

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Životní problémy rodičů hospitalizovaných dětí

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
Prof. PhDr. Blahoslav Kraus CSc

Vypracoval:
Bc. Jiří Doležal

Pustiměř 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Životní problémy rodičů hospitalizovaných dětí“ zpracoval samostatně a použil jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

Pustiměř: 28. 10. 2011

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji panu prof. PhDr. Blahoslavu Krausovi, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, za ochotu a vstřícnost, které se mi při zpracování mé diplomové práce od něj dostalo. Také bych rád poděkoval všem maminkám, které se zúčastnily výzkumného šetření a bez kterých by tato práce nebyla kompletní. V neposlední řadě patří mé díky i mojí ženě za poskytnutí tvůrčího prostředí.

Jiří Doležal

Obsah

Úvod	5
1 Rodina hospitalizovaného dítěte	7
1.1 Současná rodina a její funkce	7
1.2 Charakteristika rodiny hospitalizovaného dítěte	21
2 Životní problémy	32
2.1 Pojetí životních situací	32
2.2 Problémy v rodině hospitalizovaného dítěte	45
3 Průzkum vlivu pobytu rodiče s dítětem v nemocnici na život rodiny	54
3.1 Metodologie výzkumu	54
3.2 Analýza a interpretace získaných dat	61
Závěr	74
Resumé	75
Anotace	76
Seznam použité literatury	77
Přílohy	83

Úvod

Život připravuje člověku, kromě příjemných okamžiků, i situace méně radostné, které jsou mnohdy psychicky i fyzicky velmi náročné. Závažné onemocnění vlastního potomka bude bez pochyby patřit k těm obtížnějším obdobím v životě každého rodiče. Samozřejmě, že i pro dítě je tato situace náročná, ale jak uvádí V. Linhartová (2007, s. 73) dítě si uvědomuje či neuvědomuje závažnost svého onemocnění jen v jisté závislosti na věku. S nemocí se obecně vyrovnává daleko lépe než dospělí. Rychleji se s ní naučí žít. Zato pro rodiče, kteří mají možnost, a většinou ji také využívají, být během léčby s dítětem v nemocnici, představuje tato situace značnou psychickou zátěž.

S pobytem rodiče v nemocnici společně se svým dítětem jsou však spojeny i další problémy. Možná ztráta zaměstnání, sociální izolovanost, narušení partnerských vztahů, nutnost podřídit se novému a neznámému prostředí, to vše jsou problémy, se kterými se musí rodič při pobytu v nemocnici potýkat. Zásadní vliv na průběh celé situace a na její zvládnutí, má především důvod hospitalizace dítěte, přesněji řečeno s jakými zdravotními komplikacemi dítě do nemocnice přichází. Samozřejmě, že jsou zde také faktory jako rodina, kvalita rodinného zázemí, úroveň poskytované sociální opory a v neposlední řadě i samotná osobnost jedince a její odolnost při zvládání krizových situací, které se nemalou měrou podílejí na průběhu pobytu rodiče v nemocnici.

Impulesem pro výběr tohoto tématu mi byla především skutečnost, že i já jsem se do této situace dostal. Poznal jsem, jak velkou zkoušku partnerských vztahů tato situace představuje a jaké klade nároky na osobnost jedince. Také se domnívám, že v domácí literatuře je této problematice věnováno poměrně málo prostoru.

Tato práce je rozdělena do třech kapitol. První dvě kapitoly tvoří část teoretickou, třetí kapitola pak část empirickou. V první kapitole teoretické části se zabývám rodinou hospitalizovaného dítěte. Mou snahou je nejprve zachytit podobu současné rodiny i s jejími funkcemi. Zabývat se touto tematikou mi připadlo důležité k pochopení toho, jak velkou roli institut rodiny hraje v životě každého jedince a obzvláště pak v případě, že se ocitne v nějaké krizové situaci.

Dále se snažím vymezit svůj zájem o konkrétní typ rodiny, a to rodinu hospitalizovaného dítěte. Soustředil jsem se na charakteristiku této rodiny, na to jaké změny a problémy přináší rodině onemocnění potomka a jaké úskalí může skýtat jeho hospitalizace.

Druhá kapitola teoretické části je věnována životním problémům. Nejprve se snažím uchopit tuto problematiku ze širšího pohledu. Mým záměrem je upozornit na to, že problémy k životu patří a není v lidských silách se jim vyhnout. Popisuji zde také možné způsoby, jak tyto problémy či krize překonávat. Následně jsem se zaměřil na zmapování a popis konkrétních problémů rodičů, kteří jsou společně se svým potomkem hospitalizováni v nemocnici. Ty jsem rozdělil do tří oblastí, a to podle toho jaké oblasti se nejvíce dotýkaly. Jednalo se o oblast psychickou, sociální a ekonomickou.

Třetí kapitola představuje empirickou část. Ta je postavena na kvalitativní analýze dat získaných z osmi rozhovorů s rodiči, kteří byli společně se svým potomkem hospitalizováni v nemocnici. Cílem empirické části diplomové práce je nalézt odpovědi na výzkumné otázky.

- 1. Zдали se rodina, v důsledku sociální izolovanosti způsobené pobytem jednoho z rodičů v nemocnici společně s dítětem, dostala do existenčních problémů.*
- 2. Zda a do jaké míry ovlivnil pobyt rodičů v nemocnici společně s dítětem jejich rodinné a osobní vztahy.*
- 3. Kde hledali v této náročné životní situaci, kterou představoval pobyt v nemocnici společně s dítětem, pomoc.*

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že i přestože představuje pobyt rodiče v nemocnici společně s dítětem určité komplikace, nejedná se o problém zcela zásadní. Tím hlavním faktorem, který se podílel na utváření rodinného života a hlavně života rodičů, byla závažnost onemocnění dítěte.

1 Rodina hospitalizovaného dítěte

Důležité je, uvědomit si, že přijetí dítěte do zdravotnického zařízení je spojeno s jeho nemocí, úrazem či postižením. Již samotný fakt, že dítě je nemocné, působí rodičům značnou psychickou zátěž, obzvláště jedná-li se o dlouhodobé či závažné onemocnění. Jak velkým stresorem tato skutečnost je, dokládá H. I. McCubbin a M. Patersonová. Tito autoři navrhli tabulku, v níž jsou zdroje rodinných krizí seřazeny od nejzávažnějších po méně závažné, přičemž maximum závažnosti zdroje je dáno číslem 100. Invaliditu a chronickou nemoc člena rodiny (73 bodů) zařadili na páté místo hned za fyzické, sexuální zneužívání mezi členy rodiny (75 bodů), rozvod partnera nebo odloučení rodiče (79 bodů), smrt partnera nebo rodiče (98 bodů). Na první místo zařadili smrt dítěte (99 bodů) (in Paulík, 2002, s. 57). Hospitalizace dítěte je pak pro rodiče dalším stresujícím faktorem v už tak náročných situacích.

Nemoc dítěte tak má zásadní vliv na fungování celé rodiny. V těchto rodinách dochází, hlavně u rodičů, ke změně priorit a hodnot. Rodiče podřizují svůj čas dítěti a jeho léčbě. Tato situace staví rodičům do cesty nové problémy, které doposud nemuseli řešit, zvláště pak, je-li jeden z rodičů přijat do nemocnice společně s dítětem jako doprovod. Této oblasti se budu podrobněji věnovat v podkapitole 2. 2.

1.1 Současná rodina a její funkce

Rodina měla vždy, a to bez ohledu na politické klima doby, velmi významné postavení ve společnosti, a proto je tedy naprosto přirozené, že jí byla a je ze strany odborníků věnována velká pozornost. Právě z důvodu, že institut rodiny bývá tématem různých vědních disciplín, je jednoznačná definice pojmu rodina velmi problematická.

Podíváme-li se na pojem rodina z právního pohledu, zjistíme, že právní řád České republiky neobsahuje definici pojmu rodina. Avšak ze zákona č. 94/1963Sb. lze vyčíst, že je tím míněno především společenství založené manželstvím. Přesné vymezení pojmu rodina bylo možné nalézt ve Všeobecném zákoníku občanském z roku 1811, a to v §40 jako vztah mezi kmenovými rodiči a všemi svými potomky. Tento zákon pozbyl na platnosti po rozpadu Rakousko-uherské říše.

Pro tuto práci je stěžejní především pohled sociologický a psychologický. J. Řezáč hovoří o rodině jako o intimním vztahovém systému, který je ohraničen jak časově, tak i prostorově. Členové tohoto systému utvářejí především mezi sebou společný život, z něhož

jsou jiné osoby vyloučeny. Dále dodává, že „rodina je vytvořena na základě vzájemných závazků a společných cílů“ (Řezáč, 1998, s. 289).

Podle J. Odehnala, kterého J. Výrost uvádí ve své knize Aplikovaná sociální psychologie, je rodina: „jakýmsi nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu i praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování jedince a poskytuje mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoje k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně“ (sec. cit. Výrost, 1998, s. 304).

L. Trápková a V. Chvála přirovnávají pomocí metafor rodinu k sociální děloze a proces separace dospívajícího z původní rodiny k sociálnímu porodu. Rodina – sociální děloha je chápána jako chráněný prostor, který uzavírá část prostoru tak, aby se k sobě dostalo to, co by se ve vnějším nekonečném světě setkalo v pravý čas a na pravém místě jen s mizivou pravděpodobností. Celoživotní vývoj člověka bude provázen neustálým vytvářením hranic a vymežováním prostorů, které budou zajišťovat vždy na nové úrovni totéž: zvyšovat pravděpodobnost nepravděpodobného (Trápková, Chvála, 2004, s. 86–90).

Zajímavý pohled na rodinu nabízí I. Možný, který je představitelem sociologického přístupu. Ten chápe rodinu jednoduše jako ustálený způsob péče o reprodukci rodu (Možný, 2002a, s. 21). Toto vymezení je ovšem velmi široké, i když ve své podstatě také pravdivé. Je tedy zřejmé, že pohled na rodinu se mění podle toho, který z odborníků se tímto tématem zabývá. Ať už se díváme na rodinu z jakéhokoli úhlu, je jasné, že hraje velmi významnou roli v životě každého jedince, ať už se jedná o dítě či dospělého jedince.

Také na samotný význam slova rodina je možné pohlížet z několika úhlů. Původní význam slova rodina byl totiž podstatně jiný než dnes.

„Středověk i starověk tímto slovem označoval dvě dosti odlišné věci, žádná z nich se však nekryla s naší představou. Na jedné straně myslel rodinou to, co bychom dnes nazvali velkou domácností. Tedy společenstvím lidí, kteří spolu bydlí a pod jednou střechou spolu hospodaří a podléhají jediné autoritě“ (Možný, 1990, s. 17-18).

Do této rodiny se započítávali nejenom pokrevní příbuzní, ale vůbec všichni, kdo se v této domácnosti nacházeli. Což byli zpočátku i otroci, později služebnictvo nebo další zaměstnanci, s nimiž rodina tvořila výrobní jednotku. Možný dále uvádí druhé stejně staré pojetí pojmu rodina, které platilo souběžně ve společenském vědomí vládnoucích tříd. To chápe rodinu, jako „systém širokého pokrevního příbuzenství“. U šlechty se slovem rodina

myslelo, přibližně totéž co rod – velká skupina lidí, která svazkem krve udržovala jednotu moci a majetku (Možný, 1990, s. 18).

Současná představa rodiny žádnému z těchto dvou pojetí neodpovídá. V podvědomí veřejnosti je hluboce zakořeněna představa rodiny, kterou tvoří monogamní pár a jejich děti. Ta bývá označována také jako rodina nukleární. Nutno dodat, že tento zidealizovaný typ rodiny se ve skutečnosti vyskytuje velmi zřídka, jak je možné vyčíst z údajů z posledního sčítání domácností v roce 2001 (czso.cz).

To, že nukleární rodina je těžko dosažitelným cílem, dokládá také výzkum provedený Kallemem, Ensmingerem a Turnerem v černošské čtvrti Chicaga. Ti zjistili, že pouze v tomto jediném městském regionu se vyskytuje 86 různých kombinací soužití dětí s dospělými, čili 86 různých druhů rodin. Jsou to například rodiny, v nichž žije dítě s matkou a babičkou, nebo dítě s matkou a nevlastním otcem, dítě s matkou a tetou, dítě s matkou a jiným příbuzným atd. Klasická nukleární rodina je v tomto vzorku jen jednou z 86 variací na téma rodina (in Matoušek, 2003, s. 31).

O rodině nukleární, jako o základní rodině, hovoří též Osborne s Loomem. Ti s lehou ironickou nadsázkou poznamenávají, že „dnešní základní rodina sestávající z mámy, táty a dvou dětí je považována v reklamě jako norma, o kterou by měli všichni usilovat“ (sec. cit. in Sekot, 2006, s. 201).

Dalším typem rodiny, který zahrnuje kromě muže, ženy a dětí, také i blízké příbuzné, prarodiče, strýce, tety a další příbuzné, je nazývána rodinou rozšířenou. A. Sekot tento typ rodiny označuje pojmem širší rodina a dodává, že její nespornou výhodou je snadnější obrana před osobními krizemi, jako je úmrtí, rozvod, nemoc, ztráta zaměstnání. Více lidí z nejbližšího okolí má totiž větší šanci nabídnout pomoc a oporu (Sekot, 2006, s. 201).

Důležité je zmínit také rodinu orientační a prokreační. Orientační rodinou je označována rodina, v níž jedinec vyrůstá jako dítě. Tato rodina má na sociální a emocionální vývoj dítěte největší vliv, a to především do tří let věku dítěte, kdy dochází k primární socializaci. Dítě se v orientační rodině učí vzorcům a modelům chování a jednání s jejími členy. Dítě napodobuje nejen své rodiče, je také ovlivňováno svou sourozeneckou pozicí. „Starší sourozenec se učí vést, ochraňovat sourozence mladšího, mladší sourozenec se učí přijímat vedení, spoléhat se na ně a objednávat si ho“ (Matoušek, 2003, s. 55). Takto získané zkušenosti si pak přenáší do své vlastní rodiny, kterou v dospělosti zakládá. Tato rodina bývá označována, jako rodina prokreační. Dále zde můžeme hovořit o rodině úplné či neúplné, a to v závislosti na absenci jednoho z rodičů.

Rodinu lze také rozdělit podle toho, jak se jí daří plnit funkce:

- **funkční rodina:**

Ve funkční rodině dochází k úspěšnému řešení problémů, existuje v ní příznivé emoční klima a dochází ke stálému vyrovnávání vztahů uvnitř rodiny v souladu s životním cyklem jejich členů (Hartl, 2004, s. 71).

- **nefunkční rodina:**

Rodina, která selhává v základních funkcích, nezajišťuje výchovu dětí, nezajišťuje pocity bezpečí jejím členům ani rodině jako celku (Hartl, 2010, s. 504).

- **dysfunkční rodina:**

Rodina, ve které se vyskytují vážné problémy, které způsobují poruchy některých nebo všech jejích funkcí, které bezprostředně ohrožují nebo poškozují celek rodiny, vývoj i prospěch dítěte. Právě v dysfunkční rodině je emocionální funkce silně narušena, takže dochází k vzájemnému zraňování se. Situaci není rodina schopna řešit sama a proto je nutno učinit opatření (Hartl, 2004, s. 54).

- **afunkční rodina:**

Tato rodina je charakteristická dočasnou nebo trvalou ztrátou některé z funkcí. Problémy v afunkční rodině jsou tak velkého rázu, že rodina přestává plnit svůj základní úkol a dítěti škodí závažným způsobem nebo je dokonce ohrožuje v samotné existenci (Hartl, 2004, s. 16).

Hovoříme-li o rodině jako o stavební buňce společnosti a uvažujeme-li o její důležitosti nejen pro vývoj celé společnosti, ale a to především pro vývoj jedince, musíme zde také zmínit funkce, které rodina má. Funkce rodiny jsou většinou chápány jako úkoly, které rodina plní jednak vůči sobě samé, jednak vůči společnosti. Tyto funkce se vyvíjí v souvislosti se společenskými změnami a proměnou kulturních faktorů, které ovlivňují postavení rodiny ve společnosti i vztahy uvnitř rodiny. Dalo by se tedy říct, že rodina a společnost jsou ve vztahu vzájemné závislosti. Některé funkce plní společnost pro rodinu, jiné zase rodina pro společnost. Moderní rodina pozbyla některé ze svých dřívějších funkcí, jiné pouze ztratily či získaly na důležitosti.

„Akcent se nyní klade na harmonické fungování celé rodiny, která by měla respektovat individuální zvláštnosti. Hlavním měřítkem funkčnosti rodiny je emocionální spokojenost manželů a emoční uspokojení dítěte“ (Matoušek, 2003, s. 41).

O důležitosti rodiny v životě každého jedince, ale i její významné úlohy pro společnost není pochyb. Naprosto souhlasím se slovy B. Krause a V. Poláčkové, kteří se k funkci rodiny vyjadřují následovně: „Rodina ve svém souhrnu zajišťuje mnoho činností – zabezpečuje své členy hmotně, pečuje o zdraví, výživu a kulturní návyky svých členů, vytváří specifické socializační a výchovné prostředí pro děti, předává jim kulturní dědictví, vštěpuje morální postoje, ovlivňuje je, chrání a podporuje. Rodina plní určité role i ve vztahu ke společnosti. Je to především reprodukce obyvatelstva, a to jak reprodukce biologická, tak i kulturní“ (Kraus, Poláčková, 2001, s. 79).

Většina autorů zabývajících se tématem rodiny se shodnou na těchto základních funkcích:

➤ **Reprodukční funkce** – rodina představuje základní a ve společnosti nenahraditelnou jednotku plození dětí. Rodinu je tedy možno chápat, jako jakýsi zdroj a hybnou sílu celé společnosti a právě z těchto důvodů je v zájmu státu podporovat růst populace, což svými sociálními opatřeními také činí. Jak jsme již dříve uvedli, funkce rodiny se v průběhu času mění. Dříve měli rodiče více potomků a žili rodinný život. V dnešní době se zakládání rodiny posunulo až na hranici kolem třicátého roku a potom si pořídí maximálně 2 děti. I když tato funkce patří mezi nejdůležitější sociální funkce vůbec, je ve většině vyspělých zemí dítě často vnímáno jako překážka v profesním růstu a vlastní seberealizaci rodičů. V rodinách s nižšími příjmy pak také jako přepych, čímž se reprodukční funkce rodiny dostává do pozadí. Tato funkce také slouží k uspokojování sexuálních potřeb partnerů.

➤ **Sociálně – ekonomická funkce** – ta chápe rodinu jako významný prvek v rozvoji ekonomického systému společnosti. Její členové se zapojují do výrobní i nevýrobní sféry v rámci výkonu určitého povolání a současně se rodina samotná stává významným spotřebitelem, na němž je trh značně závislý (Kraus, Poláčková, 2001, s. 80).

Nefunkčnost rodiny v oblasti materiálního zabezpečení jejich členů, což v současnosti někdy bývá důsledkem nezaměstnanosti, je nyní nahrazována systémem sociálních podpor poskytovaných státem.

➤ **Emocionální funkce** – v této oblasti je rodina jedinečná a nezastupitelná a naopak, pokud je rodina disfunkční, je právě tato oblast nejvíce zraňující. Jak píše B. Kraus, žádná jiná instituce nedokáže vytvořit podobné a tak potřebné citové zázemí, pocit lásky,

bezpečí a jistoty. Bohužel stejnou mírou, jako může rodina dát pocit bezpečí, ho může také vzít. Objevují se děti týrané, zneužívané a také deprivované (Kraus, 2008, s. 83).

➤ **Socializačně-výchovná funkce** – ta je vlastním jádrem výchovného působení a působí jako regulátor nežádoucích projevů svých členů. B. Kraus socializaci v rodině chápe především jako proces působení rodiny na své členy v celém souhrnu jevů a procesů, a to ekonomických, sociálních, kulturních, mravních, estetických, zdravotních a jiných (Kraus, 2001, s. 80).

Dle J. Čápa a J. Mareše rodina prostřednictvím této funkce kontroluje chování a jednání svých členů: v příznivém případě zajišťuje dodržování a morálních norem, v nepříznivých případech vede své členy k jednání podle vlastních, protispolečenských norem (Čáp, Mareš, 2007, s. 61).

Je tedy možné říct, že rodina dává člověku určitý společenský základ a má jej připravit na samostatný život. V dnešní době se ovšem rodiče v mnoha případech snaží tuto funkci převést na školy a jiné instituce. V této uspěchané době rodiče nevěnují svým dětem dostatečné množství času a při výchově a socializaci se spoléhají právě na školní prostředí či různé zájmové organizace, kde dítě tráví spoustu času. Mnozí z rodičů se nezajímají o to, co jejich dítě dělá ve volném čase, s jakými kamarády se stýká, kde se zdržuje, když není doma, kdy se vrací domů, v jakém stavu atp. A právě tento tzv. dohled je podle P. Mühlpachra důležitým faktorem ve výchově, který má prokazatelnou souvislost se souběžným nebo pozdějším delikventním chováním dítěte. P. Mühlpachr dále dodává, že: „čím hůře rodina monitoruje své děti, tím je větší pravděpodobnost, že se dítě dopustí trestného činu, že se trestného činu dopustí v ranném věku, že jej bude opakovat a že půjde o závažný trestný čin“ (Mühlpachr, 2008, s. 149).

V souvislosti s touto funkcí by bylo vhodné také zmínit styly výchovy, které rodiče při ovlivňování dětí uplatňují. Z oblasti rodinné výchovy vyčleňuje Kozelská čtyři typy:

1. Výchova autoritativní, trestající

Rodiče příliš tvrdě prosazují svou autoritu, chybí akceptace potřeb dítěte a málokdy je přijímáno takové, jaké je. Rodiče rádi disponují různými tresty, většinou nevhodnými. Důsledky pro dítě s sebou přinášejí neustálé vědomí ohrožení, pocit křivdy a bezradnosti, poruchy sebehodnocení apod. Tento typ výchovy vyvolává u části dětí negativismus, vzpouru či agresi, úniky všeho druhu od objektivních společenských požadavků.

2. *Nadměrně pečlivá výchova*

Je charakterizována silnou láskou k dítěti a akceptací jeho potřeb, což je v pořádku. Horší je přehnaná starostlivost, která nedopřeje dítěti dostatek samostatnosti, nízké požadavky, neustálá kontrola. Rodiče dítěti vybírají kamarády, doma nesmí nic dělat. Dítě vyrostne ve velmi sebevědomého člověka, jehož sebevědomí ovšem nestojí na solidních základech. Má vysoké ambice a aspirace, ovšem malou vytrvalost, malou samostatnost, neumí řešit životní obtíže a překonávat překážky. Toto vše podporuje vznik frustrací a z toho pak dalších potíží v emocionální, volní a sociální sféře.

3. *Nadměrně shovívavá výchova*

Je charakterizována láskou k dítěti, akceptací jeho potřeb, ale nízkými požadavky, slabou kontrolou, velmi častým odměňováním. Dítě má mnoho volnosti, málo povinností, není zvyklé brát ohled na ostatní členy rodiny. Dítě bude mít zřejmě silné vědomí vlastní hodnoty, pozitivní postoj k okolí, dostatečnou frustrační toleranci. Ale dají se očekávat těžkosti při nutnosti správně chápat a akceptovat společenské normy a požadavky. Může mít potíže při rozlišování, jaké chování je v té či oné situaci správné nebo naopak nesprávné. Problémy mohou nastat při překonávání překážek v dospělosti, protože v dětství se žádné nikdy nevyskytovaly.

4. *Zdravá – demokratická výchova*

Tento typ výchovy předznamenává příznivý vývoj dítěte. Vidíme lásku rodičů, akceptaci potřeb, porozumění, respektování důstojnosti, individuality i práv dítěte. Rodiče mají přiměřené požadavky, jsou důslední a při kontrole svého dítěte nenarušují jeho sebedůvěru. Dítě si je jisto, že ho rodiče milují i ve chvíli, kdy nesouhlasí s jeho chováním. Tato výchova podporuje osvojování společensky akceschopného chování, interiorizaci norem a hodnot, podporuje samostatnost a aktivitu. Rodiče dítě přijímají i ve chvílích selhání, dávají mu najevo, že určitý nedostatek lze lehce odstranit, dítě přitom zůstává dobré a milováno (Kozelská in Mühlpachr, 2008, s. 151).

➤ **Ochranná funkce** – tato funkce se projevuje nejen ve vztahu, že rodiče pečují o své děti, ale také následně, že děti pečují o své rodiče, když jsou staří a nemohou se o sebe dostatečně starat, nebo v případě závažné nemoci. Zákon o rodině v této souvislosti hovoří o tzv. vyživovací povinnosti. Ale ochranná funkce rodiny není pouze o povinnosti. Každá rodina by měla dětem zajistit vědomí bezpečí a jistoty rodičovské lásky. Bez toho není možný

zdravý rozvoj jejich citového života. Dítě má v rodině nalézt útočiště v době, kdy je slabé, bezmocné, kdy potřebuje ochranu, pomoc a pochopení. Dítě má vnímat rodinu, jako něco trvalého, hodnotného a stálého. To se samozřejmě netýká pouze dítěte, dobrá rodina dává každému, kdo do ní patří, pocit bezpečného zázemí. Tato funkce je úzce spojena s emocionálním působením, a proto je mnohými autory zahrnována pod funkci emocionální.

Podle S. Střelce rodina plní také funkci, která má zajistit **odpočinek a obnovení tělesných a duševních sil**. Tato funkce se v posledních letech dostává stále více do popředí a její význam v současné společnosti vzrůstá. Jejím účelem je odpočinek a regenerace duševních a tělesných sil. Střelec k této funkci uvádí, že zejména u dospělých členů rodiny je jakousi kompenzací proti světu profesních povinností, požadavků a nároků. Děti hledají a také nacházejí prostor pro obnovování svých sil spíše mimo rámec rodiny (Střelec, 1992, s. 76).

Výše v textu bylo zmíněno, že funkce rodiny se postupem času mění, a to v závislosti na změnách ve společnosti. Tyto změny nemusí být zapříčiněny pouze změnou politického uspořádání, důvodem může být také vědecký pokrok či změny v myšlení společnosti. Jako příklad lze uvést pečovatelskou funkci rodiny. Podíváme-li se o několik let zpět do minulosti, zjistíme, že před rokem 1989 byla péče o handicapované jedince převážně v režii státu. Za tímto účelem byly zřizovány různé ústavy, ve kterých mělo být o tyto jedince postaráno. Ale více než o výchovu či vzdělávání šlo především o izolaci od běžné populace. V současné době se pohled na handicapované spoluobčany výrazně změnil. Rodina převzala odpovědnost za péči o své postižené členy. Můžeme se tak setkat s rodiči, kteří zůstávají doma a pečují o postižené dítě na úkor své pracovní kariéry. Také společnost přistupuje k jedincům s postižením pozitivněji, než tomu bylo v minulých letech, a tak se těmto jedincům nabízejí možnosti, které jim byly dříve nedostupné. Pečovatelská funkce se týká také nemocných či starých členů rodiny. I zde jsou v poslední době zřetelné snahy k přesunutí odpovědnosti za péči o tyto členy na rodinu, a to především ze strany státu.

Další funkcí, která dostala v průběhu času změn, je funkce vzdělávací. Tato funkce již není doménou pouze státu. Hovoříme zde o základním vzdělání. To je ze zákona stále povinné, avšak zákon umožňuje individuální vzdělávání, které se uskutečňuje bez pravidelné účasti ve vyučování ve škole. Jsou zde samozřejmě určité, zákonem stanovené podmínky, které musí rodiče splňovat, aby jim bylo umožněno vzdělávat dítě v domácím prostředí. Individuálně vzdělávaný žák pak vykonává za každé pololetí zkoušky z příslušného učiva, a to ve škole, do které byl přijat k plnění povinné školní docházky.

Individuální vzdělávání, mnohdy označované jako domácí vzdělávání, je však tématem debat mnoha odborníků. Kritikům domácího vzdělávání vadí především fakt, že stát nemá nad výchovou dětí v domácím prostředí patřičný dohled. Zákony jsou v tomto směru poměrně dost liberální. Jak uvádí dětská psycholožka E. Kneblová: „stát nedostatečně kontroluje, zda si rodina nebere dítě do domácího vzdělávání jen proto, že má tendence ho izolovat od společnosti“ (in Příbil, 2008).

Další riziko domácího vzdělávání představuje podle kritiků nedostatečná socializace dítěte. V. Masáková, ředitelka Pedagogicko – psychologické poradny v Praze 2, je přesvědčena, že: „domácí vyučování je přínosem pouze tehdy, když jde například o dítě nějakým způsobem handicapované. Jinak to je na úkor jeho socializačního procesu. To, že dítě je takto izolováno jej připraví o důležitý zážitek, kdy se učí prosadit v konkurenci vrstevníků“ (in Cihelka, 2007).

S těmito argumenty nesouhlasí nejenom rodiče doma vzdělávaných dětí, ale také řada odborníků. Například dětský psycholog V. Mertin podle vlastních zkušeností uvádí, že: „počet sociálních kontaktů dětí z domácího vzdělávání je ve srovnání s dětmi s normální školní docházkou srovnatelný, ba i vyšší, pokud děti navštěvují velký počet kroužků. Díky volnému času mají spoustu zájmových aktivit“. Zároveň dodává, že: „socializace znamená naučit se komunikovat a vycházet s jinými a nemusí to být nutně prostřednictvím kontaktů se spolužáky“ (in Příbil, 2008).

Současná rodina je charakteristická zejména tím, že se stala záležitostí čistě individuální, oproti minulosti, kdy bylo možno pohlížet na rodinu jako na záležitost především společenskou.

„Zákonné úpravy, sociální politika, běžné zvyklosti i společenské tlaky preferovaly u nás velice výrazně sňatky a zakládání rodin“ (Kovařík, Šmolka, 1996, s. 11).

V dnešní době, pokud lidé rodinu zakládají, je to především záležitost citů. Láska je tím nejdůležitějším faktorem při zakládání rodiny, nikoli udržení rodinného majetku či jeho rozšíření, anebo zajištění pokračování rodu, jak tomu bývalo v dávné minulosti. A protože je rodina zakládána na základě tak nejisté věci jako je cit, stabilita rodiny stojí a padá s citovou stabilitou či nestabilitou partnerského vztahu. S tímto faktem souvisí i další charakteristika současné rodiny, a tou je vysoká míra rozvodovosti. V roce 2004 dosáhl počet rozvodů druhého nejvyššího počtu v historii České republiky: celkem bylo rozvedeno 33,1 tisíc manželství (czso.cz). Tím ovšem nechci tvrdit, že manželé se rozvádí, protože se brali z lásky. Nicméně určitá souvislost se zde nabízí.

Dalším znakem současné rodiny je, že se snížil počet narozených dětí v rodině. V dobách, kdy stát nepečoval o nemocné či staré jedince, byly rodiny s mnoha dětmi nutností. Ty totiž zajišťovali péči o své nemohoucí členy, pro něž bylo téměř nemožné bez této podpory přežít. Dnes je dítě především citovou investicí.

V roce 1990 se v České republice narodilo něco přes 130 tisíc dětí, v roce 2000 to bylo jen 90 tisíc dětí, tedy skoro o třetinu méně. Ve srovnání s rokem 1975, kdy se narodilo na 192 tisíc dětí, se v posledních letech rodí v České republice sotva polovina dětí (Možný, 2002a, s. 26). Dlužno dodat, že klesání natality není jen problémem českých rodin. S klesající porodností se potýkají takřka všechny vyspělé země. Je to možné považovat jako daň za pokrok, kterým lidstvo prochází.

Ve vyspělých státech v současné době roste také počet dvojic programově bezdětných. Jsou to páry, kde se oba manželé věnují především profesní kariéře. Tento nárůst dvoukariérových manželství, je dle B. Krause důsledkem růstu vzdělanosti a kvalifikovanosti žen a tím pádem i jejich větší zaměstnanosti (Kraus, 2001, s. 84).

I. Sobotková uvádí další důvody, pro které se páry dobrovolně rozhodly zůstat bez dětí. Jedná se především o:

- zpomalení kariéry matky
- finanční znevýhodnění
- omezení osobní svobody – péče o dítě, zvláště v útlém věku znamená vysoké nároky limitující životní styl ženy. Velká mezinárodní studie, jejíž součástí byl britský výzkum, identifikovala ztrátu osobní svobody jako hlavní důvod odkládání mateřství.
- dopad na manželský vztah – ten uvádí po narození dítěte asi 50% párů, zejména negativní vliv vyčerpanosti a případné emocionální lability ženy na sexuální život.
- rodičovství je nezvratné rozhodnutí, které nelze vzít zpět
- některé ženy a muži se obávají, že by nebyli dobrými rodiči
- některé páry nechtějí přivést děti na svět, kde hrozí nukleární konflikt, a kde jsou další vážné globální problémy (Sobotková, 2001, s. 115).

V důsledku toho, že ženy nejen že chtějí, ale i musí chodit do zaměstnání, neboť zaměstnání ženy je pro většinu rodin ekonomickou nutností, se změnilo postavení ženy v rodině. Role ženy v domácnosti se mění. Ženy přestaly být na mužích ekonomicky závislé, v některých případech mají ženy dokonce větší příjem než jejich mužský protějšek. Nicméně i přesto, že ženy docházejí do zaměstnání, muži od nich očekávají, že i nadále budou plnit povinnosti spojené s chodem domácnosti. Na ženy jsou tak kladeny vysoké nároky a

bývají často přetěžovány, což se také negativně projevuje na stabilitě rodiny. I postavení muže v rodině, dostalo určitých změn. Což je nepochybně také důsledkem větší zaměstnanosti žen, ale i změnou společenského myšlení. Dnešní otcové jsou více zapojeni do výchovy dětí a do rodinného života, více se zapojují do domácích prací. V poslední době nejsou ani výjimkou muži na mateřské dovolené, což byla role ryze ženská. Tradiční role muže ochránce, hlavy rodiny, autority a živitele se přesunula spíše do roviny rovnocenného partnera.

Tento fakt potvrzuje i M. Tuček, který ve své studii shrnuje podstatné výsledky projektu Stratifikace, gender, rodina, jehož cílem bylo zmapování situace současné české rodiny, obzvláště pak měnící se postavení a role mužů a žen ve společnosti i rodině. Tuček poukazuje na to, že Česká republika je mezi státy východní Evropy zemí s nejčastěji vyrovnaným podílem dělby domácích prací mezi partnery. Stejně tak je tomu i s dělbou péče o děti, kdy 62% žen a 55% mužů považuje tuto péči ve své rodině za rovnoměrně rozloženou. Pouze u 8% rodin je péče o dítě zcela záležitostí ženy (Tuček, 1998, s. 80–81).

V dřívějších dobách bylo zakládání rodiny nutně spjato s uzavřením sňatku. Společnost se na neprovdané matky dívala velmi negativně, byť žily s otcem dítěte ve společné domácnosti. I v této oblasti dochází k velmi výrazným změnám. Jak uvádí O. Matouška, oblast zakládání rodiny ztrácí svoji ritualizovanou podobu a rostou tendence ve větší míře zakládat rodinu neformálně, tedy bez legálního sňatku (Matoušek, 1997, s. 30).

E. Sullerotová doplňuje, že volné soužití se netýká pouze dvojice, které nechtěly mít děti, ba právě naopak, stále více roste počet nesezdaných párů, které se rozhodly mít jedno nebo několik dětí (Sullerotová, 1998, s. 55).

Dalším z mnoha znaků charakterizujících současnou rodinu je i posunutí věku, kdy se ženám narodí první dítě. Je to dáno bezesporu dvěma faktory. Tím prvním je posunutí věku, kdy jedinci vstupují do manželství. Tím druhým, zato mnohem významnějším je vynalezení antikoncepce. Početí dítěte se tak dostává plně do režie ženy.

I. Možný, který se zabývá problémy současné rodiny, nabízí další charakteristiky změn, ke kterým došlo v průběhu druhé poloviny 20. století v rodině. Jsou to:

- padl monopol na legitimní sex, který rodina měla (Možný, 2006, s. 139)
- padl monopol na legitimizaci reprodukčního aktu; vzestup podílu dětí narozených mimo manželství (Možný, 2006, s. 139)

- narušení trvalosti rodiny; manželství je pojímáno jako občanská smlouva, právní kontrakt, jejíž platnost nebo zrušení je v kompetenci zúčastněných stran (Možný, 2006, s. 213)
- rodina ztrácí monopol na plození dětí; mezi lety 1989 až 2000 se v České republice podíl dětí narozených mimo manželství zvýšil o 270 procent. Ve srovnání s rokem 1975 pak narostl pětkrát (Možný, 2002a, s. 38).

Co se týče kapitálu, který byl v rodině předáván z generace na generaci, i zde se mnohé změnilo. Nejcennějším statkem, který dnes rodina dětem předává, není již majetek, ale vzdělání. F. Singly poukazuje na to, že současná rodina je méně zaměřena na materiální dědictví, protože majetek ve formě finančního či pozemkového kapitálu hraje ve fungování současné společnosti menší roli. Převládajícím kapitálem je dnes školní kapitál (Singly, 1999, s. 25).

Na základě těchto poznatků by se mohlo zdát, že současná rodina se ocitá v krizi a směřuje nezadržitelně ke svému zániku. Ani pro sociologii není téma konce rodiny nové, i v ní je možno nalézt opakující se analýzy společenského vývoje, které ukazují ke konci rodiny.

I. Možný uvádí, že „oslabení tradičních mechanismů sociální kontroly v překotné urbanizaci a rozkolísání norem rodinného života, ztrátou opory v náboženské víře, jež s sebou přinesla průmyslová revoluce, vede některé autory z konce devatenáctého století k indikaci kolapsu rodinného života“ (Možný, 2002b, s. 199).

Osobně se nedomnívám, že by budoucnost rodiny byla ohrožena. Budeme-li společně s L. Trápkovou a V. Chválou uvažovat o rodině jako o živém organismu (Trápková, Chvála, 2004, s. 11), pak bychom měli připustit, že i rodina, stejně jako veškerý život na naší planetě se vyvíjí. Lidé budou vždy vytvářet společenství, aby zachovali pokračování lidského rodu, ať už se toto společenství bude nazývat jakkoli. Bude-li existovat lidstvo, má rodina existenci zajištěnou, pouze podoba bude zřejmě odlišná od té, na kterou jsme byli doposud zvyklí.

Již v současnosti je možné vyzorovat nově se formující typy rodin, které vycházejí z tradiční více generační rodiny. Avšak vyjmenovávat zde všechny možné varianty budoucích rodin by bylo velmi obtížné a také trochu zbytečné, ovšem rád bych se pozastavil u dvou typů rodin, které vyvolávají řadu otázek a dohadů. Zvláště pak rodina tvořená homosexuálním párem je velmi aktuálním a diskutovaným tématem.

Tím prvním typem, u kterého bych se rád zastavil, je rodina tvořená jedním rodičem a jedním či více dětmi. I když tento typ rodiny není nikterak nový a ojedinělý, i zde dochází k určitému vývoji. Po rozpadu rodiny bývaly, až na některé výjimky, děti svěřovány do péče matce. Celá společnost a potažmo také soudy si dovedly jen velmi těžko představit, že by otec mohl vychovávat dítě stejně nebo dokonce lépe než matka.

V současnosti již soudy tolik nelpí na tom, že dítě musí být po rozvodu svěřováno matce a přibývá otců, kterým je dítě svěřeno do výchovy. Otázkou však zůstává, jak vážné dopady má na dítě absence jednoho z rodičů. Za ideální situaci by bylo možno považovat to, kdyby v rodině byli přítomni oba rodiče a společně o děti pečovali. Jenže ideální rodina je v reálném světě jen velmi těžko dosažitelným cílem. Nikdo z nás není ideální a dokonalý a každý se ve výchově svých dětí dopouští chyb. Domnívám se, stejně jako Campionová (in Sobotková, 2001, s. 134), že ve skutečnosti není pro dítě důležitá kvantita rodičovství, tady zda jeden, či dva rodiče, ale kvalita rodičovství. Tím ale nechci nijak podceňovat rodinu se dvěma rodiči. Ano, má jistě svůj stálý význam, neboť kvalitní vztah mezi rodiči je modelem, podle něhož se dítě učí vytvářet své budoucí vztahy. Přítomnost otce, jako představitele mužského vzoru a matky, jako představitelky ženského vzoru, je pro socializaci dítěte také důležitá. Dítě se může s těmito vzory ztotožňovat, což vede k jejímu lepšímu začlenění do společnosti. Nicméně ani samotná přítomnost obou rodičů nemusí být pro dítě přínosem, pokud se chovají nezodpovědně a své povinnosti neplní, či plní, ale jen v omezené míře.

Z. Matějček v této souvislosti hovoří o tzv. *subdeprivaci*, která se podle něj objevuje u dětí, které žijí nikoli v ústavech, ale v rodinách, avšak za méně příznivých psychosociálních podmínek. Tato subdeprivace bývá určována mnoha drobnými odchylkami v řadě psychosociálních funkcí (Matějček, 1992a, s. 134–135).

Tím druhým typem rodiny je, jak již bylo výše zmíněno, rodina složená ze dvou homosexuálních rodičů, přičemž biologickým rodičem dítěte je jeden z nich. Homosexualita byla a mnohdy i je považována za něco nepřirozeného, nenormálního, za něco proti přírodě a mnohými odborníky byla označována za nemoc. Z mezinárodní klasifikace nemocí byla homosexualita vyňata Světovou zdravotnickou organizací teprve v roce 1992. Což jistě také svědčí o postoji společnosti k těmto lidem. Proto manželský svazek osob stejného pohlaví byl donedávna něčím naprosto nepředstavitelným a nemožným. Dnes již česká legislativa, ale nejen ta, umožňuje svazek osob stejného pohlaví. V České republice začal zákon o registrovaném partnerství platit od roku 2006, avšak adopce dětí těmto pářům umožněna není.

I když i zde dochází k posunu a některé státy jako je Dánsko či Mexiko již adopce dětí umožňují. Tato situace vyvolává v řadách převážně nábožensky orientované populace odpor. V obecném povědomí nejsou totiž gayové a lesby považováni za vhodné adepty na rodičovství. Panují zakořeněné a rozšířené představy a s nimi spojené obavy o možných negativních dopadech rodičovské homosexuality na vývoj dítěte, avšak podle Pattersona početné výzkumy a klinická praxe za posledních několik dekad neprokázala souvislost mezi homosexuální orientací a narušením psychického vývoje dítěte (in Polášková, 2009, s. 67).

Otázka, zda by měly mít homosexuální páry v České republice možnost adoptovat děti, tak rozděluje společnost na dva názorové tábory. Osobně si myslím, že pro děti je daleko přínosnější vyrůstat v prostředí, kde je dostatek lásky, byť by se mělo jednat o homosexuální rodinu, než v kojeneckých a dětských domovech, které rodinné prostředí připomínají jen velmi vzdáleně.

1.2 Charakteristika rodiny hospitalizovaného dítěte

Rodina hospitalizovaného dítěte by se mohla na první pohled zdát stejná jako každá jiná rodina, prožívá své každodenní radosti i starosti. Avšak tato rodina má ještě cosi navíc, a to nemoc dítěte, která zásadním způsobem ovlivňuje fungování a život celé rodiny.

Zatímco dříve mohla rodina fungovat poměrně samostatně, nyní je velmi významně ovlivňována zvenku, a to léčebným procesem, respektive lékaři a hospitalizacemi. Tato rodina současně pocítuje zátěž, jak v oblasti psychické, tak i v oblasti sociální. Narušení běžné denní rutiny a volného času, vyšší finanční nároky, ale také odvracení se starých přátel neuspokojující rodinou interakci, to vše se odráží na psychickém zdraví jednotlivých členů. Nad to musí tito rodiče plnit ještě další úkoly spojené s nemocí dítěte, a které jsou časově velmi náročné, a to zajišťovat pravidelné provádění všech rehabilitačních a léčebných úkonů, poskytnout nemocnému ochranu, upravit jeho životosprávu a zajistit účinnou pomoc při náhlých příhodách ohrožujících zdraví dítěte (Pešová, Šamalík, 2006, s. 73).

I když M. Vágnerová rozlišuje rodinu postiženého a nemocného dítěte, je možné nalézt shodné znaky u obou typů rodin. Rodina je pro nemocného člověka jedinou sociální skupinou, která mu umožňuje dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci, může mu poskytnout potřebné emoční zázemí a podporu. Rodina nabývá odlišného sebezpojetí všech členů rodiny, postavení ve společnosti, odlišný systém hodnot (Vágnerová, 2004, s. 164).

Udržet rodinu a dobrý partnerský vztah v tomto nelehkém období je velmi náročné a zaslouží si speciální péči a pozornost obou partnerů. Dalo by se říct, že tato situace je zatěžkávací zkouškou či testem odolnosti rodiny, neboli tzv. rodinné resilience, což je, jak uvádí I. Sobotková, schopnost rodiny rychle se zotavit z krize, která vyvolává změny v rodinném fungování (Sobotková, 2001, s. 86)

Podle M. Plevové jsou to totiž často právě manželé, kteří se s touto situací vyrovnávají velmi těžko a mnohdy rodinu opustí, popřípadě unikají z rodičovské role do pracovní sféry, čímž se snaží kompenzovat svůj problém. V některých případech může také dojít k vzájemnému obviňování za nedostatečnou péči, za zděděnou genetickou zátěž, za nedostatečný zájem o situaci, nepodpoření druhého partnera. Celá situace může vyústit až rozpadem vztahu. Na druhou stranu může tato situace vést i k posílení vzájemných partnerských vztahů, rodina se sjednotí a zmobilizuje značné rezervy a snaží se poskytnout

svému příslušníkovi velkou podporu a všemi dostupnými způsoby usiluje o návrat do původního stavu (Plevová, 2007, s. 45–50).

Mnohdy samotné zhoršení zdravotního stavu některého z členů rodiny vede ke zhoršení vztahů v rodině, jak dokládají výsledky výzkumu, který se uskutečnil v rámci mezinárodního roku rodiny 1994 a kterého se zúčastnilo 8093 respondentů (in Kovařík, Šmolka, 1996, s. 36). V případě, že se jedná o dítě, je toto riziko jistě větší.

K definitivnímu rozpadu těchto rodin však nedochází častěji než v běžné populaci. Výzkumy prokázaly, že v těchto rodinách je zachování manželství podmíněno především kvalitou partnerského vztahu rodičů a koreluje významně s úrovní manželské spokojenosti v době ještě před narozením dítěte (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 231).

Překoná-li rodina tuto tíživou životní situaci bez větší újmy, je zde velký předpoklad, že se do budoucna stane ve vztazích odolnější a méně náchylná k rozpadu. Nutno dodat, že hovoříme o rodině s mentálně nebo tělesně postiženým dítětem anebo s dítětem, které onemocní závažnou chorobou, která vyžaduje neustálou péči. Krátkodobá nebo jednorázová hospitalizace je jistě pro rodiče také stresující, ale protože se jedná o krátkodobou stresovou situaci, nemusí se na fungování rodiny vůbec projevit.

Čím procházejí rodiče těchto dětí, si dokáže představit jen málo kdo, snad jen ten, kdo si tím sám prošel. M. Vágnerová popisuje jednotlivá stádia, kterými rodiče procházejí, je však důležité uvědomit si, že průběh vyrovnání se s faktem, že dítě není v pořádku, není lineární. Tyto fáze nemusí zákonitě následovat po sobě, v některých případech nemusí určitá fáze proběhnout vůbec, někdy se dokonce mohou i opakovat. Také doba trvání jednotlivých fází se v rodinách liší. Vše záleží na mnoha faktorech, kterými jsou např. osobní charakter rodičů, jejich schopnost vyrovnat se zátěžovou situací, dřívější zkušenost rodiny se zvládnutím zátěžové situace, kvalita rodinného fungování a další.

Podle M. Vágnerové rodiče procházejí těmito fázemi:

1. fáze šoku a popření

Představuje první reakci na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé. Lze ji charakterizovat výrokem: „To není možné, to nemůže být pravda.“ Šok se projevuje strnutím, neschopností jakékoli reakce. V tuto chvíli je popření nepřijatelné informace projevem obrany vlastní psychické rovnováhy. Rodiče nechtějí a ani nemohou slyšet o možnostech péče a výchovného vedení svého dítěte, protože se dosud nesmířili ani s existencí jeho postižení. V průběhu času dochází k postupnému přijetí této informace. Reakce rodičů

ovlivňuje i skutečnost, kdy a jak se o postižení svého dítěte dozvěděli. Mnoha rodičům chybí sympatizující přístup zdravotnického personálu v nelehké situaci, která je potkala.

2. fáze bezmocnosti

Rodiče nevědí, co by měli dělat, nikdy se s podobným problémem nesetkali a nedovedou jej ihned řešit. Pocity nepopsatelné bolesti střídají pocity zklamání a bezmoci. Rodiče prožívají v tomto období pocity viny, které se vztahují k dítěti a pocity studu, které se vztahují k negativním reakcím jiných lidí. Jejich prožitky bývají ambivalentní, bojí se zavržení a odmítnutí a zároveň očekávají pomoc, ale nemají přesnou představu, jaká by měla být a v čem by měla spočívat.

Proto mohou být zvýšeně citliví k chování ostatních lidí, především k odborníkům, kteří jsou posly špatných zpráv. V tuto chvíli je stále těžké si představit, že by takový život sebou přinášel něco pozitivního, že vůbec existuje nějaká pomoc, jak tuto situaci zvládnout.

3. fáze postupně adaptace a vyrovnání se s problémem

Pro toto období je typické zvýšení zájmu o další informace. Rodiče chtějí vědět, proč postižení vzniklo, jaká je jeho podstata a jak by měli o své dítě pečovat, zajímá je i jeho budoucnost. Racionálnímu zpracování informací často brání emoční vyladění rodičů, které může vést k jejich zkreslení.

Negativní emoční reakce přetrvávají ještě v tomto období. Rodiče prožívají smutek, truchlí nad „ztrátou“ možnosti narození zdravého dítěte. Čelí depresím a strachu vztahující se k nejisté budoucnosti. Nenacházejí odpovědi „proč zrovna my?“. Svůj hněv přetavují do snahy najít viníka „kdo za to může“.

V této fázi, kdy jde o zpracování a zvládnání základního problému, lidé používají různé copingové strategie. Volba určitého způsobu zvládnání nebývá náhodná. Alternativy, které se v životě osvědčily, mají tendenci se fixovat a člověk je v kritických situacích opakuje.

Objevují se obranné reakce, které mohou být z racionálního hlediska nepochopitelné, ale i ony mají svůj význam: pomáhají udržet psychickou rovnováhu a zachovat přijatelné sebehodnocení v oblasti vlastní rodičovské role. K nim patří například i to, že rodiče mermomocí hledají viníky. Mnohdy i za cenu klidu vlastního i celé rodiny.

V této fázi jde také o postupné vyrovnání se s postižením jejich dítěte, o hledání řešení situace. Budoucnost dítěte a tím i celé rodiny se zdá být postižením navždycky zpečetěna. Rodiče sice vědí, že dítě nebude nikdy zdravé, ale často si vůbec nedovedou představit, jak se

vlastně jejich dítě může vyvíjet. Potřebují informace o možnostech péče o dítě, další léčbě, speciálně pedagogických postupech apod.

4. fáze smlouvání

Je přechodným obdobím, kdy rodiče již akceptují skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale mají tendenci získat alespoň něco, malé zlepšení, když už není možné, aby se zcela uzdravilo. Smyslem je vyjádření určité naděje, jež není zcela nerealistická. Je znakem kompromisu, který lze chápat jako signál přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti.

Mění se charakter zátěže, v této době už nejde o trauma, spíš o dlouhodobý stres spojený s únavou a vyčerpáním náročnou péčí o takové dítě. To může posilovat i pocity bezvýchodnosti a minimální efektivity jejich úsilí, od něhož očekávali víc.

5. fáze realistického postoje

Rodiče postupně přijímají skutečnost, že je jejich dítě postižené a přijímají je takové, jaké je. Jejich plány jsou reálnější a splnitelnější. Ke smíření s postižením dítěte nedochází ve všech případech, postoj rodičů může kolísat v závislosti na jeho vývoji a s ním spojených nově vzniklých zátěžích (problémy se zdravím, se vzděláním, s budoucností, atd.) (Vágnerová, 2004, s. 165–168).

Nemoc v rodině může mít negativní dopad i na zdraví sourozenců. Nemocné dítě vyžaduje neustálou péči a pozornost rodičů. Tak se může jeho sourozencům zdát, že nejsou pro rodiče již významní. Trpí často pocity ostrčení, myslí si, že již nikoho v této rodině nezajímají. Takové děti závidí svému nemocnému sourozenci pozornost rodičů a snaží se ji za každou cenu získat. Třeba tím, že se začnou nevhodně chovat, snaží se být středem pozornosti a všemožně na sebe upozorňovat. U těchto dětí se mohou vyskytnout také různé nemoci či poruchy psychosomatického rázu, což jsou dle L. Trápkové a V. Chvály nemoci, které vypadají jako tělesné, ale jsou významně ovlivňovány duševním životem a psychikou (Trápková, Chvála, 2004, s. 27). Rodiče by proto měli rozložit svoji pozornost a péči mezi všechny děti rovnoměrně. V žádném případě by neměli na zdravé dítě klást nepřiměřené nároky, kterými by se snažili kompenzovat nesplněné sny s nemocným dítětem. To může vést k přetížení jejich organismu, apatii a nízkému sebevědomí.

Vztahy uvnitř rodiny ovlivňuje také postoj rodičů k nemoci dítěte. Zatímco postoje a reakce matky na nemoc dítěte jsou relativně dobře známé, méně známé a popsané jsou postoje a reakce otců k nemocnému dítěti. Je to zapříčiněno především tím, že zejména u menších dětí je pro dítě nejdůležitější matka, proto se pozornost odborníků obrací právě tímto směrem. Matky bývají s nemocným dítětem nejčastěji a zároveň také nejvíce trpí při výše popsaných fázích adaptace na závažnou nemoc dítěte. U těchto matek byla pozorována řada neurotických problémů, jako nespavost, bolesti hlavy, úzkost a strach. Na druhou stranu vazba mezi otcem a dítětem není tak pevná jako mezi matkou. Otcové tak často utápí svoje problémy v nadměrné pracovitosti. Důvodem je, že otcové mají pocit, že dítě je radši s matkou, která si s ním bude v případě komplikací, lépe vědět rady (Pilát in Fendrychová, Klimovič a kol., 2005, s. 33). Jedním z hlavních úkolů pro otce je, podle Z. Matějčka a Z. Dytrycha, poskytnout v této situaci matce psychickou podporu. V mnoha případech však otcové tuto roli nezvládají, což zpětně působí na psychiku matky (Matějček, Dytrych, 1994, s. 29).

Postoj rodiče k nemoci svého potomka je také spoluutvářen samotným postojem rodiče k dítěti. Ten, podle Z. Matějčka, nevzniká nikterak náhle. Je obvykle výsledkem celého předchozího života. Je odrazem jejich vlastních zkušeností a prožitků z dětství, vztahu ke svým rodičům, zkušeností z pozdějšího života, z manželství, jako i ze vztahu k druhému členu manželské dvojice (Matějček, 1992b, s. 56).

V naprosté většině případů je narození potomka pro rodiče velmi radostnou a významnou událostí. Rodiče se na tento okamžik dlouho dopředu připravují a připravují také i okolní prostředí. A to jak materiálně tak i psychologicky. Každý rodič si také přeje a očekává, že se jeho dítě narodí zdravé, proto zjištění, že s dítětem není něco v pořádku, vyvolá v představách a postojích rodičů značný otřes. Podle Z. Matějčka je tento první pocit zklamání většinou úměrný tomu, jak zjevný je defekt dítěte a jak dalece si rodiče mohou uvědomit jeho dosah na budoucnost (Matějček, 1992b, s. 57).

Těžká tělesná nemoc proto znamená ohrožení duševní rovnováhy nejen samotného pacienta, ale i členů jeho rodiny, protože osudy blízkých lidí jsou navzájem propojeny. Do jaké míry se tak stane, záleží na kvalitě adaptace rodiny, tedy na schopnosti přizpůsobit se měnícím se podmínkám svého vnějšího prostředí a svého vnitřního subjektivního světa. Tato adaptace probíhá jednak jako fyziologický proces a jednak jako proces přizpůsobování osobnosti (Míček, 1984, s. 25–26).

Důležitý je také pohled dítěte na svou nemoc, tedy to jak dítě tuto nemoc vnímá. To podle M. Plevové závisí především na stupni vývojové úrovně dítěte.

- dítě v **předškolním věku** nedokáže pochopit vznik nemoci, a tak si vysvětluje, že nemoc přišla za jeho zlobení nebo že za ni může někdo jiný. Představuje si ji třeba jako zlobivého skřítku, který nechce odejít. Vadí mu sice omezení v pohybu, protože potřeba pohybových aktivit je velmi přirozená. Špatně snáší průvodní jevy nemoci jako bolest, teplotu, svědění. Způsobují mu pesimistickou náladu. Nutnost vyšetření v něm vzbuzuje strach z neznámého, z ublížení. Velmi často opakuje otázku, kdy už bude zdravé a bude smět jít domů.
- dítě **školního věku** postupně začíná nazírat na chorobu jako na způsob fungování jeho organismu. Více chápe nutnost lékařských vyšetření, význam klidového režimu. Lépe zvládá bolest a dokáže se odreagovat – nemyslet alespoň chvíli na potíže. Vadí mu nemoc v souvislostech s omezením jeho zájmů – např. nebudu moci jet v neděli na fotbalový turnaj, nebudu moci trénovat.
- v **období dospívání** vyvolává nemoc v dítěti možnost ohrožení budoucí profese, mezilidských vztahů, sportovní dráhy. Uvědomuje si nejistotu situace, bouří se, kritizuje skutečnost. Nemoc na něj působí jako rozbitý vlastní obraz a ovlivňuje jeho sebepojetí a může v různé míře také ovlivnit další rozvoj jeho identity (Plevová, 2007, s. 50).

M. Vágnerová dodává, že při pohledu dítěte na své onemocnění hrají také důležitou roli dva faktory, a to:

- dispozice, vývojová úroveň a individuální zkušenosti, tj. již vytvořené osobnostní rysy dítěte
- reakce prostředí, v němž dítě žije, především rodiny, nemocničního personálu i širšího okolí (Vágnerová, 2004, s. 73).

Nemoc dítěte vyvolává u rodičů obavy nejen z budoucnosti dítěte, ale také celé rodiny, což může v důsledku vést k oslabení či dokonce ke znemožnění plnění základních funkcí rodiny. Také zaneprázdněnost pečovatele, což bývají v naprosté většině matky, z důvodu péče o dítě a jejich fyzická a psychická přetíženost se může projevit na fungování rodiny. Ohrožena je jednak funkce reprodukční, tím že nedochází k uspokojování sexuálních potřeb partnerů, ale i funkce ekonomická, právě z důvodu péče rodiče o nemocného potomka.

V těchto rodinách dochází k diferenciaci rolí. Muž se stává tím, kdo zabezpečuje rodinu hmotně a žena má zase na starosti domácnost, byť byly předtím tyto role rovnocenné (Vágnerová, Strnadelová, Krejčová, 2009, s. 36).

Tyto úvahy potvrzuje také N. Špaténková, když shrnuje důsledky každé nemoci, a to nejen pro pacienta samotného, ale i pro celou jeho rodinu, a to, že:

- nemoc činí člověka sociálně neplnohodnotným;
- mění sociální klima v rodině;
- reorganizuje dělbu činnosti v rodině;
- ovlivňuje celý způsob života rodiny (Špaténková, 2003, s. 66).

V rodině, kde se vyskytne závažný zdravotní problém, dochází také velmi často k přebudování hodnot, případně celého hodnotového žebříčku. A to jak jednotlivých členů (převážně rodičů), tak i rodiny jako celku. Nejenže je to v této situaci do jisté míry nutností, ale také i možností k přehodnocení dosavadního života.

Podle J. Horáka právě hodnoty, které jedinec vyznává, podstatným způsobem určují a ovlivňují jeho chování a jednání (Horák, 1997, s. 20).

Rodič se tak snaží přizpůsobit svůj život vzniklé situaci, nové prioritě, hodnotě, a tím je zdraví dítěte. Musí omezit své koníčky, zájmy a mnohdy i pracovní činnost ve prospěch svého dítěte. Dítě, resp. zdraví dítěte, se tak stává hodnotou číslo jedna. Ale ne vždy se tak opravdu stane a rodič i přes závažnost situace není ochoten se vzdát dosavadního způsobu života. Proč tomu tak je? Odpověď na tuto otázku je potřeba hledat v samotném jedinci. Podle E. Novotné je totiž hodnocení, tedy proces přisuzování hodnoty určitým věcem, subjektivním aktem, ve kterém vyjadřujeme svoje představy o žádoucím a nežádoucím stavu (Novotná, 2010, s. 19). Tyto představy jsou podle J. Křivohlavého formovány především osobností rozhodujícího člověka. Podle toho jak je člověk zralý či nezralý, volí si určité hodnoty a tyto hodnoty poté ovlivňují buď jeho další cestu zrání, nebo ustrnutí (Křivohlavý, 2010, s. 39).

Dalším významným faktorem při sestavování hodnotového žebříčku jedince, jsou hodnoty, které vyznávají rodiče jedince. Ti se během života přesvědčili co je pro život důležité a proto to chtějí předat svým dětem. Avšak do této nabídky hodnot a norem chování vstupují ještě jiní, jedná se především o vrstevníky a v současné době velmi intenzivně také i masmédiá (Prudký, 2004, s. 8).

Na utváření hodnotového žebříčku jedince tak působí celá řada faktorů, z nichž některé jsou jen velmi těžko ovlivnitelné. Přesto onemocnění vlastního dítěte představuje pro rodiče natolik závažnou událost, že většina rodičů minimálně přizpůsobí svůj hodnotový

žebříček vzniklé situaci. V opačném případě může, tedy pokud rodič není ochoten cokoli měnit, celá situace vyústit až rozpadem rodiny. Je zřejmé, že tento případ se bude týkat převážně otců.

HOSPITALISMUS

Spousta rodičů a dlouhou dobu také lékařů nepovažovalo přijetí rodiče do nemocnice společně s dítětem za zcela vhodné. U lékařů to má jistě souvislost s výkonem jejich povolání. Mnozí rodiče se zřejmě domnívají, že ví daleko lépe než lékař, jak dítě léčit. Proto mnohdy svým jednáním narušují léčebný proces. Rodiče zase v hospitalizaci svého dítěte vidí možnost, jak si ulevit ze svých starostí a přenechat péči o dítě nemocnici. V obou případech jsou tyto důvody zcela pochopitelné, ale je potřeba si uvědomit, že hospitalizace s sebou může přinést i jedno z velkých rizik ústavní péče a to hospitalismus – stav, kdy je dítě apatické a léčba nepokračuje úspěšně. Tuto část jsem se rozhodl zařadit do diplomové práce právě z toho důvodu, že hospitalismus zcela jistě vztahy v rodině ovlivňuje.

O. Matoušek pod pojmem hospitalismus rozumí adaptaci klienta na dlouhodobý pobyt v léčebném, podpůrném nebo výchovném ústavním prostředí, který je doprovázen oslabováním sociálních dovedností potřebných pro život mimo ústav (Matoušek, 2003, s. 78). Heřmanská dodává, že hospitalismus je provázen intelektovým opožděním, stereotypními pohyby, zpomalením růstu, důsledkem emoční deprivace (Heřmanská in Jasenský, Janiš, 2004, s. 45).

Projevy hospitalismu jsou různé, vždy záleží na povaze a věku dítěte. I když se odborníci poněkud rozcházejí v názorech, které věkové období je pro jedince nejrizikovější, dokáží se shodnout na tom, že je to od prvního do čtvrtého roku věku dítěte. J. Robertson a J. Bowlby rozdělují chování u dětí ve věku od 18 do 24 měsíců, které byly hospitalizovány, do tří fází:

- 1. fáze protestu** – bouřlivá počáteční reakce na nové prostředí, dítě křičí a zmítá sebou, volá matku a čeká na základě předchozí zkušenosti, že ona bude na jeho pláč reagovat.
- 2. fáze zoufalství** – útlum aktivity, uzavřenost až apatie, dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně a odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti.
- 3. fáze odpoutání od matky** – dítě potlačuje své city k matce, a buď se připoutá k někomu, kdo jej ošetřuje nebo se upoutává na věci (in Matějček 1992b, s. 77).

M. Pilát dodává, že průběh jednotlivých fází je u jednotlivých dětí různý. Jednotlivé fáze mohou trvat několik hodin i týdnů a také nemusí být v tomtéž sledu. Zároveň upozorňuje na fakt, i když třetí a mnohdy i druhá fáze bývají pokládány za příznaky dobrého přizpůsobení, jedná se vždy o reakce obranné, které mohou nepříznivě ovlivnit průběh života dítěte (Pilát in Fendrychová, Klimovič a kol., 2005, s. 22).

Příčinou rozvoje tohoto syndromu je násilné přerušování vazeb s rodiči a ztráta životní jistoty. Dítě se trápí nemocí, potýká se s novým prostředím a novým životním rytmem. Dle O. Matouška je to také především tím, že v ústavní péči má klient plné zaopatření, stýká se s omezeným počtem spoluobytel a obvykle s nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho blízkého okolí. Je samozřejmě snazší orientovat se v tomto redukováném světě. Redukce nároků a omezení podmětů mají dobře známé a mnohokrát popsané následky: ztrácí se zájem o lidi, zhoršování schopností komunikovat, regresi čili návrat do rannějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhý spánek, automatické pohyby (Matoušek, 1999, s. 118).

Z. Víchová spatřuje hlavní důvody vzniku hospitalismu hlavně v nevhodném působení na dítě. Jako je:

- strašení nemocí, sestřičkou a panem doktorem, které vede k úzkosti a strachu dítěte
- drastické líčení léčebných zákroků a výkonů před dítětem
- náhlé a nepřipravené vytržení dítěte z rodiny
- pocit strachu z neznámého prostředí nemocnice, vyřazení ze školy a z navykklého prostředí
- časté střídání lékařů a ošetřovatelek, mnohdy mladých a lidsky nevypělých, u lůžka dítěte
- ztráta mateřské lásky a péče a nedostatek individuálního vztahu, obzvláště u dětí předškolního věku vede k pocitu nejistoty, zapuzení a odstrčení
- nedostatek soukromí, který způsobuje předrážděnost a rozháranost, jejímž důsledkem může být určité stažení a nehovornost dítěte
- zákaz nebo omezení návštěv nemocných dětí (Víchová, 1967, s. 8–10).

Z. Víchová zároveň uvádí možnosti odstraňování hospitalismu a jeho prevence. Snaží se tento problém řešit komplexně, nezaměřuje se pouze na prevenci hospitalismu v nemocnici, ale také na období ještě než dítě onemocní. V této fázi hrají velkou úlohu právě rodiče, kteří by měli na dítě vhodně působit. Nesmějí před dítětem líčit hrůznými barvami zákroky a lékařská vyšetření a zneklidňovat je zbytečnou úzkostlivostí. V první řadě by sami

rodiče měli mít kladný vztah k zdravotnickému zařízení a měli by mít důvěru k lékaři. Velký význam při prevenci hospitalismu má také úprava nemocničního prostředí, tak aby si dítě mohlo při přijetí do nemocnice vytvořit kladný vztah k novému prostředí a samotný pobyt byl co možná nejpříjemnější. Také na přístupu zdravotnického personálu velmi záleží, obzvláště pak na prvním kontaktu s nimi. První jejich snahou musí být zbavit dítě strachu a úzkosti, rozptýlit jeho pozornost od vlastního vyšetření (Víchová, 1967, s. 10–18).

V. Trnka jako hlavní ochranný prostředek proti hospitalismu považuje zaměstnávání dětí, které rozděluje do 3 kategorií – hra, vyučování a zájmová činnost. Účelem těchto činností je odvést dítě od smutných myšlenek na nemoc; vyvolat pocit uspokojení a těšení se na zaměstnání; uspokojit potřebu organismu po činnosti; zlepšit vývoj dítěte a uchovat dobrý stav organismu a také vytvořit pracovní návyky (Trnka, 1957, s. 14–18).

Účelem těchto opatření je zajistit hospitalizovanému dítěti co nejlepší duševní pohodu. K té velmi přispívá také styk dítěte s rodinou. Avšak podle J. Kristové mohou návštěvy rodinných příslušníků působit nejen pozitivně, ale i negativně. Pozitivní působení návštěvy je léčebným prostředkem pro skupinu pacientů, kteří se na ni těší. Vnímají ji jako příjemný zážitek, informuje nemocného o rodinném dění, rozptýlí jej, krátí čas, dodává odvalu a sílu, posiluje optimismus a respektování zdravotnických pracovníků. Negativní vliv návštěvy se projeví v situaci, kdy nemocného navštíví více lidí, když návštěvy zpochybňují práci zdravotnického týmu, zatěžují pacienta rodinnými problémy, nadměrně jej litují, znepokojují ho vlastními úvahami, pochybnostmi, nosí nevhodné potraviny. Může jej rozrušit i nechtěná či nečekaná návštěva (Kristová, 2004, s. 148).

Z. Matějček dodává, že vážnější nebezpečí vzniká tam, kde panuje mezi dítětem a rodiči úzkostný nebo nějak citově přepjatý vztah. Za takových okolností vyvolává každá návštěva opakování citových otřesů jako při prvním odloučení a vnese neklid do celého oddělení (Matějček, 2005, s. 306–308).

Při prevenci vzniku hospitalismu je velkým přínosem možnost přijmout společně s dítětem i jeho doprovod. Nejčastěji to bývá některý z rodičů, ale může se jednat také i o jiné rodinné příslušníky. Dítě se tak může lépe a rychleji adaptovat na nové prostředí a i samotný pobyt v nemocnici se pro něj stává méně nepříjemným a traumatizujícím. Zvláště pak u menších dětí, které jsou na rodiče více fixovány, se tato možnost velmi osvědčila.

Výzkumy zároveň ukázaly, že délka pobytu dítěte v nemocnici závisí mimo jiné i na přítomnosti matky, popřípadě jiného člena rodiny. Pobyt dětí v nemocnici hospitalizovaných s matkou byl v průměru kratší než u dětí, jež byly hospitalizovány bez doprovodu rodiče.

Samozřejmě, že hospitalizace matek spolu s dětmi klade na zdravotnický personál větší nároky, které jsou jistou zátěží po stránce psychické, materiální a časové. Avšak tyto relativní nevýhody jsou vyváženy pozitivními účinky na hospitalizované děti (Pilát in Fendrychová, Klimovič a kol., 2005, s. 47).

I když pobyt rodičů s dětmi je ve většině nemocnic samozřejmostí, je možné se setkat i s neochotou tyto rodiče přijímat. Tato neochota však spíše pramení ze subjektivního pohledu lékaře, který o přijetí rodičů rozhoduje, než z objektivních příčin.

2 Životní problémy

„Každý problém, krize, bolest či utrpení má svůj význam a představuje nezaměnitelný, i když mnohdy velmi bolestný přínos pro kvalitu našeho života. Díky těmto překonaným krizím člověk roste, dotváří svůj hodnotový systém a naučí se lépe rozlišovat mezi věcmi podstatnými a nepodstatnými“ (Jankovský, 2003, s. 128).

2.1 Pojetí životních situací

Životní problémy, těžké životní situace, krize, stres či psychická zátěž, to jsou situace, které zažil snad každý člověk. Společným jmenovatelem všech těchto negativně se jevících pojmů je, že narušují vnitřní rovnováhu člověka. Některé jsou malé jiné zase závažné, mohou trvat chvíli i celé roky. Uniknout či vyhnout se jim nelze.

Pro pochopení příčin vzniku životních problémů je zapotřebí se podívat na celou problematiku z širšího pohledu. J. Mrkvička (1971, s. 48) ve své knize Člověk v akci píše o tom, že „lidské bytí není osamělostí a skrytostí, je spolubytím, sdílením, je komunikací, je životem s druhými“. Tuto myšlenku dále rozvádí a dodává, že je-li naše bytí spolubytím, pak i každá naše akce musí být interakcí, to znamená, že působí na druhé (Mrkvička, 1971, s. 52).

S těmito slovy lze jen souhlasit, snad by jen bylo vhodné dodat, že člověk nevstupuje do interakce pouze s jiným jedincem, ale také s okolním prostředím. To svým jednáním ovlivňuje, mění a přizpůsobuje a naopak. Prostředí působí na člověka svými podněty a ovlivňuje jeho vývoj. Nejedná se však pouze o materiální předměty, které člověka obklopují, ale především o působení, vztahy, vzájemné ovlivňování, které jsou velmi důležité pro jeho začlenění a fungování ve společnosti.

B. Kraus a V. Poláčková upozorňují na to, že každé prostředí má dvě stránky:

- **materiální** (věcná, prostorová) **stránka** – lze ji charakterizovat tím, jaký prostor dané prostředí vymezuje, jeho stav, jaké faktory (materiální, přírodní) se v něm vyskytují, vybavení věcmi atd.
- **sociálně psychická** (osobnostě vztahová) **stránka** – je dána lidmi, kteří se v daném prostoru nacházejí, jejich strukturou (z hlediska věku, pohlaví, vzdělání) a vztahy, které mezi nimi existují (Kraus, Poláčková at all, 2001, s. 71–72).

Prostředí tak představuje složitě strukturovaný systém, ve kterém nejde o pouhé náhodné množství různých činitelů. Jedná se o otevřený systém, který reaguje na rozmanité

podněty a který odráží potřeby subjektu i objektu (Přadka, Knotová, Faltýsková 2004, s. 23–24).

Prostředí lze tedy vymezit, jako soubor jevů a procesů, obklopujících člověka během jeho života a mající pro člověka nějaký význam a hodnotu. Představuje velkou skupinu faktorů, s nimiž je člověk v interakci a zároveň představuje soubor vlivů, které se společně se souborem dispozic podílejí na utváření sociokulturní osobnosti člověka (Geist, 1992, s. 314).

Prostředí se tak vztahuje především k člověku. V psychologii a sociologii se v této souvislosti hovoří o termínu životní prostor či pole. Podle B. Geista moderní psychologie a sociologie používá termínu pole ve významu přeneseném z fyziky – jako výslednici sil, dávajících jimi vymezenému prostoru dynamickou strukturu, která reaguje jako celek (Geist, 1992, s. 278).

V psychologii bylo vypracováno několik teorií pole. K nejvýznamnějším patří ta, kterou vypracoval K. Lewin. Tato teorie nechápe pole jako teoretický systém, nýbrž jako metodu analýzy kazuálních vztahů a syntézy vědeckých konstruktů. Vychází přitom ze základního předpokladu, že chování je výsledkem determinant konkrétního pole, které nazývá životní prostor (Geist, 1992, s. 279).

Tento prostor, má každý jedinec jiný, jedinečný, neboť každý člověk vnímá okolní prostředí jiným způsobem, jinak reaguje na stejné podněty a také vnímá či nevnímá různé podněty. Je to dáno nejen samotnou osobností člověka, ale také individuálními zvláštnostmi jako je například věk, vzdělání, pohlaví, profese atd. Přirozenou snahou každého jedince je udržovat svůj prostor v rovnováze. Avšak při interakci jedince s okolím, dochází velmi často ke vzniku rozporných tendencí, které mohou vyústit v konflikt.

Podle J. Řezáče dochází při střetu těchto navzájem neslučitelných tendencí, sil, motivů k vyvolání prožitku napětí a zároveň tendencí toto napětí redukovat změnou stavu, tedy řešením konfliktů. Tato definice odráží především tzv. vnitřní konflikt, což je:

- konflikt mezi dvěma pozitivními pohnutkami
- konflikt mezi dvěma negativními pohnutkami
- konflikt mezi pozitivní a negativní pohnutkou (Řezáč, 1998, s. 151).

Další dělení konfliktů můžeme nalézt u J. Křivohlavého, ten je seřadil do dvou skupin, jednak podle počtu zúčastněných osob:

- interpersonální: konflikt mezi dvěma osobami
- intrapersonální: vnitřní, osobní konflikt jedné osoby
- skupinový konflikt: uvnitř dané skupiny

- meziskupinové konflikty: mezi dvěma skupinami lidí

a podle psychologické charakteristiky:

- konflikt představ (kognitivní konflikty)
- konflikt názorů
- konflikt postojů
- konflikt zájmů (motivací). (Křivohlavý, 1973, s. 30).

Jak z výše uvedeného vyplývá, nemusí být konflikt způsoben pouze střetem s jedincem s rozdílnými názory nebo postoji. Zdrojem konfliktu se tak může stát i událost nebo skutečnost, která je v rozporu s našimi představami. Konflikty tak představují nejčastější zdroj stresu. Což potvrzuje i P. Hartl, který konflikty a traumatické životní události zařazuje společně s hladem, podvýživou a uvědomovanou bídou mezi nejvýznamnější stresory (Hartl, Hartlová, 2010, s. 556).

Pojem stresor můžeme tedy vymezit jako zpravidla zátěžový faktor, kterým je stres vyvolán nebo vytvářen (Geist, 2000, s. 281).

Tyto stresory mohou mít, podle Míčka charakter:

- ◆ **objektivní:** ty mohou být ve vnějším prostředí, ve vlastní životosprávě, v práci a pracovním prostředí a v meziosobních vztazích. Příkladem tohoto typu stresorů může být nedostatek tepla nebo hroutící se rodinné vztahy.
- ◆ **subjektivní:** v tomto případě je jedinec stresorem sám sobě. Sem patří např. obavy z vlastní budoucnosti či potíže při rozhodování atd.

L. Míček zároveň poukazuje na fakt, že tento výčet negativních faktorů není zcela úplný. S odvoláním na T. H. Holmese a R. H. Raheho uvádí, že dokonce každá změna představuje životní stresor a dá se stanovit její relativní závažnost (Míček, 1984, s. 35–36).

K. Kraska-Lüdecke zase rozlišuje stresory do tří skupin podle toho, jakou oblast zasahují:

- psychické stresory – pramení především z nejistoty, ať už se jedná o pracovní či osobní sféru.
- sociální stresory – hlásí se o slovo především v prostředí, kde převládají konflikty, závist, hádky a jedinec se zde necítí dobře.
- fyzické stresory – sem řadí takové faktory, jako je například nepřiměřené horko nebo chlad, špatné osvětlení, hluk apod. (Kraska-Lüdecke, 2007, s. 54)

Stresory se liší také svojí intenzitou, dobou trvání a početností. I když by se mohlo zdát, že intenzivní stresory jsou mnohem závažnější pro lidský organismus, mohou také méně intenzivní stresory působící dlouhodobě zanechat na jedinci výrazné stopy.

Všechny tyto stresory vyvolávají v člověku pocit tísně, tlaku, napětí. Takový to stav je odborníky označován pojmem stres. Toto cizí slovo bylo do českého jazyka převzato z anglického slova *stress*, které má základ v latinském slovese *stringo, stringere* – tj. utahovat, stahovat.

Podle J. Křivohlavého se stresem obvykle rozumí: „vnitřní stav člověka, který je buď něčím přímo ohrožován anebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“ (Křivohlavý, 1994, s. 10).

Vyvolání stresu může být způsobeno u každého jedince různými vlivy, okolnostmi, podmínkami nebo faktory, také reakce na ten týž stresor je u řady lidí odlišná. Je to dáno především osobností člověka. Někteří jedinci se do stresu dostanou snadno a rychle, jiní jsou relativně odolnější. Avšak stres má u všech lidí do značné míry stejný základ. Kanadský vědec Hans Selye, který se otázkami stresu zabýval, zjistil na základě svých výzkumů, že nezávisle na působícím stresu se u zvířat vyvíjí typická odpověď, kterou později formuloval v koncepci Obecného adaptačního syndromu (General Adaptation Syndrome – GAS). (Sýkora, Dvořák, 2008, s. 49)

Podle H. Selyeho probíhá reakce na stres ve třech fázích:

- **alarmová** neboli **poplachová reakce**: ta se objeví jako první, v této fázi dochází k všeobecné mobilizaci obraných sil organismu.
- vzhledem k tomu, že žádný organismus nevydrží ve stavu pohotovosti dlouhou dobu, následuje **fáze resistance**, odolávání. V tomto stádiu může tělo na dlouho trvající zátěž reagovat i zcela opačně než tomu bylo v prvním stádiu. Tělo tak může v první fázi například reagovat na stres ztrátou tělesné hmotnosti a ve stádiu resistance pak může hmotnost nabrat zpět.
- jako poslední nastupuje **fáze vyčerpání a selhání**, kdy organismus již není schopen působení stresu odolávat. Zde se reakce těla mohou opět podobat reakcím z první fáze (Selye, 1966, s. 51–52).

Projevy stresové reakce mohou mít různou podobu. Podle T. Kohoutka a I. Čermáka řada stresových reakcí nastupuje automaticky, mají povahu tzv. programu. Při neštěstí je obvyklé, že člověk ztrácí kontrolu nejen nad situací, ale i nad svou vlastní reakcí na tuto situaci. I když tato reakce může být automatická i adaptivní a můžeme o ni hovořit jako o

evolučně podmíněné, nemusí být v dané situaci vždy adekvátní. Samotná reakce se tak může stát problémem pro toho, kdo ji prožívá a může představovat komplikace v komunikaci a poskytování pomoci (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 31).

Stresové situace vyvolávají v člověku emoční reakce. Nejčastěji se vyskytující reakcí na stres je podle E. Hermana úzkost. Tou rozumí nepřiměřené emoce charakterizované takovými pojmy jako starost, obava, napětí či strach, kterou občas zažívá každý z nás. Tyto stavy mohou vyústit jednak v aktivní agresi nebo také v uzavření se do sebe a apatii. Jestliže stresové podněty trvají a jedinec je nezvládá, apatie může přerůst v depresi (Herman, Doubek, 2008, s. 11–12).

Avšak podle N. Špaténkové je emoční reakce postiženého jedince závislá na významu, který jedinec dané situaci nebo události připisuje. Potencionální zdroj krize nespočívá v samotné události, ale především v subjektivním hodnocení životní události a vlastních možnostech. Jinak řečeno, krize je taková situace, kterou klient za krizi považuje (Špaténková a kol, 2004, s. 21). Což je v souladu s tvrzením H. Salye, který říká, že „každý faktor je více či méně stresorem do té míry, jak je schopný stres vyvolat.“ (Selye, 1966, s. 94)

Behaviorálním projevem reakce na stres je podle H. Salye ústup, rezignace, podřízení se, vzdání se. Tato stresová odpověď se výrazně odlišuje i posturálně, je pro ni charakteristická flexe, schoulení se, nehybnost (Sýkora, Dvořák, 2008, s. 40).

Způsob reakce na stres zásadním způsobem ovlivňují činitelé, jako je temperament, inteligence, sociokulturní zkušenosti a v neposlední řadě také typ osobnosti. Cílem těchto reakcí je snaha o obnovení psychické pohody a rovnováhy jedince.

Mechanismy psychické adaptace vycházejí ze dvou základních mechanismů, a to útok a únik. Můžeme tedy hovořit o aktivním a pasivním způsobu vypořádání se se zátěží. Základem pro toto rozlišení byla podle M. Bratské práce N. Camerona, který řešení náročných životních situací viděl v agresivních a únikových reakcích. Od těchto základních přístupů pak odvozoval další konkrétní činnosti a přístupy.

▪ **Aktivní strategie** zahrnuje:

- opakované a se zvýšeným úsilím konané pokusy o překonání překážky
- otevřenou agresi
- kompenzaci, která spočívá ve vytyčení přiměřeného náhradního cíle, úsilí o dosažení jiného úspěchu či uspokojení
- únik do zvýšené činnosti

▪ **Pasivní strategie** zahrnuje:

- rezignace, zanechání úsilí, popřípadě vytyčení nepřiměřeně nízkého cíle
- únik do fantazie, nečinnosti
- únik do alkoholového opojení, zneužívání psychotropních a návykových látek
- únik do nemoci
- izolace, jedinec se straní lidí (Bratská, 2001, s. 114).

Podle N. Špaténkové představuje zvládnání krize významnou zkoušku nejen vlastních adaptačních schopností jedince, ale také test adaptačních schopností jeho přirozeného sociálního okolí, tedy nejbližší rodiny, příbuzných či přátel. V tomto směru pak hovoří o neformální a formální pomoci v krizi. Neformální pomoc v krizi je poskytována buďto samotným jedincem, který se v krizi nalézá, pak se jedná o svépomoc. Anebo je pomoc poskytována jeho sociálním okolím, v tomto případě má na mysli vzájemnou pomoc. Jako formální označuje pomoc odbornou, která je poskytována různými institucemi (Špaténková a kol., 2004, s. 35).

O pomoci můžeme hovořit z toho důvodu, že se jedná o určitý druh aktivit, ať už vědomé či neuvědomované, které jsou zaměřeny na zdolávání nerovnovážného stavu.

V souvislosti se svépomocí hovoří odborná literatura především o funkci obranných mechanismů. K. Paulík charakterizuje obranné mechanismy jako „více či méně neuvědomované způsoby omezování úzkosti pramenící z ohrožení sebepojetí. Jejich základem je změna, mnohdy i zkreslení hodnocení a prožívání vnitřní reality.“ (Paulík, 2010, s. 77).

V psychologické literatuře je možno nalézt desítky různých druhů obranných mechanismů. Mezi nedůležitější patří:

- **Represe** – jedná se o vytěsnění nějaké nepříjemné události z našeho vědomí. Vždy se však jedná o nevědomí, automatický proces. N. Špaténková (2004, s. 36) v této souvislosti zmiňuje také pojem *suprese*, což je záměrné potlačení určitého momentu ve vědomí a zařazuje ji mezi obranné mechanismy. Avšak J. Křivohlavý (1994, s. 61) upozorňuje na to, že se v tomto případě nejedná o obranný mechanismus, neboť *suprese* probíhá záměrně a vědomě.
- **Regrese** – zde se jedná o návrat k projevům chování odpovídajícím mladšímu věku, než je věk dotyčné osoby. To znamená, že dospělý člověk se může začít chovat jako malé dítě (přestane mluvit, rozpláče se, začne slibovat, že to už nikdy neudělá apod.).

- **Inverze** – představuje jakési opačné či převrácené chování.
- **Popírání** – značí popření nepříznivého faktu.
- **Racionalizace** – pod tímto pojmem je možno chápat hledání logických důvodů pro objasnění chování, které by bylo možno za jiných okolností považovat za nerozumné.
- **Projekce** – jde o přisuzování vlastních snah, záměrů, přání, motivů, ale i vlastních chyb a negativních stránek druhým lidem.
- **Introjekce** – zde se jedná o pojem opačný k předcházejícímu pojmu. Jedinec si přivlastňuje či promítá starosti druhých lidí do vlastního života.
- **Odčínění** – snaha o nahrazení něčeho, co jsme způsobili, něčím jiným v zásadě stejným.
- **Sebeobviňování** – v tomto případě dává jedinec vinu za všechno možné i nemožné pouze sobě, také svou vinu zveličuje.
- **Identifikace** – ztotožnění (Křivohlavý, 1994; Špaténková a kol., 2004; Paulík, 2010).

Dalším způsobem, jak se vypořádat se stresovou situací, jsou strategie zvládnání stresu. Mohlo by se zdát, že se jedná o dva pojmy označující totéž, ale není tomu tak. I když J. Křivohlavý (1994, s. 59) uvádí společné znaky obou technik, a to, že se vztahují na situace, které se pro danou osobu zdají být neřešitelné a také podle D. Ihileviche a G. C. Glesera „představují adaptivní snahy řídit chod dění v situaci, kdy požadavky situace vysoko převyšují zdroje, které má daná osoba k dispozici.“ (sec. cit. Inihilevich, Gleser, 1986, in. Křivohlavý, 1994, s. 59), je nutné tyto dva pojmy od sebe odlišovat. Protože jak J. Křivohlavý (1994, s. 59) zároveň uvádí, jsou obranné mechanismy definovány jako iluzorní, tady jako klamně, matoucí pojetí skutečnosti a fantazijní či neuskutečnitelné způsoby řešení těchto obtíží. Zatímco strategie zvládnání životních krizí jsou jednoznačně definovány jako ty, které berou ohled na realitu a respektují ji.

V řadě svých charakteristik se obranné a zvládací reakce navzájem podstatně liší. Rozdíly mezi obrannými a zvládacími reakcemi přibližuje následující tabulka, která shrnuje názory S. Ericksonové.

Tab. č. 1: Rozdíly mezi obrannými a zvládacími reakcemi

Obranné reakce	Zvládací reakce
obsahují implicitní operace	obsahují explicitní operace
aktivovány intrapsychicky	aktivovány prostředím, okolnostmi

obtížně pozorovatelné	snadněji pozorovatelné
jedinec si je neuvědomuje	jedinec je ovládá vůlí
determinovány osobnostními rysy	determinovány jak osobností, tak situačně
základem je instinktivní chování	základem jsou kognitivní procesy
nepředchází zhodnocení situace	předchází zhodnocení situace i vlastních možností
výsledkem je automatické chování	výsledkem je promyšlené chování

(zdroj: Čáp, J., Mareš, J., 2007, s. 532)

K vědomému a aktivnímu zvládnání stresu patří COPING. Tento pojem pochází z anglického jazyka a do češtiny se zpravidla nepřekládá, v podstatě však znamená zvládnání stresové situace.

Pojem coping není v literatuře ničím novým, přesto při definování pojmu coping nepanuje úplná shoda. Jednu z novějších definic, vytvořenou P. M. Kohnem (1996), nabízí J. Čáp a J. Mareš. Ta definuje coping jako vědomé adaptování na stres, čímž se liší od obranné reakce, která bývá neuvědomovaná. Zvládnání zahrnuje buď reakce na bezprostřední stres, nebo konzistentní způsob, jímž se jedinec vyrovnává se stresory. Stresory zahrnují jak každodenní potíže, tak traumata a závažné negativní události (in Čáp, Mareš, 2007, s. 533).

Podle N. Špaténkové při volbě copingové strategie záleží především na předcházejících zkušenostech se zátěžovými situacemi a na subjektivním hodnocení aktuální situace (Špaténková a kol., 2004, s. 36).

V různých literaturách se můžeme setkat s různými způsoby dělení zvládnání. Například M. Bratská uvádí dva základní způsoby zvládnání, které navrhl R. S. Lazarus a S. Folkmanová:

- zvládnání zaměřené na problém – jedinec se zaměřuje na situaci (problém), přičemž se snaží hledat způsoby, jak ji změnit nebo jak se jí v budoucnosti vyhnout;
- zvládnání zaměřené na emoce – člověk se zaměřuje na zmírnění prožívaných emocí ve stresové situaci, přičemž ke změně situace nemusí vůbec dojít (in Bratská, 2001, s. 115).

V rámci první výše uvedené možnosti, tj. strategie zaměřené na problém, byly rozvíjeny postupy směřující k bližší identifikaci vlastního problému, jeho definici a hledání různých možností řešení, tak i postupy orientované na změny intrapsychické (např. změny motivace, aspirační úrovně, zvýšení úrovně znalostí nebo získání speciálních schopností a

dovedností). V rámci druhé možnosti, tj. zvládání orientované na emoce, byly rozvíjeny postupy rozčlenitelné dále do skupin *behaviorálních* (využívání různých dimenzí a projevů chování ke zmírnění prožívaného stresu) a *kognitivních* (nejčastěji přehodnocujících situací a její složky) *strategií* (Folkman, Lazarus in Kebza, 2005, s. 120).

Rád bych se ještě vrátil k jedné věci, a to faktu, že naprostá většina lidí považuje stres za něco negativního, nežádoucího a snižujícího naši výkonnost. Ve většině případů tomu tak skutečně i je. Avšak podle B. Krause „tyto situace nejsou v zásadě jednoznačně něčím záporným, protože většinou mobilizují síly, motivují k většímu úsilí a zvyšují výkonnost.“ (Kraus, 2007, s. 55)

Určitá míra stresu je v našem životě potřebná, neboť bez něj bychom neměli dostatek podnětů, které jsou k překonání nejrůznějších překážek, které nám život klade do cesty, nezbytné. Což také potvrzuje B. Buchtová, když píše: „člověk byl evolučně nastaven na zdolávání různých situací – pozitivních i negativních. Vzhledem k málo proměnné biologické přirozenosti člověka by bylo nerozumné se stresové zátěži vyhýbat. Přiměřené stresové otužování je vlastně zvláštní forma kázně. Zvláště děti a dospívající programově připravuje na řešení zátěže v praktickém životě.“ (Buchtová, 2004, s. 186)

Neměli bychom také zapomenout na dva důležité pojmy, se kterými se můžeme v literatuře setkat, a to *eustres* a *distres*. Tedy rozlišení stresu podle toho, zda je možné jej charakterizovat jako negativní nebo pozitivní.

- ◆ **Eustres** – jakýkoli druh stresu, který je prospěšný, spojený s pocitem úspěchu a naplnění (Harlt, Hartlová, 2010, s. 136). Jedná se tedy o pozitivní stresy, které zahrnují situace zatěžující a stresové, avšak zároveň i příjemné, jako je například svatba, vánoce apod.
- ◆ **Distres** – je považován za stres zlý, škodlivý a na organismus nepříznivě působící. Podle B. Geista k distresu dochází vždy tehdy, jsou-li na osobnost kladeny takové fyzické a psychické nároky, které překračují její zátěžovou schopnost. V praxi a běžné mluvě se obvykle stresem míní právě distres (Geist, 2000, s. 280).

Životní situace, události a příhody, jejichž prožití vede jedince k nutnosti na ně reagovat, ať už na úrovni psychologické, fyziologické, behaviorální či sociální, není samozřejmě skupinou homogenní. Ukázalo se, že je třeba rozlišovat nejenom mezi příjemnými (eurostresovými) a nepříjemnými (distresovými) událostmi, ale také mezi

očekávanými či předvídatelnými a neočekávanými, respektive nepředvídatelnými příhodami a událostmi (Kebza, 2005, s. 105).

V úvodu této podkapitoly bylo řečeno, že krize nás může potkat kdykoliv a kdekoliv, a také, že vyhýbat se jim by bylo nerozumné a jen velmi těžko proveditelné. Jak tedy překonat krizi? Co má člověk udělat, aby z krize vyšel jako vítěz? Formulovat zaručený způsob nelze, a to z důvodů, o kterých jsem zde již psal. Je však mnoho autorů, kteří se tímto problémem zabývají a nabízejí cenné rady. Například J. Sýkora a J. Dvořák vypracovali desatero k překonání krize:

- (1) Krize jsou normální součástí života dnešní společnosti, nedejte se jimi překvapit, očekávejte je.
- (2) Udělejte přípravy k minimalizaci krize předem, dlouho předem.
- (3) Jestliže myslíte, že jste se dostali do krize, přesvědčte se, zda skutečně jde o krizi.
- (4) Krize není konec, nýbrž příležitost! Nehledejte, jak krizi překonat, nýbrž jak ji využít pro svůj prospěch.
- (5) V krizi dejte dohromady svoje rezervy, nejen materiální, ale i znalosti, kontakty, známosti.
- (6) Informujte své okolí o situaci, nic neskrývejte, stejně vyjde všechno najevo.
- (7) V krizi neztrácejte odvalu a řešte situaci razantně a nemilosrdně.
- (8) Poučte se z krize.
- (9) Nic se vás nemůže dotknout, pokud sami nechcete.
- (10) Nikdo není poražen, dokud si to sám nepřipustí (Sýkora, Dvořák, 2008, s. 164).

L. J. Crabb a D. Allender zase radí, aby jedinec, který se v krizi ocitne, se pokusil nalézt odpovědi na následující otázky:

1. V čem je problém?
2. Kdo mi může pomoci?
3. V čem bude pomoc spočívat?
4. V jaké výsledky mohu doufat? (Crabb, Allender, 2002, s. 13)

Je tedy zřejmé, že při překonávání krize by měl člověk zachovávat chladnou hlavu a snažit se celou situaci racionálně zhodnotit. Ale ne každá krize umožňuje takovéto zapojení rozumové složky a ne každý jedinec je toho schopen, alespoň ne v prvních fázích krize. Jinak bude uvažovat jedinec, který například přišel o práci a ocitá se bez finančních prostředků a jinak zase rodič, kterému těžce onemocní dítě. V těchto případech, a není se čemu divit, převažují emoce nad racionálním uvažováním. Jedinec není schopen sám celou situaci

objektivně zhodnotit a vypořádat se s ní. Zde je pak potřeba, aby mu byla nabídnuta pomocná ruka. V prvních momentech se jedná o pomoc především ze strany rodiny, odborná pomoc přichází na řadu posléze. J. Jankovský však upozorňuje na to, že i když jedinec v krizi bude potřebovat naši pomoc, měla by hlavní iniciativa při řešení problému spočívat především na jeho straně. V žádném případě bychom neměli situaci řešit za něj (Jankovský, 2003, s. 127).

Také podle N. Špaténkové má pozitivní vliv na vyrovnání se s krizí především sociální opora, ale i možnost ventilovat emoce, schopnost nalézt v krizi nějaký smysl a zkušenosti s předcházejícími stresory (Špaténková a kol., 2004, s. 34).

V textu byl zmíněn pojem sociální opora jako jeden z důležitých faktorů pozitivně ovlivňující průběh krize. Pojdme se tedy blíže podívat, co se pod tímto pojmem nalézá.

V. Kebza chápe sociální oporu jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický stav člověka, na jeho pohodu i kvalitu života (in. Kraus, 2006, s. 105).

J. Křivohlavý nabízí jednu z mnoha definic sociální opory. Podle něj se jedná o „pomoc, která je poskytována druhými lidmi danému člověku, nacházejícímu se v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která tomuto člověku jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje (Křivohlavý, 1999, s. 108–109).

Z této definice vyplývá jeden podstatný fakt, a to, že existence sociální opory je podmíněna existencí sociálních vazeb. U jedinců, kteří mají méně sociálních vazeb je možnost získat sociální oporu podstatně omezenější. Možnost získat sociální oporu z rodinného kruhu ovlivňuje podle P. Mohapla (1992, s. 63) především emocionální klima rodiny. V tomto případě můžeme hovořit o anticipované opoře.

D. A. Bakal rozdělil účinky sociální opory do dvou základních modelů:

❖ **model hlavního účinku:**

- sociální opora má protektivní účinek na zdravotní stav při všech úrovních stresu, tedy nezávisle na tom, zda lidé jsou nebo nejsou vystaveni stresu

❖ **nárazníkový model:**

- sociální opora má příznivý vliv na zdravotní stav pouze nebo především tehdy, je-li člověk vystaven vysokým úrovním stresu a chrání ho před negativními důsledky stresu, tlumí negativní působení stresového faktoru (in Kebza, 2005, s. 153–154).

Rozsah poskytované sociální opory je velmi široký. J. House rozlišil podle obsahu sociální opory čtyři druhy sociální opory:

1. **emocionální opora** – obsahuje poskytování důležitých emocí jako například láska, víra, empatie;
2. **hodnotící opora** – tento druh sociální opory je podstatný pro sebehodnocení – vyjadřování seberespektu, posilování snahy člověka o autoregulaci, nabízí možnost zpětné vazby;
3. **informační opora** – je významná pro zprostředkování informací a rad, které nám mohou pomoci vyrovnat se s osobními problémy;
4. **instrumentální opora** – zahrnuje praktické druhy pomoci nebo materiální, hmotnou pomoc, jedná se například o finanční výpomoc, obstarání potřebné věci apod. (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 24).

Podle Mareše má sociální opora dvě podoby. V prvním případě si jedinec různými způsoby říká o pomoc svému okolí, cítí, že zátěžová situace je nad jeho síly a že ji vlastními silami nezvládne. Dává tak najevo, že potřebuje a hledá pomoc a že by ji i uvítal. Zde se jedná o vyhledávanou oporu. Pokud se jedinec v krizi ocitne a je mu sociální opora poskytnuta, nemusí si nutně uvědomovat celý její rozsah, může subjektivně vnímat pouze její část, pak se jedná o vnímanou oporu (in Kraus, 2006, s. 105).

Důležitým pojmem, který při poskytování sociální opory hraje významnou úlohu je anticipovaná opora. Jedná se o přesvědčení jedince, že když se v budoucnu dostane do problémů, jemu blízké osoby budou připraveny mu pomoci. Reprezentuje tak obecný pocit jedince, že je ostatními akceptován a že se o něj zajímají. Mnozí autoři ji chápou jako individuálně odlišnou, protože úzce souvisí s některými osobnostními charakteristikami jedince. Opakem anticipované opory je opora získaná, což, jak je již z názvu patrné, je pomoc, které se jedinci skutečně dostalo. Dalo by se říct, že anticipovaná opora odráží obecná očekávání jedince, zatímco získaná je založena na konkrétní zkušenosti ve specifické situaci (Šolcová, Kebza, 1999, s. 25–26). V tomto případě má pozitivní účinek především vědomí, že opora může být poskytnuta, než konkrétní pomoc. Anticipovaná opora je tak velmi významným zdrojem motivace v jednání a chování jedince.

Jak už to v životě bývá, není nic jednoznačně dobré ani špatné. Stejně tomu tak je i se sociální oporou, i ta má kromě svých pozitiv i určitá negativa. Co může vést k negativním

reakcím jedince, kterému je pomoc nabízena shrnuje I. Šolcová a V. Kebza. Jedná se zejména o případy, kdy poskytovaná pomoc:

- je v rozporu s představou o vlastní autonomii a sebevládě příjemce pomoci;
- ohrožuje jeho sebeúctu a sebedůvěru;
- je v rozporu se širokým chápáním toho, jak by se měl správný muž či žena v určité situaci zachovat;
- znamená pro jedince v krizi riziko, například znevážení nebo diskreditace;
- navozuje pocit bezmocnosti;
- neodpovídá potřebám jedince (Šolcová, Kebza, 1999, s. 28).

Další negativní stránkou sociální opory, která nemusí být pro příjemce i poskytovatele této opory zcela úplně viditelná, ale zato může představovat pro příjemce do budoucna daleko větší problém, než jsou výše uvedené, je narušení, nebo dokonce vyřazení z procesu socializace. Je to způsobeno tím, že poskytovatel sociální opory dělá, v dobré víře, za příjemce činnosti, které by již zvládl sám i bez cizí pomoci.

Domnívám se, že tento problém bude mít vztah především k prostředí příjemce a poskytovatele sociální opory. Pokud spolu dlouhodobě žijí v jedné domácnosti, může dojít k situaci, že poskytovatel sociální opory ztratí určitý odstup. Nebo z důvodu nedostatku času a trpělivosti raději neumožní poskytovateli sociální opory dělat určité činnosti samostatně. A nemusí se to týkat nutně rodičů, kteří dlouhodobě pečují o postižené děti.

Je tedy zřejmé, že při poskytování opory druhému je nutno hledět nejen na kvantitu, ale především na kvalitu sociální opory. Velkou roli v předcházení negativních faktorů při poskytování sociální opory hraje často odlišné hodnocení příjemce a pomáhajícího. Je tedy velmi důležité při poskytování pomoci druhému snažit se vcítit do pocitů druhého a pochopit situaci, ve které se nalézá. V neposlední řadě je také důležité správně mu naslouchat. Jinak by se mohlo stát, že samotná poskytovaná pomoc se stane stresorem.

Negativa, která sebou sociální opora přináší, se nemusí týkat pouze příjemce, ale také těch, kteří pomoc poskytují. U těchto jedinců se mohou objevit pocity zatížení, břemene, frustrace a při dlouhodobém pečování i syndrom vyhoření.

2.2 Problémy v rodině hospitalizovaného dítěte

Problémy v rodině hospitalizovaného dítěte mohou nabývat různých podob. Zasahují do oblasti sociální, psychické a také ekonomické. I když se rozdělení problémů rodičů do těchto tří skupin nabízí, mohlo by se jevit jako diskutabilní, a to především z důvodu, že tyto oblasti spolu velmi úzce souvisí. Proto nelze jednoznačně říct, že daný problém patří do té či oné oblasti.

Také stanovení míry závažnosti jednotlivých problémů je velmi relativní. Jedná se totiž o subjektivní pohled jedince, který se v této situaci ocitl. Co se může zdát pro jednoho závažným problémem, může druhý zvládat naprosto bez problémů. Záleží vždy na mnoha faktorech, počínaje osobností jedince a jeho schopnostmi vyrovnávat se se zátěžovými situacemi konče. Velký vliv na průběh vzniklé situace má také rodina a poskytnutá sociální opora.

❖ *Problémy týkající se oblasti psychické*

Jak zde již bylo zmíněno, hospitalizace dítěte ve zdravotnickém zařízení předpokládá existenci poruchy ve zdraví dítěte. Pokud jsou tyto hospitalizace časté, je zde předpoklad, že se jedná o závažnější onemocnění. Tento předpoklad vychází mimo jiné i z charty práv dětských pacientů, která říká, že děti mají být přijímány do nemocnice jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení (viz. příloha č. 1 – práva hospitalizovaných dětí).

Péče o vážně nemocného jedince je velmi psychicky náročná, obzvláště jedná-li se o vlastního potomka. V takovéto složité situaci nelze jednat bez osobního zaangažování, bez toho, aniž by člověk nebyl ochoten dát k dispozici svou vlastní sféru prožívání. Takový přístup je přirozeně velmi vyčerpávající a existuje zde reálné nebezpečí vzniku syndromu vyhoření. V literatuře se můžeme také setkat s termínem „*burnout syndrome*“, což je anglický ekvivalent českému výrazu syndrom vyhoření.

Podle J. Jankovského syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků projevujících se ztrátou elánu, radosti ze života a především energie a nadšení potřebných při péči o nemocného potomka. Dochází tak postupně k celkové stagnaci až rezignaci. Člověk je frustrován, reaguje předrážděností, nedůvěřivostí, depresivitou, apatií, cynismem a celkovým vyčerpáním (Jankovský, 2003, s. 158).

V. Kebza dodává, že syndrom vyhoření se projevuje především v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce chování a jednání. Kromě těchto uvedených oblastí psychiky ovlivňuje podstatně i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné či téměř shodné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních onemocnění a poruch (Kebza, 2005, s. 130).

Vraťme se nyní k jednotlivým projevům vyhoření. J. Janovský je rozděluje do tří skupin:

- Tělesné vyčerpání – projevuje se chronickou únavou a celkovou slabostí. V důsledku toho je zde velké riziko vzniku nejrůznějších onemocnění, ale také úrazu. Tito jedinci trpí bolestmi hlavy, zad, celkovým vypětím a chronickou únavou spojenou s poruchami spánku. Nemohou spát, neboť jsou přetíženi starostmi.
- Emocionální vyčerpání – převládá pocit bezmoci a beznaděje, vše se zdá být až k zoufání, protože jedinec nevidí žádné východisko z této situace. Převažuje podrážděnost, negativní ladění vůči lidem i vůči sobě samému. Tento stav může vést u takového člověka až k myšlenkám na sebevraždu. Běžné úkoly jej natolik vyčerpávají, že mu již nezbývá energie na nic jiného. Pro syndrom vyhoření je dále typická celková labilita.
- Duševní vyčerpání – projevuje se negativními postoji k sobě a k okolí. Trápí se myšlenkami a představami s děsivým obsahem, které by u sebe běžně naprosto neočekávali. Takoví lidé se začnou stranit okolí a stále více se uzavírají do sebe (Jankovský, 2003, s. 159).

Vyhoření je proces, který má určité fáze a také určitou dynamiku. Na počátku bývá nadšení a mnohé naděje. Naděje, že když rodiče udělají maximum možného pro své dítě, povede nejen dítě, ale i rodina plnohodnotný a spokojený život. V lepším případě dojde k úplnému uzdravení. Rodiče mají na vzniklou situaci nerealistický pohled a nepřiměřené očekávání. Pokud se neobjeví pozitivní informace a pokud se situace i přes veškerou snahu rodičů nemění, dostavuje se stagnace. Nadšení dohasíná a začínají se objevovat první příznaky beznaděje. Odsud je jen krůček k frustraci spojené s otázkami, zdali má tato činnost vůbec nějaký smysl. Frustrace pak přerůstá v apatii. Což je reakce na beznadějný stav, kdy je jedinec trvale frustrován a nemá tu moc cokoli s tím dělat. V této fázi dělá jedinec zpravidla jen to, co musí, tedy zajišťování základních potřeb dítěte.

Odborná literatura spojuje syndrom vyhoření převážně s tzv. pomáhajícími profesemi. A s tím také souvisí otázky pomoci. Některé rady, které autoři různých publikací nabízí, jsou pro rodiče naprosto nereálné. Jedná se o rady jak si vytvořit určitý odstup od klienta, v tomto případě od dítěte; jak jednat s klientem bez osobního přístupu; jak jednat bez emocí, atp. (Kebza, 2005, s. 148). Jak tedy pomoci těmto rodičům? Je velmi důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je. Vhodným protějškem by měl být v první řadě partner, lze také zajít například za psychologem či manželským poradcem. Velkým pomocníkem je také širší rodina, která může přebrat některé povinnosti a ulehčit tak přetíženým rodičům. Možnost setkávat se s rodinami, které se ocitly v podobné situaci, je bezesporu velkým přínosem pro tyto rodiče. Umožňuje jim to dívat se na celou situaci z jiného pohledu, zjistí, že nejsou sami, kdo se musí potýkat s těmito problémy a mohou také získat cenné rady, které by jim pomohly překonat vzniklou situaci.

Rodičovské pouto bývá často označováno za velmi silné a relativně trvalé. V případě ohrožení dítěte se jeho intenzita značně zvyšuje. Proto je možné říct, že při hospitalizaci dítěte, rodič, který je v nemocnici jako doprovod, tuto situaci prožívá a vnímá stejně, jako kdyby byl tím pacientem on sám.

Není to dáno pouze citovým vztahem k dítěti, ale také samotným provozem nemocnice. Rodič se musí přizpůsobit, stejně jako pacient – dítě, různým vyšetřením, léčebným procedurám a také dennímu režimu a provozu oddělení, na kterém je umístěn.

Přijetí dítěte do nemocnice, bývá v naprosté většině plánované a tak by se dalo říct, že se rodič může na pobyt v nemocnici dopředu připravit. Avšak tato úvaha je do jisté míry mylná. Rodič se pobytem v nemocnici dostává do, pro něho, neznámého a ne úplně příjemného prostředí, ve kterém je odkázán na zcela neznámé jedince, kteří v podstatě řídí jeho život. Rozdíly mezi civilním a nemocničním prostředím jsou shrnuty v tabulce č. 2, kterou jsem převzal od J. Křivohlavého z publikace Psychologie nemoci. I když se tyto údaje týkají především pacientů, vzhledem k výše uvedenému, je možno tyto charakteristiky aplikovat také i na rodiče, kteří jsou přijati do nemocnice společně s dítětem.

Tab. č. 2: Porovnání psychické situace hospitalizovaného a zdravého jedince

Ve stavu zdraví	V době hospitalizace
Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: Hospitalizovaný pacient je předmětem péče mnohých lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu atp. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě – ne on.

Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech příliš závislý.	Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat to, co by chtěl, ale musí dělat, co mu druzí lidé určí – a musí to dělat tak, jak mu to oni určují.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj životní rytmus do značné míry určuje sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Životní rytmus: Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici, nemá ho zažitý. V mnohém se mu zdá nepřírozený.
Sebedůvěra: Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady. To mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení.	Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebehodnocení a jeho sebehodnocení.
Sociální interakce: Zdravý člověk žije v tzv. sociální síťové vlastní rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky atp., které dobře zná.	Pacient je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí. Stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
Životní prostředí: Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti atp.	Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové ne tak běžné, jako bylo doma.
Zájmy: Zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů – o práci, společenské dění atp.	Okruh zájmů pacienta se v době pobytu v nemocnici podstatně zužuje.
Emoce: V životě dosud zdravého člověka převládaly relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života, tj. dění, jehož smysluplnost do značné míry pacient chápal. Měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje do budoucnosti.	Emocionální stav pacienta charakterizuje v prvé řadě celý soubor negativních citů, jakými jsou strach, obavy, bolest, nejistota atp.
Časový prostor: Dosud zdravý člověk žil v poměrně široké časové dimenzi – u vědomí minulosti, živé přítomnosti a s pohledem do budoucnosti, kterou viděl dosti určitě (jako zřetelně strukturovanou).	Pacient žije převážně jen a jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá – problematická.

(Zdroj: Křivohlavý, 2002, s. 50–51)

Je zde však ještě další aspekt, který se může negativně projevit na psychice rodiče, který je s dítětem v nemocnici, a který je možno dávat do souvislosti právě s jeho pobytem zde. Tento rodič je totiž v denním kontaktu s lékařským personálem a v případě nepříznivých zpráv týkajících se zdravotního stavu dítěte, je to právě on, kdo musí tyto informace zpracovat jako první. Samozřejmě, že tyto informace se mohou dotknout psychiky druhého rodiče, ale ten prvotní nápor směřuje na rodiče, který je s dítětem v nemocnici. Také to, že je přítomen u vyšetření, které dítě v nemocnici podstoupí, mu zajisté na klidu nepřidá.

❖ *Problémy týkající se oblasti sociální*

Dalším problémem, který se, ani ne tak v důsledku hospitalizace, ale samotné nemoci, může vyskytnout, je narušení socializace dítěte. Což je důsledkem snahy rodičů dítě izolovat od, podle nich, nebezpečných vlivů. Příliš je ochraňují, brání mu v činnostech a v jeho iniciativě. Dítěti ve všem pomáhají, pracují za něj, všechno mu sami zařizují a vyřizují. Mají na dítě nepřiměřeně nízké nároky. I když se tento problém týká z větší části dítěte, jsou to také rodiče, koho se narušení socializace dítěte dotýká. Rodiče si tímto svým jednáním zadělávají na problém, který se může projevit až v budoucnosti. Tím problémem je nesamostatnost a vysoká závislost dětí na svých rodičích.

Osobně se domnívám, že hlavní příčinou tohoto stavu je strach. Strach rodičů z toho, aby svými požadavky na nemocné dítě, nezhoršili jeho zdravotní stav. Tento strach může být způsoben, dle mého názoru, nedostatečnou informovaností rodičů, tedy toho, jaké omezení skýtá nemoc dítěte a do určité míry také výčitkami rodičů, kvůli zdravotnímu stavu dítěte. Ti si totiž mnohdy nemoc dítěte kladou za svoji vinu.

Samozřejmě, pokud je dítě v akutní fázi léčby a jeho zdravotní stav je vážný, je nemožné chtít po dítěti, aby plnilo nějaké povinnosti, ať už se jedná o školní či jakékoli jiné. Někdy je pro rodiče velmi obtížné zachovat si tzv. zdravý přístup k nemocnému dítěti. V případě vážného onemocnění dítěte mají totiž rodiče často tendence polevovat ze svých výchovných požadavků, právě z důvodu, aby dětem obtížnou situaci co nejvíce usnadnili. Ačkoliv je toto jednání pochopitelné, náhlá změna chování rodičů může v dětech vyvolat zmatek a úzkost. Děti potřebují pocit jistoty, který jim dodávají rodiče, a to zejména v obtížných situacích, kdy jim není dobře a podstupují řadu vyšetření anebo léčbu. Právě výchovné požadavky rodičů, představují pro dítě jistotu, v chaotickém dění začínají léčby. Je proto velmi důležité, aby rodiče neměnili svůj výchovný přístup. V opačném případě děti, ve snaze ujasnit si výchovné hranice, stupňují své požadavky a jejich chování se může zhoršovat. Tento stav může vést až k narušení vztahu mezi rodičem a dítětem. Jak uvádí Z. Matějček, je to právě z důvodu, že se rodiče podřizují přáním a náladám svého dítěte. Tito rodiče pak brzy ztrácejí u dítěte autoritu (Matějček, 1992b, s. 60).

Jedním z problémů, se kterým se rodina hospitalizovaného dítěte může setkat, je přerušení školní docházky dítěte. Lékaři se samozřejmě snaží minimalizovat dobu pobytu dítěte v nemocnici, avšak v případě onkologicky nemocných pacientů může hospitalizace trvat několik měsíců, či dokonce i roků. U těchto dětí, pokud jsou školou povinné, dochází

k výraznému zameškání školní výuky. Tato skutečnost se stala jedním z podnětů ke zřizování Mateřských a Základních škol při nemocnicích. Zřizování těchto institucí však není trendem posledních let, jak uvádí M. Plevová, první zmínky o vyučování hospitalizovaných žáků pocházejí již z 19. století, a to z brněnského Kinderspítálu zu Cyril und Method. Další zmínky přicházejí z roku 1929, kdy vzniká škola při Thomayerově nemocnici v Praze – Krči. Zlomovým rokem se stává r 1948, kdy na základě školského zákona č. 95/1948 Sb. je poprvé v dějinách našeho školství přiznáno právo na vzdělání všech dětí, tedy i nemocných a jinak postižených. Začíná tak období hromadného vzniku škol při dětských nemocnicích (Plevová, 1997, s. 5).

V současné době je toto téma upraveno školským zákonem č. 561/2004 Sb., zde je v §18 stanoveno, že v případě dlouhodobé školní absence dítěte, je potřeba požádat kmenovou školu o vypracování individuálního vzdělávacího plánu. Individuální vzdělávací plán pak stanoví úlevy a tolerance s ohledem na onemocnění a stanoví konkrétní výukové a vzdělávací cíle.

U dětí, které docházejí na základní školu, tak může pokračovat jejich školní docházka individuálním způsobem ve škole při nemocnici, a to tak, aby se po skončení léčby mohly zařadit zpět do své třídy a nemusely jeden ročník opakovat (Šrámková, 2006, s. 48).

Výchovný přístup pedagoga se mimo jiné liší také v závislosti na délce pobytu dítěte v nemocnici. „Je-li pobyt jen přechodný (krátkodobý), směřuje výchovná péče především k tomu, aby dítě pokud možno netrpělo náhlou změnou situace a bylo chráněno od nepříjemných překvapení. Úměrně s délkou pobytu stoupají i výchovné a vzdělávací nároky, až konečně na oddělení dětí dlouhodobě hospitalizovaných nabývá výchovná péče a úloha speciálního pedagoga rozhodující význam.“ (Plevová, 1997, s. 11). Je však nutné zdůraznit, že veškerá činnost dítěte, a tím pádem i školní činnost, probíhá s ohledem na zdravotní stav dítěte.

Ačkoliv kvalita výuky v MŠ a ZŠ při nemocnici je na poměrně dobré úrovni, je vzhledem k výše uvedenému možno předpokládat, že výuce v normální škole se vyrovnat nemůže. Proto by rodiče měli počítat s tím, že dítě bude potřebovat, alespoň v prvních okamžicích po návratu do běžného školního prostředí, maximální pozornost a pomoc, jak ze strany pedagogů tak i rodičů a také, že školní výsledky nemusí odpovídat představám rodičů.

Dlouhodobější pobyt rodiče s dítětem v nemocnici, se bezesporu projeví i na vztahu mezi manželi. Tato situace je staví do rolí, které jim do té doby byly neznámé. N. Špaténková poukazuje na to, že v případě, že je jeden z rodičů přijat do nemocnice jako doprovod hospitalizovaného dítěte, nabývá tento rodič v partnerských vztazích funkci pasivního člena.

Druhý partner je nucen převzít řadu povinností a závazků svého partnera a také překlenout vzniklé společenské a komunikační těžkosti, aby udržel kontakt se svým partnerem. I když vstupem do nemocnice nejsou styky s rodinou přerušeny, jsou do jisté míry omezeny, zredukovány (Špaténková, 2003, s. 66).

Pro rodiče, který je s dítětem v nemocnici, tak představuje tento pobyt do jisté míry sociální izolaci. Samozřejmě, že tento rodič není úplně odříznut od sociálních kontaktů (může a také vstupuje do sociální interakce se zdravotnickým personálem a ostatními rodiči v nemocnici), ale je omezen v udržování kontaktů se svými blízkými a přáteli.

Člověk je tvorem sociálním a jako takový má i své sociální potřeby, které snáze uspokojuje v sociálních skupinách, nežli sám (Novotná, 2010, s. 11). J. Křivohlavý mezi tyto potřeby řadí především:

- *potřebu sociálního kontaktu* – tedy potřebu osobního styku s druhými lidmi;
- *potřebu sociální komunikace* – s někým mluvit, hovořit, vést smysluplný rozhovor, sdílet poznatky, vyměňovat si názory, postoje atd.;
- *potřebu sociálního respektu* – vzájemné úcty;
- *potřebu sociálního připoutání* – potřeba úzkého vztahu alespoň k jednomu člověku, kterému může na sto procent důvěřovat;
- *potřebu přátelského vztahu* – v hostilním prostředí je život velmi psychicky náročný (Křivohlavý, 2010, s. 82-83).

V nemocničním prostředí je však uspokojování těchto potřeb výrazně omezeno. Je to dáno hlavně samotným prostředím nemocnice. Jedná se totiž o velmi specifické prostředí, které je utvářeno různými omezeními. Rodiče mají do určité míry omezený pohyb po oddělení a také průchod z oddělení. Protože jsou dětská oddělení uzamčena, musí o každém odchodu a příchodu uvědomit ošetřující sestru. Návštěvy jsou sice povoleny, ale zároveň omezeny na dvě osoby u lůžka pacienta, a to pouze v určitou dobu (viz. příloha č. 2 – domácí řád).

R. Kohoutek (2000, s. 197) spojuje podobné situace s určitým osamocněním, odloučením či ztrátou kontaktu, proto zde můžeme hovořit v souvislosti s pobytem v nemocnici o určité izolaci či vyloučení. Také zákon o sociálních službách v § 3 hovoří o sociálním vyloučení jako o: „vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace“.

Účelem těchto opatření není šikana rodičů a pacientů, ale zajištění dostatečného klidu a bezpečí. Také je zohledněna především skutečnost zvýšené náchylnosti k infekčním

onemocněním. J. Křivohlavý však upozorňuje, že takový přísný režim, který zbavuje jedince možnosti řídit běh svého života, může vést k těžko zvládatelné frustraci, projevující se zlostí a neočekávanou až agresivní aktivitou (Křivohlavý, 2002, s. 53).

Samozřejmě, že tato situace není zátěží pouze pro rodiče v nemocnici, ale také pro rodiče, který zůstal doma. Tento rodič musí zabezpečit chod celé domácnosti, což v případě rodiče, který neměl chod domácnosti na starosti, může být velkým problémem.

❖ *Problémy týkající se oblasti ekonomické*

Péče o nemocné dítě většinou tvrdě dopadne i na ekonomickou situaci rodiny. Podle L Šrámkové musí zpravidla jeden z rodičů opustit své zaměstnání a zabezpečit dítěti domácí péči (Šrámková, 2006, s. 49). V tomto případě je ztráta zaměstnání způsobena relativně dobrovolným rozhodnutím rodiče zůstat doma s dítětem. Může se však stát, že zaměstnavatel není ochoten akceptovat dlouhodobou absenci svého zaměstnance způsobenou jeho pobytem v nemocnici a rozváže s ním pracovní poměr. Zákon č. 178/2006 Sb., o nemocenském pojištění pamatuje na situace, kdy dítě potřebuje intenzivní péči rodiče a poskytuje těmto rodičům podpůrnou dobu k ošetřování dítěte, která činí devět, respektive šestnáct dnů, a to v případě, jde-li o osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo školní docházku. Avšak tato doba je v případě déle trvající hospitalizace nedostačující.

Ztráta zaměstnání pochopitelně neznamená pouze snížení disponibilních příjmů rodiny, jak uvádí V. Kuchařová (1992, s. 3), ale vyloučení ze zaměstnání znamená také deprivaci v základních potřebách, které zaměstnání a práce přímo uspokojují či jejichž uspokojování je s nimi úzce spojeno (Mareš, 1994, s. 56).

Ztráta zaměstnání tak vede k sociální izolaci, a to ve dvojím smyslu slova. Jednak samo (ztracené) zaměstnání je významným zdrojem (ztracených) sociálních kontaktů a jednak jeho ztráta vede k přerušení řady dalších sociálních kontaktů, jež s ním přímo nesouvisí. Tyto širší sociální kontakty nelze rovnocenně nahradit užšími kontakty v nejbližším okolí (v rodině či sousedství), stejně tak nelze nahradit práci v zaměstnání volným časem (Mareš, 1994, s. 69).

Ztráta zaměstnání nemá vliv pouze na jedince, který o práci přišel. Ovlivňuje také celou rodinu, vztahy uvnitř ní i její životní úroveň. Dle V. Kuchařové je však tento vliv velmi individuální a při posuzování vlivu na životní úroveň rodiny je nutno přihlížet k řadě charakteristik pramenících z minulosti a přítomnosti rodiny. Minulost se promítá

prostřednictvím nashromážděného rodinného majetku a také vytvořenými zažitými stereotypy dělby práce v rodině, ekonomických činností spjatých s jejím fungováním, vzájemné pomoci a spolupráce v širší rodině a získávání a distribuce příjmů uvnitř rodiny atp. Ze současných faktorů je rozhodující struktura všech zdrojů příjmů, jejich výše a distribuce v rodině i celková úroveň spotřebních možností v současných ekonomických podmínkách a jejich dynamika (Kuchařová, 1992, s. 3).

Svůj finanční díl z rodinného rozpočtu spolkně také cesta do nemocnice a samozřejmě i doplatky za léky.

Nemalým výdajem je platba za pobyt v nemocnici. V tomto směru můžeme rozlišovat dva typy pobytu v nemocnici. Jednak je to pobyt indikovaný, tedy nutný a jednak pobyt neindikovaný. Za indikovaný je podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vždy považován pobyt doprovodu u dětí:

- do dvou let věku dítěte bez ohledu na diagnózu
- u dětí se ZTP, ZTP/P bez rozdílu věku
- u dětí, kde selhávají vitální funkce bez rozdílu věku
- u dětí s polytraumatem bez rozdílu věku
- u onkologicky nemocných dětí v akutní fázi léčby bez rozdílu věku
- u dětí s mentální retardací bez rozdílu věku

V těchto případech hradí pobyt doprovodu příslušná zdravotní pojišťovna. Jestliže však pobyt nutný není, hradí náklady pobytu vždy sám doprovod. Tato částka je v současnosti stanovena na 300Kč za den. O tom zda je či není pobyt doprovodu nutný, rozhoduje vždy lékař, který dítě k hospitalizaci přijímá. Nicméně, i přestože lékař uzná, že pobyt doprovodu je nutný, musí rodič zaplatit za sebe a také i dítě 60 Kč za den. Snadno si může každý spočítat, jak velkou výdajovou položku z rodinného rozpočtu hospitalizace představuje. V současné době se uvažuje o navýšení této částka až na 100Kč za den.

Avšak situace každé rodiny je trochu odlišná a každá rodina potřebuje jinou pomoc. Nicméně většinou má každá rodina po dobu nemoci dítěte nárok na některou z forem státní pomoci. Vzhledem k tomu, že podmínky čerpání různých dávek a příspěvků se neustále mění, bylo by zbytečné zde uvádět veškeré formy státní podpory. Je však důležité vědět, že možnost čerpání finančních prostředků od státu se nabízí.

3 Průzkum vlivu pobytu rodiče s dítětem v nemocnici na život rodiny

3.1 Metodologie výzkumu

Vztahu mezi rodinou a různými aspekty nemoci je v odborné literatuře věnováno poměrně hodně prostoru. Pozornost autorů se však orientuje především na pacienty, a to ať už se jedná o dospělého jedince (Křivohlavý 2002; Špaténková 2003) a nebo o dětského pacienta (Matějček 1992b; Plevová 1997). Nelehká role rodiče jako doprovodu v nemocnici zůstává jaksi stranou jejich pozornosti. Obdobná situace je i u absolventských prací studentů různých vysokých škol.

Jsou však práce, které se, i když ne zcela stejným, ale v mnoha směrech podobným, problémům věnují. Např. R. Smetanová (2011), která se ve své diplomové práci zaměřuje na rodiny, které vychovávají dítě s epilepsií. Hlavním cílem výzkumného šetření, které v rámci diplomové práce uskutečnila, bylo analyzovat postavení rodin vychovávajících dítě s epilepsií a posoudit životní situaci těchto rodin z pohledu rodičů. Na základě pěti rozhovorů sestavila jednotlivé kasuistiky, které nabízí osobitý vhled do života těchto rodin. V závěru pokazuje na to, že onemocnění dítěte je hlavním determinantem ovlivňujícím rodinný život jednotlivých členů rodiny, především však rodičů. K podobným závěrům dochází také L. Henzlová (2010), která se ve své diplomové práci snaží ukázat, jakým způsobem existence duševní nemoci dítěte zasáhne do života rodiny. Také v tomto případě je výzkumné šetření postaveno na rozhovorech s šesti rodiči takto nemocných dětí. I když se obě autorky ve výzkumu zabývají utvářením a změnou rodinného prostředí a rodinných vztahů v souvislosti s onemocněním dítěte, je to právě prostředí, které je činí odlišné od mnou zvoleného tématu. Jedná se totiž o prostředí rodinné, nikoli nemocniční.

Proto si také dovoluji tvrdit, že rodičům, kteří dítě při hospitalizaci v nemocnici doprovází, již taková pozornost věnována není. Avšak právě tato situace, tedy pobyt rodiče s dítětem v nemocnici, může přinést nemalé problémy nejen samotným rodičům, ale potažmo i celé rodině, které mohou vyústit v její rozpad. A právě v této nelehké době, a to nejen pro rodiče, ale především pro dítě, je zapotřebí aby celá rodina stála při sobě a poskytovala jistotu zázemí a opory pro každého jejího člena. Z tohoto důvodu mi připadne důležité zabývat se tímto tématem a upozornit na možná negativa pobytu rodiče s dítětem v nemocnici.

I když název diplomové práce – Životní problémy rodičů hospitalizovaných dětí v sobě může zahrnovat poměrně rozsáhlou oblast, je cílem výzkumného šetření nalézt a popsat právě ty problémy, které jsou spojeny s jejich pobytem v nemocnici. Zajímalo mne, zda může pobyt jednoho z rodičů v nemocnici zásadním způsobem ovlivnit chod celé rodiny. Dále mne zajímalo, co nebo kdo jim byl největší oporou v této tíživé životní situaci. Cílem mého výzkumného šetření je tak nalézt odpovědi na následující otázky:

- 4. Zda se rodina, v důsledku sociální izolovanosti způsobené pobytem jednoho z rodičů v nemocnici společně s dítětem, dostala do existenčních problémů.***
- 5. Zda a do jaké míry ovlivnil pobyt rodičů v nemocnici společně s dítětem jejich rodinné a osobní vztahy.***
- 6. Kde hledali v této náročné životní situaci, kterou představoval pobyt v nemocnici společně s dítětem, pomoc.***

Každý výzkum, aby mohl být přínosem, musí mít i stanovenou kvalitu. Ta je podle J. Hendla (s. 11) zajištěna především používáním přesných a objektivních metod pro získávání dat. Velkou roli hraje také reliabilita a validita výzkumného šetření a použitých metod. První zmiňovaná vlastnost, reliabilita, tedy možnost opakovat výzkumné šetření, patří podle L. Maršálové (1978, s. 18) k základním pravidlům každého výzkumu, a to z důvodu, aby se získané výsledky daly zevšeobecnit na celý soubor případů, popřípadě na celou populaci. Avšak B. Kraus (2007, s. 9) upozorňuje na skutečnost, že takovéto opakování je v sociální realitě velmi obtížné, ba dokonce nemožné, protože podmínky a okolnosti se neustále mění. Zároveň také upozorňuje na to, že se nejedná o jediný problém, se kterým se sociální výzkum musí potýkat. Zajištění reprezentativnosti výběrového souboru nebo také nemožnost vyhnout se bezezbytku subjektivnímu pohledu či někdy přímo zkreslení buď při vlastním zkoumání, nebo při interpretaci výsledků (Kraus, 2007, s. 9), to vše jsou skutečnosti, které mají bezpochyby vliv na kvalitu výzkumného šetření.

Jak tedy zajistit dostatečnou úroveň a kvalitu výzkumného šetření v prostředí sociální reality? J. Hendl uvádí nejdůležitější zásady, jak zlepšit kvalitu výzkumu a zvýšit důvěryhodnost výsledků. Patří sem:

- *saturace*: sběr dat se má ukončit teprve v momentě, kdy další data nepřispívají k popisu, porozumění případu nebo vývoji teorie
- *krystalizace*: hlubší porozumění situace nebo fenoménu je spjato s uznáním jejich různých stránek a aspektů, že naše pochopení závisí na úhlu pohledu a našich možnostech při výzkumu
- *revize pomocí kolegů*: důkladná kontrola kroků a zpráv
- *triangulace*: využívání několik zdrojů dat a více prostředků pro jejich sběr
- *úplná zpráva*: čtenářům poskytujeme dostatek metodologických informací a původních dat pro získání vlastního názoru (Hendl, s. 11).

Také M. Disman (2002, s. 303) uvádí, že: „věrohodnost kvantitativního výzkumu je ustanovena jinak. Je dána naprostou jasností analytického procesu, jehož každý krok je v publikaci předložen čtenáři a jeho logická správnost může být sledována i laikem. Jen takováto zevrubná, průzračná a jasná prezentace zahrnuje nejen závěry, ale reprodukci krok za krokem, jak k nim výzkumník dospěl, zvyšují věrohodnost výzkumu v očích čtenáře.“

Je tedy zřejmé, že nejen kvalita, ale i úspěch výzkumného šetření je závislý na mnoha faktorech. Sem je také nutné zařadit i volbu vhodné výzkumné metody. Toho jsem si byl od počátku vědom, a proto jsem velmi pečlivě zvažoval, jaké metody by byly pro výzkumné šetření nejvhodnější. Zásadní skutečností, která ovlivnila volbu výzkumné metody, byla oblast, které se výzkumné šetření týkalo. Protože se jedná o rodiče, kteří jsou společně se svými dětmi přijati do nemocnice, bylo zapotřebí zvolit citlivý přístup při získávání informací. Toho bylo možno dosáhnout pouze osobním přístupem, proto jsem dal před dotazníkem přednost rozhovoru s těmito rodiči. Dalším důvodem bylo, že rozhovor poskytuje podrobný, výstižný a plastický popis v kontaktu se zkoumaným objektem (Radvan, Vavřík, 2009, s. 23).

Odborná literatura obecně rozlišuje několik druhů rozhovorů, které se liší podle standardizace, struktury rozhovoru apod. Jedná se o: skupinový rozhovor, osobní rozhovor, standardizovaný rozhovor, polostandardizovaný rozhovor, nestandardizovaný rozhovor, volný rozhovor, prostý rozhovor. Každý rozhovor má určité zvláštnosti a také použití (Maňák a kol., 1994, s. 44–46).

Jako nejvhodnější mi připadlo použít polostandardizovaný rozhovor. A to z toho důvodu, že tazatel, přestože se respondent dotazuje stejnými otázkami, nejsou odpovědi na ně standardizovány, a proto každý respondent může odpovídat po svém, co se týká obsahu a formulace odpovědi (Žižlavský, 2007, s. 39). Polostrukturovaný rozhovor také umožňuje

měnit pořadí jednotlivých otázek a doplňovat je o tzv. sondáž, která slouží k prohloubení odpovědi v určitém směru (Hendl, 2008, s. 170).

Také já jsem si předem stanovil oblasti, které mne zajímaly a o kterých jsem chtěl získat informace. Těmito oblastmi byly:

1. Rodina: zde mne zajímala o velikost rodiny, rodinný stav dotazovaných rodičů, počet dětí, vztahy v rodině.
2. Nemocnice: v této oblasti mne zajímalo, jak často a jak dlouho byli v nemocnici, jak pobyt v nemocnici prožívali, jaké měli vztahy s ostatními rodiči, zda je pobyt v nějakém směru omezoval.
3. Zaměstnání a finance: tady jsem se zajímal, zda byli rodiče, kteří byli s dítětem v nemocnici zaměstnaní, zdali přišli kvůli pobytu v nemocnici o zaměstnání a také jestli měl pobyt vliv na jejich rodinné finance.
4. Osobní vztahy: v této oblasti jsem se zajímal především o to, jestli pobyt v nemocnici ovlivnil jednak vztahy s partnerem a jednak vztahy v rámci širší rodiny.
5. Pomoc a řešení: zde mne zajímalo, co nebo kdo pro ně představoval oporu a zda při řešení této složité situace vyhledali služby odborníků.

Samotným rozhovorům předcházela důkladná příprava. Ta spočívala ve formulaci vhodných otázek, tak aby bylo zajištěno, že získané informace se budou vztahovat ke zkoumané problematice. Základem pro stanovení otázek byly cíle výzkumného šetření. S takto vytvořeným souborem otázek jsem provedl zkušební dotazování tzv. pretest, jak také doporučuje Maňák a kol.(1994, s. 46). Na základě výsledků pretestu jsem posléze otázky ještě upravil, tak aby byly pro dotazované rodiče srozumitelnější. Informace, které jsem zkušebním rozhovorem získal, nebyly při vyhodnocování použity, sloužily pouze k ujasnění některých nesrovnalostí. Použité otázky uvádím v příloze č. 3. Ne vždy jsem však dodržel přesné schéma rozhovoru. Při rozhovoru jsem se snažil přizpůsobit se především situaci.

Ve výsledném rozhovoru byly použity otázky otevřeného typu. Chtěl jsem dotazovaným rodičům při odpovědích poskytnout dostatek volnosti, co se formy a obsahu týče. Po provedení prvotních kroků jsem přistoupil k samotným rozhovorům. Ty se uskutečnily v období od května 2010 do března 2011 v Brněnské dětské nemocnici v Černých polích.

P. Gavora (1996, s. 66) nabádá k tomu, aby prostředí, ve kterém se rozhovor uskutečňuje, bylo tiché, klidné a podle možnosti izolované od jiného dění. Také přítomnost jiných lidí při rozhovoru může navodit nežádoucí reakce respondenta.

Samozřejmě jsem si byl vědom, že nemocniční prostředí nemusí tyto podmínky splňovat, proto jsem dotazovaným rodičům nabídl možnost zvolit si místo pro uskutečnění rozhovoru, tak aby bylo pro ně možná co nejpříjemnější. Zároveň jsem jim však nabídl možnost uskutečnit rozhovor v parku, který se nachází v areálu nemocnice a který splňuje výše uvedené požadavky v dostatečné míře. Tato možnost se ukázala jako nejpříjemnější a využila ji většina respondentek. Pouze jedné respondentce (Katka) tato možnost nevyhovovala a zvolila si jako místo pro uskutečnění rozhovoru pokoj na oddělení. Tato respondentka byla na pokoji pouze se svou dcerou, takže i zde bylo relativně vhodné prostředí pro uskutečnění rozhovoru. Před zahájením rozhovoru jsem také každého rodiče požádal, zda bych mohl celý rozhovor nahrávat, nikomu z dotazovaných to nevadilo.

Rozhovory jsem vždy začínal vstupními otázkami, tak abych zjistil základní údaje o respondentkách jako je věk, rodinný stav, velikost rodiny, počet členů v domácnosti. Poté jsem plynule přešel na otázky týkající se merita problému. Časové rozpětí jednotlivých rozhovorů se pohybovalo v rozmezí od 40 do 60 minut. Snažil jsem se, aby atmosféra během rozhovoru byla uvolněná a příjemná. Mojí snahou bylo, jak doporučuje P. Gavora (1996, s. 65), navození tzv. *raportu*, což znamená navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry. Tu považuje J. Pelikán (1998, s. 119) za důležitou pro validitu výpovědí respondenta. Samozřejmě bylo poskytnutí respondentkám dostatek času na odpověď. Takto získané rozhovory jsem následně převedl do písemné podoby.

Výzkumný soubor

Při výběru výzkumného vzorku, jsem se snažil dodržovat určitá kritéria, která jsem si předem stanovil. Stanovení kritérií pro výběr výzkumného souboru, považuji za důležitou součást přípravy výzkumu, a to hlavně z důvodu, že objektem mého zájmu, je specifická část populace, která je tvořena rodiči přijatými do nemocnice společně se svými dětmi. Hlavním kritériem pro výběr komunikačních partnerů, tak představoval jejich společný pobyt s dítětem v nemocnici. Dalším důležitým kritériem byla délka a četnost jejich pobytu v nemocnici. Snažil jsem se proto vybírat rodiče, kteří se v nemocnici objevovali opakovaně a také delší dobu. U té nebyla stanovena minimální hodnota. Mohlo se jednat o různé kombinace, v jednom případě byla hospitalizace pouze jedna, zato trvala devět měsíců (Věra). V dalším případě se jednalo o, v průměru pětidenní hospitalizace, ale v týdenních intervalech po dobu asi dvou let (Petra).

Naopak, co nebylo pro výběr respondentů podstatné, byl důvod jejich pobytu v nemocnici, lépe řečeno, jaké zdravotní problémy jejich dětí je do nemocnice přivedly.

Zdraví a zvláště pak zdraví vlastních dětí představuje jednu z nejvyšších hodnot každého jedince a narušení této hodnoty je zpravidla provázeno silnými emocemi. Proto jsem si byl hned ze začátku vědom toho, že toto téma bude pro mnoho rodičů velmi citlivé a ne každý bude ochoten probírat své pocity s cizím člověkem. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl využít faktu, že i já sám jsem se ocitl ve stejné situaci jako tázaní rodiče. Domnívám se, že tato skutečnost mi umožnila lehčeji vstoupit do prostředí, ve kterém jsem se rozhodl výzkumné šetření uskutečnit. Zároveň si však uvědomuji, že tento fakt může způsobovat i určitá zkreslení získávaných údajů, a to z důvodu přílišné snahy vyhovět nebo osobních sympatií.

Při výběru respondentů jsem se rozhodl využít kontaktů, které jsem během pobytu v nemocnici získal. Oslovil jsem tak rodiče, u kterých jsem předpokládal, že budou ochotni se na výzkumném šetření podílet. Také jsem pro výběr výzkumného vzorku použil metodu sněhové koule. Při použití této metody předpokládáme, že námi oslovené osoby znají alespoň některé ze svých kolegů a že nám budou při získávání kontaktů na další respondenty nápomocni (Jeřábek, 1992, s. 45). Použití této metody však může být podle M. Miovského (2006, s. 132) problematické. Přestože takto získáme soubor, který může být na jedné straně bohatý, bude však stále limitován určitými například sociálními či kulturními vazbami. Přesto mi použití této metody připadlo jako vhodné, neboť jak uvádí H. Jeřábek: „ Výběr nabalováním má využití především při výzkumu speciálních skupin obyvatelstva, pro něž neexistují seznamy ani spolehlivá opora výběru.“ (1992, s. 45) Takto se mi podařilo získat hned několik kontaktů, avšak s rozhovorem nakonec souhlasil pouze jeden respondent. Proto jsem dále pokračoval v oslovování vytipovaných rodičů. Domnívám se, že za tímto neúspěchem stojí fakt, že se jednalo o rodiče onkologicky nemocných dětí v akutní fázi léčby a jejich zdravotní stav nebyl na nejlepší úrovni. Čemuž také nasvědčují slova jednoho z oslovených rodičů, kterého jsem se snažil získat ke spolupráci.

„.....nezlobte se, ale synovi ted' není nejlépe a já nemám myšlenky se tím ted' zabývat.“

Při sestavování výzkumného souboru jsem předpokládal, což se nakonec i potvrdilo, že bude tvořen pouze ženami. S muži, jako doprovodem dítěte v nemocnici, jsem se setkal jen zcela výjimečně.

Výzkumný soubor se tak v konečném výsledku skládá z osmi žen, které byly společně se svými dětmi hospitalizovány v dětské nemocnici. I když tyto hospitalizace probíhaly v Dětské nemocnici v Černých polích, nejednalo se, v případech onkologických pacientů, pouze

o tuto nemocnici, což ale ve výzkumné šetření nehrálo nijak důležitou roli. Pro větší přehlednost jsem základní údaje zařadil do následující tabulky.

Tab. č. 3: Základní údaje respondentů

Jméno	Věk	Věk dítěte	Rodinný stav	Počet dětí	Četnost a délka pobytu	Oddělení, kde matky pobývaly
Katka	35	5	vdaná	1	opakovaně max. 1m	onkologie
Simona	38	7	vdaná	2	opakovaně max. 3m	onkologie
Petra	35	6	vdaná	3	5dnů po 2roky	onkologie
Věra	40	9	vdaná	3	1 x 9m	onkologie
Zdeňka	39	6	vdaná	2	3 a 2t	ortopedie
Gábina	32	5	vdaná	2	14 a 10dnů	chirurgie
Šárka	34	4	vdaná	1	10 a 14dnů	chirurgie
Hana	37	5	rozvedená	2	5 x 14dnů	chirurgie

Etické předpoklady

Při výzkumu ve společenských vědách, dochází velmi často ke sběru velmi citlivých a osobních údajů. I. Holzbachová (2000, s. 126) proto upozorňuje, že prvořadým úkolem každého výzkumníka by měla být snaha zabránit zneužití těchto údajů, a to například ke komerčním účelům. Obzvláště v současné době, kdy informace představují nejčennější obchodní artikl, je tento problém nejaktuálnější.

Ne jinak je tomu i v případě tohoto výzkumného šetření. Aby byla zachována anonymita dotazovaných maminek, byla jejich jména záměrně pozměněna. Samozřejmostí bylo, jak zákon o ochraně osobních údajů v těchto případech ukládá, vyžádání souhlasu

dotazovaných matek ke zpracování těchto údajů. Každému rozhovoru také předcházelo seznámení, pro jaký účel budou získané informace zpracovány a jak s nimi bude dále nakládáno. Před rozhovorem jsem ujistil každou z dotazovaných maminek, že náš rozhovor je dobrovolný, a že pokud bude chtít, nemusí na některou z otázek odpovídat, popřípadě může celý rozhovor bez udání důvodu ukončit. Kromě Hany, těchto možností nevyužila žádná z nich. U této maminky, i když to neřekla otevřeně, bylo vidět, že otázky kolem manžela, ji nejsou zcela příjemné. Proto jsem s ní tuto oblast dále více nerozebíral.

3.2 Analýza a interpretace získaných dat

Jak jsem zde již zmínil, veškeré rozhovory byly se souhlasem dotazovaných matek nahrávány a následně převedeny do písemné podoby. Abych učinil přepis rozhovorů plynulejším a usnadnil tak následnou analytickou práci s ním, provedl jsem *redukci prvního řádu*. Tato technika, se používá podle M. Miovského (2006, s. 210) zejména tam, kde výzkumník nepracuje s dílčími projevy mluveného slova, jako jsou například různé zvuky, pauzy apod., ale pouze s jeho obsahem. Při použití techniky redukce prvního řádu M. Miovský (2006, s. 210) radí, abychom vynechali všechny části vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci. Vynechal jsem proto různé zaznamenané zvuky a slova tvořící tzv. slovní vatu.

V takto přepsaných a upravených rozhovorech jsem se snažil vyhledávat významové jednotky, o kterých hovoří M. Miovský (2006, s. 228), a které jsou nositelem nějaké informace. Těmto významovým jednotkám, jedná se o určitý vymezený úsek textu, je poté přiřazen určitý kód, podle něj pak může být zařazen do určité kategorie. Tato metoda, kterou jsem se pro zpracování dat rozhodl použít, se nazývá *kódování*.

K analýze získaných dat jsem se rozhodl využít několik dílčích postupů, které M. Miovský (2006, s. 221 – 225) zařazuje mezi nejčastěji využívané. Nejdříve jsem začal **metodou vytváření trsů**. Seskupil jsem tak určité výroky všech respondentů do tématických skupin. Tuto část velmi usnadnilo použití polostrukturovaných rozhovorů, proto rozlišení témat bylo relativně snadné. Pro pořádek uvádím hlavní tématické okruhy: rodina; nemocnice; zaměstnání a finance; osobní vztahy; pomoc a řešení. Poté jsem pomocí **metody zachycení vzorců** začal v těchto tématických skupinách vyhledávat určité shodné znaky v odpovědích dotazovaných matek. Další metodou, kterou jsem se rozhodl použít, byla **metoda prostého výčtu**. Jejím prostřednictvím jsem mohl vyjádřit, jak často se daný jev

vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu. Tyto metody jsem v průběhu analýzy kombinoval.

Nyní provedu rozbor dat, která jsem z uskutečněných rozhovorů získal. Nejdříve se pokusím vyhodnotit každou výše zmiňovanou kategorii a na základě těchto zjištění se pak v závěru pokusím odpovědět na výzkumné otázky.

RODINA

V tomto tématickém okruhu jsem se zaměřil na údaje týkající se rodinného prostředí jednotlivých matek. Cílem bylo vytvořit si představu o tom, jak vypadá jejich rodinné zázemí. Neboť, jak se domnívám, pobyt v nemocnici je ovlivňován několika faktory a rodinné zázemí je jedním z nich. V kontextu tohoto výzkumu, jsem rodinné zázemí označil jako vnější vliv. Nejdříve však bylo nutné zjistit následující údaje. V prvním případě se jednalo o rodinný stav. Z osmi dotazovaných maminek jich šest uvedlo, že jsou vdané, jedna rozvedená a v současné době i bez přítele (Hana), u této respondentky však k rozvodu došlo v průběhu pobytů v nemocnici. Věra uvedla, že je v současnosti v rozvodovém řízení. Tomu, zdali byl rozvod způsoben pobytem v nemocnici, se budu věnovat v tématickém okruhu OSOBNÍ VZTAHY.

Dále jsem se zajímal o složení domácnosti. Zde bylo cílem zjistit, kdo zajišťuje chod domácnosti v případě absence jednoho z rodičů. U vdaných maminek se jednalo o rodinu základní, tvořenou dvěma dospělými a 1 - 3 dětmi (podrobněji tab. č. 3). Rozšířenou rodinu uvedly dvě maminky. Simona, ta uvedla, že žijí ve společné domácnosti s matkou, a Gábina, která sdílí byt se svými rodiči. Hana žije pouze se synem, o starší dceru pečuje bývalá tchýně. Velmi podobná situace je i u Věry, ta žije s nejmladší dcerou, starší dcery, jak uvádí: „...studují a přes týden jsou na internátě, domů jezdí na víkendy.” Manžel s nimi již nežije.

V případě vdaných maminek přebírá starost o rodinné záležitosti i domácnost partner. „...jako fakt to bylo dost náročný a složitý období, a to nejen pro mě. Taky pro manžela, ten musel doma všechno zvládat sám, děti, domácnost...” (Petra). Zcela opačná situace nastala u Hany, ta uvedla, že: „...neměl vůbec zájem cokoli řešit (manžel), i o dceru se musela postarat tchýně.” Dalším, kdo se významnou měrou podílel na chodu domácnosti, byly matky dotazovaných maminek. „...byla mi velkou oporou, pomáhala mi s domácností a s péčí o dceru” (Katka).

Výzkum tak ukázal, že pokud měly dotazované matky chod domácnosti zajištěn, projevílo se to pozitivně na jejich pobytu v nemocnici, což v podstatě uvedly všechny maminky. „*Také mi dělalo starosti, jak to bude s domácností, když budeme v nemocnici, kdo se postará o druhou dceru, a všechno kolem.... Nedokážu si ani představit, co bych jako dělala, kdyby to bylo všechno na mě. Už tak jsem toho měla hodně. Ještě, že se manžel s maminkou postarali*” (Simona)

NEMOCNICE

I když to nebylo mým záměrem, podařilo se mi získat respondenty z různých nemocničních oddělení. Z osmi maminek byly čtyři na oddělení dětské onkologie (Katka, Simona, Petra, Věra), tři na oddělení dětské chirurgie (Gábina, Hana, Šárka) a jedna na oddělení dětské ortopedie (Zdeňka). Význam této skutečnosti, přesněji řečeno důvod hospitalizace dítěte, se ukázal daleko důležitější, než se původně jevílo. Protože právě nemoc je faktorem, který se zásadním způsobem podílí na prožívání, chování a jednání matek, a to ve všech sférách, jak v nemocničním tak i rodinném prostředí.

Maminky onkologicky nemocných dětí hovořily především o velkém šoku a strachu, který provází jejich pobyt v nemocnici, a který je způsoben onemocněním dítěte. Tyto maminky zde byly neplánovaně a nečekaně a nemohly se tudíž na celou situaci dopředu připravit.

„*Byl to obrovský šok, diagnóza, která se rovná smrti. ...naprostá beznaděj, taky to nemocniční prostředí bylo velmi depresivní, dodnes jsem si na to nezvykla.*” (Simona)

Naproti tomu maminky, které byly na oddělení dětské chirurgie a ortopedie, a které zde byly plánovaně, trápily odlišné starosti.

„*Popravdě, čekala jsem, že to bude horší. Obávala jsem se, jak to všechno zvládneme. Malý je hodně živé dítě a udržet ho na tak malém prostoru je dost těžké, ale zvládli jsme to.*” (Gábina)

Samozřejmě, že i tyto maminky měly strach o své děti, ale prožívaly celou situaci daleko lépe, když viděly nějakou naději na zlepšení zdravotního stavu dítěte.

„*I když se jednalo o předem domluvený chirurgický zákrok, má člověk samozřejmě především strach. Jestli to všechno dobře dopadne, jestli to doktoři zvládnou..., myslím si, že je to asi normální. Ale vědomí, že pak už budeme mít pokoj, bylo no... uklidňující?*” (Šárka)

Dalším faktorem, který se spolupodílel na pobytu maminek v nemocnici, byla jeho délka a četnost. I zde byly patrné rozdíly způsobené onemocněním dítěte. V případě onkologicky nemocných dětí byly tyto hodnoty podstatně vyšší. Tyto údaje se pohybovaly u jednotlivých maminek následovně:

„...s malými přestávkami, kdy jsem musela nutně odejet domů, to bylo devět měsíců.” (Věra)

„Během léčby jsme byly v nemocnici hospitalizovány nesčetněkrát. Někdy trval pobyt krátkou dobu, asi tak kolem týdne. Někdy ovšem i mnohem déle, maximální doba byla tři měsíce.” (Simona)

„Nejde ani spočítat, kolikrát jsme byly v nemocnici hospitalizovány. Mnohdy se jednalo o plánované hospitalizace někdy o neplánované, to podle aktuálního zdravotního stavu dcerky. Nejdelší hospitalizace trvala měsíc.” (Katka)

„Celkem jsem byla s malým v nemocnici pětkrát, ... vlastně teď je to šestá hospitalizace. ... ta první, také byla nejdelší, trvala tři týdny. Další dvě trvaly něco kolem 14 dnů a další dvě asi 7 dnů.” (Hana)

„(první hospitalizace)...to jsme tady zůstali 14 dnů. A protože operace nedopadla podle představ lékařů, museli jsme podstoupit stejný zákrok ještě jednou. To bylo asi po půl roce a to jsme tady byly asi 10 dnů.” (Gábina)

„Synovi byly tři roky, když jsme byli přijati do nemocnice poprvé. To jsme zde strávili 10 dnů. Další hospitalizace proběhla asi za tři měsíce a trvala dva týdny.” (Šárka)

„...většinou jsme byli v nemocnici přes týden a na víkend nás pouštěli domů, pokud to zdravotní stav syna umožňoval. I když to celé trvalo dva roky, byly chvíle, kdy jsme se ocitli doma na měsíc nebo i dva.” (Petra)

„(první hospitalizace) To jsme zde strávili asi tři týdny. Pak následovala dlouhá rehabilitace a posilovací cvičení. ...byla nutná ještě jedna operace, v tomto případě jsme zde strávili 14 dnů.” (Zdeňka)

V podkapitole 2.1 jsem uvedl, že každé prostředí má dvě stránky, materiální a sociálně psychickou. Stejně tak tomu je i v případě nemocničního prostředí. Rodiče hospitalizovaných dětí se zde dostávají do kontaktu nejen se zdravotnickým personálem, ale i s ostatními rodiči. Tyto vztahy, lépe řečeno jejich kvalita, se mohou projevit na pobytu jednotlivých rodičů, neboť rodiče jsou v mnoha případech nuceni sdílet pokoje i s ostatními rodiči. Při

rozhovorech však maminky neuvedly žádnou negativní zkušenost s ostatními rodiči, která by nějak výrazněji ovlivnila jejich pobyt v nemocnici. Naopak, většina z dotazovaných maminek (Gábina, Šárka, Simona, Katka, Petra, Zdeňka) tyto vztahy hodnotila pozitivně.

„S ostatními maminkami jsem vycházela dobře. Dokonce jsme se s jednou maminkou sblížili a dodnes jsme spolu v kontaktu, ... občas se i navštěvujeme.” (Gábina)

Domnívám se, že v tomto směru, více než na nemoci, záleží spíše na osobnosti jedince. *„Přespávala jsem v nemocnici na ubytovně, bývali jsme tam dvě tři maminky na pokoji, ale s žádnou jsem se neuměla spřátelit.”* (Věra)

„Ostatní rodiče jsem nijak neřešila. Samozřejmě, že se kontaktu s jinými rodiči nevyhnete, obzvlášť na tak malém prostoru, ale nijak jsem je nevyhledávala. Chtěla jsem to mít co nejdřív za sebou.” (Hana)

V tomto ohledu sehrála nemoc roli v prvních fázích pobytu, přesněji řečeno v prvních fázích léčby, a to především u maminek z oddělení onkologie (Simona, Petra, Katka). *„...zprvu jsem se vyhýbala nějakému kontaktu s ostatními rodiči, chtěla jsem se věnovat hlavně svému synovi. Postupem času člověk zjistí, že to není úplně možné a dobré ...”* (Petra).

Tyto vztahy nemusí představovat pouze „příjemné zpestření” (Zdeňka). Mohou být také zdrojem informací, což uvedly především maminky z oddělení onkologie. *„...později zjistíte, že problémy, které řešíte, řešili i další rodiče a tak sbíráte různé informace, které se v knihách nedočtete.”* (Simona)

Také vztahy se zdravotnickým personálem představují faktor podílející se na pobytu maminek v nemocnici. Lékaři a především sestřičky jsou v neustálém kontaktu s rodiči, pobývají v nemocnici se svými dětmi a záleží na jejich přístupu, jak rodiče celý pobyt budou zvládat. Při analýze rozhovorů jsem zjistil, že maminky očekávaly od sestřiček a lékařů především podporu. Tito rodiče se ocitají v, pro ně neznámém, prostředí, plném emocí a strachu o své dítě. Lékaři a hlavně sestřičky, tak pro ně představují daleko víc než pouze osoby ošetřující jejich dítě. Bohužel v mnoha případech jsem se setkal s názorem rodičů, že tomu tak není.

„...tady je to příšerný, připadá mi, že si snad ani neuvědomují, v jaké situaci se tady rodiče nacházejí. Nesnáším to tady, vždycky jsem po pobytu tady úplně vyřízená, a to jak psychicky, tak i fyzicky.” (Katka)

„Sestřičky tady na oddělení jsou sice šikovný, dělají svoji práci dobře, ale někdy mi připadne, že jim chybí ten lidský přístup a podobný je to u doktorů, u těch mi připadne, že jsme pro ně pouze jenom případ. Mrzí mně to, protože, když jsme byly na jiném oddělení, tak to bylo jiné.” (Petra)

„Jo sestřičky, to je jiná kapitola, některé tady dokázaly pobyt pěkně zpříjemnit. To myslím ironicky. Vážně občas jsou k nevydržení.” (Simona)

„Doktoři super. Sestřičky jak která. Malý, jak jsem říkala, je hodně živý dítě a tak když pobíhal po oddělení, tak se to moc sestřičkám nelíbilo. Nevím, jsme na dětském oddělení a tak s tím musí počítat, že ty děti nebudou ležet jen na posteli. Chtělo by to více pochopení.” (Gábina)

Setkal jsem se však i s opačnými názory na, a to jak oddělení onkologie, tak i na ostatních odděleních.

„Neměla jsem s nimi nejmenší problém. Vždy byly ochotné a šikovné.” (Věra)

„...sestřičky byly milé a ochotné, nemám s nimi nejmenší problém.” (Zdeňka)

„...nemůžu si stěžovat. Sestřičky jsou moc milý. S doktory sice nejsme tak často v kontaktu, ale taky si nemůžu stěžovat.” (Šárka)

I když výhrady ke zdravotnickému personálu zaznívaly převážně ze strany maminek z oddělení onkologie, nedomnívám se, že by na tomto oddělení byl nekompetentní personál. Samozřejmě najdou se i lékaři nebo sestřičky, kteří se pro práci na dětském oddělení ne zcela hodí a pokud má rodič negativní zkušenost s těmito jedinci, může si ho proto promítat i na jiné jedince. Abych však lékařům a sestřičkám nekřivdil, musím podotknout, že pracovat na oddělení dětské onkologie je velmi psychicky náročné a vyžaduje velmi odolné osobnosti. Nejistá budoucnost dětských pacientů tak může způsobovat, že si lékaři i sestřičky vytvoří určitý odstup od pacientů.

Dalším faktorem, který se spolupodílel na způsobu prožívání pobytu maminek v nemocnici, je samotné nemocniční prostředí. To, pro tyto rodiče, představuje v mnoha směrech určitá omezení, která vyplývají z nemocničního řádu (viz. příloha č. 2) a jsou pro rodiče závazná. Proto mne zajímalo, zdali maminky vnímaly pobyt v nemocnici jako omezující, a to nejen kvůli restrikcím ze strany nemocnice, ale také z důvodu omezení jejich sociálních potřeb (blíže podkapitola 2.2).

Všechny maminky se shodly na tom, že pobyt v nemocnici je omezoval, a to především v kontaktu s nejbližší rodinou. Sice se nejednalo o nijak zásadní omezení, ale dotazované maminky toto omezení vnímaly.

„No ono je to takové celé omezující, to prostředí tady, ...být zavřená na jednom pokoji..., ale asi nejvíc mi chyběla moje rodina, syn, manžel...” (Zdeňka).

„Nemocniční prostředí je jistě v mnoha směrech dost svazující, i když tady nejsem jako pacient, omezený pohyb, návštěvy ve stanovenou dobu, večerka apod., ale jde o zdraví dcery,

tak se člověk musí přizpůsobit. Nejvíc mi ale chyběl domov a můj manžel, prostě takový ten normální život.” (Katka)

Pobyt v nemocnici si maminky spojovaly především s útrapami, kterými muselo jejich dítě během léčby projít.

„Museli jsme se pořád něčemu přizpůsobovat, vyšetření, odběry, chema..., pořád dokola.” (Petra)

Nechat však dítě v nemocnici samotné, to nepřipadalo v úvahu ani u jedné z dotazovaných maminek.

„...beru to jako svoji povinnost. Být své dceři nablízku, když potřebuje pomoc je přeci samozřejmostí.” (Věra)

„...být se synem v nemocnici mi připadlo důležité.” (Šárka)

„Jednalo se o synovo zdraví, takže jsem neváhala.” (Gábina)

ZAMĚSTNÁNÍ A FINANCE

Jak jsem již uvedl výše, pobyt maminek v nemocnici se pohyboval v rozmezí od několika týdnů až po, řádově, měsíce. Mým cílem bylo zjistit, zdali pobyt v nemocnici, popřípadě jeho délka, mohou způsobovat ztrátu zaměstnání, či jinak ovlivňovat zaměstnání dotazovaných matek. Nejdříve mne tedy zajímalo, zda byly respondentky zaměstnané. Nezajímalo jsem se však pouze o aktuální stav. Zajímalo mne období od prvotního pobytu v nemocnici až po současnost. I když by se, vzhledem k nízkému věku hospitalizovaných dětí, dalo předpokládat, že budou maminky na rodičovské dovolené a nebudou muset řešit problémy se zaměstnáním, nebylo tomu úplně tak.

V průběhu pobytu v nemocnici, byly na rodičovské dovolené pouze tři maminky, a to Zdenka a Gábina. Katka sice byla na rodičovské dovolené, ale jak uvedla: *„...přivydělávala jsem si ve firmě, kde jsem před nástupem na mateřskou pracovala. Jednalo se však pouze o dohodu o pracovní činnosti, takže jsem nebyla nijak vázána.”*

Zbylých pět maminek chodilo do zaměstnání. Zde se však velmi výrazně projevil rozdíl mezi jednotlivými odděleními, kde byly maminky umístěny. Maminky z oddělení dětské chirurgie (Šárka, Hana), řešily absenci v práci tzv. „paragrafem”, čímž měly na mysli podpůrnou dobu k ošetření dítěte (viz. zákon č. 178/2006 Sb.)

„...normálně na paragraf, ...vždycky to bylo plánovaně, tak jsem jim to v práci jenom nahlásila” (Šárka).

V daleko složitější pozici se ocitly maminky z oddělení dětské onkologie (Simona, Věra, Petra). Ty, přestože byly na začátku pobytu v nemocnici zaměstnané, v průběhu času byly nuceny se svého zaměstnání vzdát.

„Než syn onemocněl, tak jsem chodila normálně do práce. I z počátku léčby jsem se snažila si práci udržet, ale bylo to nad moje síly. Bylo to celé časově a hlavně psychicky velmi náročné a tak jsem musela práci zanechat a věnovat se pouze synovi. V současné době se mi podařilo sehnat si zaměstnání na částečný pracovní úvazek.” (Petra)

„Snažila jsem se to řešit pomocí paragrafu, ale to nebylo dlouhodobé východisko. Domluvila jsem se proto se zaměstnavatelem a práci jsem přerušila.” (Simona)

Dalším co mne v tomto tématickém okruhu zajímalo, bylo, zda pobyt v nemocnici ovlivnil rodinné finance a pokud ano, jak tuto situaci řešily. Z výsledků rozhovorů jsem zjistil, že některé maminky (Simona, Věra, Petra) byly okolnostmi přinuceny vzdát se zaměstnání. Proto jsem se chtěl dozvědět, jak tato skutečnost zasáhla rodinné finance. Také pobyt v nemocnici není nikterak levnou záležitostí (blíže podkapitola 2.2) a představuje nemalé výdaje z rodinného rozpočtu. Tyto výdaje činily 60kč na osobu a pocítily je všechny dotazované maminky. Výraznější však byly u maminek, které byly v nemocnici delší dobu.

„...částka za pobyt v nemocnici nebyla nijak malá, alespoň pro nás ne...” (Gábina)

„...platby za pobyt v nemocnici představovaly nemalé výdaje...” (Simona)

I přestože maminky hodnotily povinnost platit za lůžko negativně, nepředstavoval tento výdaj pro rodinný rozpočet zásadní problém a rodiny si s tím dokázaly poradit.

„...pokud rodina rozumě hospodaří, dá se to zvládnout. Nákup nepodstatných položek jsme odsunuli na pozdější dobu.” (Gábina)

„...za oba to bylo celkem dost, ale obecně se rodinných financí moc nedotkl.” (Šárka)

V této oblasti se velmi významně projevila instrumentální opora poskytovaná rodinnými příslušníky.

„Sice jsem musela platit plnou částku za pobyt, ale moji rodiče a moje babička nám hodně pomáhali.” (Zdeňka)

„Pobyt jsem si samozřejmě zaplatila, sice se nejednalo o nijak malou částku, ale moje maminka mi pomáhala.” (Hana)

OSOBNÍ VZTAHY

Pobyt jednoho z rodičů v nemocnici, představuje v mnoha případech zatěžkávací zkoušku partnerského vztahu. V naprosté většině případů je nucen rodič, který zůstal doma, převzít povinnosti druhého rodiče. Ne vždy je však tento rodič ochoten a schopen na sebe vzít tuto roli a celá situace může vyústit i v konflikt mezi partnery, což byl i případ Hany. I když to neřekla přímo, dalo se s jejich odpovědí vyzorovat, že vztah s manželem nebyl dobrý ani před hospitalizací a jak sama uvedla: „*Bylo toho víc..., nechce se mi o tom moc mluvit, ale řekla bych, že situace kolem pobytu v nemocnici byla jenom kapkou do poháru, který přeteče.*” Na Haně však bylo vidět, že ji není příjemné rozebírat vztahy s manželem. Z toho lze vyvodit, že za rozpadem manželství nestojí pouze její pobyt v nemocnici, ale i další faktory. Respektoval jsem její postoj a tak jsem se již k této oblasti nevracel.

V případě Věry však, byla spojitost s rozpadem manželství a pobytem v nemocnici daleko zřetelnější. „*Horší to bylo s manželem, ten celou situaci nezvládl. Podnikal a moc se mu nedařilo. Vinil z toho mne, prý jsem ho nechala skoro rok doma a on se musel o vše sám starat. Nakonec od nás odešel, požádal o rozvod...*” (Věra).

Přesto se však nedomnívám, že by za rozpadem rodin rodičů pobývajících v nemocnici se svým nemocným potomkem stála právě jejich absence v rodině. Naprostá většina z dotazovaných maminek uvedla, že situace spojená s pobytem v nemocnici vedla k posílení jejich partnerského vztahu.

„*...utvrdila jsem se v tom, že se mohu na manžela v náročných situacích spolehnout. Celkově bych řekla, že podobné situace vztahy posilují, tedy alespoň v našem případě.*” (Šárka)

„*Celkově si myslím, že se náš vztah více upevnil...*” (Katka)

Otázkou však zůstává, zda-li je to z důvodu pobytem v nemocnici. Osobně se domnívám, že za vším stojí onemocnění dítěte, přesněji řečeno strach rodičů o svého potomka. Což mi také naznačila jedna z dotazovaných maminek.

„*Řekla bych, že se náš vztah ještě upevnil. Měli jsme o syna velikou starost.*” (Zdeňka)

Kromě posílení partnerský vztahů, došlo i ke zlepšení vztahů v rámci nejbližší rodiny, konkrétně se jednalo o vztah mezi respondentkou Hanou a její maminkou.

„*Hodně jsem se s matkou během tohoto období sblížila. Odešla jsem z domu velmi mladá a můj vztah s ní nebyl moc dobrý. Proto mne dost překvapilo, že mi nabídla pomoc. Hodně jsme si toho spolu pověděli a našli jsme si k sobě cestu.*” (Hana)

POMOC A ŘEŠENÍ

Pomoc rodičům, kteří se ocitli v této nelehké situaci, by se dala rozdělit do dvou rovin. Jednu tvoří rovina materiální a druhou rovina psychická. V rovině materiální pomoc vycházela ze dvou zdrojů. V případě, že se jednalo o maminky z oddělení dětské onkologie (Simona, Katka, Věra, Petra), měly možnost zažádat si o některou z forem státní podpory. Takže, byť některé z těchto maminek (Simona, Věra, Petra) o práci přišly, nezůstaly zcela bez finančních příjmů.

„V nemocnici mi taky poradili, ať si zažádám o příspěvek od státu, což jsem udělala. Nejednám se sice o nijak vysokou částku, ale nám to moc pomohlo.” (Simona)

„Také jsem si zažádala o příspěvky od státu, ale až po roce léčby, do té doby jsem na to nepomyslela, i když jsem o těchto možnostech věděla.” (Katka)

To však nebyla jediná pomoc, která se rodičům dostala. Významnou měrou se na finanční podpoře podílela i samotná rodina dotazovaných maminek.

„...moji rodiče a moje babička nám hodně pomáhali.” (Zdeňka)

„Finančně nám hodně vypomáhala moje maminka a taky rodiče mého manžela.” (Simona)

Co se týče psychické podpory, zde sehrála roli především osobnost jednotlivých maminek. Každá si našla svůj způsob, jak si tzv. dobít baterky.

„Nejvíce jsem se odreagovala v chrámu u Kapucínů. Chodila jsem tam denně, od šesti začínala půlhodinová mše. Pomáhaly mi i ty ranní procházky poloprázdnými ulicemi” (Věra)

Šárka zase ocenila možnost pobývat se svým synem během pobytu v nemocnici v dětských hernách, kde mají děti možnost zpříjemnit si pobyt v nemocnici.

„Na každém oddělení mají zřízené herničky pro děti a zde se setkává spousta rodičů, takže člověk se dá do řeči i s ostatními rodiči. To bylo velmi příjemné.” (Šárka)

Také možnost, že nemocnice nabízí pedagogické služby, byla všemi dotazovanými maminkami hodnocena pozitivně.

„Malá se vždycky moc těší na paní učitelku, má z ní obrovskou radost. Jsem moc ráda, že něco takového v nemocnicích funguje, vážně.” (Katka)

„Taky mě mile překvapila paní učitelka, která za námi na oddělení docházela. Vždycky donesla malému nějakou hračku a alespoň na okamžik malého dokázala zabavit. Báječný bylo, když donesla kytaru a zpívala malému písničky, ten z toho byl strašně nadšený.” (Šárka)

Obecně se však dá říct, že maminky si nejvíce cenily pomoci a podpory ze strany partnera, ta pro ně měla největší cenu.

„Byl to jediný člověk, na kterého jsem se mohla stoprocentně spolehnout. Představoval a dodnes představuje velikou oporu.” (Petra)

„Velkou oporou pro mne byl můj muž, ...přesvědčila jsem se, že se na něj mohu ve všem spolehnout. Moc mi to pomohlo.” (Zdeňka)

Dále také podpora ze strany rodiny, zejména pak svých matek.

„Byla pro mne velkou oporou a moc mi pomohla.” (Hana)

„Ta nejbližší rozhodně, myslím tím manžela a moje rodiče. Věděla jsem, že pokud by se vyskytl nějaký problém, nebudu na to sama.” (Gábina)

Situace rodičů byla a je v mnoha případech psychicky velmi náročná. Není to dáno pouze pobytem v nemocnici, ale především faktem, že jejich dítě onemocnělo a v mnoha případech velmi vážně. To může způsobit rodičům značný psychický otřes. Nemocnice samozřejmě s těmito situacemi počítají, a proto nabízí těmto rodičům služby psychologů. Zajímalo mne, zda některá z dotazovaných maminek těchto služeb využila. Z odpovědí dotazovaných maminek však vyplynulo, že této možnosti využila pouze jedna maminka.

„Ze začátku to bylo velmi náročné, hlavně šok z toho, že dcera onemocněla, do toho problémy se zaměstnáním. Celé se mi to začalo hroutit. Pan doktor v nemocnici mi domluvil schůzku s psychologkou, která je v nemocnici rodičům k dispozici. Byla milá a příjemná, tenkrát mi to pomohlo, vyprávěla jsem se, vyplakala a ulevilo se mi.” (Simona)

Zbylé maminky o možnosti pohovoru s psychologem věděly, ale nevyužily ji. Důvodů proto může být mnoho, např.: *„Často jsem o tom uvažovala, ale nikdy jsem se k tomu neodhodlala, ...nevím, asi jsem si nechtěla povídat o svých pocitech s psychologem.”* (Petra)

„Ne, i když mi byla tato možnost nabídnuta. Snažila jsem se to zvládnout sama, za pomoci rodiny.” (Katka)

V oblasti sociální pak nemocnice nabízí pomoc sociálních pracovníků, tato možnost se v naprosté většině týkala maminek z oddělení onkologie, a to bez ohledu na to zda tyto maminky přišli o zaměstnání či nikoliv. Této pomoci využily všechny maminky z oddělení onkologie (Katka, Petra, Věra, Simona), ostatní maminky těchto služeb nevyužily.

Nyní bych se rád pokusil, na základě analyzovaných rozhovorů, zodpovědět výzkumné otázky, které jsem si v úvodu praktické části stanovil.

I. *Zda-li se rodina, v důsledku sociální izolovanosti způsobené pobytem jednoho z rodičů v nemocnici, dostala do existenčních problémů.*

Při vyhodnocování odpovědí dotazovaných maminek se ukázalo, že jejich pobyt v nemocnici se projevil na ekonomické situaci rodiny. V případě Simony, Věry a Petry pobyt v nemocnici vyústil ve ztrátu zaměstnání. I přes to, tyto rodiny nezůstaly zcela bez finančních prostředků. V těchto případech zafungovala sociální opatření poskytovaná státem a maminky využily sociálních dávek, které jim stát nabízí. V ostatních případech neměl pobyt v nemocnici vliv na zaměstnání, protože se jednalo o plánovaný pobyt (Šárka, Hana) anebo byly dotazované maminky na rodičovské dovolené (Zdeňka, Katka, Gábina).

Co se týče poplatku za pobyt v nemocnici, nepředstavoval pro tyto rodiny nijak závažný problém. Maminky jej sice označily za „nemalý“, ale více či méně s ním počítaly. Proto byly schopny tento výdaj zvládnout, a to i za pomoci širší rodiny.

Proto odpověď na otázku, *zda-li se rodina, v důsledku sociální izolovanosti způsobené pobytem jednoho z rodičů v nemocnici, dostala do existenčních problémů*, zní: **ne, rodina se v důsledku pobytu jednoho z rodičů v nemocnici nedostala se do existenčních problémů.** Pobyt v nemocnici, se sice na ekonomické stránce rodiny projevil, ale nejednalo se o zásadní problém, který by rodina nebyla schopna zvládnout. Ať už se jednalo o pomoc širší rodiny anebo, v případě maminek z oddělení onkologie, i pomoc ze strany státu.

II. *Zda a do jaké míry ovlivnil pobyt rodičů v nemocnici jejich rodinné a osobní vztahy.*

Z odpovědí maminek, které se zúčastnily výzkumného šetření, vyplynulo, že pobyt v nemocnici se projevil na jejich vztahu s partnerem. V naprosté většině se jednalo o posílení partnerských vztahů. Nepodařilo se mi však přesvědčivě prokázat, že za touto změnou stojí opravdu pobyt v nemocnici. Daleko pravděpodobnější je, že za vším stojí nemoc dítěte, přesněji řečeno strach o vlastního potomka. Pobyt v nemocnici tak představuje jen další komplikace v již tak náročné situaci. To stejné platí i v případě vztahů v rámci rodiny.

Odpověď na druhou otázku, *zda a do jaké míry ovlivnil pobyt rodičů v nemocnici jejich rodinné a osobní vztahy*, proto zní: **ne, pobyt jednoho z rodičů v nemocnici neovlivnil jejich partnerský vztah a ani vztahy v rámci rodiny.**

III. *Kde hledali v této náročné životní situaci pomoc.*

Je zřejmé, že náročné životní situace se nevyhýbají nikomu z nás. Také málo kdo z nás je schopen tyto situace zvládat sám, bez pomoci svých nejbližších.

Odpověď na třetí otázku, *kde hledali v této náročné životní situaci pomoc*, zní: rodiče, kteří byli společně se svým dítětem přijati do zdravotnického zařízení, **nejčastěji hledali pomoc v rámci své rodiny, konkrétně pak u svých partnerů**. Tato pomoc se týkala jak stránky psychické, tak i stránky materiální. Navíc rodičům z oddělení dětské onkologie, byly poskytnuty finanční prostředky v podobě státní podpory.

Co se týče odborné pomoci, kterou nemocnice těmto rodičům nabízí, je možné ji rozdělit do dvou oblastí, a to oblast psychická a oblast sociální. V oblasti psychické nabízí nemocnice možnost pohovoru s psychologem. Této možnosti využila pouze jedna z dotazovaných maminek, i přestože o ní věděly všechny dotazované maminky. V oblasti sociální nemocnice nabízí rady sociálních pracovníků, těchto služeb využily hlavně maminky, které byly na oddělení dětské onkologie.

Závěr

Rodina představovala a představuje pro společnost velmi významnou instituci. Mnohými autory, zabývajícími se rodinou, bývá často označována za hybnou sílu celé společnosti. Avšak rodina hraje důležitou roli i v životě každého jednotlivce. Plní různé funkce a připravuje jedince na samostatný život ve společnosti. Poskytuje mu základy pro založení vlastní rodiny.

V krizových a náročných životních situacích význam rodiny vzrůstá, a to především jako významného zdroje opory. Avšak aby člověk překonal náročné situace, které mu život do cesty postaví, nestačí pouze pomoc nejbližších. Je zapotřebí, aby se snažil i on sám. Jen tak ho může překonaná krize posílit. V tomto ohledu hraje velkou roli sociální pedagogika, která nás může naučit ovládat strategie pro zvládání životních problémů a zátěžových situací. Jak píše B. Kraus: „Je nutné naučit se prohrávat, ale zůstat neporažen.“ (2007, s. 37)

Tato diplomová práce si neklade za cíl poskytnout rodičům, kteří se rozhodli být se svým dítětem v nemocnici během jeho hospitalizace, univerzální návod, jak tuto náročnou situaci zvládnout. Každý jedinec je jedinečný, má jiné vlastnosti, potřeby a starosti. Má také odlišné rodinné zázemí a je mu poskytována různá sociální opora a proto je i každý pobyt v nemocnici jiný. Mojí snahou bylo pouze upozornit, a to nejen samotné rodiče, na možné problémy a rizika spojená s pobytem rodiče v nemocnici společně se svým potomkem.

Oblastí zájmu této diplomové práce je rodič, který je společně se svým dítětem v nemocnici. Domnívám se však, že neméně zajímavý by byl pohled na situaci rodiče, který zůstal doma a zajišťuje chod domácnosti. Zjistit, jak celou situaci prožívá, s jakými problémy se musí potýkat apod. Do budoucna by bylo možné se ubírat tímto směrem.

Resumé

Tato diplomová práce pojednává o problémech rodičů, kteří se rozhodli být se svým dítětem v nemocnici během jeho hospitalizace. Tato situace staví rodičům do cesty nové problémy a představuje zkoušku jejich partnerského vztahu.

V teoretické části je práce zaměřena na rodinu hospitalizovaného dítěte. Nejdříve se snaží na základě odborné literatury popsat rodinu, její současnou podobu a také to, jaké funkce plní. Snahou je poukázat na to, jak významnou úlohu, při zvládnání náročných životních situacích a životních krizích, rodina hraje. Hospitalismus představuje velké nebezpečí ústavní péče, proto je část diplomové práce věnována i tomuto tématu. Teoretická část pak dále pokračuje popisem náročných životních situací a způsobů, jak se s nimi jedinec vyrovnává. To se může dít jednak nevědomě pomocí obranných reakcí anebo vědomě díky zvládacím reakcím. Práce dále pokračuje popisem sociální opory, která při překonávání krizových situací hraje důležitou roli.

Empirická část se zabývá metodologií a vyhodnocením dat získaných z rozhovorů s rodiči, kteří byli se svými dětmi hospitalizováni v nemocnici. Tyto rozhovory probíhaly v dětské nemocnici v Brně v Černých polích a zúčastnilo se jich osm rodičů. Cílem bylo zjistit, jak rodiče celou situaci vnímají, jak se jim daří ji zvládnout, jaké problémy jim tato situace přinesla a jak se jim je podařilo vyřešit, na koho se nejčastěji obraceli s prosbou o pomoc.

Anotace

Diplomová práce se věnuje rodičům, kteří se rozhodli být se svým dítětem v nemocnici během jeho hospitalizace. Snaží se zmapovat a popsat problémy, které pobyt v nemocnici může těmto rodičům přinést. Empirická část se pak zabývá analýzou a interpretací dat získaných z rozhovorů s rodiči, kteří byli během hospitalizace svých dětí společně s nimi v nemocnici.

Klíčová slova

Rodina, současná rodina, funkce rodiny, rodina hospitalizovaného dítěte, hospitalismus, prostředí, stres, stresor, obranné reakce, zvládací reakce, eustres, distres, sociální opora, syndrom vyhoření, socializace dítěte, výuka hospitalizovaného dítěte, partnerské vztahy, ztráta zaměstnání.

Anotation

Dissertation pays attention to parents who decide to stay with their children during hospitalization in a hospital.

It tries to map and describe problems that may be caused by the stay in a hospital.

Empirical part is then dealing with analysis and interpretation of data obtained from conversation with the parents who stayed with their children in a hospital.

Keywords

Family, current family, family functions, family hospitalized child, hospitalismus, environment, stress, stressor, defensive reactions, coping responses, eustress, distress, social support, burnout, child socialization, teaching hospitalized child, partner relationships, loss of employment.

Seznam použité literatury

1. BRATSKÁ, M.: *Zisky a straty v závažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Práca, 2001. ISBN 80–7094-292–4
2. BUCHTOVÁ, B.: *Psychologie pro ekonomy*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80–210-3396–7 (brož.)
3. CIHELKA, M.: *Žák, majetek státu*. Lidové noviny, příloha ORIENTACE, 2007, Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/1656-zak-majetek-statu.html>. [cit. 13. 3. 2011]
4. CRABB, L. J. – ALLENDER, D.: *Naděje v utrpení*. Praha: Návrat domů, 2002. ISBN 80–7255-067–5
5. ČÁP, J. – MAREŠ, J.: *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978–80-7367–273-7 (váz.)
6. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 978–80-246–0139-7
7. FENDRYCHOVÁ, J. – KLIMOVIČ, M.: *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických odborů, 2005. ISBN 80–7013-427–5
8. GAVORA, P.: *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80–85931-15-X
9. GEIST, B.: *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000. ISBN 80–86226-07–7
10. GEIST, B.: *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 80–85605-28–7
11. HARTL, P.: *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80–7178-803–1
12. HARTL, P.: *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978–80-7367–686-5 (váz.)
13. HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum v pedagogice*. Dostupné z: <http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf> [cit. 04.06. 2010]
14. HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum – Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978–80-7367–485-4 (váz.)
15. HENZLOVÁ, L.: *Duševní nemoc jako činitel ovlivňující rodinné soužití a životní cyklus rodiny*. Diplomová práce, Brno: Masarykova univerzita, 2010. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/162491/ff_m/Diplomova_prace-lucie_henzlova.pdf [cit. 03.07. 2010]

16. HERMAN, E. – DOUBEK, P.: *Deprese a stres*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978–80-7345–157-8
17. HOLZBACHOVÁ, I.: *Filozofické a metodologické problémy vědy*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80–210-2394–5
18. HORÁK, J.: *Škola a hodnotová orientace dětí a mládeže*. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80–7083-257–6
19. <http://www.czso.cz/csu/2003ediciplan.nsf/p/3006-03>. [cit. 10. 11. 2010]
20. IHILEVICH, D. – GLESEK, G. C.: *Defense mechanisms*. Owosso, D. M. I. Associates, 1986. In: Křivohlaví, J. 1994, s. 10
21. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80–7254-329–6
22. JEŘÁBEK, H.: *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum, 1992. Dostupné z: <http://vojtabok.ic.cz/wp-content/skripta-pdf> [cit. 04.06. 2010]
23. JESENSKÝ, J. – JANIŠ, K.: *Malý slovník pomáhajících profesí*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80–7041-126–0
24. KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80–200-1307–5
25. KOHOUTEK, R.: *Základy psychologie osobnosti*. Brno: Cerm, 2000. ISBN 80–7204-156–8
26. KOHOUTEK, T. – ČERMÁK, I.: *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978–80-200–1816-8(brož)
27. KOVAŘÍK, J. – ŠMOLKA, P.: *Současná rodina, problémy-konstanty-proměny-naděje*. Praha: Asociace manželských a rodinných poradců ČR, 1996.
28. KRASKA-LÜDECKE, K.: *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978–80-247–1833-0
29. KRAUS, B.: *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS 2007.
30. KRAUS, B.: *Středoškolská mládež a její svět na přelomu století*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80–7315-125–1
31. KRAUS, B.: *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978–80-7367–383-3
32. KRAUS, B. – POLÁČKOVÁ, V., at al.: *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80–7315-004–2

33. KRISTOVÁ, J.: *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3
34. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6
35. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
36. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Mít pro co žít*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 80-85495-33-3
37. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Avicenum, 1973.
38. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Moderátor zvládnání zátěže typu sociální opory*, Československá psychologie, 1999, ročník XLIII, číslo 2. ISSN 0009-062X
39. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0
40. KUCHAROVÁ, V.: *Rodina s nezaměstnaným členem domácnosti*. Bratislava: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 1992. ISBN 80-7138-065-2
41. LINHARTOVÁ, V.: *Dívej, jak se šimpanz směje*. Brno: CERM, 2007. ISBN 978-80-7204-513-6
42. LOVASOVÁ, L.: *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-66-0
43. MAŇÁK, J., a kol.: *Kapitoly z metodologie pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1031-2
44. MAREŠ, P.: *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: SLON, 1994. ISBN 80-901424-9-4
45. MARŠÁLOVÁ, L.: *Metodologické základy psychologického výskumu*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1978.
46. MATĚJČEK, Z.: *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992a. ISBN 80-04-25236-2
47. MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H&H, 1992b. ISBN 80-85467-42-9
48. MATĚJČEK, Z.: *Výbor z díla*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-246-1056-6
49. MATĚJČEK, Z. – DYTRYCH, Z.: *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X
50. MATOUŠEK, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003 ISBN 80-86429-19-9 (brož.)

51. MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003 ISBN 80-7178-549-0 (váz.)
52. MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1
53. MÍČEK, L.: *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
54. MIOVSKÝ, M.: *Kvalitativní přístupy a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4 (brož.)
55. MOHAPL, P.: *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1992. ISBN 80-7067-127-0
56. MOŽNÝ, I.: *Česká společnost*. Praha: Portál, 2002a. ISBN 80-7178-624-1
57. MOŽNÝ, I.: *Moderní rodina*. Brno: Blok, 1990. ISBN 80-7029-018-8
58. MOŽNÝ, I.: *Rodina a společnost*. Praha: Slon, 2006. ISBN 80-86429-58-X
59. MOŽNÝ, I.: *Sociologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Slon, 2002b. ISBN 80-86429-05-9
60. MRKVIČKA, J.: *Člověk v akci*. Praha: Avicenum, 1971.
61. MÜHLPACHR, P.: *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7 (brož.)
62. NOVOTNÁ, E.: *Sociologie sociálních skupin*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2957-2
63. PAULÍK, K.: *Psychologie poradenství v sociální práci*. Ostrava: Univerzita Ostrava, 2002. ISBN 80-7042-615-2
64. PAULÍK, K.: *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6
65. PELIKÁN, J.: *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8
66. PEŠOVÁ, I. – ŠAMALÍK, M.: *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1216-4 (brož.)
67. PLEVOVÁ, M.: *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4372-5
68. PLEVOVÁ, M.: *Dítě v nemocnici*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1551-9
69. POLÁŠKOVÁ, E.: *Plánovaná lesbická rodina*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5013-6

70. PRUDKÝ, L.: *Hodnoty a normy v české společnosti*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2004. ISBN 80–7204-358–7
71. PŘADKA, M. – KNOTOVÁ, D. – FALTÝSKOVÁ, J.: *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80–210-3469–6
72. PŘIBIL, M.: *Hrozí individuálně vzdělávaným dětem izolace od vrstevníků?* Právo, 2008, Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/deti/134362-hrozi-individualne-vzdelavanim-detem-izolace-od-vrstevniku.html>. [cit. 13. 3. 2011]
73. RADVAN, E. – VAVŘÍK, M.: *Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009.
74. ŘEZÁČ, J.: *Sociální psychologie*. 65. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80–8593-148–6
75. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D.: *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80–247-1049–8 (brož.)
76. SEKOT, A.: *Sociologie v kostce*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80–7315-126-X (brož.)
77. SELYE, H.: *Život a stres*. Bratislava: Obzor, 1966.
78. SINGLY, F.: *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80–7178-249–1
79. SMETANOVÁ, R.: *Postavení rodiny vychovávající dítě s epilepsií*. Diplomová práce, Brno: Masarykova univerzita, 2011. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/204885/pedf_m/DP_Smetanova__Postaveni_rodiny_vychovavajici_dite_s_epilepsii.pdf [cit. 03. 07. 2011]
80. SOBOTKOVÁ, I.: *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80–7178-559–8
81. STŘELEČEK, S. at al.: *Kapitoly z rodinné výchovy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1992. ISBN 80–85298-84–8
82. SULLEROTOVÁ, E.: *Krize rodiny*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80–7184-647–3
83. SÝKORA, J. – DVOŘÁK, J.: *Člověk v krizi*. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2008. ISBN 978–80-213–0432-1
84. ŠOLCOVÁ, I. – KEBZA, V.: *Sociální opora jako významný projektivní faktor*. Československá psychologie, 1999, ročník XLIII, č. 1. ISSN 0009-062X
85. ŠPATĚNKOVÁ, N. a kol.: *Krize, psychologický a sociální fenomén*. Praha: Garda, 2004. ISBN 80–247-0888–4
86. ŠPATĚNKOVÁ, N.: *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80–244-0648–9
87. ŠRÁMKOVÁ, L.: *Dětská leukémie, průvodce pro rodiče*. Praha: Občanské sdružení HAIMA, 2006. 68 s. ISBN 80–239-8904–9

88. TRÁPKOVÁ, L. – CHVÁLA, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80–7178-889–9
89. TRNKA, V.: *Zaměstnávání dětí jako součást léčby a výchovy*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.
90. TUČEK, M. a kol.: *Česká rodina v transformaci – stratifikace, dělba rolí a hodnotové orientace*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 1998. ISBN 80–85950-45–6
91. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80–7178-802–3
92. VÁGNEROVÁ, M. – STRNADELOVÁ, I. – KREJČOVÁ, L.: *Náročné mateřství, být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978–80-246–1616-2
93. VÍCHOVÁ, Z.: *Hospitalismus u dětí v nemocnicích a jeho prevence*. Brno: Krajský pedagogický ústav, 1967.
94. VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I.: *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80–7178-269–6
95. ŽIŽLAVSKÝ, M.: *Techniky šetření empirických dat*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/auth/el/1423/jaro2007/SPP705/um> [cit. 27. 5. 2011]
96. Zákon č. 946/1811 Obecný občanský zákoník
97. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině
98. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
99. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
100. Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon
101. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění
102. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Přílohy

Příloha č. 1 – Práva hospitalizovaných dětí

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

Schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993

Příloha č. 2 – Domácí řád

Dětská nemocnice v péči o svěřené děti vychází z Charty práv dítěte. Děti jsou přijímány do nemocnice tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.

1. Dítě je přijímáno na základě rozhodnutí lékaře. Je mu poskytováno ústavní prádlo, dle volby rodičů může mít vlastní. Dětem lze přinést domácí obuv, ponožky a toaletní potřeby. Dle charakteru onemocnění je možný domácí oděv, sportovní oblečení, plavky apod. (s výjimkou infekční kliniky).
2. Aby nedošlo k přerušení kontaktu s dítětem, je možné podle podmínek jednotlivých oddělení přijetí matky (otce), a to při indikovaném pobytu i bez úhrady, jinak za příslušnou úhradu a na základě dohody o pobytu průvodce ve zdravotnickém zařízení, na lůžkové stanici, ubytovně. Dále je možnost celodenního pobytu (matky, otce, zákonného zástupce) s dítětem na oddělení v době od 7:00 hodin do 20:00 hodin. Mimo tuto dobu je možné zůstat u lůžka dítěte na základě dohody s lékařem. O této skutečnosti je proveden záznam do dokumentace. Na oddělení KDAR, JIP, Kliniky dětských infekčních onemocnění o povolení přítomnosti zákonného zástupce rozhoduje ošetřující lékař na základě aktuálního zdravotního stavu a charakteru onemocnění za podmínek dodržení všech hygienicko-epidemiologických požadavků.
3. stravování dětí je v nemocnici postaráno dostatečně, jídlo je kontrolováno ústavním dietologem. Je v zájmu Vás rodičů, aby jste porušováním dietních předpisů a nošením nevhodných jídel nenarušili průběh léčení. Svému dítěti doneste jenom takové potraviny, které dovolí lékař. Pokud si nebudete jisti, poraďte se se službu mající sestrou a lékařem.
4. Zachování čistoty je nezbytným projevem kultury a nezbytným předpokladem léčení. Prosíme o dodržování čistoty nejenom v rámci oddělení, ale i dalších prostor v rámci celé nemocnice. K dispozici je vám sociální zařízení v rámci nemocnice. Zachovejte je vždy čisté, jak si je sami přejete najít. Prosíme o dodržování pečlivé hygieny mytí a dezinfekce rukou při příchodu na oddělení a při každém ošetření dítěte.
5. Návštěvy na jednotlivých odděleních jsou dle možností stanoveny denně od 15:30 hodin do 17.30 hodin. V sobotu, neděli a svátky ještě v době 9,30 – 11, 30 hodin. Návštěvy jsou umožněny buď na pokojích a vzhledem k prostorovým možnostem prosíme o

održování počtu 2 osob u lůžka nebo ve vyhrazených prostorách. V případě návštěvy mimo oddělení je nutný písemný souhlas lékaře a písemné prohlášení rodičů o převzetí dítěte. O povolení vycházek rozhoduje lékař, dle charakteru onemocnění s písemným souhlasem rodičů ohledně převzetí dítěte a jeho návratu. Návštěva pacienta dítětem není věkově omezena. Rozhodující je aktuální zdravotní stav pacienta, provozní podmínky, aktuální epidemiologická situace a charakter poskytované péče. Odpovědnost, za přítomnost dětí, které přicházejí na návštěvu pacienta má zákonný zástupce. " O návštěvách na oddělení KDAR, JIP, Klinice dětských infekčních onemocnění rozhoduje ošetřující lékař na základě aktuálního zdravotního stavu a charakteru onemocnění " za podmínek dodržení hygienicko-epidemiologických požadavků.

6. Informace o zdravotním stavu poskytuje pouze ošetřující lékař, vedoucí lékař oddělení a to pouze zákonným zástupcům dítěte. Sestra může podat pouze informaci o náladě dítěte, jeho chování atp. Telefonické informace dle dohody s oddělením.
7. Děti mohou mít na oddělení vlastní hračky. Personál nebere zodpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu. V případě televizorů, magnetofonů a dalších cenných věcí je podmínkou souhlas FN Brno a „Písemné prohlášení ke vneseným věcem“ rodičů.
8. V rámci možností jsou na některých odděleních umístěny telefonní automaty na karty, kterých mohou děti využít. Dětem jsou na odděleních k dispozici mobilní telefony, na které lze dětem volat a jejich číslo Vám sdělí přijímající sestra. V ostatních případech je nutné se na oddělení domluvit, na které číslo a v kterou dobu lze dítěti telefonovat. Výjimku tvoří klinika dětských infekčních nemocí vzhledem k charakteru onemocnění.
9. Při pobytu na oddělení se prosím seznamte s provozním řádem oddělení. V rámci léčebného režimu prosím respektujte polední klid v době od 13:00 – 15:00 hodin a noční klid od 20:00 hodin do 06:30 hodin. Na oddělení jsou děti různého věku a klid potřebují k rychlejšímu uzdravování.
10. Prosím, nevstupujte do čajové kuchyňky, která slouží k přípravě jídla pro děti, vyšetřovacích a provozních místností. V případě potřeby se obraťte na sestru, která věci zprostředkuje.
11. Kouření v prostorách celé nemocnice je zakázáno a děkujeme Vám, že zákaz neporušujete. Mobilní telefony používejte mimo oddělení, ruší přístroje.

12. Svá přání a názory můžete sdělit vedoucímu lékaři oddělení, přednostovi kliniky, vrchní sestře, staniční sestře, případně vložit do naší schránky v prostoru centrální evidence.

V Brně dne 1. 6. 2007

Příloha č. 3 – otázky z rozhovoru

1. Můžete mi prosím říct něco o sobě a o své rodině?
2. Jak jste se ocitli v nemocnici?
3. Jak probíhaly tyto hospitalizace?
4. Jaké jste měla vztahy s ostatními rodiči?
5. Jaké jste měla vztahy se zdravotnickým personálem?
6. Co říkáte na možnost, že za dětmi na oddělení dochází paní učitelky?
7. Máte nebo jste měla pocit, že váš pobyt v nemocnici v nějakém směru omezoval?
8. Byla jste v době hospitalizace zaměstnaná?
9. Takže neměl pobyt v nemocnici vliv na vaše rodinné finance?
10. Ovlivnil pobyt v nemocnici nějak váš vztah s manželem?
11. Pobyt v nemocnici vám tedy nepřinesl žádné problémy?
12. Takže rodina pro vás byla velkou oporou?
13. Máte pocit, že pobyt v nemocnici ovlivnil tyto rodinné vztahy?
14. Vyhledala jste pomoc nějakého odborníka?

Příloha č. 4 – ukázka rozhovoru

Katka 35 let

21. 1. 2011

odd. dětské onkologie

Můžete mi prosím prozradit něco o sobě a své rodině?

Jsem vdaná a mám jedno dítě – dceru 5,5 roků. Mám oba rodiče, kteří jsou již v důchodu. Mám také starší sestru a ta má jednoho syna. Manželova rodina je poměrně široká, pochází ze tří sourozenců. Starší bratr má již svoji rodinu. Tchýně stále pracuje a tchán je v invalidním důchodu. Dva roky bydlíme v rodinném domku na malé vesnici, předtím jsme bydleli u svých rodičů.

Co se přihodilo, že jste se ocitla v nemocnici?

Když byly dceři dva roky, začala mít problémy se zrakem. Špatně viděla. Po různých vyšetřeních u ní lékaři objevili nádorové onemocnění očního nervu. Byl to naprostý šok, vůbec jsme to nečekali. Ihned jsme museli nastoupit na oddělení dětské onkologie a začali jsme s léčbou.

Jak dlouho tato hospitalizace trvala a jak probíhala?

Tato hospitalizace trvala asi 14 dnů a bylo to nejhorší, co mne do té doby potkalo, alespoň v ten moment jsem si to myslela. Malá dostávala silné dávky chemoterapie a moc dobře je nezvládala. Bylo jí hodně zle.

To asi nebyla vaše jediná hospitalizace?

Ne, to teda nebyla. Byl to začátek kolotoče mezi nemocnicí a domovem. Někdy mi připadalo, že jsem více v nemocnici než doma. Nejde ani spočítat, kolikrát jsme byli v nemocnici hospitalizováni. Mnohdy se jednalo o plánované hospitalizace někdy o neplánované, to podle aktuálního zdravotního stavu dcerky. Nejdelší hospitalizace trvala měsíc. Teď jsme tady na magnetické resonanci kvůli kontrole. To se ale jedná jen o třídní hospitalizaci.

Byla jste pokaždé s dcerou na pokoji nebo jste přespávala na ubytovně?

Pokaždé jsem byla s dcerou na pokoji. Víte, ona díky nemoci hodně špatně viděla, i dnes, když už je to o mnoho lepší, se v neznámém prostředí velmi špatně orientuje, potřebuje pomoc. Také byla velmi malá, abych ji tam nechala samotnou. Ani jsem neuvažovala, že bych tam nebyla s ní.

Jaké jste měla vztahy s ostatními rodiči?

První hospitalizace byla provázena velkým šokem, byla jsem psychicky úplně na dně, takže jsem vztahy s ostatními rodiči nijak neřešila. Chtěla jsem být sama s dcerkou, snad jsem se i

kontaktům s jinými rodiči vyhýbala. Postupem času však ten prvotní šok trochu poleví a člověk se stane tak trochu přístupnější. Asi to ani nejde úplně se uzavřít a okolí nevnímat. Pokud jste na nějakém místě poměrně dlouho a potkáváte pořád stejné lidi, tak se kontaktu s nimi nevyhnete, obzvláště když máte hodně podobné problémy. Ale když to tak můžu zhodnotit, tak jsem se nesetkala s nikým, kdo by mi vyloženě nesedl. S některými maminkami jsem v kontaktu doted', občas si napíšeme.

A co vtahy se sestřičkami, doktory?

Těžko říct, ono je to různý, podle mě hodně záleží na oddělení, kde jsme. Když jsme byly na čtrnáctce (*neurochirurgie*), tak to bylo jako dobrý, myslím sestřičky, doktoři a tak. Našla se i tady jedna fakt protivná sestřička, ale to bylo tak všechno. Zato tady je to příšerný, připadá mi, že si snad ani neuvědomují, v jaké situaci se tady rodiče nacházejí. Nesnáším to tady, vždycky jsem po pobytu tady úplně vyřízená, a to jak psychicky, tak i fyzicky.

Co říkáte na možnost, že za dětmi na oddělení dochází paní učitelky?

To si myslím, že je super, děti mají příjemné zpestření, zabaví se a tak. Malá se vždycky moc těší na paní učitelku, má z ní obrovskou radost. Jsem moc ráda, že něco takového v nemocnicích funguje, vážně. Jasně, že i tady záleží na konkrétní učitelce. Po dobu co jsme byly v nemocnici, jsme se setkali s mnoha učitelkami, takže o tom něco vím. Bezvadný byl taky zdravotní klaun. Ten, ale dochází jenom tady na onkologii. Myslím si, že je to, ale škoda. I děti z jiných oddělení by z něho měly radost.

Máte nebo jste měla pocit, že vás pobyt v nemocnici v nějakém směru omezoval?

Nemocniční prostředí je jistě v mnoha směrech dost svazující, i když tady nejsem jako pacient, omezený pohyb, návštěvy ve stanovenou dobu, večerka apod., ale jde o zdraví dcery, tak se člověk musí přizpůsobit. Nejvíc mi ale chyběl domov a můj manžel, prostě takový ten normální život.

Byla jste v té době zaměstnaná?

I když jsem byla ještě na mateřské, přivydělávala jsem si ve firmě, kde jsem před nástupem na mateřskou pracovala. Jednalo se však pouze o dohodu o pracovní činnosti, takže jsem nebyla nijak vázána. Musela jsem splnit určité úkoly a bylo jedno, jestli to bude ráno nebo večer. Také charakter práce mi umožňoval pracovat z domu a v mnoha případech i z nemocnice. Bez práce, respektive bez mého příjmu, bychom to zvládali jen velmi těžko. Splácíme totiž hypotéku na dům a ta není rozhodně malá. Také mi práce pomáhala odreagovat se a přijít na jiné myšlenky.

Takže neměl pobyt v nemocnici vliv na vaše rodinné finance?

To určitě ano, měl, ale nijak zásadní. Musela jsem sice omezit práci, ale i přesto se nám podařilo celou situaci zvládnout, museli jsme se zkrátka více omezit. Také jsem si zažádala o příspěvky od státu, ale až po roce léčby, do té doby jsem na to nepomyslela, i když jsem o těchto možnostech věděla. Také nám hodně vypomáhala rodina.

Měl pobyt v nemocnici vliv na váš vztah s manželem?

Ano, z mé strany šlo o poznání velké opory a pomoci v manželovi. Manžel také kvůli nemoci dcerky změnil zaměstnání, aby mohl být více s námi. Moc to pro mne znamenalo. Celkově si myslím, že se náš vztah více upevnil, ale těžko říct jestli to bylo kvůli hospitalizaci. Myslím si, že to bylo spíš kvůli nemoci dcery.

A co vztahy v rámci širší rodiny, ovlivnilo je to také?

Jak s kým, s mojí maminkou rozhodně ano. Tedy pozitivně. Byla a je mi velkou oporou, pomáhala mi s domácností a s péčí o dceru. Trochu mne mrzí přístup tchýně. Sice se nám snažila také pomoci, ale mnohdy se mi zdálo, že ji stav dcery ani nezajímá.

Přinesl vám pobyt v nemocnici nějaké problémy?

Samotný pobyt ani ne, alespoň nic závažného. Samozřejmě určité starosti se vyskytly, ale nic co by se nedalo vyřešit.

Jistě to pro vás nebylo jednoduché období, snažila jste se vyhledat pomoc odborníka?

Ne, i když mi byla tato možnost nabídnuta. Snažila jsem se to zvládnout sama, za pomoci rodiny. Hlavně za pomoci manžela, ten mi hodně pomáhal.