

Význam psychologie v přípravě a práci zdravotní sestry

Věra Hašová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Věra HAŠOVÁ
Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Téma práce: Význam psychologie v přípravě a práci zdravotní sestry

Zásady pro vypracování:

V této bakalářské práci, která bude zpracována kvantitativním přístupem, se budu zabývat některými oblastmi psychologické problematiky dětí v průběhu jejich hospitalizace. Půjde především o psychickou subdeprivaci, hospitalismus, agresivitu u dětí a konflikty.

Zahrnu i separační úzkost, z důvodu vysoké důležitosti psychologického pochopení a řešení tohoto jevu.

Mým hlavním cílem bude zjistit, jaká je úroveň znalostí z psychologie u zdravotních sester, ve vztahu ke sledovaným tématům.

Teoretická část je věnována definicím a odborné terminologii je seznámením s touto problematikou, informuje o komplexní péči a zaměřuje se na prevenci vzniku.

Praktická část obsahuje provedené dotazníkové šetření, snažící se zjistit analýzou získaných dat, jaký pohled na problematiku zaujmají odborníci -- v tomto případě zdravotní sestry, které těmto situacím musí dnes a denně čelit - tedy také zjistit úroveň předpokladů pro tato řešení. Jsou sledovány určité aspekty, jako například věk, nejvyšší dosažené vzdělání a úroveň znalostí z psychologie.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

[1] VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese., PRAHA: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

[2] MUSIL, Jan. Klinická psychologie a psychiatrie., OLOMOUC: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1153-9.

[3] BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. Klinická psychologie v praxi., PRAHA: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

[4] KERN, Hans; MEHL, Christine; NOLZ, Hellfried; PETER, Martin; WINTERSPERGER, Regina. Přehled psychologie., PRAHA: Portál, 1999. ISBN 80-7178-426-5.

[5] KURIC, Josef. Ontogenetická psychologie., BRNO: Akademické nakladatelství CERM, 2001. ISBN 80-214-1844-3.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Ing. Josef Konečný, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

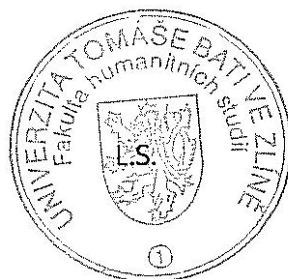
18. ledna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel 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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – 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 31.5.2010

.....
Hlavová Věra

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 nahlížení 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). Odpírá-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.

(2) 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.

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

ABSTRAKT

Hlavním cílem je zjistit, jaká je úroveň znalostí z psychologie u zdravotních sester ve vztahu ke sledovaným tématům. Bakalářská práce je zpracována kvantito-kvalitativním způsobem. Zabývá se některými oblastmi psychologické problematiky dětí v průběhu jejich hospitalizace právě z pohledu zdravotních sester. Jde především o neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace, syndrom hospitalismu, agresivitu u dětí a konflikty. Zahrnuta je i separační úzkost z důvodu vysoké důležitosti psychologického pochopení a řešení tohoto jevu. Teoretická část je věnována definicím a odborné terminologii, je seznámením s touto problematikou, informuje o komplexní péči a zaměřuje se na prevenci vzniku psychologických problematik. Praktická část obsahuje provedené dotazníkové šetření snažící se zjistit analýzou získaných dat, jaký pohled na problematiku zaujímají odborníci – v tomto případě zdravotní sestry, které daným situacím musí dnes a denně čelit – tedy také zjistit úroveň předpokladů pro řešení. Jsou sledovány určité aspekty, jako například věk, nejvyšší dosažené vzdělání a úroveň znalostí z psychologie.

Klíčová slova: Psychologie, neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace, syndrom hospitalismu, separační úzkost, agresivita u dětí, konflikty, batole, předškolní věk, školní věk, dospívání – puberta, dotazník, dětské oddělení, vědomosti, vzdělání, zdravotní sestra.

ABSTRACT

The main aim of the Bachelor's thesis is to find out the level of nurses' knowledge of psychology in relation to chosen topics. A combination of quantitative and qualitative methods is used in the research. It deals with psychological responses of children to hospitalization from the point of view of nurses. It focuses especially on some areas of psychological subdeprivation, syndrome of hospitalism, aggressiveness of children and possible conflicts. Separation anxiety is also involved because of high importance of psychological understanding of this problem and necessity of its solving. The theoretical part explains definitions and terminology, gives an overview of the topic and information about complex care and concentrates on possible preventive measures. The practical part consists of questionnaire, trying to find out via data analysis which view do specialists occupy

– in this case it means nurses, who have to face those situations almost daily – therefore find out level of preconditions for solutions too. Some aspects are watched, for instance age, highest acquired education and level of knowledge in psychology.

Keywords: Psychology, psychological subdeprivation, syndrome of hospitalism, separation anxiety, aggressiveness of children, conflicts, toddler, preschooler, grade-schooler, pre-teen, teen, questionnaire, children's department, knowledge, education, nurse.

Poděkování, motto

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří mi byli nápomocni při zpracování této bakalářské práce, především vedoucímu práce Doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc., kterému vděčím za užitečné rady i pomoc při řešení problémů a za čas, který mi takto vyhradil.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PSYCHICKÉ POTŘEBY DÍTĚTE	13
2 KOJENECKÝ VĚK	15
2.1 NEUSPOKOJENÍ ZÁKLADNÍCH PSYCHICKÝCH POTŘEB V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE	17
3 OBDOBÍ BATOLETE	19
3.1 SYNDROM HOSPITALISMU	20
3.2 SEPARAČNÍ ÚZKOST.....	23
3.3 AGRESIVITA U DĚTÍ	25
4 PŘEDŠKOLNÍ VĚK	28
5 ŠKOLNÍ VĚK	30
6 DOSPÍVÁNÍ - PUBERTA	31
6.1 KONFLIKTY	32
7 SOUČASNÉ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČESKÉ REPUBLICE	34
7.1 VÝUKA PSYCHOLOGIE NA STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE	35
7.2 VÝUKA PSYCHOLOGIE NA VYŠŠÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE	36
7.3 VÝUKA PSYCHOLOGIE NA VYSOKÉ ŠKOLE	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
8 PRAKTICKÝ VÝZKUM	40
8.1 CÍL	40
8.2 METODY SBĚRU DAT	40
8.3 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU.....	40
9 VÝSLEDKY A JEJICH ZPRACOVÁNÍ	41
9.1 ROZDĚLENÍ PODLE VĚKU	41
9.2 ROZDĚLENÍ PODLE NEJVYŠŠÍHO DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ	42
9.3 ROZDĚLENÍ PODLE SEBEHODNOCENÍ	44
9.4 ROZDĚLENÍ PODLE ODDĚLENÍ.....	45
9.5 ROZDĚLENÍ PODLE POZICE	47
9.6 ROZDĚLENÍ PODLE DÉLKY PRAXE.....	48
9.7 SOUHRN.....	49
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	57
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	58
SEZNAM TABULEK.....	59
SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Psychologie má v průběhu léčby nenahraditelnou roli. Napomáhá zdravotnickému personálu např. zvolit vhodnou formu sdělení diagnózy nebo motivovat klienta k zapojení do léčebného procesu, ale slouží také k posuzování osobnosti dítěte, jeho povahových vlastností, temperamentu, schopností odhadnout, jak bude dítě zvládat náročnou situaci spojenou s nemocí. Právě oblastí psychologie nejčastěji využívanou na dětských odděleních se tato práce zabývá. Sestra by měla mít specifické znalosti z psychologie a umět je vhodně terapeuticky využívat v praxi na všech pracovištích, dětská oddělení nevyjímaje.

Hlavním cílem je zjistit úroveň vědomostí zdravotních/dětských sester právě v oblasti problematik vyskytujících se na dětských odděleních, konkrétně jde o neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace, syndrom hospitalismu, separační úzkost, agresivitu u dětí a konflikty. Dále půjde o posouzení, zda jsou sestry připraveny po psychologické stránce na náročné situace, se kterými se dnes a denně setkávají během své praxe, a zda na ně umí správně reagovat a řešit je.

Práce je pojata kvantitativním způsobem a obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou pomocí definicí vysvětleny charakteristiky výše zmíněných problematik, velká část je věnována příznakům, které jsou patrné pohledem a pozorováním dítěte sestrou. V závěru teoretické části jsou základní fakta potřebná pro práci s dětmi a zvládnutí v praxi častých situací. Je nastíněna i otázka prevence, která často tkví v samotné příčině daného problému. V praktické části jsou rozpracovány výsledky dotazníku, který byl použit jako metoda zjištění stanoveného cíle.

Proč jsem si vybrala právě tuto problematiku? Psychologie mě oslovila na střední zdravotnické škole, kde jsem se s ní setkala poprvé. Psychologie zabývající se dětskou problematikou mě zaujala nejen kvůli velkému rozsahu znalostí potřebných k jejímu zvládnutí, ale hlavně kvůli důležitosti pro budoucí uplatnění dítěte v jeho životě. Neboť vše, co se odehrává v dětství, se v dospívání a dospělosti projeví. Mnozí si myslí, že kojeneček nemůže ještě vnímat, co se kolem něho děje, hlavně pak u negativních emocí. Jde ovšem o omyl způsobený neznalostí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHICKÉ POTŘEBY DÍTĚTE

Psychické potřeby dítěte by měly být uspokojeny v pravý čas a v přiměřené míře, aby se dobře, zdravě a adekvátně vyvíjelo. Pokud by však došlo k nedokonalému uspokojení některých z níže uvedených potřeb, byla by to samozřejmě určitá indispozice pro dítě, neboť by se s tím muselo v budoucnu vyrovnat a tento deficit odstranit. Samozřejmě je lepší těmto těžkostem předcházet, než je posléze velmi obtížně napravovat. Matějček ve své knize „Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte“ popsal základních pět duševních potřeb dítěte.

První potřebou je základní potřeba přiměřené stimulace – přívod podnětů z vnějšku. Podněty by měly přicházet v náležité kvantitě i kvalitě. Nemělo by se jich dostávat v příliš malé ani velké míře, neměly by být výrazně slabé ani intenzivní. Podněty musí být proměnlivé, hrozí totiž riziko osvojení a ztráty jejich významu.

Druhá potřeba je nazývána smysluplný svět. Je charakterizována potřebou určitého řádu ve věcech a vztazích. Je to podmínka pro správné učení dítěte, kdy jsou podněty pomocí smyslových orgánů přiváděny do mozku, a tím vznikají poznatky a zkušenosti. Jako příklad bych uvedla situaci, kdy dítě vykoná svoji potřebu defekace do nočníku a naší povinností je, abychom ho náležitě pochválili. Tento princip učení ho bude provázet po celou dobu jeho života např. odchodem do školy, do práce atd.

Na třetí pozici je potřeba životní jistoty. Teprve až s pocitem jistoty, kterou dítě získalo od svých rodičů, může podnikat dobrodružné cesty za poznáním. Začíná se to naplno projevovat mezi 10. a 11. měsícem, kdy zkoumá svůj osobní prostor. Ve druhém a třetím roce pak objevuje prostor sociální. Rodiče to mohou zpozorovat v situaci, když je přijde navštívit nová návštěva a dítě ji bude intenzivně odmítat a hledat ochranu u rodičů, nebo když mu nevěnují dostatek pozornosti.

Na dalším místě je potřeba pozitivní identity, vlastního já. Rodiče již brzy zpozorují, že má potomek svou vlastní vůli a o různé věci projevuje menší či větší zájem. I dítě během soužití s rodiči rozpoznává, že má v rodičích oporu a že pro ně představuje něco významného a hodnotného. Stále více si bude uvědomovat své „já“ a podle reakcí rodičů vůči němu se bude jeho sebedůvěra a sebevědomí oslabovat či posilovat. Zhruba ve dvou letech přijímá tzv. rodinnou identitu, je schopen zúročit vše, co bylo do něj výchovou vloženo.

Poslední, pátá potřeba je definována jako otevřená budoucnost. Pozitivní motivací je otevřená budoucnost, perspektiva či naděje, tou negativní může být pocit útlumu, zoufalství či beznaděje. První znaky lze postřehnou například už tehdy, když dítě napjatě čeká na návrat otce domů či během prožívání strachu. Je to známka toho, že dítě již předjímá v čase. (Matějček, 2005)

2 KOJENECKÝ VĚK

Tento vývojový stupeň trvá zhruba do dvanáctého měsíce od narození. Charakterizuje ho prudký tělesný růst, psychický vývoj a rychlé zrání centrálního nervového systému (Čechová, Mellanová, Kučerová, 2004). Po celou dobu dětství dochází k postupnému navazování skutečných a diferencovaných vztahů k okolnímu světu, ale počátky, které mají rozhodující vliv na kvalitu sociálních vztahů do budoucna, musíme hledat již v raném kojeneckém období.

Během kojeneckého období je dětský organismus nejzranitelnější, nejcitlivější, ale také nejtvárnější a to jak v záporném, tak i v kladném slova smyslu. S přibývajícím věkem získává dítě na jedné straně větší odolnost, ale na straně druhé je čím dál méně tvárné, pružné, učenlivé a tím pádem se hůře adaptuje na nové podmínky. Dochází k vzájemnému podmiňování mezi tělesným a duševním vývojem kojence. Už od čtvrtého měsíce začíná dítě povolna předvídat následky svého konání a může záměrně vyvolávat ve svém okolí jevy, které dříve působilo nevědomky. Temperament začíná způsobovat výrazné individuální rozdíly mezi dětmi. Projevuje se to v jejich aktivitě, emočním ladění a aktivační úrovni, která je předpokladem učení.

Pod slovem vztah či sociální pouto si představujeme zpravidla stabilní aspekt citového procesu, popřípadě jeho konečný výsledek. Nově vytvořené vztahy nepozorujeme přímo a není tedy v naší moci je registrovat jako samotný interakční proces. Nelze tedy u kojence soudit, že emoce, které prožívá, jsou výsledkem jeho pocitů. Usmívá se stejně na matku jako i na ostatní lidi. Znakem, který nám udává specifické pocity, jsou zpravidla negativní emoce, jako je separační úzkost. Již na konci prvního roku života je kojeneček schopen stálého vztahu k osobám, které o něho pečují. Podmínkou je však dostatečně podmiňující prostředí - stimulace přizpůsobená věku. Matka hraje klíčovou roli při utváření sociálních vztahů. Dítě v tomto věku disponuje silnou závislostí na matce či osobě, která ji zastupuje. Není tedy pochyb o nezastupitelné roli této osoby při zdravém duševním vývoji dítěte (Kohoutek, 2002).

Tento vztah je na začátku symbiotický, postupně se povolna upevňuje a teprve zhruba od šestého měsíce života začíná dítě rozlišovat matku od ostatních více či méně známých osob. Pro zdravý psychosociální vývoj je zcela nezbytné, aby mu matka empaticky uspokojovala všechny jeho potřeby a byla stále k dispozici. Její péče má zahrnovat pravidelnost a

rituálnost. Právě na pozadí matčiny ritualizované pravidelné péče se kojeneček začíná přesvědčovat, že není součástí mateřské bytosti, a dochází k jevu, který nazýváme „psychologické narození“. Začíná vznikat identita, která později umožňuje vytvoření vlastní sebeobrány a následné sebepojetí dítěte. Předpokládá se, že míra vnitřní stability jedince a základní postoj k druhým lidem a celému světu v dimenzi důvěra – nedůvěra je určována kvalitou vztahu s matkou v prvním roce života. Bazální životní důvěru, jak jsem již zmiňovala výše, vytváří empatická a stále přítomná matka zabezpečující své dítě. Avšak necitlivá matka má za následek bazální životní nedůvěru pravděpodobně tím, že dítě znejišťuje, s čímž se jedineček musí vyrovnávat později.

Na konci prvního roku života je již zdravě se vyvíjející kojeneček individualitou, která vnímá sama sebe odděleně od okolí. Začíná dělat první samostatné krůčky a pohybuje se pomocí lezení. Snaha bohatě komunikovat se svým okolím se stává pro dítě stále typičtější činností, vyslovuje svá první smysluplná slova. Při kojení dochází k nepřetržitému kontaktu mezi matkou a dítětem, což ideálním způsobem přispívá ke zdravému tělesnému a duševnímu vývoji kojence.

V nepřítomnosti matky reagují děti separační úzkostí, která je mnohdy vyvolána pouhým odchodem matky do jiné místnosti. S projevem separační úzkosti jsou úzce spjaty i projevy strachu z cizích lidí. Projevy separační úzkosti i strachu jsou znakem normálního emocionálního vývoje dítěte. U dětí, které jsou vychovávány v ústavních zařízeních, se tyto emocionální projevy nevyskytují, což je považováno za ukazatel defektu přirozeného emocionálního vývoje. V průběhu celého prvního roku je nepostradatelné harmonické domácí prostředí, plné množství smyslových i emocionálních podnětů, které je základním předpokladem zdravého tělesného a duševního vývoje jedince.

Pokud je hospitalizace nevyhnutelná, musí být společná s matkou, chceme-li se vyhnout nebezpečí psychického poškození. I při ambulantní péči je přítomnost matky či jiné osoby, která o dítě pečuje, považována za nezbytnou. Důvodem je mírnění jevů působících psychotraumaticky, jakými jsou úzkost a nadměrný strach. Totéž platí i pro fáze batolete a předškolního věku (Vymětal, 2003).

2.1 Neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace

Následující problematika je zařazena právě v daném období z důvodu její zvýšené frekvence v něm a nejvyšší náchylnosti dramatického poškození dítěte. Termín neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace se používá v souvislosti s pojmem psychická deprivace¹, ale vzhledem k tomu, že se zpravidla jedná o kratší dobu separace a neuspokojení potřeb nebývá tak výrazné, můžeme to chápat jako její lehčí formu. Zachycuje obraz deprivčních příznaků, ovšem dochází k méně výraznému a dramatickému poškození, než je tomu u dětí výrazně psychicky deprivovaných. Jednotlivé odchylky jsou samy o sobě jen lehké, nevýrazné a nenápadné, avšak nápadnými se stávají až svými celkovými následky. Dítěti se nedostává v dostatečné míře pozitivní emoční stimulace a času ze strany blízkých dospělých osob, vztahově a citově je zanedbáváno. V praxi se sice také setkáváme v průběhu hospitalizace s neuspokojením základních psychických potřeb, toto neuspokojení však zpravidla nedosahuje úrovně deprivace (Vymětal, 2003).

Potřeba citové jistoty a citového příklonu se u dítěte projevuje touhou po bezpečí a zázemí, potřebou být chráněn, mít někoho, kdo je má rád, mít se s kým polaskat, ke komu se kdykoliv přitulit a komu si postěžovat. Uspokojení potřeby citového vyžití dává dítěti pocit životní jistoty, a proto je základem životních potřeb a životních slastí. Některému dítěti stačí k jejímu uspokojení trocha mazlení, jiné vyžaduje více, je to zcela individuální. Záleží na emoční potencialitě dítěte, citových schopnostech, vývojové úrovni, komplexnosti a diferencovanosti jeho osobnosti i na míře strádání. Jde více méně o chronicky neuspokojenou potřebu citového vyžití (Vágnerová, 2002).

Následky se projevují zejména ochuzením vlastního citového a vztahového života dítěte. Deprimovaní jedinci mnohdy jen nesnadno v dospívání a dospělosti udrží déletrvající partnerský vztah a ten se projevuje citovou „nenasytností“. Neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace nepříznivě zasahuje i do dalších oblastí vývoje osobnosti, jako jsou kognitivní funkce nebo rozvoj řeči. Následky rané fáze, není-li hluboká a dlouhodobá, lze dobře kompenzovat a reparovat, pokud je dítě včas dáno do láskyplného

¹ psychická deprivace – „strádání, ztráta něčeho, co organismus potřebuje, nedostatečné uspokojení základních potřeb (biologické, motorické, senzorické, sociální a citové)“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 107)

prostředí. Pouze děti s organickými poruchami CNS nebo smyslovými defekty nelze touto následnou nejlepší péčí napravit úplně.

I děti z běžných rodin mohou trpět tímto nedostatkem, pokud s nimi rodiče netráví dostatek času. Velmi pozitivní a těžce nahraditelnou roli mají prarodiče, kteří často tuto absentující stránku chování rodičů kompenzují (Vymětal, 2003). K nežádoucímu citovému strádání vedou všechny typy emočně karenční výchovy, např. výchova represivní², výchova preferující jiné dítě či hostinní výchova³. Aby výchova nevedla k neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace, je třeba ve všech vývojových etapách dítěte podporovat rozvoj láskyplné atmosféry v rodině. Výchova by neměla být omezována pouze na netrpělivé dohlížení a trestání dětí (Kohoutek, 2002).

Mezi základní podmínky pro úspěšnou socializaci dítěte v rodině je považováno především přiměřeně podnětné prostředí, které odpovídá individuálním potřebám jedince, působení rodičů jako vhodný model zralého sociálního chování. Dále k podmínkám pro úspěšnou socializaci patří potřeba pocítovat opětovnou náklonnost, lásku, uznání a být adekvátně respektováno jako samostatná bytost, v neposlední řadě interakce a vzájemná komunikace v rodině (Vágnerová, 2002).

² výchova represivní – „výchova tvrdými tresty vede často k ambivalentnímu postoji vůči rodičům a k pouhé vnější, adaptivní ukázněnosti“ (Kohoutek, 2002, s. 239)

³ výchova hostinní – „bývá často pozorována u rozvedených rodičů. Nepřátelské chování vůči dítěti, které rodiči, jenž dítě vychovávají, připomíná druhého partnera.“ (Kohoutek, 2002, s. 239)

3 OBDOBÍ BATOLETE

Probíhá mezi prvním a třetím rokem života dítěte. Batole se stává z kojence s rozvojem pohybových dovedností. Nejen zrání a vrozený temperament ovlivňují pohybovou aktivitu, ale i podněcování ze strany dospělých a pocit jistoty a bezpečí. Když se batole od matky pohybem vzdaluje, kontroluje vizuálně její přítomnost a vždy se k ní vrací. Nesmírně důležité je, že toto vzdalování postupně vede k psychickému oddělení batolete od matky. Při každém návratu by se mělo setkat s milující matkou. Proto by se dal očekávat pomalejší vývoj osobnosti u dětí s pohybovým handicapem, avšak kompenzační schopnosti psychiky jsou obrovské.

Typickým rysem tohoto věku je vytváření autonomie – nezávislosti, emancipace a také sebekontroly. Dochází k postupnému uvolnění tělesného kontaktu s matkou a uvědomění si vlastní pozice v rodině. Dítě poznává, že ono samo je iniciátorem mnoha jevů, které se odehrávají v jeho okolí. Může jít, kam chce, vlastnit, k někomu přijít nebo naopak utéci. Začíná si „uvědomovat“, že je osobnost, a má tendenci zkoušet, kam až jeho autonomie sahá. Hovoří se o používání dospělých jako „nástrojů“. Dostavuje se období prvního vzdoru s projevy negativismu, kdy až nesmyslně na vše odpovídá záporně „NE“. Při prvním vědomém řečení slova „ne“ se rodí „Já“ osobnosti člověka. Takže vzdor je zde jedním z prostředků utváření osobnosti. Intenzita vzdoru je předurčena temperamentem a výchovou. Prvotní je proto postoj, který zaujmou rodiče vůči malému rebelovi. Klíčem je trpělivý a láskyplný přístup. Musí mít neustále na mysli, že dětský vzdor je přirozenou a nevyhnutelnou součástí vývoje a do značné míry sami ovlivní, jak dramatický bude jeho průběh. Opačný přístup (násilí, příliš přísné trestání) může vést až k narušení vzájemných vztahů. Čím tvrději budeme dítě trestat, tím větší vzdorovitost u něho vyvoláme. Musí však cítit pevný řád ze strany rodičů, a to se týká i autority k nim samotným. Dítě musí vědět, co si smí dovolit a co už překročilo práh a proč. Právě dětský vzdor pomáhá dětem pochopit princip okolního světa prostřednictvím konfliktů s autoritami. Vzdorovitost má také své opodstatnění. Poukazuje na překážky, se kterými si dítě ještě nedokáže poradit (Čechová, Mellanová, Kučerová, 2004).

Dítě si na základě zkušeností a hodnocení rodičů vytváří elementární představu o sobě samém, později i sebepojetí jako takové. Příčinou toho je počátek identifikování se s blízkým člověkem a jeho napodobování včetně pohledu sama na sebe. Identifikace násle-

duje teprve po uvolnění symbiotické vazby s matkou. Podmínkou identifikace je emocionální odpoutání se od matky. Akceptace dítěte nepřímým, empatickým a povzbuzujícím způsobem zjednodušuje vnitřní strukturu jeho osobnosti. To dopomáhá k vytvoření pozitivního sebepojetí, tedy základu duševního zdraví. Dítě potřebuje pociťovat náklonnost svých rodičů a mít příležitost zažívat úspěch, což jsou tzv. „výživné látky“ psychického růstu.

První náznaky vývoje dětské řeči se objevují již koncem prvního roku života. Kojenec komunikuje prostřednictvím svého chování, gest, mimiky a dává nám tak najevo, že rozumí určitým výzvám a zákazům. K rozhodujícímu pokroku v dětské komunikaci dochází zpravidla ve druhé polovině roku života, kdy začínají chápat symbolický význam slov. Batole si začíná pozvolna budovat svoji roli v rodině. Navazuje aktivní kontakt se všemi členy domácnosti včetně zvířat. Zdokonalené výrazové prostředky mu umožňují čím dál lépe dávat najevo projevy svých citů, jako jsou prudkost a bouřlivost. Riziko separační úzkosti stále přetrvává po celé období a díky bohatším výrazovým prostředkům může mít mnohem bouřlivější průběh (Vymětal, 2003).

„Na konci třetího roku dítě již mluví, běhá a je osobností s individuálním svérázem. Převládá u něho hra manipulativní, experimentální, později napodobivá. Ke konci tohoto období nastupuje hra sociální – tedy s druhými dětmi“ (Vymětal, 2003, s. 38–39).

3.1 Syndrom hospitalismu

Následující problematika je zařazena právě v daném období z důvodu její zvýšené frekvence v něm a nejvyšší náchylnosti dramatického poškození dítěte. Syndrom hospitalismu je blízkým pojmem psychické deprivaci. Vzniká v situacích, kdy je dítě nebo dospělý v dlouhodobé izolaci ve zdravotnickém či sociálním zařízení, ve kterém je nedostatek podnětů, jež by mu přinášely psychosociální stimulaci. Nekonečný definuje syndrom hospitalismu jako fenomén zapříčiněný tzv. citovou deprivací dítěte, vyvolanou nedostatečnými nebo zcela chybějícími projevy mateřské lásky vůči dítěti, která může vést až k trvalému psychickému poškození osobnosti (agresivitou, citovou labilitou, zaostávání intelektového vývoje a selhávání v sociálních vztazích). Častěji než dospělí bývají postiženy děti, u nichž se pro somato-psychickou nezralost a labilitu projeví syndrom hospitalismu nejvýrazněji.

Jakékoliv dlouhodobé a závažné onemocnění představuje zatížení pro celý organismus dítěte, tedy i pro jeho psychiku. S každou nemocí přicházejí nové, odlišné zkušenosti, ale zároveň se omezuje možnost získat zkušenosti standardní. Psychická reakce na nemoc závisí na mnoha faktorech, jakými jsou dispozice, vývojová úroveň, či individuální zkušenosti. Dalším faktorem pak může být reakce na prostředí, v němž dítě žije, především rodiny, nemocničního personálu a širší společnosti. Schopnost posoudit nemoc rozumově, zejména z hlediska jejího významu pro budoucnost, výrazně závisí na vývojové úrovni dítěte (Vágnerová, 2002).

Změna prožívání nemoci je jedním z prvních signálů, které se vyskytují během hospitalizace, zejména u mladších dětí. Její intenzita souvisí s celkovou změnou životní situace dítěte nebo s reakcí rodičů, avšak nemusí odpovídat závažnosti onemocnění, během něhož bývá dítě konfrontováno s negativními prožitky. Nemocné dítě má větší potřebu podpory a citové jistoty, neboť kompenzuje své nepříjemné prožitky. Proto u hospitalizovaných dětí převládají do různé míry pocity strachu a obavy, pocíťují nejistotu a touží po kontaktu se svou matkou nebo blízkým člověkem. Míra strachu též souvisí se známostí prostředí a velikostí nemocnice.

Děti, které jsou opakovaně přijaty na jejich známé oddělení, budou hospitalizaci zvládat daleko lépe, než ty, které na tomtéž oddělení ještě neležely, nebo nemají žádné předchozí zkušenosti s pobytem v nemocnici. Pobyt v nemocnici je z psychologického hlediska mimořádně emočně a vztahově náročný. Čím je nemocné dítě déle hospitalizováno, tím je u něj vznik syndromu hospitalismu pravděpodobnější. V průběhu déletrvajícího pobytu je negativně ovlivněn jak duševní, tak i tělesný stav. Chci upozornit, že v případě hospitalizovaných dětí je také nesmírně důležitý první kontakt dítěte s přijímajícím lékařem a zejména sestrou, kteří zpravidla určí postoj dítěte k další spolupráci. Míra a kvalita uspokojení či neuspokojení tělesných, psychických a sociálních potřeb dítěte pak vytváří kvalitu života, na kterou je nutno myslet a dbát po celou dobu hospitalizace. Zdůrazňuji, že psychologické působení navazuje na kvalitní základní lékařskou a ošetrovatelskou péči a jde s ní ruku v ruce.

Děti do půl roku viditelně netrpí odloučením od matky, pokud je jim během hospitalizace poskytována láskyplná péče. Dětem školního věku může přinést pobyt v nemocnici i určitou míru samostatnosti, a to v tom případě, kdy se u nich samostatnost ještě neobjevila, a tehdy, když odloučení od matky snáší velice špatně. Avšak pro děti v předškolním věku je

odloučení od matky téměř vždy škodlivé. Projevy syndromu hospitalismu, jak jsem už zmínila, mají s ohledem na věk a délku pobytu v ústavním zařízení svá specifika. V průběhu hospitalizace mohou vznikat i různé psychické (vývojové) změny, které nazýváme regrese, což znamená návrat k dřívějšímu způsobu chování nebo reakcí, který byl v předešlých fázích vývoje akceptován jako přiměřený, kdežto v současné době je již nevhodný. Může jít o projevy jako opětovné pomočování nebo úbytek slovní zásoby (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Negativismus je chování opačného charakteru jak to, jež je v dané situaci očekáváno nebo vyžadováno. Dělí se na pasivní a aktivní, skrytý a otevřený. Častými projevy v raném věku jsou zadržování dechu, výbuchy zlosti a výběrové mlčení (Kohoutek, 2002).

„U dětí trpících syndromem hospitalismu můžeme pozorovat apatii, autonomismy, zdánlivě nemotivované projevy agresivity vůči druhému, sebepoškozování či nekonečné sledování dějů kolem sebe bez jakéhokoliv výběru.“ (Vymětal, 2003, s. 37). Jestliže malé dítě nepocituje v nemocnici dostatek náhradní péče ze strany personálu, může dojít k citovému vyhladovění.

Ze studií vyplývá, že čilé a těžko zvladatelné děti jsou pobyt v nemocnici méně psychicky traumatizované než děti hodné a poslušné. Prognóza u dětí aktivních, silných a nezdolných mívá překvapivě lepší výsledky, než u klidných a poslušných (Vymětal, 2003).

Reakce na syndrom hospitalismu probíhá zpravidla ve třech stádiích. První je stadium protestu, kdy je dítě neklidné, hlasitě pláče, volá matku a jiné osoby odmítá (trvá hodiny i dny). Druhé je stadium zoufalství, při kterém dítě ztrácí naději, že matku znovu uvidí, přivolává ji a oplakává, že jej opustila. Někdy se může dítě uzavřít do sebe, je tiché a depresivní. Poslední, třetí stadium je odpoutání od matky. Dítě potlačuje své city k matce a upoutává se na sestru, které je mu teď nejbližší. Chová se k matce lhostejně, nepláče po návštěvách. Po návratu domů se objevují psychické poruchy jako je např. nespavost, noční děsy, pomočování, úzkost i problémy ve vztahu k rodičům.

Současná medicína spolu s moderním ošetřovatelstvím se zabývá prevencí syndromu hospitalismu jako jedním z faktorů, které mohou kladně ovlivňovat celkový léčebně-ošetřovatelský proces. Jde o jeden z velmi důležitých a dá se říci i stěžejních úkolů současné medicíny. Mezi základní preventivní opatření patří omezení nebo zkrácení doby pobytu na nejnutnější dobu, umožnění pravidelných návštěv, humanizace nemocničního prostředí,

úprava celého nemocničního režimu a hospitalizace dětí s doprovodem rodičů, kteří mohou pomoci snížit působení negativních faktorů na dítě. Humanizace v praxi znamená přiblížit ústavní režim běžným životním podmínkám a zajistit dostatek podnětů a činností pro děti. U hospitalizovaných dětí lze v poslední době využít na mnohých pracovištích kromě učitelů MŠ i herní terapeutky. Organizovat správnou činnost nemocných dětí je velmi složitý, a troufám si říci i velice náročný úkol, kde se projevuje i určitá míra pedagogického umění a vcítění ze strany zdravotnického personálu (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

3.2 Separační úzkost

Následující problematika je zařazena právě v daném období z důvodu její zvýšené frekvence v něm a nejvyšší náchylnosti dramatického poškození dítěte. Separační úzkost se projevuje jako první strach v životě dítěte, setkáváme se s ní již do tří let života. Jakékoliv náhlé přerušení již vytvořených vztahů a citových vazeb mezi matkou a dítětem může být těžkou záležitostí a může vést k přechodnému i dlouhodobému poškození psychiky dítěte.

Úzkost a strach jsou dobrým příkladem propojení tělesných a duševních dějů, tedy psychosomatické jednoty člověka. Subjektivně to může dítě prožívat jako pocit sevření, tísně, cítí se být ohroženo. Na první pohled mívá dítě výrazně úzkostný vyděšený výraz, jeho mimika je málo diferencovaná, v obličeji může být bledé, celkově působí dojmem strnulosti a tenze. Předpokládá se, že dispozice k úzkosti jsou vrozené a v extrémních případech do značné míry podmíněné geneticky (Vymětal, 2003).

Nemoc potomka je pro rodiče intenzivní stresovou situací. Prvotní roli zde hrají právě rodiče a obzvláště pak matka, které je hlavním zdrojem jistoty dítěte. Způsob, jakým ji zvládají a jak na ni reagují, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude separační úzkost pro samotné dítě. Je-li matka v jeho očích nespolehlivá a neposkytuje mu dostatečnou oporu, hůře prožívá separační úzkost. Nelze tedy opomenout i fakt, že separaci prožívají oba. I zcela rozumní a racionální rodiče se tak mohou například ve chvílích hospitalizace dítěte v nemocnici chovat ve vztahu k němu, ale i k lékařům a ošetrovatelskému personálu naprosto nerozumně a iracionálně (Vágnerová, 2002).

Na účinku a důsledcích separační úzkosti se podílí skupina faktorů, které jsou na sobě více či méně závislé. Věk dítěte hraje velice důležitou roli. Čím je mladší, tím je separační úzkost silnější. Zkušenost separace v časném dětství (úmrtí matky, její delší nepřítomnost atd.) může vést k vytvoření typického a opakujícího se postoje k subjektivně blízkým lidem, kdy lidé poznamenaní zážitky separační úzkosti velmi špatně snášejí rozchody, rozvody atd. (Vymětal, 2003).

Separace by se dala časově rozdělit na krátkodobé, dlouhodobé, náhlé, postupné či úplné odloučení. V případě aktivní separace dítě opouští matku a prozkoumává okolí, ale vždy se vrací na výchozí místo. Oproti tomu během pasivní separace je dítě v daném prostředí (nemocnici) opouštěno matkou, aniž by o to stálo. Důležitou roli při separaci hrají přítomné nebo doprovázející osoby, jejich snaha o zklidnění dítěte a odvedení pozornosti od nepřítomné matky. Tyto osoby ovlivňují chování i samotný vztah dítě – matka.

Separální úzkost se vyskytuje ve třech fázích, které se více či méně projeví v realitě. Odpoutání se od matky je počáteční fází. Matka se vzdaluje, dítě touží po matce, volá ji a doufá, že na pláč bude reagovat, brání se a razantně odmítá kontakt s dospělými v okolí. Tato první fáze může trvat několik hodin i dnů.

Fáze protestu je chvíle, kdy se matka už vzdálila, dítě pláče, jiné dospělé odmítá. Tato obranná fáze může trvat několik hodin, dnů i týdnů. Ne všechny děti však dávají svůj protest najevo pláčem a křikem, je třeba si uvědomit, že i děti navenek hodné, tiché a uzavřené do sebe, na nichž není možno vysledovat známky protestu, mohou uvnitř sebe sama trpět a prožívat ztrátu matky velmi intenzivně. Mohou tak působit dojmem, jakoby fázi protestu vynechaly a ihned prožívaly fázi zoufalství.

Fáze zoufalství neboli nalezení nového objektu je poslední stupeň separace. Dítě plakat přestává, ztrácí naději v návrat matky, je stísněné, apatické, často tiché, uzavírá se do sebe, odmítá jíst a pít. Zaznamenáváme zde regresy. Např. dítě, které bylo částečně či úplně bez plen, se k plenám vrací. Zejména nyní je potřeba trpělivosti od okolních osob, dostatečné péče o dítě a maximální snahy o jeho přizpůsobení se situaci. Ke zdravotnickým pracovníkům (zejména k sestřám) si vytváří podobný vztah, jaký mělo k matce. Po ukončení dlouhodobého odloučení od matky může nastat paradoxní odmítání dříve volané matky a v některých případech dokonce i dojít k přechodným a někdy i trvalejším psychickým poru-

chám (nočním můram a děsům, nočnímu pomočování, koktání či zadržávání se, kousání nehtů, aj.) (Langmeier, Krejčířová, 2007).

Panuje obecná shoda v tom, že jejich vlastní tendence ke generalizaci úzkosti nastává v posilování další negativní zkušeností a zeslabování neposilováním nové pozitivní zkušenosti. Neposilováním a vyhasínáním se vysvětluje spontánní remise, tedy zeslabení a posléze až vymizení příznaků vázaných na úzkost. Myslím si, že by se tu dal uplatnit mechanismus překrývání, kdy starší a nežádoucí zkušenosti se překrývají novými a žádoucími.

Průběh separace hodně záleží na individuálním temperamentu dítěte, takže i u dětí, které vyrůstaly za stejných podmínek, nemusí být projevy totožné. Nedávná výzkumná studie poopravila dosavadní názor na jednotnost separační reakce. Dítě, které je samo aktivní v první fázi separace, se projevuje spíše zvědavostí než předpokládanou úzkostí. Naopak tomu bývá u dětí, které se ocitnou v roli pasivního příjemce dané situace, nemohou ji tudíž ovládat a řídit. Navenek to dávají znát úzkostí z bezmoci a beznaděje. Argumenty některých lékařů nebo sester, že dítě po každé návštěvě znovu a znovu pláče a jenom se rozčiluje, jsou zcela nepodstatné oproti riziku, které s sebou přináší nepřítomnost matky během jeho hospitalizace. Mimořádně přínosný význam má v tomto okamžiku hra. Nejen tím, že zabaví a přenesse pozornost, ale především tím, že dítě může znovu prožít celou situaci.

3.3 Agresivita u dětí

Následující problematika je zařazena právě v daném období z důvodu její zvýšené frekvence v něm a nejvyšší náchylnosti dramatického poškození dítěte. „Agresivita u dětí se definuje jako komplexní psychologický pojem. Přičemž komplexnost zde znamená složitost a různé vzájemně se ovlivňující úrovně, z čehož plyne i různost všech možných přístupů při reflexi této skutečnosti. Agrese je jakousi aktivní reakcí na náročné životní situace, se kterými se jedinec setkává a které rychle redukuje vzniklou psychickou tenzí.“ (Vymětal, 2003, s. 258).

Agresivita u dětí má různorodou podobu. Lze ji rozdělit na dvě základní formy – otevřenou (přímou) a zastřenou. Mezi zastřené formy agresivity patří např. škádlení, vtipkování na úkor druhého, zlehčování. Mezi otevřené formy patří např. odmítavá mimika, slovní

urážky, výhružná gestikulace, záchvaty vzteku. Agresivně lze myslet, komunikovat i jednat. Agresivita je obsažena v představách, fantaziích, přáních apod.

Dále ji lze rozdělit na heteroagresi, což je agrese, která je vedená proti okolí, zaměřuje se na jiné osoby (útok má způsobit uspokojení jejich potřeby) a autoagresi, kdy se jedinec zaměřuje pouze sám na sebe. V této práci se budu zabývat pouze heteroagresí z důvodu jejího většího dopadu na sestry. Rozlišujeme čtyři stupně agresivity. Prvním stupněm je agrese bez vnějších projevů, která probíhá pouze v myšlení dítěte. Druhý se projevuje navenek např. nadávkou, hrubým slovem, výhrůžkou. Ve třetím se dítě charakterizuje destruktivním chováním – bouchnutím dveří, rozbíjením předmětů a poslední čtvrtý může vyústit až k fyzickému napadení druhé osoby (Kohoutek, 2002).

Chtěla bych upozornit na velice důležitý fakt, a tím je projev agresivity u dětí, které jsou bezradné a agresivita je jejich výrazem sebeprosazení. Velmi důležité je odlišovat při posuzování chování a jednání dítěte agresivitu jako reakci na vzniklou danou situaci od agresivity, která je rysem (vlastností) osobnosti (Řezáč, 1998).

Každé rozčilení a projevy vzteku dítěte mají zpravidla za následek agresivitu, neboť takové dítě se potřebuje „vybít“. Vnější projevy agresivity patří mezi stále častější charakteristiky osobnosti. Uvádí se, že agresivita je způsobena více faktory. Geneticky, osobností jedince – temperamentem, endokrinologicky (působí zvláště mužské hormony) i neurofyzilogicky. Jak již z textu vyplývá, má agresivita vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do značné míry osvojené během života dítěte, a proto musíme klást velký důraz na psychologické prostředky a prostředí, v němž vyrůstá.

S dětskou agresí se nejčastěji setkáváme u dětí, které hájí svoji vlastní psychickou a fyzickou integritu. Jestliže se však situačně, formou či intenzitou nepřiměřeně projeví, stává se jejich agresivita problémem, který je potřeba řešit. Taktéž se vyskytuje u dětí, které necítí dostatečné sebevědomí, nejsou patřičně oceněny, mají tendenci si své podceňování kompenzovat. To je samozřejmě velmi špatně. Je proto zapotřebí, aby dítě již v raném stadiu vývoje mělo informace o svém chování a návod, jak se zachovat správně a jak eliminovat projevy agrese. Špatný příklad, který vidí ve svém okolí (nemusíme chodit daleko, poněvadž je jím často přímo rodič), je dalším faktorem vyvolávajícím agresivní chování. Jestliže dítě chce například v nemocnici nebo ve školce nějakou hračku a vezme si ji od druhého tak, že ho

uhodí a hračku mu sebere, to je špatný vzorec chování. Pokud nebude následovat žádná odezva, tento špatný vzorec se dříve či později projeví v sociální interakci

Nejčastější podobou agrese u dětí je zvýšený hlas či projevy vzteku jako kopání kolem sebe a rozbíjení věcí. Tímto způsobem však obvykle usilují o dosažení nějakého domnělého či skutečného „práva“, nebo o odčinění „křivdy“, jejíž se staly „obětí“. K pochopení diskutovaného chování musíme vzít v potaz minulou i současnou zkušenost dítěte a cíl, jehož chce vědomě nebo nevědomě dosáhnout. Vlastnímu agresivnímu jednání obvykle v takovýchto situacích předchází pocit hněvu, ale i strachu či úzkosti, které se dostavují, hodnotíme-li určité skutečnosti jako pro nás prioritní a zároveň nepříjemné. Tyto momenty jsou spjaty s prožitky křivdy, nespravedlnosti, zklamání apod. To, jak dítě reaguje na některé situace agresivním způsobem, je dáno jeho osobním stylem, jímž se vyrovnává s pro něho náročnými zkušenostmi. Zvládání agresivity psychologickými prostředky je založeno především na komunikaci, ať už se jedná o verbální či neverbální projevy. V širším významu se de facto jedná o psychoterapeutické působení sestry na dítě.

Jak eliminovat agresivitu u dětí? Nejprve si musíme říci, že je to velice nelehký a troufám si říci, že bez zkušeností až nadlidský úkol. Udržet nervy na uzdě, nenechat jim volný průběh, to dokáže jen málokdo. Je ale zapotřebí to cvičit a plně se na to soustředit. Hlavní zásadou je tedy zachovat klid, nechovat se autoritářsky a nereagovat na agresi stejnou mincí. Zpravidla dítě „odzbójíme“ vlídným a profesionálním přístupem. Vnímejme jeho impulzivitu jako jeho temperament. Snažme se usměrnit přílišný temperament u dítěte, které ubližuje, a naopak posílit sebevědomí u toho, kterému je ubližováno. Pokud se dostaneme do situace, kdy agresivní dítě ubližuje jinému, vložíme se do konfliktu a budeme vyžadovat omluvu po agresorovi. Pozorně vyslechneme útočné dítě, poskytneme mu plnou podporu a pomoc při řešení konfliktu a vyžadujeme, aby nám vždy říkalo pravdu, i když je to pro něho těžké. Měli bychom jít dítěti příkladem ve vzájemné rozmluvě a v naslouchání. Neříkat hned „tomu se vyhýbej“. Vyčleňujeme ho tím z kolektivu. Uvědomme si, co říká, jaký to má pro něho význam a jak to prožívá. Projevujeme empatii a snažme se ho uklidnit. A na závěr pokud je to alespoň trochu reálné, vyhovme mu a snažme se najít společný kompromis (Vymětal, 2003).

4 PŘEDŠKOLNÍ VĚK

Časové období začíná třetím rokem a končí nástupem dítěte do školy. Je charakteristické zvědavostí, neúnavností a podnikavostí dětí. Projevují zájem o vyprávění pohádek a jsou jejich pozornými posluchači. Mají zájem o zalíbení u rodičů, protože touží po pochvale a snaží se být „hodné“, tedy chvályhodné. Dochází k výraznému rozvoji dětské řeči, myšlení a fantazie. Rozšiřuje se okruh osob, se kterými jedinec přichází do styku, a přibývají díky tomu nové vztahové zkušenosti.

„Předškolní věk také nazýváme magickým obdobím, neboť myšlení dítěte bývá metaforické, personifikující, intuitivní, zcela názorné a podobné myšlení přírodních názorů. Je dobrým příkladem psychogenetického zákona, jenž je obdobou dříve zmíněného boigenetického zákona. Jednotlivec totiž ve zkratce a náznakově prochází ve svém psychickém vývoji tím, čím prošel lidský druh, a tato „zkušenost lidstva“ je v něm uchována.“ (Vymětal, 2003, s. 39 – 40). Zmíněné období, kdy jsou aktivita a poznávání samy cílem, se často označuje jako věk iniciativy. Charakteristickým rysem myšlení je jeho egocentričnost. Dítě nechápe, že každý jedinec může mít svůj vlastní názor na věc a postoj k ní. Po stránce sociální zůstává i nadále rodina jako nejvýznamnější sociální prostředník. Začíná se rozvíjet svědomí, které je důsledkem zvnitřnění rodičovských zákazů a rozkazů. Vytvářejí se velmi důležité pocity viny, které se stávají vnitřním regulativem chování. Dítě získává od rodičů postoje a názory prostřednictvím identifikace s nimi. Obzvláště významný vliv má rodič totožného pohlaví, podle něhož se rozvíjí i pohlavní identifikace dítěte. Z tohoto hlediska je velice důležité, aby mělo dítě v nejbližším sociálním okolí možnost srovnat „mužské a ženské“ role. Ke konci předškolního věku se nejen označuje jako holčička či chlapeček, nýbrž již vykazuje chování pro toto pohlaví v dané kultuře typické, má rozvinutou osobnost. Pro tuto fázi je silně charakteristická potřeba identifikace, což je příčinou faktu, že děti předškolního věku špatně snášejí rozvody nebo odchod jednoho z rodičů. Svět pak v jejich očích postrádá harmoničnost, srozumitelnost a jistotu. Hlavní způsoby socializace dítěte obsahují především právě zmíněnou identifikaci a nápodobu. Enormní význam mají pozitivní vzory a prosociální – altruistické chování⁴. Dítě si je snadno osvojuje, dělí se a napomáhá druhým, po-

⁴ altruistické chování – „vyjadřuje nesobeckou lásku k druhým“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 32)

kud je k tomu vedeno. Na jeho sebepojetí má vliv především hodnocení ze strany jeho rodičů. Mezi prvky školní zralosti patří fyzická a somatická zralost. Stěžejní známkou somatické zralosti je schopnost udržet pozornost delší dobu, zvládat nepřítomnost blízkých osob a pracovat samostatně. Výše zmiňované magické myšlení slábne a dochází k decentraci⁵, dítě si je pak lépe schopno představit situaci druhého a pochopit jeho potřeby. Jedinec má stále potřebu být povzbuzován a plně akceptován, ať už ze strany rodičů, či jiných blízkých osob (Vymětal, 2003).

⁵ decentrace – „proces, jímž jedinec v průběhu vývoje překonává vázanost vnímání a myšlení na jediný, zejména smyslově nápadný aspekt situace, tj. překonávání dětského egocentrizmu“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 97)

5 ŠKOLNÍ VĚK

Školní věk začíná nástupem dítěte do školy. Končí přibližně ve věku od 11 do 13 let, kdy dochází k počátku dospívání. Ten je signalizován první menstruací u dívek nebo noční polucí u chlapců.

Škola představuje pro děti povinnost a práci. V dnešní době je kladen velký důraz i na výkon a snahu, což může v extrémním případě vést až k neurotizaci⁶ dítěte. Děti jsou často navzájem srovnávány a to je nutí k soutěživosti, stejně jako hry pro ně určené. Jsou vedeny k nekritickému podřízení se autoritě učitele. Hrozí zde vznik pocitu méněcennosti, který by se mohl stát součástí jejich charakteru. Hlavní zdroje uznání a potvrzení se již vyskytují převážně ve škole, spolu se zdroji osobní újmy a znehodnocení jak pro dítě, tak i pro rodiče. Negativním pocitům, se kterými se ve škole setkává, se dítě samozřejmě brání a to např. chlubením, vytahováním či šaškováním. Důsledkem přetěžování bývají často zdravotní potíže (školní fobie, ranní zvracení, noční pomočování) nebo nerovnoměrný vývoj osobnosti. Nezbytným faktorem ovlivňujícím zdravý vývoj dítěte je akceptace ze strany rodičů i školy, stejně jako pocit prožívání úspěchu. Sexuální identifikaci si již osvojilo, ale stále je důležité mít vzory intersexuálního chování, aby mohlo dále rozvíjet svoji roli (dívky ženskou a chlapci mužskou). Pokud je jeden z rodičů dlouhodobě nepřítomen a není nikým adekvátně nahrazován, vznikají u dětí deficity v chování i vztazích. Ty se velkou měrou odrazí v jejich budoucím partnerském životě.

V této fázi vývoje jsou děti již samostatné, a tudíž dobře snášejí pobyt v nemocnici i samotné lékařské výkony. Individuální rozdíly mezi jednotlivci jsou značné, proto je nutností je respektovat. V opačném případě hrozí pocit strachu z léčby či ošetření. Specifický přístup zasluhují děti s negativní dřívější zkušeností se zdravotnickým personálem nebo děti mladšího školního věku. Součástí příprav dítěte na nepříjemný zákrok by měla být spolupráce s rodiči. Nelze předpokládat, že odbornou pomoc a instrukce zdravotnický personál nepotřebuje (Vymětal, 2003).

⁶ neurotický (neurotici) – „vztahující se k neuróze, chování neurotické“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 535)

6 DOSPÍVÁNÍ - PUBERTA

Dospívání, znamenající radikální období a obrat v životě každého jednotlivce, lze rozdělit na tři části – prepuberta (11–13 let), puberta (13–15 let) a adolescence (15–20 let). V dospívání se jedinec intenzivně tělesně i psychosociálně rozvíjí. Celé období jde ruku v ruce s nekonkrétní touhou, hledáním a zvýšenou emocionální zranitelností. Rozpory, nejistoty a pochybnosti jsou hlavním iniciátorem změny sebepojetí, stejně jako odmítání autorit (zejména rodičů). Charakteristickým rysem je hyperkritičnost (řešit věci s tendencí polemizovat) a hodnotový perfekcionismus. Myšlení dosahuje nejvyšší vývojové úrovně – abstraktní myšlení. Je zde riziko vzniku sekundární akcelerace, což je nepoměr mezi tělesným a psychickým vývojem. Na jedné straně se projevuje zkrácením doby dětství a na druhé straně se prodlužuje doba, kdy mladý jedinec získává potřebné množství zkušeností ke společenskému životu.

Vnější vzhled se stává stěžejním aspektem dospívajících a je hluboce zakotven v jejich sebepojetí. Touží po odlišení, prožití co největšího počtu extrémních zážitků, po pevném členství ve skupině vrstevníků a po uznání od ní. To vede k vysoké náchylnosti dospívajících experimentovat s drogami a k vytvoření si závislosti. První sexuální zkušenost je vysoce ceněna a brána jako mezník dosažení dospělosti. V dospívání dochází k navazování vztahů s lidmi sdílejícími podobné hodnoty, což napomáhá k vzájemnému potvrzování a posilování těchto osob.

Postoj společnosti k dospívajícím se mění na základě očekávání vůči jejich chování a výkonu. Dochází k pozvolnému osamostatňování od rodiny, hledání své role a sebepojetí. Sebehodnocení dospívajícího je labilní, nevyrovnané a kolísá mezi podceňováním a přeceňováním, takže je velmi citlivý a vnímavý k věcem, které se ho dotýkají, a proto je pro zdravotnického pracovníka nesmírně důležité mít tento fakt na paměti. Při prožívání studu a ponížení může jeho jednání vypadat v očích dospělých zcela iracionálně. Depresivní stavy jsou u dospívajících relativně časté. Je za potřebí, abychom měli dostatek trpělivosti při jednání s nimi, protože prožívají permanentní krizi, kterou lze nevhodným chováním prohloubit. Subjektivně vyžadují akceptaci, uznání a respekt stejný jako dospělé osoby (Vymětal, 2003).

Nemají dostatek zkušeností, provází je zklamání a neúspěch, a proto se často stávají aktéry konfliktů. Pokročili do fáze, kdy jsou schopni soudit sebe sama a diferencovaně přemýšlet sami o sobě.

„Děti v tomto věku reagují prudce, jsou vznětlivé, hašteřivé, vzápětí ale lítostivé, pláč rychle střídá smích. Špatně ovládají své chování, jsou impulzivní, nekompromisní, nejsou přístupny jinému názoru, takže mají velmi mnoho konfliktů ve společnosti. Jsou vztahovačské, jejich sebehodnocení je kolísavé, ve fantazii si často vytvářejí ideál, kterého by chtěly v budoucnu dosáhnout.“ (Kohoutek, 2002, s. 105).

V období puberty se zvyšuje riziko suicidálních pokusů. Celé období puberty je považováno za nejproblémovější a nejkomplikovanější období lidské ontogeneze. Ti to jedinci musí čelit mnoha nástrahám, přijímá celou řadu nových rolí a dívá se na svět kritickými očima. Ze strany dospělých se očekává ohleduplnost, vstřícnost, trpělivost a pochopení. Přestože pubescent je považován za „zkaženou mládež“, měli bychom si možná položit otázku, co je to za společnost, jaké preferuje hodnoty, že takovou mládež vychovává.

6.1 Konflikty

Následující problematika je zařazena právě v daném období z důvodu její zvýšené frekvence v něm. „Konflikt znamená v psychologickém významu vyhrocený střet protichůdných tendencí, ať již vnitřních nebo vnějších, které jsou přibližně stejně silné a znemožňují rozhodnutí a volby.“ (Vymětal, 2003, s. 58).

Především je třeba upozornit, že ke vzniku konfliktu, který má nejčastěji podobu hádky, je potřeba dvou lidí, kteří jednájí v rozporu se svými názory na danou problematiku. Člověk se o samotě nedokáže hádat, potřebuje k tomu někoho dalšího, kdo je schopen přistoupit na spor a společně jej pak rozvíjí i se všemi důsledky. Zde mám na mysli zvláštní emoční oblast, neboť člověk ve sporu a v afektu „přestává racionálně myslet“, jeho zábrany se oslabují a nakonec jedná urážlivě, impulzivně a neočekávaně.

Konflikty se dají rozdělit do dvou hlavních skupin – interpersonální a intrapersonální. Situace, při které se střetává jedinec s vnějším prostředím, a to buď jedinec s jedincem, jedinec se skupinou nebo skupina se skupinou se nazývá interpersonální konflikt. Intrapersonální vzniká uvnitř osobnosti samotné v situaci, při níž se střetnou protichůdné síly. Podle ná-

chylnosti lidí k prožívání vnitřních či vnějších konfliktů můžeme vyzorovat typ osob s malou internalizací. Takový jedinec si nepříjemné zkušenosti z konfliktů bere příliš k srdci a má sklon k vnějším opakovaným konfliktům. Naproti tomu existuje typ osob s velkou internalizací. Ten má sklon k vnitřním konfliktům, bere si ponaučení a vše dusí v sobě. Většinou se jedná o osoby senzitivní až hypersenzitivní.

Někteří lidé mají pro vyvolání konfliktů charakterové dispozice. V takovýchto případech hovoříme o tzv. konfliktotvorných osobnostech, které prožívají ambivalentní postoje častěji než lidé přizpůsobiví a harmoničtí. Jejich chování vede často ke konfliktům, protože jsou zpravidla nekompromisně a záporně kritičtí. Konfliktogennost může být podmíněna vrozenými faktory (temperament), prostředím, výchovou i sociálními faktory. Výskyt konfliktů můžeme snížit tím, že snížíme výskyt frustrací a zredukujeme výhody získané z agrese. Při řešení konfliktů je zcela neúčinná tzv. malevolentní strategie, při které se postupuje tak, že „jeden vyhraje a druhý prohraje“. Dále pak typ „karetních her“, kdy se obě strany snaží stále zvyšovat své „trumfy“. Také strategie falešných slibů je neúčinná, stejně jako lži a podvody. Podstatně nadějnější jsou strategie benevolentní, kdy účastník je ochoten podstoupit určité ztráty a přistoupit na oboustranné řešení problému.

Strategie, jak zvládnout chování v konfliktních situacích, je dvojrozměrná a rozlišujeme čtyři dimenze. V první hraje důležitou a nezastupitelnou roli asertivita a míra, do jaké je jedinec schopen uspokojit své vlastní zájmy, což znamená nesoustředit se pouze na sebe na úkor druhých. Druhá je věnována snaze vyhnout se samotným konfliktům, tzn. omezovat diskuze s konfliktními jedinci, včas odejít nebo změnit téma hovoru. Třetí dimenzí je spolupráce, asertivní a kooperativní chování, s důrazem na spolupráci s druhou stranou s cílem uspokojit jak její, tak i naše vlastní zájmy. Poslední je kompromis, což je postoj někde mezi asertivitou a spoluprací, často označovaný jako rozdělení rozporu, snažící se rychle najít střední cestu (Kohoutek, 2002).

Při prevenci konfliktů je důležité si uvědomit, které situace snadno vedou k jejich vzniku. Je potřeba se umět vcítit do duševního rozpoložení druhých lidí v různých situacích. Přitom platí pravidlo, že k jednomu cíli obvykle vede více cest. Pro předcházení je důležité zejména respektování „zlatého pravidla“ chování: „Chovej se k jiným tak, jak chceš, aby se jiní chovali k Tobě.“ Jenom tak lze přispět k harmonizaci života lidí ve společnosti.

7 SOUČASNÉ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČESKÉ REPUBLICE

V současné době mají zájemci o studium v oboru zdravotnictví na výběr tři typy studia – středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské.

Střední zdravotnické školy otevřely od 1. 9. 2004 nový obor Zdravotnický asistent, který nahradil dřívější obor Všeobecná sestra. Z důvodu velkého množství sester, které vystudovaly ještě tento obor, jsem se rozhodla o zařazení osnov psychologie i z něj. Zdravotnický asistent nabízí studentům širší všeobecně vzdělávací základ projevující se rozšířenou výukou českého jazyka, cizích jazyků, občanské nauky, informatiky, je zařazena i ekonomika. Studium je ukončeno maturitní zkouškou. Od úspěšných absolventů se očekává další navazující vzdělávání na vyšších odborných zdravotnických školách nebo na vysokých školách.

Vyšší zdravotnická škola nám nabízí více oborů, já se však zaměřím pouze na obor Diplomovaná všeobecná sestra z důvodu uplatnění těchto sester na dětských odděleních. Výuka zahrnuje teoretické vědomosti z věd, o které se opírá všeobecné ošetřovatelství, jako jsou anatomie, fyziologie, patologie, ošetřovatelství ve vztahu ke všeobecnému a specializovanému lékařství, chirurgii, pediatrii a řadu dalších. Dále zahrnuje vybrané sociální disciplíny, které umožňují lépe pochopit chování zdravých a nemocných osob. Jedná se o psychologii a komunikaci, sociologii, etiku atd. Praktická část výuky probíhá formou praxe v nemocnicích na různých specializovaných pracovištích. Studium je ukončeno absolutoriem. Studium připravuje zdravotní sestry na poskytování zdravotní péče bez odborného dohledu v rozsahu způsobilosti stanovené zákonem 96/2004 Sb. Student má možnost dále pokračovat ve studiu na vysoké škole.

Vysoká škola nabízí tříleté bakalářské studium a navazující dvouleté magisterské studium. Bakalářské studium taktéž nabízí více oborů, zmíním pouze obor Všeobecná sestra. Cílem studia je nabýt ucelené teoretické vědomosti i praktické zkušenosti, které absolvent potřebuje pro svoji budoucí profesi všeobecné sestry. Program zahrnuje předměty a kurzy medicínského, ošetřovatelského a společensko-vědního charakteru. Studium je ukončeno úspěšným složením státní praktické a ústní zkoušky a obhajobu bakalářské práce. Studium připravuje zdravotní sestry na poskytování zdravotní péče bez odborného dohledu v rozsahu způsobilosti stanovené zákonem 96/2004 Sb. Na práci na dětských odděleních jsou sestry připravovány v navazujícím dvouletém magisterském studijním oboru pediatrie.

7.1 Výuka psychologie na střední zdravotnické škole

Psychologie je jedním ze stěžejních předmětů v přípravě pro budoucí povolání zdravotní sestry, neboť významně rozvíjí osobnost jedince, formuluje jeho vztah k vybranému povolání a rozvíjí jeho profesní kompetence, zejména pak vztah k lidem.

Obor Všeobecná sestra

Výuka psychologie na střední zdravotnické škole probíhala v předmětu Psychologie a pedagogika. Cílem předmětu bylo předání informací studentovi, které uplatní v praxi. Naučit ho chápat chování a jednání lidí zdravých, ale hlavně nemocných, profesnímu přístupu a v neposlední řadě i porozumění sobě samému s využitím těchto poznatků v seberegulaci.

Ve druhém ročníku byl student seznámen s psychologii jako s vědou a vztahem k ostatním disciplínám, s fylogenezí a ontogenezí jedince, s komplexním bio-psycho-sociálním pojetím formulování osobnosti, s psychickými procesy a stavy, se základy sociální psychologie a základy pedagogiky.

Ve třetím ročníku v teoretické části získal student znalosti z oblasti ontogeneze psychiky člověka, psychologie nemocných – hospitalismu, vlivů choroby na psychiku, bolesti, strachu, úzkosti a z oblasti psychologie sestry – profesionálního chování, etiky zdravotníků, duševní hygieny atd. Ve cvičení byl pak předmět zaměřen na sebepoznávání a sebehodnocení, zjišťování potřeb nemocných, nácviku komunikativních dovedností a relaxační techniky.

Ve čtvrtém ročníku probíhala výuka pouze formou cvičení, kde se student dozvěděl o specifických sociálních dovednostech sestry v práci a zvláštěnostech práce s dětmi.

Obor Zdravotnický asistent

Výuka psychologie na střední škole probíhá v předmětu Psychologie a komunikace. Student ve druhém ročníku získává znalosti o psychologii jako o vědě, o osobnosti člověka – charakteristice, typologii a vývoji osobnosti v procesu socializace, motivaci, zájmech, postoji atd. Je obeznámen s psychickými procesy, stavy a vlastnostmi jako jsou např. procesy emoční, poznávání, myšlení, řeč, ale také jejich patologie.

Ve třetím ročníku je tento předmět doplněn o vývojovou psychologii, kde je student seznámen s charakteristikou ontogenetického vývoje psychiky v jednotlivých vývojových stádiích. Dále pak s vlivem civilizace na psychiku člověka – náročné životní situace jako je např. stres, frustrace, deprivace, strach, agrese atd. Základy sociální psychologie je oblast,

kteří je věnována také pozornost. Student se učí o sociální interakci, adaptaci a jejích poruchách, konfliktech atd.

V posledním, čtvrtém ročníku je student naučen umění komunikace a jednání s lidmi, což zahrnuje složky jako např. verbální a neverbální komunikace, asertivita, agresivita, umění naslouchat, řešení modelových situací, komunikace s nemocným dítětem a jeho rodinou atd. Poslední bod v osnově je věnován psychologii nemocných, kam jsou začleněny psychosomatické a somatopsychické nemoci, vliv nemoci na psychiku jedince – subjektivní prožívání, adaptace jedince na hospitalismus, problematika iatrogenie, problematika umírání a smrti.

7.2 Výuka psychologie na vyšší zdravotnické škole

Výuka psychologie na vyšší zdravotnické škole probíhá již v prvním semestru v předmětu Psychologie obecná a osobnosti. Tento předmět uvádí studenta do vědeckého studia zabývajícího se lidským chováním a mentálním procesem. Přispívá k pochopení individuality člověka a jedinečnosti jeho prožívání a chování. Student je zde seznámen s biologickými a sociokulturními determinacemi lidské psychiky, strukturou, vlastnostmi, temperamentem a citovými vlastnostmi osobnosti. V obsahu je začleněno i sebepojetí, sebehodnocení a autoregulace osobnosti.

V druhém semestru probíhá výuka v předmětu Vývojová psychologie, které se týká především vývoje jedince od prenatálního období až po stáří. Předmět je zaměřený na životní cyklus člověka v souvislosti se sociálním prostředím a očekávanými sociálními rolami. Zabývá se také složitostí faktorů, které ovlivňují zdraví jak v rovině osobního růstu, tak i v duševní rovnováhy v jednotlivých obdobích života jedince. Vede studenty k pochopení identity člověka, k pochopení souvislostí a aplikaci v praxi.

Navazujícím předmětem ve třetím semestru je Sociální psychologie, pomocí níž je student obeznámen se socializací jedince – obsahem, formami, sociálním učením a zráním, sociálními normami, etapami, socializační percepcí. Zabývá se i problematikou neúspěšné socializace – deprivací a subdeprivací, ale také zvládání náročných složitých situací jako je stres, konflikty, agrese, diskriminace, atd. Tento předmět si klade za cíl pochopit psychologické aspekty sociálních jevů, socializaci a chování člověka ve společnosti ovlivněné kultur-

ními odlišnostmi. Pomáhá pochopit různé způsoby projevu a seberealizace jedince v sociálním prostředí.

Výuka psychologie na těchto typech škol končí ve čtvrtém semestru předmětem Zdravotnická psychologie, která je doplněna o psychologickou problematiku nemoci s ohledem na multikulturní odlišnosti, subjektivní prožívání nemoci spolu s fázemi nemoci, problematiku hospitalizace – neurotizace, deprivace, deprivanční syndrom, psychosomatické a somatopsychické vztahy, problematiku bolesti, úzkosti a strachu. Tento předmět je koncipován jako teoreticko-praktický se zaměřením na využití základních poznatků v praxi. Studenti se učí reflektovat odlišnosti v prožívání nemoci a postojích ke zdraví jedince s přihlédnutím na kulturu společnosti a typy oddělení.

7.3 Výuka psychologie na vysoké škole⁷

Výuka psychologie na vysoké škole probíhá dva roky. V prvním semestru je obsazena v předmětu Obecná psychologie. Úkolem je naučit studenty orientovat se v psychologii jako vědě. Výuka se zaměřuje na osvojení základní psychologické terminologie a poskytuje základní poznatky o struktuře a funkci lidské psychiky. Vyučuje o biologických a sociálních základech psychiky. Student získá přehled o základních teoriích osobnosti (psychoanalytická, behavioristická, humanistická, rysová atd.) a psychologickém přístupu a jeho uplatnění v profesi zdravotníka.

V druhém semestru navazuje na tento předmět Vývojová psychologie, poskytující základní vědomosti o ontogenetickém psychosociálním vývoji člověka. Student by měl být schopen zhodnotit vývojovou úroveň daného jedince, jeho prožívání a chování. Tímto vede tento předmět studenta k poznání, pochopení a uspokojování psychosociálních potřeb zdra-

⁷ U kapitoly číslo 7 Současné vzdělávání sester v České republice byla použita literatura z internetových zdrojů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a z učebních osnov předmětu Psychologie a pedagogika a Psychologie a komunikace na Střední a vyšší zdravotnické škole ve Zlíně, schváleno Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví.

vých i nemocných jedinců. Předmět charakterizuje jednotlivá období lidského věku (od prenatální péče až po období stáří).

Ve třetím a čtvrtém semestru se studenti setkávají s předmětem Psychologie v ošetrovatelství. Jde o teoreticko-praktický předmět, využívající poznatků z obecné a vývojové psychologie v sociální skupině nemocných, bez ohledu na věk. Má za cíl naučit studenta citlivému vnímání klientových potřeb, provádět u nemocného analýzu změn psychiky a chování a adekvátně na ně reagovat pomocí uspokojování jejich potřeb. Učí jej komunikaci s nemocnými i s jejich příbuznými. Student tak získá znalosti ke zvládnání bolesti, úzkosti, strachu, hněvu, agrese a deprese.

Třetí semestr nabízí také předmět Pedagogika v ošetrovatelství. Má aplikační charakter a zaměřuje se na problematiku výchovy a vzdělávání. Učí studenty porozumět pedagogickým jevům a procesům v ošetrovatelské praxi, účinné komunikaci s klienty, výchovnému působení na ně, a to s ohledem na jejich vývojové i individuální zvláštnosti.

V závěru můžeme tedy konstatovat, že na většině sledovaných škol byla v rámci výuky přednášena témata, které jsou předmětem ověřování v rámci našeho výzkumného šetření.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 PRAKTICKÝ VÝZKUM

8.1 Cíl

Cílem praktického výzkumu bylo zjištění úrovně znalostí zdravotních sester (dětských sester) pracujících na dětských klinikách z psychologie, zhodnotit a porovnat tato data s ohledem na aspekty týkající se individuálních charakteristik jednotlivých klinik.

8.2 Metody sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem zvolila mnou vytvořený dotazník, viz příloha č. 1. Rozsah jsem stanovila na 23 otázek. Prvních šest otázek je základních, podle nichž jsou sestry rozčleněny do různých kategorií. Zajímám se o nejvyšší dosažené vzdělání, věk, délku praxe na dětském oddělení, na kterém oddělení momentálně pracují, jejich pozici a jak hodnotí své znalosti z psychologie.

Druhou část dotazníku tvoří otázky týkající se jejich názorů především na uplatnění psychologických znalostí v praxi a zkušeností s výskytem problematik rozebraných v teoretické části této práce.

Třetí a poslední část je tvořena devíti odbornými otázkami na již zmíněnou problematiku.

Možnost dotazníkového šetření jsem si osobně dojednala s vrchními sestrami a s náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči v jednotlivých nemocnicích. Distribuci a sběr jsem provedla taktéž osobně.

8.3 Popis zkoumaného vzorku

Distribuovala jsem celkem 100 dotazníků na dětská oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, ve Fakultní nemocnici Olomouc a v Šumperské nemocnici. Výběr jednotlivých respondentů jsem neprováděla osobně, záleželo na iniciativě sester – šlo o dotazník dobrovolný. Pouze 70 dotazníků se mi vrátilo vyplněných, tudíž celkový počet respondentů nakonec činil 70 osob.

9 VÝSLEDKY A JEJICH ZPRACOVÁNÍ

V této kapitole vyhodnocuji výsledky dotazníku, a to nejdříve postupně v závislosti na šesti základních otázkách a následně souhrmně bez ohledu na kategorie.

9.1 Rozdělení podle věku

Podle věku jsem soubor respondentů rozdělila do pěti skupin viz tabulka 9.1.1., přičemž n je počet respondentů náležících do dané skupiny a r je procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Skupina	n [-]	r [%]
20-25	14	20,0
26-30	13	18,6
31-40	21	30,0
41-50	12	17,1
51-více	10	14,3

Tab. 9.1.1 Rozdělení podle věku

Nejvyšší procentuální úspěšnosti v odborných otázkách s přihlédnutím pouze na věk dosáhly sestry mezi 26. a 40. rokem. Na otázku, zda by se chtěly i nadále vzdělávat v oblasti dětské psychologie, odpověděla většina sester ve věku 20–25 let neutrálně „snad někdy v budoucnu“, přestože jsou všechny přesvědčeny o nutnosti tohoto vzdělávání, což potvrdily ve třinácté otázce. Oproti tomu věková skupina 26–30 let se v poměrně vysokém procentuálním zastoupení zúčastňuje konferencí jak pasivně, tak i aktivně.

V následující otázce, kde jsem zjišťovala osobní názor na znalosti, které získaly ve škole, zda jsou dostačující, odpověděly sestry ve věku 20–25 let „ne“, takže se vůbec necítí z psychologického hlediska připraveny. Svědčí o tom i fakt, že právě tato věková skupina si věděla nejméně rady při řešení separační úzkosti a konfliktů u dětí, se kterými se setkala během své praxe. Nabízí se mi otázka, proč se tedy nechtějí dále v psychologii vzdělávat, když jim znalosti, které získaly během studia na školách, nepřípadají dostatečné? Jeví se mi

dvě možné odpovědi. Nedostatek praxe v oboru a neochota vykonávat činnost navíc. Správnost těchto dedukcí by však musela být potvrzena hlubší studií.

Sestry mezi 41. a 50. rokem se při kontaktu s agresivním dítětem subjektivně zhodnotily nejlépe ze všech. Nejméně pozitivně hodnocenou věkovou kategorií se staly sestry ve věku 50 let a více, kdy nejslabší výsledky uváděly při jednání s dítětem během separační úzkosti a konfliktů.

9.2 Rozdělení podle nejvyššího dosaženého vzdělání

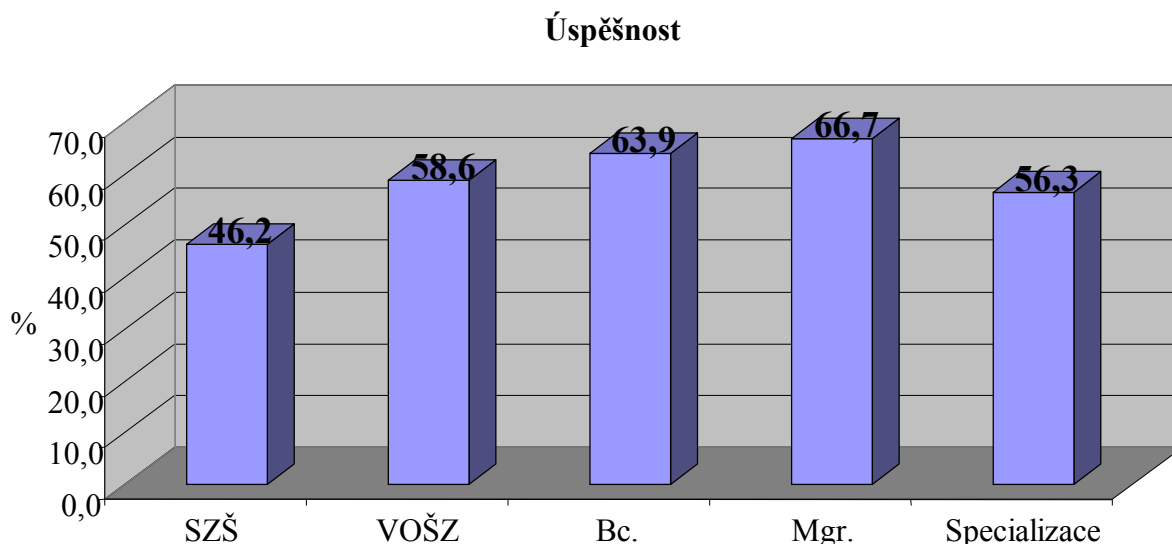
Podle nejvyššího dosaženého vzdělání jsem soubor rozdělila do pěti skupin viz tabulka 9.2.1., kde n je počet respondentů náležících do dané skupiny a r je procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Skupina	n [-]	r [%]
SZŠ	37	52,1
VOŠZ	11	15,5
Bc.	8	11,3
Mgr.	1	1,4
Specializace	14	19,7

Tab. 9.2.1 Rozdělení podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Celkový počet respondentů v tabulce 9.2.1 je 71. U jedné sestry, která absolvovala jak bakalářské studium, tak i specializaci, jsem nebyla schopna určit, co má větší váhu na daném pracovišti, proto jsem ji zařadila do obou skupin zároveň.

Četnost správných odpovědí na odborné otázky (č. 15–23) z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání sester vykazovala zajímavé hodnoty, viz obrázek 9.2.1.



Obr. 9.2.1 Četnost správných odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Ukázalo se, že vyšší procentuální úspěšnost správných odpovědí v odborných otázkách jde ruku v ruce s vyšším stupněm vzdělání. Jelikož magisterský stupeň vzdělání měla pouze jedna zdravotní sestra, nemůžeme tuto hodnotu brát příliš v potaz. Poukazuje to na fakt, že na dětských klinikách pracuje zanedbatelný počet sester s tímto stupněm vzdělání.

Sestry s titulem Bc. se subjektivně nejlépe zhodnotily ve všech uvedených problematikách. Absolventky specializačního a vyššího odborného vzdělání dosáhly při řešení psychologických jevů stejné úrovně úspěšnosti. Výrazně nehůře jsou na tom pak ty (sestry, absolventky), které ukončily vzdělání na střední zdravotnické škole, a to zejména co se týče konfliktů a separačních úzkostí.

V otázce č. 10 odpovědělo 28,6 % sester se specializací, že nemají dostatek času se nadále vzdělávat, ty s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním se výrazně nejvíce zúčastňují konferencí. V otázkách č. 11 a 12 se potvrdila teorie, že čím vyšší mají sestry vzdělání, tím více jsou spokojeny se svými znalostmi a tím více je pak využívají v praxi, což je hlavní myšlenka školství ve zdravotnictví. Je tedy v našem zájmu, abychom se kontinuálně

vzdělávali a přispívali tím k minimalizaci iatrogenních projevů, způsobených neznalostmi v dané psychologické problematice, a zajistily tím vyšší úroveň poskytované ošetrovatelské péče.

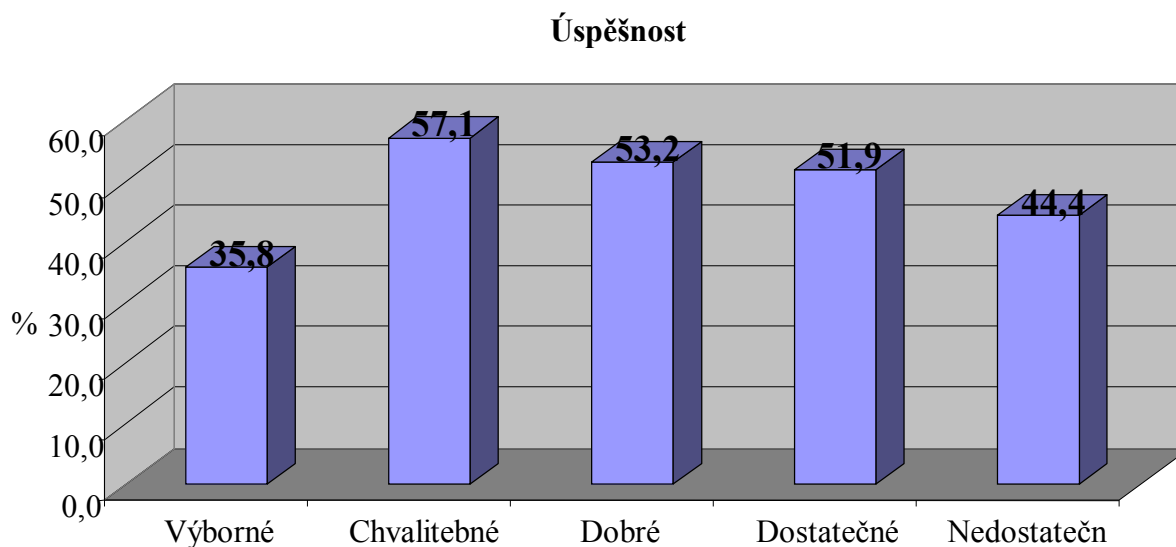
9.3 Rozdělení podle sebehodnocení

Podle sebehodnocení jsem soubor rozdělila do pěti skupin viz tabulka 9.3.1., kde n je počet respondentů náležících do dané skupiny a r je procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Skupina	n [-]	r [%]
Výborné	9	12,9
Chvalitebné	21	30,0
Dobré	33	47,1
Dostatečné	6	8,6
Nedostatečné	1	1,4

Tab. 9.3.1 Rozdělení podle sebehodnocení

Četnost správných odpovědí na odborné otázky (č. 15–23) z hlediska sebehodnocení sester je znázorněna na obr. 9.3.1.



Obr. 9.3.1 Četnost správných odpovědí podle sebehodnocení sester

V této otázce jsem chtěla porovnat úspěšnost sester v odborných otázkách s tím, jaké si myslí, že mají znalosti z psychologie. Zajímalo mě také jejich pohled na vědomosti, které získaly během svého studia.

Graf znázorňuje, že sestry, které své znalosti z psychologie v dotazníku hodnotily na výbornou, obsadily s pouhými 35,8 % správných odpovědí poslední místo v zodpovídání odborných otázek. Soudím tedy, že sebevědomí sestrám nechybí. Bohužel ne každá z nich má takové znalosti, aby měla právo se takto hodnotit. Vezmeme-li v potaz i fakt, že tyto sestry nemají zájem se nadále vzdělávat a rozšířit si tak své minimální znalosti, jsou oproti ostatním hendikepovány. Jejich nezájem totiž komplikuje náhradu chybějících vědomostí.

Sestry, které své znalosti zhodnotily „chvalitebně“, se umístily s 57,1 % správných odpovědí na prvním místě ve znalostech z psychologie. Myslí si však, že škola je toho moc nenaučila, a proto se v nejvyšším počtu zúčastňují konferencí a individuálně dále studují z dostupné literatury.

Čím lépe své znalosti sestry zhodnotily, tím častěji je pak využívají v praxi. Je to problémem u první skupiny, která používá své špatné vědomosti, ze 64,2 % v praxi neustále. Je zarážející, že se našli i tací, kteří se zhodnotili pouze „dostatečně“. U takovýchto sester byla úspěšnost správných odpovědí 44,4 %. Nemůžeme pak u nich počítat s využitím jejich znalostí a poskytnutím odborné psychologické pomoci dětem, které to potřebují, i když se to od nich vyžaduje.

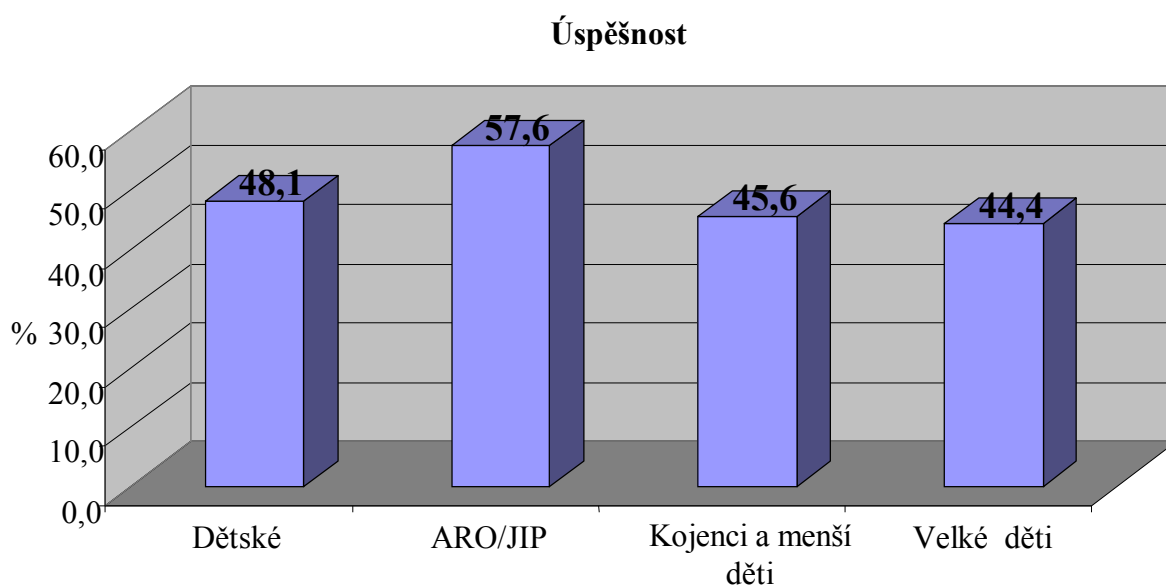
9.4 Rozdělení podle oddělení

Podle oddělení jsem soubor rozdělila do pěti skupin viz tabulka 9.4.1., kde n je počet respondentů náležících do dané skupiny a r je procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Skupina	n [-]	r [%]
Dětské	24	34,3
JIP/ARO	32	45,7
Kojenci a menší děti	10	14,3
Velké děti	4	5,7

Tab. 9.4.1 Rozdělení podle oddělení

Četnost správných odpovědí na odborné otázky (č. 15–23) z hlediska typu oddělení je znázorněna na obr. 9.4.1.



Obr. 9.4.1 Četnost správných odpovědí podle typu oddělení

Z grafu vyplývá, že nejvyššího procenta správných odpovědí na odborné otázky dosáhly sestry pracující na ARO/JIP. Své znalosti využívají z 90 % v praxi, jak ukázaly v otázce č. 9, kdy výrazně nejčastěji věděly, jak se mají zachovat při jednání s dětmi, a tudíž pochopily, jak nesmírně je důležité se i nadále vzdělávat. Dokazují to svojí aktivní i pasivní účastí na konferencích.

Naopak sestry pracující na dětském oddělení pro velké děti nemají zájem své znalosti rozšiřovat a 75 % potvrdilo svůj „laxní“ přístup k tématu. I když si uvědomují důležitost vzdělání, nemají zájem si je doplňovat. Jejich nevědomost se ukázala v deváté otázce, kdy neuměly jednat s konfliktními dětmi. Pouze 50 % umělo zareagovat na vzniklou situaci. Podle mého názoru to má souvislost s nižším stupněm psychologického vlivu sestry na dítě v daném věku, což si pracující na tomto oddělení jistě uvědomují.

V menších nemocnicích, kde není dětské oddělení rozčleněno do žádných specializací, jsem zjistila problémy převážně s agresivitou a konflikty. Sestry neuměly adekvátně zareagovat, nebo vůbec nepřemýšlely nad tím, zda je jejich jednání správné.

Čím to, že sestry pracující na ARO/JIP mají jiný pohled na věc? Má to zcela jistě co do činění s náročnější prací. Samy jsou svědky mnoha situací, kdy lékařská a ošetrovatelská péče nestačí a kdy musí nabídnout nemocnému dítěti i jeho rodině psychologickou pomoc. Vliv mají podle mého názoru i vyšší požadavky na vzdělání sester pracujících na těchto pracovištích. Neboť vzdělání nám umožňuje zaujímat více pohledů na kteroukoliv problematiku, především díky široké škále získaných vědomostí.

9.5 Rozdělení podle pozice

Podle pozice jsem soubor rozdělila do pěti skupin viz tabulka 9.5.1., kde n je počet respondentů náležících do dané skupiny a r je procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Skupina	n [-]	r [%]
Vrchní, staniční S	4	5,7
Jednosměnný provoz bez spec.	2	2,9
Jednosměnný provoz se spec.	1	1,4
Směnové S bez spec.	44	62,9
Směnové S se spec.	19	27,1

Tab. 9.5.1 Rozdělení podle pozice

Z výzkumu vyplynulo, že typ pracoviště nemá znatelný vliv na znalosti z oblasti psychologické problematiky. Jedinou za zmínku stojící informací je, že větší důležitost dalšího vzdělávání vidí sestry se specializací než bez ní.

9.6 Rozdělení podle délky praxe

Podle délky praxe jsem soubor rozdělila do pěti skupin viz tabulka 9.6.1, kde n je počet respondentů náležících do dané skupiny a r je procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Skupina	n [-]	r [%]
Do 5 let	31	44,3
5 - 10 let	15	21,4
10 - 20 let	14	20,0
20 a více let	10	14,3

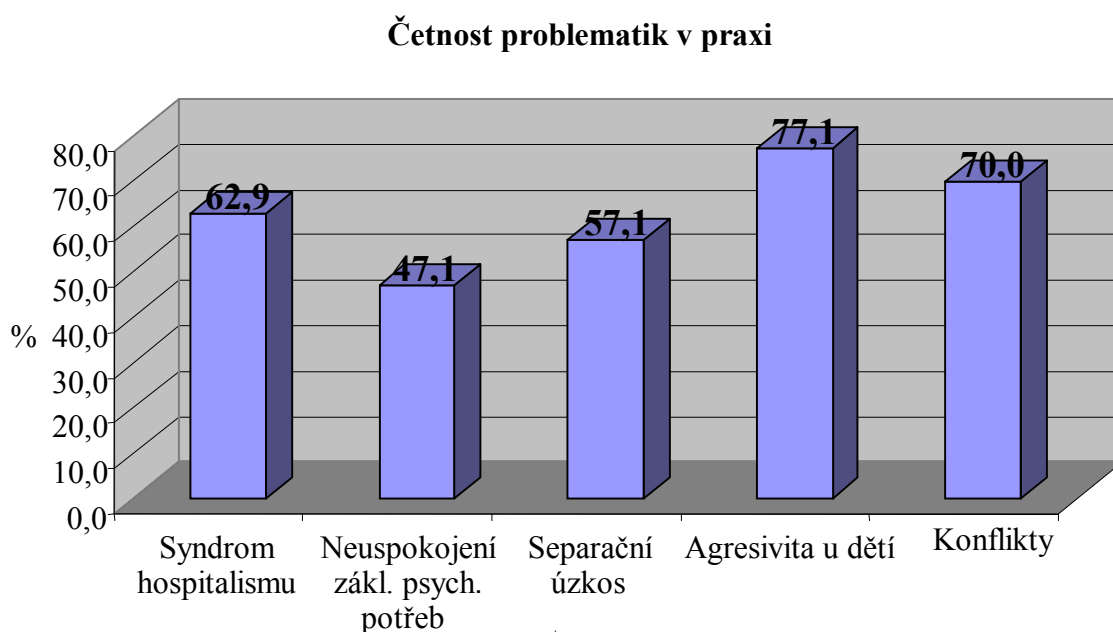
Tab. 9.6.1 Rozdělení podle délky praxe

Při přihlédnutí k délce praxe mi z výzkumu vyšly zajímavé údaje. Sestry s pěti- až desetiletou praxí se v nejpočetnějším zastoupení zúčastňují konferencí, 13,3 % aktivně a 46,6 % pasivně. Je zde spojitost s otázkou č. 13, kdy tyto sestry potvrdily, že právě ony vidí největší význam v kontinuálním vzdělávání. Jsou již pár let ze školy a pochopily, že neustálé vzdělávání neodmyslitelně patří k jejich povolání. Sestry s deseti- až dvacetiletou praxí se naopak výrazně nejméně zúčastňují konferencí, a to převážně z časových důvodů.

Největší nezájem o vzdělání projevily sestry s více než dvacetiletou praxí, a to ve 40 %. Podle mého názoru to může mít souvislost právě s přibývajícím věkem a neochotou učit se čemukoliv novému. Právě ony nejčastěji ze všech aplikují své vědomosti, jež získávaly s přibývajícími léty ve zdravotnictví. Dokazují to i v otázce č. 9, kde zjišťuji, zda si byly jisty, co mají dělat při vzniku nežádoucích situací. Hned za nimi následují sestry s pěti- až desetiletou praxí. Na opačné straně skončily sestry s praxí do pěti let, které vůbec nevěděly, co mají dělat, nebo nad tím ani nepřemýšlely, zvláště při separační úzkosti a konfliktech s dětmi.

9.7 Souhrn

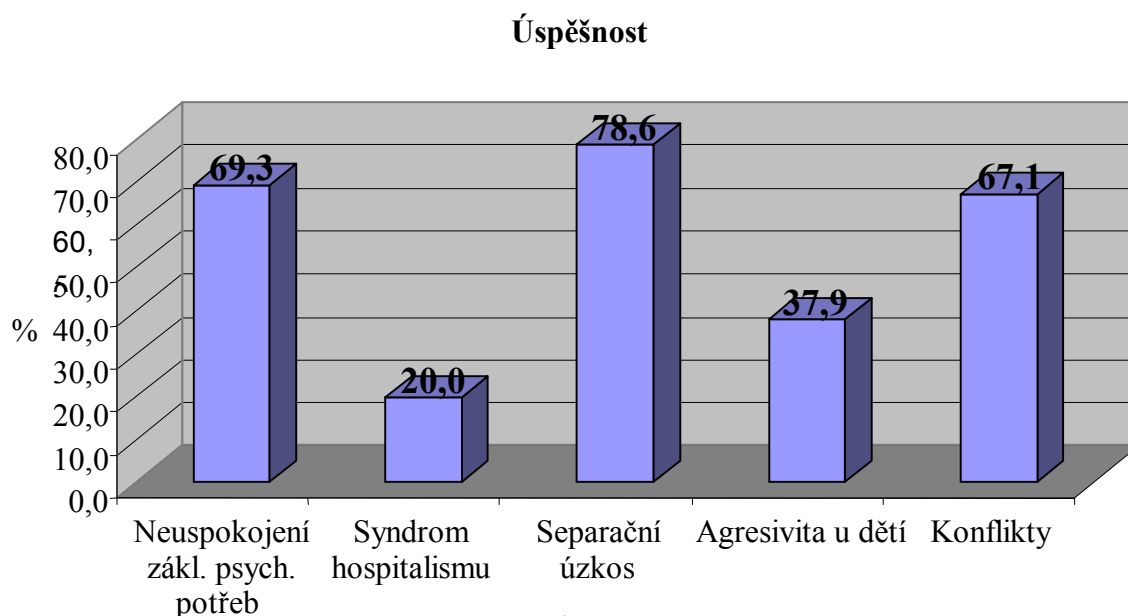
Tato kapitola shrnuje údaje získané z výzkumu, které zde беру jako celek a neohlížím se na výše zmíněné dělení do skupin. Jako první rozeberu četnost výskytu problematik v praxi.



Obr. 9.7.1 Četnost výskytu problematik v praxi

Z grafu vyplývá, že nejvyšší procentuální zastoupení v praxi má agresivita u dětí. Během svého působení na jednotlivých dětských pracovištích se s ní setkalo 77,1 % sester. Na druhém místě pak skončily konflikty se 70 % a nejméně vyskytující se problematikou se stalo neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace se 47,1 %. I když konflikty skončily na druhém místě, procentuální rozdíl od prvního není příliš markantní.

Četnost správných odpovědí na odborné otázky (č. 15–23) z hlediska probíraných problematik je znázorněna na obr. 9.4.1.



Obr. 9.7.2 Četnost správných odpovědí v závislosti na problematice

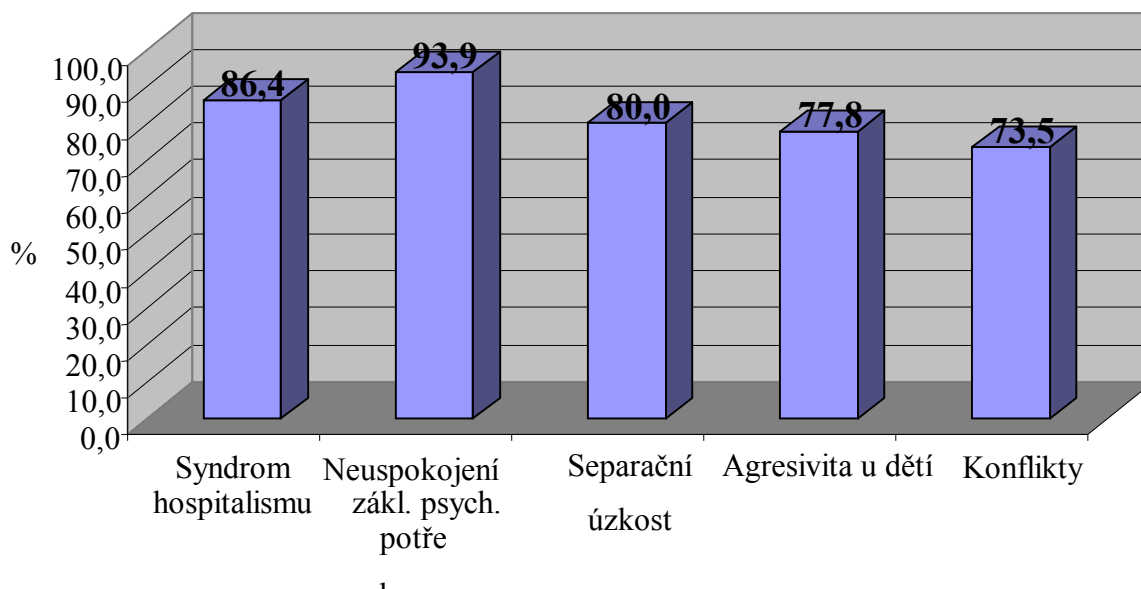
Syndrom hospitalismu společně s agresivitou skončily s nejhorší procentuální úspěšností správných odpovědí na odborné otázky. Úroveň vědomostí o syndromu hospitalismu jsem zjišťovala v 16. otázce, kde byla úspěšnost 17,1 %, a ve 20. otázce, kde se objevilo 22,9 % správných odpovědí. Jak graf viz obr. 9.7.2 znázorňuje, skončila tato problematika s pouhými 20 % na posledním místě. Vzpomeneme-li tu skutečnost, že je to nejčastěji probíraná tematika na školách, je až zarážející, jak malé procento sester znalo odpověď na mé základní otázky. V praxi se s ní setkala 62,6 %, což jí vyneslo třetí pozici. Není tedy výjimečným problémem z hlediska výskytu a 86,4 % sester tvrdilo, že vědí, jak se mají s takovou situací vypořádat (viz obr. 9.7.3). V důsledku toho mohou vzniknout problémy, protože i přesto, že si většina sester myslí, že ví, co má dělat, z osmdesáti procent mají špatné vědomosti, které sebevědomě používají v praxi. To může být krajně nežádoucí.

Úspěšnost správných odpovědí na odborné otázky vztahující se k agresi dětí byla v 18. otázce 31,4 % a ve 22. otázce 44,3 % . Celkově to činí 37,9 %, a to je taktéž velmi

nízká hodnota, významná z hlediska nejvyššího výskytu této problematiky v praxi, viz obr. 9.7.1. U ostatních problematik byla úroveň odborných vědomostí chvalitebná.

Chtěla bych ještě zmínit neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace. I přes nejmenší výskyt této problematiky v praxi – 47,1 % byla úspěšnost správných odpovědí na otázky z této oblasti relativně vysoká – 69,3 % a nejvyšší počet sester, které se s ní setkaly, tvrdí, že věděly, jak se mají zachovat – 93,9 % (viz obr. 9.7.2). Celková úspěšnost správných odpovědí v odborných otázkách činí 51,9 %. Je to tedy slabá nadpoloviční většina.

Subjektivní správnost reakcí na dané problémy v praxi



Obr. 9.7.3 Četnost subjektivně správných reakcí na dané problémy v praxi

Jak je vidět, hodnoty v grafu jsou poměrně vysoké. Poukazuje to na příliš vysoké sebevědomí sester v oblasti sebehodnocení svých reakcí na vzniklé situace, obzvláště s přihlédnutím k obr. 9.7.2, a to hlavně u syndromu hospitalismu a u agresivity u dětí. Co se týče konfliktů, ví si s nimi rady nejméně sester, přestože se vyskytují v praxi velmi často a vědomosti jsou dostačující. Nejlepších výsledků dosáhli dotazovaní v oblasti separační úzkosti i přes její poměrně málo frekventovaný výskyt.

V otázce, kde se měly sestry vyjádřit ke kontinuálnímu vzdělávání, odpovědělo téměř 29 %, že se pasivně zúčastňují konferencí, ale 16 % tak nečiní z důvodu nedostatku času.

Při celkového vyhodnocení odpovědí na 11. otázku vyšlo, že 24 % sester se domnívá, že znalosti, které získaly během studia na školách jim plně stačí, avšak 16 % sester je přesvědčeno o nedostatečné přípravě na jimi vystudovaných školách z psychologického hlediska. V následující otázce týkající se uplatnění získaných vědomostí během studia odpovědělo 46,5 % dotázaných, že ve velké míře využívají své znalosti, a 38 % je také využívá, ale ne všechny. To dá dohromady 84,5 % sester, které své znalosti v praxi uplatňují.

Všechny dotazované sestry jsou přesvědčeny, že má cenu se v psychologii dále vzdělávat a 84,5 % si myslí, že by se dalo předejít problémům v praxi, kdyby se v této problematice více vzdělávaly.

ZÁVĚR

V rámci této práce byly rozdány dotazníky určené všeobecným/dětským sestřám pracujícím na dětských odděleních v nemocnici. Ze 100 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 70 vyplněných. U respondentů byly zjišťovány určité aspekty, jako nejvyšší dosažené vzdělání, věk, délka praxe na oddělení, na kterém momentálně pracují, jejich pozice, jak hodnotí své znalosti psychologie a podle těchto aspektů byly dotazníky následně vyhodnoceny. Odpovědi byly převedeny z tištěné formy do elektronické tabulky, což umožňovalo jejich efektivní zpracování a využití získaných hodnot k řadě dalších aplikací.

Při zjišťování úrovně znalostí z psychologie u výše zmíněných problematik se nám dostalo zajímavých výsledků. Při rozebrání výskytu četnosti problematik v praxi obsadila první místo agresivita u dětí s celkovým procentuálním zastoupením 77,1 %. Naopak nejnižší výskyt zaznamenalo neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace s pouhými 47,1 %. V závislosti na zjištění četnosti úspěšnosti správných odpovědí se syndrom hospitalismu umístil na posledním místě s pouhými 20 %. I když agresivita u dětí znamenala nejvyšší procentuální výskyt v praxi, odborné znalosti sester byly velice nízké, což dokládá 37,9% úspěšnost v odborných otázkách. Nejlepších výsledků dosáhly znalosti sester ze separační úzkosti – 78,6 %. Bylo zkoumáno i subjektivní hodnocení znalostí sester z psychologie a správnost reakcí na dané problematiky v praxi. Nejvyšší procentuální zastoupení obsadilo sebehodnocení „chvalitebně“; tyto sestry také dosáhly nejlepších výsledků v odborných otázkách. V četnosti subjektivně správných reakcí na dané problémy v praxi se neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace umístilo s nejvyšším procentuálním podílem 93,9 % na prvním místě. Nejhorších výsledků dosáhla agresivita u dětí společně s konflikty.

Podařilo se odhalit nedostatky ve znalostech sester v základních oblastech psychologie týkajících se dětské problematiky. Ve většině případů ani samotné sestry nevěděly, že jejich znalosti, které podle sebe zhodnotily na výbornou, jsou často chybné, a v praxi to má za následek špatně vyhodnocenou situaci a tudíž i nesprávnou reakci na ni.

Celkově zhodnocená úroveň vědomostí sester je ohodnocena známkou dobře. Některé znalosti v určitých problematikách jsou velice dobré, ale našli se i tací, kteří neovládají základy psychologie téměř vůbec.

Mladé sestry po škole s krátkou praxí spoléhají na vědomosti, které získaly v rámci studia na školách, i když tvrdí, že škola jim mnoho vědomostí nedala. Oproti tomu sestry, která pracují ve zdravotnictví delší dobu, absolvovaly většinou pouze střední zdravotnickou školu a spoléhají na znalosti, které je naučil život.

Na základě výsledku dotazníku jsem přesvědčena o tom, že výuka týkající se dětské problematiky v psychologii je na zdravotnických školách nedostačující, obzvláště pak na středních zdravotnických školách. Navrhuji zvýšit hodinovou dotaci na tuto oblast, převážně na syndrom hospitalismu a agresivitu u dětí. Také bych doporučila kontinuální vzdělávání již pracujících sester, a to buď formou samostudia z široké škály dostupné literatury, nebo využitím konferencí při aktivní či pasivní účasti. Sestry tuto problematiku podceňují, i když si jsou samy vědomy její důležitosti.

Naším cílem bylo zjistit úroveň znalostí sester pracujících na dětských odděleních. Data získaná v průběhu výzkumu nám dovolila tuto úroveň zhodnotit.

Navrhuji navázat na tuto práci dalším podrobnějším zkoumáním jednotlivých problematik v závislosti na věku dítěte a sociálních aspektech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. PRAHA: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
- [2] ČECHOVÁ, Věra; MELLANOVÁ, Alena; KUČEROVÁ, Hana. *Psychologie a pedagogika II*. PRAHA: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.
- [3] HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helen. *Psychologický slovník*. PRAHA: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [4] HORT, Vladimír.; HRDLIČKA, Michal.; KOCOURKOVÁ, Jana. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. PRAHA : Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- [5] JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnický personál*. BRNO: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2001. ISBN 80-7013-390-2.
- [6] KERN, Hans; MEHL, Christine; NOLZ, Hellfried; PETER, Martin; WINTERSPERGER, Regina. *Přehled psychologie*. PRAHA: Portál, 1999. ISBN 80-7178-426-5.
- [7] KOHOUTEK, Rudolf. *Základy užitě psychologie*. BRNO: Akademické nakladatelství CERM, 2002. ISBN 80-214-2203-3.
- [8] KURIC, Josef. *Ontogenetická psychologie*. BRNO: Akademické nakladatelství CERM, 2001. ISBN 80-214-1844-3.
- [9] LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. PRAHA: GRADA Publishing, 2007. ISBN 80-247-1284-9.
- [10] LANGMEIER, Josef; BALCAR, Karel. ; ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. PRAHA : Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
- [11] MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově*. PRAHA: GRADA Publishing, 2005. ISBN 80-247-0870-1.
- [12] MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. BRNO : Masarykova univerzita/Nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-210-4757-0.

- [13] MUSIL, Jan. *Klinická psychologie a psychiatrie*. OLOMOUC: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1153-9.
- [14] ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. BRNO: PAIDO, 1998. ISBN 80-85931-48-6.
- [15] ŘÍČAN, Pavel., KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. PRAHA: GRADA Publishing, 2006. ISBN 80-7169-512-2.
- [16] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. PRAHA: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- [17] VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. PRAHA: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- [18] WOLFGANG, Tress; JOHANNES, Krusse; JÜRGER, Ott. *Základní psychosomatická péče*. PRAHA: Portál, 2008. ISBN 80-7367-309- 3.
- [19] ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. PRAHA: GRADA Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
- [20] ŽIAKOVÁ, K; JAROŠOVÁ, D; ČÁP, J. *Ošetřovatelství : konceptuální modely a teorie*. OSTRAVA : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-068-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO Anesteziologicko – resuscitační oddělení

CNS Centrální nervový systém

JIP Jednotka intenzivní péče

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 9.2.1 Četnost správných odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	43
Obr. 9.3.1 Četnost správných odpovědí podle sebehodnocení sester.....	45
Obr. 9.4.1 Četnost správných odpovědí podle typu oddělení	46
Obr. 9.7.1 Četnost výskytu problematik v praxi.....	49
Obr. 9.7.2 Četnost správných odpovědí v závislosti na problematice	50
Obr. 9.7.3 Četnost subjektivně správných reakcí na dané problémy v praxi.....	51

SEZNAM TABULEK

Tab. 9.1.1 Rozdělení podle věku.....	41
Tab. 9.2.1 Rozdělení podle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	42
Tab. 9.3.1 Rozdělení podle sebehodnocení.....	44
Tab. 9.4.1 Rozdělení podle oddělení	46
Tab. 9.5.1 Rozdělení podle pozice	47
Tab. 9.6.1 Rozdělení podle délky praxe.....	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P I: dotazník

Příloha P II: výsledky dotazníku

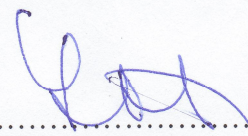
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Věra Hašová
Téma bakalářské práce	Význam psychologie v přípravě a práci zdravotní sestry.
Skupina respondentů	Zdravotní sestry
Pracoviště	KNTB ve Zlíně- dětská JIP, oddělení větších dětí, kojenců a batolat.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

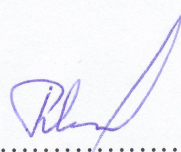
Ve Zlíně dne 4.12.2009



Mgr. Jitka Laholová
ředitel Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
dětské oddělení - D - 2

Pilušová Alena

10/12
2009 

Razítko a podpis zástupce zařízení

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín

(9)

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Věra Hašová
Téma bakalářské práce	Význam psychologie v přípravě a práci zdravotní sestry.
Skupina respondentů	Zdravotní sestry
Pracoviště	FN Olomouc- Dětská JIP/ARO, oddělení kojenců, menších a velkých dětí

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4.12.2009


.....
Mgr. Jitka Laholová
ředitel Ústavu ošetrovatelství

Bc. Martin ŠAMAJ
manažer
nelékařských oborů
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLMOUC
.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Věra Hašová
Téma bakalářské práce	Význam psychologie v přípravě a práci zdravotní sestry.
Skupina respondentů	Zdravotní sestry
Pracoviště	Šumperské nemocnice- Dětské oddělení

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4.12.2009



.....
Mgr. Jitka Laholová
ředitel Ústavu ošetrovatelství

Šumperská nemocnice a.s.
Mgr. Markéta STRŽÍNKOVÁ
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nerudova 640 / 41. 787 52 Šumperk
TEL: 577 564

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY (DĚTSKÉ SESTRY)

Vážená zdravotní sestro,

jmenuji se Věra Hašová a studuji bakalářský studijní program Ošetrovatelství obor Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem „Význam psychologie v přípravě a práci zdravotní sestry“. Dovoluji si Vás tímto požádat o spolupráci s prosbou o vyplnění dotazníku. **Dotazník je anonymní** a bude využit pouze pro potřeby bakalářské práce. Doba vyplnění dotazníku je asi 15 minut.

Pokyny pro vyplnění dotazníku: pokud nebude uvedeno jinak, označte křížkem pouze jednu odpověď, která nejvíce vyhovuje Vašemu názoru.

1. Věk:

- 20 – 25 let
- 26 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50let
- 51 – více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- SZŠ
- VOŠZ
- VŠ – Bc. stupeň
- VŠ – Mgr. stupeň
- Specializační – obor.....
- Jiné (uved'te jaké)

3. Moje znalosti z psychologie hodnotím:

- Výborné
- Chvalitebné
- Dobré
- Dostatečné
- Nedostatečné

4. V současné době pracuji na:

- Dětském oddělení
- Dětská JIP/ARO
- Kojenci a menších dětí (0 – 6 let)
- Velkých dětí (7 – 19 let)

5. Pracuji na pozici:

- Vrchní sestra
- Staniční sestra
- Sestry v jednosměnném provozu bez specializace
- Sestry v jednosměnném provozu se specializací (uveďte obor).....
- Směnové sestry bez specializace
- Směnové sestry se specializací (uveďte obor).....
- Jiná odpověď (doplňt)

6. Na dětském oddělení pracuji:

- do 5 let
- 5 - 10 let
- 10 - 20 let
- 20 a více

7. Setkala jste se během Vaší praxe se (můžete vybrat více odpovědí) :

- a) Syndromem hospitalismu u dětí
- b) Neuspokojením základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace
- c) Separační úzkostí
- d) Agresivitou u dětí
- e) Konfliktními dětmi
- f) Jiná odpověď (doplňte)

8. Pokud ano bylo to (napíšte s jakou) :

- Jedenkrát -
- Dvakrát -
- Třikrát -
- Víckrát (kolikrát) -

9. Věděla jste u všech jak se máte zachovat? (Zakroužkujte písmena pro které to platí – viz otázka č. 7)

- Ano, věděla jsem přesně co mám dělat a- b- c - d - e - f
- Ano, ale nebyla jsem si úplně jistá, zda jednám správně a- b- c - d - e - f
- Nevím, už si nevzpomínám a- b- c - d - e - f
- Ne, vůbec jsem nevěděla co mám dělat a- b- c - d - e - f
- Ne, nepřemýšlela jsem nad tím, zda jednám správně a- b- c - d - e - f
- Jiná odpověď (doplňte) a- b- c - d - e - f

10. Chtěla by jste se dále vzdělávat v dětské psychologické problematice?

- Ano, aktivně se zúčastňuji kurzů a konferencí
- Ano, pasivně se zúčastňuji kurzů a konferencí
- Snad někdy v budoucnu

- Ano, ale nečiním tak z finančních důvodů
- Ano, ale nemám dostatek času
- Nevím, záleží na vstřícnosti pracoviště
- Ne
- Jiná odpověď (doplňte)

11. Myslíte si, že znalosti, které jste získala ve škole jsou dostatečné?

- Ano, plně mi stačí
- Ano, ale jen v některé problematice (uved'te v jaké)
.....
- Nevím
- Ne, vůbec nejsem připravená z psychologického hlediska
- Jiná odpověď (doplňte)

12. V jaké míře jste uplatnila své znalosti z psychologie, které jste získala během vašeho studia?

- Ve velké většině využívám své znalosti
- Využívám své znalosti, ale ne všechny
- Využívám pouze minimum svých znalostí
- Ne, nevyžívám je vůbec

13. Je podle Vás vůbec potřebné se dále v této problematice vzdělávat?

- Určitě ano
- Nevím, ale spíše ano
- Nevím, ale spíše ne
- Určitě ne
- Jiná odpověď (doplňte)

14. Myslíte si, že by se dalo předejít problémům při diagnostice a komplexní péči, pokud by byly sestry více v tomto vzdělány?

- Určitě ano
- Nevím, ale spíše ano
- Nevím, ale spíše ne
- Určitě ne
- Jiná odpověď (doplňte)

15. Neuspokojení základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace je jev o kterém vím, že (vyber nesprávnou odpověď) :

- Může vést při delším trvání k deprivacním následkům
- Znamená, že dítěti se nedostává pozitivního přístupu v dostatečné míře a času ze strany blízkých dospělých osob
- Důsledky neuspokojených základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace jsou nejvíce ohroženy děti v kojeneckém věku
- Postihuje pouze děti, které nemají rodiče, žijí v dětském domově nebo jiném ústavním zařízení.
- Blízkým pojmem psychické deprivace, je hospitalismus

16. Fáze syndromu hospitalismu se vyskytují v následujícím sledu:

- Odpoutání od matky, protest a zoufalství
- Zoufalství, protest a odpoutání od matky
- Odpoutání do matky, odmítání a zoufalství
- Protest, zoufalství a odpoutáním od matky
- Neprojevuje se žádnými fázemi

17. Na účinku a důsledcích separační úzkosti se podílí (vyberte nejúplnější definici):

- Temperament dítěte, věk dítěte a přítomné a doprovázející osoby
- Věk dítěte, forma separace a prostředí ve kterém je dítě separováno

- Věk dítěte, forma separace, prostředí ve kterém je dítě separováno a přítomné a doprovázející osoby
- Věk dítěte, forma separace, prostředí ve kterém je dítě separováno a přítomné a doprovázející osoby, temperamentové vlastnosti dítěte a předchozí zkušenosti dítěte s odloučením od matky
- Ani jedna odpověď není správná

18. Vyber, které tvrzení o agresivitě dětí je nesprávné.

- Faktory vyvolávající agresi jsou vrození činitelé, temperament a hormony produkující pohlavní žlázy
- Agresivita se může projevovat pláčem, zvýšením hlasu, rozbíjení věcí a projevy vzteku
- Při vzniku agresi u dětí nehraje žádnou roli zkušenost ani cíl jehož chce dítě dosáhnout (vědomě či nevědomě)
- Zvládání agresivity psychologickými prostředky jsou založeny především na komunikaci (verbální či neverbální)

19. Jaké stanovisko zaujmete při řešení konfliktu mezi sestrou a dítětem:

- Nebudu vůbec řešit, nechám tomu čas
- Budu řešit okamžitě
- Nebudu brát ohled na dítě, jsem dospělá a v pozici sestra, mám tudíž pravdu
- Pokud by se mi přihodilo, že neovládnu své emoce, pak počkám až nebudu pod vlivem emocí, vytvořím si čas na řešení konfliktu a budu naslouchat dítěti

20. Mezi projevy syndromu hospitalismu nepatří:

- Retardace
- Uzavřenost
- Poživačnost
- Imprinting
- Regrese
- Negativismus

21. Eskalace je:

- Neúměrně silná reakce na vzniklý konflikt
- Úmyslné vyvolání konfliktů
- Podnět na konflikt
- Vystupňovaný konflikt
- Vyřešení konfliktní situace

22. Heteroagrese je:

- Agrese zaměřená na sebe sama
- Agrese zaměřená na osoby opačného pohlaví
- Agrese zaměřená na jiné lidi
- Agrese zaměřená pouze na osoby blízké
- Agrese zaměřená pouze na cizí osoby - zdravotnický personál

23. Mezi prevenci neuspokojených základních psychických potřeb v průběhu hospitalizace nezařazujeme:

- Podnětné prostředí odpovídající individuálním potřebám dítěte
- Pozitivní a bohatá interakce a komunikace v rodině
- Dostatečné uspokojení materiálních potřeb dítěte
- Opětování náklonnosti a lásky dítěte rodinou

Děkuji Vám za čas, který jste věnovala odpovědím v dotazníku a přeji Vám hodně pracovních i osobních úspěchů.

Věra Hašová

č.o .	20						21					22					23			
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D
36				x			x								x				x	
37	x									x				x					x	
38	x									x				x					x	
39	x									x			x						x	
40			x							x				x					x	
41	x			x						x				x					x	
42	x									x			x						x	
43	x									x				x					x	
44	x									x			x						x	
45	x									x				x					x	
46	x									x				x					x	
47	x						x							x					x	
48	x									x				x					x	
49	x									x				x					x	
50	x		x	x						x				x					x	
51	x									x		x							x	
52	x									x			x						x	
53	x									x				x					x	
54	x									x				x					x	
55	x									x				x					x	
56	x			x						x				x					x	
57	x			x						x				x					x	
58	x									x				x			x			
59			x	x						x				x					x	
60			x					x						x			x			
61			x	x						x				x					x	
62				x						x				x					x	
63	x									x				x					x	
64	x									x				x					x	
65	x									x		x							x	
66	x								x					x			x			
67	x						x							x					x	
68	x									x				x					x	
69	x									x				x					x	
70	x									x				x					x	