....	16
1.3.2 Separace.....	17
1.4 Informovanost dítěte.....	19
2. Rodinní příslušníci nemocného dítěte.....	21
2.1 Reakce rodiny na nemoc dítěte.....	21
2.2 Postoj rodičů k dítěti.....	23
2.3 Přijetí faktu nemoci dítěte ze strany rodičů.....	25
2.4 Spolupráce rodiny a zdravotnického týmu.....	27
2.5 Přítomnost rodičů v nemocnici.....	29
3. Prostředí nemocnice.....	31
3.1 Zdravotnický personál.....	31
3.2 Služby pro hospitalizované děti a jejich rodiče.....	32
4. Charakteristika škol při nemocnici.....	36
4.1 Struktura škol při nemocnici.....	36
4.2 Úkoly a cíle školy při nemocnici.....	38
4.3 Obecné zásady při výuce ve škole při nemocnici.....	38
5. Výchovně - vzdělávací proces v základní škole při nemocnici.....	41
5.1 Činitelé výchovně - vzdělávacího procesu.....	42
5.1.1 Délka hospitalizace.....	42
5.1.2 Druh onemocnění dítěte.....	43
5.1.3 Specifika jednotlivých oddělení.....	45
5.1.4 Forma výuky.....	47
5.1.5 Materiální vybavení a učební pomůcky.....	51
6. Učitel na škole při nemocnici.....	53
6.1 Role a osobnost učitele.....	53
6.2 Spolupráce učitele s kmenovou školou.....	56

6.3 Spolupráce učitele s lékaři a ošetřujícím personálem.....	58
6.4 Spolupráce učitele s rodinou.....	59
7. Vedení záznamů o žácích.....	60
7.1 Školní karta.....	60
7.2 Pobytový list žáka.....	61
7.3 Osobní záznam a zpráva za čtvrtletí.....	61
7.3 Klasifikace žáka a vystavování vysvědčení.....	62
8. Příklady z praxe.....	63
Závěr.....	76
Seznam použité literatury.....	78
Elektronické zdroje.....	79

Úvod

Pobyt v nemocnici není příjemný asi pro nikoho, neznámé prostředí, noví lidé, jiné denní činnosti, strach z lékařských zákroků a bolest, s tím vším se musí pacienti vyrovnávat, jde-li ještě k tomu o děti, situace je pochopitelně mnohem složitější. Děti v roli pacientů vyžadují větší pozornost, citlivější přístup, péči i podávání informací je nutno přizpůsobit věku. Přístup k dětským pacientům se během posledních třiceti let měnil, péče o ně se nezaměřuje pouze na samotné onemocnění, ale na celou osobnost dítěte. Důležitou rolí v procesu uzdravování dětí hrají také rodiče, jejich přítomnost v nemocnici je dnes již zcela běžnou věcí. Pobyt v nemocnici a zdravotní stav dětem znemožňují docházku do školy, z výchovně - vzdělávacího procesu však nejsou vyčleněny, neboť zde funguje škola při nemocnici. Někomu může přijít spojení těchto dvou institucí, nemocnice a školy, zvláštní, ale je to jeden ze způsobů, jak dítě udržet v dobrém psychickém stavu a zároveň mu pomoci překonat absenci ve své škole. Výuka na škole při nemocnici se ale od výuky na školách běžného typu liší, práce s dětmi v nemocnici má svá specifika, kterými se podrobněji zabývám.

Ve své diplomové práci vycházím z osobní zkušenosti na Základní škole a Mateřské škole při FN Motol. Výuka nemocných dětí mne zajímala, proto jsem zde plnila všechny povinné pedagogické praxe v rámci studia a poté sem průběžně docházela ve svém volném čase. Měla jsem možnost nejen výuku sledovat, ale také se na ní podílet, a to především na Klinice dětské psychiatrie, Klinice dětské hematologie a onkologie, Klinice dětské ortopedie a Pediatrické klinice. Během mého docházení do FN Motol procházela dětská část nemocnice rozsáhlou rekonstrukcí, proto byla některá lůžková oddělení slučována, děti byly přesouvány a celkově byl chod nemocnice ovlivněn tímto faktem. Ve své práci jsem se zaměřila pouze na školu základní, fungování této školy a specifika výuky dětí nejdříve popisuji a poté ukazuji na konkrétních příkladech z praxe.

Jak probíhá vzdělávání nemocných dětí? Jak se pracuje s nemocnými dětmi ve škole při nemocnici? V čem je práce s nemocnými dětmi specifická? Na takové a podobné otázky se snaží má diplomová práce odpovědět. Cílem je tedy osvětlit a představit výuku na škole při nemocnici, ukázat fungování této instituce a zmapovat všechna specifika práce s dětmi v tomto prostředí. Práce je přínosná především pro učitele základních škol, neboť každý z nich může mít ve své třídě žáka, který onemocní a bude hospitalizován v nemocnici. Přímo pro tyto učitele jsem sestavila seznam základních doporučení, na která by při hospitalizaci žáka neměli zapomenout. Učitel většinou neví, jakým způsobem je jeho žák ve škole při nemocnici vzděláván, zpracování

tohoto tématu v literatuře není příliš obsáhlé. Práce má pomoci k lepší orientaci v problematice vzdělávání nemocných dětí.

Struktura práce

Diplomová práce je rozdělena celkem do 8 kapitol. První kapitoly se zabývají psychologií hospitalizovaného dítěte a jeho rodinných příslušníků, v následujících kapitolách je potom představena výuka na škole při nemocnici a její specifika.

V první kapitole se věnuji dítěti, které je hospitalizováno v nemocnici, jeho reakcím na nemoc, vlivu hospitalizace na jeho psychiku, negativním stránkám pobytu v nemocnici a tomu, jak by mělo probíhat jeho informování. Druhá kapitola se zabývá rodinnými příslušníky, jejich reakcemi na onemocnění dítěte, vytvářením postojů k nemocnému dítěti a celkovému přijetí faktu nemoci u dítěte. Součástí této kapitoly je také téma spolupráce rodičů a zdravotního personálu a jejich přítomnost v nemocnici spolu s dítětem. V další kapitole je přiblíženo prostředí nemocnice a všech osob, se kterými se dítě a jeho rodina v nemocnici mohou setkat, nejedná se pouze o lékaře a zdravotní sestry, péči o dítě a jeho rodinu zajišťují i další lidé. Čtvrtá kapitola již představuje školu při nemocnici, její strukturu, úkoly a cíle, které škola má a také jsou zde formulovány obecné zásady práce v této škole, jež jsou odlišné od školy běžného typu. Pátá kapitola se zaměřuje na výchovně - vzdělávací proces na škole při nemocnici, který ovlivňuje pět základních činitelů a ty jsou zde podrobněji rozebrány. Při výuce na škole při nemocnici je důležitá také role a osobnost učitele, jeho spolupráce s rodinou, lékařským personálem a kmenovou školou, což je obsaženo v kapitole šesté. Následující kapitola potom shrnuje způsob vedení záznamů o žácích, klasifikaci a vystavování vysvědčení. V poslední , osmé, kapitole jsou představeny jednotlivé konkrétní příklady žáků z praxe a také doporučení pro učitele kmenových škol.

1. Dětský pacient v nemocnici

Podle Charty práv dětí v nemocnici¹ mají být děti² do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení. Každá hospitalizace je pro dítě zátěžovou situací, dostává se do nového prostředí, ztrácí pocit bezpečí a jde o zásah do jeho známého denního režimu. Pobyt v nemocnici znamená odloučení od některých jeho blízkých a kamarádů, přináší s sebou strach z cizích lidí v podobě lékařského personálu a z nemoci samotné. Pokud vycházíme z definice zdraví jako stavu fyzické, psychické a sociální pohody³, je zřejmé, že každé onemocnění ovlivňuje všechny tyto složky. Proto je nutné nazírat na hospitalizované dítě komplexně, jeho nemoc postihuje celou osobnost.

1.1 Reakce dítěte na vlastní nemoc

Pro urychlení ozdravného procesu je na místě starost o psychiku dítěte a jeho prožívání. Individuální přístup je hlavní zásadou v péči o hospitalizované děti, každé z nich reaguje na stejnou situaci různě. Tyto reakce jsou důsledkem působení vnitřních a vnějších vlivů.

Pojem *vnitřní vlivy* zahrnuje především vlastní dispozice dítěte jako osobnosti, tedy jeho psychické vlastnosti a rysy. Největší vliv má zřejmě temperamentové založení dítěte⁴ a odolnost jeho nervové soustavy v závislosti na vývojové úrovni, na které se dítě nachází. V každém vývojovém období si dítě osvojuje nové způsoby myšlení, pracovní techniky a zkušenosti.

Dělení a charakteristika vývojových období dle Vágnerové⁵ :

Předškolní období (od tří do šesti let) je charakterizováno názorným, intuitivním myšlením. Typickými znaky tohoto myšlení jsou :

- egocentrismus - ulpívání na subjektivním pohledu a tendence zkreslovat úsudky na základě subjektivních preferencí, v důsledku toho dochází k nepřesnostem v poznávání

¹ Dokument, zpracovaný Nadačí Klíček, vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace "National Association for the Welfare of Children in Hospital" (NAWCH) se sídlem v Londýně. (viz příloha č. 1) Nadační fond Klíček [online]. © 2005-8. [cit. 3. března 2008]. Dostupné na WWW: < <http://www.klicek.org/hospital/charta.html> >.

² Označení dítě je v celém textu používáno v kontextu nemocnice.

Dle Světové zdravotnické organizace - W110 World Health Organization - Zdraví 21 [online], © 2007. [cit. 3. března 2008]. Dostupné na WWW: < [http://www.who.cz/PDF/Zdravi21 .pdf](http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf) >.

³ Temperament jako označení souboru psychických vlastností, které se projevují způsobem reagování, chování a prožívání, zvláště tím, jak snadno vznikají emoce a jak jsou silné. (Čáp, Mareš, 2001, s. 165)

⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : Dětsví, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000, s. 102-297.

- fenomenismus - důraz na určitou zjevnou podobu světa, dítě není schopno opustit určitý obraz reality, který má zafixovaný

- magičnost - tendence pomáhat si při interpretaci událostí v reálném světě fantazií, což poznání zkresluje

- absolutismus - přesvědčení, že každé poznání musí mít definitivní a jednoznačnou platnost, relativita názorů je pro dítě nepochopitelná

Názorné myšlení vychází z bezprostředního vztahu mezi vjemem a představou, dítě má tendenci si vše vysvětlovat tak, jak to vidí a není schopné uvažovat komplexněji, jeho úsudky jsou útržkovité a nepropojené. Ve své interpretaci reality si dítě často vypomáhá fantazií, jež má v tomto období harmonizující, relaxační význam. Předškolní dítě si začíná uvědomovat svou odlišnost od ostatních, vnímá vlastní tělo, ví, jak vypadá. Rozvíjí se vlastní identita, dítě je schopno pociťovat vinu za porušení určitých pravidel a omezení. V hodnocení sebe sama však předškolní dítě přejímá názor dospělých, což je při vnímání vlastního onemocnění důležitým jevem. V tomto období ještě dochází ke zkreslené představě o čase, dítě žije přítomností, pojmy minulost a budoucnost pro něj nemají přesnější obsah, obzvláště vzdálenější budoucnost je zcela nereálná.

Školní období (od šesti do jedenácti let) je v myšlení charakterizováno fází konkrétních logických operací, pro které je typické respektování základních zákonů logiky a respektování konkrétní reality. Změny v uvažování především mladších školních dětí jsou :

- decentrace - odpoutání od vázanosti na zjevné nápadnosti a osobně aktivní vlastnosti reality, dítě posuzuje skutečnost z více hledisek, chápe proměnlivost objektů a situací, je schopno třídění podle určitých kritérií, inkluze neboli zahrnování prvků do určité třídy a řazení podle kritérií nebo pravidel

- konzervace - schopnost chápat trvalost podstaty objektu či množiny objektů, přestože se jejich vzhled mění, proměnlivost dítě vnímá jako vlastnost reality

- reverzibilita - schopnost chápat vratnost různých proměn

Myšlení v tomto období je vázáno na reálnou zkušenost, dítě bere skutečnost jako danost. Dítě získává roli školáka, jež je mu také svým způsobem automaticky dána. Nástup do školy je spojen s nutností osamostatnění a přijetí zodpovědnosti za své jednání a jeho následky. Realistický přístup ke světu se projevuje tendencí mít ve všem jasno, nejlépe na základě konkrétních důkazů. Utváření vlastní identity ve školním období již nevychází pouze z názorů a hodnocení jiných lidí, ale také ze zkušeností se sebou samým a srovnáváním s ostatními. Dítě se dokáže posoudit z více hledisek, sebehodnocení se stává komplexnější a přesnější. Pro rozvoj sebehodnocení je významné, aby dítě vědělo, co se od něj očekává. S rozvojem logiky se rozvíjí i chápání času,

pojmy minulost a budoucnost již nejsou tak abstraktní, děti se začínají učit hodiny a rozlišovat délku trvání. Zvyšuje se význam identifikace s vrstevnickou skupinou a kontaktu s vrstevníky.

Období dospívání (od jedenácti do dvaceti let) je možno rozdělit na dvě kratší období :

- pubescence (od jedenácti do patnácti let)

- adolescence (od patnácti do dvaceti let)

Období pubescence charakterizuje z hlediska myšlení stadium formálních logických operací. Poznávání už není vázáno na konkrétní realitu, ale dospívající je schopen uvažovat hypoteticky, abstraktně, dokáže přemýšlet o mnoha různých možnostech, reálných i imaginárních. Zabývá se tím, jak by situace mohla vypadat, jak jí změnit, což vede ke zvýšené kritičnosti, jak k okolí, tak k sobě. Hypotetické uvažování souvisí se schopností systematického myšlení, jde o dovednost vytvořit si hypotézu a postupnými kroky ji vyloučit nebo potvrdit. Období pubescence je hledáním vlastní identity, přemýšlením nad tím, jaký by chtěl být. Toto hledání identity jde ruku v ruce s proměnou těla a změnou citového prožívání. Dospívající se zabývá sám sebou ve zvýšené míře, touží po sebepoznání. Roste sebekritičnost a emoční labilita, což zvyšuje zranitelnost vlastního sebehodnocení a sebeúcty v případě ztráty zdraví. Dochází ke změně vztahů, jednou z tendencí je odpoutání se od rodiny, odmítání autority a snaha odlišit se. Zároveň roste důležitost vrstevnické skupiny a vlastního prosazení ve skupině, nemoc může být zdrojem sociálních problémů jedince.

Období adolescence završuje proces rozvoje identity a osamostatňování. Rozvíjí se mužská a ženská role, která je významnou složkou adolescenta. Součástí identity dospívajícího je také jeho tělesný vzhled, svým tělem se hojně zabývá a srovnává s aktuálním standardem atraktivity. Nemoc proto může být důvodem sníženého sebevědomí. V myšlení je typická flexibilita a schopnost používat nové způsoby řešení. Dospívající v tomto období již začíná být více vnímán jako dospělý, což na něj klade určité nároky na způsob chování a přijímání odpovědnosti. Přetrvává vliv vrstevnické skupiny. Při sebehodnocení mají adolescenti ještě sklon k sebekritičnosti, usilují o uznání ze strany dospělých. Mezníkem v tomto období je dosažení plnoletosti, ukončení školy a nástup do práce.

Vnější vlivy potom zahrnují všechny jevy v okolí dítěte, ať už jde o působení rodičů, lékařského personálu nebo celkového nemocničního prostředí. Hlavně mladší děti přejímají postoje svých rodičů, často neomylně dokáží vycítit obavy rodičů, závažnost vlastního onemocnění mohou vnímat skrze rodiče. Práce s celou rodinou je nesporně velmi zásadní, stejně jako informovanost rodičů a jejich přítomnost v nemocnici, která zajišťuje dítěti pocit jistoty. Důležitým prvkem, jež děti ovlivňuje, je také přístup lékařů a ošetřujícího personálu. Citlivý přístup a srozumitelné vysvětlení důvodů hospitalizace pomohou hned při přijímání dítěte do

nemocnice vzbudit jeho důvěru k lékařskému personálu a omezí pocity strachu. Zmírnit negativní pocity dětí se dnes již snaží také celkové prostředí dětských oddělení a jejich výzdoba, prostory herny, kde je dětem k dispozici množství hraček, knih apod.

Vágnerová⁶ dělí reakce dětí na emoční a rozumové.

Emoční reakce je primární psychickou reakcí dítěte na vlastní onemocnění. V oblasti prožívání se nemoc projeví zvýšenou dráždivostí a emotivní labilitou, negativní prožitky provázející onemocnění souvisejí se změnou životní situace, s vážností poškození zdraví, s reakcemi rodičů apod. Děti často trpí obavami, nejistotou, pociťují strach a úzkost. Vymetal⁷ chápe strach jako obavu před něčím konkrétním, jako reakci na poznané nebezpečí, kdežto úzkost definuje jako reakci na tušené a neznámé nebezpečí, zpravidla nepříjemnější než strach. Tyto dva pocity se však většinou doplňují a nelze je zcela oddělit. Strach i úzkost jsou spojeny i s různými fyziologickými reakcemi, které mohou nepříjemně ovlivňovat průběh onemocnění, jako například zrychlená činnost srdce, vyšší krevní tlak, zvýšené svalové napětí, zrychlené dýchání. Další reakcí na vlastní nemoc je smutek a truchlení. Čím více naruší choroba život dítěte, tím intenzivnější bude jeho reakce. Omezení pohybu, oblíbených činností a kontaktu s rodinou a kamarády mají za následek pocit smutku. Jde o určitý způsob zpracování změny životní situace a je důležitý pro to, aby dítě mohlo svou nemoc přijmout. Smutek však může u těžkých onemocnění přecházet až do deprese, které jsou dvojího druhu. Symptomatické deprese, jež souvisejí s danou nemocí, doprovázejí např. některá nádorová onemocnění a nejsou psychickou nadstavbou, a psychogenní deprese, které jsou reakcí na subjektivně nadměrnou zátěž.

Významnou roli v emočním prožívání dítěte hraje bolest. Ta je vždy spojena s negativními prožitky a trvá-li delší dobu, vyčerpává organismus dítěte a způsobuje mrzutost a plačtivost dítěte nebo naopak apatii. U dětí, stejně jako u dospělých, existují výrazné rozdíly v toleranci vůči bolesti, obecně se předpokládá, že hladina bolesti s věkem narůstá. Citlivost k bolesti je zvyšována únavou a vyčerpáním, děti spontánně využívají dvě strategie zvládnání bolesti - odpoutání pozornosti a tělesný pohyb. Pro zvládnání bolesti je významné porozumění jejímu smyslu, děti nechápou bolest jako varovný signál, pojetí bolesti se také vyvíjí s věkem. Dostatek informací s ohledem na věk, relaxace a odpoutání pozornosti napomáhají ke snižování bolesti⁸.

⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999, s. 70.

⁷ VYMETAL, J. *Úzkost a strach u dětí: Jak jim předcházet a jak je překonávat*. I. vyd. Praha : Portál, 2004, s. 12.

⁸ KREJČÍŘOVÁ, D. Chronicky nemocné dítě, zvládnání nemoci a bolesti u dětí. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 70.

Rozumové zpracování nemoci závisí na vývojové úrovni dítěte. Schopnost posoudit nemoc rozumově, obzvláště z hlediska jejího významu pro budoucí život a v různých stádiích života dětí liší.

V předškolním věku narůstá potřeba dítěte porozumět světu a vlastnímu tělesnému fungování. Hodnocení nemoci je nepřesné a iracionální, dítě nechápe podstatu nemoci, vše posuzuje tak, jak se mu aktuálně a subjektivně jeví. Myšlení je magické, bohatá fantazie podněcuje pocity viny, děti mohou nemoc interpretovat jako trest za nějaké provinění. Náhodnost a neosobní příčina vzniku onemocnění je pro jejich úroveň myšlení příliš složitá a nepochopitelná.

Ve školním věku se dítě dostává do stadia konkrétních logických operací, proto se hodnocení nemoci stává realističtější. Dítě je stále ještě hodně ovlivněno prožitky a projevy vlastní choroby, i když je v uvažování logičtější. Své onemocnění vnímá jako danost, jako způsob fungování vlastního organismu. Při léčbě je zatelná snaha vyhovět dospělým.

V období dospívání již dokáží děti uvažovat hypoteticky. Dospívající jsou schopni pochopit nejen podstatu svého onemocnění, ale také jeho příčiny a možné důsledky. V tomto věku děti začínají hodnotit a kritizovat realitu, která je neuspokojuje a hledají přijatelnější alternativy. Charakteristické je i vnímání nemoci jako ohrožení směrem do budoucnosti, ve vztahu k určitým ambicím, profesi, mezilidským vztahům.

1.2 Vliv hospitalizace na dětskou psychiku

Na dětskou psychiku při hospitalizaci působí dva základní činitelé - nemoc jako taková a nemocnice jako neznámé a nezvyklé prostředí. Vlivem těchto dvou činitelů dochází nesporně ke změnám v psychice dítěte a to hned v několika oblastech, které uvádí Křivohlavý⁹ jako nejviditelnější ve srovnání se stavem, kdy byl pacient zdravý. Jsou to :

- Pasivita - příchodem do nemocnice se dítě stává předmětem péče mnohých lidí, kteří se stávají hlavními aktéry v jeho životě
- Závislost na druhých lidech - dítě nemůže dělat to, co by chtělo, ale musí dělat to, co mu určí lékaři a ošetřující personál, a přesně tak, jak mu to určí
- Životní rytmus - dítěti se mění celý denní režim, životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici je pro něj nepřirozený, chvíli irvá, než si jej pořádně zažije a přizpůsobí se mu

⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. I. vyd. Praha : Grada, 2002, s. 50.

- Sebedůvěra - samotný prožitek nemoci jako určité nedostatečnosti snižuje sebevědomí dítěte, vliv má i to, že v nemocnici musí dělat činnosti, jež neumí, neovládá je
- Sociální interakce - nemocniční prostředí znamená jistou sociální izolaci, dítě se najednou začne stýkat s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi a rodinou je mu značně omezen
- Životní prostředí - nemocnice je pro dítě neznámé prostředí, kde je vše cizí. doposud se pohybovalo v dobře známém prostředí domova, což je mu náhle znemožněno
- Zájmy - okruh zájmů dítěte se v době hospitalizace podstatně zužuje, především díky jeho zdravotnímu stavu a pohybovým omezením, to, co dítě rádo dělalo se najednou stává nemožným
- Zvládání problémů - dítě svému fyzickému i psychickému stavu často nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví, co se s ním děje
- Emoce - určité životní jistoty dítěte jsou nabourány, jeho emocionální stav charakterizuje především soubor negativních citů jako strach, obavy, bolest, nejistota apod.
- Časový prostor - dítě žije pouze přítomností, kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá

V uzdravovacím procesu dítěte je nezbytné brát v úvahu psychické potřeby dítěte, které se pod vlivem nemoci mění, tato změna opět závisí na aktuální vývojové úrovni dítěte. Vágnerová¹⁰ definuje 6 základních psychických potřeb.

Děti mají *potřebu se ve své situaci orientovat*, znát svůj zdravotní stav, vědět, co je zhruba čeká a proč je to nutné. Orientace v situaci, porozumění nezbytnosti určitých vyšetření a lékařských zákroků pomáhá k lepší adaptaci v prostředí nemocnice a ke zvyšování důvěry k lékařům a ošetřujícímu personálu. Vysvětlení smyslu pobytu v nemocnici a jednotlivých lékařských opatření je důležité pro spolupráci dítěte.

Nemocné dítě má větší *potřebu podpory citové jistoty a bezpečí*. Dítě prožívající strach, obavy a pocit ohrožení se více fixuje na blízké lidi, hledá u nich žádanou jistotu a bezpečí jako kompenzaci vzniklých problémů. Mnohdy může mít tento projev až regresivní charakter, dítě chce, aby u něj někdo zůstal a neopouštěl je. Někdy jde až o tendenci ke vzniku symbiotické vazby, jaká byla vývojově adekvátní v raném věku.

Vlivem onemocnění se mění také *potřeba seberealizace*. Uspokojování této potřeby je složitější, neboť pro dítě jsou aktuálně důležitější jiné věci. Mnoha ambic se nemocné dítě vzdává, protože jsou pro něj nedostupné nebo ztratily dřívější hodnotu. Role pacienta od něj nevyžaduje plnění povinností a dosahování určitého výkonu. Tento postoj může u dítěte

¹⁰ VÁGNEROVÁ, M. 1999, s. 70.

přetrvávat i do doby, kdy už by bylo schopné začít pracovat a aktivně se na něčem podílet. U dospívajících však může docházet k akceleraci potřeby seberealizace, kdy si dotyčný stanoví cíl a snaží se jej dosáhnout, což mu dává do jisté míry smysl života.

Spolu s onemocněním a zhoršením zdravotního stavu se snižuje **potřeba stimulace a nových zkušeností**. Nemocné dítě nemá tolik energie, aby pociťovalo potřebu změny, nových podnětů, spíše jej vyčerpávají. Práce s dětmi se musí přizpůsobit jejich aktuálním možnostem, nesmí však docházet k podnětové deprivaci, což znamená, že není uspokojována ani jejich omezená stimulační potřeba.

Uspokojování přirozené **potřeby sociálního kontaktu** je u hospitalizovaného dítěte značně obtížnější. Realizace kontaktu s blízkými a kamarády znemožňuje pobyt v nemocnici, dítě je závislé na tom, kdo jej přijde navštívit. Při komunikaci se zdravými lidmi pak chybí společná témata, životní situace nemocného dítěte se změnila. Sociální svět se často zúží pouze na členy rodiny, spolupacienty a zdravotnický personál.

U nemocného dítěte dochází k narušení **potřeby otevřené binlounosti**, tj. pozitivní prognózy. To se ukazuje především u těžce nemocných dětí, kdy budoucnost je nepříznivá a je nutno slevit z dřívějších představ. Úvahy o budoucnosti se týkají až dospívajících dětí, mladší děti v těchto úvahách většinou přebírají názory a hodnocení jiných lidí.

Na základě prožívání vlastní nemoci zaujímá dítě k onemocnění určitý postoj, který následně ovlivňuje celý proces léčby a uzdravování. S ohledem na to, jak moc je pro dítě vlastní nemoc náročná a zatěžující, může docházet až k extrémním postojům k onemocnění. Rozlišují se čtyři základní postoje k nemoci" :

- **Krajní přijetí nemoci**, které spočívá v podřízení se bez výhrad roli nemohoucího a nemocného. Dítěti umožňuje onemocnění uniknout od řady nepříjemných požadavků a přináší příjemné zážitky v podobě péče rodičů a absence povinností. Dítě v tomto případě není vůbec motivováno k uzdravení.
- **Krajní odmítnutí nemoci**, kdy dítě popírá, že by bylo nemocné, nedbá doporučených omezení a odmítá léčení. Dítě chce být zdravé a za zdravé se také prohlašuje, nechce užívat léky ani dodržovat dietu. S tímto postojem se často setkáváme v období puberty, nemoc narušuje vztahy s kamarády nebo je pro ně nepřijatelná. Motivace k uzdravení je sice velká, ale neúčinná vzhledem k nedodržování léčby a nemoc se tak může prodlužovat.
- **Ambivalentní postoj** spočívá v tom, že si je dítě nejen vědomo všech výhod v době nemoci, ale ještě odmítá léčení. Nechce snášet omezení spojená s nemocí ani lékařská

vyšetření a zákroky. Motivace k léčbě je malá, tento postoj bývá nejobtížnějším problémem pro celou rodinu.

- **Realistický postoj** se dá považovat za ideální situaci, dítě nechce zůstat nemocné a podílí se na léčbě. Za cílem vlastního uzdravení je ochotné podstoupit i nepříjemné lékařské procedury. Tento postoj k nemoci kladně ovlivňuje rychlost zlepšení zdravotního stavu.

1.3 Negativní stránky pobytu dítěte v nemocnici

Pobyt v nemocnici dětem nesporně přináší kladné stránky, tedy odbornou lékařskou pomoc, stálý dohled, ošetrovatelskou péči. Nemocnice je zařízení plně vyhovující potřebám nemocných, o dítě je adekvátně postaráno, lékařský personál se snaží o co nejrychlejší a nejúplnější uzdravení dítěte. Avšak existují i určitá nebezpečí, kterým je dítě v nemocnici vystaveno, a kterým je nutno předcházet. Matějček¹² upozorňuje na dvě negativa, jež hospitalizace dítěti přináší. Jde o psychickou deprivaci a separaci.

1.3.1 Psychická deprivace

„Definice psychické deprivace říká, že je to psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“¹³ Je tedy zřejmé, že hospitalizace dítěte v nemocnici je jednou z takovýchto situací a je tím nebezpečnější, čím je dítě mladší a čím je Pobyt delší. Matějček hovoří o třech druzích psychické deprivace - smyslové, citové a sociální. Pro správný duševní vývoj dítěte je nezbytné, aby přijímalo přiměřené množství podnětů ze svého okolí. Pokud nemá dítě dostatek podnětů, necvičí se a nerozvíjí, je pravděpodobné, že bude dále vývojově zaostávat, bude se pomaleji učit, neboť nebude umět normální přívod podnětů zpracovávat. Psychická deprivace samozřejmě úzce souvisí s citovými vazbami, které dítě naváže od nejtělejších let. Citový vztah k mateřské osobě je pro dítě zdrojem životní jistoty, Proto přítomnost rodičů během pobytu v nemocnici, a jejich podpora, je pro hospitalizované dítě nesmírně důležitá. Dítě by mělo vyrůstat v prostředí bezpečném a láskyplném, ale jak již bylo řečeno, jeho potřeba jistoty a bezpečí se během nemocničního pobytu ještě zvyšuje. Kontakt^s nejbližšími a citová zakotvenost je základem pro další sociální vývoj dítěte a jeho fungování ve společnosti. Pokud nemá možnost poznávat základní společenské role a napodobovat je, tak je

¹ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany : H&H, 2001, s.

^sMATĚJČEK, Z. 2001, s. 76.

bržděno ve svém sociálním vývoji. Hospitalizace ohrožuje dítě na úrovni smyslové, citové i sociální, proto se dá při dlouhodobějším pobytu hovořit o nebezpečí psychické deprivace.

Speciálním typem psychické deprivace je *hospitalismus*, který vzniká právě v důsledku pobytu v nemocnici, liž dříve došli lékaři k poznatku, že děti pobývající v nemocnici dlouhodoběji se neuzdravují tak rychle a úspěšně, jak by se dalo při léčebné péči očekávat. Po čase začínají ztrácet zájem o dění kolem sebe, jsou tiché, předstírají únavu a setrvávají na lůžku. Tak vznikla představa, že tu jde o nějakou zvláštní „nemocniční nemoc“, pro kterou se ustálil název hospitalismus neboli stav duševní podvýživy, strádání¹⁴. Dětem je změněn jejich denní program, nemohou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a hospitalizaci dělat věci, které je bavily, trpí nudou a postupně začínají být apatické. Dítě se tak dostává do nepříznivého duševního stavu, kdy je lhostejné k dění okolo sebe.

Nejčastější projevy chování a sociálních vztahů deprivovaných dětí jsou¹⁵ :

- **sociální hyperaktivita** - děti rychle navazují kontakt s dospělými a aktivně se dožadují jejich pozornosti, tato tendence přechází až ve vtíravost, chybí jim strach z cizích lidí, vztahy jsou však povrchní a rozptýlené
- **sociální provokace** - děti se domáhají pozornosti dospělých záměrnou provokací, často se projevují agresivně vůči druhým dětem i dospělým, bývají zvýšeně úzkostné a nezralé, infantilní
- **útlumový typ** - děti jsou pasivní až apatické, neprojevují žádnou iniciativu, své citové a sociální potřeby si mohou uspokojovat nějakým náhradním způsobem

1.3.2 Separace

„Na rozdíl od psychické deprivace, kdy dítě bylo dlouhodobě vystaveno ochuzenému životnímu prostředí a následkem toho trpělo nedostatkem smyslových, citových a sociálních podnětů, znamená separace náhlé přerušení vztahů již vytvořených.“¹⁶ Dítě si přirozeně vytváří vztah k rodině, lidem ve svém blízkém okolí, ke svému domovu, separace je pro něj často tíživou situací. V působení separace hraje roli více faktorů - věk dítěte, forma separace, temperamentové založení dítěte, předchozí životní zkušenosti, chování zdravotnického personálu. Každé dítě se postupem času osamostatňuje a uvolňuje ze závislosti na rodině, separace je tedy přirozená. Z hlediska věku však závisí na tom, aby separace nebyla předčasná. Především u předškolních a mladších školních dětí může být dlouhodobější separace podkladem deprivace. V případě formy separace je bráno v úvahu, jak začala (náhlá nebo postupná), jak

PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1997, s. 8.

" KREJČÍŘOVÁ, D. Vývoj dětí s psychickou deprivací. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická Psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 212-213.

¹⁵MATĚJČEK, Z. 2001, s. 79.

probíhala (úplná nebo částečná) a v jakém časovém horizontu probíhala (dlouhodobá nebo krátkodobá). Temperamentové založení a předchozí životní zkušenosti dítěte se odrazí v jeho reakcích na vzniklou situaci, které může svým chováním ovlivňovat zdravotnický personál.

Angličtí pracovníci J. Robertson a J. Bowlby zjistili sledováním dětí 3 typické fáze v separačních reakcích¹⁷:

- **Fáze protestu** : dítě křičí, zmítá sebou, volá matku a čeká na základě předchozí zkušenosti, že ona bude na jeho pláč reagovat.
- **Fáze zoufalství**: kdy dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně a odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti.
- **Fáze odpoutání od matky** : kdy dítě potlačuje své city k matce a buď se připoutá k někomu, nebo není-li nikdo takový k dosažení, ztrácí vztah k lidem a upoutává se spíše na věci.

Jednotlivé fáze mohou trvat různě dlouho, nemusí být u všech dětí stejně silné a nemusí následovat v témže sledu. Za nejhroženější skupinu jsou považovány děti předškolního věku.

Formou, jak předcházet a zamezit těmto negativním stránkám pobytu dítěte v nemocnici, se stala **humanizovaná léčebná péče**. Její význam spočívá v uplatňování novodobých poznatků z vývojové a klinické psychologie v nemocničním prostředí. Nemocnice tedy není jen místem léčebných zákroků a ošetřování, ale také místem výchovy a psychologické péče. Samozřejmostí je přítomnost rodičů v nemocnici, úprava prostředí a také výuka dětí. Dětská oddělení již nejsou strohým nemocničním prostředím, ale jsou barevně vymalována, vyzdobena pohádkovými Postavičkami, zvířátky apod. Děti mají k dispozici nejrozličnější hračky, knihy, televizi, někde i Počítač, stará se o ně nejen lékař a ošetřující personál, ale také psycholog a herní specialista. Do nemocnic se postupně dostala i práce dobrovolníků, kteří se starají o volný čas hospitalizovaných dětí. Pro vývoj humanizované léčebné péče je důležitým dokumentem především Charta práv dětí v nemocnici. Do tohoto procesu se také zapojují různé nadace, pokud jde o motolskou nemocnici, tak se jedná např. o Nadační fond a Sdružení Klíček, Nadaci Archa Chantal nebo Nadaci Kapka naděje.

¹⁷ PLEVOVÁ, M. 1997, s. 10-11.

1.4 Informovanost dítěte

Děti mají během pobytu v nemocnici právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání¹⁸. Významnost informovanosti dítěte spočívá v tom, že mu pomůže lépe pochopit, co se s ním děje, orientovat se v dané situaci a zvyšuje důvěru ke zdravotnickému personálu. Adekvátní sdělování informací má velký vliv na postoj, který dítě zaujme vůči nemoci a celé léčbě a který potom ovlivňuje jeho chování v nemocnici, ochotu spolupracovat, ale i průběh samotného onemocnění a uzdravování. Nedostatek informací přispívá ke vzniku úzkosti, děti často prožívají napětí, pociťují bezradnost.

Hospitalizace dítěte probíhá ve třech fázích :

- příchod a přijetí dítěte v nemocnici
- pobyt dítěte v nemocnici
- propuštění dítěte z nemocnice

Všechny tyto fáze se vyznačují tím, že by během nich mělo docházet k průběžnému informování dítěte a jeho rodičů v závislosti na aktuální situaci. Za nejdůležitější lze jistě považovat první fázi, neboť je určující pro fáze následující. Hlavním cílem je dítě uklidnit, vzbudit v něm důvěru a snažit se již od začátku udržovat přátelskou atmosféru.

Dítě by mělo být informováno o všech těchto skutečnostech :

- důvod nutnosti hospitalizace (proč)
- aktuální zdravotní stav, možný průběh nemoci, prognóza onemocnění (jak to vypadá)
- průběh hospitalizace, plánované léčebné zákroky, předpokládaná délka pobytu (jak to bude probíhat)
- denní a týdenní režim na oddělení, prostory oddělení (kde bude)
- ošetřující lékař, personál oddělení a nemocnice (kdo se o něj bude starat) - v motolské nemocnici je běžnou součástí dětských oddělení nástěnka s fotografiemi zaměstnanců oddělení se jmény a profesním zařazením, ke které mají všichni přístup

Tuto celkovou informovanost dítěte zajišťuje v podstatě celý tým zaměstnanců oddělení spolu^s rodiči. Informace týkající se zdravotního stavu a léčebných zákroků podává dítěti ošetřující lékař spolu s klinickým psychologem, dále také herní specialista a samozřejmě rodiče.

Podle Matějčka¹⁹ by mělo probíhat informování dítěte o plánované hospitalizaci, lékařském zákroku či vyšetření ve dvou stupních.

Prvním stupněm je příprava dítěte, která jej má ušetřit nepříjemných překvapení a stavů úzkosti. Dítěti by mělo být pravdivě a šetrně sděleno, co se bude dít, kam půjde a proč.

¹⁹ Charta práv dětí v nemocnici
MATĚJČEK, Z. 2001, s. 85.

Vysvětlování je samozřejmě uzpůsobeno chápání dítěte, musí být srozumitelné a má za cíl předem dítě upozornit na budoucí události, uklidnit ho a dodat mu kuráž. Příprava spočívá v informovanosti rodičů, kteří potom spolu s lékařem nebo sami informují dítě.

Druhým stupněm přípravy je přijetí v nemocnici nebo vyplnění času před lékařským zákrokem již v rámci nemocnice. Obavy z nové a neznámé situace se v této fázi už nesnaží zmírnit jen rodiče, ale především lékařský personál. Při očekávání lékařského zákroku je dobré dítě zabavit, rozptýlit a odvést tak jeho pozornost od myšlenek na to, co bude následovat. Dítě by nemělo zůstat nezaměstnáno, je nutné, aby se mu někdo věnoval. Křivohlavý²⁰ upozorňuje při přípravě pacientů na význam relaxace a modelování.

Relaxace pomáhá uvolňovat napětí a strach, v praxi se využívá některých relaxačních technik a cviků známých z jógy, relaxační hudby, dechových cvičení, imaginace (představa uklidňující situace). Dochází k uvolnění určitých svalů, což vede i k uvolnění psychiky. Cílem je uklidnit a dobře naladit dítě před očekávaným lékařským zákrokem.

Modelování spočívá v pozorování průběhu lékařského vyšetření nebo zákroku na určitém vzorovém příkladu (modelu). Praktická ukázka se u dětských pacientů velmi osvědčila, ať už jde o Křivohlavým uváděnou videoprojekci nebo v praxi používanější formu fotografií, obrázků nebo speciálních figurín. Vizualizace sdělených informací napomáhá dítěti k lepšímu pochopení daného lékařského zákroku či vyšetření a přispívá k odbourání strachu. Modelů využívá ve své Práci především herní specialista, který se stává pro dítě průvodcem hospitalizací, formou hry mu ukáže, jak fungují určité lékařské nástroje, co všechno ho čeká na vyšetření a co mu bude pan doktor dělat během operace.

2. Rodinní příslušníci nemocného dítěte

Nemoc jako taková není otázkou pouze jedince, ale celého rodinného systému. Pro rodiče²¹ i blízké příbuzné je onemocnění dítěte velmi zátěžovou situací. V momentě, kdy je dítě hospitalizováno v nemocnici, se mění život a fungování celé rodiny. Zdraví je považováno za významnou hodnotu, proto jeho ztráta vyvolává u rodičů pocit ohrožení vlastního dítěte a pocit nespravedlnosti. Celkovým psychickým zpracováním faktu, že je dítě nemocné, reakcí na celou situaci a postojem k dítěti ovlivňuje rodina velmi silně i reakce dítěte na vlastní onemocnění. Rodina spolu s lékaři dítěti nemoc určitým způsobem interpretuje, proto je jejich přístup k onemocnění i samotnému dítěti důležitý pro celou léčbu. Kromě psychické zátěže pro rodinu znamená onemocnění a pobyt dítěte v nemocnici také změnu v každodenní organizaci domácnosti a rodinného života. Z důvodu návštěv v nemocnici a pobytu v nemocnici spolu s dítětem dochází nutně k omezení mnoha běžných aktivit včetně pracovních. Především při dlouhodobých pobytech dítěte v nemocnici zůstává často jeden člen rodiny s dítětem v nemocnici stále a nemá tak možnost pracovat. Situace se samozřejmě komplikuje i v případě, pokud je v rodině více dětí. Péče o nemocné dítě se tak stává nejen psychicky a fyzicky náročnou, ale zcela jistě se odrazí i v sociálních vztazích.

2.1 Reakce rodiny na nemoc dítěte

Nemoc dítěte je pro rodinu velmi stresující a stejně jako u reakce dětí na vlastní onemocnění převládá zpočátku především emoční reakce. Jak uvádí Vágnerová²², rodiče reagují kombinací různých citových prožitků :

- **úzkostí a strachem**, který se vztahuje především k představě dalšího ohrožení dítěte
- **vztekem** na nespravedlivou situaci, která dítěti působí utrpení
- **smutkem až depresí**, které lze chápat jako truchlení nad ztrátou zdraví dítěte a uvědomění si omezených možností, jak chránit svoje dítě

²¹ V daném kontextu je pojem rodiče používán pro matku a otce dítěte, zahrnuje však i jiné členy rodiny, kteří se o dítě v nemocnici mohou starat.

²² ~ VÁGNEROVÁ, M. 1999, s. 72.

S onemocněním dítěte se vyrovnává každý člen rodiny individuálně, ovšem podle Krejčířové²³ lze naznačit několik fází, ve kterých probíhá zpracování zátěže, jakou představuje informace o nemoci dítěte :

- šok
- popření
- smutek, zlost, úzkost, pocit viny
- stadium rovnováhy
- stadium reorganizace

Šok je první reakcí na sdělení informace, že je dítě nemocné. Rodiče mívají pocity derealizace a zmatku a mohou reagovat nepřiměřeně, neboť pro tuto fázi je typické iracionální myšlení a cítění.

Další fází je posléze **popření** nebo útěk ze situace. Nemoc dítěte je pro rodiče nejprve nepřijatelná, dojde k jejímu popření, což je projevem obranné reakce organismu před ztrátou psychické rovnováhy. U rodičů se v tomto období může vyskytovat magické či mystické zaměření (např. smlouvání s Bohem).

Smutek, zlost, úzkost, pocit viny jsou všechno prožitky, které se dostávají ve třetí fázi. Agresivní pocity jako vztek a zlost mohou být zaměřeny proti sobě samému, partnerovi i zdravotnickému personálu, stejně jako obviňování. Mnoho rodičů prochází v tomto období pocity viny, hlubokým smutkem a sebelitováním. Důležitý je přístup lékařů a personálu, neboť Právě díky nevhodnému chování zdravotníků mohou vznikat agresivní a negativní pocity vůči nim. Teprve v této fázi jsou rodiče schopni vnímat podrobnější informace o nemoci dítěte a možnosti léčby. Nejprve musí odeznít úvodní šok, proto je nutné informace neustále opakovat.

Ve **stadiu rovnováhy** již dochází ke snižování úzkosti a deprese. Postupně roste snaha rodičů starat se o dítě a aktivně se účastnit na jeho léčbě. Rodiče přijímají situaci, že je jejich dítě nemocné a soustředí se především na něj.

Posledním stadiem je potom **reorganizace**. Rodiče se již vyrovnávají s onemocněním dítěte a hledají nejlepší cesty do budoucna. Dochází ke změnám v hodnotové orientaci, vrací se Pozvolna rodinná rovnováha. Této fáze však zdaleka nedosahují všichni rodiče.

Jednotlivé fáze mohou u každého jedince probíhat různě dlouho, dané pořadí obvykle zůstává shodné, ale mění se tempo, kterým rodiče individuálně procházejí těmito fázemi. Někdy dochází k přetrvávajícím pocitům strachu, pocitu viny a obav o dítě. Uvedená stadia platí především při sdělení závažnějších diagnóz dítěte.

²³ KREJČÍŘOVÁ, D. Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 57-58.

Vědomí nemoci vlastního dítěte, podle Vágnerové²⁴, stimuluje u rodičů většinou aktivní obranné reakce. Převládá snaha rodičů bojovat o uzdravení dítěte nebo alespoň o zlepšení jeho zdravotního stavu. Možnost změny zdravotního stavu dítěte k lepšímu rodiče motivuje k aktivitě a jejich nejčastější reakce jsou :

- Přijetí **aktivního postoje** - aktivizace energie a přesvědčení, že je třeba s nemocí bojovat.
- Hledání **sociální podpory** - rodiče potřebují pomoc odborníků - lékařů a dalších lidí, kteří jsou schopni přispět k uzdravování dítěte nebo alespoň je emočně a morálně podpořit.
- Hledání **konkrétních řešení** - snaha o vyhledávání řešení problému, která se jeví jako nadějná.
- Snaha o **pozitivní ocenění** - v případě, že rodiče chtějí s problémem bojovat, vytvoří si určitý plán a snaží se získat podporu důležitých lidí, jež by byla potvrzením užitečnosti tohoto jednání.

2.2 Postoj rodičů k dítěti

Spolu s vývojem nemoci se také mění postoj rodičů k dítěti. V závislosti na emočním zpracování onemocnění dítěte se vyvíjí i postoj k němu. Samotné chování rodičů a postoj k dítěti je určitým projevem obrany v zátěžové situaci, může tedy docházet k extrémnímu přístupu k dítěti ze strany rodičů. Za ideální adaptaci rodiny se považuje uspořádání rodinného života nejen vzhledem k potřebám nemocného dítěte, ale i ostatních členů rodiny. Krejčířová²⁵ upozorňuje na tři nejčastější odchylky od ideální adaptace :

- hyperprotektivita
- odmítání dítěte
- " přetrvávající vztek

Hyperprotektivita znamená přílišné soustředění na nemocné dítě, častěji ze strany matky. Hlavním znakem tohoto postoje je usilování o extrémní péči, stimulaci a pohodu dítěte. Toto chování může pramenit z přetrvávajících pocitů viny, rodiče se tak snaží dítěti vynahradiť to, co mu nemoc vzala, dochází k nadměrné touze dítě chránit. Tento postoj nemusí být do budoucna pro dítě přínosný, rodiče vnímají dítě jako zranitelnější a nekladou na něj dostatečné nároky, dítě pak zaostává ve svém vývoji, je úzkostnější a méně sebejisté. Pokud se takto chová pouze jeden

²⁴ Vágnerová, m. 1999, s. 72.

KREJČÍŘOVÁ, D. Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte. In RÍCAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 59.

z rodičů, vede to obvykle k narušení vztahu, neboť druhý rodič se cítí být vyloučen a odmítán, stejně jako sourozenci nemocného dítěte, kterým není věnována pozornost.

K **odmítání dítěte** dochází především tam, kde by přijetí bylo příliš bolestné. Nejvíce je tato tendence patrná u mentálně postižených dětí a častější variantou je odmítnutí dítěte pouze jedním rodičem, což může opět souviset s pocity viny. Dítě je pro rodiče nějakým způsobem neuspokojivé, nadměrně je vyčerpává nebo nevidí ve svém snažení pomoci dítěti žádnou naději. Tento postoj je většinou vyjádřen skrytě, otevřené odmítání dítěte je ve společnosti vnímáno negativně, proto pokud takové dítě zůstává v rodině, je více ohroženo týráním a zanedbáváním.

Přetrvávající vztek je v tomto případě cílený na druhého rodiče. Obviňování partnera v souvislosti s onemocněním dítěte může vést až k rozpadu rodiny, ale i vlastní pocit viny mohou mít za následek odtažení od partnera. Vztek na partnera může v některých situacích přecházet v agresivní pocity vůči nemocnému dítěti. Takovéto narušení rodinných vztahů ohrožuje a zpomaluje celou léčbu.

Celkový životní styl rodiny se odvíjí od osobnosti rodičů, jejich přístupu k životu a prostředí, kde žijí. Každý rodinný systém má vlastní pravidla a vyznává určitý výchovný styl, kterým působí na dítě. V tomto přístupu k dítěti se mohou rodiče lišit, i u rodičů zdravých dětí se mohou vyskytovat nevhodné výchovné postoje, ale Matějček²⁶ na některá nebezpečí ve výchově upozorňuje hlavně u dětí nemocných a postižených. Všechny tyto výchovné styly mají za cíl usnadnit dítěti situaci, ve výsledku ovšem působí opačně a správnému vývoji dítěte spíše překážejí.

- **Výchova příliš úzkostná**, kdy rodiče na dítěti příliš lpí, mají strach, aby si neublížilo a omezují ho v určitých činnostech, které se jim jeví jako ohrožující. U dítěte tento způsob výchovy může vyvolávat na jedné straně protest proti omezování, na straně druhé pak útlum a ztrátu iniciativy.
- **Výchova rozmazlující**, tedy přílišná citová vazba na dítě. Rodiče své dítě milují a snaží se vynahradiť vše, oč je nemocí či postižením ochuzeno. Brání tak dítěti v přirozeném osamostatňování a brzy ztrácí u dítěte autoritu, neboť se mu zcela podřizují.
- " **Výchova perfekcionista**, tzn. s přepjatou snahou po dokonalosti. Rodiče v tomto případě nejsou schopni reálně odhadnout možnosti dítěte, mají na něj příliš vysoké nároky a očekávají určité výsledky své snahy. Dítě je tedy dlouhodobě přetěžováno, což má negativní vliv na utváření jeho osobnosti.
- " **Výchova protěkalí**, při které se rodiče snaží, aby dítě dosáhlo hodnot, jež jsou považovány za významné pro jeho další život. K cestě za těmito hodnotami využívají různých způsobů, očekávají a vyžadují přílišné ohledy a úlevy pro své nemocné či

postižené dítě. Nedovolují tak dítěti povahově vyspět, osamostatnit se a společensky jej staví do nepříjemné situace.

- **Výchova zavrhuje**, která souvisí s odmítáním dítěte z důvodu nemoci či postižení. Nedostatečnost dítěte v určité oblasti a komplikace s tím spojené berou rodiče jako vlastní neštěstí. Vyskytuje se často spíše ve skrytých formách.

Je pochopitelné, že postoj rodičů k nemocnému či postiženému dítěti se nějak změní. Rodina se musí adaptovat na novou situaci, přizpůsobit se v určitých oblastech dítěti, jeho léčení apod. Z hlediska správného vývoje osobnosti dítěte však velmi záleží na způsobu, jakým rodiče k dítěti přistupují. Oba autoři²⁷ upozorňují na nebezpečí extrémních výchovných postojů. Přílišná snaha pomoci dítěti a ulehčit mu situaci je v konečném důsledku stejně nebezpečná pro vývoj dítěte jako jeho omezování, trestání a utlačování.

2.3 Přijetí faktu nemoci dítěte ze strany rodičů

Přijetí a vyrovnávání se s onemocněním vlastního dítěte probíhá různými způsoby a v zásadě je podmíněno celou řadou faktorů²⁸:

- typ nemoci nebo postižení
- " etiologie nemoci nebo postižení
- individuální charakteristiky nemocného dítěte
- individuální charakteristiky dalších členů rodiny
- struktura a organizace rodinného systému a kvalita vztahů v rodině
- ' prostředí

Typ nemoci nebo postižení je pro rodiče nejzásadnější informací, kterou od lékaře získávají. Realistické přijetí dítěte je tím obtížnější, čím těžší je onemocnění dítěte a čím horší je prognóza. Také dlouhodobá nejistota týkající se zdravotního stavu dítěte představuje vyšší riziko porušení vztahu. Obecně je pro rodiče nejobtížnější přijmout diagnózu mentálního postižení dítěte a určité viditelné malformace dítěte. Svou roli zde sehrává i množství požadavků, které jsou na rodiče z důvodu nemoci nebo postižení dítěte kladeny, jejich neobvyklost, ale i finanční těžkost rodiny. Některá onemocnění či postižení dítěte mohou zasahovat i vlastní sebehodnocení

²⁷~

²⁸ KRP JÍLÁ, d., MATĚJČEK, z.

£). ^JCIROVÁ, D. Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ D. aj

^{Sk} klinická psychologie. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 59-61.

rodičů, tudíž je pro ně obtížnější se s těmito diagnózami vyrovnat. To se samozřejmě promítá i do celkového vztahu k dítěti a jejich chování.

Etiologie nemoci nebo postižení je dalším činitelem v procesu přijetí dítěte. Porozumění příčinám nemoci či postižení může rodičům pomoci k lepšímu vyrovnání se se situací a může také pomoci sejmout pocity viny. Psychicky nejnáročnější jsou pro rodiče nemoci či postižení, kterým bylo možné předejít (např. následky úrazů) a ty, u kterých je příčina neznámá (např. velké procento mentálních retardací).

Velmi důležitou roli hrají **individuální charakteristiky nemocného dítěte**. Osobnost dítěte a osobnosti rodičů se navzájem ovlivňují, což se promítá do jejich chování. U dítěte je významné vývojové období, ve kterém k onemocnění došlo, dále pak jeho dosavadní zkušenosti a vztah k lékaři. Tyto charakteristiky potom určují míru odpovědnosti, jež může být na dítě převáděna.

S tím dále souvisí také **individuální charakteristiky dalších členů rodiny**, jejich odolnost vůči zátěži a osobnostní zralost. Přístup k nemocnému dítěti a přijetí jeho nemoci vychází i z dosavadních zkušeností s nemocnými či postiženými lidmi a schopnosti překonávat životní krize. Zpracovávání faktu nemoci dítěte je individuální, každý člen rodiny může na vzniklou stresovou situaci reagovat jiným způsobem.

Struktura a organizace rodinného systému a kvalita vztahů v rodině se odráží v péči o nemocné či postižené dítě. Větší zátěž samozřejmě způsobuje starost o nemocné dítě v neúplné rodině, kdy je jeden rodič na všechno sám. V úplných rodinách záleží na schopnosti otevřené komunikace, vzájemné podpory a pomoci mezi rodiči. Významný je také počet dětí v rodině, pokud je v rodině ještě další zdravé dítě, je péče o více dětí složitější a náročnější, ale rodina se s faktem onemocnění obvykle snáze vyrovnává a sebehodnocení rodičů není tolik ovlivněno jako v rodinách s jedním nemocným dítětem.

Z hlediska podpory a snazšího vyrovnání se s onemocněním dítěte je důležité **prostředí**, kde se rodina pohybuje. Rodiny s nemocným či postiženým dítětem mívají tendenci se izolovat od okolí, potřebují tedy větší sociální oporu, aby nedošlo k narušení kontaktů s příbuznými a přáteli. Potřeba emoční pomoci se zvyšuje, stejně jako potřeba přímé pomoci (hlídání dětí apod.) a případně i finanční pomoci.

Adaptace na nemoc dítěte znamená nové uspořádání rodinného života, s čímž souvisí určité potřeby rodiny. Pipekova uvádí 3 základní potřeby rodiny s nemocným či postiženým **dítětem**.

Rodina má *potřebu být informována o stavu a možnostech nemocného dítěte*. Poskytování informací o zdravotním stavu dítěte a o prognóze do budoucna je pro rodiče zásadní. Za žádoucí pro spolupráci na léčbě a péči se považuje dostatečná informovanost obou rodičů. V komunikaci mezi lékařským personálem a rodiči se klade důraz na pravdivost informací, vysvětlení příčin nemoci, předpokládaného průběhu, možností léčby a s ní spojených rizik.

Rodina má zvýšenou *potřebu emocionální podpory*. Ta může být poskytována ze strany příbuzných, přátel, lékařů a ošetřujícího personálu nebo ze strany specialistů. Zejména u vážně a dlouhodobě nemocných dětí je na místě spolupráce s psychologem. Psychoterapie je jednou z forem, jak se vyrovnat se zátěžovou situací. Dětská oddělení mají k dispozici klinického psychologa, který se věnuje práci s nemocnými dětmi a jejich rodinami v nemocnici.

Z hlediska praktického života má rodina zvýšenou *potřebu finanční a sociální podpory*, neboť péče o nemocné dítě znamená pro rodiče nejen určitou izolaci od okolí, ale také změnu finanční situace rodiny z důvodu zkrácení pracovního úvazku nebo úplné absence jednoho z rodičů v zaměstnání.

2.4 Spolupráce rodiny a zdravotnického týmu

V koncepci péče o hospitalizované děti došlo postupem času k zásadním změnám, z britského prostředí se k nám dostal princip „Family Centred Care“³⁰, neboli péče zaměřená na rodinu dětského pacienta. Rodina má v životě dítěte rozhodující význam a péče orientovaná na celou rodinu uznává a respektuje její nezastupitelnou roli. Rodiče jsou tedy vnímáni jako rovnocenní partneři v péči o nemocné dítě, aktivně se podílejí na léčebném procesu a spolupracují se zdravotnickým týmem. Podle Valenty³¹ přináší společná péče rodiny a zdravotníků o dítě v nemocnici jisté výhody :

- dítě je klidnější, méně úzkostné, většinou lépe spolupracuje
- rodiče pomáhají s ošetřováním a zajišťováním potřeb svého dítěte
- rodiče znají své dítě nejlépe, jako první poznají, zda je mu lépe nebo naopak hůře
- rodiče dítě utěšují, povzbuzují, posilují pocit bezpečí a důvěru ke zdravotníkům
- dítě může být dříve propuštěno do domácí péče, protože rodiče jsou poučeni a zacvičeni do péče o dítě

- dítě je po návratu domů z nemocnice méně rozrušené a lépe se opět přizpůsobuje rodinnému životu

Valenta³² také uvádí základní podmínky pro dobrou spolupráci zdravotníků s rodiči:

- umožnit rodičům pečovat o dítě celý den (noc)
- přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné spolupracovníky
- umožnit rodičům ovlivňovat ošetřování a režim dítěte
- poskytovat rodičům opakované a srozumitelné informace

Rodiče by neměli být považováni pouze za návštěvu dítěte, proto by jim mělo být **umožněno pečovat o dítě celý den (noc)**. Přítomnost rodiče v nemocnici je dnes již běžnou praxí, každá nemocnice by se měla snažit vytvořit co nejlepší podmínky pro pobyt rodiče spolu s dítětem (viz dále).

Přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné spolupracovníky znamená zachovat jim jejich práva a rodičovskou roli. V nemocnici se totiž snadno dostávají do pozice pasivních pozorovatelů a trpí pocity zbytečnosti, neboť nemohou ovlivňovat dění kolem dítěte. Přijetí rodičů jako nenahraditelné složky léčby dítěte a vstřícný přístup lékařského personálu posílí vzájemnou důvěru a vede k lepší spolupráci. Rodiče mají právo na stres a někdy mohou reagovat neadekvátně, je proto důležité, aby ze strany zdravotníků byli přesvědčeni o tom, že jim chtějí pomoci a že je chápou.

Pokud to je možné, je přínosné **umožnit rodičům ovlivňovat ošetřování a režim dítěte**. V zájmu dítěte je nejlepší konzultace jeho denního režimu, stravovacích návyků a potřeby spánku s rodiči. Snaha docílit toho, aby se denní režim dítěte v nemocnici moc nelišil od domácího, vede k lepší adaptaci dítěte na nemocniční prostředí a také k větší důvěře ze strany rodičů, což opět přispívá ke spolupráci. Je ovšem jasné, že čím vážněji je dítě nemocné, tím více se musí jeho zvyklosti podřizovat léčbě.

Poskytování opakovaných a srozumitelných informací je jednou ze základních potřeb rodiny s nemocným dítětem (viz. Přijetí faktu nemoci ze strany rodičů), Čím lépe se budou rodiče v problému orientovat, tím méně se budou bát. Velký důraz se klade na srozumitelnost sdělovaných informací a na jejich neustálé opakování.

³² VALENTA, M. 2001, s. 118-122.

2.5 Přítomnost rodičů v nemocnici

Přítomnost rodičů je pro dítě hospitalizované v nemocnici nesmírně důležitá, dodává jim pocit bezpečí a jistoty. Rodičům by mělo být umožněno trávit s dítětem co nejvíce času. Dříve byli rodiče vnímáni v nemocnici jako pouhá návštěva a jejich pobyt zde byl striktně časově omezen, s příchodem principu „Family Centred Care“ se situace změnila a s rodiči se začalo jednat jako s partnery. Mnohé nemocnice a jejich lůžková oddělení nejsou však dispozičně přizpůsobena pro přítomnost dalších osob, protože jejich původní stavební plány nepočítaly s pobytem rodičů spolu s dětmi.

Návštěvní hodiny jsou i dnes vymezeny a jejich určení je plně v kompetenci jednotlivých oddělení a klinik. Pokud tedy rodiče nemohou být přítomni v nemocnici, docházejí za dítětem jako návštěva. Na dětských lůžkových odděleních však dochází k tomu, že návštěvní hodiny během dne jsou omezovány pouze minimálně a k dítěti tak mají rodiče přístup neustále. V případě přítomnosti rodičů se v zásadě rozlišují dva druhy pobytu s dítětem v nemocnici -

33

jako tzv. průvodce nebo z vlastního rozhodnutí“.

Pokud je dítě hospitalizováno v nemocnici, může být jeden z jeho rodičů (popř. příbuzný či jiná blízká osoba) přijat spolu s dítětem na oddělení jako jeho *průvodce*. Znamená to, že rodiči je hrazen pobyt a strava příslušnou zdravotní pojišťovnou. O přijetí průvodce u dětí do šesti let rozhoduje ošetřující lékař, u starších dětí musí přijetí průvodce schválit ještě revizní lékař dané zdravotní pojišťovny³⁴. Pobyt a nocleh takto přijatého rodiče je řešen dle možností jednotlivých oddělení a klinik. Existuje několik variant - pobyt s dítětem přímo na pokoji, využívání pokojů vyhrazených pro rodiče, využívání ubytovny pro rodiče v rámci areálu nemocnice. Pobyt s dítětem přímo na pokoji a zajišťování rodičovské péče po celý den i noc vyžaduje určité prostorové podmínky. Pokud není na pokoji místo pro další lůžko, většinou se situace řeší umístěním matrace na přespání na zem. Tento pobyt je určen zejména pro rodiče menších nebo zdravotně postižených dětí. Další variantou je zřizování pokojů pro rodiče v rámci dětských klinik nebo v rámci nemocnice. Pokoje pro rodiče jsou málokdy umístěny přímo na dětském lůžkovém oddělení, rodiče se tedy přes den starají o dítě přímo na jeho pokoji a na noc odcházejí z oddělení do svých vyhrazených pokojů. Třetí možností je zřizování samostatných rodičovských ubytoven v areálu nemocnice.

Pokud nemohou být rodiče přijati spolu se svým dítětem do nemocnice jako průvodci, mají možnost zde zůstat *z vlastního rozhodnutí*. Mohou tedy pečovat o své dítě a být přítomni v nemocnici, ale svůj pobyt a stravu si musí plně hradit sami. Pokud je nemocnice v místě

³⁴ Nadační fond Klíček [online]. O 2005-8. [cit. 10. března 2008]. Dostupné na WWW: < <http://www.klicek.org/liospital/letak.html>>.

§25 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

bydliště rodiny, je situace snadnější a rodiče mohou odjíždět na noc domů, pokud se ale nemocnice nenachází v místě bydliště, rodiče si musí zajistit ubytování. Z tohoto důvodu funguje v areálu motolské nemocnice svépomocná ubytovna pro rodiče, především pro ty mimopražské. Ubytovna nabízí nocleh za symbolický poplatek a vytváří také celkové zázemí pro rodiče (zřízena a provozována Nadačním fondem Klíček a Sdružením Klíček⁰).

Děti potřebují přítomnost svých rodičů během celého pobytu v nemocnici. Pokud je to možné, měly by mít děti právo na to, aby se o ně rodiče nejen starali během hospitalizace, ale také je doprovázeli při lékařských vyšetřeních a zákrocích, při uvádění do anestézie apod.

⁰ Nadační fond Klíček [online]. O 2005-8. [cit. 10. března 2008]. Dostupné na WWW:
< <http://www.klicek.org/ubyt/index.html>>.

3. Prostředí nemocnice

V prostředí nemocnice, kam se dítě dostává, se setkává s jiným denním režimem, novými pravidly a také s novými osobami, které o něj pečují. Navazuje tak kontakt s množstvím cizích lidí, což může být zatěžující samo o sobě. Při hospitalizaci dítěte se na péči o něj podílí zdravotnický personál a osoby, jež jsou součástí určité sítě služeb pro nemocné.

3.1 Zdravotnický personál

Zdravotnický personál nemocnice zajišťuje odbornou léčbu dítěte na jednotlivých odděleních s cílem zlepšit jeho zdravotní stav. Jejich práce zahrnuje nejen odbornou péči o dítě, ale také spolupráci s dalšími osobami, které mohou napomoci k lepšímu průběhu uzdravovacího procesu. Pojem zdravotnický personál je v tomto textu používán pro lékaře a zdravotní sestry.

Lékař

Lékař je hlavní osobou určující způsob léčby dítěte, zodpovídá za péči o dítě v nemocnici a je odborně kompetentní v daném oboru. Na lůžkových odděleních pracuje vždy několik lékařů, každé dítě však má svého ošetřujícího lékaře. Jeho povinností je informovat dítě (přiměřeně jeho chápání) i rodiče o diagnóze, průběhu a způsobu léčby, prognóze do budoucna, měl by srozumitelně sdělovat veškeré okolnosti léčby dítěte, předem upozornit na možná rizika a doporučit vhodný způsob péče ze strany rodičů, neboť onemocnění většinou znamená pro dítě omezení v některé oblasti. Ošetřující lékař také rozhoduje o přijetí rodiče spolu s dítětem do nemocnice jako jeho průvodce a doporučuje vhodnost výuky dítěte v nemocnici.

Zdravotní sestra

Zdravotní sestra zajišťuje denní i noční péči o hospitalizované dítě, pod vedením ošetřujícího lékaře se podílí na léčebném procesu. Samostatně vykonává určité diagnostické činnosti (např. měření teploty, odběr krve), asistuje lékařům při léčebných zákrocích, zajišťuje pravidelný chod oddělení, podávání léků apod. Komunikuje s rodinou a pokud je spolu s dítětem přijat i průvodce, tak si formou dohody mezi sebe rozdělují péči o dítě. Zdravotní sestra je dětem celodenně k dispozici, v případě nutnosti ji mohou přivolat pomocí zvonku nebo piskači hračky. Sestra může s herním specialistou připravovat děti na vyšetření a zákroky, svým přístupem jim pomáhá při adaptaci na nové prostředí.

3.2 Služby pro hospitalizované děti a jejich rodiče

Hlavním cílem pobytu dítěte v nemocnici je zlepšení jeho zdravotního stavu, z odborného hlediska se o dosažení tohoto cíle snaží zejména lékaři s pomocí zdravotních sester. Hospitalizovaným dětem i jejich rodičům je však v nemocnici k dispozici i síť služeb, jež přispívají k urychlení léčby zejména udržováním psychické pohody dítěte i jeho rodinných příslušníků. Význam jejich pomoci spočívá v zajištění podpory celé rodiny v různých oblastech, součástí této sítě služeb jsou :

- klinický psycholog
- herní specialista
- sociální pracovnice
- pedagogičtí pracovníci
- dobrovolníci
- zdravotní klaun

Klinický psycholog

Psycholog je důležitou součástí dětských lůžkových oddělení, jeho odborná péče se soustředí nejen na hospitalizované děti, ale také na jejich rodiče. Může působit pouze na jednom oddělení (např. Oddělení dětské hematologie a onkologie) i na více odděleních najednou, je v neustálém kontaktu s ošetřujícími lékaři na daných odděleních, kteří s ním spolupracují při péči o hospitalizované děti, i jejich rodinné příslušníky. Zejména u dlouhodobě a vážně nemocných dětí bývá psychologická péče nedílnou součástí léčby. Práce klinického psychologa spočívá především v psychoterapii, psychodiagnostice a psychologickém poradenství⁶.

Psychoterapie zahrnuje množství různých postupů a zaměřuje se na zlepšení duševního stavu dětí i jejich rodičů. Může se jednat o krátkodobou krizovou intervenci při sdělení diagnózy dítěte nebo při změnách zdravotního stavu k horšímu, ale také o dlouhodobější podpůrnou psychoterapii, která má zvýšit psychickou odolnost jedince. U vážně nemocných dětí je také důležitá rodinná psychoterapie. Při psychoterapii se často využívá různých relaxačních technik. Cílem je pomoci dětem i jejich rodičům porozumět tomu, co se s nimi děje, omezit negativní prožitky a zlepšit jejich celkový stav.

Psychodiagnostika slouží ke zjišťování úrovně vývoje dítěte, vlastností jeho osobnosti a jeho aktuálního psychického stavu v souvislosti s onemocněním a jeho léčbou. Nemoc může určitým

⁶ ŘÍČAN, P. Profese klinického psychologa. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 3. Přerac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 31-32. ISBN 80-7169-512-2.

způsobem zasáhnout do přirozeného vývoje dítěte a později se projevit v podobě výchovných problémů, psychických obtíží, snížené školní úspěšnosti apod.

Psychologické poradenství je důležitou součástí práce klinického psychologa, který se snaží překonávat konkrétní problémy dítěte, členů rodiny nebo celé rodiny. Poradenská činnost pomáhá ke správné adaptaci na onemocnění dítěte, k nalezení optimálních řešení a udržení psychické pohody.

Klinický psycholog je také v úzké spolupráci se školou při nemocnici, komunikace o jednotlivých dětech, jejich zdravotním stavu, doporučených opatřeních a změnách probíhá dle potřeby. Psycholog je většinou ve spojení přímo s ředitelem školy při nemocnici nebo konkrétními učiteli jednotlivých žáků.

Herní specialista

Práce herního specialisty přišla do nemocnic spolu s principem „Family Centred Care“ a snaží se zkvalitnit péči o hospitalizované děti. Herní specialista se stává společníkem dítěte, jeho průvodcem nemocničním prostředím. Formou hry pomáhá dítěti orientovat se v nové situaci a ulehčit mu tak adaptaci v nemocnici. Práce herního specialisty vychází z potřeb konkrétního dítěte a jeho rodiny a pokrývá pět základních oblastí⁷:

- Seznamuje dítě a jeho blízké s prostředím nemocnice, mírní nejistotu a úzkost z neznámého.
- Přípravuje dítě na plánované zákroky, vysvětluje, v čem spočívají a proč je zapotřebí je provést, spolu s rodiči dítě k zákrokům doprovází.
- Funguje jako komunikační most mezi dítětem a jeho rodinou a ostatními členy personálu.
- Stará se o náplň volného času dítěte - nabízí možnost různých aktivit.
- Využívá-li oddělení dobrovolníků, má na starosti jejich koordinaci.

Ke své práci má k dispozici množství hraček a pomůcek speciálně upravených pro nemocnici, jedná se o látkové Figuríny, obrázky, fotografie, ale i některé originální zdravotnické pomůcky (obvazy, dlahy, injekční stříkačky, ústenky atd.). Pomocí tohoto materiálu připravuje dítě na plánovaný lékařský zákrok či vyšetření. Vše probíhá formou hry, děti si mohou pomůcky v klidu prohlédnout a vyzkoušet, což odbourává jejich strach a nejistotu. Informování dítěte touto formou je vždy podmíněno souhlasem jeho rodičů.

⁷ Nadační fond Klíček [online], © 2005-8. [cit. 15. března 2008]. Dostupné na WWW: <http://www.klicek.org/hospital/role.html>>.

Sociální pracovníce

Sociální pracovníce spolupracuje s nemocnicí a zpravidla sem v určitý termín dochází. Její práce spočívá v zajištění péče o děti a mladistvé, poskytuje sociálně-právní poradenství v oblasti rodinného práva i sociálního zabezpečení. Služeb sociální pracovníce využívají rodiče, pokud se chtějí informovat o možnostech příspěvků pro své dítě, při podávání žádostí o sociální dávky apod. Je v kontaktu s dalšími organizacemi a snaží se dostupnými prostředky o pomoc rodině hospitalizovaného dítěte.

Pedagogičtí pracovníci

Učitelé³⁸ zajišťují výchovně - vzdělávací proces hospitalizovaných dětí, jejich činnost pokrývá všechna dětská lůžková oddělení, (viz další kapitoly)

Dobrovolníci

Na psychosociální péči o hospitalizované děti se nemalou měrou podílejí také dobrovolníci, kteří ze své vlastní dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonávají činnost ve prospěch jiných lidí. Na dětských lůžkových odděleních je dobrovolník spojnicí s vnějším světem, snaží se podporu dítěte i jeho rodiny v těžké situaci, nenarušuje léčebný provoz v nemocnici a vhodně doplňuje práci zdravotnického týmu tam, kde je to možné. Na jednotlivých odděleních fungují odborní koordinátoři dobrovolníků, kteří řídí jejich práci³⁹. V motolské nemocnici zajišťují dobrovolníci hlavně výplň volného času dětí, nejčastěji v odpoledních hodinách. Mohou být vedoucími různých zájmových kroužků (výtvarný, fotografický apod.), hrát si s dětmi u lůžka a v hernách, asistovat při převozech, doprovázet je na procházky a většinou také pro děti organizují jednorázové akce jako např. Vánoční besídky. V Dobrovolnickém centru FN Motol je registrováno zhruba 101 pravidelně docházejících dobrovolníků, z toho asi 67 působí na dětských odděleních.

Zdravotní klaun

Občanské sdružení Zdravotní klaun se snaží vnést humor na dětská oddělení nemocnic v celé ČR a podporovat tak psychickou pohodu dětí. Zdravotní klauni jsou profesionální herci, absolventi DAMU, kteří jsou vyškolení pro práci v nemocničním prostředí. Cílem celého Projektu je odreagovat děti od bolesti, strachu a napětí formou humoru. Klauni přijíždějí v předem stanovené termíny na oddělení, kde svou návštěvou usilují o uvolnění atmosféry.

* V celém textu je pro přehlednost a zjednodušení používán pro označení pedagogických pracovníků pouze pojem učitel, který zahrnuje i ženské pohlaví.

³⁸NOVOTNÝ, M.; STARÁ, I. aj. *Využití dobrovolníků v nemocnicích : metodický manuál k dobrovolnictví v nemocnicích*. Praha : Hestia, 2001.

Přicházejí oblečení ve veselých doktorských kostýmech, mají množství rekvizit a jejich vtípy jsou zaměřeny na prostředí nemocnice, léčebné metody i lékaře a sestry. Klaunskému programu vždy předchází kontakt s ošetřujícím personálem, který je informuje o jednotlivých dětech a zajistí dodržování hygienických pravidel na některých odděleních (desinfekce rukou, rekvizit). Občanské sdružení Zdravotní klaun také realizuje projekt Léčba humorem, v rámci kterého probíhají pravidelné vzdělávací semináře pro zdravotní sestry a lékaře. Cílem programu je poskytnout možnost praktického tréninku ve speciálních technikách, které pomohou navázat kontakt s dítětem a získat jeho důvěru. Dalším projektem je potom Cirkus Paciento, který probíhá na oddělení celý týden, děti se stávají spolupracovníky klaunů, spolu s nimi připravují vystoupení pro své rodiče, ostatní děti a zdravotnický personál⁴⁰.

⁴⁰ Občanské sdružení Zdravotní klaun [online], [cit. 10. března 2008]. Dostupné na WWW: < <http://www.zdravotniklaun.cz/index.php?str=3, 26, 27, 28>>.

4. Charakteristika škol při nemocnici

Školy při nemocnici jsou spolu se školami při dětských léčebnách a ozdravovnách vedeny pod názvem školy při zdravotnických zařízeních". Jsou jedním typem speciálních škol⁴² a vzdělávají žáky se zdravotním oslabením a žáky nemocné, kteří jsou umístěni v daném typu zdravotnického zařízení, v tomto případě v nemocnici.

Škola při nemocnici zajišťuje právo hospitalizovaných dětí na vzdělávání⁴³. Pro realizaci vzdělávání dítěte přijatého do nemocnice je nutné *doporučení ošetřujícího lékaře* a *souhlas zákonného zástupce*⁴⁴ (viz příloha č. 2 a 3), předáním těchto vyjádření v písemné formě učitelé se dítě stává žákem⁴⁵ školy při nemocnici. Výchovně - vzdělávací proces školy při nemocnici se přizpůsobuje na jedné straně zdravotnickému zařízení, kde probíhá, na straně druhé žákovi, jehož vzdělávání navazuje na vzdělávací program jeho kmenové školy⁴⁶.

4.1 Struktura škol při nemocnici

Struktura jednotlivých škol při nemocnici se liší v závislosti na velikosti a kapacitě daného zdravotnického zařízení. Počet dětských klinik a jejich lůžkových oddělení přímo určuje uspořádání škol při nemocnici. Pod označením škola při nemocnici se zpravidla skrývá mateřská škola, základní škola, dále pak školská zařízení výchovy mimo vyučování - školní družina a školní klub. Základní škola a Mateřská škola při FN Motol sdružují všechny tyto složky v některých školách při nemocnicích však nemusí být takto zastoupeny.

Mateřská škola při nemocnici zajišťuje vzdělávání dětí předškolního věku, tedy 2 - 7 let. Mezníkem pro horní věkovou hranici je zahájení povinné školní docházky. Péče v mateřské škole má především podporovat osobní rozvoj dětí, pomáhat k lepší adaptaci na prostředí nemocnice, působit preventivně proti projevům hospitalismu a citové deprivace. Činnost mateřské školy a realizace výchovně - vzdělávacího procesu vychází z Rámcového vzdělávacího Programu pro předškolní vzdělávání.

⁴¹ § 4 vyhlášky MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

" § 5 odst. h) vyhlášky MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

<Je Charty práv dětí v nemocnici.

§ 4 odst. 2 vyhlášky MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

J Označení žák je v dalším textu používáno v kontextu školy při nemocnici.

' škola, na které žák plní svou povinnou školní docházku.

Základní škola při nemocnici vzdělává žáky plnící povinnou školní docházku, tedy žáky ve věku 6 - 15 let. Výchovně - vzdělávací proces je na základní škole realizován dle ročníků, je zachováno klasické dělení na 2 stupně, kdy první stupeň má jednu třídní učitelku, na druhém stupni se střídají učitelé dle vyučovaných předmětů. Do roku 2006 se základní vzdělávání v motolské nemocnici skládalo ze základní školy a zvláštní školy, poté byl učiněn výmaz zvláštní školy⁴⁷ a funguje zde pouze základní škola. Neznamená to ale, že by žáci zvláštních škol nebyli vzděláváni, jejich výuka je dále zajišťována základní školou.

Výchovně - vzdělávací proces vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, základní škola při nemocnici má vlastní Školní vzdělávací program, výuka žáků však probíhá specifickým způsobem, neboť jedním z cílů vzdělávání na škole při nemocnici je umožnit a usnadnit žákům návrat do jejich kmenové školy. Učitelé se tedy řídí především vzdělávacími programy jednotlivých kmenových škol a výuku individuálně přizpůsobují žákům a tématickým plánům jejich kmenových škol. Je zřejmé, že charakter základní školy při nemocnici nelze pokrýt Školním vzdělávacím programem. Výchovně - vzdělávacímu procesu na základní škole jsou věnovány další kapitoly.

Počet žáků ZŠ při FN Motol za školní rok 2007

Záci	1. stupeň ZS	2. stupeň ZS	1. stupeň ZVŠ	2. stupeň ZVŠ
Počet žáků	450	823	77	56

Školní družina a školní klub při nemocnici jsou školská zařízení výchovy mimo vyučování a jsou zřizovány jako součást škol při nemocnici. Zaměřují se na děti od 6 - 12 let, ale do činností se mohou zapojit i starší děti. Zajišťují volnočasové aktivity pro hospitalizované děti a snaží se tak předcházet nepříznivým vlivům pobytu v nemocnici. Školní družina a školní klub se zaměřují na kreativní, výtvarné a literárně dramatické činnosti s dětmi formou her, soutěží a praktických cvičení. Hlavním cílem je zpříjemnit dětem pobyt v nemocnici, zajistit jim podmínky pro přirozený rozvoj a nabídnout jim smysluplnou zájmovou činnost.

Do výchovně - vzdělávacího procesu se mohou zapojit i žáci středních škol a středních odborných učilišť a to na vlastní žádost. Výuka v tomto případě probíhá formou individuálních konzultací dle možností základní školy⁴⁸.

⁴⁷ § 150 školského zákona č. 561/2004 Sb.

⁴⁸ § 4 odst. 1 vyhlášky MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

4.2 Úkoly a cíle školy při nemocnici

Hlavním cílem školy při nemocnici je připravit pro dítě takové podmínky, aby se mohlo co nejlépe rozvíjet, poskytnout mu možnost výuky, neboť není schopno plnit povinnou školní docházku na své kmenové škole, a udržet ho v dobrém psychickém stavu. Děti, které jsou vyučované v nemocnici, tak neztrácejí základní učební návyky, nezapomínají probrané učivo, získávají nové poznatky a posiluje se tak i jejich psychická odolnost.

Úkoly školy při nemocnici jsou složitější a náročnější než v běžném typu škol. Nejedná se pouze o úkoly vzdělávací a výchovné, ale také terapeutické a sociální.

Vzdělávací a výchovné úkoly :

- zajistit realizaci výchovně - vzdělávacího procesu pro všechny (krátkodobě i dlouhodobě) hospitalizované žáky se zřetelem na individuální přístup
- přizpůsobovat výuku, její průběh a rozsah, zdravotnímu stavu žáka
- kontaktovat kmenovou školu a navázat ve výuce na vzdělávací program a tematické plány této školy
- komunikace s kmenovou školou ve formě zasílání zpráv o výuce a klasifikaci, popř. vystavování vysvědčení při pobytu delším jak tři měsíce

Terapeutické a sociální úkoly :

- prevence hospitalismu, pomoc při adaptaci na prostředí nemocnice
- zpříjemnění pobytu v nemocnici, odpoutání od myšlenek na vlastní onemocnění, bolest
- udržení sociálních kontaktů dítěte, spolupráce s rodinou a blízkými osobami, poradenství
- spolupráce s lékaři a ošetřujícím personálem

4.3 Obecné zásady při výuce ve škole při nemocnici

Ve vzdělávání žáků ve škole při nemocnici se ukazují určité zásady, které do značné míry přispívají k úspěšné realizaci výuky. Zde jsou formulovány v obecné rovině :

- individuální přístup učitele ke každému žákovi
- výuka se odvíjí od zdravotního stavu dítěte
- výuka se podřizuje nemocničnímu režimu
- výuka musí být přiměřená

- spolupráce učitele s lékaři a ošetřujícím personálem
- výuka by měla aktivizovat dítě
- výuka je jednou formou terapie

Základem je **individuální přístup učitele ke každému žákovi**. Každé dítě přichází do nemocnice s jinou nemocí, pochází z jiného prostředí, má jiné potřeby, má jinou kmenovou školu, proto je nutný individuální přístup a respektování věkových i jiných zvláštností. Tento přístup umožňuje celkový rozvoj osobnosti dítěte, neboť učitel volí vyučovací metody a množství probírané látky podle možností konkrétního dítěte. Učitel má možnost žáka lépe poznat, porozumět mu a pomoci mu tak nejen s probíranými tématy, ale i s překonáním jeho obav z neznámého prostředí a pozitivně jej povzbudit. Žáci jsou rádi, že za nimi někdo dochází a určitý čas se věnuje pouze jim.

Výuka se odvíjí od zdravotního stavu dítěte, učitel konzultuje vhodnost výuky s ošetřujícím lékařem, který musí s výukou souhlasit. V nemocnici se dítě nachází především proto, aby se co nejdříve uzdravilo a prioritou je léčba, výchovně - vzdělávací proces stojí až na druhém místě. Během výuky přihlíží učitel k tomu, jak se žák aktuálně cítí, pokud mu není dobře, výuka se nekoná, dokud to jeho zdravotní stav nedovolí. Žáci jsou dříve unavení, nedokáží se delší dobu soustředit, proto je lepší jim předkládat látku v menším objemu a častěji zařazovat přestávky, dbát na jejich pitný a stravovací režim. Nemá smysl namáhat dítě s výukou, pokud se na ni necítí, ale zároveň je dobré ho udržovat v aktivitě, vymyslet mu snadnější úkoly nebo mu nechat samostatnou práci na pokoji s tím, že šli ji vypracuje, až mu bude lépe.

Výuka se podřizuje nemocničnímu režimu, základní pravidla chodu nemocnice a různých oddělení tedy přímo ovlivňují práci učitele. Denní harmonogram - časy konání vizit, podávání léků a stravy, to vše musí učitel respektovat a podle těchto údajů organizuje a plánuje celý výchovně - vzdělávací proces. Samotná výuka může být přerušena odchodem dítěte na vyšetření a jinými činnostmi v rámci oddělení.

Výuka musí být přiměřená, což znamená, že by nemělo docházet k přetěžování dětí. Organismus dítěte je oslaben bojem s nemocí, únava se dostavuje rychleji, výkonnost proto není taková jako za normálních okolností. Tempo práce je přizpůsobeno zdravotnímu stavu žáka a jeho věku. Učitel musí dbát na správné zvolení obtížnosti úkolů a vhodný výběr hraček, neúspěchy ve školní práci nepřispívají ke zlepšení zdravotního stavu. Žáci často sami cítí, že jim školní práce nejde tak dobře, jako když byli zdraví a potřebují podporu, povzbuzení, aby v učení pokračovali. S postupným uzdravováním roste i školní zátěž v závislosti na možnostech konkrétního žáka.

V ozdravném procesu dítěte hraje velkou roli ***spolupráce učitele s lékaři a ošetřujícím personálem***. Je žádoucí, aby docházelo k vzájemné informovanosti o dítěti mezi lékaři a učiteli, neboť výchovně - vzdělávací proces je realizován s ohledem na zdravotní stav pacienta. Lékař sděluje učiteli důležité skutečnosti týkající se pacienta a jeho onemocnění, doporučí míru zátěže, kterou je pacient schopen zvládnout, a informuje o možnostech a omezeních daného žáka. Všechna tato sdělení jsou určující pro přístup učitele k jednotlivým žákům a pro plánování jejich výuky. I v opačném směru je však komunikace prospěšná, neboť dítě má v mnoha případech větší důvěru k učiteli, přece jenom je to člověk, který nepracuje přímo na oddělení, ale dochází „z venku“, je s dítětem během výuky v užším vztahu a tak se stává, že se děti učiteli svěřují s tím, co je v nemocnici trápí. Někdy se děti bojí říci lékařům, že je něco bolí. že jim není dobře a sdělí to raději učiteli. Ten se pak může na chvíli stát prostředníkem mezi dětským pacientem a lékařem nebo zdravotnickým personálem. Informace od učitele jsou pro lékaře často velmi cenné, někdy jsou pro ně jediným způsobem, jak se daném dítěti a jeho prožívání něco dozvědět.

Výuka by měla aktivizovat dítě. upoutat jeho pozornost a adekvátním způsobem ho zaměstnat. Dostatek podnětů a vlastní aktivita jsou stěžejní pro udržení dobrého psychického stavu dítěte. Výuka nutí dítě k určité činnosti, nemá tak čas přemýšlet o své nemoci, snáze zapomíná na fyzickou i psychickou bolest. Vyplnění volného času dětí v nemocnici je jedním z problémů, výuka zde hraje důležitou roli.

Výuka je jednou formou terapie, učitel se podílí svou výukou na terapii, svým přístupem by měl žáky povzbuzovat, pomáhat jim při řešení různých problémů, které se nemusí týkat pouze výuky. Žáci se učiteli často svěřují např. s obavami z nadcházející operace, náročného vyšetření nebo se jim zkrátka stýská po domově. Malý pacient přichází do cizího prostředí, prožívá odloučení od některých svých blízkých a kamarádů a setkává se s lidmi v bílých pláštích, to vše má dopad na jeho psychiku. Pro menší děti je vhodná především terapie hrou.

5. Výchovně - vzdělávací proces v základní škole při nemocnici

Výchovně - vzdělávací proces probíhá v tomto případě ve zcela specifickém prostředí nemocnice, jde o proces **komplexní**, neboť zajišťuje výchovu a vzdělávání dětí během pobytu v nemocnici, pomáhá jim překonat kritickou dobu, po kterou nejsou přítomny ve své kmenové škole, přispívá k udržení dobrého psychického stavu dětského pacienta a podílí se tak na jeho terapii. Prioritním cílem je vytvořit pro děti takové podmínky, které jsou nejvhodnější pro adaptaci na prostředí nemocnice, pro přirozený osobní rozvoj a úspěšné výchovně - vzdělávací působení pro každého z nich, v souladu s podmínkami nemocnice. Každé dítě, které je hospitalizováno v nemocnici, má plné právo být během pobytu v nemocnici vyučováno⁴⁹. Vedoucím činitelem v tomto procesu je učitel, který plánuje a organizuje celý výchovně - vzdělávací proces, přizpůsobuje jej podmínkám nemocnice, dochází za žáky na jednotlivá oddělení.

Základními předpoklady pro přijetí žáka do školy při nemocnici je doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce. Souhlas s výukou je předáván v písemné formě učiteli. Ošetřující lékař (nebo klinický psycholog působící na daném oddělení) informuje učitele o zdravotním stavu dítěte, o předpokládaném průběhu léčby, o předpokládané délce hospitalizace a doporučí mu, jakou školní zátěž je dítě schopno zvládnout vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Vzdělávání dětí v nemocnici je jejich právem, nikoli však jejich povinností, proto tedy záleží na rodičích, jak zváží situaci a jak se rozhodnou ohledně výuky svého dítěte. Především v případě krátkodobých hospitalizací někteří rodiče nechtějí využívat služeb školy při nemocnici, své potomky nezatěžují během rekonvalescence školními povinnostmi, protože tak krátkou dobu je dítě často schopno bez problémů dohnat, nebo se s dětmi učí sami. Další důvodem může být také odlišnost kmenové školy, děti např. navštěvují waldorfskou školu a rodiče proto odmítnou výuku ve škole nemocniční. Odlišný přístup k výuce na těchto školách není v souladu s výukou na škole při nemocnici.

⁴⁹ Charta práv dětí v nemocnici.

5.1 Činitelé výchovně - vzdělávacího procesu

Na výchovně - vzdělávací práci s dětmi v nemocnici a její organizaci má vliv několik základních činitelů:

- délka hospitalizace
- druh onemocnění dítěte
- specifika jednotlivých oddělení
- forma výuky
- materiální vybavení a pomůcky

5.1.1 Délka hospitalizace

Délka hospitalizace má rozhodující význam při volbě způsobu a rozsahu výuky žáka a ovlivňuje tak výchovně - vzdělávací proces. Ošetřující lékař sděluje učiteli předpokládanou délku pobytu dítěte v nemocnici a učitel na základě této informace organizuje celý výchovně - vzdělávací proces. Délka hospitalizace samozřejmě není pevně dána, odvíjí se od aktuálního zdravotního stavu dítěte, učitel musí počítat s tím, že se délka pobytu dítěte v nemocnici může změnit. V zásadě rozeznáváme 2 typy hospitalizace z hlediska délky - krátkodobou a dlouhodobou.

Krátkodobá hospitalizace nepřesahuje dva týdny a jde tedy pouze o přechodný pobyt dítěte v nemocnici. V tomto případě nemusí vůbec docházet ke kontaktu učitele s dítětem, předpokládá se, že děti tak krátkou absenci ve své kmenové škole překonají bez větších problémů. Přesto mají rodiče často zájem o výuku dítěte i při těchto krátkodobých pobytech, aby dítě nebylo zcela vyloučeno ze vzdělávacího procesu. Učitel zajišťuje především výuku základních předmětů - českého jazyka, matematiky a cizího jazyka.

Dlouhodobá hospitalizace je pobyt dítěte v nemocnici delší než dva týdny, v některých případech může být i opakovaný. S délkou hospitalizace rostou i požadavky na výchovně - vzdělávací proces, jeho systematičnost a jeho úlohu v každodenním režimu dítěte. Důležitost výuky v nemocnici spočívá v tomto případě v překonání dlouhodobé absence v kmenové škole, která je ze strany školy při nemocnici kontaktována a vyzvána ke spolupráci. Dítě je pak vyučováno podle tematických plánů své kmenové školy, používá stejné učebnice jako ve své kmenové škole, což mu umožní lepší návrat do této školy. Spolupráce obou institucí, kmenové školy a školy při nemocnici, přispívá k usnadnění celé situace, děti vítají možnost vrátit se po dlouhodobé hospitalizaci v nemocnici opět do své třídy, mezi spolužáky, které znají, nemusí

např. opakovat ročník a lépe se adaptují. Výuka probíhá podle daných rozvrhů nebo dle dohody mezi učitelem a žákem na lůžkových odděleních a plně se přizpůsobuje chodu těchto oddělení.

U obou typů hospitalizace může následně docházet ještě k ambulantní léčbě, při které bude výuka dítěte zajišťována ve škole při nemocnici⁰.

Při *krátkodobé hospitalizaci s následnou ambulantní léčbou* je dětský pacient do dvou týdnů propuštěn z nemocnice do domácího ošetřování a dochází na pravidelné kontroly. Během této doby mu zdravotní stav nedovoluje obnovit každodenní docházku do své kmenové školy, proto může nadále zůstat žákem školy při nemocnici a jeho výuka je uskutečňována při pravidelných ambulantních kontrolách. O příjezdech žáka na ambulanci jsou učitelé dopředu informováni, aby byli schopni správně rozplánovat svou výuku, a docházejí za žákem. Výuka probíhá v prostorách ambulance podle aktuálních možností.

Dlouhodobá hospitalizace s následnou ambulantní léčbou znamená pro dětského pacienta hospitalizaci v nemocnici, která přesahuje dva týdny, a následné domácí ošetřování s povinnými kontrolami na ambulanci. Opět je tedy možnost nadále žáka vyučovat ve škole při nemocnici i po propuštění do domácího ošetřování a navázat tak na výuku uskutečňovanou během hospitalizace. Učitel dochází dle dohody za žákem na ambulanci. Tento způsob výuky klade větší důraz na domácí přípravu žáka, podle četnosti kontrol na ambulanci zadává učitel žákovi domácí úkoly na určitý časový úsek.

Při nutnosti dlouhodobějšího ošetřování v domácím prostředí existuje pro žáka možnost individuálního vzdělávacího plánu. U žáka, který se nemůže účastnit výuky po dobu delší než dva měsíce, stanoví ředitel školy takový způsob vzdělávání, jež odpovídá jeho možnostem, může mu tedy povolit individuální vzdělávací plán¹.

5.1.2 Druh onemocnění dítěte

Výchovně - vzdělávací proces v nemocnici přímo ovlivňuje to, jakým onemocněním dítě trpí a na jakém oddělení je umístěno. Nemoc nepostihuje pouze jednotlivé orgány, jak uvádí Matějček⁵², ale celou osobnost dítěte, které si svou nemoc uvědomuje a prožívá ji. Každé onemocnění znamená zatížení nervové soustavy a projeví se v chování a jednání dítěte. Na tyto okolnosti musí být učitel připraven, neboť jeho úkolem není jen rozvíjet schopnosti dítěte, zprostředkovávat mu nové poznatky v rámci probíraného učiva, ale také se snažit o udržení jeho Psychické pohody.

⁰ část I. odst. 5 sdělení MŠMT k činnosti speciálních škol a speciálních školských zařízení při zdravotnických zařízeních č.j. 23 037/2003-24.

¹ § 18, § 50 odst. 3 školského zákona č. 561/2004 Sb.

MATĚJČEK, Z. 2001, S. 17.

Druh onemocnění dítěte souvisí s délkou hospitalizace a určuje míru zatížení jeho nervové soustavy. Ve všech případech je nutné počítat s individuálními odlišnostmi dětí, každé z nich přichází do nemocnice z jiného prostředí, má jiné potřeby a svou nemoc prožívá subjektivně. Podle Matějčka⁵³ lze naznačit třídění nemocí z hlediska jejich psychologických a sociálních důsledků na :

- Běžná horečnatá onemocnění dětského věku (onemocnění cest dýchacích, chřipky a různá virová onemocnění, infekce zažívacího ústrojí, zánětlivé procesy, aj.), při kterých dochází v akutním stadiu k neklidu, utlumenosti a skleslosti dítěte v důsledku horečky. Ve fázi rekonvalescence zůstávají některé děti delší dobu apatické, brzy se unavují a mají větší potřebu spánku.
- Nemoci provázené bolestmi (enterální koliky, záněty středního ucha, hnisavé procesy, spáleniny, stavy po úrazech a chirurgických zákrocích, bolesti kloubů, aj.), při kterých je hlavním požadavkem omezit bolest dítěte a co nejvíce ho zaměstnat poutavými činnostmi a hrou.
- Nemoci provázené záchvaty (epilepsie, křečové záchvaty dětského věku, astmatické záchvaty, koliky, aj.), které bývají charakterizovány tísnivými stavy nejistoty a úzkosti a to i v mezidobí mezi záchvaty, dítě prožívá strach, kdy záchvat opět přijde.
- Vleklá a chronicky probíhající onemocnění (vleklé zažívací poruchy, revmatická onemocnění, alergie, srdeční obtíže, diabetes, imunitní a metabolické poruchy, aj.), kdy dítě dlouhodobě navštěvuje lékaře, bere léky, je omezováno ve svých přirozených aktivitách a potřebách. Klasické projevy oslabení nervové soustavy jsou v tomto případě psychomotorický neklid, dráždivost, netrpělivost a náladovost.
- Nemoci a vývojové poruchy geneticky podmíněné a vrozené (hemofilie, Downův syndrom, fetální alkoholický syndrom, AIDS, aj.), které si dítě nese do dalšího života. Z hlediska správného psychického vývoje dítěte hraje důležitou roli postoj rodičů a jejich přijetí dané vrozené poruchy.
- Nemoci s nepříznivou prognózou (především onkologická onemocnění), u kterých může být ohrožen život dítěte a mohou probíhat dramaticky, s častými výkyvy k lepšímu i horšímu. Dítě se cítí dlouhodobě pod tlakem, objevují se depresivní stavy, jedná se o mimořádnou psychickou zátěž nejen pro dítě, ale i pro jeho rodinné příslušníky.

Odlišné vnímání a prožívání vlastní nemoci je u dětí závislé především na jejich věku, vlastnostech a dřívějších zkušenostech. Na jejich psychiku však nepůsobí pouze to, že si uvědomují svůj zdravotní problém, ale ještě navíc duševní stav dětí ovlivňuje samotný pobyt

⁵³MATĚJČEK, Z. 2001, s. 60.

v nemocnici. Jsou vytrženy z domácího prostředí, zažívají strach a úzkost. Pokud chce učitel dítěti pomáhat, musí být seznámen s jeho zdravotním stavem, nejlépe být v kontaktu s jeho ošetřujícím lékařem a klinickým psychologem, informovat se o jeho možnostech a omezeních. Chápavý a povzbuzující přístup je nejlepší cestou k uklidnění dítěte a získání jeho důvěry. Role pacienta je pro dítě mnohdy složitá, jeho reakce nepřiměřené, což klade větší nároky na učitele a celý výchovně - vzdělávací proces.

5.1.3 Specifika jednotlivých oddělení

Druh onemocnění dítěte určuje jeho umístění na jednotlivých odděleních. V rámci realizace výchovně - vzdělávacího procesu jsou na jednotlivých odděleních určité organizační odlišnosti. Učitel musí být seznámen s chodem oddělení a podřizuje svou výuku danému režimu. Časové rozložení činností na lůžkovém oddělení je pro výuku určující, tento režim dne a harmonogram prací je stálý, děti pravidelně dodržují přestávky na jídlo, stejně jako časy, kdy jsou jim podávány léky a kdy se konají vizity. Dětské kliniky FN Motol, kde probíhá výuka - viz příloha č. 4.

Jednotlivé kliniky se liší nejen počtem lůžkových oddělení, ale i maximální kapacitou lůžek, velikostí a zařízením prostor, kde se nacházejí, a také specifickými pravidly, která je nutno při realizaci výchovně - vzdělávacího procesu dodržovat.

Výchovně - vzdělávací práce s dětmi je realizována docházením učitele na oddělení a odvíjí se od aktuálního zdravotního stavu dítěte a od prostorových možností na oddělení. Výuka v rámci lůžkového oddělení je realizována dvojí formou :

- ve třídách, hernách, jídelnách
- na nemocničních pokojích, u lůžka

Výuka ve třídách, hernách, jídelnách

Výuka v klasických *třídách* probíhá v motolské nemocnici pouze na Oddělení dětské Psychiatrie, které sídlí v samostatné budově a má k dispozici několik místností pro školní využití. Celá jedna chodba zde slouží pro potřeby školy, nachází se tu malá sborovna, dále pak jedna třída pro žáky prvního stupně a čtyři třídy pro žáky druhého stupně. Velikost tříd odpovídá kapacitě lůžkového oddělení a jejich vybavení je srovnatelné s klasickou třídou, tedy katedra, •avice, židle a tabule. Žáci jsou sestrou přivedeni do prostor školy, kde si je opět po skončení vyučování sestra vyzvedává. Žáci prvního stupně jsou vyučováni společně v jedné třídě, výuka

spočívá v individuálním přístupu k žákům, učitel se jednotlivě věnuje každému z žáků, ostatní zatím pracují na samostatných úkolech. Pokud je přítomno více žáků stejného ročníku, lze uskutečnit i výuku skupinovou se zřetelem na tématické plány jednotlivých kmenových škol. Vyučování probíhá dle rozvrhu, délka výuky daného předmětu se však odvíjí především od počtu žáků ve třídě. Žáci druhého stupně jsou rozděleni podle ročníků, učitelé jednotlivých předmětů se zde střídají. V rámci vyučování je dodržována půlhodinová přestávka na svačinu, na kterou docházejí žáci v doprovodu sestry do jídelny.

Ostatní oddělení umístěná v hlavní budově jsou prostorově omezena, proto výuka probíhá v *hernách*, popř. *jídelnách*. Pokud zdravotní stav žáka dovoluje opustit pokoj, realizuje se výuka zpravidla v těchto společenských místnostech, které jsou využívány během dne jak dětskými pacienty, tak jejich rodinnými příslušníky. Herny jsou vybaveny účelově, slouží pro relaxaci dětí, pro vyplnění jejich volného času hrou, četbou či setkáváním s ostatními kamarády. Místnost je uzpůsobena tak, že se zde činnosti dětí mohou odehrávat i na zemi, na koberci. Mezi hlavní vybavení patří různé druhy hraček, stolních her, knih, dále pak televize, videorekordér, někdy i počítač. Pro realizaci výchovně - vzdělávacího procesu je důležitá především pracovní část tohoto prostoru v podobě vhodných stolů a židlí.

Učitel zde má možnost vyučovat více žáků stejného ročníku skupinově, předpokládá se ovšem opět individuální přístup vzhledem k odlišnosti tématických plánů jednotlivých kmenových škol a také k odlišnosti učebnic. Další variantou je individuální výuka pouze jednoho žáka, což je využíváno především při menším počtu žáků na oddělení nebo pokud jsou žáci z jiných ročníků. Je plně na zvážení učitele, jestli bude žáka vyučovat na pokoji nebo v herně či jídelně. Na jeho rozhodování má vliv především momentální situace na oddělení, jsou-li v herně či jídelně přítomny jiné děti, které by mohly odvádět žákovu pozornost, je lepší uskutečnit výuku na pokoji. Jak již bylo řečeno, výchovně - vzdělávací proces se plně podřizuje režimu oddělení, žáci proto mohou během výuky odcházet na různá vyšetření, mohou jim být podávány léky apod.

Výuka na nemocničních pokojích, u lůžka

Výuka na *pokojích* je individuální a realizuje se přímo u lůžka nebo u stolu. Pokud dochází k výuce u lůžka, má žák k dispozici mobilní stůl, který je součástí vybavení pokoje. Jedná se vlastně o pracovní desku, jež je součástí nočního stolku. Žák tak může i na lůžku používat učebnice, sešity a psát. Pokud využíváme ve výuce těchto stolků, je vhodné dbát na správné a pohodlné sezení žáků, většina lůžek má možnost polohování, u ostatních jsou k dispozici polštáře k podepření zad. V motolské nemocnici je většina pokojů vícelůžkových, jednolůžkové

pokoje jsou především na odděleních JIP a na transplantační jednotce. Na některých odděleních se učitel musí řídit specifickými pokyny. Jedná se hlavně o dodržování hygienických nařízení na Oddělení dětské hematologie a onkologie a na transplantační jednotce, učitel je povinen provádět před vstupem do pokojů desinfekci rukou, popř. používat ústenku. Dále jsou také zvýšené požadavky na opatrnost během výuky, je-li žák připojen na přístroje, má-li zavedenu infuzi apod.

Zvláštním případem je potom výuka na **pokojích s izolací**. Jednolůžkové pokoje znamenají pro děti větší psychickou zátěž, nedostávají se totiž do kontaktu se svými vrstevníky, tráví čas na pokoji samy, což se promítne i v jejich chování. Výchovně - vzdělávací péče je na těchto pokojích náročnější, dítě trpí nejen nedostatkem pohybu, ale i nedostatkem podnětů. Učitel často zadává žákům samostatnou práci a vymýšlí i zajímavé úkoly na vyplnění jejich volného času. Na těchto pokojích je samozřejmostí dodržování hygienických pravidel, desinfekce rukou, používání ústenky.

Při výuce v hernách i na pokojích je nutno počítat s přítomností dalších osob, ať už jde o další pacienty, zdravotnický personál nebo rodinné příslušníky. Každé lůžkové oddělení má svého třídního učitele, který zde zajišťuje výuku. Všichni žáci na daném oddělení jsou zapsáni v třídní knize, třídní učitel informuje i ostatní učitele, kteří na toto oddělení docházejí vyučovat jednotlivé předměty, o nově přichozích žácích a zapisuje je do třídní knihy.

Výuka může být realizována nejen na lůžkových odděleních, ale také na **ambulanci**. K této variantě dochází po propuštění dítěte z nemocnice a jeho dlouhodobější rekonvalescenci v domácím prostředí. Dítě dochází v určitých časových intervalech na kontroly na ambulanci a zde je také vyučováno (viz. Délka hospitalizace). Prostory ambulance jsou pro výuku problematické především díky množství lidí, kteří jsou přítomni, a stísněným podmínkám čekárny. Velkou výhodou je, je-li k dispozici stůl a židle někde stranou, aby docházelo k rozptylování žáka v co nejmenší míře.

5.1.4 Forma výuky

Organizační formy výuky

Organizační formy výuky na škole při nemocnici jsou závislé na zdravotním stavu žáka, Počtu žáků na oddělení, jejich rozložení do ročníků a jejich tématických plánech. Počet žáků na oddělení, stejně jako jejich zdravotní stav, je proměnlivý, což klade zvýšené požadavky na

připravenost učitele a jeho výchovně - vzdělávací činnost. Ve škole při nemocnici jsou využívány 3 organizační formy výuky⁴ :

- frontální vyučování ve třídách
- skupinové vyučování
- individuální vyučování

Frontální vyučování ve třídách probíhá pouze na Oddělení dětské psychiatrie (viz Specifika jednotlivých oddělení). Žáci prvního stupně jsou vyučováni v rámci jedné třídy společně, na druhém stupni se střídají učitelé podle předmětů. Vzhledem k tomu, že učitel dodržuje tématické plány kmenových škol jednotlivých žáků, není výuka realizována stejně jako v běžné škole. Uplatňuje se zde zásada individuálního přístupu a ke klasickému frontálnímu vyučování dochází pouze v případě, jsou-li tématické plány žáků shodné, v ostatních případech přistupuje učitel ke skupinové a individuální výuce.

Ke **skupinovému vyučování** dochází při větším počtu žáků stejného ročníku v rámci pokoje nebo v rámci oddělení v prostorách herny, popř. jídelny. Žáci jsou tak udrženi v kolektivu, neztrácejí sociální vazby a mohou si navzájem pomáhat. Opět se učitel řídí podle tématických plánů kmenových škol, jež se mohou ve stejném ročníku lišit. Skupinové vyučování je výhodné, pokud je probírané učivo u více žáků podobné či shodné, je možné vyučovat tímto způsobem i v případě, že někteří žáci ve skupině byli již do daného tématu uvedeni a pro jiné je téma úplně nové. Pro část skupiny to tedy bude opakovací a procvičovací hodina, pro ostatní nová látka. V tomto případě musí ovšem docházet k individualizaci a diferenciaci ve vyučování", což znamená přizpůsobovat úlohy možnostem jednotlivých žáků a dávat prostor jejich tvořivé a samostatné činnosti. Z hlediska organizace času je pro učitele lepší vyučovat více žáků alespoň část hodiny skupinově, než pracovat s každým žákem jednotlivě. Může se tak věnovat více času výkladu, vysvětlování nové látky nebo procvičování.

Nejčastější variantou vyučování na školách při nemocnici je však **individuální vyučování**. Učitel dochází na svá určená oddělení za žáky, kterým se věnuje jednotlivě, ať už přímo u lůžka nebo v prostorách oddělení. Žáci mohou být rozmístěni v různých pokojích, učitel má většinou na starost výuku na více lůžkových odděleních, což vyžaduje přesuny během vyučovací doby. Vyučování většinou probíhá v několika hlavních fázích :

- kontrola zadané samostatné práce z minulých hodin, oprava, vysvětlení nejasností
- samotný výklad - může se skládat z opakování a procvičování již probrané látky, výkladu nového učiva, nejčastěji s využitím učebnic, sešitů a dalších pomůcek

⁴ JUDA, J. K teorii a organizaci vyučování. In KÁBELE, F.; KOČÍ, J.; JUDA, J. aj. *Somatopedie*. 2. uprav. vyd. Praha : SRN, 1982, s. 159.

⁵⁵ SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. 1. vyd. Praha : ISV nakladatelství, 1999, s. 212.

- zadání samostatných úkolů na další hodinu (další den)

Učitel se může průběžně věnovat několika žákům zadáváním samostatného cvičení, každému se ale poté věnuje jednotlivě. Tento způsob výuky vytváří užší vztah mezi učitelem a žákem než je tomu v běžné škole. Jelikož se učitel snaží o úpravu vyučování dle možností žáka, je schopen i za kratší časový úsek probrat stejné množství látky jako v klasické škole. Individuální způsob výuky podporuje také přátelskou atmosféru vyučování, žáci často berou učitele jako vítanou návštěvu a svěřují se mu s tím, co je na oddělení nového nebo co je zrovna trápí.

Speciálním formou vyučování je využívání eLearningové služby **Škola za školou**. Jedná se o eLearningový program, který je určený žákům 5. - 9. tříd a středoškolákům, díky němuž mohou žáci pracovat zcela samostatně na určitých úlohách, procvičit a doplnit si znalosti ze třinácti hlavních předmětů: český jazyk, anglický jazyk, německý jazyk, francouzský jazyk, matematika, fyzika, chemie, biologie, zeměpis, dějepis, podniková ekonomika, účetnictví a základy společenských věd.

Motolská nemocnice je realizátorem projektu Zůstat v kontaktu, jež má zvýšit kvalitu vzdělání dlouhodobě nemocných dětí. Právě tento projekt postupně zavedl do škol při nemocnici eLearningový program Škola za školou, ve kterém byli všichni učitelé proškoleni. Školám při nemocnici zapojeným do projektu byl tento program poskytnut, neboť všechny aktivity projektu jsou spolufinancovány Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem ČR a rozpočtem Hlavního města Prahy⁵⁶. Platí pravidlo, že každé hospitalizované dítě získá neomezený přístup do Školy za školou po dobu dvou let - bez ohledu na délku své hospitalizace. Program umožňuje žákům pracovat zábavně a interaktivně. Do této formy výuky jsou zařazeni žáci :

- dlouhodobě hospitalizovaní v nemocnici
- dlouhodobě nemocní, kteří jsou léčeni ambulantně

Škola za školou obsahuje velké množství různých cvičení a testů, žáci hospitalizovaní v nemocnici mohou program využívat v rámci dopolední výuky nebo během volného času a to buď na vlastním notebooku, na notebooku zapůjčeném školou při nemocnici nebo popř. na počítači na oddělení. Výhodou je, že učitel může v prostředí Školy za školou vytvářet i vlastní výuková cvičení pro jednotlivé žáky, dle jejich možností, což dává prostor individualizaci a diferenciaci ve vyučování. U ambulantně léčených žáků umožňuje program komunikaci na dálku, prostřednictvím eLearningového prostředí mohou učitelé zadávat práci, kterou žák vypracuje doma, a učitel ji následně zkontroluje pomocí vlastního připojení na internet. Žáci tak zůstávají v kontaktu se školou, i když do ní fyzicky nedocházejí. Součástí celého projektu je také

⁵⁶ Program Škola za školou je plně dostupný pro veřejnost na internetových stránkách www.skolazaskolou.cz, jde ovšem o placenou službu.

zábavně - vzdělávací prázdninový program pro hospitalizované žáky, který pokrývá dobu, po kterou nefunguje škola při nemocnici. Využívání programu Škola za školou lze chápat i jako zvyšování počítačové gramotnosti u žáků, pro které je způsob této výuky zajímavější a zábavnější.

Rozvrh hodin

Vzhledem k charakteru výchovně - vzdělávacího procesu na škole při nemocnici nemá většinou rozvrh hodin takovou formu, jak je tomu na běžné škole. Klasický rozvrh hodin funguje pouze na Oddělení dětské psychiatrie, kde probíhá výuka ve třídách, na ostatních odděleních jsou určeny předměty, jež jsou v dané dny vyučovány, ale záleží především na dohodě mezi učitelem a žákem. Vyučování probíhá 4 vyučovací hodiny během dopoledne, jak dlouho je žák vyučován závisí na jeho zdravotním stavu a doporučení ošetřujícího lékaře. Učitel nejdříve zjistí situaci na oddělení, počet žáků a jejich předpokládané odchody na vyšetření apod., dle těchto informací plánuje výuku na daný den, domlouvá se s žáky a také s ostatními učiteli, kteří na toto oddělení docházejí.

Rozdíl oproti běžné škole je i v trvání vyučovací hodiny. Počítáme zde sice také s vyučovací hodinou, jež trvá 45 minut, ovšem žáci jsou vyučováni v jednom předmětu po kratší dobu. Důvodem je jejich zdravotní stav a také individuální přístup. Během této vyučovací hodiny může tedy docházet k výuce jednoho žáka ve více předmětech nebo k výuce několika žáků po sobě v jednom předmětu.

Vyučované předměty

Z hlediska předmětů, v kterých jsou žáci vyučováni, dochází k určitému členění, jež se týká délky jejich pobytu. Všichni žáci přijatí do školy při nemocnici jsou zapsáni do centrálního seznamu, který je k dispozici všem učitelům. Učitelé jednotlivých předmětů tak mají přehled o vyučovaných žácích na jednotlivých odděleních. Dle délky pobytu se potom žáci dále dělí do dvou variant výuky :

- varianta A
- varianta B

Varianta A je určena pro žáky s krátkodobým pobytem, do níž jsou automaticky zařazováni všichni noví žáci. u nichž se nepředpokládá hospitalizace delší než dva týdny. Tito žáci jsou vyučováni v hlavních předmětech, což znamená český jazyk, matematiku a cizí jazyk. Jména těchto žáků jsou uvedena v centrálním seznamu a v třídní knize daného oddělení. Pokud žák do dvou týdnů skončí hospitalizaci v nemocnici, je třídním učitelem odepsán z centrálního

seznamu i třídní knihy, tento odpis je informací pro ostatní učitele, že žák již nebude nadále vyučován. Při odepisování žáka uvádí učitel datum propuštění z nemocnice. V případě, že se žákův pobyt prodlouží, je převeden do varianty B.

Variantu B je určena pro žáky dlouhodobě hospitalizované. Sem jsou zařazováni :

- žáci krátkodobě hospitalizovaní, kteří byli vyučováni ve variantě A, ale jejich pobyt se prodloužil
- žáci, jejichž diagnóza předpokládá dlouhodobější hospitalizaci nebo žáci opakovaně hospitalizovaní

Výuka těchto žáků se rozšiřuje o další předměty. Na prvním stupni je to prvouka, přírodověda a vlastivěda (popř. výtvarná výchova), na druhém stupni potom fyzika, chemie, přírodopis, dějepis, zeměpis, občanská výchova, rodinná výchova (popř. výtvarná výchova). Pro tuto výukovou variantu existuje speciální seznam žáků, při odchodu žáka z nemocnice se zde opět provádí jeho odepsání formou data propuštění. Pokud žák nechce být v některých předmětech vyučován, uvádí se tyto předměty do poznámky ke jménu žáka.

Dle potřeby žáků se mohou tyto dvě varianty prolínat, záleží na dohodě mezi školou při nemocnici a žákem a jeho rodiči. Rozpis výuky na lůžkových odděleních - viz příloha č. 5.

5.1.5 Materiální vybavení a učební pomůcky

Materiální vybavení a učební pomůcky ve škole při nemocnici určitým způsobem ovlivňují kvalitu výchovně - vzdělávacího procesu. Vzhledem k tomu, že škola je součástí zdravotnického zařízení, lze hovořit o materiálním vybavení jednotlivých oddělení a materiálním vybavení a učebních pomůckách školy při nemocnici.

Materiální vybavení jednotlivých oddělení

Jak již bylo řečeno, výuka na lůžkovém oddělení může probíhat přímo na nemocničním pokoji žáka nebo v herně, popř. jídelně. Výchovně - vzdělávací proces se musí přizpůsobit těmto podmínkám. Mezi základní vybavení pokoje patří kromě lůžek také mobilní noční stolek, jehož součástí je výsuvná deska, která slouží jako stolek pro žáka na lůžku. Tyto desky jsou často využívány ve výuce, pohyblivé připojení desky k nočnímu stolku umožňuje určitý náklon desky tak, aby i ležící žáci mohli pracovat s učebnicí. U žáků, kteří se mohou posadit pak tato deska v základní poloze zajišťuje nejen práci s učebnicí, ale funguje i jako psací stůl. Mezi vybavení pokoje dále patří stůl a židle, nejlépe u okna, kde lze provádět výuku u žáků, kteří mohou vstávat z lůžka. Dnes už se stává běžným vybavením dětských nemocničních pokojů také televize a videorekordér nebo DVD přehrávač, které lze ve výuce také využít. Dalším místem pro výuku je

herna, vybavení herny se na jednotlivých odděleních liší. Tato místnost bývá přes den využívána nejen dětmi, ale také rodinnými příslušníky a návštěvami. K výuce slouží pracovní prostory herny, kde jsou stoly a židle. Mezi vybavení herny patří koberec pro hru na zemi, společenské hry, množství knih, které jsou využitelné během výuky, dále samozřejmě nejrůznější druhy hraček, je zde televize s videorekordérem či DVD přehrávačem, na některých odděleních je součástí herny také počítač. V herně může být vyhrazen prostor pro úschovu věcí patřících škole, např. výtvarných potřeb.

Materiální vybavení a učební pomůcky školy

Jelikož Oddělení dětské psychiatrie sídlí v samostatné budově v areálu motolské nemocnice, škola zde má k dispozici 5 tříd a jednu sborovnu. Mezi vybavení těchto tříd patří lavice, židle, katedra, tabule a skříň na učebnice a pomůcky. Na tomto oddělení platí přísnější pravidla, skříň s pomůckami se zamyká a klíče má u sebe učitel, dětem se sem ukládají i jejich vlastní věci, které by pro ně mohly být nebezpečné (např. kružítko) a jsou jim vydávány pouze pokud je potřebují a jsou jim vráceny při odchodu.

V hlavní budově dětské části nemocnice se nachází prostory školy, kde jsou učitelům k dispozici počítače, tiskárna, kopírka a množství učebních pomůcek, jakými jsou :

- různé druhy učebnic, pracovních sešitů, atlasů apod. - výběr učebnic se přizpůsobuje kmenové škole, většina učebnic je zde v několika vydáních, takže pokud žáci nemají vlastní učebnici z domova, může jim být na dobu, kdy jsou zde vyučováni, zapůjčena
- modely, počítadla, obrazový materiál apod.
- audio a video nahrávky
- notebooky s výukovými programy (např. Terasoft, Langmaster) a s přístupem na internet pro využívání eLearningové služby Škola za školou - každý učitel má vlastní notebook, který využívá při výuce žáků
- výtvarné potřeby
- pomůcky pro žáky se specifickými výukovými potřebami

Žáci školy při nemocnici dostávají od učitelů také sešity na psaní, k zapůjčení jsou jim psací a rýsovací potřeby. Dlouhodobě hospitalizovaní žáci dostávají obvykle při odchodu malý dárek v podobě pastelek, knížky apod.

6. Učitel na škole při nemocnici

6.1 Role a osobnost učitele

Učitel je vedoucím činitelem výchovně - vzdělávacího procesu. Ve škole při nemocnici jsou na učitele kladeny větší nároky z důvodu specifického prostředí, kde výchovně - vzdělávací proces probíhá. Jeho role ve škole při nemocnici se dá charakterizovat jako :

- výchovná
- vzdělávací
- terapeutická

Výchovná role učitele spočívá v rozvoji osobnosti žáka, zasahuje zejména do oblasti postojů a hodnotové orientace. Učitel se soustředí na schopnosti a zájmy jednotlivých žáků.

Vzdělávací role znamená rozvoj žáka v určité oblasti, v daném předmětu. Učitel působí na žáka v oblasti znalostí a vědomostí, snaží se mu pomoci osvojit si správné způsoby myšlení a učení.

Terapeutická role učitele pomáhá žákovi překonat kritickou dobu hospitalizace. Učitel se snaží o emoční podporu žáka, o usnadnění těžké situace. Zábavné zaměstnání žáka se dá pokládat za určitý druh terapie.

Z učitelské profese vyplývá řada požadavků⁷:

- osvojit si příslušný obor a soustavně se v něm zdokonalovat podle jeho vývoje
- osvojit si a dále prohlubovat pedagogické a psychologické poznatky, metody a způsoby myšlení, potřebné pro poznávání žáků
- pečovat o pomůcky, didaktickou techniku a seznamovat se s novými didaktickými pomůckami
- komunikovat se žáky, jejich rodiči a ostatními učiteli a nadřízenými, zdokonalovat se v sociálních dovednostech
- organizovat vlastní činnost, činnost žáků, součinnost učitelů a součinnost s rodiči

V prostředí školy při nemocnici by se tyto požadavky daly ještě rozšířit :

- osvojit si poznatky z oboru speciální pedagogiky a sledovat nové trendy v pedagogické práci s nemocnými a zdravotně postiženými žáky
- komunikovat s další institucí - kmenovou školou a přizpůsobit svou výuku jejich požadavkům
- orientovat se v nemocničním prostředí a komunikovat s lékaři a ošetřujícím personálem
- improvizovat a měnit činnosti dle momentální situace na oddělení a zdravotního stavu žáka⁸

Postavení učitele na škole při nemocnici je odlišné od běžné školy, nacházíme zde určité typické znaky pro jeho práci v prostředí nemocnice :

- místo toho, aby žáci docházeli do školy, se situace obrací a ve škole při nemocnici přichází učitel za jednotlivými žáky
- v prostředí nemocnice funguje škola jako pomoc, učitel chápe momentální zdravotní problémy žáka, spolupracuje s ním při plánování výuky a snaží se jej povzbudit a podpořit při samotném vyučování
- výuka v nemocnici zůstává pro žáka někdy jediným pojitkem s jeho normálním životem, proto se zde žáci učí rádi, je to činnost, kterou znají a je pro ně normální⁹
- hospitalizace žáků má jeden hlavní cíl a tím je vyléčit jej nebo alespoň zlepšit jeho zdravotní stav, první místo tedy zaujímá léčba, výuka vždy bude až na druhém místě
- učitel a jeho pedagogická práce se podřizuje a přizpůsobuje prostředí nemocnice, tématickým plánům kmenových škol a zdravotnímu stavu žáka

Pro úspěšnost výchovně - vzdělávacího procesu má velký význam osobnost učitele, která se dá charakterizovat nejen odbornou kvalifikací, ale i určitými pedagogickými vlastnostmi a osobnostními rysy. Z hlediska odborného vzdělání působí v motolské nemocnici především speciální pedagogové, učitelé druhého stupně, kteří jsou absolventy pouze klasického oborového studia, si často ještě doplňují vzdělání v oblasti speciální pedagogiky. Pokud jde o pedagogické vlastnosti a osobnostní rysy učitele, předpokládá se v první řadě zájem o práci s nemocnými dětmi. Měl by mít k dětem empatický a ohleduplný postoj, být pohotový, schopný improvizace, organizačně zdatný a mít s dětmi a jejich náladami trpělivost. Optimismus a schopnost podpořit dítě jsou pro učitele v nemocniční škole velmi významné. Individuální přístup ve výuce vytváří osobnější vztah mezi žákem a učitelem, proto se očekávají také komunikační dovednosti.

⁵⁸ PROKEŠOVÁ, A.; ŽÁČKOVÁ, L. Pedagog v nemocniční škole. *Učitelství noviny*, 2005, roč. 108, č. 34, s. 17.

⁵⁹ ŠVANCAR, R. Škola bez lavic. *Učitelství noviny*, 2000, roč. 103, č. 6, s. 8-9.

Průběh činnosti učitele na škole při nemocnici se dá charakterizovat v následujících bodech :

- ***Příchod na oddělení a zjištění počtu žáků.*** Každý učitel dochází na svá oddělení, v motolské nemocnici je na oddělení v sesterně umístěna orientační tabule se jmény hospitalizovaných dětí, ročníkem narození a jejich rozmístěním na pokojích. Učitel tak po příchodu na oddělení ihned zjistí, kolik dětí je zde přítomno, zda jsou nově příchozí žáci a informuje se od zdravotnického personálu na zvláštní omezení jednotlivých dětí a plánované odchody dětí na vyšetření a lékařské zákroky. Na všech lůžkových odděleních Kliniky dětské hematologie a onkologie platí po příchodu povinnost desinfekce a v určených prostorách také používání ústenky. Přístup učiteli na oddělení zajišťuje identifikační karta, kterou by měl mít po celou pracovní dobu na viditelném místě. V motolské nemocnici je oblečení učitele shodné se zdravotnickým personálem, nosí tedy bílý plášť, není to ovšem pravidlem na všech školách při nemocnici.
- ***Domluva s žáky na výuce a rozplánování výuky na daný den.*** Na základě informací zjištěných z informační tabule vyhledá učitel jednotlivé žáky na jejich pokojích a dohodne se s nimi na výuce, zjistí, jak se žáci cítí po zdravotní stránce a určí pořadí žáků a formu výuky (individuální, skupinová). Učitel by měl mít přehled o situaci na oddělení a podle toho zorganizovat výchovně - vzdělávací proces. Doba vyučování jednoho žáka se odvíjí od celkového počtu žáků na oddělení a zvolené formy výuky. Je vhodné, když se učitel konkrétně domluví s jednotlivými žáky, naplánuje si vlastní čas, ale také umožní žákům a jejich rodičům, aby si přizpůsobili své činnosti dohodnutému času výuky. Tímto způsobem se dá předejít situaci, kdy výuka přerušuje nějakou aktivitu žáka. Pokud tedy žák ví, kdy učitel zhruba přijde na výuku, je klidnější. Učitelé působící na stejném oddělení se zpravidla navzájem informují o přítomnosti žáků a jejich výuce.
- ***Vlastní vyučování,*** které probíhá na lůžkových odděleních nebo na ambulanci. Dle zdravotního stavu žáka a jeho výukové varianty volí učitel míru zátěže a způsob výuky. Učební pomůcky si většina žáků přiváží z domova, pokud ne, jsou mu zapůjčeny školou při nemocnici.
- ***Vedení záznamů o žácích*** Učitel je povinen vést záznamy o žácích, tato dokumentace je potom podkladem pro zprávu zasílanou kmenové škole. Na odděleních fungují klasické třídní knihy (viz Vedení záznamů o žácích).
- ***Kontakt s ošetřujícími lékaři, psychology, kmenovou školou a rodiči.*** Spolupráce s nimi je nedílnou součástí práce učitele, všichni dohromady se podílejí na výchovně - vzdělávacím procesu.

Práce učitele je náročná a to jak fyzicky, tak psychicky. Dlouhodobá práce s dětmi je na jedné straně radostí, na druhé straně ale také značně vyčerpává. Ve škole při nemocnici se učitel trvale setkává se specifickou skupinou dětí, které mají nějaký zdravotní problém. Děti se najednou ocitají v zátěžové situaci, což se promítá do jejich chování a celého výchovně - vzdělávacího procesu. Onemocnění u dětí je ostatními vždy vnímáno intenzivněji, jako určitá nespravedlnost, neboť jsou bezbranné, zranitelné a mají život před sebou. Během individuální výuky učitel žáka více poznává, vzniká mezi nimi užší vztah, obzvláště u žáků dlouhodobě hospitalizovaných, proto se i učitel musí vyrovnávat s pocity lítosti a smutku, pokud se léčba zrovna nedaří nebo se zdravotní stav žáka změní k horšímu. Stejně jako u všech pomáhajících profesí, hrozí učitelům na škole při nemocnici syndrom vyhoření⁶⁰, kterému by měl určitým způsobem předcházet. Je důležité najít si vlastní způsob odreagování, relaxace, načerpání ztracené energie, na psychohygienu učitelů by však měl dbát i zaměstnavatel. V motolské škole při nemocnici tedy dochází každý rok ke změnám třídních učitelů na jednotlivých odděleních. Každému učitelovi, který projeví zájem o změnu oddělení, vychází vedení školy vstříc. Škola dále pomáhá učitelům v dalším profesním vzdělávání formou účasti na seminářích apod.

6.2 Spolupráce učitele s kmenovou školou

Komunikace s kmenovými školami je pro práci učitele zásadní, kmenová škola určuje obsah učiva v jednotlivých předmětech a sled témat. Spolupráce těchto dvou institucí je žádoucí, učitelům na škole při nemocnici ušetří informace o žákovi, jeho chování a případných problémech, mnoho práce, stejně užitečné jsou informace od školy při nemocnici pro kmenovou školu při návratu žáka domů.

Průběh komunikace mezi učitelem a kmenovou školou může být charakterizován v těchto bodech :

- **Zjištění kmenové školy.** Při zápisu žáka do školy při nemocnici zjišťuje učitel jeho kmenovou školu, její adresu a telefon. Tyto informace učitel podává žák, jeho rodiče nebo je lze vyčíst ze žákovské knížky.
- **Kontaktování kmenové školy,** ke kterému dochází nejčastěji telefonicky, méně častá je varianta písemné žádosti o zaslání učebních plánů (viz příloha č. 6). Učitel se zpravidla domlouvá s třídním učitelem žáka na zaslání tematických plánů jednotlivých předmětů,

⁶⁰ „Syndrom vyhoření se projevuje fyzickým, emocionálním a mentálním vyčerpáním, ale vše je v zásadě důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Můžeme proto říci, že se s ním setkáváme především u lidí, kteří ve svém zaměstnání přicházejí profesionálně do osobního kontaktu s jinými lidmi. Týká se tedy zejména tzv. pomáhajících profesí.“(Jankovský, J., 2003, s. 158)

sděluje mu kontakt školy při nemocnici a snaží se tak o navázání spolupráce. Obě školy zůstávají v telefonickém, písemném nebo emailovém kontaktu.

- **Vzájemné průběžné informování.** K tomu dochází při ideálním navázání spolupráce, někteří třídní učitelé z kmenových škol se zajímají o své žáky, ochotně poskytují škole při nemocnici své učební materiály, pozdravují žáka od jeho kamarádů ze třídy a někdy přicházejí i na návštěvu. Komunikace se tak stává příjemnou pro obě strany a přispívá k úspěšné realizaci výchovně - vzdělávacího procesu.
- **Zaslání zprávy o hospitalizaci.** Po propuštění žáka z nemocnice je kmenové škole zaslána zpráva o jeho hospitalizaci a návrh klasifikace. Při pobytu delším než tři měsíce může být žákovi vystaveno vysvědčení ve škole při nemocnici, záleží na dohodě s kmenovou školou.

Pokud se nepodaří navázat spolupráci s kmenovou školou, zjišťuje učitel informace o výuce přímo od žáka. Učitel má sice přehled o učivu v daném ročníku, díky odlišným vzdělávacím programům jednotlivých škol ale může docházet k určitým modifikacím, k jinému řazení témat apod. Informace od žáků však často bývají neúplné, nepamatují si, kde přesně v daném předmětu skončili, co již probrali a celkově jsou zmatení. V těchto ojedinělých případech je žák vyučován dle vzdělávacího programu školy při nemocnici. Zasilání tematických plánů a poskytování materiálů není pro učitele kmenové školy prací navíc, naopak si tak ušetří mnoho práce do budoucna. Spolupráce může být problematická, vše záleží na ochotě učitelů a přístupu kmenové školy.

Učitelé ve škole při nemocnici vyučují žáky za zvláštních okolností, kdy je žák nemocen, jsou s ním v každodenním kontaktu a pomáhají mu nejen v učebních předmětech, ale také v překonávání strachu z nemocnice a obav z lékařských zákroků, jsou mu oporou. Často však po propuštění žáka domů již nemají žádné zprávy o tom, jak se zapojil do výuky ve své kmenové škole a jak tedy byla úspěšná jejich práce s ním v nemocnici. I přes písemnou prosbu o zpětnou vazbu na každém osobním záznamu žáka, který je kmenové škole zasílán po skončení hospitalizace žáka, se kmenová škola většinou již neozve. V některých případech dostávají učitelé informace o propuštěných žácích od jejich rodičů, se kterými byli v nemocnici v kontaktu.

6.3 Spolupráce učitele s lékaři a ošetřujícím personálem

Prostředí nemocnice vyžaduje spolupráci učitele se zdravotnickým personálem (ošetřujícím lékařem, zdravotními sestrami), klinickým psychologem a také herním specialistou. Ošetřující lékař musí doporučit výuku daného dítěte, sdělit učiteli omezení a okolnosti léčby, které mají význam ve výchovně - vzdělávacím procesu. Na odděleních funguje úzká spolupráce mezi ošetřujícími lékaři a klinickými psychology. Učitelé jsou v kontaktu s jedním z nich, často právě s klinickým psychologem, a konzultují s ním výuku. Spolupráce s personálem oddělení může probíhat těmito způsoby :

- **Každodenní rozhovor se zdravotními sestrami.** Po příchodu na oddělení se učitel informuje na aktuální omezení žáků a jejich vyšetření a zákroky plánované na daný den.
- **Účast na vizitách.** Učitel se po dohodě s lékaři může účastnit pravidelných vizit na odděleních, na některých odděleních je to přímo žádoucí (Oddělení dětské hematologie a onkologie), díky tomu získává informace o jednotlivých žácích, průběhu jejich léčby apod.
- **Každotýdenní schůzka s klinickým psychologem.** Tyto schůzky mají charakter porady, schází se zde klinický psycholog a učitelé působící na stejném oddělení. Probíhají především na odděleních s dlouhodobě hospitalizovanými žáky, řeší se zde problémy jednotlivých žáků a dochází tak k tomu, že se výchovně - vzdělávací a psychologická péče navzájem doplňují.
- **Telefonický kontakt s klinickým psychologem.** V případě nutnosti je psycholog ve spojení s učitelem, má aktuální informace od lékaře, které může předávat učiteli.
- **Rozhovor s ošetřujícím lékařem.** Učitel se na oddělení setkává s lékařem, který koná službu a ošetřuje některé žáky, sděluje tedy učiteli osobně informace o žákovi nebo naopak zjišťuje informace od učitele, vzájemně konzultují rozsah a způsob výuky. Výchovně - vzdělávací proces je součástí komplexní péče o žáka, ošetřující lékař a učitel jsou partnery v péči o něj.
- **Rozhovor a přímá spolupráce s herním specialistou.** Herní specialista je průvodcem dítěte v prostředí nemocnice a působí na dítě formou hry, kterou učitel také zařazuje do své výuky, mohou se tedy společně podílet na seznamování dítěte s nemocnicí.

6.4 Spolupráce učitele s rodinou

Učitel musí během výuky počítat s přítomností rodinných příslušníků dítěte. Dnes již běžně zůstávají rodiče s dětmi celodenně, jako průvodci nebo zvláštního rozhodnutí, další členové rodiny přicházejí jako návštěvy. Rodiče se tak stali partnery v léčbě dítěte a učitel je s nimi často v kontaktu. Doby výuky, na kterou učitel přichází, rodiče rádi využívají na vlastní relaxaci a odpočinek, málokdy se jí přímo účastní. Učitel se tak stává vítanou návštěvou nejen pro žáka, ale i pro jeho rodiče, kteří mají chvíli čas na sebe, mohou si v klidu vypít kávu nebo přečíst noviny. Spolupráce učitele s rodiči probíhá v těchto bodech :

- ***Souhlas s výukou.*** Po přijetí dítěte v nemocnici je rodičům nabídnuta možnost výuky dítěte ve škole při nemocnici. Rodiče dávají k výuce souhlas písemnou formou, učitel je seznámí se všemi okolnostmi výchovně - vzdělávacího procesu a vyžádá si kontakt na kmenovou školu.
- ***Vybavení žáka učebními pomůckami.*** Učitel se s rodiči domlouvá na tom, jaké učební pomůcky bude žák ve výuce potřebovat a rodiče mu je následně přivážejí z domova, pokud ne, jsou mu zapůjčeny. Jedná se hlavně o učebnice a sešity.
- ***Vzájemné průběžné informování.*** Učitel je s rodiči často v kontaktu každý den, jsou přítomni na oddělení, když přichází na výuku, proto není problém ve vzájemném konzultování výuky a učební látky, rodiče také informují učitele o zdravotním stavu žáka.
- ***Zadávání samostatné práce.*** Učitel zadává žákovi samostatnou práci, kterou si žák většinou vypracovává během odpoledne a na které může spolupracovat i s rodičem. Většinou jde o procvičování probrané látky, je dobré, pokud jsou rodiče informováni o tom, co žák v jednotlivých předmětech právě probírá a mohou se tak s ním sami učit.

7. Vedení záznamů o žácích

Základním předpokladem k tomu, aby dítě bylo zařazeno do výuky, je doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas rodičů. Pokud ošetřující lékař výuku doporučí a rodiče mají o vyučování dítěte také zájem, je nutností vyplnit prohlášení o souhlasu s výukou. Toto prohlášení se přikládá k ostatním záznamům o žákovi, které se dostávají do rukou učitele.

Seznam všech žáků školy při nemocnici je veden v centrálním seznamu, kam žáka při zařazení do výuky zapisují jednotliví učitelé, po ukončení hospitalizace a skončení jeho výuky jej z centrální seznamu odepisují uvedením datumu odchodu z nemocnice. Speciální seznam žáků je veden u dlouhodobě hospitalizovaných žáků zařazených do výukové varianty B, kde opět platí povinnost odepisování žáků.

Na jednotlivých lůžkových odděleních fungují třídní knihy se seznamem žáků zde umístěných. O třídní knihu se stará třídní učitel daného oddělení.

7.1 Školní karta

Spolu s prohlášením rodičů o souhlasu s výukou dostává učitel ještě školní kartu. Tato školní karta je velmi důležitou součástí záznamů o žákovi, neboť ji vyplňuje ošetřující lékař a je k dispozici všem učitelům, kteří žáka vyučují. Ve školní kartě jsou uvedeny základní informace o žákovi, které učitel nutně potřebuje a bez kterých se neobejde, což je samozřejmě jméno a příjmení, věk žáka, třída, kterou navštěvuje. Dále je zde uvedeno jméno ošetřujícího lékaře a případně jméno klinického psychologa, který má dítě na starost. V zájmu učitele je, aby byl v kontaktu s ošetřujícím lékařem a v případě problému s dítětem se na něj obrátil, komunikace mezi lékařem a učitelem hraje velkou roli v procesu uzdravování dítěte. Znalost průběhu nemoci zabrání přetěžování dítěte učitelskými povinnostmi.

Do školní karty vyplňuje lékař také celkovou diagnózu pacienta a případné poznámky ke stavu dítěte. Učitel tak získává hlavní informace o tom, z jakého důvodu je dítě umístěno v nemocnici, jakým způsobem je léčeno. Na základě těchto informací je potom učitel schopen brát ohled na specifické potřeby jednotlivých žáků a přistupovat k nim individuálně (viz příloha č. 7).

7.2 Pobytový list žáka

Po získání základních informací o žákovi si učitel zpravidla zjistí jeho kmenovou školu a kontaktuje ji. Vyžádá si tématické plány k jednotlivým předmětům, ve kterých bude žák ve škole při nemocnici vyučován. Kmenová škola ve většině případů spolupracuje a své tématické plány zašle. Učitel jedná vždy v zájmu dítěte, snaží se mu pomáhat a výuka je založena na individuálním přístupu, proto je každý žák vyučován podle tématických plánů jeho kmenové školy a podle učebnic, které používá v kmenové škole. Všechno probrané učivo je potom zaznamenáváno do pobytového listu žáka.

Zde jsou opět uvedeny základní informace o žákovi, počet dní, kdy byl vyučován a dále pak tabulka jednotlivých předmětů a probraného učiva, případně klasifikace. Pro přehlednost wpisuje učitel ke každému předmětu učivo probrané v určitém datu, obvykle sem učitel uvádí i opakování učiva a různé postřehy o žákovi, jeho pokroky nebo naopak problémy s určitým učivem. Z pobytového listu žáka velmi jasně vyplývá, co žák v jednotlivých dnech dělal, co probral a jak mu výuka šla. Tempo výuky na škole při nemocnici je pochopitelně jiné než na běžné škole, učitel přihlíží k momentálnímu zdravotnímu stavu dítěte. Někdy je z důvodu zhoršení stavu výuka zrušena, jindy se učitel musí přizpůsobit dennímu režimu na oddělení, výuku přerušují vizity, odchody žáků na vyšetření apod. Proto není často v silách učitele udržet krok s daným tématickým plánem, přesto se však tohoto plánu drží a snaží se žáka adekvátně připravit na návrat do kmenové školy. Pobytový list žáka je pro učitele základním záznamem, kde si sám vede poznámky o tom, co již s dítětem probral a může jej snadno porovnávat s tématickými plány, do tohoto listu také žáka klasifikuje z jednotlivých předmětů. Žák nevlastní žádnou žákovskou knihu a jeho klasifikace je uváděna pouze do pobytového listu, z kterého učitel navrhuje známky z jednotlivých předmětů a ty pak písemnou formou sděluje kmenové škole. Do tohoto listu mohou nahlédnout i ostatní učitelé, kteří jsou s žákem v kontaktu, aby zjistili, co již probral, případně může být důležitým materiálem i pro ošetřujícího lékaře, protože zde učitel často uvádí i chování žáka během hodiny, pokroky a problémy, (viz příloha č. 8)

7.3 Osobní záznam a zpráva za čtvrtletí

Při delší hospitalizaci dítěte v nemocnici je nutná komunikace s kmenovou školou. Jak už bylo zmíněno, každý učitel si po příchodu nového žáka zjistí jeho kmenovou školu, kterou kontaktuje a vyžádá si tématické plány pro potřebné předměty. Některé kmenové školy si samy chtějí zjistit informace o žákovi, zajímají se o jeho výsledky a se školou při nemocnici rády

spolupracují a vycházejí učitelům ve všem vstříc. Toto je samozřejmě ideální situace, kdy je navázána spolupráce mezi školou při nemocnici a kmenovou školou. Většina kmenových škol zašle své tematické plány, ale někdy se stává, že s určitým zpožděním. Při delší hospitalizaci, která zasahuje do návrhu čtvrtletního hodnocení, je nutné do kmenové školy zaslat zprávu o hospitalizaci dítěte, o tom, že je žák vyučován na škole při nemocnici, kde je zároveň hodnocen. Tato zpráva se posílá kmenové škole vždy za 1. a 3. čtvrtletí (viz příloha č. 9). Hodnocení prospěchu je zasíláno až po ukončení hospitalizace a je uvedeno v tzv. osobním záznamu. Tento záznam obsahuje základní údaje o žákovi, jeho dobu hospitalizace a dále pak záznamy o pozorování žáka a výsledky péče o něj, kde učitel krátce shrne pobyt žáka a informuje tak kmenovou školu i o chování žáka. Poslední částí je tabulka s uvedenými předměty, kterým bylo dítě vyučováno, poslední probíraná látka vdaném předmětu a hodnocení, tedy klasifikace zdaného předmětu. Osobní záznam podepisuje třídní učitelka i ředitelka školy a je zde uvedena nejen celá adresa školy, telefon i fax, ale i výzva k zaslání zprávy o zapojení dítěte zpět do školní práce, učitelé na škole při nemocnici vítají zprávy o bývalých žácích, zvláště pak, šlo-li o dlouhodobě hospitalizované, (viz příloha č. 10)

7.3 Klasifikace žáka a vystavování vysvědčení

Při dlouhodobějších pobytech žáků dochází také k jejich hodnocení. Učitel může hodnotit práci během vyučování i samostatnou práci žáků, klasifikace je zapisována do pobytového listu žáka a při odchodu žáka z nemocnice je následně poskytnula kmenové škole. Při pobytu delším než tři měsíce může být žákovi vystaveno vysvědčení. Situace se řeší zasláním návrhu hodnocení kmenové škole (viz příloha č. 11), která na tomto základě vystavuje většinou vysvědčení sama. Existuje ovšem možnost vystavení vysvědčení přímo školou při nemocnici, záleží na domluvě s kmenovou školou. Po návratu do své kmenové školy by již žák neměl být přezkušován a jeho kmenová škola by měla respektovat a převzít hodnocení zasláné školou při nemocnici⁶¹. Toto pravidlo však nebývá vždy dodržováno, kmenové školy často žáky podrobují přezkoušení, i když je to v rozporu s danou dohodou o závaznosti klasifikace. Školy při nemocnici se snaží přezkoušení předcházet kontaktem s kmenovými školami nebo zasíláním doporučení ředitelky školy při nemocnici či ošetřujícího lékaře o nevhodnosti přezkoušení žáka vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.

⁶¹ část 11. odst. 5 sdělení MŠMT k činnosti speciálních škol a speciálních školských zařízení při zdravotnických zařízeních č.j. 23 037/2003-24.

8. Příklady z praxe

Během svého docházení do motolské školy při nemocnici jsem měla možnost se setkat s množstvím žáků, kteří zde byli vyučováni. Způsob jejich výuky, spolupráci s rodinou i kmenovou školou se pokusím ukázat na deseti příkladech. Vybírala jsem pouze žáky, u kterých jsem měla možnost nejen výuku sledovat, ale také se na ní aktivně podílet. Nejčastěji jsem spolupracovala s učitelkou prvního stupně, proto jsou všichni žáci v této věkové skupině. Žáky druhého stupně zde neuvádím, neboť jsem na jejich výuce pouze nepravidelně hospitovala. Z důvodu ochrany osobních údajů nejsou v příkladech zveřejňována jména žáků ani jejich přesné diagnózy. U všech příkladů se jedná o subjektivní informace, které vycházejí z mé osobní zkušenosti.

Příklad č. 1 - dívka. 7 let, 1. třída

Oddělení: dětská nefrologie

Hospitalizace : krátkodobá

Výuka a její specifika

Tato dívka pocházela z vietnamské rodiny, která již delší dobu žila v České republice a ona se zde také narodila. Mluvila bez problémů česky, při rozhovorech s maminkou však používala vietnamštinu. Byla velmi slušná, svědomitá a pečlivá, při našem prvním setkání působila zakřiveně, což ovšem bylo způsobeno hlavně strachem z nemocničního prostředí. Z vlastního onemocnění měla obavy a i během výuky se projevovala úzkostněji, proto potřebovala podporu, velmi kladně reagovala na pochvalu.

Výuka probíhala nejčastěji mimo pokoj, v herně či jídelně na oddělení. Dívka byla vyučována v předmětech - český jazyk, matematika a prvouka. S učivem neměla problém, ale během výuky bylo vidět, že se nedokáže soustředit delší dobu, proto jsme se snažily střídat aktivity a úkoly, které vyžadovaly větší pozornost (např. počítání) s odpočinkovějšími (např. vybarvování zvířátek). Její úzkostnost se projevovala hlavně během odpovídání na mé otázky, mluvila tiše a byl na ní vidět strach ze špatné odpovědi, když postupně viděla, že jsem ráda, pokud mi odpoví a za špatnou odpověď se nezlobím, tak získala určitou jistotu a tento problém jsme odbouraly (své odpovědi, že mládě husy je housenka se ještě dlouho smála a často mi ji připomínala). Když jsem si získala její důvěru, tak jsme každou výuku začínaly krátkým povídáním o tom, co je nového, jak se cítí a poté si mohla zvolit předmět, kterým chtěla výuku

začínat. Na oddělení nebyl žádný jiný žák ze stejného ročníku, proto byla vyučována pouze individuálně. Dívka byla hospitalizována krátkodoběji, již několik dní před plánovaným propuštěním byla neklidná a těšila se domů, tyto dny se tedy zkracovala výuka matematiky a psaní a převládalo čtení a prvouka, přesto byla výuka v souladu s tématickými plány.

Spolupráce s rodinou

Na oddělení byla přítomna maminka dívky, která se zajímala o její výuku. Dbala na to, aby dcera měla všechno připraveno a aby na nic nezapomněla. S dcerou se každé odpoledne věnovala vypracovávání zadaných úkolů. Sama se také několikrát účastnila výuky, aby věděla, co právě probíráme a jak se s dcerou učit. Spolupráce celkově fungovala velmi dobře, maminka vítala možnost výuky dcery v nemocnici, přivezla jí všechny učební pomůcky a po skončení výuky se vždy radila, co má s dcerou procvičovat.

Spolupráce s kmenovou školou

Po telefonickém kontaktování zaslala kmenová škola tématické plány, maminka byla ve spojení s kmenovou školou, takže se dívka učila dle výukového programu své školy.

Příklad č. 2 - chlapec, 8 let, 2. třída

Oddělení : dětská hematologie a onkologie

Hospitalizace : dlouhodobá, opakovaná

Výuka a její specifika

Chlapec byl hospitalizován opakovaně, takže byl na nemocniční prostředí již zvyklý, znal všechna pravidla na oddělení i personál, své onemocnění vnímal jako součást života, i když z některých nutných omezení nebyl nadšený. Díky předchozím zkušenostem s hospitalizací se choval velmi mile a vstřícně, působil vesele a na výuku se vyloženě těšil. Byl od přírody zvědavý, měl hodně otázek a rád se učil nové věci.

Jeho výuka probíhala pouze na pokoji, dle jeho zdravotního stavu buď přímo u lůžka nebo u stolku. Byl vyučován v předmětech - český jazyk, matematika a prvouka. Příchod učitelky očekával, výuka ho bavila, často si během volného času odpoledne vypracovával učivo dopředu, takže s učivem problém neměl. Vzhledem k jeho přístupu k výuce jsme se mu snažily sdělovat i určité zajímavosti, dávaly jsme mu prostor na jeho otázky a připravovaly cvičení a úkoly navíc, abychom zaplnily jeho volný čas. Výuku jsme začínali rozhovorem o tom, co je nového na oddělení a co všechno předešlý den stihnul. Způsob výuky se přizpůsoboval jeho

možnostem, takže pokud byl vyučován přímo u lůžka, převládal výklad a vypracovávání cvičení ústně, několikrát také probíhala výuka na notebooku, při výuce u stolku potom byla lepší možnost procvičovat psaní a rýsování. S ohledem na jeho léčbu, která způsobovala značnou únavu, byla výuka zkracována a prokládána přestávkami. To znamená, že výuka jednoho předmětu trvala nejdéle 15 minut. Další práce byla zadávána na odpoledne a její vypracování bylo dobrovolné, sám si tak mohl vybrat, co bude během odpoledne dělat a kolik toho udělá podle toho, jak se cítil. Neboť rád četl, měl od školy zapůjčené různé encyklopedie, které se většinou svým obsahem vztahovaly k výuce prvouky. Z vlastních pokroků měl velkou radost, výuka byla v tomto případě významná pro udržení psychické pohody. Díky zájmu o učivo nebyl problém držet se ve výuce tématických plánů.

Spolupráce s rodinou

S chlapcem byl do nemocnice přijat jako průvodce jeho tatínek, rodina nebyla z Prahy a maminka se starala ještě o jeho sourozence a přijížděla na návštěvu o víkendech. Tatínek se zajímal o výuku, syn však nevyžadoval jeho pomoc při vypracovávání úkolů. Dobu vyučování využíval tatínek k vlastní relaxaci a z pokoje odcházel, výuky se přímo neúčastnil. Spolupráce byla velmi příjemná a bezproblémová, každou výuku zakončoval přátelský rozhovor.

Spolupráce s kmenovou školou

Mimopražská kmenová škola zaslala na začátku hospitalizace tématické plány na celý rok, chlapec byl hospitalizován během roku několikrát, takže zůstával žákem školy při nemocnici a na dobu, kdy byl propouštěn domů, měl určenou samostatnou práci dle tématických plánů.

Příklad č. 3 - chlapec, 8 let, 2. třída

Oddělení : dětská hematologie a onkologie

Hospitalizace : dlouhodobá, opakovaná

Výuka a její specifika

Tento chlapec byl hospitalizován opakovaně, takže měl již s nemocničním prostředím zkušenosti. Na vlastní onemocnění reagoval negativně, práce klinického psychologa a herního specialisty byla zaměřena především na zlepšení jeho postoje k celému léčebnému procesu a na psychoterapii. Za jediný klad své hospitalizace považoval to, že nemusí chodit do školy, možnost výuky v nemocnici ho nemile překvapila, učit se nechtěl. Na začátku hospitalizace trpěl

depresivními náladami, byl vzteklý, nic ho nebavilo, postupně se za pomoci psychologa na prostředí nemocnice adaptoval, jeho psychický stav se zlepšoval úměrně s tím, jak začala zabírat léčba.

Byl vyučován individuálně a nejčastěji u lůžka, v předmětech - český jazyk, matematika, prvouka. Jedním z hlavních úkolů výuky byla aktivizace, sám by nejraději pouze sledoval televizi a filmy na DVD. Přes každodenní počáteční nechuť se nakonec do výuky zapojil. Uklidňovalo ho, když dopředu věděl, kolik toho bude muset udělat a jak dlouho bude zhruba výuka trvat. Vyučování jsme tedy začínali krátkým shrnutím, co všechno budeme daný den probírat, jaká cvičení z učebnice si zkusíme vyřešit a zda bude něco psát do sešitu. Na dodržování těchto informací trval, neboť jsme se na nich společně dohodli, ani jedno cvičení navíc nepřipadalo v úvahu. Bavilo ho učení s pomocí programů na notebooku, takže jsme také využívali tuto variantu. Často se cítil unavený, proto jsme výuku zkracovali a prokládali delšími přestávkami. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebyl některé dny vyučován vůbec, vhodnost výuky byla konzultována se zdravotnickým personálem a maminkou. S ohledem na jeho momentální zdravotní stav byla výuka ve srovnání s tématickými plány trochu pozadu.

Spolupráce s rodinou

S chlapcem byla do nemocnice přijata jako průvodce jeho maminka, rodina nepocházela z Prahy. Maminka se výuky přímo neúčastnila, byla ráda, že se může odejít občerstvit a chvíli si odpočinout. O výuku syna se zajímala, ale bála se o jeho zdravotní stav, takže jsme společně konzultovaly vhodnou délku výuky, aby syn nebyl příliš unaven. Spolupráce fungovala bez problémů, maminka měla tendenci se omlouvat za synův nezájem o výuku a dohlížela na to, aby se během volného času alespoň chvíli věnoval školním úkolům.

Spolupráce s kmenovou školou

Tématické plány zaslala kmenová škola okamžitě, kvůli dlouhodobé hospitalizaci se jednalo o tématické plány na celý rok. Kmenová škola se průběžně zajímala o chlapcův stav a jeho výuku, ale byla spíše ve spojení s maminkou.

Příklad č. 4 - dívka, 12 let, 5. třída

Oddělení: dětská hematologie a onkologie

Hospitalizace : dlouhodobá, opakovaná

Výuka a její specifika

Dívka se v nemocničním prostředí pohybovala dlouhodobě, znala většinu lékařů, zdravotních sester i učitelek. Byla po amputaci dolní končetiny, takže byla upoutána na vozík. S vlastním onemocněním byla již smířená a nemocnice se stala jejím druhým domovem. Měla navštěvovat 6. třídu, ale v důsledku náročné léčby a hospitalizace byla o ročník níže. Byla vyučována především ve škole při nemocnici, na oddělení přijížděla opakovaně.

Její výuka probíhala individuálně, u lůžka, na pokoji i v herně, vyučována byla v předmětech - český jazyk, matematika, přírodověda, vlastivěda a anglický jazyk. Její léčba způsobovala únavu a nevolnosti, její zdravotní stav často výuku nedovoloval. Pokud se cítila lépe, tak byla vyučována maximálně ve dvou předmětech denně, větší zátěž nebyla doporučena ošetřujícím lékařem. Měla problémy v matematice a českém jazyce, tempo výuky v těchto předmětech se přizpůsobovalo jejím možnostem, nová látka byla vykládána opakovaně, procvičování na příkladech byl věnován delší čas. Učební pomůcky měla z části zapůjčené školou při nemocnici, pro lepší pochopení látky a na procvičování jsme jí kopírovaly úkoly a zadání z nejrůznějších pracovních sešitů. Při výuce bylo nutno dodržovat častější přestávky, vydržela se soustředit pouze krátkodobě. V praxi to vypadalo tak, že po každém vypracovaném cvičení v učebnici či pracovním sešitě následovala krátká přestávka. Velmi ráda kreslila, což jsme se snažily využívat ve výuce všech předmětů, v českém jazyce alespoň při barevném podtrhávání a v matematice při vybarvování správných odpovědí, výpočtů apod. Vzhledem k nepravidelnosti výuky nemohly být tématické plány plně dodrženy.

Spolupráce s rodinou

Dívka pocházela ze sociálně slabší rodiny, tatínek s rodinou nežil, maminka se starala o sourozence a v návštěvách na oddělení se pravidelně střídala s dívčíným strýcem. S maminkou byla ovšem dívka v každodenním telefonickém kontaktu. Ke komunikaci s maminkou či strýcem docházelo pouze při jejich přítomnosti na oddělení, výuky se přímo neúčastnili.

Spolupráce s kmenovou školou

Kmenová škola dodala tématické plány, podle kterých měla být dívka vyučována.

Příklad č. 5 - chlapec, 11 let, 5. třída

Oddělení : dětská hematologie a onkologie - ambulance

Hospitalizace : dlouhodobá, poté ambulantní léčení

Výuka a její specifika

Chlapec byl dlouhodobě hospitalizován a po transplantaci kostní dřeně byl v ambulantním léčení, zůstával žákem školy při nemocnici a pravidelně přijížděl na kontroly. Byl velmi snaživý, učivo mu nedělalo problémy, i když se z větší části učil doma sám nebo s rodiči, tak dodržoval tématické plány jednotlivých předmětů a v některých byl dokonce napřed.

Byl vyučován individuálně v prostorách dětské hematoonkologické ambulance, kde je k dispozici malý pokojík, který bylo možno po dohodě se zdravotnickým personálem využít k výuce. Největší pozornost byla věnována zejména hlavním předmětům - matematice a českému jazyku. Na začátku výuky jsme společně zkontrolovali zadanou domácí práci, poté následoval výklad nové látky a procvičování. Dle plánovaných kontrol na ambulanci mu byla zadávána domácí práce na určitý časový úsek. V učebnici a pracovních sešitech měl zaškrtnaná cvičení a úlohy, které do dalšího vyučování zpracoval. Chlapci samostatná práce vyhovovala, úkoly přinášel bezchybně zpracované a učivo chápal. Díky ambulantnímu docházení byl ve větší psychické pohodě než při hospitalizaci v nemocnici, což bylo znát i ve výuce.

Spolupráce s rodinou

Na prohlídky do nemocnice ho nejčastěji doprovázela maminka, která se o výuku syna velmi zajímala, doma se s ním učila a se školou při nemocnici ráda spolupracovala, za možnost výuky zde i během ambulantního léčení byla vděčná. Před každou plánovanou prohlídkou v nemocnici telefonovala, sdělila čas příjezdu a domluvila se na čase výuky. Vyučování se přímo neúčastnila, ale po jeho skončení vždy konzultovala, co má se synem probrat a jak se s ním učit.

Spolupráce s kmenovou školou

Kmenová škola zaslala své tématické plány, ale o další výuku chlapce se příliš nezajímala. Maminka byla ve spojení s kmenovou školou, po chlapcově propuštění do domácího ošetřování však vznikl problém s individuálním vzdělávacím plánem, který měla kmenová škola zajistit, proto zůstal chlapec žákem školy při nemocnici.

Příklad č. 6 - chlapec, 8 let, 2. třída

oddělení: dětská hematologie a onkologie

hospitalizace : dlouhodobá, opakovaná

Výuka a její specifika

Chlapec byl hospitalizován dlouhodobě, s krátkými přestávkami strávil v nemocnici téměř celý rok. Byl velmi chytrý, snaživý a šikovný, s učivem žádné problémy neměl. Během hospitalizace však došlo vlivem onemocnění a jeho léčby k regresi⁶². Vrátil se tak na vývojovou úroveň předškolního dítěte, i když měl již navštěvovat 2. třídu. Toto období bylo pro něj i celou rodinu velmi náročné. Škola při nemocnici a klinický psycholog byli v tomto případě v intenzivním kontaktu.

Chlapec byl vyučován u lůžka, na pokoji i v prostorách herny, nejprve v předmětech český jazyk, matematika a prvouka, po zhoršení jeho stavu se výuka musela změnit. Léčba způsobovala únavu, takže výuka byla prokládána přestávkami nebo byla zkrácena. Učil se velmi dobře, vyučování ho většinou bavilo. Regresivní změna však způsobila to, že naučené věci zapomněl a bylo nutné upravit jeho výuku. Po konzultacích s klinickým psychologem se s výukou začalo pomalu a postupně. Využívaly jsme nejdříve cvičení a příklady pro předškoláky, hodně času se věnovalo vysvětlování významu zapomenutých slov, určování barev, pojmenovávání zvířat apod. V tomto období se osvědčilo používání notebooku s programem pro předškoláky, který mu byl zapůjčován i v jeho volném čase, spolu s maminkou znovuobnovovali jeho slovní zásobu zábavnou formou. Vzhledem k tomu, že byl opravdu chytrý a učenlivý, tak rychle doháněl vše, co již předtím uměl. Od předškolních cvičení se postupně přecházelo k učivu první třídy, k jednoduchým počtům a psaní. Tempo se plně přizpůsobovalo jeho momentálním možnostem, pozvolné učení bylo důležité pro to, aby získal znovu jistotu a sebevědomí, sám si uvědomoval, že některé věci už uměl a najednou si s nimi neví rady. Především na začátku každé nové látky potřeboval podporu a povzbuzení, přestože byl velmi šikovný, vše se mu najednou jevilo jako složité a těžké, měl pocit, že to nezvládne. Individuální výuka dovolovala to, aby se věnoval čas důkladnému vysvětlování a častějšímu a delšímu opakování. Aby nebyl zcela zahlcen informacemi, v některé dny se výuka nekonala a od školy si odpočinul. Díky spolupráci s klinickým psychologem se během výuky udržovalo pozvolné tempo, chlapec tak nebyl přetěžován a dosahoval znatelných pokroků.

⁶² návrat na předchozí etapu vývoje, obranný mechanismus (Hartl, 1993, s. 178)

Spolupráce s rodinou

V péči o chlapce v nemocnici se střídali oba rodiče, častěji však byla přítomná maminka. Spolupráce s rodiči byla velmi dobrá, o výuku syna se opravdu zajímali, každý den se dohadovali na tom, co mají se synem procvičit či probrat. Ze školy při nemocnici si na doporučení učitelky půjčovali vhodné pracovní sešity a notebook, aby se mohli se synem v odpoledních hodinách věnovat opakování. Učitelku každý den informovali o tom, co se synem přesně dělali, co mu nejde a jak probíhala jeho práce.

Spolupráce s kmenovou školou

Kmenová škola zaslala tématické plány na daný rok, výuka chlapce se však podle nich neodvíjela, došlo ke zpoždění, chlapec byl opět vyučován dle tématických plánů první třídy. Kmenová škola byla informována o vývoji jeho výuky, nebylo zcela jasné, zda po návratu bude opakovat první třídu nebo nastoupí do třídy druhé.

Příklad č. 7 - dívka. 7 let, 1.třída

Oddělení : dětská psychiatrie

Hospitalizace : dlouhodobá

Výuka a její specifika

Dívka byla hospitalizována na Oddělení dětské psychiatrie, byla velmi hodná, svědomitá, ale verbálně nekomunikovala, trpěla mutismem⁶³. Výuka zde probíhala ve třídě, počet žáků byl proměnlivý, odvíjel se od počtu hospitalizovaných žáků, kteří měli ošetřujícím lékařem doporučenou výuku. Žáci prvního stupně tvořili jednu třídu. Přestože dívka nemluvila, měla mezi spolužáky kamarády, se kterými si vytvořila zvláštní druh komunikace. Ostatní žáci byli starší, proto se o ni starali a celkově se jí snažili pomáhat.

Výuka dívky probíhala individuálně, ve třídě byla jedinou žačkou první třídy. Byla vyučována v předmětech - český jazyk, matematika, prvouka a výtvarná výchova, výuka probíhala 4 vyučovací hodiny během dopoledne. Způsob vyučování se musel přizpůsobit její diagnóze, ke čtení a vypracovávání cvičení ústní formou nedocházelo vůbec, převládal výklad, práce s učebnicí, pracovním sešitem a různými pomůckami (např. kartičky se slabikami, počítadlo). Ke komunikaci a ověřování toho, že látku správně pochopila, docházelo pokládáním uzavřených otázek, na které mohla souhlasně či nesouhlasně zakývat. Na každé probírané téma měla k dispozici okopírované pracovní listy, zadání úkolů většinou znělo - podtrhni, vybarvi,

⁶³ němota, oněmění (Hartl, 1993, s. 111)

zakroužkuj, cvičení se jí připravovala tak, aby měla možnost správné odpovědi a výsledky graficky znázorňovat. Pokud se sama chtěla na něco zeptat ohledně učiva, ukazovala nám to v učebnici či pracovním sešitě, ostatní dotazy řešila ukazováním a gestikulací. I když verbálně nekomunikovala, tak učivo zvládala dobře. Největší problém byl ovšem s výukou českého jazyka, sama nahlas nečetla, slova tedy přednášela učitelka, ona je četla z učebnice v duchu, poté jednotlivá slova skládala pomocí kartiček se slabikami.

Spolupráce s rodinou

Vzhledem k tomu, že zde probíhá výuka ve třídách, ke kontaktu s rodiči nedocházelo. Rodiče dívku navštěvovali v odpoledních hodinách a přímá spolupráce tak nebyla navázána.

Spolupráce s kmenovou školou

Po telefonickém kontaktu zaslala kmenová škola tematické plány, o dívčin zdravotní stav a způsob výuky se třídní učitelka zajímala, průběžně se informovala.

Příklad č. 8 - chlapec, 9 let, 3. třída

Oddělení : dětská psychiatrie

Hospitalizace : dlouhodobá, opakovaná

Výuka a její specifika

Chlapec navštěvoval třídu na Oddělení dětské psychiatrie spolu s předchozí dívkou. Byl opravdu velmi chytrý, komunikativní, s učivem problémy neměl. Rád na sebe upozorňoval, vyžadoval neustálou pozornost a rušil v práci ostatní spolužáky.

Neboť byl jediným žákem třetí třídy, byl vyučován individuálně v předmětech - český jazyk, matematika, prvouka, výtvarná výchova. Ve třídě se musel podřizovat daným pravidlům, část hodiny pracoval samostatně, posléze se jedna z nás věnovala pouze jemu, tento způsob výuky mu ale nevyhovoval, chtěl si sám určovat, co bude dělat a jak dlouho (jeden den si např. určil, že si bude pouze kreslit, výuku jiných předmětů odmítal) a od nás očekával, že se jeho požadavkům přizpůsobíme. Když se tak nestalo, reagoval silným záchvatem vzteku, při kterém vyskočil na lavici a shazoval vše, co bylo v jeho dosahu, podařilo se mu rozbít všechny obrázky, zasklený rozvrh hodin i nástěnné hodiny a musel být odveden zdravotnickým personálem ze třídy. Po tomto incidentu mu ošetřující lékař na několik dní zakázal docházení do školy a následně mu výuku zkrátil pouze na dvě vyučovací hodiny denně. Ošetřující lékař také doporučil určitá opatření a pravidla při jeho výuce, která byla sdělena i jemu. Ve třídě se tedy choval dle

daných pravidel (nerušil spolužáky, nemluvil sprostě, nikomu nenadával apod.), při zadávání samostatné práce se s námi dohodnul na tom, jaká cvičení vypracuje a dohodu následně splnil, při individuální výuce převládala výklad a ústní řešení úkolů. Pozornost, která se mu ve třídě věnovala, byla stejná jako u ostatních spolužáků. Snažily jsme se ho zapojit do dění ve třídě jako pomocníka (např. rozdávání papírů, podávání pomůcek, mazání tabule), zvyšovalo to jeho pocit důležitosti. Na oddělení procházel psychoterapií, jež mu měla pomoci zvládat jeho vztek, pokud tedy cítil, že se blíží jeho záchvat vzteku, měl možnost opustit třídu, pomalu se projít po chodbě, vydýchat se, uklidňoval se také mačkáním měkkého míčku. Postupně se zlepšovala jeho koncentrace a přístup k výuce i jeho spolužákům.

Spolupráce s rodinou

Rodiče přijížděli na návštěvy v odpoledních hodinách, ke kontaktu s nimi tedy nedocházelo, výuka se konzultovala především s ošetřujícím lékařem.

Spolupráce s kmenovou školou

Kmenová škola zaslala své tématické plány, o žáka se zajímala, neboť měl ve škole velké problémy s chováním, třídní učitelka vítala možnost jeho výuky ve škole při nemocnici a konzultovala další opatření v jeho výuce.

Příklad č. 9 - dívka, 7 let, 1. třída

Oddělení : dětská ortopedie

Hospitalizace : krátkodobá

Výuka a její specifika

Dívka byla hospitalizována kvůli operaci pravé dolní končetiny, již prodělala stejný lékařský zásah na levé končetině, prostředí nemocnice tedy znala. Její hospitalizace byla dlouho plánovaná, na pobyt v nemocnici byla předem připravena. Chovala se velmi slušně a vstřícně, po operaci byla již veselá, neboť věděla, že v nemocnici bude pouze krátkodobě. Další zotavování jí čekalo v domácí péči.

Výuka dívky probíhala pouze individuálně a u lůžka, protože nemohla po operaci vstávat. Byla vyučována hlavně v předmětech - český jazyk a matematika. S učivem problémy neměla, na výuku se těšila a celkově byla velmi optimisticky naladěna. Tempo výuky v tomto případě bylo o něco rychlejší, než určoval tématický plán. neboť to dovoloval celkový zdravotní stav a předpokládala se delší rekonvalescence doma. Každá výuka začínala rozhovorem o tom, co ie

nového, poté jsme společně zkontrolovaly zadanou samostatnou práci a následoval výklad a procvičování látky, nejčastěji ústní formou, na odpoledne měla opět zadanou samostatnou práci. Vzhledem k tomu, že se nemohla pohybovat, byl jí několikrát na výuku jednoho z předmětů zapůjčován notebook přímo na lůžko.

Spolupráce s rodinou

S dívkou byla v nemocnici maminka, o výuku se zajímala a s dcerou se každé odpoledne učila, byla ráda, že zde může být dcera vyučována a že je podle tématických plánů v učivu napřed, během následné rekonvalescence dcery v domácí péči měla zajišťovat její výuku sama. Výuky se přímo neúčastnila, z pokoje odcházela. S učitelkou se domlouvala na dalším způsobu výuky po propuštění, na co se ve výuce zaměřit, co procvičit atd.

Spolupráce s kmenovou školou

Kmenová škola byla informována o hospitalizaci dívky již od maminky, která také donesla tématické plány. Třídní učitelka přesně vyznačila, co by se dívka měla naučit, jaká cvičení v učebnici vypracovávat. Jedním z úkolů školy při nemocnici bylo probrat co nejvíce učiva, pokud to samozřejmě její zdravotní stav dovolí, aby potom s maminkou doma mohly opakovat.

Příklad č. 10 - dívka, 9 let, 3. třída

Oddělení : dětská ortopedie

Hospitalizace : krátkodobá

Výuka a její specifika

Dívka byla hospitalizována po úrazu kolene, v nemocnici se tedy ocitla náhle, čemuž odpovídala i její reakce, byla naštvaná, chtěla být co nejdříve propuštěna. Zranění vyžadovalo nejdříve klid na lůžku, později se mohla pohybovat s pomocí berlí. Prvních několik dní nebyla vyučována, neboť úraz byl bolestivý, byla unavená a lékař v těchto dnech výuku nedoporučil. Když se její zdravotní stav zlepšil, byla vyučována individuálně v předmětech - český jazyk, matematika a prvouka. Vyučování probíhalo nejdříve u lůžka, později v herně, aby se naučila chodit o berlích a pohybovat se. Na výuku u lůžka jí byl několikrát zapůjčován notebook, zejména na matematiku, program znala a výuka jí tak víc bavila. Měla problémy se čtením, na které jsme se zaměřovaly i během výuky matematiky a prvouky, hlavně na správnou výslovnost. Velmi se těšila domů, což způsobovalo roztěkanost a nesoustředěnost, do výuky jsme proto

zařazovaly více kratších přestávek. Dívka zde byla krátkodobě a nepředpokládalo se delší zotavování v domácí péči, výuka tedy probíhala dle plánu a po propuštění se opět vrátila do kmenové školy.

Spolupráce s rodinou

V nemocnici byla s dívkou maminka, která chtěla, aby zde byla dcera vyučována, i když šlo pouze o krátkodobou hospitalizaci. Výuky se přímo neúčastnila, ale o probíranou látku se zajímala.

Spolupráce s kmenovou školou

Kmenová škola byla informována o hospitalizaci dívky od maminky, její pobyt v nemocnici byl krátkodobý, kmenová škola tedy nezasílala tématické plány, ale telefonicky se dohodla na probírané látce se školou při nemocnici.

Doporučení pro učitele kmenových škol

Z celého předchozího textu a zvláštních zkušeností jsem se nakonec pokusila sestavit základní doporučení pro učitele kmenových škol, jejichž žák bude hospitalizován v nemocnici. Celý text by měl směřovat především k učitelům kmenových škol, proto jsem usilovala o nějaká konkrétní doporučení, která by jim mohla pomoci. Jedná se o stručné shrnutí toho, na co by neměl učitel kmenové školy zapomenout, jak komunikovat se školou při nemocnici i jak se chovat k nemocnému žákovi po návratu. Tyto základní body by měly přispět k lepší orientaci v situaci a poskytnout rady, jak se při hospitalizaci žáka i po jeho návratu zachovat.

Doporučení pro učitele kmenových škol

během hospitalizace žáka :

- po oznámení o pobytu dítěte v nemocnici zaslat do školy při nemocnici tématické plány nebo při kratších pobytech sdělit právě probírané učivo, je dobré také vyznačit cvičení a důležité učivo, na které kladete důraz
- být v kontaktu se školou při nemocnici, domlouvat se na výuce, poskytovat informace ohledně výuky žáka, jeho dřívějších problémů atd.
- být v kontaktu s rodiči, ujistit je, že jste se školou při nemocnici v kontaktu a že nebude problém, aby zde byl žák vyučován a následně se vrátil do kmenové školy
- u dlouhodobě hospitalizovaných nebo dlouhodobě ambulantně léčených žáků se se školou při nemocnici a rodiči žáka domlouvat na dalším postupu, u ambulantně léčených žáků možnost výuky jak ve škole při nemocnici, tak v kmenové škole (formou individuálního vzdělávacího plánu)
- informovat ostatní vyučující o hospitalizaci žáka a jeho výuce ve škole při nemocnici
- informovat spolužáky o pobytu žáka v nemocnici (nerozebírat důvod hospitalizace ani diagnózu), navrhnout kontaktování žáka v nemocnici (především dlouhodobě nemocní žáci jsou rádi, pokud se jim spolužáci s třídním učitelem ozvou, pošlou pozdrav, email apod.)

po návratu žáka do kmenové školy :

- žáka uvítat zpátky ve škole, což je důležité zejména u dlouhodobě hospitalizovaných žáků, kterým se po spolužácích stýskalo, do školy se zjedné strany těší a čekají na uvítání, ale z druhé strany mají ze setkání po dlouhé době obavy
- převzít klasifikaci ze školy při nemocnici, žáka již nepřezkušovat
- nebát se kontaktovat školu při nemocnici a poradit se o zvláštních opatřeních ve výuce nebo dalším vhodném přístupu
- počítat s tím, že žákova výkonnost nemusí být taková jako před hospitalizací, může se rychleji unavit, být nesoustředěný apod., možnost zadávání individuálních úkolů
- být v kontaktu s rodiči žáka, v případě nedodržení tématických plánů ve škole při nemocnici a opoždění se dohodnout s rodiči na tom, jak látku dohnat, zadávat vhodné domácí úkoly
- alespoň krátce informovat školu při nemocnici, jak se žák zapojil zpátky do výuky

Závěr

V diplomové práci jsou představována specifika výchovně - vzdělávací práce s dětmi v prostředí nemocnice, kterou zde zajišťuje škola při nemocnici. Celá výuka se plně přizpůsobuje nemocnému dítěti, učitel bere ohled na jeho momentální fyzický i psychický stav. Jednotlivá specifika, jež odlišují výuku na škole při nemocnici od výuky na školách běžného typu. vycházejí především z psychologie nemocného dítěte, jeho reakce na vzniklou situaci a vlastní onemocnění, dále pak také z prostředí nemocnice, jednotlivých lůžkových oddělení a jejich možností. Důležitou součástí celého výchovně - vzdělávacího procesu v nemocnici jsou pochopitelně rodiče, kteří zde o své dítě pečují a učitel se s nimi dostává do kontaktu mnohem častěji, někdy i každý den. Výuku na škole při nemocnici charakterizuje snaha vyjít vstříc dítěti a jeho kmenové škole a vyučovat dítě dle tématických plánů jeho kmenové školy. Důraz je kladen na respektování individuality dětí, specifika práce s nimi jsem se snažila ukázat na konkrétních příkladech z praxe. Jde o žáky prvního stupně, se kterými jsem se setkala a vyučovala je. hospitalizované na Oddělení dětské hematologie a onkologie, Oddělení dětské psychiatrie a Oddělení dětské ortopedie. Tyto příklady dokladují specifičnost výchovně - vzdělávacího procesu v nemocnici a rozdílnost a různorodost hospitalizovaných dětí. představují práci učitele, která se vyznačuje zejména individuálním přístupem. Najdeme zde žáky, kteří se adaptovali na prostředí nemocnice velmi dobře a ve výuce spolupracovali i žáky, kteří vyžadovali citlivější přístup, větší pozornost a péči. U všech příkladů je naznačen také průběh spolupráce s rodiči a kmenovou školou. Jednotlivé příběhy je nutno brát jako doplnění celého textu a ukázkou specifické práce ve škole při nemocnici v praxi, proto již nejsou dále rozebírány a je jim věnován pouze omezený prostor, který podle mne pro tuto funkci zcela dostačuje.

Celá práce vychází z vlastních zkušeností v ZŠ při FN Motol, kam jsem docházela. Je zde tedy představen určitý model fungování školy při nemocnici, ale i když jde o nemocnici s největším množstvím dětských klinik a největší kapacitou dětských lůžkových oddělení v Praze, nelze tento model fungování vztahovat na všechny školy při nemocnici. V některých školách při nemocnici lze pozorovat dílčí odlišnosti, proto je třeba na daný fakt upozornit. Tyto odlišnosti však nebrání spolupráci škol při nemocnici mezi sebou, např. na zmiňovaném projektu Zůstat v kontaktu nebo na pořádání různých seminářů.

Při shromažďování informací pro tuto práci a plnění praxí v rámci studia v motolské nemocnici jsem se setkala s přátelským přijetím a ochotou, jak ve škole při nemocnici, tak na jednotlivých odděleních. Častěji jsem se pohybovala na odděleních, kde jsou hospitalizovány děti dlouhodoběji, proto by se nabízelo zúžit téma jen na tuto skupinu dětí. Neučinila jsem tak proto, že jedním z hlavních cílů bylo představit fungování školy při nemocnici a specifika výuky

učitelům běžných škol, jejichž žáci mohou onemocnět a pobývat v nemocnici. Vzhledem ke snaze zkracovat délku hospitalizace dětí na nutné minimum se tito učitelé setkají hlavně s krátkodobě hospitalizovanými dětmi. Práce se tedy věnuje oběma typům hospitalizace, ovšem bylo by možno do budoucna rozpracovat více problém výuky dlouhodobě hospitalizovaných dětí.

Celkově není téma škol při nemocnicích příliš zpracováno, literatura se o tomto způsobu výuky dětí zmiňuje pouze okrajově. Daná problematika by jistě zasloužila pozornost, jedním z důležitých témat je spolupráce škol při nemocnici se kmenovými školami. Obzvláště po zavedení Rámcových vzdělávacích programů, kdy se mohou učební plány v jednotlivých ročnících na různých školách velmi lišit. Rychlé zaslání tématických plánů a vzájemná informovanost je přínosná pro obě strany. Z tohoto důvodu jsem se pokusila v poslední kapitole o sestavení doporučení pro učitele kmenových škol, jež by mělo pomoci k lepší spolupráci.

Seznam použité literatury

- ČÁP, J. Výchova, její aktuální otázky a možnosti psychologie při jejich řešení. In ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001, s. 247-302. ISBN 80-7178-463-X.
- ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Budka, 1993. ISBN 80-901549-0-5.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- JAVÚRKOVÁ, A. Jak děti prožívají nemoc. *Děti a my*, 2001, roč. 31, č. 3, s. 8-9.
- JUDA, J. K teorii a organizaci vyučování. In KÁBELE, F.; KOČÍ, J.; JUDA, J. aj. *Somatopedie*. i. uprav. vyd. Praha: SPN, 1982, s. 145-182.
- KREJČÍŘOVÁ, D. Chronicky nemocné dítě, zvládání nemoci a bolesti u dětí. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 66-71. ISBN 80-7169-512-2.
- KREJČÍŘOVÁ, D. Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 57-61. ISBN 80-7169-512-2.
- KREJČÍŘOVÁ, D. Vývoj dětí s psychickou deprivací. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997, s. 212-213. ISBN 80-7169-512-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- NOVOTNÝ, M.; STARÁ, I. aj. *Využili dobrovolníku v nemocnicích : melodický' manuál k dobrovolnictví v nemocnicích*. Praha : Hestia, 2001.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany : H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- PROKEŠOVÁ, A.; ŽÁČKOVÁ, L. Pedagog v nemocniční škole. *Učitel'ské noviny*, 2005, roč. 108, č. 34, s. 17.
- PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1551-9.

ŘÍČAN, P. Profese klinického psychologa. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1997. s. 31-32. ISBN 80-7169-512-2.

Sdělení MŠMT k činnosti speciálních škol a speciálních školských zařízení při zdravotnických zařízeních č. j. 23 037/2003-24. Věstník MŠMT sešit 10/2003, část oznamovací.

SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. 1. vyd. Praha : ISV nakladatelství, 1999. ISBN 80-85866-33-1.

Školský zákon č. 561/2004 Sb.. o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

ŠVANCAR, R. Škola bez lavic. *Učitelství noviny*, 2000. roč. 103, č. 6, s. 8-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VALENTA, M. a kol. *Herní specialista*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0345-5.

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

VYMETAL, J. *Úzkost a strach u dětí : Jak jim předcházet a jak je překonávat*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Elektronické zdroje

Nadační fond Klíček [online], © 2005-8. [cit. 3. března 2008]. Dostupné na WWW-
< <http://www.klicek.org/hospital/charta.html>>.

Nadační fond Klíček [online]. © 2005-8. [cit. 10. března 2008]. Dostupné na WWW-
< <http://www.klicek.org/liospital/letak.html>>.

Nadační fond Klíček [online], © 2005-8. [cit. 10. března 2008]. Dostupné na WWW-
< <http://www.klicek.org/ubyt/index.html>>.

Nadační fond Klíček [online], © 2005-8. [cit. 15. března 2008]. Dostupné na WWW-
< <http://www.klicek.org/hospital/role.litml>>.

Nadační fond Klíček [online]. © 2005-8. [cit. 20. března 2008]. Dostupné na WWW-
<<http://www.klicek.org/playwork/role.html>>

Občanské sdružení Zdravotní klaun [online], [cit. 10. března 2008]. Dostupné na WWW:

< <http://www.zdravotniklaun.cz/index.php?str=3>, 26. 27, 28>.

Škola za školou [online], © 2005. [cit. 25. března 2008] Dostupné na WWW:

< <http://skolazaskolou.cz/Default.asp?>>

World Health Organization - Zdraví 21 [online], ©2007. [cit. 3. března 2008]. Dostupné na

WWW: < <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 2 - Formulář pro uvedení souhlasu lékaře s výukou žáka

Příloha č. 3 — Formulář pro vyjádření souhlasu rodičů s výukou žáka

Příloha č. 4 - Seznam dětských klinik FN Motol

Příloha č. 5 - Rozpis výuky na lůžkových odděleních

Příloha č. 6 - Žádost o zaslání tematických plánů

Příloha č. 7 - Školní karta žáka

Příloha č. 8 - Pobytový list žáka

Příloha č. 9 - Zpráva kmenové škole za čtvrtletí

Příloha č. 10 - Osobní záznam žáka

Příloha č. 11 - Návrh klasifikace žáka

Příloha č. 1 - Charta práv dětí v nemocnici

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

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 mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se 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. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí 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 musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, 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 uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace "National Association for the Welfare of Children in Hospital" (NAWCH) se sídlem v Londýně. Překlad zdrojového textu pořídila Nadace Klíček se svolením této organizace.

Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR v únoru 1992.

Příloha č. 3 - Formulář pro vyjádření souhlasu rodičů s výukou žáka

Základní škola a Mateřská škola při FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5

Prohlášení

Souhlasím, aby můj/má/ syn/dcera/

třídabyl/a/ v době své hospitalizace vyučován/a/ ve Speciální škole při FN Motol.

podpis zák. zástupce

Bydliště.

Telefon : V Praze dne

Příloha č. 4 - Seznam dětských klinik FN Motol

V motolské nemocnici zajišťuje škola výuku dětí na těchto odděleních I. a II. Dětské kliniky :

- Pediatriká klinika UK 2. LF (pět lůžkových oddělení)
- Klinika ušní, nosní, krční UK 2. LF A FNM (dvě lůžková oddělení)
- Dětské kardiocentrum (jedno lůžkové oddělení)
- Dětská chirurgická klinika UK 2. LF (tři lůžková oddělení)
- Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF (sídlí v samostatné budově s lůžkovým oddělením)
- Dětská neurologická klinika UK 2. LF (dvě lůžková oddělení)
- Dětská stomatologická klinika UK 2. LF (jedno lůžkové oddělení)
- Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2. LF (tři lůžková oddělení dětské hematologie a onkologie, jedno lůžkové oddělení transplantační jednotky)
- Dětská oční klinika (jedno lůžkové oddělení)
- Klinika gynekologie dětí a dospívajících (jedno lůžkové oddělení)
- Klinika dětské ortopedie UK 2. LF (dvě lůžková oddělení)

Příloha č. 5 - Rozpis výuky na lůžkových odděleních

Lůžková oddělení - rozpis výuky

1. Děti s krátkodobým pobytem

1. stupeň	
český jazyk	pčtvýuk za týden
cizí jazyk	jedna výuka za týden
matematika	pčt výuk za týden
2. stupeň	
český jazyk	dvč výuky za týden
cizí jazyk	jedna výuka za týden
matematika	dvč výuky za týden

2. Děti s předpokládaným pobytem do jednoho měsíce

Varianta A		Varianta B		Varianta B	
1. stupeň		1. stupeň		2. stupeň	
český jazyk	pčt výuk za týden	český jazyk	pčt výuk za týden	český jazyk	dvč výuky za týden
cizí jazyk	dvč výuky za týden	cizí jazyk	dvč výuky za týden	cizí jazyk	dvč výuky za týden
matematika	pčt výuk za týden	matematika	pčt výuk za týden	matematika	dvč výuky za týden
		prvouka	jedna výuka za týden	přírodopis	jedna výuka za týden
2. stupeň		přírodověda	jedna výuka za týden	chemie	jedna výuka za týden
český jazyk	dvč výuky za týden	vlastivěda	jedna výuka za týden	dějepis	jedna výuka za týden
cizí jazyk	dvč výuky za týden			zeměpis	jedna výuka za týden
matematika	dvč výuky za týden			fyzika	jedna výuka za týden
				informatika	jedna výuka za týden

3. Děti dlouhodobé - měsíc a déle

Varianta A		Varianta li		Varianta B	
1. stupeň		1. stupeň		2. stupeň	
český jazyk	pčt výuk za týden	český jazyk	pčt výuk za týden	český jazyk	tři výuky za týden
cizí jazyk	dvč výuky za týden	cizí jazyk	tři výuky za týden	cizí jazyk	tři výuky za týden
matematika	pčt výuk za týden	matematika	pčt výuk za týden	matematika	tři výuky za týden
		prvouka	jedna výuka za týden	přírodopis	jedna výuka za týden
2. stupeň		přírodověda	jedna výuka za týden	chemie	jedna výuka za týden
český jazyk	dvč výuky za týden	vlastivěda	jedna výuka za týden	dějepis	jedna výuka za týden
cizí jazyk	dvč výuky za týden			zeměpis	jedna výuka za týden
matematika	dvč výuky za týden			fyzika	jedna výuka za týden
				informatika	jedna výuka za týden

Příloha č. 6 - Žádost o zaslání tematických plánů

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PŘI FN MOTOL
V Úvalu 84, 150 18 Praha 5 - Motol**

V Praze dne

Věc : Žádost o zaslání osobního plánu

Vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci
Vaší školy, Vás prosíme o vypracování a zaslání stručného osobního učebního plánu, podle kterého by mohl být na naší škole vyučován. (Postačí i kopie tematických plánů či přehled probíraného učiva na následující období.) Předem Vám děkujeme za spolupráci

ředitelka školy

třídní učitelka

Příloha č. 7 - Školní karta žáka

ŠKOLNÍ KARTA

Jméno, příjmení:

Věk :

Oddělení :

Ošetřující lékař:

Psycholog :

Dg. a příp. poznámky :

Příloha č. 9 - Zpráva kmenové škole za čtvrtletí

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PŘI FN MOTOL

V Úvalu 84, 150 18 Praha 5 - Motol

ZPRÁVA ZA 1. ČTVRTLETÍ ŠKOLNÍHO ROKU 2007/2008

Oznamujeme Vám, že _____žák třídy.....Vaší školy je v současné době vyučován v Základní škole a Mateřské škole při FN Motol. Výuka probíhá ve všech předmětech kromě výchov. Hodnocení prospěchu (případně návrh klasifikace) Vám zašleme po pololetní klasifikační poradě nebo po ukončení hospitalizace.

třídní učitelka

ředitelka školy

V Praze dne

Příloha č. 10 - Osobní záznam žáka

Základní škola a Mateřská škola při FN Motol, V Úvalu 84, 150 18 Praha 5

OSOBNÍ ZÁZNAM

Jméno a příjmení:

Den, měsíc a rok narození:

Škola, ze které žák pochází

Okres :

Třída :

Ročník :

Datum příchodu :

Datum odchodu :

Ev. číslo žáka :

Poznámka :

Záznamy o pozorování žáka a výsledky péče o něj :

Předmět	Poslední učivo	Výsledná známka za uplynulé období
Český jazyk	Vyjmenovaná slova po B, L, M, P. Ctění a lit. výchova - reprodukce obsahu textu, hodnocení postav, apod.	1
Německý jazyk	1. lekce - opakování, test, 2. lekce - slovní zásoba	1
Matematika	Pamětné a písemné sčítání a odčítání v oboru 10 000, slovní úlohy. Geometrie - rýsování rovnoběžek, kolmice, pravý úhel	1
Přírodověda	Lesní a jiné listnaté stromy	1
Vlastivěda	Povrch ČR	1

V Praze dne

ředitelka školy

třídní učitelka

Budeme se těšit, pošlete-li nám zprávu o tom, jak se žák(yně) po návratu z léčení zapojila do soustavné školní práce.

Příloha č. 11 - Návrh klasifikace žáka

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PŘI FN MOTOL V Úvalu 84, 150 18 Praha 5 - Motol

V Praze dne

NÁVRH KLASIFIKACE

žák třídy Vaší školy, je při dlouhodobé hospitalizaci vyučován na naší škole, proto Vám zasíláme návrh klasifikace za období od k 1. pololetí školního roku 2007/2008.

Výuka probíhá ve všech předmětech kromě výchov. Zprávu o průběhu výuky Vám zašleme po ukončení hospitalizace.

Český jazyk_____	2
Anglický jazyk_____	2
Matematika_____	1
Vlastivěda_____	2
Přírodověda	2

třídní učitelka

ředitelka školy

V Praze dne