

Jak pracují učitelé s chronicky nemocnými dětmi v mateřských školách při nemocnicích

Mgr. Bc. Barbora Plisková

Rigorózní práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav školní pedagogiky
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ RIGORÓZNÍ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Barbora Plisková**
Osobní číslo: **H180299**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Pedagogika předškolního věku**
Forma studia: **distanční**

Téma práce: **Jak pracují učitelé s chronicky nemocnými dětmi v mateřských školách při nemocnicích**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury o vzdělávání dětí předškolního věku v nemocnicích.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti edukace chronicky nemocných dětí.
Realizace kvalitativně orientovaného výzkumu prostřednictvím rozhovorů s učiteli mateřských škol při nemocnicích.
Zpracování a vyhodnocení získaných informací, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah rigorózní práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování rigorózní práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Carstens, L.E. (2004). Teachers' experience of teaching in a hospital school. Magister research essay. Rand Afrikaans University. Dostupné z: www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/11/teacherssexperienceofteachingin ahospitalschool.pdf.

Csinády, S.V. (2015). Hospital pedagogy, a bridge between hospital and school. Hungarian Educational Research Journal, 5(2), 49-65. Dostupné z: http://herj.lib.unideb.hu/file/3/55bfbbe7cbe42/szerzo/Csinady_Rita.pdf.

Oberstein, S. G. (2012). Hospital-based educational services and the well-being of children with chronic illness. DePaul Universty: College of Education Theses and Dissertations. Dostupné z: https://via.library.depaul.edu/soe_etd/26.

Průcha, J. a kol. (2016). Předškolní dítě a svět vzdělávání - Přehled teorie, praxe a výzkumných poznatků. Praha: Wolters Kluwer.

Vágnerová, M. (2012). Vývojová psychologie - Dětství a dospívání. Praha: Karolinum.

Garant studijního oboru:	doc. PaedDr. Adriana Wiegerová, PhD. Ústav školní pedagogiky
Datum zadání rigorózní práce:	12. prosince 2018
Termín odevzdání rigorózní práce:	8. listopadu 2019

Ve Zlíně dne 12. prosince 2018

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

doc. PaedDr. ~~Adriana~~ Wiegerová Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA RIGORÓZNÍ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním rigorózní práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že rigorózní práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji rigorózní práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – rigorózní práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování rigorózní práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky rigorózní práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze rigorózní práce jsou totožné;
- na rigorózní práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 3. 7. 2019

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybného projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Práce učitelů mateřských škol při nemocnicích je specifická a velmi náročná. Velké nároky jsou kladeny na osobnost učitelů, motivy, pro které se rozhodli vykonávat tuto práci, ale i jejich wellbeing. Musí být kvalifikovanými odborníky, musí mít znalosti týkající se vzdělávání dětí předškolního věku a jejich specifík, dostatečné informace o nemoci dětí, kdy je třeba vědět, jak je nemoc zasahuje fyzicky, psychicky a sociálně. Je nutné, aby byli schopni pružně a tvořivě reagovat na změny, efektivně komunikovat a kooperovat s rodiči i se zdravotnickými pracovníky a zároveň měli vhléd a byli schopni zahrnout i další podpůrné zdroje, které povedou k vybalancování nemocí vyhrocených aspektů nemocí. Navíc musí mít i zvládací strategie a být schopni čelit takovým psychickým výzvám jako jsou změny ve zdravotním stavu, zvládnutí závažného zhoršení stavu či úmrtí dětí.

Cílem práce je blíže porozumět a popsat zkušenosti učitelů při práci s chronicky nemocnými dětmi v mateřských školách při nemocnicích. V empirické části práce je využito kvalitativně orientovaného výzkumu metodou rozhovoru se čtyřmi učiteli jedné mateřské školy při nemocnici.

Toto povolání má obrovské nároky na osobnost učitelů, jejich emocionální stabilitu, schopnost pozitivního až energizujícího myšlení, které jsou schopni přenášet a rozdávat dál. Právě učitelé v nemocnicích jsou těmi, kdo „dělá ten malý rozdíl“, a přináší radost, pohodu a pokoj dětem, ale i rodičům.

Klíčová slova: učitel mateřské školy, mateřská škola při zdravotnickém zařízení, mateřská škola při nemocnici, chronicky nemocné děti, výchovně-vzdělávací proces v nemocnicích

ABSTRACT

Clinical settings in hospitals are the environments where there is a need for qualified and qualitative teachers with specific professional characteristics, skills and competencies. Profession of a hospital teacher is a very demanding job which requires much knowledge and skills. Hospital school teachers need to have sufficient information on preschool pedagogy, about children illnesses, they need to know how the disease devast children in physical, mental and social domains. They must be able to adopt and react promptly on changes which are caused by children's health state and medical requirements. They need to be able to communicate and cooperate effectively with parents and healthcare professionals. In addition, they must have coping strategies to manage a childrens' serious health deterioration or death.

The aim of the thesis is to understand and describe experiences of hospital teachers who educate chronically ill preschool children. In the empirical part of the thesis qualitative research strategy is used by the method of interviews. Participants of the study are four preschool hospital teachers.

This profession has a huge demands on the teacher personality, his emotional stability, the ability of the positive and energetic thinking that a professional is able to transfer and distribute. It is the hospital teacher who "makes the little difference" and brings joy, comfort and peace to children and their parents.

Keywords: Hospital teacher, hospital school teacher, chronically ill children, hospital kindergarten, upbringing and education in hospitals

Chtěla bych poděkovat touto cestou paním učitelkám mateřské školy při nemocnici za to, že byly ochotné a velmi vstřícné sdílet se mnou své zkušenosti a umožnily tak vznik této práce. Rovněž bych chtěla poděkovat za trpělivost a obrovskou oporu své rodině. Zvláštní poděkování patří paní docentce doc. PaedDr. Adrianě Wiegerové, PhD. za podporu, kterou mi poskytovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze rigorózní práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH PŘI NEMOCNICÍCH.....	16
1.1 CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	16
1.2 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH PŘI ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	17
1.2.1 Legislativa upravující výchovně-vzdělávací proces dlouhodobě hospitalizovaných dětí.....	17
1.2.2 Učitelé pracující při nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních.....	19
1.3 DOSAVADNÍ STAV POZNÁNÍ A LITERATURY.....	19
2 PROSTŘEDÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	21
2.1 STERILNÍ PROSTŘEDÍ NEMOCNIC.....	21
2.1.1 Přístup zaměřený na děti a rodiny.....	22
2.1.2 Význam a poslání mateřských škol při nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních.....	23
2.1.3 Informační a komunikační technologie ve vzdělávání.....	24
3 ZKUŠENOST NEMOCI A HOSPITALIZACE U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	26
3.1 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY VÝVOJE CHRONICKY NEMOCNÝCH DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	26
3.1.1 Kognitivní aspekty vývoje chronicky nemocných dětí předškolního věku.....	26
3.1.2 Emoční aspekty vývoje chronicky nemocných dětí předškolního věku.....	28
3.1.3 Fyzické změny a aktivity v případě onemocnění.....	30
3.1.4 Socializační aspekty vývoje chronicky nemocných dětí předškolního věku.....	30
4 RODINA S CHRONICKY NEMOCNÝM DÍTĚTEM.....	32
4.1 RODINA JAKO ŽIVÝ SYSTÉM VZTAHŮ.....	32
4.2 VLIV ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE NA ŽIVOT V RODINĚ.....	33
4.3 VÝCHOVA CHRONICKY NEMOCNÝCH DĚTÍ.....	34
4.4 SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ S RODINOU.....	35
5 UČITELÉ MATEŘSKÝCH ŠKOL V NEMOCNICÍCH.....	37
5.1 ROLE UČITELŮ MATEŘSKÝCH ŠKOL PŘI NEMOCNICÍCH.....	37
5.2 VÝZNAM PSYCHICKÉ POHODY UČITELŮ MATEŘSKÝCH ŠKOL PŘI NEMOCNICÍCH.....	39
5.3 PROFESNÍ ZNALOSTI A KOMPETENCE UČITELŮ MATEŘSKÝCH ŠKOL PŘI NEMOCNICÍCH.....	41
5.3.1 Výuka u lůžka a ve třídách/hernách.....	41
5.3.2 Vytvoření prostředí vstřícného ke hře a rozvoji.....	42
5.3.3 Význam komunikačních dovedností u učitelů mateřských škol při zdravotnických zařízeních.....	43
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	45

6	UČITELÉ MATEŘSKÉ ŠKOLY PŘI NEMOCNICI.....	46
6.1	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	46
6.2	METODOLOGIE VÝZKUMU	47
6.2.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	47
6.2.2	Charakteristika participantů	47
6.2.3	Metodologický design výzkumu	48
6.2.4	Analýza získaných dat.....	49
7	JSME JINÍ?	51
7.1	VZDĚLÁVÁNÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE PŘI NEMOCNICI	51
7.1.1	Výuka probíhá na odděleních.....	51
7.1.2	Nemáme už ty prostory pro děti.....	53
7.1.3	A to „venku“ vám poskytuje strašně moc možností	55
7.2	TADY SE TA SITUACE MĚNÍ Z HODINY NA HODINU	56
7.2.1	Velká improvizace	57
7.2.2	Já musím umět naskočit	57
7.2.3	Já nemám tu návaznost.....	58
7.2.4	Ten celý čas vyplňujete hlavně vy	59
8	DĚTI V NEMOCNICI, NEMOCNICE PRO DĚTI.....	60
8.1	ONO SI TO VYBRALO JEHO	60
8.2	DO KAŽDÉHO ŽIVOTA DÍTĚTE SE ZAPÍŠU JINAK.....	61
8.3	VY TO PROSTĚ MUSÍTE UKECAT	63
8.4	MY HLAVNĚ POTŘEBUJEME ZABAVIT	64
9	KAŽDÝ VÍME, KDE STOJÍME	66
9.1	RODIČE A UČITELÉ MATEŘSKÉ ŠKOLY PŘI NEMOCNICI.....	66
9.1.1	Děcko v pohodě, rodič v pohodě!	66
9.1.2	Začlenit nebo nezačlenit?	67
9.1.3	Partáci nebo služby	68
9.2	UČITELÉ MATEŘSKÉ ŠKOLY PŘI NEMOCNICI A ZDRAVOTNÍČTÍ PRACOVNÍCI.....	70
9.2.1	Týmovost nebo netýmovost?	70
9.2.2	Potřebujeme hlavně vědět, jestli se může učit!	71
10	MY JSME TADY PRO ÚPLNĚ JINOU VĚC	73
10.1	To ČLOVĚK MUSÍ MÍT V SOBĚ	73
10.2	JÁ SE VNÍMÁM JAKO NORMÁLNÍ ČLOVĚK V TOM PROCESU.....	74
10.3	JSME SPECIÁLNÍ ŠKOLA!	76
11	TEORETICKÝ MODEL OTEVŘENOSTI UČITELŮ MATEŘSKÉ ŠKOLY PŘI NEMOCNICI.....	77
11.1	BÝT OTEVŘENÝ VŮČI SOBĚ ANEB BLÍZKOST K SOBĚ, OTEVŘENOST VŮČI SVĚTU.....	78
11.2	BÝT OTEVŘENÝ K DĚTEM ANEB „JEŽIŠ... , ONI SE TAK TĚŠILI DO TĚ NEMOCNICE“	79
11.3	BÝT OTEVŘENÝ V SÍTI VZTAHŮ ANEB „VŠICHNI VÍME, KDE STOJÍME“	80
11.4	BÝT OTEVŘENÝ VŮČI PROSTŘEDÍ ANEB „...JE TO JINEJ SVĚT..“	81
	ZÁVĚR	87
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	89

SEZNAM PŘÍLOH.....	97
---------------------------	-----------

ÚVOD

Děti s chronickým onemocněním jsou dlouhodobě hospitalizovány nebo opakovaně navštěvují nemocnici z důvodu léčby onemocnění. Během hospitalizace jsou dětské pacienti v nemocnici izolováni a možnosti jejich interakce s rodinou, vrstevníky a vnějším světem jsou výrazně omezeny. Následkem zkušenosti dětí s onemocněním, bolestí a dalšími omezeními mohou navíc tyto děti trpět nízkou sebeúctou. Mají přitom právo nejen na vzdělání, ale i na to, aby edukační proces byl uzpůsoben jejich individuálním potřebám do takové míry, jak to jejich zdravotní stav dovolí. Edukační prostředí by mělo být přátelské a bezpečné, aby poskytovalo podporu vzdělávacím činnostem. Je třeba předejít nežádoucím jevům, které by mohly bránit učení dětí s chronickým onemocněním. Při naplňování vzdělávacích cílů v prostředí nemocnice spolu musí kooperovat a komunikovat členové zdravotnického týmu s učiteli v největším zájmu dítěte, aby onemocnění a pobyt v nemocnici měly co nejmenší dopad na osobnost dítěte a jeho vývoj (Carstens, 2004).

Učitelé v nemocnicích zabezpečují rozvoj dítěte a kontinuitu jejich vzdělávání. Jsou zodpovědní za kvalitu vzdělávání nemocných dětí, které je realizováno ve specifickém prostředí nemocnic.

Cílem teoretické části předkládané rigorózní práce je představit celkovou problematiku a kontext práce učitelů mateřských škol v nemocnicích. Teoretická část je členěna do pěti kapitol.

První kapitola je úvodním vstupem do problematiky. Zabývá se stručně podstatou chronického onemocnění a důsledky, které toto onemocnění a léčba přináší. V další podkapitole je popsáno zřizování mateřských škol při zdravotnických zařízeních a jejich význam pro nemocné děti. Třetí podkapitola se zabývá profesí učitelů v nemocnicích a jejich specifickou situací, na kterou se snaží upozornit také Asociace nemocničních pedagogů v Evropě. V první kapitole je rovněž nastíněna literatura, která se vzděláváním dětí a problematikou učitelů v nemocnicích a jejich jedinečnou zkušeností zabývá.

Druhá kapitola charakterizuje nemocniční prostředí. Toto prostředí mi osobně není neznámé, protože jsem v něm strávila tři roky života jako zdravotník, a považovala jsem za nutné toto prostředí a jeho specifčnost definovat a zároveň i popsat současný trend, kdy se nemocnice snaží o zlepšení poměrů pro děti i rodiče. Právě na děti a rodinu orientovaný přístup je základem pro kvalitní komunikaci, spolupráci a pomoc.

Třetí kapitola se zabývá důsledky, které onemocnění dětem přináší. Týkají se jejich kognitivního, emočního, fyzického a sociálního vývoje. Nemoc zasahuje všechny oblasti a stává se součástí identity dětí. Je důležité pochopit, jakým způsobem nemoc zasahuje tělo, myšlení, emoce i chování, jak děti onemocnění vnímají, aby jim odborníci mohli lépe pomoci snášet důsledky onemocnění.

Rodina je živý systém vztahů. Jakákoliv změna u jednoho člena má následky pro všechny ostatní. Čtvrtá kapitola upozorňuje na tento aspekt, kdy onemocnění dětí zasahuje rodiče, sourozence i prarodiče. Je důležité, aby učitelé v nemocnici pracovali i s rodinnými příslušníky a začlenili je do výchově-vzdělávacího procesu. Zvládání onemocnění ze strany blízkých je důležité pro pohodu nemocného dítěte. I v tom je role učitelů mateřských škol při nemocnicích významná.

Pátá kapitola je zaměřena na samotné učitele. Práce učitelů mateřských škol při nemocnicích je specifická a velmi náročná. Velké nároky jsou kladeny na osobnost učitelů, motivy, pro které se rozhodli vykonávat tuto práci, ale i jejich wellbeing. Významné jsou jejich profesní znalosti a kompetence, kdy potřebují ke své práci specifické znalosti týkající se jednotlivých onemocnění a možností práce s nemocnými dětmi. K zásadním kompetencím patří komunikační, kdy učitel musí být schopen velmi rychle navázat vztah s dětmi, rodiči, ale i se zdravotnickým personálem, od něž potřebuje získat kvalitní informace, aby mohl úspěšně s dítětem pracovat.

Hlavním cílem výzkumné části práce je popsat a analyzovat zkušenosti učitelů mateřských škol při práci s chronicky nemocnými dětmi. Participanty byli čtyři učitelé mateřské školy při nemocnici, kteří byli ochotni sdílet své zkušenosti a názory. Nemocniční prostředí je prostředím, kde je potřeba kvalifikovaných a kvalitních učitelů se specifickými profesními znalostmi a kompetencemi. Tato profese klade značné nároky na osobnost učitelů, jejich emocionální stabilitu, schopnost pozitivního až energizujícího myšlení, které jsou tito odborníci schopni přenášet a rozdávat dál. Právě učitelé v nemocnicích jsou těmi, kdo „dělá ten malý rozdíl“ a přináší radost, pohodu a pokoj dětem, ale i rodičům. (Steinke, Elam, Irwin, Sexton, & McGraw, 2016)

Pro účely této práce jsou využívány následující pojmy v tomto kontextu:

- Mateřské školy při zdravotnickém zařízení - mateřské školy při nemocnicích, léčebnách a ozdravovnách, tj. jde o nadřazený pojem k pojmu mateřské školy při nemocnicích.
- Mateřské školy při nemocnicích/nemocnici je specifitější pojem, který je užíván pro mateřské školy zřizované krajem výlučně při nemocnicích.
- Pojem učitel mateřských škol při nemocnicích je využíván v teoretické části, ale i v empirické části při analýze a interpretaci dat
- Pojem učitelka/y mateřské školy je využit v podkapitole Charakteristika participantů

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH PŘI NEMOCNICÍCH

Chronická onemocnění a hospitalizace jsou realitou života pro velké množství dětí a jejich rodin. Péče o tyto děti je náročná a musí zahrnovat všechny potřebné aspekty, aby se děti rozvíjely i přes skutečnost závažného onemocnění. V nemocnicích, kde vznikají mateřské školy při nemocnicích, je vždy primární lékařská a ošetrovatelská péče o děti. Paternalistický přístup k dětem i rodinám, režimová pravidla, nařízení a speciální technologické přístroje dávají malý prostor k tomu, aby se děti mohly rozvíjet (Holanda, & Collet 2011). Navíc prostory nemocnic nejsou primárně architektonicky ani organizačně uzpůsobeny k realizaci vzdělávání dětí.

1.1 Chronická onemocnění dětí předškolního věku

Chronická onemocnění postihují přibližně 7-10 % dětské populace a jejich počet se zvyšuje. Na rostoucím počtu se podílí několik faktorů, jako jsou pokroky v medicíně, nepříznivé životní prostředí a nezdravý styl (Klener, 2006). Děti trpící chronickým onemocněním jsou zdravotně znevýhodněny. Každá fáze onemocnění představuje pro děti a jejich rodiny obrovskou výzvu a je provázána stresory (Compas, Jaser, Dunn & Rodriguez, 2012), které vycházejí ze závažnosti onemocnění a jeho příznaků, náročného léčebného režimu, častých lékařských prohlídek a pobytů v nemocnici, nepříjemných a bolestivých vyšetřeních, nepředvídatelného průběhu onemocnění, období bez příznaků a následného náhlého zhoršení stavu. Některá onemocnění mají kolísavý průběh. Vždy závisí na závažnosti onemocnění, osobnosti dítěte, ale i rodičů, věku, kdy děti nemoc postihla, náročnosti léčby a na tom, jak dokáží nemoc přijmout a přizpůsobit se situaci. Pro nemocné a tělesně postižené děti znamená navíc vážné onemocnění narušení či zbrzdění vývoje. (Vágnerová, Hadj-Mousová & Štech, 2004, s. 17).

Chronická onemocnění mohou způsobovat fyzická omezení jedince, která mohou být viditelná nebo neviditelná. Každá nemoc a omezení má aspekt psychologický, nemoc ovlivňuje myšlenky, emoce, chování. Nemoc často devastuje sebevědomí dětí a jejich sebeobraz. Sociální komponent pak zahrnuje širší kontext. Nemoc dítěte vždy velmi podstatně zasáhne nejbližší rodinu – rodiče, sourozence, prarodiče, ale i širší sociální okruh. Tyto děti mohou mít problém se školní docházkou, nemusí být ve škole úspěšné. Nemoc zasáhne i vztahy ve

škole, ať už ve vztahu k učiteli či ke spolužákům. Mnohé děti tak mohou zakoušet osamělost, diskriminaci a stigmatizaci (Lung & So, 2013).

Hospitalizace pak konstituuje další nepříjemnou životní zkušenost, kdy děti musí opustit blízké prostředí domova a osoby, které jsou pro ně důležité, musí přerušit své oblíbené aktivity a hry (Koukourikos, Tzaha, Pantelidou & Tsaloglidou, 2015). Přejít z rodinného prostředí do neznámého, někdy strach nahánějícího prostředí nemocnice způsobuje úzkost u dětí, ale i jejich rodičů a blízkých. Tyto pocity jsou ještě vystupňované, pokud dítě trpí chronickým onemocněním či onemocněním ohrožující život nebo podstupuje léčbu, která jej na dlouhý čas izoluje od všeho blízkého. Malí pacienti vlastně prožívají strach z nemoci a jejích důsledků, vstřebávají do sebe i strach blízkých, ale zakouší i strach z hospitalizace samotné – z pobytu a separace od rodičů, strach z vyšetření a nepříjemných invazivních zákroků, strach z bolesti, z diagnózy. Zakouší nejistotu, ztrátu kontroly a bezpečí (Koukourikos, Tzaha, Pantelidou, & Tsaloglidou, 2015).

1.2 Výchova a vzdělávání v mateřských školách při zdravotnických zařízeních

Hospitalizované děti by měly mít prostor a možnosti, které umožňují jejich osobní rozvoj, výchovu a vzdělávání. Těžká situace a prostředí však dostávají dítě do nevýhodné pozice, jaká musí být ošetřena dokumenty, které upozorňují na danou problematiku, a legislativou, která práva a povinnosti vůči dětem zajišťuje na právní úrovni.

1.2.1 Legislativa upravující výchovně-vzdělávací proces dlouhodobě hospitalizovaných dětí

Charta práv hospitalizovaných dětí (Charta EACH) byla přijata v roce 1988 v holandském Leidenu. Charta práv hospitalizovaných dětí je přehledem práv, která mají všechny děti v souvislosti s vážným onemocněním, když jsou hospitalizovány. Tato práva zahrnují skutečnosti před pobytem v nemocnici, v průběhu pobytu a po jeho skončení. Postupně byly k jednotlivým článkům tohoto dokumentu přidávány doplňující komentáře, jejichž účelem je usnadnit zavádění Charty do praxe. Podle Charty práv hospitalizovaných dětí mají nemocné děti být do nemocnice přijímány jen v nezbytném případě, kdy péči nelze poskytnout v domácím ošetření. Děti mají právo na neustálý kontakt se svými blízkými. Dále na informace

v kvantitě a kvalitě, která odpovídá jejich věku a chápání, aby se mohly podílet na rozhodování. Každé dítě má právo na jednání s taktem a pochopením, kdy jim veškerá péče bude poskytována kvalifikovanými odborníky. Děti mají právo být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám. Poslední, desátý článek těchto práv se týká hry, odpočinku a vzdělávání za účelem zajištění práva a příležitosti na učení a vzdělávání. Podle práv mají být děti v prostředí, které je nejen zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, ale zároveň i vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku i vzdělávání, přizpůsobenému jejich věku a zdravotnímu stavu. (Nadační fond Klíček). V České republice Práva hospitalizovaných dětí schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993 (MPSV).

Samotné vzdělávání dětí, žáků a studentů je ošetřeno v české legislativě ve školském zákoně č. 561/2004 Sb ve znění pozdějších předpisů, a zejména vyhláškou č. 27/2016 Sb ve znění pozdějších předpisů, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Podle § 181 odst. 1 školského zákona kraje zřizují jak mateřské, základní, střední školy a školská zařízení pro děti a žáky uvedené v § 16 odst. 9 školského zákona (tj. dle dřívější terminologie „speciální školy“), tak školy při zdravotnických zařízeních. (MŠMT) V těchto školách se vzdělávají děti a žáci se zdravotním oslabením nebo dlouhodobě nemocní umístění v příslušném zdravotnickém zařízení, pokud jejich zdravotní stav vzdělávání umožňuje. K zařazení do vzdělávání se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce dítěte. (MŠMT)

Mateřská škola při zdravotnickém zařízení (nemocnice, dětská léčebna, ozdravovna) zajišťuje výchovu a vzdělávání dětí od 2 do 7 let. „*Cílem práce v mateřské škole je překonat kritickou dobu, kterou dítě prožívá během hospitalizace, zlepšit jeho psychický stav, který úzce souvisí s jeho uzdravením, udržet jeho vývojovou úroveň a vrátit ho rodičům spokojené a plné pohody.*“ (Vítková in Pipeková, 1998, s. 157).

Učitelé mateřských škol při nemocnicích získávají odbornou kvalifikaci dle zákona č. 563/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. Pro posouzení odborné kvalifikace je rozhodující ustanovení § 6.

Problém mateřských škol při nemocnicích je především v tom, že navzdory jejich specifickým česká legislativa nebere zvláštnosti těchto škol v úvahu (Mareš & Žovka, 2016, s. 65). Jejich specifčnost je dána samotným prostředím, prací s nemocnými dětmi, průměrnou délkou vyučovací hodiny, kdy práce s nemocnými dětmi není zohledňována, a nejsou zohledňovány ani počty dětí při individuální výuce (Mareš & Žovka, 2016, s. 65).

1.2.2 Učitelé pracující při nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních

Učitelé mateřských škol při zdravotnických zařízeních jsou zodpovědní za vzdělávání dětí, které podstupují dlouhotrvající a opakované terapie v nemocnicích. Z důvodu specifických podmínek při edukačních činnostech, které jsou dány speciálními potřebami nemocných dětí, ale i prostředím edukační reality, mohou nemocniční učitelé čelit větším profesním problémům než jejich kolegové z běžných škol. Záměrem jejich práce je poskytnout a vytvořit nemocným dětem pozitivní a podnětné prostředí s cílem vzdělávat a pokračovat ve vzdělávání bez ohledu na to, jak negativní je prognóza onemocnění (Csinády, 2015)

Jedním z nejvýznamnějších mezinárodních právních dokumentů, kterým byly ustanoveny principy práce učitelů při nemocnicích, je Charta Hope, která byla podepsána 20. května 2000. Podle Charty Hope má každé dítě a mladý člověk právo na vzdělání v nemocnici a doma. Každodenní život musí být v této extrémní situaci normalizován, denní rutina může v tomto úkolu napomoci. Vzdělávání může být poskytováno individuálně, ve skupinách, ve třídách. Nemocnice nebo domácí vzdělávání musí uspokojovat potřeby dítěte, žáků a studentů. Pokud je to jen trochu možné, měly by být učiněny kroky k zabránění izolace dítěte, a to i za pomoci moderních technologií (Hospital organisation of pedagogues in Europe).

1.3 Dosavadní stav poznání a literatury

Na základě prostudované literatury je zřejmé, že učitelé v nemocnicích zakouší jedinečnou zkušenost, která není v českém prostředí ani v zahraničí dostatečně popsána a analyzována.

V českém prostředí se problematikou nemocných dětí zabývá Plevová, která napsala již v roce 1997 publikaci *Dítě v nemocnici*. Tato práce pojednává velmi komplexně o problematice výchovy a vzdělávání v nemocnici a o školách vznikajících při nemocnicích. Další

významnou, aktuálnější publikací je práce autorů Dlouhá a Dlouhý (2015) s názvem Pedagogická podpora nemocného dítěte.

Školami při nemocnicích a jejich významem a legitimitou se zabývají ve svém článku Školy při nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních autoři Mareš a Žovka (2016). Zdůrazňují prospěšnost a význam těchto škol, navzdory zkracování doby hospitalizace. Umožňují totiž dlouhodobě nemocným dětem plynulý návrat do původní kmenové školy. Podrobnější údaje o výuce ve školách při nemocnicích získala Plassová (2012), kdy prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku distribuovaného na 16 školách zjistila, že výuka v nemocnicích probíhá jinak, než si učitel naplánoval, a to z důvodu managementu léčby onemocnění a režimových opatření ve zdravotnických zařízeních.

Specifiky práce učitelů ve školách v nemocnicích se zabývají autorky Prokešová a Žáčková (2005) v článku Pedagog v nemocniční škole a upozorňují na fakt, že učitel ve škole při nemocnici překračuje svou roli a stává se pro dítě partnerem, spolupracovníkem a terapeutem. Významná je i skutečnost intenzivní komunikace a spolupráce s rodiči, kteří mohou být hospitalizováni spolu s dítětem a pozitivně oceňují přítomnost učitele v nemocnici. Velmi podstatná je v tomto směru zahraniční dizertační práce Lillian Elizabeth Carstens (2004) Teachers' Experience of Teaching In a Hospital School, která popisuje celkový kontext této problematiky. Zaměřuje se na osobnost hospitalizovaného dítěte, ale i na osobnost učitele v nemocnici, jeho roli, charakteristiky a činnosti. Druhou zásadní prací je studie kolektivu autorů Zazryn, Macleod, Silks & Strong (2012): Children's Learning at the Royal Children's Hospital. Tito autoři ve svém výzkumu zkoumali názory a postoje žáků, studentů, rodičů, zdravotnických pracovníků a učitelů na vzdělávání ve zdravotnických zařízeních. Jako výzkumné metody byly zvoleny polostrukturované rozhovory a fokusové skupiny. V práci jsou analyzována data získaná od jednotlivých skupin participantů a jsou z nich vyvozeny velmi podnětné a inspirativní závěry. Dalším významným článkem je text autorů Steinke, Elam, Irwin, Sexton & McGraw, A. (2016), kdy cílem jejich výzkumu bylo zjistit, jak učitelé v nemocnicích vnímají svou práci, edukační programy a praxi.

Značné množství článků a publikací se zabývá chronicky nemocnými dětmi a vlivem onemocnění na psychiku dětí, jejich rodinami i dalším sociálním kontextem. Mezi mnohými je potřeba jmenovat Matějíčkovu publikaci Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí (2001), určenou pro studenty středních škol, a dále publikaci kolektivu autorů Vágnárova, Hadj-Mousova & Štech s názvem Psychologie handicapu (2004).

2 PROSTŘEDÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Umístění jedince do nemocnice je vždy velkým zásahem do jeho života. Především malé děti ztrácí oporu a pocit bezpečí, což má velký vliv na jejich psychický stav. Péče o ně je tak velmi náročná. Prostředí nemocnic je značně sterilním prostředím, chudým na podněty, děti musí zůstat dlouhé dny v pokojích, kde není mnoho příležitostí si hrát. Nemocnice jsou architektonicky vystavěny za jiným účelem, než jsou účely vzdělávací, a vytvoření vhodných prostor k výuce a hře velmi závisí na managementu nemocnic a finančních zdrojích.

2.1 Sterilní prostředí nemocnic

Hospitalizace je velkým zásahem do života dětí. Prostředí nemocnic je stresové a přetlakové pro všechny zúčastněné a v některých momentech zůstává málo prostoru pro kvalitní komunikaci (Bramhall, 2014, s. 55). Hospitalizované děti čelí mnoha faktorům, kdy se musí přizpůsobit neznámému, režimem ovládanému prostředí, kde je dítě vystaveno často nepříjemným a bolestivým vyšetřením a výkonům.

V nemocnicích se život odehrává na lůžku pacienta před ostatními pacienty a jejich blízkými, na vyšetřovnách, které jsou plné pro pacienty „ohrožujících“ nástrojů a techniky sloužící k vyšetřování. Ty navozují nepříjemné pocity i vzpomínky na bolestivé výkony. Další situace se odehrávají v kancelářích, kde je komunikace neustále narušována „požadavky dne“, zvoněním telefonů a pracovními záležitostmi personálu.

Často chladný a lhostejný přístup zdravotnického personálu, kdy jsou děti redukovány jen na jednotlivé diagnózy, může způsobovat pocity zoufalství, znechucení, rozpaky a stud. Závislost a beznaděj pak mohou často vyústit v pocity úzkosti, ponížení, apatie, stažení se do sebe, hněv a agresi (Shah & Othman, 2013). Ve zdravotnických zařízeních často odborníci jednájí s malým respektem k dětským pacientům, leckdy neosobně a pouze dle protokolu a směrnic, aby dosáhli terapeutického výsledku na úkor bolestivého a stresového prožitku dětí (Keller de Matos, Canela, Silveira & Wernet, 2014).

Vztahy v nemocnicích jsou determinovány dominancí zdravotnických pracovníků, kteří se snaží jednat v nejlepší zájmu dětí, přesto mnohdy prostřednictvím nevhodné komunikace,

strategiemi a postupy, které mohou znehodnocovat děti samotné, od nichž se očekává absolutní poslušnost, podřízení se a spolupráce. Komunikace a spolupráce pak ještě může být v případě personálu ztížena vysokým přetížením prací, nedostatkem času lépe komunikovat, nedostatkem podpory, vzájemnými konflikty mezi zdravotníky, neschopností či nedostatkem dovedností a strategií ke zvládnutí problematických otázek ze strany pacienta, jeho následných reakcí a emocí (Bramhall, 2014, s. 55).

2.1.1 Přístup zaměřený na děti a rodiny

V porovnání s výše popsány skutečnostmi se současné době prosazuje trend směřující k zajištění bezpečného a k uzdravení směřujícího prostředí. Hlavním cílem této myšlenky je zmírnit či odstranit bolestivou zkušenost dětí a zahrnout je jako aktivního člena do procesu léčby a uzdravení.

Nejdůležitější prioritou v tomto směru je nevnímat děti jako malé dospělé, ale jako individuality, a brát je jako bytosti s lidskými potřebami, kde nejdůležitější je potřeba lásky a bezpečí, potřeba být slyšen a vyslyšen. Cílem je umožnit jim spolurozhodovat v nejvyšší možné míře, pokud to lze, nebo nabídnout prostor, kde děti mohou rozhodovat o věcech, které jsou schopny ovlivnit. Žádné prostředí nemocnice by nemělo být chudé na tyto podněty, neboť vždy by tam měli působit profesionálové a zároveň lidské bytosti, které potřebám dětí i rodin rozumí, a těmi učitelé mateřských škol v nemocnicích jsou.

Dětští pacienti nejsou malými dospělými. Je třeba si ale uvědomit, že téměř vždy jsou dospělými provázeni. Komunikace se pak odehrává mezi dvěma dospělými a děti zůstávají stranou, ačkoliv se jich celá tematika velmi dotýká. Profesionálové komunikují s rodičem a děti se stávají objekty v pozadí. Navíc je ke komunikaci využíván terminologicky specifický jazyk, jemuž děti nerozumí (Kyngas, 2003). V tomto směru by se profesionálové měli učit komunikovat a jednat s dětmi, ale i s jejich blízkými, kteří tvoří doprovod v nemocnicích.

V této souvislosti je nutné zmínit na péči rodinu orientovanou (Family-centred care). Tento přístup byl poprvé představen na konferenci Podpora odborníků a rodičů v roce 2001 doktorkou Olgou Starkovou (Nadační fond Klíček). „Family-centred care“ je péče, která pohlíží

na dítě v nemocnici v celostním kontextu nejen osobním, ale i v kontextu jeho nejbližší sociální vazeb.

„Family-centred care (FCC) je filosofie péče, která usnadňuje spolupráci mezi rodinou a odborníky, udržuje rovnováhu mezi potřebami rodiny a radami odborníků, jedná s rodiči jako s rovnocennými partnery v ošetrovatelském týmu a v celém procesu léčebné a ošetrovatelské péče, do nějž odborníci vnášejí své odborné znalosti a z těchto znalostí vycházející služby, a rodiče zase informace o svém dítěti a jeho potřebách.“ (Nadační fond Klíček).

Family-centred care je péče, která uznává rodinu jako rozhodující faktor v životě dítěte a snaží se právě o podporu rodiny v její přirozené pečovatelské roli, zajišťuje spolupráci rodiny během hospitalizace a léčby. Usnadňuje také spolupráci a komunikaci rodiny a profesionálů, kdy jsou členové rodiny považováni za partnery v péči. Zasazuje se o to, aby s rodiči bylo jednáno jako se členy týmu (Nadační fond Klíček).

V kontextu těchto přístupů a nových trendů ve zdravotnické sféře jsou mateřské a základní školy při zdravotnických zařízeních další entitou, která přispívá k celkové péči, rozvoji a uzdravení, neboť učitelé ve školách při zdravotnických zařízeních jsou podporou pro celé rodiny s nemocnými malými členy. Intenzivní práce učitelů v nemocnicích není jen práce s malými pacienty, kdy jedním z hlavních cílů je odvádění od strastí onemocnění a léčby, ale je i prací s rodinami, kdy učitelé plní více rolí. Jsou pedagogy, průvodci celým zdravotnickým systémem, podporovateli a pomocníky všech, koho onemocnění zasahuje.

2.1.2 Význam a poslání mateřských škol při nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních

V České republice fungují školy při zdravotnických zařízeních již více než sto let. V současné době jsou školy nuceny čelit tlakům, kdy se s trendem zkracování doby hospitalizace objevují návrhy na jejich rušení. Navíc jsou školy navzdory svému specifickému poslání nuceny zvyšovat počty žáků připadající na jednoho učitele, jsou jim snižovány finanční dotace a klesají počty učitelů. Výsledkem těchto záměrů a kroků je redukce počtu škol při zdravotnických zařízeních v českém prostředí (Mareš, Žovka, 2016, s. 60).

Tyto školy mají ve zdravotnických zařízeních zásadní funkci. Zajišťují pro nemocné děti několik významných úkolů. Odvádí pozornost dětí od nemoci a příznaků, které přináší, pomáhají hospitalizovaným dětem nést důsledky hospitalizace, kdy učitelé usnadňují adaptaci, pomáhají překonat odloučení od rodiny a blízkých, zbavují děti strachu a úzkosti. Rovněž brání, aby pobyt v nemocnici způsobil mezery v jejich znalostech a dovednostech, a zajišťují dětem plynulý návrat domů. Dle Mareše a Žovky (2016, s. 61) zajišťují tyto školy nejméně šest funkcí: preventivní, kdy je nutná spolupráce s kmenovou školou, výchovně vzdělávací, poradenskou funkci, dále spolupracují s rodinou, zajišťují speciální pomůcky a naplňují funkci didaktickou, kdy se snaží děti vyučovat podle daného vzdělávacího programu.

2.1.3 Informační a komunikační technologie ve vzdělávání

Současně s tímto trendem jsou na vzestupu informační a komunikační technologie. E-learningové a online studium se stává pro vzdělávání dětí stále populárnější. Jde o vzdělávání prostřednictvím internetu a dle některých odborníků by problém vzdělávání dětí mohl být touto cestou vyřešen. „Hospitalizovaný žák by byl „na dálku“ v kontaktu s kmenovou školou, se svými spolužáky i rodiči – odpadla by nutnost provozovat školy při nemocnicích.“ (Mareš & Žovka, 2016, s. 66). Tato možnost byla navržena a vyzkoušena v rámci australského nemocničního projektu CYCLE (Children and Youth Connected with Learning technologies to Education), kdy hospitalizované děti zůstaly v kontaktu se svými rodiči a školou prostřednictvím telefonického spojení, e-mailového připojení a videokonferencí a projekt se setkal s velkým úspěchem. (Mareš & Žovka, 2016, s. 66).

V České republice je v tomto směru významný program e-DIHO (Education via the Internet Long-Term Hospitalist Children), který je zaměřený na trénink a přípravu učitelů vytvářet online vzdělávací programy pro edukaci chronicky nemocných dětí. Děti jsou prostřednictvím internetu ve spojení s učiteli svých kmenových škol a mají možnost si vybírat i kurzy a předměty, které je zajímají. Rovněž mohou aktivně plnit na základě aktuálního zdravotního stavu a rozpoložení zadané úkoly (Csinády, 2015).

V současné době výzkumy ukazují, že stále více dětí předškolního věku v zemích Evropské unie tráví čas na internetu (Holloway, Green, & Livingstone, 2013, s. 25). Technologie se stávají stále dříve a častěji součástí dětských světů (Freegard in Ward, 2013). Oblíbenými zařízeními jsou iPods, dotekové mobilní telefony, tablety, laptopy a inteligentní hračky. Děti

předškolního věku na nich hrají hry, dívají se na videozáznamy a vytváří si sociální interakce, a to často bez omezení a dohledu rodičů (Ward, 2013). V nemocnicích je internet skvělou příležitostí pro dlouhodobě hospitalizované děti, žáky a studenty, kterým otvírá prostor pro učení, zajišťuje kontinuitu vzdělávání (Csinády, 2015), je zdrojem zábavy a rozptýlení.

Na druhou stranu má distanční způsob vzdělávání i nepředvídatelné stránky, na něž upozorňují dětské lékaři, psychologové a psychiatři, kteří bijí na poplach v případě neomezeného užívání digitálních technologií u malých dětí, kdy jsou informační technologie využívány nadměrně, často nebezpečným způsobem a bez supervize rodičů (Holloway, Green, & Livingstone, 2013, s. 25). V případě dětí navštěvujících základní a střední školy navíc o rozsahu probíraného učiva při virtuální výuce rozhodují učitelé, což v nemocnicích nelze, neboť plnou zodpovědnost za zdravotní stav i zátěž nesou lékaři. Rovněž je problematická virtuální přítomnost dětí při hodinách v plném rozsahu, neboť jsou v nemocnici a léčí se (Mareš & Žovka, 2016, s. 66).

Učitelé v nemocnicích zajišťují osobní kontakt, jsou v neustálém spojení se zdravotníky, disponují potřebnými znalostmi pro svou práci. Díky tomu mohou kvalifikovaně a kvalitně zajišťovat výuku a podporovat rozvoj dětí s přihlédnutím k akutnímu stavu, potřebám a změnám. Virtuální světy jsou možností, není možné ale vzdělávání v nemocnicích tímto způsobem redukovat a omezit. V tomto smyslu jsou školy při nemocnicích nenahraditelné.

3 ZKUŠENOST NEMOCI A HOSPITALIZACE U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Chronická onemocnění i hospitalizace často limitují děti ve fyzických aktivitách a sociálních interakcích, které omezují svobodu a přirozenou potřebu prozkoumávat svět. Chronické onemocnění znamená pro děti a jejich rodiny omezení v prožívání „normálnosti“ života a má dalekosáhlé důsledky v podobě emocionálních problémů i v chování. Je nutné si však uvědomit, že těmto důsledkům je možné předcházet nebo je zmírňovat, jestliže je vytvořena kvalitní podpůrná síť, která dokáže s dětmi i s blízkými pracovat, a překonávat tak formující se chronické úzkosti a deprese.

3.1 Psychologické aspekty vývoje chronicky nemocných dětí předškolního věku

Předškolní období trvá přibližně od 3 do 6 let. Konec tohoto období není dán jen věkem, ale i nástupem do školy, tj. sociálním aspektem. Toto období je charakteristické dramatickými životními změnami, kdy dochází k postupnému uvolňování vázanosti a připoutanosti k rodině. Klíčovým konfliktem v tomto věku je iniciativa versus vina. V tomto období je pro další vývoj dítěte významná socializace a vrstevnická skupina (Vágnerová, 2012, s. 177).

Rozvoj osobnosti chronicky nemocných dětí závisí na citlivosti a přiměřenosti výchovy. Jednou z nejdůležitějších povinností všech odborníků a profesionálů v nemocnici je pak udržet vývoj a rozvoj dětí i přes závažnost příznaků, náročnost léčby a stres z hospitalizace, kdy dochází k odloučení ze známého světa, ke změně režimu a pobytu ve sterilním prostředí. Všechny tyto jmenované aspekty mohou přispívat k regresi ve vývoji dítěte (Graham, 2015, s. 14- 15), který je nutné snížit na nejnižší možnou úroveň a využít maximální potenciál dítěte ke zdravému vývoji a rozvoji.

3.1.1 Kognitivní aspekty vývoje chronicky nemocných dětí předškolního věku

Období předškolního věku je charakteristické značným rozvojem v kognitivní oblasti. V této vývojové fázi se děti odpoutávají od rodiny a začínají prozkoumávat svět a rozumět mu.

Pokud děti v tomto období vážným způsobem onemocní, je narušena jejich schopnost zkoumat okolní svět.

Poznávání se v tomto věku projevuje především v zaměření na nejbližší svět a pravidla, která v něm platí. Děti předškolního věku myslí symbolicky, názorně a intuitivně. Názorné vnímání v předškolním věku je značně vázáno na vnímané a představované prvky, dítě ještě potřebuje oporu reality (Vágnerová, 2012, s. 177). Mezery v chápání světa děti velmi snadno a hravě překlenují fantazií. Jejich myšlení je egocentrické, magické, absolutní a fenomenistické, kdy zjevná podoba světa má pro děti natolik dominantní význam, že jakákoliv zásadnější proměna vzezření určitého objektu či situace představuje ztrátu jejich původní totožnosti. Děti interpretují realitu tak, aby pro ně byla srozumitelná a přijatelná, i když si občas musí vypomáhat zkreslením. Tento způsob uvažování uspokojuje jejich potřebu jistoty a orientace ve světě (Vágnerová, 2000, s. 132).

Hospitalizované chronicky nemocné děti mohou vnímat své onemocnění jako trest za své předešlé chování. Děti předškolního věku interpretují své onemocnění v dimenzích konkrétních zkušeností, bez schopnosti hlubší abstrakce. Děti interpretují příčinné a důsledkové vztahy pro vysvětlení onemocnění v dimenzích až magických (Potter, 1984). To může často vést k tomu, že se děti obviňují za situace a události, které je obklopují. Právě porozumění tomu, jak děti vnímají, rozumí svému onemocnění, může odborníkům pomoci vytvořit a rozvinout věku přiměřené vysvětlení samotného onemocnění, vyšetřovacích metod a léčebného režimu, zvýšit spolupráci samotných dětí, ale i kvalitu jejich života s vážným onemocněním.

Když jsou děti diagnostikovány s vážným onemocněním, je nutné je ubezpečit a ubezpečovat, že onemocnění nevzniklo na základě jejich vlastního přičinění, že nejsou za onemocnění zodpovědné. Je také nutné je ujistovat, že během léčby nebudou opuštěny rodinou a blízkými. V tomto období totiž dochází k nekritickému přijímání rodičů a přesvědčení o jejich omnipotenci, všemocnosti, která v případě nemoci může být kriticky narušena, a svět, který má být vnímán jako bezpečný a zkoumatelný, je tak narušen. Vážná onemocnění a hospitalizace mohou způsobovat bolesti a nepříjemné životní zkušenosti, a narušovat tak myšlenku bezpečnosti světa, kdy nemohou pomoci ani rodiče se svou „všemocností.“

Je proto důležité, aby dětem informace o onemocněních a vyšetřeních nebyly zatajovány a aby byly poskytnuty informace úměrné jejich věku a myšlení. Jestliže děti nejsou připraveny na nepříjemné a nečekané životní zkušenosti, může to způsobovat obrovskou úzkost a schopnost spolupráce léčbou je narušena (Graham, 2015, s. 21).

Rozvoj poznávacích procesů ovlivňuje i sebepojetí. Děti o sobě uvažují, uvědomují si svoji jedinečnost a odlišnost od ostatních lidí. V předškolním věku začínají chápat sebe sama jako subjekt, a tak vzniká vědomí vlastní identity (Vágnerová, 2000, s. 115). Navíc součástí identity se stává cokoli, co k dětem určitým způsobem patří, tj. jeho osobní teritorium, lidé, k nimž má vztah, věci, které mu patří a prostředí, v němž žije (Vágnerová, 2000, S. 116-117), ale i onemocnění. I v tomto směru jsou pro ně významné věku přiměřené kvalitní informace, které jsou podány jak samotným dětem, tak jejich vrstevníkům, kteří v tomto období začínají tvořit významný sociální kontext dítěte. Pozitivní náhled, porozumění onemocnění a reakce vrstevníků může mít významný důsledek pro celkovou pohodu dítěte. Přijetí dětí s chronickým onemocněním má významné konsekvence pro sebepřijetí a přizpůsobení se životu s onemocněním ve skupině (Potter, 1984).

3.1.2 Emoční aspekty vývoje chronicky nemocných dětí předškolního věku

Emocionální potřeby dětí předškolního věku by měly také být náležitě zkoumány se snahou jim porozumět. Porozumění emocionálním potřebám ze strany zdravotnického a pedagogického personálu může pomoci ve vytvoření prostředí, které zajistí zdravou komunikaci mezi dítětem a členy týmu a podpoří vyjádření emocí. Emoce provází samotné onemocnění a jeho příznaky, emoce provází hospitalizaci a vše s ní související. Děti předškolního věku začínají rozumět svým pocitům, na druhou stranu své emoce neumí ještě dostatečně kontrolovat.

V této vývojové fázi děti ještě postrádají vyšší stabilitu emocí. Často se rozzlobí a vystresují, když se situace neodvíjí podle jejich představ a přání. Kolem tří až pěti let se začíná rozvíjet empatické citění. Děti začínají vnímat, že lidé kolem nich mají také pocity, a učí se na ně přiměřeně reagovat, začínají vnímat druhé lidi kolem sebe (Graham, 2015, s. 17).

Pro děti předškolního věku je důležitým zdrojem emocí rodina a její fungování. Zároveň nabývají na významu vztahy s vrstevníky, které přispívají k schopnosti separovat se bez problémů od rodičů, aniž by se rozvíjely úzkostné pocity dítěte. Vztahy s vrstevníky formují pozitivní pocity, přispívají k přizpůsobení se v mateřské škole (Graham, 2015, s. 17).

Příznaky onemocnění, nepříjemná léčba a časté hospitalizace mohou způsobovat stres a psychickou nepohodu, která může vyústit až k emocionálním problémům, úzkosti, depresím, poruchám chování a agresi. Opakované a protahované hospitalizace jsou pro děti obrovskou emocionální zátěží z důvodu změny prostředí, ale hlavně separace od blízkých, pokud nemohou být s dítětem hospitalizováni. Neznámé a sterilní prostředí, kdy děti nemají možnost příliš zkoumat a které může být na podněty chudé, může vyústit u dětí ve vypěstování pocitu viny a smutku. Negativně přispívá také omezení v účasti na tolik pro děti předškolního věku významných sociálních interakcích a aktivitách, což může při hospitalizaci vést k psychické deprivaci. Děti předškolního věku však potřebují vědět, že svět je bezpečný. Je proto nutné, aby všichni, kdo tvoří sociální kontext u dětí v nemocnici, podporovali jejich schopnost zkoumání světa a zajistili bezpečí tohoto světa, i když se jím stane sterilní svět nemocnice. Pokud dětem bude dána příležitost v tomto směru, stanou se nezávislymi s příležitostí pro jejich zdravý rozvoj. V opačném případě bude v dětech zakódována myšlenka nebezpečnosti světa a nutné závislosti na druhých. (Graham, 2015, s. 16)

Dalším významným emocionálním aspektem u dětí předškolního věku je strach z trestu, který vzniká z pocitu viny. Již zmiňovaný náhled na onemocnění, kdy je nemoc považována za trest, může eskalovat také myšlenkami dítěte, že pobyt v nemocnici není dočasný a že se už z nemocnice nikdy nevrátí domů. (Graham, 2015)

Děti předškolního věku potřebují stabilní bezpečné předvídatelé prostředí, jakoukoliv změnou se dostávají do psychické nepohody, kterou si mohou vysvětlovat nelogickým, až magickým způsobem, který je přiměřený jejich věku. V tomto směru je důležité pro děti zajistit bezpečnost a vlídnost prostředí, kdy jsou aktivity naplánovány a děti jsou přiměřeně informovány.

3.1.3 Fyzické změny a aktivity v případě onemocnění

Mnohá chronická onemocnění a léčebné zákroky mohou zanechávat na dětech fyzické změny, vyvolávající u dětí pocit, že jsou jinými bytostmi než před nemocí a zákrokem či terapií. Mohou ztrácet vlasy, může dojít k dramatickému snížení či zvýšení váhy, některá onemocnění mohou způsobovat stigmatizaci dětí. Tyto děti pak ztrácejí pocit své vlastní identity a vytvářejí si nízké sebevědomí (Rokach, 2010 in Graham, 2015, s. 25).

Onemocnění a léčba nezpůsobuje však jen fyzické proměny, ale i změny v možných aktivitách dítěte, nezbytných pro tento věk. Děti předškolního věku jsou velmi zvědavé a učí se překonáváním limitů, které jim klade do cesty prostředí. Překonáváním limitů získávají nezávislost a schopnost kontrolovat prostředí. Zvědavost je prominentním aspektem, děti zkoumají a hledají odpovědi ve hrách a při zkoumání světa, který by měl být bezpečný. Právě podpora hry a aktivního zkoumání utužuje zvědavost a dává dítěti svobodu (Graham, 2015, s. 15).

3.1.4 Socializační aspekty vývoje chronicky nemocných dětí předškolního věku

Období předškolního věku je označováno jako věk iniciativy, jehož hlavní potřebou je aktivita. Socializace dětí předškolního věku probíhá především v rodině, kde si osvojují základní normy chování. Postupně se s nástupem do mateřské školy ale vázanost na rodinu uvolňuje (Vágnerová, 2000, s. 132-133). Děti navazují kontakty s vrstevníky, které se pro ně stávají zdrojem množství podnětů, kdy dané sociální interakce mají význam pro vývoj dětských poznávacích procesů. Tento proces je možné vysvětlit pomocí zóny proximálního vývoje. Zóna proximálního vývoje je rozdíl mezi aktuální a potenciální úrovní vývoje dítěte. V tomto směru je právě významné učení nápodobou, kdy se jedince učí v sociálních interakcích s rodičem, učitelem, schopnější osobou, která nabízí pomoc, podporu, potřebné modelové strategie. Právě intelektuální rozvoj je stimulován a řízen v sociálních interakcích a prostřednictvím prozkoumávání okolí (Graham, 2015, s. 19).

Jestliže jsou děti diagnostikovány a trpí vážným onemocněním, veškeré sociální interakce a vztahy se stávají striktně omezenými. Právě limitované vrstevnické vztahy mohou být pro děti náročné v sociálním rozvoji. Často izolující onemocnění, léčba a pobyt v nemocnicích

znamenají, že malí pacienti přestávají navštěvovat mateřskou školu. Jsou nuceni zůstat v izolaci domácího prostředí nebo se dostávají do nového prostředí nemocnic, kde se každodenně mění zdravotnický personál (Graham, 2015, s. 25).

V období, kdy je nesmírně důležité umožnit dětem rozhodovat o sobě a zkoumat, se tyto děti dostávají do sterilního neosobního prostředí, kde se stávají pouhým článkem a kde zdravotničtí pracovníci jsou absolutní autoritou, již je potřeba se podřít (Graham, 2015, s. 19).

4 RODINA S CHRONICKY NEMOCNÝM DÍTĚTEM

Onemocnění dítěte má dalekosáhlé důsledky pro celou jeho rodinu. Psychosociální pohoda rodičů je významným aspektem pro pohodu a fungování nemocného dítěte, ale i dalších dětí v rodině. Právě postoje rodičů k onemocnění jsou zásadní pro to, jak dítě bude své onemocnění přijímat, jak bude schopné adaptovat se v nemocnici a jak bude schopné přijmout i samotnou, mnohdy velmi náročnou léčbu. Učitelé v nemocnicích se dostávají do úzkého kontaktu s rodiči, musí spolu komunikovat a spolupracovat, aby se dítě rozvíjelo. Je proto nutné, aby učitelé, ale i všichni odborníci porozuměli rodinám, které zakouší a prožívají onemocnění jednoho ze svých členů.

4.1 Rodina jako živý systém vztahů

Rodina je živý systém, kdy změna u jednoho člena, jako je chorobný a závažný stav, má vliv na všechny její další členy a naruší rovnováhu celého rodinného systému, kdy rodina začne čelit značným výzvám (Smith, Cheater, Bekker, 2013). Rodiny, kde onemocní dítě závažnou nemocí, se vyrovnávají s pocity, jako je zmatek, strach, úzkost a ztráta identity, které vyplývají z náročnosti samotného onemocnění, ale i léčebného režimu. Pracná péče o dítě, která může mít dopady na fyzickou a psychickou stránku všech členů, je náročná na čas i finance. Tyto pocity se postupně zmírňují, jakmile rodina získává informace a vlastní zkušenost s onemocněním, následně se situaci přizpůsobuje a nachází zvládací mechanismy, které jí napomáhají situaci zvládat a řešit (Smith, Cheater, & Bekker, 2013).

Přesto některé rodiny připouští fyzické i psychické vyhoření, které je manifestováno jako chronická únava, frustrace a pocit, že jsou neustále v emocionální dysbalanci a izolovaní (Smith, Cheater, Bekker, 2013). Zvýšená péče o jedno dítě, dopady onemocnění a omezení, které nemoc přináší, musí rodina jako celek řešit, trvale se jim přizpůsobovat a adaptovat se na ně. Nemoc dítěte vyvolává řadu změn nejen v rámci rodiny, ale následně i v širších sociálních vztazích, kdy rodiče mohou ztratit zaměstnání a musí se vzdát svých kariérních ambicí, přicházejí o své přátele, omezují společenský život (Smith, Cheater, & Bekker, 2013).

Dítě s chronickým onemocněním se postupně učí zvládat své onemocnění a léčebný režim, učí se zvládat toto onemocnění samostatně, ale stále se učí. Je nutné si uvědomit, že přítom-

nost, kontrola a podpora dospělých je nutná, a to nejen od rodičů, ale všech, kdo tvoří sociální kontext dítěte. V tomto směru může být učitel velmi nápomocný, neboť svým postojem k žákovi ovlivňuje i vrstevnickou skupinu ve třídě, která jeho postoje přejímá.

4.2 Vliv onemocnění dítěte na život v rodině

Dítě s chronickým onemocněním představuje zkoušku pro soudržnost jakékoliv rodiny. Choroba dítěte mění vztahy v rodině. Mění se vztahy dítěte k rodičům, protože dítě je na nich mnohem více závislé, více je potřebuje a jsou pro něj jediným zdrojem jistoty.

Zejména u menších dětí je pro dítě nejdůležitější matka, ale zároveň má nejtěžší úkol, protože bývá s nemocným dítětem nejčastěji. Je to právě ona, kdo nese největší břemeno nemoci. Pro mnohé ženy to však znamená, že na velmi těžkou práci s dítětem zůstávají samy. Musí snižovat své vlastní cíle, ambice a plány. Naopak některé ženy se mohou dítěti obětovat a nacházejí v dané situaci i vlastní seberealizaci a pocit uplatnění, kterých by jinak nedosáhly. Důsledkem toho však může být až nepřiměřená péče o dítě a následně naučená bezmocnost dítěte. To pak nebude schopno postarat se samo o sebe proto, že mu nikdy nebyl dán prostor a možnost. Tím také, že se pohybují tito rodiče pořád ve stejném okruhu lidí a problémů, se jejich obzor často zužuje (Křížová, 2004).

Otcovská role v péči o nemocné dítě je často upozaděna. Může tak utrpět role otců jako živitelů a ochránců rodiny. Některá onemocnění vyžadují nákladnou léčbu a pro rozpočet rodiny je to velmi náročné. Otcové se mohou cítit zodpovědní za to, že tyto nároky nejsou schopni naplnit, zvláště v případě, že se matka musí kvůli onemocnění vzdát svých kariérních ambicí a omezit, případně opustit zaměstnání. Rovněž je nutné zmínit, že otcové mohou cítit ztrátu kontroly nad situací, neboť v případě chronického onemocnění se rodina dostává do závislosti na jiných, zdravotnických specialistů. Přesto zahrnutí otce do péče má mnoho pozitivních dopadů na wellbeing dítěte a fungování rodiny a jeho role by měla být blíže zkoumána a popsána (Smith, Cheater, & Bekker, 2013).

Charakter sourozeneckého vztahu se značnou měrou odvozuje od přístupu rodičů k dětem. Nemocný sourozenec vyžadující zvláštní péči je ten upřednostněný, opečovávaný a může mít různé úlevy (Sakař, 2014). Zdravé děti mohou být upozaděny a trpět tím, proto se u nich mohou objevovat rizika emocionálních problémů, včetně odporu, agresivního chování, zmatení, rozpaků a pocitů zanedbanosti (Smith, Cheater, & Bekker, 2013).

4.3 Výchova chronicky nemocných dětí

Chronické onemocnění a hospitalizace dítěte je stresovou a náročnou životní událostí, kdy všichni zúčastnění opouští domov a známý prostor a nastupují pobyt v nemocnici. Výzkumy ukazují, že rodiče, a zvláště matky, zakouší úzkost v čase, kdy jsou hospitalizovány. Úzkost je obranná odpověď organismu, pokud je vystaven ohrožující události. Vysoká míra úzkosti postihuje ale pozornost, narušuje schopnost činit rozhodnutí, kognitivní schopnosti, ale i fyzické zdraví jako celek (Tseng, 2009, s. 437).

Rodiče zakouší velkou životní výzvu a rychlé, dalekosáhlé změny ve své rodičovské roli, kdy se jejich dítě dostává do neznámého prostředí a do péče zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu se může stát, že jsou rodiče v některých momentech a situacích neschopni jednat. Navíc jejich úzkost negativně ovlivňuje i samotné dítě, a to ve dvou směrech – přenáší vlastní úzkost na dítě a nejsou schopni pečovat o dítě, které péči potřebuje právě v momentu hospitalizace (Tseng, 2009, s. 437).

Začlenění rodičů a jejich emocionální podpora jsou klíčové pro vytváření efektivních strategií a pro adaptace samotného dítěte. Bez ohledu na závažnost diagnózy je nutné, aby rodiny získaly pozitivní náhled na život s onemocněním a zvládnutí onemocnění a aby vytvořily běžné rodinné prostředí.

Navzdory okolnostem je nutné nastavit a nastavovat u dětí hranice v případě nepřijatelného chování, což je někdy pro rodiče velmi náročné. Navzdory okolnostem je nutné stanovit hranice, které by děti neměly překračovat, snažit se o zavedení režimu a vykonávání denních aktivit, jak to jen onemocnění dovolí (Hirsch, 2015).

„V případě vážného onemocnění mají rodiče často tendenci slevit ze svých výchovných požadavků, aby dítěti obtížnou situaci co nejvíce usnadnili. Ačkoliv je toto jednání pochopitelné, náhlá změna v chování rodiče může v dětech vyvolat zmatek a úzkost. Pokud se podaří co nejvíce zachovat obvyklé chování a požadavky tak, jak je mají nastaveny z domova, adaptace dítěte na léčbu bude snadnější. Děti potřebují pocít jistoty, který jim dodávají rodiče, a to zejména v obtížných situacích, kdy jim není dobře a podstupují řadu vyšetření anebo léčbu.“ (MsfBrno, Špilová)

I výkyvy emocí u dítěte je však nutné a potřebné tolerovat. Děti nedokáží své pocity ovládat jako dospělí, mají velký strach, zlost nebo vztek a dávají své pocity najevo. Je důležité, aby své emoce rodiny ventilovaly, poznávaly a dokázaly s nimi pracovat.

Péče o chronicky nemocné a hospitalizované dítě je obrovskou výzvou. V některých rodinách vznikají zvýšenou péčí o dítě tenze a rodiny se postupně rozpadají. Naopak pro jiné rodiny se jedná o příležitost k rozvoji, kdy je nemoc sblíží, utuží a zesílí vztahy mezi členy, zlepší se komunikace a jsou naplňovány potřeby všech členů v závislosti na jejich potřebách – nemocného dítěte, sourozenců, rodičů, prarodičů a dalších významných členů rodiny (Smith, Cheater, & Bekker, 2013).

4.4 Spolupráce zdravotnického zařízení s rodinou

K tomu, aby rodiny dokázaly adekvátně reagovat a fungovat, potřebují kvalitní informace o onemocnění, zvládnutí akutních příznaků onemocnění v domácích podmínkách, léčbu samotnou, zvládnutí praktických, pečovatelských a ošetrovatelských dovedností, přístup k službám a kvalitní podpůrnou síť. Tyto podpůrné sítě musí spolupracovat a poskytnout informace a strategie, které rodinám pomohou zvládnout onemocnění a jeho dopady, a to nejen u dítěte, ale u všech zasažených (Smith, Cheater, & Bekker, 2013).

Mnoho rodičů popisuje, že právě získávání tolik potřebných informací je často velmi problematické a že byli velmi nespokojeni s tím, jak tyto informace od zdravotnických profesionálů, zvláště v počátcích diagnózy, získávali. Právě chabá komunikace a nedostatečné poskytování informací je podstatným závadným komponentem spolupráce mezi rodinou a odborníky. Mezi bariéry v komunikaci mezi rodiči a lékaři patří nedostatečné, nepřesné a nejasné informace ze strany zdravotnického personálu, kdy informace jsou podávány velmi rychle bez času na diskusi (Smith, Cheater, & Bekker, 2013). Je potřeba si také uvědomit, že rodiče po sdělení závažné diagnózy mohou být v takovém psychickém rozpoložení, že nejsou schopni informace adekvátně přijmout a vstřebat.

Ačkoliv je efektivní komunikace jádrem profesionálních dovedností, odborníci často selhávají a nejsou vybaveni ve schopnostech naplnit právo na informace a potřebu podpory (Smith, Cheater & Bekker, 2013). Rodiny potřebují tyto informace, neboť cenné údaje jim pomáhají získat moc a náhled nad onemocněním, schopnost zvládnout management léčby, připravit se na akutní stavy a jejich zvládnutí, náročný léčebný režim. Potřebují také vědět, že existuje podpůrná a informační síť, která je nenechá v izolaci. Chtějí být zodpovědní za

rozhodnutí, která činí na základě adekvátních informací, nechtějí být ale v těchto rozhodnutích osamoceni, chtějí kooperovat a sdílet zodpovědnost za svá rozhodnutí (Smith, Cheater, & Bekker, 2013).

Dalším významným aspektem je respektování zkušenosti s onemocněním právě prvotních poskytovatelů, kterými rodiče jsou. Jejich zkušenosti s onemocněním a jeho dopady jsou často podceňovány právě ze strany zdravotnických profesionálů. Rodiče musí mít možnost vyjádřit svůj názor a obavy, jejich znalosti a zkušenosti s onemocněním musí být brány v potaz. Toto je další výzvou pro zdravotnické a pedagogické pracovníky – integrovat zkušenost pacienta a pečovatелů s onemocněním do své vědomostní báze. Právě díky porozumění toho, jak je nemoc malým pacientem a jeho rodinou zakoušena a prožívána, mohou zdravotničtí pracovníci získat širší rámce a na tomto základě vytvořit pak efektivní léčebný program a plán péče (Smith, Cheater, & Bekker, 2013).

Posledním významným faktorem jsou již zmiňované podpůrné sítě, kdy rodiny nejsou ponechány svému vlastnímu osudu, ale získávají díky nim podporu a pomoc. Podpůrné sítě však často pro rodiny chybí, někdy a někde vůbec neexistují nebo jsou špatně koordinovány, případně nesaturují potřeby adekvátně, rychle a dostatečně včas. Mnohdy nejsou takovou podporou, jakou by měly být, a rodiny zůstávají v izolaci. Jednou z těchto podpůrných sítí může být však právě škola.

5 UČITELÉ MATEŘSKÝCH ŠKOL V NEMOCNICÍCH

V mateřské škole při nemocnici jsou děti pacienti speciální zdravotní péče, proto má jejich léčebná péče přednost a je prioritou. Vzdělávací cíle a obsahy jsou vždy determinovány individuálně podle zdravotního stavu dítěte, jeho rozpoložení a aktuálních potřeb. Jsou neustále hodnoceny, protože se zdravotní stav může měnit z minuty na minutu. Učitelé škol při nemocnicích jsou zodpovědní za vzdělávání dětí, které jsou do nemocnic přijímány, ať už na pobyt krátkodobý, dlouhodobý či jde o hospitalizace opakované. Diagnózy, životní podmínky a drastické změny v kvalitě života, nemocniční prostředí, fyzické a psychické změny vyplývající z onemocnění i léčby jsou pro děti velkým břemenem a jsou to právě učitelé, kdo může alespoň trochu zlepšit stav odvedením pozornosti od těžké situace a snížit strach a úzkost (Csinády, 2015).

5.1 Role učitelů mateřských škol při nemocnicích

Role učitelů v mateřské škole při nemocnici má mnoho forem a podob. Učitelé představují pro děti posly z běžného světa, kteří přináší jasnou zprávu, že jejich zdravotní stav je dobrý, stabilizovaný nebo že se lepší, přinejmenším do té míry, že si mohou hrát, malovat, učit se a zaměstnávat se aktivitami běžného dne, neboť i toto spojení s obyčejným světem se pro mnohé nemocné stává luxusem.

Učitelé navazují s dětmi i rodiči vztahy. Často se učitelé stávají pro děti nejen blízkými spolupracovníky, ale i „dočasnými rodiči“, kdy se děti na ně vážou a vytváří se užší pouto. Pro děti se učitel stává blízkým spojencem, kterému se mohou otevřít a sdělit mu své pocity, obavy, myšlenky, naděje, ať už je to při hře či výuce. Mnohá onemocnění totiž velmi tvrdě zasahují životy pacientů. Lůžko malého pacienta v nemocnici se stává prostorem reflexe i bitvou, kde malí pacienti svádí boj o svůj život s nemocí a jejími příznaky a následky. Učitelé by měli být schopni rozpoznat i tuto emocionální nerovnováhu a potřebu podpory a zasáhnout, případně zajistit psychologickou pomoc (Kyngas, 2003). Přítomnost učitelů na pokojích u dětí či ve třídách/hernách v nemocnicích má obrovský význam nejen pro děti samotné, ale i pro jejich doprovod.

V běžné mateřské škole i v mateřské škole při zdravotnickém zařízení je velmi podstatná osobnost učitele. Každý učitel má typ osobnosti a vlastní motivaci, které ovlivňují, jak bude uspokojovat potřeby dítěte a plnit vzdělávací cíle. Interakce s dítětem, ale i klima ve třídě závisí přímo na jeho osobnosti, neboť jeho vlastnosti a motivace ovlivňují přímo dítě, které se učí, jen pokud se cítí v bezpečném prostředí (Bauer, 2008 in Vorkapic, 2012, s. 28).

V současné době chybí vědecké a systematické studie zabývající se zkoumáním osobnosti učitele mateřské školy. Většina studií zkoumá kompetence, které by učitelé měli mít, role učitele mateřské školy a významné faktory, které ovlivňují profesionální rozvoj (Vorkapic, 2012, s. 30).

Ve studii autorky Vorkapic, která zkoumala význam osobnosti učitelů v předškolním vzdělávání (Vorkapic, 2012), se zkoumaní participanti hodnotili jako více otevření a komunikativní oproti běžnému vzorku, což se potvrdilo i ve výsledcích tohoto šetření, kdy byly využity Eysenckův test osobnosti a Big five test osobnosti. Předpokládaná vyšší míra extroverze se také potvrdila, neboť jednou z významných kompetencí učitelů mateřských škol je efektivní a jasná, otevřená komunikace a flexibilita práce s dětmi předškolního věku. Rovněž vyšší míra sociální konformity a žádoucnosti byla ve výsledku vyšší (Vorkapic, 2012, s. 31). Autoři výzkumu se domnívají, že tato vysoká míra konformity je dána potřebou učitelů prezentovat se v lepším světle, protože si uvědomují, že jsou pro děti vzorem. Každodenní interakce s dětmi totiž zahrnuje velmi náročnou roli být vzorovým modelem, což vyžaduje, aby se učitelé chovali a mysleli tak, jak je sociálně žádané a přijatelné. Učitelé si uvědomují, že jsou neustále pozorováni a jako modely také napodobováni (Vorkapic, 2012, s. 32).

Tato studie také potvrdila vyšší míru emocionální stability u učitelů mateřských škol. Je velmi důležité, aby profesionálové, kteří pracují s dětmi, byli emocionálně stabilní a reagovali přiměřeně na náhlé situace a konflikty, a to jak u dětí, tak s rodiči. K emocionální stabilitě přispívá i faktor motivace učitelů pro profesi, kdy byly zkoumány důvody a motivy, proč si učitelé zvolili své povolání. Mezi nejčastějšími motivy uváděli péči o malé děti, učit děti předškolního věku, udělat rozdíl v životě dítěte (Vorkapic, 2012, s. 32). Je také důležité zmínit, že s rostoucí pracovní zkušeností se zvyšuje sebejistota ve všech rovinách, protože tato osobnostní dimenze je úzce spjatá s rostoucí pracovní zkušeností (Vorkapic, 2012, s. 29).

Osobnost učitelů mateřské školy je více než důležitá v práci s malými dětmi, ať jsou zdravé či nemocné. Pro děti se učitelé stávají blízkým spojencem, kterému se mohou otevřít a sdělit

mu své pocity, obavy, myšlenky, naděje, ať už je to při hře či učení. Učitelé v nemocnicích by měli být dostatečně profesionálně i osobnostně zralí, aby dokázali adekvátně na často emočně náročné situace odpovídat. Setkávají se s nemocnými dětmi, v prostředí, kde prioritou je zdravotní aspekt a kde jsou upozaděni. Jejich osobnostní předpoklady, k nimž patří sociálnost, otevřenost, empatie, upřímnost, zájem a zvědavost, kreativita a představitivost, emocionální stabilita a trpělivost, ale i schopnost pokory, jsou významnější právě v mateřských školách při nemocnicích. Tedy na místech, které mohou být chudé na podněty, emocionálně tvrdé a ploché, neempatické a velmi nadřazené a autoritativní ve vztahu k dítěti.

5.2 Význam psychické pohody učitelů mateřských škol při nemocnicích

Kromě osobnostních charakteristik je významné pro práci wellbeing učitele, zakoušená pohoda a pozitivní myšlení a emoce při práci. Podle Světové zdravotnické organizace (WHOQOL Group, 1997) jsou osobní pohoda a životní spokojenost chápány jako významné složky a ukazatele kvality života (Cengiz, & Akram, 2015, s. 160). Mít smysl pro wellbeing znamená být schopen žít život a zvládat jeho výzvy s pocitem radosti, vyváženosti, stability a spokojenosti, bez ohledu na vnější podmínky. Je založen na tom, jaké máme pocity vůči sobě, na kvalitě vztahů a na schopnosti, jak je možné pocity v náročných situacích zvládat (Caps, 2011). Wellbeing je komplexní fenomén, který má dva základní přístupy. Subjektivní wellbeing má hédonický charakter a je vztažen k prožívání příjemného života, eudamónický přístup souvisí s potřebou prožívat život smysluplně. Novější studie volají po vytvoření komplexního modelu, který bude propojovat oba přístupy (Delle, Brdar, Freire, Vella-Brodrick, & Wissing, 2011, s. 187).

Učitelova pohoda a radost ovlivňuje klima ve třídě. Dle výzkumu mají šťastnější učitelé vyšší míru vnímané zdatnosti při práci studenty, vedení třídy a zvládání problémových situací a užití vhodných strategií (Mehinezhat, 2012, s. 239). Vnímaná vlastní zdatnost, schopnost zvládnout situaci a pozitivní interpersonální vztahy s dětmi se ukázaly jako významný faktor učitelova emocionálního wellbeing (Hagenauer, Hacher, & Volet, 2015). Pozitivní emoce učitelé zakouší, pokud se cítí vnitřně oceněni, a zakouší, že jejich práce má smysl a přináší jim tak uspokojení z práce. Učitelova pohoda má pozitivní efekt na jejich tvořivost, motivaci a schopnost čelit těžkostem (Huang, 2006 in Mehinezhat, 2012, s. 234). Pokud vnímají vztahy jako nerespektující, ponižující, konfliktní a vzdálené, odráží se to i v jejich wellbeing a následně v jejich chování (Spilt, Helma, Koomen, & Thijs, 2011). Na druhou

stranu se pohoda učitele přenáší na děti, které se cítí být oceněným partnerem, jsou méně agresivní a více prosociální.

Práce všech odborníků ve školských zařízeních je náročná na čas a znalosti, které jsou neodkladné při plnění pracovních povinností. Učitelé jsou v interakci s různými lidmi (kolegové, rodiče), ale interakce se studenty je nejvýznamnějším předpokladem nejsilnějších pozitivních i negativních emocí obecně (Harding, Morris, Gunnell, Ford, Hollingworth, Tilling, Evans, Bell, Grey, Brockman, Campbell, Araya, Murphy, & Kidger, 2018). Emocionální zátěž učitelů je dána především investováním sebe (self/ves) ve formě altruismu, empatie a investováním svých emocí (Nias, 1996 in Spilt, Helma, Koomen, & Thijs, 2011). Pro učitele v nemocnicích je pak navíc velkou emocionální zátěží fakt a tlak setkávání se s vážně nemocnými dětmi, jejichž stav se zhoršuje, a někdy bohužel i umírají. Musí se neustále adaptovat a přizpůsobovat své aktivity tak, aby co nejvíce vyhovovaly fázi onemocnění dítěte a aby co nejvíce vyhovovaly potřebám dítěte s přihlédnutím k režimu oddělení a vyžadovaným vyšetřením. Navíc učitelé jsou v týmu upozaděni, pokud se zdravotní stav dítěte zhorší a stav dítěte vyžaduje péči „pouze“ zdravotnického personálu či izolovaný přístup z důvodu infekce (Carstens, 2004). V tomto směru je nutné také zdůraznit, že v nemocnici učitelé tlumí tu část své role, která pramení z institucionální moci nad dětmi, žáky a studenty. V nemocnicích jsou učitelé spíše facilitátory nejen učení, ale i celého pobytu v nemocnici (Mareš & Žovka, 2016).

Pro učitele v nemocnicích jsou vzdělávací podmínky náročné. Tyto podmínky lze kontrolovat, nelze je však kontrolovat vždy, učitelé se musí rychle přizpůsobovat, mít schopnost sebekontroly, ale zároveň se musí naučit i vytvářet pocit dobré pohody navzdory vypjatosti a náročnosti situací (Carstens, 2004).

Učitelé tak potřebují i specifické strategie, musí být schopni čelit takovým psychickým výzvám, jako je zvládnutí závažného zhoršení stavu či úmrtí dítěte, kdy člověk zakouší bezmocnost a bezradnost, nespravedlnost, ale také svou vlastní konečnost. Všichni, kdo pracují v nemocnici a vytváří si vztahy s lidmi, které postihla nemoc, tímto procházejí, a nikdy by vztahy v nemocnicích neměly být přehlíženy a podceňovány, neboť významně ovlivňují všechny zúčastněné strany (Carstens, 2004). Právě pocit dobré pohody je základem kvalitní práce, která se odráží i na dětech.

5.3 Profesionální znalosti a kompetence učitelů mateřských škol při nemocnicích

Na učitele v nemocnicích jsou kladeny požadavky, kdy jsou nutné specifické znalosti a kompetence. Učitelé musí mít znalosti týkající se vzdělávání dětí předškolního věku, výchovně – vzdělávacích metod, musí znát psychologii dítěte předškolního věku, musí mít dostatečné informace o nemoci dítěte a jeho potřebách, vědět, jak nemoc zasahuje fyzicky, psychicky, sociálně, v případě nutnosti i adekvátně reagovat a přivolat pomoc. Musí mít znalosti, vědomosti a dovednosti v oblasti zdravotnické problematiky, z oblasti komunikačních dovedností, je potřebné jejich empatické cítění, ale je také nutné, aby měli i organizační schopnosti a rychle se adaptovali na nové podmínky a stav pacienta.

5.3.1 Výuka u lůžka a ve třídách/hernách

Z důvodu zdravotního stavu výuka probíhá v několika formách – nejčastěji individuálně na lůžku pacienta nebo v uzpůsobených prostorách nemocnice. Pohybová omezení, nízký imunitní systém, infekční onemocnění nebo vedlejší účinky léčby omezují některé děti v účasti na vzdělávání ve třídách, přesto však nesmí být omezeny ve vzdělávání a v aktivitách.

Učitelé musí být velmi vnímaví a flexibilní, aby dokázali operativně reagovat. Zdravotní stav se může rychle měnit, děti mají z důvodu vedlejších účinků léků problémy s koncentrací a únavou, problémy s náladou. Dalším problémem může být i malý prostor a osvětlení, kdy se učitelé dostávají do míst, kde může být narušeno soukromí dětí. Individuální práce na lůžku má však mnoho výhod. Je velmi intenzivní a klidnější než práce ve skupině, pro děti je často jednodušší se koncentrovat a některé ji upřednostňují. Jednou z velkých nevýhod je však to, že děti zůstávají omezeny a ochuzeny o sociální kontakty významné pro tento věk (Zazryn, Macleod, Wilks, & Strong, 2015, s. 36).

Učitelé proto mnohdy upřednostňují skupinovou práci ve třídách/hernách, které poskytují větší prostor pro sociální kontakty a danou formu práce. Pro děti je velmi významné setkávat se s dětmi stejného věku, poznávají jiné myšlenky a řešení, učí se pomáhat si a zakouší společnou radost a legraci, což je velmi důležité (Zazryn, Macleod, Wilks, & Strong, 2015, s. 35).

Ať jde o výuku na lůžku či ve třídě, je vždy kladen důraz na individuální přístup, respektování zdravotního stavu dětí, jejich tempo a omezení. Právě z uvedených důvodů se učitelé mateřských škol při nemocnicích mohou při své práci dostat do situace, která je pro ně nová, kterou nečekali z důvodu změn, které jsou v nemocnici tak časté. Musí pak využít všechny schopnosti a dovednosti, všechn um a kreativitu, aby dokázali problémy řešit a vyřešit v nejvyšším zájmu dítěte.

5.3.2 Vytvoření prostředí vstřícného ke hře a rozvoji

Schopnost dětí hrát si i v případě, že jsou v nemocnici, tvoří významný prvek a představuje pro děti znak zdraví v náročném prostředí nemocnice, který ukazuje, že děti i přes svoji nemoc mohou pokračovat ve svých oblíbených aktivitách a že se nemoc lepší (Koukourikos, Tzaha, Pantelidou, & Tsaloglidou, 2015).

Nemocniční prostor je pro učitele v nemocnicích místem, z něhož musí být schopni vytvořit bezpečné a tvořivé edukační prostředí pro hru, která je nejlepším způsobem, jak pomoci dítěti se vyjádřit a sdělit, co chce a potřebuje. Nemocniční prostředí není pro spontánní hru dětí příznivé a hrát si je zde velmi náročné z důvodu podmínek prostředí – prostředí je neznámé a neuzpůsobené hře, oblíbené a známé věci, hračky zůstaly doma, hra může být kdykoliv přerušena požadavky prostředí, hygienickými požadavky, rizikem infekce, invazivními výkony, požadavky náročných léčebných režimů (Koukourikos, Tzaha, Pantelidou & Tsaloglidou, 2015).

Hra je forma sebevyjádření, která dává příležitost komunikovat s rodinou a personálem, zároveň je to ale způsob, jak se vyrovnat s množstvím negativních emocí. Pomáhá také dětem sžít se s neznámým a získat kontrolu nad věcmi, které nemohou ovlivnit – nad prostředím v nemocnici. Hra umožňuje vyjádřit pocity a obavy, cítit se bezpečněji, obeznámit se s procedurami, které musí dítě podstoupit (Koukourikos, Tzaha, Pantelidou & Tsaloglidou, 2015). Pomáhá totiž prožít a zpracovat situace, které jsou nepříjemné, ať už jde o situace zažité či nastávající (Koukourikos, Tzaha, Pantelidou, & Tsaloglidou, 2015).

Na druhou stranu se zdravotníci a pedagogové hrou, učením a aktivizací mohou o malých pacientech mnohé dozvědět a získávat tak podstatné informace o tom, jak oni sami nemoc

prožívají a jaký mají náhled na nemoc. Dozví se, jak k pacientům přistupovat, aby byly naplněny jejich potřeby a maximálně normalizovány vzniklé situace s co nejmenšími dopady v důsledku onemocnění (Koukourikos, Tzeha, Pantelidou, & Tsaloglidou, 2015).

Hra a učení v nemocnici mají významný aspekt. Jsou totiž pro děti spojením se světem zdravých, kdy tyto aktivity byly dříve samozřejmostí, ale v nemocnici již tak samozřejmé z důvodu onemocnění či jeho zhoršení a z důvodu prostředí nejsou. Hrát si, něco se naučit a zaměstnat se běžnými aktivitami znamenají kontinuitu s životem a světem zdravých. Nabízí prožitek radosti a možnost na chvíli zapomenout na nemoc a její dopady. Hra a učení mohou změnit nemocniční prostředí a proměnit negativní zkušenost ve zkušenost pozitivní či neutrální, která člověka promění v silnějšího jedince, jenž není jen pasivním článkem, ale aktivně se bude účastnit a podílet na celém procesu.

5.3.3 Význam komunikačních dovedností u učitelů mateřských škol při zdravotnických zařízeních

Pro děti v nemocnicích jsou důležité vztahy, které se v tomto prostředí vytváří. Tyto vztahy zajišťují pocit bezpečí a jistoty a podporují důvěru dítěte ve svět a lidi v něm, ulevují bolesti a snižují úzkost. V tomto smyslu jsou sociální interakce významným zdrojem zvládnání onemocnění a vytvářejí strategie, které umožňují bojovat s náročnou životní situací, a to jak pro dítě, tak pro jejich blízké (Keller de Matos, Canela, Silveir, & Wernet, 2014). V prostředí, v němž se děti musí téměř absolutně podřizovat bez ohledu na jejich názor, je právě autonomie základem pro posílení boje s nemocí a vyžaduje vztahy s porozuměním, kdy je dítěti dána možnost volby dle libosti a nelibosti a podle toho, co mají děti rády či naopak. Děti tuto autonomii hledají v nemocničním prostředí svým vlastním způsobem, kdy „dělají, co umí“, aby si právo na možnost volby vydobýly v prostředí, kde někdy ze strany zdravotníků žádná možnost volby téměř není (Keller de Matos, Canela, Silveir, & Wernet, 2014). Být slyšet a vyslyšen se stává akutní potřebou v nemocničním prostředí, kde často není možnost této prosbě vyhovět z důvodu vyšetření a léčby. Právě vytvoření povzbuzující atmosféry ze strany učitelů, kdy se podaří navázat s dětmi vztah, který je protkán důvěrou a respektem k jejich přáním a názorům, možností sdělit bez hodnocení své pocity, ptát se a vyjádřit zkušenost s prožitým, je základem naplnění ústřední potřeby dětí, že jsou důležitými a rovnocennými partnery (Csinády, 2015).

Na nemocniční oddělení přicházejí děti v doprovodu svých blízkých, kteří tráví u lůžka nemocných dlouhé dny. Kvalitní komunikace a spolupráce s rodiči a blízkými je předpokladem a základem kvalitního působení na děti. Je nutné si uvědomit, že rodiče se liší svými názory, postoji a představami o výchově a vzdělávání jejich dětí a není vždy jednoduché začlenit je do spolupráce. Tento aspekt může být zdrojem mnoha konfliktů mezi učitelem a rodiči. V nemocnici je komunikace a spolupráce mezi rodiči a učiteli klíčová a má se dít v nejlepším zájmu dětí směřujícím k jejich rozvoji a dobré pohodě. Právě jednou z nejdůležitějších a zároveň nejkomplicovanějších kompetencí učitele je komunikace s rodiči. Rodiče i učitelé totiž sdílejí zodpovědnost za podporu a vzdělávání dětí, sdílí zodpovědnost za vytvoření pozitivní atmosféry k zajištění pohody nemocných dětí. Rodiče ovlivňují své děti postoji, názory, ale i emocionálním rozpoložením. Ukazují svůj názor na vzdělávání i na hodnotu učitelů, a tak podporují u dětí integraci hodnoty vzdělání, a to i v nemoci. Aktivitami, které nabízí učitelé v nemocnici, se mohou rodiče s dětmi sblížit, a učitelé tak mohou pomoci rodičům ve výchově chronicky nemocných malých pacientů (Fairmon private school, 2018).

Do sítě vztahů pak v případě nemocných dětí a jejich blízkých vstupují velmi významně zdravotničtí odborníci. Učitelé musí být schopni efektivně komunikovat a kooperovat se zdravotnickými pracovníky, aby získali pro svou práci podstatné informace a zároveň byli schopni detekovat a zajistit další podpůrné zdroje, které povedou k vybalancování nemocí vyhrocených aspektů, a to jak pro dítě, tak pro rodiče (Carstens, 2004).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 UČITELÉ MATEŘSKÉ ŠKOLY PŘI NEMOCNICI

Výchovně-vzdělávací proces tvoří podstatný komponent ozdravného procesu a je významným aspektem humanizace péče v nemocnicích. Pro tento výzkum byli vybráni čtyři učitelé jedné mateřské školy při nemocnici, jenž musí rozumět speciálním potřebám chronicky nemocných dětí, které onemocnění a hospitalizace vyčleňují a zabraňují jim prožívat radostné dětství. Hlavním cílem práce učitelů je poskytovat v daných podmínkách kvalitní vzdělávání, kdy vzdělávací aktivity mají i ozdravný, terapeutický charakter. Učitelé mají však význam i pro rodiče, kteří se dostávají do velmi náročné a stresové životní fáze. Učitelé je tak velmi významně podporují v tom, aby porozuměli potřebám svých chronicky nemocných dětí a přispívali tak rovněž k jejich pohodě, a tím i rozvoji.

6.1 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem rigorózní práce je **popsat a blíže porozumět zkušenosti učitelů při práci s chronicky nemocnými dětmi v mateřských školách při nemocnicích**. Dílčí cíle jsou tři:

Dílčí cíl 1: Odkrýt specifika práce učitelů mateřské školy při nemocnici s chronicky nemocnými dětmi předškolního věku.

Dílčí cíl 2: Porozumět dimenzím vztahů učitelů mateřských škol v nemocnici při práci s chronicky nemocnými dětmi předškolního věku.

Na základě uvedených cílů, byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika práce učitelů mateřské školy při nemocnici s chronicky nemocnými dětmi předškolního věku?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou dimenze vztahů učitelů mateřských škol v nemocnici při práci s chronicky nemocnými dětmi předškolního věku?

6.2 Metodologie výzkumu

6.2.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem byli učitelé jedné mateřské školy při nemocnici pracující s chronicky nemocnými dětmi v nemocničním prostředí na různých odděleních této nemocnice.

Pro výzkum byli do studie zahrnuti učitelé, kteří splňovali následující kritéria:

1. Učitelé, kteří vykonávají svou profesi v mateřských školách při nemocnicích.
2. Učitelé, kteří mají zkušenosti s edukací chronicky nemocných dětí předškolního věku.
3. Délka trvání učitelské praxe minimálně 5 let, aby učitelé měli již nějakou zkušenost a byli schopni reflektovat a poskytnout své jedinečné vnímání skutečnosti.

6.2.2 Charakteristika participantů

V této studii jsou všechny participantky ženy. Všechny pracují ve školství více než deset let. Všechny participantky mají vystudovanou střední pedagogickou školu a fakultu pedagogickou v bakalářském či magisterském studijním programu v oboru speciální pedagogika. Místa, kde jednotlivé typy škol vystudovaly, nejsou v rigorózní práci uvedeny z důvodu zajištění ochrany osobních údajů. Všechny učitelky pravidelně navštěvují kurzy a semináře v rámci průběžného vzdělávání.

Učitelka L. je již dvacet let na onkologickém oddělení. Původně se chtěla věnovat textilnímu designu, přestože její maminka byla speciální pedagog. Cesty ji ale zavály ke školství. Vystudovala střední pedagogickou školu, poté začala studovat na pedagogické fakultě speciální pedagogiku. V běžné mateřské škole nikdy nepracovala, začala pracovat v mateřské škole při zdravotnickém zařízení. Na oddělení je velmi spokojená, přestože jde o psychicky velmi náročné oddělení. Pokud by práci změnila, musela by to být úplně jiná oblast. Na onkologickém oddělení využívá své druhé povolání, jak říká, textilního výtvarníka.

Učitelka V. chtěla být učitelkou už jako dítě. Dokonce přerušila studium na gymnáziu, které bylo přáním jejích rodičů, a přestoupila na střední pedagogickou školu. Ke speciální pedagogice se dostala díky práci se sluchově postiženými, kdy ji tato práce nadchla. Přestože o vysoké škole nepřemýšlela, vystudovala speciální pedagogiku v bakalářském programu. V magisterském studiu však dále nepokračovala, neboť obor, ve kterém chtěla studovat, nebyl dle jejích slov akreditován z důvodu neperspektivnosti. Již deset let pracuje v mateřské

škole při nemocnici na různých odděleních. Předtím pracovala tři roky v běžné mateřské škole. Velmi ráda vytváří věci z odpadového materiálu.

Učitelka J. je již 40 let v oboru. Od malička byla velmi výrazně ovlivněna svým tatínkem, který pečoval o postižené děti, které, jak sama říká, byly jejími kamarády. Vystudovala střední pedagogickou školu a poté již v praxi začala studovat při zaměstnání vysokou školu, obor speciální pedagogika. Od roku 1977 byla přijata jako učitelka mateřské školy při nemocnici. V současné době je ve vedoucí pozici, stále má úvazek a pracuje na různých odděleních. Její nejoblíbenější terapií je zooterapie, kterou pomáhá na různých odděleních v nemocnici.

Učitelka K. je již dvacet dva let zaměstnaná jako učitelka v mateřské škole při nemocnici. Její motivací byla její maminka, ale vychází z rodiny, která má učitelskou tradici. Vystudovala střední pedagogickou školu, při zaměstnávání si pak dodělávala vysokou školu obor speciální pedagogika. Nejdříve pracovala s dětmi s kombinovanými vadami. Po dvou letech však práci musela opustit. Začala pracovat v mateřské škole při nemocnici na různých odděleních, v současné době na oddělení ušním, nosním, krčním.

6.2.3 Metodologický design výzkumu

Vzhledem ke stanoveným výzkumným cílům a charakteristice výběrového souboru byl zvolen kvalitativní výzkum metodou rozhovoru, kdy byly zjišťovány názory a zkušenosti učitelk mateřských škol pracujících s chronicky nemocnými dětmi. Baterie otázek se týkaly témat profesní trajektorie jednotlivých participantek, motivů volby profese, dále se jednalo o otázky týkající se konkrétně práce a specifik v nemocnici a důsledků profese v osobním životě učitelů.

Jednotlivé rozhovory trvaly v průměru 35-40 minut. Sběr dat probíhal na půdě mateřské školy při nemocnici v lednu-únoru 2019 se souhlasem ředitele školy. Výzkumné šetření bylo pro všechny dotazované participantky dobrovolné a anonymní. Jejich informovaný souhlas je nahrán na zvukovém záznamu. Poté byly rozhovory přepsány podle pravidel, které kon-

stituuji systém, který garantuje jednotnost převodu všech záznamů do psaného projevu. Výběr systému závisí na cílech výzkumu a výzkumníkově teoretické perspektivě (Wiegerová, 2016, s. 36)

Tato práce dodržuje následující transkripční pravidla:

1. přepis doslovného obsahu nahrávky, včetně nedokončených slov, vět a opravy
2. vyjádření souhlasu („jo“) nebo zaváhání („hm“)
3. pauza delší než 2 sec (...)
4. smích (smích)
5. vyjádření výraznějšího gesta, které nahrávka nemohla zachytit, ale byla poznačena v průběhu rozhovoru (gesto popsáno např. „ukazuje bublinu“ jako zobrazení ochrany dítěte před nepříznivými vlivy)

6.2.4 Analýza získaných dat

Získaná data kvalitativního výzkumného šetření byla zpracována na základě analýzy pomocí otevřeného a tematického kódování a kategorizace. Přepisy byly opakovaně čteny, segmentovány, opatřovány poznámkami s hledáním významné souvislosti. V průběhu čtení a analýzy byly významné, relevantní segmenty identifikovány, byly jim přiřazeny kódy. Tyto segmenty se liší v délce. Postupně pak byly systematizovány a seskupovány do kategorií podle významů, které nesly a které se zdály příslušet stejnému jevu (Strauss & Corbinová, 1999). Porozumění datům bylo provázeno studiem odborné literatury, studií teoretických i praktických, ale i cenou konzultací s kolegy. Při prvních čteních byl získáván vhled do samotné problematiky, postupně však byly nacházeny hlubší souvislosti a významy, kterými se zjevovaly nové perspektivy a náhledy.

Na tomto základě byly vytvořeny čtyři ústřední kategorie:

1. **Jsme jiní?** Tato kategorie popisuje a analyzuje specifika vzdělávání v mateřské škole při nemocnici.

2. Děti v nemocnici, nemocnice pro děti. Kategorie popisuje specifickou děti chronicky nemocné a práci učitele.

3. Všichni víme, kde stojíme. Touto kategorií je popsána a analyzována síť vztahů v nemocnici.

4. My jsme tady pro úplně jinou věc. Kategorie se zabývá samotnými učiteli mateřské školy při nemocnici.

Konstruování teorie je pak důležitým komponentem při kvalitativním šetření (Wiegerová, 2016). V teorii je formulován ústřední jev, kolem kterého jsou soustředěna klíčová tvrzení. V konkrétním výzkumu jde o **Model otevřenosti**, který se vyvíjel postupně z analyzovaných dat, promyšlených vztahů, nových souvislostí a významů.

Studie byla provedena se souhlasem ředitele mateřské školy a všech na výzkumu zúčastněných učitelek mateřské školy při nemocnici. Souhlas s nahráváním participantek je součástí nahrávky. Při rozhovorech byly participantky také informovány o cílech práce, požádány o povolení nahrávat výpovědi na mobilní telefon a ujistěny, že jejich výpovědi budou v práci zaznamenány anonymně. Z tohoto důvodu nejsou při charakteristice participantek uváděny jejich jména, a tento postup je dodržen i u jednotlivých ilustrujících komentářů v práci.

7 JSME JINÍ?

7.1 Vzdělávání v mateřské škole při nemocnici

V současné době jsou mnohá onemocnění léčitelná, výrazně se zkvalitňuje život nemocných a prodlužuje délka života i přesto, že to pro mnohé pacienty znamená opakované hospitalizace a dlouhodobé pobyty v nemocnicích. Výuka v nemocnicích je specifická z několika důvodů. Prvním jsou účastníci, je poskytována chronicky nemocným dětem, druhým je prostor, kde probíhá edukační realita – oddělení, pokoj nemocných, lůžko pacienta v často omezeném čase, kdy výuka může být narušena změnou zdravotního stavu, únavou a nepohodou dětí či požadavky dne – zákroky a vyšetřeními. Na všechny tyto skutečnosti musí být učitelé mateřské školy připraveni, aby dokázali zajistit kvalitní individualizované vzdělávání, kdy se jejich aktivity stávají nejen předpoklady ke zdárnému rozvoji dítěte, ale mají i léčivý, terapeutický aspekt s mentální odbočkou od onemocnění a jeho důsledků, a to nejen pro děti, ale i pro doprovázející osoby.

7.1.1 Výuka probíhá na odděleních

Provoz konkrétní mateřské školy je od pondělí do pátku v čase od 7:30 do 14:00, provoz se ale může lišit od harmonogramu práce a režimu na jednotlivých nemocničních odděleních. Učitelé pracují individuálně či skupinově s dětmi od 2 do 7 let. Děti se účastní činnosti školy na doporučení lékaře a se souhlasem rodičů pravidelně každý den, vždy s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu. Děti neodcházejí za učitelem do budovy vyhrazené pro vzdělávání, ale výuka probíhá na odděleních, kam učitel přichází za dětmi.

Každá učitelka pracuje na odděleních a „...*je na tom oddělení opravdu sama, sama na tom oddělení, každá má jedno nebo dvě oddělení...*“ (PJ) Pracuje podle svého osobního rozvrhu, který je však velmi výrazně ovlivněn prostředím a zdravotním stavem dítěte. V průběhu každého dne učitelka musí přizpůsobovat všechny aktivity dle potřeb nemocného dítěte. V těchto specifických podmínkách se učitelé snaží vytvářet klidné a bezpečné zázemí pro výchovně vzdělávací program dětí předškolního věku. Vždy jsou nejdůležitější informace ošetřujícího lékaře, potvrzující, že se dítě může vzdělávat.

Na základě rychlé diagnostiky pak učitelé rozhodují, jak si práci budou organizovat a plánovat, přestože plánování je v podmínkách, kdy jsou rozhodující síly a možnosti dítěte z důvodu

zdravotního stavu rozhodující. „...*Ráno si obejdu i ty svoje, i ty starší, pohovořím s dětma s rodiči, co je nového, jo, provedu takovou rychlou diagnostiku, protože musím si naplá- novat ten den, v tom je právě to zajímavé, jo..., každý den,...nikdy vlastně nevím, co mě čeká, co mě ten den potká, v jakým stavu ty děti budou, co budou chtít dělat...*(PL) Navíc je práce učitelů závislá na informacích a indikacích lékařů a jiného zdravotnického perso- nálu, kdy se určuje, zda se dítě vůbec může vzdělávat, rozsah zátěže dětí je určen zdravotním stavem dětí, „...*já hlavně ale potřebuju informace, že se může učit,...řeší se ta vzdělava- telnost, a pak ta omezení se řeší...*“ (PK)

Vlastní výuka malých pacientů probíhá čtyřmi způsoby. ...*A máme čtyři typy té vý- uky...vlastně buď probíhá vyloženě ve třídě, nebo část je na lůžku a část ve třídě, to je druhá, třetí je prostě jenom na lůžkách a čtvrtá je prostě infekční oddělení...*“ (PJ)

Výuka tedy probíhá čtyřmi způsoby.

- a) individuálně pouze na lůžku pacientů
- b) ve třídě, speciální místnosti na odděleních
- c) výuka kombinovaná
- d) výuka speciální

Prvním způsobem je výuka u lůžka malých pacientů. Pacienti z důvodu zdravotního stavu a režimu nemohou opustit nemocniční pokoj ani své lůžko. Zůstávají na svém lůžku a učitelé učí na velmi omezeném prostoru, jaký nemocniční pokoj poskytuje. Pomůcky a veškeré ma- teriály si nosí s sebou k lůžku. Tato výuka je pro učitele velmi náročná z důvodu limitace prostorem, častou přítomností rodičů. Také z důvodu, že vše nové musí znovu a znovu vy- světlovat, pokud je takových pacientů více. „...*U nás je spíše rozdíl, že si to můžeme užít i v té individuální rovině...jo, že těžko, nevím...do jaké míry se paní učitelka se v mateřské škole může takhle individuálně věnovat...věnovat tomu dítěti než my, když ho máme na té postýlce...*“ (PK)

Druhým způsobem je výuka v samostatné místnosti – třídě, kde je zaměstnávání dětí téměř totožné s běžnou mateřskou školou. Děti, které mohou opustit lůžko na základě rozhodnutí ošetřujících lékařů, odchází z pokoje s učitelkou do určené místnosti a zde probíhá jejich výuka. Výuka ve třídách je vždy upřednostňovaná z důvodu možnosti skupinové práce dětí přibližně stejného věku, umožňující sociální kontakty, kde je rozvíjen potřebný smysl pro

spolupráci. Skupinová práce má pro učitele i děti obrovský význam, neboť všichni zakouší radost a pocit sounáležitosti „...*Jako...hrozně ráda dělám kolektivní věci...jako že to dělaj...dvě nebo tři děti, nebo pět dětí, jako že to dělaj dohromady...protože v tom shluku,...když to jako jde a jdou ty děti shromáždit...tak můžeme udělat...skupinovou práci...*“ (PK)

Tyto skupinky mají však na rozdíl od běžných mateřských škol své specifikum. Nejsou trvalé, neustále se mění. To znamená, že v některých momentech není možné dokončit rozdělanou práci s jednou skupinou a učitelé musí být schopni adaptovat se na neustálé změny složení skupin, s proměnami vztahů kolem sebe a přizpůsobením aktivit, „.....*protože já nevím...jestli...ty...nebudeš mít teplotu nebo nepůjdeš na vyšetření...nebo tě nepustí domů...prostě já tu linku, není v mých silách...tu linku udržet...*“ (PK)

Třetím typem výuky je výuka kombinovaná, kdy se učitel věnuje části dětí ve třídě a další části dětí jednotlivě. Podmínky, kdy učitel rozhoduje, jaký postup zvolí, závisí zcela na něm a na jeho organizačních schopnostech. Faktory, které ovlivňují učitelovo rozhodnutí, se odvíjí od režimu oddělení a typu onemocnění. „...*musím si sestavit a zkoordinovat to celé...s kým můžu individuálně na postýlce, kdo může do herny...jo, a to je to...když vím, že je tam několik dětí před vyšetřením hladových, jo,...tak si je hnedka to té herny stáhnou, a začnu pracovat hned tam...*“ (PL)

Čtvrtým způsobem je výuka speciální, která probíhá na infekčních odděleních, kde jsou děti různého věku umístěny na jednotlivých pokojích a rozděleny podle infekčního onemocnění. Tyto pokoje nesmí být opouštěny a vyžadují přísný speciální režim ze strany všech pracovníků, tedy i učitelů. „...*A ty děti nesmí ven, aby se vzájemně neinfikovaly...takže ta práce je tam neskutečně těžká, protože je tam od novorozenecké žloutenky, až po devatenáctileté...všichni na jednom pokoji...*“ (PJ)

7.1.2 Nemáme už ty prostory pro děti

Výuka probíhá na odděleních v budovách nemocnic. Budovy nemocnic jsou však primárně určeny k jinému účelu, než je vzdělávání. Přesto zde hra a učení probíhají a jsou podstatnými komponenty léčby a uzdravení. Nemocnice nejsou přizpůsobeny ani architektonicky ani organizačně k tomu, aby zde byly vytvářeny vhodné prostory k hraní a učení. Ačkoliv je v sou-

časné době trendem vytvářet dětem a rodinám přátelské prostředí, vždy závisí na mnoha okolnostech, zda jsou a budou budovány na odděleních jejich vlastní prostory vhodné pro děti a rodiny. **“...A pak, co se týká téhle budovy...ale je to architektonická památka,...vlastně chráněná státem budova...tak se nesmí nic přistavovat...” (PJ)**

Součástí dětských oddělení jsou také herny pro děti, které vytvářejí prostor nabízející vhodné podmínky. Herny jsou místem, kde se děti cítí bezpečně, svým způsobem jde o prostor bezpečnější než samotné lůžko malých pacientů, které se může stát místem vyšetření či nepříjemného zákroku. Nikoliv herny, tam zákroky ani vyšetření neprobíhají a stávají se tak pro děti svým způsobem jediným bezpečným místem, prostorem k učení a svobodnému hraní, ale také místem terapeutickým. V herně si mohou hrát volně a na chvíli zapomenout na těžkosti s onemocněním a jeho příznaky. (Zazryn, Macleod, Silks, & Strong 2014)

Možnost jít do herny znamená pro dítě jistou míru svobody, zakoušení radosti, setkání s jinými dětmi. Znamená to i prostor, kde si děti mohou volit samy hračky, se kterými si chtějí hrát, neplánovaně, jsou to prostory stimulující rozvoj a místo, kde děti zapomínají, že je něco bolí, svědčí, že něco negativního prožily, **“...třeba na kožním oddělení, ty děti všechno svědčí, ty děti se potřebují vybit....že jo...? Potřebují se válet po zemi, hrát si, trošku se...že jo!, proskočit, a nemají nic...!” (PJ)**

V tomto smyslu herny v nemocnicích nejsou jen prostorem k učení a hraní, ale mají i důležitý terapeutický význam, kdy jsou mentální odbočkou od onemocnění a léčby. **„...Máme tam vlastní koberec...pracujeme u stolečků...máme hodně těch materiálů, máme psychomotorický padák...tak jako jedete opravdu jak v klasické školce jenom s minimem místa a přizpůsobujete se...” (PV)** Bohužel jsou herny v konkrétní nemocnici rušeny z finančních důvodů, kdy se z těchto z heren dělají další samostatné pokoje pro jednotlivé děti s doprovodem. **„...dřív, ještě, když to vezmu ještě dřív, na každém oddělení, kde byly děti chodící, kde byly děti aktivní, byla místnost, taková...jakoby třída, kde se opravdu děti jenom učily, kdežto potom přišlo, že každá klinika si musí na sebe vydělávat, takže tyto místnosti se zrušily a ruší...” (PJ)**

Komplikovaná situace nevhodných a zastaralých prostor nemocnice, které jsou nuceny vydělávat si na sebe vybudováním nových pokojů, a to bohužel z prostor, které dříve sloužily jako herny pro děti, je skutečně nelehkým rozhodnutím pro každého ve vedoucí pozici. Záměrem této práce není situaci hodnotit ani řešit. Přesto je nutné zdůraznit, že děti zůstávají

děťmi i v nemocnici. I nemocné děti mají potřebu pohybu, sociálních kontaktů, chtějí si hrát. A vždycky, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí, budou hledat místa, kde jim bude dán prostor zkoumat „...*a ty děti lítaj bezprizorně po chodbách třeba....*“ (PJ)

Děti si jsou pak nuceny hrát si na pokojích, na chodbách nebo v jídelnách, které na konkrétních odděleních sdílí se základní školou, což vyžaduje od učitelek velkou míru organizace, přizpůsobení a tolerance. „...*Prostě jídelna, kde jsou dohromady se základkou....nemají to soukromí...nemáme už ty prostory pro děti...a jsme odkázáni na ty jídelny, kam se všichni musí vejít...(PV)*

7.1.3 A to „venku“ vám poskytuje strašně moc možností

Důležitá je možnost vyjít z nemocničních pokojů a trávit s dětmi čas venku. Významem venkovních prostor jako klíčového komponentu rozvoje dětí předškolního věku se zabývá výzkum autorů Moser a Martinsen (2010), kteří zjišťují, že venkovní prostory jsou zásadním komponentem pro sociální rozvoj a učení dítěte. Nedostatek možnosti trávit čas venku vyúsťuje v to, že se děti cítí neklidné, nestále hledají prostory, kde by našly klid v objevování. Pokud není tato potřeba naplněna, děti se mohou uchýlovat k samotě spíše než k hraní si s ostatními dětmi (Grahn, 1997 in Moser & Martinsen, 2010, s. 11)

V nemocnici je možnost vyjít ven výrazně omezena, přesto některé děti mohou opustit nemocniční lůžka i oddělení na povolení lékaře. Tyto chvíle jsou obohacující nejen pro děti, ale i pro učitele, jakmile tuto téměř ojedinělou možnost mají. „...*Já když..., protože oční oddělení má možnost chodit ven, tak se snažím s dětmi trávit čas venku, a já vám řeknu, že to jsou nejkrásnější pracovní dny...vždycky..., celého roku...*“ (PV)

Venkovní prostor totiž nabízí atraktivní podněty, kdy děti překonávají překážky a jsou stimulovány ve smyslu příležitostí jednat, zkoumat a zakoušet v kooperaci s druhými, a to jak s vrstevníky, tak s dospělými (Moser & Martinsen, 2010, s. 2) „...*A to venku vám poskytuje zase strašně moc možností.*“ (PV), kdy venkovní prostory nabízí značné možnosti podnětů v prostoru, který je potřeba prozkoumat, dává možnost tajných míst, kde děti zakouší smysl pro kontrolu mimo institucionální prostory omezené a ohraničené zdmi (Moser, Martinsen, 2010, s. 11) Venkovní prostory umožňují dětem předškolního věku zkoumat, překonávat

překážky, hledat vlastní řešení, které nabízí vzrušení a radost a schopnost vyrovnat se a řešit problémy, „*protože se můžeme hrabat v hlíně a máme ty lupy, a hledáme ty brouky...*“ (PV)

Herny a možnosti trávit čas venku umožňují redukovat stres a srovnávat se s faktem onemocnění a léčby, redukuje agresi a zvyšuje koncentraci dětí. Navíc se stává možností setkávat se s vrstevníky, kamarády v prostředí, které je na sociální interakce v tomto směru velmi chudé. Je přínosné pro zdravý kognitivní vývoj dětí a zlepšuje pohodu dítěte a nejen dítěte, ale i učitele, „*...a prostě je to i něco jiného pro mě...*“ (PV)

7.2 Tady se ta situace mění z hodiny na hodinu

Práce učitele v nemocnicích má svá specifika a vyžaduje velkou míru schopností. Mezi důležité charakteristiky práce patří neustálá připravenost na rychlé změny a narušení zaběhnutých režimů, schopnost vysoké míry adaptability, schopnosti se přizpůsobit, kreativita, kdy člověk musí být rychle schopen improvizovat a schopnost najít smysl i v rozkouskované práci, kdy není možné udržet celek a jednu linii a člověk musí najít smysl i v této roztržitosti práce dané podmínkami a prostředím.

Výchovně vzdělávací program vychází z Rámcového vzdělávacího programu, který si škola upravuje podle svých potřeb. Každá učitelka má pak zpracovány týdenní plány, které jsou tematicky uspořádány do integrovaných bloků jednotlivých ročních období a doplněny vlastními vhodnými pomůckami. „*...Pracujeme samozřejmě podle Rámcového vzdělávacího programu, podle plánů, máme svoje přípravy, máme svoje plány, nicméně pro mě je to každodenní...musím se prostě přizpůsobit, jo...jakoby nikdy nevím, co...*“ (PL) Každý z těchto plánů je ještě rozšířen o zvláštní individuální přístup k dětem na jednotlivých odděleních a je velmi důležité se především dítěti přizpůsobit v tom, jak se ten den cítí a jaké má potřeby, takže je práce velmi individuální. „*...děcko nechce dělat...je mu špatně, nemá o to zájem, tak musí hned přepnout na něco jiného, a prostě, zaměstnat ho jinak, místo jiné aktivity, si k němu sedne a čte...*“ (PJ)

7.2.1 Velká improvizace

V obou případech práce individuální či skupinové se učitelka musí neustále přizpůsobovat zdravotnímu stavu dětí i nemocničnímu prostředí, požadavkům léčby a celého harmonogramu oddělení, kdy největšími bariérami při výchovně vzdělávacím procesu je nutnost velmi náročného promýšlení organizace práce, schopnost propojit na oddělení skupinovou a individuální práci, nutnost znalosti prostředí, režimů dne a omezení. Učitelé musí být schopni velmi rychle se adaptovat. Plánují si aktivity s konkrétními dětmi, ale situace se velmi rychle může změnit na straně dětí i prostředí, „*..., tady se ta situace mění, ne ze dne na den, ale z hodiny na hodinu...*“ (PJ) Schopnost rychlé adaptace spočívá v tom, že musí rychle vyřešit situaci a uzpůsobit aktivity potřebám konkrétního dítěte, tak aby dítě namotivovali a zaujali.

Práce je z velké části variabilní a učitelé musí být schopni improvizace. Každý den jsou učitelé vystavováni nutnosti jednat podle nastalé situace, požadavků a potřeb dětí, „*...opravdu je to hodně, hodně o organizaci a improvizaci! Velká improvizace!*“ (PV)

V kouzlu nečekaného a neustálé změny však kreativní učitelé spatřují pole a prostor, kde mohou využívat svoji schopnost improvizovat a sledovat a zkoušet nové věci, které jsou inspirativní a podnětné pro jejich malé pacienty, kdy je nutné „*pořád sledovat zajímavý věci, právě v tom výtvarném střehu, chodit na zajímavý kurzy, chodit na zajímavý výstavy, semináře a takovýchle zajímavý věci, pořád se udržuju ve střehu, abych měla nápady...*“ (PL) V tomto smyslu je jejich práce o velké odvaze, odvaze nebát se neustále zkoušet nové věci, jak zdůrazňuje jedna z participantek, a to i s rizikem, že se nemusí podařit nebo že se nepodaří, „*...a já to nemám ráda, mě to musí bavit...já zkouším...i za cenu toho, že se to občas nepovede...tak mám ráda zkoušet nové věci, dělat jiné věci...tak takovej ten...zatřepete...a jak to bude teď'...?*“ (PK) Pořád zkoušet a hledat nové postupy, nechat se inspirovat a přinášet další podněty dětem a do nemocničního prostředí je pro celý tento prostor velkým obohacením. „*Kreativita, ...kreativita!*“ (PV)

7.2.2 Já musím umět naskočit

Významným komponentem práce učitelů je zachovat co nejvyšší míru kontinuity a normalnosti v životě nemocných dětí. Pro učitele samotné však kontinuita a celek nejsou patrné, a to v žádné sféře a oblasti. Děti přichází a odchází, často bez toho, že by učitelé o nastalé situaci věděli. Příjem a propuštění dětí se děje rychle a učitelé musí být velmi rychle schopni

do procesu vstoupit, naskočit, navázat co nejrychleji vztah s dětmi, začít s nimi pracovat. Jak potvrzuje jedna participantka „...*já musím umět naskočit...musím umět to...a....a....a nedělat...nebo nedělat si...a nedělat si závěry, že to v jakémkoliv okamžiku musím utnout...“ (PK)*, neboť práce může být kdykoliv přerušena vyšetřením či zákrokem, nebo se děti ke své práci nemusí vůbec vrátit, protože byly propuštěny ze zdravotnické péče domů. „...*v běžné mateřské škole...hm...máte ten časový úsek, si ovlivníte vy, jak bude dlouhej...k té činnosti...já to tady neovlivním...mě přijde sestřička a řekne mi, že dítě půjde na rentgen...a tím ten můj časový úsek končí,...“ (PK)*

7.2.3 Já nemám tu návaznost

Střípky práce provází tyto učitele každodenně, mění se děti, které odchází od rozpracovaných výtvorů a už se k nim nikdy nemusí vrátit, kdy „...*já nemám tu návaznost...to je ta věc, která nás odlišuje...a tím pádem...to se nese ve všech oblastech...i v citové...i v navázání těch kontaktů... že je to hrozně rozkouskovaný...“ (PK)* Pocit celku, jedné linie a návaznosti, kterou v tomto prostoru není možné udržet, je však pro učitele důležitý z hlediska výsledku, dokončení úkolu, smysluplnosti jejich práce a radosti z ní. Učitelé potřebují vidět, že je výkres dokončen, protože „*oni (zdravotníci) se neptají, jestli ten výkres nebo ten výrobek dodělal...to není v té chvíli důležitý...ale pro mě je to důležitý!!!“ (PK)* Vidět výsledek práce a celek činnosti, i když plně viditelný není hned, je důležité a dává smysl vykonané práci a člověku jako takovému. A tato skutečnost nesmí mít vliv na kvalitu vykonané práce a na děti, které ze střípků žijí, a které rozkouskované střípky práce obohacují, protože „*jde o to udělat to na ty malý části, protože oni nemůžou být ochuzení, o to...protože oni za to nemůžou, že vy nemáte ten celek...“ (PK)*

Pro všechny zúčastněné je důležité najít způsoby, jak poskládat mozaiku ze střípků. Pro radost ze střípků, které samy o sobě jsou celkem, ze skládání střípků, které samo o sobě celkem je a poskládání mozaiky, která se nakonec celkem tedy stane. Hledat radost v jednotlivých střípcích, hledat radost ve skládání střípků, a nacházet radost v mozaice ze střípků. To je úkol učitelů v nemocnici, kteří musí najít cestu a smysl i v takové práci... „...*Tak jsem z toho krásně vybruslila...že...že...že...u mě není vůbec problém, že jednu věc dělají tři děti...a já to tam pak i hrdě napíšu...dám tam ty tři podpisy...proč? Jeden něco začal, musel prostě odejít...tak pojd' ty teďka a ty to prostě doděleš...vždyť to je...hm...jo? A pak na té nástěnce je, nebo na té prezentaci je...Peťa, Jiřík...a Milánek...“ (PK)*

7.2.4 Ten celý čas vyplňujete hlavně vy

Individuální výuka nebo práce v malých neustále měnících se skupinách je velmi intenzivní a vysilující. Omezené prostory a možnosti, kdy učitelé musí vybírat aktivity na základě zdravotního stavu dětí, ale i podmínek často limitujícího prostředí, jsou dalším významným aspektem. Navíc jsou učitelé obvykle odkázáni pouze na malé prostory u lůžka, kde se děti nemohou samy zabavit. V běžné mateřské škole, kde jsou skupiny a kolektivy dětí větší, je pro učitele skutečně možné nabrat síly, protože se v některých momentech děti dokáží zabavit samy...*že ve školce, v klasice školce, vyplníte hodně toho pracovního času tím, že ty děti si hrají spolu.... nebo jste venku a máte možnost ty děti „vyhnat“ ven takzvaně, a ty děti se venku zabaví...“(PV)*

Učitelé ve zmínkách o mateřské škole zdůrazňovali aspekt individuální práce s dětmi jako velkou výhodu, probíhá ve větším rozsahu než v běžných mateřských školách a je přítomná v práci s malými skupinami. Tato práce je však velmi náročná ve vztahu k intenzitě vztahu a práce pro učitele. Právě intenzita práce, nemožnost si na chvíli vydechnout v momentě, kdy se děti zabaví samy, je velmi náročným aspektem této práce, kdy *„...ten čas, celý čas vyplňujete hlavně vy...ty děti se neznají, kolikrát se strašně špatně i navazují i ty kontakty mezi nima...a vy jste tam ten zdroj té zábavy, té práce, té náplně...takže tohle je podle mě i hodně vysilující...“(PV)*

Učitelé mateřské školy musí být schopni řešit nové, nastalé situace a snaží se je řešit novým, kreativním způsobem, který přináší radost dětem, jejich blízkým i jim samotným. Mnoho lidí se změny obává a vyhýbají se jí, drží se rigidních postupů a jakékoliv vychýlení z rovnováhy jim přináší nepokoj. Učitelé však musí být schopni takový negativní aspekt povýšit a vytvořit věci pozitivní a radostné nebo negativní alespoň neutralizovat, aby byli schopni zajistit co nejvyšší pohodu dětem při okolnostech, které nemusí být zrovna příznivé. Přestože sami nezakouší pocit celku a návaznosti, musí nacházet smysl v často velmi psychicky náročné intenzivní práci. V tom je potřeba vidět velkou dávku odvahy.

8 DĚTI V NEMOCNICI, NEMOCNICE PRO DĚTI

8.1 Ono si to vybralo jeho

Do nemocnic a oddělení přichází děti různého věku, s různými onemocněními na krátkodobé či dlouhodobé pobyty. Každé onemocnění i oddělení je něčím specifické. Hlavní důvody, proč děti přicházejí, jsou diagnostické a léčebné. Bez ohledu na závažnost onemocnění, bez ohledu na náročnost léčby a délku pobytu, dítě zůstává stále dítětem, bez ohledu na okolnosti a prostředí. Toto je nejdůležitější aspekt, kdy žádné z dětí nechce a nesmí být definováno svou nemocí, neboť „...*on chvíli patří sem...a může chvíli patřit tam..., je to dítě...je to dítě...!!! ...On si to nevybral...ono si to vybralo jeho...já vždycky říkám, že nevím, jak bych se já chovala v jejich situaci...ty děti by to taky tak chtěly, prostě nedívejte se na nás jinak...*“ (PK) Dítě zůstává dítětem i v nemocnici se svými potřebami dítěte, kam patří potřeba být přijat, v situaci, v níž se právě nachází, se specifickostí a omezeními, které nemoc a léčba přináší. Ale také bez ohledu na nemoc, kdy nemocné dítě potřebuje to, co všechny děti, kdy i v nemocnici musí zakusit pocit přijetí, bezpečí, lásky a sounáležitosti, ale i radosti.

V nemocnici je dítě v podřízené roli, je od něho vyžadováno absolutní podřízení se léčbě, režimu, pokynům. Ze strany zdravotnického personálu je nejdůležitější nemoc a její léčení, a dítě se jen na nemoc často redukuje. „...*Ani mně se nelíbí, jak se k dětem zrovna chovají jako k pacientům nebo jak k nim přistupují, takový nadřazený...jakože ty děti jsou takový to malý a oni vlastně nic nemůžou a rozhoduju tady jako já jako big boss...*“ (PV)

Nemoc je součástí nemocných dětí, ty však nesmí být redukovány JEN na onemocnění a objekt léčby a vyšetření, který se nemůže bránit a vyžaduje se od něj absolutní poslušnost a podřízenost. V případě onemocnění je nutné dívat se na nemocného jako na lidskou bytost, která má bohužel tu smůlu, že onemocněla. Dítě není nemoc. A dítě není ani malý dospělý, přestože některá onemocnění děti proměňují v malé dospělé, kteří trpělivě čelí nemoci a vyšetření, a ztrácí tak podstatnou část svého dětství (Carstens, 2004). A právě v učitelích, kteří děti vidí jako děti a významné rovnocenné partnery, spatřuji ten významný prvek nabourávající systém, neboť vidí za diagnózami právě člověka – dítě. „...*Já za tím nechcu vidět pištěl v uchu,...já chcu vidět Sabinku...*“ (PK)

8.2 Do každého života dítěte se zapíšu jinak

V nemocnici učitelé musí být schopni velmi rychle navázat vztahy s dětmi i rodiči, nabízet aktivity jak dětem s krátkodobou hospitalizací, tak dětem, které tráví v nemocnicích dlouhý čas. Učitelé si jsou vědomi roztržitosti i v oblasti vztahové a ví, že „...**jinak se zapíšu do života dítěte, které uvidím tři dny...a už ho pak do nemocnice nenastoupí...tak budeme všichni rádi, že jsme ty tři dny v nemocnici prožili...ale řeknu to...naturálně...víc už si na sebe nevzpomeneme...**“ (PK) Krátkodobé pobyty mohou být pro učitele náročné právě svou omezenou délkou a roztržitostí, kdy tento aspekt může mít pozitivní rovinu, ale i rovinu negativní. Navíc rodiče mohou považovat jakékoliv aktivity nabízené učiteli za zbytečné právě z důvodu pocitu dočasnosti, takže nabízené aktivity učiteli odmítají, „...**né, my nic nepotřebujeme...my nic nechceme...**“ (PK), což může být rovněž pro učitele náročné na psychiku.

V rozkouskovanosti ve vztahové oblasti však učitelé spatřují i obrovskou výhodu proti působení kolegů v mateřské škole, kdy právě krátkodobost může být viděna jako pozitivum, nejen jako negativum, protože „...**tady ty lidi už pak nikdy neuvidíte, kdežto v klasický školce..., tam ty děti máte čtyři, tři roky, a už se těšíte, až to dítě odejde do základní školy...**“ (PV)

Naopak dlouhodobé vztahy s dětmi a rodiči, kteří navštěvují nemocnici opakovaně, mají úplně jinou dimenzi. Pro děti, rodiče i učitele je tato práce položena do úplně jiné vztahové roviny. V jistém smyslu může být pro učitele tato skutečnost jednodušší, protože již děti i rodiče znají, a děti a rodiče znají je. Všichni vědí, co od sebe mohou očekávat, kdy „...**je fakt, že už prostě ví, co ji čeká, ví, do čeho jde ...**“ (PK) V případě opakovaných hospitalizací již není prostředí neznámé, přesto stresové vypětí zůstává z důvodu opětovné hospitalizace, a to jak pro dítě, tak pro rodiče. „...**Jsou tady děti, co jsou tady několik týdnů, měsíců... to jsou takový ty vztahy...kdy je potom po těch letech a po těch zkušenostech, co s tím dítětem prožijete...to hrozně těžký udržet to na té profesionální rovině, jo...protože tam najednou se to smazává...**“ (PL)

V případě dlouhodobých a opakovaných pobytů je pak učitel známým, blízkým a stabilním lidským prvkem v prostředí, které se neustále proměňuje. A to i v případě, kdy rodiče a blízcí nemohou být z různých důvodů přítomni u hospitalizace. Učitelé se tak stávají a fungují

nejen jako učitelé, psychologové, ale i jako rodiče, s nimiž děti navazují blízké vztahy, protože v přítomnosti nikdo jiný blízký, kdo nabídne vstřícnost a pochopení, nemusí být. „...*Kór když to dítě je tady opravdu samo, tak vnímám já aspoň teda určitě ano, že ten pedagog funguje jako nejen pedagog, ale i psycholog, a trošičku i jako ta maminka pro ty děti, které tady ty rodiče nemají ...a ty zdravotníci si dle mým zkušeností udělají svoji práci, a tím to pro ně končí, my (pedagogové) ne...*“ (PV)

Citlivé vztahy, kdy se dítě i rodič dokáží připoutat k osobě, která svým způsobem zajišťuje a přináší „normálno“, jistý způsob bezpečí, přijetí pro děti a rodiče, jsou podstatným a významným atributem. Mateřská škola jako taková hraje klíčovou roli v případě dětí, které jsou ohroženy jakoukoliv deprivací. Role učitelů jako osob, k níž se děti mohou připoutat, je významná, neboť právě učitelé by měli mít schopnosti, dovednosti a znalosti k tomu, aby dokázali vytvářet prostředí plné porozumění, kde se děti budou cítit v bezpečí a budou moci využít svůj plný potenciál (Sierra, 2012, s. 2).

V tomto směru se učitelé se mohou stávat základnou a pevným úhelným kamenem pro rozvoj dětí s chronickým onemocněním při vyrovnávání se s dysbalancí a deprivacemi danými onemocněním. Navíc v nemocnicích ztrácí jistoty i rodiče, čímž může být narušováno i připoutání k rodičům, kteří se dostávají do psychické nepohody a v některých momentech nemusí být schopni zajistit stabilní a bezpečný prvek kvůli prostředí a situacím daným zákroky a onemocněním. Rodiče pak nejsou schopni zajistit bezpečí a děti se dostávají do pozice, kdy se samy nemohou bránit a nemohou je bránit ani právě rodiče, kteří jsou sami v často neznámém prostředí, a „*kór v situaci, kdy jste nečekaně hospitalizovaní...všechno je to strašně rychlý a bohužel se setkávám s tím, že ti rodiče nedostávají dostatečné informace, úplně kompletní informace o té hospitalizaci...at' už z toho organizačního hlediska nebo z toho zdravotního hlediska a obrací se s tím na nás jako na pedagogy...*“ (PV) Tímto způsobem může docházet k narušení připoutání k rodičům, a učitelé tak přináší do tohoto prostředí to podstatné, bezpečné a jisté, neboť spolehnout se na bytost, která umožní cítit se být přijat, v bezpečí a nabízí ochranu, je základní potřebou lidských bytostí, která má důsledky pro pohodu a pozitivní rozvoj dětí (Sierra, 2012, s.1), ale i rodičů. Stávají se tak bytostmi, ke kterým je možné se připoutat a najít alespoň na chvíli pocit bezpečí, jistoty a přijetí.

8.3 Vy to prostě musíte ukecat

Do nemocnic přichází děti s rodinami na krátkodobé, dlouhodobé a opakované pobyty. Nemocniční prostředí je občas velmi hektické, rodiny přichází do nemocnic ve velkém stresu. Na učitele v nemocnici jsou kladeny značné požadavky týkající se komunikace, která musí být otevřená, vstřícná a empatická. Právě pozitivní vztahy mezi učiteli a dětmi jsou založeny na citlivých interakcích, především verbálních (Gruber, 2007 in Ata-Akturk, Dimiscan, 2017, s. 86). Jsou základem pro důvěru a další spolupráci s dětmi a rodiči, kdy „...*je fakt, že nevíte, jaké dítě přijde, musíte se na něho poměrně rychle napojit, seznámit se s ním, i s tou rodinou, což také nebývá jednoduchý...*“ (PV) Vstřícná a laskavá komunikace s někým, kdo dětem rozumí, respektuje je a dává jim možnost se vyjádřit, pomáhá zvládat negativní emoce vůči neznámým a nepříjemným zkušenostem, které děti nemohou kontrolovat. Uzavření se dětí do sebe z rozličných důvodů musí být učitelé schopni „prolomit“, aby se děti otevřely a začaly komunikovat a spolupracovat, což může být v některých případech velmi náročné. „...*Víte co?... U nás je to takový velký divadlo, když ty děti nechcou spolupracovat, vy to prostě musíte ukecat...namotivovat...to je prostě jako...to my jsme trénované divadelnice (smích)...takže buď to ukecáte, nebo ne...*“ (PL) Navíc dítě přichází do nemocnice s blízkými, kteří jej chrání a chránit budou za každých okolností a „*nad tím dítětem udělají takový jako obal...oni nad ním...já si to úplně fyzicky představuju...takový...takový...(ukazuje bublinu)...tak ho chrání...*“ (PK)

Právě citlivý přístup a schopnost empatické a otevřené komunikace jsou důležité k získání důvěry, aby mohla být zahájena jakákoliv další činnost. V tomto směru je ale také nutné zdůraznit, že je na blízkých dětí, aby umožnili a dovolili vstup učitelům do bublin ohraničených nemocí a ukázali rodičům, že život pro děti může probíhat i přes podmínky diktované nemocí v atmosféře lásky, podpory a radosti a že tento krok otevření se bude výhodný pro všechny zúčastněné. „...*A já...aby mě k tomu dítěti pustili...tak já musím nejdřív zlomit ho...nebo...nebo...hm...přesvědčit ho...že když mě pustí k té postýlce...že ten krok bude pro nás dobrej...*“ (PK)

Efektivní komunikační dovednosti jsou jednou ze základních charakteristik a nepostradatelných součástí úspěšné edukace, neboť kvalitní komunikace mezi učiteli a dětmi pozitivně přispívá k sociálnímu rozvoji a akademické úspěšnosti dětí. Efektivní komunikace navíc při-

spívá k adaptaci dítěte (Akturk, Demircan, 2017). Chronicky nemocné děti se musí adaptovat na situaci samotného onemocnění a jeho příznaky, které mohou mít devastující účinky. Musí se adaptovat na pobyty v nemocnicích, které mohou být opakované. Právě kvalitní komunikace mezi učiteli a chronicky nemocnými dětmi umožňuje rozvoj příznivých vztahů, adaptaci a přizpůsobení se podmínkám a má terapeutickou roli.

8.4 My hlavně potřebujeme zabavit

Vzdělávání má obrovskou moc obohacovat a rozvíjet život. Vzdělávání, pokud je autentické zkušeností a individualizované, je klíčem k přijímanému učení. Lidé, kteří jsou intenzivně a entusiasticky ponořeni do úkolů, ztrácí pojem o místě a čase, ať se nachází kdekoliv. Učení hraje klíčovou a vitální roli a může být cenným prostředkem, kterým je možné nabudit radost a motivovat (Blessinger, 2012). Radost z učení se novým věcem, objevování nových věcí a schopnost hrát si zůstává v dětech navzdory přítomnosti onemocnění. Ačkoliv je nemocnice místem léčení, potřeba dětí hrát si a objevovat, učit se novému setrvává i v těchto prostorech. Učení napomáhá dětem v získání emocionální pohody a umožňuje mentální odbočku od světa daného onemocněními. Učitelé v nemocnici děti předškolního věku učí a vzdělávají, pokud to jejich zdravotní stav dovolí, ale také odvádí pozornost od nepříjemných myšlenek, strachu a obav z nemoci, vyšetření a léčby. Tyto obavy pak učitelka pomáhá ventilovat prostřednictvím komunikace, upoutání pozornosti dětí, kdy *„...pro nás ta nejdůležitější věc,...my potřebujeme zabavit....dítě se musí zabavit, aby nemuselo myslet na to, že je mu špatně, že zvrací, že prostě není doma, že ho všechno bolí... a že prostě je mu zle, že je úplně vyřízený...“ (PJ)*

Nejedná se přitom jen o aktivizaci dětí a jejich zabavení. Někdy stačí pouhá přítomnost učitelů a jejich slova a hlas, aby se utišila náročná situace před těžkým vyšetřením či zákrokem, kdy je čas obtížný pro dítě, ale i pro rodiče *„...a tak...i maminka...že mě prostě nechala...i v tenhle okamžik...v tento napjatý okamžik, kdy nevěděla, že v tento okamžik, kdy nevěděla, jestli do dvaceti minut...nebo deseti minut...nepojedou na sál...“ (PK)*

Pro zabavení dětí a rozvoj schopností a dovedností učitelé využívají rozličné hračky, terapeutické metody, edukační materiály a pomůcky. A rovněž rozvíjí schopnosti a dovednosti, které jsou nemocí a léčbou ohroženy, a využívá k tomu množství materiálů a hraček. Tera-

apeutická hra pak pomáhá dětem srovnat se s nepříjemnými pocity během vyšetření a zákroků, má dalekosáhlé terapeutické účinky. „...*My na onkologii máme specifickýho medvěda, který má centrální katetr přišitý a má kufr... ..jde na nich opravdu vidět, že s ním skutečně odbourávají ten stres...jim to dělá náramně dobře, že si do něho mohou píchnout a rýt...a vrátit mu to všechno...(smích)....anebo si to vyzkoušet....“ (PL) Právě pomocí kvalitní komunikace a vedení děti získávají kontrolu nad světem a učí se zvládat situace i vlastní emoce. Terapeutická hra, která děti učí připravit se na vyšetření anebo zpracovat zkušenost vyšetření a zákroku, je důležitá pro nabytí duševní rovnováhy a získání pocitu, že svět je opět bezpečný. Učení zlepšuje sebevědomí a porozumění sobě samému, přináší pocit zadostiučinění a naději, a zlepšuje sociální integraci. V případě chronicky nemocných dětí je navíc lékem, který zajišťuje psychologickou pohodu, wellbeing (Sabates, Hammond, 2014, s. 16).*

9 KAŽDÝ VÍME, KDE STOJÍME

Děti předškolního věku se učí v sociálních interakcích ve svých rodinách, se svými rodiči a sourozenci, v mateřských školách, s vrstevníky a učiteli (Henderson & Atencio, 2007). V případě onemocnění a hospitalizace vstupují do života dětí velmi významně zdravotničtí pracovníci (Pinheiro de Melo, Ferreira, & Lima, 2014) a učitelé v nemocnicích. Pediatrická péče poskytovaná pak hospitalizovaným dětem zahrnuje komunikaci a spolupráci jednotlivých osob - prvků systému dětí, rodičů, zdravotníků, učitelů v nejvyšším zájmu dítěte, ale také pro jeho pohodu a pohodu všech ostatních členů systému. Tyto jednotlivé osoby jako komponenty spolu musí být schopny komunikovat a spolupracovat v nejvyšším zájmu dítěte.

9.1 Rodiče a učitelé mateřské školy při nemocnici

Současným trendem pediatrické péče o děti je přístup, kdy je doporučována přítomnost rodičů na nemocničních pokojích, jejich začlenění do péče o nemocné děti a zajištění podpory a pomoci těmto rodinám (Presentation, 2016 in Spreuwenberg, 2019). Odborníci musí porozumět rodinám, které zakouší chronické onemocnění, jejich obavám a stresům, aby mohli kvalitně odpovídat na potřeby a zabraňovat důsledkům stresů. Psychosociální pohoda a fungování rodičů a blízkých je podstatným aspektem, který se odráží v samotných dětech, jejich pohodě a fungování, ale i v pojetí a náhledu na onemocnění a schopnosti dětí přizpůsobit se a dodržovat léčebné režimy (Commodari, 2010).

9.1.1 Děcko v pohodě, rodič v pohodě!

Hospitalizace dítěte je výzvou pro rodičovskou roli. Rodiče si musí zvyknout na samotný fakt onemocnění dítěte, musí se přizpůsobit často měnícímu se vztahu mezi nimi a dětmi, musí se adaptovat na nemocniční prostředí a rytmus, naučit se jednat se zdravotnickými pracovníky (Hayes, Knox, 1984). Pokud učitelé rozumí rodičům a jejich prožitkům, jejich potřebám, dokáží adekvátně vyhodnotit situaci, mohou se stát velkou pomocí jen svou přítomností a vhodnou komunikací, *protože popovídáte si s mamkou o tom, jaký si má udělat účes, protože ona v tu chvíli to potřebuje, myslet na chvíli na něco jiného, než že její dítě má nevléčitelnou nemoc...* Rodiče potřebují pomoc a podporu. Právě tato podpurná a pomocná role je pro rodiče velmi významná, pro jejich pohodu a boj s onemocněním jejich dítěte.

„...A to dítě je kór uvázaný na postýlce a musíte chodit za ním, že děláte třeba srandu a musíte se snažit jej rozptýlit...a rozptýlíte i to dítě...a když ten rodič vidí, že to dítě je v pohodě, že se směje a zvládá to...i když je to náročný tři týdny ležet na zádech...“ (PV)

9.1.2 Začlenit nebo nezačlenit?

Jednou z největších výzev pro učitele dětí předškolního věku je hledat způsoby, jak nejlépe začlenit rodiče do předškolního vzdělávání. Právě přijetí rodičů jako partnerů, respektování jejich zkušeností, kvalitní komunikace a spolupráce mají pozitivní důsledky na učení dítěte (Spreeuwenberg, 2019). Pokud rodiče zaujmou aktivní roli v učebním procesu dětí předškolního věku, děti vnímají podporu a rozvíjejí svůj plný potenciál. Začlenění rodičů do učebního procesu pomáhá rozšiřovat vzdělávání mimo vzdělávací instituci. Rodiče, kteří jsou součástí učebního procesu, rozumějí lépe svým dětem, a zlepšují tak jistotu a své schopnosti. V nemocnicích je učení však komplikovanější a rodiče svou roli v něm zakouší jinak, jsou ve velkém stresu a v některých momentech i neschopni roli plnit. (Reyhani T., Aemmi S. Z., & Zeydi A. E., 2016) To může být důvodem, proč v některých momentech nabízené aktivity, pomoc a podporu mohou odmítat, a je nutné porozumět pocitům rodičů, jejich reakcím a celé jejich situaci, což vnímaví učitelé mohou. Z tohoto důvodu je tedy významná pozice učitelů ve vztahu k rodičům. V nemocnici jsou styky učitelů s rodiči při hospitalizaci intenzivnější, kdy *„fakt ty maminky mají radost...ony se trošku odpočinou...jakoby přijdou trošku s jiným člověkem do kontaktu, tvoří...a ...“ (PL)* Navíc z důvodu zdravotních mohou být požadavky a nároky na výchovu a vzdělávání ze strany rodičů modifikovány a upozaděny, *a samozřejmě každý to nevezme, oni mají taky v hlavě to...že se tady léčí...jo, že toto už je...“ (PK)*

Úkolem učitelů je v tomto případě zvýšit povědomí rodičů o významu vzdělávání v případě nemocných dětí, ať už jde o krátkodobé či dlouhodobé pobyty, *„...že ten krok bude dobrý pro všechny...“ (PK)*, zdůraznit a ukázat rodičům jejich význam v životech dětí, protože *„...ted’ máte úžasnou příležitost...jste tady prostě dvanáct hodin spolu...doma to ...vemte si...doma tolik času mít nebudete...“ (PK)*, pomoci jim získat potřebné informace a poskytnout pomoc a podporu a navést je i na další podpůrné zdroje, které rodiny mohou využívat (Sterling Honig, 1982, s. 427).

Rodiče jsou různí, mají odlišné názory na výchovu a vzdělávání v nemocnici, různé představy. Někteří rodiče chtějí být s dítětem celý čas, takže učitelé pracují s dětmi i rodiči současně, což učitelé přijímají různě, vždy to závisí na kontextu. Jiní rodiče v čase hry a výuky na chvíli opouští děti, ale vždy je zdůrazněn fakt, že začlenění je vysoce individuální a závisí na mnoha faktorech. „...*někdo rád u toho dítěte je pořád, jako aby byl tak nablízku, někdy naopak rodiče rádi využijou té možnosti, na chvíli...že si můžou odskočit, jo...?*“ (PJ) Učitelé přítomnost rodičů vnímají různým způsobem. Někteří tuto skutečnost vítají, jiní ji neupřednostňují, ale jejich pohled vždy závisí na kontextu a situaci.

9.1.3 Part'áci nebo služby

Rodiče jsou klíčovými partnery ve vzdělávání. Ovlivňují postoje dětí k učení a podporují, či demotivují děti v učení, a to i v nemocnicích. Jsou nepostradatelným pojítkem mezi školou a domovem, tj. v prostředích, kde probíhá učební proces. Pozitivní, podporující a otevřené vztahy mezi učiteli a rodiči jsou velmi žádoucí, neboť zlepšují vzdělávací výstupy dětí, což je zvláště žádoucí u dětí s omezeními různých typů. Vztahy, které jsou prostoupeny respektem a úctou, vzájemná kvalitní spolupráce a komunikace pomáhá učitelům a rodičům vytvářet kvalitní prostor ke vzdělávání (Spreeuwenberg, 2019), a to i v podmínkách, kde to může být velmi náročné. V tomto směru se učitelé setkávají s pozitivním, ale i negativním přístupem a bráním své role. „...*Jsou rodiče, se kterými si podáte ruku, pozdravíte se a víte, že je to super...že s tímhle člověkem to půjde,... ale z toho jsou rodiče, že víte, že i kdybyste jim snesli modrý z nebe, tak to nepoberou, nevnímají vás jako part'áka, spíš vás jako přehlíží ...*“ (PV)

Významný je i často zmiňovaný fakt, kdy si učitelé stěžují, jak v případě vážných onemocnění rodiče často slevují z požadavků na chování, přestávají držet výchovné hranice nebo na udržení hranice nemusí mít již síly z důvodu vyčerpání. Právě rezignování na výchovné mantily a špatná komunikace s rodiči je jedním z nejvýraznějších negativních aspektů, které byly zmiňovány při jejich práci, přestože ví, že situace pro rodiče není snadná a v některých momentech je velmi náročná. V čase, kdy se dětem bortí svět z důvodu onemocnění, by však rodiče i přes nedostatek sil měli hranice udržet pro budování pocitu jistoty a bezpečí u dětí, které nerozumí změnám chování a polevování hranic ze strany rodičů. „...*Já vím třeba, že oni řeší závažnou a zásadní životní situaci, ale někdy*

*často rezignují na takové ty výchovné hranice, já nevím....ne, že by to dítě neměli rádi, to ne....mají, všechno, ale ustoupí do takového, ale tak strašně ustoupí ze všeho...“ (PL) Právě to může být zdrojem mnohých konfliktních situací a vnitřních bitev, které učitel zakouší, neboť má zkušenosti, profesní znalosti i dovednosti a ví, jaké může mít toto důsledky. Komunikace s rodiči je významná, rodiče by se do vzdělávacího procesu začleňovat měli. Ale i učitelé mateřských škol při nemocnicích přiznávají, že tato oblast práce je velmi náročnou záležitostí, na kterou nemusejí být náležitě připraveni. „...**Komunikace s těma rodičema je opravdu špatná, rodič je bůh a dítě je polobůh, a těm se se musíte přizpůsobit, protože škola je vnímaná jako služba, a my jsme služby...**“ (PV)*

Komunikace je však narušována i moderními sofistikovanými technologiemi. Učitelé vnímají i skutečnost, kdy jsou děti předškolního věku i rodiče neustále napojeni na mobilní telefony a jiná zařízení moderní techniky. Již malé děti dokáží využívat tyto technologie ke komunikaci se svými blízkými, ale i jako zdroj zábavy a rozptýlení. Pro nemocné ve zdravotnických zařízeních jsou mobilní telefony a jiné technologie propojením s blízkými, kteří nemohou být hospitalizováni s dítětem, ale i světem zdravých. Jejich přínos je neoddiskutovatelný. Přesto učitelé vnímají skutečnost, že technologie vzdalují, že rodiče jsou často jen fyzicky přítomní s dětmi u lůžka, ale ve skutečnosti jsou ve světě matrixů sociálních virtuálních světů. „...**To mně je jako kolikrát líto, že vidíte, že ten rodič tam fyzicky jenom je...i když sama nevím...asi to taky není jednoduchý to ustát v cizím prostředí...jo...ale...**“ (PK) Ačkoliv toto „unikání“ do virtuálních světů u dětí i rodičů je pochopitelné, bohužel často narušuje velmi významně vztah mezi dítětem a rodičem a další sociální interakce, izolují a oplošťují, kdy „**přijdete k postýlce...maminka má notebook na klíč, dítě má mobil v ruce...vy si přijdete, jakoby jste trpěla samomluvou...hm...a teď co máte říct...? ...Pak je hrozně těžký to přibít něčím...**“ (PK)

Svět technologií je svět okamžitých sociálních kontaktů a bezprostřední virtuální zábavy, svým způsobem svět okamžitého uspokojení dvou základních aspektů, potřeb, které nejsou v nemocnici saturovány, kdy nemoc izoluje a přináší smutek. Je však nutné si také uvědomit, že reálné sociální vztahy mezi dětmi a rodiči, dětmi a učiteli a dítětem a jinými dětmi jsou nenahraditelné. Jedinci ztrácí kontakt s realitou, reálným světem a skutečnými lidmi. Jsou pohrouženi a uzavřeni do sebe a pro učitele je velmi těžké nabízet jakékoliv aktivity, pokud se to děje se souhlasem rodičů, kdy je upřednostněna technika před lidskou bytostí, která nabízí aktivity a lidský kontakt.

Navíc je komunikace s rodiči náročným aspektem práce učitele vůbec. V nemocnicích je ještě ztížena pozice učitele z důvodu závažných nemocí a jejich léčby. O nabídky učitele nemusí být vůbec zájem. Dostávají se tak do situací, kdy jsou v systému vztahů něčím navíc, kdy přemlouvají, motivují. Je nutné si uvědomit, že učitelé jsou odborníci, mají specifické znalosti a kompetence, kterými mohou celé rodině pomoci v této těžké situaci. Jsou nestrannými odborníky, kteří mají náhled na situaci a odstup od ní a dokáží jednat a pomoci. Rodiče jsou partnery při vzdělávání, měli by o této své roli vědět, být k ní podporováni, a to i v nemocnici. Je důležité, aby rodiče a učitelé fungovali jako tým v zájmu dětí a k rozvíjení jejich největšího možného potenciálu. Právě potřeba efektivní komunikace s rodiči je základem pro kvalitní práci s dětmi. Na druhé straně je ale nutné uznání učitele ze strany rodičů jako partnera a kvalitního profesionála.

9.2 Učitelé mateřské školy při nemocnici a zdravotničtí pracovníci

V dnešní době je na poli péče o pacienta významnou praktikou týmová práce. Do tohoto týmu patří sám pacient a jeho rodina, lékaři, sestry, které se stávají specialistkami na pacientovy potřeby a péči, zdravotně sociální pracovníci, kteří zasahují v případě, že se nemoc stává sociální událostí a kdy nemoc zasahuje do širší sociální sféry, psychologové, kteří hrají významnou roli v porozumění životu s vážným onemocněním.

9.2.1 Týmovost nebo netýmovost?

O pacienta pečuje stabilní skupina zdravotnických pracovníků, kteří plní společné úlohy v příslušné oblasti. Nejde však jen o zdravotnické pracovníky, ale i o učitele mateřských a základních škol a rodiče. Ti všichni tvoří podstatný komponent týmové práce ve zdravotnictví. Efektivnost týmu závisí na tom, nakolik dokáží odborníci efektivně spolupracovat a sdílet informace (Gluys, 2015, s. 51). Kvalitní kooperace a komunikace v týmu je zárukou, že budou naplněny všechny potřeby dítěte a že bude péče holistická a nebudou opomenuty žádné aspekty (Gluyas, 2015, s. 51). Všichni členové týmu by měli mít dostatečné adekvátní informace, které potřebují pro svoji práci, potřebují ale také podporu a záchranou síť, aby byli schopni osobnostně a profesionálně odpovídat na potřeby nemocných. „...*já se cítím jako člen týmu, což jinde být nemusí, já se tam cítím, jako člen týmu, což proto je pro mě*“

ta práce zajímavá...“ (PL) Na některých odděleních nemusí komunikace a spolupráce fungovat a často může dojít i k nepochopení role učitele. „...Necítím nějakou týmovost, že spíš mám pocit, že jsou děti hozený mně...,že už je třeba po vizitě...a oni už čekají...no a pak říkají dětem: no, už je tady paní učitelka, tak už běžte do školky...můj pocit: hlavně nás už neotravujte!“ (PV) V tomto případě by bylo velmi zajímavé zjistit, jakým způsobem zdravotnický personál vnímá roli učitele mateřské školy při nemocnici a roli učitele vůbec. Právě přesné definování rolí a kompetencí je v týmu velmi důležité. Role učitele je jiná než role zdravotnických pracovníků a ti si tuto skutečnost uvědomují.

Přesto je kvalitní komunikace a spolupráce nepostradatelná a v zájmu dítěte, což učitelé potvrzují, přestože se liší v názoru, zda je či není učitel součástí multidisciplinárního týmu a zda učitelů vůbec součástí zdravotnických týmů být chtějí. „...*Jedna moje kolegyně, bývalá, se domluvila, že s těma doktorama chodila jako po vizitě...jo, a...já jsem si to tak představila...jako...já mám strach, že bych tam stejně nebyla k ničemu platná...mám pocit, že bych polovičce věci zase až tak nerozuměla... (PK). Otázkou je, do jaké míry si učitelé vytvářejí na pracovištích blízké vztahy a do jaké míry jsou si „blízcí“ se zdravotnickými pracovníky. Organizace zdravotnické péče je jiná, lékaři mají denní a noční služby, sestry se střídají na denních, ranních, odpoledních a nočních směnách. Tato častá proměnlivost zdravotnického personálu může mít vliv na nepatřičnost učitele v týmu a jeho izolaci týkající se komunikace a vztahů se zdravotníky. Učitelé mohou ztrácet kontinuitu, pokud se neúčastní předávání služeb ani vizit, které se týkají zdravotního stavu dítěte. Navíc učitelé mohou vnímat právě markantní odlišnost své role od role zdravotníků a je otázkou, zda právě tato odlišnost jim nedává ten nutný aspekt nadhledu a odstup od onemocnění, kdy se dokáží dívat na dítě jako na dítě. „...*Ne, já chci být od tady toho aspoň trochu oprostěná...“ (PK)**

9.2.2 Potřebujeme hlavně vědět, jestli se může učit!

Efektivní komunikace, předávání informací a kvalitní spolupráce a koordinace jednotlivých členů týmu je významná pro zajištění adekvátní péče. Spolupráce a kvalitní komunikace spojuje a propojuje jednotlivé profesionály dohromady, aby směřovali k jednotnému cíli v největším zájmu nemocného. „...*A zase oni ví, že to dítě by nedostalo to, co potřebuje, kdyby o něm člověk nic nevěděl, takže to funguje velice dobře...“ (PJ) Dobrá komunikace mezi zdravotnickým personálem a učiteli je základem pro kvalitní rozvoj dítěte.*

Učitelé pak potřebují především informace týkající se zdravotního stavu dítěte ve smyslu, zda se děti mohou vzdělávat a do jaké míry a rozsahu, informace o omezeních – dietních, pohybových a dalších. „...*A my ani nějaké hlubší informace od nich nepotřebujeme, ...potřebujeme hlavně vědět, jestli se může učit, jestli může chodit, ...a jestli je třeba tak slabý, že ještě nemůže, ale už se může učit...*“ (PJ), což pro učitele znamená buď výuku na lůžku, nebo je možné si odvést dítě do herny a pracovat s dítětem tam „...*nejčastější komunikace je, že musí zůstat na lůžku, že nemůže do herny...*“ (PK)

Další informace se týkají změn, které nastávají během nepřítomnosti učitelů na oddělení a které jsou pro učitele a jejich práci významné – změny zdravotního stavu, změny režimové, účast na zákrocích a vyšetřeních, které výuku mohou narušit. Na tyto změny je potřeba reagovat a učitelé o nich musí vědět. „*Já hlavně potřebuju vědět ten den, co se bude dít, že jo, když dítě jede na zákrok, nesmí jíst, pít, musím vědět, že má nějaký odběry, že nesmí, ...pak teda samozřejmě i diagnostické věci, což taky potřebujeme vědět pro tu práci...*“ (PK)

Na druhou stranu jsou také pro zdravotníky významné informace, které mohou získat učitelé mateřské školy při komunikaci s rodinou, její funkčnost, vztahy, komunikace a kooperace. „...*pro zdravotníky je zase důležitá ta rodinná situace, jak to funguje v těch rodinách, v těch rodinách je to někdy velmi složitý, i pro ně je to zajímavá a podstatná informace, jak to tam funguje, jo.....a my, jak jsme s nimi...*“ (PL)

Efektivní komunikace nespočívá jen v poskytování adekvátních informací ve vzájemných souvislostech. Je také o tom, že jsou respektováni všichni členové týmu, kdy jsou si vědomi odlišných rolí a perspektiv, kdy ví, co od sebe mohou očekávat. „*Oni ví, co od nás mohou čekat...*“ (PK)

10 MY JSME TADY PRO ÚPLNĚ JINOU VĚC

Učitelé mateřských škol v nemocnicích musí uspokojovat speciální potřeby chronicky nemocných dětí, musí se snažit porozumět jejich pocitům a přáním. Chronická onemocnění a hospitalizace děti vyčleňují a často omezují v prožívání běžných radostí. Protože se učitelé setkávají s mnoha diagnózami a onemocněními, potřebují kromě své profesní kvalifikace i speciální znalosti a dovednosti.

10.1 To člověk musí mít v sobě

Učitelé mateřských škol při nemocnicích jsou kvalifikovanými odborníky dle zákona. Pro práci učitele jsou důležité motivy a důvody pro volbu vychovávat a vzdělávat děti předškolního věku v nemocnicích. Učitelé – participanty pracují v nemocnici téměř dvacet let. Byli ovlivněni svými rodiči, blízkým okolím a zkušenostmi svých blízkých, která je ovlivnila do takové míry, že pokračovali v rodinné tradici. „...*Já mám takovou zvláštní motivaci...moje maminka...no, za prvé jsme celá rodina prostě taková...ne, úplně celá, ale asi osmdesát procent učitelská rodina...od babičky, strýce...a...a...maminky...*“ (PK) A někteří se pro roli učitele dle svých slov narodili. „...*Hm...(úsměv), to by vám řekli úplně všichni...moje rodina a moji blízcí...a všichni okolo...já jsem chtěla být prostě učitelkou vždycky...*“ (PV). Do zdravotnických zařízení se pak učitelé dostávají prostřednictvím ovlivnění z rodiny, kdy „*maminka byla speciální pedagog, takže tímto mne velmi ovlivnila, i když já jsem toužila po jiné dráze textilního výtvarníka a potom potom se se dostala po letech, oklikou a jinou cestou...*“ (PL) nebo náhody, „...*takže to byl opravdu takovej náhodnej krok...*“ (PK) Přesto učitelé podotýkají, že aby člověk mohl dělat tuto práci, „musí to být v něm“ „...*Já si myslím, že to člověk musí mít v sobě...*“ (PL)

Učitelé zdůrazňují speciální pedagogiku jako velmi významný a nutný základ pro danou práci. „...*Ta speciální pedagogika...já ve spoustě věcí fakt tahám, co jsem věděla z té vysoké školy...at' už co se týče těch jednotlivých onemocnění, at' co se týče těch jednotlivých postižení, jak k tomu máte přistupovat, na co se zaměřit...*“ (PV) Učitelé tyto speciální znalosti týkající se jednotlivých onemocnění a postižení získávají na vysoké škole při svém studiu nebo si je doplňují v rámci celoživotního vzdělávání jako znalosti nezbytné. „*Já v tom, že jsem v tom pracovala...a zároveň jsem se to učila...tak já místo pěti stránek o*

*rozštěpu páteře...jsem měla Jindřišku!...Jo, že jsem to měla hozený úplně někam...
...že...prostě jsem si četla o Jindřišce!“ (PK)*

10.2 Já se vnímám jako normální člověk v tom procesu

V nemocnici se do sítě vztahů dostává nemocné dítě, rodiče, učitelé a zdravotničtí pracovníci. V případě vážného onemocnění je to právě onemocnění, které je zásadním faktorem a ovlivňuje osobní či profesní život tří zmíněných osob – dětí, rodičů a zdravotnických pracovníků. Postavení učitele je v tomto systému vztahů odlišné. I on musí přihlížet k onemocnění jako podstatnému faktoru, přesto je pro něho důležitá úplně jiná rovina, na kterou se snaží položit důraz. Jde o vyvedení dítěte i rodičů z dimenze onemocnění k radosti a k normalnosti. Jeho profesní povinností je mentální odbočka ze světa nemoci, která ovládá prostředí i systém vztahů. „...*ale fakt, když jste tam dlouho a pořád posloucháte ty zdravotnický věci, psychologický věci, a teď je tam ten člověk, já se vnímám jako normální člověk, v tom procesu...*“ (PV) V tomto prostředí a procesu je „normálně“ luxusem, který tam učitelé vnáší obyčejnými drobnými věcmi, svými aktivitami, postojem, oblečením i vlastní osobou, kdy někdy stačí obyčejné tričko, kdy „... *jedna maminka mi říká...jé, paní učitelko, máte dobrý tričko, protože chodím s různě vyráběnými tričky. Jak jste to dělala?...Tak jim prostě popíšete, kde to koupíte...hned tam dáte ty tipy, je to to normálně, to tam vnesete...*“ (PV) Právě udržení normalnosti a propojenosti s životem tam venku, za nemocničními zdmi, je výrazným a velmi důležitým prvkem v celém procesu, které si uvědomují a vnímají sami učitelé, „...*a musíte být pořád pozitivní, pořád...nemůžete tam být...jako...ježiši...! Ne!!!! Úplně normální....!*“ (PJ)

Bohužel vztahy v nemocnicích mohou být ovlivněny devastujícími onemocněními a smrtí, kdy učitelé mohou jen přihlížet tomu, jak nemoc dokáže děti ničit na těle i duši. Tyto skutečnosti naprosto pozměňují kontext vzdělávání dětí v nemocnicích. Devastující onemocnění a umírání dětí jsou vysoce stresovou záležitostí a zkušeností (Carstens, 2014), jsou náročnou zkušeností pro zdravotnické odborníky, jsou vypjatou zkušeností pro samotné učitele. „...*Navíc se ještě stane, že si vytvoříte, a stává se to nám všem, stává se to zdravotníkům, a i když to není příliš profesionální, že si prostě vytvoříte víc tu emoční vazbu, i k těm rodičům, prostě vám někdo padne víc do oka, než někdo jiný, strávíte s ním víc času a ještě to nedopadne dobře, tak to je stres veliký...*“ (PL)

Učitelé musí být schopni pracovat ve stresových podmínkách, musí být připraveni i na situace změny, a to změny velmi výrazné, jako je náhlé krvácení, zvracení, zhoršení celkového stavu. Musí reagovat přiměřeně a profesionálně za všech okolností s myšlenkou, že jejich práce je vždy brána jako „to doplňující“ a „jenom něco navíc“. „...***Mně hrozně dlouho trvalo, než si člověk zvykne na ten pocit, že není ten nejdůležitější, že je až ten druhý, že jsme až ti druzí...a že jsme takoví...a že se musíme vlézt do těch mezer...hm...a tu naši práci, že nemůžeme...že tady je prostě to důležitější poslání...***“ (PK)

Navíc se učitelé musí srovnat i se situací, že je mohou všechny tyto okolnosti provázet dál v jeho životě, kdy práce v myšlenkách nemusí končit v nemocnici a prostupuje do jejich osobního života. Zatěžující a stresující je sám fakt setkání se s nemocnými, s nevléčitelně nemocnými a s nemocnými v přímém ohrožení života. Je to zkušenost stresující pro již vyškolený a zkušený zdravotnický personál (Plisková, 2016). Zkušenost přihlížení a bezmoci při vážných onemocněních a smrti je nepřenosná, „...***někdy vám to leží v tý hlavě pořád...vždycky se toho nezbavíte...i když je to opakované...děti tam známe deset let...léčí se od...začínají u mě, když jsou dvouletý...končí do ve dvanácti letech, a končí to špatně...***“ (PL). Tato zkušenost pozměňuje náhled a vnímání profesního a osobního života a odborníci ji musí začlenit do svého života.

Na mnohých pracovištích jsou organizovány semináře a programy pro učitele, kteří zakouší tuto zkušenost, aby jim pomáhaly a podporovaly je v situacích, které jsou náročné i pro samotné zkušené zdravotnické odborníky. Tyto zkušenosti jsou nepřenosné, střet i pouhé mluvení o smrti je postaveno za bílou zástěnu, o které nikdo nechce slyšet. „...***No, ale on to nikdo nechce slyšet, takže ani s kolegyněmi tady, co dělají na jiných odděleních, si tohle nesdílíme...on to nikdo nechce slyšet ...***“ (PL) Je nutné, aby učitelé tuto podporu cítili a dokázali v sobě zpracovat náročné situace, kdy přihlíží, že jim odchází někdo blízký.

Učitelé zakouší na odděleních neopakovatelné zážitky a příběhy, které se skládají a dávají zakoušet pocit naplnění a smyslu. Pracují ve světě plném smutku a lidských starostí, ale na druhou stranu i ve světě radosti a dobrého pocitu z vykonané práce, kdy se mohou podílet na prosvětlení životů svým úsměvem, činěním a konáním, a to i přesto, že jsou ve všech aspektech upozaděni. Právě přinášení pohody, radosti a klidu dává smysl této nelehké práci, kdy učitelé stojí a pracují v pozadí, a ve střípcích práce a v mezerách přináší pokoj a radost. „...***Je to hrozně důležitý, aby to dítě bylo v pohodě...aby se prostě nějak zaměstnalo, ale***

nemůžeme to cpát dopředu, musí to vypadat, že jsme o krok zpátky...jako že se držíme...protože i ti rodiče a všem těm okolo jde hlavně o to, aby se to dítě uzdravilo...“ (PK)

10.3 Jsme speciální škola!

V případě vzdělávání dětí na půdě nemocnice se střetávají dva systémy - zdravotnický a školský. Je přitom nejlepším zájmu dítěte, aby tyto systémy dokázaly spolupracovat, aby se dítě i přes vážnost stavu mohlo rozvíjet. Nemocnice a její oddělení se stávají edukačním prostorem, kde probíhá každodenní edukační procesy pro nemocné děti, které tyto školy navštěvují po dobu své hospitalizace. Mateřské školy při nemocnicích nabízí speciální podporu a pomoc rodinám, které jsou zatíženy skutečností vážných chronických onemocnění. Přesto byly tyto školy zařazeny do běžného provozu školství navzdory specifčnosti potřeb, které uspokojují. „...*Co se týče v souvislosti s tím vzděláním..., tak nás vlastně zařadili do běžného provozu školství, ale určitě si myslím, že jsme speciální škola...“ (PV)*

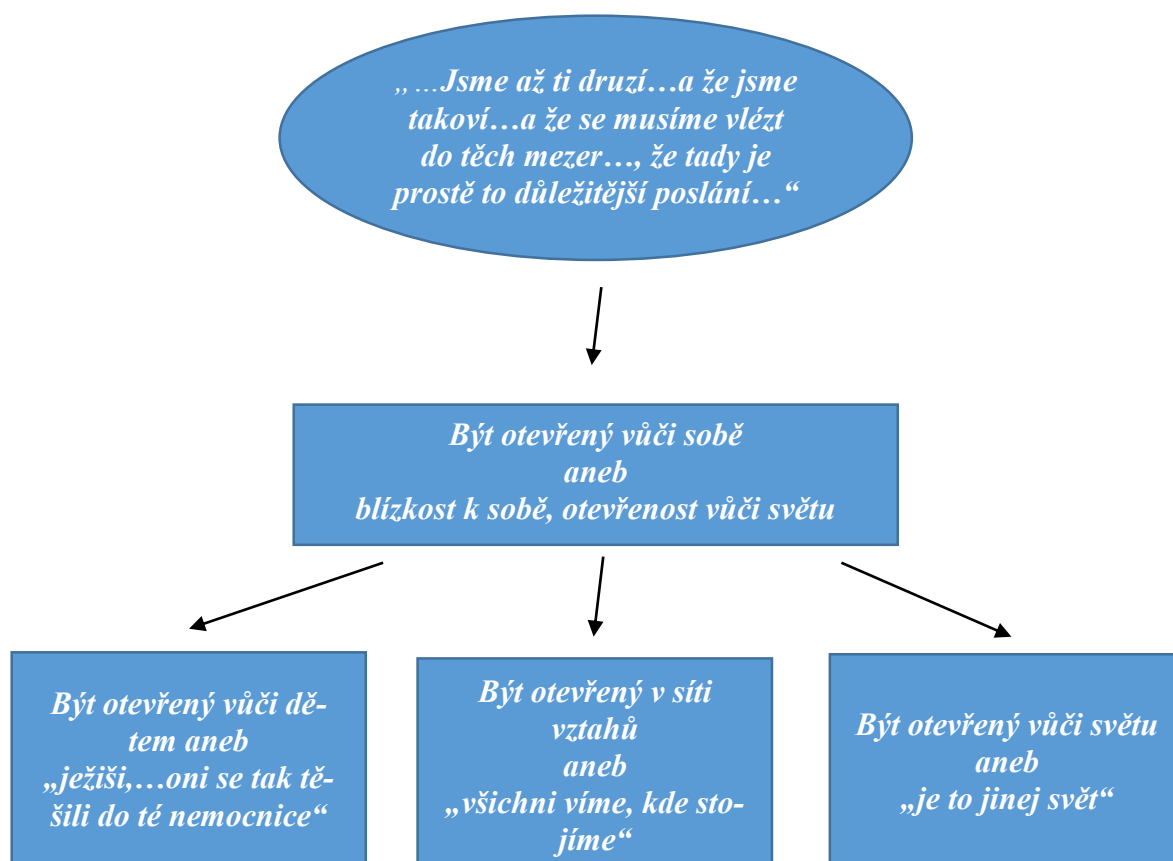
Odlíšnost mateřské školy při nemocnici je markantní. Vyplývá z faktu, že je poskytována dětem, které trpí dlouhotrvajícími onemocněními, nepříjemnými příznaky a důsledky těchto onemocnění. Nemoc a hospitalizace mají důsledky týkající se kognitivní, emoční a sociální stránky osobnosti dětí i jejich celkové pohody. Mají důsledky pro výchovu a vzdělávání. Dítě předškolního věku potřebuje objevovat svět, nové prostory a nové lidi. Nemoc znamená omezení, izolaci, v některých případech stigmatizaci. Edukační prostor se rovněž zužuje na domácí a nemocniční prostory, kde se děti dostávají do autoritativního prostředí, kdy nemohou projevit svoji autonomii. Organizace a provoz vzdělávacích aktivit na nemocničních odděleních je velmi náročný a speciální také z důvodů situace a prostředí, v němž probíhá. Nemocniční prostředí je velmi stresové a náročné na psychiku.

Vyučovací jednotky jsou navíc narušovány samotným onemocněním a požadavky dne – vyšetřeními a zákroky. Na omezeném prostoru se učitelé mateřských škol snaží zajistit kvalitní vzdělávání dětem s cílem děti vzdělávat, ale i zabavit a odvést od myšlenek na onemocnění, a utvářet tak pozitivní hodnocení o sobě a lásku k učení. Nadto jsou učitelé podporou nejen pro děti, ale i pro rodiče, kteří děti provází na odděleních. Jako odborníci jsou však v celém propojeném systému výrazně v pozadí.

11 TEORETICKÝ MODEL OTEVŘENOSTI UČITELŮ MATEŘSKÉ ŠKOLY PŘI NEMOCNICI

Otevřenost je fundamentálním základem přístupu člověka, reprezentuje tendenci člověka být flexibilní, s širokou a otevřenou schopností myslet a být schopen pojímat do sebe odlišné způsoby myšlení a nahlížení lidí a světa kolem sebe. Otevřenost je jednou z domén, kterou je popisována osobnost v Pětifaktorovém modelu osobnosti (Woe, Parrigon, 2015). V tomto smyslu je tato doména vztažena na model, který bude v této práci prezentován jako klíčová odpověď na otázku, jak vlastně pracují učitelé v mateřské škole při nemocnici, kdy učitel *„...není ten nejdůležitější, že je až ten druhý, že jsme až ti druhí...a že jsme takoví...a že se musíme vlézt do těch mezer..., že tady je prostě to důležitější poslání...“ (PK)* Otevřenost učitelů je však tím zásadním klíčem, který otvírá „ty druhé“ a hledá možnosti prostředí, tak aby se otevřelo samotné dítě, a tím byl dán zásadní předpoklad k jeho rozvoji, učení a prožitku. Otevřenost učitelů pracujících při nemocnicích se odráží ve čtyřech aspektech, a to otevřeností a upřímností vůči sobě, která je základem pro tři další dimenze: otevřenosti vůči dětem a jejich specifické situaci a potřebám, otevřenosti vůči jiným, blízkým a zdravotníkům a nakonec otevřenosti vůči prostředí a jeho změnám.

Grafické znázornění 1. Teoretický model otevřenosti učitelů mateřské školy při nemocnici



11.1 Být otevřený vůči sobě aneb blízkost k sobě, otevřenost vůči světu

Současná doba klade na odborníky značné nároky nejen v oblasti znalostí, ale především v oblasti směřující od sebe samých k těm druhým. „*Znát sebe a učit se znát sebe znamená i umět pečovat o sebe, nezapomenout na své vlastní potřeby, neobětovat své malé radosti i svou samotu, kdy člověk sbírá sílu a utřídí své myšlenky. Pomáhá to udržovat rovnováhu v životě*“ (UK Essays in Plisková, 2016). V povolání, jako je učitelství, je nutná každodenní interakce s velkým množstvím lidí, kvalitní komunikace, podpora a sdílení, kdy se učitelé vydávají ze sebe, „*...si vemte já týdně poznám třicet lidí...se kterými musíte za každou cenu vládně, slušně...*“ (PK).

Být otevřený vůči sobě znamená být angažovaný aktivně a entusiasticky do své práce, sebevzdělávat se a účastnit se programů, workshopů a stáží, účastnit se konferencí, udržovat stále aktualizovaní znalostní báze a schopností (Carstens, 2004). „*Je to akční práce, že vás to pořád drží jako ve střehu, že člověk musí mít pořád nápady, takový ty kreativní...kreativní nápady, pořád se musím jakoby.... a tady to třeba souvisí s tím výtvarnem, pořád sledovat zajímavý věci, právě v tom výtvarném střehu, chodit na zajímavý kurzy, chodit na zajímavý výstavy, semináře a takovýhle zajímavý věci, pořád se udržuju ve střehu, abych měla nápady...*“ (PL), což zabraňuje stagnaci a mentálnímu vyčerpání (Carstens, 2004) „*...Protože člověk...at' chcete nebo ne...po tom určitém čase spadne do těch nějakých kolejích vyjetých...a já to nemám ráda, mě to musí bavit...já zkouším...i za cenu toho, že se to občas nepovede...tak mám ráda zkoušet nové věci, dělat jiné věci...tak takovej ten...zatřepete...a jak to bude teď'...?*“ (PK)

Býti otevřený vůči sobě také znamená být schopen zabránit izolovanosti, zůstat vnitřně vyčerpaný, přepracovaný a emocionálně nestabilní. Když učitelé obětují své vlastní potřeby, aby uspokojili ty druhé, postupně začne docházet k vyčerpání (Carstens, 2004). Učitelé si vytváří obranné mechanismy, které jim umožňují s velkou či menší úspěšností rozdělovat pracovní sféru od osobní. „*Já nasadím takovej ten netečnej...aspoň tu chvilku, než přejedu domů,...já udělám si tu zástěnu...*“ (PK) Některé pracovní zkušenosti a zážitky si však odnáší domů, „*...to si fakt nesete, to se špatně ventilujete pryč...*“ (PL), a rovina pracovní i osobní se stírá. Přesto učitelé zakouší na odděleních neopakovatelné zážitky a příběhy, které se skládají, a dávají jim zakoušet pocit naplnění a smyslu. Žijí ve světech plných lidských tragédií a smutku, ale na druhou stranu i ve světech radosti a pocitu z dobře vykonané

práce, kdy se mohli podílet na prosvětlení životů svým úsměvem, slovem a konáním. „*Přišla maminka s dítětem...a říká...paní učitelko, vy už jste tady dlouho...že? A teď mně hlavou projely všechny ty syndromy vyhoření...a říkám si, ty jo, co zas, kde?...A maminka říká...já si vás pamatuju..., jako dítě..., vy jste pořád stejná,...! A já...ahááá! (úlevový výdech)...Jako, to dítě se už stalo matkou...teď už úplně v jiné roli...a ona mě poznala (spokojený úsměv)...že já si vás pamatuju..., paní učitelko...!*“ (PK)

11.2 Být otevřený k dětem aneb „ježiš..., oni se tak těšili do té nemocnice“

V nemocničním prostředí, kde se neustále věci i zdravotníci mění z důvodu směn, je učitel stabilním a vstřícným prvkem, který se pro dítě a rodiče stává propojením se světem zdravých, protože možnost učit se je v některých případech skutečným luxusem.

Pro učitele musí zůstat nemocné dítě dítětem s potřebami, které je třeba uspokojovat u všech dětí – potřebou lásky, bezpečí a pocitu sounáležitosti. Pro učitelku nesmí být dítě diagnózou ani objektem. Je dítětem, partnerem a spolupracovníkem, a hlavně samo sebou, kdy může vyjádřit svou libost a nelibost, projevit své pocity a říct svůj názor. Jednou z klíčových kompetencí učitele je zajistit, že se tyto děti budou cítit milované, přijaté a v bezpečí, i když jejich chování někdy naznačuje odmítání, zlobu, agresi. Jsou však extrémně zranitelné a závislé na náklonnosti dospělého. Proto je nezbytné, aby učitel otevřeně ukázal svou pozornost a empatii (Sierra, 2012, s. 10) „...*Musela čekat hladová na vyšetření, tak...tak ji to tak strašně vytočilo (smích), zalezla...vůbec se se mnou nebavila, jo...já jsem téměř tancovala po posteli, abych ji nějak namotivovala, ... aby se řehtala...maminka už se pak chichotala...všichni kolem...a holčička byla zalezlá,..., prostě NE!*“ (PL) Porozumění pocitům, emocím a chování dětí je zásadní, neboť právě tento aspekt proměňuje nemocniční pokoj, jídelnu, hernu, třídu v prostředí, kde je možné učení s prožitkem radosti (Sierra, 2012, s. 10). Právě z tohoto důvodu je nutná schopnost učitele rozumět emocím dětí a jejich chování v kontextu, ve kterém se odehrává (Sierra, 2012, s. 11). V nemocnicích je to kontext onemocnění, který udává směr veškerým tamějším procesům. Díky učitelům se však může stát „jen“ rámcem a učitel může dokázat změnit sterilní prostor v bezpečné a tvořivé prostředí,

kde se dítě učí, tvoří, hraje si. „...*Třeba na začátku, že se vám někde podaří navázat kontakt, ...že k vám začne mít důvěru,....a pak rodiče přijdou a řeknou...ježiš, oni se tak těšili do té nemocnice...*“ (PL)

Učitelé pomáhají dětem rozvíjet se, věřit v sebe a učit je mít důvěru a radost ze svých úspěchů, a to i v prostředí nemocnice. Hledají způsoby, jak děti co nejvíce odvést od onemocnění k věcem a činnostem, které mají rády a které je motivují, aby dosáhly svého největšího potenciálu. „*Dítě, který je úžasný výtvarník, holčička...těším se, že až přijde, že budeme spolu něco vyrábět, budeme řídit...chystáme i nějakou výstavu,...prostě na výstavu nějaký obrazy...báječná, kreativní, maminka taky báječná, kreativní, je s nima veliká legrace, když tvoříme, tak se prostě řehtáme u toho, je to báječný.*“ (PL) V nemocnicích děti reagují pozitivně na učitele, kteří k nim přistupují jako k partnerům, přistupují otevřeně, upřímně a s normálností (Carstens, 2004). Vcítěním se, pozorným posloucháním a uznáním dětské zkušenosti a pocitů se učitelé dostávají přes hradby a objevují v dětech ochotu a snahu se učit, protože jsou oceňovanými partnery navzdory devastující okolnosti onemocnění, nebo snad právě proto.

11.3 Být otevřený v síti vztahů aneb „všichni víme, kde stojíme“

Učitelé v nemocnicích jsou součástí systému, ale přinášejí do prostředí nezdravotnický aspekt, a to pro děti, rodiče i zdravotníky. Jsou v systému vztahů, kdy se stávají prostředníky mezi dítětem a onemocněním, kdy svými intervencemi jsou natolik významnou a ozdravnou mentální odbočkou, aby byl co nejméně narušen vývoj dětí, jejich sebevědomí a sebepojetí. Učitelé jsou prostředníky mezi rodiči, kterým se mohou stát průvodci hektickým zdravotnickým systémem, ale i podporovateli a pomocníky nejen při vzdělávání jejich dětí. A do třetice jsou prostředníky ve vztazích se zdravotníky, kdy je nutné získávat potřebné informace o zdravotním stavu dětí, změnách a omezeních. Na druhou stranu jsou pak učitelé pro zdravotníky zdrojem informací, kdy poznávají děti a rodiny z lidského úhlu pohledu.

Pro spolupráci a komunikaci se zdravotnickými pracovníky je nutné znát svou roli a své místo v týmu, kdy jsou všichni odborníci schopni jednat partnersky a s důvěrou, pomoci a podpořit se v největším zájmu dítěte. Zdravotníci očekávají, že učitelé děti zabaví a odvedou v myšlenkách od onemocnění. Učitelé musí respektovat, že všechny jejich aktivity jsou svým způsobem určovány ošetřujícími lékaři, vyšetřeními a zákroky. Přes všechny tyto aspekty musí dítě žít i přes okolnosti a prostředí, v nichž se nachází, co nejkvalitnější život,

musí mít přístup ke vzdělávání navzdory možným vyhraněným podmínkám. Učitelé musí být otevření vůči spolupráci a komunikaci, aby zajistili dětem co nejkvalitnější podmínky pro vzdělávání, ačkoliv jsou často v týmech upozaděni a o této skutečnosti ví. „...**Že všichni víme, kde stojíme...a nevím, jestli to cítím tak všichni, a mně to svým způsobem nevadí...já nechci řešit teplotu a jestli zvracel...nebo, jo...já chcu řešit, jestli mám dost papírů na tu koláž, ...já vím, že to zní hloupě...ale,... ale, to ne...my jsme tam pro jinou věc, my jsme tady pro úplně jinou věc.**“ (PK)

A stejně tak musí být učitelé otevření rodičům, kteří přichází jako doprovod. V tomto směru je nutná empatie ve vztahu k rodičům, která znamená „*dočasně žít životem druhého člověka, orientovat se v něm taktně a vzdát se vlastního hodnocení*“ (Rogers, 2014, s. 145). Druhému člověku je empatickým porozuměním a přijetím vyslána zpráva, že je přijat se vším, jak je a jak stojí právě teď a tady. Právě zde, v tomto bodě, kdy je člověk přijat a kdy je potvrzena jeho cena, může dojít ke změně vnímání, je to základem veškeré změny (Rogers, 2014, s. 153). „...**A on tam je v té místnosti sám...když dojde pak dojde ta paní učitelka a přeci jenom jim zadá nějaký ten úkol, úkoly...že ta maminka pomůže,...že se prostě nějak jako,...není tam ta ponorka...**“ (PJ)

Rodiče se z důvodu onemocnění dětí dostávají do problematických situací a stavů. Jejich wellbeing je však důležitý a zásadní pro pohodu dítěte. Učitelé v nemocnicích se stávají podporou nejen pro děti, ale i rodiče (Koch, Jones, 2018). Učitelé jsou „...**psychická podpora pro dítě, ale i pro ty rodiče, je to někdy...ono se to na to dítě jako vrátí, když ten rodič, když je víc v pohodě, když se malinko uvolní, tak to se pak vrátí na to dítě, že pomáháme rodiči.**“ (PL)

11.4 Být otevřený vůči prostředí aneb „...je to jinej svět..“

Organizace a realizace vzdělávacích aktivit na nemocničních odděleních je velmi náročný proces z důvodu situace a prostředí, ve kterém probíhá. Nemocniční prostředí je velmi stresové a náročné na psychiku. „...**To se těžko vysvětluje, já už jsem tam dvacet let, už jsme prožili strašně moc příběhů, je to jinej svět...a všichni nás tak berou, že jsme uzavřená,...že nás berou možná snad, i že jsme divní, že nás berou...**“ (PL)

Nejdůležitější je napomáhat vytváření atmosféry, která se vyznačuje bezpečím, opravdovostí, uznáním a porozuměním. V nemocničním prostředí jde o vytvoření edukačního prostoru, kdy budou dány podmínky k osobnostnímu růstu a radosti dítěte. Právě empatie a porozumění jsou základem a odrazovým můstkem pro změnu a růst (Rogers, 2014, s. 121-122). Práce na odděleních je velmi proměnlivá, učitelé musí být neustále připraveni na změnu, musí být schopni velmi rychle zareagovat a tvořivě pracovat, „...*A říkají,....tam je paní učitelka a budeme si něco vyrábět....tam si budem něco dělat, a přitom jdou na nějaký nepříjemný vyšetření...*“ (PL) Učitelé musí být schopni flexibilně využívat čas, prostor a dostupné metody a prostředky, které se uzpůsobují zdravotnímu stavu dětí, jejich potřebám, zájmům a požadavkům okolností a prostředí (Davies, Jindal-Snape, Collier, Digby, Hay & Howe, 2013). Právě změna a schopnost tvořivě se na ni adaptovat je klíčovým prvkem této práce při faktu, že zdravotnické hledisko má vždy přednost před výchovně vzdělávací prací učitelů. „...*Tam se řeší tak zásadní průsery, že...pardon, ...že to prostě...a těch příběhů, to se vám skládá po těch letech...*“ (PL)

DISKUSE

Tato práce zkoumala a analyzovala, jak pracují učitelé s chronicky nemocnými dětmi předškolního věku. Získaná data kvalitativního výzkumného šetření byla zpracována na základě analýzy pomocí otevřeného kódování, kategorizace a definování témat. Práce učitelů je podmiňována sterilním prostředím, které musí proměňovat v edukační prostor, musí být neustále připraveni na změny, schopni kvalitně komunikovat a spolupracovat se zdravotníky a rodiči. Navzdory upozadění a náročnosti své profese musí být otevření, aby mohli vzdělávat děti předškolního věku a dosáhnout jejich největšího potenciálu a zároveň přinášet i normalnost a radost do světa prostoupeného diktátem onemocnění.

Práce na odděleních v nemocnici je velmi proměnlivá. Učitelé musí být neustále připraveni na změny, musí být schopni velmi rychle zareagovat a tvořivě pracovat v prostředí, které pro vzdělávání příliš vstřícné není. Právě změna a schopnost se na ni tvořivě adaptovat je klíčovým prvkem této práce. Práce učitelů je náročná z důvodu specifik nemocných dětí. Ta jsou dána nejen zvláštnostmi a omezeními, které vyplývají z onemocnění, ale také délkou pobytu, který se u jednotlivých dětí na oddělení liší. Z analýzy dat tohoto výzkumu je pro učitele nejdůležitější navázat vztah, který je základem jakékoliv další práce. Nejdůležitější kompetencí v tomto směru je laskavá, vstřícná a otevřená komunikace s dítětem, ale i s rodičem, jenž vytváří kolem dítěte ochrannou vrstvu, kterou je nutné prostoupit a přesvědčit rodiče. V případě, že se zhorší zdravotní stav dětí, učitelé využívají všechny své schopnosti a dovednosti, aby zabavili děti, které by zapoměly na bolest a další příznaky onemocnění, vyšetření či léčby nebo aby se srovnaly se stresovou situací. V tomto směru k podobnému zjištění došla i Carstens (2004) ve své práci *Teachers' Experience Of Teaching In A Hospital School*, která komplexně zkoumá a analyzuje zkušenosti učitelů v nemocnicích.

Výrazná a intenzivnější je i spolupráce s rodiči. Učitelé jsou cenným zdrojem informací pro rodiče o hospitalizaci, chodu oddělení, provozu a organizaci. Pokud spolu dokáží rodiče a učitelé komunikovat a spolupracovat, mohou se rodiče zapojit do výuky a učebního procesu tak, aby dítě svou roli zvládlo a zakusilo úspěch, a tak prožilo spokojené dětství navzdory náročným podmínkám. Tento aspekt shodně potvrzují výzkumníci Zazryn, Macleod, Silks, & Strong (2014).

Pro efektivní práci s dítětem učitelé potřebují kvalitní informace, kdy je nutná komunikace a spolupráce se zdravotnickými odborníky. Na základě zjištění v tomto výzkumu se může zdát problematické jejich postavení v multidisciplinárním týmu. Tuto spolupráci hodnotí učitelé různě. Znají svoji roli i své kompetence, ví, jaká je jejich úloha a že budou vždy upozaděni v momentě, kdy se zdravotní stav dítěte zhorší nebo dojde k závažné změně. I oni sami tuto pozici v multidisciplinárním týmu hodnotí různě, někde do týmu dle svého mínění patří, na některých odděleních nepatří, ale jak podotýkají, jejich role je jiná a jsou v nemocnicích pro naplnění jiného cíle. Je možné, že multidisciplinární tým vnímají oni sami pouze jako tým zdravotníků, kdy považují i účast na vizitách za zbytečnou, někdy až nepatřičnou. A sami sebe i oni vnímají jako prvky, které do systému jako takového úplně nepatří. V tomto směru je možná jistá polemika s tvrzením, že učitelé jsou členy multidisciplinárního týmu, které je možné najít např. u autorů Mareš a Žovka (2016) v jejich práci Školy při nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. Přesto učitelé potřebují kvalitní informace k rozvoji dítěte, a proto hodnotí komunikaci a spolupráci se zdravotnickými pracovníky jako nezbytnou. V tomto směru by bylo velmi zajímavé pokračovat ve výzkumu a zjistit, jak vnímají roli učitele samotní zdravotničtí pracovníci – lékaři, ale i sestry. Právě výzkum spolupracovníků Zazryn, Macleod, Silks & Strong, (2012) zjišťoval mimo jiné názory mladých lékařů na roli učitele v nemocnici. Zjistili, že mladí lékaři učitele příliš „nevnímají“, neboť jejich prioritou je zodpovědnost za zdravotní stav dítěte a nejrychlejší možné zkrácení hospitalizace.

Situaci týkající se významu, náročnosti a smysluplnosti práce učitelů v nemocnicích reflektoval výzkum autorů Steinke, Elam, Irwin, Sexton & McGraw (2016). Jednou z významných kategorií jejich výzkumu je kategorie Nemocniční učitel (Hospital school teacher). Autoři dospěli prostřednictvím výpovědí k podobným výsledkům jako v předloženém výzkumu, kdy učitelé přes velké množství náročných situací a výzev hodnotí svou práci jako vysoce uspokojující. Konkrétně pak zmiňovali v této oblasti možnost individuální práce s dětmi u lůžka a v malých skupinách, což umožňuje „šít“ edukační program téměř na míru. (Carstens, 2004) Rovněž byl zmíněn aspekt normálnosti, který učitelé přináší rodinám do prostředí nemocnice. Na rozdíl od výzkumu Steinke, Elam, Irwin, Sexton & McGraw (2016) však učitelé této studie hodnotili jako nejtěžší bariéru spolupráci a komunikaci s rodiči oproti výše uvedenému výzkumu Steinke, Elam, Irwin, Sexton & McGraw (2016), kde se jednalo o těžký stav pacientů a umírání. Rozdíl může být způsoben typem oddělení, na

kterém byl výzkum prováděn. V případě onkologických onemocnění, neurologických oddělení a JIP oddělení je zjištění autorského týmu pochopitelné.

LIMITY STUDIE

Jako autorka práce jsem si vědoma faktu, že participantky tohoto výzkumu byly z jedné mateřské školy velké nemocnice, kde je celkem 13 učitelek mateřské školy, což může ovlivňovat výpovědi. Situace a zkušenost učitelů v malých městech může být odlišná. Rovněž jsem si vědoma toho, že při analýze jednotlivých komentářů mohlo dojít k posunutí významu z důvodu nepochopení či chybné analýzy. Rovněž může být omezením zkušenost autorky práce s nemocničním prostředím v pozici zdravotníka. Je možné, že některé zdravotní aspekty této problematiky mohly být v tomto směru zdůrazněny s větší naléhavostí. Některé pasáže práce a kapitola Rodina chronicky nemocného dítěte byly převzaty z publikací Snopek, Plisková, Filová, Koutecký (2018) Jak učitelé pracují s chronicky nemocnými dětmi mladšího školního věku a Plisková, Snopek (2018) Rozvoj klíčových kompetencí studentů ve zdravotnické problematice. Tato skutečnost je podložena přiloženou dohodou o použití děl v příloze. Autorka práce si však není vědoma žádného střetu a konfliktu zájmů.

ZÁVĚR

Chronická onemocnění a příznaky způsobují u dětí a jejich rodin stres, který je asociovaný s rizikem emocionálních problémů a problémů s chováním a může narušovat dodržování léčebných režimů. Pro děti je velmi náročné samotné onemocnění, jeho příznaky a dopady, děti a jejich rodiny podstupují každodenní stres a výzvy, jak zvládnout aktuální běh života. Zasaženi jsou zvláště rodiče, kteří se musí srovnat s tím, že jejich děti trpí vážným onemocněním, které může mít dopady na všechny aspekty života – fyzické, psychické a sociální. Rodiny by v boji s onemocněním neměly zůstat izolovány. Významnou podporou by měli tvořit zdravotničtí pracovníci, ale i učitelé, pro které však setkání s chronicky nemocným dítětem může být také velkým zdrojem stresu. Všichni tyto lidé jako tyto komponenty sítě kolem dítěte by měli být schopni účinně spolupracovat a komunikovat v nejlepším zájmu dítěte, tak aby nemoc zasáhla co nejméně do jeho života (Plisková in Snopek, Plisková, Fillová, & Koutecký, 2018, s. 89).

Pokud se zamyslíme nad filozofií a koncepcí holistického přístupu, jež je v současné době proklamovaný ve zdravotnictví, role učitelů a jejich výchovně-vzdělávací práce ve zdravotnických zařízeních plně zapadají do této koncepce. Péče nemá a není zaměřena jen na biologický aspekt a aspekt onemocnění, ale pojímá do sebe člověka jako lidskou bytost, který má tu smůlu, že onemocněl a že onemocnění zasahuje bytostně celého člověka, zasahuje i celý jeho sociokulturní kontext a jeho potřeby, aktivity. Učení se a zaměstnávání jsou podstatnými potřebami člověka, neboť člověk je bytost aktivní a neustále se učící. Pokud je učení a zaměstnávání pojímáno i jako ozdravná aktivita přispívající k pohodě a uzdravení, je role učitelů ve zdravotnických zařízeních neoddiskutovatelná.

Pedagogická práce v nemocnicích minimalizuje negativní důsledky léčby a onemocnění, zlepšuje kvalitu života dítěte a přispívá k péči tak, aby byla celostní a rozvíjející. Mezi předškolním vzděláváním v běžných mateřských školách a v mateřských školách při nemocnicích jsou velké rozdíly, z nichž nejdůležitější je samotné prostředí, ve kterém se edukace dětí odehrává. Dále sem patří specifika chronicky nemocných dětí, intenzivnější práce s dětmi a rodiči v případě práce s dítětem na lůžku, práce s menšími skupinami dětí a nutnost kvalitní komunikace a spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky a učiteli. Rovněž fakt, že učitelé jsou v tomto prostředí upozaděni z důvodu léčebných priorit a dochází často i k nepochopení

jejich role, ať už ze strany rodičů či zdravotníků, je zásadním faktorem a může mít důsledky pro sebevědomí a identitu učitelů, od nichž tato skutečnost vyžaduje velkou pokoru.

Být učitelem při mateřské škole v nemocnici je jedinečnou profesí. Učitelé zakouší v některých momentech těžké chvíle, kdy podporují děti velmi vážně nemocné, leckdy s velmi omezenými zdroji ve sterilním a na podněty chudém prostředí. Přesto zakouší velký pocit zadosťuchání a radosti v tom, že si uvědomují, že do systému přináší prvek normálnosti a pozitivního, radostného prožitku. Jejich úsilí vyžaduje velkou míru osobní a emoční pohody, v některých případech i odvahy. Musí být velmi odhodlaní, kreativní a schopni tvořivě reagovat na změny. Na odděleních jsou sami a sami jsou i v těžkých chvílích, kdy nemohou některé své zkušenosti sdílet s kolegy ve škole nebo s rodinnými příslušníky.

Učitelky, s nimiž jsem se setkala prostřednictvím tohoto výzkumu, cítí lásku k dětem i ke své profesi. Jsou moudré, velmi reálné, upřímné a pozitivní. Dělají svoji práci s láskou a poctivostí úmyslu, což je v tomto prostředí neskutečně významné.

„...Jsou dny, kdy se vám opravdu nechce...ale pak vstanu, jedu zase do té práce na kole, někdy se mi prostě nechce...nechce...prostě ty děti vás nakopnou, často mám to..., že přijdu na oddělení a cítím, že mám špatnou náladu, něco vás bolí, řešíte nějaké osobní problémy nebo máte nějaký starosti, jiný, ale ty děcka vás z toho prostě vytáhnou...“ (PV)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Bauer. S. (2008) What Qualities Should Preschool Teachers Have? *Jakarta Post, September*. Dostupné z: <http://www.tutortime.co.id/images/download/Teachers+role.pdf>. (Non vide)
2. Blessinger, P. (2012) What role should education play in creating happiness? Felicology Conference. A Happy Teacher: Felicology in Education. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/233869051_What_role_should_education_play_in_creating_happiness
3. Bramhall E. (2014) Effective communication skills in nursing practice. *Nurs Stand*. 9(29), 53-9. Dostupné z: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/effective-communication-skills-in-nursing-practice-ns.29.14.53.e9355>
4. CAPS (2011) Learn to maintain wellbeing. Counselling and Psychological Services (CAPS) Dostupné z: <http://sydney.edu.au/dam/students/documents/learn-to-maintain-wellbeing.pdf>
5. Carstens L. E. (2004) Teachers' experience of teaching in a hospital school. Faculty of education and nursing at the Rand Afrikaans University. Dostupné z: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/11/teacherssexperienceofteachinginahospital-school.pdf>.
6. Cengiz, O. O., & Akram, M. (2015) The relationship between teachers' psychological wellbeing and their quality of school work life. *The Journal of Happiness and Wellbeing*, 3(2), 159-181. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/281027037_The_relationship_between_teachers%27_psychological_well-being_and_their_quality_of_school_work_life
7. Commodari, E. (2010) Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Italian Journal of Pediatrics*. 36 (40) Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883985/>
8. Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012) Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 8(1), 455-480. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>.

9. Csinády, R. V. (2015) Hospital pedagogy, a bridge between hospital and school. *Hungarian Educational Research Journal* 5(2), 49–65 Dostupné z: herj.lib.unideb.hu/file/3/55bfbbe7cbe42/szerkeszto/2015_2_4.pdf
10. Davies, D. Jindal-Snape, D., Collier, Ch., Digby, R., Hay P., Howe, A. (2013). Creative learning environments in education—A systematic literature review. *Thinking Skills and Creativity*, 8, 80-91. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187118711200051X>
11. Delle, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, & Wissing M. P. (2011) The Eudaimonic and Hedonic Components of Happiness: Qualitative and Quantitative Findings. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 100(2), 185-207. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/225640627_The_Eudaimonic_and_Hedonic_Components_of_Happiness_Qualitative_and_Quantitative_Findings.
12. Dlouhá, J., & Dlouhý, M. (2015) *Pedagogická podpora nemocného dítěte*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
13. Fairmont private school. Importance of Parent Involvement in Early Childhood Education. Fairmont private school. Dostupné z: www.fairmontschools.com/2018/03/21/importance-of-parent-involvement-in-early-childhood-education/
14. Gluyas, H. (2015) Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nursing Standard* 29(49), 50-57. Dostupné z: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns.29.49.50.e10042>
15. Graham, A .N. (2015) Effects of childhood cancer and hospitalization on Preschool aged children: Benefits of movement programming in child life departments. Master's theses. New York: The college at Brockport. Dostupné z: <https://digitalcommons.brockport.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1108&context=honors>
16. Hagenauer, G., Hacher, T., & Volet, S. E. (2015) Teacher emotions in the classroom: associations with students' engagement, classroom discipline and the interpersonal teacher-student relationship. *European Journal of Psychology of Education*, 30(4), 385-403. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Tina_Hascher/publication/276859758_Teacher_emotions_in_the_classroom_Associations_with_students%27_engagement_classroom_discipline_and_the_interpersonal_teacher-student_relationship/links/55b0ca4308aeb92399174c27/Teacher-emotions-in-the-

- classroom-Associations-with-students-engagement-classroom-discipline-and-the-inter-personal-teacher-student-relationship.pdf
17. Harding S., Morris R., Gunnell D., Ford T., Hollingworth W., Tilling K., Evans R., Bell S., Grey J., Brockman R., Campbell R., Araya R., Murphy S., & Kidger J. (2018) Is teachers' mental health and wellbeing associated with students' mental health and wellbeing? *Journal of affective disorders*. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30189355>
 18. Hayes, V.E., Knox, J.E. (1984) The experience of stress in parents of children hospitalized with long-term disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 1984, 9, 333-341. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/10.1111/j.1365-2648.1984.tb00381>.
 19. Hirsch, L. Caring for a seriously ill child. Kids Health Organisation. Dostupné z: <https://kidshealth.org/en/parents/seriously-ill.html>
 20. Holanda, E. R., & Collet, N. The difficulties of educating children with chronic illness in the hospital context. *Rev. esc. enferm. USP* 45(2) Dostupné z: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200012&script=sci_arttext&tlng=en
 21. Holloway, D., Green, L., & Livingstone S. (2013) Zero to Eight. Young Children and Their Internet Use. London School of Economics and EU Kids Online. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/270583173_Zero_to_Eight_Young_Children_and_Their_Internet_Use
 22. HOPE. Hospital organisation of pedagogues in Europe. Dostupné z: <http://www.hospitalteachers.eu/who/nadeje-charter>
 23. Huang, H. C. (2006) The Relationships between Demographic Variables, Playfulness, Motivation of Teaching, Happiness and Creative Teaching among Junior High School Teachers. Kaohsiung: National Sun Yat-Sen University. (Non vide)
 24. Keller de Matos A. P., Canela P. C., Silveir A. O., & Wernet, M. (2014) Revelations expressed by preschool children with chronic diseases in outpatient treatment. *Acta paul. Enferm.* (27)2. Dostupné z: www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002014000200007&script=sci_arttext&tlng=en
 25. Klener, P. (2006) *Vnitřní lékařství*. Praha: Karolinum

26. Koch, D.K., Jones, B.L. (2018). Supporting Parent Caregivers of Children with Life-Limiting Illness. *Children (Basel)*, 5(7), 85. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069074/>
27. Koukourikos, K., Tzaha L., Pantelidou P. A., & Tsaloglidou, T. (2015) The importance of play during hospitalization of children [online]. *Mater Sociomed Journal*, 27(6), 2015, 438–441. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733554/>.
28. Krůčková, K. (2013) Vážně nemocné dítě v rodině. Šance dětem. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/zdravotni-problemy-ditete/vazne-nemocne-dite-v-rodine.shtml>.
29. Křížová, B. (2004) *Rodina se sluchově postiženým členem* (Diplomová práce) Praha: Univerzita Karlova.
30. Kyngäs. H. (2003) Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of clinical nursing* 12(5) Dostupné z: <https://sci-hub.tw/10.1046/j.1365-2702.2003.00788.x>
31. Lung, W., & So, A. 2013. Chronic Disease Management in Children Based on the Five Domains of Health. *NCBI. Case Rep Pediatr.* Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638506/>.
32. Mareš, J., Žovka, (2016) Školy při nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. *Česko - slovenská pediatrie* 71(2), 59-67. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2016-2-2/skoly-pri-nemocnicich-a-dalsich-zdravotnickych-zarizenich-58090>
33. Matějček, Z. (2001) *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. H A H.
34. Mehinezhat, V. (2012) Relationship between High School teachers' wellbeing and teachers' efficacy. *Acta Scientiarum*, 34(2), 233-241. Dostupné z: periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/16716/pdf
35. Moser, T., & Martinsen, M.T. The outdoor environment in Norwegian kindergartens as pedagogical space for toddler's play, learning and development. *European Early Childhood Education Research Journal*, 18(4), 457-471. Dostupné z:
36. MPSV. Práva hospitalizovaných dětí. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/839>

37. Msfnbrno. Specifika práce individuálního přístupu k dítěti na Klinice dětské onkologie. Mateřská a základní škola při fakultní nemocnici Brno. Dostupné z: <http://www.msfnbrno.cz/cz/specifika-prace/specifika-individualniho---/>
38. MŠMT. Informace k postavení mateřských škol při zdravotnických zařízeních. Dostupné z: www.msmt.cz/file/39396/download
39. Nadační fond Klíček. Charta práv hospitalizovaných dětí. Dostupné z: <https://www.nemta.cz/wp-content/uploads/2014/10/Charta-prav.pdf>
40. Nias, J. (1996) Thinking about feeling: The emotions in teaching. *Cambridge Journal of Education*, 26, 293. (Non vide)
41. Pinheiro de Melo, E.M., Lerreira, P.L., Garcia de Lima, R.A. (2014) The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem* 22(3), 432–439. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292621/>
42. Pipeková, J. (1998) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
43. Plevová, M. (1997) *Dítě v nemocnici*. Brno: Masarykova univerzita.
44. Plisková, B., & Snopek, P. (2018) *Rozvoj klíčových kompetencí studentů ve zdravotnické problematice*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43761>
45. Plisková, B. (2016). Vysokoškolské studium ošetrovatelství z pohledu absolventů gymnázií. (Bakalářská práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
46. Potter, P. S., & Roberts, M. C. (1984) Children's perceptions of chronic illness: the roles of disease: symptoms, cognitive development, and information. *Journal of Pediatric Psychology*, 9(1), 13–27. Dostupné z: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-abstract/9/1/13/955447>
47. Prokešová, A., & Žáčková, L. (2005) Pedagog v nemocniční škole. *Učitel'ské noviny* 34. Dostupné z: www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=4600
48. Ratnapalan, S., Rayar, M. S., & Crawley (2009) Educational services for hospitalized children. *Paediatric Child Health*. 14(7), 433–436. Dostupné z: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200012&script=sci_art-text&tlng=en

49. Reyhani T., Aemmi S. Z., & Zeydi A. E. (2016) The effect of teacher's presence at children's bedside on the anxiety of mothers with hospitalized children: A randomized clinical trial. *Nurs Midwifery Res.*, 21(4), 436–440. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979270/>
50. Rogers, C.R. (2014). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
51. Sabates, R., Hammond, C. (2014) The Impact of Lifelong Learning on Happiness and Well-being. ResearchGate. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/253807608_The_Impact_of_Lifelong_Learning_on_Happiness_and_Well-being
52. Sakař, P. (2014) Sourozenecké vztahy: jak ovlivňují život dětí? Šance dětem. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/sourozenecke-vztahy-jak-ovlivnuji-zivot-deti-135.html>
53. Sextou, P., & Monk, C. (2013) Bedside theatre performance and its effects on hospitalised children's well-being. *Arts & Health Journal*. 5(1), 81-88. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/236974302_Sextou_P_Monk_C_2013_'Bed-side_theatre_performance_and_its_effects_on_hospitalised_children's_well-being'_Arts_Health_Journal_Vol_5_No_1_81-88.
54. Shah, A. A., Othman, A. (2013) Hospitalization, Later Onset of the Disease, and Psychological Problems of Chronically Ill Children. *SAGE Open*. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244013500279>
55. Sierra, G. (2012) Attachment and preschool teacher: An opportunity to develop a secure base. *International Journal of Early Childhood Special Education* 4(1), 1-16. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/286177298_Attachment_and_preschool_teacher_An_opportunity_to_develop_a_secure_base
56. Sinclair, S. (2011) Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *CMAJ*. 183(2), 180–187. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3033923/>
57. Smith J., Cheater F., & Bekker H. (2015) Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: a rapid structured review of the literature. *Health Expect.* 18(4), 452-74. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060798/>

58. Snopek, P., Plisková B., Filová A., & Koutecký, V. (2018) *Jak učitelé pracují s chronicky nemocnými žáky mladšího školního věku*. UTB: Fakulta humanitních studií ve Zlíně. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43759>
59. Spilkin A., & Ballantyne A. (2007) Behavior in Children With a Chronic Illness: A Descriptive Study of Child Characteristics, Family Adjustment, and School Issues in Children With Cystinosis. *Families, Systems, & Health Copyright* 25(1), 68–84. Dostupné z: <https://cystinosis.org/images/family-support/resources/education/BehaviorandAdjustment.pdf>
60. Spilt, J. L., Helma, M.Y. Koomen, J.T., & Thijs (2011) Teacher Wellbeing: The Importance of Teacher–Student Relationships. *Educational Psychology Review*, 23(4), 457–477. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10648-011-9170-y>.
61. Spreeuwenberg, R. 2019. Why Parent Involvement is So Important in Early Childhood Education. Early childhood education Blog. Dostupné z: <https://blog.himama.com/why-parent-involvement-is-important-in-preschool/>
62. Steinke, S. M., Elam M., Irwin, M., Sexton K., & McGraw, A. (2016) Pediatric hospital school programming: An examination of educational services for students who are hospitalized. *Physical Disabilities: Education and Related Services*, 35(1), 28-45. Dostupné z: https://achive.org/stream/ERIC_EJ1100787/ERIC_EJ1100787_djvu.txt
63. Sterling Honig A. (1983). How parents help children learn. In *Parenting: A guide for young people*. New York: Oxford Book co. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/283615158_How_parents_help_children_learn
64. Strauss, A., Corbin J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert
65. Tseng, Y. S. (2009) The Impact of a Child's Unexpected Hospitalization Upon Taiwanese Parents' Situational Anxiety. Texas Medical Center Dissertations (via ProQuest) Paper AAI3362678. Dostupné z: <http://digitalcommons.library.tmc.edu/dissertations/AAI3362678>.
66. Vágnerová, M. (2000) *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
67. Vágnerová, M. (2012) *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
68. Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., & Štech, S. (2004) *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.

69. Vorkapić, S. T. (2012) The Significance of Preschool Teacher's Personality in Early Childhood Education: Analysis of Eysenck's and Big Five Dimensions of Personality. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2(2), 28-37. Dostupné z: article.sapub.org/10.5923.jijpbs.20120202.05.html
70. Vyhláškou č. 27/2016 Sb ve znění pozdějších předpisů, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. (2016). Dostupné z: www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaska-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi
71. Ward, W. (2013) Children using internet from age of three, study finds. The Telegraph. Dostupné z: <https://www.telegraph.co.uk/technology/internet/10029180/Children-using-internet-from-age-of-three-study-finds.html>
72. WHOQOL (1997) WHOQOL. Measuring quality of life. Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse World Health Organization. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
73. Wiegerová, A. (2016). *The careers of young czech university teachers in the field of pedagogy*. Zlin: Tomas Bata University in Zlin.
74. Woo, S.E., & Parrigon S. (2015). Openness to Experience. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/openness-to-experience>
75. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. (2004) Dostupné z: www.msmt.cz/file/38850/
76. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, školský zákon. (2004) Dostupné z: www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-c-561-2004-sb-o-predskolnim-zakladnim-strednim-vyssim
77. Zazryn, T. Macleod, K. Silks, S., & Strong, G. (2012) Children's Learning at the Royal Children's Hospital. RCH Education Institute. Melbourne: The Royal Children's Hospital. Dostupné z: https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/education/12.04.30_CL_RCH_Final_Report.pdf.

SEZNAM PŘÍLOH

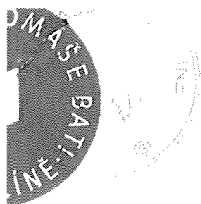
Příloha P I: Otázky k rozhovorům

Příloha P II: Dohoda o užití díla

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORŮM

1. Povězte mi něco o sobě?
2. Proč jste se rozhodla stát učitelem v mateřské škole?
3. Jak jste se dostala k práci ve zdravotnickém zařízení?
4. Jak vypadá Váš den?
5. Jak může být nápomocen učitel mateřské školy chronicky nemocným dětem?
6. Co se Vám na vaší práci nejvíce líbí?
7. Co se Vám na vaší práci nelíbí?
8. Ovlivňuje Vás práce v osobním životě?
9. Měnila byste práci ve zdravotnickém zařízení za běžnou mateřskou školu?

PŘÍLOHA P 2: DOHODA O UŽITÍ DÍLA



Dohoda o užití díla

Smluvní strany:

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

veřejná vysoká škola zřízená zákonem č. 404/2000 Sb., o zřízení Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

se sídlem Štefánikova 5670, 760 01 Zlín

zastoupená doc. Ing. Anežkou Lengálovou, Ph.D., děkankou

IČ 70883521 DIČ CZ70883521

bankovní spojení: č. ú. 27-1925270277/0100

za věcné plnění odpovídá: Ing. Jana Vráželová

(dále jen „nabyvatel“)

a

Mgr. et Bc. Barbora Plisková

bytem Husova 400, 768 21 Kvasice

narozena 4. 2. 1977

(dále též jen „spoluautorka“)

Preamble:

Paní Mgr. et Bc. Barbora Plisková se spolupodílela jako spoluautorka společně a nerozdílně na vytvoření děl s názvem *Jak učitelé pracují s chronicky nemocnými žáky mladšího školního věku a Rozvoj klíčových kompetencí studentů ve zdravotnické problematice (dále společně jen „dílo“)*. Vztah nabyvatele a spoluautorky je upraven ustanovením § 58, tj. zaměstnanecké dílo, zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon.

Spoluautorka a nabyvatel uzavírají

tuto dohodu

1. Nabyvatel souhlasí s tím, aby spoluautorka použila následující části díla ve své rigorózní práci:
Jak učitelé pracují s chronicky nemocnými žáky mladšího školního věku:
úvod, kapitola 1, závěr.
Rozvoj klíčových kompetencí studentů ve zdravotnické problematice:
kapitola 2, kapitola 5, kapitola 7.
2. Všechna práva a povinnosti z této smlouvy přecházejí na právní nástupce obou smluvních stran.

3. Tato smlouva vstupuje v platnost a účinnost dnem podpisu obou smluvních stran a je vyhotovena ve dvou vyhotoveních. Změny jsou závazné pouze v případě, že budou učiněny a potvrzeny písemně oběma stranami.
4. Smluvní strany tímto prohlašují, že si text této smlouvy řádně přečetly a s jejím obsahem souhlasí. Smluvní strany prohlašují, že tato smlouva není uzavírána v tísni ani za nápadně nevýhodných podmínek pro některou ze stran.

Závěrečné ujednání:

Vztahy smluvních stran, vyplývající z této smlouvy a ve smlouvě výslovně neupravené, se řídí příslušnými právními předpisy, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění a ustanoveními zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, v platném znění.

Ve Zlíně, dne

Ve Zlíně, dne

.....

.....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Mgr. et Bc. Barbora Plisková

Fakulta humanitních studií

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D., děkanka

Odpovídá	Datum
PO/OO	
EO	
Věcoř	
.....	