

Pohledy sester na hospitalizaci dětí do předškolního věku spolu s doprovodem

Pavla Strouhalová

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: **Pavla STROUHALOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Pohledy sester na hospitalizaci dětí do předškolního věku spolu s doprovodem**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracování teoretické části

Rozdělit a popsat jednotlivá vývojová období u dětí do šesti let.

Popsat vliv hospitalizace na psychiku dítěte, hospitalismus, deprivaci a separaci.

Seznámit se zásadami komunikace s dětským pacientem.

Popsat herní terapií v nemocnicích.

2. Zpracování praktické části

Stanovení cílů práce.

Pomocí dotazníkového šetření zjistit názory sester na hospitalizaci dítěte s doprovodem a vliv hospitalizace na psychiku dítěte z pohledu sester.

Zaměřit se na podmínky pro doprovod hospitalizovaného dítěte ve vybraných zařízeních.

Zhodnotit efektivnost komunikace sester s dětmi a jejich názor na herní terapii v nemocničním zařízení.

Pomocí rozhovoru, zjistit pohled rodičů na hospitalizaci dětí spolu s doprovodem ve vybraných zařízeních.

Analyzovat data získaná výzkumem.

Interpretace výsledků.

Realizace herní terapie ve vybraném zařízení.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. KLÍMA, J. a kol. *Pediatricie*. 1.vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320s. ISBN 80-86432-38-6.
2. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 368s. ISBN 80-247-1284-9.
3. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2001. 147s. ISBN 80-86022-92-7.
4. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4.přeprac. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 603s. ISBN 80-247-1049-8.
5. VALENTA, M. a kol. *Herní specialista*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 167 s. ISBN 80-244-0345-5.
6. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Valentová

Ústav ošetrovatelství

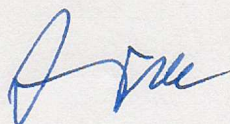
Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2010

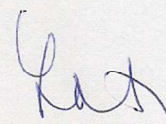
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

(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, užitje-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 vzdělávacího 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 užit 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

V mé závěrečné bakalářské práci se zabývám pohledy sester na hospitalizaci dětí do předškolního věku spolu s rodiči. Práce se skládá ze dvou částí.

V teoretické části popisuji jednotlivá vývojová období do 6let věku dítěte. Dále se zabývám vlivem hospitalizace na psychiku dítěte, hospitalismem, deprivací a separací dítěte od rodiny, komunikací mezi sestrou a dětským pacientem a v neposlední řadě také herní terapií v nemocnicích.

V praktické části provádím analýzu dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány sestřám na dětských odděleních v nemocničním zařízení Zlínského a Jihomoravského kraje. Cílem výzkumu bylo zjistit názory sester na hospitalizaci dítěte s doprovodem, vliv hospitalizace na psychiku dítěte, zjistit jaké jsou podmínky pro doprovod ve vybraných zařízeních a také zhodnotit efektivnost komunikace sester s dětmi a jejich názor na herní terapii. Výsledky výzkumu jsou znázorněny graficky a doplněny komentářem.

Klíčová slova: dítě, nemoc, hospitalizace, rodina, hospitalismus, herní terapie.

ABSTRACT

In my bachelor thesis I deal with the view of nurses to hospitalization. It is aimed on pre-school age children and parents - as their accompaniment. This thesis consists of two main parties.

In the theoretic part it is described a particular evolutional period up to child's age of six years. Come in, I follow up by the influence of hospitalization from the perspective of children and their psyche, hospitalism, deprivation and separation from family, communication between nurse and young patient. Last, but not least, I go in for the gaming therapy in hospitals.

In the practical part I realize an analyze of a questionnaires. These had been passed out to nurses who work at department of paediatrics in hospital in the Zlin Region and the South Moravia Region. The purpose of this research was to find out their opinion on hospitalization of children with an accompaniment, affect of hospitalization to patients' psychological

state of mind, to get the picture about parents' accommodation and other conditions. Further, I evaluate the efficiency of communication between nurses and children and their views on the gaming therapy. Results of this research are practically illustrated and supplemented by my comments.

Key words: child, disease, hospitalization, family, hospitalism, gaming therapy.

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Markétě Valentové za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a za ochotu a čas, který mi věnovala.

Také děkuji své rodině za podporu po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE PEDIATRIE	13
1.1 ROZVOJ PEDIATRIE	13
1.2 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O DÍTĚ.....	14
2 VÝVOJOVÁ OBDOBÍ	16
2.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ.....	16
2.2 KOJENECKÉ OBDOBÍ	17
2.3 BATOLECÍ OBDOBÍ.....	19
2.4 PŘEDŠKOLNÍ VĚK.....	20
3 PROŽITEK NEMOCI U DÍTĚTE	22
3.1 NEMOC JAKO PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ.....	22
3.2 DÍTĚ V NEMOCNICI	23
3.3 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI V KOJENECKÉM, BATOLECÍM A PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	24
3.3.1 Kojenci a malá batolata	24
3.3.2 Batolata a děti předškolního věku	25
4 HOSPITALISMUS, PSYCHICKÁ DEPRIVACE, SEPARACE	26
4.1 HOSPITALISMUS.....	26
4.2 PSYCHICKÁ DEPRIVACE	27
4.3 SEPARACE	28
5 KOMUNIKACE	29
5.1 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM	29
5.1.1 Role sestry v komunikaci	30
5.1.2 Komunikace s dítětem v kojeneckém věku.....	30
5.1.3 Komunikace s dítětem v batolecím věku	30
5.1.4 Komunikace s dítětem předškolního věku	31
6 HERNÍ TERAPIE	32
6.1 HISTORIE A SOUČASNOST HERNÍ TERAPIE	32
6.2 HERNÍ TERAPIE	32
6.3 HERNÍ AKTIVITY V RŮZNÉM VĚKU	34
6.3.1 Hry u dětí v kojeneckém věku.....	34
6.3.2 Hry u dětí batolecího věku	35
6.3.3 Hry vhodné pro děti předškolního věku	36
6.4 ROLE SESTRY V HERNÍ TERAPII	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
7 CÍLE	40

8	METODIKA VÝZKUMU	41
8.1	KVANTITATIVNÍ VĚDECKÁ METODA.....	41
8.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	41
8.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	42
8.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	42
9	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	43
10	DISKUSE	69
	ZÁVĚR	79
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	85
	SEZNAM GRAFŮ	86
	SEZNAM TABULEK.....	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	88

ÚVOD

Prožitek nemoci je náročný pro každého dospělého člověka. Dítě nemoc prožívá ještě několikanásobně více. Nemoc ho ovlivňuje jak po fyzické, tak i po duševní stránce. Tento již tak dost nepříjemný prožitek se ještě stupňuje, pokud musí být dítě hospitalizováno. Ocitne se najednou v cizím prostředí, mezi cizími lidmi, má strach a neví, co se s ním bude dít.

Oporou dítěti v nemoci je rodič. Vždy by tomu tak mělo být, když se dítě léčí doma a mělo by tomu tak být i v případě hospitalizace. Pokud je dítěti nablízku osoba, se kterou má pevný vztah, je nemoc a samotná hospitalizace pro něj mnohem snesitelnější. Má pocit bezpečí, nepocítuje takový strach, cítí se jistější, je uvolněné a mnohem lépe se adaptuje na nové prostředí. To vše má vliv na průběh onemocnění, tím pádem i na délku hospitalizace. Dítě je bio-psycho-sociální jednota, jedna stránka osobnosti je ovlivňována druhou. Je tomu tak i v nemoci. Pokud je dítě v duševní pohodě, uzdravuje se mnohem rychleji, čímž se jeho pobyt v nemocničním zařízení zkracuje.

V dnešní době již většina dětských oddělení umožňuje hospitalizovat dítě spolu s matkou (doprovodem). Buď přímo na pokoji dítěte anebo v ubytovně nemocnice. Pojišťovna hradí pobyt matky v nemocnici spolu s dítětem do šesti let věku dítěte. Pokud je to jen trošku možné, je vhodné, aby matky s dítětem v nemocnici zůstaly a pomohly mu tak překonat toto těžké období.

„Nemoc, či jakékoliv jiné zdravotní postižení znamená pro dítě kromě zátěže organismu i změněnou životní situaci, s níž se musí vyrovnat. Nemoc dítěte si samozřejmě uvědomuje a prožívá i jeho nejbližší sociální okolí. I ono reaguje na změněnou situaci a vyrovnává se s ní. V zásadě jde o to, aby vliv prostředí na dítě nemocné či s jakýmkoliv postižením nebyl rušivý, ale pokud možno uklidňující, povzbuzující a tedy terapeutický.“

(MATĚJČEK, Z., s. 17, 2001)

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PEDIATRIE

Nejstarší písemností, ve které můžeme nalézt pokyny pro matky, jakým způsobem mají pečovat o dítě, jsou babylonské nápisy tzv. „Pokyny kojným.“ Ty vznikly ve druhém tisíciletí před naším letopočtem. Jedná se pouze o základní pokyny jak děti ošetřovat a rady jak o ně pečovat. Dalšími historickými spisy, které se již podstatně podrobněji zabývají léčbou a péčí o nemocné dítě, jsou Hippokratovy a Galénovy zdravotnické spisy.

Ve středověku začaly vznikat po celé Evropě nalezince. První vznikly v Itálii v 8. století. Jednalo se o útulky pro děti, které osiřely nebo byly odložené. Nalezince měly velký význam pro poznání dětského vývoje a především pro rozvoj péče o nemocné i zdravé děti. Děti, které měly rodinu, se léčily doma. V nemocnicích pro dospělé se děti léčily až o mnoho let později a to jen zcela výjimečně.(4)

1.1 Rozvoj pediatrie

„Pediatrie se začala vyvíjet jako samostatný vědní obor na přelomu 19. století. Oddělená péče o děti sice začala již v 18. století, ale vzhledem k nedostatečným znalostem o dětských nemocech, o jejich příčinách, projevech, o výživě či hygieně byla na velmi nízké úrovni. Při konstituování oboru se pediatrie zaměřovala především na dvě problémové oblasti. První oblast se týkala zdraví a vývoje každého dítěte ve společnosti. Nedostatečná výživa a vysoký výskyt infekčních chorob podmiňovaly vysokou úmrtnost a nemocnost dětí. Nepříznivý vývoj zdravotního stavu dětí byl především následkem bídy a hmotného nedostatku. Řešení této problematiky se ubíralo několika směry a vytvářelo zároveň základ pro vznik preventivní péče o děti, jako rozhodující složky pozvolna se vytvářející péče společnosti o každé dítě. Druhá oblast byla zaměřena na děti, které potřebovaly zvláštní pomoc společnosti. Péče byla orientována na opuštěné a osiřelé děti, které vyrůstaly v ústavech za velmi špatných podmínek. Výše uvedená problematika postupně rozvíjela pediatrii jako samostatný medicínský obor, který se zabývá naukou o nemocech dětského věku, péči o zdraví dětí ve společnosti a péči o ohrožené a postižené děti.“ (SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., s. 13, 2008)

První dětská nemocnice byla založena v Paříži v roce 1802. V Česku vznikla první dětská nemocnice v Praze v roce 1842. Byla ovšem německá. První ryze česká klinika vznikla v roce 1902. Po vzniku Československé republiky byla dětská oddělení součástí všech velkých nemocnic. V nich byla poskytována specializovaná zdravotnická péče dětem všech

věkových kategorií. Po skončení druhé světové války tato dětská oddělení vznikla postupně ve všech nemocnicích I., II. a III. typu. Vybudování specializovaných oddělení ovšem vyžadovalo i specializovaný personál vyškolený pro odbornou péči o nemocné děti. Proto v roce 1953 vznikla na Univerzitě Karlově Fakulta dětského lékařství, kde byli vzděláváni lékaři specializovaní na péči o dětské pacienty. Také střední zdravotnické školy na pokrok v medicíně reagovaly, a tak vznikl obor dětská sestra. První škola, kde byly vychovávány dětské sestry, byla založena v roce 1922 jako součást nemocnice Ochrany matek a dětí v Praze – Krči. Tato škola byla až do roku 1945 jedinou českou školou pro přípravu dětských sester. (4, 11)

1.2 Současný systém péče o dítě

„Péče o dítě je jednou z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů ovlivňujících zdraví celé populace. Pediatrie, jako obor zabývající se vyvíjejícím se jedincem, tvoří základní článek komplexní péče o dítě a podle potřeb poskytuje péči ambulantní i lůžkovou. Svým rozsahem největší objem zdravotnických služeb představuje ambulantní primární péče.“ (KLÍMA, J. a kol., s. 21, 2003)

Ambulantní péči lze rozdělit do tří základních oblastí: primární, specializovanou a zvláštní péči. Primární péče je poskytována obvodními dětskými lékaři a poskytuje dítěti komplexní zdravotně - sociální péči. Zabývá se především ochranou zdraví, prevencí, léčbou onemocnění, sledováním vývoje dítěte a péčí o to, aby probíhal zdravě. (11)

Specializovaná péče je poskytována pediatrem se specializací, např. urologem, kardiologem, atd. v zařízeních specializovaných na tuto problematiku. Zařízení jako jsou stacionáře, kojenecké ústavy, dětské domovy, ozdravovny a sanatoria, poskytují zvláštní pediatrickou péči. (11)

Pokud je stav dítěte natolik závažný a vyžaduje nepřetržitou odbornou péči, musí být dítě hospitalizováno. Lůžková péče je poskytována na dětských odděleních nemocnic nebo ve specializovaných centrech. Navazuje na ambulantní péči. Lůžková oddělení poskytují diagnostickou, léčebnou a rehabilitační péči. (11)

„Hospitalizace dítěte je ovšem vážným zásahem do jeho života, do přirozeného prostředí rodiny, kde se až dosud pohybovalo, které znalo a jemuž důvěřovalo, kde nacházelo oporu, pomoc a pochopení. Adaptace dítěte na nemocniční prostředí je obtížná (zvláště u nejmen-

ších dětí), často sama o sobě traumatizující dětskou psychiku. Proto hlavní snahou pediatrie je co největší podíl péče poskytovat dítěti v rodině. Pokud již je hospitalizace nezbytná, pak prostředí co nejvíce přiblížit přirozenému prostředí rodiny, včetně přítomnosti členů rodiny (nejčastěji matky) u nemocného. Přizpůsobit denní režim i prostory co nejvíce dětským potřebám (herny, přiměřený kontakt s ostatními dětmi, zkušený a vyškolený zdravotnický personál, pedagogičtí pracovníci...). Tyto zásady byly přesně formulovány a schváleny na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988 jako *Charta práv hospitalizovaných dětí*.“ (KLÍMA, J. a kol., s. 22, 2003)

2 VÝVOJOVÁ OBDOBÍ

Vývoj každého jedince je individuální a nedá se přesně určit. Ovlivňuje jej řada vnějších a vnitřních faktorů. Každý jedinec prochází několika vývojovými obdobími.

Vývojová období:

- *Prenatální období: od početí do narození.*
- *Novorozenecké období: prvních 6 týdnů života.*
- *Kojenecké období: 6 týdnů až 1 rok.*
- *Období batolete: 1 až 3 roky.*
- *Období předškolního věku: 3 až 6 let (do nástupu do školy).*
- *Období mladšího a středního školního věku: 6 až 11 let.*
- *Období staršího školního věku (pubescence): 11 až 15 let.*
- *Období adolescence (dospívání): 15 až 20 (22) let.*
- *Období dospělosti:*
 - *Časná dospělost – 20 až 30 let.*
 - *Střední dospělost – 30 až 45 let.*
 - *Pozdní dospělost – 45 až 60 (65) let.*
- *Stáří: přibližně po 65. roce.*

„Rozdělení psychického vývoje na jednotlivé etapy umožňuje lepší pochopení vývoje člověka, ale individuální vývoj jedince nemusí probíhat přesně podle let, která jsou pro dané období určena.“ (ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H., s. 15, 2004)

2.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období trvá od narození do 28. dne života dítěte. Lze jej rozdělit na časné novorozenecké období, což je doba od porodu do 7. dne života a samotné novorozenecké období, které končí 28. dnem po porodu. Během tohoto období se dítě přizpůsobuje novým podmínkám a prostředí, které je značně odlišné od intrauterinního života. Adaptace probíhá ihned v prvních hodinách po porodu a zahrnuje změny ve všech tělních systémech. Novorozenec má ihned po porodu rozvinuty základní vrozené reflexy jako hledací, sací, polykací, vyměšovací, dále obrané, polohové a úchopové reflexy. Reflexy pomáhají dítěti při přizpůsobování se novému a doposud neznámému prostředí. Toto období je pro dítě velmi náročné a znamená pro něj velkou zátěž. (1, 4)

U novorozence jsou též rozvinuty všechny smysly, i když ještě ne dokonale. Základem pro orientaci dítěte v prostředí je zrak. Již novorozené dítě se dovede krátce dívat na objekty, které má v zorném poli. Nakrátko zachytí oči matky, čímž vzniká prvotní oční kontakt, který je velmi důležitý pro vztah matky s dítětem. Pozornost dítěte je přitahována zejména pohybujícími se předměty, které dítě sleduje očima a dokonce za směrem pohybujícího se předmětu dokáže lehce natočit hlavu. Zorné pole je asi do pěti měsíců značně omezené. Do této doby nevěnuje dítě téměř žádnou pozornost statickým předmětům a objektům, které jsou od něj vzdáleny více jak 1 metr. (1,8)

Novorozenec vnímá i jiné smyslové podněty než pouze zrakové. Například kinetická stimulace je pro něj velmi příjemná, stejně tak jako dotek. Ten je pro dítě nepostradatelný po stránce emoční a sociální a má vliv na duševní vývoj. Taktéž sluch je poměrně dobře vyvinutý. Jelikož se dítě v prenatálním období se zvukovými podněty setkávalo, po narození dokáže rozlišit některé zvukové podněty, např. matčin hlas. Velice důležité je, aby se do péče o dítě již v tak raném stádiu života zapojil i otec. Během tohoto období se totiž rozvíjí základní vztah mezi dítětem a rodiči. (1)

2.2 Kojenecké období

Kojenecké období začíná 29. dnem po porodu a končí završením prvního roku. Během této doby dochází k velmi rychlému vývoji jak fyzickému, tak i psychickému. Dítě vyrostle přibližně o 25 cm a svou hmotnost až ztrojnásobí. Kojenecké období je typické vysokými nároky na energetický příjem a vhodnou stravu dítěte. Asi 1/3 veškeré přijaté energie z potravy je spotřebována na tělesný růst a ostatní energie slouží k uchování bazálního metabolismu a na tělesnou a duševní aktivitu. Nejvhodnější je dítě alespoň do 6. měsíce kojit. Tak je dítěti dodávána plnohodnotná strava, bohatá na energii. Po 6. měsíci života dítěte je možné do jídelníčku zařazovat i vhodně zpracovanou tuhou stravu. (1, 4)

„Motorika se rychle rozvíjí, zdokonalování probíhá od hlavy k patě (směrem cefalokaudálním), dítě postupně ovládá okohybné svaly, mimické svalstvo, svaly v oblasti krční páteře k otáčení hlavy a zvedání hlavičky, svaly v hrudní části páteře k převrácení, k posazování, dále svaly v bederní části (posazování, lezení). Dále dochází k ovládnutí svalstva dolních končetin, k samotné chůzi.“

(ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H., s. 19, 2004)

Vývoj motoriky ruky probíhá proximodistální směrem. Jedná se o vývoj pohybu od ramenního a kyčelního kloubu přecházející postupně na zápěstí a chodidla a dále až k prstům jak na ruce, tak i na noze. Posledním takovým směrem, který u dítěte v kojeneckém věku můžeme pozorovat je směr ulnoradiální, jenž probíhá na ruce. Jedná se o vývoj úchopu. Postupuje od malíkové strany ke straně palcové. Nejprve zvládá úchop bez opozice palce (nůžkový), později, tzv. klíšťkový úchop, s opozicí palce. (1)

Výrazný posun nastává v oblasti smyslového vnímání. Dítě dovede otáčením hlavičky lépe sledovat pohybující se objekty, jako jsou například padající předměty, nejen ve směru vertikálním, ale i ve směru horizontálním. Od 5. měsíce se při sledování pohybujícího se předmětu dokáže také přetáčet z boku na bok a na břicho. (1)

Sluchový aparát se také dále vyvíjí. Dítě na zvuk reaguje a otáčí hlavičku k místu, odkud zvuk vycházel. Sluch je důležitý pro rozvoj řeči. Jestliže se na dítě mluví, směje, používají se gesta a mimika, dítě se snaží tyto aktivity napodobovat. Dochází k rozvoji řeči. První zvuky dítě vydává v období od 4. až 6. měsíce, jsou to takoví předchůdci řeči. Tyto zvuky se nazývají broukání. Později, mezi 6. a 8. měsícem, děti začnou opakovat některé slabiky, žvatlají. Žvatláni je pro dítě druhem komunikace. My sice nerozumíme, co nám dítě říká, ale ono s námi takto komunikuje. Na konci prvního roku již dítě umí vyslovit několik slov, kterým rozumíme. Dítě rozumí řeči již mnohem dříve, než dokáže první slova vyslovit. Omezenému množství jednoduchých výrazů, jako je paci- paci, ne-ne, dokážou porozumět již od 8. až 10. měsíce. (1, 8, 15)

U dítěte v kojeneckém období se také objevuje první projev sociálního chování, jímž je úsměv. Ten je většinou patrný před završením druhého měsíce a ve třetím měsíci je již úsměv doprovázen také zvukem. Přibližně v 5. měsíci se dítě usmívá samo na sebe při pohledu do zrcadla a od 6. měsíce dokáže odlišit známé osoby od neznámých.

Kolem 9. měsíce začíná dítě lézt. Tím se dokáže vzdálit od matky, ale neustále sleduje, jestli je mu na blízku. Pokud matku nevidí a necítí její přítomnost, začíná se u něj projevovat separační úzkost. V kojeneckém období je dítě velmi pevně upnuto k matce. V její nepřítomnosti se projevuje silnými citovými reakcemi. Tento stav se ve většině případů velmi brzy upraví. (1)

2.3 Batolecí období

Batolecí období začíná od jednoho roku dítěte a trvá do tří let. V tomto období se fyzický vývoj zpomaluje. Dítě vyrostne asi o 12-15 cm za rok. Dokončuje se prořezávání mléčného chrupu. Na konci batolecího období se váha dítěte pohybuje okolo 15 kg a výška kolem 1 metru. Samozřejmě, že jsou tyto parametry u každého jedince individuální, ale při normálním, zdravém vývoji se pohybují kolem těchto hodnot. Pro batolecí období je typickým znakem utváření osobnosti a osvobození se od těsných vazeb na rodiče, především matku. (4)

Významně se rozvíjí motorika ať už hrubá, nebo jemná. Přibližně v jednom roce dítě začíná dělat první krůčky. V 18měsících již je chůze jistá. Možností samostatného pohybu se dítě částečně osamostatňuje. Pokud chce, zvládne si samo přijít pro hračku a podat si ji, nebo se může vzdálit od matky. Chůze se postupně zdokonaluje. Během batolecího období se dítě naučí zvládat chůzi po mírně nerovném terénu, chůzi do kopce a z kopce a chůzi po schodech se střídáním nohou. Velký význam má pro batole hra. Vyplňuje většinu jeho času. I ta je spojena především s pohybem jako je přelézání a podlézání překážek nebo házení míče. Pohyb je pro toto období typickým znakem. Dítě se pohybuje rádo, má radost z pohybu, pohyb mu přináší uspokojení. (1)

Rozvíjí se i jemná motorika. Zlepšuje se úchop a manipulace s menšími předměty. Kolem 18. měsíce dítě dokáže postavit několik kostek na sebe – komín, samostatně se najíst lžičkou a dokáže se napít z hrnečku. Na konci batolecího období si zvládá zapnout knoflík, obléct ponožky a umí držet tužku v prstech. (4)

Ani rozvoj řeči nezůstává pozadu. Nejprve dítě ovládá jen několik málo slov, ale jeho slovní zásoba se velmi rychle rozšiřuje. Koncem druhého roku dítě zná kolem 200 slov a během dalšího roku se velikost slovní zásoby zvýší až na 900 slov. Rozvoj řeči má velký význam pro socializaci dítěte. Umožňuje mu kontakt s dalšími dětmi. Důležitým návykem v oblasti socializace, který se dítě v batolecím věku naučí, je schopnost udržování osobní čistoty. Nácvik této činnosti je vhodný od 18. měsíce. V této době již dítě zvládá ovládat svěrače. (1)

Typickým jevem v batolecím věku je období negativismu. Dítě se začíná oslovovat „já“. Rozvíjí se jeho osobnost. Odmítá pomoc matky, veškeré činnosti chce dělat samostatně. Na vše odpovídá negativisticky – ne, nechci, nebudu. Vzdukuje. Toto období patří k normálnímu vývoji, po nějaké době samo odezní.

Přestože dochází k osamostatňování dítěte, rodina je pro něj velmi důležitá a nepostradatelná. Pokud dojde z nějakého důvodu k odloučení od matky, např. při hospitalizaci, dítě reaguje na tuto situaci pláčem a křikem. Tento moment označujeme jako stádium protestu. Následuje stádium zoufalství, kdy dítě již tak silně neprotestuje, objevuje se u něj pasivita, přestává komunikovat s okolím, často odmítá hračky. Pokud trvá odloučení od matky dlouhou dobu, začne se dítě upínat k jiné osobě, v níž vidí „novou matku.“ Když se matka po čase vrátí, je pro dítě obtížné opět s ní navázat vztah. (1)

2.4 Předškolní věk

Fáze předškolního věku začíná od konce 3. roku a trvá přibližně do 6let dítěte.

„Konec této fáze má individuálně rozličnou časovou lokalizaci, protože není určen jen fyzickým věkem, ale hlavně sociálním mezníkem, nástupem do školy. Ten s věkem dítěte sice souvisí, ale může oscilovat v rozmezí jednoho, eventuálně i více let.“

(VÁGNEROVÁ, M., s. 107, 1999)

Po ukončení batolecího období dítě většinou nastupuje do mateřské školy. Díky tomu se o něco více uvolňují silné vazby k matce. Dítě si ve školce postupně zvyká na situace, kdy je od matky odloučeno. Odloučení zvládá každé dítě individuálně. Některé děti se na tuto situaci adaptují snadno, jiné podstatně hůře. Z tohoto důvodu v dnešní době již v mnoha školkách praktikují tzv. adaptační fázi. Dítě zpočátku přichází do školky s maminkou, ovšem jen na krátkou dobu, aby se s novým prostředím seznámilo. Postupně se doba pobytu ve školce prodlužuje. Matka se zkouší od dítěte vzdalovat a pozoruje jeho reakce, dokud nenastane doba, kdy dítě dokáže trávit čas ve školce samostatně, spolu s ostatními dětmi, bez přítomnosti matky. (1)

Během předškolního období dochází k dalšímu zdokonalování jemné i hrubé motoriky a zlepšují se dovednosti, které dítě již dříve nabylo. Pohybová aktivita je jistější, zlepšuje se koordinace pohybů. Dítě je mnohem samostatnější a mnoho činností zvládá samo, dokáže se samo obléct i najíst, zaváže si tkaničku u bot. Učí se dalším pohybovým aktivitám jako je plavání, jízda na tříkolce nebo na kole, lyžování a podobné sporty. (1)

Značné změny nastávají také ve hře předškolních dětí. Do této doby si hrály jen vedle sebe, nyní ve hře spolupracují. Hrají námětové hry, kdy si rozdělují určité role – žák a učitel, prodavač a zákazník. Ve hře se objevuje soutěživost a snaží se vyhrávat. Snaha vyhrávat se projevuje zejména u nejrůznějších stolních her, pokud prohrávají, nechtějí ve hře pokračovat, mnohdy i švindlují. (1)

*„K velkému rozvoji dochází v kresbě. Tříleté dítě většinou jen čmárá a sděluje, co nakresli-
lo, postupně zvládne čáru, kolo, klubíčko, naznačí postavu. V průběhu dalšího roku již
kreslí hlavu a nohy s označením „pán“, „táta“, toto stádium nazýváme „Hlavonožec.“
V šesti letech je již kresba postavy relativně dokonalá, obsahuje hlavu, krk, trup, končetiny,
mnoho dalších detailů.“*

(ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H., s. 24, 2004)

Dalším pokrokem, který můžeme u dítěte pozorovat, je vývoj řeči. Slovní zásoba se neustále rozšiřuje. V 6 letech dítě umí asi dva až tři tisíce slov. Zvládá složit nejen jed-
noduchou větu, ale při mluvení používá i souvětí.

Obvykle je dítě na konci předškolního období připraveno nastoupit do školy a zahájit škol-
ní docházku. Není to ovšem pravidlem. Pokud ještě není pro školní výuku rozumově, soci-
álně a dovednostně zralé, nástup do školy se o rok odkládá. (1)

3 PROŽITEK NEMOCI U DÍTĚTE

Onemocnění, ať se jedná o více či méně závažné, je velkou zátěží pro dětský organismus. Nepostihuje pouze jednotlivé orgány, ale působí celkově na osobnost člověka – dítěte. Dochází také ke změnám životní situace. To, jak se s danou situací vyrovná, závisí na osobnosti dítěte a z velké části na jeho okolí. Chlapci se podstatně hůře vyrovnávají se změnou prostředí. Děvčata zase hůře nesou odloučení od matky po stránce emocionální. Významně na dítě působí postoj rodičů na vzniklou situaci - jejich projevy nejistoty a úzkosti, nálady či změny v chování k dítěti. Děti jsou vůči těmto i dalším projevům velmi vnímavé a reakce na ně mohou být různé. Je důležité, aby vliv okolí na dítě nebyl rušivý, ale naopak uklidňující, optimistický a povzbuzující. Tento přístup napomáhá léčbě a uzdravení.(9)

3.1 Nemoc jako psychická zátěž

„Mnohé nemoci postihují primárně nebo sekundárně mozek dítěte. Poruchy psychického a sociálního vývoje, jež jsou pak jejich následkem, jsou celkem dobře pochopitelné. Kromě toho existuje však daleko větší počet nemocí, které sice nemají přímý vliv na CNS, nicméně určité komplikace do psychosociálního vývoje dítěte vnášejí. Možno konstatovat, že každé somatické onemocnění znamená určité mimořádné zatížení (případně i přetížení) jeho nervové soustavy. Takové zatěžování, zvláště je-li intenzivní a dlouhodobé, může vést k narušení normálního postupu ve vývoji a zraní nervového systému dítěte. Navenek se to projeví v nezvyklých a nepřiměřených reakcích dítěte na podněty přicházející z jeho životního prostředí, a to především z prostředí sociálního.“ (MATĚJČEK, Z., s. 59, 2001)

Nemocné dítě se projevuje například neklidem, zlobí se, dožaduje se neustálé pozornosti. Subjektivní prožívání nemoci a následná reakce na nemoc prochází třemi etapami.

- První fáze je fáze sensorická, kdy dítě reaguje na bolest a další nepříjemné pocity.
- Druhou fází je fáze hodnotící, v ní dítě přehodnocuje své zážitky a prožitky.
- Poslední třetí fází je postoj k nemoci, v této části prožívání nemoci se uplatňují předchozí zkušenosti s nemocí. (9)

Obecně možno formulovat poučku, že čím více jakákoliv zdravotní indispozice, nemoc či jakékoli zdravotní postižení zatěžuje a vyčerpává nervovou soustavu dítěte, tím větší nebezpečí hrozí jeho zdravému psychosociálnímu vývoji. (MATĚJČEK, Z., s. 59, 2001)

3.2 Dítě v nemocnici

Dnes již víme, že onemocnění samotné významně působí na psychiku dítěte. Pokud navíc léčba musí probíhat v nemocnici, je nápor na psychiku dítěte ještě větší. V 50. letech nebyl přikládán dětské psychice velký význam. Velkou změnu v nemocniční péči o dítě měla přinést tzv. Plattova zpráva, která byla vydána roku 1959. Obsahovala doporučení pro péči o hospitalizované děti a připisovala velkou důležitost přítomnosti rodičů v nemocnici. Bohužel se tomu tak nestalo, jelikož zdravotnická zařízení obsah zprávy ignorovala. Zdravotníci, ale i valná většina laické veřejnosti zastávali názor, že dítě na pobyt v nemocnici a na pocity s ním spojené brzy zapomene, a jeho vývoj nebude nijak ovlivněn. Nebyl tedy důvod, aby byli rodiče přítomni při hospitalizaci, nehledě na to, že jejich přítomnost by ovlivnila chod oddělení. Dnes jsou naštěstí tyto názory již překonané (viz. příloha P IV). (35)

Významným zlomem v pediatrii byl vznik organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital – Národní asociace pro pohodu dětí v nemocnici, zkráceně NAWCH v roce 1963. Tato organizace vypracovala dokument „Charter for Children in Hospital – Charta práv dětí v nemocnici, který se stal pilířem v lékařské a ošetrovatelské péči o hospitalizované děti (viz. příloha P II). (35)

Nemocnice je pro dítě prostředí neznáme, nezvyklé, dítě tu často pociťuje nejistotu a strach. I kdyby dítě nebylo nemocné a ocitlo by se v lékařském nebo jiném neznámém prostředí, necítilo by se tu příjemně. Pokud pobyt v nemocnici není dlouhý, nedochází ke vzniku problémů v psychickém ani fyzickém vývoji. Riziko, že dojde k narušení vývoje, se zvyšuje v závislosti na nízkém věku dítěte a na době hospitalizace. U menších dětí, které nedokážou pochopit, proč musí být v nemocnici, často dochází k frustraci potřeb. Patří sem například omezení pohybu, zejména pokud si onemocnění vyžaduje klid na lůžku. Omezení této potřeby u dítěte často vyvolává úzkost až depresi. Proto je důležité, aby i těmto dětem, které musí dodržovat klidový režim, byl umožněn s ohledem na jejich zdravotní stav alespoň nějaký pohyb. Mám na mysli hry na lůžku, kreslení, četbu, ruční práce apod. Pokud dítě jen leží v postýlce, dochází k tomu, že se začne více pozorovat, což prohlubuje jeho strach a pocity osamělosti. (23)

V dnešní době se přistupuje k hospitalizaci dítěte jen tehdy, pokud je to nevyhnutelné a není možná léčba v domácím prostředí. Pro dětský vývoj je podstatné, aby návrat ke zdraví byl co nejrychlejší. Dobrý psychický a duševní vývoj totiž potřebuje dobrou tělesnou kondici. Tu může dítě udržovat jen v případě, že je zcela zdravé. Pokud je dítě hos-

pitalizováno, je proces uzdravování rychlejší a současně podstatně snazší, než když léčba probíhá v domácím prostředí. Dětem je tu poskytována odborná lékařská a ošetrovatelská péče 24 hodin denně a celé prostředí je uzpůsobeno potřebám nemocných dětí. (9)

Pokud některé děti žijí v nepříznivých životních podmínkách, jejich rodiče dostatečně neplní své povinnosti a dítě zanedbávají, naučí se v nemocnici základním hygienickým a stravovacím návykům. Nemocnice tak mnohdy bývá nejen místem léčebným, ale také místem nápravy a výchovy dětí, kterým se této péče nedostává.(9)

3.3 Prožívání nemoci v kojeneckém, batolecím a předškolním věku

Každá hospitalizace ať už probíhá v jakémkoliv věku, je spojena s řadou komplikací, se kterými je třeba se vyrovnat. Mezi ně patří změna prostředí, bolest, nepříjemné pocity, omezení pohybu, nutnost různých vyšetření apod. Každá z těchto věcí má na pacienta určitý dopad. To, jak se s danou situací vyrovná, záleží na jeho psychické odolnosti a schopnosti se přizpůsobit. U dětí však hraje velkou roli věk. (3)

3.3.1 Kojenci a malá batolata

Velký význam pro děti v tomto nízkém věku má uspokojování nejen biologických potřeb, ale také potřeb duševních, dostatečný přísun podnětů smyslových a také citových. Kojenci, který je po motorické i sociální stránce omezen nemocí a samotnou hospitalizací, hrozí nebezpečí ve vývoji. Je ohrožen:

1. vývoj rozumových schopností – při nedostatečném přísunu podnětů
2. povahový vývoj – pokud dítě nepřijímá dostatek podnětů z okolí, stává se na svém okolí závislý (3)

„Nejvýznamnější ohrožení pro dítě kojeneckého věku je ztráta jistoty a pocitu bezpečí při nucené separaci od rodičů, kontakt s mnoha cizími lidmi a prostředím, které vzbuzuje přirozený strach a nedostatečná smyslová a pohybová stimulace.“

(FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVÍČ, M. a kol, s. 20, 2005)

3.3.2 Batolata a děti předškolního věku

„Děti batolecího věku se těžko vyrovnávají s nutností pohybového omezení, autonomie a iniciativy vůbec. Nadále jsou velmi citlivé na deprivaci, takže hrozí nebezpečí poruch opožďování rozumového či povahového vývoje těch dětí, jejichž možnost získávání podnětů je vážně omezena. V batolecím období při opakovaných nepříjemných zážitcích v nových a nesrozumitelných situacích snadno vzniká úzkost až fobického charakteru. Takto vzniklé fobie (chorobný strach) mohou pak trvat celý další život (např. fobie z lékařského prostředí, injekce, zubaře apod.) člověka.“

(FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol, s. 22, 2005)

4 HOSPITALISMUS, PSYCHICKÁ DEPRIVACE, SEPARACE

Hospitalismus – jedná se o soubor změn v chování dítěte, které vznikají následkem špatného přizpůsobení se pobytu v nemocničním, či jiném podobném zařízení.

Psychická deprivace – vzniká při dlouhodobém neuspokojování potřeb, při nedostatku smyslových, citových a motorických podnětů.

Separace – náhlé omezení či úplné přerušení vzniklých vztahů.

4.1 Hospitalismus

Již na počátku rozvoje dětských nemocnic vyzorovali dětské lékaři, že v některých případech se hospitalizované děti neuzdravují tak rychle a s takovým úspěchem, jak by očekávali. Právě naopak, u těchto dětí se začaly objevovat nejrůznější komplikace, které se daly vysvětlit jen jako následky snížené obranyschopnosti, jež byla způsobena špatným psychickým stavem dítěte. Tento jev se začal označovat jako tzv. „nemocniční nemoc“, neboli hospitalismus. V důsledku hospitalismu může dojít i k řadě ireverzibilních patologických změn ve vývoji osobnosti. Nejvíce ohroženy vznikem těchto patologií jsou děti v kojeneckém a batolecím věku, kdy je dítě silně vázáno na matku. Hospitalismem ovšem nemusí trpět jen dítě v nemocnici. Může se objevovat u každého dítěte, kterému se nedostává smyslových, intelektových a citových podnětů. Takováto situace může vzniknout i v neúplné rodině, kde je dítě vychováváno bez matky, nebo pokud vyrůstá zcela bez rodiny v prostředí, kde je těchto podnětů nedostatek. Takovým prostředím mohou být dětské domovy či ústavy sociální péče a další podobná zařízení. (9)

Hospitalismus se může projevovat různě. Často se objevuje regrese ve vývoji. Děti zapomínají, co se již naučily a vrací se zpět, např. dítě umělo chodit na nočník, nyní se ale znovu pomočuje, umělo se samo najíst, nyní se musí krmit atd. Bývají apatické, nejeví zájem o okolí, odmítají jídlo. Často se u těchto dětí objevuje negativismus. Ten může být buď aktivní, který se projevuje tak, že dítě dělá přesný opak, než se mu řekne nebo může být pasivní, dítě nedělá vůbec nic a nespolupracuje.

Hospitalismus má řadu negativních dopadů, a proto je důležité, aby se předcházelo jeho vzniku. Mezi preventivní opatření patří udržování kontaktu s rodinou. Pokud je to možné, hospitalizovat dítě s rodinným příslušníkem, dodržování rituálů, na něž je dítě zvyklé

(četba před spaním, zpívání před spaní...) a samozřejmě celková péče o fyzickou a o psychickou stránku dítěte.

4.2 Psychická deprivace

„Definice psychické deprivace říká, že je to psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře po dosti dlouhou dobu.“ (MATĚJČEK, Z., s. 76, 2001)

Riziko psychické deprivace hrozí dítěti ve všech úrovních jeho vývoje. V prvních měsících života, je pro dítě důležitý dostatečný přísun podnětů z okolí v souladu se zralostí jeho nervového systému. Pokud je přísun těchto podnětů nízký, nebo dokonce žádný, hrozí dítěti, že jeho nervový systém nebude pracovat na 100 procent, nebude se cvičit a dostatečně vyvíjet. Ani v případě, že se situace později zlepší a dítě bude zásobeno podněty dostatečně, není jisté, že se jeho nervový systém bude schopen s normálními nároky vyrovnat. Dítě pak může vývojově zaostávat. (9)

Kojenecké období je charakteristické učením. V něm se dítě učí především sociálním dovednostem. Začíná se usmívat na známé osoby, sahá a natahuje se po věcech, učí se chodit na nočník. Pokud jsou tyto projevy odměněny pochvalou, pohlazením, opětovným úsměvem, je pro dítě zcela přirozené, že se je bude snažit zopakovat. Pokud se však neseťká s žádnou odezvou okolí na první pokusy o řeč, úsměv apod., jen velmi těžko rozpozná co je žádoucí a co ne. Je dokázáno, že dítě, které v útlém věku trpělo psychickou deprivací, se i v pozdějším věku hůře učí, a to i přes to, že jeho inteligence je zcela normální. (9)

Ve vyšším stupni vývoje probíhá seznamování dítěte se společenským životem. Tento společenský rozvoj začíná v kruhu rodiny, pokračuje v kruhu vrstevníků, přátel a dále se rozšiřuje na celou společnost. Dítě, které nemá možnost poznávat jednotlivé společenské role, nemůže si je vyzkoušet, prožít a osvojit, je brzděno v sociálním vývoji. Často pak hůře navazuje kontakty s okolím a není výjimkou, že je ostatními dětmi odmítáno. (9)

„Nemocniční prostředí je zařízeno účelově. Má usnadnit ošetřování dítěte a provádění léčebných úkonů. Takové prostředí ovšem může být (a zpravidla bývá) znatelně chudší na podněty a na vývojovou stimulaci než prostředí rodinné. Je-li dítě nuceno žít v takovém prostředí od časného věku a po dlouhou dobu, dostává se do nebezpečí psychické deprivace.“ (MATĚJČEK, Z., s. 78, 2001)

4.3 Separace

Závislost dítěte na matce se asi po půl roce života mění ze závislosti biologické na závislost citovou. V tomto věku, což je asi od 7. měsíce, je odloučení od matky pro dítě velmi těžké. Takto staré děti si nevytváří vztah jen k matce, ale také k ostatním členům rodiny, k prostředí domova, k věcem doma a samozřejmě i k hračkám. Pokud je dítě z toho prostředí vytrženo a je umístěno do jiného, zcela neznámého prostředí jako je nemocnice, je to pro něj velkou psychickou i fyzickou zátěží. (9)

Významným činitelem ovlivňujícím dopad a samotný vznik separace je věk dítěte. Přírodním vývojem se dítě postupně osvobozuje od závislosti na matce a stává se samostatným jedincem. Nebezpečí vzniku separace hrozí jen tehdy, pokud dojde k odloučení od matky v době, kdy je na ní a na celé rodině závislé. Rozlišujeme několik forem separace: separaci náhlou, postupnou, částečnou, úplnou, krátkodobou či dlouhodobou. Roli v účinku separace hraje věk, forma separace, temperament, chování ošetřujícího personálu, kvalita náhradní mateřské péče a další faktory. (9)

Separáční úzkost je charakteristická třemi fázemi. Průběh a doba trvání jednotlivých fází je individuální. Každá může trvat hodiny, dny nebo i týdny a může mít různou intenzitu.

1. Fáze protestu – v této fázi se dítě brání, pláče, odmítá zdravotnické pracovníky, zlobí se, volá matku a čeká, že přijde a utěší ho.
2. Fáze zoufalství – dítě ztrácí naději, že matka přijde, pláče méně, přestává reagovat na okolí, cítí se zrazené.
3. Fáze odpoutání se od matky – v této fázi se dítě snaží potlačit pocity, které cítí k matce a snaží se najít oporu v někom jiném (pečovateli, zdravotní sestře). Jestliže v jeho okolí není nikdo, ke komu by se mohlo citově připoutat, ztrácí vztah k lidem a citově se váže spíše na věci.

Druhá a třetí fáze jsou fázemi obrannými. Ty mohou působit jako nepříznivý faktor v dalším vývoji dítěte. Pokud se dítě dostane do fáze odpoutání a následně se vrací domů, vrací se také k první fázi separace. Jelikož již nemá k matce téměř žádný vztah, celý tento proces prožívá znovu. Může také nastat situace, kdy se poslední fáze u dítěte vůbec neobjeví. V takovém případě to značí, že vztahy v rodině nebyly příliš pevné a dítě si lehce utváří vztahy nové. (9)

5 KOMUNIKACE

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Může se tak realizovat písemem, gesty a jinými formami neverbálního chování, pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií. Kdykoliv dochází mezi lidmi k interakci, nevyhnutelně dojde k jisté komunikaci.“

(ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., s. 81, 2007)

Komunikaci můžeme rozdělit na verbální a neverbální komunikaci.

Neverbální komunikace je komunikace beze slov. V některých případech může tento druh zcela nahradit komunikaci slovy, ale většinou slovní komunikaci jen doprovází. Neverbální projevy nejsou tak silně kontrolovány naším mozkiem jako verbální. Člověk, který je všímavý, dokáže z neverbálních projevů zjistit věci, které jsme vůbec nechtěli prozradit. Mezi neverbální komunikaci řadíme oční kontakt, haptiku (dotek), proxemiku (vzdálenost mezi osobami), gestiku (pohyby rukou), mimiku (pohyby očí, tváří, úst), posturologii, kinetiku (pohyby těla, chůze). (12)

Verbální komunikace je sdělování informací řečí, mluveným slovem. Slovní komunikaci můžeme lépe kontrolovat a ovládat.

5.1 Komunikace s dětským pacientem

Ošetřovatelská péče o dětského pacienta by měla být komplexní a měla by zahrnovat péči o fyzický, psychický, emocionální a sociální stav. To, jaký způsob komunikace zvolit, se odvíjí od vnějších a vnitřních faktorů. Mezi vnější faktory patří rodinné prostředí, vliv výchovy, charakter a závažnost onemocnění. Vnitřními faktory jsou charakter osobnosti, emocionální, sociální a psychická vyspělost, věk a pohlaví dítěte.

Ke každému dítěti je třeba přistupovat individuálně. Způsob komunikace závisí na věku, inteligenci a stupni vývoje dítěte. I v případě, že máte pocit, že se vám komunikace s dítětem nedaří, je třeba být trpělivý a pokoušet se znovu o navázání kontaktu. Ptejte se na nejrůznější věci, oblíbené hračky, jídlo, zájmy apod. Žádejte dítě o svolení něco udělat (můžu Alenku zvážit?...), zapojte ho do péče, nabízejte mu více možností, aby si mohlo vybrat. Důležité je dítě chválit, povzbuzovat, odměňovat pohlazením, úsměvem. Pokud se nám komunikace s dítětem nedaří, můžeme se pokusit navázat kontakt přes jeho hračku

(např. Jak se panenka jmenuje?, Bolí něco panenku?, Kde to panenku bolí?). Snažíme se tak získat u dítěte důvěru a ochotu spolupracovat. Je důležité, abychom nekomunikovali pouze s rodičem a dítě z rozhovoru nevynechávali. (12)

Mezi chyby v komunikaci s dětským pacientem, kterých se občas sestry dopouští, patří zastírání, lhaní, příliš autoritativní přístup k dítěti, ignorace dětských otázek, kárání a napomínání za nešikovnost nebo přílišné projevy lítosti. Tomu všemu je třeba se vyhnout.

5.1.1 Role sestry v komunikaci

Sestra je v kontaktu s hospitalizovaným dítětem neustále. Její role při komunikaci s dítětem je proto nenahraditelná. Setkává se s dítětem jako první na příjmu, pak celou dobu hospitalizace, ve dne i v noci, až po propuštění. Z toho důvodu je důležité, aby dítě mělo k sestře důvěru. Tu si získává právě při komunikaci s ní. Dítě, které má k sestře důvěru, mnohem lépe spolupracuje a lépe snáší pobyt v nemocnicích. Ví, že se má komu svěřit, říct, co ho trápí nebo se i vyplakat. Tím je pro něj hospitalizace snesitelnější a lépe zvládnutelná. Při neefektivní komunikaci má dítě z pobytu v nemocnici mnohem větší strach. Pro správnou komunikaci sestry s dítětem je třeba, aby sestra znala zásady správné komunikace a uměla je vhodně použít.

5.1.2 Komunikace s dítětem v kojeneckém věku

Komunikace v každém věku má svá specifika. U dětí kojeneckého věku probíhá komunikace především neverbálně (dotekem, pohlazením), i přesto je důležité na dítě často mluvit. Při komunikaci s takto malým dítětem je třeba se nad něj naklonit, aby vám dobře vidělo do obličeje. Hlas by měl být klidný a něžný. Také úsměv je velmi důležitý. Vhodné je, aby sestra dítě komunikačně aktivizovala a hrála s ním jednoduché hry jako je hra paci, paci nebo vařila myšička kašičku. (5, 12)

5.1.3 Komunikace s dítětem v batolecím věku

Také komunikace s batolaty má svá specifika. Děti tohoto věku již lépe rozumí řeči, chápou význam některých slov a samy dokážou několik slov vyslovit. Dítě oslovujeme tak, jak je zvyklé z domova. Snažíme se používat slova z „jeho“ slovníku, často jsou to slova, jako „papů“ apod. Při komunikaci používejte krátká a jasná sdělení, aby je dítě bylo schopno pochopit. U dětí batolecího věku je zcela přirozený negativismus a vzdorování, proto je

vhodné dítěti nabídnout více možností, aby si mohlo vybrat a nemělo pocit, že je k něčemu nuceno. Dalším typickým jevem u batolat je velmi silné emocionální pouto k matce a i hračkám. Pokud je to tedy možné, dovoďte dítěti mít u sebe svou oblíbenou hračku. Dodává mu pocit jistoty a bezpečí. Čemu bychom se měli v komunikaci s batoletem vyhnout je šišlání, žvatlání, napodobování jeho řeči a používání zdrobnělin. (5, 12)

5.1.4 Komunikace s dítětem předškolního věku

U předškolních dětí je již slovní zásoba podstatně bohatší, i přesto by informace, které dítěti sestra podává, měly být stručné, jasné a srozumitelné. Vhodné je s dítětem udržovat oční kontakt, pokud ho dítě toleruje. Když vám dítě chce něco sdělit, nepřerušujte ho. Nechte ho domluvit. I dítě potřebuje sdělit své pocity, zážitky. Pro toto období jsou typické otázky. Dítě je klade neustále, vše ho zajímá a všechno chce vědět. Je třeba být na to připraven a trpělivě na všechny otázky odpovídat takovým způsobem, aby dítě porozumělo, co mu říkáme. Velmi osvědčená je „terapie hrou“, kdy dítěti na jeho hračce vysvětlíme, co se s ním teď bude dít (Zavážeme panence nožičku, aby jí už nebolela...). Vhodná je také komunikace malováním. Pro děti je tento způsob přirozenější než komunikace verbální. Dokážou tak vyjádřit více problémů, než by sdělily slovy. (5, 12)

6 HERNÍ TERAPIE

6.1 Historie a současnost herní terapie

První záznamy o „jakési herní terapii“ v nemocnici jsou již z roku 1966, kterou prováděly tzv. výchovné sestry. Bohužel z finančních a dalších důvodů jejich činnost neměla dlouhého trvání a postupně z nemocnic tyto sestry vymizely.

„Roku 1976 byla hra v nemocnici považována za součást ošetrovatelské péče o hospitalizované dítě. V témže roce byla založena organizace NAPHS-Národní asociace nemocničních herních specialistů, která funguje dodnes a specializuje se na sdružování kvalifikovaných nemocničních herních pracovníků, zlepšování kvality hry, prosazuje zařazování nových programů, zajišťuje jejich nepřetržité vzdělávání, radí svým členům a vydává časopisy, letáky.“ (HANDLÍŘOVÁ, M., s. 28, 2007)

„Zavedení profese herního specialisty vychází ze zkušenosti a doporučení NAHPS, z požadavků Charty práv, Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o právech dítěte. Zavedení této profese je také součástí návrhu nové koncepce oboru pediatrie zpracované Českou pediatrickou společností.“ (HANDLÍŘOVÁ, M., s. 32, 2007)

V mnoha státech, jako je Velká Británie, Belgie nebo Holandsko, je profese herního terapeuta rozšířená, u nás tomu tak není. V České republice se herní terapie na dětská oddělení začala zavádět od roku 1993. V roce 2001 bylo evidováno pouze 20 herních terapeutů na 122 nemocnic. Tato situace je dána také tím, že u nás doposud není pro práci herního specialisty možnost kvalifikačního studia. Zájemci o tuto práci se musí spokojit s kurzy či semináři, nebo mohou navštěvovat certifikovaný program „Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči“ na Univerzitě Karlově v Praze. Od roku 1999 se mohou terapeuti a lidé, které zajímá práce s dětmi v nemocnicích, sdružovat v občasném sdružení „Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici“. (35)

6.2 Herní terapie

„Hra je spontánní, vysoce motivovaná a radostná činnost, která je nutná pro normální vývoj každého dítěte. Je důležitým faktorem v oblasti sociálního, rozumového a citového růstu jedince. Prostřednictvím hry se děti učí, vyvíjejí a postupně začínají chápat svět, ve kterém žijí.“ (SEDLÁŘOVÁ, P., s. 145, 2008)

Děti, které jsou hospitalizovány, často ztrácí zájem hru. Jsou smutné, demotivované, stávají se pasivními a jejich zdravý vývoj je ohrožen. Pobyt v nemocnici se pro ně stává náročnější a hůře ho snášejí, proto je dobré, když v nemocnici pracuje vyškolený herní terapeut. Jeho úkolem je zpříjemnit a ulehčit dětem pobyt v nemocnici. Náplní jeho práce je vytvářet herní aktivity pro děti, hrát si s nimi a organizovat herní programy jak pro děti chodící a samostatné, tak pro děti upoutané na lůžko. Speciálně vyškolený herní terapeut svou činnost přizpůsobuje každému dítěti individuálně, v závislosti na jeho potřebách a přáních. Má široké spektrum působení. (17)

Cílů a úkolů herní terapie je hned několik:

1. Herní terapeut pomáhá dítěti odreagovat se a zapomenout na svá trápení. Hra zlepšuje náladu dítěte a tím se zlepšuje i psychický stav dítěte. Fyzická stránka je ovlivňována psychickou, proto pokud se dítě cítí v psychické pohodě, v mnoha případech probíhá proces uzdravování rychleji.
2. Herní terapeut funguje jako prostředník v komunikaci s ostatním zdravotnickým personálem. Při hře se děti cítí uvolněně a herního terapeuta berou jako kamaráda, kterému důvěřují, mnohdy mu svěří věci, které by sestře nebo lékaři nikdy neřekly. Tyto informace mohou ovlivnit léčbu i ošetrovatelskou péči.
3. Dalším úkolem herního terapeuta je pomoci dítěti porozumět onemocnění a smířit se s ním. Podporuje ho, dodává mu odvahu a sílu onemocnění překonat.

Her je nepřeborná řada. Záleží na cíli hry, kterého chceme dosáhnout. Pomocí tzv. řízené hry děti dokážou lépe pochopit jejich onemocnění i to, co se s nimi v nemocnici bude dít. Naopak volná hra slouží k odreagování. Přináší potěšení a radost. Je tedy důležité, aby si děti na oddělení hrály a na chvíli zapomněly na svá trápení. Na většině dětských oddělení bývá dětská herna. Ve Velké Británii jsou dětské herny středem celého oddělení. Jedná se o velkou barevnou místnost vyzdobenou dětskými výtvary a obrázky a je z ní přístup do všech pokojů. V rohu herny mají sestry pracovnu, takže mají neustálý přehled o dětech na pokojích i v herně.

U nás zatím tento systém zaveden není. Herna je většinou místnost mimo sesternu a pokoje dětských pacientů. Myslím si, že je to škoda, jelikož zahraniční systém je velmi efektivní a pro děti příjemný. (17)

Herní aktivity hospitalizovaných dětí se dělí do 4 skupin:

1. Herní prvky začleněné jednak do běžné, jednak do speciální ošetrovatelské péče.
2. Hra jako prostředek jak dítě edukovat a připravit na vyšetření, zákrok apod.
3. Hra vyplňující volný čas.
4. Terapeutická hra. (11)

„Herní specialita je kamarád a společník dítěte, které vnímá jako rovnocenného partnera. Akceptuje dítě takové, jaké je, i s jeho náladami a emocemi. Vždy vystupuje a koná v zájmu dítěte, respektuje jeho práva. Měl by být prvním odborníkem, se kterým se dítě v nemocnici setká. Vhodnými prostředky pomáhat dítěti porozumět nové situaci, vyrovnat se s léčbou i s pobytem v nemocnici.“ (VALENTA, M., s. 106, 2001)

Přestože se většinou nejedná o pracovníky kvalifikované na toto povolání, musí mít určité vědomosti a dovednosti jako jsou:

- Znat jednotlivé vývojové fáze dítěte od narození do dospělosti.
- Umět rozpoznat potřeby dítěte.
- Hrát si s dětmi různých věkových kategorií a přinášet dětem radost.
- Porozumět chování jak dítěte, tak rodiny, vzhledem k situaci, ve které se nacházejí.
- Používat vhodné herní metody.
- Mít základní znalosti o onemocněních, diagnostických metodách a postupech léčby.

(17)

6.3 Herní aktivity v různém věku

Jakou hru či výtvarnou činnost zvolíme, se odvíjí od věku dítěte, od stádia jeho vývoje, od jeho rozumových schopností a od jeho zdravotního stavu. Podle toho určíme hru, jež by pro dítě byla nejvhodnější, nejvíce ho zaujala a bavila.

6.3.1 Hry u dětí v kojeneckém věku

- *Nakloňte se nad dítě, navažte s ním oční kontakt. Přiblížte obličej k dítěti, zlehka vezměte jeho ruku a hladte s ní svůj obličej. Přitom mu zpívejte, povídejte, pobrukujejte. Snažte se dítě podnítit ke žvatlání.*

- *Držte hračku nad dítětem a povzbuzujte je, aby po ní sáhlo. Když to dokáže, pochvalte je.*
- *Prostřednictvím maňáska mluvíte na dítě. Hodně s hračkou pohybujte, mluvíte výrazně, vesele. Nechte hračku zmizet a zase se objevit.*
- *Posaďte se blízko k dítěti a zakryjte svůj obličej rukama. Pak obličej odkryjte a zvolte „baf“. Opakujte několikrát. Obměňujte hru, vykukujte ze strany, z prostěradla... (SEDLÁŘOVÁ, P., s. 146, 2008)*

Vhodné hračky pro kojenecké období musí splňovat hygienické parametry a musí být bezpečné. Jsou to například hračky zavěšené nad postýlkou, měkké plyšové hračky, hračky vydávající zvuky (hrkátky, chrastítka), hračky ke kousání, plastové obrázkové knížky. Od 6měsíců jsou vhodné při koupání hračky do vody, velké kostky, pohyblivé hračky k tahání za sebou na provázku a další podobné. (11)

6.3.2 Hry u dětí batolecího věku

- *Manipulační hry, hry na procvičení koordinace, jemné motoriky, zručnosti.*
- *Pohybové hry v postýlce i na zemi (strádají omezením pohybu).*
- *Napodobivá hra (jak dělá pes, kočička, péče o panenku).*
- *Rozvoj řeči (písničky, básničky, říkadla, pohádky, prohlížení knížek, mluvení na dítě).*
- *Messy play („špinavá hra“).*
- *Poslech a sledování pohádek (video). (SEDLÁŘOVÁ, P., s. 147, 2008)*

Vhodnými hračkami pro děti v tomto věku jsou především hračky pohyblivé, které mohou např. tahat za sebou na provázku, nejrůznější skládačky, stavebnice, kostky, panenky s oblečením, korálky na navlékání a podobné hry, které procvičují a zlepšují jemnou motoriku. Dobrým způsobem je zabavování dětí výtvarnými aktivitami např. vymalováváním omalovánků, malování prsty namočenými v barvě. Velmi oblíbenou hrou u batolat i u starších dětí je tzv. špinavá hra. (11)

Špinavá hra

Jde o hru s materiálem (voda, písek, těsto, hlína...). Tato hra je nestructurovaná a nemá žádný vytyčený cíl. Význam hry spočívá v tom, že si dítě užívá příjemné chvíle, při práci s materiálem. Děti s radostí boří ruce do hlíny, stříkají stříkačkou s vodou, patlají barvou... Velmi často je tato hra uplatňována u nespolupracujících dětí, u dětí agresivních a neklidných. Při hře dochází k uvolňování přebytečné energie, k uvolňování napětí a negativních emocí. Dítě může s hmotou zacházet jak chce, může ji trhat, mačkat, ničit a uvolňovat tak stres, který je v něm uvězněn. Často mají děti radost už jen z toho, že jsou celé špinavé a tyto pocity volnosti si užívají. Messy play se dá provozovat i u dětí, které jsou upoutány na lůžko. Jen je zapotřebí dodržet určité hygienické zásady a dítě i lůžko na hru připravit. Potřebujeme gumovou zástěru pro dítě a gumovou podložku do lůžka, plastové umývadlo a hmotu, se kterou bude dítě pracovat. Pak se i dítě s omezeným pohybovým režimem může tímto způsobem vybit. U dětí takto rozvíjíme jemnou motoriku, vyjadřování pocitů a nálad. (11)

6.3.3 Hry vhodné pro děti předškolního věku

- *Individuální hra (dítě si rádo hraje samo, nebo těsně vedle druhého dítěte).*
- *Kolektivní hry (okolo pěti let věku).*
- *Úlohové hry (hra na obchod, na lékaře, na školku, na maminku a tatínka, na řidiče).*
- *Konstruktivní hry (stavebnice, přírodní materiál).*
- *Pohybové hry (skákání panáka, s míčem, pohyb na tříkolce nebo traktůrku).*
- *Hádanky, didaktické hry.*
- *Loutkové divadlo, poslech pohádek, televize, video.*
- *Výtvarné činnosti (koláže – na různý podklad lepit papír, látky, přírodniny, na čtvrtku stříkat husté barvy injekční stříkačkou, malovat prsty, malovat na kamínky).*
- *Massy play. (SEDLÁŘOVÁ, P., s. 147, 2008)*

Děti tohoto věku si rády hrají s plyšovými hračkami, panenkami, stavebnicemi, skládačkami, hrají jednoduché společenské hry, mají rády pohybové hry s míčem, jízdu na dětské motorce. Rády také vyrábějí a tvoří, malují, sbírají nejrůznější přírodniny (kamínky, kaštan, žaludy, listy). Projevuje se u nich i zájem o televizi, video, rádio či počítač. (11)

6.4 Role sestry v herní terapii

V České republice bohužel není profese herního specialisty příliš rozšířená a objevuje se jen v několika málo nemocnicích. V takovém případě by jeho místo měla alespoň z části nahradit sestra. Do práce sestry nepatří pouze péče o fyzickou, ale i o duševní stránku dítěte. A hra, dle mého názoru, k duševní pohodě rozhodně přispívá. Samozřejmě, že nelze herní terapii u dětí vykonávat na úkor ošetrovatelské péče, ale několik minut volného času si ve službě určitě může najít každá sestra. A právě v těchto volných chvílích je dobré děti zabavit hrou, která je vhodná pro jejich věk i pro jejich zdravotní stav. Výběr her je nepřehledný od pexesa, přes vyrábění, až po logické hry. Pouhých pár minut takto stráveného času výrazně pozitivně ovlivní psychiku každého dítěte. Přístup herního terapeuta nebo sestry by měl být v zásadě nedirektivní. Cílem hry, a tedy i herní terapie, není dítě vychovávat nebo poučovat, i když i to je její součástí, ale především pomoci dítěti překonat dobu strávenou v nemocnici.

Má-li být herní terapie účinná, je důležité, aby sestra s dítětem dokázala navázat kontakt a získala si jeho důvěru. Přístup sester je tedy zásadní. Pokud má dítě ze sestry strach, nebude si s ní chtít hrát a pokud ano, nebude se při hře cítit uvolněně a herní terapie ztratí svůj význam. Je tedy důležité, aby každá sestra znala a uměla používat pravidla komunikace s dětmi, byla empatická a přistupovala ke každému dítěti dle jeho individuálních potřeb, což je základ jak pro herní terapii, tak pro správnou ošetrovatelskou péči o dítě. Odměnou každé sestře je dětský úsměv, který je nenahraditelný.

Během své školní praxe jsem měla možnost navštívit a vyzkoušet si práci na dětském oddělení v nemocničním zařízení jak Zlínského tak Jihomoravského kraje. Základní péče byla v obou nemocnicích vesměs stejná. Velké rozdíly jsem ovšem zaznamenala v herní terapii.

V brněnské nemocnici je zaměstnán herní terapeut, což je velkou výhodou. Herní terapeut oddělení, na kterém jsem byla, navštěvoval většinou v odpoledních hodinách. Věnoval se dětem jednotlivě. Jeho pozornost se soustředila každý den na jiné děti tak, aby to bylo spravedlivé. U dětí, které neměly omezený pohybový režim, probíhala herní terapie v herně. K dispozici měly nejrůznější hračky a výtvarné pomůcky. Herna byla opravdu velmi dobře vybavena. V dopoledních hodinách byla na oddělení přítomna učitelka, která zajišťovala pedagogickou činnost u starších dětí a dohlížela na děti v herně. Díky přítomnosti herního terapeuta a pedagogického pracovníka je značně usnadněna práce sester, kte-

ré se tak plně věnují ošetrovatelské činnosti a herní terapii mohou přenechat speciálně vyškoleným pracovníkům.

Ve zlínské nemocnici bohužel herní terapeut zaměstnán není, proto zůstává veškerá herní terapie na sestřích. Děti tu nemají k dispozici ani hernu. Hračky jsou umístěny v malé místnosti u jídelny. Děti si s nimi mohou hrát přímo v jídelně, nebo si hračky mohou vzít na pokoj. Pokud bych měla srovnat vybavenost obou oddělení hračkami, zcela jednoznačně je mnohem lépe vybavena brněnská nemocnice. Od listopadu roku 2009 probíhá v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s., projekt herní terapie Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati pod názvem Podpora tvůrčí činnosti studentů prostřednictvím herní terapie. Projektu se dobrovolně zúčastňují studenti univerzity, kteří na dětském oddělení provádějí herní terapii jako „Zdravotničtí klauni“, i já jsem se do projektu zapojila (viz. příloha P V). Terapie probíhá 1-2x týdně. Děti na přítomnost zdravotnických klaunů reagují velmi pozitivně a projekt se z jejich strany setkává s velkým úspěchem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍLE

1. Zjistit názory sester na hospitalizaci dítěte s doprovodem, vliv hospitalizace na psychiku dítěte.
2. Zjistit podmínky, které nemocnice poskytuje pro doprovod.
3. Zjistit, zda je komunikace sester s dětmi efektivní.
4. Zjistit názor sester na herní terapii v nemocnici.

8 METODIKA VÝZKUMU

„Metoda v nejobecnějším významu znamená způsob dosažení cíle, určitým způsobem uspořádaná činnost. Vědomé používání vědecky zdůvodněných metod je nejdůležitější podmínkou pro získání nových poznatků.

Vědecká metoda je základní způsob shromažďování nebo analýzy údajů. Vytyčuje stejné zásady pro všechny vědní obory. V tomto smyslu mluvíme o obecných metodách. V jednotlivých oborech, jako např. ošetrovatelství, dochází však podle potřeb daného oboru k jejich modifikacím.

Výběr vhodné výzkumné metody závisí ve velké míře na podstatě výzkumného problému, ale do určité míry také na stupni osobního výběru a filozofii výzkumníka.“

(KUTNOHORSKÁ, J., s. 19, 2009)

Ve výzkumu lze použít dvou metod a to metody kvalitativní a metody kvantitativní.

8.1 Kvantitativní vědecká metoda

„Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Používá metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod. Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Kvantitativní výzkum pracuje se statistickými jednotkami, které řídí.“ (KUTNOHORSKÁ, J., s. 21 - 22, 2009)

8.2 Charakteristika výzkumného souboru

Ve své práci jsem použila metodu kvantitativního výzkumu. Ke sběru dat jsem použila dotazník. Dotazník obsahuje 23 otázek a to jak otázky uzavřené, tak i otázky otevřené (viz. příloha P I). Dotazník byl rozdán sestřám na dětských odděleních v nemocnici Zlínského a Jihomoravského kraje. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, nazpět jsem jich získala 100.

8.3 Charakteristika položek

V dotazníkovém šetření se otázky 1, 2, 3 a 4 zabývají zjištěním obecných informací. Otázky 10, 11, 12, 13, 14, 15 zjišťují názory sester na hospitalizaci dítěte s doprovodem a vliv hospitalizace na psychiku dítěte. Podmínkami, které nemocnice poskytují pro doprovod, se zabývala skupina otázek 6, 7, 8, 9. Ke komunikaci ve vztahu sestry a dětského pacienta se vztahují otázky 16, 17, 18, 19 a otázky 20, 21, 22 a 23 informují o vztahu sester k herní terapii v nemocnici.

8.4 Zpracování získaných dat

Získané údaje jsem zpracovala do tabulek četností, kde jsem uváděla absolutní a relativní četnost odpovědí. Následně jsem získaná data znázornila v grafu a slovně popsala.

K výpočtu a sestavení tabulek a grafů jsem využila program Microsoft Excel 2007.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří na danou otázku odpověděli stejně. Relativní četnost je znázorněna v procentech. Informuje o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na danou dílčí hodnotu.

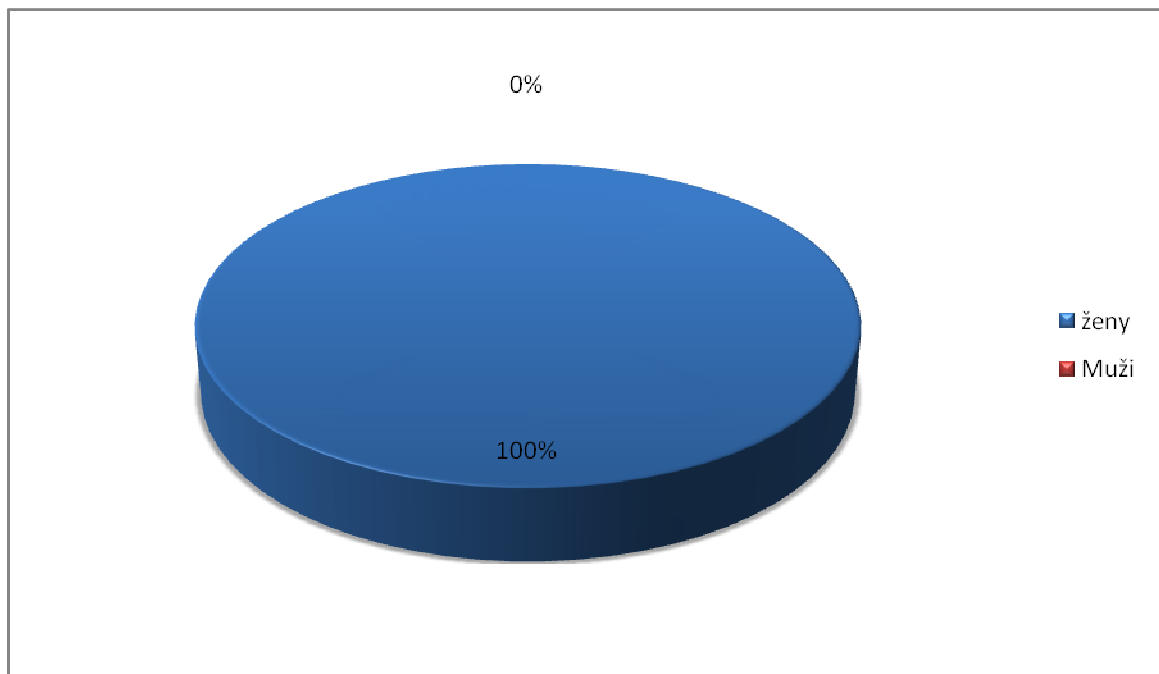
9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka 1: Pohlaví

Otázka: Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	0	0,00 %
Ženy	100	100,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 1: Pohlaví



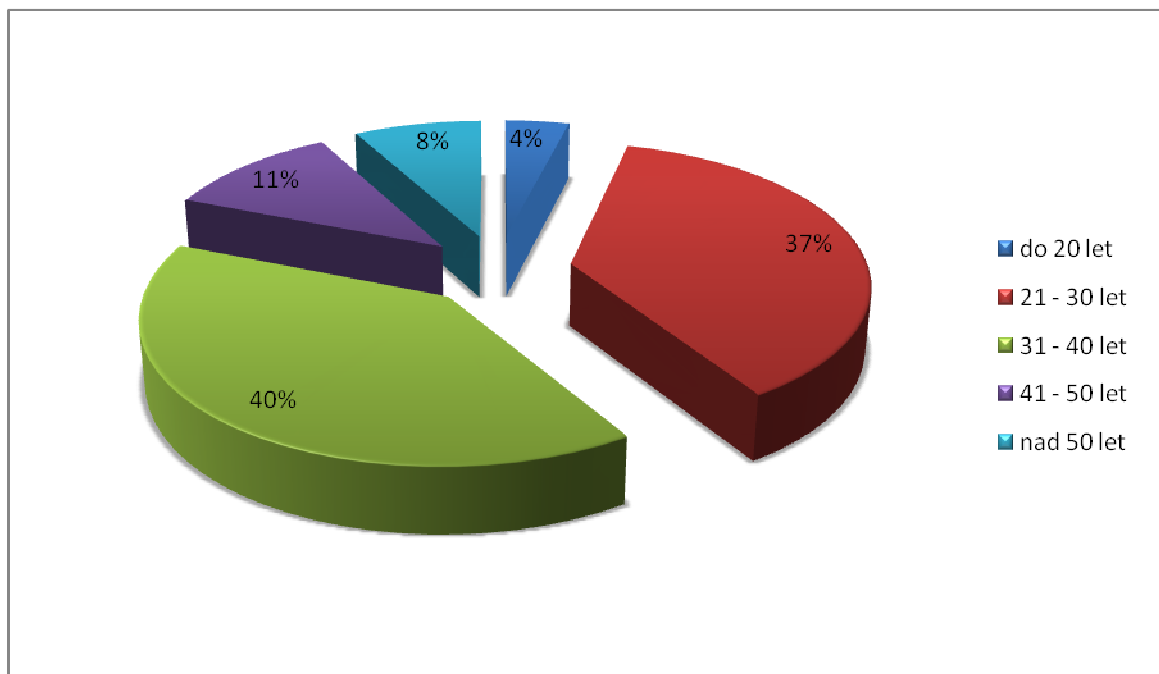
Z celkového počtu 100 (100 %) bylo 100 (100 %) žen a žádný muž (0 %).

Otázka č. 2: Věková kategorie

Tabulka 2: Věková kategorie

Otázka: Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 20 let	4	4,00 %
21 – 30 let	37	37,00 %
31 – 40 let	40	40,00 %
41 – 50 let	11	11,00 %
Nad 50 let	8	8,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 2: Věková kategorie



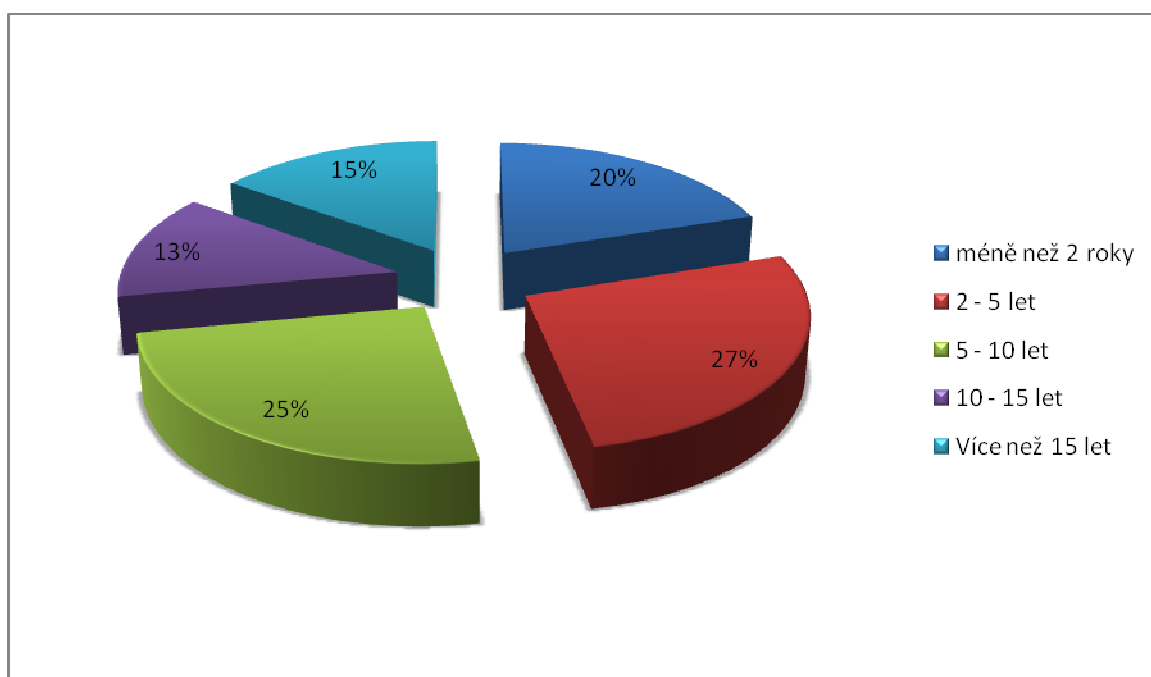
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek byly 4 (4 %) sestry ve věku do 20let, 37 (37 %) sester ve věku 21 – 30 let, 40 (40 %) sester ve věku 31 – 40 let, 11 (11 %) sester ve věku 41 – 50 let a 8 (8%) sester ve věku nad 50 let.

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?

Tabulka 3: Délka praxe na dětském oddělení

Otázka: Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 2 roky	20	20,00 %
2 – 5 let	27	27,00 %
5 – 10 let	25	25,00 %
10 – 15 let	13	13,00 %
Více než 15 let	15	15,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 3: Délka praxe na dětském oddělení



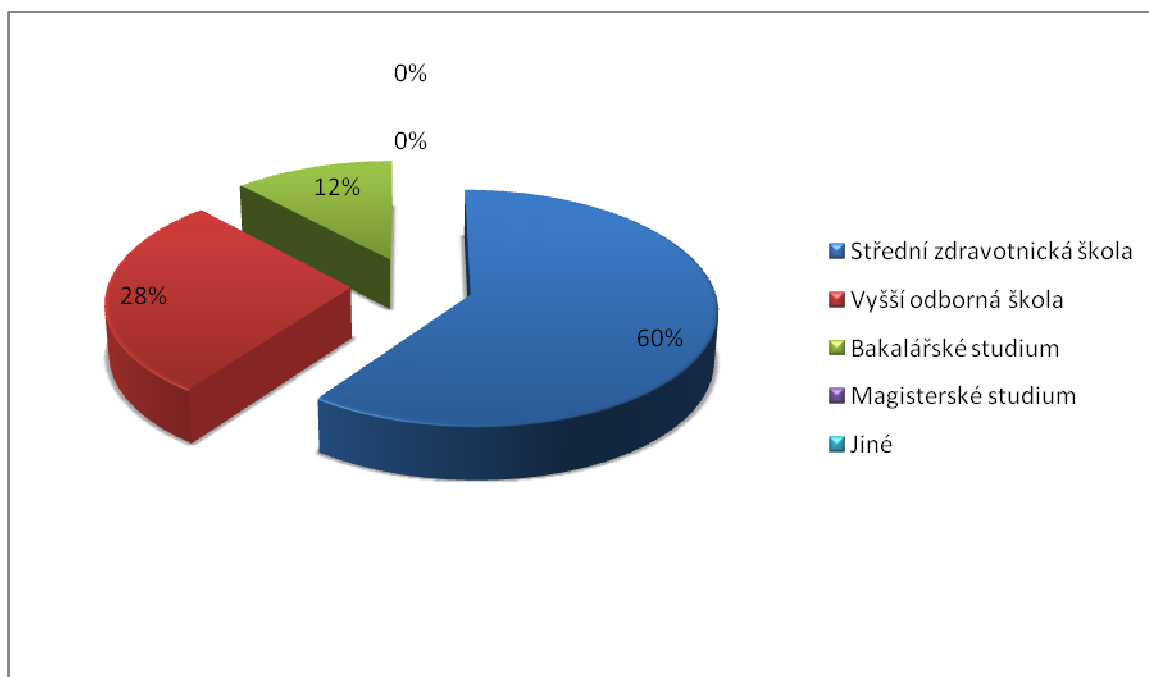
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek pracuje na dětském oddělení 20 (20 %) sester méně než 2 roky, 27 (27 %) sester má praxi 2 – 5 let, 25 (25 %) sester 5 – 10 let, 13 (13 %) sester na takovém to oddělení pracuje 10 – 15 let a 15 (15 %) sester více než 15 let.

Otázka č. 4: Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

Tabulka 4: Dosažené vzdělání

Otázka č. 4: Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola	60	60,00 %
Vyšší odborná škola	28	28,00 %
Bakalářské studium	12	12,00 %
Magisterské studium	0	0,00 %
Jiné ...	0	0,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 4: Dosažené vzdělání



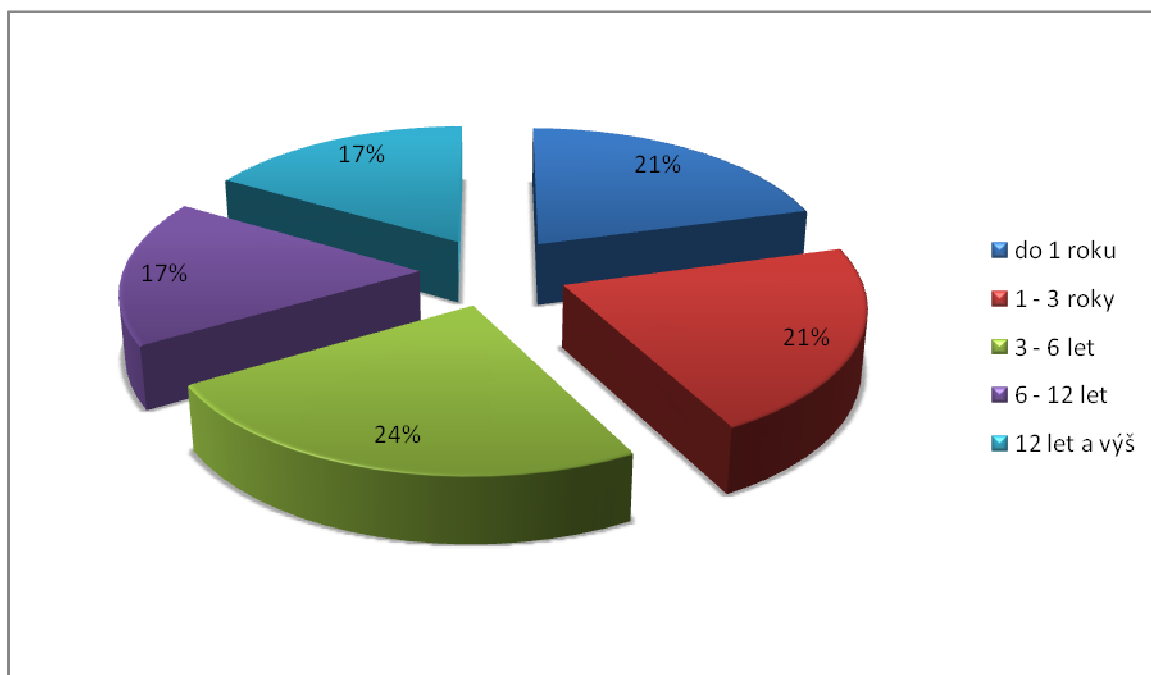
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek má nejvyšší dosažené vzdělání na střední zdravotnické škole 60 (60 %) sester, 12 (12 %) sester absolvovalo bakalářské studium, 28 (28 %) sester vystudovalo vyšší odbornou školu, žádná (0 %) ze sester neabsolvovala magisterské studium a žádná (0 %) nemá jiné dokončené vzdělání.

Otázka č. 5: Děti hospitalizované na Vašem oddělení jsou ve věku:

Tabulka 5: Věk hospitalizovaných dětí

Otázka č. 5: Děti hospitalizované na Vašem oddělení jsou ve věku:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 1 roku	80	20,73 %
1 – 3 roky	83	21,50 %
3 – 6 let	94	24,35 %
6 – 12 let	65	16,84 %
12 let a výš	64	16,58 %
Celkem	386	100 %

Graf 5: Věk hospitalizovaných dětí



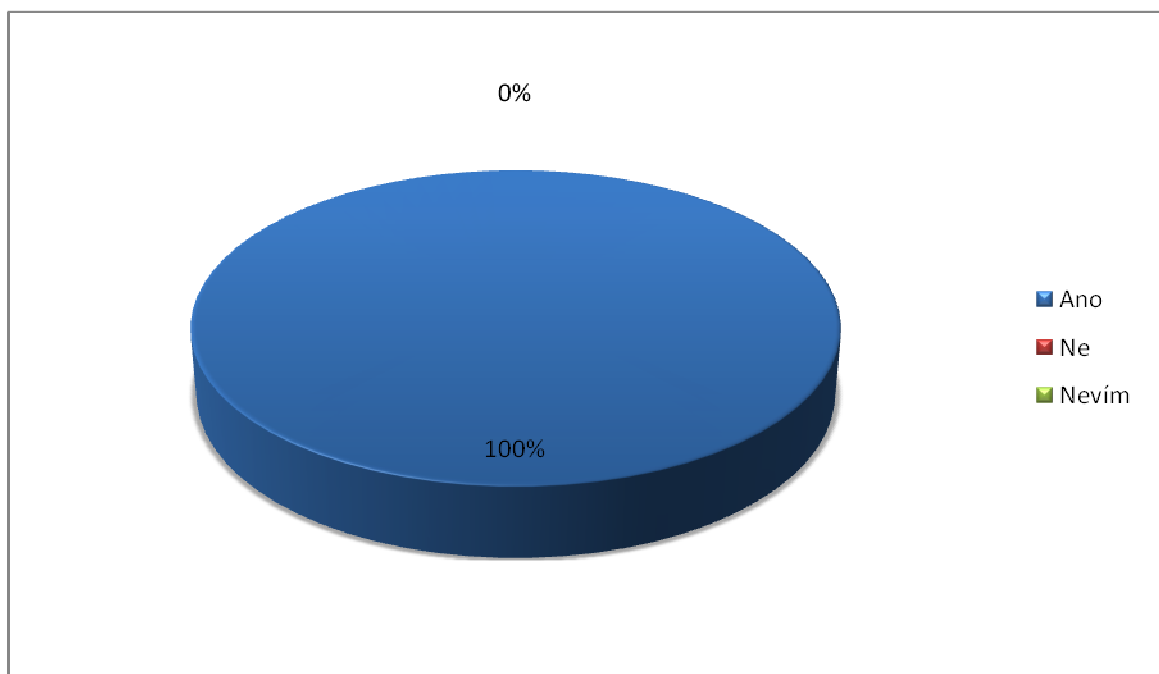
Od celkového počtu 100 (100 %) respondentek bylo získáno 386 (100 %) odpovědí, jelikož sestry měly možnost zvolit více odpovědí z nabídnutých možností. Věkovou kategorii dětí do 1 roku zvolilo 80 (27,73 %) sester, 83 (21,50 %) sester uvedlo věkovou kategorii dětí od 1 do 3 let, 94 (24,35 %) sester odpovědělo, že na jejich oddělení jsou hospitalizovány děti ve věku 3 - 6 let, tato kategorie byla nejpočetnější. Kategorii 6 - 12 let zvolilo 65 (16,84 %) sester a věkovou kategorii 12 let a výš zvolilo 64 (16,58 %) sester.

Otázka č. 6: Umožňuje Vaše oddělení hospitalizovat dítě spolu s doprovodem?

Tabulka 6: Možnost hospitalizace dítěte s doprovodem

Otázka: Umožňuje Vaše oddělení hospitalizovat dítě spolu s doprovodem?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	100	100,00 %
Ne	0	0,00 %
Nevím	0	0,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 6: Možnost hospitalizace dítěte s doprovodem



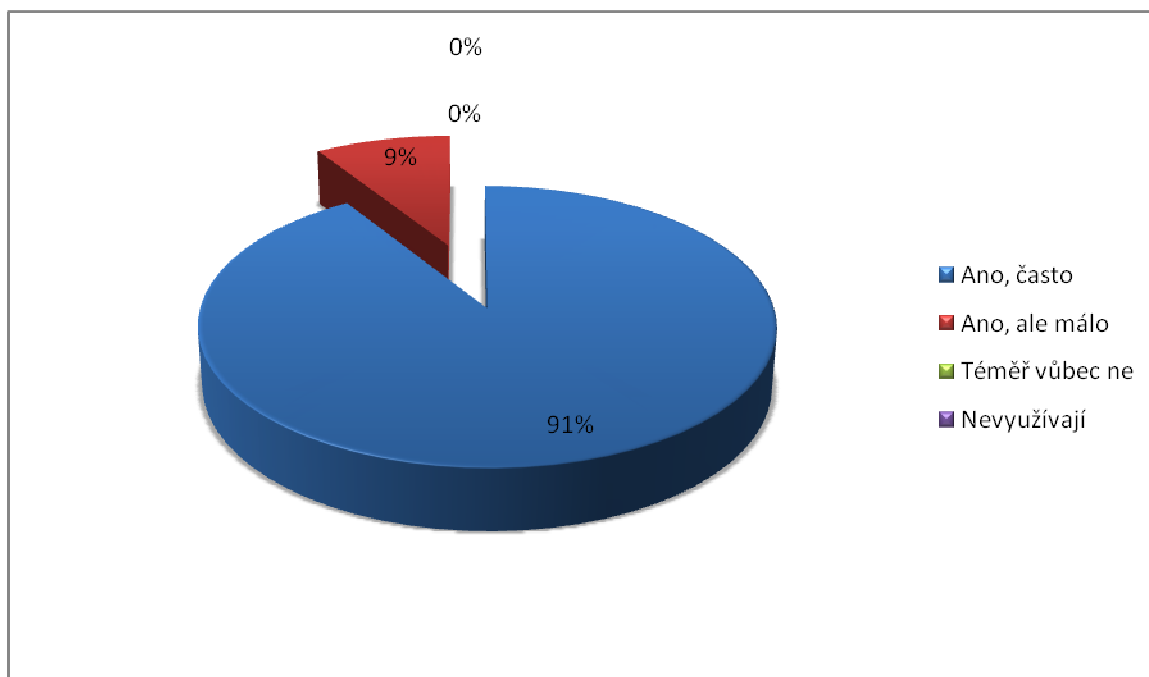
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek jich 100 (100 %) odpovědělo, že jejich oddělení umožňuje hospitalizaci dítěte s doprovodem, žádná (0 %) ze sester ne zvolila odpověď, že tato možnost na jejich oddělení není a žádná (0 %) ze sester ne zvolila odpověď neví.

Otázka č. 7: Využívají matky (doprovod) možnosti hospitalizace spolu s dítětem?

Tabulka 7: Využití možnosti hospitalizace doprovodu

Otázka: Využívají matky (doprovod) možnosti hospitalizace spolu s dítětem?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	91	91,00 %
Ano, ale málo	9	9,00 %
Téměř vůbec ne	0	0,00 %
Nevyužívají	0	0,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 7: Využití možnosti hospitalizace doprovodu



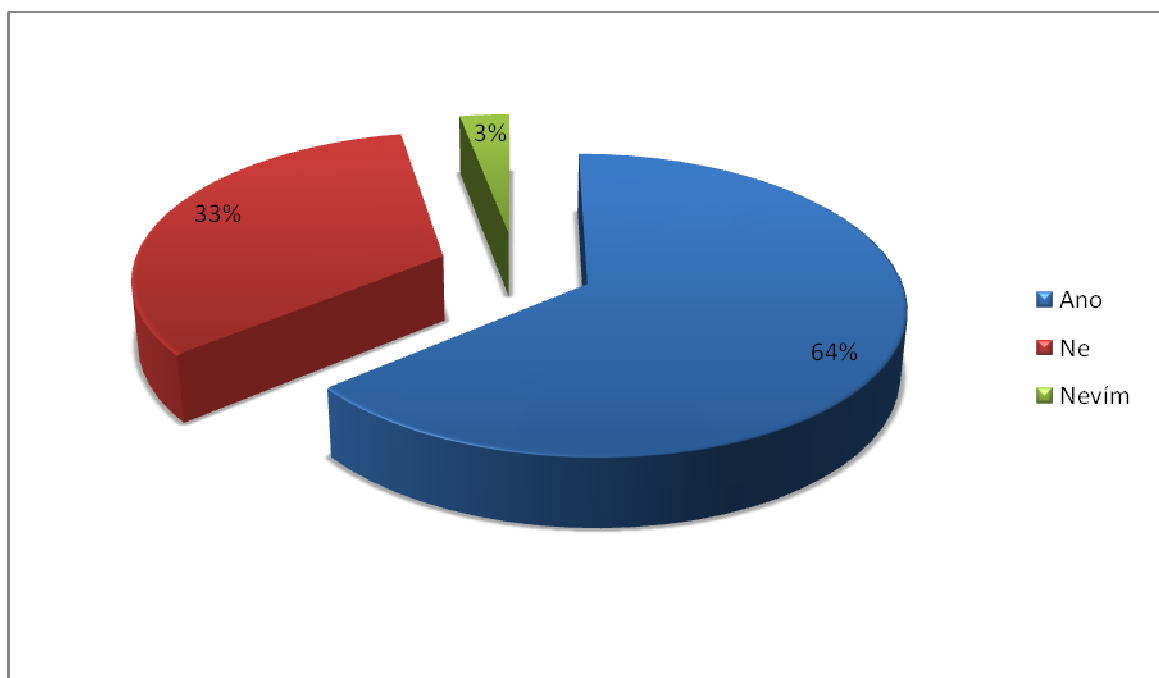
Ze 100 (100 %) respondentek jich 91 (91 %) odpovědělo, že matky (doprovod) využívají možnosti hospitalizace spolu s dítětem často, 9 (9 %) sester uvedlo, že matky (doprovod) této možnosti využívají, ale jen zřídka. Odpověď, že matky tuto možnost téměř nevyužívají, nevybrala žádná (0 %) ze sester, taktéž žádná (0 %) sestra ne zvolila odpověď, že této možnosti doprovod vůbec nevyužívá.

Otázka č. 8: Myslíte, že Vaše oddělení poskytuje vhodné podmínky pro doprovod dítěte?

Tabulka 8: Podmínky pro doprovod

Otázka: Myslíte, že Vaše oddělení poskytuje vhodné podmínky pro doprovod dítěte?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	64	64,00 %
Ne	33	33,00 %
Nevím	3	3,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 8: Podmínky pro doprovod



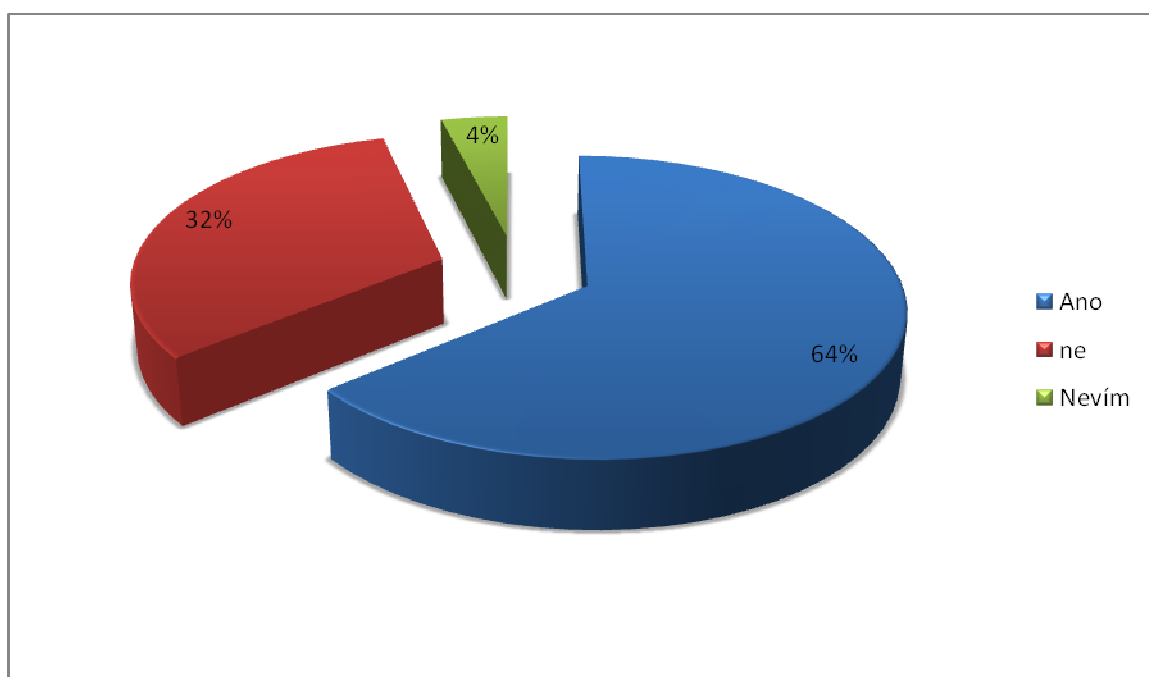
Ze 100 (100 %) respondentek si jich 64 (64 %) myslí, že na oddělení mají vhodné podmínky pro doprovod, 33 (33 %) sester hodnotí podmínky pro doprovod na jejich oddělení jako nevyhovující a 3 (3 %) sestry neví.

Otázka č. 9: Umožňujete pobyt s dítětem v nemocnici všem matkám, které o to zažádají?

Tabulka 9: Možnost hospitalizace všech uchazečů

Otázka č. 9: Umožňujete pobyt s dítětem v nemocnici všem matkám, které o to zažádají?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	64	64,00 %
Ne	32	32,00 %
Nevím	4	4,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 9: Možnost hospitalizace všech uchazečů



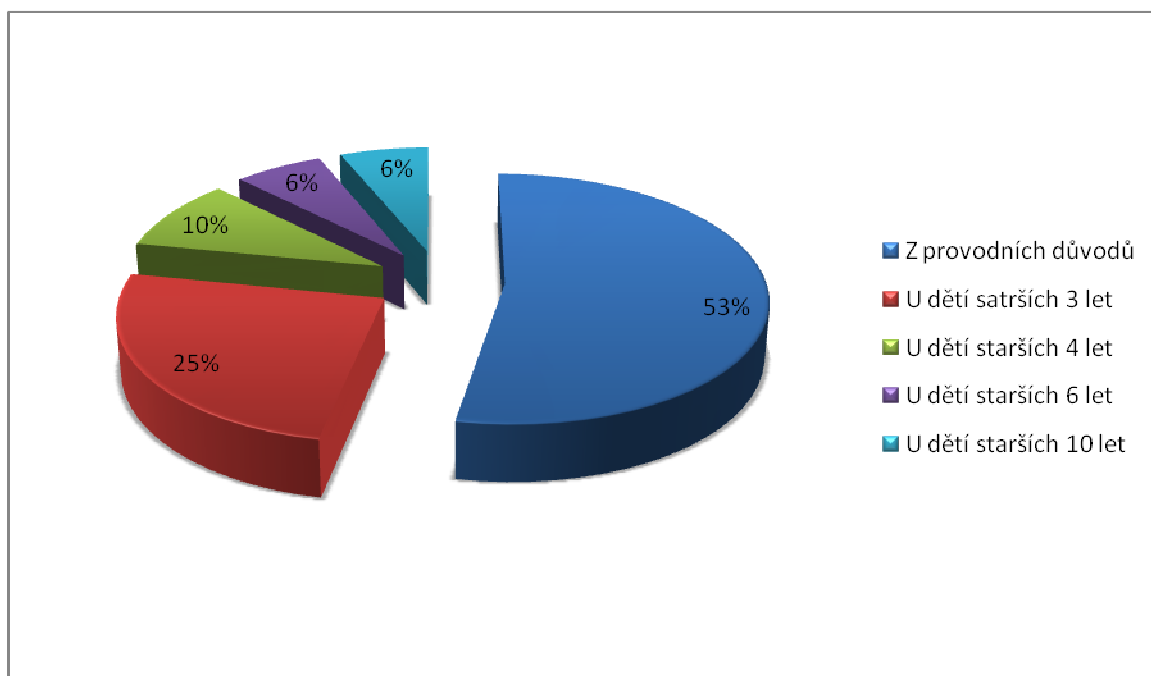
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek jich 64 (64 %) umožní pobyt všem matkám, které o to požádají, 32 (32 %) sester všem matkám v žádosti nevyhoví a 4 (4 %) sestry odpověděly, že neví.

Otázka č. 9

Tabulka 10: Důvody, neumožnění hospitalizace doprovodu s dítětem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Z provozních důvodů	17	53,13 %
U dětí starších 3 let	8	25,00 %
U dětí starších 4 let	3	9,38 %
U dětí starších 6 let	2	6,25 %
U dětí starších 10 let	2	6,25 %
Celkem	32	100 %

Graf 10: Důvody, neumožnění hospitalizace doprovodu s dítětem



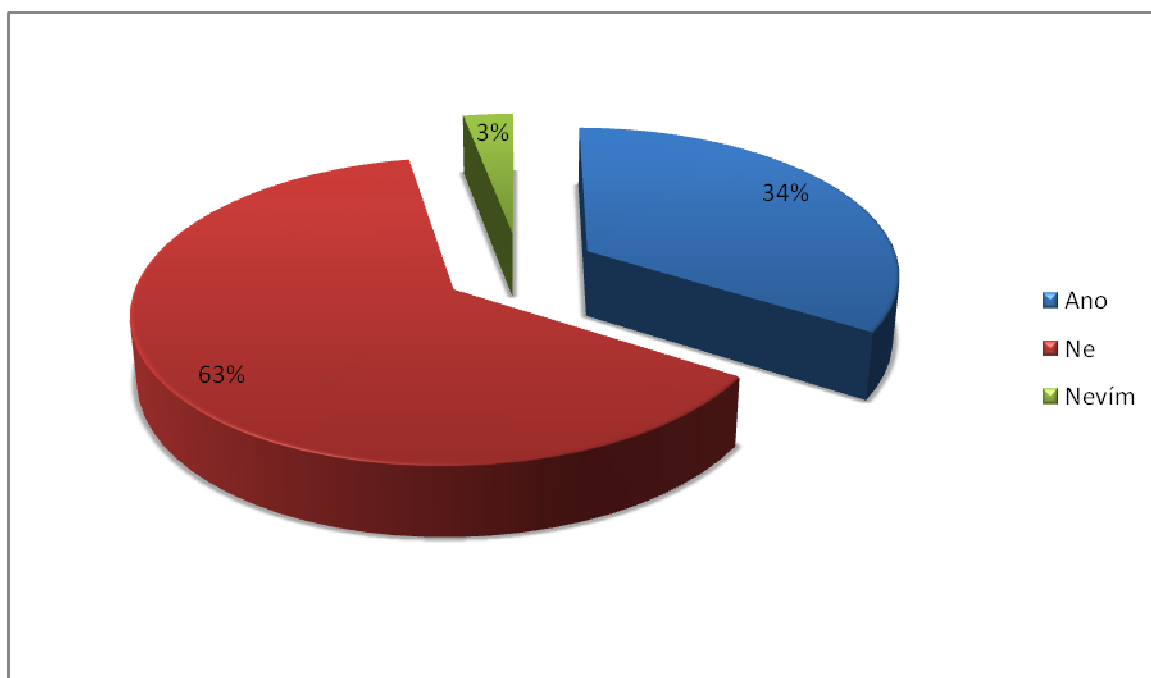
Z celkového počtu 32 (100 %) respondentek jich 17 (53,13 %) odpovědělo, že všem matkám neumožní hospitalizaci s dítětem z provozních důvodů, 8 (25,00 %) sester neumožní hospitalizaci doprovodu u dětí nad 3 roky, 3 (9,38 %) sestry tuto možnost neposkytují doprovodu u dětí nad 4 roky, 2 (6,25 %) sestry odpověděly, že hospitalizaci doprovodu neumožňují u dětí nad 6 let a stejný počet sester - 2 (6,25 %) u dětí nad 10 let.

Otázka č. 10: Myslíte si, že přítomnost doprovodu by měla být omezena jen n některé věkové skupiny dětí?

Tabulka 11: Omezení hospitalizace doprovodu

Otázka č. 10: Myslíte si, že přítomnost doprovodu by měla být omezena jen n některé věkové skupiny dětí?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	34	34,00 %
Ne	63	63,00 %
Nevím	3	3,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 11: Omezení hospitalizace doprovodu



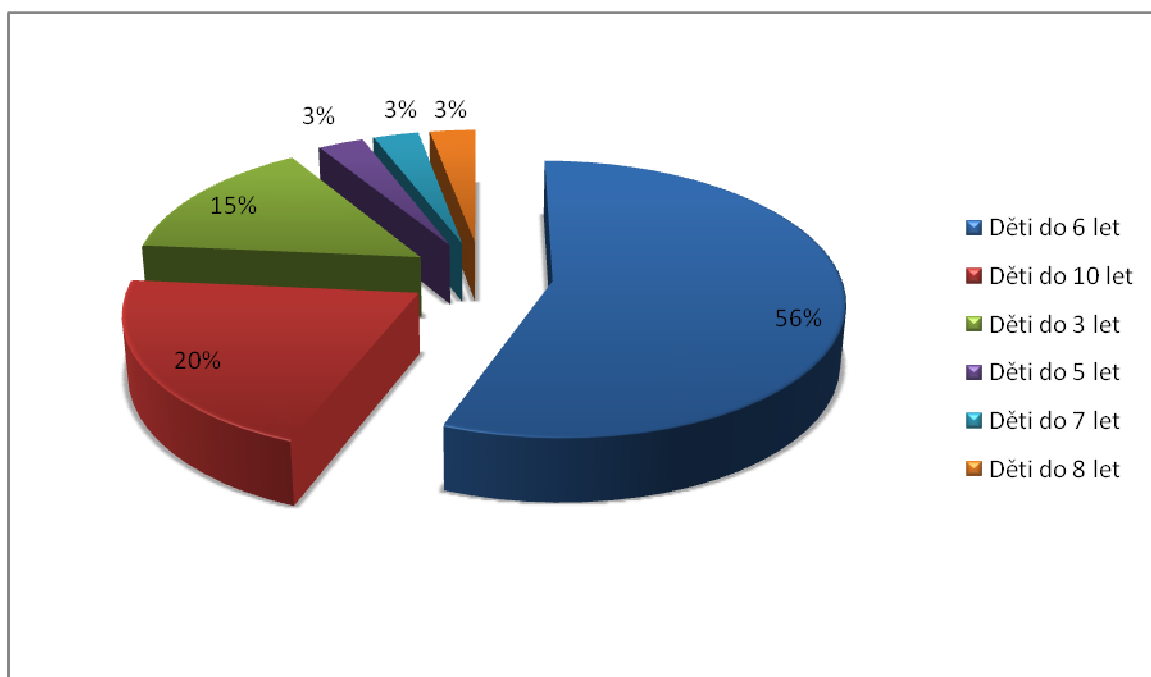
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek si 34 (34 %) z nich myslí, že by hospitalizace dítěte s doprovodem měla být omezena jen na některé věkové skupiny, 63 (63 %) sester zastává názor, že by se tato možnost neměla věkově omezovat a 3 (3 %) sestry neví.

Otázka č. 10

Tabulka 12: Věková omezení hospitalizace doprovodu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Děti do 6 let	19	55,88 %
Děti do 10 let	7	20,59 %
Děti do 3 let	5	14,71 %
Děti do 5 let	1	2,94 %
Děti do 7 let	1	2,94 %
Děti do 8 let	1	2,94 %
Celkem	34	100 %

Graf 12: Věková omezení hospitalizace doprovodu



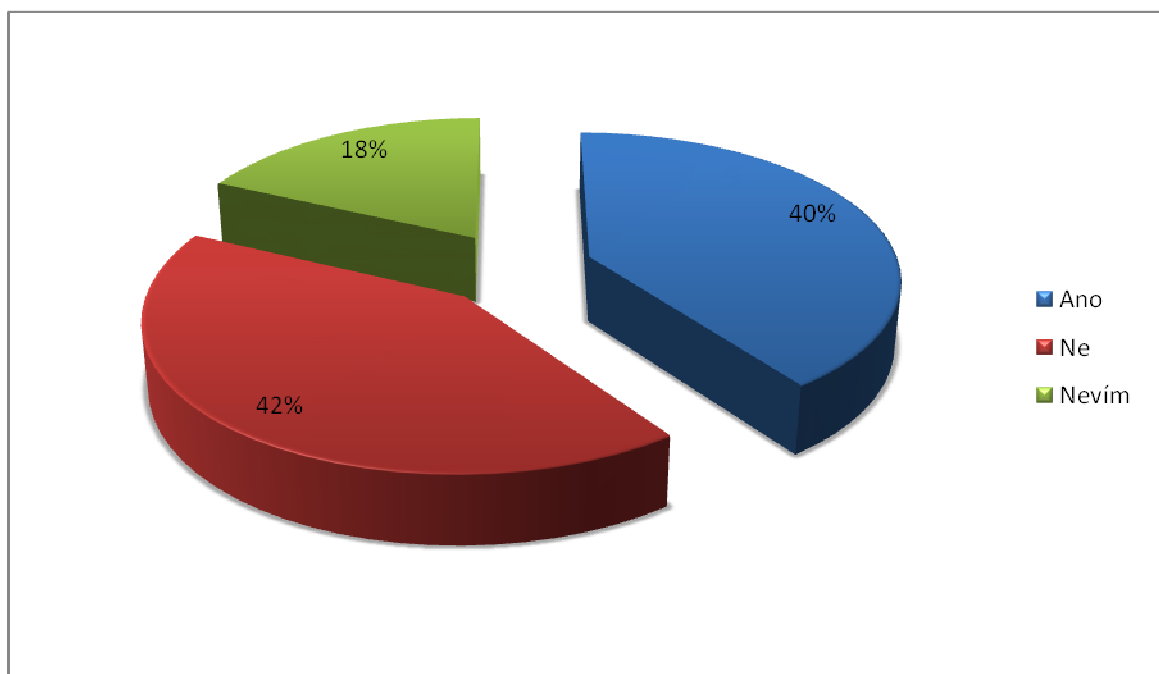
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentek jich 19 (55,88 %) odpovědělo, že by se hospitalizace dětí s doprovodem měla vztahovat jen na děti do 6let, 7 (20,59 %) sester si myslí, že by tuto možnost měly mít děti do 10let, 5 (14,71 %) sester zvolilo jako věkovou hranici pro hospitalizaci s doprovodem 3 roky dítěte, 1 (2,94 %) sestra tuto hranici stanovila na 5 let věku dítěte, 1 (2,94 %) sestra zvolila hranici 7 let a 1 (2,94 %) sestra tuto hranici stanovila na 8 let věku dítěte.

Otázka č. 11: Myslíte si, že je hospitalizace doprovodu s dítětem vhodná vždy?

Tabulka 13: Vhodnost hospitalizace doprovodu

Otázka č. 11: Myslíte si, že je hospitalizace doprovodu s dítětem vhodná vždy?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	40,00 %
Ne	42	42,00 %
Nevím	18	18,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 13: Vhodnost hospitalizace doprovodu



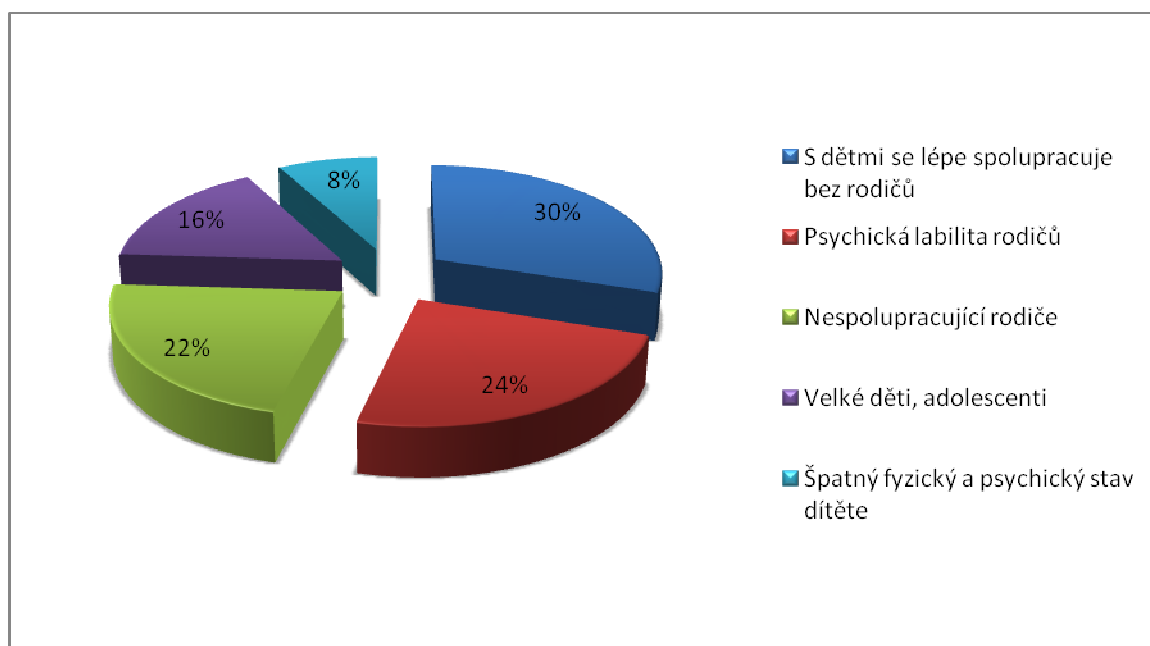
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek si 40 (40 %) z nich myslí, že hospitalizace dítěte s doprovodem je vhodná vždy, 42 (42 %) sester zastává názor, že ne vždy je hospitalizace vhodná a 18 (18 %) sester zvolilo odpověď nevím.

Otázka č. 12: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a NE, v jakém případě si myslíte, že je hospitalizace s doprovodem nevhodná?

Tabulka 14: Nevhodná hospitalizace doprovodu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
S dětmi se lépe spolupracuje bez rodičů	15	30,00 %
Psychická labilita rodičů	12	24,00 %
Nespolupracující rodiče	11	22,00 %
Velké děti, adolescenti	8	16,00 %
Špatný psychický a fyzický stav dítěte	4	8,00 %
Celkem	50	100 %

Graf 14: Nevhodná hospitalizace doprovodu



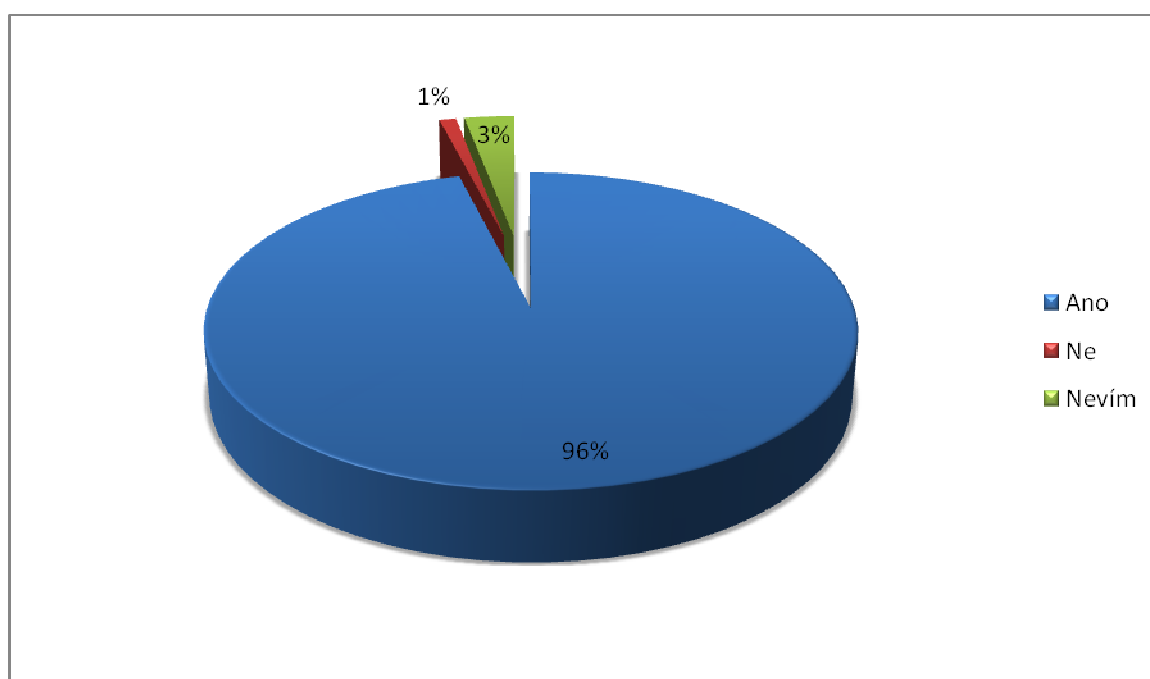
Od celkového počtu 42 (100 %) respondentek bylo získáno 50 (100 %) odpovědí. Sestry měly možnost napsat více odpovědí. 15 (30 %) sester se domnívá, že je hospitalizace s doprovodem nevhodná, pokud dítě lépe spolupracuje bez něj, 12 (24 %) sester odpovědělo, že je takováto hospitalizace nevhodná, pokud je doprovod psychicky labilní, 11 (22 %) sester si myslí, že je vhodnější hospitalizovat dítě bez doprovodu, pokud doprovod nespolečně spolupracuje, 8 (16 %) sester zastává názor, že hospitalizace doprovodu není vhodná u velkých dětí a adolescentů, 4 (8 %) sestry by ji nedoporučily při špatném psychickém a fyzickém stavu dítěte.

Otázka č. 13: Myslíte si, že dítě lépe snáší hospitalizaci v přítomnosti blízké osoby?

Tabulka 15: Snášitelnost hospitalizace s doprovodem

Otázka č. 13: Myslíte si, že dítě lépe snáší hospitalizaci v přítomnosti blízké osoby?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	96	96,00 %
Ne	1	1,00 %
Nevím	3	3,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 15: Snášitelnost hospitalizace s doprovodem



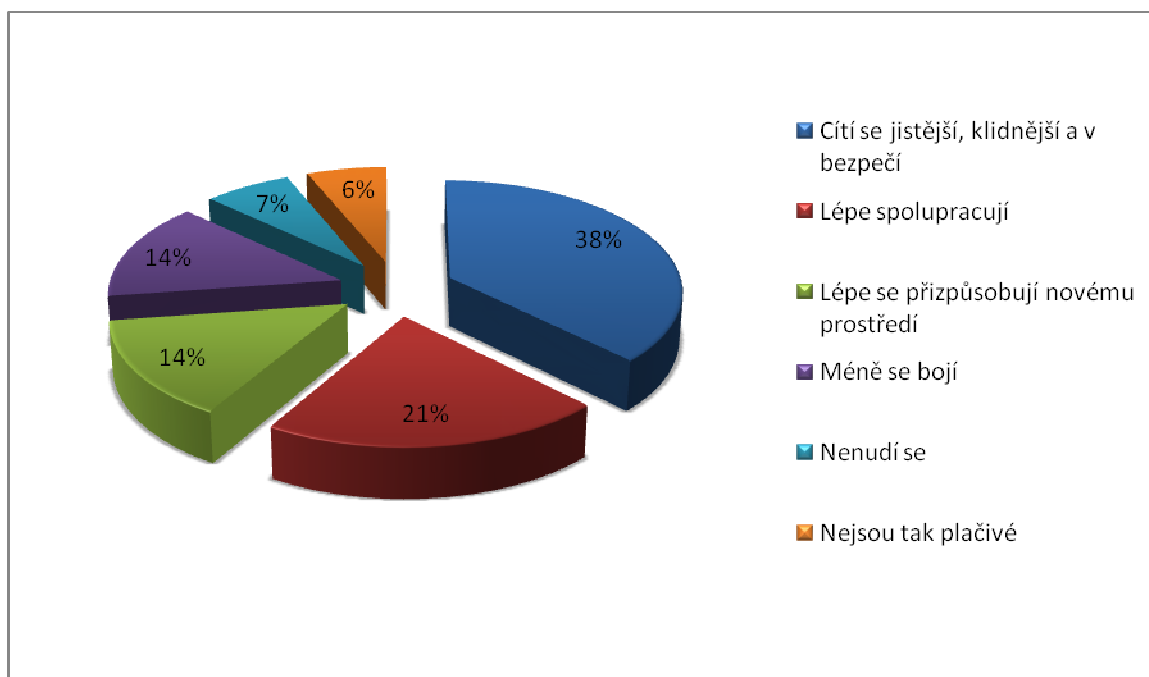
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek jich 96 (96 %) uvedlo, že dítě snáší hospitalizaci lépe s doprovodem, 1 (1 %) sestra si nemyslí, že by přítomnost blízké osoby měla pozitivní vliv na dítě a 3 (3 %) sestry neví.

Otázka č. 14: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, jak se to projevuje?

Tabulka 16: Vliv přítomnosti doprovodu na dítě

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cítí se jistější, klidnější a v bezpečí	66	37,50 %
Lépe spolupracují	37	21,02 %
Lépe se přizpůsobují novému prostředí	25	14,21 %
Méně se bojí	25	14,21 %
Nenudí se	12	6,82 %
Nejsou tak plačtivé	11	6,25 %
Celkem	176	100 %

Graf 16: Vliv přítomnosti doprovodu na dítě



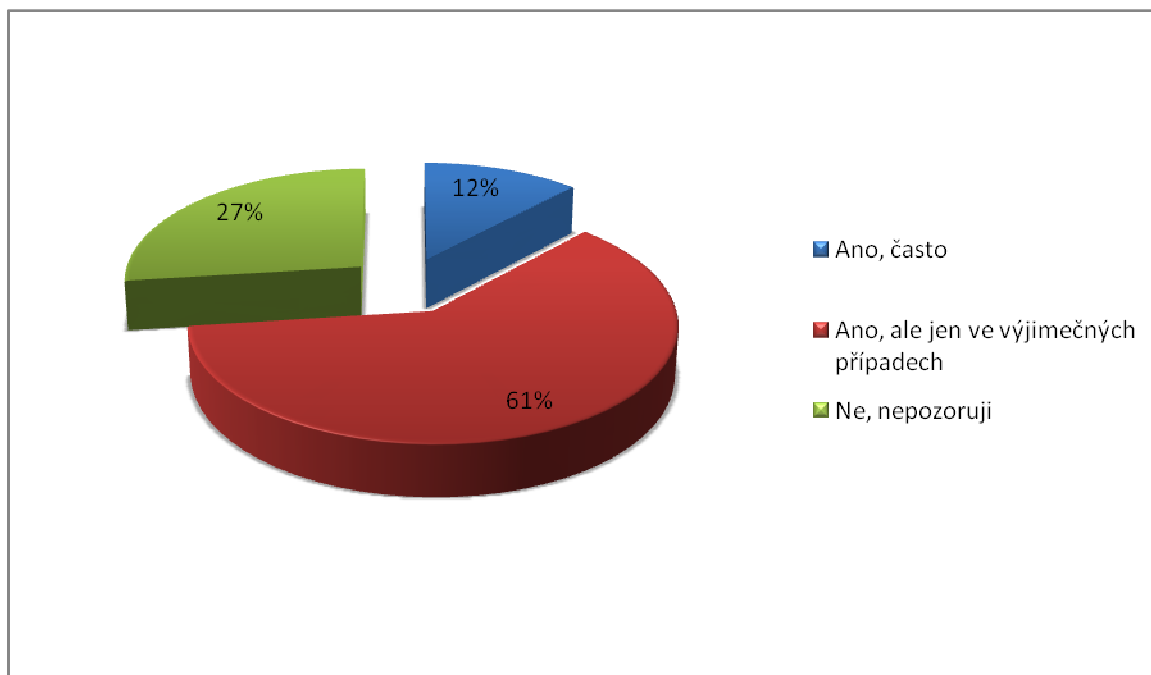
Od celkového počtu 96 (96 %) respondentů bylo získáno 176 odpovědí (100 %). Sestry měly možnost napsat více odpovědí. 66 (37,50 %) sester odpovědělo, že se dítě v přítomnosti doprovodu cítí jistější, klidnější a v bezpečí, 37 (21,02 %) sester uvádí, že dítě hospitalizované s doprovodem lépe spolupracuje, 25 (14,21 %) sester si myslí, že se pak dítě lépe přizpůsobuje novému prostředí, 25 (14,21 %) sester uvádí, že se dítě méně bojí, 12 (6,82 %) sester tvrdí, že se dítě nenudí a 11 (6,25 %) si myslí, že dítě je pak méně plačtivé.

Otázka č. 15: Pozorujete u dětí, které jsou hospitalizovány bez doprovodu, změny v chování, jako jsou - nezáměr o okolí, apatie, návrat k nižšímu vývojovému stupni ...?

Tabulka 17: Změny v chování hospitalizovaných dětí

Otázka č. 15: Pozorujete u dětí, které jsou hospitalizovány bez doprovodu, změny v chování, jako jsou - nezáměr o okolí, apatie, návrat k nižšímu vývojovému stupni ...?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	12	12,00 %
Ano, ale jen ve výjimečných případech	61	61,00 %
Ne, nepozoruji	27	27,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 17: Změny v chování hospitalizovaných dětí



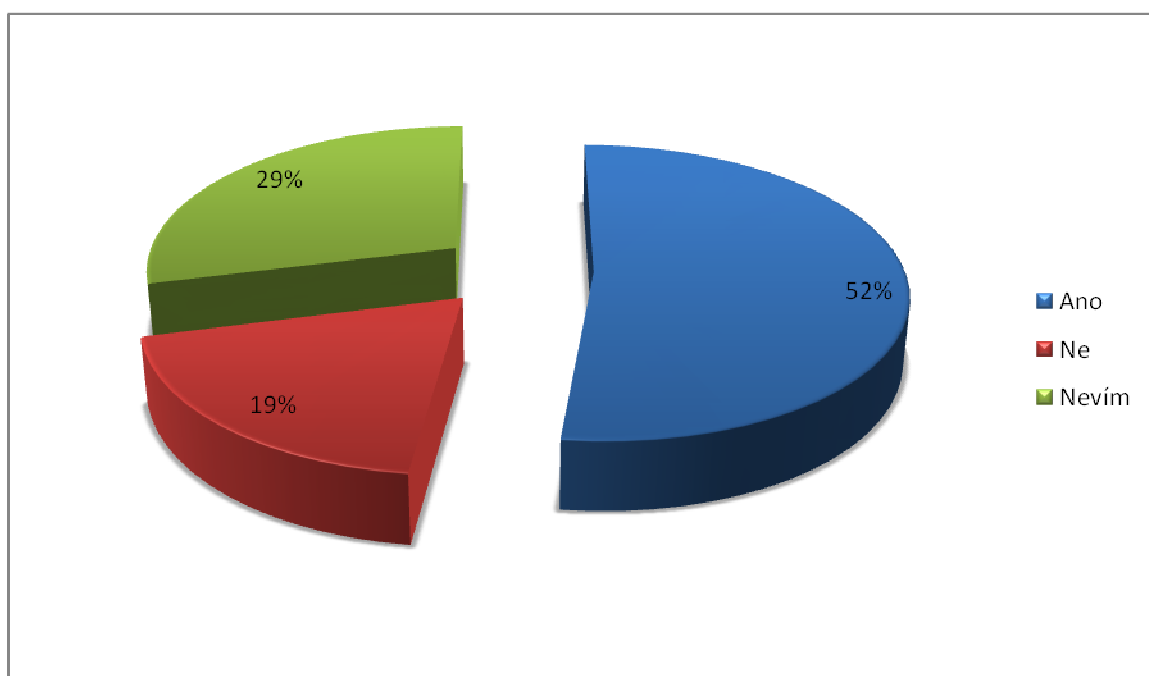
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek odpovědělo 12 (12 %) sester, že u dětí hospitalizovaných bez doprovodu často pozorují změny v chování, 61 (61 %) sester změny v chování dětí hospitalizovaných bez doprovodu pozoruje, ale jen výjimečně a 27 (27 %) sester žádné změny v chování hospitalizovaných dětí nepozoruje.

Otázka č. 16: Dodržujete nějaké zásady při komunikaci s dětmi?

Tabulka 18: Dodržování zásad při komunikaci s dětmi

Otázka č. 16: Dodržujete nějaké zásady při komunikaci s dětmi?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	52,00 %
Ne	19	19,00 %
Nevím	29	29,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 18: Dodržování zásad při komunikaci s dětmi



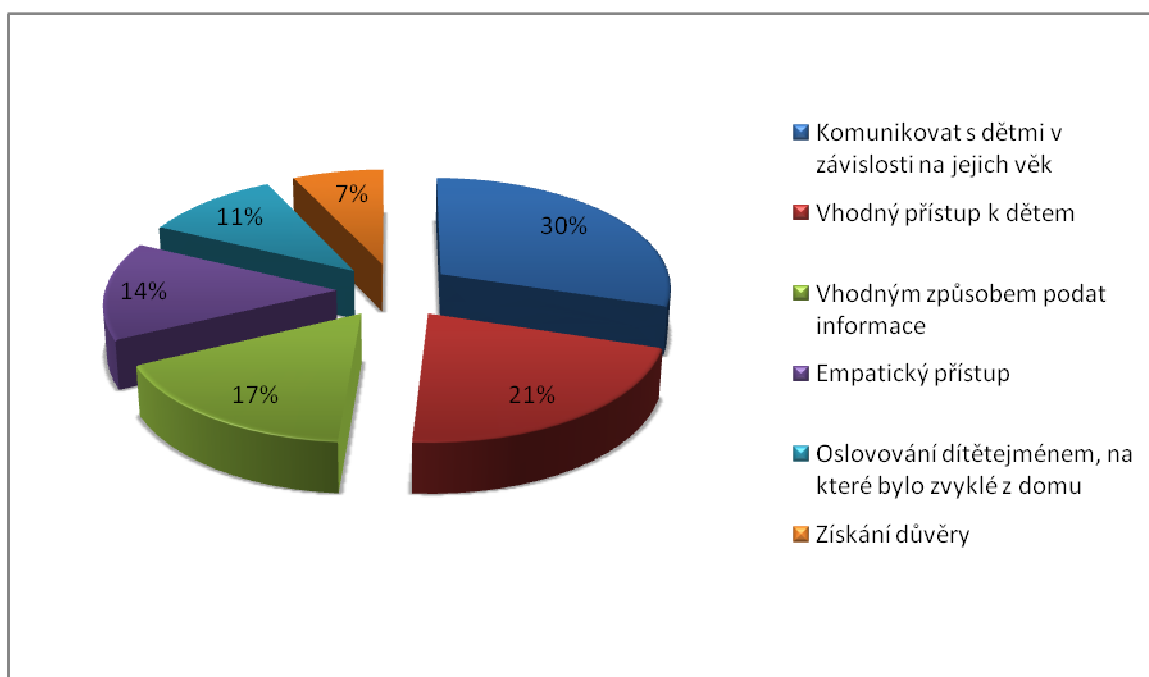
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek jich 52 (52 %) dodržuje zásady při komunikaci s dětmi, 19 (19 %) sester žádné zásady v komunikaci nedodržuje a 29 (29 %) sester neví, zda nějaké zásady dodržuje či ne.

Otázka č. 16

Tabulka 19: Zásady při komunikaci s dětmi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Komunikovat s dětmi v závislosti na jejich věk	25	29,76 %
Vhodný přístup k dětem	18	21,43 %
Vhodným způsobem podat informace	14	16,67 %
Empatický přístup	12	14,29 %
Oslovování dítěte jménem, na které bylo zvyklé z domu	9	10,71 %
Získání důvěry	6	7,14 %
Celkem	84	100 %

Graf 19: Zásady při komunikaci s dětmi



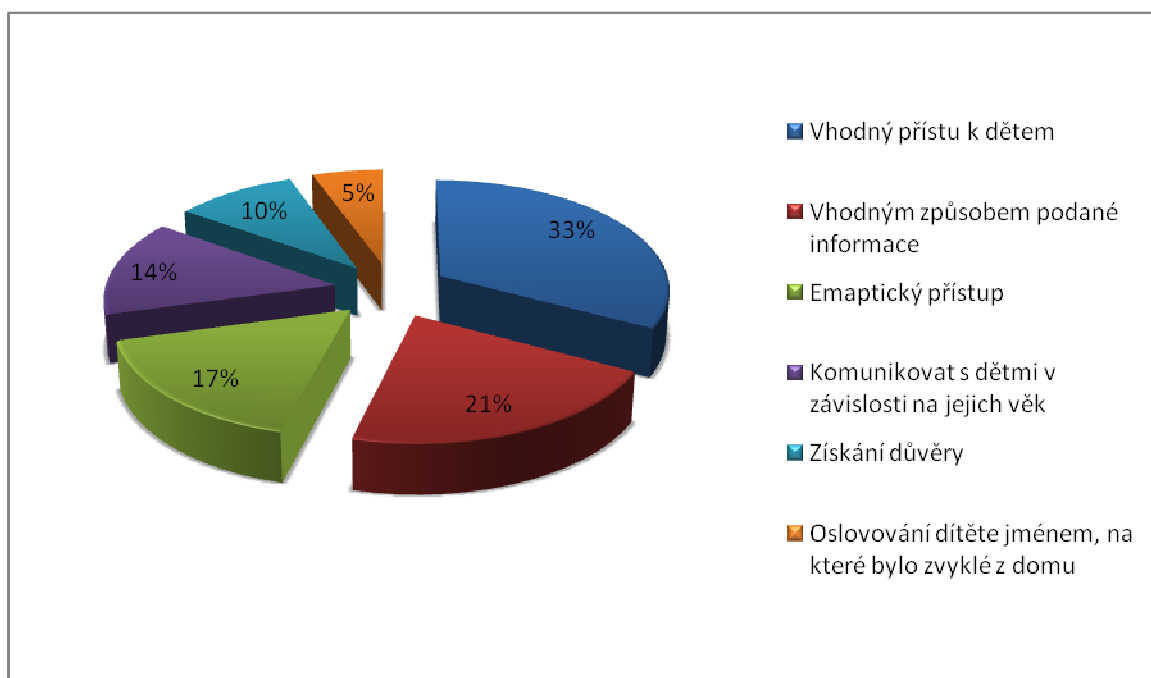
Od celkového počtu 52 (100 %) respondentek bylo získáno 84 (100 %) odpovědí. 25 (29,76 %) sester jako zásadu při komunikaci s dětmi uvedlo komunikovat v závislosti na věku dítěte, 18 (21,43 %) sester považuje za důležité zvolení vhodného přístupu, 14 (16,67 %) sester odpovědělo, že je důležité podat informace vhodným způsobem, 9 (10,71 %) sester jako zásadu vidí oslovování dítěte jménem na jaké bylo zvyklé z domu a 6 (7,14 %) sester uvedlo jako zásadu získání důvěry.

Otázka č. 17: Co si myslíte, že je důležité dodržovat při komunikaci s dětmi?

Tabulka 20: Pravidla komunikace s dětským pacientem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vhodný přístup k dětem	65	32,83 %
Vhodným způsobem podat informace	42	21,21 %
Empatický přístup	33	16,67 %
Komunikovat s dětmi v závislosti na jejich věk	28	14,14 %
Získání důvěry	19	9,60 %
Oslovování dítěte jménem, na které bylo zvyklé z domu	11	5,56 %
Celkem	198	100 %

Graf 20: Pravidla komunikace s dětským pacientem



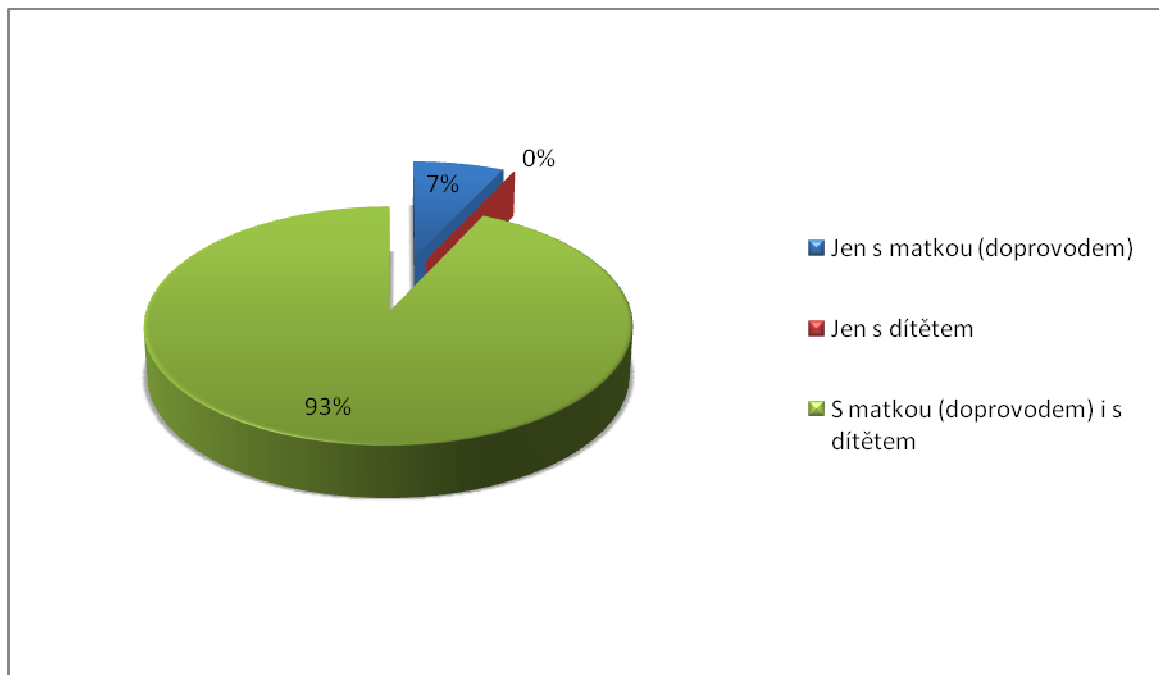
Od celkového počtu 100 (100 %) respondentek bylo získáno 198 (100 %) odpovědí, jelikož sestry měly možnost napsat více odpovědí. 65 (32,83 %) sester si myslí, že při komunikaci s dětmi je důležité zvolit vhodný přístup, 42 (21,21 %) sester považuje za důležité podat informace vhodným způsobem, 33 (16,67 %) sester přikládá význam empatickému přístupu, 28 (14,14 %) sester považuje za důležité komunikovat s dítětem v závislosti na jeho věku, 19 (9,60 %) sester, uvedlo získání důvěry a 11 (5,56 %) sester odpovědělo, že je důležité oslovovat dítě jménem, na které bylo zvyklé z domova.

Otázka č. 18: Při sdělování informací komunikujete:

Tabulka 21: Předávání informací

Otázka č. 18: Při sdělování informací komunikujete:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jen s matkou (doprovodem)	7	7,00 %
Jen s dítětem	0	0,00 %
S matkou (doprovodem) i s dítětem	93	93,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 21: Předávání informací



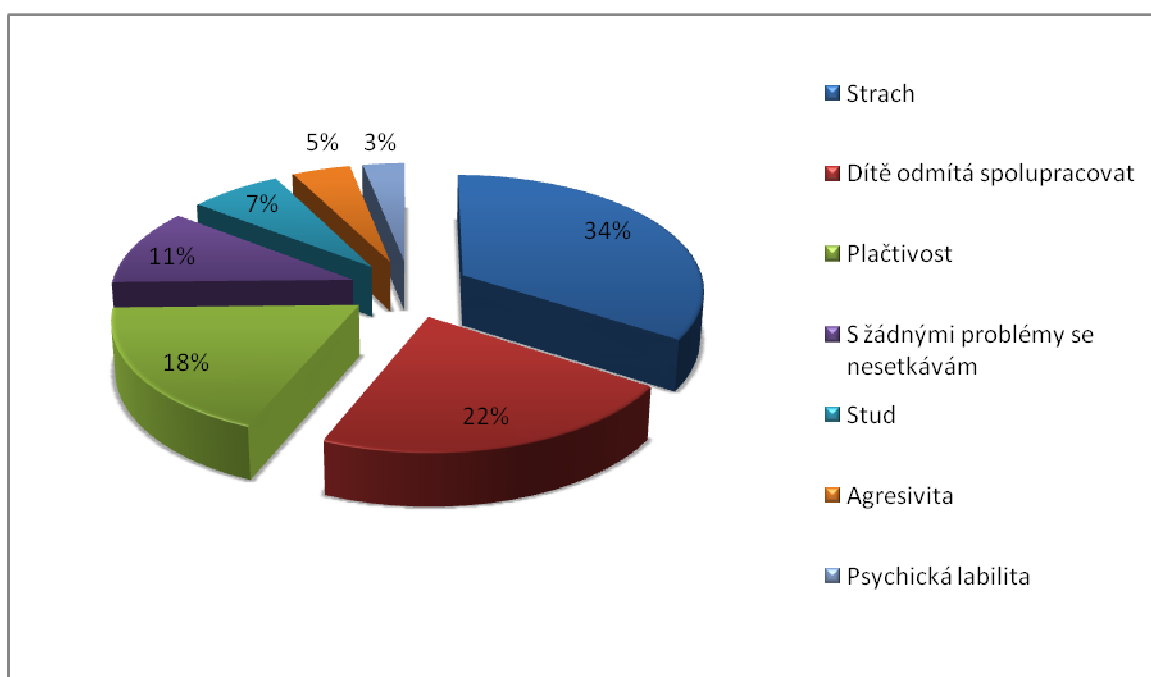
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek 7 (7 %) při sdělování informací komunikuje pouze s matkou (doprovodem), žádná (0 %) ze sester nekomunikuje jen s dítětem a 93 (93 %) sester komunikují jak s matkou (doprovodem), tak i s dítětem.

Otázka č. 19: S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při komunikaci s dětmi?

Tabulka 22: Problémy při komunikaci s dětmi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Strach	54	34,18 %
Dítě odmítá spolupracovat	35	22,15 %
Plačtivost	29	18,35 %
S žádnými problémy se neseťkávám	17	10,76 %
Stud	11	6,96 %
Agresivita	7	4,43 %
Psychická labilita	5	3,17 %
Celkem	158	100 %

Graf 22: Problémy při komunikaci s dětmi



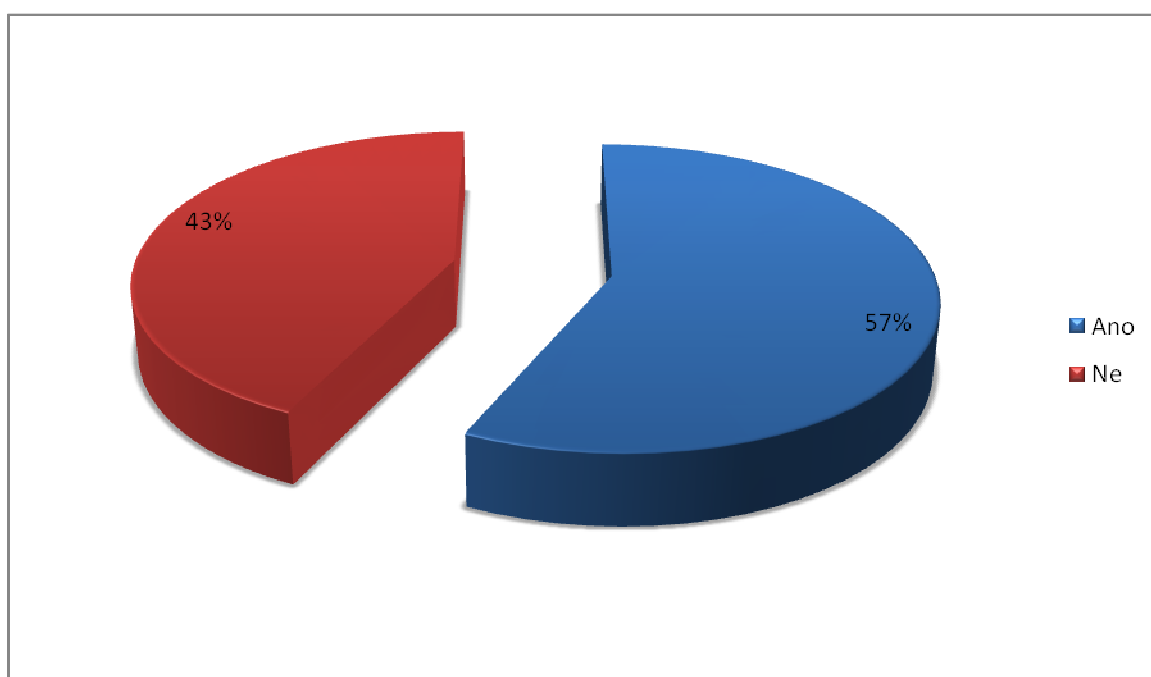
Od celkového počtu 100 (100 %) respondentek bylo získáno 158 odpovědí. Sestry měly možnost napsat více odpovědí. Nejvíce a to 54 (34,18 %) sester uvedlo jako problém při komunikaci s dítětem strach. Druhým nejčastěji zmiňovaným problémem bylo, že dítě odmítá spolupracovat - 35 (22,15 %) sester, 29 (18,35 %) sester uvedlo jako problém plačtivost, 17 (10,76 %) sester se s žádnými problémy při komunikaci s dětmi neseťkává, 11 (6,96 %) sester jako překážku při komunikaci uvedlo stud dítěte, pro 7 (4,43 %) sester je překážkou agresivita dítěte a 5 (3,17 %) sester jako problém při komunikaci vidí psychickou labilitu dítěte.

Otázka č. 20: Je na Vašem oddělení herna?

Tabulka 23: Přítomnost herny na oddělení

Otázka č. 20: Je na Vašem oddělení herna?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	57	57,00 %
Ne	43	43,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 23: Přítomnost herny na oddělení



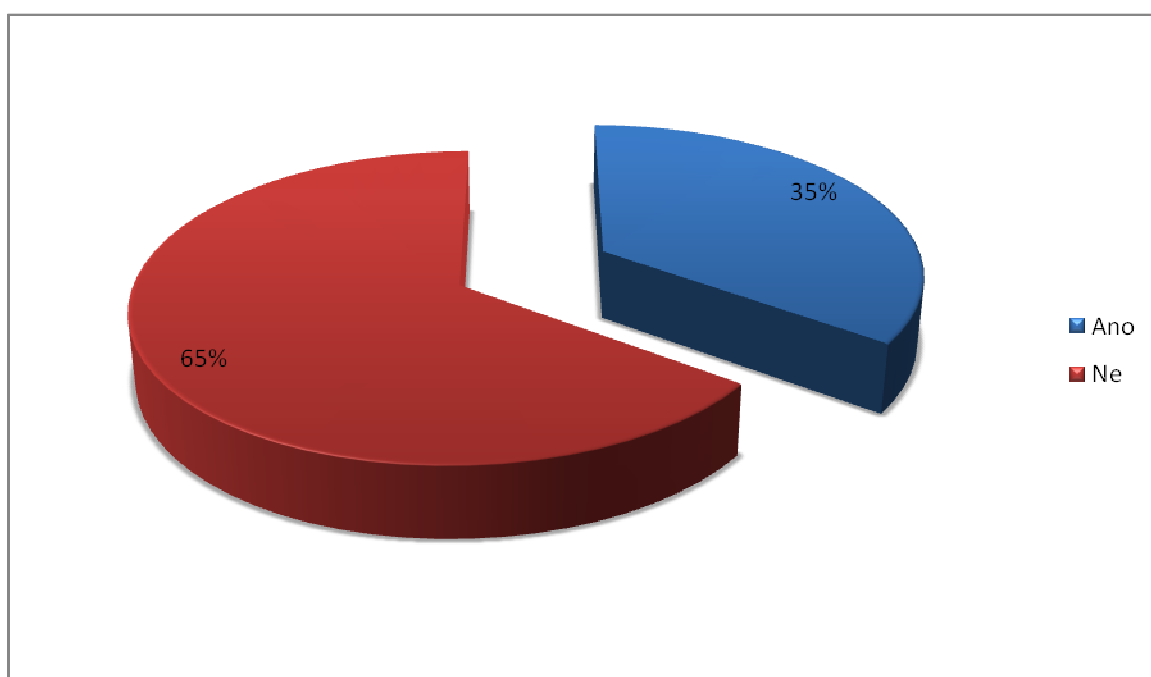
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek jich 57 (57 %) odpovědělo, že na jejich oddělení herna je a naopak 43 (43 %) sester uvedlo, že jejich oddělení hernu postrádá.

Otázka č. 21: Myslíte si, že je dostatečně vybavena?

Tabulka 24: Vybavenost herny

Otázka č. 21: Myslíte si, že je dostatečně vybavena?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	35,00 %
Ne	65	65,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 24: Vybavenost herny



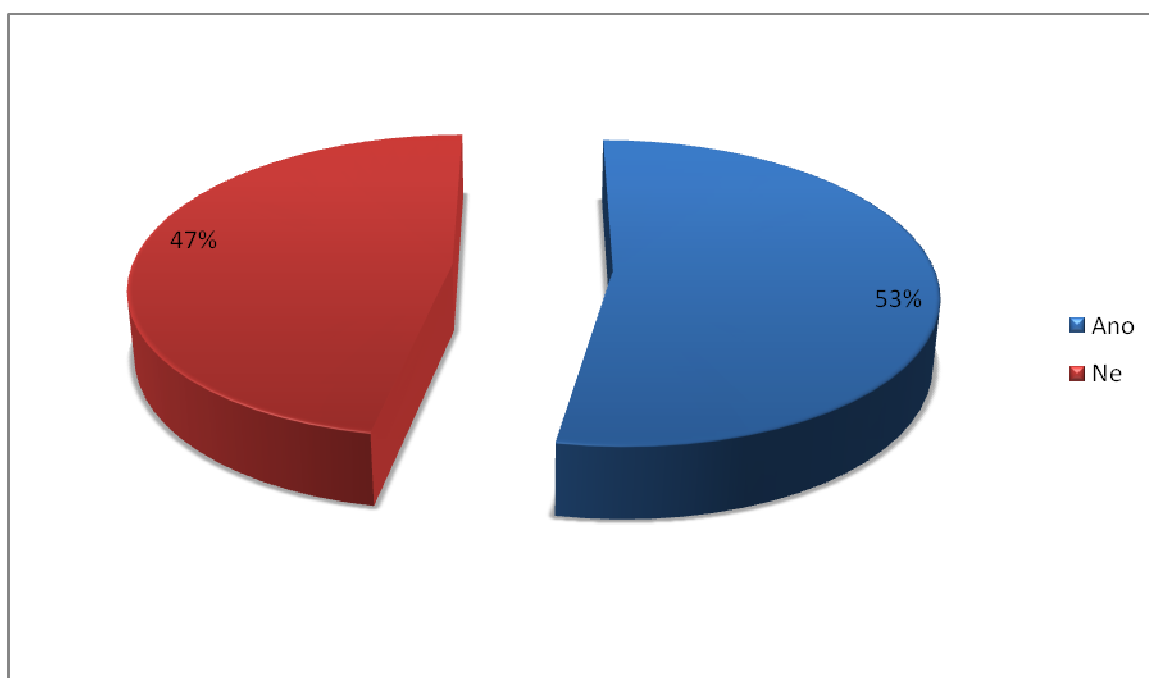
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 35 (35 %) z nich, že herna na jejich oddělení je dostatečně vybavena, 65 (65 %) sester si myslí, že herna na jejich oddělení dostatečně vybavena není.

Otázka č. 22: Navštěvuje Vaše oddělení herní terapeut?

Tabulka 25: Přítomnost herního terapeuta na oddělení

Otázka č. 22: Navštěvuje Vaše oddělení herní terapeut?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	53	53,00 %
Ne	47	47,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 25: Přítomnost herního terapeuta na oddělení



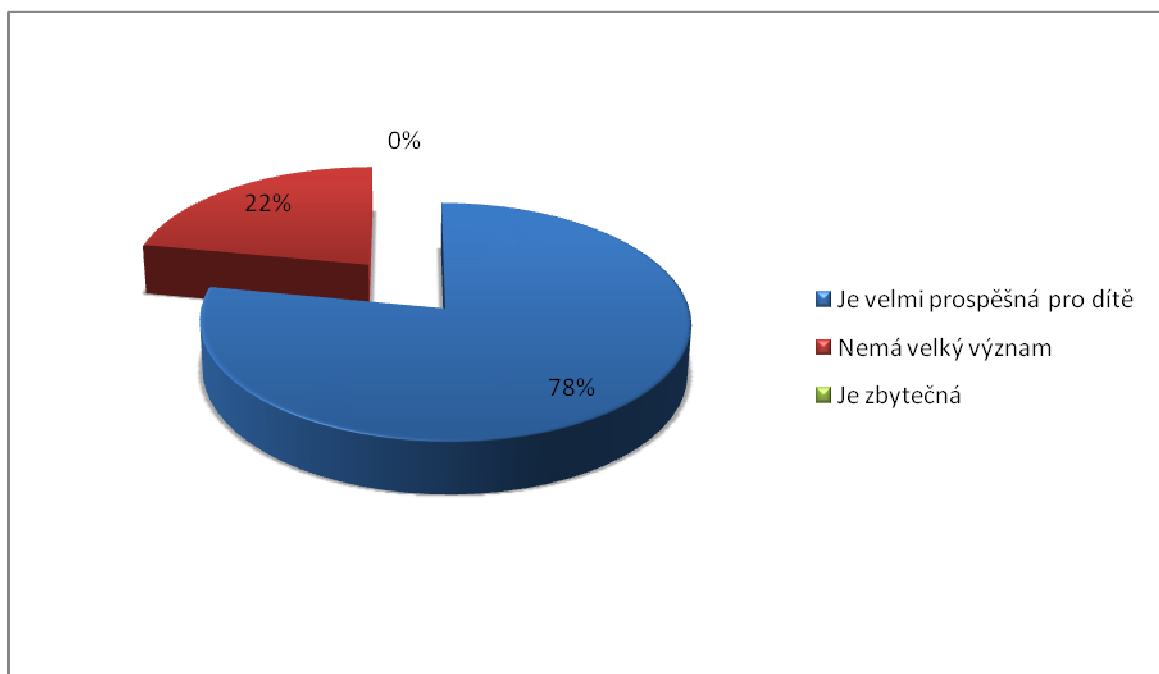
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek odpovědělo 53 (53 %) sester, že jejich oddělení navštěvuje herní terapeut a 47 (47 %) sester se s herním terapeutem na svém oddělení neseťkává.

Otázka č. 23: Co si myslíte o herní terapii?

Tabulka 26: Přínos herní terapie

Otázka č. 23: Co si myslíte o herní terapii?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je velmi prospěšná pro dítě	78	78,00 %
Nemá velký význam	22	22,00 %
Je zbytečná	0	0,00 %
Celkem	100	100 %

Graf 26: Přínos herní terapie



Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek odpovědělo 78 (78 %) sester, že je herní terapie velmi prospěšná pro dítě, 22 (22 %) sester si myslí, že herní terapie nemá velký význam, žádná ze sester (0 %) si nemyslí, že je herní terapie zbytečná.

10 DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila čtyři cíle. Pro získání dat potřebných k dosažení těchto vytyčených cílů jsem použila kvantitativní metodu výzkumu a vypracovala dotazník. Dotazník byl určen pro sestry z dětských oddělení. Výzkum byl po povolení dotazníkového šetření náměstkyněmi ošetrovatelské péče uskutečněn v nemocničním zařízení Zlínského a Jihomoravského kraje.

Celkem jsem v obou nemocnicích rozdala 120 dotazníků a nazpět jsem jich získala 100, tudíž byla návratnost 80%. Ve Zlínském kraji bylo rozdáno 35 dotazníků a k mému překvapení byla návratnost opravdu vysoká. Celkem jsem nazpět získala 33 dotazníků, což je 94,3% návratnost. V Jihomoravském kraji jsem rozdala 85 dotazníků a nazpět jsem jich získala 67, což je 78,8% návratnost.

Dotazníkové šetření jsem doplnila také o rozhovory, abych zjistila názor rodičů na tuto problematiku. Celkem jsem oslovila 6 rodičů a položila jim 4 otázky, týkající se jejich zkušeností s hospitalizací s dítětem (viz. příložené CD).

Úvodní otázky z dotazníku byly určeny k získání základních dat o respondentech. Zde jsem zjistila, že na odděleních, kde probíhal výzkum, pracují pouze ženy, tedy 100 % respondentů. Tento výsledek jsem předpokládala.

Nejčastější věková kategorie sester ve zkoumaných zařízeních byla 31 - 40 let, v této kategorii bylo 40 (40 %) sester. Druhou nejčastější kategorií byl věk 21 – 30 let, do které se zařadilo 37 (37 %) sester, na třetím místě byla věková kategorie 41 – 50 let, již uvedlo 11 (11 %) sester, na předposledním místě se umístila věková kategorie nad 50 let, kterou označilo 8 (8 %) sester a poslední, nejméně početnou kategorií, byl věk do 20 let. Do této věkové skupiny se zařadily 4 (4 %) sestry. Z toho vyplývá, že ve zkoumaném vzorku se nejčastěji objevovala střední věková hranice sester. Velmi mladých sester a naopak sester ve vyšším věku bylo nejméně. Tato skutečnost je dle mého názoru způsobena tím, že sestry musí studovat podstatně delší dobu. Systém vzdělávání sester prošel velkými změnami. Střední zdravotnické školy již nejsou dostačující pro výkon povolání všeobecné zdravotní sestry. Absolventi těchto škol jsou označováni jako zdravotničtí asistenti a nemohou pracovat samostatně, nýbrž pod odborným dohledem. Také jejich kompetence jsou značně omezené. Aby mohly pracovat jako všeobecné sestry bez odborného dohledu, musí absolvovat buď vyšší odbornou, nebo vysokou školu v tomto oboru a následně se zaregistrovat v Národním registru sester. Proto do zaměstnání nastupují nejdříve po 20. roce věku.

Potřeba dalšího vzdělávání nelékařských zdravotních pracovníků je důvodem, proč v nemocnicích pomalu narůstá počet absolventek vyšších odborných škol a sester bakalářek. Tento trend je dán nejen současným systémem vzdělávání sester, ale také tím, že nemocnice stále více dbají na zvyšování kvalifikace a odbornosti svých zaměstnanců, čímž zvyšují kvalitu poskytované péče. Tyto informace také korespondují s výsledky získanými z další otázky dotazníkového šetření, z níž jsem zjistila, že největší počet sester pracujících na dětských odděleních se na své povolání připravoval pouze na střední škole. Uvedlo to 60 (60 %) sester. Z mého pohledu je sester se středoškolským vzděláním nejvyšší počet z toho důvodu, že účastnicím výzkumu bylo nejčastěji od 31- 40 let. V době, kdy tyto sestry absolvovaly střední zdravotnickou školu, nebylo třeba, aby dále studovaly a mohly tedy ihned nastoupit do pracovního procesu. Absolventek vyšší odborné školy bylo 28 (28 %) a absolventek bakalářského studia bylo 12 (12 %).

Dále jsem otázky v dotazníku zaměřovala na získání informací potřebných ke zjištění cílů, které jsem si stanovila.

Cíl č. 1 - Zjistit názory sester na hospitalizaci dítěte s doprovodem a vliv hospitalizace na psychiku dítěte.

Problematikou hospitalizovaných dětí se od roku 1988 zabývá Nadační fond Klíček. Jeho snahou bylo zjistit, jaký vliv má hospitalizace na dítě. Prvními pokusy jak ulehčit dětem pobyt v nemocnici se vztahovaly ke změně a především zpříjemnění prostředí dětského oddělení. Nové poznatky ovšem prokázaly, že pobyt dítěte je ovlivněn především lidmi, kteří se kolem něj pohybují, zda jsou mu na blízku lidé známí a blízcí, nebo zda je od nich odloučeno.

V 6. čísle časopisu *Diagnóza v ošetrovatelství* vydaném v roce 2006 je otištěn článek Bc. Dagmar Klimentové na téma: *Jak to vidí rodiče: Anketa pro rodiče o zkušenostech z hospitalizace jejich dítěte*. V této anketě jsou oslovováni rodiče hospitalizovaných dětí. Mimo jiné byli rodiče dotazováni na jejich zážitky z nemocnice, když byli oni jako děti hospitalizováni. Jejich častou první vzpomínkou, nikterak příjemnou, bylo odloučení od rodiny, stesk a smutek. Není se čemu divit. V cizím prostředí, jakým nemocnice bezpochyby je, se necítí dobře ani dospělý člověk, natož dítě, které tuto situaci vnímá daleko citlivěji. Pokud musí být po celou dobu hospitalizace samo, může to v něm zanechat negativní vzpomínky a zkušenosti, které do budoucna mohou ovlivnit jeho postoj k nemocnicím,

lékařům a sestřám. Dříve nebylo možné, aby s dětmi na oddělení zůstávali i rodiče. Dnešní nemocnice tuto možnost již často nabízí.

Z dotazníkového šetření jasně vyplynulo, že sestry přítomnost rodičů (doprovodu) vnímají veskrze kladně a takový postoj k této skutečnosti také zaujímají. Nemyslí si, že by přítomnost blízké osoby po celou dobu hospitalizace dítěte negativním způsobem ovlivňovala ošetrovatelskou péči či průběh samotné hospitalizace.

Téměř jednohlasně se respondentky (96 %) shodly, že je přítomnost doprovodu pro dítě přínosná a zastávají názor, že dítě se takto s hospitalizací lépe vyrovná jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Pouze 1 (1 %) sestra si myslí, že přítomnost blízké osoby neovlivňuje snášenlivost hospitalizace dítěte a 3 (3 %) sestry neví.

Při jejich zdůvodnění, proč si myslí, že je takováto hospitalizace dětmi lépe snášena, jsem se nejčastěji setkala s odpovědí, že se dítě cítí jistější, klidnější a v bezpečí. Celkem se tento názor objevil v odpovědích sester 66krát (37,5 %). I já si myslím, že je to hlavní důvod, proč je hospitalizace doprovodu vhodná. Přes veškerou snahu personálu vytvořit prostředí dětského oddělení co nejvíce podobné domácímu, jsou zde značné rozdíly, které dítě vnímá. Zvyknout si a adaptovat se na takové prostředí je pro dítě mnohdy náročné. Přítomnost rodiče (doprovodu) jim proces přizpůsobení ulehčuje. S lepší adaptabilitou dětí souhlasí 25 (14,21 %) sester. Hlavní výhodu vidí 37 (21,02 %) sester v lepší spolupráci s dítětem. Dítě se v přítomnosti někoho komu věří, cítí uvolněně a dobře, nedělá mu takový problém komunikovat se zdravotnickým personálem. Prostředí nemocnice, bílé pláště lékařů a uniformy sester to vše často vzbuzuje u dětí strach. I v tomto může přítomnost doprovodu dětem hodně pomoci. Mají pocit, že pokud je s nimi blízký člověk, ochrání je před vším „zlým“, co je v nemocnici čeká, čímž se jejich strach zmírňuje. Tento názor zastává 25 (14,21 %) respondentek. Dalšími důvody, které se sestry uváděly, bylo zabavení dítěte a menší plačtivost. Dítě se nenudí a čas v nemocnici mu mnohem lépe utíká. Celkem jsem získala 176 důvodů, proč je přítomnost rodiče (doprovodu) pro dítě přínosná, od 96 sester. Podobné výsledky získala ve své bakalářské práci na téma Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči Lucie Žáková, studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prováděla výzkum pomocí dotazníkového šetření mezi sestrami z dětského oddělení a také mezi rodiči hospitalizovaných dětí. Sester se mimo jiné dotazovala na nejčastější důvody, proč upřednostňují hospitalizaci dětí s rodiči. Z výsledků výzkumu mezi sestrami zjistila, že většina - 61% respondentů si myslí, že hospitalizace doprovodu dítěte je vhodná především z toho důvodu, že se dítě cítí celkově lépe. Tento výsledek, ke které-

mu dospěla, se shoduje s mými poznatky v této oblasti. Ostatní respondenti účastníci se výzkumu této studentky se rozdělují do několika menších skupinek, z nichž jedna skupinka uvádí, že takový pobyt je lepší i pro rodiče, kteří se pak o dítě méně bojí. Další skupinka sester zastává názor, že rodiče mají lepší přehled o péči o dítě a v neposlední řadě si sestry myslí, že se pak děti rychleji uzdravují. S těmito názory jsem se u svých respondentů nese-tkala.

Většina sester (63 %) by z toho důvodu ani neurčovala věkové hranice dětí, jimž bude přítomnost doprovodu po dobu hospitalizace umožněna. Zastávají názor, že hospitalizace doprovodu by měla být umožněna bez ohledu na věk dítěte. Pokud si to dítě i rodič (doprovod) přejí, nemělo by se jim v tom bránit. Menší počet - 34 (34 %) sester tento názor nesdí-lí. Myslí si, že nějaké věkové limity by být měly. Každá sestra má ovšem jiné představy o ideálním věku pro stanovení této věkové hranice. Hranici 6let by zvolilo 19 (55,88 %) sester, hranici 10let by zvolilo 7 (20,59 %) sester, 5 (14,71 %) sester by tuto možnost poskytlo dětem do 3let věku a věk do 5, 7 a 8let by zvolila vždy 1 (2,94 %) sestra. Zda je určitá věková hranice vhodná či ne 3 (3 %) sestry neví. Myslím si, že určitá věková hranice by stanovena být měla. Jako vhodnou hranici bych volila 6 - 8 rok života dítěte. Tento věk vidím optimální z toho důvodu, že dítě je již samostatné, je zvyklé trávit určitý čas bez přítomnosti rodičů a dokáže se již dobře adaptovat na nově vzniklé podmínky, čímž hospitalizace jednoznačně je.

Sestry sice uvádějí, že hospitalizace doprovodu je pro dítě jistě přínosná, ovšem jedním dechem nezapomínají dodat, že jsou i výjimky, kdy přítomnost blízké osoby po dobu pobytu v nemocnici není zrovna ideálním řešením. Že jsou případy, kdy hospitalizace dětí s doprovodem není vhodná si myslí 42 (42 %) sester a celkem uvedly 50 (100 %) příkladů těchto situací. Při rozboru předešlé otázky jsem uvedla, že při hospitalizaci doprovodu dítě lépe spolupracuje. Není tomu tak ovšem ve všech případech. Někdy děti daleko lépe spolupracují bez přítomnosti rodičů (doprovodu), to také uvedlo 15 (30 %) sester. Druhým nejčastějším důvodem, kdy se sestrám zdá hospitalizace doprovodu nevhodná je psychická labilita rodičů, projevující se zvýšenou plačtivostí agresivitou nebo hysterií. V takovém případě by 12 (24 %) sester hospitalizaci doprovodu nedoporučilo. Nespolupracující rodiče obsadili třetí příčku četnosti odpovědí sester. Někdy rodiče odmítají spolupracovat při péči o dítě, dá se říct, že práci lékařů a sester až sabotují. Celkem tento důvod udalo 11 (22 %) sester. Další důvody, které sestry uváděly, byly vyšší věk dítěte nebo špatný fyzický a psychický stav dítěte. Tyto odpovědi ovšem nebyly tak časté.

U hospitalizovaných dětí, které jsou citlivější na změnu prostředí a odloučení od rodiny, může dojít k regresi ve vývoji a navrácení k nižšímu vývojovému stupni. Dítě zapomíná co se už naučilo, je apatické, negativistické, nespolupracuje, mohou se u něj objevit i stereotypní pohyby. Tento stav se nazývá hospitalismus. S projevy hospitalismu se setkalo 61 (61 %) sester. Nevnímají ovšem tento stav jako standardní. Naopak 27 (27 %) sester se s tímto stavem vůbec neseťkalo. Menší počet sester 12 (12 %) tvrdí, že se s projevy hospitalismu setkává často. Potěšilo mě, že tento jev není v nemocnicích častý. Vidím to jako odraz kvalitní péče o dítě jak po fyzické, tak po psychické stránce.

Cíl č. 2 – Zjistit podmínky, které nemocnice poskytují pro doprovod.

Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm. Tak zní druhý bod Charty práv dětí v nemocnici (viz. příloha P II). Umožňují však všechny dětské nemocnice rodičům a především jejich hospitalizovaným dětem uplatnění tohoto práva? Tuto skutečnost od roku 1994 zjišťuje po celé České republice Nadační fond Klíček. Informace získává pomocí dotazníků, které do jednotlivých nemocnic rozeslal. Poslední aktualizaci vlna proběhla v roce 2006-2007. Informace, které nadace získala, uveřejnila na svých internetových stránkách (viz. příloha P III). Výsledky, ke kterým dospěli ve svém výzkumu, se v části týkající se umožnění hospitalizace doprovodu, shodují s mými. Obě zařízení v dotazníku pro nadaci uvedly, že na svých dětských odděleních hospitalizaci dítěte s doprovodem umožňují. I já jsem ve svém výzkumu došla ke stejnému závěru. Všechny respondentky (100 %) v dotazníku odpověděly, že hospitalizaci doprovodu na svém oddělení umožňují.

Studentka Jihočeské univerzity Lucie Žáková, o které jsem se již zmiňovala, se ve svém výzkumu na tuto skutečnost sester také dotázala. Z 68 dotazovaných respondentů jich 58 (85 %) uvedlo, že tuto možnost rodičům na oddělení poskytují a 10 respondentů (15 %) odpovědělo, že na jejich oddělení možnost hospitalizace doprovodu není.

Všem rodičům, kteří si o hospitalizaci s dítětem zažádají, vyhoví 64 (64 %) sester. Naopak 32 (32 %) sester odpovědělo, že na svém oddělení nemají možnost hospitalizovat všechny děti s doprovodem. Nejčastějším důvodem je omezená kapacita oddělení. Proto sestry

nemohou tuto možnost poskytnout všem rodičům. Takto odpovědělo 17 (53,13 %) sester. Druhým nejčastěji zmiňovaným důvodem byl věk dětí. Tato hranice se liší oddělení od oddělení. Věkovou hranicí pro přítomnost doprovodu do 3let dítěte uvedlo 8 sester (25 %), hranici do 4let zvolily 3 sestry (9,38 %), do 6let a do 10let uvedly vždy 2 (6,25 %) sestry. Překvapilo mě, že nejčastěji zmiňovaným věkem, po němž není hospitalizace doprovodu s dítětem umožněna, byl věk do 3let. Dle mého názoru, jsou takto malé děti ještě velmi zranitelné a potřebují stálou péči svých rodičů. Navíc v tomto věku dochází k výraznému vývoji jemné i hrubé motoriky, chůze a také řeči. Je třeba, aby se dítěti neustále někdo věnoval. Proto je vhodné, když je s dítětem hospitalizován i rodič, který s ním tráví veškerý čas a pomáhá mu přizpůsobit se podmínkám nemocnice. O to, aby rodiče věděli, že mají možnost být hospitalizováni s dítětem, se stará informační a osvětová kampaň Nadačního fondu Klíček s názvem Nezůstat sám, která mimo jiné vydává informační letáky určené pro rodiče i pro děti (viz. příloha P IV).

To, že hospitalizovat dítě s doprovodem v dnešní době již většinou není problém, mi potvrdili i rodiče hospitalizovaných dětí. Když jsem jim položila otázku, zda jim byla hospitalizace umožněna bez problémů, setkala jsem se, až na jednu výjimku, s jednoznačnou odpovědí: „Ano, naprosto bez problémů.“ Pouze v jednom případě rodič uvedl, že se setkal s problémem, když chtěl být s dítětem hospitalizován, a to z důvodu omezené kapacity oddělení, ale nakonec i jemu byla hospitalizace umožněna.

Podmínky, které nemocnice doprovodu poskytují, se liší. Není jednotný standard, který by nemocnicím určoval, jakým způsobem mají být pokoje vybaveny, jaká mají být lůžka pro doprovod dítěte apod. Pokoje jsou mnohdy menší rozlohy. Pokud jsou v takovém pokoji vedle 2-3 dětských postýlek, 2-3 lůžka pro rodiče, nedá se v pokoji téměř hnout. Záleží na finančních prostředcích nemocnice, jakým způsobem je o pohodlí rodičů postaráno. Jako dobré hodnotí podmínky, které jejich oddělení poskytuje rodičům, 64 (64 %) sester. Jsou s nimi spokojeny a nemyslí si, že by bylo nutné cokoli měnit.

V tomto názoru se ovšem rozcházejí s rodiči, kterých jsem se na tuto skutečnost také dotazovala. Ve většině případů jim podmínky poskytované nemocnicí nevyhovují. (viz. příložené CD). Podobně tuto skutečnost hodnotí i 33 (33 %) sester účastnících se výzkumu a 3 (3 %) sestry nedokážou podmínky pro doprovod poskytované na jejich oddělení posoudit.

Osobně se také přikláním spíše k názoru rodičů. Chápu, že možnosti nemocnic jsou značně omezené, ale určitý komfort a soukromí tu opravdu chybí. Tato situace je ovšem zdravotními sestrami a středním zdravotnickým personálem obecně těžce řešitelná. Je to přede-

vším otázka financí a tou se zabývá vedení nemocnice. Sestry se mohou pouze snažit co nejvíce prostředí zpříjemnit. S prostorem a s vybavením bohužel mnoho nezmůžou. Věřím ovšem, že se tato situace bude postupem času zlepšovat.

Cíl č. 3 – Zjistit zda je komunikace sester s dětmi efektivní.

Komunikace má svá pravidla a zásady. Ty se mně podle toho, s kým komunikujeme. Jinak komunikujeme s dítětem, s dospělým člověkem a jinak se seniorem. Pro zdravotníky je komunikace s hospitalizovanými dětmi ještě o něco náročnější. A to především z toho důvodu, že dítě je v cizím prostředí, mezi cizími lidmi a má strach. Důležité je, aby sestra při komunikaci byla profesionální a dodržovala zásady a pravidla správné a efektivní komunikace. To jí navázání kontaktu s dítětem usnadní.

Ve svém dotazníkovém šetření jsem zjišťovala, zda sestry na dětských odděleních dodržují určitá pravidla správné komunikace s dětskými pacienty. Překvapilo mě, že poměrně mnoho, 19 (19 %) sester tvrdí, že žádná pravidla při komunikaci s dítětem nedodržují a 29 (29 %) sester neví, zda nějaká pravidla dodržují či ne. Většina sester (52 %) se ovšem při komunikaci určitými pravidly řídí.

Je zajímavé, že v další položce dotazníku, kde zjišťuji, co si sestry myslí, že je důležité při komunikaci s dítětem dodržovat, jsem získala odpovědi od všech účastníků výzkumu, tedy od 100 (100 %) sester. Dokonce těchto odpovědí byl téměř dvojnásobek než respondentů, jelikož sestry měly možnost napsat více odpovědí. Dohromady jsem získala 198 odpovědí. Proto si myslím, že všechny sestry zásady správné komunikace s dětmi znají a dodržují je, aniž by si to uvědomovaly.

Nejčastější sestrami uváděné pravidlo, které zmínilo 65 (32,83 %) sester, je zvolení vhodného přístupu. Takový přístup zahrnuje respektování osobnosti dítěte, klidný hlas, vstřícnost, milý přístup a v neposlední řadě také úsměv. Vhodný způsob podávání informací zvolilo 42 (21,21 %) sester. Informace by měly být stručné, jasné, srozumitelné, názorná ukázka na hračkách apod. Empatický přístup je důležitý pro 33 (16,67 %) sester a dalších 28 (14,14 %) sester vidí důležité pravidlo v přizpůsobení komunikace věku dítěte. Dále sestry zmiňovaly, že při komunikaci s dítětem je důležité získat si jeho důvěru a náklonnost. Správné oslovování hraje také svou roli. Oslovovat dítě jménem, na které je zvyklé z domova může ovlivnit vztah, který mezi sebou dítě a sestra budou mít. Z mého pohledu jsou všechny uvedené zásady pro správnou a efektivní komunikaci velmi důležité.

Bez ohledu na četnost odpovědí v jednotlivých bodech, by při komunikaci s dítětem měly být zastoupeny všechny.

Podobné výsledky při svém výzkumu získala již zmiňovaná studentka z Českých Budějovic, když se 68 sester dotázala, zda dodržují při rozhovoru s dítětem nějaká pravidla a pokud ano, jaká. Z celkového počtu jich 51 (75 %) odpovědělo, že určité zásady dodržují a uvedly 80 nejrůznějších příkladů. Sestry např. uváděly pravidlo komunikovat s dítětem dle Charty práv, zvolit přístup dle stavu dítěte nebo komunikovat i s rodinou dítěte. Tyto odpovědi byly ovšem jen sporadické. V mém výzkumu jsem takovéto odpovědi vůbec nezaznamenala. Nejčastěji sestry uváděly zvolení vhodného přístupu. Takto odpovědělo 59 (73 %) sester, což se shoduje i s mými výsledky, kdy i já jsem tuto odpověď zaznamenala jako nejčastější. Na druhé místo v jejím výzkumu se zařadilo zajištění vhodného prostředí na rozhovor, což zvolilo 12 (15 %) respondentů. Tato odpověď se v mém výzkumu neobjevovala. Třetím, nejčastěji zmiňovaným pravidlem bylo používání pomůcek, názorná ukázka a hra. V odpovědích sester účastnících se mého výzkumu tato odpověď také několikrát zazněla. Zařadila jsem ji do kategorie pod názvem Vhodný způsob podávání informací dětem. Tato kategorie byla druhá nejpočetnější.

Ve 4. čísle časopisu *Diagnóza v ošetrovatelství* z roku 2008 jsem objevila článek na téma *Komunikace s dětským pacientem*. Autorkou článku je Mgr. Vlasta Martinková. Ve svém článku mimo jiné píše o zásadách při komunikaci s dětským pacientem, které by sestry měly dodržovat. Po porovnání zásad správné komunikace, které uvedla paní magistra ve svém článku, s odpověďmi sester z mého výzkumu jsem byla velmi potěšena. Všechna pravidla, o kterých si sestry myslí, že je důležité dodržovat při komunikaci s dětským pacientem, patří mezi zásady komunikace uvedené autorkou článku. Přesto, že zásad komunikace s nemocným dítětem je mnohem více, než kolik jich bylo řečeno sestrami a uvedeno ve zmiňovaném článku, vidím, že sestry mají o této problematice povědomí, není jim cizí, a dokonce jsou o ní poměrně dobře informovány a orientují se v ní.

S menšími dětmi jsou často hospitalizováni i rodiče (doprovod), proto sestry musí umět komunikovat nejen s dítětem, ale také s jeho doprovodem. Nemělo by však dojít k tomu, aby sestra komunikovala pouze s dospělým a dítě z hovoru zcela vynechala. Při sdělování informací týkajících se průběhu hospitalizace, vyšetření, které dítě čeká, atp. uvedlo 93 (93 %) sester, že komunikují jak s doprovodem dítěte, tak i s dítětem samotným, což je velmi důležité. Dítě se tak necítí odstrčené od všeho dění a nemá pocit, že se mluví o něm bez něj. Také tímto způsobem získává k sestře důvěru. Sester komunikujících pouze s do-

provodem dítěte je z celkového počtu pouze 7 (7 %) a žádná ze sester nezvolila odpověď, že komunikují jen s dítětem.

Při komunikaci s každým pacientem mohou vzniknout určité problémy a překážky. Ani s dětmi tomu není jinak. Nejčastějším problémem při komunikaci s dětským pacientem je podle sester strach. V odpovědích sester byl uveden 54krát (34,18 %) z celkového počtu 158 (100 %) odpovědí. Díky komunikačním dovednostem sestry by prvotní strach a úzkost z dítěte měly brzy opadnout, aby se v nemocnici mohlo cítit dobře a hospitalizace byla pro něj snesitelná. Odmítání dítěte spolupracovat byl druhý nejčastěji uváděný problém. V odpovědích sester jsem ho zaznamenala celkem 35krát (22,15 %). Také pláč vidí sestry jako překážku, která jim komunikaci ztěžuje - alespoň z pohledu 29 (18,35 %) sester. Další odpovědi jako stud dítěte, agresivita a psychická labilita již nebyly tak četné a 17 (10,76 %) sester se dokonce s žádnými problémy při komunikaci s dítětem neseťkává.

Z odpovědí, které jsem od sester získala, jsem došla k názoru, že jejich komunikace s dětmi efektivní je. Většina z nich při komunikaci určitá pravidla dodržuje, ví jakým způsobem se má k dítěti chovat, jak s ním navázat vztah a získat si jeho důvěru. I z odpovědí rodičů, kterých jsem se zeptala na to, jak jsou spokojení s komunikací personálu s dítětem i s nimi, jsem usoudila, že komunikační úroveň sester na dětských odděleních je poměrně vysoká. Jejich odpovědi byly ve většině případů kladného charakteru. Během své praxe jsem měla možnost být mnohokrát přítomna při rozhovoru sestry s dítětem či s rodičem a musím říct, že až na výjimečné případy jsem se s nevhodnou a neefektivní komunikací ze strany sester neseťkala.

Cíl č. 4 – Zjistit názory sester na herní terapii v nemocnici.

Hra je přirozenou součástí dětského života, pomáhá mu se vyvíjet a učit se. Dokáže navíc zpříjemnit chvíle v nemocnici a odvést alespoň na chvíli pozornost dítěte. Základem pro herní terapii je herna. Hernu na oddělení má 57 (57 %) sester, naopak zbylých 43 (43 %) sester hernu na oddělení postrádá. Zastávám názor, že na hernu by se mělo udělat místo na každém dětském oddělení. Je to místo, kde dítě může zapomenout na své problémy a ponořit se do mnohem hezčího světa hry. Z toho důvodu je také důležité, jak je herna vybavena. V herně by měly být hračky pro všechny věkové skupiny dětí hospitalizované na daném oddělení. Vybavenost herny z velké části záleží na finančních možnostech oddělení. Pouze

35 (35 %) sester je spokojeno s vybaveností herny na svém oddělení, naopak 65 (65 %) sester vybavenost herny hodnotí jako nedostatečnou.

Bylo zjištěno, že děti, které jsou hospitalizovány, ztrácí zájem o hru. To nepůsobí pozitivně jak na jejich vývoj, tak na psychiku celkově. Což vedlo ke vzniku herní terapie a tím i ke vzniku funkce herního terapeuta. V České republice bohužel tato profese není příliš rozšířena a herních terapeutů pracujících v nemocnicích je opravdu velmi málo. Ovšem většina sester účastnících se výzkumu (53 %) uvedla, že jejich oddělení herní terapeut navštěvuje. Tato skutečnost mě velmi mile překvapila. Menší část sester (47 %) se na svém oddělení s herním terapeutem neseťkává. Herní terapii proto s dětmi vykonávají buď sestry samotné, nebo pedagogičtí pracovníci, kteří nemocnici navštěvují.

Na zkušenosti rodičů s herními terapeuty se ve své anketě ptala Bc. Dagmar Klimentová a výsledky zveřejnila v 6. čísle časopisu *Diagnóza v ošetrovatelství* v roce 2006, pod názvem *Jak to vidí rodiče: Anketa pro rodiče o zkušenostech z hospitalizace jejich dítěte*. Zjistila, že většina rodičů se během jejich pobytu s dítětem v nemocnici s herním terapeutem nikdy neseťkala, někdy ani nevěděli, že někdo takový existuje a co má za úkol. Když jim ovšem bylo objasněno o koho se jedná a jaké činnosti vykonává, všichni se shodli na tom, že je jednoznačně pro dítě přínosné a bylo by vhodné, aby herní terapeut byl na každém dětském oddělení.

Podle 22 (22 %) sester herní terapie nemá pro dítě příliš velký význam. Zcela opačný názor má 78 (78 %) sester, které herní terapii vidí jako velmi prospěšnou pro dítě. Pozitivní je, že žádná ze sester (0 %) ovšem herní terapii zcela nezavrhuje a nemyslí si, že je zbytečná.

Z odpovědí získaných od sester vyplývá, že sestry mají k herní terapii kladný a pozitivní přístup. Na svém oddělení ji buď realizují s herním terapeutem anebo by herního terapeuta rády přivítaly. Zcela negativní názory na tuto činnost se mezi sestrami, které se účastnily výzkumu, neobjevují. Sestry chápou potřebu dětí si hrát a tím se rozvíjet. K tomu je ovšem v nemocnici nezbytná herna. Ta se naštěstí na většině zkoumaných zařízení vyskytuje, ale její zařízení sestry chápou spíš jako nedostatečné. Toto by bylo třeba ještě změnit.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala pohledy sester na hospitalizaci dítěte do předškolního věku spolu s doprovodem. Hospitalizace je pro dítě velmi stresovou záležitostí. V dnešní době se k hospitalizaci dětského pacienta přistupuje pouze v případech, kdy ambulantní a domácí léčba není dostačující. Separace dítěte od rodiny navíc může výrazně negativně ovlivnit jeho psychický vývoj. Umožněním přítomnosti rodiče nebo jiné blízké osoby po celou dobu hospitalizace se pobyt dítěti maximálně zpříjemní a usnadní.

Obecně lze tuto práci rozdělit na dvě základní části a to na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části se zaměřuji na historii pediatrie, na jednotlivá vývojová období dítěte a to od narození do 6let. Dále se zabývám prožitkem nemoci u dítěte, možnými projevy dítěte po odloučení od rodiny, jako je separace, deprivace a hospitalismus, komunikací mezi sestrou a dítětem a v neposlední řadě herní terapií v nemocnicích.

Praktická část je založena na kvantitativním výzkumu. Ke sběru dat jsem použila metodu dotazníkového šetření. Zabývala jsem se názory sester na přítomnost rodičů na oddělení po dobu hospitalizace jejich dítěte, podmínkami, které nemocnice doprovodu poskytuje, dále jsem zjišťovala, zda je komunikace mezi dětským pacientem a sestrou efektivní či nikoli a také jsem se zabývala názory sester na herní terapii v nemocnicích.

Všechna zkoumaná zařízení hospitalizaci dítěte spolu s doprovodem umožňují. Podmínky, které jsou doprovodu poskytovány, vidí sestry jako dobré. V tom se ovšem rozchází s názory rodičů, kteří tyto podmínky hodnotí spíše jako přijatelné, někteří dokonce jako hrozná. Nevyhovuje jim především nedostatek prostoru v jednotlivých pokojích a přítomnost dalších spolupacientů. Bohužel, řešení tohoto problému není v kompetencích sester, ale záleží to na finančních možnostech zařízení.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že sestry přítomnost doprovodu po dobu hospitalizace dítěte vnímají velmi kladně. Zastávají názor, že děti tak výrazně lépe pobyt v nemocnici snášejí. Cítí se jistější, klidnější a v bezpečí. Lépe a rychleji se adaptují na nové podmínky a hospitalizace pro ně není takovou zátěží. Většina sester by z toho důvodu ani neurčovala věkové limity pro umožnění přítomnosti doprovodu. Pokud si to dítě přeje a bude tak pro něj hospitalizace snazší není důvod, proč mu to neumožnit.

Sestra je s dítětem v kontaktu po celou dobu jeho pobytu v nemocnici, od přijetí po propuštění. Proto je důležité, aby mezi ní a dítětem byla důvěra. Ta se získává především při komunikaci. Z odpovědí sester jsem zjistila, že sestry zásady, které by měly při rozhovoru

s dětským pacientem dodržovat, znají a také je dodržují. I rodiče, kterých jsem se dotazovala na spokojenost s komunikačními schopnostmi personálu, nemají v této oblasti výhrady. Z těchto důvodů hodnotím komunikaci sester s dětmi jako efektivní a účelnou.

Důvěra je důležitá také pro provádění herní terapie. Pokud se dítě bojí, nechce si hrát, a pokud ano, necítí se při hře uvolněně. Terapie pak neplní svůj význam. Herní terapie spadá do kompetencí všeobecné i dětské sestry. Pokud tedy není na oddělení na tuto činnost specializovaný pracovník, měla by ji vykonávat sestra. Postoj sester k herní terapii je veskrze kladný. S negativním názorem jsem se nesečkala vůbec. Zařízení, ve kterých jsem prováděla výzkum, herní terapeut většinou navštěvoval. V nemocničním zařízení Jihomoravského kraje je herní terapie na dětském oddělení zabezpečována také pomocí projektu s názvem Podpora tvůrčí činnosti studentů prostřednictvím herní terapie. I já jsem se do tohoto projektu v rámci výstupu z bakalářské práce zapojila. Osobně jsem se herní terapie zúčastnila čtyřikrát. Průběh jedné z nich, na které jsem spolupracovala spolu s dalšími dvěma studentkami univerzity, jsem popsala v příloze č. P V. O herní terapii v nemocnicích a konkrétně o tomto projektu jsem také napsala článek, který bude uveřejněn v některém z příštích čísel časopisu Sestra.

Věřím, že všechny cíle, které jsem si stanovila, byly splněny. Byly zjištěny názory a postoje sester k dané problematice. Pohled druhé strany, tedy rodičů (doprovodu), jsem získala z několika otázek, které jsme jim položila. Informace od rodičů jsem brala spíše jako informativní, aby byl můj náhled na věc ze všech možných úhlů pohledu.

Myslím si, že by bylo vhodné, aby výsledky výzkumu byly zveřejněny na odděleních, kde probíhal. Doufám, že budou přínosem jak pro praxi, tak pro sestry pracující na dětských odděleních.

Návrhy pro praxi

Rodiče by uvítali zlepšení podmínek, které jsou jim jako doprovodu poskytovány. Preferují jednolůžkové nebo větší pokoje. Tato situace je ovšem poměrně obtížně řešitelná, jelikož závisí na finančních možnostech zařízení.

I přesto, že z výsledků mého výzkumu vzešlo, že na daných odděleních většinou pracuje herní specialista, nebylo tomu tak všude. Proto bych navrhovala rozšíření herní terapie i na ostatní oddělení. Herní terapie by také neměla být zaměřena pouze na hru s dítětem, ale také na přípravu dítěte na vyšetření či zákrok.

Prospěšné by bylo vytvoření informačních letáků pro děti, kde by jim vhodnou formou bylo vysvětleno onemocnění, kterým trpí nebo zákrok, který musí podstoupit. Za ideální považují znázornění problematiky formou komiksu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha: INFORMATORIUM, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
- [2.] DOHERTY-SNEDDON, G. *Neverbální komunikace dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 208 s. ISBN 80-7367-043-7.
- [3.] FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 415 s. ISBN 80-7013-427-5.
- [4.] KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
- [5.] KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160 – 3.
- [6.] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [7.] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatel'stvi*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [8.] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 368 s. ISBN 80_247-1284-9.
- [9.] MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- [10.] ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8
- [11.] SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2008. 248 s. ISBN 978 – 80- 247-1613-8.
- [12.] ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [13.] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 353 s. ISBN 80-7184-803-4.

[14.] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

[15.] VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatric pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: INFORMATORIUM, 2000. 247 s. ISBN 80 - 86073 - 62 - 9.

[16.] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

[17.] VALENTA, M. a kol. *Herní specialista*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 167 s. ISBN 80-244-0345-5.

Časopisy

[18.] KLIMENTOVÁ, D. Jak to vidí rodiče: Anketa pro rodiče o zkušenostech z hospitalizace jejich dítěte. *Diagnóza*. Praha: 2006, roč. 2, č. 6, s. 285. ISSN 1801 – 1349.

[19.] MARTINKOVÁ, V. Komunikace s dětským pacientem. *Diagnóza*. Praha: 2008, roč. IV, č. 4, s. 24. ISSN 1801-1349.

[20.] MUSILOVÁ, O. Dětský pacient – agrese a odmítání. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 4, s. 34. ISSN 1210-0404.

[21.] RŮŽIČKOVÁ, B. Dítě v nemocnici – co chce a co mu schází. *Florence*. Praha: 2007, ročník III, č. 1, s. 23. ISSN 1801-464X.

[22.] VESELÁ, R. Hospitalizace matky s dítětem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 49. ISSN 1210-0404.

[23.] VESELÁ, K. Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 49. ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje:

[24.] *Co je EACH?* [cit. 2009-10-29] Dostupné z:
<<http://www.detivnemocnici.cz/charter/index.html>>

[25.] *Dítě, rodiče a nemocnice*. [cit. 2009-11-6] Dostupné z:
<<http://www.ditevnemocnici.cz/index.php?clanek=1>>

[26.] *Dítě v nemocnici*. [cit. 2009-11-7] Dostupné z:
<<http://www.azrodina.cz/2637-dite-v-nemocnici>>

- [27.] *Dítě v nemocnici*. [cit. 2009-11-13] Dostupné z:
<<http://www.rodina.cz/clanek2401.htm>>
- [28.] GRYM, J. *Dítě s matkou v nemocnici*. [cit. 2009-11-5] Dostupné z:
<http://www.detskaklinika.sk/uploadedfiles/1_Dieta_s_matkou_v_nemocnici.pdf>
- [29.] CHVÁTALOVÁ, H. *Svět očima dítěte*. [cit. 2009-10-29] Dostupné z:
<<http://www.rodina.cz/clanek334.htm>>
- [30.] KRÁLOVEC, J. *Průvodce po dětských nemocnicích*. [cit. 2009-10-28] Dostupné z:
<<http://www.detivnemocnici.cz/forms/pruvodni.html>>
- [31.] MLČOCH, Z. *Dítě v nemocnici-psychika, úkol a role rodičů, co si vzít s sebou*.
[cit. 2009-11-6] Dostupné z:
<http://www.zbynekmlcoch.cz/info/deti/dite_v_nemocnici_psychika_ukol_a_role_rodicu_co_si_vzit_s_sebou.html>
- [32.] *Nadační fond Klíček*. [cit. 2009-10-28] Dostupné z:
<<http://www.klicek.org/hospital/pruzkum.html>>
- [33.] NĚMEC, V. *Nemocné dítě a jeho rodiče v nemocnici*. [cit. 2009-11-13] Dostupné z:
<<http://www.rodina.cz/clanek2608.htm>>
- [34.] STRÍTESKÁ, E. *Dítě v nemocnici*. [cit. 2009-11-13] Dostupné z:
<<http://www.rodina.cz/clanek4331.htm>>

Diplomové práce

- [35.] HANDLÍŘOVÁ, M. *Možnosti pedagogické péče o hospitalizované dítě a vliv herní terapie*. Diplomová práce: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra speciální pedagogiky, 2007.
- [36.] ŽÁKOVÁ, L. *Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči*. Bakalářská práce: Jihočeská univerzita, Fakulta zdravotně sociální, 2008.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. A podobně.

atd. A tak dále.

atp. A tak podobně.

a.s. Akciová společnost.

cm Centimetr.

Mgr. Magistr/a.

např. Například.

tzv. Tak zvaný.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví.....	43
Graf 2: Věková kategorie.....	44
Graf 3: Délka praxe na dětském oddělení.....	45
Graf 4: Dosažené vzdělání.....	46
Graf 5: Věk hospitalizovaných dětí.....	47
Graf 6: Možnost hospitalizace dítěte s doprovodem.....	48
Graf 7: Využití možnosti hospitalizace doprovodu.....	49
Graf 8: Podmínky pro doprovod.....	50
Graf 9: Možnost hospitalizace všech uchazečů.....	51
Graf 10: Důvody, neumožnění hospitalizace doprovodu s dítětem.....	52
Graf 11: Omezení hospitalizace doprovodu.....	53
Graf 12: Věková omezení hospitalizace doprovodu.....	54
Graf 13: Vhodnost hospitalizace doprovodu.....	55
Graf 14: Nevhodná hospitalizace doprovodu.....	56
Graf 15: Snášitelnost hospitalizace s doprovodem.....	57
Graf 16: Vliv přítomnosti doprovodu na dítě.....	58
Graf 17: Změny v chování hospitalizovaných dětí.....	59
Graf 18: Dodržování zásad při komunikaci s dětmi.....	60
Graf 19: Zásady při komunikaci s dětmi.....	61
Graf 20: Pravidla komunikace s dětským pacientem.....	62
Graf 21: Předávání informací.....	63
Graf 22: Problémy při komunikaci s dětmi.....	64
Graf 23: Přítomnost herny na oddělení.....	65
Graf 24: Vybavenost herny.....	66
Graf 25: Přítomnost herního terapeuta na oddělení.....	67
Graf 26: Přínos herní terapie.....	68

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví	43
Tabulka 2: Věková kategorie	44
Tabulka 3: Délka praxe na dětském oddělení	45
Tabulka 4: Dosažené vzdělání	46
Tabulka 5: Věk hospitalizovaných dětí	47
Tabulka 6: Možnost hospitalizace dítěte s doprovodem	48
Tabulka 7: Využití možnosti hospitalizace doprovodu	49
Tabulka 8: Podmínky pro doprovod	50
Tabulka 9: Možnost hospitalizace všech uchazečů	51
Tabulka 10: Důvody, neumožnění hospitalizace doprovodu s dítětem	52
Tabulka 11: Omezení hospitalizace doprovodu	53
Tabulka 12: Věková omezení hospitalizace doprovodu	54
Tabulka 13: Vhodnost hospitalizace doprovodu	55
Tabulka 14: Nevhodná hospitalizace doprovodu	56
Tabulka 15: Snášitelnost hospitalizace s doprovodem	57
Tabulka 16: Vliv přítomnosti doprovodu na dítě	58
Tabulka 17: Změny v chování hospitalizovaných dětí	59
Tabulka 18: Dodržování zásad při komunikaci s dětmi	60
Tabulka 19: Zásady při komunikaci s dětmi	61
Tabulka 20: Pravidla komunikace s dětským pacientem	62
Tabulka 21: Předávání informací	63
Tabulka 22: Problémy při komunikaci s dětmi	64
Tabulka 23: Přítomnost herny na oddělení	65
Tabulka 24: Vybavenost herny	66
Tabulka 25: Přítomnost herního terapeuta na oddělení	67
Tabulka 26: Přínos herní terapie	68

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Dotazník pro sestry
- P II Charta práv hospitalizovaných dětí
- P III Průzkum nemocnic Nadace Klíček
- P IV Kampaň Nezůstat sám
- P V Herní terapie

PŘÍLOHA PI : DOTAZNÍK PRO SESTRY

Dobrý den,

jmenuji se Pavla Strouhalová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra, Institutu zdravotnických studií na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Píši bakalářskou práci na téma Pohledy sester na hospitalizaci dítěte s doprovodem a tento dotazník je součástí mé práce. Chtěla bych takto zjistit, jaký mají sestry názor na hospitalizaci dítěte společně s doprovodem. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je dobrovolný a anonymní.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Prosím označte Vámi vybranou odpověď křížkem, u volných otázek doplňte slovy. Vyplněný dotazník prosím ponechejte na Vašem oddělení.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Strouhalová Pavla

1. Pohlaví

- muž
- žena

2. Věková kategorie

- do 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- nad 50 let

3. Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?

- Méně než 2 roky
- 2-5 let
- 5-10 let
- 10-15 let
- Více než 15 let

4. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

- Střední zdravotnická škola
- Vyšší odborná zdravotnická škola
- Bakalářské studium
- Magisterské studium
- Jiné.....

5. Děti hospitalizované na Vašem oddělení jsou ve věku (*je možné zaškrtnout více odpovědí*):
- do 1 roku
 - 1-3 roky
 - 3-6 let
 - 6-12 let
 - 12 let a výš
6. Umožňuje Vaše oddělení hospitalizovat dítě spolu s doprovodem?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
7. Využívají matky (doprovod) možnosti hospitalizace spolu s dítětem?
- Ano, často
 - Ano, ale málo
 - Téměř vůbec ne
 - Nevyužívají
8. Myslíte si, že Vaše oddělení poskytuje vhodné podmínky pro doprovod dítěte?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
9. Umožňujete pobyt s dítětem v nemocnici všem matkám, které o to zažádají?
- Ano
 - Ne - v jakém případě? (*prosím, doplňte*).....
 - Nevím
10. Myslíte si, že přítomnost doprovodu by měla být omezena jen na některé věkové skupiny dětí?
- Ano – na jaké (*prosím, doplňte*).....
 - Ne
 - Nevím
11. Myslíte si, že je hospitalizace doprovodu s dítětem vhodná vždy?
- Ano
 - Ne
 - Nevím

12. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a NE, v jakém případě si myslíte, že je hospitalizace s doprovodem nevhodná?

.....
.....
.....

13. Myslíte si, že dítě lépe snáší hospitalizaci v přítomnosti blízké osoby?

- Ano
- Ne
- Nevím

14. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, jak se to projevuje?

.....
.....
.....

15. Pozorujete u dětí, které jsou hospitalizovány bez doprovodu změny v chování, jako jsou – nezámem o okolí, apatie, návrat k nižšímu vývojovému stupni ...?

- Ano, často
- Ano, ale jen ve výjimečných případech
- Ne, nepozoruji

16. Dodržujete nějaké zásady při komunikaci s dětmi?

- Ano – jaké (*prosím vypište*).....
.....
- Ne
- Nevím

17. Co si myslíte, že je důležité dodržovat při komunikaci s dětmi?

.....
.....
.....

18. Při sdělování informací komunikujete:

- Jen s matkou (doprovodem)
- Jen s dítětem
- S matkou (doprovodem) i s dítětem

19. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při komunikaci s dětmi?

.....
.....
.....

20. Je na vašem oddělení herna?

Ano

Ne

21. Myslíte si, že je dostatečně vybavena?

Ano

Ne

22. Navštěvuje Vaše oddělení herní terapeut?

Ano

Ne

23. Co si myslíte o herní terapii?

Je velmi prospěšná pro dítě

Nemá velký význam pro

Je zbytečná

Děkuji za Váš čas strávený nad dotazníkem.

PŘÍLOHA P II: CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

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

Charta práva dětí v nemocnici. [cit. 10-5-2010] Dostupné z :

<<http://www.klicek.org/hospital/charta.html>>

PŘÍLOHA P III: PRŮZKUM NEMOCNIC NADACE KLÍČEK

Věkové rozmezí pacientů:	0
Kolik má oddělení lůžek pro děti?	62
Jaký maximální počet rodičů může oddělení přijmout?	20-25
Existují zde nějaká návštěvní omezení?	Ano.
Jaké jsou návštěvní dny a hodiny?	Každý den 14-16 hod., po domluvě kdykoliv.
Vztahují se návštěvní omezení na rodiče?	Ano.
Kde se návštěvy většinou odehrávají?	V jídelně, na pokojích.
Mohou na pokoj dítěte?	Ano.
Je stanoveno věkové omezení pro návštěvy sourozenců?	Ano.
Pokud ano, jaké?	Návštěvy kojenců nejsou vhodné.
Má hospitalizované dítě možnost zavolat si z nemocnice domů?	Ano.
Může dítěti někdo zatelefonovat na oddělení?	Ano.
Jak je postaráno o volný čas dítěte?	Učitelky ZŠ, MŠ.
Seznamuje někdo dítě s tím, co ho v nemocnici čeká? <i>(průběh léčby, vysvětlení zákroků atp.)</i>	Ano.
Kolik hodin denně má ke svému dítěti přístup přijatý a nepřijatý rodič?	Přijatý rodič 24 hod., nepřijatý rodič dle domluvy.
Může být rodič, projeví-li o to zájem, přítomen vizitě?	Ano.
Mohou být rodiče s dítětem v den operace – před operací i po ní?	Ano.
Jakým způsobem si může ležící pacient přivolat sestru?	Dorozumívací zařízení.
Kde je přijatý rodič ubytován?	Na pokoji s dítětem nebo na stejném patře jiný pokoj.
Kolik za co platí?	0
Jakou možnost ubytování a stravování mají nepřijatí rodiče, kteří se rozhodnout s dítětem zůstat?	Stravování - nemocniční bufet.
Mají rodiče možnost uvařit si na oddělení čaj nebo kávu?	Ano, uvaří jí sestra nebo sanitárka.
Vyplnil(a) <i>(jméno, funkce)</i>	Alena Pílušová – vrchní sestra
Poznámka:	Ráda bych znala srovnání naší nemocnice s jinými.
<i>(sem, prosím, napište všechno, co byste rádi do dotazníku doplnili)</i>	
Údaje z předešlé aktualizace vlny:	Klikněte sem

Průzkum dětských oddělení v ČR. [cit. 10-5-2010] Dostupné z:

<http://www.detivnemocnici.cz/seznam/z/z_d05.html>

Věkové rozmezí pacientů:	0-18 let
Kolik má oddělení lůžek pro děti?	78
Jaký maximální počet rodičů může oddělení přijmout?	13
Existují zde nějaká návštěvní omezení?	Ano. Návštěvní doba se týká osob, které přicházejí na návštěvu nemocného dítěte (mimo doprovodů, které jsou ubytovány nebo jsou s dítětem v rámci celodenního pobytu).
Jaké jsou návštěvní dny a hodiny?	Denně 15:30-17:30. V So, Ne, svátky kromě výše uvedených v čase 9:30-11:30. Celodenní pobyt zákonného zástupce 7:00-20:00 (jinak dle dohody s lékařem).
Vztahují se návštěvní omezení na rodiče?	Vzhledem k prostorovým možnostem zařízení (jednotlivých oddělení) a zajištění hygienických norem je možnost pobytu u lůžka dítěte omezena na 2 osoby (v případě většího počtu je možnost se u lůžka vystřídat).
Kde se návštěvy většinou odehrávají?	Dle zdravotního stavu dítěte – možnosti: na pokoji, lze využít zahradu, halu, výtvarnou dílnu a v prostorách oddělení určených k trávení volného času (herna, škola atp.).
Mohou na pokoj dítěte?	Ano.
Je stanoveno věkové omezení pro návštěvy sourozenců?	Ne. Návštěva pacienta dítětem není věkově omezena.
Pokud ano, jaké?	Rozhodující je aktuální zdravotní stav pacienta, provozní podmínky, aktuální epidemiologická situace a charakter poskytované péče. Odpovědnost za přítomnost dětí, které přicházejí na návštěvu pacienta, má zákonný zástupce.
Má hospitalizované dítě možnost zavolat si z nemocnice domů?	Možnost vlastních mobilních telefonů a telefonních automatů na oddělení.
Může dítěti někdo zatelefonovat na oddělení?	Může telefonovat (mimo noční klid).
Jak je postaráno o volný čas dítěte?	Na oddělení je mateřská škola, základní škola včetně vychovatelek v odpoledních hodinách, dobrovolníci, výtvarná dílna v rámci zařízení nemocnice, klauni, televize na každém pokoji, video, internet (na odděleních dlouhodobě hospitalizovaných pacientů), jednorázové akce pro děti (divadelní představení, koncerty, návštěvy významných osobností atp.).
Seznamuje někdo dítě s tím, co ho v nemocnici čeká? (průběh léčby, vysvětlení zákroků atp.)	Seznamování probíhá vzhledem k věku a zdravotnímu stavu a provádí jej vychovatelka (herní specialista), sestra (dětská sestra specialista), dle potřeby lékař event. psycholog.
Kolik hodin denně má k dítěti volný přístup přijatý rodič?	(Přijatý rodič, nepřijatý rodič – rodič není hospitalizován), je umožněn pobyt s dítětem a to nepřetržitě s možností přespání nebo celodenní doprovod, který opouští večer oddělení, popř. po dohodě s lékařem tzv. pobyt na židli (24 hodin bez možnosti poskytnutí lůžka, bez poplatku). Přijatý rodič: nepřetržitě.
Kolik hodin denně má k dítěti volný přístup nepřijatý rodič?	Nepřijatý rodič: dle vlastní volby v průběhu dne (celodenně, odpoledne, dle dohody).
Může být rodič, projeví-li o to zájem, přítomen vizitě?	Ano, ale pouze u svého dítěte z důvodu ochrany dalších pacientů. Informace jsou podávány individuálně pouze konkrétnímu rodiči.
Mohou být rodiče s dítětem v den operace – před operací i po ní?	Mohou být s dítětem a mohou jej doprovázet až do předšálí, kde je dítě předáno sestřám z operačních sálů. Možnost počkat na dítě v předšálí nebo na pokoji dle délky zákroku.
Jakým způsobem si může ležící pacient přivolat sestru?	Dorozumívací zařízení. Zvoneček tam, kde není dobudováno dorozumívací zařízení.
Kde je přijatý rodič ubytován?	Současně s dítětem (s výjimkou JIP – ubytování na samostatném pokoji pouze pro doprovod).
Kolik za co platí?	Za indikovaný pobyt neplatí nic. Ubytování na klinice: 2 pokoje (1 dospělý + 1 dítě) 300,-Kč/noc, 1 samostatný pokoj (pouze pro doprovod - 3 dospělí) 200,- Kč/noc, 1 samostatný pokoj (pouze pro doprovod - 6 dospělých) 200,- Kč/noc, 1 samostatný pokoj (pouze pro doprovod - 2 dospělí) 200,- Kč/noc.
Jakou možnost ubytování a stravování mají nepřijatí rodiče, kteří se rozhodnout s dítětem zůstat?	Kromě oddělení lze využít ubytování na ubytovně doprovodů (matek + otců). Pro celé pracoviště dětské medicíny ubytovna matek (48 lůžek, 200,-Kč/noc), ubytovna otců (5 lůžek, 200,-Kč/noc). Lze si zakoupit stravenky (možnost snídání, obědů, večeří), strava se podává v prostorách jídelny pro zaměstnance nebo lze

Průzkum dětských oddělení v ČR. [cit. 10-5-2010] Dostupné z:

http://www.detivnemocnici.cz/seznam/b/b_fn02.html

PŘÍLOHA P IV: KAMPAŇ NEZŮSTAT SÁM

Informační a osvětová kampaň NEZŮSTAT SÁM

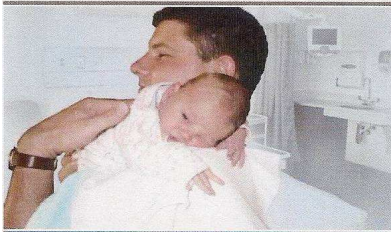
O kampani

- Děti by v nemocnicích neměly zůstat samy, bez doprovodu svých rodičů.
- Rodiče, kteří doprovázejí v nemocnicích své děti, by neměli zůstat sami se svými novými starostmi, obavami a otázkami.
- Pečující odborníci, kteří se o děti v nemocnicích starají, by neměli zůstat sami na všechny starosti, které jim jejich práce přináší.
- Děti, rodiče i pečující odborníci potřebují možnost otevřeně spolu hovořit o svých starostech.



Naše osvětová informační kampaň se snaží přinášet nové informace, pohledy a inspirace. Doufáme, že se také pro všechny, kdo přicházejí s dětmi v nemocnici do kontaktu, stane povzbuzením k tomu, aby hledali další cesty, jak dětem v nemocnici jejich stonání ulehčit.

Nadační fond Klíček
ve spolupráci s organizací Kind en Ziekenhuis
a European Association for Children in Hospital



DĚTI V NEMOCNICI
často nedokáží porozumět tomu,
co se s nimi děje.
Proto
POTŘEBUJÍ SVÉ RODIČE
také během:

>	uvádění do anestézie
>	probírání z anestézie
>	lékařských vyšetření
>	léčebných zákroků
>	aplikace injekcí, šití ran atp.
>	poskytování ošetrovatelské péče
>	a vůbec kdykoli, kdy si to samy přejí.

www.detivnemocnici.cz

Nadační fond Klíček
ve spolupráci s organizací Kind en Ziekenhuis
a European Association for Children in Hospital



**DĚTI V NEMOCNICI
MAJÍ**
kromě práva na péči poskytovanou
kvalifikovaným a odborně zdatným
personálem
PRÁVO NA:

>	přítomnost svých rodičů
>	bezbolestně prováděné zákroky
>	informace odpovídající jejich chápání
>	spolurozhodování o poskytované péči
>	příležitosti ke hře a vzdělávání
>	kontakt se svými vrstevníky
>	prostředí, které napomáhá uzdravě

www.detivnemocnici.cz

Tiskové materiály kampani *Nezůstat sám*. [cit. 10-5-2010] Dostupné z:

<<http://www.detivnemocnici.cz/tisk/each.pdf>>

CO BY MĚLI VĚDĚT VŠICHNI, KDO SE O DĚTI V NEMOCNICÍCH STARAJÍ

V českém prostředí došlo v uplynulých několika letech na poli péče o děti v nemocnici k řadě viditelných změn: díky úsilí mnoha obětavých zdravotníků i štěrnosti sponzorů se tvář dětských oddělení a klinik proměnila k nepoznání. Najdete tu pestrou výzdobu, množství hraček, počítač, videa, pokřtěné rodiče, dobrovolníky, herní specialisty i klauny. Na první pohled to vypadá, že naše nemocnice "srovnaly krok se světem". V pestřejích kulisách však mnohde najdeme stále stejnou starou praxi bolesetného oddělování dětí od rodičů – ne nepodobnou té, kterou zachytil James Robertson ve svém filmu z roku 1952.

Česká legislativa přitom dává společenstvu pobývání rodičů s jejich hospitalizovanými dětmi pevnou zákonnou oporu:

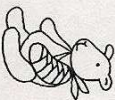
S osmiletým Partikem zaslala maminka v jedné velké české nemocnici po celou dobu jeho naročné nekoilkaměstní léčby. Byla oporou jak svému synovi, tak ošetrovatelskému personálu a pravidelně sledovala synovu dokumentaci.



Jsou-li rodiče s dítětem po celou dobu hospitalizace, mohou stále reagovat na všechny jeho potřeby. Mohou rodiče potřeby také správně podpořit, a tak jsou už v českých nemocnicích běžnější služby duchovních.

O přijetí průvodce rozhoduje ošetřující lékař – u pacientů do šesti let věku je toto rozhodnutí plně v jeho kompetenci, u dětí starších musí přijetí průvodce schválit ještě revizní lékař příslušné zdravotní poisťovny. Pokud rodič, který nebyl přijat jako průvodce, chce využít služby, jež nemocnice nabízí, musí si je hradit sám.

RODIČE NEJSOU PRO SVÉ DÍTĚ V NEMOCNICI NÁVŠTĚVOU, MAJÍ PRAVO S NIM BYT 24 HODIN DENNE.



V pátek 1. června 2007, na Den dětí, symbolicky v den, kdy slaví svátek Laura, začala naše celorepubliková informační a osvětová kampaň "NEZŮSTAT SÁM".

Aby všichni rodiče věděli, že je jejich dítě v nemocnici potřebuje. Aby také věděli, že mají právo být se svým dítětem v nemocnici po celých 24 hodin. Aby všichni, kdo se o děti v nemocnicích starají, získali nové informace, novou inspiraci a povzbuzení.



- Potřebujete informaci, radu nebo povzbuzení v souvislosti s pobytem svého dítěte v nemocnici?
- Chcete se podělit o zkušenosti s hospitalizací svého dítěte?
- Pracujete v nemocnici a chcete se podělit o své zkušenosti, případně hledáte nové cesty, jak hospitalizovaným dětem a jejich rodinám vyjit vsitice?



Uříctě se nám ozvěte!

Naše informační a poradenské linky:

775 204 109

774 028 435

774 407 541



Poštovní adresa: Nadací fond Klíček Malejovice 22, 285 04 Uhlířské Janovice

E-mail: klizek@klizek.org

www.klizek.org, www.detivnemocnici.cz



Ykáal © Nadací fond Klíček a Emergenci, o.p.s., 2007,

s láskou k příkopnické práci

manželů Joyce a Jamese Robertsonových.

V materiálu byly využity fotografie z vědeckého filmu

Jamese Robertsona "A Two-year-old Goes to Hospital" (1952) a fotografie

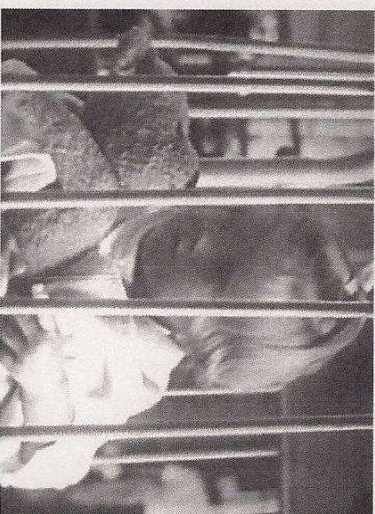
manželů Robertsonových z webových stránek www.robertsonfilms.info.

Ostatní fotografie: archiv Nadacího fondu Klíček.

Vykřičeno na recyklovaném papíře.

KDYŽ JDE DÍTĚ DO NEMOCNICE...

Malý průvodce pro přemýšlivého čtenáře



Dvouletá Laura strávila v nemocnici bez doprovodu svých rodičů osm dní. Bylo to v Londýně v roce 1952 a důvodem její hospitalizace byla plánovaná operace pupěční kýly.

Dívčin pobyt v nemocnici neprovázelo nic na tehdejší poměry nezvyklého, rovněž nekomplikovaný operací zákrok proběhl zcela podle očekávání – přesto se Laurina krátká hospitalizace stala významným mezníkem nejen pro britskou pediatrii.

Psychoterapeut James Robertson totiž reakce děvčátka na odloučení od rodičů průběžně zaznamenával na filmový pás a jeho film "Dvouletá jde do nemocnice" (A Two-year-old Goes to Hospital) pak hned po svém uvedení vyvolal vášnivé diskuse – a to jak v odborných kruzích, tak mezi laiky. Zdravotníci si, byť neradi, začali uvědomovat, že separace od rodičů je vážný problém.

Tiskové materiály ke kampani Nezůstat sám [cit. 10-5-2010] Dostupné z:

<<http://www.detivnemocnici.cz/tisk/histor.pdf>>



Dlouhá léta byly do nemocnic po celém světě přijímány děti samy, bez doprovodu svých rodičů. Obecně se mělo zato, že jim veškerou potřebnou péči může poskytnout zdravotnický personál. Smutek dětí byl spojován s jejich nemocí, jejich slzy a stýskání byly považovány za něco, co k pobytu v nemocnici prosí rodiče, s čím se nemá nic dělat, co děti zkrátka musejí vydržet.

Film "Dvouletá jde do nemocnice" představoval zásadní přelom především v tom, že názorně, krok za krokem, ilustroval, jedno zásadní zjištění – totiž, že role rodiče je i během hospitalizace dítěte nenahraditelná, a to i tehdy, je-li ošetřující personál vůči dítěti nanejvýš laskavý a empatický, a i v případě, je-li pobyt v nemocnici krátkodobý a nekomplikovaný.

Film zároveň jednoznačně a neodsudkovatelně dokládá, jaký vnitřní zmatek a zbytné trápení dítěti působí odloučení od rodičů, za chvíli proměnu v chování hospitalizovaného děvčátka, typické obranné reakce, i to, jak separace poznamenává vztah dítěte k mamince.

Film Jamese Robertsona zřetelně ukázal, jak se i dobře míněná péče zdravotníků a rodičů může stát velkou společnou manipulací, založenou na přehlížení té největší potřeby, kterou Laura má, totiž: nebyť opakovaně opouštěna a zrazována od svých nejbližších.



Skutečnost, že děti v nemocnicích pláči, připadá leccomu normální – jako by k pobytu dítěte v nemocnici pláč prositě patřil mušel. Mnoha úzkostem, strachům a slzám se však často dá předejít.

Pro Lauru, která byla zvyklá žít v bezpečné přítomnosti svých rodičů a rozumět světu okolo sebe, se pak stalo – v podstatě neochozující a neobestřivé – zavádění rekvalifikační típky nanejvýš traumatizující událostí; tím spíše, že zadrak přišel bez předchozí přípravy a bez vysvětlení, a Laure tedy nedal možnost, aby tomuto narušení intimního prostoru a veskrze "tívrivému počínání" porozuměla.



Děti při oddělování od rodičů zpravidla pláčí. Skutečnost, že dítě pak dříve či později plakat přestane a uklidní se, bývala často mylně interpretována jako projev toho, že trápení odeznívá, dítě si pomalu zvyká a vše je na dobré cestě.

Mnozí zdravotníci přisluchovali k dětem v nemocnici s přesvědčením, že malé dítě brzy na vše zapomene – a že i v případě provádných zakroktů je především důležitá, aby už mělo všechno co nejrychleji za sebou.

Na filmovém plátně bylo najednou zřetelnější i to, že naléhat na dítě, aby se snažlo a nešlo v prostřídí, které v něm přirozeně budí strach, nejistotu a pocit ohrožení, odráží velké nepochopení na straně dospělých, kteří o děti pečují, a může působit škodu na dětské psychice. Veškeré snahy o rozptylování a zabavení Laury, která byla proti své vůli odloučena od svých rodičů, v ní jen prohlubovaly zmatek a úzkost, protože hlavní zdroj jejího psychického trápení byl okolím přehlížen a zlehčován. A už vůbec si Laura nevěděla rady s poblkou, kterou jí maminka udělala při každém svém odchodu z návštěvy: "Nepřáček. Bud' hodná holčička."

Film "Dvouletá jde do nemocnice" proboudl v mnohých lidech silné emoce: některé zdravotnické dokonce zprvu považovali Robertsonova zjištění za útok na svou osobu a na svou práci, později však většinou začali nahlížet na svou praxi jiným a očima. Filmu se často nevyhýbá ani těm nejobětavějším zdravotníkům.

Diskuse, kterou uvedení filmu vypsalo – jak v Británii, tak jinde ve světě – zvedla soustředěnou vlnu zájmu o potřeby hospitalizovaných dětí, a to jak na straně pečujících profesionálů, tak angažovaných rodičů. Někdy manželé Robertsonových, vypadala by dnes pediatrická péče jinak.



Několik měsíců po propuštění z nemocnice položila Laura "Kde jsi celou tu dobu vlastně byla?"



James a James Robertsonovi – manželé péče jinak.

JAK TO VYPADÁ V NEMOCNICÍCH DNES

Smutek a stýskání po mamince prožívají děti stejně bolestně kdokoli na světě. Bývá proto užitečné hledat inspiraci a poučení tam, kde se pečující tým snaží zbytečněmu trápení dětí předcházet – z britského prostředí čerpali v posledních několika letech povzbuzení a dobré příklady také čeští pediatři, zdravotní sestry a herní specialisté. Čím jsou britské nemocnice tak inspirativní?

Dlouholetá práce manželů Robertsonových a mnoha dalších významných osobností přinesla ve Velké Británii své plody: oddělování dětí a rodičů během hospitalizace je dnes už naprosto nemyšlené, rodiče mohou doprovázet své dítě bez ohledu na jeho věk a diagnózu po celých 24 hodin, zdravotnický personál se během let naučil vnímat a přijímat rodiče jako skutečné partnery a dnes už s nimi dokáže na oddělení přirozeně soužití. V britském prostředí byla také definována tzv. **family-centred care** – péče zaměřená na rodinu dětského pacienta.

Jde o filosofii péče, která uznává a respektuje, že rodina má rozhodující význam a nezastupitelnou roli v životě dítěte. Principy family-centred care usnadňují spolupráci mezi rodinou a zdravotníky, udržují rovnováhu mezi potřebami rodiny a radami odborníků. Rodiče jsou vnímáni jako rovnocenní partneři v týmu, který se o dítě stará, a hrají aktivní úlohu v celém procesu léčebné a ošetrovatelské péče; odborníci do tohoto procesu vnášejí své odborné znalosti a z těchto znalostí vycházejí služby, a rodiče zase informace o svém dítěti a jeho potřebách.

Britská praxe také dokládá, že přijímání rodičů do nemocnice není v první řadě otázkou peněz a komfortního zázemí. I ve slbsněných prostorách se při dobré vůli mistro pro rodiče vždycky najde. Poměrně častým řešením rodičovského noclehů je položení matrace na zem vedle postýlky dítěte.



Moderní nemocnice St. Mary's v centru Londýna. Zvenčí se od násich nemocnic neliší podstatným nejlší.



Ari interiér londýnské nemocnice se na první pohled neliší nemyšlně tomu, jak dnes vypadají mnohá nemocniční oddělení u nás.



Důležité však nejsou barvy stěny a herní přístroj, ale zvláštní atmosféra, která vzniká, jak kdé s family-centred care jny ší věze. – Tento pod obrázku matrice připravená pro rodiče.

Tiskové materiály ke kampani Nežůstat sám. [cit. 10-5-2010] Dostupné z:

<<http://www.detivnemocnici.cz/tisk/histor.pdf>>

PŘÍLOHA P V: HERNÍ TERAPIE

V nemocničním zařízení Zlínského kraje od listopadu roku 2009 začal fungovat projekt zaměřený na herní terapii dětí hospitalizovaných na dětském oddělení. Projekt funguje pod názvem Podpora tvůrčí činností studentů prostřednictvím herní terapie a účastní se ho studenti Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, zejména studenti Fakulty humanitních studií. Projekt organizačně zabezpečuje Ústav aplikovaných společenských věd Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, pod vedením hlavní řešitelky projektu Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D.

Terapie probíhá 1 – 2 krát týdně, eventuálně podle potřeby dětského oddělení, a účastní se jí 1 – 3 dobrovolníci pod vedením odborných garantů projektu. Studenti - dobrovolníci jsou převlečeni do kostýmů klaunů, včetně charakteristického líčení a klaunského nosu. Převlek jako takový sám o sobě navozuje u dětí dobrou náladu a úsměv, což je pro herní terapii velmi důležité. I já jsem se do tohoto projektu zapojila. Příprava na herní terapii trvala vždy hodinu a následující hodinu probíhala samotná terapie. Program a činnosti byly po každé jiné a musely se individuálně přizpůsobit každému dítěti. Cílem vždy bylo dítě zabavit a zpříjemnit mu pobyt v nemocnici.

Jedna z herních terapií probíhala stylem představení s maňásky. Námětem byla pohádka O pejskovi a kočičce, jak dělali dort. Byla upravena tak, aby se do děje mohly zapojit i děti.

Název aktivity:	Pohádka o pejskovi a kočičce, jak dělali dort.
Cílová skupina:	Děti od 4 – 10 let.
Cíl aktivity:	Navození pozitivních emocí
Pomůcky:	Maňasci (pejsek a kočička), hrníček, vařečka, obvaz, náplast.
Metodický postup:	<i>Posadte se s dětmi do kruhu, můžou zůstat i v postelích.</i> <i>Vezmete maňasky a začnete s představením.</i> Pejsek: Kočičko, já mám na něco hroznou chuť. Dal bych si dort. Kočička: Tak si ho uděláme. Pejsek: A co patří do dortu? Oba: Děti, co patří do dortu? – <i>děti říkají jednotlivé ingredience, které by daly do dortu.</i> Pejsek s kočičkou dělají, že do hrníčku přidávají ingredience a míchají vařečkou.

Kočka: Tak a je to hotové, teď to dáme do trouby upéct.

Mezi tím, co se peče dort, si všichni zazpívají písničku - Skákal pes, přes oves.

Pejsek: Kočko, myslíš, že už je dort hotový?

Kočka: Tak se podívej.

Pejsek se podívá a spálí si čumáček.

Pejsek: Au, au toto bolí!

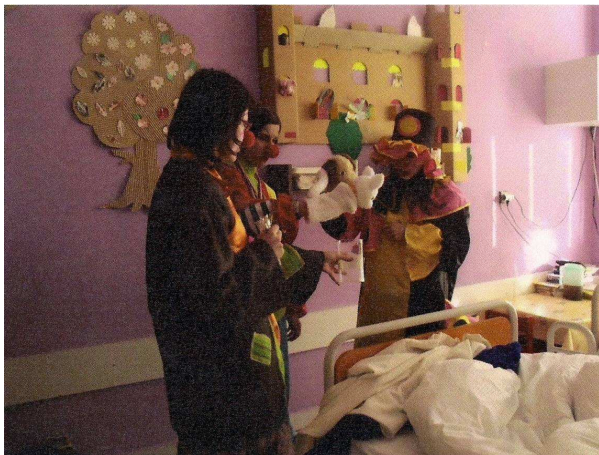
Děti, jak pejskovi pomůžeme? *Dáme jednomu z nich obvaz nebo náplast aby mohl pejskovi čumáček ošetřit.*

Pejsek: Jé to se mi ulevilo! Tak a teď si všichni můžeme dát dort.

A všichni dělají, že jí upečený dort a pochutnávají si na něm.

Dětem se aktivita, velmi líbila. Ochoťně se zapojovaly do vyprávění. Aktivita splnila svůj cíl.

Zhodnocení aktivity:



Herní terapie. [cit. 8-5-2010] Dostupné z:

<http://web.fhs.utb.cz/cs/docs/HERN__TERAPIE_2.3.2010.pdf>