

# Význam výtvarné činnosti pro děti v traumatizujícím prostředí

Martina Dörrová

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2010/2011

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina DÖRROVÁ**  
Osobní číslo: **H08086**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Význam výtvarné činnosti pro děti v traumatizujícím prostředí (hospitalizace v nemocnici)**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek vývojové pedagogiky, vývojové psychologie, psychoterapie, arteterapie, sociologie dítěte, sociologie emocí.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníku.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a přínos pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**VYMĚTAL, J. Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat. Praha:**

**Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9**

**CAMPBELLOVÁ, J. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Praha:**

**Portál, 1998. ISBN 80-7178-204-1**

**BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. ISBN**

**80-7178-550-4**

**ŠICKOVÁ-FABRICI, J. Základy arteterapie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0**

**KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. Integrovaná psychologie v praxi. Praha: Grada**

**Publisching, 1999. ISBN 80-7169-679-X**

**MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany: H&H, 2001.**

**147s.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Mgr. Ivana Marášková**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

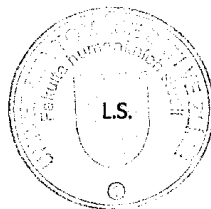
**25. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**6. května 2011**

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

odevzdáním bakalářské 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 <sup>1)</sup>;

beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;

na moji bakalářskou 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 <sup>2)</sup>;

podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou 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);

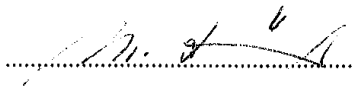
pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;

na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26.4.2011



*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).*

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

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

(4) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tématem této bakalářské práce je výtvarná činnost dětí a vliv této činnosti na jejich psychiku při stresující události, kterou může být například nemoc nebo pobyt v nemocnici. V práci je věnována pozornost psychice dětského pacienta mimo vlastní lékařský zákrok. Tato bakalářská práce si klade za cíl odpověď na otázku, zda má výtvarná činnost pozitivní vliv na psychiku dětí, a to zejména v traumatizujícím prostředí nemocnice. Tato otázka byla v práci formulována prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Práce se věnuje aktivitám, zejména spojeným s výtvarnou činností, o kterých se předpokládá, že pomáhají předškolním dětem a dětem mladšího školního věku uchovávat i navracet psychickou stabilitu. Zjištění vyplývající z této bakalářské práce by mohlo pomoci pedagogům, terapeutům i zdravotnímu personálu při vytváření nabídky dalších zájmových aktivit určených pro hospitalizované děti. Rozšířením i případným zkvalitněním současné nabídky mohou vytvořit pozitivní prostředí pro uzdravovací procesy dětí, z čehož může postupně profitovat nejen samotný pacient a jeho nejbližší, ale i celá společnost.

### **Klíčová slova:**

Strach, stres, hospitalizace, traumatická událost, arteterapie.

## **ABSTRACT**

The object of this thesis is the creative activity of children and its influence on their psyche of the stressful events that may be, for example illness or hospital stay. The thesis is devoted to the psyche of a child patient outside medical treatment. The answer to the question whether the creative activity has a positive effect on the psyche of children, especially in the traumatic environment of the hospital is the main aim of this thesis. This question has been formulated by quantitative research. The thesis is devoted to the activities, particularly associated with art activities, which are expected to help preschool children and children younger than school age to preserve and restore their mental stability. The findings of this thesis could help teachers, therapists and medical staff in the creation of a range of other leisure activities created for hospitalized children. By extending and

improving any existing offer they can create a positive environment for the healing process of children. Of which gradually have benefit not only the patient and his closest people, but also the whole society.

**Keywords:**

Fear, stress, hospitalization, traumatic event, art therapy

## **PODĚKOVÁNÍ:**

*Dovoluji si tímto poděkovat PhDr. et Mgr. Ivaně Maráškové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a inspirativní podněty při tvorbě bakalářské práce.*

## **MOTTO:**

*„Umění nereprodukuje viditelné, nýbrž činí viditelným“ (P.Kleei)*

## **Čestné prohlášení:**

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



## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
<b>1 HOSPITALIZACE - TRAUMATICKÁ UDÁLOST DÍTĚTE.....</b>	<b>14</b>
1.1 VZNIK ÚZKOSTI A STRACHU .....	16
1.1.1 Traumatizující prostředí .....	18
1.1.2 Strach.....	19
1.1.3 Úzkost .....	19
1.1.4 Stres.....	20
1.2 VĚKOVÉ ZVLÁŠTNOSTI DĚTÍ .....	20
1.2.1 Předškolní věk.....	21
1.2.2 Mladší školní věk .....	22
<b>2 ČINNOSTI DĚTÍ V DOBĚ HOSPITALIZACE.....</b>	<b>24</b>
2.1 HERNÍ TERAPIE A JEJÍ VÝZNAM PŘI HOSPITALIZACI DÍTĚTE .....	25
2.2 DALŠÍ VHODNÉ TERAPIE PŘI HOSPITALIZACI DÍTĚTE.....	25
2.3 POHYBOVÉ HRY PRO HOSPITALIZOVANÉ DĚTI .....	26
2.4 ARTETERAPIE .....	27
2.4.1 Teoretické rámce arteterapie .....	28
2.4.2 Kresba v arteterapii .....	29
2.4.3 Modelování v arteterapii .....	30
2.4.4 Koláž v arteterapii .....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>3 VÝZKUM.....</b>	<b>33</b>
3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL VÝZKUMU .....	33
3.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	34
3.3 METODY SBĚRU DAT .....	36
3.4 PRŮBĚH VÝZKUMU .....	37
3.5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT .....	39
3.5.1 Analýza dotazníku.....	39
3.6 ZÁVĚR VÝZKUMU .....	50
3.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>60</b>

<b>PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK PRO HLAVNÍ VÝZKUM.....</b>	<b>61</b>
<b>PŘÍLOHA II: KONKRÉTNÍ VÝTVARNÉ ČINNOSTI DĚTÍ .....</b>	<b>64</b>
PRÁCE S HLÍNOU .....	64
Skřítek 65	
KRESBA 66	
Společný dům .....	66
KOLÁŽ 67	
Motýlí křídla.....	67
<b>PŘÍLOHA P III: FOTOGRAFIE DĚTÍ PŘI PRÁCI S HLÍNOU .....</b>	<b>69</b>

## ÚVOD

V této bakalářské práci jsem se rozhodla zabývat otázkou, zda má nejen podle rodičů hospitalizovaných dětí výtvarné tvoření pozitivní vliv na psychiku dětí v tomto traumatizujícím prostředí. Také zda výtvarný proces může být jedním z faktorů, které navodí psychickou pohodu u dětí. V úvodu chci zdůraznit, že výtvarné tvoření bylo člověku vždy blízké, i když se na to v dnešní přetechizované době často zapomíná. Dokazují to například i pravěké jeskynní malby. Ať už tehdejšího člověka vedlo k tvorbě cokoliv, nejspíš byla jeho tvorba součástí každodenního života. Pomocí výtvarného tvoření vyjadřoval svůj vztah k okolnímu světu. Často se však zapomíná na to, že určitý vztah k umění, ať už na jakékoli úrovni, nám zůstal dodnes.

Po mnoho let se naše zdravotnictví odklánělo od celkového pohledu na jedince, většina lékařů zcela oddělovala fyzickou a psychickou část lidského těla. Naštěstí se v poslední době trend mění. Opět je pacient chápán jako „celek“. Klade se důraz na psychickou pohodu a vyrovnanost pacientů. Součástí přípravy na lékařský zákrok je čím dál častěji rozhovor s lékařem, který odpoví na otázky pacienta. Nikdo z nás nenavštěvuje rád zdravotnická zařízení, zejména pak, když nás čeká nepříjemný a bolestivý zákrok. Dospělý jedinec se s touto situací většinou dříve či později vyrovná. Protože má více možností získat informace o léčbě, stejně tak jako více možností odreagování se než dítě. Jedním z dalších „hendikepů“ při pobytu v nemocnici, zejména mladších dětí, je mnohdy problémová komunikace (různé vady řeči, ostych apod.). Myslím si, že právě proto je potřeba věnovat se malým pacientům s co největší empatií.

Již několik let spolupracuji se základní a mateřskou školou při nemocnici, která je zřízena pro děti hospitalizované na dětském oddělení nemocnice s poliklinikou. Jejím cílem je dětem zpříjemnit pobyt v traumatizujícím prostředí. Pomoci jim tak lépe zvládnout stresové situace. V dnešní době se stává standardem, že nemocniční prostředí je „zlidštěno“ a vytváří se chladné neosobní prostředí. Zejména jsou tak upravena místa, kde jsou hospitalizovány děti. Místnosti jsou zařízeny tak, aby dětem co nejvíce připomínaly jim známé prostředí, mateřskou školu, družinu apod.

Podle Vymětala (2004) pobyt v nemocnici, pokud není dítě vážně chronicky nemocné, kdy si na opakovaný pobyt v nemocnici zvykne, je situací mimořádnou a zatěžující už proto, že dítě přichází do neznámého prostředí, byť v doprovodu rodiče, jenž bývá v případě menší-

ho dítěte či dítěte úzkostlivého hospitalizován společně s ním. Strach z lékaře, diagnostických a léčebných úkonů bývá v nemocnici snižován a odstraňován například pomocí herních terapeutů, kteří dítě na úkony připravují formou hry. Tuto situaci dětem pomáhají zvládat i další aktivity provozované právě základní a mateřskou školou při nemocnici. Ráda bych se v bakalářské práci zamyslela nad smyslem této činnosti, určené dětem.

Šicková - Fabrici (2002) uvádí, že navzdory různým změnám názorů se stala výtvarná činnost součástí školních osnov. Od třicátých let tohoto století se moderní pedagogové nechali inspirovat názory na význam hry a tvořivosti jedince a podporovali volné umělecké vyjádření. Výtvarná tvorba je vnímána jako odpočinková tvůrčí činnost, jež nějakým způsobem obohacuje náš život. Stejnou roli sehrává v pečovatelských a léčebných zařízeních.

Cílem praktické části je zjištění, zda má výtvarná činnost pozitivní vliv na psychiku dětí, a z toho plynoucí uzdravující procesy. Cílem zkoumání je ověřit, zda je výtvarná činnost tou, kterou děti při hospitalizaci nebo nemoci vyhledávají.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 HOSPITALIZACE - TRAUMATICKÁ UDÁLOST DÍTĚTE

Hospitalizované dítě se již samotnou změnou svého okolí dostává do zátěžové situace, která má nejen široký sociální dosah, ale dětský organismus také musí čelit i nepřímému ovlivňování ústřední nervové soustavy v průběhu celé nemoci. „*Nemoc nebo poranění nepostihuje tedy jenom nějaký orgán v lidském těle, ale člověka celého*“ (Matějček, 2001, s. 12)

Dítě prožívá velké množství pocitů a myšlenek, které mnohdy neumí vyjádřit, takže jeho okolí může jen velmi obtížně odhadovat, co se v něm odehrává. Zažívá zklamání z nemožnosti provádět aktivity, na které bylo zvyklé a zejména si těžce zvyká na omezení pohybu. Je dobře, že se v současnosti stává standardem hospitalizace některého z rodičů spolu s dítětem. Přítomnost rodiče může často pro děti znamenat možnost častějšího pohybu, i když možná omezeného.

Matějček (2001) uvádí, že na rozdíl od dob minulých jsou dnes děti přijímány k hospitalizaci jen v krajních případech, a to jen tehdy, kdy už není možná ambulantní péče. Jsou to situace, kdy pobyt v nemocnici přináší dítěti řadu léčebných výhod. K tomu můžeme přičítat i některé výhody psychologické. V nemocnici většinou nepanuje takové rozčílení a rozechvění, jaké můžeme pozorovat v domácnosti při řešení zdravotních komplikací u dětí. Chování zdravotního personálu tak poskytuje malému pacientovi spíše klid a jistotu, že „není tak zle“. I tady však platí, že nemoc, ať už jakákoliv, znamená vždy mimořádné zatížení pro organismus.

V těchto situacích na dítě také neblaze působí nejistota a úzkost rodičů. I když je třeba připomenout, že děti se ve svých reakcích velmi různí. V závislosti na různých faktorech jako jsou například povahové rysy, vývoj osobnosti, postoje okolí apod. Při prožívání různých těžkostí při hospitalizaci může dítě prožívat celou škálu emocí. Někdy situaci zvládá klidně, někdy je až netečné, jindy strach a úzkost prožívá tak, že pláče a je zlostné. Je velmi důležité, abychom dítě za tyto emoce neodsuzovali, protože jejich prožívání je normální a může pomoci dítěti se s danou situací vyrovnat. Jednou z mnoha reakcí na stres při hospitalizaci je návrat do předchozího vývojového období, např. děti, které již odložily dudlík, se k němu vracejí apod. Takové reakce jsou normální a zpravidla postupně vymizí. Mohou však přetrvávat i určitou dobu po skončení hospitalizace. U starších dětí, které mají sklony vnímat sebe jen skrz svoje zranění (onemocnění), jako by nic jiného nebylo, je velmi pří-

nosné zaměřit rozhovory a činnosti na pozitivní myšlení a podporu sebevědomí pacientů. Měly by chápat, že je slyšíme, zajímáme se o ně.

Pobyt dítěte v nemocnici znamená zátěž nejen pro ně, ale i pro celou rodinu. Dítě je mnohdy zmatené tím, co se kolem něj děje. Rodiče by ho v takové chvíli měli povzbudit, vysvětlit mu, proč musí být v nemocnici, a připravit ho na všechno, čím bude muset projít. Potřebuje od dospělého cítit jistotu a klid. Neméně tak potřebuje být neverbálně ujištěno, že léčba a pobyt v nemocnici je jen normální a přirozená, má svůj začátek a konec. V tuto chvíli je víc než kdy důležité, *jak* s dítětem mluvíme. Dětská oddělení v nemocnici zvyšují postupem času svou úroveň péče stejně jako standard ubytování pacientů. Na jejich pacienty však stále čeká celé řada stresových a nepříjemných situací, kterým musí spolu s rodiči čelit.

Velmi výrazně dítě vnímá omezení pohybu, tím více čím méně se cítí být nemocné. Dlouhý pobyt na lůžku zvyšuje neklid, napětí a úzkost. Někdy se projevuje agresivním chováním dítěte. V tom případě je na herním terapeutovi nebo pedagogovi připravit kompenzaci pohybu. (Valenta a kol., 2008)

Musím ještě jednou zdůraznit názor, který uvádí Matějček (2001), že i nemocné dítě je vychováváno, a proto je na všechny v jeho okolí kladen těžký úkol a odpovědnost. Jejich reakce a výchovné působení má vliv na dítě a jeho chování i po uzdravení. A dítě si tak vytváří vzorce chování, které se projeví i při dalším onemocnění. Nejčastějším zdrojem strachu hospitalizovaných dětí je aplikace léků injekční formou. Každý pacient se této léčby obává, nebo je mu alespoň nepříjemná. Proto by měly mít děti možnost vyjádřit své emoce. Děti většinou reagují přiměřeně nepříjemné situaci a jejich věku. Proto by dospělými měla být přijata klidně a s pochopením. Tyto děti je velmi potřebné pochválit a ocenit jejich snahu zvládnout situaci.

Psychologie nemocných může jen shrnout obecné poznatky, stejně jako pedagogika nemocných může jen nastínit správný postup. To podstatné v psychologii nebo pedagogice dětí (nejen nemocných) je porozumění jejich životní situaci. Z toho vyplývá požadavek, aby pedagogické či psychologické vedení každého dítěte snižovalo, nebo ještě lépe, zcela odstraňovalo potenciaální ohrožení. Pokud možno jej přeměnilo v pozitivní přínos. (Matějček, 2001)

Děti v nemocnicích už mají naštěstí kolem sebe spoustu krásných obrázků, hraček, nových kamarádů kteří přispívají k vytváření pozitivních podnětů. Ale jsou tu však také stále obavy, strach z nového prostředí, samoty, bílých plášťů. Spousta zneklidňujících otázek. Co se mnou budou dělat? Proč tady musím být? Podobné otázky si klade spousta dětí, které musí trávit čas v nemocnici. Naštěstí existují způsoby, jak jejich obavy zmírnit.

*„Osobnosti našich dětských pacientů jsou stejně individuální jako osobnosti všech ostatních lidí. Máme-li pak s různými lidmi dosáhnout téhož cíle, tj. v našem případě co nejlepšího duševního stavu, musíme s nimi zacházet individuálně.“* (Matějček, 2001, s. 15)

## 1.1 Vznik úzkosti a strachu

Než se vyjádřím k jednotlivým aspektům, které ovlivňují psychiku dětí při pobytu v nemocnici, ráda bych vymezila základní pojmy, které s touto problematikou bezprostředně souvisejí. Jednak jsou to pojmy, které souvisejí s psychickou zátěží dětí v tematizujícím prostředí, ale také chci zmínit některé pojmy, které se vážou k výtvarné činnosti a k vývoji výtvarného projevu dětí s ohledem na jejich věk. Úzkost řadíme a strach mezi emoce, což jsou psychické stavy a děje, které jsou součástí našeho duševního života. Emoce, které jsou silnější, cítíme v těle jako přechodné tělesné změny, proto je také máme tendenci do těla umisťovat. Emoce jsou proto dobrým příkladem propojenosti tělesných a duševních dějů, tedy psychosomatiké jednoty člověka. (Vymětal a kol., 2007)

V dnešní době jsou na člověka kladeny velké nároky při zvládnání různých situací, proto se velmi lehce může ocitnout v nesnázích. V tomto ohledu je ještě zranitelnější právě dětská duše. Vymětal (2004) ve své práci uvádí, že úzkost a strach jsou biologicky prastaré a podílejí se na přežití jedince a tím i celého lidstva. Je tak umožněna adaptace na dané podmínky, které přispívají k formování osobnosti člověka. Proto si dovoluji vyslovit myšlenku, že takové prožívání v období dětství je velmi závažným ukazatelem v dalším vývoji dítěte. Úzkost a náchylnost ke strachu patří k základním rysům osobnosti. Tyto vlastnosti má člověk v jiné míře a to se pak projevuje individuálním sklonem k úzkostnému prožívání, myšlení a jednání. Úzkost a strach vznikají tedy převážně na základě naší zkušenosti s okolím. Tuto zkušenost získáváme učením, a to zvláště nápodobou, a přijímáním od druhých prostřednictvím myšlení a řeči. O úzkosti a strachu hovoříme v pravém slova smyslu



až asi od půl roku věku dítěte, protože do té doby reaguje jedinec na nelibé podněty pouze odtažením, vyhýbáním se a křikem.

Další faktorem, který sám o sobě může vyvolat úzkost a strach je nemoc. *Nemoc je zátěžovou situací, kterou člověk trpí, která ho vyřadí z každodenní činnosti a přerušuje dosavadní běh jeho života. Znamená obtíže a subjektivní pocit nemoci, omezení funkcí, rozličné sociální důsledky, kromě toho také často úzkostné obavy z toho, jak se nemoc bude vyvíjet.* (Ferman, Brand-Jacobi, Gmür 1994 s. 180)

Úzkost a strach se nejen u dětí dostávají tehdy, pokud nemá jedinec uspokojenu některou přirozenou potřebu, to nejen biologickou, ale i psychosociální. Prostředí a situace, ve kterých tak může nastat, je opravdu mnoho. U dětí předškolního a mladšího školního věku toto bývá často spojeno s nedostatkem pozitivních podnětů od blízké dospělé osoby, potažmo pak odloučení od ní. Nejdůležitější je pro děti v tomto věku vazba na matku. (Vymětal a kol., 2007) okolí dítěte a především matka mu slouží jako interpret dané situace a samozřejmě i řadě případů i jako model hodnocení této situace. Dítě tak přijímá hodnocení jednotlivých situací a způsoby řešení. Nesmíme však zapomínat i na důležitou roli otce. Role otce je důležitá a spočívá v tom, že úlohu matky „zdvojuje“ a poskytuje jí příznivé emoční zázemí. Zlatým pravidlem by měla být zásada děti co nejméně ztěžovat negativními zkušenostmi, které vyvolávají úzkost a strach. Stejně se jim v žádném životě jedince nevyhne, takže se dítě s nimi naučí vyrovnávat a zvládat je, a bude je mít lépe pod kontrolou. Děti se bojí podnětů silných, nezvyklých, neznámých a matka jim tento přirozený strach pomáhá svou přítomností zvládat a překonávat. Poskytování ochrany, povzbuzení a její klidné chování je pro dítě bezpečným zázemím. (Vymětal, 2004)

Stejně tak potvrzuje nezaměnitelnou úlohu rodičů a jejich snahu dělat to nejlepší pro své dítě v dané situaci. „*Velká většina rodičů chce pro své dítě dělat to nejlepší, a to dokonce i tehdy, když si sami nejsou jisti, co by to mělo být.*“ (Pugrová, De´Athová, in Brucerová, 1996, s. 103) Tady sehrávají při hospitalizaci v nemocnici důležitou úlohu pedagogové, herní terapeuti i zdravotnický personál, který by měl být připraven rodičům a dětem pomoci.

Při zvládání úzkosti a strachu se řídíme dvěma principy, jak uvádí Vymětal (2004). Jednak je to princip poznání, který předpokládá zjištění, co strach vyvolává, případně zvyšuje. Znamená to, že dítě nám své pocity popíše, pojmenuje, případně nakreslí. Již samotné je-

jich zachycení může emoce zeslabit. Jejich pojmenování je totiž dostává do určité míry pod kontrolu. Na rozdíl od úzkosti pojmenování strachu nebývá tak obtížné, neboť strach je konkrétní. Úzkost má blízko k iracionalitě. Druhý ze dvou principů je synonymem aktivity. Je tím myšlena aktivita dítěte. S úzkostí a strachem se vyrovnává dítě především jednáním, ne vyhýbáním se situacím nebo odkládáním řešení. Vymětal a kol. (2007) také uvádí, jakou významnou roli mají při vývoji schopností pomáhajících zvládat úzkost dětská hra a také pohádky. Děti se snaží pomocí hry úzkost zpracovat a porozumět jim. Hru můžeme mnohdy chápat jako extenzi myšlení do vnější reality.

### 1.1.1 Traumatizující prostředí

Traumatizující prostředí je takové, ve kterém je jedinec vystaven stresujícímu zážitku nebo dlouhotrvající stresové situaci. Musíme si uvědomit, že právě děti jsou v těchto situacích zranitelnější. Traumatizace prostředím vyvolává široké rozpětí duševních stavů, které mohou mít mírný, ale i velmi závažný charakter. Pramenící ze zkušeností jednorázových, ale i z kumulace prožitých skutečností. Traumatizující prostředí velmi úzce souvisí s traumatizujícími zážitky bezprostředně s ním spjatými. Mezi takové zážitky patří nejen fyzické násilí, verbální napadání, traumatizující může být i dlouhé odloučení od rodiny, nebo bolestivé léčebné zákroky. Což souvisí s prostředím nemocnice, které se tak pro mnohé pacienty, zejména pak pro děti stává prostředím traumatizujícím. Strach z bílých plášťů mnohé provází celým životem.

Významný vliv na hodnocení traumatizujícího zážitku, pramenícího nejen z prostředí nemocnice, má například kulturní prostředí. V rozdílných kulturách se různě hledí na bolest, zranění, separaci či ztrátu. Ale vždy jsou stabilní sociální vazby jedním z faktorů, které mají vliv na míru psychických následků. To, že je pro dítě nemocniční prostředí prostředím traumatizujícím je fakt, stejně jako že k traumatu dochází, není-li možný útěk ani útok. Dochází pak k dezorganizaci jednotlivých komponent obvyklé odpovědi organismu na nebezpečí a tyto komponenty ve své bezúčelnosti mají tendenci přetrvávat dlouho po skončení stavu skutečného ohrožení. Pro traumatizované dítě znamená často emocionální zahlcení, které může někdy překročit hranice zvladatelnosti. (Pilařová [online])

Dospělí se často dopouštějí chyby, když si myslí, že čím je dítě mladší při prožití traumatu, tím dříve na něj zapomene. Domnívají se, že mozek dítěte je pružný a s psychotraumatem se snadno vyrovná. Je ale potřeba zdůraznit škodlivost tohoto zjednodušujícího pohledu

dospělých na psychická traumata dětí. V období, kdy je člověk nejzranitelnější, se až ironicky předpokládá jeho největší odolnost. Můžeme říci, že pokud není trauma zpracováno v dětství, jeho následky pak přetrvávají do dospělého věku. A mohou mít mnohdy ničivé důsledky nejen pro ně, ale i pro jejich děti. V této souvislosti pak mluvíme o traumatizaci druhé generace. (Pilařová[online])

### 1.1.2 Strach

*„Strach je averzivní reakcí na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost. Která v jedinci vyvolává prožitek ohrožení. Má signální a ochranou funkci.“* (Vymětal a kol. 2007, s. 22)

Feldmann, Brand-Jacobi a Gmür (1994) uvádí, že strach a úzkost nemají mezi sebou pevně stanovenou hranici. Znamenají soubor nejrůznějších reakcí a způsobů chování. Pod pojmem strach spíše rozumíme emocionální reakci na vnímané signály nebezpečí. Strach a úzkost jsou také velmi silně působící motivy, vedou k úniku nebo zabránění určitému chování.

*„Strach prožíváme obvykle při setkání se silnými, neznámými, neobvyklými, nepříjemnými podněty, které nás, ať už zdánlivě nebo skutečně, ohrožují, a signalizují tedy nebezpečí. Lidský jedinec má pak tendenci, reagovat strachem i na jiné podobné objekty a situace – dochází ke generalizaci strachu.“* (Vymětal, 2004, s. 21)

Lékař bývá v očích dětských pacientů nadán zvláštními schopnostmi. Může působit bolest a ani matka dítě před ním neuchrání. Strach z lékaře se většinou vytváří právě v dětství a hlavní roli hraje vlastní zkušenost. Na prvním místě stojí strach z bolesti a oddělení od matky, bezmocnost, stejně jako nemožnost úniku (Vymětal, 2004).

### 1.1.3 Úzkost

Úzkost a strach se vyskytují při vnímání nebezpečí, mnohdy i zdánlivě bezdůvodně. Tyto fyziologické a psychické projevy jsou známé a časté., *Normální úzkost má adaptační funkci. Je signálním afektem, který upozorňuje nejen na vnější nebezpečí, ale také na vnitřní ohrožení, například v důsledku těžko řešitelného vnitřního konfliktu.“* (Kocourková, in Vymětal, 2007, s. 65)

Baštěcká a Goldmann (2001) ve své publikaci píší, že prožitek, který ve vztahu k nemoci nabývá zvláštní důležitosti, se nazývá úzkost. Úzkost vzniká jako reakce na signál nebezpečí. Vznikne, pokud jedinec vnímané nebezpečí zhodnotí jako nezvládnutelné vlastními

silami. Pokud se tak stane, dostaví se prožitek bezmoci, který zpětně posílí úzkost. Dále uvádí, že Freud v roce 1926 řekl: „Úzkost je základním kamenem všech neuróz.“

*„Úzkost je nepříjemný citový stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitou skutečnost, která ji vyvolává. (Vymětal a kol. 2007, s. 22)*

#### 1.1.4 Stres

Feldmann, Brand-Jacobi a Gmür (1994) shrnují vědecký koncept stresu jako primárně biologický. Pod pojmem stres pak rozumíme zatížení, poruchu nebo přetížení stability organického systému. Vyvolané reakce jsou nouzové a obranné, proto mají tendenci znovu obnovit stabilitu. Stres je tělesná a duševní reakce na vnější nebo vnitřní potřeby, které jsou pocíťovány jako povzbuzující nebo přitěžující. Člověk má psychické i fyzické rezervy, které může nasadit, aby udržel rovnováhu. Pokud jsou tyto rezervy vyčerpány, může dojít ke zhroucení. (Schimidbaver, 1994)

Baštecká, Goldmann (2001) místo jedné definice stresu nabízí seznam jednotlivých pohledů na stres, uváděných jednotlivými autory. Například: stres je stav, který se projevuje specifickým syndromem, který sestává ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému. Dále pak stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepříjemné emoce a v neposlední řadě je definice stresu podle celé řady autorů asi tato: stres zahrnuje mnoho- rozměrné osobní prožitky popisované jako „ohrožení ega“, „bolest“, „hrozbu trestu“, „neživou hrozbu“, „vinu“ a podobně. Psychická odolnost vůči stresujícím událostem pravdě- podobně nejvíce závisí na síle vazby mezi dítětem a rodičem. A právě přítomnost rodiče nebo osoby blízké zmírňuje dopad těchto nežádoucích okolností na psychiku dítěte a dítě pak vše překvapivě dobře zvládá. (Vymětal, 2004)

## 1.2 Věkové zvláštnosti dětí

Jak uvádí Knobloch, Knoblochová (1999) pojem věkové zvláštnosti je do určité míry relativní. Ve skutečnosti nejsou rozdílnosti spjaty jen s věkem, ale vytvářejí se vzájemným působením mezi dítětem a okolím. Všichni, kdo s dětmi pracují, tento názor mohou jen potvrdit. Opravdu každé dítě je osobnost se vším všudy. S potřebami, nároky i názory na své okolí. Vždy je potřeba s tímto vědomím k dětem přistupovat. Pokud se nám to podaří, děti to zajisté ocení. Jejich zdravý vývoj nám bude odměnou za všechno naše snažení.

V této bakalářské práci jsem se zaměřila především na dvě věkové skupiny dětí. Jednak na předškolní věk a také na mladší školní věk zejména proto, že v tomto věkovém období je pro děti kresba nedílnou součástí jejich vyjadřování. Dalším velmi důležitým aspektem pro moji volbu je skutečnost, že tyto věkové kategorie jsou v největší míře zastoupeny na dětském oddělení nemocnice, se kterou úzce spolupracuji jako terapeutka.

### 1.2.1 Předškolní věk

V předškolním období bychom mohli motorický vývoj označit jako stále zdokonalování. Především se zlepšuje koordinace. Děti mají větší hybnost a pohyby jsou elegantnější. Nejvíce se projevuje rozvoj dítěte v kresbě, kde se mimo zručnost uplatňuje i rozumové pochopení světa. Díky dalšímu rozvoji řeči se mohou prohlubovat znalosti o okolním světě. Myšlení těchto dětí není ještě logické a je vázané na konkrétní činnost dětí. V předškolním věku zůstává rodina nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje socializaci dítěte. (Valenta a kol. 2008)

Ještě jednoznačněji bychom vývojové období v předškolním věku mohli označit jako období hry, která se stává hlavní činností dítěte (Langnajer, Krejčířová, 1998).

Předškolní věk může být také charakterizován takto:

Tělesný a pohybový vývoj

- pokročí tak daleko, že se dítě dokáže samo pohybovat, tím se mu rozšíří možnosti poznání.

Psychický vývoj

- vnitřní život je v tomto věku velmi důležitý zejména pro vytváření představ, symbolických mechanismů a vznik představivosti
- hlavním zaměstnáním je hra (tvořivé – stavění, modelování), tím se cvičí paměť
- dítě je velmi vnímavé

Citový vývoj

- dítě touží po společnosti dětí i dospělých
- důležitý kontakt s jinými dětmi
- rozvíjí svou schopnost navazovat a budovat vztahy

## Sociální vývoj

- vzniká potřeba hrát si s někým, jednat s někým (Knobloch, Knoblochová, 1999)

### 1.2.2 Mladší školní věk

Školní věk až do puberty je hlavním rysem dětské psychiky podnikavost a snažení. Potřeba rozšiřovat vlastní kompetence. Stejně důležitá je potřeba dosažení uznání, někdy i lhaním. Děti se v tomto období orientují spíše navenek. Fantazie je méně výrazná, drží se spíše reality. (Vymětal, 2004)

V tomto období se rozvíjí fyzické i psychické schopnosti dětí. Mohutní kostra i svalstvo. Zvyšuje se síla, rozvíjí se rozumové a umělecké vloh, přibývají další poznatky. Vytváří se porozumění pro kolektivní spolupráci. Součástí tohoto období je začátek puberty. Období školního věku je nejdelším obdobím v životě dítěte. Vstup do školy ale znamená pro děti velkou zátěž. Tělesný růst je plynulý. Hrubá i jemná motorika se zlepšuje. Dochází k významnému rozvoji řeči, která řídí lidskou činnost a dovoluje v kvalitativní rozvoj v oblasti chování a prožívání. Hra ze života dítěte v tomto období nemizí, formy jsou podobné jako u předškolního věku, ale jsou diferencovanější a bohatší (Valenta a spol., 2008)

Podle Knoblocha, Knoblochové (1999) je mladší školní věk charakterizován takto:

#### Tělesný a pohybový vývoj

- kostra je měkká a poddajná a rovnoměrná
- objevuje se dostatek tělesné energie, roste obratnost, což vede k velké tělesné aktivitě

#### Psychický vývoj

- dochází k vývoji paměti (především mechanické) a myšlení
- učení vede k schopnosti zapamatovat si abstraktní věci
- konkrétní názorové myšlení se postupně stává pojmovým

#### Citový vývoj

- školní prostředí pomáhá k rozvoji nových citů (obohacování, prohlubování)
- vyvíjí se vyšší city, které utvářejí společenské vědomí
- učí se postupně také city ovládat

Sociální vývoj

- velkou autoritou vedle rodičů jsou učitelé a vychovatelé
- velký vliv mají vztahy mezi spolužáky

## 2 ČINNOSTI DĚTÍ V DOBĚ HOSPITALIZACE

Děti v nemocnici mají mít možnost normálně se vzdělávat a hrát, což vyplývá z Charty práv hospitalizovaných dětí a také ze Základní listiny práv a svobod. Úmluvy o právech dítěte. Děti mají právo na přiměřený vývoj a růst a zároveň vzdělání. (Valenta a kol., 2008)

Pro nemocné děti se zřizují speciální mateřské a základní školy při nemocnici, které mají své pracoviště na dětském oddělení nemocnice. Do školy jsou zařazováni žáci se zdravotním oslabením, dlouhodobě i krátkodobě nemocní, po prodělaných operačních zákrocích a úrazech, při nástupu na plánovaná vyšetření a pozorování, kde je nutná hospitalizace. Základní škola a mateřská škola zajišťují právo nemocného dítěte na výchovu, vzdělání a hru. Děti v „pyžamové školičce“ dělají spoustu zábavných činností, které je odpoutají od nemoci a pomohou jim překonat odloučení od rodiny a dětského kolektivu.

Do mateřské školy při nemocnici během školního roku pravidelně dochází terapeutka, která „nabízí“ dětem, případně i jejich rodičům, různé výtvarné činnosti. Záměrně je zde použito slovo „nabízí“, protože jen dobrovolná činnost může působit terapeuticky. Terapeutka se vždy snaží přizpůsobit potřebám jednotlivých pacientů. Stejně tak jejich psychickému i fyzickému stavu. Činnosti musí vždy respektovat to, že děti zde jsou především kvůli lékařskému vyšetření či zákroku. Dětem při hospitalizaci pomáhá také fakt, že v posledních letech již bývá pravidlem pobyt některého z rodičů s dítětem v nemocnici. Což nelze jinak než hodnotit kladně. Terapeutická činnost je závislá na mnoha okolnostech. Většinou se na oddělení vyskytuje opravdu nesourodá skupina dětí ve věku od 3 do 12 let. Jejich požadavky na náměty pro výtvarnou činnost jsou opravdu diametrálně rozlišné. Proto jsou využívány možnosti rozdělení skupiny dětí na menší části. Případně pracovat zcela individuálně, mnohdy i na pokoji – na lůžku.

Nejčastěji děti pracují s keramickou hlinou. Pro některé je to naprosto nová zkušenost. Při práci si s terapeutem povídají nebo poslouchají relaxační hudbu, která podporuje zklidnění a navození pozitivní atmosféry. Vytvářejí například maskoty (skřítky pro štěstí), kteří jim pomáhají překonávat mnohé stresové situace při vyšetření apod. Nebo jen tak tvarují hlinu, pokouší se do ní vložit záporné emoce. I to je cesta, jak se mohou malí pacienti vyrovnat se zátěžovou situací. Plně se ztotožňují s názorem Baštecké, Goldmanna (2001), kteří vyslovují myšlenku, že by měl převažovat celkový pohled na pacienta. Dnes se již prosazuje



individualizovaná péče vycházející za všech potřeb pacienta, včetně psychosociálních. Tento způsob práce se nazývá ošetřovatelským procesem.

## 2.1 Herní terapie a její význam při hospitalizaci dítěte

V základních a mateřských školách mají dnes nezastupitelné místo učitel i herní specialista, kteří dbají na to, aby činnost dětí byla vždy smysluplná a rozvíjela jejich schopnosti. Je třeba si stále uvědomovat, že pro děti nemocné to platí bezesbýtku taktéž. Aktivity ale musíme, vybírat s přihlédnutím na jejich současný hendikep. Stejně tak je potřeba přihlížet i na věk dětí a na jejich mentální i biologický věk. Pedagog, terapeut či herní specialista musí vždy získat důvěru dětí, které jsou v nemocničním prostředí zranitelnější než kdykoliv jindy. Další komplikací pro výběr volnočasových aktiv je upoutání některých dětí na lůžko či potřeba sterilního prostředí. Valenta a spol. (2008) uvádí, že hry a jiné aktivity by měly být v nemocnici zaměřeny především na povzbuzení dítěte, na jeho odreagování se a vyrovnání se vzniklou situací. Veškeré činnosti by měly vést k vytvoření příjemné atmosféry a usnadnění pobytu v nemocnici. Velmi podobně ve své práci hodnotí úlohu hry v životě dětí Vymětal (2004), řadí ji mezi nejdůležitější možnosti psychohygieny dětí. Hra je může zbavovat strachu, úzkosti, ale také pocitů méněcennosti. Tyto aspekty jsou nejvíce patrné ve volné fantazijní hře. „*Pokud si s dítětem hraje, učíme je vidět jednoduché souvislosti mezi obavami a tím, co se při hře odehrává.*“ (Vymětal, 2004, s. 163)

## 2.2 Další vhodné terapie při hospitalizaci dítěte

Zdeněk Matějček (2001) ve své knize používá termín „*humanizovaná léčebná péče*“, která podle něj znamená uplatnění všech poznatků z vývoje a klinické psychologie v nemocničním provozu. „*Cílem léčebné péče musí tedy být dosažení nejen co nejlepšího tělesného stavu malého pacienta, ale také co nejlepšího jeho stavu duševního.*“ (Matějček, 2001, s. 83)

Od samého počátku léčby je potřeba velmi dbát na to, aby její úspěšnost nebyla vykoupena psychickým otřesem nebo jinými poruchami. Mohlo by se stát, že budou dlouhodobější a vážnější než sama původní diagnóza. „*Do nemocnice nepřichází tedy jenom nemoc nebo její defekt, ale přichází s ní vždy celé dítě! Nemocnice tak přestává být jen místem léčeb-*

*ných zákroků a ošetřování, ale stává se i místem výchovy a psychologické péče.“ (Matějček, 2001, s. 83)*

Čím dál tím častěji si v našich nemocnicích, ale nejen tam, nacházejí místo netradiční formy práce s dětmi, což je zejména muzikoterapie, dramaterapie a v neposlední řadě arteterapie. Čačka a kol.(1999) uvádí, že do estetické výchovy přineslo důležité impulzy výchovné hnutí, které se na konci 19. století rozšířilo zejména do západní Evropy. Jeho hlavním cílem bylo změnit jednostrannou racionalizaci školní výuky a vyrovnané působení na city, vůli a celou osobnost dítěte. Výčet terapií nebude jistě úplný, pokud se nezmíníme o zooterapiích. Nejznámější je u laické veřejnosti hipoterapie, ale ta v běžných typech nemocnic není realizovatelná. Děti a rodiče s kladnou odezvou přijímají canisterapii nebo felinoterapii, které je možné provozovat ve většině nemocničních na dětských odděleních. Je dobře, že tomu tak je, protože jsou prokázány pozitivní sociální a emocionální terapeutické efekty vyplývající ze vztahu člověka se zvířetem.

### 2.3 Pohybové hry pro hospitalizované děti

Nezastupitelné místo v činnostech vhodných pro hospitalizované děti mají pohybové formy hry. Mnohým to bude připadat neslučitelné s pobytem v nemocnici, ale opak je pravdou. Je zde jen nezbytná konzultace s ošetřujícím lékařem a přínosem je spolupráce s rehabilitačním odborníkem. Je nutné, abychom využili všech možných prostředků ke ztlumení možných následků pobytu v nemocnici. Tyto aktivity můžeme rozdělit na čtyři skupiny:

- **Dechová gymnastika** jedná se především o nácvik správného dýchání pomocí různých hraček.
- **Cvičení na rehabilitačních míčích**, které slouží k protažení, relaxaci. Přispívá k správnému držení těla a působí též na rozvoj motoriky.
- **Jóga** uvolňuje a posiluje svaly. Klade důraz na správné dýchání, relaxaci a koncentraci. Jednoduché cviky mohou být motivovány říkadly.
- **Psychomotorika** je netradiční pojetí pohybu zaměřené na rozvoj vnímání a celkový rozvoj osobnosti. Využívá jednoduché a dobře dostupné pomůcky. (Valenta a kol., 2008)

## 2.4 Arteterapie

V této kapitole se budu blíže věnovat jedné z technik práce s dětmi v nemocnici - arteterapii, kterou se ve své profesi nejvíce zabývám. Děti na oddělení, na které docházím, mi poskytují nejvíce zpětných vazeb právě v souvislosti s arteterapií

Výtvarný projev je pro člověka a především pro dítě přirozeným prostředkem vyjadřování pocitů, postojů ke světu i ke své osobě. Je to jakýsi způsob sebepoznání. Arteterapie s tímto přirozeným projevem člověka umí zacházet tak, že výtvarné nadání či naučená zručnost ustupují do pozadí, a tím nejdůležitějším se stává fantazie. Touha po dobrodružství zkusit něco nového a v neposlední řadě odvaha projevit se. Pokud je někdo výtvarně nadaný a citlivý není to na škodu, stejně tak jako to není podmínkou. Tvořit v arteterapii může každý. Obecně lze tedy říci, že arteterapie je léčba výtvarným uměním, v užším slova smyslu hovoříme o užití výtvarných technik při individuální nebo skupinové práci. Za vhodné výtvarné techniky jsou zde považovány především malování a kreslení, práce s koláží, s keramickou hlinou a jinými materiály.

### Historie

Začátek arteterapie je možno najít už v nástěnných malbách a jiných uměleckých formách již v artefaktech uměleckých děl z pravěku i u současných přírodních národů. *„Myšlenka využít umění k léčení různých duševních obtíží byla známa také ve starověkém Egyptě, Řecku a později i v arabském světě.“* (Čačka a kol., 1999, s. 221) Integroující a stmelující funkce umělecké tvorby je považována za pilíř arteterapie. Od nepaměti se v hudbě, malířství, sochařství i architektuře používaly prvky, které měly za úkol vyvolat v člověku silné emoce. Právě ty, jsou podle mého soudu základem arteterapie.

### Současnost

Výtvarný projev na jakékoliv úrovni, je třeba považovat za tvořivý proces. Základní hybné síly umění jsou tvořivost a kreativita, které jsou totéž pro arteterapii. Arteterapie je aplikované, tedy užité umění. Je zaměřená na sociální a terapeutický potenciál umění. (Šicková – Fabrici, 2002) Pomocí arteterapie můžeme mnoha lidem vrátit bezstarostnou radost z výtvarného tvoření, kterou jsme bohužel někteří ztratili již ve školním věku. Podle Čačky a kol. (1999) je v současnosti chápána arteterapie jako doplňková a rehabilitační metoda v rámci psychoterapie. Této zdánlivě jednoduché, ale překvapivě účinné metodiky můžeme také použít v oblasti pedagogiky v rámci tzv. speciální estetické výchovy. Ta umožňuje

účastníkům rozvíjet sebepoznání, schopnost překonávat obtížné životní situace. Také samostatně nacházet východiska. Arteterapie je tedy speciální estetická výchova, která je důležitou součástí rozvoje vnitřního potenciálu osobnosti a prostředkem prevence proti případným duševním poruchám. Vymětal a kol.(2007) uvádí, že použití arteterapie u dětí je zvlášť významné, protože uchopení prožitků dětí jenom verbalizací je velmi obtížné. Jejich výtvarný projev, může tedy odrážet jejich vnitřní svět. A proto je velmi dobrým prostředkem pro porozumění stavů psychiky dětí. Výtvarný projev je pro ně, zejména v předškolním a mladším školním věku, spontánním a bezpečným prostředkem komunikace a projevením pocitů se, kterými je později možno pracovat. Každý z nás se téměř denně věnuje nějaké tvořivé vizuální činnosti. Příkladem sebevyjádření může být i to, jak se oblékáme, jak si zařídíme byt nebo vysadíme zahradu. I v těchto běžných činnostech totiž uplatňujeme výtvarné prostředky – formu, barvu, strukturu a kompozici. U většiny z nás se vztah k výtvarné tvorbě s věkem měnil. Jako děti jsme snad všichni spontánně kreslili a malovali. Kolem osmi let věku se bohužel u většiny z nás začala tato schopnost vytrácet, ne schopnost malovat či kreslit, ale kreslit či malovat spontánně. (Campellová, 1998)

### 2.4.1 Teoretické rámce arteterapie

V arteterapii bere kreativitu v úvahu každý z jednotlivých teoretických rámců. V současnosti vedle sebe existují tři trendy:

- Trend akceptující především diagnostické možnosti je chápán klinicky. Jde v něm o důsledně analytickou práci s klientovou osobnostní strukturou
- Trend, který nalézá terapeutický smysl ve výtvarné produkci jako takové, i bez interpretace a diagnostiky. Označuje se též „art for therapy“. Jde o využití umění bez nároku na interpretaci nebo analýzu. Výtvarná reflexe sice neopomíjí osobnost a prožívání klienta, nesměřuje však k analýze.
- Eklektický trend je nejrozšířenější v dnešní praxi. Do své praxe jej přinesl W.Allport, který sám vlastní teoretický konstrukt označil jako „systematický eklektismus“. Představil teorii, které plnila funkci katalyzátorů různorodých a často protichůdných myšlenek. Označil jej jako systém, který hledá řešení problémů tím, že si vybírá a sjednocuje to, co pokládá za pravdivé. (Šicková – Fabrici, 2002)

Jednotkou v práci se skupinou nebo jednotlivcem je arteterapeutické sezení. Mívá většinou tři části: úvodní, kresebnou a diskusní.

- Úvodní můžeme také nazvat zahřívací, ve které používáme krátké, různé verbální a pohybové aktivity. Také sem patří případná relaxace vše řízenou imaginací ústí do hlavního tématu.
- V kresebné části děti buď malují, nebo se jinak výtvarně vyjadřují k danému tématu. Na výtvarné úrovni nezáleží, což je potřeba stále zdůrazňovat. Některé postupy jsou interakční. Skupina pracuje společně na jednom „papíru“ nebo si jednotlivci navzájem svá dílka doplňují.
- Závěrečná fáze je fáze diskusní. V podstatě nejde v arteterapie ani tak o „správnost“ výkladu, jako spíše o uvědomění si důležitosti procesu tvorby. (Vymětal, 2007)

#### 2.4.2 Kresba v arteterapii

Kresba je projekcí psychomotorických schopností dítěte. Dospělí většinou spontánně nekreslí. Kresba je považována za projekci psychomotorických možností jejího autora. Odkrývá nejen povahové rysy, ale také hyperaktivitu a nízké sebevědomí. (Šicková – Fabrici, 2002)

Zdravé dítě ve své kresbě přejde postupně přes stadia čmáranic, hlavonožců, geometrických tvarů až k vytvoření komplexní lidské postavy. Je nesporné, že děti kreslily v každé době, ale v historii nastává zájem o dětskou kresbu a její důležitý výchovný potenciál až tehdy, když na ni upozornil J. A. Komenský.

Piaget (2000, s. 61) chápe dětskou kresbu jako: „*Formu sémiotické funkce, která má ve své vývojové řadě místo mezi symbolickou hrou a obrazovou představou. Podobně jako symbolická hra je kresba provázena radostí a má sama v sobě svůj cíl (autotelismus). S obrazovou představou sdílí snahu napodobit skutečnost.*“

Dítě bere do rukou spontánně tužku proto, aby se vyrovnalo s vnějším světem, okolím, ale i se sebou samým. Pro dítě je kresba samozřejmá a stává se (v určitém období) téměř jeho každodenní součástí. Postupem věku dochází k určitému svazování, bojí se nedokonalého projevu. Arteterapie, ale nepracuje se zručností a výtvarným nadáním, ale s fantazií a odvahou projevit se. To se může stát pro každého dobrodružstvím. Arteterapii nezajímá výsle-

dek, ale především celý způsob a proces tvoření. Pro terapeuta i pedagoga je všímání si celého tvořivého procesu velmi důležité, může tak nahlédnout do světa dítěte a lépe mu porozumět. Dítě kreslí věci, ne takové jaké je bezprostředně pozoruje, ale takové, jak je ze zkušenosti zná. Dětská kresba může být proto jakousi deformací skutečnosti, protože dítě vyzdvihne a zdůrazní, co je pro něj důležité. Tento fakt je v arteterapeutické diagnostice velice významný. Stejně tak i jiní autoři dětskou hru bezprostředně spojují s kresbou a naopak. Hra, jak ji popisuje Winnicott, není bezúčelnou aktivitou nebo jen způsobem, jak se zabavit. V terapii vyžaduje hra schopnost dát volnost intelektuální kontrole. Terapeutická hra se tak stává podpůrným prostředím, ve kterém je možno napravit nedostatky a obnovit potenciál pro tvořivý život. (Rubinová, 2008)

Moje osobní zkušenosti z terapeutické práce s dětmi se shodují s názorem (Michalíková, 2005), který uvádí ve své bakalářské práci. Děti se velmi rády vyjadřují výtvarnou formou, ale nástupem do školy jejich nadšení polevuje. Pravděpodobně je tomu z několika důvodů. Dítě je ve svých tvůrčích aktivitách učitelem omezováno, protože se musí projevit na základě stanoveného tématu. Nejspíš je nejvíce frustrující to, že je očekáván určitý výsledek, který je následně hodnocen. Dítě z obavy, zda splnilo požadavky učitele, pochybuje o svých tvůrčích schopnostech, což se projeví v jeho tvorbě.

### 2.4.3 Modelování v arteterapii

Hlína jedinečné médium nejen v umění, ale i v arteterapii. Je to materiál v prapůvodním smyslu slova archaický. Vždyť z hlíny byl podle bible stvořen člověk. Hlína, z níž člověk vzešel a jednou se do ní vrátí, je tím nejvhodnějším materiálem pro aplikaci v arteterapii. Mystérium stvoření je podobné tajemství tvorby, ať už je tvůrcem profesionál nebo dítě. Podobně jako za letní bouřky je možno do země, do hlíny svést obrovskou energii blesku, může hlína v arteterapeutickém kontextu eliminovat nebo uzemnit výbuchy agresivity, hněv, ale i žal a smutek. (Šicková – Fabrici, 2002)

Při práci s dětmi nemáme většinou žádný konkrétní cíl, spíše si „hrajeme“. Děti si tak mohou nejvíce užít pocit vyplývající z kontaktu s různým tvárným materiálem, a to nejen s keramickou hlínou. Tyto dnes již běžně dostupné materiály mají svou tvárností obrovský terapeutický potenciál, právě v bezpečné možnosti uvolňování emocí. Při této hře nevzniká

možnost neúspěchu, dítě je vždy úspěšné. A to je, jak už jsem se mnohokrát zmínila, nejdůležitější devíza těchto činností.

Děti si opravdu s neskryvaným potěšením ušpiní, materiál hnětou, válí, boří do něj prsty i celé ruce. Radují se z nečekaných tvarů – úspěchů svého tvoření. Práce s hlinou přináší dětem bezprostřední kontakt s materiálem, který „špiní“, což může být pro některé děti velkým problémem a pro jiné velkou radostí. Konečně se může ušpinit, aniž by ho někdo z dospělých napomínal. Vytvořený objekt, který je trojrozměrný, je většinou vnímám, na rozdíl od plošného obrázku, jako lépe manipulovatelný a přístupnější změně, čím může působit jako metafora řešení určitého problému. (Vymětal, 2007)

#### **2.4.4 Koláž v arteterapii**

U koláže je nejdůležitější osvobození od „kritického já“, nehodnotíme svou uměleckou zručnost, což je v arteterapii jeden z nejdůležitějších rysů. Úzkost z nedokonalosti výtvaru může blokovat spontánnost a tvořivost samotnou. Proto je koláž vhodná pro začátek arteterapie. (Vymětal, 2007) Další výhodou koláže je skutečnost, že koláž lze vytvořit prakticky z čehokoli. Jediným limitujícím faktorem je zde představivost. Základem koláží mohou být obrázky vystřižené z časopisů, doplněné dalšími prvky. Koláž můžeme vytvořit jako charakteristickou pro určité roční období může být obohacena o pírkou, ořechy, kaštiny apod.

Všechna výše citovaná vymezení jednotlivých pojmů budou dále rozvinuta v praktické části této bakalářské práce, která na tuto teoretickou část bezprostředně navazuje.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



### 3 VÝZKUM

#### 3.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Výzkumný problém této bakalářské práce je formulován prostřednictvím otázky:

Jak výtvarná činnost ovlivňuje psychický stav dětí v traumatizujícím prostředí nemocnice?

Výzkumným cílem je zmapovat činnosti dětí v traumatizujícím prostředí a vliv těchto činností na jejich psychiku.

Na základě tohoto cíle jsou stanoveny následující **výzkumné otázky**.

Jak pomáhají některé specifické činnosti dítěti zvládat stres?

Jak výtvarná činnost rozvíjí dětskou psychiku?

Jak je výtvarná činnost prospěšná pro dítě při psychické zátěži?

Ve kterých situacích vyhledává dítě výtvarnou činnost?

V tomto výzkumu byl použit popisný výzkumný problém, který dle Maňáka (2004) vede vždy k popisu určité reality, situace či jevu. U tohoto typu výzkumného problému nelze obvykle mluvit o stanovení předpokladů a jejich následné ověřování.

Proto jsem stanovila **předpoklady** těchto závěrů:

- a) P1 - Předpoklad, že alespoň 80 % respondentů ví, že výtvarnou činností dětí se rozumí, vše co dítě vytvoří.
- b) P2 - Předpoklad, že alespoň 30 % dětí respondentů se zabývá v domácím prostředí výtvarnou činností.
- c) P3 - Předpoklad, že alespoň 50 % dětí respondentů, vyhledává výtvarnou činnost pokud je připoutáno na lůžko.
- d) P4 - Předpoklad, že alespoň 60 % dětí respondentů, pomáhá výtvarná činnost při zvládnutí stresových situací.

### 3.2 Výzkumný soubor

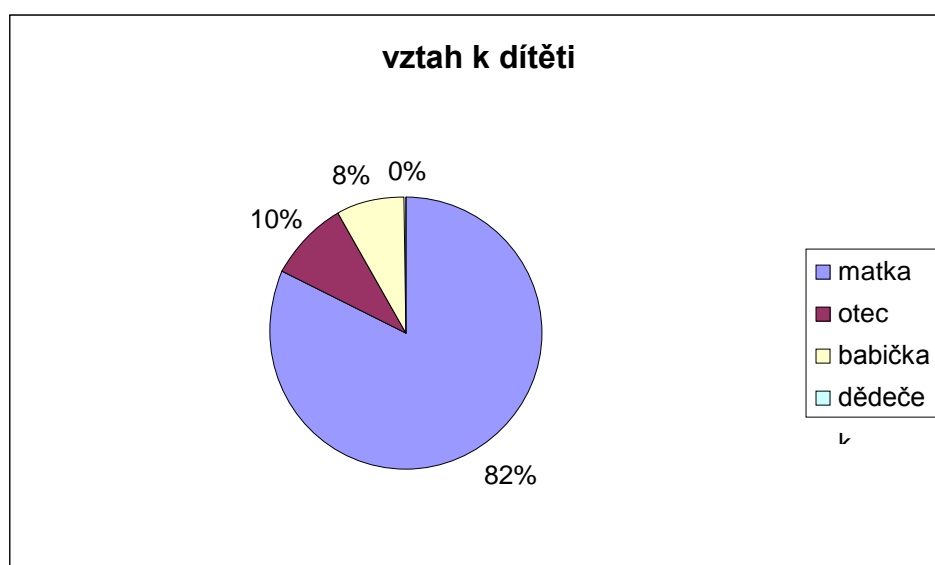
Základním souborem tohoto výzkumu jsou rodiče hospitalizovaných dětí (ve věku 3 – 12 let) z Uherského Hradiště a okolí. Výběrový soubor tvořilo 113 rodičů.

Výzkumný vzorek respondentů byl stanoven následujícím způsobem:

- základní soubor respondentů – respondenti jsou rodiče (prarodiče) dětí ve věku 3 – 12 let, které jsou nejčastěji hospitalizovány na dětském oddělení nemocnice v Uherském Hradišti
- výběrový soubor – dostupný výběr respondentů; výběr byl proveden tak, že byli osloveni rodiče hospitalizovaných dětí na dětském oddělení, klienti dětských lékařů v Uherském Hradišti, dále rodiče v mateřských školách v Uherském Hradišti a okolí.
- výzkum byl prováděn v době 1. 2. – 15. 3. 2011 v Uherském Hradišti a okolí.
- výzkumný soubor představuje 113 respondentů.

Z níže uvedeného grafu lze vyčíst procentuální zastoupení jednotlivých respondentů vzhledem ke vztahu k hospitalizovanému dítěti v dotazníkovém šetření, vyplývajících z odpovědi na otázku číslo 1. Nejvíce bylo matek s dětmi hospitalizovaných, z celkového počtu 113 respondentů jich bylo 84. Dědeček hospitalizovaných dětí neodpovídal na otázky pokládávané prostřednictvím dotazníku ani jedenkrát.

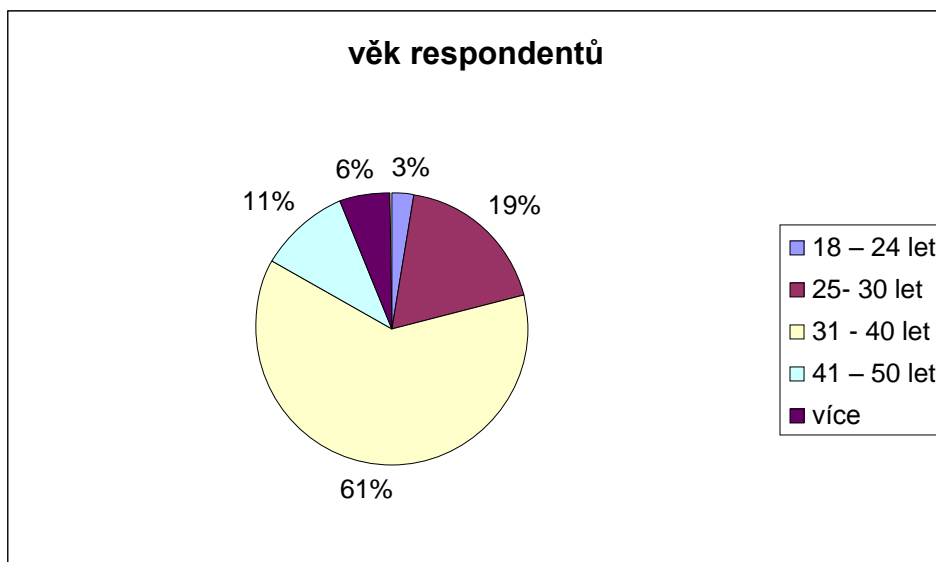
Graf. 1. Celkový přehled respondentů z hlediska vztahu k dítěti.



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

V dalším grafu pro přehlednost uvádím věkové složení respondentů, které je vyjádřeno v procentech. Největší zastoupení respondentů patřilo k věkové skupině 31 až 40 let, což bylo z celkového počtu 61%.

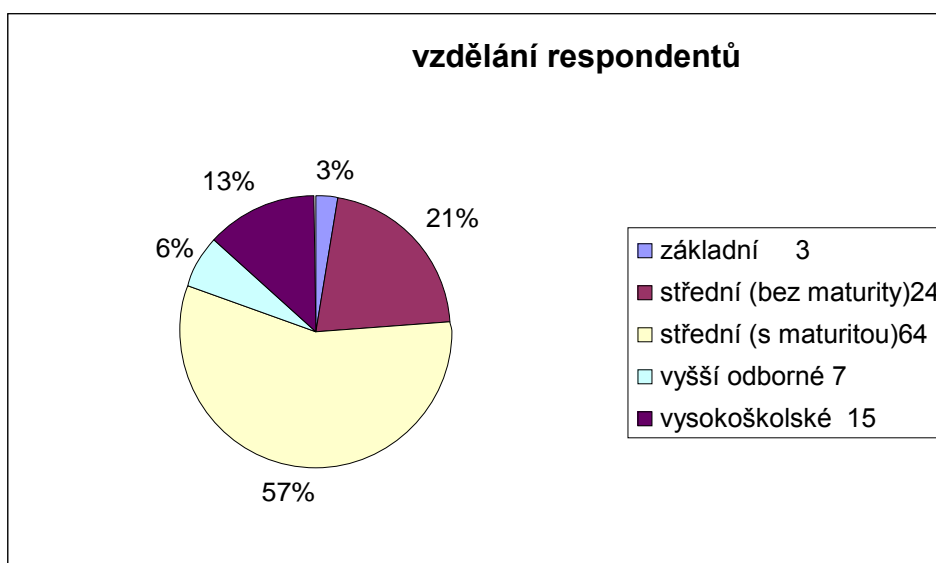
Graf. 2. Věk respondentů.



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

Dále pro přehlednost v procentech uvádím zastoupení respondentů vzhledem k jejich dosaženému vzdělání. Největší zastoupení má skupina 64 respondentů, která dosáhla středního vzdělání s maturitou a z celkového počtu 113 respondentů je to 57%.

Graf. 3. Dosažené vzdělání respondentů.



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

### 3.3 Metody sběru dat

Jako formu sběru dat pro tuto bakalářskou práci jsem volila dotazník a to zejména proto, že je pro rodiče nejméně časově zatěžující. Dotazník je v písemné formě, otázky jsou přiměřeně kladené s přesným označením odpovědi, buď „zakřížkuj, nebo napiš“ v případě odeslání elektronicky „zvýrazni“. Otázky jsou jednoduché a krátké. Objektivnost získaných odpovědí jsem se snažila dosáhnout pomocí srozumitelných formulací a způsobu zadávání dotazníku. Otázky jsem formulovala jako uzavřené, polootevřené a některé jako výčtové. Dotazník obsahuje celkem 20 položek, které nabízejí respondentům možnost výběru z odpovědí, případně mohli výčet doplnit. Typy otázek - uzavřené a polootevřené i výčtové, jsem vybrala proto, aby bylo možno výzkum spolehlivě vyhodnotit. Okruhy výzkumu:

- a) otázky související s aktivitami ve zdraví a v nemoci
- b) otázky, které mapují pohledy na výtvarnou činnost dětí

Celkový výzkum je zcela závislý na odpovědích, v rámci dotazníku, ze strany rodičů jako respondentů. V dotazníku byly uvedeny tři typy výzkumných otázek. Jednalo se o otevřené, polootevřené a výčtové otázky. Jedná o jednoduché a srozumitelné otázky, které jsou vhodné pro všechny respondenty, proto jsem je ve svém výzkumu zvolila. Uzavřených otázek bylo 11, polootevřených 7, výčtové 2. Celkem tedy 20 otázek. Charakteristiku jednotlivých položek z dotazníku vysvětluje tabulka 1 s komentářem.

Tab. 1. Design dotazníku.

Typ otázky	Otázka číslo
Uzavřená otázka	2, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 15, 17, 18, 19
Polootevřená otázka	1, 6, 11, 13, 14, 16, 20
Výčtová otázka	7, 9

Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

**Komentář položek:**

- č. 1, 2, 3, 4, 5, 6 – sociologická, demografická, charakteristika respondenta (pohlaví, věk, vzdělání)
- č. 7 – povědomí respondentů o tom, co je to výtvarná činnost dětí
- č. 8 – povědomí respondentů o pojmu arteterapie
- č. 9 – výpovědi respondentů o různých aktivitách dítěte
- č. 14, 15, 16 – subjektivní výpověď u vlivu činností na psychiku dětí
- č. 13, 17, 18, 19 – výpovědi respondentů o výtvarných aktivitách dítěte
- č. 10, 11, 12 – výpovědi respondentů o hospitalizaci dítěte
- č. 20 – zda respondenti s dětmi využili nabídky činností mateřské školy při nemocnici
- viz. Pl.

**3.4 Průběh výzkumu**

Abych dosáhla co největší návratnosti vypracovaných dotazníků, využila jsem osobních kontaktů. Z větší části jsem využila čas, kdy jako terapeut navštěvuji mateřskou školu na dětském oddělení nemocnice. Dále jsem požádala vedoucí učitelky mateřských škol v Uherském Hradišti a dalších obcí v okolí o pomoc při oslovení rodičů. Stejně tak jsem využila osobních kontaktů při spolupráci s dětskými lékaři a zdravotními sestrami v jejich ordinacích. I oni mi tak pomohli zprostředkovat distribuci dotazníků. Všichni mnou oslovení lékaři, zdravotní sestry, pedagogičtí pracovníci stejně jako vedoucí pracovníci jednotlivých zařízení byli ochotni pomoci při distribuci i výběru dotazníků. Vedlo je k tomu především přesvědčení, že získané výsledky mohou pomoci ke zkvalitnění a rozšíření nabídky vhodných aktivit pro hospitalizované děti. O tom, že byla moje volba správná, svědčí fakt, že z 250 distribuovaných dotazníků se vrátilo 113, což je 45 % návratnost. Tento kvantitativní výzkum, jenž probíhal v době od října 2010 do března 2011, byl časově rozdělen do následujících etap:

1. etapa - stanovení tématu bakalářské práce, vymezení zásad pro její vypracování, stanovení výzkumných problémů, cílů – říjen – prosinec 2010
2. etapa - volba metodiky a výzkumných technik, zajištění technických opatření pro realizaci kvantitativního výzkumu – prosinec 2010
3. etapa - předvýzkum - prosinec 2010
4. etapa - přehodnocení výzkumného nástroje, dílčí úpravy – leden 2011
5. etapa - realizace hlavního výzkumu, sběr dat – únor 2011
6. etapa - shromažďování, kontrola, třídění, uspořádání a vyhodnocení dotazníků – březen 2011
7. etapa - zpracování a analýza získaných dat z dotazníků – 2. polovina března 2011
8. etapa - dopracování, závěry, úpravy výzkumného šetření, závěrečná zpráva – duben 2011

Předvýzkum byl realizován v prosinci 2010 v Nemocnici s poliklinikou v Uherském Hradišti. Kvalitativním výzkumem - rozhovorem s rodiči dětí hospitalizovaných v nemocnici jsem mapovala možnosti výzkumu. Moje zkušenosti v kontaktu s rodiči mi měly pomoci při rozhodnutí, zda provedu kvantitativní výzkum nebo budu pokračovat v kvalitativním výzkumu. Rozhodovala jsem se mezi formami sběru dat dotazníkem nebo rozhovorem. Zpočátku se mi jevil jako nejpříjemnější rozhovor, kdy by jednotlivé výzkumné otázky nebyly mnou omezeny. Později jsem ale zjistila, že rodiče rozhovor zdržuje, několikrát od něj odcházeli a podobně. Hospitalizace společně s dětmi je zaměstnávala natolik, že jsem se rozhodla výzkum realizovat pomocí dotazníku, který je časově méně náročný a dá se k němu několikrát vrátit, aniž by výpovědní hodnota nějak utrpěla. Proto jsem se rozhodla, že provedu kvantitativní výzkum. Toto rozhodnutí mi později dalo možnost oslovit ještě rodiče dětí, které byly hospitalizovány v dřívější době a dnes již jsou v domácím prostředí a již chodí do svých základních a mateřských škol. Ze zkušeností v rozhovorech jsem vycházela při stanovení a formulování otázek v dotazníku. Sledovala jsem, zda respondenti chápou jednotlivé dotazy bez dalšího vysvětlování a upřesňování. Také jsem zjišťovala, zda tímto způsobem získám požadované informace k vyhodnocení. Předvýzkum jsem původně plánovala realizovat nejméně s pěti rodiči, ale pro již dříve zmíněné okolnosti jsem zrealizovala jen tři. Další dva byly nedokončené. Z toho byli rodiče dvou dětí předškolního

věku a jednoho mladšího školního věku. Dále jsem jednotlivé položky dotazníku konzultovala s pedagogy a zdravotním personálem v nemocnici. Zjistila jsem některé nedostatky a dotazník opravila.

Po shromáždění vyplněných dotazníků jsem materiál nejdříve zkontrolovala a z dalšího zpracování vyřadila dotazníky vyplněné nesprávně. Ale před tím jsem ještě některé dotazníky opětovně konzultovala a snažila se, aby byly doplněny nebo upřesněny. Kde se mi to podařilo, tam jsem dotazníky vrátila mezi dotazníky zařazené do zpracovávání výzkumu. Dotazníky jsem zpracovávala čárkovací metodou.

### 3.5 Analýza získaných dat

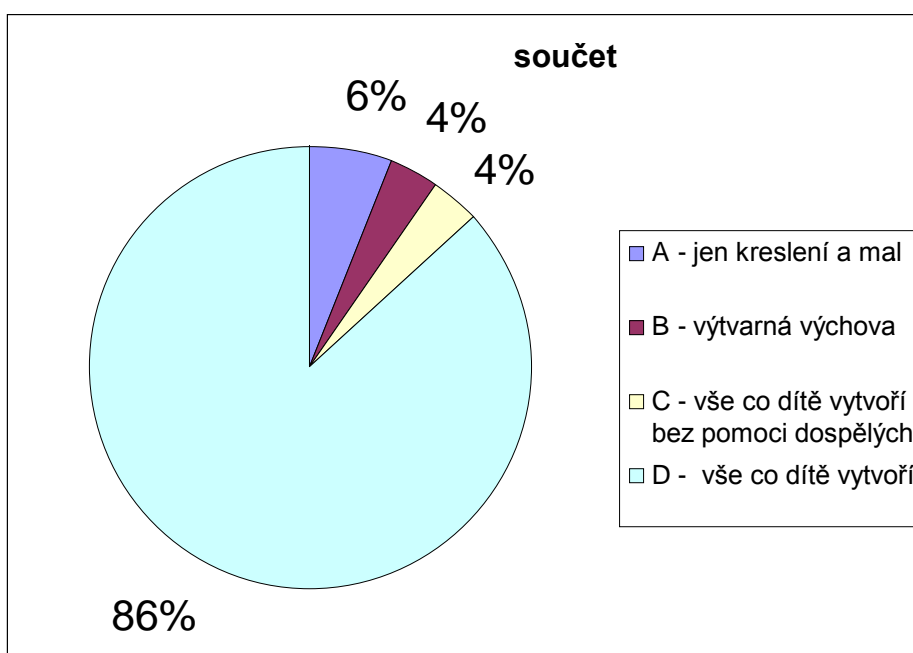
K deskriptivní statistice, na níž jsou založeny předpoklady P1-P4, byl využit kancelářský software MS Excel. Pro hlubší analýzu dat není Excel vhodný, i když doplněk verze Professional zahrnuje zvláštní doinstalovatelný modul obsahující metody pro porovnání střední hodnoty výsledků. Pro orientační zhodnocení však MS Excel je plně postačujícím prostředkem.

#### 3.5.1 Analýza dotazníku

**Otázka: Co se podle vašeho názoru rozumí výtvarnou činností dětí?**

**Odpověď:** V této otázce měli respondenti na výběr z těchto odpovědí – výtvarnou činností dětí se rozumí (A) jen kreslení, (B) práce v hodinách výtvarné výchovy, (C) vše co dítě vytvoří bez pomoci dospělých nebo (D) vše co dítě vytvoří (stříháním, malováním, kreslením, modelováním...). V této položce ze 113 respondentů odpovědělo nejčastěji, že výtvarnou činností dětí se rozumí, vše co dítě vytvoří (stříháním, malováním, kreslením, modelováním...) což bylo 87 respondentů. Další možnost, výtvarnou činností dětí se rozumí jen kreslení a malování zvolilo 7 respondentů, práce v hodinách výtvarné výchovy 4 respondenti a stejný počet (4) zvolilo odpověď, že výtvarnou činností dětí se rozumí, vše co dítě vytvoří bez pomoci dospělých.

Graf. 4. Představa o výtvarné činnosti dětí.



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

**Otázka: Máte představu, co znamená pojem arteterapie?**

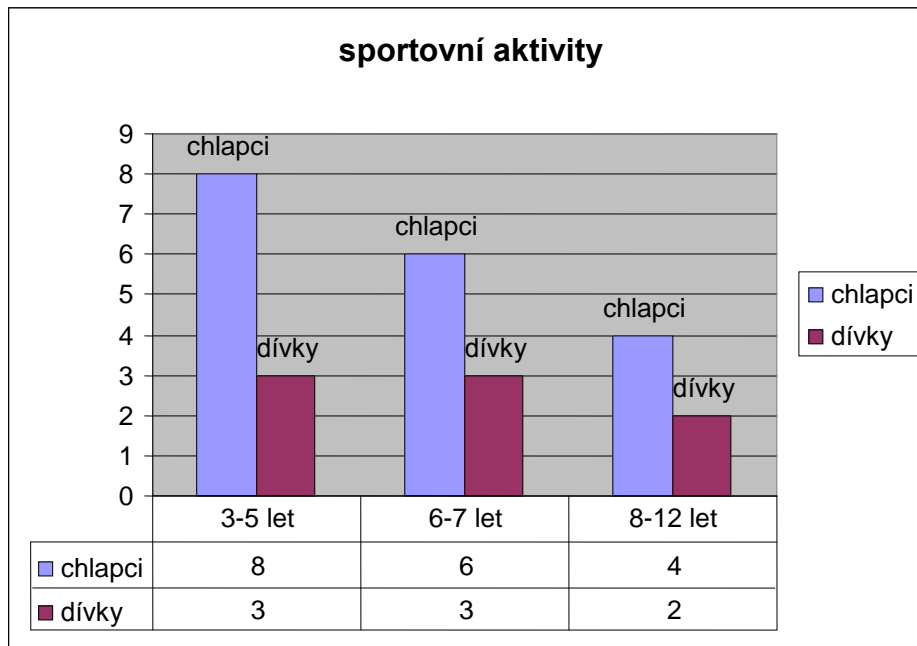
**Odpověď:** Na tuto otázku odpovědělo 41 ze 113 respondentů ano, 31 ne. Nikdy o arteterapii neslyšelo 21 respondentů a 12 by se chtělo o arteterapii dovědět víc.

**Otázka: Jakou činností se dítě v domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod. zabývá nejčastěji?**

**Odpověď:** Možnost (A) sportovními aktivitami - odpovědělo 26 respondentů, stolními hrami (B) 10 dětí respondentů, četbou nebo poslechem četby (C) 5 dětí respondentů, hrou na PC se nejčastěji zabývá (D) 6 dětí, sledováním televize, DVD, videa apod. se zabývá (E) 17 dětí respondentů a kreslením, vymalováváním, stříháním (F) se zabývá největší počet dětí respondentů a to 49 z 113.

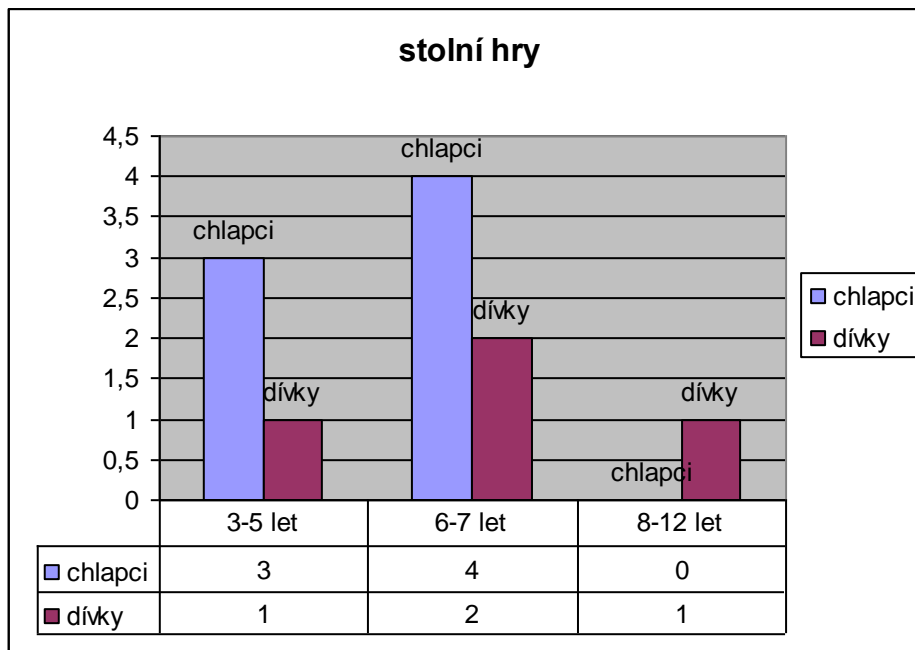


Graf. 5. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá sportovními aktivitami (A).



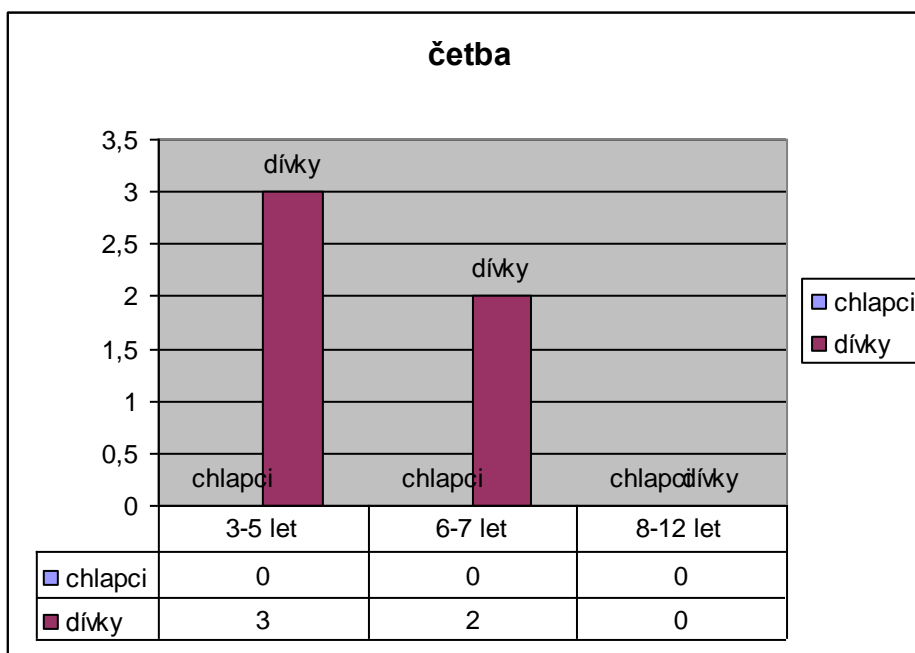
Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

Graf. 6. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá stolními hrami (B).



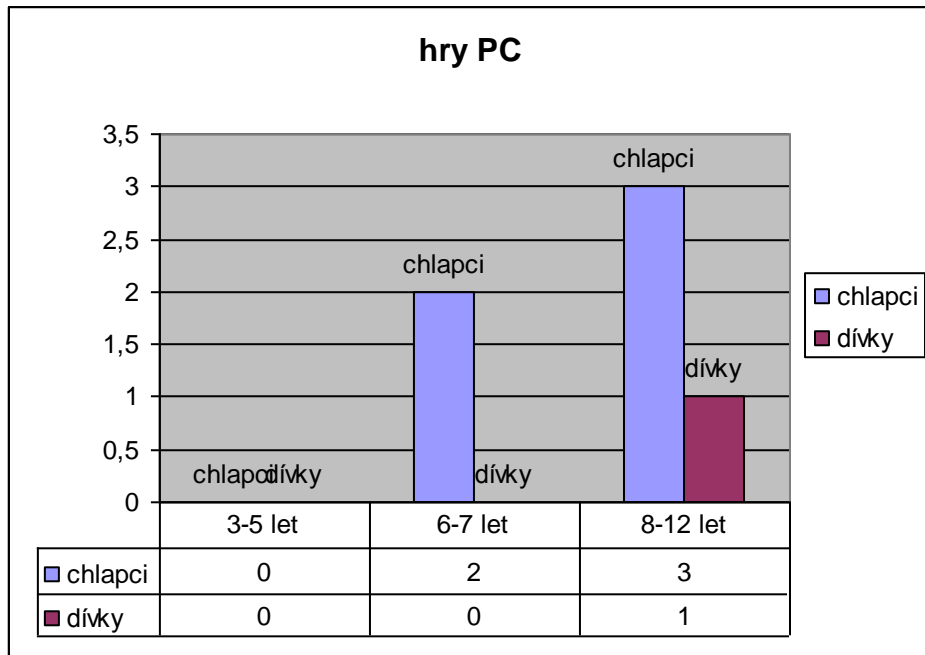
Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

Graf. 7. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá čtením nebo poslechem četby (C).



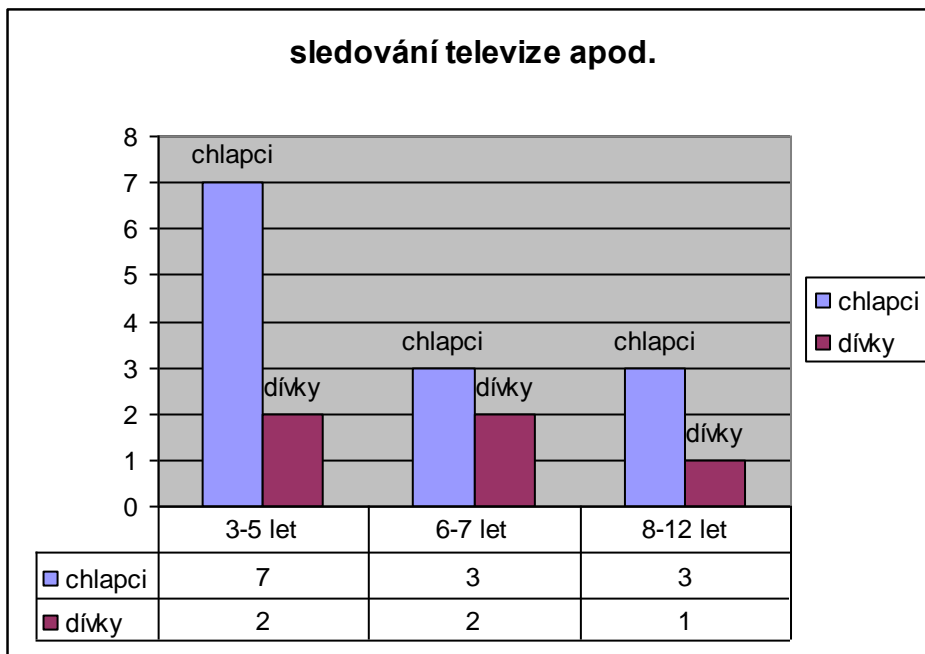
Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

Graf. 8. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá hrou na PC (D).



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

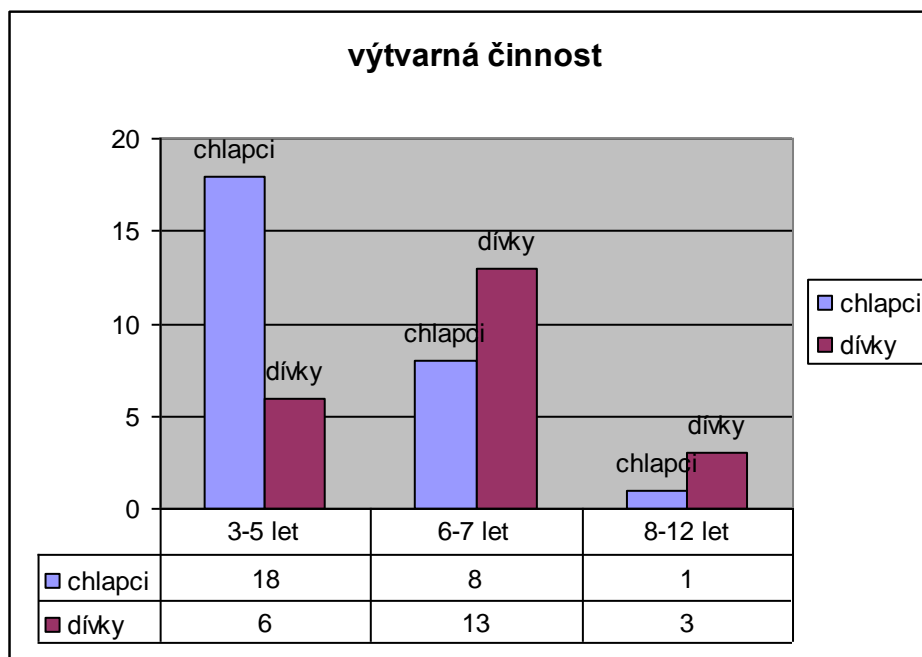
Graf. 9. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá sledováním televize (E).



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

Graf. 10. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské

škole apod. se dítě nejčastěji zabývá výtvarnou činností (F).



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

**Otázka: Vyhledává vaše dítě v některých situacích výtvarnou činnost?**

**Odpověď:** Možnost (A), což je nevyhledává, zvolilo 16 respondentů. Ano (B) – pokud je nemocné (na lůžku, má omezené činnosti) - zvolilo 18 respondentů, ano – pokud to znamená činnost s dospělým (C) uvedlo jako svoji odpověď 25 respondentů. To byla zároveň nejčastější odpověď. Naopak odpověď ano, pokud má nějaké problémy ve škole (D), neuvědli žádný respondent. Poslední možnost (E) jindy- byla uvedena respondenty 21 krát.

**Otázka: Domníváte se, že některé specifické činnosti mu pomáhají zvládat stres (např. při pobytu v nemocnici)?**

**Odpověď:** Ne – nejsou takové (A) odpovědělo 6 respondentů, že je to tělesná aktivita (B) odpověděli 3 respondenti, výtvarná činnost (C) 15 respondentů, poslech hudby (D) 2 respondenti, povídání a čtení (E) 34 respondentů, což byla celkově nejčastější odpověď na tuto otázku. Sledování filmů (F) vybralo 11 respondentů a jinou (G) 9 respondentů.

Tab. 2. Četnosti odpovědí na otázku č.14.

	Domníváte se, že některé speci-	Počet

	<b>fické činnosti pomáhají vašemu dítěti zvládat stres?</b>	<b>odpovědí</b>
<b>A</b>	ne – nejsou takové	6
<b>B</b>	ano- tělesná aktivita	3
<b>C</b>	ano-výtvarná činnost	15
<b>D</b>	ano-poslech hudby	2
<b>E</b>	ano- povídání, čtení	34
<b>F</b>	ano- sledování filmů	11
<b>G</b>	jiné	9

Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

Další dvě otázky jsou navazující, proto 6 respondentů, a to ti, co odpověděli ne, na další dvě otázky neodpovídali.

**Otázka:** Jak se dítě chová při činnosti, která mu podle vašeho názoru pomáhá zvládat stres?

**Odpověď:** Možnost – nepozorují žádnou změnu chování (A) odpovědělo 6 respondentů, je veselejší (B) jako svoji odpověď zvolilo 20 respondentů, aktivnější (C) 6 respondentů, soustředěnější (D) 28 respondentů. Klidnější (E) zvolilo 47 respondentů - byly to nejčastější odpovědi na tuto otázku.

Tab. 3. Četnosti odpovědí na otázku č.15.

	<b>Jak se dítě chová při činnosti, která mu podle vašeho názoru pomáhá zvládat stres?</b>	<b>Počet odpovědí</b>
<b>A</b>	nepozorují žádné změny chování	6
<b>B</b>	je veselejší	20
<b>C</b>	aktivnější	6
<b>D</b>	soustředěnější	28
<b>E</b>	klidnější	47

Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

**Otázka:** Jak se dítě chová bezprostředně po činnosti, která mu podle vašeho názoru pomáhá zvládat stres?

**Odpověď:** Nepozoruji žádnou změnu (A) odpovědělo 12 respondentů, je klidnější (B) zvolilo 92 respondentů, jinou (C) možnost uvedli 3 respondenti.

**Otázka:** Vyžaduje dítě u výtvarné činnosti vaši spoluúčast (dalšího dospělého)?

**Odpověď:** Možnost nikdy (A) zvolilo 6 respondentů, málokdy (B) 11 respondentů, někdy (C) nejvíce a to 55 respondentů, vždy (D) 8 respondentů.

**Otázka:** Myslíte, že výtvarná činnost rozvíjí dětskou psychiku?

**Odpověď:** Odpověď ne (A) volili 2 respondenti. Ano, jen nepatrně (B) 7 respondentů, pravděpodobně ano (C) 38 respondentů. Odpověď ano - velmi byla zvolena 66 respondenty.

**Otázka:** Je podle vašeho názoru výtvarná činnost prospěšná pro vaše dítě při psychické zátěži?

**Odpověď:** Ne, nevidím žádná pozitiva (A) odpověděli 3 respondenti. Ano, ale jen nepatrně (B) 17 respondentů. Pravděpodobně ano (C) byla nejčastější odpověď, odpovědělo tak 62 respondentů. Ano, velmi (D) odpovědělo 31 respondentů.

### **Analýza získaných dat:**

Nyní se zaměřím na ověření předpokladů P1-P4.

P1 - Předpoklad, že alespoň 80 % respondentů ví, že výtvarnou činností dětí se rozumí vše, co dítě vytvoří. Tento předpoklad na základě otázky „Co se podle vašeho názoru rozumí

výtvarnou činností dětí?“ je splněn (viz graf 4), vzhledem k tomu, že 86% respondentů uvedlo danou odpověď.

P2 - Předpoklad, že alespoň 30 % dětí respondentů se zabývá v domácím prostředí výtvarnou činností. Vycházíme z dílčích výsledků pro jednotlivé otázky, které rozdělujeme navíc podle pohlaví a věku. (viz graf 5 až 10).

Z výsledků rozdělených dle pohlaví lze vysledovat, že výtvarnou činnost vyhledávají chlapci méně než dívky ve věku 6-12 let. U kategorie 3-5 let je situace opačná. Hlavním výsledkem je však následující relativní četnost odpovědí.

Možné odpovědi na otázku: „Dítě se nejčastěji v domácím prostředí případně školní družině, mateřské škole apod. zabývá touto činností?“

A – sportovními aktivitami 23%

B – stolními hrami 10%

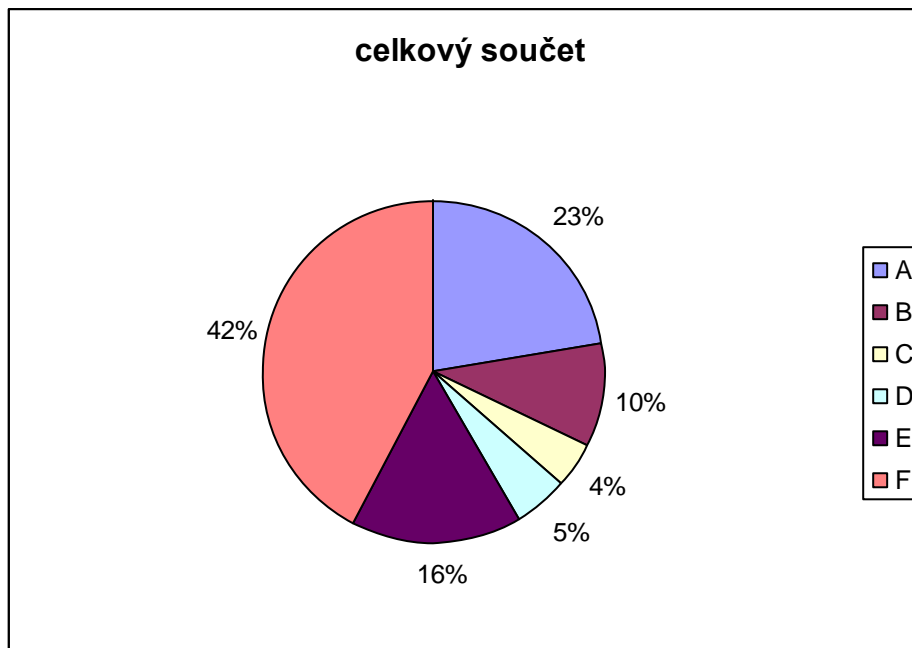
C – četbou (poslechem četby) 4%

D – hrou na PC 5%

E – sledováním televize (DVD, videa ...) 16%

F – kreslením, vymalováváním, stříháním apod. 42%

Graf. 11. Dítě se nejčastěji v domácím prostředí případně školní družině, mateřské škole apod. zabývá činností A – F.



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

Jelikož má tedy výtvarná činnost relativní četnost 42%, můžeme tvrdit, že P2 byl potvrzen (překračuje 30%).

P3 - Předpoklad, že alespoň 50 % dětí respondentů vyhledává výtvarnou činnost, pokud je připoutáno na lůžko. Tento předpoklad není naplněn, pouze 27% dětí vyhledává výtvarnou činnost.

Možné volby odpovědí na otázku „Vyhledává vaše dítě v některých situacích výtvarné činnosti?“

A – nevyhledává

B – ano, když je nemocné (na lůžku, má omezené činnosti)

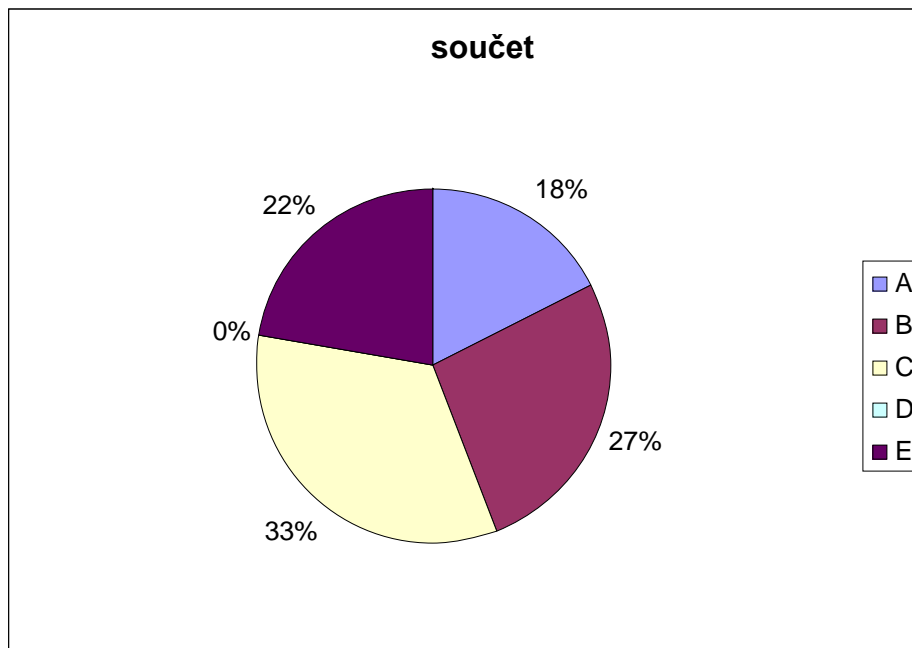
C – ano, pokud to znamená činnost s dospělým

D – ano, pokud má nějaký problém (ve škole s kamarády apod.)

E – jindy

Graf. 12. Vyhledává vaše dítě v některých situacích výtvarné činnosti?

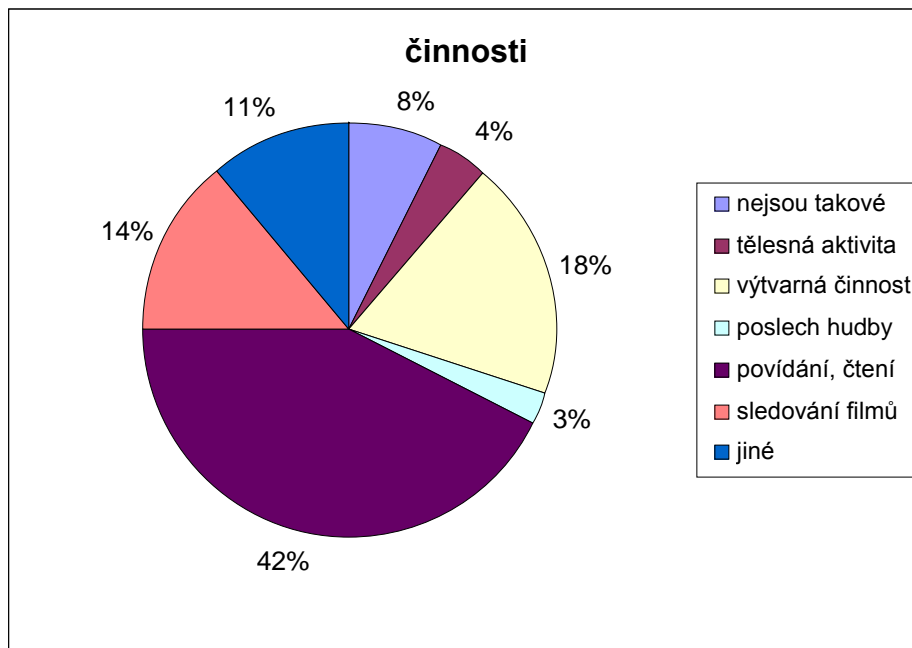




Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

P4 - Předpoklad, že alespoň 60 % dětí respondentů pomáhá výtvarná činnost při zvládnutí stresových situací, nebyl naplněn. Výtvarná činnost pomáhá zvládat stresovou situaci jen 18% dětí respondentů. Z tohoto výzkumu lze usoudit, že výtvarná činnost je druhou nejlepší činností po tělesné aktivitě (což navíc nemusí být možné u subjektu vždy realizovat). Tudíž výtvarná činnost patří mezi nejkvalitnější prostředky pro zvládnutí psychické zátěže (nelze prokázat statisticky, pouze orientačně).

Graf. 13. Jednotlivé činnosti, které děti pomáhají zvládat stresovou situaci.



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011

### 3.6 Závěr výzkumu

Z výzkumu lze vyvodit, že výtvarná činnost u dětí předškolního i mladšího školního věku je velmi přirozenou a pozitivní činností. Rodiči je vnímána jako aktivita obohacující psychický vývoj dítěte. Toto potvrzují rodiče hospitalizovaných dětí. 92 rodičů z celkového počtu 113 uvádí, že výtvarná činnost je právě tím, co děti zklidní a pomáhá navodit jejich psychickou pohodu. Stejně tak prospěšnost výtvarné činnosti pro psychiku dětí z pohledu jejich rodičů potvrzuje fakt, že jen 3 z oslovených rodičů nevidí žádná pozitiva výtvarné činnosti pro psychiku dětí. Výzkum potvrdil i předpoklad, že 80% rodičů dětí ví, co se rozumí pod pojmem výtvarná činnost dětí. To, že rodiče takto vnímají výtvarnou činnost svých dětí, je jedním z faktorů, které potvrzují názor 86% dotázaných rodičů na důležitost výtvarné činnosti pro psychiku jejich dětí.

Při zkoumání, jakou činností se děti nejčastěji zabývají v domácím prostředí, odpověděli rodiče nejčastěji, že volí jejich děti kreslení, vystřihování apod. V další otázce při volbě nejčastější činnosti při hospitalizaci jejich dítěte uvedli rodiče jako činnost, kterou děti vykonávají, výtvarnou činnost až na druhém místě (v počtu četnosti odpovědí), po povídání a čtení. Arteterapie však z této činnosti (povídání, čtení) bezprostředně vychází. Proto tento

fakt beru jako dobré vodítko při motivaci dětí k samotné výtvarné činnosti v rámci arteterapie. Domnívám se, že při hospitalizaci (ve stresové situaci) děti předškolního a mladšího věku volí jako svou prioritní činnost povídání a čtení proto, že je většinou bezprostředně spjata s přítomností dospělé osoby. Děti se tak cítí bezpečněji a klidněji.

Z těchto výsledků lze především orientačně vyvodit, že arteterapie je účinnou metodou, která prozatím nedostává prostor, jaký by si v porovnání s ostatními činnostmi zasloužila. Výzkum pomohl zmapovat i to, zda rodiče dětí vědí co je to výtvarná činnost a arteterapie. Rodiče většiny dětí velmi dobře ví, co všechno je ukryto pod pojmem výtvarná činnost dětí. Méně pak ví, co je to arteterapie, ale projevíli zájem dovědět se více o této činnosti.

### 3.7 Doporučení pro praxi

Výzkum probíhal z větší části na dětském oddělení nemocnice v Uherském Hradišti, kde se nachází základní a mateřská škola pro hospitalizované děti. Z toho vyplývá, že nejvíce poznatků z tohoto výzkumu (stejně jako jejich uplatnění v praxi), by mělo pomoci především v práci s těmito dětmi. Bezprostředně pak terapeutům, pedagogům i zdravotnímu personálu. Pokud se dítě cítí v daném prostředí co nejpříjemněji, pak je veškerá komunikace s ním jednodušší. K tomu přispívá jak prostředí samotné (vybavení pokojů, výzdoba stěn apod.), tak jednotlivé činnosti, které zde může dítě vykonávat. Je velmi prospěšné, pokud se vše co nejméně liší od domácího prostředí. Vzhledem k tomu, že hospitalizované děti bývají z různých příčin omezené v pohybu, je dobré zaměřit se na činnosti, které nevyžadují velkou fyzickou námahu. To může být právě různá výtvarná činnost. Pokud se samotná výtvarná činnost podaří propojit s terapeutickou činností, je vše na dobré cestě k uzdravení malého pacienta.

Proto je vhodné se zaměřit na využití arteterapie a to dvěma směry:

- zvýšit možnosti využití výtvarných činností u hospitalizovaných dětí
- zaměřit se podle výsledků hlavně na dívky nejmladší kategorie  
a naopak u chlapců na starší kategorii, kde je výskyt výtvarné činnosti nejmenší

Podle ohlasů rodičů, kteří spolu s dětskými pacienty navštívili mateřskou školu při nemocnici lze soudit, že výtvarná činnost byla obohacením života po dobu hospitalizace jejich dětí. Pevně věřím, že poznání jak důležitá je tato činnost pro děti v době hospitalizace bude

mít za následek ještě častější zařazení této činnosti při práci s hospitalizovanými dětmi. Stejně tak bude brána jako možný prostředek k navození psychické pohody pro děti před zákrokem i po něm. Artefakty vzniklé při výtvarné činnosti mohou pak sloužit jako výzdoba jednotlivých pokojů. To je prostředek, jak ještě více přiblížit nemocniční pokoje těm doma. Nesmíme však zapomínat i na nehmatatelné výsledky arteterapeutické činnosti na dětském oddělení, které jsou v tom nejlepším případě neoddělitelné od prožitku při tvoření. Rozmluva a zpětná vazba by právě zde, v tomto prostředí, měla být tím hlavním, co hospitalizovaným dětem můžeme nabídnout. Samotná výtvarná činnost je jen cestou, ne výsledkem, který zejména v tomto případě je odsunutý na místo méně důležité.

## ZÁVĚR

Představa, že může existovat svět bez strachu, tedy bez stresu, je pouhá iluze. Výchova, která se strachu vyhýbá, formuje jedince neschopné, stejně jako ta, která je prostřednictvím strachu vychovává. Samotné překonání a zpracování strachu je velmi důležité pro formování každého jedince a pro vytváření sebedůvěry. Děti potřebují při překonávání strachu podporu nejen rodičů. V nemocničním prostředí i pedagogů, terapeutů i zdravotníků. Jedině tak získají jistotu a oporu. Děti mají své originální cesty k překonání strachu, mnohdy svůj strach inscenují, můžeme také říct, že mu dávají tvář. I když co dítě, to originální zpracování strachu. Nemění se skutečností zůstává, že rodiče mají povinnost své dítě v jeho snažení o překonání strachu podpořit. Je třeba brát dětské strachy vážně, ale zároveň je nepřeceňovat. Velmi důležité je dítěti aktivně naslouchat, projevovat spoluúčast a porozumění. Strach přichází rychle, ale jen velmi pozvolna odchází. Každé dítě má své tempo, své vlastní postupy. Ne vždy a ne všechny, byť dobře míněné vnější vlivy, trvale ovlivňují rychlost, s jakou je strach překonán. (Rogge, 1999) Místo, kde děti v nemocnici mohou nabýt (být chvilkového dojmu), že se neděje nic mimořádného je právě škola a školka při nemocnici. Tady mohou dělat věci jim tak notoricky známé z domu a „jejich“ školy či školky. Výtvarná činnost, lépe arteterapie, jim k tomu může pomoci. Jednak nabízí činnosti, které většina z nich dělá ráda, ale také vznikají věci pro potěšení sebe i blízkých. Právě děti mají rády různé talismany a hračky. Ty zde mohou vznikat jejich vlastním přičiněním. Děti při arteterapeutické činnosti mohou své strachy a úzkosti pojmenovat a vyrovnat se s nimi. Je jen na terapeutovi nebo pedagogovi, jak s dítětem pracuje a zda využije celý potenciál činností, které dítěti pomohou ke zvládnutí strachu a úzkosti.

Jak z této práce vyplývá, barevný svět kolem dětí je tou nejlepší terapií. Je dobře, že v dnešní době již na tento fakt nikdo nezapomíná. Čím dále, tím častěji se setkáváme s nemocničními pokoji, které více než sterilní prostředí připomínají „dětské království“ plné barev. V takové prostředí se dětem mnohem lépe zvládá strach a stres z nepříjemných zážitků, které bohužel k hospitalizaci v nemocnici většinou patří. Stejně tak jim pomáhá tuto životní situaci zvládat přítomnost blízkých (rodičů), která je také dnes již samozřejmostí.

Je dobré volný čas dětí vyplnit činností, která jim pomůže problémy pojmenovat (zobrazit) a tak najít cestu k vyrovnání se s nimi. Arteterapie je činností pro toto nanejvýš vhodnou. Samotná činnost je doplněna povídáním, čtením a poslechem hudby, což má pozitivní vliv

na psychiku malých pacientů. Dalším přínosem této činnosti je fakt, že si děti najdou prostředek, jak se lépe vyrovnat se svými problémy. To jim může být ku prospěchu po celý další život.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

BRUCEOVÁ, T. *Předškolní výchova*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-068-5.

CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-204-1.

ČEČKA, O., a kol. *Psychologie imaginativní výchovy a vzdělání a příklady aplikace*. Brno: Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80-7239-034-1.

DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-449-4

FELDMANN, H., BRAND-JACOBI, J., GMÜR, M. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publisching, 1994. ISBN 80-85605-67-8.

CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. *Integrovaná psychologie v praxi*. Praha: Grada Publisching, 1999. ISBN 80-7169-679-X.

LANMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*.

Praha: Grada Publisching, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H a H Vyšehradská, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

PIEGET, JEAN, INHELDEROVÁ, DÄRBEL. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, s. r. o., 2000. ISBN 80-7178-407-9.

ROGGE, J. U. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-237-8.

RUBINOVÁ, J., A. *Přístupy v arteterapii*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-093-5.

SCHMIDBAVER, W. *Psychologie, lexikon základních pojmů*. S. l.: Vojsko, 1994. ISBN 80-206-0459-6.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K., a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.

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

VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.

## OSTATNÍ ZDROJE

Výroční zpráva Základní školy a mateřské školy náměstí Palackého Uherské Hradiště za školní rok 2009/2010

MICHALÍKOVÁ, L. *Možnosti arteterapie v psychodiagnostice dětí předškolního a mladšího školního věku*. Olomouc, 2005. 57 s. Bakalářská práce na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity v Ústavu pedagogických věd. Vedoucí bakalářské práce Dana Knotová.

PILAŘOVÁ, M. *Práce s traumatizovaným dítětem*. [cit. 2011-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.soft-os.cz/index.php/odborne-akce/36-den-rodinne-terapie/83-jarni-den-rodinne-terapi.htm>>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

PC	osobní počítač
UH	Uherské Hradiště
DVD	Digital Video Disc - digitální optický datový nosič
ZŠ	základní škola
MŠ	mateřská škola

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf. 1. Celkový přehled respondentů z hlediska vztahu k dítěti.
- Graf. 2. Věk respondentů
- Graf. 3. Dosažené vzdělání respondentů
- Graf. 4. Představa o výtvarné činnosti dětí
- Graf. 5. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá sportovními aktivitami.
- Graf. 6. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá stolními hrami.
- Graf. 7. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá četbou, poslechem četby.
- Graf. 8. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá hrou na PC.
- Graf. 9. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá sledováním televize.
- Graf. 10. V domácím prostředí, případně školní družině, mateřské škole apod., se dítě nejčastěji zabývá výtvarnou činností.
- Graf. 11. Celkový součet aktivit nejčastějších dětí v domácím prostředí.
- Graf. 12. Celkový součet odpovědí na otázku:  
Vyhledává vaše dítě v některých situacích výtvarné činnosti?
- Graf. 13. Celkový součet aktivit, které pomáhají dětem zvládat stresové situace.

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Design dotazníku

Tab. 2. Četnosti odpovědí na otázku č. 14.

Tab. 3. Četnosti odpovědí na otázku č. 15.

.

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I           Dotazník pro hlavní výzkum.
- P II           Konkrétní výtvarné činnosti dětí
- P III          Fotografie dětí při práci s hlínou

# PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK PRO HLAVNÍ VÝZKUM

Dobrý den,

jmenuji se Martina Dörrová a jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění krátkého dotazníku. Dotazník bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci, která se týká vlivu výtvarné činnosti na psychiku dětí (zejména v traumatizujícím prostředí např. nemocnici). **Tento dotazník je určen rodičům (prarodičům) dětí, které mají zkušenost s hospitalizací svých dětí (vnoučat) ve věku od 3 do 12 let v nemocnici.**

**Návod na vyplnění:** V případě ručního vyplnění dotazníku, zvolenou odpověď zakřížkujte. Jestliže vyplňujete dotazník elektronickým způsobem, označte vybranou odpověď nebo odpovědi zvýrazněným písmem a odešlete prosím na moji emailovou adresu: [martinadorrova@seznam.cz](mailto:martinadorrova@seznam.cz).

## **Označte, prosím vždy jednu z odpovědí !**

Předem Vám děkuji za ochotu a Váš čas.

1. Jste:
  - matka
  - otec
  - babička
  - dědeček
  - .....
2. Věk:
  - 18 - 24
  - 25- 30 let
  - 31 - 40 let
  - 41 – 50 let
  - více
3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
  - základní
  - střední (bez maturity)
  - střední (s maturitou)
  - vyšší odborné
  - vysokoškolské
4. Vaše dítě je:
  - chlapec
  - dívka(pokud máte více dětí, vyplňte dotazník vždy jen pro jedno z nich)
5. Věk:
  - 3 – 5 let
  - 6 - 7 let
  - 8 – 12 let
6. Navštěvuje zařízení
  - žádné
  - mateřskou školu
  - základní školu
  - jiné .....
7. Podle vašeho názoru se výtvarnou činností dětí rozumí:
  - jen kreslení a malování
  - práce v hodinách výtvarné výchovy
  - vše co dítě vytvoří bez pomoci dospělých
  - vše co dítě vytvoří (stříháním, malováním, kreslením, modelováním ...)
8. Máte představu, co znamená pojem ARTETERAPIE:
  - ano
  - ne
  - nikdy jsem ho neslyšel (a)
  - chtěl(a) bych se o arteterapie dovědět více
9. Dítě se nejčastěji v domácím prostředí případně školní družině, mateřské škole apod. zabývá touto činností:
  - sportovními aktivitami
  - stolními hrami
  - četbou (poslechem četby)
  - hrou na PC
  - sledováním televize (DVD, videa...)
  - kreslením, vymalováváním, stříháním apod.
10. Dítě bylo doposud hospitalizováno:
  - jedenkrát
  - 2 – 3 krát
  - vícekrát

11. Jednalo se
- |  |  |  |
|--|--|--|
| při 1. hospitalizaci o:                                | při další hospitalizaci o:                             | při poslední hospitalizaci o:                          |
| <input type="checkbox"/> úraz                          | <input type="checkbox"/> úraz                          | <input type="checkbox"/> úraz                          |
| <input type="checkbox"/> plánované vyšetření           | <input type="checkbox"/> plánované vyšetření           | <input type="checkbox"/> plánované vyšetření           |
| <input type="checkbox"/> operaci                       | <input type="checkbox"/> operaci                       | <input type="checkbox"/> operaci                       |
| <input type="checkbox"/> řešení chronického onemocnění | <input type="checkbox"/> řešení chronického onemocnění | <input type="checkbox"/> řešení chronického onemocnění |
| <input type="checkbox"/> jiné (doplňte)                | <input type="checkbox"/> jiné (doplňte)                | <input type="checkbox"/> jiné (doplňte)                |
| .....  | .....  | .....  |

12. Dítě bylo v nemocnici
- |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| při 1. hospitalizaci:                 | při další hospitalizaci:              | při poslední hospitalizaci:           |
| <input type="checkbox"/> samo         | <input type="checkbox"/> samo         | <input type="checkbox"/> samo         |
| <input type="checkbox"/> s rodičem    | <input type="checkbox"/> s rodičem    | <input type="checkbox"/> s rodičem    |
| <input type="checkbox"/> s prarodičem | <input type="checkbox"/> s prarodičem | <input type="checkbox"/> s prarodičem |

13. Vyhledává vaše dítě v některých situacích výtvarné činnosti ?
- nevyhledává
  - ano – když je nemocné (na lůžku, má omezené jiné činnosti)
  - ano – pokud to znamená činnost s dospělým
  - ano – pokud má nějaký problém (ve škole s kamarády apod.)
  - jindy (doplňte) .....

14. Domníváte se , že některé specifické činnosti mu pomáhají zvládat stres (např. při pobyt v nemocnici)?
- ne – nejsou takové
  - ano – tělesná aktivita
  - ano – výtvarná činnost
  - ano – poslech hudby
  - ano - povídání, čtení
  - ano – sledování filmů
  - jiné (doplňte) .....

15. Jak se dítě chová při činnosti, která mu podle vašeho názoru pomáhá zvládat stres ?
- nepozoruju žádnou změnu v chování
  - je veselejší
  - aktivnější
  - soustředěnější
  - klidnější

16. Bezprostředně po činnosti, která mu podle vašeho názoru pomáhá zvládat stres ?
- nepozoruji žádnou změnu
  - klidnější
  - jiné (doplňte).....

17. Vyžaduje u výtvarné činnosti vaši spoluúčasť (dalšího dospělého):
- nikdy
  - málokdy
  - někdy
  - vždy

18. Myslíte, že výtvarná činnost rozvíjí dětskou psychiku:
- ne
  - ano, jen nepatrně
  - pravděpodobně, ano
  - ano, velmi

19. Je podle vašeho názoru výtvarná činnost prospěšná pro vaše dítě při psychické zátěži:

- ne, nevidím žádná pozitiva
- ano, ale jen nepatrně
- pravděpodobně, ano
- ano, velmi

20. Při pobytu v nemocnici jste využívali nabídek činností v mateřské škole:

- ano
- ne

Pokud jste odpověděl (a) „ANO“ uveďte jaké : .....

Ještě jednou děkuji za vaši vstřícnost a trpělivost.

## **PŘÍLOHA II: KONKRÉTNÍ VÝTVARNÉ ČINNOSTI DĚTÍ**

### **Práce s hlinou**

Hlína je nejlepší materiál pro projekci nepříjemných pocitů, obav, úzkosti apod. Stejně tak je nejlepší pro uvolnění stresu a napětí. Hnětení tak tvárného materiálu je pro většinu lidí relaxační činností, která umožňuje velmi jednoduše odbourat psychické napětí. U dětí ještě vystupuje do popředí fakt, že se mohou jen tak ušpinit.

Práce s hlinou ve skupině dětí je jednou z vhodných činností pro prolomení bariéry strachu z neúspěchu ve výtvarném snažení. Můžeme ji nejrůzněji mačkat, tvarovat, házet, modelovat, ale i měnit už vytvořený tvar. Lehce do ní vtiskneme všechny své emoce a práce s ní posiluje naše sebevědomí. Stejně tak podporuje rozšíření či znovunabytí jemné motoriky. Zejména dětem tato činnost pomáhá pochopit mnohé souvislosti, které jsou pro ně v grafické nebo verbální formě nepochopitelné (nepředstavitelné).

Při práci s hlinou „vzpomínáme“ na období našeho vývoje kdy hmat byl tím nejdůležitějším orgánem (prenatální, postprenatální). Dítě i v dalších obdobích svého vývoje mělo mít možnost seznamovat se s životem kolem sebe pomocí hmatu, vždyť kůže je největším orgánem člověka. Právě tvarování hlíny je ideální možností, jak získávat pomocí hmatu další pozitivní podněty.

Kautter (In Šiková-Fabrice, 2002) porovnává vývoj grafických schopností s vývojem v tvorbě z plastických materiálů. Tvrdí, že má kratší a rychlejší vývoj než grafický projev. Ale v něčem spolu fáze vývoje korespondují.

- období mísení – koresponduje s čmáranicí
- období rytmického válení materiálu – odpovídá kresbě obloučků, kruhů a smyček
- období modelování objektů – se shoduje s prvním obdobím kreseb postavy.

S přibývajícím věkem roste i projektivní hodnota tohoto materiálu. Co vzniká, je čím dál tím méně náhodné, a proto stoupá i výpovědní hodnota vzniklého artefaktu.

Oproti grafickému projevu má tvorba s plastickým materiálem výhodu, že jakákoliv korekce je neznatelná a nezůstávají stopy po předešlém tvaru. Materiál může být pokaždé něčím jiným, dokud jeho zpracování není pro nás přijatelné.



Pro propojení vizuálně-motorické koordinace můžeme použít různé aktivity, které souvisí s prací s keramickou hlínou. Jako je například malba prsty nebo nohama řídkou hlínou.

Základní techniky vhodné při práci s hlínou při arteterapeutické činnosti jsou například:

- A. Házení hlíny. Probíhá tak, že terapeut sám tvaruje hlínu asi velikosti pomeranče a hází ji dítěti. Cvičí tak vizuálně- motorickou koordinaci. Při této formě seznámení se s hlínou ji většinou akceptují i ty děti, které mají strach ze znečištění. Tato forma je velmi vhodná pro děti předškolního věku.
- B. Modelování prsty. Před vlastní tvorbou vyválíme koláč z hlíny, do kterého pak děti otiskují prsty, tak aby vznikly různé tvary např. květiny, motýli apod. tato činnost je vhodná pro děti předškolního a mladšího školního věku.
- C. Modelování nádoby. Modelování i zrod je pro arteterapii velmi důležité. Činnost je vhodná pro jakoukoliv věkovou skupinu. Můžeme ji vytvářet pomocí tvarování válečků, kuliček, placiček, které spojujeme do požadovaného tvaru. Také ji můžeme vytvořit na hrncířském kruhu.

### **Skřítek**

Všichni si pamatujeme z dětství nějakou svou hračku, talisman, která pro nás měla ochrannou moc. Naslouchala naším steskům a obavám. Právě takový talisman- skřítko si tentokrát děti sami vyrobí. Nejdříve jsme si povídali o tom, co v nemocnici nejvíc vzbuzuje jejich obavy. Co by jim pomohlo lépe zvládat tyto nepříjemné emoce. Je samozřejmostí, že u dětí této věkové skupiny nejčastěji padla slova jako je maminka, tatínek, starší bratr, domácí mazlíček ať už to byl pejsek nebo morče. Pozvolna jsme se dostali i ke kouzelným zaklínadlům, skřítkům apod. Všichni spontánně souhlasili s nápadem takového skřítko si vytvořit.

Použili jsme techniku spojování placiček do tvaru tělíčka. Tato technika je velmi vhodná pro skupinu dětí předškolního a mladšího školního věku. Nejdříve je nutné si kus hlíny zpracovat. Při této činnosti si dále s dětmi povídáme, o tom, jak je hlína kouzelný materiál, do kterého může pomocí prstů „poslat“ všechny naše obavy. Pak děti trhaly z hroudy hlíny kousičky, které spojovaly do tvaru tělíčka. Až již bylo tělíčko hotové, připevnily hlavu- kuličku a na ni ještě další kousky hlíny, které tvořily čepičku. Poté jsme ještě udělali přes tělíčko dutinku, kterou po vypálení provlečeme provázek s kuličkami. Když se se skřítkem zatřepe, bude hezky zvonit a zahánět tak strach, úzkost apod.

Každý skřítek byl jiný, právě tak, jak rozdílné jsou jednotlivé děti. Pak nastalo takřka nekonečné čekání na vyschnutí a vypálení. Když se děti se svými talismany znovu setkaly, mohli jsme si zase povídat o tom, jak je dobře, že si je vyrobily vlastníma rukama.

## **Kresba**

Dětská kresba není jen hrou, ale propojuje v sobě snění s realitou, proto ji nemůžeme opomíjet. Pro dítě, které ještě nemá dostatečnou slovní zásobu, může být právě kresba jedním z možných nástrojů komunikace se svým okolím. Kresba od dítěte nevyžaduje jinou schopnost, než umět držet tužku v ruce, proto je oblíbeným výrazovým prostředkem.

Davidov (2001) uvádí zajímavé rozdělení vývoje kresby v předškolním a mladším školním věku, jemuž předchází období „skvrn,“ „čmáranic“ a to přechází v období „čárání,“ které se mezi 2. a 3. rokem stává obdobím „nezdařeného realismu“, po kterém kolem 3. roku dítěte přichází stádium „hlavonožců,“ kdy postava je znárodněná kruhem, který zároveň představuje hlavu i trup. Jak se dítě vyvíjí, přibývá detailů. Vědomí obrazu vlastního těla získáváme pomalu a dlouho. Toto období, které nastává mezi 6. a 7. Rokem, se nazývá „tělesné schéma.“ Další období mezi 7. až 9. rokem se nazývá „období transparentnosti.“ Nejtypičtější je asi kresba domu, kdy jeho neviditelnými zdmi je možno pozorovat, co se děje uvnitř. „Vizuální realismus“ se objevuje mezi 7. až 12. Rokem. V tomto stádiu se dítě snaží kreslit to, co vidí. Toto zobrazování reality je objektivnější. Při kresbě domu, chce-li nakreslit vnitřek, kreslí to, co je vidět okny. Po tomto stádiu nastupuje stádium poslední - „zobrazování prostoru.“

Jak je z předešlých řádků patrné, kresba domu může mnohé vypovídat jednak o vývoji dítěte, tak i o jeho osobnosti. Děti kresbou domu vyjadřují své *já*.

## **Společný dům**

Nejdříve jsme s dětmi pozorovali protější budovu nemocnice, pak i přilehlé domy. Povíдали si o tom, kdo za zdmi bydlí, pracuje. Co tam lidé dělají. Také, jak vypadá dům, ve kterém oni bydlí. Jak vypadá jejich pokoj. Co tam mají nejraději, co jim z toho nejvíce chybí v nemocnici. Děti se předháněly v různých odpovědích, jedno přes druhé popisovalo svůj pokoj, postel, hračky i celý byt a osoby, které s nimi bydlí. Ve skupině bylo však patrné, že

některé děti právě ten svůj pokoj nepovažují za ten nejhezčí a kupodivu se jim zdály pokoj je dětského oddělení hezčí než ty doma.

Pak jsem si spolu na velký arch papíru nakreslili jeden velký společný dům. Pro všechny kamarády z dětského oddělení nemocnice. Připevnili jej na zeď a při další výtvarné činnosti se k tomuto tématu opět vrátili. Tentokrát jsme s dětmi kreslili každý svůj pokoj. Po ukončení kresby jej vlepili do společného domu. Při této činnosti jsme si dále povídali i o tom, ve které části domu by děti chtěly bydlet. Některé chtělo bydlet v přízemí, aby mělo blízko na hřiště, jiné v podkroví, aby ho nikdo nerušil. Pro některé bylo důležité, kdo bude jejich soused apod.

## **Koláž**

Je dle mého soudu nejjednodušší a nejatraktivnější technika. Tady výtvarné dílo prostě vznikne, aniž by autor musel mít výtvarné dovednosti. Nové děti ve skupině mnohdy pokukují po práci ostatních a začínají mít touhu také něco vytvořit. Stačí je pak jen malinko povzbudit, podat papír či další materiál. Pro děti tvorba koláží bývá úžasným zážitkem. Koláž lze vytvořit prakticky z čehokoli – jen to musí být z materiálu, který je možné nalepit na papír. Základem koláží mohou být obrázky vystřižené z časopisů a doplněné dalšími prvky – koláž charakteristická pro určité roční období může být obohacena o pířka, ořechy, kaštiny, o různé druhy trav, o kapradí, květy, listy, ovoce, větévky apod. Všechny takovéto objekty nám poskytují další možnosti – vnímat jejich tvar, a povrch, vůni. Čas od času však bývá užitečné věnovat určitý čas pohledům na umělecké výtvary a diskutím o tom, co dané artefakty vypovídají o svých tvůrcích. Pro ně, malé pacienty, může taková debata znamenat významnou zpětnou vazbu.

## **Motýlí křídla**

Společně jsme si s dětmi povídali o snech a přáních. S menšími pak přišla na řadu i básnička o motýlcích na louce zalité sluncem. Jistě krásná představa, možná až nedosažitelná za zdmi nemocnice, ale my si ji můžeme společně zachytit. Motýlí křídla jsem měla připravena, na stávající tvar jsme lepili různé výstřižky, kousky papírků a jiné předměty, které jsou součástí „našeho snu.“ Dokonce jsme použili nakopírované fotografie rodičů a sourozenců,

které měly děti na pokojích. Při společném povídání o příjemných chvílích jsme motýla dokončili, připevnili jsme hlavičku a tykadla a zavěsili nad pracovní stůl.

## PŘÍLOHA P III: FOTOGRAFIE DĚTÍ PŘI PRÁCI S HLÍNOU



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011



Zdroj : vlastní výzkum, únor – duben 2011