

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

PROFESE SESTRY OČIMA DÍTĚTE

Bakalářská práce

Autor práce: **Šárka Spilková**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2020

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE NURSING PROFESSION
THROUGH THE EYES OF CHILD**

Bachelor's thesis

Author: **Šárka Spilková**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2020

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

Šárka Spilková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala panu prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc za odborné vedení práce, cenné rady, které mi během zpracování bakalářské práce poskytl a také čas, který této práci věnoval. Dále děkuji všem, kteří mi výzkum v zúčastněných zařízeních umožnili a podíleli se na něm. Velké díky patří paní ředitelce PhDr. Ivě Kopecké, a především všem sestřičkám, které mi s výzkumem pomohly. Děkuji také dětem, které se podílely na realizaci výzkumu.

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. DĚTSKÁ KRESBA	10
1.1. HISTORIE DĚTSKÉ KRESBY	11
1.2. VÝVOJ DĚTSKÉ KRESBY	12
1.2.1. PRŮBĚH VÝVOJE DĚTSKÉ KRESBY	12
1.2.2. FÁZE VÝVOJE KRESBY	13
1.3. VÝVOJ KRESBY LIDSKÉ POSTAVY	14
1.4. VÝZNAM A VYUŽITÍ DĚTSKÉ KRESBY	16
1.5. BAREVNÝ PROJEV DÍTĚTE	17
1.5.1. VÝZNAM BAREV	17
2. KRESBA – PROSTŘEDEK K VYJÁDŘENÍ POSTOJŮ, POCITŮ	19
3. DIAGNOSTIKA KRESEB	22
3.1. ORIENTAČNÍ POSOUZENÍ SCHOPNOSTÍ	22
3.2. TEST KRESBY LIDSKÉ POSTAVY	23
3.2.1. VÝVOJ TESTŮ KRESBY LIDSKÉ POSTAVY	24
3.2.2. RELIABILITA A VALIDITA TESTŮ	25
3.3. KRESBA RODINY	26
3.4. KRESBA STROMU	28
3.5. TEST DOMU	28
4. HODNOCENÍ KRESBY	30
4.1. METODY HODNOCENÍ EMOČNÍCH PROJEVŮ V KRESBĚ POSTAVY	31
4.2. DŮLEŽITÉ ZNAKY PRO HODNOCENÍ EMOČNÍHO STAVU	34
4.3. POSTUP ANALÝZY EMOČNÍCH ZNAKŮ KRESBY	37
4.4. HODNOCENÍ KRESBY RODINY	38
5. DĚTSKÁ KRESBA VE ZDRAVOTNICTVÍ	39
5.1. DIAGNOSTICKÉ VYUŽITÍ DĚTSKÝCH KRESEB	40
6. PROFESE DĚTSKÉ SESTRY	43
6.1. OŠETŘOVATELSTVÍ	43
6.2. VZDĚLÁVÁNÍ DĚTSKÝCH SESTER	43
6.3. KOMPETENCE DĚTSKÉ SESTRY	44
6.4. ROLE ZDRAVOTNÍ SESTRY	46

6.5.	VLASTNOSTI DĚTSKÉ SESTRY	46
7.	ORGANIZACE PEDIATRICKÉ PÉČE.....	47
7.1.	AMBULANTNÍ PÉČE	47
7.2.	NEMOCNIČNÍ PÉČE.....	47
8.	PŘEHLED VÝZKUMŮ.....	49
8.1.	VÝZKUMNÉ PRÁCE	49
8.2.	KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.....	53
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	57
9.	PŘEDVÝZKUM.....	57
10.	CÍLE PRÁCE	64
10.1.	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	64
11.	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	65
11.1.	ZKOUMANÝ SOUBOR	65
11.2.	METODA VÝZKUMU	67
11.2.1.	INSTRUKCE	67
11.2.2.	POMŮCKY	68
11.3.	POSTUP ZÍSKÁVÁNÍ DAT NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE	68
11.4.	POSTUP ZÍSKÁVÁNÍ DAT NA DĚTSKÝCH ODDĚLENÍCH	69
11.5.	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	70
12.	VÝSLEDKY	71
12.1.	DĚTSKÁ SESTRA.....	71
12.1.1.	POSTAVA SESTRY	71
12.1.2.	ČINNOST SESTRY	73
12.2.	OSOBA DÍTĚTE.....	76
12.3.	PROSTŘEDÍ.....	78
12.4.	FANTAZIJNÍ PRVKY	79
13.	DISKUZE	84
13.1.	OBRAZ DĚTSKÉ SESTRY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	84
13.2.	OBRAZ DĚTSKÉ SESTRY NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ	85
13.3.	VLIV VĚKU A POHLAVÍ NA ZOBRAZENÍ DĚTSKÉ SESTRY	86
13.4.	ADEKVÁTNOST VÝZKUMNÝCH METOD	86
13.5.	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ PRÁCE	86
	ZÁVĚR.....	89
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	93
	SEZNAM ZKRATEK.....	96

SEZNAM OBRÁZKŮ	97
SEZNAM TABULEK	98
PŘÍLOHY	99

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem „Profese sestry očima dítěte“. Téma jsem si zvolila proto, jelikož mám ráda děti a odborná praxe, kterou jsem na dětském oddělení absolvovala pro mě byla velmi přínosná. Nikdy jsem se nesetkala s tak příjemnými sestřičkami. Obdivovala jsem jejich přístup jak k rodičům, tak k dětem. Chtěla jsem dětem porozumět, stejně, jako jim rozuměly ony. Ovšem jejich porozumění plynulo z letité praxe, kterou s dětmi měly.

Začala jsem se o téma, jak děti vnímají sestry více zajímat. Po nastudování dosavadních výzkumů jsem zjistila, že se tomuto tématu již mnoho prací věnovalo. Zaujaly mě především dvě závěrečné práce na toto téma. Autorky těchto prací zajímal především ucelený pohled na zdravotní sestru. Jedna z nich svůj výzkum realizovala pouze na základní škole, kde děti zobrazovaly zdravotní sestru v ordinaci dětského lékaře. Na základě toho autorka specifikovala osobu zdravotní sestry a její činnost. Druhá realizovala svůj výzkum ve školách i v nemocnici a stanovila 3 výzkumné skupiny. Děti hospitalizované, děti se zkušeností s hospitalizací a děti, které nikdy hospitalizované nebyly. Na základě toho specifikovala zdravotní sestru a její činnost. Upozornila však i na rozdíly, které se u těchto skupin vyskytly.

Názory dětí na zdravotní sestry budou zpracovány dětskou kinetickou kresbou doplněnou o komentář dítěte. Což se ve výzkumných pracích osvědčilo jako nejvhodnější způsob získávání informací od dětí.

Zajímalo mne, zda děti vnímají dětskou sestru u praktického lékaře a sestru na dětském oddělení přibližně stejně a pokud ne, jaký je mezi nimi rozdíl. Dle mého názoru bude sestra u praktického lékaře zobrazována pozitivněji než sestra na dětském oddělení. Jelikož v ordinaci dětského lékaře nemá sestra takový rozsah invazivních výkonů a nejsou tak časté, jako to dítě zažívá během hospitalizace. Předpokládám, že počet invazivních a neinvazivních činností sestry ovlivní vnímání sester dětmi.

Obecné cíle této bakalářské práce jsou čtyři:

1. shrnout výzkumné poznatky o využití dětské kresby pro hlubší poznání dětského pohledu na profesi dětské sestry
2. pomocí dětské kresby a dětského komentáře ke kresbě zjistit, jak děti ve věku 7-12 let vnímají a hodnotí dětskou sestru jako představitelku specifické profese

3. u dvou skupin dětí zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání a hodnocení sestry pracující v ordinaci praktického dětského lékaře a sestry pracující na dětském oddělení v nemocnici
4. zjistit, co mají (z pohledu dětí) tyto dvě skupiny sester společné a v čem se naopak liší

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části se zabývám dětskou kinetickou kresbou, diagnostikou a hodnocením kresby. Dále dětskou kresbou ve zdravotnictví, profesí sestry, organizací zdravotnické péče a výzkumnými pracemi. V empirické části informuji o předvýzkumu, metodice výzkumného šetření, což zahrnuje zkoumaný soubor, metodu výzkumu a analýzu získaných dat. V závěru empirické části uvádím výsledky výzkumného šetření a srovnání s uvedenými výzkumnými pracemi.

TEORETICKÁ ČÁST

Cíle teoretické části práce jsou tyto:

S oporou o dostupnou literaturu shromáždit, utřídit a stručně charakterizovat tyto tematické okruhy:

- historii zájmu odborníků o dětskou kresbu
- dětská kresba jako prostředek, jímž dítě vyjadřuje své pocity a postoje
- dětská kresba jako diagnostický nástroj pro odborné poznání dětských pocitů a postojů
- problematika odborného hodnocení dětské kresby
- využití dětské kresby ve zdravotnictví
- profese dětské sestry
- organizace pediatrické péče v ČR
- výzkumy využívající dětských kreseb k hlubšímu poznání profese sestry.

1. DĚTSKÁ KRESBA

V psychologii je dětská kresba hojně využívanou technikou, která nám slouží k diagnostickým, psychoterapeutickým a výzkumným účelům. Dítě ji vnímá jako přirozenou a oblíbenou cestu k vyjádření sebe sama, svých obav a pocitů. Pro profesora Matějčka (1957) byla kresba velmi lákavým předmětem psychologického zkoumání. Zdůraznil několik úskalí, která s sebou hodnocení dětské kresby nesou. Například musíme dbát na kvalitativní a kvantitativní změny dítěte během jeho vývoje. Další úskalí tvoří fakt, že kresba je zajímavá a užitečná činnost, která je mimo jiné využívána již v mateřské škole jako součást učení. Na základní škole se kreslení více prohlubuje v předmětu výtvarná výchova, kdy dítě dostává zadání kresby a ztrácí tím postupně svoji spontánnost. Obrázky bývají kopií vlastních, či cizích originálů. Později se dítě stává kritickým vůči vlastní tvorbě a postupem času kresbu zcela odmítá (A.Kucharská, L. Májová, 2005, s. 91).

Pro děti je kreslení důležitou neverbální aktivitou. Děti prostřednictvím kresby vyjadřují nejen své poznatky a názory, ale i své vlastní pocity a vnitřní představy. Potřeba poznání a orientace vede děti k pojmenovávání objektů ve svém okolí a jejich grafickému znázornění. Kresby jsou tudíž symboly reálných objektů, které v sobě odráží to, co dítě o daném objektu ví (koncepční znalosti), ale i to, jak ho vidí ono samo (percepce). Kreslení má pro děti stejný význam jako hra. Slouží k lepšímu poznání reality a zároveň k vyjádření jejího porozumění.

Umožňuje mu tak projevit, jak chápe určité dění a jaké pocity při tom prožívá. Což znamená, že kresba má expresivní funkci – vyjadřuje pocity, názory i fantazie a může sloužit k poznání dětského prožívání a uvažování (Vágnerová, 2017, s. 9).

Kresba je jedním z prostředků komunikace. Může u dětí fungovat jako náhražka verbální komunikace a stává se nositelem určitého sdělení, které dítě většinou nedokáže vyjádřit slovně. Lze tak na svět nahlížet dětskýma očima. Kresba mnohdy vypovídá více o kreslíři než o zobrazovaném objektu (Vágnerová, 2017, s. 10).

1.1. HISTORIE DĚTSKÉ KRESBY

Prvními výtvarnými projevy, jejichž autorem mohou být děti, spadají daleko do pravěku, cca před 30 000 lety. Jedná se pouze o otisky prstů ruky a dlaně v jílových stěnách. Ve starověku se setkáváme s nápisy a obrazci, které lze přisuzovat dětem. V období renesance se již lidé více zajímali o výtvarné umění. Umělci se snažili zobrazovat objekty podle jejich vizuální podoby, ale také na základě rozumu, a dokonce i vědy. Objevují se rozdíly mezi kresbou dospělého a dítěte, lze tak již jednoznačně určit dětské kresby (Uždil, Šašinková, 1980, s. 15).

Zájem o dětskou kresbu se objevil mnohem dříve. Již Aristoteles (348-322 př.n.l.) se domníval, že bychom měli zobrazovat skutečnost od raného dětství. Z tohoto období pocházejí první zmínky o edukativním využití tvarování z hlíny a vosku. Poté až J. A. Komenský (1592-1670) věnoval velký pedagogický zájem o dětský výtvarný projev. Prosazoval tak spontánní dětskou činnost, která má dítě vést nejen k uskutečňování potřeb tělesných, ale i duševních. Jedním z cílů J. A. Komenského bylo spojit vlastní dětskou aktivitu se smyslovým poznáním světa. Dále se kresbě a jejímu významu věnovali J. J. Rousseau (1712-1778), který smysl kresby viděl v zobrazování reality, dále Fr. Fröbel (1782-1852) a J. H. Pestalozzi (1746-1827) (Uždil, Šašinková, 1980, s. 15-16).

V 19. století začíná období vědeckého zkoumání dětské kresby z mnoha hledisek. Děti vyobrazují objekty z obecného hlediska, jelikož jejich představa o světě je sice úplná, ale zjednodušená a nepřesná. Dítě se díky obecným vědomostem zvládá orientovat ve svém okolí v rámci vlastních potřeb (Uždil, Šašinková, 1980, s. 16).

Teoretici G. Britech a G. H. Luquet, u nás Otakar Hostinský a František Čáda zkoumají dětskou kresbu nejen z hlediska formálního, ale i obsahového. Vnímají, jakým způsobem děti kreslí, jaké využívají techniky, co kreslí a proč to kreslí. Dále se dětskou kresbou zabýval

Otokar Chlup, který poukázal na diagnostické možnosti využití kresby ve výchově zaostalých dětí (Uždil, Šašinková, 1980, s. 16).

Ve 20. století vzniká velmi široký obor studia dětského výtvarného projevu. Prohlubují se poznatky z tvarové psychologie a obohacují se o pohledy z nových vědních disciplín. Dětská kresba je zkoumána nejen z hledisek psychologických a fyziologických, ale i pedagogických a sociologických. Významnými autory jsou E. A. Flerinová, která zdůrazňovala význam realistické kresby, dítě poznává okolí a aktivně jej zobrazuje. Dále Herbert Read, který vnímá zobrazení tehdejšího světa dětmi, Rudolf Arnheim a mnoho dalších (Uždil, Šašinková, 1980, s. 18).

Vyskytuje se zde marxistické pojetí kresby, které je vnímáno z nejširšího hlediska, vypovídá o duševním životě dítěte a je kladen důraz na skutečnost. Důležité je chápání světa nejen z hlediska rozumových poznatků dítěte, ale i z hlediska významu objektu pro dítě samotné (Uždil, Šašinková, 1980, s. 18).

1.2. VÝVOJ DĚTSKÉ KRESBY

Dětská kresba se vyvíjí spolu s věkem dítěte, dvouleté dítě bude kreslit jinak než tříleté dítě. Kresby mohou být neobratné, zvláště v prvních stádiích, což nemusí nutně znamenat příznak duševní zaostalosti. Vývoj kresby úzce souvisí s vývojem intelektu dítěte (R. Davido, 2008, s. 21).

1.2.1. PRŮBĚH VÝVOJE DĚTSKÉ KRESBY

Nejvýznamnější z historických prací je **Teorie vývoje dětské kresby George-Henriho Luqueta** (1927), která je dodnes považována za rámcově platnou.

1. fáze (nahodilý realismus) – dítě ve své kresbě, obvykle čmáranici, vidí zobrazení něčeho, i když nemělo v úmyslu cokoli nakreslit.

2. fáze (nezdařilý realismus) – jde o fázi, kdy dítě chce něco nakreslit, ale neví, jak to má udělat. Příčinou těchto problémů, jak Luquet předpokládal, může být neschopnost soustředit se na úkol, časová náročnost kresby a nedostatečná grafická kontrola kresby.

3. fáze (intelektuální realismus) – děti kreslí podle toho, co o daném objektu vědí, což ne vždy koresponduje s realitou. Zobrazují i části, které by neměly být viditelné, nebo využívají kombinace pohledů z různých stran. Je kladen důraz na detaily, které děti vnímají jako důležité.

4. fáze (vizuální realismus) – děti kreslí to, co vidí. Vytvářejí tak reálnější pohled na zobrazovaný objekt, či dění (Vágnerová, 2017, s. 21).

1.2.2. FÁZE VÝVOJE KRESBY

Období skvrn je ve stádiu života, kdy dítěti není ještě ani jeden rok. Pokud bychom ho nechali „malovat“, zcela určitě by dělalo „skvrny“, ale pouze část rodičů nechá své děti v takto útlém věku malovat, jelikož se obávají nepříjemných důsledků (Vágnerová, 2017, s. 22).

Presymbolická fáze neboli stádium „čmáranic“ se vyskytuje okolo jednoho roku života dítěte. Dítě čmárá všemi směry, aniž by tužku pozvedlo. Kresba souvisí s „já“ dítěte a lze již leccos odhalit (R. Davido, 2008, s. 21).

Čmáraní v tomto stádiu ještě neslouží k zobrazení něčeho konkrétního. Pro děti je tato aktivita velice zajímavá, i když konečný výsledek je moc nezajímá. Děti si neuvědomují, že by mohly něco zobrazovat. (Vágnerová, 2014, s. 187)

Toto období bylo dříve považováno za přechodnou a bezvýznamnou fázi, což se v současné době začíná přehodnocovat. Dítě může prostřednictvím kresby vyjadřovat své pocity a poznatky. Také slouží k uvolnění tenze (Vágnerová, 2017, s. 23).

Fáze přechodu na symbolickou úroveň (stádium „čmáraní“) bezprostředně navazuje na předchozí období. Tato fáze je již více spojená s vývojem intelektu dítěte, kdy se dítě snaží lépe držet ruku a napodobovat psaní dospělých. Můžeme zde již pozorovat určitý záměr. Dítě však ještě neudrží pozornost moc dlouho a stává se, že kresbu nedokončí (R. Davido, 2008, s. 22-23).

Během kreslení dítě mění svůj záměr, někdy kresbu pojmenuje až na konci podle toho, čemu se podle něj podobá. Jedná se tak o „náhodný realismus“. Kolem druhého a třetího roku se objevuje také stádium „nezdařilého realismu“, kdy se dítě snaží napodobit písmo dospělých. Má pro rozvoj kresby stejný význam, jako pro rozvoj řeči žvatlání a broukání (R. Davido, 2008, s. 22; Vágnerová, 2014, s. 187).

Fáze primárního symbolického vyjádření je fáze, kdy děti v tomto období již mají určitý úmysl o kresbě a snaží se vyobrazovat konkrétní objekty. Rozdíl mezi nakresleným objektem a realitou závisí na rozvoji schopností a dovedností dítěte, ale také na momentální náladě. Jelikož je kresba spíše vyjádřením názoru dítěte na daný objekt, není objekt zobrazován reálně, objevují se zde subjektivní vjemy dětí. Kreslí tedy to, co o daném objektu ví a co jim připadá důležité (Vágnerová, 2005, s. 184).

1.3. VÝVOJ KRESBY LIDSKÉ POSTAVY

Vypovídá o celkovém rozvoji dětské psychiky, má velice typický průběh.

Stádium hlavonožce – začíná okolo tří let věku dítěte. Kresby postav vychází z pojetí vlastního těla, ale také z pozorování jiných lidí. Největší význam má obličej, jelikož je stěžejní k navazování sociálního kontaktu. Děti se tedy nejvíce soustředí na hlavu a zobrazení obličeje. Důležité jsou také končetiny, jelikož si bez nich nic neuděláme (Vágnerová, 2014, s. 188).

Primárním zobrazením je tzv. hlavonožec, což je postava znázorněná kolečkem, která představuje současně hlavu i trup a připojuje dvě čárky, které znázorňují nohy a další dvě čárky, které znázorňují ruce (R. Davido, 2008, s. 22).

Stádium subjektivně fantazijního zpracování – kresba dětí mezi čtvrtým a pátým rokem života. Typické je zobrazování detailů, které jsou důležité, ale ne zcela reálné. Objevují se tzv. průhledné kresby. Děti postavy postupně oblékají, zobrazují vnitřní obsah, pupík, velký počet knoflíků, což zdůrazňuje existenci trupu (Vágnerová, 2014, s. 188).

Stádium konvenčního zobrazení – vyskytuje se okolo pěti až šesti let. Děti již zobrazují všechny podstatné části těla, detaily se snaží spíše zdokonalovat, než aby přidávali další. Často kreslí velkou hlavu pro zobrazení všech detailů jako jsou ústa, oči, nos, a poměrně malý trup (Vágnerová, 2017, s. 54).

Děti napojují jednotlivé části postavy na místo, kam patří a jsou lépe napojené než v předchozích obdobích. Důležité je také zobrazení krku, který spojuje hlavu s trupem. Trup vyobrazují jako kruh, obdélník nebo trojúhelník. Končetiny jsou zobrazovány v poloze podle aktivity, kterou postava vykonává, paže jsou většinou volně svěšené podél těla.

Šestileté děti se snaží vyobrazovat i chodidla a prsty na ruce. Problém nastává v počtu prstů, kdy správný počet kreslí častěji chlapci než dívky, což se vysvětluje důležitostí jiných detailů pro dívky, jako jsou oči, ústa a nos. Dvoudimenzionální zobrazení je pro tento věk typické, vypovídá to o vývoji kreslířských schopností (Vágnerová, 2017, s.56).

Na konci předškolního věku děti vyobrazují objekty spíše realisticky. Kreslí, co vidí (Vágnerová, 2014, s. 189).

Stádium pokročilého konvenčního zobrazení – souvisí s rozvojem vizuálního realismu, tedy děti se snaží postavu zobrazovat realisticky tak, jak ji vidí. Samotná postava už má správné umístění, napojení částí a správné proporce. Týká se zejména dětí v mladším školním věku, kde postupně dochází k rozvoji kresby. Vývoj kreslířských schopností je největší okolo čtyř a poté osmi let, naopak kolem pátého a desátého roku života tato schopnost klesá (Vágnerová, 2017, s. 62).

Děti v tomto období zobrazují nejprve obrys postavy a poté vypracovávají detaily, což je největší vývojový posun v kresbě postavy. Dítě již neskládá postavu z jednotlivých geometrických tvarů, ale spojuje obrysy celkové siluety. Změna nastává také ve způsobu zobrazování jednotlivých částí těla. Každá část má specifický tvar, lze tak rozeznat paži od nohy nejen podle umístění na těle. Školáci začínají postupně zpřesňovat jednotlivé detaily, což se nazývá tvarová modifikace (Vágnerová, 2017, s. 63).

Další změnou dochází k vyobrazení konkrétního člověka, včetně specifických znaků, oproti dřívějšímu obecnému schématu postavy. Příkladem je vyobrazení vousů u tatínka a dlouhých vlasů i sukně u maminky. Tato diferenciací se nejvíce ukáže při kresbě více osob, například rodiny (Vágnerová, 2017, s. 64).

Vývoj kresby v tomto období je také charakteristický vyobrazováním pouze viditelných částí postavy, dítě již nekreslí tělo pod oblečením. Vnímá také proměnu tvaru těla při změně pozice či polohy, kreslí tedy postavu rozdílně pokud sedí, nebo pokud je zobrazena ze strany (Vágnerová, 2017, s. 64).

V mladším školním věku začínají děti zobrazovat postavy v pohybu. Ze začátku uvádějí pouze část postavy do pohybu, a tedy postava působí, jako by její části k sobě nepatřily. Charakteristické je zobrazení postavy z frontálního pohledu. Pokud děti chtějí uvést postavu do pohybu, musí změnit konfiguraci celého těla, což je velice složité, proto poté dochází k ztvárnění hlavy a nohou z profilu a trupu z boku. Přechodnou fází je zobrazení postavy z boku, hlava je v částečném profilu, jsou vyobrazeny obě oči (Vágnerová, 2017, s. 64).

Kresba postavy dětí v období mladšího školního věku se zlepšila ve srovnání s předchozím obdobím, ale stále má v některých oblastech nedostatky. Problém nastává v zobrazení hlavy a trupu, kdy hlava je mnohem větší, což může být kvůli nedostatku místa k zobrazení všech detailů obličeje, ale také díky jejímu značnému významu. Děti kreslí hlavu většinou jako první, takže je neomezuje volná plocha papíru. Tato tendence může být ovlivněna i faktem zobrazení postav v pohádkách a filmech, kde mají podobné proporce (Vágnerová, 2017, s. 64).

Ve shrnutí lze říct, že kresby dívek jsou mnohem propracovanější než kresby chlapců. Chlapci naopak více dodržují obecné proporce postavy, především poměr hlavy a trupu. Vývoj tvorby detailů se rozvíjí do 3-4. třídy, později již nedochází k výraznému rozvoji, naopak detailů může ubývat. Důležitým vývojovým ukazatelem jsou detaily lidské postavy, které jsou stěžejní do středního školního věku, poté jejich význam značně klesá (Vágnerová, 2017, s. 67).

Stadium druhotné schematizace začíná u dětí staršího školního věku. Kresby postav těchto dětí jsou zjednodušené, obsahují méně detailů, nemění se však jejich proporce a celkové

uspořádání. Příčinou redukce a zjednodušení postavy je neochota dospívajících dětí zabývat se detaily kresby. Charakteristické je zobrazení adekvátní figury připomínající reálné tělesné schéma (Vágnerová, 2017, s. 67).

V tomto období jsou děti ke svým kresbám značně kritičtí, kresba již nesplňuje jejich představu, ani nevystihuje jejich chápání světa. Proto děti často tento způsob vyjádření opouštějí. Někteří se však uchylují ke kresbě schematizované nebo karikaturní. Někdy děti zjednodušují kresbu mnohem více a dříve než ostatní (Vágnerová, 2017, s. 67).

Druhotná schematizace znamená výrazné zjednodušení postavy, kdy může dojít k deformaci nebo nadměrnému zdůraznění některé části těla, což se podobá karikatuře. Děti takto řeší úkoly, které jim připadají nezajímavé a obtížné. Může také docházet k obkreslování objektů, tím kresby ztrácejí svou originalitu a spontánnost (Vágnerová, 2017, s. 68).

Toto období lze nazvat postrealistickou fází. V dnešní době nastupuje dříve, než se v minulosti předpokládalo. Nelze již kresbu využívat k posouzení mentální úrovně dítěte, ale mohou se zde objevovat osobnostní vlastnosti a emoční ladění autora kresby (Vágnerová, 2017, s. 68).

1.4. VÝZNAM A VYUŽITÍ DĚTSKÉ KRESBY

Dětská kresba nám umožňuje seznámit se s tím, jak děti vnímají okolní svět a jak se s okolím vyrovnávají. Vypovídá také o schopnostech dítěte a jeho problémech. Kreslení je úzce spjato s celkem duševního života. Souvisí jak s motorickým, tak rozumovým a emocionálním vývojem jedince (Šimíčková-Čížková, 2010, s. 84).

Z psychologického hlediska je důležitý proces kresby, tedy jak dítě sedí, kreslí, drží tužku, jestli používá gumu, nebo jaký čas dítě na vytvoření kresby potřebuje. Důležitý je i slovní doprovod dítěte nad kresbou, který nám může pomoci v diagnostice kresby. Pro děti je kresba prostředkem k navázání kontaktu dítěte s dospělým, je pro ně formou komunikace podobně důležitou jako je řeč. V arteterapii se kresba používá jako léčebný prostředek k vyjádření pocitů. Výtvarný projev je velmi používaný psychometrický a projektivní přístup užívaný v psychologii (Šimíčková-Čížková, 2010, s. 85).

Kreslení je přirozenou součástí vývoje dítěte, kterou děti vnímají jako hru, zábavu, možnost něco vytvořit. Později má také velký význam pro rozvoj psaní. V předškolním věku je úroveň kreslení jedním z důležitých kritérií při posuzování školní zralosti. Poskytuje nám informace o vývojové úrovni dítěte, úrovni jemné motoriky, emocionalitě dítěte, vztazích

a postojích dítěte a o zrakovém vnímání prostředí. Je důležitým komunikačním, rehabilitačním a terapeutickým nástrojem (Bednářová, Šmardová, 2011, s. 6).

Ve stresových situacích u dětí často dochází k regresi, kterou lze posoudit na základě vývojové perspektivy. Určíme rozdíl mezi předpokládanou a skutečnou výtvarnou schopností dítěte v konkrétním čase, což nám určí, do jakého stádia regrese se dítě dostalo (Vaníčková, 2017, s. 10).

1.5. BAREVNÝ PROJEV DÍTĚTE

Dětská grafická činnost není určována dle vizuálního realismu, ale je výsledkem subjektivního cítění dítěte. Postupně se rozvíjí realistické zobrazení barev. Na výtvarném projevu dítěte se podílí mnoho faktorů – momentální emocionální postoj, vývojové stádium, možné mírné poškození CNS a vše co modifikovalo osobnost dítěte (Pogády, 1993, s. 53).

Děti v jednotlivých obdobích využívají typické barvy, rozdíly jsou také z hlediska pohlaví dítěte. Chlapci v období 7-10 let si nejvíce oblíbili barvu červenou, dále žlutou, fialovou, modrou a zelenou. Dívky v tomto období kreslí nejraději též červenou barvou, dále fialovou, žlutou, modrou a zelenou (Pogády, 1993, s. 54).

V dalším období (11-14 let) jsou rozdíly výraznější. Chlapci stále kreslí nejraději červenou barvou, dále však zelenou, žlutou a modrou. Dívky využívají barvy v tomto pořadí - červená, fialová, žlutá a zelená. Důležitou roli ve výběru barvy hraje také barva prostředí, osvětlení místnosti a také momentální nálada (Pogády, 1993, s. 54).

Děti mezi 7. - 8. rokem života vyjadřují výběrem barev samoúčelnost dané barvy. Od 11-12 let barvy znázorňují dynamický pohyb kresby. Čtrnáctileté až patnáctileté děti využívají ve svých kresbách stínování a upadá význam barvy (Pogády, 1993, s. 54).

1.5.1. VÝZNAM BAREV

Kvalitativní interpretaci barvy se zabývali Machoverová (1949), Schaie s Heissem (1964), ale také Furthe (1988) nebo Luscher (1969). Tito badatelé se vždy shodli na tom, co barva symbolizuje, tedy pocity, náladu a klade důraz na nějaký objekt v kresbě. Názor těchto teoretiků na význam jednotlivých barev se však rozchází. Důležité je všimnout si, kde je barva použita a také její kvantita a intenzita. Kvantitativní stránka interpretace barev je dosud neprozkoumané téma. Bývá mylně interpretována a založena pouze na klinických zkušenostech. V rámci kvantitativního výzkumu barev kresby bychom se měli zabývat

otázkami: „Co tato barva zdůrazňuje?“ nebo „Co zatlačuje do pozadí?“ (Whitney-Peterson, M. Hardin, 2002, s. 37).

Červená je barva preferovaná všemi dětmi mladšího věku. Později se vyskytuje u dětí agresivních a hyperaktivních. Je to barva vitality, síly a života. Může symbolizovat nebezpečí (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 192; Whitney-Peterson, M. Hardin, 2002, s. 37).

Modrá patří k chladným barvám, vyjadřuje u dětí větší sebekontrolu, než mají děti, které kreslí červenou barvou. V pozdějším věku může signalizovat přehnanou sebekontrolu dítěte. Z psychoanalytického hlediska vyjadřuje vztah matky a dítěte. Pokud je však vyobrazována v neobvyklých případech, signalizuje trauma dítěte související s rodinou (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 193).

Zelená barva uklidňuje, zvláště její světlá forma. Je symbolem klidu a naděje, využívají ji lidé se silným sociálním cítěním. V kombinaci s červenou barvou ji využívají týrané a sexuálně zneužívané děti v nesmyslných kombinacích, např. zeleno-červený déšť (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 194).

Žlutá bývá nazývána barvou levé hemisféry, kterou stimuluje. Je vhodná u mentálně postižených dětí, preferují ji myslitelé. U dětí může poukazovat na velkou závislost dítěte na dospělém (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 193).

Hnědou barvu často využívají umíněné děti, bývá nazývána regresivní barvou. Odráží v sobě špatnou rodinnou i sociální adaptaci dítěte, včetně souvisejících konfliktů (Davido, 2008, s. 37).

Fialovou barvu děti moc nevyžívají. Pokud ano, bývá příznakem neklidu a ve spojení s modrou také úzkosti. Využívá se v období obtížné adaptace dítěte (Davido, 2008, s. 37).

Černá vyjadřuje úzkost, depresi či prožité trauma ve všech věkových kategoriích u dětí. Někdy bývá znakem bohatého vnitřního života. V období puberty tato barva značí nepřístupnost a ostych ve vyjadřování svých citů (Davido, 2008, s. 37; Šicková-Fabricsi, 2016, s. 192).

2. KRESBA – PROSTŘEDEK K VYJÁDŘENÍ POSTOJŮ, POCITŮ

Kresbou dítě zachycuje jak reálnou skutečnost, tak význam, jaký pro něj daný objekt má. Ve zpracování kresby dítě zobrazuje hodnocení a prožívání různých situací i způsob chápání zobrazovaného obsahu. Kresba má narativní hodnotu, tedy vypovídá o zkušenostech a pocitech dítěte spojenými se zobrazovanou skutečností. Dítě kresbou často vyjadřuje skutečnost, kterou neumí slovy popsat, nebo by slovní sdělení pro něj bylo velmi traumatizující, například v případě děsivého zážitku (Vágnerová, 2017, s. 68).

Ovlivněna je také kresba postavy, zejména pokud se jedná o konkrétního člověka. Můžeme hodnotit nejen vývoj kreslířských schopností, ale také postoj a emoce, které dítě k postavě zaujímá. Způsob, jakým dítě člověka zobrazí, vypovídá o emocích, které v něm daný člověk vyvolává, ale také o vztahu, který mají (Vágnerová, 2017, s. 68).

Dle studie Daglioglou (2011), která se zabývala kresbou učitele, děti v učiteli, zejména ze začátku školní docházky, vidí osobnost, cítí se s ním v bezpečí. Později, na střední škole, těchto emocí významně ubývalo, až některé zcela zmizely (Vágnerová, 2017, s. 69).

Kreslením lze vyjádřit aktuální pocity a emoční ladění jedince, ale také poznat emoční poruchy, agresivitu a impulzivitu. Emoční ladění děti zobrazují pomocí detailů, nejčastěji se jedná o různé modifikace rysů obličeje. Celková nálada se odráží v celkovém pojetí obrázku, např. slunce, jako pozitivní rys a déšť s mraky jako negativní rys kresby (Vágnerová, 2017, s. 69).

U dětí se vyvíjí nejprve schopnost rozeznat emoce a až poté je umí zobrazit. Již dvouleté dítě rozezná pozitivní a negativní výraz obličeje, nerozpozná však rozdíl mezi smutkem a zlobou. V pěti letech je dítě schopné rozeznat emoce na stejné úrovni jako dospělý člověk (Vágnerová, 2017, s. 69).

V rané fázi kresby tříleté děti vědí, jaké symboly vyjadřují emoce postavy, avšak neumí jej úmyslně graficky zobrazit. V tomto období převažují jednoduché statické figury, jež bývají tvarově a výrazově nediferencované. Děti v předškolním věku umí zobrazit emoce radosti, smutku a zloby. V 6-7 letech děti umí vyjádřit i další emoce. Schopnost dětí vyjádřit emoční ladění se s přibývajícím věkem zlepšuje. Důležitým předpokladem je pochopení a porozumění emocím, které má v kresbě zobrazit (Vágnerová, 2017, s. 70).

K vyjádření emocí děti využívají především různé modifikace úst, čímž vyjadřují smutek nebo radost. Ústa znázorněná rovnou čárkou vyjadřují zlost, někdy je tato emoce

podtržena vyceněnými zuby. Otevřená ústa zobrazují strach, nebo také překvapení. Důležitý je také tvar obočí a způsob zobrazení očí. Otevřené oči znázorňují strach, slzy smutek. Modifikace grafického znázornění obočí je mnohem složitější, ovládají ji až starší děti. Problém bývá v porozumění významu obočí, grafická stránka obočí dětem nedělá potíže. Obloučkem bývá zobrazována pozitivní nálada, šikmé různě nasměrované čárky naopak zobrazují negativní pocity. Starší školáci již využívají také postavení těla, např. smutný člověk má skloněnou hlavu a je shrbený, nebo má ruce v pěst, což naznačuje zlobu. Někdy děti rozlišují různé polohy nohou vzhledem k emočnímu ladění postavy (Vágnerová, 2017, s. 71).

Děti zobrazují určitou náladu postavy, dle jejich vývojového stádia kreslířských dovedností. Metaforické zobrazení se rozvíjí až po pátém roce života. Do té doby děti využívají pouze modifikace rysů obličeje, nejčastěji úst. V 8-9 letech je výraz obličeje doplněn celkovými znaky nálady (mraky, déšť, slunce). Děti ve středním školním věku již využívají změny pozice těla postavy k vyjádření nálady. Nejčastěji je modifikována poloha paží a hlavy. Smutnou náladu dokážou takto vyobrazit až později, okolo 10-11 let. Děti postupně využívají více prostředků k vyjádření emocí (Vágnerová, 2017, s. 71).

Analýzou vyjádření emocí zobrazovaného objektu v kresbě u dětí se zabývalo několik studií. Jolley, Fenn a Jones (2004) oslovili celkem 80 dětí ve věku 4-12 let a požádali je o kresbu smutného a veselého domu a stromu. Druhý výzkum dával již dětem možnost si vybrat, co budou kreslit, ale opět měly zobrazit veselý a smutný obrázek. Autoři hodnotili množství emočních znaků v kresbě, nejen výraz obličeje, ale i metafory, jako je celková barva obrázku, zobrazení květin. Kresbu kvalitativně hodnotili dle Lickertovy škály, která zahrnuje silné a slabší vyjádření emocí pomocí smajlíků. Studie potvrdily postupný rozvoj zobrazení emočního ladění obrázku, i když bylo zřejmé, že radost je pro děti mnohem lépe zobrazitelná. V další studii Brechetová a její spolupracovníci (2009) posuzovali schopnost dětí ve věku 6-11 let zobrazit v kresbě lidské postavy nejen radost a smutek, ale i složitější emoce. Výsledky potvrdily, že je pro děti snadné vyobrazit radost a smutek, ale s emocemi jako je zlost, znechucení nebo strach mívají problém a nedokážou negativní emoci zcela dobře diferencovat (Vágnerová, 2017, s. 72).

Schopnost zachytit v kresbě určitou náladu se vyvíjí postupně. Některé emoce jsou však snadněji zobrazitelné, proto se rozvíjí rychleji než jiné emoce. Smutek a radost zobrazují děti okolo šesti let věku velmi snadno, což může být zapříčiněno uvažováním v duálních kategoriích, tedy jsou buď veselé nebo smutné. Schopnost nakreslit pozitivní emoci jako je radost, se zlepšuje již v 6 letech, zatímco zobrazit smutek děti zvládají až okolo 7 let. V procentech dokáže 80 % dětí ve věku 4-5 let a 95 % 6 - 7letých dětí zobrazit radost. Smutek

umí vyjádřit 60 % 4 - 5letých dětí a 90 % dětí ve věku 6-7 let. Důvodem proč děti lépe zobrazují pozitivní obrázky může být jejich vyšší četnost od počátku jejich výtvarné tvorby, a tedy jejich větší zkušenost s radostí a pohodou. Děti samy od sebe negativní obrázky nezobrazují, pokud ano, může to být diagnosticky významné. Zobrazení zlosti je obtížné, proto se rozvíjí až po 9. roce života. Lze ji spolu se znechucením relativně snadno rozpoznat. Zlost zachycuje pouze 20 % 4 - 5letých dětí a 35 % dětí ve věku 6-7 let. Negativní emoce však nemají příliš rozdílný mimický výraz, proto je někdy obtížné je od sebe rozeznat (Vágnerová, 2017, s. 74).

Většina předškoláků kreslí oblouček se zdviženými koutky, jako ústa nakreslené postavy, pouze minimálně děti zobrazí ústa jako rovnou čárku. Pokud dítě nakreslí ústa jinak, zobrazují jinou emoci. Jedná se o náhodné vyobrazení a dítě na konci obrázků dle toho také pojmenuje. V 6 letech dítě již nezobrazuje ústa jako oblouček, ale dochází již k dvoudimenzionálnímu zobrazení úst, které nepůsobí tak radostně jako dříve (Vágnerová, 2017, s. 75).

Momentální emoční ladění autora, ale i emoční význam kresleného objektu, může ovlivnit výběr barev dítěte. V předškolním věku dochází k vývoji způsobu vnímání a chápání barev. Děti ve věku tří let kreslí většinou jednou pastelkou, pouze 17 % použije pastelky dvě. Ve věku čtyř let si již děti začínají hrát s barvami, a ne vždy jsou používány s realitou, většinou je využívají dle své fantazie. V 5 letech je výběr barvy spíše realistický, vrchol realistického výběru barev je v 6 až 8 letech. Význam má i preference barev v určitých obdobích. Předškolní děti si ke kresbě nevyberou černou pastelku, ale ostatní barvy již využívají libovolně. Mladší školáci preferují formu, tedy tvar objektů než barvu, která pro ně není tak důležitá. Prostřednictvím barev lze vyjádřit svoje pocity. To potvrdil ve svém výzkumu Zentner (2001), který zjistil, že děti využívají častěji barvy, které odpovídají jejich aktuální náladě. Jasně barvy jsou u čtyřletých dětí vnímány jako pozitivní, jsou spojené s radostí a pohodou, naproti tomu černá zobrazuje smutek, červená zlost. Burkitt se svými spolupracovníky zjistil, že děti využívají svoji oblíbenou barvu při kresbě postav, ke kterým mají pozitivní vztah a neoblíbené barvy u postav, které v nich vyvolávají negativní emoce. Depresivní děti využívají menší počet barev ve svých kresbách, často černou barvu. Červená zobrazuje intenzivnější emoce než černá barva (Vágnerová, 2017, s. 77).

3. DIAGNOSTIKA KRESEB

V průběhu posledních desetiletí byla dětská kresba využívána k hodnocení neverbálních rozumových schopností, senzomotorických dovedností, ale také k posouzení názorů, postojů a prožitků dětí. Kresba slouží k odhadu emocionálního ladění dítěte, ale také lze odhadnout vztah, který dítě má k zobrazované osobě, či věci. Kresba musí být doplněna dalšími metodami, které zpřesní celkové hodnocení, je tedy pouze součástí testové baterie. Analýza a celkové hodnocení kresby vychází nejen z konečného produktu, ale i z procesu kreslení, tedy způsobu, jakým dítě kreslí, jak obrázek komentuje. Úroveň kresby posuzujeme dle norem pro daný věk a populaci, ale také srovnáním kreseb jeho vrstevníků. Kresbou v předškolním věku lze zjistit úroveň kognitivních a grafomotorických schopností, nezachycuje však zvláštnosti kresleného projevu dítěte. Pokud budeme kresbu srovnávat s kresbami dětí stejného věku můžeme lépe porozumět temperamentu a emočnímu stavu dítěte (Vágnerová, 2017, s. 90).

3.1. ORIENTAČNÍ POSOUZENÍ SCHOPNOSTÍ

Děti v kresbě využívají schopnost uvažovat v symbolických relacích a uplatňují ji k zobrazení něčeho. Jedná se o jejich způsob vnímání dané situace či objektu. Musíme však rozlišovat, zda se jedná o jiné složky inteligence nebo o symbolickou funkci kresby. Z hlediska vývoje a dosažené kreslířské dovednosti se klade důraz na přijatelně realistické pojetí kresby, což vede k odchylkám, jako je vynechání důležitých detailů či nedodržení správných proporcí zobrazovaného objektu. Zadaná kresba se bude lišit nejen během vývoje jedince, ale také dle zadání a jeho významu pro dítě, včetně vztahu zobrazovaných objektů. Úroveň kresby závisí dále na rozvoji vizuální percepce, exekutivních funkcí i na vývoji grafomotorických schopností dítěte. Nepozorné či zbrklé dítě mnohdy kreslí hůře, což není kvůli nízké úrovni kreslířských schopností, ale příčinou mohou být uvedené funkce. Je důležité brát na tento fakt zřetel během interpretace a diagnostiky kresby (Vágnerová, 2017, s. 91).

K orientačnímu posouzení vývojové úrovně lze kresbu využít pouze u dětí předškolního věku, nanejvýš u dětí na začátku školní docházky. Tuto funkci po nástupu do školy postupně ztrácí, proto je v tomto období vhodné kresbu spíše využívat k zjištění grafomotorických schopností. Kreslířské dovednosti dosahují svého vrcholu v 10 letech a dále se již příliš nerozvíjejí, ne takovým způsobem, aby korelovaly s rozvojem kognitivních schopností. Využití kresby jako doplňku diagnostiky rozumových schopností má svá omezení i v předškolním a

raném školním věku. Musí být splněny předpoklady, jako jsou například dostatečně vyvinuté senzomotorické a exekutivní funkce (Vágnerová, 2017, s. 91).

Již před více než 100 lety badatelé zjistili, že dětská kresba se zlepšuje s věkem. Belgičan G. Rouma (1913) si všiml, že některé aspekty postavy, jako je počet částí těla a jeho proporce souvisí spíše s mentálním věkem dítěte než s věkem chronologickým (Vágnerová, 2017, s. 91).

Kresba lidské postavy byla nejčastěji využívána k posouzení kreslířských dovedností a schopností. Umožňovala měřit zobrazení známého objektu na různé úrovni s různou mírou přesnosti a výstižnosti zobrazení. Hlavním cílem byl orientační odhad dosaženého vývojového stupně dítěte. Jednalo se o kombinovanou míru senzomotorických a kognitivních funkcí, která se v průběhu školního věku stávala metodou k měření grafomotoriky. Metoda hodnocení pomocí kresby lidské postavy je oblíbená kvůli časové nenáročnosti, ale také se jedná o kulturně nezávislý test, který lze využít v různých společnostech. Což není tak jednoznačné, jelikož kresba není ve všech kulturách stejně důležitá a nedochází tedy k tak intenzivnímu rozvoji této dovednosti. Jednotlivé kultury kladou důraz na rozdílné aspekty kresby, jako jsou proporce postavy či využití detailů. Nedochází vždy k plynulému nárůstu detailů, což je typické pro kognitivní rozvoj v západní kultuře. Na základě toho je nutné mít vždy vlastní normy pro hodnocení lidské postavy v dané kultuře (Vágnerová, 2017, s. 92).

3.2. TEST KRESBY LIDSKÉ POSTAVY

Zájem o zobrazování lidské postavy je již u těch nejmenších dětí. Od začátku kreslí uzavřené tvary, kterým později připojují paprscité výběžky, což je počátek vyobrazení lidské postavy. Objevuje se ve všech kulturách a zaujímá privilegované místo v tvorbě dětí. Dle studie Anastasiové 71 % dětí z 41 různých zemí ve své kresbě vyobrazovalo právě lidskou postavu. Souvisí to s faktem, že se dítě nevědomě snaží nakreslit samo sebe. Pokud je dítě v kresbě podporováno interpretací a zájmem, dále rozvíjí své grafomotorické dovednosti ve dvojrozměrném zobrazování (Cognet, 2013, s. 113-114).

Kresba může působit jako vnitřní i vnější autoportrét dítěte. Poukazuje na pocity o sobě samém, ale také o jeho ideálním konceptu. Pro diagnostiku je důležitá velikost postavy, detaily obličeje, paže, oblečení nebo bizarní detaily. Vždy je třeba brát v úvahu věk dítěte, postupně přibývá množství detailů. Test lidské postavy bývá často využíván a spojován s kresbou domu a stromu (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 175).

3.2.1. VÝVOJ TESTŮ KRESBY LIDSKÉ POSTAVY

Testy lidské postavy se v psychologické praxi využívají již devadesát let. První byl test kresby lidské postavy F. Goodenoughové (1926). Zadáním bylo „nakreslit pána, jak nejlépe umí“. Důvodem pro volbu mužské postavy byla menší variabilita oblečení a zároveň méně zakrývá podstatné části lidského těla, např. nohy. Hodnocení proběhlo z 51 položek, které byly zaměřené na počet detailů, způsob zobrazení, správnost lidských proporcí i propojení částí těla. Goodenoughová předpokládala, že hlavním faktorem ovlivňujícím kvalitu kresby dítěte je vývoj rozumových schopností, což se potvrdilo, jelikož kresba postavy se s věkem zlepšuje. Ale ukázalo se, že jde o komplexnější funkci na jejímž vývoji se podílejí i další faktory, nejenom inteligence (Vágnerová, 2017, s. 92).

Upravená verze testu lidské postavy dle D. B. Harisse (1963) vychází z testu Goodenoughové. Zahrnuje tři kresby – muže, ženy a sebe sama. Tento test je velmi dlouhý (73 položek k hodnocení muže, 71 hledisek ženy a kresba sebe sama není takto posuzována) jeví se tedy jako neefektivní. Test spíše posuzuje míru intelektové zralosti než samotné inteligence (Vágnerová, 2017, s. 92).

Test E. Koppitzové (1968) vychází z četnosti kreslířských projevů. Je hodnocen dle 27 položek, které posuzují, zda jsou určité znaky kresby běžné vzhledem k věku dítěte (objevují se u 51-85 % dětí stejného věku), nebo očekávané (více než 85 %), nebo výjimečné (méně než 15 % kreseb) (Vágnerová, 2017, s. 92).

Dalším testem kresby lidské postavy je česká verze J. Šturmy a M. Vágnerové z roku 1982. Zadáním bylo nakreslit mužskou postavu, tedy pána „jak nejlépe umí“. Kresba byla hodnocena dle 35 hledisek, 15 z nich se zaměřovalo na detaily, tedy obsah a 20 hledisek sloužilo k posouzení úrovně kresby. Test hodnotil počet detailů, způsob jejich zobrazení, proporce částí těla, jejich umístění a vzájemné propojení. Hodnocení se tak rozděluje na obsahovou úroveň (obsahový skór) a na způsob jejího zpracování (formální skór), jejich součet označuje za skór celkový. Nárůst počtu zobrazených detailů je rychlejší než rozvoj formálního zpracování kresby a dosáhne tak svého vrcholu mnohem dříve. Způsob zpracování kresby závisí především na grafomotorických a regulačních funkcích (Vágnerová, 2017, s. 93).

Test kresby lidské postavy dle J. A. Naglieriho (1988, česká verze 2000) je prostředkem k hodnocení neverbálních schopností. Tato metoda zahrnuje hodnocení tří kreseb – muže, ženy a sebe sama. Hodnotící systém vychází z hodnocení 14 kritérií a zahrnuje 64 položek. Dvanáct položek slouží k hodnocení grafického zpracování různých částí lidského těla, další se zabývají jejich spojením a zobrazením oblečení. Metoda je složitá a výsledek vzhledem k náročnosti

testu není příliš uspokojivý, navíc je relativně omezeným zdrojem informací (Vágnerová, 2017, s. 93).

Nejnovější je test lidské postavy Draw-A-Person Intellectual Ability Test, který je určen nejen dětem, ale i dospívajícím a dospělým. Autory jsou C. Reynolds a J. Hickman (2004). Zadáním je nakreslit postavu z přímého pohledu, nikoliv z profilu. Také se nemá jednat o postavu z komiksu, čímž se liší od zadání předešlých testů. Kresbu hodnotíme dle 23 základních kritérií, která posuzují zobrazení jednotlivých částí těla. Každý detail je hodnocen 0-4 body (Vágnerová, 2017, s. 94).

3.2.2. RELIABILITA A VALIDITA TESTŮ

Reliabilita uvedených testů je uspokojivá, hodnoty se pohybují v rozmezí 0,74-0,90. Validita těchto testů je mnohem problematictější, pokud by měla sloužit k posouzení úrovně rozumových schopností. Za předpokladu, že by test měl orientačně měřit rozumové schopnosti, byla určována shoda mezi úrovní kresby lidské postavy a výsledky z různých testů inteligence. Výsledkem byl potvrzený středně silný pozitivní vztah, který se však v průběhu vývoje již příliš nemění. Míra shody výsledků testu kresby lidské postavy a různých testech inteligence potvrzuje závislost úrovně kresby na kognitivním vývoji. V předškolním věku dosahuje hodnoty $r = 0,3-0,4$ (Vágnerová, 2017, s. 94).

Imuta a jeho spolupracovníci (2013) připomínají skutečnost, že výsledky v kresebném testu často neodpovídají inteligenci, kterou jsme naměřili, ani v předškolním věku. Proto nadprůměrně inteligentní děti mnohdy dosahují v testech lidské postavy pouze průměrný výsledek, nebo naopak. Průměrných výsledků dosahují i děti s podprůměrnou inteligencí. Vzhledem k tomu se nedoporučuje využívat testy kresby lidské postavy k měření rozumových schopností, jelikož je zde velké riziko nesprávnosti výsledků. Ve školním věku je vzájemný vztah výsledků testu kresby lidské postavy a inteligenčních testů podobný, ale většinou nižší. V průměru dosahují hodnot $r = 0,3$. V Ngernyamově studii (2010) byla korelace mezi výkonem v Ravenově testu a Naglieriho testu kresby postavy nižší, dosahovala u dětí (7 let) $r = 0,31$, a devítiletých dětí $r = 0,34$. U těchto dětí v průběhu mnoha let došlo k poklesu výkonu v testu dětské kresby a mírně vzrostl výsledek Ravenova testu. Důvodem je, že se kresba v tomto věku příliš nevyvíjí a dětské uvažování ano. Míra shody závisí nejen na věku dítěte, ale i na testu inteligence, který byl použit (Vágnerová, 2017, s. 95).

Důležitá je i aktuálnost norem, jelikož normy starší 30 let nemusí být tak přesné, jako byly v době jejich vzniku. Výzkumy pedagogické fakulty v Praze na konci devadesátých let

(Semerádová a Škaloudová, 1995, 1997, 1998; Klusák a Slavík, 2005) a diplomová práce studentky Vinklerové z roku 2002 a 2005, dokázaly, že se vývoj dětské kresby mírně zrychlil, proto původní normy nadhodnocovaly děti starší pěti let. Toto zrychlení může mít příčinu v intenzivnější stimulaci z větší zkušenosti s obrázky, ale také ve větším tlaku rodičů na připravenost dítěte do školy. K největšímu zrychlení dochází zejména před nástupem do školy a na počátku školní docházky. Rozdíl mezi výkonem u dětí z osmdesátých let a na přelomu století se postupně snižoval. Kresby desetiletých dětí se již významně nelišily. Vývoj kresby tedy dosahuje dříve svého maxima, ale jeho stagnace přichází ve stejném věku jako před dvaceti lety (Vágnerová, 2017, s. 95).

3.3. KRESBA RODINY

Ve stádiu, kdy dítě již kreslí postavu avatara, není cílem kresby samotná konstrukce obrazu, ale uvádí postavy do vztahu s okolím, objevují se zde první projevy citů. Proto děti postupně začínají kreslit členy rodiny i jejich vzájemné vztahy. Vztahová vyobrazení jsou zatím pouze částečná, proto často vidíme vyobrazení dítěte s jedním nebo několika členy rodiny, ale jen zřídka s celou jeho rodinou. Stává se také, že je rodina na obrázku celá kromě dítěte, připomíná potom fotografii, kde pochopitelně schází autor. Rozdíl také bývá mezi zobrazovanou a skutečnou rodinou. Kresba je fantazie a je tedy výsledkem nevědomých pohnutek v kontaktu s realitou ztvárněnou grafickým zobrazením. Většina kreseb více či méně souvisí s rodinou, vzdaluje se od reality prostřednictvím sourozeneckých nebo rodinných vztahů, což vypovídá o psychickém stavu dítěte. Díky tomu lze nahlédnout do nitra rodiny a jejich vzájemných vztahů (Cognet, 2013, s. 139).

Kliničtí psychologové se začali brzy zajímat o rodinou konfiguraci, která je vyobrazována graficky. Dětská psychoanalytička Sophie Morgensternová (1926) využívala tuto kresbu v terapii. Ne jako test, ale pouze jako součást terapie, kdy jí kresba umožnila zobrazit rodinný rámec s projekcí konfliktů a důvěrných vztahů. Později Françoise Minkowska (1945) motivovala pacienty ke kresbě rodiny, avšak první test vytvořil až Daniel Porot (1952). Autor tento test považuje za projektivní test a vymezuje pravidla k jeho provedení, vybízí dítě ke kresbě své rodiny a nabízí mu k tomu pomůcky – papír a černou tužku. Při kreslení psycholog dítě pozoruje a všímá si v jakém pořadí jsou postavy kresleny a co je opravováno, jelikož se to nepovedlo. Analýza kresby rodiny se soustředí hlavně na velikost a umístění osob na listu papíru. Důvodem je myšlenka, že postava vyobrazená první na vybrané místo, nebo postava největší, je pro dítě nejdůležitější. Ostatní autoři vytvořili další verze tohoto Porotova

testu. Byli to například Louis Corman, Colette Jourdan-Ionescuová a Joan Lachancová a Roger Perron (Cognet, 2013, s. 139-140).

L. Corman kresbu rodiny vnímá jako test osobnosti, který se interpretuje na základě zákonů projekce. Abychom toho dosáhli je třeba, aby kresba byla značně otevřená a dítě mohlo využít projekci. Corman sice navazuje na Porotovy práce, ale výrazně se liší v zadání kresby, jelikož zdůrazňuje představivost. Jeho zadání je tedy: „Nakresli rodinu, kterou si představuješ“ nebo „Představ si rodinu podle svého a nakresli ji“. Corman dále trvá na tom, že dítě má správně sedět, ale dává volnost ve výběru formátu papíru i ve volbě černé tužky nebo barvených pastelek. Autor klade důraz na způsob kresby, což je pro něj stejně důležité jako samotný výsledek. Pro dokonalou interpretaci testu kresby rodiny je třeba vést nad dokončenou kresbou rozhovor. Analýza kresby má 3 etapy. **Popis** – dítě má popsat každou z nakreslených osob a určit jejich pohlaví, věk a místo v rodině. **Citové preference** – dítě určuje ke komu cítí pozitivní emoce a ke komu emoce negativní, včetně popisu, kdo je nejšťastnější a naopak. **Identifikace** – dítě má určit, jaká postava z imaginární rodiny by byl on sám. Pokud by dítě kreslilo rodinu skutečnou, muselo by dojít k modifikaci rozhovoru. V interpretaci se autor zajímá o grafickou rovinu, rovinu formálních struktur a rovinu obsahu a psychoanalytické interpretace (Cognet, 2013, s. 141-142).

Autorky C. Jourdan-Ionescuová a Lachanceová formalizovaly a kodifikovaly test kresby rodiny ještě mnohem více a doporučily hodnocení, které je přizpůsobené různým zadáním, jako např. kresba své rodiny, vymyšlené rodiny, své rodiny v akci a tak dále. Děti mají k dispozici papír pouze na šířku a kreslí pouze barevnými pastelkami. Čas kresby se měří, po dokončení kresby je dítě požádáno, aby nad každou postavu napsalo její jméno, věk, pohlaví a příbuzenský vztah. Poté se dítě identifikuje v kresbě. Pro autorky je velmi důležitý proces kreslení, jak se dítě chová, co říká, jeho pozornost, spontánnost, iniciativu. Analýza probíhá v několika krocích. V prvním srovnáváme nakreslenou rodinu se skutečnou a je kladen důraz na valorizaci (např. velikost postav) a devalorizaci, což je nepřítomnost jedné nebo více osob. V dalším kroku hodnotíme úroveň kresby dle nejpropracovanější postavy. Dále autorky hodnotí umístění a rozmístění postav na obrázku, kvalitu barvy, využití barev, výraz jednotlivých postav a další. Také je kladen důraz na detail, identifikaci a vzájemné vztahy. Analýza je vyčerpávající a příliš komplikovaná na to, aby umožnila v psychodynamickém přístupu vytvořit syntézu všech zkoumaných elementů (Cognet, 2013, s. 143-144).

Původně se autoři R. Perron a M. Perron-Borelliová věnovali experimentální práci, která se snažila odhalit rozdíly v pohlaví a kresbě. Proto zadáním bylo nakreslit dítě s mámou a tátou. Výzkumnou skupinu tvořilo 600 dětí obou pohlaví ve věku 4-10 let. Autoři si poznamenali

pořadí nakreslených postav a dále s dětmi vedli rozhovor. Při hodnocení se zaměřovali na vývoj grafických schopností i podobnosti a rozdíly postav. (Cognet, 2013, s. 145)

3.4. KRESBA STROMU

Dle Kocha (1952) tkví základní princip kresby stromu v symbolické úrovni vyobrazení sebe samého. Důležitý je průběh kresby, jako je případné gumování, oprava a další. Jednotlivé rysy jsou obrazem osobnosti, proto je jejich výklad náročný. V kresbě „vpravo“ je směr budoucnosti, „vlevo“ směr k minulosti, vztahu k matce a návratu, „nahore“ je vědomá a „dole“ nevědomá rovina, pudovost. Dítě zobrazuje takový strom, který nejlépe vystihuje, reflektuje jeho city. Kmen dle Bucka (1981) vyjadřuje city a vnitřní sílu, podobně je tomu u trupu zobrazované postavy. Pokud se v kmenu vyskytují díry, mohou naznačovat zažitá traumata. Větve a jejich struktura jsou spojovány se schopností vytěžit uspokojení pro sebe sama. Větve, které jsou dobře tvarované a organizované značí flexibilitu. Kořeny reprezentují pudové stránky osobnosti a zobrazují stabilitu či labilitu člověka. Kořeny zužující se do země reflektují dobrý vztah k realitě a pozitivní vývoj. Naopak kořeny, které jsou viditelné i přes půdu mohou značit psychózu nebo organické poškození mozku. Důležitý je také rozhovor nad kresbou. Zajímáme se například o to, jaký strom je vyobrazen, jestli je živý či mrtvý, jaké má plody, které je roční období, nebo která část stromu je nejlepší. Podobně jako u kresby postavy si všímáme rozložení stromu na listu papíru, velikosti, detailů a linií (Šicková-Fabrice, 2016, s. 176).

3.5. TEST DOMU

Tato kresba v sobě ukrývá vlastní obraz dítěte, jeho těla, vyspělost, kontakt s realitou a citovou zralost. Experti projektivních kreseb (Wohl, Kaufman, 1985) se domnívají, že jsou také projekcí rodičovského domova a jejich vzájemných vztahů. Kresba domu bývá vedle kresby postavy velmi oblíbeným tématem u dětí. Výzkum ukázal, že 60 % šesti až sedmiletých dětí ve svých spontánních kresbách zobrazují dům. U starších dětí je to mnohem vzácněji, což lze přisoudit větší nezávislosti dítěte na rodině. Při pohledu na kresbu si terapeut všímá především velikosti, umístění, detailů, linie, transparentnosti a perspektivy. Každý z detailů něco vyjadřuje. Dveře jsou symbolem schopnosti dítěte kontaktu s jinou osobou. Otevřené dveře znamenají silnou potřebu citové vazby, naopak vynechání dveří může značit stáhnutí se od okolí. Okna jsou oči do prostředí, okolí, souvisí s normálním vývojem dítěte. Pokud okna chybí je to symbolem uzavřenosti a strachu dítěte. Stěny, především jejich tloušťka, napovídají o síle ega. Znakem sebekontroly jsou přexponované silné stěny. Komín symbolizuje teplo

ve vztazích, naopak střecha je symbolem myšlení a fantazie. Pokud střecha chybí nebo je příliš malá, značí to neschopnost snít a malou dávku fantazie. Nad kresbou vede terapeut s dítětem rozhovor ve formě doplňujících otázek (Šicková-Fabrice, 2016, s. 176-177).

4. HODNOCENÍ KRESBY

Kresba není pouze popisným zobrazením. Je to strukturovaný objekt, který nese nějaký smysl a může se v něm odrazit, jak způsob chápání tohoto objektu či situace, tak pocity, které v něm vyvolává, nebo postoj, jaký k nim autor zaujímá. Výsledkem je zkreslení grafické stránky kresby, nebo zvýraznění některých detailů. Každá kresba vyjadřuje nejen její viditelný obsah, ale může poskytnout i informace, které v ní nejsou vyjádřeny přímo. Příkladem je vzdálenost postav, což může značit vzájemný vztah. Dítě kresbou vyjadřuje své pocity i zkušenosti, což je výhodné, jelikož by to dítě nedokázalo popsat verbálně. U dospívajících se tato metoda příliš nevyužívá, vzhledem k dosažené úrovni kognitivních funkcí, preferují jiný způsob vyjádření jejich pocitů (Vágnerová, 2017, s. 159).

V kresbě se mohou odrážet jak trvalejší osobnostní rysy dítěte, tak jeho aktuální stav. Může se projevit impulzivita, sebekontrola, perfekcionismus, ale i kompulzivita, což znamená nutkání zobrazovat věci určitým způsobem, a perseverace, to je opakování detailů či témat. K diagnostice emočního stavu dítěte je třeba znát znaky kresby v jednotlivých vývojových obdobích, aby nedošlo k chybné interpretaci kresby. Jelikož některé znaky mají v určitých obdobích jiný diagnostický význam, tedy mohou vyplývat z úrovně kreslířských schopností. Mnohé nápadnosti mohou být chápány jako projev emočního ladění, avšak mohou být dány opožděním jejich vývoje. Důležitý je také kreslířský styl dítěte, který také může klamně signalizovat emoční problémy. V případě, že dítě kreslí postavu, kterou vidělo v časopisu nebo ve filmu, či se jeho postava skládá pouze z čar, můžeme to pokládat za únik od vlastního kreslířského vyjádření (Vágnerová, 2017, s. 159).

V kresbě se může občas objevit pouze aktuální nálada autora, pro určení stabilnějšího emočního rysu je nutné hodnotit více kreseb pocházejících z různých období. Při hodnocení tohoto aspektu je důležité brát v potaz, že určitý emoční stav se nebude projevovat v kresbách všech dětí stejně a zároveň se nemusí ani objevovat ve všech kresbách daného jedince. Vnitřní psychický stav se někdy nemusí v kresbě objevit pokaždé. Někdy převládá naučený stereotyp zobrazování něčeho. Tato kresba vypadá mnohdy jako výtvar mladšího dítěte, což také může znamenat regresi kreslířských schopností na základě emočního rozkladu. Někdy jsou emoční nápadnosti vyobrazované pouze u citlivých témat, jako kresba rodiny. Zda je vývoj kreslířských schopností u dětí s emočními problémy rozdílný od normy, zatím není známo. Ukázalo se, že se spíše jedná o narušené řízení postupu kresby a jeho kontroly, což vede k přesvědčení o celkovém opoždění vývoje kreslířských schopností jedince. Golombová v roce 2004 potvrdila fakt, že kreslířské schopnosti dětí s narušeným emočním vnímáním a poruchami

chování mívají nižší úroveň kresby, než je v jejich věku norma. Tyto děti mají potíže se zvládnutím emocí i dalšími exekutivními funkcemi (Vágnerová, 2017, s. 160).

4.1. METODY HODNOCENÍ EMOČNÍCH PROJEVŮ V KRESBĚ POSTAVY

K hodnocení emočních aspektů je kresba lidské postavy využívána nejčastěji. Jedním z důvodů je i možnost promítnout v kresbě své vlastní pocity, což znamená, že pokud kreslí lidskou postavu, zobrazuje sám sebe. První, kdo vytvořil hodnotící systém kresby lidské postavy, který vycházel z projektivního hlediska, byla K. Machoverová v roce 1948 a 1952. Zadáním bylo nakreslit lidskou postavu a poté postavu opačného pohlaví. První nakreslená postava byla většinou stejného pohlaví, jako autor kresby. Machoverová analyzovala obsah obou kreseb, ale také strukturální a formální aspekty kresby (Vágnerová, 2017, s. 160).

O 20 let později vytvořila E. Koppitzová (1968) podobnou metodu určenou k hodnocení emočních aspektů v kresbě postavy. Cílem bylo najít znaky kresby odrážející emoční stav dítěte. Vycházela z výkladu K. Machoverové, ale využila i své vlastní zkušenosti. E. Koppitzová vytvořila seznam indikátorů značící narušení emočního prožívání. Tyto indikátory jsou validní pouze pokud se tento znak vyskytuje výjimečně (do 15 %) v dané věkové skupině a nezávisí na něm kreslířské schopnosti jedince. Indikátory emoční nepohody lze chápat jako nápadnosti, které se v kresbě objevují. Lze je interpretovat až po šestém roce života. Mezi indikátory vytvořené E. Koppitzovou patří:

- Charakter nakreslených čar – přerušované čáry
- Stínování částí těla
- Vyčmárávání některých částí těla
- Postava, která je zobrazená zezadu
- Větší sklon zobrazené postavy
- Excesivní gumování
- Nápadně velká nebo malá figura
- Nedostatečné propojení částí těla
- Asymetrie
- Zobrazení zubů – diagnosticky významné u dívek
- Prázdné oči
- Nápadně dlouhé nebo krátké paže
- Paže těsně u těla, nebo bez rukou a prstů

- Nohy těsně vedle sebe, či nohy bez chodidel
- Zobrazení genitálií
- Groteskní postava
- Průhlednost nakreslené postavy
- Chybění nosu, úst, očí nebo krku, těla, paží, nohou
- Přeškrtnání části těla

Tyto položky jsou zaměřené na posouzení způsobu zobrazení lidské postavy podle velikosti, symetrie, přídatných znaků, které nejsou obvykle zobrazovány, nebo dle chybění detailů. Tyto odchylky zobrazení nemusí mít původ v emoční rovině, mohou být důsledkem nedostatečné pozornosti a kontroly procesu kreslení. Výskyt některých znaků v určitém věkovém období může být spíše projevem kognitivní či grafomotorické nezralosti. M. Catteová a M. Coxová v roce 1999 provedly korekci jednotlivých indikátorů a určily, že většina z nich se týká dětí od 6 let, do té doby se jedná spíše o nezralost kreslířských schopností. Zvýšený počet emočních indikátorů se vyskytuje u dětí s problémy v učení a chování a potvrzuje tak, že se necítí dobře. Může se jednat o důsledek zvýšeného napětí nebo sekundární emoční rozlady, které vyvolává stresující zkušenost jako je například neúspěšnost ve škole. Emoční problémy mohou ovlivnit grafický projev dítěte, a tudíž je výsledná kresba zjednodušená a odpovídá vývojově nižší úrovni. Narušené emoční prožívání se v kresbě může projevovat rozdílným způsobem. Děti trpící úzkostí kreslí jinak než děti s diagnózou ADHD syndromem (Vágnerová, 2017, s. 161-162).

Důležité je nečinit závěry o emočním stavu na základě jedné zvláštnosti, je třeba brát v úvahu celkový počet těchto elementů. Znamená to, že čím více se jich v kresbě objeví, tím jsou pravděpodobnější nějaké emoční problémy u dítěte. Tento hodnotící systém neměl tak jednoznačné výsledky, proto není obecně přijímán. Jeho reliabilita vzhledem ke shodě dvou hodnotitelů byla relativně vysoká, ale výsledky validity nebyly moc přesvědčivé. Tato metoda tedy spolehlivě něco měří, ale není jasné, co přesně, co výskyt těchto znaků v kresbě znamená. Validita není zcela uspokojivá, jelikož se v kresbě často neobjeví dostatek nápadností, někdy vůbec žádná i přesto, že se jedná o děti s emočními poruchami. Vzhledem k tomu je vhodné tuto metodu využít jako základ pro následující rozhovor a další vyšetření (Vágnerová, 2017, s. 163).

Američtí psychologové (Naglieri, McNeish a Bordos, 1991) vytvořili test „*Draw a Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance*“, který je zaměřen na emoční aspekty kresby lidské postavy. Tato metoda zahrnuje tři kresby – muž, žena a zobrazení sebe sama.

Výzkumnou skupinu tvořily děti ve věku 6 až 17 let. Část hodnotících hledisek je zaměřena na velikost a umístění kresby na listu papíru. Další slouží k hodnocení obsahových hledisek kresby, co kresba obsahuje a co chybí. Hodnotící hlediska DAP:SPED testu:

- Malá x velká postava
- Umístění v horní x dolní části listu papíru
- Umístění v levé x pravé polovině listu
- Otáčení papíru při kreslení
- Opakovaný pokus o kresbu, tzv. restart
- Nakloněná postava
- Nezobrazení základní čáry
- Obličej postavy v profilu a je otočený doprava nebo doleva
- Hlava, či celá postava zobrazena zezadu
- Nedostatečné propojení částí těla
- Tělo postavy je viditelné přes oblečení – tzv. transparentní kresba
- Chybí hlava, vlasy, oči, nos a ústa
- Chybí důležité části postavy – tělo, paže, prsty na ruku, nohy, chodidla
- Nohy těsně u sebe
- Přeskrtný nebo vystínovaný rozkrok
- Stínování rukou

Metoda je zaměřena na obdobné ukazatele jako u Koppitzové, měla též problémy s validitou. Reliabilita byla přijatelná, avšak validita nebyla přesvědčivě potvrzena. Tato metoda byla vytvořena k identifikaci dětí s poruchami chování a s emočními potížemi, ale výsledky nebyly jednoznačné. Studie potvrdily, že děti s těmito problémy měli v tomto testu průměrně větší počet bodů než děti, které je nemají. U velkého počtu dětí jejich problémy nebyly z kresby diagnostikovány i přes to, že je měly. Výsledky tedy mohou být falešně pozitivní či negativní, což značně snižuje hodnotu testu a je nutné doplnit informace z dalších zdrojů (Vágnerová, 2017, s. 163-164).

4.2. DŮLEŽITÉ ZNAKY PRO HODNOCENÍ EMOČNÍHO STAVU

Analýza uvedených metod ukázala, že k hodnocení emočního ladění slouží různé nápadnosti kresby.

Způsob využití plochy papíru – pro posouzení emočního stavu autora kresby je důležité, že si dokáže uspořádat prostor a ví, kam zobrazovanou postavu umístí. Využití papíru, tedy ponechání bílých míst, má expresivní hodnotu kresby. Zobrazení pouhých obrysů, či vyčmárávání některých částí těla může signalizovat emoční napětí. Způsob, jakým je obrázek uspořádaný může vyjadřovat vztah mezi zobrazovanými objekty. Umístění postavy v kresbě symbolizuje místo, které zaujímá v reálném světě, neb v představách autora. Symbolické zakotvení ztvárňuje základní čára, nebo dolní okraj papíru. Pokud je postava nakloněná, nebo zobrazená ve vzduchu, vyjadřuje nedostatek stability a zvýšenou nejistotu. V předškolním věku nemá diagnostický význam, jedná se spíše o vývojově podmíněný projev. (Vágnerová, 2017, s. 165)

Způsob vedení čar, škrtání, gumování, stínování – v charakteru čar se může projevit aktuální emoční ladění dítěte, ale také jeho trvalé osobnostní rysy. Silné čáry jsou projevem napětí, ale také může být příčinou nezralá koordinace ruky a oka. Důležité je výrazné zesílení obrysů některých detailů kresby, v kresbě postavy se jedná nejčastěji o obličej. Naopak slabé čáry jsou projevem nejistoty až úzkosti. Rovněž se může jednat o přerušované, napojované nebo překreslované čáry. Čáry, které jsou roztřesené, mohou značit neurologické postižení, jehož důsledkem je narušená pohybová koordinace. Gumování a překreslování částí kresby může být znakem úzkosti. Tento projev též svědčí o nejistotě, obavách z neúspěchu, či nadměrné pečlivosti. Dalším signálem úzkosti je nadměrné stínování, zejména černou barvou. Při analýze tohoto projevu musíme být obezřetní, jelikož vyčmárávání je do určitého věku běžné, zvláštností se stává až v mladším školním věku, což též platí pro gumování a překreslování kresby (Vágnerová, 2017, s. 165-166).

Způsob provedení kresby (velikost) – pokud dítě vytváří kresby extrémní velikosti může tak signalizovat pocity nejistoty, emoční napětí, ale může být i průkazem manuální neobratnosti. Což se vyskytuje zejména u předškoláků a mladších školáků. Velikost může sloužit k vyjádření pocitů, které v dítěti zobrazovaný objekt, postava vyvolává. Může se v něm odrážet představa o jeho kompetencích a moci, ale i celkový emoční význam. Někdy dítě zobrazuje svá přání, jaké by chtěl, aby měl zobrazovaný člověk vlastnosti. Velikost sice slouží k symbolickému potvrzení jeho významu, avšak nedá se jednoznačně říct, jestli k negativnímu

nebo pozitivnímu. Dítě může tohoto člověka vnímat jako zdroj ohrožení, ale i ochrany, proto je důležité další získávání informací od autora kresby (Vágnerová, 2017, s. 166).

Tendence kreslit nápadně velké objekty se objevuje u hyperaktivních dětí s nedostatečným sebeovládáním, což může souviset s nedostatkem vnitřní kontroly. Naopak pokud děti kreslí nápadně malé objekty je to projevem nejistoty, úzkosti a s tím související odtažitosti. Studie ukázaly, že děti zobrazují velké věci, které v nich vyvolávají pozitivní emoce, naopak menší jsou objekty, kterých se bojí a jsou spojené s negativními pocity. Zmenšení může sloužit k tzv. symbolické redukci hrozivosti objektu. Někdy je naopak tato postava zobrazována větší, jelikož jí dítě přičítá určitou moc a sílu. Nejen velikost postavy, ale i výraz v obličeji může napovídat tomu, jaké pocity u autora kresby daná postava vyvolává (Vágnerová, 2017, s. 167).

Burkittová a její spolupracovníci v roce 2003 potvrdili, že děti (4-11 let) kreslí rozdílně velké postavy dle jejich pozitivních či negativních vlastností. Zadáním bylo nakreslit lidskou postavu, psa a strom, nejdříve neutrálně a poté v pozitivní a negativní rovině. Dvě třetiny dětí nakreslily pozitivní objekty větší, než ty neutrální a necelé dvě třetiny nakreslily negativní objekty menší, než byly ty neutrální. Což potvrzuje fakt, že velikost kresby odráží emoční význam zobrazovaného objektu. Ve spontánní kresbě tomu může být jinak. Velikost postavy nemusí vždy signalizovat emoční rozpoložení autora kresby, může být i obyčejným faktem, že tatínek je vyšší než maminka a děti. Tímto děti často rozlišují věkové odlišnosti. Velikost postavy má také odlišný význam, pokud je zobrazována pouze jedna postava. Čím více nakreslí děti starší pěti let postav, tím budou menší. Tato modifikace dle počtu osob se rozvíjí během mladšího školního věku. Sedmileté děti již vnímají omezenost prostoru listu papíru, a tak průměrná velikost postav se příliš neliší (Vágnerová, 2017, s. 167-168).

Míra integrovanosti částí celku – při hodnocení tohoto aspektu, je třeba velké obezřetnosti, jelikož u dětí předškolního věku (6-7 let) se nedostatečné propojení částí postavy vyskytuje zcela běžně (Vágnerová, 2017, s. 168).

Nevyváženost a deformace jednotlivých částí kresby – proporce kresby by měly být vyobrazovány dle reálného vzhledu objektu. Pokud se jedná o lidskou postavu, nejdůležitější je hlava, trup a končetiny. Pokud dojde k odchylce v proporcí těla, je tato část vyobrazená menší nebo větší. Při hodnocení této kresby je třeba brát ohledy na věk dítěte a jeho kreslířské schopnosti, pokud dítě není dobrým kreslířem, může dojít k chybné interpretaci kresby. Pokud se však jedná o dobrého kreslíře, bereme v potaz, co by tato odchylka mohla znamenat. Nejčastěji se objevuje nadměrně velká hlava, která neodpovídá velikosti těla jako takového. Toto zkrácení může signalizovat nezralost kreslířských dovedností, ale také obtíže koordinace

ruka a oko. Může se také jednat o neschopnost rozvržení a plánování kresby, v tomto případě by odchylka neměla diagnostický význam. Týká se především dětí v předškolním věku, kdy nejsou schopné odhadnout, kolik místa budou potřebovat k vyobrazení celé postavy a jelikož mají na začátku papír prázdný, často nakreslí hlavu větší. Dalším důvodem je i smysl detailů, které se malému dítěti do malé hlavy nepodaří vkreslit. Zobrazení hlavy má diagnostický význam až po 8. roce života. Objevují se i asymetrie párových částí těla, obličeje, což je charakteristické pro chlapce a může se jednat o pomalejší zrání senzomotorické koordinace, menší pozornost, i o výkyvy řízení postupu kresby (Vágnerová, 2017, s. 168).

Nestandardní zobrazení nebo chybění některých detailů – důležité je především vynechání důležitých detailů nebo přidání něčeho nesmyslného. Chybění nebo deformace detailu může symbolicky vyjadřovat odlišnost nějaké vlastnosti, kterou zobrazená postava má. Někdy může vyjadřovat také přání, aby tento člověk takový byl. Symbolem kontaktu se světem jsou oči, které mohou vyjadřovat narušení kontaktu, nebo naopak nadměrnou zaměřenost na sledování nějakého ohrožení. Diagnosticky významné je opomenutí očí i pro děti předškolního věku, jelikož v tomto věku nejsou zobrazovány velmi vzácně. Prázdné oči mohou signalizovat problémy v sociální rovině – narušený kontakt s lidmi, sociální izolace. Zvýrazněné velké oči jsou spojovány s podezíravostí. Vyšší emoční vzrušivost signalizují pečlivě vypracované detaily očí a jejich okolí. Ruce a paže signalizují dosažení něčeho, nebo zasahování do něčeho. Krátké ruce a paže mohou signalizovat pocity bezmocnosti, slabosti, tendenci stahovat se do sebe. Naopak příliš dlouhé paže zobrazují děti, které chtějí být mocnější, silnější a mít větší kontrolu nad situací. Paže jsou důležitou součástí postavy a ve svých kresbách je zobrazuje i většina předškoláků, proto je jejich opomenutí diagnosticky významné, i možné zmenšení, či zvětšení. Vynechání nebo nápadné zmenšení této části postavy signalizuje pocity bezmocnosti a neschopnosti se bránit. Ruce a chodidla častěji chybí v kresbách chlapců (Vágnerová, 2017, s. 169).

Přidání nefunkčních a zbytečných detailů, jako je např. podobné oblečení všech postav, velký počet knoflíků či nefunkční vyplnění okolí postav, je projevem perseverace různého významu, nejčastěji však zvýšeného napětí dítěte. V kresbě jsou symptomaticky vyjádřeny určité tendence a prožitky. Sklony k impulzivité se projevují nestandardní velikostí postavy, vynechání detailů, nepropojení jednotlivých částí těla, asymetrií paží i nohou. Symboly nejistoty jsou vyjádřeny zobrazením nakloněné nebo malé postavy s malou hlavou, vynechání důležitých částí těla nebo kresby podivných postav – strašidla, roboti. V kresbě se může úzkost projevit nutkáním zaplnit celý papír a nenechat žádné místo prázdné, nebo sklonem k začerňování, vystínování obličeje, vynechání detailů obličeje, nebo neobvyklým umístěním

postavy na listu papíru. Dle výzkumu k magisterské práci L. Májové (2005) se ukázalo, že nápadným projevem úzkostných dětí v kresbě jsou deformace, disproporce, prostorová nevyváženost kresby, gumování a následné překreslování. Deprese se u dětí projevují podrážděností, ztrátou sebedůvěry i potížemi s koncentrací pozornosti. Tyto děti většinou odmítají kreslit a pokud kreslí, jsou přesvědčené, že se jim obrázek příliš nepovedl. Kresba postavy bývá zjednodušená se smutným, nebo zamračeným výrazem. Zlost a agresivitu dítě v kresbě vyznačuje přechmáráváním a začerněním objektů kresby, u postav zobrazuje zuby, dlouhé paže s nadměrně velkýma rukama. V kresbě je silný emoční prožitek zlosti vyjádřen nadměrným zdůrazněním rysů obličeje, či postojem těla (Vágnerová, 2017, s. 170, 171).

4.3. POSTUP ANALÝZY EMOČNÍCH ZNAKŮ KRESBY

Aby kresba byla diagnosticky validní, je důležité věnovat pozornost způsobu zadávání kresby, ale také dalšímu dotazování a následné analýze. Je třeba určit přesnou instrukci, co má dítě kreslit a mělo by mít možnost vyjádřit, co jeho obrázek zachycuje a jaký je vyobrazený člověk. Dle Altmana (2011) je vhodné při hodnocení kresby postupovat od formální analýzy k obsahové, tedy od rozboru provedení kresby k hledání významu celku a jednotlivých částí kresby. Abychom předešli chybné interpretaci kresby, je vhodné porovnat více kreseb téhož dítěte a všimnout si charakteristických znaků a jak se v čase vyvíjejí. Je třeba opatrnosti při interpretaci emočních signálů (postoje, názory a emoce), které jsou v kresbě symbolicky vyjádřeny. Prožívané emoce se někdy nemusí v kresbě vůbec objevit, proto jim není snadné porozumět. Děti různého věku nemusí mít dostačující kreslířské schopnosti pro zobrazení jejich postojů a emocí. Některé nápadnosti tudíž nemusí být vždy projevem aktuální nálady, nebo trvalých vlastností autora, ale mohou vzniknout zcela náhodně. Mohou být ovlivněny nepozorností, nedostatkem plánování a kontroly průběhu kreslení. Pohybová neobratnost i obtíže v koordinaci ruka oko mohou být příčinou asymetrie nebo zvýraznění určitých částí těla, tudíž nemusí jít vždy o projev pocitů a postojů dítěte. V dospívání nás limituje stagnace kreslířského projevu a zvýšená kritičnost k vlastním výtvorům, což omezuje ochotu dětí v tomto vývojovém stádiu kreslit. Obecně platí, že se v kresbách chlapců vyskytuje více emočních indikátorů než u dívek, i přesto, že se často jedná o důsledky menší pečlivosti (Vágnerová, 2017, s. 172-173).

Jelikož je obtížnější hodnotit kresbu lidské postavy, jejímž autorem je dítě, mnozí psychologové doporučují kresbu doplnit dodatečnými otázkami zaměřenými na kresbu. Například: „Co se ti na obrázku nejvíce povedlo, co tahle osoba dělá, co si myslí, nebo jakou

má náladu?“. Pro pochopení významu a úmyslu kresby je verbální komentář důležitý. Kresbu můžeme také využít jako podnět k další diskusi. Obecně platí, že výsledek hodnocení dětské kresby má pouze hypotetický význam a pro jeho objektivitu je třeba ho dále rozvíjet a doplňovat dalšími konkrétnějšími výzkumnými metodami (Vágnerová, 2017, s. 173).

4.4. HODNOCENÍ KRESBY RODINY

Při hodnocení kresby rodiny je důležité brát v úvahu fakt, že se v průběhu vývoje mění. Způsob zobrazení rodiny závisí na kreslířských schopnostech dítěte, ale také na způsobu uvažování a zvládání prostorové orientace u dětí různého věku (Vágnerová, 2017, s. 179).

Statické nediferencované zobrazení rodiny je její prvotní fází, která je charakteristická pro předškolní období. Dítě v tomto věku vyobrazuje rodinu jako řadu osob, často stejné velikosti, nebo velikosti náhodné – dítě nakreslí první postavu největší a poslední nejmenší, jelikož už nemá dost místa (Vágnerová, 2017, s. 179).

Statické diferencované zobrazení rodiny je její druhou vývojovou fází. V tomto případě dítě vyobrazuje různě zpracované postavy, které se liší nejen jejich velikostí a oblečením, ale i detaily obličeje. Kresba v tomto vývojovém období je diagnosticky významná. Dítě kreslí postavy dle toho, jaký k nim má vztah a také jaký mají vztah mezi sebou. Tato fáze je charakteristická pro mladší školní věk (Vágnerová, 2017, s. 179).

Dynamické zobrazení rodiny je třetí a zároveň poslední vývojovou fází kresby rodiny. Dítě již zachycuje členy rodiny při nějaké činnosti. Neliší se již tedy pouze velikostí, oblečením a rysy obličeje, ale i aktivitou jednotlivých členů rodiny, která mnohdy vyjadřuje jejich vzájemný vztah lépe než statický rodinný portrét. Rodina je v tomto věku vnímána jako určité společenství, kde každý má svoji roli. Tato fáze je charakteristická pro střední a starší školní věk (Vágnerová, 2017, s. 180).

Test kresby rodiny nám umožňuje získat informace o tom, jak dítě vnímá svoji rodinu. V kresbě se odrážejí jeho pocity, postoje a názory, ale i minulé zkušenosti a přání, jak by jeho rodina měla nebo má vypadat. Důležité je také celkové pojetí kresby - zda je zobrazena jako řada postav, nebo společenství, kde každý má svoji roli (Vágnerová, 2017, s. 182).

5. DĚTSKÁ KRESBA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Badatelé se již desítky let zajímají o názor dětí na pojmy zdraví a nemoc. Má-li dojít k porozumění mezi dítětem a zdravotníkem, je nutné znát názor „průměrného“ dítěte určitého věku na tuto problematiku. Což znamená, jaké jsou jeho přesvědčení, představy a jeho dětské neboli laické pojetí zdraví a nemoci v daném věku. Dle toho by měli zdravotníci volit vhodný slovník, postup výkladu a způsob argumentování, aby dosáhli co největšího porozumění ze strany dítěte (Mareš a kol., 2018, s. 64).

Tyto údaje jsou pro zdravotníky velice důležité nejen při komunikaci s nemocným pacientem, ale i se zdravým dítětem. Jedná se především o objasnění preventivních aktivit (očkování, aktivity posilující zdraví), nebo rizikových faktorů ohrožujících zdraví. Při komunikaci s nemocným dítětem je znalost dětských představ o zdraví a nemoci v daném věku stěžejní a nutná. Nejčastěji se jedná o vysvětlování průběhu jednotlivých vyšetření, stanovené diagnózy a dalšího léčebného postupu, včetně rekonvalescence (Mareš a kol., 2018, s. 64).

Nejedná se nám však pouze o poznání obecného názoru neexistujícího „průměrného“ dítěte na svou nemoc, ale o názor konkrétního dítěte, se kterým komunikujeme. Je důležité zjistit, jakou má tento konkrétní pacient představu o své nemoci, abychom mohli dítě adresně edukovat a vyvrátili jsme jeho mylné domněnky a zodpověděli všechny dotazy tak, aby je dítě bylo schopno pochopit. Pokud se budeme řídit pouze obecným názorem dětí, konkrétní pacient nás sice vyslechne, ale dále se bude řídit svým přesvědčením, což znamená, že naše edukace byla neúčinná. Laické přesvědčení dítěte tak bude dále ovlivňovat jeho uvažování o nemoci a také jeho zdravotní chování. Pokud máme mluvit s různě starými dětmi o pojetí zdraví a nemoci, potřebujeme znát, kterými vývojovými stádii názory „průměrného“ dítěte na nemoc a zdraví si postupně procházejí. Což znamená, že potřebujeme znát věkové zvláštnosti dětských názorů na pojmy zdraví a nemoc. Zjišťujeme, zda se věkové přiměřené chápání zdraví a nemoci u konkrétního dítěte vývojově urychluje, nebo zpožďuje (Mareš a kol., 2018, s. 64).

Dalším důležitým aspektem poznávání dětského pojetí zdraví a nemoci je zjištění, jak u dětí vzniká, jaký je jeho průběh a které faktory přispívají k jeho výsledné formě v daném věku a co způsobuje, že se toto pojetí po čase opět znovu proměňuje. Badatelé určili především tyto faktory: osobní zkušenost dítěte se zdravím a nemocí, vývoj kognitivních schopností konkrétního dítěte, sociální konstruování dětského pojetí zdraví a nemoci, což znamená přebírání názorů od laické společnosti (matka, sourozenci, spolupacienti, kamarádi), médií, názory profesionálů (učitelé, lékaři, fyzioterapeuti atd.). Tyto faktory mají pro konkrétní děti různou váhu a vytvářejí rozdílné **konstelace**. Intenzivněji bychom měli pátrat po dětském pojetí

zdraví a nemoci, pokud zjistíme, že je u konkrétního dítěte velmi zkrácené a dítě zastává až zdravotně nebezpečné názory na to, co je zdraví prospěšné, a které aktivity jsou pro udržení zdraví důležité (Mareš a kol., 2018, s. 64-65).

Pro analýzu vlastních zážitků a zkušeností s nemocí využívá mnoho badatelů primárně metody využívané v sociálních vědách, tedy rozhovory, analýzy textu, a také **etnografický přístup**. Přitom je nám známo, že děti mohou vědět mnohem více, než jsou nám schopny sdělit. Proto způsob, jak proniknout hlouběji do dětské duše, představují právě dětské kresby. Guillemanová (2004, s. 274-275) připomíná, že slovo drawing je v angličtině podstatné jméno, ale i sloveso. Vyjadřuje tak nejen výsledek, ale i proces vedoucí k němu. Kresba je vizuálním produktem, který nám sděluje příběh a zprostředkovává jeho význam a smysl. Je obrazem toho, jak dítě danou situaci vnímá a prožívá na daném místě a v konkrétním čase. Umožňuje nám poznat, jak dítě vidí svůj svět. Již Malchiodiová (1998) poznamenala, že kresby dětem poskytují možnost sdělit nám své příběhy, formulovat svůj pohled na svět. Toho docílí kresbou, ale také slovním nebo písemným komentářem během a po dokončení kresby (Mareš a kol., 2018, s. 67).

Kresba v životě člověka plní důležité funkce, zejména u dětí a dospívajících. První funkcí je fakt, že jedinec prostřednictvím kresby vnímá svět, uspořádává si své pocity a názory na svět, své myšlenky a vjemy. Kresba zprostředkovává komunikaci s druhými lidmi a umožňuje jim vidět a vnímat to, jak vnímá svět daný jedinec, jaké jsou jeho myšlenky a názory. Jedinec využívá výtvarný materiál, své myšlenky, rozvíjí nápady a tvoří tak nové věci. Kresba oživuje naše nápady, názory a stanoviska (Mareš a kol., 2018, s. 67).

5.1. DIAGNOSTICKÉ VYUŽITÍ DĚTSKÝCH KRESEB

Zájem o kresbu pro zkoumání dětských zážitků spojených s nemocí trvá již dlouho, přibližně 50 let. Dětskou kresbou zobrazující zážitky spojené s hospitalizací začala používat Clatworthyová. Dokázala tak diagnostikovat negativní emoce nemocných dětí. Odborníci však rozlišují řadu typů kreseb dětí pro diagnostické využití. Čtyři základní nyní dále rozvedeme.

Prvním kritériem je, zda jde o **individuální** nebo **skupinovou** diagnostiku. V psychologii se často využívá individuální diagnostika, jelikož je třeba hlouběji poznat jednotlivce a jeho emoční, osobnostní, sociální a jiné zvláštnosti. Thomas a Jolley se v roce 1998 soustředili na klinické využití dětské kresby pro individuální diagnostiku. Závěry vyplývající z jejich přehledové studie jsou poměrně kritické. Konstatují, že dětské kresby jsou nespolehlivé a nepřesné pro diagnostiku osobnosti dítěte, ale i pro poznání psychických stavů, které dítě prožívá. Kresby však mohou být ovlivněny emocemi, které dítě prožívá vzhledem

k tématu, které nakreslilo. Způsob, jakým dítě své stavy vyjádří, je velmi individuální a pro konkrétní dítě charakteristická. Druhou variantu tvoří diagnostika skupinová, při níž nás zajímá definovaná skupina osob. Prostřednictvím dětské kresby zjišťujeme, co mají její členové společného a v čem se naopak liší (Mareš a kol., 2018, s. 69).

Druhé kritérium se týká **míry spontánnosti**. Jsou spontánní kresby, které dítě kreslí ze svého vlastního zájmu a pak kresby, jejichž témata určuje dospělá osoba, často určuje i způsob kreslení. Téma kresby může určit někdo z rodiny, nebo učitel ve škole. Specifické jsou kresby, které zadává odborník (psycholog, lékař) pro diagnostické účely. V tomto případě je postup kresby standardizován, tedy jsou přísně dané podmínky prostředí, jednotná instrukce, použité pomůcky a způsob hodnocení kreseb (Mareš a kol., 2018, s. 69).

Třetí kritérium tvoří míra **statičnosti/dynamičnosti** kresleného tématu. Diagnosticky významná je tzv. Kinetická kresba, což je kresba zachycující osoby v pohybu, jak něco dělají, komunikují atd. Další důležitý aspekt je zachycení dění v jeho kontextu, nikoli pouze samotnou osobu bez prostředí, v němž žije a něco dělá. Třetím důležitým hlediskem je těsná svázanost kresby a její interpretací se sociokulturním prostředím, v němž autor kresby a člověk analyzující kresby žijí (Mareš a kol., 2018, s. 70).

Čtvrtým užitečným kritériem pro diagnostiku dětské kresby je **míra doplnění kresby slovním komentářem samotného dítěte**. Celkem jsme identifikovali čtyři základní přístupy. Prvním přístupem je samotná kresba. Kořeny této metody sahají do 1. poloviny 20. století. Jedná se pouze o odevzdání dětské kresby a její interpretace dospělou osobou. Což znamená, že dítě nakreslí obrázek a odevzdá ho odborníkovi, ten již s dítětem o kresbě nemluví, ale snaží se kresbu podle stanovených pravidel analyzovat a odborně interpretovat. Příkladem je metoda, která dle autorů dovoluje hodnotit pocity hospitalizovaných dětí, tato metoda se nazývá CD:H – Child Drawing Hospital (Clatworthyová et al., 1999). Tento přístup lze využít např. v situacích, kdy se zajímáme o názory dětí, které zatím neumí dostatečně ovládat jazyk majority (Fernandesová et al., 2014), (Mareš a kol., 2018, s. 70).

Druhým přístupem je dítě, které vytvoří kresbu a samo její podobu ústně okomentuje tak, aby dospělý pochopil, co nakreslil a proč to tak nakreslil. Tento přístup charakterizujeme jako „**nakresli a řekni**“ („draw and tell“). Dítě ukazuje svůj vlastní pohled na svět a zároveň vysvětluje nakreslené prvky, komentuje jednání osob a popisuje kontext, v němž se děj obrázku odehrál. Uvedený přístup lze využít i u dětí předškolního věku, které neumí číst a psát, což je jeho výhodou (Mareš a kol., 2018, s. 70).

Třetí přístup lze charakterizovat výrokem „**nakresli a napiš**“, neboli „draw and write“. Dle Angellové a kol. (2015) se tato metoda poprvé objevila již v roce 1972 v práci N Wettona,

který byl průkopníkem výzkumů v oblasti výchovy ke zdraví. Tento přístup lze využít u dětí, které již chodí do školy a nedělá jim problém napsat ke své kresbě vysvětlující komentář. Tento postup ověřovali Pridmore a Bendelow v roce 1995. Výhody tohoto přístupu jsou nejméně čtyři. První výhodou je navození příznivého klima, jelikož dítě se cítí jako náš partner, ne jako pasivní objekt výzkumu. Další výhodou je fakt, že dítě se přímo podílí na výzkumu a je vnímáno jako expert na svou kresbu. Také se dá tato metoda využít mnoha různými způsoby a usnadňuje zodpovězení výzkumné otázky, jelikož dítě má možnost formulovat svůj specifický pohled na svět (Mareš a kol. 2018, s. 70).

Občas se mohou vyskytnout i méně příznivé situace. Badatelé se setkávají i s tím, že některé děti, ale i mnozí dospívající odmítají kreslit obrázek. Děti své rozhodnutí ospravedlňují tím, že jim kreslení nejde a je to pro ně velmi těžký úkol. Mayabová a Woodová (2015) navrhly řešení, kdy děti a dospívající vyzvali k vytvoření koláže. Tedy aby z vystřižených fotografií a obrázků vytvořili nový celek. Tato metoda je pojmenována: „**Najdi vhodný obrázek či fotografii a vystřižni ji, nalep ji na papír a napiš k ní svůj komentář**“ (Mareš a kol., 2018, s. 71).

Čtvrtý přístup je výsledkem integrace všech tří předchozích přístupů. Bývá charakterizována výrokem „**nakresli, napiš a slovně okomentuj**“ neboli „draw, write and tell“. Angell a Angellová (2013) tuto metodu navrhli pro zkoumání toho, jak děti vnímají reklamní pořady. Vzápětí se ale ukázalo, že tato metoda má širší využití a je tak vhodným přístupem ke kvalitativnímu výzkumu, který trianguluje data získaná z dětské kresby, napsaného dětského komentáře a z rozhovoru badatele s dítětem nad kresbou (Mareš a kol., 2018, s. 71).

6. PROFESE DĚTSKÉ SESTRY

6.1. OŠETŘOVATELSTVÍ

V současné době se obor ošetřovatelství stal prestižním povoláním. Ošetřovatelství jako profese má přesně stanovené a definované kompetence v rámci zdravotní péče a orientuje se na péči o zdraví, což zahrnuje předcházení onemocnění, ale také péči o nemocné. Postupně se zvyšuje kvalita ošetřovatelské péče a ošetřovatelství se stává vědní disciplínou, výzkum v tomto oboru je součástí profesní výbavy nelékařských zdravotníků. Nositelky tohoto oboru se stávají edukátorkami pacientů neboli klientů. Výraznou změnou ve vývoji ošetřovatelské profese bylo vymezení kompetencí pro všeobecné sestry a porodní asistentky (J. Kutnohorská, 2010, s. 158).

6.2. VZDĚLÁVÁNÍ DĚTSKÝCH SESTER

„Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy vydává v návaznosti na ustanovení § 5a zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.) a ustanovení § 3 a § 4a vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů, kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání dětská sestra“ (MZ, 2018, s. 1)

Obor lze studovat v tříletém akreditovaném zdravotnickém bakalářském studijním programu Pediatrické ošetřovatelství nebo na vyšší odborné škole v oboru diplomovaná dětská sestra. V těchto vzdělávacích programech se specifikují minimální požadavky na tento studijní obor. Cílem je připravit absolventy k výkonu zdravotnické profese dětská sestra (MZ, 2018, s. 1).

Standardní doba studia jsou 3 roky, přičemž praktická výuka činí 2000 hodin. V bakalářském studijním programu lze studovat prezenční nebo kombinovanou formou. Na vyšší odborné škole lze studovat denní nebo kombinované studium (MZ, 2018, s. 1-2).

6.3. KOMPETENCE DĚTSKÉ SESTRY

Autonomní (nezávislé)

1. Dětská sestra bez indikace lékaře uspokojuje potřeby dítěte, které vznikly v souvislosti s onemocněním, v rozsahu své odborné způsobilosti zajišťuje základní ošetrovatelskou péči:
 - identifikace a hodnocení biopsychosociálních potřeb dítěte, které vznikly v souvislosti s onemocněním
 - zajišťuje vhodná opatření a sestavuje plán ošetrovatelské péče k dosažení uspokojování potřeb, navrácení soběstačnosti, zmírňování bolesti a utrpení, klidné umírání
 - vykonává ošetrovatelskou péči, nebo pověřuje jiného zdravotnického pracovníka. Vykonává první ošetření novorozence. Zajišťuje preventivní a protiepidemiologická opatření.
 - hodnotí výsledky a účinnost ošetrovatelské péče a plánuje další opatření (MZ, 2018, s. 4-5)
2. Prevence nemoci a podpora zdraví
 - sleduje dítě, jeho rodinu a komunitu v které se dítě běžně pohybuje, respektuje sociální prostředí dítěte a způsob jeho života, zjišťuje všechny dostupné zdroje, které dítěti pomáhají zvládat rizika
 - určuje opatření k podpoře zdraví a prevenci nemoci na kterém se dítě nebo jeho rodina mohou podílet sami
 - sestra vysvětluje dětem a jejich rodinám, skupinám, jak mohou pozitivně ovlivnit své návyky, edukuje o zdravém životním stylu
 - vyhodnocuje výsledky stanovených opatření, nebo se na vyhodnocení podílí (MZ, 2018, s. 5)
3. Zdravotní výchova, poskytování informací
 - sestra zprostředkovává potřebné informace dětem, rodině, skupinám, v rozsahu své způsobilosti a rozumových schopností dítěte. Informace musí být podány srozumitelně, aby je příjemce mohl pochopit a zdravotní sestra měla zpětnou vazbu a mohla výsledky o informovanosti vyhodnotit.
 - zdravotní sestra metodicky organizuje a vede výchovnou péči o děti všech věkových skupin

- zdravotní sestra se účastní kampaní na podporu zdraví a prevenci onemocnění, úrazů, domácího násilí a šikany v dětském věku a vyhodnocuje výsledky programů
 - zdravotní sestra se podílí na vzdělávání členů ošetrovatelského týmu a na kvalifikačním a celoživotním vzdělávání
 - zdravotní sestra umí efektivně ovládat nové komunikační a informační technologie (MZ, 2018, s. 5)
4. Provázení a podpora osob v krizových situacích
- sestra zvládá rozhovor s rodiči v náročné životní situaci, spolupracuje s institucemi zabývajícími se péčí o dítě a jeho rodinu
 - zdravotní sestra hodnotí vlastní sociální zázemí dítěte – zajištění zdravého vývoje a prevence úrazů, onemocnění, týrání, nebo zanedbávání (MZ, 2018, s. 5-6)

Kooperativní, neboli závislé kompetence

- zdravotní sestra respektuje role profesionálů v multidisciplinárním týmu, posiluje jejich vztah a podílí se na koordinaci a plnění odborných úkolů
- dle indikace lékaře provádí diagnostická vyšetření a léčebná opatření s ohledem na vývojové zvláštnosti v dětském věku
- zdravotní sestra zná a respektuje hranice své odborné způsobilosti, pokud je to nutné, žádá příslušné odborníky o pomoc (MZ, 2018, s. 6)

Kompetence ve výzkumu a vývoji ošetrovatelství

Dětská sestra kriticky reviduje každodenní praxi a při realizaci ošetrovatelského postupu a dalších činností využívá výsledky ošetrovatelského výzkumu a praxe, založené na důkazech. Podílí se na výzkumných pracích v oboru ošetrovatelství, prezentuje je, využívá všech dostupných informačních zdrojů a získává tak nové poznatky. Nepřetržitě a systematicky se podílí na programech zajišťujících kvalitu péče a v rámci celoživotního vzdělávání usiluje o svůj odborný růst (MZ, 2018, s. 6).

Kompetence v oblasti managementu ošetrovatelské péče

Zdravotní sestra posuzuje, analyzuje rizika pro zdraví, která spadají do oblasti ošetrovatelské péče. Dále je schopna plánovat, uskutečnit a kontrolovat opatření, která mají

těmto rizikům zamezit. Pracuje ve skupinách, kde spolupracuje s dalšími odborníky a kontroluje pracovní tým. Sleduje náklady a efektivitu při výkonu odborných ošetrovatelských činností. Sestra vede, vzdělává a motivuje, kontroluje a hodnotí své podřízené pracovníky. Dále se účastní rozhodovacích procesů týkající se zdravotní politiky a řízení v oblasti ošetrovatelství v pediatrii a péči o děti (MZ, 2018, s. 6).

Následující kompetence musí být plněny v souladu s právními předpisy, profesními standardy a etickými principy, jež platí pro dětské sestry poskytující ošetrovatelskou péči v ČR (MZ, 2018, s. 6).

6.4. ROLE ZDRAVOTNÍ SESTRY

Sestra pečovatelka poskytuje základní ošetrovatelskou péči, samostatně pečuje o nemocné v nemocniční i terénní péči.

Sestra edukátorka nemocného i jeho rodiny se podílí na upevňování zdraví, prevenci vzniku nemocí a následných komplikací.

Sestra obhájkyně nemocného má možnost prostřednictvím ošetrovatelského procesu poznat pacientovy problémy, potřeby a přání a v případě, že pacient není schopen je projevit, stává se sestra jeho mluvčím.

Sestra koordinátorka v plánování a realizaci ošetrovatelské péče spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu.

Sestra asistentka se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, což znamená, přípravu pacienta k vyšetření, asistence u něj a zajištění terapeutických činností dle ordinace lékaře.

Sestra výzkumnice získává nové informace a využívá je ve své profesi (I. Plevová, 2018, s. 82).

6.5. VLASTNOSTI DĚTSKÉ SESTRY

Do rukou dětské sestry je vložena obrovská odpovědnost, která vyžaduje velký důraz na následující vlastnosti. Dětská sestra by měla být pečlivá, trpělivá, emočně stabilní, spolehlivá. Měla by disponovat schopností týmové spolupráce, projevování vzájemné úcty a korektnosti v jednání v multidisciplinárním týmu. Měla by být ochotná učit se novým věcem, umět improvizovat a být kreativní. Současně je důležitá fyzická zdatnost, zručnost a výdrž. Důležité jsou také znalosti z pedagogické psychologie, zejména při práci s dětmi. (Florence, 2018, s. 1).

7. ORGANIZACE PEDIATRICKÉ PÉČE

V České republice je pediatrická péče poskytována formou ambulantní nebo ústavní (P. Sedlářová, 2008, s. 15).

7.1. AMBULANTNÍ PÉČE

Lze rozdělit na primární, specializovanou a zvláštní péči. Základem je praktický lékař pro děti a dorost s dětskou sestrou, který poskytuje primární péči. Primární péči lze definovat jako komplexní zdravotně – sociální péči poskytovanou profesionálními zdravotníky v rámci prvního kontaktu dítěte se zdravotnickým systémem. Poskytovaná péče zahrnuje podporu zdraví, prevenci, diagnostiku a léčbu nemocí včetně rehabilitace a ošetřování nemocného dítěte. Péče je poskytována v blízkosti sociálního prostředí dítěte a respektuje jeho bio-psycho-sociální potřeby. Praktický lékař pro děti a dorost pečuje o děti od 0 do 19 let, poskytuje jim komplexní pediatrickou péči ve zdraví i nemoci (preventivní a kurativní péče) (P. Sedlářová, 2008, s. 15).

Specializovaná péče je poskytována ve specializačních zařízeních pediatrem s kvalifikací, např. kardiolog.

Zvláštní pediatrická péče je péče poskytovaná v kojeneckých ústavech, stacionářích a dětských domovech do 3 let. Dále v dětských odborných léčebnách, sanatoriích, ozdravovnách, v dětských centrech a v lázeňských léčebnách (P. Sedlářová, 2008, s. 15).

7.2. NEMOCNIČNÍ PÉČE

Lůžková péče je tvořena sítí dětských oddělení, která se nacházejí v různých typech nemocnic, jako jsou územní, soukromé, nebo zřízené ministerstvem zdravotnictví. Na dětském oddělení je poskytována péče ambulantní, základní a specializovaná léčebná i diagnostická dětem od 0 do 19 let. Nemocnice, které dříve působily jako okresní, např. soukromé, poskytují specializovanou péči lékařem s příslušnou kvalifikací – gastroenterolog, neurolog a další. Nemocniční síť dále tvoří dětská oddělení krajských a fakultních nemocnic, jejichž základem je spolupráce s ostatními odborníky. Nemocniční péči rozdělujeme na standardní, intenzivní a dlouhodobou, která je rehabilitační, nebo symptomatická (P. Sedlářová, 2008, s.15).

Dětská oddělení se většinou skládají ze tří základních stanic – **oddělení kojenců a batolat, novorozenecký úsek a oddělení větších dětí**. Tyto oddělení jsou doplněny odbornými poradnami – kardiologie, revmatologie, urologie, endokrinologie a mnoho dalších. Dětská oddělení krajských nemocnic poskytují i další specializované a konsiliární služby (např.

alergologické, diabetologické) a jejich součástí jsou také jednotky intenzivní a resuscitační péče. Dětská oddělení, která jsou součástí fakultních nemocnic nabízejí péči v rozsahu krajských nemocnic, ale také péči v rámci nadregionálních a celorepublikových center, jako jsou např. pro kardiochirurgii, transplantaci, onkologii a mnoho dalších (P. Sedlářová, 2008, s. 15-16).

Kromě nemocnic poskytují lůžkovou péči i odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, sanatoria, ozdravovny, kojenecké ústavy a dětská centra.

Dětské léčebny jsou určeny pro děti s vleklým onemocněním, zajišťují dlouhodobou léčbu, doléčování a rehabilitační péči.

Dětská sanatoria jsou určena pro děti, které nevyžadují nemocniční léčbu, ale ke zlepšení jejich zdravotního stavu je třeba komplexní a dlouhodobé péče.

Dětské ozdravovny zajišťují odbornou péči ve vhodných klimatických podmínkách, pro děti zdravotně oslabené, opakovaně nemocné a v rekonvalescenci po onemocnění či operacích, které příznivě ovlivňují jejich zdravotní stav.

Kojenecké ústavy poskytují komplexní péči dětem od narození do jednoho roku věku, které se nacházejí v sociální a zdravotně – sociální tísni (P. Sedlářová, 2008, s. 16).

8. PŘEHLED VÝZKUMŮ

8.1. VÝZKUMNÉ PRÁCE

Nemocné dítě v domácím prostředí

Tato studie byla vytvořena kolektivem autorů pod vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc. Výzkum proběhl v České republice.

Cíle výzkumné práce

- Shrnout důvody, proč se odborníci zajímají o názor dětí na zdraví a nemoc
- Shrnout dosavadní poznatky, které se týkají dětské kresby a pojetí nemoci, a zjistit, kde mají své slabiny
- Uvést základní typologické pohledy na kresbu dětí a na její diagnostické využití
- Popsat specifika léčení dítěte ve vlastním sociálním zázemí
- Referovat o podobě a výsledcích výzkumu

Způsob získání dětských kreseb – způsobem získání dětských kreseb na toto téma byla zápočtová práce z předmětu Psychologie nemoci, který absolvovaly studentky bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Hradci Králové. Úkolem bylo získat 5 dětských kreseb, analyzovat je a dle kritérií o nich napsat zprávu. Tématem kreseb bylo stonání v domácím prostředí (Mareš a kol., 2018, s. 63, 73).

Kritéria výběru respondentů

- věk 4-15 let
- chlapec/ dívka
- kreslení obrázku v domácím prostředí
- tématem kresby bude stonání doma s běžnými akutními onemocněními
- 1 dítě nakreslí pouze 1 obrázek
- volnost v provedení kresby – pomůcky ke kresbě
- bílý papír formátu A4

Zadání: „Jak to vypadá u nás doma, když jsem nemocný/á“ (Mareš a kol., 2018, s. 73-74).

Zdroj dat: pouze samotná kresba, využití přístupu „nakresli“

Kresby nebyly doplněny komentářem, jelikož nebylo možné zajistit standardní vedení rozhovoru s dítětem ani standardní instruktáž pro psaný komentář (Mareš a kol., 2018, s. 74).

Zkoumaný soubor

Celkový počet kreseb byl 347, z toho 106 kreseb bylo nakresleno chlapci a 241 kreseb nakreslily dívky. Konečný počet kreseb po vyřazení byl 311. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo mezi 6-13 lety s průměrným věkem 9,5 (Mareš a kol., 2018, s. 74).

Analýza kreseb

95 kritérií, která jsou sdružená do 8 skupin:

1. prostředí, ve kterém dítě stůně
2. orientace pohledu dítěte na místnost (zepředu, z boku, nadhledu) a barevné ladění kresby dítěte
3. barva, která v kresbě dominuje
4. pozice dítěte – leží, stojí, sedí
5. činnost dítěte, které je nemocné
6. zobrazení dalších osob – rodiče, sourozenci a zvířata
7. předměty a činnosti, které s nemocí souvisí
8. výraz obličeje nakresleného dítěte, naznačující jeho emoční stav

Autory těchto kritérií jsou Lubomír Hadaš a Johana Hadašová, kteří jsou také dva z autorů této studie. Tato kritéria na malém vzorku také otestovali a posoudili skórování všech 347 kreseb. Kritéria byla hodnocena binárním hodnocením (Mareš a kol., 2018, s. 75).

Statistická analýza dat

Byla využita faktorová analýza s extrakcí metodou minimálních reziduí. Tato analýza je analogická k metodě nejmenších čtverců. K odhadnutí počtu faktorů bylo využito Hornovy paralelní analýzy a také vizuální inspekce sutinového grafu. Dále bylo využito multivariační logistické a lineární regrese pro exploraci vztahu faktorů skóru s věkem a pohlavím dětí (Mareš a kol., 2018, s. 75).

Výsledky

Výstupem faktorové analýzy, která byla vybrána, bylo řešení, které zahrnuje 11 faktorů:

1. Sociální opora dítěte – může být přítomna – rodiče, sourozenci, zvířátko, nebo úplně chybět.
2. Celkové vyznění kresby – optimistické/pesimistické
3. Typ místnosti a její vybavení
4. Pohled na nakreslené prostředí – zepředu, z boku
5. Převládající barvy obrázku
6. Televizní přijímač

7. Pozice dítěte
8. Celkové vyznění obrázku
9. Odpočinek – čtení, rádio
10. Zábava, digitální zařízení
11. Detaily

Mladší děti zobrazovaly místnost z bokorysu, jelikož je to snazší. Děti se na kresbách častěji usmívaly, z čehož lze usoudit, že děti braly nemoc jako příležitost trávit více času s rodiči, kteří o ně pečují. Děti také častěji zobrazovaly další osoby, a to převážně tatínka a maminku.

Starší děti zobrazovaly kresbu častěji zepředu oproti bokorysu. Rodiče byli těmito dětmi zobrazováni spíše výjimečně. Děti se méně usmívaly, spíše převládala neutrální výraz. Starší děti trávily čas oddechově – ležely, spaly, anebo aktivně – četly si, pouštěly si hudbu, dívaly se na televizi, nebo pracovaly s tabletem či notebookem. Nemoc pro ně byla vítanou příležitostí zůstat doma a trávit čas po svém.

Byly identifikovány i rozdíly mezi chlapci a dívkami, i když nejsou příliš četné. Děvčata využívala převážně teplé barvy, málo zastoupená byla barva bílá a černá. Chlapci kreslili studenějšími barvami se zastoupením bílé a černé barvy. Chlapci častěji kreslili televizní přijímač, který se u kreseb dívek neobjevoval. Dívky častěji zobrazovaly tablet oproti chlapcům (Mareš a kol., 2018, s. 81).

Limity

- absence dětského komentáře ke své kresbě
- velké množství hodnocených kritérií vzhledem k relativně malé výzkumné skupině, což způsobuje nestabilitu faktorového řešení (Mareš a kol., 2018, s. 81-82).

Výzkum dětského vnímání sester prostřednictvím jejich kreseb

Autorem této studie je Nazan Çakirer Çalbayram, PhD a kolektiv. Výzkum proběhl v Turecku v roce 2015.

Cíl výzkumné práce

Cílem studie bylo prozkoumat jak děti s akutním, nebo chronickým onemocněním vnímají zdravotní sestry, pomocí dětských kreseb (N.C. Calbayram, 2017, s. 3).

Metoda výzkumu: Základem této studie byl deskriptivní výzkumný model.

Dětské kresby byly doplněny formulářem „Sestry očima nemocných dětí“, které doplnili výzkumníci na základě rozhovoru s dětmi. Formulář byl tvořen otázkami ohledně – věku, pohlaví, data diagnózy, délky hospitalizace, předchozí hospitalizace, výrazu obličeje sestry a

barev, které děti použily a proč, povinností sester a toho, zda by chtěly být zdravotní sestrou, čím by chtěly v dospělosti být (N.C. Calbayram, 2017, s. 4, 5).

Zadání: „Nakreslete prosím sestru s pomocí těchto materiálů“ (N.C. Calbayram, 2017, s. 4).

Výzkumná skupina: tvořena hospitalizovanými 6 - letými dětmi, které trpěly akutním, či chronickým onemocněním. Celkem se výzkumu zúčastnilo 25 dětí, 3 kresby byly dle kritérií vyhodnoceny jako nedostatečné a byly vyřazeny (N.C. Calbayram, 2017, s. 4).

Stanovená kritéria:

- hospitalizovaní pacienti dětského věku
- délka hospitalizace nejméně 3 dny
- věk respondentů – 6 let
- děti, které neměly problémy s komunikací
- neměly izolační režim
- bez infekce a psychiatrických problémů
- bez nemoci, jež by mohla bránit kresbě
- neměly v rodině žádnou zdravotní sestru
- musely souhlasit se zapojením do studie – dobrovolníci (N.C. Calbayram, 2017, s. 3)

Pomůcky – papír o rozměru 25 x 35 a 12 barevných per, časový limit nebyl stanoven (N.C. Calbayram, 2017, s. 4).

Analýza dat – údaje získané pomocí formuláře byly vyčísleny procentuálně. Analýza byla založena na induktivní kvalitativní analýze obsahu. Kresby byly analyzovány dle Pelanderovy stupnice, která byla vytvořena v roce 2007 pro hodnocení dětské myšlenky o nemocničním prostředí a souvisejících intervencí (N.C. Calbayram, 2017, s. 5).

Výsledek

95,5 % dětí nakreslilo zdravotní sestru s úsměvem, pouze 4,5 % dětí ji zhodnotilo jako naštvanou. 90 % dětí s akutním onemocněním chtělo nakreslit tvář zdravotní sestře žlutou barvou, oproti tomu 1/3 dětí chronicky nemocných upřednostnila spíše červenou, další zelenou a žlutou. Děti výběr barev odůvodnily tím, že se jim daná barva líbí nejvíce. 3 děti nakreslily zdravotní sestru jako muže a jedno dítě zobrazilo samo sebe jako zdravotní sestru. Děti chronicky nemocné nebyly schopny plně dokončit obrázek zdravotní sestry, zatímco děti s akutním onemocněním to zvládly v 40 % (N.C. Calbayram, 2017, s. 6).

Chronicky nemocné děti určily povinnosti sester následovně – 58 % aplikace injekce, 33 % kontrola krevního tlaku a péče o nemocné pacienty a 25 % tvořila kontrola tělesné teploty, vyšetření pacienta a sledování srdečních tepů (N.C. Calbayram, 2017, s. 7).

Akutně nemocné děti definovaly povinnosti sestry následovně – 50 % aplikace injekce, 30 % odběr krve a 20 % kontrola krevního tlaku, tělesné teploty a poslech srdečních tepů.

Celkem ve svých kresbách uvedlo zdravotní sestru 83 % chronicky nemocných dětí a 80 % dětí s akutním onemocněním. 33 % dětí chronicky nemocných nakreslilo údaj o nemocnici a 25 % znázornilo květiny, mraky a slunce. Celkem 40 % dětí s akutním onemocněním zobrazilo ve svých kresbách nemocnici, slunce a trávu. 30 % dětí zobrazilo mraky a 10 % sanitku (N.C. Calbayram, 2017, s. 8).

8.2. KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

Profese sestry očima dítěte

Toto téma zkoumala ve své bakalářské práci Brojáčová v roce 2015. Práce se zabývala tématem, jak děti vnímají a hodnotí zdravotní sestru a její práci s dětmi prostřednictvím dětské kinetické kresby. Výzkum se uskutečnil na základní škole v České republice.

Práce vychází ze 3 výzkumů, které se dětskou kinetickou kresbou zabývaly. Autorem první výzkumné práce je Mareš (2011). Tato práce sleduje, jak děti prožívají a vnímají stonání v domácím prostředí. Výzkumný vzorek tvořilo 12 dětí ve věku 6 až 11 let. Byla zde využita originální metoda obsahující 19 hledisek pro analýzu prostředí, 17 hledisek pro analýzu dítěte a jedno souhrnné hledisko pro celkové ladění kresby. Autory druhé výzkumné práce byli polští autoři pod vedením E. Krajewské – Kulakové v roce 2012. Práce se zabývala vlivem zdravotních sester na děti a dospívající, jako na průvodkyni na cestě ke zdraví. Výzkumnou skupinu tvořilo 514 dětí ve věku 4-17 let. Zadáním třetí výzkumné práce je „Nakresli, co si myslíš o sestrách“, toto téma bylo zadáno 20 hospitalizovaným dětem ve věku 6-12 let. Autorem této třetí práce jsou iránské autoři pod vedením Saryho Shirdelzade (2014), (D. Brojáčová, 2015, s. 85).

Výzkumná skupina byla tvořena 60 žáky navštěvující základní školu ve věku 8–10 let. Do výzkumu bylo zahrnuto 46 dětí. Výzkum se uskutečnil během vyučování v přítomnosti pedagoga. Čas na kreslení nebyl omezen. Zadáním dětské kinetické kresby bylo „Nakresli průběh své návštěvy v ordinaci dětského lékaře/ lékařky s doprovodem při běžné preventivní prohlídce“. Nejdůležitější bylo zobrazení zdravotní sestry a dítěte. Metodou vyhodnocení byla analýza kreseb doplněná o rozhovor nad kresbami. Předmětem hodnocení bylo prostředí (17 hledisek), dítě (19 hledisek) a zdravotní sestra (19 hledisek) a jedno souhrnné hledisko pro celkové ladění kresby (D. Brojáčová, 2015, s. 30-31).

Výsledek této výzkumné práce je, že děti zobrazují sestru převážně pozitivně a mají jasnou představu o tom, co profese sestry obnáší, jaké vykonává zdravotní sestra činnosti, nebo jaké nosí oblečení. Děti vnímají preventivní prohlídky jako součást jejich života. Ve většině případů děti necítí strach, nebo pouze po krátkou chvíli, některé děti se na preventivní prohlídky těší. Děti vnímají důležitost výkonů, které zdravotní sestra vykonává i přesto, že některé jsou nepříjemné či bolestivé. Na závěr autorka zdůrazňuje potřebu vzájemné komunikace mezi dítětem, jakožto autorem kresby a dospělým v roli analytika (D. Brojáčová, 2015, s. 85-86).

Profese sestry očima dítěte (analýza dětských kreseb)

Bakalářskou práci na toto téma zpracovala v roce 2017 Voborníková. Cílem této práce bylo zjistit, jak děti nahlízejí na profesi sestry, jak zdravotní sestra podle dětí vypadá a co dělá (I. Voborníková, 2017, s. 56).

Výzkumný soubor tvořily 3 skupiny dětí – děti právě hospitalizované, děti navštěvující základní školu, které v minulosti byly hospitalizované a děti, které hospitalizované nebyly. Celkový počet respondentů byl 95 ve věku 6-15 let. Dětem byly zadány 2 instrukce, 1. určená dětem, které neměly žádnou zkušenost s hospitalizací a 2. pro děti hospitalizované a ty, které mají s hospitalizací již zkušenosti. První instrukce zní: „Nakresli, jak je dítě v nemocnici a sestřička s ním něco dělá, stará se o něj.“ A druhá: „Nakresli, jak jsi byl v nemocnici a sestřička s tebou něco dělala, starala se o tebe.“ Čas na kreslení byl vymezen na 2 vyučovací hodiny a uskutečnil se v prostorách školy za přítomnosti pedagoga. V nemocnici výzkum probíhal během několika měsíců na pokojích pacientů, či herně daného oddělení. Čas na kresbu nebyl omezen. Kresby byly doplněny rozhovorem. (I. Voborníková, 2017, s. 57, 60-61)

Metodou kvantitativní analýzy bylo 20 hledisek pro hodnocení osoby zdravotní sestry, 19 hledisek pro hodnocení dítěte, 17 hledisek pro prostředí a jedno souhrnné hledisko pro celkové ladění kresby. Dále byly kresby hodnoceny metodami matematické statistiky – Pearsonův chí-kvadrát test, Fišerův exaktní test, Likelihood Ratio. Kvalitativní analýzu tvořily doslovně přepsané rozhovory vedené s dětmi nad jejich kresbami a písemné poznámky, které děti připojily ke kresbám (I. Voborníková, 2017, s. 62).

Výsledkem této práce je obraz typické zdravotní sestry, kterou děti vnímají jako profesionální osobu oblečenou do uniformy, která vykonává celou řadu odborných činností za pomoci speciálních přístrojů a pomůcek. Děti mají relativně velký přehled o tom, jaké činnosti sestra vykonává, převážně zobrazují invazivní činnosti, další dle četnosti zobrazení jsou činnosti neinvazivní. Zdravotní sestra při své práci využívá různé druhy vybavení, v převážně většině je to jehla a stříkačka. Děti se během výzkumu téměř vždy snažily o opravdový a

skutečný obraz zdravotní sestry, pouze výjimečně byly dětmi zobrazeny fantazijní situace. Děti, které měly zkušenost s hospitalizací kreslily výhradně nemocniční prostředí, děti, které hospitalizované nikdy nebyly volily spíše kresbu ordinace dětského lékaře, tedy prostředí, s kterým se již setkaly. Mladší děti v převážné většině zobrazovaly zdravotní sestru s úsměvem. Na závěr autorka pozitivně hodnotí kresbu jako komunikační prostředek mezi dětmi a zdravotní sestrou (I. Voborníková, 2017, s.74-75, 79).

Profese sestry očima dětských pacientů

Toto téma zpracovala ve své bakalářské práci Ludvíková v roce 2019. Cílem této práce je zmapovat pohled dětí hospitalizovaných a dětí, které mají zkušenost s ambulantní péčí, na profesi sestry. Výzkum proběhl v České republice (M. Ludvíková, 2019, s. 31).

Výzkumnou skupinu tvořilo 10 dětí ve věku 10-17 let, které se zúčastnily hloubkových rozhovorů. Druhou výzkumnou skupinu tvořilo 39 respondentů ve věku 14-16 let, jejichž výzkumnou metodou byly slohové práce. Výzkumné šetření prostřednictvím rozhovorů probíhalo v domácím prostředí jednotlivých respondentů. Slohové práce psali žáci ve škole ve své třídě v rámci hodiny českého jazyka (M. Ludvíková, 2019, s. 33).

Dle příslušné literatury bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření ve formě hloubkového rozhovoru a slohových prací. Metodu hloubkového rozhovoru lze charakterizovat nestandardizovaným dotazováním jednoho účastníka, jedním badatelem pomocí otevřených otázek. Ve slohových pracích děti popisují jejich zkušenosti s dětskou sestrou a jejich pohled na ně. Slohová práce obsahuje celkové zamyšlení nad profesí zdravotní sestry. Analýza získaných dat proběhla metodou papír a tužka, tedy otevřeným kódováním. Při této metodě je nejprve text určený k analýze rozdělen na jednotky. Jednotkou rozumíme buď slovo, sekvenci slov, nebo větu či odstavec. Poté je každé jednotce přidělen kód (M. Ludvíková, 2019, s. 32-33).

Výsledkem tohoto výzkumu bylo, že děti ve věku 10-18 let mají dobré znalosti o tom, co profese sestry obnáší. Při hodnocení chování a komunikace sestry byly nejhůře hodnoceny sestry v odborných ambulancích, kvůli nedostatku času, jinak byly sestry hodnoceny pozitivně. Ideální sestra by podle dětí měla být usměvavá, milá, příjemná a komunikativní. Děti si vytvořily určité názory na tuto profesii, které jsou převážně negativní. Důvodem jsou psychicky i fyzicky náročné činnosti, nízký plat, dlouhá pracovní doba a celková nedocenenost tohoto povolání. U dětí převažují kladné zkušenosti nad negativními, nejvíce zkušeností měli se sestrou u praktického lékaře pro děti a dorost, kterou hodnotily převážně pozitivně. Naopak nejméně zkušeností měly se sestrami v odborných ambulancích, které byly hodnoceny

převážně negativně. Celková spokojenost však převažovala nad nespokojeností. Přístup sestry děti hodnotily známkami, jako ve škole. Převážně děti hodnotily sestry známkou 1, nejhorší známkou byla 2. Na závěr autorka uvádí, že výsledky by mohly být prezentovány v odborných časopisech, aby sloužily sestrám k pochopení, jak je děti vnímají a jak k nim mají přistupovat (M. Ludvíková, 2019, s. 55-56).

EMPIRICKÁ ČÁST

9. PŘEDVÝZKUM

Cíle předvýzkumu:

- Ověřit způsob vhodné realizace ve vybraných zařízeních
- Ověřit výstižnost zadané instrukce ke kresbě
- Ověřit adekvátnost otázek týkající se kresby
- Ověřit adekvátnost zvoleného výzkumného přístupu

Typ zařízení: základní škola Svratouch, dětské oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové

Věk respondentů: děti ve věku 7-12 let.

Výzkumná skupina: 15 dětí rozděleno do dvou skupin:

- 9 zdravých dětí navštěvující základní školu, které v nemocnici nikdy nebyly
- 6 nemocných dětí, které jsou v současné době hospitalizované

Děti byly vybrány dle dostupnosti v daných zařízeních bez ohledu na pohlaví a ve věkové skupině 7-12 let. Hlavním kritériem výběru byla ochota nakreslit obrázek dle zadané instrukce a připojit k němu slovní nebo písemný komentář, odpovídající na dané otázky.

Instrukce: Zdravé děti kreslily dle 1. instrukce a nemocné děti právě hospitalizované dle druhé instrukce. Dětem byla zadána vždy pouze jedna instrukce.

1. Nakresli, jak to vypadá, když sestřička něco dělá s dítětem v ordinaci dětského lékaře
2. Nakresli, jak to vypadá, když sestřička něco dělá s dítětem v nemocnici

Výzkumné podotázky:

- Kolik je ti let?
- Jsi holka/ kluk?
- Popiš, kdo je na obrázku?
- Co se děje na obrázku?
- Jak ses cítil/a?
- Jak na tebe sestřička působí?
- Jaké by měla mít sestřička podle tebe vlastnosti?
- Je něco, co bys změnil/a?

Pomůcky: bílá čtvrtka velikosti A4, tužky, pastelky, voskovky, fixy

Realizace předvýzkumu na základní škole

Realizaci předvýzkumu předcházela schůzka s paní ředitelkou základní školy a s vychovatelkami vedoucími družinu. Společně jsme se domluvily na nejvhodnějším termínu, kdy bude v družině nejvíce dětí. Na začátku hodiny jsem se dětem představila a požádala je, zda by mi nakreslily obrázek. Děti byly moc ochotné a všichni si sedly na židle a naslouchaly. Poté jsem jim rozdala pomůcky ke kreslení a napsala jsem zadání kresby včetně doplňujících otázek na tabuli. Čas pro kreslení byl omezen na jednu hodinu. V průběhu hodiny jsem děti obcházela a povídala si s nimi o jejich kresbě. Na závěr hodiny mi děti postupně nosily obrázky. Větší děti zodpověděly otázky na zadní stranu kresby, mladší děti mi otázky zodpověděly ústně a já jsem si jejich komentář zapsala na zadní stranu jejich kresby. Poté jsem si s dětmi sedla a povídaly jsme si o profesi dětské sestry. Děti měly mnoho dotazů a téma je zaujalo. Poté jsem dětem rozdala obvazový materiál a učila jsem je různé techniky, jak si mohou obvázat jakoukoliv část těla. To se dětem moc líbilo.

Realizace předvýzkumu na dětském oddělení

Předvýzkum se uskutečnil na herně dětského oddělení větších dětí, kde byly vybrány děti bez ohledu na pohlaví, délku hospitalizace či diagnózu. Hlavním faktorem výběru byla ochota nakreslit obrázek dle zadání. Dětem jsem se na začátku našeho setkání představila a krátce jsem je seznámila s tématem práce a s jeho cíli. Poté jsem všem rozdala pomůcky ke kreslení a napsala jsem jim na list papíru zadání kresby a otázky, které mají zodpovědět. Čas na kreslení byl omezen na jednu hodinu. V průběhu kreslení jsem si s dětmi povídala nejen o jejich kresbě. Ke konci hodiny mi děti začaly nosit obrázky. Větší děti okomentovaly obrázek zezadu, menší děti mi odpovědi nadiktovaly. V závěru hodiny jsem dětem zodpověděla otázky ohledně profese dětské sestry.

Analýza dat

Vyhodnotila jsem dohromady 14 kreseb, které odpovídaly zadaným kritériím. Metodu analýzy kreseb dětí v rámci předvýzkumu jsem zvolila na základě bakalářské práce Brojáčové a Voborníkové. Tedy hodnotila jsem 19 hledisek pro analýzu prostředí, 17 hledisek k analýze dítěte a 1 hledisko pro celkové ladění kresby dle Marešovy studie (2011), která je doplněná analýzou sestry s použitím 17 hledisek pro analýzu dítěte dle Brojáčové (2015).

Závěr předvýzkumu

Do výzkumu jsem zahrnula děti ve věkové kategorii od 7 let do 12 let. Děti všech věkových kategorií zvládly ve svých kresbách zobrazit požadované objekty a přiměřeně ji okomentovat. Pouze sedmileté děti, jsem musela kresbou více zaujmout a více si s nimi o kresbě povídat. Ukázalo se tedy, že věkové rozpětí 7-12 let je vhodné, mladší děti by s kresbu již mohly mít větší problémy.

Na základní škole jsem předvýzkum uskutečnila během družiny, kde děti byly ochotné obrázek nakreslit. Většina neměla s kreslením žádný problém, pouze některé sedmileté děti jsem musela ke kresbě více povzbuzovat, aby ji úspěšně dokončily. Časový limit na kresbu 60 minut se zdál jako dostačující, zvláště pro chlapce, kteří měli obrázek rychle hotový. Následně jsem nad kresbami s každým dítětem vedla rozhovor, pouze některé rozhovor odmítly a obrázek okomentovaly z druhé strany. V nemocnici byly děti s tématem kresby spokojené a rychle se pustily do kreslení. Pouze v době výzkumu bylo na oddělení hospitalizováno méně dětí, tak bylo třeba předvýzkum opakovat pro dosažení dostatečného množství kreseb.

Od dětí jsem získala dohromady 15 kreseb, jedna kresba však byla nedostačující z individuálního nedostatku času, chlapec již nestihl obrázek písemně, ani slovně okomentovat a kresbu dokončit. Do předvýzkumu bylo tedy zařazeno 14 kreseb, které odpovídaly daným kritériím. Dle první instrukce kreslilo 8 dětí navštěvující základní školu a dle druhé instrukce kreslilo 6 dětí právě hospitalizovaných na dětském oddělení. Kresby dle obou instrukcí mají dobrou výpovědní hodnotu a jeví se tak jako přesné. Pouze podotázky jsou pro děti hůře pochopitelné a špatně se jim zodpovídají a mají nízkou výpovědní hodnotu, bude třeba jejich znění upravit nebo změnit.

Hodnotící hlediska pro analýzu nakresleného prostředí jsou dostačující. Stejně tak jako hodnotící hlediska pro analýzu nakresleného dítěte. Hlavním kritériem, které budu sledovat, je dětská sestra a její činnost. Proto jsem hodnotící hlediska pro analýzu dětské sestry rozšířila dle Voborníkové (2017) o zobrazené pomůcky a přístroje, což má význam pro upřesnění činnosti, kterou sestra vykonává. Kresby budou doplněny dětským komentářem. Některé děti rozhovor odmítají, proto odpovídají pouze písemně na druhou stranu kresby.

Obrázek 1: Předvýzkum



Zdroj: archiv autorky

Obrázek nakreslila dívka (8 let). Na obrázku je zobrazena sestřička a dívka. Sestřička dívce prohlíží ruku, jelikož má nezvyklé modřiny. Dívka se cítí špatně, bojí se.

Obrázek 2: Předvýzkum



Zdroj: archiv autorky

Obrázek nakreslila dívka (7 let). Dívka je v ordinaci dětského lékaře se svojí sestřičkou a dětskou sestrou. Sestra dívce odebírá krev. Dívka se nebojí, nevadí jí odebírání krve.

Obrázek 3: Předvýzkum



Zdroj: archiv autorky

Obrázek nakreslila dívka (12 let), která byla právě hospitalizována v nemocnici z důvodu lupénky. Na obrázku je vyobrazena dívka a dětská sestra, jak jí právě nese olej do vlasů na lupenku. Dívka se cítí dobře, sestřička je moc milá.

Obrázek 4: Předvýzkum



Zdroj: archiv autorky

Tuto kresbu nakreslila dívka (11 let), která byla hospitalizovaná v nemocnici. Na obrázku zobrazila sebe a dětskou sestřičku, která se jí právě chystá jít aplikovat injekci. Dívka se cítila docela dobře, injekce se nebojí. Sestřička na ni působí velmi mile.

10. CÍLE PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je zodpovědět výzkumné otázky metodou dětské kinetické kresby doplněné o písemný nebo ústní komentář dítěte. Zajímá mě rozdíl, jak děti navštěvující základní školu, které nikdy v nemocnici nebyly vnímají dětskou sestru u praktického lékaře a jak dětskou sestru vnímají právě hospitalizované děti. Nejdůležitějším faktorem je pro mě zdravotní sestra a její profese.

10.1. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní výzkumné otázky

- Zjistit, jak děti nahlíží na profesi dětské sestry
- Zjistit, jaké emoce u nich dětská sestra vyvolává
- Srovnat, jak děti vnímají sestru u praktického lékaře a jak vnímají sestru v nemocničním prostředí

Vedlejší výzkumné otázky:

- Zjistit, zda existuje rozdíl daný věkem
- Zjistit, zda existuje rozdíl daný pohlavím

11. METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

11.1. ZKOUMANÝ SOUBOR

Respondenty výzkumné skupiny jsem vybrala dle kritérií, která jsem stanovila na základě mnou stanovených výzkumných otázek, výsledků z předvýzkumu a informací, které jsem získala nastudováním výzkumných prací týkající se tohoto tématu.

Kritéria výběru:

- Věk respondentů (7-12 let)
- Ochota nakreslit obrázek dle zadaných instrukcí a okomentovat jej
- Nezkoušenost s hospitalizací (týká se dětí navštěvující základní školu) x děti právě hospitalizované
- Dostupnost respondentů v daných zařízeních
- Počet respondentů, větší skupina

Typ zařízení

Výzkum jsem realizovala v zařízeních mně dostupných, kde jsem předpokládala velký počet respondentů vhodných k výzkumu a ochotu dětí i personálu. Výzkumu se účastnily děti ze Základní školy Svratka, které navštěvují 2., 3., 4., a 5. třídu. Druhou část výzkumu jsem uskutečnila na dětském oddělení ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Pro nedostatek vhodných respondentů jsem navštívila i další oddělení Dětské kliniky – dětská chirurgie a traumatologie, dětské oddělení větší děti a oddělení dětské hematologie.

Věk a počet respondentů

Do výzkumu se zapojilo celkem 62 dětí ve věku 7-12 let. Kritériím, která jsem stanovila, vyhovovalo pouze 52 kreseb, ostatní kresby byly vyřazeny.

Tabulka 1: Počet respondentů

	Mladší děti 7-9 let	Starší děti 10-12 let	Dívky	Chlapci	Celkem dětí
nemocnice	8	14	12	10	22
ZŠ	17	13	16	14	30
všechny děti	25	27	28	24	52

Zdroj: vlastní práce autorky

Obrázek 5: Vyřazená kresba



Zdroj: archiv autorky

Obrázek nakreslil chlapec (9 let). Na obrázku není zobrazen obličej dítěte, ani dětské sestry. Není zřejmé, co sestra dělá a dítě již nemělo čas obrázek okomentovat.

Obrázek 6: Vyřazená kresba



Zdroj: archiv autorky

Obrázek nakreslila dívka (7 let). Na obrázku chybí dětská sestra, je zde zobrazen pouze lékař a dívka. Lékař se chystá na lumbální punkci. Dívka se cítí dobře, ale její obličej není zřejmý.

11.2. METODA VÝZKUMU

Dětem navštěvujícím 1. stupeň základní školy jsem zadala instrukci číslo 1 a dětem, které byly právě hospitalizované na dětském oddělení v nemocnici jsem zadala instrukci číslo 2.

11.2.1. INSTRUKCE

1. Nakresli, jak to vypadá, když sestřička něco dělá s dítětem v ordinaci dětského lékaře.
2. Nakresli, jak to vypadá, když sestřička něco dělá s dítětem v nemocnici.

Výzkumné podotázky

1. Jsi holka/ kluk?
2. Kolik je ti let?
3. Popiš, kdo všechno je na obrázku?

4. Kvůli čemu jsi byl/a v ordinaci dětského lékaře/v nemocnici?
5. Co sestřička na obrázku právě dělá?
6. Co ti u toho sestřička říkala?
7. Jak jsi se v téhle situaci cítila, co jsi prožívala?
8. Co se ti na jednání sestřičky líbilo?
9. Bylo něco, co ti na jednání sestřičky vadilo, co se ti nelíbilo? Napiš, co to bylo.

11.2.2. POMŮCKY

- bílá papírová čtvrtka rozměru A4
- pastelky, fixy, voskovky, tužky
- ořezávátka, guma na gumování

Pomůcky jsem dětem navštěvující základní školu i dětem hospitalizovaným na dětském oddělení poskytla sama. Děti měly na výběr z výše uvedených variant, nebyly více omezeny. Některé děti volily vlastní pastelky, či fixy. Vodové barvy jsem dětem nedoporučila, jelikož obrázky poté mohou mít malou, či špatnou výpovědní hodnotu.

11.3. POSTUP ZÍSKÁVÁNÍ DAT NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE

Výzkumu na základní škole předcházela schůzka s paní ředitelkou a vyučujícími jednotlivých tříd, kdy jsme si zvolili jednotlivé termíny, kdy se děti do školy dostaví, jelikož výzkum nebyl součástí výuky. Děti byly vyučujícími poučeni a mohly se rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní. Většina dětí souhlasila, pouze malé množství dětí kresbu odmítlo. V dané termíny se výzkum uskutečnil s jednotlivými třídami za účasti pedagoga. Dětem jsem se na začátku hodiny představila a vysvětlila jsem jim, proč mě zajímá právě jejich názor na profesi dětské sestry. Děti byly velmi ochotné obrázky nakreslit. Na tabuli jsem napsala zadání kresby a podotázky, které mají děti zodpovědět. Rozdala jsem dětem pomůcky ke kreslení a průběžně jsem jejich kresby kontrolovala a vedla s nimi rozhovor nad kresbami. Časový limit na kresbu byl dvě vyučovací hodiny. Děti mi v závěru nosily kresby, které nakreslily. Některé děti obrázek okomentovaly samy písemně na druhou stranu kresby. S některými jsem vedla rozhovor, který jsem si doslovně přepisovala na druhou stranu jejich kresby. Na konci našeho setkání jsem dětem zodpověděla dotazy, které ohledně profese dětské sestry měly.

11.4. POSTUP ZÍSKÁVÁNÍ DAT NA DĚTSKÝCH ODDĚLENÍCH

Sběr dat na dětských odděleních se uskutečnil během jednoho měsíce. Dětská oddělení měla v tomto měsíci omezený provoz, bylo tedy velmi obtížné sehnat dostatek dětí, které budou ochotné nakreslit obrázek dle instrukce. Výzkum proběhl opakovaně na několika odděleních. Na oddělení jsem docházela sama v rámci svého volného času jednou až dvakrát týdně. Na oddělení větších dětí a na hematologickém oddělení jsem se setkala s velkou ochotou sester, které mi nabídly, ponechat pomůcky ke kresbě a instrukce s podotázkami na oddělení a zdravotní sestřičky průběžně dávaly dětem kreslit obrázek dle instrukcí. Na oddělení dětské chirurgie a traumatologie jsem docházela sama, bylo však obtížné vybrat vhodné děti, které by obrázek mohly nakreslit, jelikož zde převážně ležely děti se zlomenou rukou, či nohou. Díky velké ochotě sester na všech odděleních se podařilo získat dostatečný počet kreseb od dětských pacientů.

Děti na dětských odděleních byly vybrány především dle věku pacienta a ochoty nakreslit obrázek dle instrukce a okomentovat jej. Kresba byla dětem zadána na pokojích, či v herně nebo jídelně na daném oddělení. Dětem jsem se nejprve představila a vysvětlila jsem jim důvod, proč mě zajímá jejich názor na profesi sestry. Mnohé děti byly nadšené a do kreslení se s chutí pustily, ale čím dál tím více jsem se setkávala s dětmi, které kresbu přímo odmítly. Dětem jsem rozdala pomůcky a společně jsme si přečetly zadání kresby a následné podotázky, které budou zodpovězeny písemně, či ústně. Děti jsem do rozhovoru nenutila, mohly si vybrat, jakou variantu si zvolí. Čas na kreslení na dětském oddělení nebyl omezen. Během kreslení jsem si s dětmi povídala o tom, proč jsou v nemocnici a také o jejich kresbě. Výjimečně jsem musela děti do kreslení motivovat. Děti mi během hodiny a půl své obrázky odevzdávaly. Některé je již okomentovaly dle otázek na druhou stranu kresby a s některými dětmi jsem nad kresbou vedla rozhovor. Obrázky, které děti okomentovaly samy, jsem zkontrolovala, zda otázky dítě správně pochopilo a zda jsou odpovědi dostačující.

11.5. ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Do výzkumu jsem zařadila kresby, které odpovídaly zadaným kritériím. Jednalo se tedy o dokončené kresby, dobře čitelné, doplněné rozhovorem, na kterých byla zobrazena sestra při nějaké činnosti a dítě. Celkem se jednalo o 62 kreseb, ale do výzkumu bylo zahrnuto pouze 52 kreseb.

Pro analýzu získaných dat jsem využila metodu ověřenou v předvýzkumu. Hodnotila jsem osobu sestry (20 hledisek), osobu dítěte (19 hledisek), prostředí (17 hledisek) a jedno souhrnné hledisko pro celkové ladění kresby. Tato metoda je doplněna o rozhovory s dětmi nad kresbou a jejich písemnými poznámkami.

12. VÝSLEDKY

Výsledky této výzkumné práce vycházejí z dat, které jsem získala kvantitativní a kvalitativní metodou výzkumu. Nejdůležitějším aspektem je osoba dětské sestry a její činnost. Doplňujícím aspektem je zobrazená osoba dítěte a prostředí. Výsledky jsem zpracovala do tabulek, které se nachází v příloze této práce. Informace byly zpracovány následovně:

- V tabulce č. – je uvedeno vyhodnocení osoby dětské sestry, činnosti, které vykonává a pomůcky, které využívá.
- V tabulce č. – je uvedeno vyhodnocení dítěte a činností, které dítě vykonává, včetně pomůcek, se kterými pracuje.
- V tabulce č. – je vyhodnoceno prostředí ve kterém se zdravotní sestra s dítětem nachází.

12.1. DĚTSKÁ SESTRA

12.1.1. POSTAVA SESTRY

Velikost sestry

Z celkového počtu respondentů (52) zobrazilo 39 dětí (75 %) osobu dětské sestry větší než dítě. 8 dětí (15 %) znázornilo dětskou sestru stejně velkou jako je dítě a 5 dětí (10 %) ji zobrazilo menší.

- Děti navštěvující ZŠ zobrazily dětskou sestru větší než dítě v 23 případech (77 %). Mladší děti navštěvující ZŠ nakreslily dětskou sestru větší než dítě v 16 případech (94 %) na rozdíl od dětí staršího věku, které takto zobrazily sestru pouze v 7 případech (54 %)
- Děti hospitalizované v nemocnici zobrazily dětskou sestru větší, než je dítě v 16 případech (73 %). Mladší děti hospitalizované v nemocnici zobrazily sestru větší než dítě v 7 případech (88 %) a starší děti v 12 případech (86 %).

Obě výzkumné skupiny zobrazily osobu sestry větší než osobu dítěte. Rozdíl daný pohlavím není ani u jedné výzkumné skupiny významný.

Pozice sestry

48 dětí (92 %) zobrazilo dětskou sestru stojící, pouze 4 děti (8 %) zobrazily dětskou sestru, jak sedí.

- Děti (ZŠ) nakreslily dětskou sestru v 27 případech (90 %) stojící a 3 (10 %) děti nakreslily sestru, jak sedí. 17 dětí (100 %) mladšího věku nakreslilo dětskou

sestru stojící, oproti tomu starší děti takto nakreslily sestru pouze v 10 případech (77 %). Rozdíl daný pohlavím dítěte není významný.

- Děti (DO) zobrazily dětskou sestru v 21 případech (95 %), jak stojí a v 1 případě (5 %) zobrazilo dítě sestru sedící. Rozdíl daný věkem či pohlavím není významný.

V tomto ohledu se výsledky obou výzkumných skupin shodovaly. Děti v převážné většině kreslily sestru v pozici ve stoje.

Výraz obličeje

39 dětí (75 %) nakreslilo dětskou sestru, jak se usmívá. 13 dětí (25 %) nakreslilo sestru bez úsměvu. Ve 3 případech má sestra neutrální výraz a v 10 případech má ústa zakrytá rouškou.

- Děti (ZŠ) nakreslily ve 22 případech (73 %) sestru s úsměvem a v 8 případech (17 %) sestru bez úsměvu. Rozdíly dané věkem, ani pohlavím nejsou.
- Děti (DO) nakreslily dětskou sestru v 17 případech (77 %) a v 5 případech sestru bez úsměvu (23 %). Rozdíly dané věkem, ani pohlavím nejsou.

Děti obou skupin sestru kreslí převážně s úsměvem, rozdíly ve věku ani pohlaví nejsou.

Oblečení sestry

28 dětí (54 %) zobrazilo sestru v uniformě a 24 dětí (46 %) nakreslilo sestru v civilním oblečení. 38 dětí (73 %) nakreslilo dětské sestře kalhoty, 2 děti (4 %) nakreslily sukni a 12 dětí (23 %) nakreslily dětské sestře šaty. Čepec a jmenovku zobrazily v obou případech 2 děti (4 %) a 7 dětí (14 %) označilo dětskou sestru křížem.

- 15 dětí (50 %) ze základní školy nakreslily dětskou sestru v uniformě a 15 dětí (50 %) nakreslilo sestru v civilním oblečení. 2 děti (7 %) nakreslily dětské sestře čepec a 6 dětí (20 %) označilo dětskou sestru křížem. Kříž děti zobrazovaly převážně na horní část uniformy dětské sestry. Mladší děti zobrazovaly sestru častěji v civilním oblečení (v 10 případech, což je 59 %) a starší děti v uniformě (8 dětí, což je 62 %). Dívky zobrazovaly sestru v civilním oblečení v 10 případech (62 %), zatímco chlapci častěji zobrazovali sestru v uniformě (9 dětí, což je 64 %). Mladší děti označily sestru ve 4 případech (24 %) křížem, zatímco starší děti pouze ve 2 případech (15 %). Častěji také kříž kreslili chlapci (4 případy, 29 %) než dívky (2 případy, 13 %).
- 13 dětí (59 %) hospitalizovaných v nemocnici nakreslilo dětskou sestru v uniformě a 9 dětí (41 %) nakreslilo sestru v civilním oblečení. Čepec dětské

sestře nenakreslilo žádné dítě a křížem označilo sestru pouze 1 dítě (5 %). V uniformě zobrazilo dětskou sestru 10 dětí (71 %) staršího věku a 3 děti (38 %) mladšího věku. 8 mladších dětí (100 %) nakreslilo sestru s kalhoty, zatímco starší děti nakreslily dětské sestře kalhoty pouze v 9 případech (64 %). Jmenovku nakreslilo 1 mladší dítě (13 %) a 1 starší dítě (7 %) označilo dětskou sestru křížem. A 1 chlapec (10 %) označil sestru křížem a nakreslil jí jmenovku.

Zobrazení dětské sestry je v obou skupinách velmi podobné, jediný rozdíl činí zobrazení kříže, který je u dětí navštěvující ordinaci praktického lékaře častější, než u dětí hospitalizovaných a zobrazení čepce, který nakreslily pouze děti navštěvující ZŠ.

12.1.2. ČINNOST SESTRY

Činnost rukou

Z celkového počtu dětí jich 40 (77 %) zobrazilo sestru, jejíž ruce jsou v činnosti a 12 dětí (23 %) bez činnosti.

- Děti (ZŠ) nakreslily dětskou sestru, jejíž ruce jsou v činnosti v 23 případech (77 %) a v 7 případech (23 %) nakreslily ruce sestry v nečinnosti. Rozdíly dané věkem a pohlavím jsou nepatrné.
- Děti (DO) nakreslily ruce sestry v činnosti v 17 případech (77 %) a v nečinnosti v 5 případech (23 %). Mladší děti kreslily častěji ruce sestry v činnosti (7 případů, což je 88 % a pouze 1 dítě (12 %) nakreslilo nečinnost rukou sestry. Oproti tomu 10 starších dětí (71 %) nakreslilo sestru, jejíž ruce jsou v činnosti a 4 děti (29 %) nakreslily ruce sestry bez činnosti. Rozdíly dané pohlavím jsou nevýznamné.

Zobrazení činnosti rukou je v obou skupinách podobné, nejsou zde žádné výraznější rozdíly.

Činnosti, které vykonává

Invazivní činnosti – zobrazilo 25 dětí (48 %). Nejčastěji děti zobrazily, jak sestra očkuje – 15 dětí (29 %), podává infuzi – 4 děti (8 %) a aplikuje injekci – 3 děti (6 %). Dále zobrazily, jak dětská sestra odebírá krev – 1 dítě (2 %), napichuje kanylu - 1 dítě (2 %) a podává transfuzi – 1 dítě (2 %).

- Děti (ZŠ) zobrazily pouze očkování – 15 dětí (50 %). Očkování zobrazilo více mladších dětí – 11 (65 %), starší děti – 4 (31 %) a více dívek – 9 (56 %), chlapců – 6 (43 %).

- Děti (DO) nejčastěji zobrazily, jak jim sestra podává infuzi – 4 děti (18 %) a aplikuje injekci – 3 děti (14 %). Invazivní činnost sestry zobrazilo 10 dětí (46 %).

Neinvazivní činnosti – zobrazilo 18 dětí (36 %). Nejčastěji děti zobrazily, jak jim sestra zkouší zrak – 6 dětí (12 %), jak je vyšetřuje – 3 děti (6 %) a jak si s nimi povídá – 3 děti (6 %). Dále zobrazily, jak sestra měří FF – 2 (4 %), tělesnou teplotu – 2 (4 %), píše dokumentaci – 1 dítě (2 %) a měří výšku – 1 dítě (2 %).

- Děti (ZŠ) zobrazily neinvazivní činnosti sestry ve 12 případech (40 %). Nejčastěji se jednalo o zkoušku zraku – 6 dětí (20 %), měření výšky – 1 dítě (3 %), vyšetření dítěte – 2 děti (7 %), povídání si s dítětem – 2 děti (7 %) a psaní dokumentace – 1 dítě (3 %). Neinvazivní výkony zobrazilo více starších dětí – 9 (69 %), mladší děti – 3 (18 %) a více dívek – 7 (44 %), chlapci – 5 (35 %).
- Děti (DO) zobrazily neinvazivní činnost sestry v 6 případech (28 %). Nejčastěji měření FF – 2 děti (9 %) a tělesné teploty – 2 děti (9 %). A 1 dítě (5 %) zobrazilo, jak ho sestra vyšetřuje a 1 dítě (5 %) nakreslilo sestřičku, jak si s ním povídá. Rozdíly dané věkem a pohlavím nejsou významné.

Pomocné činnosti – zobrazilo 5 dětí (12 %). Nejčastěji děti zobrazily, jak je sestra kontroluje – 5 dětí (10 %), a jak asistuje lékaři – 1 dítě (2 %).

- Děti (ZŠ) – zobrazily pomocné činnosti ve 3 případech (10 %). A to pouze jak je dětská sestra kontroluje. Zobrazily pouze mladší děti – 3 (17 %)
- Děti (DO) – zobrazily pomocné činnosti ve 2 případech (10 %). Nakreslily, jak sestra kontroluje – 1 dítě (5 %) a jak asistuje lékaři – 1 dítě (5 %).

Léčiva – podání léčiv zobrazily 3 děti (6 %). Děti (DO) zobrazily podání léčiv ve 3 případech (14 %).

Podávání stravy – zobrazilo pouze 1 dítě (2 %). Podání jídla zobrazilo pouze 1 dítě (5 %), které bylo hospitalizované v nemocnici.

Vybavení, s kterým pracuje

Nejčastějším typem vybavení, s kterým dětská sestra pracuje, je podle dětí zdravotnický materiál, který vyobrazilo 26 dětí (50 %). Přístroje vyobrazilo 6 dětí (12 %), léčiva 3 děti (6 %) a podávání stravy 1 dítě (2 %).

- Děti (ZŠ) – vyobrazily zdravotnický materiál v 15 případech (50 %) a přístroje vyobrazily 2 děti (7 %). Nejčastěji se jednalo o stříkačku a jehlu – 15 dětí (50 %), dále o počítač – 1 dítě (3 %) a 4 děti (12 %) nakreslily sestřičce ukazovátka na tabuli se znaky ke zkoušce zraku. 1 dítě (3 %) zobrazilo sestřičku, jak vyšetřuje dítě fonendoskopem. Podání stravy a léčiv zobrazily pouze děti, které byly právě hospitalizované. Většina mladších dětí zobrazila sestru, která pracuje se zdravotnickým materiálem – 11 (65 %), starší děti pouze v 4 případech (31 %). Rozdíly dané pohlavím nejsou významné.
- Děti (DO) nejčastěji zobrazily sestru se zdravotnickým materiálem – 11 (50 %), 4 děti zobrazily přístroje (18 %) a 3 děti (14 %) zobrazily léčiva. 7 dětí (32 %) nakreslilo stříkačku s jehlou. 2 děti (9 %) nakreslily sestřičce tonometr a 2 děti (9 %) nakreslily teploměr. 4 děti (18 %) nakreslily infuzi s infuzním stojanem, 3 děti (14 %) nakreslily podání léčiv a 1 dítě (4 %) podávání stravy. Mladší děti zobrazily dětskou sestru se zdravotnickým materiálem pouze 3 (38 %) a s léčiv – 1 (13 %). Starší děti zobrazovaly nejčastěji zdravotnický materiál – 8 (57 %) a přístroje – 4 (29 %). Dívky kreslily nejčastěji zdravotnický materiál – 8 (67 %), ostatní druhy vybavení zobrazilo pokaždé jen 1 dítě (8 %). Chlapci kreslili zdravotnický materiál – 3 (30 %) a přístroje – 3 (30 %).

U obou výzkumných skupin bylo nejčastějším zobrazovaným vybavením zdravotnický materiál. Mladší děti navštěvující základní školu zobrazily zdravotnický materiál častěji, oproti mladším dětem právě hospitalizovaných a starší děti (DO) častěji kreslily zdravotnický materiál než děti (ZŠ). V obou skupinách chlapci zobrazovali zdravotnický materiál častěji.

Děti ve svých kresbách často kreslily ukazovátka, která sestra využívala při vyšetření zraku dítěte – 4 děti (12 %), což se týkalo pouze dětí navštěvujících ZŠ.

Prvky sociální opory jsou zobrazovány zcela výjimečně. Nejčastěji je zobrazena sestra, jak si s dítětem povídá a v jednom případě dětská sestra drží dítě za ruku. Rozdíly dané pohlavím, či věkem nejsou významné. Prvky sociální opory zobrazuje stejný počet dětí, které nikdy hospitalizované nebyly i děti nyní hospitalizované.

12.2. OSOBA DÍTĚTE

Pozice dítěte

Při hodnocení pozice dítěte, nejsou mezi dětmi významné rozdíly. 18 (35 %) dětí nakreslilo dítě stojící, 17 dětí (32 %) nakreslilo dítě, jak sedí a 17 dětí (32 %) nakreslilo dítě ležící.

- Děti (ZŠ) nakreslily dítě převážně stojící – 18 dětí (60 %), 10 dětí (33 %) nakreslilo dítě sedící a pouze 2 děti (7 %) nakreslily dítě, jak leží. Pouze mladší děti ve 2 případech (12 %) zobrazily dítě ležící. Další rozdíly dané věkem či pohlavím jsou nevýznamné.
- Děti (DO) nakreslily dítě převážně ležící – 15 dětí (68 %) a 7 dětí (32 %) zobrazilo dítě, jak sedí. A nikdo z hospitalizovaných dětí nezobrazil dítě stojící. Chlapci nakreslili dítě ležící v 9 případech (90 %) a sedící v 1 případě (10 %). Dívky nakreslily dítě sedící a ležící pokaždé v 6 případech (50 %). Rozdíly dané věkem nejsou významné.

Zásadním rozdílem je, že děti (ZŠ) kreslily děti převážně ve stoje a děti (DO) převážně ležící. A žádné dítě, které bylo právě hospitalizované, nezobrazilo dítě ve stoje.

Činnost dítěte

Nejčastěji děti ve svých kresbách zobrazily dítě bez činnosti – 38 dětí (73 %) a ve 14 případech dítě dělalo nějakou činnost. Výhradně se jednalo o aktivní spolupráci se zdravotní sestrou.

- Děti (ZŠ) nakreslily děti v činnosti v 8 případech (27 %) a ve 22 případech (73 %) zobrazily dítě bez činnosti. Mladší děti zobrazovaly dítě převážně bez činnosti – 16 dětí (94 %) a 1 dítě (6 %) zobrazilo činnost dítěte. Oproti tomu, starší děti nakreslily dítě v činnosti v 5 případech (56 %). Rozdíly dané pohlavím jsou nevýznamné.
- Děti (DO) nakreslily děti bez činnosti v 16 případech (73 %) a v 6 případech (27 %) dítě, které dělalo nějakou činnost. Chlapci kreslili častěji dítě v činnosti – 4 (40 %) oproti dívkám, které dítě v činnosti kreslily pouze ve 2 případech (17 %). Rozdíly dané věkem nejsou významné.

Výsledky činnosti dětí v obou výzkumných skupinách je totožná. Rozdíly dané věkem a pohlavím jsou nevýznamné.

Výraz obličeje

Ve svých kresbách děti nejčastěji zobrazují dítě s úsměvem na tváři - 37 dětí (71 %). 15 dětí (29 %) zobrazilo dítě bez úsměvu.

- 19 dětí (63 %) navštěvujících ZŠ nakreslilo dítě usmívající se a 11 dětí (37 %) nakreslilo dítě bez úsměvu. 13 dětí (76 %) mladšího věku nakreslilo dítě s úsměvem, zatímco starší děti častěji zobrazovaly dítě bez úsměvu – 7 dětí (54 %). Důvodem, proč se děti neusmívají je v 5 případech to, že mluví na dětskou sestřičku, 3 děti mají ústa zakrytá ústenkou a 3 děti jsou vystrašené z injekce. Rozdíly dané pohlavím nejsou významné.
- Děti, které byly právě hospitalizované nakreslily dítě v 18 případech (82 %) s úsměvem a pouze ve 4 případech (18 %) bez úsměvu. Na 3 kresbách měly děti neutrální výraz, většinou je důvodem bolest či nevolnost. A v 1 případě je dítě zobrazeno s rouškou. Rozdíly dané věkem a pohlavím nejsou významné.

Děti (ZŠ) nakreslily častěji dítě bez úsměvu než děti, které byly právě hospitalizované.

Prvky sociální opory

Prvky sociální opory zobrazilo ve svých kresbách 8 dětí (15 %). Nejčastěji se jednalo o doprovod dětí rodiči.

- Děti (ZŠ) zobrazily sociální oporu v kresbě v 5 případech (17 %). Tyto prvky častěji zobrazovaly starší děti – 4 (31 %) a chlapci – 3 (21 %).
- Děti (DO) zobrazily sociální oporu ve 3 případech (14 %). Častěji ji kreslily děti mladšího věku – 2 (25 %) a dívky – 2 (17 %).

Prvky sociální opory častěji zobrazovaly starší děti (ZŠ) a mladší děti (DO) a chlapci (ZŠ) a dívky (DO).

Negativní projevy

Negativní projevy ve svých kresbách zobrazilo 5 dětí (10 %) z celkového počtu respondentů. Děti (ZŠ) jej zobrazily ve 2 případech (7 %) a děti právě hospitalizované ve 3 případech (14 %).

- Negativní projevy zobrazovali pouze chlapci (ZŠ) – 2 (14 %), rozdíly dané věkem nejsou významné.
- Negativní projevy zobrazili ve svých kresbách častěji chlapci než dívky, právě hospitalizovaní – 2 (20 %).

12.3. PROSTŘEDÍ

Celkové ladění kresby

26 dětí (50 %) nakreslilo obrázek, který byl pozitivně laděný. 23 dětí (44 %) nakreslilo obrázek neutrální a 3 děti (6 %) nakreslily obrázek dramaticky laděný.

- Děti (ZŠ) kreslily převážně neutrálně laděné kresby – 18 dětí (60 %), 11 dětí (37 %) nakreslilo optimistické kresby a dramaticky laděná kresba byla pouze 1 (3 %). Většina starších dětí kreslilo obrázky neutrálně laděné – 10 dětí (77 %). Chlapci kreslili neutrálně laděné kresby v převážné většině – 12 (86 %), optimistické kresby nakreslili pouze 2 chlapci (14 %). Dívky kreslily spíše optimistické obrázky – 9 (56 %). Dramatickou kresbu nakreslila 1 dívka (6 %) mladšího věku.
- Děti (DO) v převážné většině kreslily kresby optimistické – 15 (68 %), neutrálních bylo 5 kreseb (23 %) a 2 děti zobrazily kresby dramatické. Dívky kreslily převážně pozitivně laděné obrázky – 10 (83 %), zatímco chlapci – pozitivně laděné kresby – 5 (50 %) a neutrálně laděné kresby – 4 (40 %).

Děti, které zobrazovaly prostředí ordinace dětského lékaře kreslily spíše neutrální kresby, kdežto u dětí, které byly hospitalizované na dětských odděleních převládaly kresby pozitivně laděné.

Osoby

Na kresbách všech dětí je zobrazena dětská sestra a dítě. Osobu lékaře zobrazilo 6 dětí (12 %), rodiče zobrazilo 8 dětí (15 %) a sourozence 1 dítě (2 %). Další osoby zobrazovaly převážně děti, jejichž kresba ukazovala ordinaci praktického lékaře.

- Děti (ZŠ) – 5 dětí (17 %) na svých kresbách zachytilo lékaře, dalších 5 dětí (17 %) zobrazilo také svoje rodiče a 1 dítě (2 %) nakreslilo i svého sourozence. Starší děti zobrazovaly další osoby častěji – lékař – 3 děti (23 %) a rodiče – 4 děti (31 %). Další osoby zobrazovali ve svých kresbách častěji chlapci – lékař – 5 dětí (36 %) a rodiče 3 chlapci (21 %). Svého sourozence nakreslila dívka staršího věku.
- Děti (DO) – 3 děti (14 %) nakreslilo své rodiče a 1 dítě (4 %) nakreslilo osobu lékaře. Osobu lékaře nakreslil chlapec staršího věku. Jiné rozdíly dle věku, či pohlaví nejsou významné.

Lékařské přístroje

Lékařské přístroje se v kresbách dětí objevily v 18 případech (35 %). Z toho bylo 10 dětí (30 %), které kreslily ordinaci praktického lékaře a 8 dětí (36 %), které byly právě hospitalizované. Starší děti (ZŠ) kreslily lékařské přístroje více než mladší děti – 7 dětí (54 %). Starší děti, které byly právě hospitalizované též kreslily lékařské přístroje mnohem více než mladší děti – 7 (50 %).

- Děti (ZŠ) zobrazily v 5 případech váhu, 2 děti nakreslily fonendoskop a 1 dítě na své kresbě zachytilo zkumavky.
- Děti (DO) v 5 případech zobrazily infuzní stojan. 2 děti nakreslily tonometr a 2 děti nakreslily teploměr. V jedné kresbě se objevilo EKG.

Výsledky obou skupin se shodují, lékařské přístroje kreslily převážně děti staršího věku a rozdíl mezi pohlavími není významný.

Textové prvky

Textové prvky vyobrazila pouze 1 dívka staršího věku (ZŠ).

12.4. FANTAZIJNÍ PRVKY

Všechny děti pojaly své kresby velmi realisticky, proto se jen zřídka stalo, že se zde objevil nějaký fantazijní prvek. Jediným fantazijním prvkem, který se v kresbách objevil byl čepec a zdravotnický kříž.

Čepec vyobrazily pouze děti, které kreslily prostředí ordinace praktického lékaře. Jednalo se o kresby dvou starších chlapců. **Zdravotnický kříž** ve svých kresbách zobrazilo dohromady 7 dětí. Z toho jich 6 bylo od dětí, které kreslily ordinaci praktického lékaře a pouze 1 dítě, které bylo hospitalizované zobrazilo dětské sestře zdravotnický kříž. Zobrazovali ho převážně chlapci mladšího věku. V nemocnici zdravotnický kříž nakreslil též chlapec, ale staršího věku.

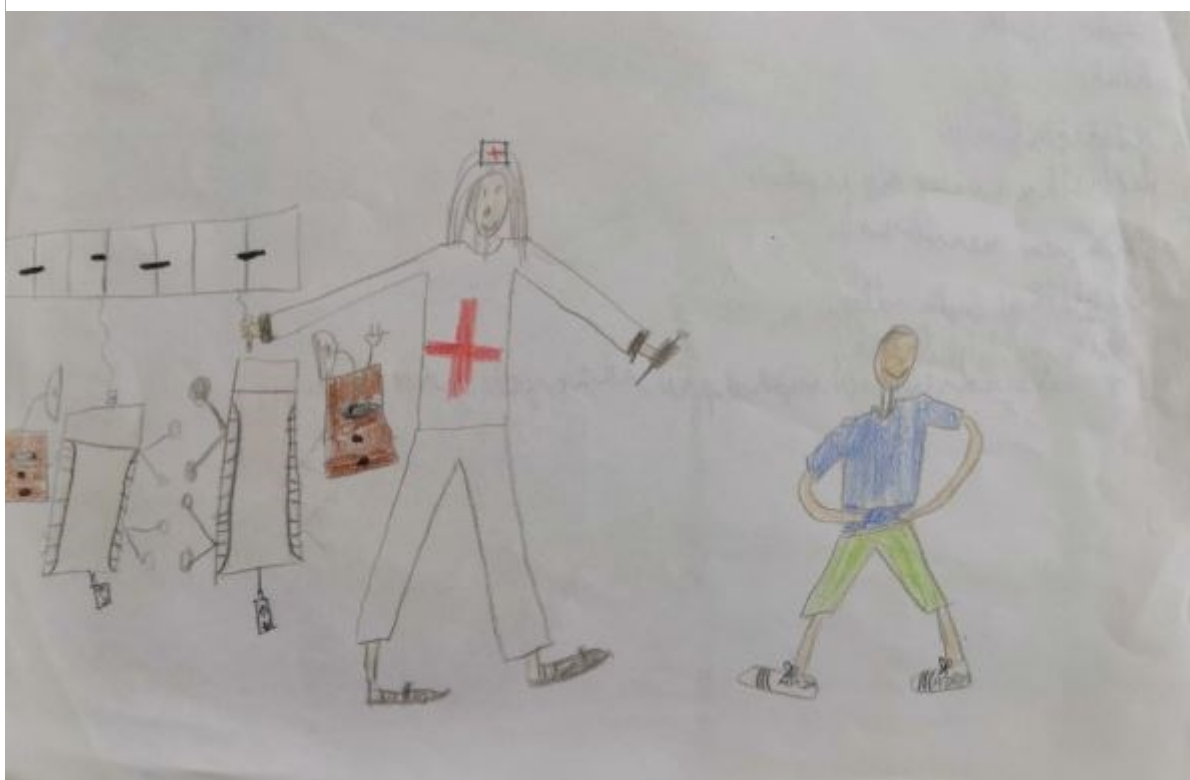
Obrázek 7: Zobrazení roušky



Zdroj: archiv autorky

Obrázek nakreslil chlapec (9 let). Na obrázku je zobrazena sestřička a chlapec. Komentář chlapce: „Sestřička mě jde očkovat, měli jsme roušky, protože jsou teď povinné“. Chlapec se cítí dobře.

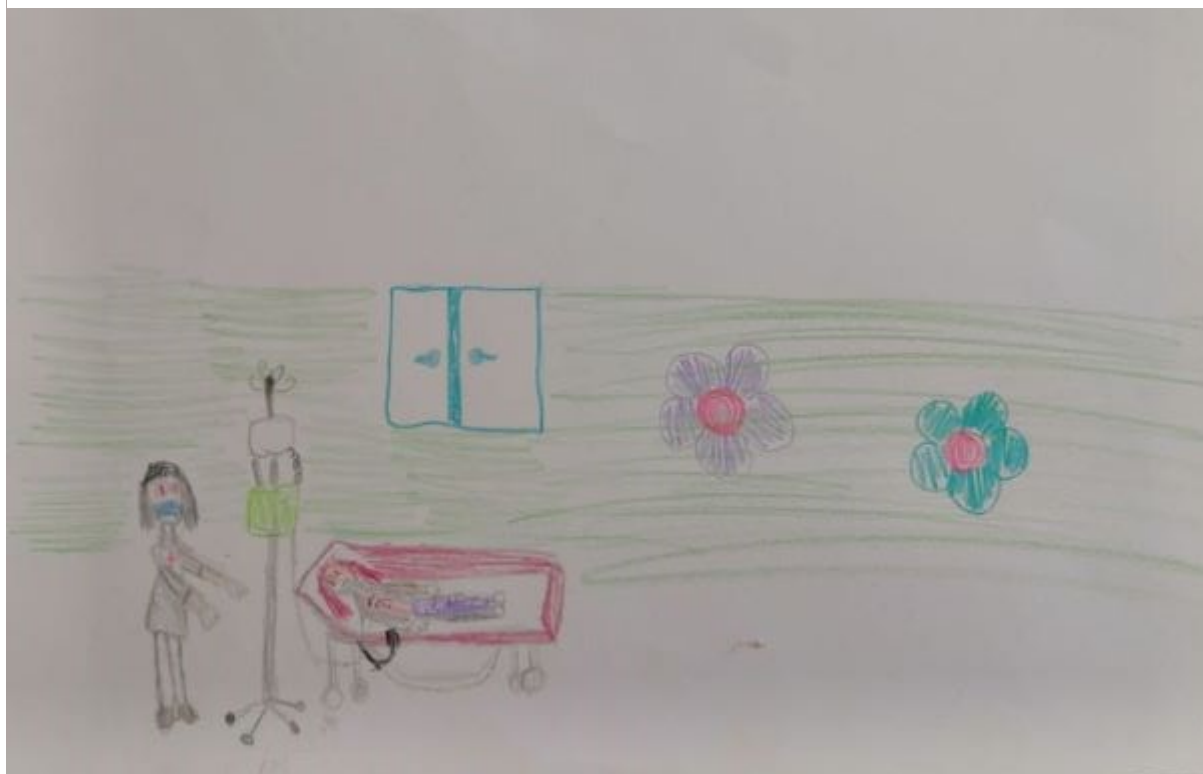
Obrázek 8: Fantazijní prvky



Zdroj: archiv autorky

Obrázek nakreslil chlapec (9 let). Na obrázku je nakreslená sestřička a dítě. Komentář chlapce: „Sestřička mi chce dát injekci“. Chlapec se cítil nervózní, nevěděl, jestli to bude bolet. Sestřička byla milá.

Obrázek 9: Fantazijní prvky



Zdroj: archiv autorky

Obrázek nakreslila dívka ve věku 12 let, která byla hospitalizována z důvodu neurčité bolesti břicha. Na obrázku je nakreslená dívka a dětská sestřička. Komentář dívky: „Sestřička mi jde napojit infuzi“. Dívka se cítí dobře, jen ji pobolívá bříško. Sestřička na ni byla moc hodná.

Sestřička je zobrazena v uniformě, kde je naznačen zdravotnický kříž a má ústa zakrytá rouškou.

Obrázek 10: Zobrazení více osob



Zdroj: archiv autorky

Tento obrázek nakreslila dívka ve věku 11 let. Dívka byla na oddělení přijata z důvodu plánovaného vyšetření. Na obrázku je zobrazena dívka, dětská sestra a lékař. Komentář dítěte: „Pan doktor mi jde udělat lumbální punkci, sestřička mu podává dezinfekci“. Dívka se velmi bála, ale sestřička ji uklidnila a po celou dobu výkonu ji držela za ruku.

13. DISKUZE

V diskuzi předkládám obraz dětské sestry pracující u praktického lékaře, který ve výzkumu zobrazovaly děti navštěvující ZŠ a které nikdy nebyly hospitalizované v nemocnici. Dále obraz dětské sestry pracující na dětském oddělení v nemocnici a výzkumných prací, které uvádím v teoretické části.

13.1. OBRAZ DĚTSKÉ SESTRY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Děti, které nemají žádnou zkušenost s hospitalizací, zobrazují dětskou sestřičku u praktického lékaře převážně s úsměvem, větší, než je dítě a stojící. Sestru v uniformě nakreslila polovina dětí a většinou má kalhoty. Výjimečně je součástí uniformy sestry čepce, občas se na uniformě sestry vyskytuje zdravotnický kříž.

V převážné většině sestra aktivně vykonává nějakou činnost. Jedná se jak o invazivní, tak o neinvazivní a pomocné činnosti. Polovina dětí nakreslila dětskou sestru, která je očkuje, nejspíše jelikož je to nejsilnější zážitek dětí s dětskou sestrou na rozdíl od dětí právě hospitalizovaných, které kreslí aktuální situaci a sestru.

Dále dětská sestra měří jejich výšku, zkontroluje jejich zrak, vyšetřuje dítě, kontroluje ho, povídá si s ním o tom, co ho trápí a zapisuje informace do dokumentace v počítači. Během své práce ve většině případů pracuje se stříkačkou a jehlou, dále se Snellenovou tabulí, ukazovátkem, fonendoskopem a počítačem.

Dle výzkumných podotázek děti zobrazovaly nejčastěji návštěvu praktického lékaře z důvodu preventivní prohlídky, pouze 2 děti kreslily situaci, kdy je bolelo břicho, což bylo důvodem návštěvy praktického lékaře. Děti se v ordinaci cítily převážně dobře, 7 dětí přiznalo, že byly vystrašené – důvodem bylo nejčastěji očkování. 4 děti staršího věku přiznaly, že se během preventivní prohlídky cítily trapně. Na jednání sestřičky se dětem líbilo převážně, že byla hodná, usměvavá a milá. Pouze 2 děti mladšího věku přiznaly, že se sestřičky bály, jelikož byla přísná. A 2 dětem přišlo jednání sestřičky nepříjemné. Na jednání sestřičky se několika dětem nelíbilo pouze to, že nedostaly bonbony.

Dětskou sestru u praktického lékaře děti zobrazují převážně realisticky, dokonce několik dětí zobrazilo sestru s rouškou, což naznačuje, že byly na preventivní prohlídce nedávno. Malá část dětí zobrazila dětskou sestru s čepcem nebo zdravotnickým křížem. Domnívám se, že tyto prvky děti zobrazují pro zdůraznění profese, kterou sestra vykonává.

Děti popisují dětskou sestru jako milou, hodnou, trpělivou a usměvavou. Avšak několik dětí vnímá situaci u praktického lékaře jako neutrální a v dítěti to nevyvolává pozitivní emoce. Celkové ladění kresby bylo u většiny dětí, které kreslily prostředí ordinace dětského lékaře neutrální. A sestra měla v mnoha případech neutrální výraz obličeje.

13.2. OBRAZ DĚTSKÉ SESTRY NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ

Děti, které jsou nyní hospitalizované zobrazují dětskou sestřičku větší, než je dítě, v uniformě a převážně se usmívá. Děti častěji zobrazují sestru v šatech. Zdravotnický čepení součástí uniformy dětské sestry a zdravotnický kříž je zobrazen výjimečně. Sestra v převážné většině vykonává nějakou činnost. Převážně invazivního charakteru – jako je aplikace infuze, transfuze, injekce, odebírá krev a napichuje kanylu. Z neinvazivních činností je to nejčastěji měření tělesného tlaku, teploty, vyšetření dítěte a situace, kdy si dětská sestra s dítětem povídá. Neinvazivní činnost sestry se zde vyskytuje mnohem méně než u kreseb dětské sestry v ordinaci praktického lékaře. Podání léčiv a stravy zachytily ve svých kresbách pouze děti, které byly hospitalizované.

Důvodem hospitalizace dětí byl nejčastěji chirurgický zákrok. Nejčastěji se jednalo o zlomenou ruku, či nohu, operaci slepého střeva, či operaci kýly. Dále byly děti hospitalizovány pro neurčitou břišní bolest a další obtíže, kde byla důležitá včasná diagnostika nemoci. Některé děti byly hospitalizované z důvodu neutropenie, nebo anorexie.

Děti se v nemocnici v převážné většině cítily dobře, část se cítila unavená, nebo cítila bolest, či nevolnost. Jednání sestřiček se všem dětem líbilo, sestřičku hodnotily jako milou, hodnou, usměvavou a laskavou. Dvěma dětem se na jednání sestřičky líbilo, že sestřička slíbila, že injekce pouze štípne a opravdu to tak bylo. Dívka, která byla hospitalizovaná z důvodu anorexie byla spokojená s jednáním sestřičky. Dívka se již po obědě cítila plná a sestřička místo nucení, aby snědla co nejvíce, tak se s ní v klidu domluvila, co ještě dívka sní.

Děti dětské sestřičky popisují jako veselé usměvavé, vtipné, milé, trpělivé a profesionální. Mají s nimi velmi dobrý vztah a lečjaké dítě se usměje, když sestřička vejde do dveří. Děti vnímají vysokou profesionalitu sester a vědí co tato profese obnáší. Žádné dítě nepopsalo jakoukoliv negativní zkušenost se sestrou.

13.3. VLIV VĚKU A POHLAVÍ NA ZOBRAZENÍ DĚTSKÉ SESTRY

V kresbách dětí bez závislosti na zobrazovaném prostředí jsou rozdíly dané věkem a pohlavím. Chlapci zobrazují sestru častěji v uniformě než dívky. Mladší děti zobrazovaly ve svých kresbách převážně invazivní výkony. Naopak starší děti zobrazovaly výkony neinvazivní častěji než děti mladšího věku.

13.4. ADEKVÁTNOST VÝZKUMNÝCH METOD

K analýze dat, která jsou výsledkem této práce, jsem použila metodu, která se osvědčila ve výzkumných pracích jednajících o tomto tématu. Tedy dětskou kresbu, která je doplněná rozhovorem, nebo písemným komentářem dítěte, jakožto autora kresby. Tím je docíleno, aby kresba nebyla chybně vyhodnocena a interpretována. Tato metoda se mi potvrdila jako nejvhodnější způsob získávání informací od dítěte, jelikož dítě baví a je více ochotno nakreslit obrázek, než vyplnit dotazník. Metodou analýzy kreseb byla hodnotící hlediska dle Mareše (2011) doplněná o hodnotící hlediska sestry dle Brojáčové (2015) a rozšíření těchto hledisek o činnosti sestry dle Voborníkové (2017). Tato hodnotící hlediska se ukázala jako dostačující.

13.5. POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ PRÁCE

Na závěr diskuze uvedu porovnání výsledků této práce s výsledky výzkumů uvedených v teoretické části práce. Srovnám pouze výsledky vztahující se ke zdravotní sestře a činností, které vykonává.

Bakalářská práce Brojáčové (2015)

Výsledky mé práce se shodují s uvedenou prací pouze v několika bodech. Sestra se většinou usmívá a nejčastěji bývá zobrazena stojící.

Rozdílů ve výsledcích těchto prací je mnoho. Dle výzkumu Brojáčové má dítě stejnou velikost jako sestra, která je oblečena většinou ve smyšlené uniformě. Nachází se zde také mnoho fantazijních prvků, kam patří především čepce a zdravotnický kříž. V polovině případů jsou ruce sestry bez činnosti. V mém výzkumu je sestra převážně zobrazována větší, než je dítě. Oblečená je v uniformě pouze v polovině případů, polovina dětí nakreslila dětskou sestru v civilním oblečení. V kresbách dětí se fantazijní prvky objevují výjimečně. Děti zobrazují sestru realisticky, tak jak si ji pamatují. Sestra ve většině případů aktivně vykonává nějakou činnost.

Bakalářská práce Voborníkové (2017)

Výsledky mé práce se s touto prací shodují již více. Sestra se usmívá a je zobrazována větší, než je dítě. Sestra převážně stojí a aktivně vykonává nějakou činnost ve většině případů. Nejčastějším zdravotnickým materiálem, s kterým sestra pracuje je stříkačka a jehla.

Rozdílů ve výsledcích těchto dvou prací je několik. Dle výzkumu Voborníkové jsou sestry zobrazovány především v uniformě a děti, které jsou hospitalizované zobrazují sestru pouze v uniformě. Děti, které nikdy nebyly hospitalizované, nebo byly hospitalizované v minulosti, zobrazily ve většině případů neinvazivní činnosti sestry – jako je měření výšky, krevního tlaku, teploty a jiné. Děti, které byly hospitalizované nyní zobrazovaly většinou invazivní činnosti sestry. Autorka také uvádí časté zobrazení fantazijních prvků jako je čepec a zdravotnický kříž. Dle mého výzkumu děti zobrazovaly sestru v uniformě pouze v polovině případů. Děti zobrazovaly invazivní i neinvazivní činnosti sestry v podobné četnosti bez ohledu na zkušenost s hospitalizací. Fantazijní prvky se v mé práci vyskytovaly pouze výjimečně.

Výzkumná práce Nazana Çakirer Çalbayram a kolektivu autorů (2015)

Shodným výsledkem této práce s mou prací je zobrazení sestry převážně s úsměvem. Polovina dětí chronicky i akutně nemocných nakreslila sestru, která dělá invazivní činnosti.

Rozdíly v těchto výzkumných pracích jsou následující: Sestra je zobrazena pouze na 80-83 % obrázků. Děti chronicky nemocné nebyly ve většině případů schopné obrázku dokončit. Potíže s dokončením kresby měly i mnohé děti hospitalizované s akutním onemocněním. Děti zobrazily část sester jako našťavané. V mém výzkumu byly schopny všechny děti kresbu dokončit. Sestra byla jedním z kritérií kresby, byla tedy zobrazena na všech kresbách. Sestry byly zobrazovány převážně s úsměvem, výjimku tvořily sestry, které měly zakrytá ústa rouškou. Žádná ze sester neměla neutrální či negativní výraz obličeje.

Bakalářská práce Ludvíkové (2019)

S výsledky této práce se shodují v několika bodech. Sestra je zobrazována převážně pozitivně. Dle dětí by měla být milá, usměvavá a příjemná. Děti ví, co profese sestry obnáší a co je její náplní. Děti byly převážně spokojené.

Rozdíly mezi výzkumnými pracemi jsou následující. Děti vnímají sestry u praktického lékaře převážně pozitivně, sestry na ambulancích jsou vnímány ve většině případů negativně, zejména z nedostatku času a nedostatku zkušeností dětí se sestrami v ambulancích. Názory dětí

na tuto profesi jsou především negativní z hlediska fyzické i psychické náročnosti, dlouhých směn, nízkého platu a celkové nedocenitelnosti této profese. V mé práci děti vnímají pozitivně jak sestry na dětských odděleních, tak sestry v ordinacích dětského lékaře, kde jsou sestry v několika případech zobrazeny s neutrálním výrazem a kresby jsou celkově neutrálně laděné. Dětem se profese dětské sestry líbí, několik z nich mělo dokonce zájem o více informací týkající se studia tohoto oboru.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá využitím dětské kinetické kresby k poznání toho, jak děti vnímají dětskou sestru a její profesi, jaké u nich dětská sestra vyvolává emoce. Teoretická část pojednává o dětské kresbě, jejím původu, vývoji, jejím významu a využití. Dále se zabývá diagnostikou kresby a jejím hodnocením. Zaměřila jsem se na dětskou kresbu ve zdravotnictví a profesi sestry, včetně toho, co profese dětské sestry obnáší. Specifikovala jsem pediatrickou péči v České republice a na závěr jsem uvedla některé výzkumy, které se touto tematikou zabývaly. Na teoretickou část navazuje část empirická, kde jsem dle uvedených výzkumů zvolila nejvhodnější metodu výzkumu. Jedná se o kvantitativně – kvalitativní analýzu dat – dětských kreseb, které jsou doplněny o dětský komentář. Stanovila jsem hlavní a dílčí cíle. Pro zhodnocení, zda jsou zvolené metody a věk respondentů vyhovující, jsem uskutečnila předvýzkum.

Výzkumný soubor tvořilo 62 dětí ve věku 7-12 let, který tvořil dvě skupiny dětí. První skupinou byly děti navštěvující základní školu, které nikdy nebyly hospitalizované. Druhou skupinu tvořily děti, které byly právě hospitalizované na dětských odděleních v nemocnici. Výzkum na základní škole se uskutečnil ve volném čase žáků i pedagogů během několika dní. Výzkum na dětských odděleních jsem musela uskutečnit opakovaně z nedostatku dětí a poté jsem se často setkávala s neochotou dětí obrázek nakreslit.

Stanoveným kritériím vyhovovalo 52 kreseb, které jsem analyzovala dle hodnotících hledisek, která vycházejí z prací, které jsem uvedla v teoretické části. Nejdůležitějším aspektem, který jsem hodnotila byla osoba dětské sestry. Dalšími hledisky, která byla hodnocena, byla osoba dítěte, prostředí a celkové ladění kresby.

Výsledky výzkumu jsem dle výzkumných skupin rozdělila na děti, které nikdy hospitalizované nebyly a děti, které jsou nyní hospitalizované. Dále jsem tyto skupiny dětí rozdělila dle věku na mladší a starší věk a dle pohlaví na dívky a chlapce. Kresby dětí hospitalizovaných byly převážně pozitivní, naopak děti, které zobrazovaly dětskou sestru v ordinaci dětského lékaře, často vyjadřovaly kresbu laděnou neutrálně a s neutrálním výrazem obličeje zdravotní sestry. Objevují se zde také fantazijní prvky, které se vyskytují spíše výjimečně. Jedná se především o vyobrazení zdravotnického kříže a čepce. Tyto prvky zobrazují převážně děti, které kreslily sestru v ordinaci dětského lékaře. Děti, které byly hospitalizované, nakreslily zdravotnický kříž pouze v jednom případě. Nejvýraznějšími rozdíly mezi pohlavím dětí a jejich věkem bylo, že chlapci zobrazují zdravotní sestru v uniformě

mnohem častěji než dívky. Mladší děti zobrazovaly zdravotní sestru převážně při invazivní činnosti, a naopak starší děti zobrazovaly více neinvazivních výkonů.

Výsledky výzkumu jsem porovnávala s výzkumnými pracemi, které se touto problematikou také zabývaly a které jsou obsažené v teoretické části této práce. Jedná se o bakalářské práce Brojáčové (2015), Voborníkové (2017) a Ludvíkové (2019) a výzkumnou práci Nazana Çakirer Çalbayram, PhD a kolektivu autorů (2015). Dle shodných výsledků těchto prací a této práce vychází pohled dětí na zdravotní sestru následovně: Zdravotní sestra je převážně stojící, usměvavá a v převážné většině vykonává nějakou činnost. Oblečena je v polovině případů do uniformy, kterou z větší části tvoří kalhoty a triko. Zdravotnický čepec či zdravotnický kříž je součástí uniformy spíše výjimečně a je více zobrazován u sester pracujících v ordinaci dětského lékaře. Zdravotní sestra je profesionální, upravená, milá a veselá. Pouze několik dětí zobrazujících sestru v ordinaci praktického lékaře, nakreslily zdravotní sestru s neutrálním výrazem v obličeji a celkově na ně působila neutrálně. V několika případech je zdravotní sestra zobrazována se zakrytými ústy rouškou, což naznačuje aktuálnost a reálnost kreseb dětí. Sestra vykonává mnoho odborných činností, které děti znají a chápou jejich potřebnost. Děti znázornily také některé z pomůcek, s kterými zdravotní sestra pracuje a při své práci je potřebuje.

Můj předpoklad, že děti budou dětskou sestru zobrazovat pozitivněji v ordinaci praktického lékaře než sestru na dětském oddělení a bude hrát roli četnost invazivních a neinvazivních činností sestry se nepotvrdila. Děti zobrazují zdravotní sestry spíše na základě jejich komunikace s dětmi a jejich celkového přístupu k dětem. Názor na dětskou sestru si tudíž děti vytvářejí na základě své zkušenosti se sestrami a jejich přístupu k dětem. Četnost invazivních a neinvazivních činností sester nehraje, v pohledu dětí na sestry, žádnou roli. A jelikož dětské sestry na dětském oddělení stráví s dítětem mnohem více času než sestra v ordinaci lékaře, a dítě ji může více poznat, jsou kresby dětí, které jsou právě hospitalizované pozitivnější a zdravotní sestra je zobrazována převážně s úsměvem. I přes to, že je dítě v nemocnici z nějakého důvodu a v mnoha případech prožívá bolest, nebo nevolnost.

ABSTRAKT

Autor:	Šárka Spilková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Profese sestry očima dítěte
Vedoucí práce:	prof. PhDr.Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	113
Počet příloh:	18
Rok obhajoby:	2020
Klíčová slova:	dětská kresba, děti, profese sestry, hospitalizace, psychologie kresby, pediatrická péče

Bakalářská práce zkoumá pohled dětí na zdravotní sestru a její profesi pomocí dětské kinetické kresby. Je rozdělená na 2 části – teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá dětskou kinetickou kresbou, jejím původem, vývojem, diagnostikou a hodnocením. Dále popisuje dětskou kresbu ve zdravotnictví, profesi zdravotní sestry a formy pediatrické péče v ČR. Na závěr jsou uvedeny vybrané výzkumné práce.

Empirická část vychází z kvantitativně – kvalitativního šetření, které bylo realizováno prostřednictvím dětské kinetické kresby doplněné písemným či ústním komentářem dítěte. Výzkumný vzorek tvořilo 52 dětí ve věku 7-12 let, které byly rozdělené na dvě skupiny – děti, které nikdy hospitalizované nebyly a děti, které jsou nyní hospitalizované. Výzkum se uskutečnil na základní škole a na dětských odděleních v nemocnici. Děti kreslily dle zadané instrukce. Při analýze dětských kreseb byla nejdůležitějším aspektem osoba dětské sestry. Výsledky ukazují, že děti vědí, co profese sestry obnáší a jaké odborné činnosti vykonává. Sestra je v polovině případů zobrazována v uniformě a převážně s úsměvem. Dětská sestra v nemocnici je dětmi vnímána mnohem pozitivněji než sestra v ordinaci dětského lékaře. Kresby zobrazující dětskou sestru v ordinaci dětského lékaře jsou ve většině případů neutrální. Získané výsledky byly porovnány s uvedenými výzkumnými pracemi.

ABSTRACT

Author: Šárka Spilková
Institution: Charles University
Faculty of Medicine in Hradec Králové
Institute of Social Medicine, Department of Nursing
Title: The Nursing profession through the eyes of child
Supervisor: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Number of pages: 113
Number of appendices: 18
Year of defense: 2020
Keywords: children's drawing, children, profession of a nurse, hospitalization, psychology of drawing, pediatric care

The bachelor's thesis research children's view of the nurse and her profession using children's kinetic drawings. It is divided into two parts - theoretical and empirical part. The theoretical part concerns with children's kinematic drawing, one origin, development, diagnosis and evaluation. It also describes children's drawing in healthcare, professional nurses and forms of pediatric care in the Czech Republic. Finally, selected research works are presented.

The empirical part is based on a quantitative - qualitative survey, which was carried out through a child's kinetic drawing supplemented by a written or oral commentary of the child. The research sample formed by 52 children at age 7-12 years, which were divided into two groups - children, who were never hospitalized and children, who are now hospitalized. The research performs in primary school and in children's department in hospital. The children drew according to the instructions given to them. The person of the child's nurse was a decisive aspect in the analysis of children's drawing. The results shows that children know what the profession of a nurse entails and what professional activities performs. In half of the cases, the nurse is shown in uniform and mostly with a smile. A nurse in a hospital is perceived more positively by children than a nurse in a pediatrician's office. Drawings showing a nurse in a pediatrician's office are neutral in some cases. The obtained results were compared with the mentioned research works.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BROJÁČOVÁ, Danka. *Profese sestry očima dítěte*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v roce 2015, 102 s. Vedoucí práce Jiří Mareš. Dostupné také z: <<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/154507>>.

COGNET, Georges. *Dětská kresba jako diagnostický nástroj*. Praha: Portál, 2013, s. 203. ISBN 9788026204992

DAVIDO, Roseline. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. 2. vydání. Přeložila Alena LHOTOVÁ, přeložila Hana PROUSKOVÁ. Praha: Portál, 2008, 205 s. ISBN 9788073674151

KUCHARSKÁ, Anna a Ludmila Májová, ed. *Dětská kresba v psychologickém výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2005, 96 s. ISBN 8072902172

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010, 216 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024732244

LUDVÍKOVÁ, Marie. *Profese sestry očima dětských pacientů*. Bakalářská práce obhájená na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích v roce 2019, 64 s. Vedoucí práce Alena Machová. Dostupné také z: https://www.pf.jcu.cz/education/department/czv/archiv_zp/ms/2019/Profese_sestry_ocima_de_tsky_ch_pacientu/

MAREŠ, Jiří. *Individualizovaná péče o pacienta*. Brno: MSD, 2018, 120 s. ISBN 9788073923044

PETERSON, Linda Whitney a Milton Edward HARDIN. *Děti v tísní: příručka pro screening dětských kreseb*. Praha: Triton, 2002, 141 s. ISBN 8072542370.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 9788027108886

POGÁDY, J. *Detská kresba v diagnostice a léčbě*. Bratislava: Slovac Academy Press, 1993, 196 s. ISBN 8085665077

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024716138.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016, 303 s. ISBN 9788026210436.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3. upravené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 9788024424330

UŽDIL, Jaromír a Emilie ŠAŠINKOVÁ. *Výtvarná výchova v předškolním věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství 1980, 191 s. ISBN 8071785997

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývoj dětské kresby a její diagnostické využití*. Praha: Raabe, 2017, s. 219. ISBN 9788074963339

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 815 s. ISBN 9788026206965

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. I., Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 8024609568

VANÍČKOVÁ, Eva. *Metodika pro screening emocionální traumatizace dětí*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2017, s. 43. ISBN 9788087347331

VOBORNÍKOVÁ, Ivana. *Profese sestry očima dítěte (analýza dětských kreseb)*. Bakalářská práce obhájená na Univerzitě Karlově v Hradci Králové v roce 2017, 99 s. Vedoucí práce Jiří Mareš. Dostupné také z: <<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/167634>>

INTERNETOVÉ ZDROJE

Dětská sestra v proměnách času. *Florence* (online). 10.10.2018, 1 s. Dostupné z <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/detska-sestra-v-promenach-casu/>

Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání dětská sestra. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* (online). 16.3.2018, s.26. (cit. 2020-09-05). Dostupné z: <https://mzcr.cz/kvalifikacni-standard-detska-sestra/>

ÇALBAYRAM, Nazan & ALTUNDAĞ, Sebahat & AYDIN, Bahise. (2017). *Investigating Children's Perception of Nurses Through Their Drawings*. *Clinical Nursing Research*. 27, 19 s. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/319942122_Investigating_Children%27s_Perception_of_Nurses_Through_Their_Drawings/

SEZNAM ZKRATEK

A4 – rozměry 210 x 297

ZŠ – základní škola

Odd. – oddělení

DO – dětské oddělení

PL – praktický lékař

Tzv. – tak zvaný

CNS – centrální nervová soustava

MZ – ministerstvo zdravotnictví

ČR – Česká republika

Atd. – a tak dále

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Předvýzkum	60
Obrázek 2: Předvýzkum	61
Obrázek 3: Předvýzkum	62
Obrázek 4: Předvýzkum	63
Obrázek 5: Vyřazená kresba	66
Obrázek 6: Vyřazená kresba	67
Obrázek 7: Zobrazení roušky.....	80
Obrázek 8: Fantazijní prvky	81
Obrázek 9: Fantazijní prvky	82
Obrázek 10: Zobrazení více osob.....	83

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Počet respondentů.....	65
Tabulka 2: Osoba dětské sestry I	99
Tabulka 3: Osoba dětské sestry II.....	100
Tabulka 4: Osoba dětské sestry III.....	101
Tabulka 5: Oblečení dětské sestry I	102
Tabulka 6: Oblečení dětské sestry II.....	102
Tabulka 7: Oblečení dětské sestry III.....	103
Tabulka 8: Činnosti dětské sestry I.....	104
Tabulka 9: Činnosti dětské sestry II.....	105
Tabulka 10: Činnosti dětské sestry III.....	106
Tabulka 11: Vybavení, s nímž dětská sestra pracuje I	107
Tabulka 12: Vybavení, s nímž dětská sestra pracuje II.....	107
Tabulka 13: Vybavení, s nímž dětská sestra pracuje III.....	107
Tabulka 14: Osoba dítěte I.....	108
Tabulka 15: Osoba dítěte II	109
Tabulka 16: Osoba dítěte III	110
Tabulka 17: Prostředí I	111
Tabulka 18: Prostředí II.....	112
Tabulka 19: Prostředí III.....	113

PŘÍLOHY

Tabulka 2: Osoba dětské sestry I

	Všechny děti	Děti ZŠ	Děti dětské odd.
VELIKOST SESTRY			
větší než dítě	39 (75 %)	23 (77 %)	16 (73 %)
stejná jako dítě	8 (15 %)	3 (10 %)	5 (23 %)
menší jak dítě	5 (10 %)	4 (13 %)	1 (4 %)
POZICE SESTRY			
stojí	24 (46 %)	3 (10 %)	21 (95 %)
sedí	28 (54 %)	27 (90 %)	1 (5 %)
ČINNOST RUKOU			
v činnosti	40 (77 %)	23 (77 %)	17 (77 %)
bez činnosti	12 (23 %)	7 (23 %)	5 (23 %)
VÝRAZ OBLIČEJE			
úsměv	39 (75 %)	22 (73 %)	17 (77 %)
bez úsměvu	13 (25 %)	8 (26 %)	5 (22 %)
PRVKY SOCIÁLNÍ OPORY	4 (8 %)	2 (7 %)	2 (9 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 3: Osoba dětské sestry II

ZŠ	MLADŠÍ DĚTI	STARŠÍ DĚTI	CHLAPCI	DÍVKY
VELIKOST SESTRY				
větší než dítě	16 (94 %)	7 (54 %)	10 (71 %)	13 (81 %)
stejná jako dítě	0	3 (23 %)	1 (7 %)	2 (13 %)
menší než dítě	1 (6 %)	3 (23 %)	3 (22 %)	1 (6 %)
POZICE SESTRY				
stojí	17 (100 %)	10 (77 %)	13 (93 %)	14 (87 %)
sedí	0	3 (23 %)	1 (7 %)	2 (13 %)
ČINNOST RUKOU				
v činnosti	13 (77 %)	10 (77 %)	10 (71 %)	13 (81 %)
bez činnosti	4 (23 %)	3 (23 %)	4 (29 %)	3 (19 %)
VÝRAZ OBLIČEJE				
úsměv	12 (71 %)	11 (85 %)	10 (71 %)	13 (81 %)
bez úsměvu	5 (29 %)	2 (15 %)	4 (29 %)	3 (19 %)
PRVKY SOCIÁLNÍ OPORY	1 (6 %)	1 (8 %)	0	2 (13 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 4: Osoba dětské sestry III

Dětská odd.	MLADŠÍ DĚTI	STARŠÍ DĚTI	CHLAPCI	DÍVKY
VELIKOST SESTRY				
větší než dítě	7 (88 %)	12 (86 %)	8 (80 %)	11 (92 %)
stejná jako dítě	0	2 (14 %)	2 (20 %)	0
menší než dítě	1 (12 %)	0	0	1 (8 %)
POZICE SESTRY				
stojí	8 (100 %)	14 (100 %)	10 (100 %)	12 (100 %)
sedí	0	0	0	0
ČINNOST RUKOU				
v činnosti	7 (88 %)	10 (71 %)	7 (70 %)	10 (83 %)
bez činnosti	1 (12 %)	4 (29 %)	3 (30 %)	2 (17 %)
VÝRAZ OBLIČEJE				
úsměv	6 (75 %)	11 (79 %)	7 (70 %)	10 (83 %)
bez úsměvu	2 (25 %)	3 (21 %)	3 (30 %)	2 (17 %)
PRVKY SOCIÁLNÍ OPORY	1 (12 %)	1 (7 %)	1 (10 %)	1 (8 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 5: Oblečení dětské sestry I

PRVKY OBLEČENÍ	VŠECHNY DĚTI	DĚTI ZŠ	DĚTI DĚTSKÁ ODD.
uniforma	28 (54 %)	15 (50 %)	13 (59 %)
civilní oblečení	24 (46 %)	15 (50 %)	9 (41 %)
kalhoty	38 (73 %)	21 (70 %)	17 (77 %)
sukně	2 (4 %)	1 (3 %)	1 (5 %)
šaty	12 (23 %)	8 (27 %)	4 (18 %)
čepec	2 (4 %)	2 (7 %)	0
jmenovka	2 (4 %)	1 (3 %)	1 (5 %)
označení křížem	7 (14 %)	6 (20 %)	1 (5 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 6: Oblečení dětské sestry II

PRVKY OBLEČENÍ	MLADŠÍ DĚTI ZŠ	STARŠÍ DĚTI ZŠ	CHLAPCI	DÍVKY
uniforma	7 (41 %)	8 (62 %)	9 (64 %)	6 (38 %)
civilní oblečení	10 (59 %)	5 (38 %)	5 (36 %)	10 (62 %)
kalhoty	11 (65 %)	10 (77 %)	11 (79 %)	10 (62 %)
sukně	1 (6 %)	0	1 (7 %)	0
šaty	5 (29 %)	3 (23 %)	2 (14 %)	6 (38 %)
čepec	0	2 (15 %)	2 (14 %)	0
jmenovka	1 (6 %)	0	0	1 (6 %)
označení křížem	4 (24 %)	2 (15 %)	4 (29 %)	2 (13 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 7: Oblečení dětské sestry III

PRVKY OBLEČENÍ	MLADŠÍ DĚTI DĚTSKÉ ODD.	STARŠÍ DĚTI DĚTSKÉ ODD.	CHLAPCI	DÍVKY
uniforma	3 (38 %)	10 (71 %)	7 (70 %)	6 (50 %)
civilní oblečení	5 (62 %)	4 (29 %)	3 (30 %)	6 (50 %)
kalhoty	8 (100 %)	9 (64 %)	7 (70 %)	10 (83 %)
sukně	0	1 (7 %)	1 (10 %)	0
šaty	0	4 (29 %)	2 (20 %)	2 (17 %)
čepec	0	0	0	0
jmenovka	1 (13 %)	0	1 (10 %)	0
označení křížem	0	1 (7 %)	1 (10 %)	0

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 8: Činnosti dětské sestry I

DRUH ČINNOSTI	VŠECHNY DĚTI	DĚTI ZŠ	DĚTI DĚTSKÁ ODD.
INVAZIVNÍ			
aplikuje injekci	3 (6 %)	0	3 (14 %)
očkuje	15 (29 %)	15 (50 %)	0
podává infuzi	4 (8 %)	0	4 (18 %)
odebírá krev	1 (2 %)	0	1 (5 %)
napichuje i.v. kanylu	1 (2 %)	0	1 (5 %)
podává transfúzi	1 (2 %)	0	1 (5 %)
NEINVAZIVNÍ			
měří FF	2 (4 %)	0	2 (9 %)
měří teplotu	2 (4 %)	0	2 (9 %)
měří výšku	1 (2 %)	1 (3 %)	0
zkouší zrak	6 (12 %)	6 (20 %)	0
vyšetřuje	3 (6 %)	2 (7 %)	1 (5 %)
povídá si	3 (6 %)	2 (7 %)	1 (5 %)
píše dokumentaci	1 (2 %)	1 (3 %)	0
POMOCNÁ			
asistuje	1 (2 %)	0	1 (5 %)
kontroluje	5 (10 %)	3 (10 %)	1 (5 %)
LÉČIVA			
podává léky	3 (6 %)	0	3 (14 %)
aplikuje mast	0	0	0
PODÁVÁNÍ STRAVY			
podává pití	0	0	0
podává jídlo	1 (2 %)	0	1 (5 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 9: Činnosti dětské sestry II

DRUH ČINNOSTI ZŠ	MLADŠÍ DĚTI	STARŠÍ DĚTI	CHLAPCI	DÍVKY
INVAZIVNÍ				
aplikuje injekci	0	0	0	0
očkuje	11 (65 %)	4 (31 %)	6 (43 %)	9 (56 %)
podává infúzi	0	0	0	0
odebírá krev	0	0	0	0
napichuje i.v. kanylu	0	0	0	0
podává transfúzi	0	0	0	0
NEINVAZIVNÍ				
měří FF	0	0	0	0
měří teplotu	0	0	0	0
měří výšku	1 (6 %)	0	0	1 (6 %)
zkouší zrak	0	6 (46 %)	3 (21 %)	3 (19 %)
vyšetřuje	2 (12 %)	0	0	2 (13 %)
povídá si	0	2 (15 %)	2 (14 %)	0
píše dokumentaci	0	1 (8 %)	0	1 (6 %)
POMOCNÁ				
asistuje	0	0	0	0
kontroluje	3 (17 %)	0	2 (14 %)	1 (6 %)
LÉČIVA				
Podává léky	0	0	0	0
aplikuje mast	0	0	0	0
PODÁVÁNÍ STRAVY				
podává pití	0	0	0	0
podává jídlo	0	0	0	0

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 10: Činnosti dětské sestry III

DRUH ČINNOSTI	MLADŠÍ DĚTI	STARŠÍ DĚTI	CHLAPCI	DÍVKY
Dětské oddělení				
INVAZIVNÍ				
aplikuje injekci	2 (25 %)	1 (7 %)	1 (10 %)	2 (17 %)
očkuje	0	0	0	0
podává infúzi	1 (12 %)	3 (21 %)	2 (20 %)	2 (17 %)
odebírá krev	1 (12 %)	0	0	1 (8 %)
napichuje i.v. kanylu	0	1 (7 %)	0	1 (8 %)
podává transfúzi	1 (12 %)	0	0	1 (8 %)
NEINVAZIVNÍ				
měří FF	0	2 (14 %)	2 (20 %)	0
měří teplotu	0	2 (14 %)	1 (10 %)	1 (8 %)
měří výšku	0	0	0	0
zkouší zrak	0	0	0	0
vyšetřuje	1 (12 %)	0	1 (10 %)	0
povídá si	0	1 (7 %)	0	1 (8 %)
píše dokumentaci	0	0	0	0
POMOCNÁ				
asistuje	0	1 (7 %)	0	1 (8 %)
kontroluje	2 (25 %)	0	0	1 (8 %)
LÉČIVA				
podává léky	1 (12 %)	2 (14 %)	3 (30 %)	0
aplikuje mast	0	0	0	0
PODÁVÁNÍ STRAVY				
podává pití	0	0	0	0
podává jídlo	0	1 (7 %)	0	1 (8 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 11: Vybavení, s nímž dětská sestra pracuje I

DRUH VYBAVENÍ	VŠECHNY DĚTI	DĚTI ZŠ	DĚTI ODD.	DĚTKÁ
přístroje	6 (12 %)	2 (7 %)	4 (18 %)	
jídlo a nápoje	1 (2 %)	0	1 (5 %)	
léčiva	3 (6 %)	0	3 (14 %)	
zdravotnický materiál	26 (50 %)	15 (50 %)	11 (50 %)	

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 12: Vybavení, s nímž dětská sestra pracuje II

DRUH VYBAVENÍ	MLADŠÍ DĚTI ZŠ	STARŠÍ DĚTI ZŠ	CHLAPCI	DÍVKY
přístroje	1 (6 %)	1 (8 %)	1 (7 %)	1 (6 %)
jídlo a nápoje	0	0	0	0
léčiva	0	0	0	0
zdravotnický materiál	11 (65 %)	4 (31 %)	6 (43 %)	9 (56 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 13: Vybavení, s nímž dětská sestra pracuje III

DRUH VYBAVENÍ	MLADŠÍ DĚTI DĚTSKÁ ODD.	STARŠÍ DĚTI DĚTSKÁ ODD.	CHLAPCI	DÍVKY
přístroje	0	4 (29 %)	3 (30 %)	1 (8 %)
jídlo a nápoje	0	1 (7 %)	0	1 (8 %)
léčiva	1 (13 %)	2 (14 %)	2 (20 %)	1 (8 %)
zdravotnický materiál	3 (38 %)	8 (57 %)	3 (30 %)	8 (67 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 14: Osoba dítěte I

	VŠECHNY DĚTI	DĚTI ZŠ	DĚTI DĚTSKÁ ODD.
POZICE DÍTĚTE			
stojí	18 (35 %)	18 (60 %)	0
sedí	17 (32 %)	10 (33 %)	7 (32 %)
leží	17 (32 %)	2 (7 %)	15 (68 %)
ČINNOST RUKOU			
v činnosti	14 (27 %)	8 (27 %)	6 (27 %)
bez činnosti	38 (73 %)	22 (73 %)	16 (73 %)
VÝRAZ OBLIČEJE			
úsměv	37 (71 %)	19 (63 %)	18 (82 %)
bez úsměvu	15 (29 %)	11 (37 %)	4 (18 %)
PRVKY SOCIÁLNÍ OPORY	8 (15 %)	5 (17 %)	3 (14 %)
NEGATIVNÍ PROJEVY	5 (10 %)	2 (7 %)	3 (14 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 15: Osoba dítěte II

ZŠ	MLADŠÍ DĚTI	STARŠÍ DĚTI	CHLAPCI	DÍVKY
POZICE DÍTĚTE				
stojí	10 (59 %)	8 (62 %)	8 (57 %)	10 (63 %)
sedí	5 (29 %)	5 (38 %)	5 (36 %)	5 (31 %)
leží	2 (12 %)	0	1 (7 %)	1 (6 %)
ČINNOST RUKOU				
v činnosti	1 (6 %)	7 (54 %)	4 (29 %)	4 (25 %)
bez činnosti	16 (94 %)	6 (46 %)	10 (71 %)	12 (75 %)
VÝRAZ OBLIČEJE				
úsměv	13 (76 %)	6 (46 %)	8 (57 %)	11 (69 %)
bez úsměvu	4 (24 %)	7 (54 %)	6 (43 %)	5 (31 %)
PRVKY SOCIÁLNÍ OPORY	1 (6 %)	4 (31 %)	3 (21 %)	2 (13 %)
NEGATIVNÍ PROJEVY	1 (6 %)	1 (8 %)	2 (14 %)	0

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 16: Osoba dítěte III

DĚTSKÁ ODD.	MLADŠÍ DĚTI	STARŠÍ DĚTI	CHLAPCI	DÍVKY
POZICE DÍTĚTE				
stojí	0	0	0	0
sedí	2 (25 %)	5 (36 %)	1 (10 %)	6 (50 %)
leží	6 (75 %)	9 (64 %)	9 (90 %)	6 (50 %)
ČINNOST RUKOU				
v činnosti	2 (25 %)	4 (29 %)	4 (40 %)	2 (17 %)
bez činnosti	6 (75 %)	10 (71 %)	6 (60 %)	10 (83 %)
VÝRAZ OBLIČEJE				
úsměv	6 (75 %)	12 (86 %)	8 (80 %)	10 (83 %)
bez úsměvu	2 (25 %)	2 (14 %)	2 (20 %)	2 (17 %)
PRVKY SOCIÁLNÍ OPORY	2 (25 %)	1 (7 %)	1 (10 %)	2 (17 %)
NEGATIVNÍ PROJEVY	1 (13 %)	2 (14 %)	2 (20 %)	1 (8 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 17: Prostředí I

	VŠECHNY DĚTI	DĚTI ZŠ	DĚTI DĚTSKÁ ODDĚLENÍ
LADĚNÍ KRESBY			
neutrální	23 (44 %)	18 (60 %)	5 (23 %)
optimistické	26 (50 %)	11 (37 %)	15 (68 %)
dramatické	3 (6 %)	1 (3 %)	2 (9 %)
PROSTOROVÉ USPOŘÁDÁNÍ			
bokorys	43 (83 %)	23 (77 %)	20 (91 %)
nadhled	9 (17 %)	7 (23 %)	2 (9 %)
TYP PROSTŘEDÍ			
nemocnice	22 (42 %)	0	22 (100 %)
ambulantní lékař	30 (58 %)	30 (100 %)	0
POZADÍ			
neutrální	29 (56 %)	15 (50 %)	14 (64 %)
optimistické	21 (40 %)	14 (47 %)	7 (32 %)
vyjadřující zátěž	2 (4 %)	1 (3 %)	1 (4 %)
OSOBY			
dítě a sestra	52 (100 %)	30 (100 %)	22 (100 %)
lékař	6 (12 %)	5 (17 %)	1 (4 %)
rodič	8 (15 %)	5 (17 %)	3 (14 %)
sourozenci	1 (2 %)	1 (3 %)	0
LÉKAŘSKÉ PŘÍSTROJE POMŮCKY	18 (35 %)	10 (30 %)	8 (36 %)
TEXTOVÉ PRVKY	1 (2 %)	1 (3 %)	0

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 18: Prostředí II

ZŠ	MLADŠÍ DĚTI	STARŠÍ DĚTI	CHLAPCI	DÍVKY
LADĚNÍ KRESBY				
neutrální	8 (47 %)	10 (77 %)	12 (86 %)	6 (38 %)
optimistické	8 (47 %)	3 (23 %)	2 (14 %)	9 (56 %)
dramatické	1 (6 %)	0	0	1 (6 %)
PROSTOROVÉ USPOŘÁDÁNÍ				
bokorys	13 (76 %)	10 (77 %)	12 (86 %)	11 (69 %)
nadhled	4 (24 %)	3 (23 %)	2 (14 %)	5 (31 %)
TYP PROSTŘEDÍ				
nemocnice	0	0	0	0
ambulantní lékař	17 (100 %)	13 (100 %)	14 (100 %)	16 (100 %)
POZADÍ				
neutrální	8 (47 %)	7 (54 %)	6 (43 %)	9 (56 %)
optimistické	9 (53 %)	5 (38 %)	8 (57 %)	6 (38 %)
vyjadřující zátěž	0	1 (8 %)	0	1 (6 %)
OSOBY				
dítě a sestra	17 (100 %)	13 (100 %)	14 (100 %)	16 (100 %)
lékař	2 (12 %)	3 (23 %)	5 (36 %)	0
rodič	1 (6 %)	4 (31 %)	3 (21 %)	2 (12 %)
sourozenci	0	1 (8 %)	0	1 (6 %)
LÉKAŘSKÉ PŘÍSTROJE A POMŮCKY	1 (6 %)	7 (54 %)	4 (28 %)	4 (24 %)
TEXTOVÉ PRVKY	0	1 (8 %)	0	1 (6 %)

Zdroj: vlastní práce autorky

Tabulka 19: Prostředí III

DĚTSKÁ ODDĚLENÍ	MLADŠÍ DĚTI	STARŠÍ DĚTI	CHLAPCI	DÍVKY
LADĚNÍ KRESBY				
neutrální	2 (25 %)	3 (22 %)	4 (40 %)	1 (8 %)
optimistické	5 (63 %)	10 (71 %)	5 (50 %)	10 (83 %)
dramatické	1 (12 %)	1 (7 %)	1 (10 %)	1 (8 %)
PROSTOROVÉ USPOŘÁDÁNÍ				
bokorys	2 (25 %)	0	1 (10 %)	1 (8 %)
nadhled	6 (75 %)	14 (100 %)	9 (90 %)	11 (92 %)
TYP PROSTŘEDÍ				
nemocnice	8 (100 %)	14 (100 %)	10 (100 %)	12 (100 %)
ambulantní lékař	0	0	0	0
POZADÍ				
neutrální	6 (75 %)	8 (57 %)	6 (60 %)	8 (67 %)
optimistické	2 (25 %)	5 (36 %)	3 (30 %)	4 (33 %)
vyjadřující zátěž	0	1 (7 %)	1 (10 %)	0
OSOBY				
dítě a sestra	8 (100 %)	14 (100 %)	10 (100 %)	12 (100 %)
lékař	0	1 (7 %)	0	1 (8 %)
rodič	2 (25 %)	1 (7 %)	1 (10 %)	2 (17 %)
sourozenci	0	0	0	0
LÉKAŘSKÉ PŘÍSTROJE A POMŮCKY	3 (37 %)	7 (50 %)	5 (50 %)	5 (40 %)
TEXTOVÉ PRVKY	0	0	0	0

Zdroj: vlastní práce autorky