

Metaanalýza výsledků závěrečných prací zabývajících se tématem herní terapie

Mgr. Hana Medvedová

Rigorózní práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ RIGORÓZNÍ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Mgr. Hana Medvedová
Osobní číslo: H17003
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: distanční

Téma práce: Metaanalýza výsledků závěrečných prací zabývajících se tématem
herní terapie

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k herní terapii.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah rigorózní práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování rigorózní práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Axline, V. (1987). Play therapy. New York: Ballantine Books.

Bratton, S. C., Ray, D., & Rhine. T. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. Professional psychology research and practice, 36(4), 376-390. Dostupné z <http://psychnet.apa.org/>

Farkašová et al. (2006). Výzkum v ošetrovatelství. Martin: Osveta.

Hendl, J. Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál, 2006. ISBN 9788073671235.

Schefer, Ch. E., & Kaduson, H. G. (2006). Contemporary play therapy: theory, research, and practise. Science & Technology, 44(6), 1014. Dostupné z <http://search.proquest.com/docview/>


Valenta, M. (2008). Herní specialista v somatopedii. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.

Datum zadání rigorózní práce: 12. června 2017

Termín odevzdání rigorózní práce: 1. dubna 2018

Ve Zlíně dne 12. června 2017


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA RIGORÓZNÍ PRÁCE


Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně, 29. 5. 2018


.....

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

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

(2) Disertační, diplomová, bakalářské a rigorózní práce odvedené uchazečem k obhajobě musí být sčít 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 výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odvedená 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

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

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez výzvěho 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 učit 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 výdětku jin dříve dříve v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiloženo přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se příbude k výši výdětku dříve dříve školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

Touto cestou děkuji těm, co se zasadili o formování herní práce a statutu herního specialisty jako takového ve svých závěrečných pracích a přispěli tím k novým poznatkům v rámci svých výzkumů v České republice.

Motto: „...protože jsou dětmi a pro nic jiného, mají svoji důstojnost a hodnotu jednoduše proto, že jsou...“

(Barbara Colorosová)

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 IDENTIFIKACE A CHARAKTERISTIKA VŠ PRACÍ.....	12
2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE	16
2.1 PERIODIZACE DĚTSKÉHO VĚKU.....	17
2.1.1 Zvládání nemocí v závislosti na věku dítěte	18
3 NEMOCNÉ DÍTĚ	23
3.1 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ U NEMOCNÉHO DÍTĚTE.....	23
3.1.1 Onemocnění a individualita dítěte	24
3.2 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI	24
3.2.1 Rodiče a zvládání dětské nemoci	27
3.2.2 Specifika chování a prožívání nemocného dítěte	30
3.2.3 Podpurné aktivizační metody	31
4 HRA V ŽIVOTĚ DÍTĚTE.....	37
4.1 HRA A JEJÍ TERAPEUTICKÝ POTENCIÁL	38
4.2 HRA V NEMOCNICI.....	38
4.2.1 Komunikace s hospitalizovaným dítětem	39
5 HERNÍ TERAPIE	45
5.1 HISTORICKÝ EXKURZ	46
5.2 PRŮBĚH HERNÍ TERAPIE.....	47
5.2.1 Vliv herní terapie na hospitalizované dítě.....	48
5.2.2 Úkoly a cíle herní terapie	49
5.3 HERNÍ SPECIALISTA & HERNÍ TERAPEUT	49
5.3.1 Ukotvení oboru v našich podmínkách.....	51
5.3.2 Náplň práce a kompetence herního specialisty	52
5.3.3 Začátky herního specialisty v České republice	53
5.3.4 Pracovní náplň herního specialisty.....	53
II PRAKTICKÁ ČÁST	55
6 REALIZACE VÝZKUMU	56
6.1 METODIKA	56
6.1.1 Formulace výzkumného problému.....	56
6.1.2 Cíl.....	57
6.1.3 Metody a techniky sběru dat	57
6.1.4 Zkoumaný soubor.....	57
6.1.5 Výzkumný design.....	58
6.2 IDENTIFIKACE KLÍČOVÝCH SLOV	58
6.3 ANALÝZA BAKALÁŘSKÝCH A DIPLOMOVÝCH PRACÍ.....	59
6.3.11 Teorie a praxe herní aktivizace ve zdravotnických zařízeních, Jana Michalicová, rok 2013, bakalářská práce.....	102

6.3.12	Herní aktivizace dětí předškolního věku v nemocničním zařízení, Sabina Rakušanová, rok 2014, DP	107
DISKUSE		112
ZÁVĚR		115
SHRNUTÍ		117
DOPORUČENÍ		119
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		120
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		128
SEZNAM OBRÁZKŮ		129
SEZNAM TABULEK		130
SEZNAM PŘÍLOH		131

ÚVOD

Rigorózní práce Metaanalýza závěrečných prací zabývajících se tématem herní terapie zkoumá již obhájené závěrečné práce bakalářské práce (BP) a diplomové práce (DP). Základním výzkumným problémem bude komparace postupů, výzkumných zjištění a celkového hodnocení termínu herní terapie v uvedených pracích. Záměrem práce není hodnocení těchto prací, ale využití prací jako základních pramenů pro analýzu. V tomto případě jsou předmětem výzkumu již obhájené závěrečné VŠ práce.

Východiska této práce, základní soubor nebo chceme-li identifikace závěrečných obhájených prací:

1. Vliv herní terapie na děti předškolního věku, Veronika Masáčková, rok 2006, diplomová práce
2. Užití metod herní terapie u dětí s mentálním postižením v mateřské škole a u žáků základní školy praktické, Kateřina Červinková, rok 2007, diplomová práce
3. Herní terapie v českých nemocnicích, Jana Urbanová, rok 2013, diplomová práce
4. Herní terapie na dětském oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, Hana Medvedová, rok 2011, diplomová práce
5. Možnosti pedagogické péče o hospitalizované dítě a vliv herní terapie, Marie Handlířová, rok 2007, diplomová práce
6. Aplikace technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici u dětí mladšího školního věku, Kateřina Hanáková, rok 2009, diplomová práce
7. Herní specialista, Sabina Hofrová, rok 2011, bakalářská práce
8. Herní terapie a podpůrná péče, Martina Krutská, rok 2011, bakalářská práce
9. Význam herního specialisty v péči o dětské pacienty, Terezie Pluhařová, rok 2011, bakalářská práce
10. Psychologická péče o dětského pacienta a vliv herní terapie, Michaela Klenczová, rok 2013, bakalářská práce
11. Teorie a praxe herní aktivizace ve zdravotnických zařízeních, Jana Michalicová, rok 2013, bakalářská práce
12. Herní aktivizace dětí předškolního věku v nemocničním zařízení, Sabina Rakušanová, rok 2014, bakalářská práce

Práce se zaměří na dotazy a odpovědi v rámci obsahové analýzy prací. Bude zkoumána metoda, jakou byly práce vytvořeny. V případě analýzy odborných prací budeme klást zejména tyto dotazy:

- Co autoři prací o problému „herní terapie“ zjistili?
- Jaké byly cíle autorů?
- Jaké jsou autory vyzkoumané poznatky z praxe?
- Jakým způsobem autoři získávali informace?
- Využívali stejné či podobné metody zkoumání?
- Byly autory vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?
- Co poznatky prací postrádají?

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 IDENTIFIKACE A CHARAKTERISTIKA VŠ PRACÍ

Předmětem této práce jsou již obhájené závěrečné VŠ práce. Všechny závěrečné práce jsou plně dostupné. Většina rešerší závěrečných bakalářských a diplomových prací jsou k dispozici online.

Metaanalýza je analýza většího počtu srovnatelných studií, odborných sdělení a dat, za účelem jejich integrace a posouzení jejich efektivity. Tato vědecká metoda, při které se zpracovává soubor jednotlivých výzkumů či vědeckého ověření, vychází z předpokladu, že spojením většího počtu jednotlivých souborů do jednoho se zvýší celkový efekt přínosu výzkumu v podobě přesnějšího výsledku zpracování.

Předmětem je tedy adekvátní základní soubor v rozsahu dvanácti VŠ prací realizovaných v období roku 2006 až 2014. Shodný tematický základ tvoří termín HERNÍ TERAPIE a jeho souvztažnost k hospitalizovanému dítěti, rodičům dítěte a hernímu terapeutovi. Přestože není často herní terapie v názvu VŠ práce a ne vždy jsou součástí klíčových slov, přesto se autorkou vybrané BP i DP svým charakterem dotýkají zvoleného termínu herní terapie. Tato práce se zaměří na zkoumání obsahů níže charakterizovaných VŠ prací. Směr práce vede k soubornému přehledu současného stavu poznání vymezených v předmětu zkoumání.

Identifikace a charakter VŠ prací

1. Vliv herní terapie na děti předškolního věku, Veronika Masáčková, rok 2006, DP
 - a. Cíl; Zmapovat současný stav využití herní práce ve zdravotnickém zařízení (Mateřská škola při fakultní nemocnici Brno) u hospitalizovaných dětí předškolního věku.
 - b. Vedoucí DP – PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, Ph.D.; rozsah práce 67 stran a 6 příloh, zdroje v rozsahu 40 publikací, 5 elektronických zdrojů
2. Užití metod herní terapie u dětí s mentálním postižením v mateřské škole a u žáků základní školy praktické, Kateřina Červinková, rok 2007, DP
 - a. Cíl; porovnat připravenost dětí ze školského zařízení (mateřská škola a základní škola praktická) na nemocniční zákrok (návštěvu lékaře) před aplikací metod herní terapie a po nich. Dále je práce zaměřena na přínos využití metod herní terapie nejen v nemocnici, ale i ve školských zařízeních pro děti a žáky s mentálním postižením

- b. Vedoucí DP – PhDr. Mgr. Martina Bazalová, Ph.D.; rozsah práce 96 stran a 5 příloh, zdroje v rozsahu 40 publikací, 7 elektronických zdrojů
3. Herní terapie v českých nemocnicích, Jana Urbanová, rok 2013, DP
 - a. Cíl; Zjistit v jaké míře je herní terapie využívána v českých nemocnicích. Zjistit, které prvky herní terapie jsou v praxi nejvíce využívány. Zjistit, který pracovník tuto činnost nejčastěji provádí. Zjistit zájem dětských oddělení o práci herního specialisty
 - b. Vedoucí DP – Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D; rozsah práce 61 stran a 4 přílohy, zdroje v rozsahu 34 publikací, 13 elektronických zdrojů
4. Herní terapie na dětském oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, Hana Medvedová, rok 2011, DP
 - a. Cíl; Posoudit, jak působí návštěvy herního specialisty na psychický stav dětí hospitalizovaných na dětském oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.
 - b. Vedoucí DP – Mgr. Helena Řeháčková; rozsah práce 92 stran a 13 příloh, zdroje v rozsahu 39 publikací, 5 odborných časopisů, 2 předpisů, 3 elektronických zdrojů
5. Možnosti pedagogické péče o hospitalizované dítě a vliv herní terapie, Marie Handlířová, rok 2007, DP
 - a. Cíl; Přiblížit nejen činnost pedagogickou, ale také práci herního specialisty a poukázat na jeho nezastupitelnou roli a úlohu v péči o hospitalizované dítě
 - b. Vedoucí DP – PhDr. Ilona Fialová; rozsah práce 43 stran a 7 příloh, zdroje v rozsahu 23 publikací, 1 diplomová práce
6. Aplikace technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici u dětí mladšího školního věku, Kateřina Hanáková, rok 2009, DP
 - a. Cíl; Zmapovat možnosti a přínosy technik terapie hrou v nemocnici, zda tyto techniky mají pozitivní vliv na pobyt dítěte v nemocnici a porovnání herní práce v nemocnici a terapii hrou u dětí mladšího školního věku
 - b. Vedoucí DP - PhDr. Jana Tóthová; rozsah práce 119 stran a 10 příloh, zdroje v rozsahu 43 publikací
7. Herní specialista, Sabina Hofrová, rok 2011, BP

- a. Cíl; Vytvoření a vyhodnocení projektu: „Medvídka něco trápí“. Projekt je určen dětem předškolního věku. Pokusí se seznámit děti s některými pomůckami, které se využívají ve zdravotnictví, s lékařskými postupy, s osobami, které mohou děti při ošetřování potkat, s nemocemi, s úrazy, se zdravým životním stylem, s ochranou zdraví, s částmi lidského těla, s první pomocí. Všechny tyto informace budou dětem nabízeny prostřednictvím her a činností a pokusí se zmírnit pocit strachu a úzkosti dětí z lékařského prostředí, ošetření, personálu, nemocí.
- a. Vedoucí BP – Mgr. Jiří Kantor; rozsah práce 38 stran a 5 příloh, zdroje v rozsahu 19 publikací, 6 elektronických zdrojů
8. Herní terapie a podpůrná péče, Martina Krutská, rok 2011, BP
 - a. Cíl; Zjistit jaké je povědomí o existenci Centra podpůrné péče (CPP) ve FTNsP a o tom, jaké služby CPP poskytuje. Dále zda respondenti vnímají podpůrnou péči jako přínos v celkově poskytované péči a zda si uvědomují odlišnost kompetencí zdravotníků a poskytovatelů podpůrné péče. Výsledek šetření poskytne zpětnou vazbu pro Centrum podpůrné péče Lékořice (CPP). Jednotlivé závěry budou samostatně vyhodnoceny.
 - b. Vedoucí BP – PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.; rozsah práce 50 stran a 11 příloh, zdroje v rozsahu 19 publikací, 17 elektronických zdrojů
9. Význam herního specialisty v péči o dětské pacienty, Terezie Pluhařová, rok 2011, BP
 - a. Cíl; Zmapovat názory zdravotnických pracovníků na práci herního specialisty na dětském oddělení a na spolupráci s ním a s dětmi na výkon připravených herním specialistou. Dále zjistit jaký názor mají sami zdravotníci na volný čas dětí v nemocnici a jak by podle nich mělo dítě tento čas trávit. V neposlední řadě se do oblasti zájmu postavili také samotní zdravotníci, konkrétně v poslední otázce dotazníku; „co oni jako pacienti a herní specialista ano či ne event. nevím.
 - b. Vedoucí BP – Jaroslava Pečenková; rozsah práce 76 stran a 3 příloh, zdroje v rozsahu 16 publikací, 3 elektronických zdrojů
10. Psychologická péče o dětského pacienta a vliv herní terapie, Michaela Klenczová, rok 2013, BP
 - a. Cíl; Zmapovat informovanost o možnostech využití herní terapie v rámci komplexní péče o dětského pacienta.

- b. Vedoucí BP – PhDr. Stanislav Pelcák, PhD.; rozsah práce 72 stran a 7 příloh, zdroje v rozsahu 24 publikací, 2 elektronických zdrojů
11. Teorie a praxe herní aktivizace ve zdravotnických zařízeních, Jana Michalicová, rok 2013, BP
- a. Cíl; Zjistit, jaký má herní terapie přínos pro hospitalizované děti. Zjistit, jak často dochází herní specialista na dětské oddělení. Zjistit, zda všeobecné sestry znají pojem herní terapie a zda umí vysvětlit význam herní terapie. Zjistit, jaké pomůcky k aktivizaci hospitalizovaných dětí jsou k dispozici na dětském oddělení. Zjistit, zda je herní specialista brán jako součást multidisciplinárního týmu.
 - b. Vedoucí BP – Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.; rozsah práce 60 stran a 4 příloh, zdroje v rozsahu 9 publikací, 3 elektronických zdrojů
12. Herní aktivizace dětí předškolního věku v nemocničním zařízení, Sabina Rakušanová, rok 2014, BP
- a. Cíl; Soustředit se na afektivní kompetence a získání realistického postoje k jeho onemocnění. Z hlediska kognitivních kompetencí je zde snaha o co nejvyšší možnou informovanost vzhledem k druhu onemocnění a s přihlédnutím k rozumovému vývoji dítěte.
 - b. Vedoucí BP - prof. PhDr. Peter Gavora, CSc.; rozsah práce 48 stran a 4 přílohy, zdroje v rozsahu 14 publikací

2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE

Osobnost lze poněkud zjednodušeně definovat jako komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako celek, skládá se ze vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se v reakcích na různé podněty a situace, resp. v interakci s nimi (Vágnerová, 2010, s. 13). *Vývoj* je změna, při které organismus nebo jiný vyvíjející se objekt:

- získává nové vlastnosti, přičemž si ponechává dosavadní (ale některé z dosavadních vlastností zpravidla ztrácí)
- se stává složitějším vnitřně (vztahy mezi jeho částmi) i navenek (vztahy mezi ním a jeho okolím)
- se stává méně závislým na svém okolí, tedy autonomnějším.

Vývojová stádia spolu navzájem souvisí:

- různá stádia přinášejí podobné vývojové úkoly, nastolují podobná témata
- každé stádium je přípravou následujícího stádia i všech dalších stádií
- na základě poznání raných stádií pochopit a částečně předpovědět pozdější stádia (Říčan, 2004).

Jednotlivá období vývoje na sebe navazují, vážné poruchy v předchozím stádiu komplikují přirozený vývoj ve stádiu následujícím. Analyzovat vývoj osobnosti s oporou v jeho periodizaci, organizovat výchovně vzdělávací působení v souladu s věkovými zvláštnostmi – činit je z hlediska věkových zvláštností adresným, je jedním z hlavních úkolů v přístupu k dítěti (Helus, 2009). V každém vývojovém období si dítě osvojuje nejen nové poznatky a zkušenosti, ale také nové pracovní techniky, způsoby myšlení a nazírání, které vždy vychází z poznatků dříve získaných. Není lhostejné, zda se některé vývojové období „přeskočí“ zanedbá nebo jen náležitě stimulačně nevyužije (Matějček, 2001). Přejít mezi jednotlivými fázemi neprobíhá vždycky plynule. Občas dochází ke vzniku napětí mezi starou a novou variantou, po níž jedinec není ještě zcela zralý nebo na ni není připravený. Takový stav bývá označován jako vývojová krize. Erikson (1963) ji definuje jako nezvládnutí vývojového úkolu, který je pro danou fázi důležitý. Vývojovou krizi lze chápat mnohem obecněji, jako stav napětí mezi dvěma vývojovými variantami, mezi dosud přetrvávajícími infantilnějšími projevy a zralejším způsobem reagování (Vágnerová, 2005, s. 31). U dětí vychovávaných po dlouhou dobu v léčebných ústavech k tomu přistupuje i nedostatek citového zásobení, nebo traumati-

zující zážitky z časného odloučení od matky, nebo také časté střídání personálu s velice rozdílným citovým vztahem k dítěti (Matějček, 2001).

2.1 Periodizace dětského věku

Rozdělením životních cyklů na jednotlivé úseky se setkáváme již v dávné minulosti. Hippokrates dělí lidský život do sedmi období a ke každému období připisuje též sedmileté trvání. J. A. Komenský dělí lidský věk v jeho díle *Orbis Pictus* také na sedmiletí (Šimíčková – Čížková, 2008). Člověk na rozdíl od jiných biologických druhů roste relativně dlouho a pomalu. Po období rychlého postnatálního růstu následuje období klidového růstu – dětství (Mojžíšová cit podle Sedlářové, 2008). V průběhu života člověk prochází několika výrazně rozdílnými obdobími. Langmeier a Krejčířová (2006) dělí dětský věk do těchto kategorií:

- *prenatální období* tj. období mezi početím a narozením dítěte
- *novorozenecké období* přechod dítěte z chráněného intrauterinního života
- *kojenecké období* do prvního roku života
- *batolecí období* druhý až třetí rok života
- *předškolní období* celé období od narození až do vstupu do školy
- *vstup dítěte do školy*
- *mladší školní období* doba od 6 – 7 do 11-12 let
-starší školní věk „období latence“
- *období dospívání*
-období pubescence zhruba od 11 do 15 let
 - a) fáze prepuberty tj. první pubertální fáze 11 – 13 let u chlapců asi o 1 -2 roky později
 - b) fáze vlastní puberty tj. druhá pubertální fáze 13 – 15 let.

Jiné členění uvádí Vágnerová (2005), která dělí dětský věk na:

- *prenatální období* trvá 9 kalendářních měsíců
- *novorozenecké období* trvá přibližně jeden měsíc
- *kojenecké období* trvá od jednoho měsíce do jednoho roku
- *batolecí věk* trvá od jednoho zhruba do 3 let
- *věk hry* – předškolní období trvá od 3 do 6 – 7 let

- *školní věk* tj. období od základní školy
 - raný školní věk trvá od nástupu do školy od 6 – 7 let do 8 – 9 let
 - střední školní věk trvá od 8 – 9 let do 11 – 12 let
 - starší školní věk období 2. stupně základní školy do ukončení povinné školní docházky
- *období dospívání* – adolescence tj. od 10 do 20 let.

Ve školské a zdravotnické praxi se u nás oficiálně užívá toto členění:

- *období novorozenecké* tj. prvních 28 dnů života
- *věk kojenecký*, od 1 měsíce do 1 roku
- *věk batolivý*, od 1 do 3 let
- *věk předškolní*, od 3 do 6 – 7 let (do vstupu do školy)
- *věk školní*, od 6 – 7 do 15 – 16 let (do konce školní povinné docházky)
 - mladší školní věk* tj. první stupeň ZŠ
 - starší školní věk* tj. druhý stupeň ZŠ
- *věk dorostový*, od 15 – 16 let do 18 let (Kotulán, 2002).

2.1.1 Zvládání nemocí v závislosti na věku dítěte

Jak děti rostou, mění se. Co je správné říkat tříletému dítěti, nemusí být vhodné pro sedmi-leté, jinak budeme přistupovat k dospívajícímu a něco jiného od něj budeme i očekávat. Rozlišení různých věkových období nám pomůže orientovat se v tom, co by se mělo v určitém věku u dítěte odehrávat a jak na to nejlépe reagovat (Biddulph, 1997, s. 99). Právě herní specialista se na dětském oddělení setkává s pacienty různých věkových kategorií. Pouze poznání situace, že dítě není „hotovým“ člověkem, ale vyvíjejícím se organismem po somatické i psychické stránce, pomůže hernímu specialistovi pochopit fyzické a psychické předpoklady a jejich specifika a také možné poruchy ve vývoji, které se mohou projevit nejrůznějšími onemocněními, pro které je dítě přijímáno k vyšetření do nemocnice (Valenta, 2008).

Kojenecký věk

„nejdelší rok“

Toto období charakterizuje vývojová revoluce, kdy se z malého nemluvněte vyvine malá osobnost. Vyvíjí se poznávací aktivita, období má senzomotorický ráz (Gulášová, 2007 cit. podle Plevová a Slowik, 2010). Langmeier, Krejčířová upozorňují na separační úzkost dítěte v tomto věkovém období, vyvolané odloučením od matky jak ukázaly poznatky studie Schaffera a Callendera. Ti sledovali 76 dětí ve věku od jednoho do dvanácti měsíců umístěných do nemocnice. U dětí starších než sedm měsíců zjistili klasický separační obraz s protestem na začátku, s negativismem vůči personálu, s intervaly podrobnosti a odmítáním okolí a s obdobím postupné readaptace po návratu domů, kdy dítě dává najevo nejistotu a nadměrnou závislost na matce. Naproti tomu u kojenců mladších než sedm měsíců nevyvolala separace žádný protest a cizí osoby byly akceptovány jako náhrada za matku poměrně dobře, byla – li navyklá rutina zachována. Vztah k matce však musí být po ukončení separace znovu obnoven. Z hlediska zvládnutí nemoci je proto v kojeneckém věku nejdůležitější maximálně omezit eventuální nezbytnou separaci dítěte od rodiny a zavádět důsledně stimulační – herní programy (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 63).

Fendrychová a Klimovič (2005) popisují účinky separační úzkosti, o kterých rozhoduje celá řada faktorů jako např. věk, temperamentové vlastnosti a předcházející zkušenosti. Výzkum ukázal tři typické fáze průběhu u dětí separovaných v raném věku od matky:

- *fáze protestu* – křik, pláč, očekávání reakce
- *fáze zoufalství* – ztráta naděje, méně křiku, odvrácení se od okolí
- *fáze odpoutání od matky* – potlačení citů k matce a obrácení se k někomu, kdo jej ošetřuje, nebo zaměření spíše na věci.

Batolecí věk

„na vlastních nohou“

Dítě v tomto období zůstává stále silně závislé na matce či na několika jiných dospělých členech rodiny. I krátkodobé odloučení vyvolává často prudké separační reakce a strach z cizích lidí, snadno vznikají i fobie – především strach z „lidí v bílém“, který pak někdy trvá i po celý život. Robertson a Bowlby (1952, 1957) popsali separační reakce dětí starších 18 až 24 měsíců, které byly poprvé ve svém životě odloučeny od svých matek a umístěny v nemocnici. Zjistili tři typické fáze:

1. fáze protestu - dítě křičí a volá matku

2. fáze zoufalství – dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně a odvrací se od okolí

3. fáze odpoutání od matky – dítě potlačí postupně své city k matce a je schopno se připoutat k jinému dospělému.

Popsané fáze trvají u jednotlivých dětí různě dlouho (několik hodin, dnů i týdnů). Robertson ukázal velmi působivě na filmovém záznamu prudké reakce dvouletého děvčátka přijímaného do nemocnice bez matky (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 80). Pro batolata je typická velká pohybová aktivita, děti v tomto věku se velmi špatně vyrovnávají s nutností pohybového omezení, autonomie a iniciativy vůbec (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000, s. 332). Mimořádný význam má v tomto období a v situaci, také hra. Nejen tím, že dítě zaujme a odvede jeho pozornost, ale především tím, že právě v ní může dítě aktivně znovu prožít celou situaci. Je – li už na úrovni symbolického myšlení, může právě na posunuté rovině symbolické hry nabýt dojmu, že situaci samo kontroluje - píchá panence injekce, ukládá ji do postýlky apod. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 81).

Předškolní věk

„...období, kdy se v našem životě objevuje socializace“

Tento věk se označuje vývojové období přibližně od tří do šesti let (Matějček a Pokorná, 1998, s. 10). V tomto období řeší dítě vývojový konflikt mezi vlastní iniciativou a pocitem viny. Dítě tedy i v nemoci potřebuje dostatečný prostor pro hru a rozvoj vlastní podnikavosti. (Langmeier a Krejčířová, 2006). Dítě pracuje a tvoří hrou ve hře (Matějček a Pokorná, 1998, s. 17). Současně narůstá potřeba dítěte porozumět světu i vlastnímu tělesnému fungování. Tam, kde zdravotní obtíže nejsou před lékařským zákrokem pro dítě dosti zřetelné, může dítě zákrok vnímat např. i jako trest za špatné chování. Vysvětlování a dostatečné informování je proto v předškolním věku již nezbytné, vzhledem k rychlému rozvoji řeči a komunikace je možná i přímá příprava dítěte na zákrok či hospitalizaci (především s využitím symbolické hry). V mnoha nemocnicích dnes pracují herní terapeuti, zaměřující se cíleně na tuto problematiku (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Mladší školní věk

„kouzelný věk“

Tento věk je klasickou dobou fantazie (Matějček a Pokorná, 1998, s. 80). Toto období je charakteristické snahou dítěte o co nejlepší výkon ve škole i mimo ni a soupeření s druhými dětmi. Mladší školní věk je období realismu a děti mívají většinou snahu dospělým vyhovět a uspět i v situaci nemoci a léčby. Při léčbě může být dítě významně motivováno možnostmi zlepšit svoji výkonnost a stát se zdatnějším. Děti si často hledají své kulturní „hrdiny“, s nimiž se identifikují, takovým hrdinou může být pro dítě lékař, nebo vzor jiného dítěte, které podobnou situaci nemoci a léčby zvládlo. Stěžejní je v tomto období skupina vrstevníků (Langmeier a Krejčířová, 2006). V důsledku onemocnění a hospitalizace mohou školní děti trpět zejména pocity méněcennosti v důsledku snížené fyzické zdatnosti a velmi dobře spolupracují, mají – li naději svoji zdatnost zlepšit. Školní děti se také velmi těžce vyrovnávají s nedostatkem přirozeného kontaktu s kamarády a mohou trpět pocity sociální izolace (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000, s. 332).

Puberta

„čas první lásky“

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) je tento věk charakteristický pro konflikt utvoření jasně a stabilní identity oproti pocitům nejistoty o své vlastní roli. Říčan (2004, s. 169) popisuje toto období jako nejdramatičtější a biodromálně nejzajímavějším z celého života.

U chronické nemoci či postižení musí být onemocnění do vlastního sebepojetí integrováno. Současně se v tomto věku zákonitě uvolňují vazby k rodině a sílí vliv vrstevnické skupiny. Při léčbě dospívajících je častým problémem odpor či ambivalentní postoj vůči autoritám, na nichž se nyní musí stát nezávisly. Je nutné dát dítěti prostor k otázkám, umožnit mu podílet se na rozhodování o dalším postupu léčby. V tomto období také dochází již k zmíněnému předávání odpovědnosti za léčbu z rodičů na samo dítě (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Adolescence

„na vrcholu mládí“

Toto období je charakteristické pro dotváření identity dospívajícího dítěte a vazby k rodině nadále slábnou. Do popředí se dostávají sexuální otázky. Intenzivní práce s dítětem a jeho časná mobilizace a rehabilitace jsou důležité vždy, ale naprosto zásadní jsou zejména tam,

kde nemoc či operace povedou k více či méně trvalému omezení funkcí. Dospívající děti snadno upadají do deprese. Celé období dospívání doprovází zvýšená zranitelnost a snížená odolnost vůči stresu. Kvalitní komunikace s lékaři a podrobná informovanost dítěte jsou pro úspěšnou léčbu nemoci dospívajících zásadní (Langmeier a Krejčířová, 2006). Pro dospívající děti je zraňující vše, co nějak zasahuje jejich nově utvářenou identitu a omezuje autonomii – úkol vytvořit si a přijmout identitu tělesně nemocného člověka je nesmírně náročný (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000, s. 332).

3 NEMOCNÉ DÍTĚ

Nemoc se vždy promítá do celé osobnosti dítěte a podle toho také nabývá u každého dítěte poněkud jiné osobité podoby. Nemoc znamená pro dítě kromě zátěže organismu i změněnou životní situaci, s níž se musí vyrovnat (Plevová a Slowik, 2010, s. 63 – 64).

3.1 Psychická zátěž u nemocného dítěte

V případě akutní nemoci jako je např. meningitida, plané neštovice, zánět středního ucha, zápal plic apod., která je náhlá, krátká a vážná vrhnou rodinu do velkého stresu, ale jen nakrátko. (Colorosová, 2008). Nemocný (dospělý, dítě či dospívající) poté co se dozvěděl o své těžké nemoci, pravidelně určitým sledem vyhraněných emočních fází. Nejznámější jsou stádia postulovaná Kublerovou – Rossovou (1969):

1. popírání – věcné přijetí lékařovy informace je následováno odmítnutím věřit vůbec ve správnost nepříznivé zprávy a vyhledáním protiargumentů

2. hněv, afektivní otřes, agresivita – různě zaměřená na členy rodiny, na lékaře a sestry, na sebe samého, ale i na psychoterapeuta

3. smlouvání – vyhledávání viníka a zoufalé usilování o slib vyléčení. Tíživé skutečnosti jsou sice přijímány, ale jen podmíněně, částečně

4. deprese a zoufalství – doprovázené někdy agitovaností, jindy apatií

5. přijetí – tíživé skutečnosti a vyrovnání se s ní – klidné smíření spíše než rezignace (Kubler – Rossová, 1969 cit podle Langmeiera, Balcara a Špitze, 2000, s. 334).

Koluchová (1989) uvádí dělení působení somatického onemocnění na psychiku do dvou základních skupin:

1. vlivy přímé

K přímým psychickým následkům somatického onemocnění můžeme zařadit poruchy činnosti a duševního vývoje jedince, ke kterým dochází např. v důsledku změn ve tkáních, v důsledku porušené činnosti tělesných orgánů nebo patologických změn centrálního nervového systému. Postihují přímo centrální nervový systém, a to má vliv na psychické procesy. Pro výsledné psychické změny je typická značná proměnlivost, a to nejen v projevech, ale také v intenzitě. Často je nerovnoměrné postižení psychických funkcí. Jejich změny mohou být trvalé, dlouhodobé, nebo dočasné.

2. vlivy nepřímé

Mezi tyto vlivy můžeme zahrnout vše, co souvisí se změnou životní situace nemocného. Jedná se o zvýšenou zátěž organismu, přetěžování nervové soustavy bolestmi různými potížemi nebo hospitalizací, patří sem i chyby ve výchovném přístupu k nemocnému dítěti a řada dalších různých vlivů (Koluchová, 1989).

3.1.1 Onemocnění a individualita dítěte

Nemoc se vždy promítá do celé osobnosti dítěte a podle toho také nabývá u každého dítěte poněkud jiné osobité podoby. Jak uvádí Matějček (2001) každé dítě si svou nemoc uvědomuje a nějak ji prožívá. Omezení pohybu, izolace od kamarádů nebo odloučení od rodiny v něm vyvolává úzkost. Někdy trpí dítě pocitem viny a jindy je děsí představa smrti nebo trvalé invalidity. Také psychické symptomy se projeví v chování dítěte vždy jen v jedinečném osobním zpracování. Jinak budou tedy vypadat u dítěte klidného a vyrovnaného, jinak u dítěte prudkého a výbušného a opět jinak u dítěte zvýšeně úzkostného. Jinak se při onemocnění projeví dítě dobře vychované, ukázněné, zvyklé na spolupráci než dítě rozmazlené, neukázněné a zvyklé na okamžité uspokojení všech svých přání.

Osobnosti dětských pacientů jsou stejně individuální jako osobnosti všech ostatních lidí. Nelze tedy dát jeden všeobecně platný recept, ale je třeba umět obecná pravidla individuálně přizpůsobit každému dítěti odstupňovat přístup i výchovné působení podle jeho věku a vyspělosti a zaměřit je podle současných potřeb (Plevová a Slowik, 2010, s. 64).

3.2 Prožívání nemoci

Nemoc, ať už jakákoliv, znamená vždy do jisté míry zatížení pro dětský organismus. (Damborská et al., 1978).

Chronická nemoc postihuje přibližně 7 - 10% dětské populace, jde sice o onemocnění léčitelné, ale většinou ne zcela vyléčitelné. Chronická nemoc vyvolává u dítěte závažný stres jak pro jeho rodinu, tak i pro dítě samo. Přináší s sebou bolest, léčebné procedury a strach z nich, často omezení pohybu, dietní opatření, separaci při hospitalizaci, izolaci od vrstevníků, narušení denního režimu, změněné chování rodičů při strachu o dítě a někdy i pocity ohrožení vlastního života a výhledů do budoucnosti (manželství, práce) – vše s různou mírou závažnosti podle věku dítěte i druhu onemocnění (Říčan a Krejčířová, 2006).

Chronická nemoc může být pro dítě důležitým faktorem ovlivňující jeho identitu. Intenzivně to bylo zjišťováno například u dětí, které onemocněly rakovinou, astmatem, revmatickou artritidou, diabetem, omezením hybnosti atp. Velký vliv má také doba, po kterou dítě musí ležet v posteli a nemůže se účastnit vyučování a mimoškolních aktivit. V takových případech byl zaznamenán vyšší výskyt depresí a stresu (Křivohlavý, 2002).

Bolest

Plevová a Slowik (2010, s. 146) popisují bolest jako smyslový, tak emotivní vjem. Je to nepříjemná smyslová a emoční zkušenost. Kalousová (2010) popisuje bolest jako subjektivní prožitek nejen pro dítě, ale i pro jeho rodiče a zdravotníky. I malé děti, včetně novorozenců, a to i těch, kteří se narodí před termínem, cítí bolest. Podle Šimůnkové je problém často s lokalizací bolesti. Fendrychová a Klimovič (2005) popisují strach z bolesti jako jev, který ve své gradující podobě komplikuje život pacientům i zdravotnickému personálu. Bolest je vždy subjektivní. Dětská bolest je fenoménem, kterému dlouhou dobu nebyla věnována náležitá pozornost a který byl až do relativně blízké minulosti spojován s řadou mýtů a nepravd. Význam bolesti bývá u dětí často podceňován. Příkladem častého a škodlivého mýtu v této oblasti patří po léta tradované přesvědčení, že nezralost nervového systému dítěte neumožňuje vnímání bolesti, nebo takové tvrzení, že čím je dítě mladší, tím méně může bolest vnímat, bylo základem domněnky, že novorozenci a kojenci nejsou pro vnímání bolesti vybaveni. Mezi další mýty, které se o bolesti tradují, řadíme tvrzení, že dítě si bolest nepamatuje, nebo že snášením bolesti se dítě utužuje.

Typické příklady mýtu o dětské bolesti:

- *malí kojenci nevnímají bolest: nervový systém je nezralý a není chopen vnímat bolest jako dospělý* – ve skutečnosti již 26 týdenní fétus je schopen vnímat nociceptivní podněty
- *kojenci si bolest nepamatují, proto neexistují žádné dlouhodobé důsledky bolesti pociťované v tomto časném stádiu života* – výzkumy však ukazují, že kojenci cítí bolest, reagují na ni a pamatují si ji
- *děti snadněji získávají návyk na opioidy* – ve skutečnosti se méně než u 1% dětí léčených opioidy vytvoří somatický návyk
- *podávání analgetik (zejména ovoidních analgetik) a jiných léků proti bolesti není u kojenců a dětí bezpečné z důvodů rizika dechového útlumu* - výzkumy farmakodynamiky u

malých dětí naznačují, že pokud se lék správně předepíše a jeho podávání se monitoruje, není důvod se této účinné metodě tlumení bolesti vyhýbat

- *děti tolerují bolest lépe než dospělí* – ve skutečnosti malé děti vnímají bolest intenzivněji než starší děti
- *děti nejsou schopny vyjádřit, co je bolí* – děti sice neumějí vyjádřit a popsat bolest tak, jako dospělí, ale i když děti a kojenci o své bolesti neumějí hovořit, přesto ji velmi jasně vyjadřují – musíme ale vědět, jak příznaky interpretovat
- *děti dokážou přivyknout bolestivým procedurám* – právě opakované bolestivé zákroky mohou u dětí zvyšovat anxiózní pocity a vnímání bolesti
- *děti sdělí, jestliže vnímají bolest* – ve skutečnosti toto nemusejí uvádět, protože se mohou obávat bolestivého podání analgetika, a pokud nejsou náležitým způsobem vyšetřeny, může bolest uniknout pozornosti
- *děti svým chováním velmi dobře vyjadřují, zda a jak intenzivní bolest prožívají* – děti při své oblíbené činnosti nemusejí vůbec vnímat bolest nebo se chovat bolestivě (Plevová a Slowik, 2010, s. 147 – 148).

Smích v nemocničním prostředí

Smích je zevním projevem radosti. Přiměřená a klidná radost říká tělu i psychice, že situace je bezpečná. To znamená, že je možné se uvolnit, uzdravovat a odpočívat. Zdravá a klidná radost je příjemná, zdravá a užitečná. Pozitivní emoce rozšiřují vnímání což ve svém výzkumu zjistila paní profesorka Barbara Fredrickson (Nešpor, 2015, s. 97). Využíváním smíchu v nemocnici se dlouhá léta zabývala Carltonová (cit podle Nešpor, 2010), která uvádí doporučení:

- když se dospělí chovají neohrabaně a neschopně, to mají děti rády. Velké potěšení jim např. způsobí, když se např. zamotáte do záclony nebo se vám nebude dařit sundat gumovou rukavici
- je dobré si vzít na sebe něco komického, co upoutá pozornost dětí např. gumovou žábu upevněnou na bílý plášť nebo červené blikající světýlko
- snaha o uhodnutí jména neznámého dítěte, může přinést nové humorné možnosti. Dále je možné se ptát dítěte na věk, a zda je již vdaná nebo ženatý anebo zda je v místnosti některá osoba jeho manželkou nebo manželem

- když budete dítě vyšetřovat, můžete v dlani ukrýt malý klaksonek, který při zdravotnických úkonech bude vydávat příslušné zvuky. Existuje také přístroj na měření krevního tlaku, který podobné zvuky vydává v momentě, kdy se manžeta začíná nafukovat
- noste brýle s neobvyklými obroučkami, skla se stěrači, nezvykle zbarvená skla apod.
- mějte na hlavě legrační předmět, např. klobouk s vrtulí, tykadly, nebo světélkující anténou
- autorka uvádí jako svůj oblíbený trik používání malého červeného světla, které se rozsvítí mírným tlakem. S jeho pomocí lze předstírat, že bylo rozžvýkáno a že ho nakonec člověk vytahuje z ucha
- je dobré mít v kapsách užitečné pomůcky, například prstové loutky
- dětem připadá neobyčejně legrační, když ony samy mohou dospělé postrašit. Můžete je povzbudit k činnosti tím, že jim řeknete, aby na vás rozhodně nedělali „baf“, abyste se nepolekali. Děti to samozřejmě ihned vyzkoušejí.

3.2.1 Rodiče a zvládání dětské nemoci

Mareš a Marešová (2000, s. 135 - 139) uvádí, že zejména u malých dětí (kojenců batolat, dětí předškolního věku), pomáhá už jen fyzická přítomnost rodičů při hospitalizaci a při nepříjemných či bolestivých výkonech zajišťuje potřebu bezpečí a jistoty a usnadňuje zvládání těžkých zátěžových situací.

„Komplexní zátěž, která je dána nemocí dítěte, zahrnuje emoční trauma vyplývající z faktu, že jejich dítě je vystaveno utrpení, zvýšenou náročnost péče o jejich potomka, která je vyčerpává, i omezení pozitivní stimulace. Rodiče musí tuto zátěž zpracovat a způsob, jak na ni reagují a do jaké míry ji zvládnou, spoluurčuje, jak bude tato situace stresující pro dítě. Rodiče dítěti nemoc nějakým způsobem interpretují, jejich reakce dají této situaci konkrétní význam. Stejně jako v jiných případech je pro dítě nejdůležitější postoj rodičů a z něho vyplývající chování“ (Vágnerová, 2004, s. 101).

Rodiče na onemocnění dítěte reagují kombinací různých citových prožitků:

- úzkostí a strachem, který se vztahuje k představě dalšího ohrožení dítěte

- hněvem či vztekem na nespravedlivou situaci, která dítěti působí utrpení
- smutkem a depresí, které lze chápat jako truchlení nad ztrátou zdraví dítěte a uvědomění si omezených možností pomoci svému dítěti a ochránit jej před nemocí (Vágnerová, 2004).

Vyrovnaní rodiče s faktem onemocnění

Kubler – Rossová (1969 cit. podle Medvedové, 2011) podotýkají, že většina rodičů při vyrovnávání se prochází řadou stádií emočních reakcí obvykle v uvedeném pořadí, i když vždy individuálním tempem:

1. *šok* – rodiče prožívají pocity derealizace a zmatku a mohou reagovat zcela nepřiměřeně
2. *popření* - „není to pravda“ nebo „musí existovat zázračný lék“ případně vytěsnění „lékaři mi nic neřekli“. U rodičů se v tomto období projevuje často magické či mystické zaměření, pokusy smlouvat s Bohem apod.
3. *smutek, zlost, úzkost, pocit viny* – typické bývá hledání viny u druhých, hostilita a vztek na celý svět, ale i na sebe sama. Agresivní pocity se nejčastěji vztahují na partnera nebo jsou zaměřeny proti zdravotnickému personálu
4. *stadium rovnováhy* – dochází ke snižování úzkosti a deprese, narůstá přijetí situace a roste snaha rodičů starat se o dítě a aktivně se účastnit jeho léčby. Toto období trvá obvykle několik týdnů až měsíců, ale ani v nejlepším případě nebývá adaptace po léta úplná
5. *stadium reorganizace* – situace je rodiči přijímána.

Rodič jako společník hospitalizovaného dítěte

Společné pobývání rodičů s jejich hospitalizovanými dětmi je ošetřeno v naší české legislativě, kdy péče o děti a jejich výchova je právem rodičů. Děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona (Ústava České republiky).

Již od roku 1994 probíhá ve všech dětských nemocnicích a na všech dětských odděleních v celé republice výzkum nadačního fondu Klíček, který mapuje situaci jak je to s přijímáním rodičů k jejich hospitalizovanému dítěti, s hrazením jejich pobytu v nemocnici zdravotní

pojišťovnou, s návštěvami sourozenců a s přítomností rodičů při vizitě (Nadační fond klíčů, 2008 cit. podle Medvedová, 2011).

Rodiče představují pro dítě nenahraditelnou oporu. Potřebují však od zdravotníků rady, jak nejlépe dětem pomoci. Rodiče mohou dítěti pomoci tím, že mu budou:

- naslouchat a jeho názory tlumočit zdravotnickému personálu
- vysvětlovat léčebné postupy, ujistovat, že je vše v pořádku a že to tak má být. Posilovat důvěru ke zdravotnickému personálu
- ovládat své emoce
- probrat se zdravotnickým personálem předchozí špatné zkušenosti dítěte s injekcemi a poradit se co je možné udělat lépe
- spolu se zdravotnickým personálem hledat nejlepší postupy odpoutání pozornosti dítěte od výkonu (Fendrychová, Klimovič, 2005 cit. podle Sedlářové, 2008).

„Pobyt rodiče s dítětem v nemocnici je pozitivním faktorem, který napomáhá mírnit nežádoucí vlivy působící na hospitalizované dítě, usnadňuje adaptaci na cizí prostředí a umožňuje trvale naplňovat jeho potřeby. Výzkumy ukázaly, že délka pobytu dítěte v nemocnici závisí mimo jiné i na přítomnosti matky, popřípadě jiného člena rodiny. Zahraniční zkušenosti ukazují, že přítomnost rodičů je nejen možná, ale pro celkovou kvalitu péče také velmi přínosná i u tak závažných medicínských zákroků, jakým je např. resuscitace dítěte“ (Medvedová, 2015).

Návštěva rodiče

Přítomnost rodičů na herní terapii umožní nejen terapeutovi, ale také samotným rodičům lépe se vyznat ve vzájemných vztazích (Raudenská, Raudenský a Javůrková, 2009). Dnes je víceméně samozřejmé (zvláště u malých dětí), že v indikovaných případech je do nemocnice spolu s dítětem přijímána i matka nebo někdo jiný z jeho blízkých. Přesto však otázka návštěv zůstává nadále aktuální pro většinu dětských pacientů, a to zvláště tehdy, pokud jsou už ve věku školním. Návštěvy působí příznivě tím, že poskytují nemocným dětem citové uspokojení ze styku se známými a milými osobami a že je zbavují pocitu opuštěnosti. Pro školáky pak je třeba, aby zůstali v kontaktu s vyučováním a se vším, co se ve škole děje. Zvláštní pozornost a péči zaslouží děti, které byly zklamány tím, že jim návštěva nepřišla, i ty, které předem vědí, že návštěva neprijde. V takové situaci je na místě i využití služeb dobrovolníků, kteří docházejí na dětská oddělení. V praxi se kromě dobro-

volníků čím dál víc osvědčuje využití služeb herních specialistů, kteří jsou součástí pracovního týmu dětských oddělení některých nemocnic (Plevová a Slowik 2010, s. 70 – 71). V současnosti mohou rodiče dítě každý den navštěvovat.

3.2.2 Specifika chování a prožívání nemocného dítěte

Jakékoliv nepříznivé působení na dětský organismus se vždy promítá do celé jeho osobnosti. Vnímání a vyrovnávání se s nemocí je tedy u každého dítěte osobité. Každé dítě svou nemoc nějak **prožívá**, uvědomuje si ji. Někdy trpí pocitem viny, jindy ho trápí představa smrti nebo trvalého omezení. Izolace od rodiny nebo kamarádů v něm vyvolává úzkost, stejně tak jako jakékoli omezení pohybu. Vliv hraje i pohlaví, temperament, míra frustrační tolerance nebo vázanost na rodiče. Každé dítě je zkrátka jiné a stejně tak se liší i způsoby přijetí nebo nepřijetí nemoci (Damborská et al., 1978).

„Pacient, který se dobře vyrovnal s první „pohromou“ a ještě přijatelně se adaptoval na druhé, upadá do stavu beznaděje, úzkosti a deprese při třetím, třeba poměrně nepatrném zásahu. Naopak se však frustrační tolerance zvyšuje, jestliže člověk životní překážky úspěšně překonal a dokázal se přizpůsobit nepříjemné situaci a náhlým zátěžím, tj. jestliže se sám před sebou osvědčil v takové těžké životní zkoušce. Proto by každého sestání s lékařem a každé zkušenosti dítěte s léčebným zákrokem a ošetřováním mělo být výchovně využito. Získané zkušenosti, větší sebedůvěra a vědomí, že se již v takové situaci osvědčilo, je nejlepší přípravou dítěte pro každé příští setkání se zdravotnickými pracovníky“ (Damborská et al., 1978, s. 261).

Autoři Langmeier, Balcar a Špitz (2000) uvádějí, že dítě ve své vlastní minulosti především hledá odpověď na otázku: „co nemoc způsobilo“. Malé dítě však není schopno pochopit objektivní příčinu nemoci a vysvětlení hledá podle svého kognitivního i emočního stavu „magicky“ v agresivní činnosti druhých mocnějších osob, nebo ve vlastním provinění. Většímu dítěti, kterému lze příčinu jeho onemocnění vysvětlit, může přece jen nemoc takto prožívat – ostatně jako i sami dospělí. Méně často přenáší dítě odpovědnost za nemoc na sebe – nemoc je trest za neposlušnost, za neodpuštělné provinění apod. V některých případech se zdá, že dítě se s fantazijně představovaným agresorem identifikuje – je vzdorovitě, odmítá se podřídit léčebným postupům a odmítá poslechnout dospělé. Dítě je pak vystaveno trestům, které zhoršují jeho vztah k dospělým autoritám. Malé dítě ještě není schopno rozumět smrti jako ireverzibilnímu faktu v životě všech lidí a nemusí rozumem chápat vlastní ohrožení života. Až kolem 10. roku, kdy se vytváří počátky formálních lo-

gických operací, je zdravé dítě schopno pochopit neodvolatelnost a nezvratnost smrti a může pak trpět strachem ze smrti, ať je to objektivně odůvodněno nebo nikoli. Těžce nemocné menší děti mohou začít chápat, že jejich nemoc „není obyčejná nemoc“ - vytuší to z vlastního stavu i z chování okolních osob.

U dospívajícího jedince může být typické popírání závažnosti vlastní nemoci a odmítání podřízení se léčebným postupům a režimovým omezením. Jindy se staví do popředí spíše zoufalý pocit vlastní bezmoci a ztráty naděje na vnější pomoc. Někdy je zvlášť tísnivý pocit osamocení v situaci životního ohrožení – dítě se cítí být opuštěno a to ze strany rodičů, prarodičů, sourozenců, spolužáků či kamarádů, nikdo mu nerozumí a nikdo s ním není schopen mluvit o tom, co ho nejvíce trápí (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000 cit. podle Medvedové, 2011).

3.2.3 Podpůrné aktivizační metody

„Produktivně pracovat, milovat i přemýšlet zvládneme nejlépe o samotě. Abychom dokázali naslouchat ostatním, musíme umět naslouchat sami sobě.“

(Erich Fromm)

Arteterapii, muzikoterapii ale také prvky psychodramatu či dramatizaci povídek a hrouvou imaginaci můžeme kombinovat s herní terapií (Raudenská, Raudenský a Javůrková, 2009). Tyto aktivity se pro svůj zvláštní potenciál citově nabitého a intuitivně zprostředkovaného poznávání, vyjadřování a sdělování vyvíjejí v různé formy lidského umění. Jako takové se uplatňují převážně ve skupinové, někdy i při individuální nebo při rodinné práci s dětmi. U malých dětí jsou tvůrčí činnosti v zárodku obsaženy již v terapeuticky vedené hře jako její součástí. S postupující diferenciací osobnosti a činností dítěte jich pak už lze užívat také relativně samostatně. K hlavním takovým činnostem patří: výtvarná činnost, pohybový projev, hudba a rytmus, dramatizace a práce s texty (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000, s. 62 - 64). Valenta (2009) uvádí, že herní terapeuti mají v některých nemocnicích např. v Guy 's Hospital v Anglii povinnou specializaci jako např. muzikoterapeut, arteterapeut, dramaterapeut, aromaterapeut atp.

Dramaterapie

Langmeier, Balcar a Špitz (2000, s. 63 – 64) popisují dramaterapii jako mimořádně působivý a oblíbený prostředek, který využívá různě složité formy dramatického projevu i vnímání, od dětského „hraní na něco“ až po relativně složitá „divadelní vystoupení“. Dramatoterapii v kontextu léčebné pedagogiky popisuje Majzlanová (2006), která ji definuje jako léčebně – výchovnou metodu, která využívá dramatické prostředky.

Valenta (2008) k hlavním cílům dramaterapie řadí redukci tenze, rozvoj empatie, fantazii a kreativitu, odblokování komunikačního kanálu, rozvoj představivosti a koncentrace, integraci osobnosti, rozvoj sebedůvěry, sebeúcty, vytváření pocitu zodpovědnosti. Při práci na dětském oddělení využíváme především hru. Na dětském oddělení můžeme kromě hry uplatnit také vyprávění příběhů, práci s textem, loutkovou a maňáskovou hru, pantomimu, rytmické hry a další.

Dalším z dramaterapeutických přístupů u dětí je rozvíjení všech oblastí a stránek osobnosti, poskytnout jim vhodné prostředí a podmínky k uplatnění jejich zájmů a schopností. Prostřednictvím dramatických aktivit a dramaterapeutického vedení jedinec získává zážitky a zkušenosti z různých oblastí života, pocit úspěšnosti a seberealizace, emocionální uvolnění, motivaci pro získávání nových zkušeností (Majzlanová, 2006).

Při práci s dětmi na dětském oddělení využíváme na prvním místě hru a to jak hru vlastní, která je přirozenější a aktivnější, tak i hru navrženou - řízenou vztahující se k rozvoji při rozvoji fantazie dítěte. Dítě na sebe v průběhu hry přebírá roli jiné osoby a tímto způsobem dramaturgizuje svůj zážitek. Dále mimo již zmiňovanou hru můžeme na dětském oddělení uplatnit vyprávění příběhů, práci s textem, loutkovou a maňáskovou hru, pantomimu, rytmické hry apod. (Valenta 2008).

Dramaterapeutických aktivit využívá řada institucí státního či občanského sektoru k práci s osobami se zdravotním postižením, zdravotním či psychosociálním ohrožením. Ze státních se jedná například o dětské kliniky či dětská oddělení nemocnic. Z nestátních jde většinou o sdružení pečující o postižené či ohrožené jedince (Valenta, 2007).

Hra v roli

Hraní rolí ve známých pohádkách nebo ve vymyšlených příbězích umožňuje intenzivní abreakci patogenních citů. Děti obvykle „divadlo“ hrají rády (kromě dětí výrazně introvertovaných a trpících pocitu méněcennosti) v mladším, popřípadě ještě ve středním sdílení,

citovou korekci, rozvoj empatie a cvičení účinnějších způsobů chování je takový, že „psychodrama“ dětské i dospělé je častou složkou různých psychoterapeutických postupů a ve své původní, Morenem vypracované podobě i samostatnou léčebnou metodou (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000, s. 64).

Arteterapie

„Ze samotné podstaty vnitřních podmínek tvořivosti je zřejmé, že nemohou být vynuceny, ale musí jim být umožněno, aby se projevíly“

(Carl Rogers)

Česká arteterapeutická společnost definuje arteterapii jako léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Jde o tvořivou činnost s výtvarným materiálem. Arteterapeut může vykonávat své povolání v rozsahu své odborné způsobilosti. Práce arteterapeutů v současné době využívá mnoho nemocnic a doléčovacích zařízení. Arteterapeuté pracují jak s dětmi, tak s dospělými. Vzhledem ke složitému legislativnímu rámci v současné době pracují jako arteterapeuté především lidé se vzděláním psychologa, psychoterapeuta, či zdravotní sestry (Česká arteterapeutická společnost, 2018). Jankovská (2001, s. 243) uvádí, že arteterapie bývá vymezována jako léčba pomocí výtvarných prostředků, může být přiřazena jak k rehabilitaci léčebné, tak i pedagogické. Nachází se tedy na hranici mezi péčí zdravotnickou a výchovně – vzdělávací.

Slavík a Wawrosz (2004) popisují výhody Arteterapie ve značné indikační šíři, lze ji vhodným způsobem uplatnit u psychických poruch, stejně jako u lidí psychicky zcela zdravých. Arteterapii lze také využít u nejrozmanitějších věkových skupin – od batolat po seniory. Výhodou je trvalost produktů arteterapie, možnost sledovat posuny a vývoj v čase, možnost snadného propojení s dalšími terapeutickými metodami – relaxací, imaginací, muzikoterapií, psychogymnastikou, bodyterapií aj. Nelze pomíjet ani diagnostické možnosti, které výtvary skýtají.

Dětská kresba

Kresba je neverbální symbolickou funkcí. Projevuje se v ní tendence zobrazit realitu tak, jak ji dítě chápe (Vágnerová, 2005 s. 182). V kresbě dítěte můžeme najít kvalitu jeho vnímání, bohatost jeho fantazie a kreativity, rozvoj jemné motoriky a vizuomotorické koordinace, intelektové schopnosti i povahové vlastnosti a jeho paměť. Současně můžeme skrze kresbu zaznamenat postoj dítěte jak k rodičům, sourozencům, vrstevníkům, věcem, tak i k

sobě samému. Mlčák (1996, s. 3) uvádí jasnou definici: „*Kresba představuje jeden ze základních a přirozených způsobů zobrazování a zmocňování se reálného i fantazijního světa dětskou osobností*“.

Vývoj dětské kresby v závislosti na vývoji jedince má svá stádia, která těsně souvisejí s vývojem intelektu dítěte. Davido (2001, s. 24 - 25) rozděluje vývoj kresby na jednotlivá období dle věku:

1. období „skvrn“ (do 1. roku) rodiče v tomto věku kreslení dětem většinou nedopřávají, ale kdyby dali dítěti možnost „kreslit“, kreslilo by pouze „skvrny“

2. stádium „čmáranic“ (od 1 roku) čáry, které dítě kreslí, přímo souvisejí s jeho „já“ a mohou již v tomto věku ledacos odhalit

3. stádium „čarání“ (přibližně od 2 do 3 let) Toto období je typické pro rozvoj intelektu, kdy dítě zkouší držet tužku různými způsoby a také napodobuje psaní (kresbu) dospělých. V tomto stadiu se objevuje tzv. „náhodný realismus“, kdy dítě své čarání nějak pojmenuje

4. stádium „hlavonožců“ a univerzálních postav (3 – 4 roky) znázorňuje postavu kolečkem a dvěma čarami ruce a dvěma čarami nohy.

Vágnerová (2005, s. 185 – 186) rozděluje vývoj kresby na tyto fáze:

- *nesymbolická, senzomotorická fáze* (batolecí věk)
- *fáze přechodu na symbolickou úroveň* (období dodatečného, resp. sekundárního symbolického zpracování)
- *stádium subjektivně fantazijního zpracování*, resp. prelogického přístupu (4 – 5 let).
- *stádium realistického zobrazení*, resp. přechodu k realismu (konec předškolního věku).

Kresba lidské postavy

Prvotním a také převažujícím námětem dětské kresby je lidská postava – člověk. Důvodem, proč právě člověk, je sociální orientace dětí. S kresbou lidské postavy se setkáváme již mezi třetím a čtvrtým rokem dítěte. Lidská postava, z pozice kresby dětí, je v popředí zájmu mnoha badatelů (Juříčková, 2010).

Při interpretaci dětské kresby si všímáme především:

- **části lidského těla**

- *obličej* je důležitým a klíčovým prvkem v kresbě postavy, který postavu po- lidšťuje
 - *nos* je ekvivalentem falického symbolu
 - *oči* vypovídají o autorovi a jeho vidění světa
 - *vlasy* představují sexuální atribut, při normálním zobrazení mužské postavy jsou krátké, při zobrazení ženské postavy dlouhé
 - *uši* jsou prostředkem k tomu, abychom slyšeli, dověděli se informace
 - *ústa* jsou symbolem řeči, prostředek komunikace, odkazují na potřebu jíst, pít, ale mohou mít v jisté míře i erotický podtext
 - *brada* se na kresbách objevuje až v pozdějším věku a zobrazuje zdůraznění mužnosti
 - *detaily v obličejí* i v ostatních částech těla postavy mohou poukazovat na agresivitu autora
 - *paže* přitažené k tělu mohou značit pocit prohry
 - *nohy* bývají u křehkých a depresivních autorů ohnuté
 - *prsa* vyjadřují skutečnost, že se autor zaobírá sexuálními otázkami, nebo ta- ké může zdůraznit vztah mezi matkou a dítětem.
- **oděvu a zaměření postavy**
 - oblečení postavy také může mnoho o autorovi prozradit, a proto si na kres- bách dětí všímáme, zda a jak je postava oděna (Davido, 2008).

Muzikoterapie

„Hudba je těsnopis emocí. Emoce, které lze popsat tak nesnadno, jsou přímo sdělovány člověku v hudbě a v tom je její síla a význam.“

(Lev Nikolajevič Tolstoj)

Dle českého hudebního teoretika Linky (1997 s. 36 - 37) je muzikoterapie: *„jakékoliv uplatnění hudby v zájmu lidského zdraví. Nemusí jít o léčení ve vlastním slova smyslu, ný- brž o nějakou jinak motivovanou medicínskou aplikaci hudby. Jestliže hudba například tiší bolest, napomáhá diagnóze atd., jde o účinky jistě blahodárné, ale ne však přímo léčí“*.

Langmeier (2001) uvádí, že v nemocnici jsou zřídka kdy vytvořeny podmínky pro využití hudby v terapii dětí, ačkoli je prokázáno, že v „hudbě“ vytvářené samotnými dětmi je ukryt obrovský léčebný potenciál. Dále autor uvádí, že malým dětem (2 – 3 letým) i větším

(10 - letým i starším) je třeba nabídnout „nástroje“ tj. věci, které lze rozeznít podle vnitřního impulsu v dítěti.

Kantor (2009) uvádí, že v mnoha zahraničních zemích je patrná stále větší akceptace muzikoterapie jako součásti medicínských profesí. Tato situace je do značné míry ovlivněna rostoucím významem psychosomatických teorií vzniku a snahou o poskytování ucelené medicínské péče. V pediatrii receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují úzkost, odstraňují symptomy stresu, usnadňují komunikaci s dítětem a zjišťují informace ve vztahu k nemoci, pomáhají rodinám s potížemi, které jsou spojeny s onemocněním dítěte. Pacienti v lékařských zařízeních kromě jiného potřebují emocionální a sociální podporu.

Metody a techniky muzikoterapie

K hlavním metodám aktivní muzikoterapie např.:

- *hudební improvizace* - představuje tvůrčí projev za pomoci hudby a to hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů
- *hudební interpretace* - v hudební interpretaci klient se buď učí či provádí hudbu, která je již komponovaná
- *kompozice* - skladba hudby zahrnuje tvoření písní, textů, hudebního produktu – video, nahrávka
- *poslech hudby* – receptivní techniky - u této metody klient naslouchá hudbě a odpovídá na hudbu verbálně či neverbálně (Kantor a Lipský, 2009 cit. podle Kantor et al., 2009, s. 184 – 201).

4 HRA V ŽIVOTĚ DÍTĚTE

Význam a vymezení

Biddulph (2006, s. 37) říká o hře, že je hodnotná sama o sobě. Psychologové zjistili, že děti se takto učí chápat svůj svět, vyjadřovat své starosti, překonávat různé obavy. Hrou se učí vztahům k druhým lidem. Hra je zdrojem veškeré tvořivosti a vynalézavosti. Hra v jakékoli podobě je hmatatelně skutečným děním (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000, s. 58). Velmi výstižně nazval hru Piaget, který o ní řekl, že poskytuje tzv. „emocionální laborator“ (Conway, 2009).

S vážnou náladou přichází i ta hravá. Ducha hravosti nejlépe vidíme v hrajících si dětech. Svou hru si užívají spontánně, bez omezení času a bez přemýšlení o termínech, pravidlech, o vítězích a poražených, výplatních šecích nebo složenkách. Hra je něčím více než jen absencí práce nebo odměnou za ni. Hru si nemusíme zasluhovat. Je to příležitost osvěžit se, obnovit síly a spojit se s druhými v duchu spolupráce a společného bytí. Terry Orlick ve své knize *Cooperative Sports and Games Book* (kniha kooperativních sportů a her) říká o hře: „*Je to pohádkové království, které dítěti nabízí přirozené prostředí pro osobní růst i praktické učení*“ (Colorosová, 2017, s. 244).

Hra je rovněž neverbální symbolickou funkcí. Je dalším způsobem vyjádření vlastní interpretace reality, postoje ke světu i sobě samému. Symbolická hra slouží dítěti jako prostředek k vyrovnání s realitou, která je pro ně nějak zatěžující. Např. znovu si přehraje situaci, které nerozumělo, nebo se jej citově dotkla, a najde alespoň na té úrovni přijatelné řešení (Vágnerová, 2005, s. 186). Také Matějček a Pokorná (1998, s. 18) uvádí zajímavou úvahu o tom, že si děti s oblibou hrají na paní doktorku, prodavačku, průvodčí ve vlaku, atd. Všem by prospělo, kdyby mohli sledovat, jak si děti na ně hrají.

Tematická hra na něco slouží jako procvičování budoucích rolí, vhodných řešení určitých situací, prožití různých sociálních rolí, i těch negativních (např. agresora), které děti lákají a v jiné podobě by jim nebyly dovoleny. Piaget připodobnil herní symbolismus k symbolismu archetypů, tak jak je prezentoval C. G. Jung (Vágnerová, 2005, s. 186).

Hra, kterou využívá herní specialista, působí jako médium, usnadňující vzájemnou komunikaci herního specialisty s hospitalizovaným dítětem, můžeme ji označit jako **hru nemocniční**. Prostřednictvím tzv. nemocniční hry si dítě může osvojit některé klíčové kompetence jako např. kompetence k řešení problémů, kdy se dítě učí, jak zvládat strach při

léčebných zákrocích, jak se vyrovnat s novým prostředím, cizími lidmi, neznámými přístroji, odloučením od rodiny, vrstevníků, blízkých apod. (Medvedová, 2015).

4.1 Hra a její terapeutický potenciál

Hra bývá pokládána také za základní prostředek psychoterapeutického přístupu k dítěti a k jeho problémům. Stručně o tom pojednává Kondáš (1985), vynikající přehled principů je u Rezkové (1986), a z cizích přehledových prací je třeba připomenout monografii o hrové a rodinné terapii od Schmidtchena (1999). Praktické náměty nabízí například Špačková (1998), Portmanová (1996) a Pausewangová (1994). Terapeutické využití hry spočívá v poskytnutí možností k sebevyjádření odreagování a zmírnění citového napětí dítěte hrovým ztvárněním a řešením vlastních subjektivně naléhavých problémů. Dítě je přitom projevuje i navenek pro sebe nejpřirozenějším a nejbezpečnějším způsobem. Hrová volnost v počínání a prožívání dítěte, zvladatelnost hrového světa jako vlastního výtvoru dítěte, instinktivní radost, kterou mu hraní přináší, a konečně výrazovost hry jako prostředí, v němž dítě projevuje své zdravé i poruchové způsoby prožívání a chování, činí tento prostředek psychoterapeuticky mimořádně cenným (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000, s. 57 - 58).

Haworthová (1964) ve svém sborníku uvádí, že Erikson vidí hru jako prostředek dítěte ke zvládnutí traumatických zážitků. Amsterová tam dále poukazuje na užití hrových technik k několika praktickým účelům: jako pomůcky k diagnostickému porozumění dítěti, jako optimální náhrady za verbální metody terapeutického kontaktu, jako terapeutického prostředku k propracování se obranami dítěte, vyrovnávání se s úzkostmi a uvolňování napětí symbolickými činy.

4.2 Hra v nemocnici

Pro děti v nemocnici je hra obzvláště důležitá. Pomocí hraček a napodobivé hry lépe poznávají všechno to, co jim dospělí popisují pro ně neznámými slovy a co v nich vyvolává strach a úzkost. Prostřednictvím řízené hry (edukační) mohou porozumět vlastní nemoci a všemu, co se s nimi v nemocnici odehrává. V opačném případě volná hra přináší dětem radost, potěšení, pomáhá jim získat sílu a sebedůvěru. Herna, hračky a známé herní aktivity dělají nemocnici pohostinnější a bezpečnější.

Herní aktivity s dětmi v nemocnici můžeme rozdělit do několika skupin:

- herní prvky začleněné do běžné i speciální ošetrovatelské péče
- hra jako součást přípravy/edukaci dítěte na hospitalizaci nebo zákrok
- hra vyplňující volný čas dětí
- terapeutická hra (např. při strachu z injekcí)

Zkušenosti ukazují, že děti v nemocnici si sami spontánně nehrají. Bez pomoci dospělých se vytrácí radost ze hry, děti se stávají pasivními, ztrácejí zájem i o oblíbené hračky, jejich zdravý vývoj je ohrožen. Tyto poznatky podložené vědeckými studiemi vedly v šedesátých letech minulého století ve Velké Británii ke vzniku nové profese. O děti v nemocnici se začali starat vedle zdravotníků a rodičů také herní specialisté.

Nepracuje-li na dětském oddělení herní specialista je pro ošetřující tým těžké a časově náročné uspokojit všechny „herní“ potřeby jednotlivých dětí. Proto je velmi důležité, aby sestra zapojovala hru a herní prvky do všech ošetrovatelských intervencí. Hra může pomoci sestře v každé situaci. Pomůže ji navázat s dítětem kontakt, získat jeho důvěru, vysvětlit chystaný zákrok, zklidnit je a ukonejšit po nepříjemné proceduře.

Pokud si sestra uvědomí význam hry pro dítě a použije ji jako komunikační prostředek, udělá mnoho nejen pro samotného pacienta, ale i pro sebe (Sedlářová et al., 2008 cit. podle Medvedové, 2015).

Více se o komunikaci s hospitalizovaným dítětem zmiňuji v následující podkapitole.

4.2.1 Komunikace s hospitalizovaným dítětem

Dítětem podle Hartla a Hartlové (2000, s. 117) je lidský jedinec v období od narození do 15 let. Veselá et al., (2005, s. 175) tvrdí, že „*dítě lze definovat různým způsobem, v závislosti na účelu definice*“. Úmluva o právech dítěte uvádí, že „*dítětem se rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve*.“ Dítě a dětství je popisováno a zkoumáno v řadě věd (psychologie, psychiatrie, sociologie, lékařské vědy aj.). Pedagogika se dítětem zabývá jako subjektem edukace (Průcha, 2008, s. 46 – 47). V pedagogice se z hlediska, které tato věda nejvíce sleduje, čili z hlediska výchovy a vzdělávání setkáváme nejen s pojmem dítě, ale dále také žák a student (zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon). Z pohledu sociální pedagogiky k otázce individuálního přístupu k dětem uvádějí Kraus et al. (2001, s. 14), že osobnost

dítěte zasluhuje zvláštní pozornosti už proto, že je na všechna ohrožení a negativní vlivy mnohem citlivější a tím ohroženější.

Nejdůležitější zásadou, kterou musíme respektovat je, že dítě nemůžeme přinutit, aby se přizpůsobovalo představám dospělých, naopak my dospělí se musíme přizpůsobit potřebám dítěte (Ondriová, Sinaiová a Pavelková, cit. podle Medvedové, 2015). Děti nejsou malí dospělí (NACHRI, cit. podle Medvedové, 2015). Je třeba si uvědomit, že každé dítě je individualita, která má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby (Groligová cit. podle Medvedové, 2015). Všechny děti zdravé či nemocné mají většinu potřeb společných, ať už se jedná o potřeby tělesné či psychické. Tyto potřeby musí být naplňovány tak, aby vývoj dětí odpovídal jejich maximálním možnostem. Prvořadým úkolem rodičů a dalších pečujících osob je tyto potřeby uspokojovat. Základní potřeby dětí lze rozdělit na tělesné, psychické, učení a sebevědomí (Marotz cit. podle Medvedové, 2015). O rozdělení základních potřeb dětí se zdařile pokusil rovněž Dunovský (cit. podle Medvedové, 2015), který je dělí na základní biologické, základní psychické, základní sociální a základní vývojové.

Univerzalitu lidských potřeb vystihl Maslow. Nejen potřeby popsal, ale zároveň je strukturoval do hierarchicky uspořádaného žebříčku z hlediska toho, k jak složité struktuře lidské bytosti se vážou, počínaje potřebami, které se vážou k organismu, a konče potřebami realizace osobnosti. Princip hierarchické závislosti je důležitý především u dětí. Podstatné je nezůstávat pouze u uspokojování potřeb nižšího řádu, ale uspokojovat přiměřeně i potřeby vyšší. Výsostné postavení mezi potřebami má podle Matějčka *potřeba bezpečí, jistoty a lásky*, které může dítě prožívat jen v případě, že při uspokojování dalších potřeb (krmení, hraní si atd.) jsou tyto prováděny s láskou. Praktický význam pro ošetřovatelskou praxi má rozdělení potřeb do domén taxonomie NANDA-I. Jednoznačné zařazení potřeb dětí k doménám však není možné vzhledem k vzájemnému prolínání biologických, psychických, sociálních i spirituálních potřeb (Sikorová cit. podle Medvedové, 2015).

„Nemoc, zasahuje do života, omezuje soběstačnost, ztěžuje a oddaluje dosažení cílů a vyvolává obavy z budoucnosti. Psychologickými prostředky můžeme její prožívání, ale i průběh, příznivě ovlivnit. Mezi psychologicky působícími faktory má zvláště významné místo vztah mezi lékařem a pacientem“ (Beran, 1997, s. 14).

Během **Hospitalizace** může dítě prožít neznámé a bolestivé zkušenosti a komunikovat s cizími lidmi, představuje narušení normálního života dítěte, jeho denních aktivit a životního stylu rodiny, vytržení z denního života rodiny, z kontaktu se sourozenci, příbuznými a

vrstevníky (Matějček, 2011) a zapíše se na dlouhou dobu do paměti dítěte (Gulášová, 2012), dokládají to také tyto výzkumy (Barnes et al., 1990; Barton, 1962; Bossert, 1994; McClowry, 1988; Rae et al., 1989; Stevens, 1986; Thompson, 1994; Timmerman, 1983, Clark, Moss, 2011). Dle Groligové (2012) je nemocnice pro dítě nepřirozeným prostředím.

Adaptace dítěte na nemocniční prostředí závisí na věku dítěte, na jeho osobnostních rysech, na vztahu rodiny k dítěti k jeho onemocnění i k nemocnici (Gulášová, 2012). Helus (2009, s. 46) podotýká, že v době hospitalizace dítěte má především matka nezastupitelnou roli: „Dítě, nemá-li být vystaveno traumatizující záplavě podnětů, v nichž se nemůže vyznat a kterými se může cítit děsivě ohroženo, se musí naladit na matku...teprve díky spočinutí v psychofyzilogicky prožívaném bezpečí její včítivé láskyplnosti se dítě dokáže s oním proudem podnětů smířit...to vše jen díky psychické fúzi s matkou“.

Tématem *separace* se zabývají Plevová a Slowik (2010) a popisují ji jako náhlé přerušení vztahů již vytvořených. Dítě si nevytváří specifický vztah jen k matce, ale velmi brzy i k ostatním členům rodiny a všem, kdo se jím zabývají. Vytváří si však i určitý osobitý vztah k prostředí domova, k citové atmosféře, která tam vládne, k věcem, které tam jsou, k hračkám atd. – takže každé nepřipravené vytržení dítěte z domova a umístění v nemocnici je narušením celé této složité soustavy jeho vztahů a značnou zátěží pro celý jeho organismus. O účinku separace rozhoduje na prvním místě věk dítěte. Separační úzkosti u dětí se věnuje i řada dalších autorů jako například Spitz (1940), ve své knize *Hospitalismus*, dále také John Bowlby, který v návaznosti na Spitze rozvinul svou koncepci připoutání dítěte k matce. A v neposlední řadě také Ainsworthová, následovnice Bowlbyho, která experimentálně zkoumala různé typy připoutání, včetně jejich důsledků (Helus, 2009). Může se stát, že v důsledku hospitalizace je dítě od matky (otce, či ostatních příbuzných a známých) na jistou dobu separováno, tudíž se ocitá samo v tomto pro něj „nepřátelském území“. V tomto případě je vhodná přítomnost herního specialisty, který se dítěti může věnovat.

Plevová a Slowik (2010 cit. podle Krák et al., 1991) uvádějí vše vystihující Desatero hospitalizovaného dítěte, které ač staré, je morálně stále velmi aktuální a vystihuje holistický přístup k dítěti, který se prolíná celou publikací: 1. měj ke mně úctu jako k člověku. 2. zajímej se o mě upřímně. 3. povídej mi o lidech v nemocnicích, o provozu oddělení. 4. nejdříve mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš. 5. nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost. 6. věnuj mi teplý lidský vztah. 7. můžeš mi cokoli říct

i přikázat, ale vyslechni mě. 8. nauč mě něco nového. 9. jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem. 10. zkus vidět situaci máma očima.

Aktivní **komunikace s hospitalizovaným dítětem** je bezprostředně podmíněná zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků. Ovlivňuje jí i momentální prožívání a psychický stav dítěte. (Plevová a Slowik, 2010, s. 63).

Venglářová a Mahrová (2006) uvádějí, že vzhledem ke zdravotnické praxi musí sestra a ostatní zdravotničtí pracovníci rozlišovat specifika komunikace v rovinách, které jsou uvedeny v *Tab. 1. Oblasti komunikace*.

Komunikace s pacienty a jejich okolím	Komunikace se zdravotníky
<ul style="list-style-type: none"> - s nemocným dítětem - s nemocným dospělým - s nemocným se zvláštními potřebami - s rodinou - s blízkými, přáteli 	<ul style="list-style-type: none"> - s kolegy - s nadřízenými - s jinými odborníky v rámci multidisciplinarity - s institucemi

Tab. 1. Oblasti komunikace.

Výzkumy poukazují na to, že dítě špatně snáší, když si s ním při vyšetřování, i když nebolestivě, sestra ani lékař nepovídají. Právě vhodnou komunikací odvádíme pozornost od vyšetření. Je třeba nechat dítě hovořit, co si myslí, proč ho to bolí, co by bylo dobré udělat, aby nepocíťovalo bolest (Gulášová, 2012 cit. podle Medvedové, 2015). Silný příklad tohoto je dán Jolly, která popisuje rozhovor s malým chlapcem v nemocnici, který sám sebe uvážlivě pozoroval: „*Dívali se na moje uši, dívali se mi do krku, dívali se na moje břicho, ale nedívali se na mě*“ (Hubbuck, 2009 cit. podle Medvedové, 2015). Právě herní specialista může vhodnou komunikací prostřednictvím herních aktivit a vhodnou aktivizací dítěte přispět k tomu, že odvede pozornost dítěte od lékařských vyšetření apod. Herní specialista může použít takzvanou komunikační spirálu. Nejprve si herní specialista tvoří obrázek o celkové situaci a ujišťuje se, že je dítě připravené a otevřené s ním spolupracovat, tedy je důležité získat jeho důvěru. Od prvního bodu se odvíjí následující a to, že je velmi důležité dítě pochválit, ocenit, tedy zaměřit se na jeho pozitivní stránky. V důsledku předchozího bodu je dítě ve výhodě a zažívá pocit ocenění a povzbuzení, čímž u něho narůstá pravděpodobnost k tomu, že bude otevřené a spolupracující. Pokud tomu tak je, může se herní specialista utvrdit ve svém výchozím dojmu. Dochází k vysokému stupni aktivizace u dítě-

te. Herní specialista by měl dítěti poskytnout všemožnou podporu a v důsledku této podpory, které se mu dostává, dítě využívá své potenciality a naplňuje ji. Herní specialista si nyní může generalizovat svůj názor na dítě a upevnit tuto vzájemnou spolupráci.

Lidský jedinec potřebuje k životu komunikovat s okolím a komunikace je součástí jeho každodenního bytí i konání. Nejinak je tomu u dětí, kterým by měly být forma i obsah komunikace (dítě vs. dospělý) uzpůsobeny s ohledem na věk a na zdravotní stav (Groligová, cit. podle Medvedové, 2015), to dokládá také Gulášová (2012 cit. podle Medvedové, 2015), která tvrdí že: „Důležitý je individuální přístup zohledňující věk dítěte...“. Jednou ze zásad ve vedení rozhovoru ve zdravotnickém zařízení je vyhnout se odborné terminologii. Jedná se o tzv. fenomén zdravotnického žargonu (Plevová et al., 2011 cit. podle Medvedové, 2015). Studie od Gaynarda vynesla na světlo některé z nejběžnějších jazykových bariér pro komunikaci s dětmi v nemocnici a o nemocnici. Zde je příklad jedné z možných příčin jak názvy, slova nebo fráze mohou být obtížně formulovány a tudíž pro dítě nesrozumitelné. Může se tak stát v případě, kdy je v komunikaci s dítětem užito nejednoznačného výrazu jako např.: „krytí/převaz“, dítě může myslet na různé věci, např.: Proč mě jdou převléct? Musím si vyměnit oblečení? Budu nahý? Kvalitní metodou komunikace můžeme dítěti vysvětlit, že pojem „krytí“ je jiný název pro obvazy, kterými má převázané bolestivé místo; potřebujeme vyměnit staré obvazy za čisté a nové Hubbuck (2009 cit. podle Medvedové, 2015).

Úkolem terapeuta je naslouchat, porozumět a reagovat na různé způsoby komunikace např. o tom, co ho bolí, že tak, aby dokázal pomoci jednotlivcům směrem k většímu povědomí o jeho či jejich pocitech v době hospitalizace (Wikstrom, 2005 cit. podle Medvedové, 2015), jak je znázorněno na obr. 1.2, na kterém je popsána vzájemná interakce herního specialisty a hospitalizovaného dítěte v procesu herní terapie. Tento model slouží ke snadnému znázornění tohoto procesu. Každý z bodů na tomto obrázku je podstatný a nelze jej vynechat. Nejprve je tedy potřeba s dítětem navázat kontakt, seznámit se, počkat na jeho reakce a poskytnout mu prostor, aby se mohlo projevit. Když dítě projeví důvěru a začne komunikovat je mu smutno apod. pak herní specialista může dítě motivovat ke spolupráci a zvolit metodu vzhledem k projevené absenci hry. Pokud dá dítě najevo potřebu afiliace, pak se otevírá možnost podporovat a posilovat jeho osobnost a herní specialista jej může motivovat k dalším činnostem a tím se upevňuje jejich vzájemná spolupráce. Hra by měla být vnímána jako jazyk (Jackson; Rump; Ferguson; Bloom; Mills; Allan; Rasmussen; Cunningham; Webster (2000 cit. podle Medvedové, 2015). Herní specialista působí jako zpro-

středkovatel komunikace prostřednictvím hry. Jako dospělí musíme s dětmi komunikovat a využívat jazyk jim známý tak, abychom pochopili a podpořili jejich zvláštní potřeby. Hra se stává důležitý na dítě zaměřený komunikační nástroj a měla by být vnímána jako jazyk a ne pouze jako činnost. Komunikace mezi herním specialistou a nemocným hospitalizovaným dítětem má psychotherapeutický efekt, což vede ke snížení úzkosti, vnímání bolesti apod. Také Kocourková (2008 cit. podle Medvedové, 2015) uvádí hru jako nejspolehlivější psychotherapeutický prostředek pro mladší děti. To, jak dítě při herní terapii zachází se svým vztahem k terapeutovi, odkazuje k oblastem, které jsou pro dítě emočně nejnaléhavější. Může se to projevit již na tom, do jaké míry je dítě ochotno a schopno si v přítomnosti terapeuta doopravdy hrát.

Při komunikaci a vytváření vzájemného vztahu s hospitalizovaným dítětem je dobré řídit se následujícími body: zaměření na vzájemný vztah dítě - herní specialista:

- jedinec raději než problém
- přítomnost raději než minulost
- pocity raději než myšlenky a činy
- porozumění raději než vysvětlování
- přijetí raději než napravování
- směřování dítěte raději než terapeutovo poučování
- dětská moudrost raději než terapeutova znalost Conway (2009 cit. podle Medvedové, 2015).

Herní specialista by se měl na dítě dívat komplexně a přizpůsobit tomu i komunikaci s ním. Mitašiková (2004) tvrdí, že pro potřeby léčebně - pedagogické intervence prostřednictvím metod terapie hrou je důležité poznání komplexní situace klienta a průběžné zaznamenávání dění a projevů prožívání a chování přímo na terapii. To co na nás v kontextu působí, co ovlivňuje komunikaci, se označuje jako *kontextová modalita*. Komplexním způsobem je interakce a komunikace chápána také v systémovém přístupu Paloaltské školy, reprezentované např. Batesonem, Jacksonem či Watzlawickem. Člověk je pojímán ve vzájemných vztazích s ostatními, čímž je překonán jednostranný pohled na člověka jako izolovanou, do sebe uzavřenou a sebe ovládající bytost (Schaller, 1997, s. 443 - 451).

5 HERNÍ TERAPIE

Následující kapitola se zabývá definicí herní terapie a jejími výhodami vzhledem k hospitalizaci dítěte, dále je zde uveden historický exkurz a popsán proces herní terapie s jeho účinky a úkoly. V neposlední řadě je zde vysvětlen rozdíl mezi názvy herní specialista a herní terapeut.

Herní terapie je zaměřena na využití terapeutického využití her (tj. her v nedivadelním slova smyslu) v individuální práci převážně s dětmi popř. s jejich rodinami (Müller, 2014, s. 134). Hlavním úkolem herní terapie je snížit na minimum stres dítěte hospitalizovaného pro nemoc, vytrženého z jeho přirozeného prostředí - domova, školy, kolektivu. Jde o to zbavit dítě strachu z vyšetření a zákroků, které ho čekají při léčbě jeho onemocnění. V užším pojetí jde pak o metodu jejímž principem je hra jako taková (Šauerová, Špačková a Nechlebová, 2012, s. 113). Výhody herní terapie shrnuty v několika bodech s celou řadou terapeutických faktorů procesu herní terapie:

- překonání nepoddajnosti - hra děti (i nedobrovolné klienty) přitahuje ke spolupráci
- komunikace - hra je přirozeným prostředkem k sebevyjádření
- mistrovství - hra uspokojuje dětské potřeby zkoumat a zvládnout cizí prostředí
- kreativní myšlení - hra povzbuzuje děti ke zlepšení dovedností při řešení problémů
- katarze - ve hře mohou děti prožívat intenzivní emoce, kterým je jinak obtížné a nemožné se postavit
- odreagování - děti mohou zpracovat a vstřebat trauma skrze uvolnění emocí
- hraní rolí - děti mají možnost vyzkoušet si jiné chování
- fantazie - hra zvyšuje využívání představivosti dítěte při smyslovém překonání bolestné reality
- metaforické učení - děti mohou nalézt řešení pro jejich konflikty a obavy skrze metaforu
- zlepšení vztahů - hra podporuje pozitivní terapeutický vztah
- požitek - děti si hru zásadně užívají
- zvládnutí vývojových obav - opakované přehrávání zkušeností pomáhá snížit úzkost
- hraní her - hry pomáhají k socializaci a k rozvoji řízení ega u dítěte (Conway, 2009 cit. podle Medvedové, 2015).

5.1 Historický exkurz

Herní terapie je z historického hlediska považována za nejučinnější médium pro poskytování terapie dětem (Rasmussen a Cunningham, 1995 cit. podle Medvedové, 2015). Dříve byl kladen důraz hlavně na léčení nemoci, menší pozornost byla přikládána dítěti samotnému. Dítě bylo od rodičů odejmuto s předpokladem, že se na prostředí nemocnice adaptuje. Hospitalizované dítě trávilo většinu času na svém lůžku a nemělo být příliš rozptylováno hrou a ostatními činnostmi (Mareš a Zděnková, 2001 cit. podle Medvedové, 2015). Obrat k lepšímu nastal v 50. letech v Anglii, kdy tamní zdravotníci, hlavně James Robertson z Tavistockého institutu mezilidských vztahů, upozornili na to, že dosavadní způsob zacházení s hospitalizovanými dětmi a jejich rodiči neprospívá léčbě a ohrožuje také jejich psychiku. V platnost vstoupila zpráva Welfare Children in Hospital - Report of Platt Committee, 1959, která zmapovala reálný stav a vzbudila značný rozruch. Odborná i laická veřejnost zareagovala založením nové organizace, která měla hájit práva nemocných dětí.

- v roce 1961 vznikla National Association for Welfare of Children in Hospital, fungující dodnes pod názvem Action for Sick Children (Belson, 1993 cit. podle Medvedové, 2015)
- v roce 1963 byl realizován první experimentální herní program v Brook Hospital v Londýně jehož cílem bylo chápat hru jako běžnou součást ošetrovatelské starostlivosti, neboť právo na hru je jedním z důležitých práv nemocného dítěte. Je dobré, aby v nemocnici byl profesionál, který zvládne zhodnotit rozdílné potřeby jednotlivých dětí a nachystat takovou hru, která vyhovuje jednak schopnostem, zájmům tak také zdravotnímu stavu konkrétního dítěte. Tímto profesionálem je herní specialista
- v roce 1976 v Anglii vznikla odborná asociace sdružující herní specialisty, kteří působí v nemocnicích (Association of Hospital Play Staff). V témže roce Anglické ministerstvo zdravotnictví doporučilo, aby hra v nemocnici byla součástí ošetrovatelské péče o hospitalizované děti, byla prováděna pod dozorem odborně vzdělaného specialisty (Pohounek, 1994 cit. podle Medvedové, 2015). V České republice se v šedesátých letech v některých nemocnicích dětské sestry a učitelky speciálních mateřských a základních škol při nemocnicích věnovaly nemocným dětem. Snažily se jim ulehčit pobyt v nemocnici různými metodami, včetně hry
- hlavní iniciativa však přišla v roce 1990 z Anglie, kdy k nám Peg Belsonová a Olga Stárková přinesly myšlenku o nezastupitelnosti hry pro nemocné děti a dovezly se-

bou také řadu metodických materiálů a předaly tamní zkušenosti. Kolem roku 1993 některá dětská oddělení či dětské kliniky velkých českých nemocnic zavedli hru jako nedílnou součást péče o hospitalizované děti.

Významné články uveřejněné v *American journal of nursing* vzhledem k tématu herní terapie s nemocnými dětmi v klinickém prostředí:

- „*Zatímco si hrají*“ - článek z roku 1934 – využívání hraček u hospitalizovaných dětí (Erleben, 1934)
- „*Hra a duševní zdraví*“ – článek z roku 1938 - záměry a cíle ve výchově dětí hrou (Davis, 1938)
- „*Hra pro hospitalizované děti*“ – článek z roku 1949 - důležitost emocionálního zdraví dítěte (Davidson, 1949)
- „*Více než dětská hra*“ – článek z roku 1958 - o zdravotní sestře, která organizuje pro dětské pacienty různé aktivity. Tato zdravotní sestra musí rozumět tomu, jak přizpůsobit hru dětem s různým typem onemocnění, tedy vnímat individuální rozdíly (Saunders, 1958)
- „*Herní intervence pro hospitalizované děti ve věku čtyř let*“ – článek z roku 1959 - pozorování chování hospitalizovaných dětí v průběhu herních intervencí. Z výsledků vyplynulo, že učení hrou, pod vedením zdravotních sester pomáhá zmírnit traumatizující účinky zážitků z nemocnice těchto dětí (Peto, 1959)
- „*Učení se hrou*“ – článek z roku 1962 - aktivity tvořící program herní terapie pro citově narušené děti
- „*Herní terapie a hospitalizované dítě*“ – článek z roku 1971 - možnosti kurzů pro zdravotní sestry na oddělení pediatrie s využitím filmu. Speciální film zahrnoval to, jak pomoci dětem vyrovnat se s jejich zážitky z nemocnice pomocí herní terapie (Schneider, 1971)
- „*Experiment s herní terapií*“ – článek z roku 1977 - informuje o tom, že herní terapie je formou dětské psychoterapie a je součástí života dítěte (Fischer, 1977).

5.2 Průběh herní terapie

O tématu herní terapie se v našich podmínkách nejčastěji hovoří v souvislosti s metodami, postupy, ale malá pozornost se věnuje samotnému **procesu** herní terapie, a to jak v oblasti teoretické tak i výzkumné. Tento proces uniká pozornosti. Je třeba se zamyslet nad tím, co

se vlastně při samotném vytváření hry vedené herním specialistou v dítěti odehrává. Jak můžeme zachytit složitost tohoto procesu, kdy je herní specialista v interakci s hospitalizovaným dítětem a kdy uplatňuje herní aktivity? Prostřednictvím hry může dítě dávat najevo své nálady, pocity, trápení a proto je důležité, aby herní specialista uměl na tyto zvláštnosti komunikace reagovat a pomoci dítěti ve zvládnání jeho stavu. Naproti tomu v zahraničí existuje spousta studií zaměřených přímo na proces herní terapie. Autoři, kteří se věnují tomuto tématu jsou např. Guerney a Nording (1990 cit. podle Medvedové, 2015), kteří vychází z klinických pozorování a specifických teoretických modelů.

5.2.1 Vliv herní terapie na hospitalizované dítě

Bylo zjištěno, že herní terapie příznivě ovlivňuje léčebný proces a má pozitivní vliv na zdravotní i psychický stav a její účinky zmírňují u nemocného dítěte stres, obavy z nového prostředí, cizích lidí a nemoci, což také dokládá studie publikovaná v *Irish Times*, kde autor popisuje, že hra s nemocnými dětmi může urychlit jejich rekonvalescenci a pomoci vyrovnat se se strachem ohledně pobytu v nemocnici (Thompson, 2000 cit. podle Medvedové, 2015). To, že herní terapie je užitečná a obohacující metoda, prostřednictvím, které má dítě možnost zbavit se nejrůznějších obav spojených s hospitalizací, dokládá studie autorky Camastral (2008) *No small change: The process-oriented play therapy for children separated from their parents*. Nemalé změny: Na proces orientovaná herní terapie, pro děti separované od svých rodičů. V práci byly uskutečněny případové studie jednotlivých dětí. Z výsledků studie vyplývá, že na proces orientovaná herní terapie přispívá k terapeutické práci s dětmi v několika směrech. Jeden z nejdůležitějších směrů, je sledování komunikačních signálů objevujících se v dětské hře. Autoři Chazan, Kernberg a Normandin vytvořili schéma na důkladné studium prvků v rámci terapeutických intervencí s dítětem a kvality hry. Toto schéma nazývají *The Childre's Play Therapy Instrument (CPTI)*. Dětský herně terapeutický nástroj. Narativní prvky, které ve hře pozorují, mají patřičné zaměření: Téma herních činností, úroveň vztahu, úroveň vztahu vylíčeného v příběhu (vlastní, dyadická, triadická), kvalita vztahu vylíčená v příběhu (autonomní, paralelní, závislý, škodolibý, destruktivní, ničící), užití jazyka dítětem/terapeutem - ticho, imitace, slovní hříčka/rým, role, více rolí, metafora, popis (Chazan, 2002 cit. podle Medvedové 2015).

Je také známo, že přítomnost herních specialistů na oddělení je žádoucí a prospěšná, především pro dětské pacienty i pro jejich rodiče. To je také patrné z mého průzkumu v rámci studentské vědecké odborné činnosti s názvem *Realizace herní terapie ve zdravotnických*

zařízeních a diplomové práce s názvem *Možnosti působení herní terapie ve zdravotnických zařízeních*. Dospěla jsem k jistým závěrům, ze kterých vyplývá to, že herní specialista skrze herní prvky, kterých ve své terapii užívá, pomáhá k rozptýlení, odreagování dětí a možnosti alespoň na chvíli zapomenout na nemoc. Pomáhá aktivně zapojit děti do hry a odvrátit jejich pozornost od negativních reakcí. Herní terapie má pozitivní vliv na celkový stav (zdravotní, psychický) hospitalizovaného dítěte a také na dobu adaptace na hospitalizaci (Medvedová, 2011a, 2011b). Herní specialista může zvolit výbornou metodu i postup, ale i sebelepší metoda nebude efektivní, pokud nebude uplatněna směrem k individuálním potřebám i možnostem nemocného dítěte. Tento proces je tedy potřeba uzpůsobit (individuálně) na každé dítě, protože každé dítě má jiné potřeby a nelze na něj aplikovat to, co fungovalo u jiného dítěte. Rutter (1995 cit. podle Medvedové, 2015) poukazuje na to, že budoucí výzkumy musí brát v úvahu faktory hospitalizovaných dětí, jako je věk, pohlaví, socioekonomický status, osobnostní charakteristiky a rodinu.

5.2.2 Úkoly a cíle herní terapie

Herní terapie je metoda, jejímž úkolem je zbavit dítě strachu z hospitalizace, seznámit ho s nemocničním prostředím a získat ke spolupráci. Komplexní herní terapie má kromě zaměstnávání dětí v nemocnici i další součásti. Patří mezi ně organizace programů pro zdravé děti, jejichž cílem je zejména seznamování dětí s nemocnicí, péče o děti v ambulancích i v domácnostech, cílená příprava na zákroky u dětí hospitalizovaných a péče v průběhu zákroku a po zákroku. V neposlední řadě je úkolem herní terapie zaměřovat se také na rodiče hospitalizovaných dětí a spolupracovat s dobrovolníky (Hlaváčková et al., 2015 cit. podle Medvedové, 2015).

5.3 Herní specialista & Herní terapeut

Od 90. let se u nás poprvé objevuje pojem herní specialista v souvislosti s rozšířením kontaktů se zaměstnanci dětských oddělení a to zejména v Anglii. Ve světě se profese herního specialisty vyvíjí od začátku 70. let. Ani u nás, ani v anglosaském světě, odkud role herního specialisty vzešla, nepanuje úplná terminologická jednota. U nás se často setkáváme s označením herní terapeut (hrozí ovšem záměna s "hrovým terapeutem" v psychoterapii) či herní pracovník. V britské angličtině jsou nejčastějšími termíny *play specialist* a *playworker* - mezi nimi se však někdy rozlišuje v závislosti na stupni získané odborné kvalifikace a podle britské profesní organizace herních specialistů prý pro tuto funkci existuje ještě asi

dvacet dalších v praxi užívaných výrazů. Američané se kloní k označení *child-life specialist*, tedy "odborník na život dítěte" (Nadační fond klíček, 2008 cit. podle Medvedové, 2015). Herní specialista pečuje především o dobrý psychický stav dětí, včetně kojenců a mladistvých, a o jejich rodiče. Jeho přístup k dítěti i rodině je zásadně nedirektivní. Cílem jeho práce není dítě měnit, vychovávat nebo poučovat, ale citlivě a laskavě ho provést všemi úskalími hospitalizace. Úkolem herního specialisty je primárně navázat s dítětem kontakt, vhodným způsobem dítě pozdravit, upokojit, dát mu najevo připravenost komunikovat s ním a to přiměřeně vzhledem k jeho aktuálnímu stavu a náladě. Postupně získávat důvěru dítěte a jeho zájem o spolupráci s ostatními zdravotníky (Valenta, 2008). Herní specialista umožňuje dětem a mladým lidem nalézt vhodné herní aktivity, které jim pomohou proměnit nepříjemné zážitky z hospitalizace na pozitivní zkušenosti (NCB, 2009 cit. podle Medvedové, 2015). Herní specialista je samostatnou profesí, ale s velkými přesahy do jiných oborů - do speciální pedagogiky, psychologie, sociální práce a ošetřovatelství. Proto by měl mít znalosti i z těchto oborů. Není však oprávněn například k psychoterapii nebo jiným specifickým úkonům. Měl by rozpoznat problém, poradit se s kolegy v týmu a případně předat pacienta příslušnému terapeutovi, dodává herní specialistka z FN Motol (Zdravotnické noviny, 2000 cit. podle Medvedové, 2015). Herní specialista musí mít patřičné vzdělání a výcvik: Znat normální vývoj dítěte od narození do dospělosti, být schopen dítě pozorovat a rozpoznat jeho aktuální potřeby, být připraven hrát si s dětmi různého věku a mít ze hry radost, umět používat takové herní metody, které pomohou dětem a jejich rodičům zvládnout vyšetření i léčbu, mít základní znalosti o onemocněních, vyšetřovacích metodách a léčebných postupech, orientovat se v provozu zdravotnických zařízení. O činnostech a kompetencích pojednává u nás podrobněji Valenta ve své knize *Herní specialista v somatopedii* (Valenta, 2008 cit. podle Medvedové, 2015).

Podle Jiřího Královce ze Společnosti pro herní práci s dětmi v nemocnici z nadačního fondu Klíček je podstatné to, aby profesní formace herního specialisty byla kompatibilní s přípravou herních specialistů v zahraničí (Raudenská, Raudenský a Javůrková, 2009 cit. podle Medvedové, 2015). První herní specialistkou v České republice se stala Alice Řezníčková ze Společnosti pro herní práci. V roce 1995 dostala díky Olze Starkové a Peg Belsonové z Londýna možnost vycestovat na týdenní stáž do Velké Británie. V roce 1998 složila ústní zkoušku a následně obdržela certifikát pro práci herního specialisty. Protože však v ČR tato profese není zakotvena v katalogu prací, je zaměstnaná jako registrovaná dětská sestra - specialistka - kontaktní sestra pro rodiče a větší děti, tedy jako zdravotní sestra,

která neposkytuje odbornou ošetrovatelskou péči, ale doplňuje tým zdravotníků o další rozměr a cíleně se stará o psychosociální potřeby rodiny (Nedorostová, 2008 cit podle Medvedové, 2015).

5.3.1 Ukotvení oboru v našich podmínkách

Hlavní potíží je v tom, že herní specialista dosud nefiguruje v katalogu prací, nejsou definovány závazné kvalifikační předpoklady pro výkon této profese, neexistují standardy herní práce. Největším problémem v rozvoji oboru a jeho zařazení do oblasti zdravotnictví je chybějící legislativa. Zavedení profese herního specialisty vychází ze zkušenosti a doporučení NAHPS, z požadavků Charty práv, Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o právech dítěte č. 104/1991 Sb. Zavedení této profese je také součástí návrhu nové koncepce oboru pediatrie zpracovanou Českou pediatrickou společností. Nevyjasněnou pozici a vznik profese herních specialistů na oddělení v našich podmínkách řeší také Společnost pro herní práci a Nadační fond Klíček a to již několik let (Nedorostová, 2008 cit podle Medvedové, 2015).

Vedou se také spory, zda by tato profese měla být profesí zdravotnickou či pedagogickou. Prosazení oboru jakým je herní specialista vyžaduje mezioborovou a meziresortní spolupráci. V květnu roku 2001 podalo Sdružení pro herní práci s dětmi v nemocnici společně s Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska návrh na doplnění vyhlášky o způsobilosti zdravotnických pracovníků o kategorii herní specialista. Návrh byl předložen odboru ošetrovatelské péče ministerstva zdravotnictví, zde byl však odmítnut pro „konceptní neujasněnost“. Proto, se Společnost pro herní práci v roce 2008 transformovala v profesní organizaci a začala s přípravou potřebných podkladů. Nejdůležitějším úkolem je prosadit obor do katalogu prací, protože dnes je zde naprosté vakuum - zákon o zdravotnických pracovnících neumožňuje pracovat ve zdravotnictví jiným než v zákoně definovaným profesím, jak je uvedeno ve vyhlášce č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Vozechová, 2010 cit podle Medvedové, 2015). A tak ani humanitně vzdělaný, odborně vyškolený nezdravotník nemůže být zaměstnán ve zdravotnickém zařízení jako herní specialista. Mnohá pracoviště řeší problém tak, že dětem se věnují například motivované sanitárky nebo dobrovolníci. Při větších nemocnicích naštěstí stále ještě existují MŠ a ZŠ, jejichž učitelky se dále vzdělávají a při své práci používají prvky herní práce. Podle Ivany Křížové, by ale měl mít herní specialista poněkud jiný přístup k dětem, než mají například učitelky MŠ nebo ZŠ, které

mnohdy na těchto místech působí po zrušení škol při nemocnicích (Nedorostová, 2008 cit podle Medvedové, 2015).

5.3.2 Náplň práce a kompetence herního specialisty

Pojem Herního specialisty přináší nové podněty do práce na dětských odděleních v ČR. V roce 2008 byl proveden průzkum českých nemocnic v rámci zkvalitnění péče s názvem Průzkum dětských nemocnic a dětských oddělení v ČR. Průzkum sleduje například návštěvní omezení, možnosti společného pobývání rodičů a dětí a samozřejmě také to, co souvisí s prací herního specialisty - přípravu na zákroky, způsoby, jak mohou děti na oddělení trávit volný čas, a podobně. V roce 2001 ve 122 českých nemocnicích pracovalo 20 pracovníků v roli herního specialisty. V roce 2008 pracovalo kolem 26 pracovníků v roli herního specialisty a v současné době jich může být více než 30 (Nadační fond Klíček, 2008 cit. podle Medvedové, 2015).

Zprávy o nelékařské péči o dítě, jsou známy již asi od roku 1966, kdy vedle učitelek MŠ a ZŠ působily tzv. výchovné sestry. Nápad se postupně vytrácel především z finančních důvodů. Pokud bude i dnes speciálně vyškolený pedagog nebo sestra vykonávat činnost herního specialisty v rámci své původní profese, tak se z důvodů plnění hlavních profesních povinností k této činnosti sotva kdy dostane. Patříčně vzdělaný herní specialista poskytuje zcela jiné služby než sestra či pedagog. Jeho práce s dětmi je nezastupitelná. Jeho péče o děti je podpurná a nedirektivní. Vychází vždy z aktuálních potřeb dítěte.

Do role herního specialisty jsou prozatím uvolňováni zaměstnanci nemocnice (dětské sestry, učitelky a vychovatelky škol při nemocnicích, speciální pedagogové). Tito pracovníci nemají možnost kvalifikačního studia nového oboru, a tak v praxi vycházejí ze svého dosavadního vzdělání, ať už pedagogického nebo zdravotnického a v rámci svých možností je dále doplňují o nejrůznější kurzy a semináře (Valenta, 2008 cit podle Medvedové, 2015). Přitom v řadě vyspělých zemí je herní specialista kvalifikovaným a plnohodnotným členem týmu pečujícího o hospitalizované děti (Zdravotnické noviny, 2000 cit. podle Medvedové, 2015). V současnosti dobíhá poslední certifikovaný program, který společně zajišťují Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, SŠ a Vyšší zdravotnická škola v Plzni a Nadační Fond Klíček. Prozatím nejsou zveřejněny termíny pro konání dalších kurzů. Aktuální běh začal na jaře 2011 a ukončen bude na jaře 2013 (Nadační fond klíček, 2013 cit. podle Medvedové, 2015). Herní terapeuti působí v současné době např. v Thomayerově nemocnici, FN v Plzni, Nemocnici ve Frýdku Místku. Jejich náplní práce

je např. snížení míry stresu u dětských pacientů při pobytu v nemocnici nebo různé výtvarné činnosti, čtení knih a mimo jiné také komunikace s dětskými pacienty (Fakultní Thomayerova nemocnice, 2013 cit. podle Medvedové, 2015).

5.3.3 Začátky herního specialisty v České republice

Od 90. let se u nás poprvé setkáváme s pojmem herního specialisty při rozšíření kontaktů se zaměstnanci dětských oddělení zejména v Anglii. Ve světě se profese herního specialisty vyvíjí od začátku 70. let. Podle Jiřího Královce ze Společnosti pro herní práci s dětmi v nemocnici z nadačního fondu Klíček je podstatné to, aby profesní formace herního specialisty byla kompatibilní s přípravou herních specialistů v zahraničí (Raudenská, Raudenský a Javůrková, 2009 cit. podle Medvedové, 2015).

První herní specialistkou v České republice se stala Alice Řezníčková ze Společnosti pro herní práci. V roce 1995 dostala díky Olze Starkové a Peg Belsonové z Londýna možnost vycestovat na týdenní stáž do Velké Británie. V roce 1998 složila ústní zkoušku a následně obdržela certifikát pro práci herního specialisty. Protože však v ČR tato profese není zakotvena v katalogu prací, je zaměstnaná jako registrovaná dětská sestra – specialistka (kontaktní sestra pro rodiče a větší děti, tedy jako zdravotní sestra, která neposkytuje odbornou ošetrovatelskou péči, ale doplňuje tým zdravotníků o další rozměr a cíleně se stará o psychosociální potřeby rodiny). V roce 2004 ukončila bakalářské studium sociální práce a absolvovala množství kurzů a školení pro pracovníky pomáhajících profesí. (Nedorostová, 2008 cit. podle Medvedové, 2015).

5.3.4 Pracovní náplň herního specialisty

Pojem Herního specialisty přináší nové aspekty do práce na dětských odděleních v ČR. V roce 2008 byl proveden průzkum českých nemocnic v rámci zkvalitnění péče s názvem „*Průzkum dětských nemocnic a dětských oddělení v ČR*“. Průzkum sleduje například návštevňní omezení, možnosti společného pobývání rodičů a dětí a samozřejmě také to, co souvisí s prací herního specialisty-přípravu na zákroky, způsoby, jak mohou děti na oddělení trávit volný čas, a podobně. V roce 2001 ve 122 českých nemocnicích pracovalo 20 pracovníků v roli herního specialisty. V roce 2008 pracovalo kolem 26 pracovníků v roli herního specialisty a v současné době jich může být více než 30 (Nadační fond Klíček, 2008 cit. podle Medvedové, 2015).

Zprávy o nelékařské péči o dítě, jsou známy již asi od roku 1966, kdy vedle učitelek MŠ a ZŠ působili tzv. výchovné sestry. Nápad se postupně vytrácel především z finančních důvodů. Pokud bude i dnes speciálně vyškolený pedagog nebo sestra vykonávat činnost herního specialisty v rámci své původní profese, tak se z důvodů plnění hlavních profesních povinností k této činnosti sotva kdy dostane. Patříčně vzdělaný herní specialista poskytuje zcela jiné služby než sestra či pedagog. Jeho práce s dětmi je nezastupitelná. Jeho péče o děti je podpůrná a nedirektivní. Vychází vždy z aktuálních potřeb dítěte.

Do role herního specialisty jsou prozatím uvolňováni zaměstnanci nemocnice (dětské sestry, učitelky a vychovatelky škol při nemocnicích, speciální pedagogové). Tito pracovníci nemají možnost kvalifikačního studia nového oboru, a tak v praxi vycházejí ze svého dosavadního vzdělání, ať už pedagogického nebo zdravotnického a v rámci svých možností je dále doplňují o nejrůznější kurzy a semináře (Valenta, 2008 cit. podle Medvedové, 2015). Přitom v řadě vyspělých zemí je herní specialista kvalifikovaným a plnohodnotným členem týmu pečujícího o hospitalizované děti (Zdravotnické noviny, 2000 cit. podle Medvedové, 2015).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 REALIZACE VÝZKUMU

6.1 Metodika

V práci se omezíme na ty proměnné, které mají nejbližší k tématu Herní terapie včetně zobecnění, která z toho plynou.

Obsahová analýza textu je podle Miovského (2006, str. 238) široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho stylistické a syntaktické zvláštnosti, případně určit jeho strukturu. V literatuře najdeme autory, kteří považují obsahovou analýzu za čistě kvantitativní metodu (Neuendorf, 2002; Hendl, 2008), ale i ty, kteří se spíše přiklánějí k možnosti kvalitativního využití (Ferjenčík, 2000; Miovský, 2006). Pro práci bude využito nekvantitativního způsobu, přičemž bude prováděna obsahová analýza textu a jeho interpretace, jejímž stěžejním metodickým nástrojem je komparace. Komparační analýza (dále jen komparace) je považována za efektivní metodu výzkumu, je vymezena jako přístup k výzkumu, který provází jednotný myšlenkový postup, je také volena jako optimální nástroj pro dosažení cílů této práce: odstranit nesprávné, neúplné anebo nedokonalé poznání jevů a naopak potvrdit či vyvrátit tvrzení výzkumného problému.

6.1.1 Formulace výzkumného problému

Předmětem této práce jsou již obhájené závěrečné VŠ práce. Všechny závěrečné práce jsou plně dostupné. Základním výzkumným problémem bude komparace postupů, výzkumných zjištění a celkového hodnocení termínu herní terapie v uvedených pracích. Záměrem práce není hodnocení těchto prací, ale využití prací jako základních pramenů pro analýzu. Výzkumná otázka zní: *Jaké postupy a metody byly zvoleny při tvorbě závěrečných VŠ prací na téma herní terapie?* Práce se zaměří na dotazy odpovědi v rámci obsahové analýzy prací. Bude zkoumána metoda, jakou byly práce vytvořeny. V případě analýzy odborných prací budeme klást zejména tyto doplňující podotázky:

1. *Co autoři prací o problému „herní terapie“ zjistili?*
2. *Jaké byly cíle autorů?*
3. *Jaké jsou autory vyzkoumané poznatky z praxe?*
4. *Jakým způsobem autoři získávali informace?*
5. *Využívali stejné či podobné metody zkoumání?*

6. *Byly autory vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?*

7. *Co poznatky prací postrádají?*

6.1.2 Cíl

Hlavním cílem práce bude provést analýzu výsledků tuzemských studií zabývajících se herní terapií s hospitalizovanými dětmi a *zmapovat společné aspekty, které ovlivňují výsledky herní terapie, vysledovat, které oblasti jsou pro hospitalizované děti, jejich rodiče a herní terapeutů významné.*

6.1.3 Metody a techniky sběru dat

Metaanalýza je analýza většího počtu srovnatelných studií a odborných sdělení a dat, za účelem jejich integrace a posouzení jejich efektivity. Tato vědecká metoda, při které se zpracovává soubor jednotlivých výzkumů či vědeckého ověření, vychází z předpokladu, že spojením většího počtu jednotlivých souborů do jednoho se zvýší celkový efekt přínosu výzkumu v podobě přesnějšího výsledku zpracování.

Tato práce se zaměří na **zkoumání obsahů** níže charakterizovaných prací. Směr práce vede k soubornému přehledu současného stavu poznání vymezených v předmětu zkoumání.

Metaanalýza závěrečných prací zabývajících se tématem herní terapie se skládá z několika kroků, které se vyznačují:

- **identifikací**
- **vymezením klíčových pojmů týkající se zejména přívlastků herní terapie** tj.: hra, hrová terapie, herní aktivizace, herní intervence, herní specialista, apod.

6.1.4 Zkoumaný soubor

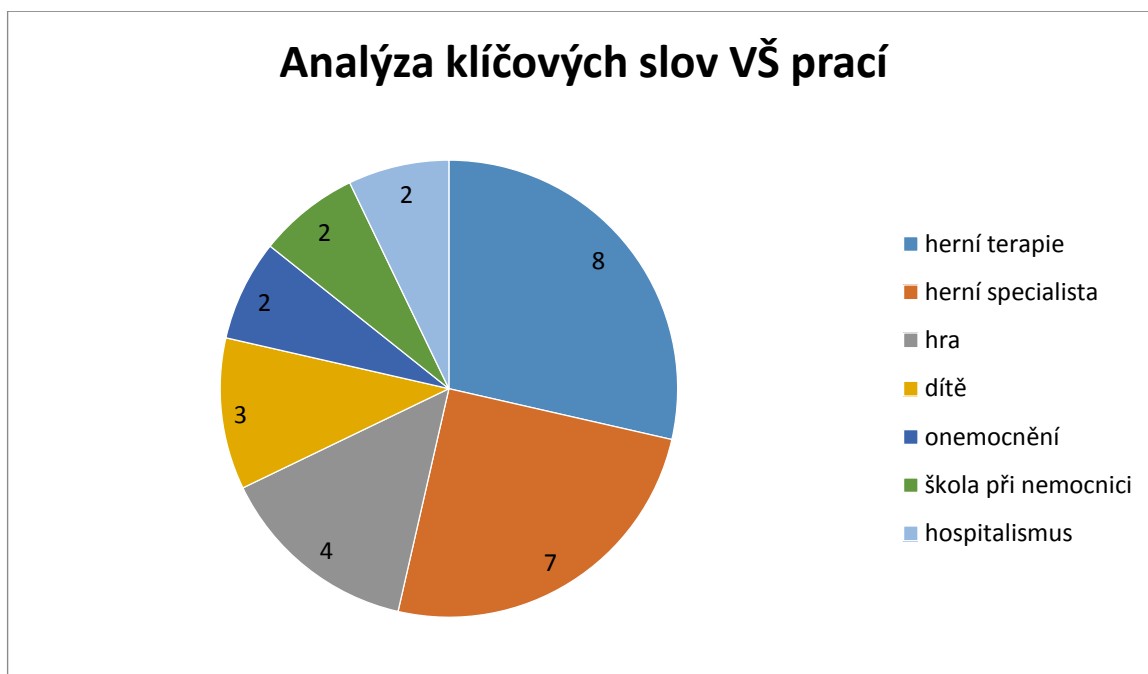
Výběr výzkumného vzorku proběhne na základě dostupnosti závěrečných bakalářských a diplomových prací. Předmětem bude adekvátní základní soubor v rozsahu 12 odborných prací realizovaných v období roku 2006 až po rok 2014 v České republice. Shodný tematický základ tvoří termín **HERNÍ TERAPIE** a jeho souvztažnost k hospitalizovanému dítěti, rodičům dítěte a hernímu terapeutovi. Přestože není často herní terapie v názvu odborných prací a ne vždy jsou součástí klíčových slov, přesto se vybrané práce svým charakterem dotýkají zvoleného termínu herní terapie.

6.1.5 Výzkumný design

Toto výzkumné šetření má metodologii založenou na kvalitativním přístupu. Bude prováděna **obsahová analýza** textu a jeho interpretace, jejímž stěžejním efektivním metodickým nástrojem je komparace. Je nutné dodržet zásadu objektivity. Závěrečné práce nebudou hodnoceny, nýbrž objektivně srovnávány. **Komparace** se zaměří na nástroje zjištění, způsoby uchopení tématu, autorské styly apod. Výsledný model rešerše představí komparaci odborných vysokoškolských prací společného tématu herní terapie a to konkrétně v oblasti nemocnice, sumář poznatků daného tématu. Sumarizace výsledků bude podrobně zobrazena v tabulce.

6.2 Identifikace klíčových slov

VŠ práce obsahují široký výčet klíčových slov, přestože mají shodný tematický základ. Výsledek analýzy klíčových slov neuvádí očekávanou shodu. Z výčtu 38 hodnot resp. klíčových slov se 12 autorů VŠ prací sešlo pouze v některých bodech. Herní terapie má shodu nejvyšší.



Obr. 1. Analýza klíčových slov.

6.3 Analýza bakalářských a diplomových prací

6.3.1 Vliv herní terapie na děti předškolního věku, Veronika Masáčková, rok 2006, diplomová práce

Klíčová slova: onemocnění, škola při nemocnici, hra, herní terapie, herní specialista

Praktická část zaměřena na zmapování současného stavu využití herní práce ve zdravotnickém zařízení, v Mateřské škole při fakultní nemocnici v Brně, u hospitalizovaných dětí předškolního věku, standardizovaný rozhovor (III. Části celkem 33 položek) pozorování a analýzy produktů, oblast zkoumání Mateřská škola při fakultní nemocnici, výčet respondentů 13 učitelek MŠ při FN Brno.

Diplomová práce Veroniky Masáčkové v teoretické i praktické části zkoumala vliv herní terapie na děti předškolního věku. V teoretické části se věnovala problematice onemocnění, s kterými se můžeme setkat na jednotlivých typech dětských oddělení. Dále také zmínila specifika při vzdělávání dětí ve školách při nemocnici a vyzdvihla, že také nemocné dítě má být vychovááno. V teoretické pasáži představila herní terapii jako metodu umožňující dítěti přirozeně vyjádřit své vnitřní stavy a odreagování. Metodu, která dovoluje nenásilnou formou připravit dítě na nepříjemný nebo bolestivý výkon, což vyžaduje zkušeného herního specialistu, vhodné hračky a pomůcky.

Standardizovaný rozhovor byl řešen písemnou formou připomínající dotazník je rozčleněn do tří částí pro učitele (vychovatele). Tento dotazník je poskládán ze tří částí. První část zjišťuje sociální zařazení jednotlivých členů zkoumaného souboru a tvoří ji 7 otázek. Ve druhé části se výzkum zaměřuje na herní práci (využití herní práce, zaměření, prostředí a prostředky herní práce) a herního specialistu (herní specialista jako součást týmu, postavení herního specialisty) a tvoří ji 22 otázek. Je zde vždy ponechán prostor pro jinou než nabízenou odpověď. Část třetí tvoří rozšiřující otázky k herní práci, kde se mají respondenti vyjádřit v několika větách, vhodnější by přitom byly jiné možnosti výběru. Závěry na některé výzkumné otázky jsou tak problematicky použitelné. Sama autorka v závěrečném shrnutí podotýká, že tato poslední, třetí část dotazníku, kterou tvořily otevřené otázky týkající se herní práce, zůstala bez větší odezvy. Respondenti odpovídali, že nejsou herní specialisté, ale pedagogové a do své práce zařazují a využívají prvky herní práce v rámci výchovně vzdělávací práce.

Celkově práce V. Masáčkové zpracovávala zajímavé téma herní terapie ve vzdělávacím procesu. Teoretická část se opírala o práce Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie (Langmeier, J. 1998), Terapie ve speciálně pedagogické péči (Pipeková, J., Vítková, M. 2001) nebo o práci Dítě v nemocnici (Plevová, M. 1997). Ve výzkumné části autorka nikde jasně nespecifikuje znění výzkumných otázek a v závěru vyhodnocení pak není jasně uvedeno, zda se podařilo naplnit cíl výzkumného šetření nebo ne.

<p>1. Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - v současné době nemají všechny nemocnice herního specialistu, který by byl součástí týmu pečujícího o hospitalizované. - znalost celé problematiky, náplně práce a péče herního specialisty ukazuje na nutnost spolupráce a rozšíření týmu, který se stará o zdraví dítěte
<p>2. Jaké byly cíle autora/ky?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - podat základní informace o péči o nemocné dítě předškolního věku pomocí herní práce, včetně poznatků o podstatě onemocnění, výchově a problémech dítěte. - především pak zmapovat její současný stav ve zdravotnickém zařízení (v Mateřské škole při fakultní nemocnici v Brně) u hospitalizovaných dětí předškolního věku.
<p>3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -herní práci se zde věnují učitelky mateřské školy - při herní práci vycházejí z RVP PV, z oblasti Dítě a jeho tělo - učitelky se neustále vzdělávají v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, které poskytuje Středisko služeb školám. Většina z nich je členy Somatopedické společnosti, Společnosti pro herní práci s dětmi v nemocnici. - respondenti odpovídají, že nejsou herní

	<p>specialisté, ale pedagogové a do své práce zařazují a využívají prvky herní práce v rámci výchovně vzdělávací práce.</p> <ul style="list-style-type: none"> - do herní práce v širším smyslu zařazují veškeré výstavy, výlety, terapie a osvětu. V užším smyslu mají na mysli herní terapii před zákrokem (i u dětí běžných MŠ) a herní terapii po zákroku - uvolňovací, kdy dítě projektuje zážitky. - učitelky pracují podle plánů herní práce (podle vzoru Anglie) - zdravotníci a pedagogové se shodují v názoru, že léčebný proces probíhá rychleji a příznivěji, je-li dítě v dobré psychické kondici a jeho myšlení je odpoutáno od nemoci.
4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	-standardizovaný rozhovor
6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	<p>BERNE, E. Jak si lidé hrají. 1992. ČÁP, J., DYTRYCH, Z. Utváření osobnosti v náročných životních situacích. 1968. MAREŠ, J. et al. Dítě a bolest. 1997. MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 2001. ŘÍČAN, P. et al. Dětská klinická psychologie. 1997.</p>
7. Co poznatky této prací postrádají?	-nejsou specifikovány výzkumné otázky; není uvedeno, zda byl naplněn cíl výzkumného šetření

6.3.2 Užití metod herní terapie u dětí s mentálním postižením v mateřské škole a u žáků základní školy praktické, Kateřina Červinková, rok 2007, diplomová práce

Klíčová slova: nejsou specifikována

Praktická část zaměřena na porovnání připravenosti dětí ze školského zařízení (mateřská škola a základní škola praktická) na nemocniční zákrok (návštěvu lékaře) před aplikací metod herní terapie a po nich. Dále je práce zaměřena na přínos využití metod herní terapie nejen v nemocnici, ale i ve školských zařízeních pro děti a žáky s mentálním postižením., dotazníkové šetření (17 položek), vymezuje 4 hypotézy, oblast zkoumání zařízení typu mateřská škola a základní škola praktická, výčet respondent 100.

Práce autorky Červinkové se vymezuje na oblast převedení metod a postupů herní terapie do mateřské školy speciální a základní školy praktické, která je pro děti s mentální retardací dalším komunikačním a humanizačním prvkem jejich péče.

V teoretické části v první kapitole definuje pojem mentální retardace, uvádí různé definice mentální retardace z pohledu mnoha autorů. Zabývá se etiologií mentální retardace podle Krejčířové (2005), Bazalové (2006), Pipekové (2006), Švarcové (2006) a podle Zvolského (2001). Další část je věnována klasifikaci mentální retardace, kde autorka uvádí dělení podle stupně postižení, doby vzniku a podle druhu chování. Dále uvádí charakteristiku a popis jednotlivých stupňů mentální retardace. Poslední část je věnována postavení dítěte s mentálním postižením v rodině, jsou uvedeny jeho psychické reakce na nemoc, postoje a reakce rodičů na onemocnění dítěte a rodinné vztahy.

Druhá kapitola pojednává o systému výchovy a vzdělávání žáků s mentálním postižením. Podrobněji je zde rozpracováno předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací a charakteristika základní školy praktické se zaměřením na Vzdělávací program zvláštní školy. Na závěr této kapitoly je uveden a popsán Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením.

Obsahem třetí kapitoly je herní terapie, její zařazení do systému terapií, vymezení herní terapie a pojmu hra a hračka. Dále je zde krátce nastíněn vznik a vývoj herní terapie a definice osobnosti herního specialisty. Celá kapitola je zakončena tématem pacienta s mentálním postižením z pohledu herního specialisty.

Prostor je v teoretické části věnován také formám a metodám práce v herní terapii, které jsou podrobněji rozpracovány. Celá kapitola je zakončena tématem pacienta s mentálním

postížením z pohledu herního specialisty. Na straně 55 Červinková uvádí příklad z knihy Konečné a Valenty Herní specialista v somatopedii:

Důležitým faktorem při práci s takovými dětmi z pohledu Konečné a Valenty (2003) je stanovení pevného řádu či smlouvy o správném chování, nejlépe formou jednoduché hry. Herní pracovník se snaží zaměřit na to, aby se dítě vyhnulo všemu, co jej může zaskočit. Na jakoukoliv změnu by svým způsobem mělo být připraveno. Při navazování kontaktu musí herní specialista vycházet z odhadu úrovně emoční zralosti pacienta a znalosti mechanismů, jimiž se chování jedince řídí.

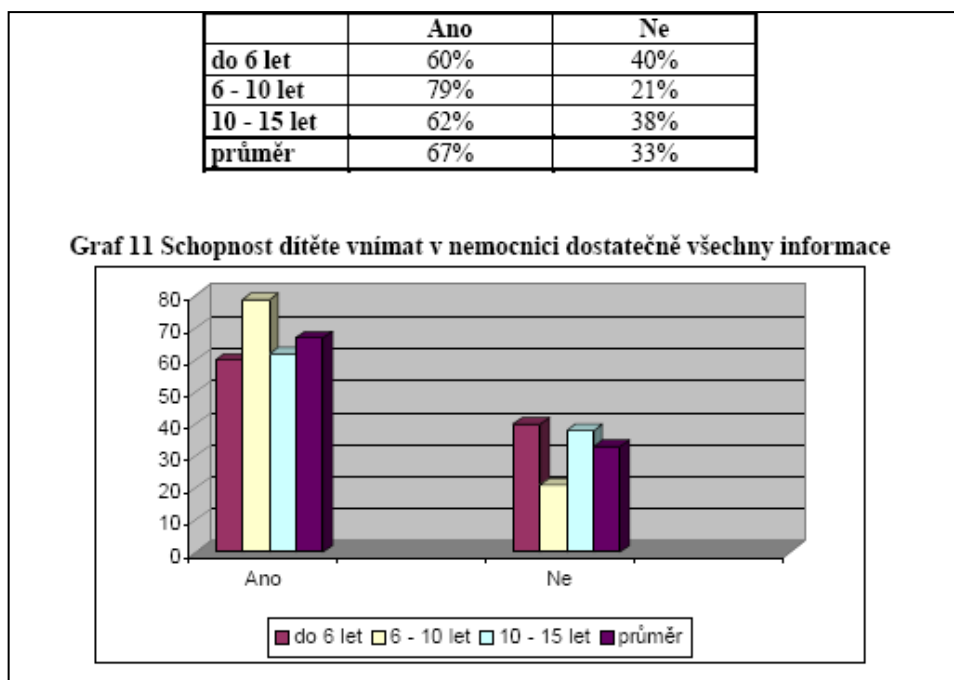
Ve výzkumné části se Červinková zaměřila na srovnání připravenosti dětí ze školského zařízení (mateřská škola a základní škola praktická) na nemocniční zákrok (návštěvu lékaře) před aplikací metod herní terapie a po nich. Dále se autorka zaměřila na přínos využití metod herní terapie nejen v nemocnici, ale i ve školských zařízeních pro děti a žáky s mentálním postižením. Výzkumná část vycházela z těchto tvrzení:

1. čím častěji je u dítěte s mentálním postižením použito metod herní terapie, tím u něj klesá strach z nemocnice a doktora
2. čím mladší dítě s mentálním postižením, tím větší potřeba seznámit s metodami herní terapie (zamezení šoku, možnost soustředit se na popsání zákroku)
3. čím častěji se děti setkávají s metodami herní terapie, tím stoupá informovanost a povědomí rodičů o těchto metodách
4. čím běžnější bude užívání metod herní terapie ve školách pro děti s mentálním postižením, tím dle názoru rodičů bude větší možnost uplatnění těchto informací i v praktickém životě.

K šetření byly použity dva typy dotazníku. Při práci s dotazníky byly použity dvě verze otázek. První z nich, označená jako D1, se soustředila na získání základních informací a míře informovanosti s postupy herní terapie mezi veřejností. Dále pak na získání informací o reakcích dětí u pediatra, v nemocnici a na nemoc obecně. Druhá verze, označená jako D2, byla namířena na revizi získaných informací po aplikaci herní terapie (návštěva pediatra, návštěva v dětské nemocnici, praktické seznámení s metodami a postupy herní terapie v domácím školském zařízení) a případnou změnu či setrvání ve vnímání a chování dětí.

Na otázku Domníváte se, že je Vaše dítě schopné vzhledem ke svému postižení vnímat dostatečně veškeré informace v nemocnici? Výše uvedené výsledky byly, jak autorka sama uvedla, velmi překvapivé z toho důvodu, že ve všech věkových skupinách respondenti uvedli kladnou odpověď, čímž souhlasili s tím, že děti s mentálním postižením jsou i ve

velmi nízkém věku schopni dostatečně vnímat veškeré informace v nemocnici. Tato tvrzení jsou v rozporu s názorem odborné veřejnosti a literatury, kde je uvedeno, že handicap těchto dětí jim znesnadňuje adekvátní vnímání nových informací.



Obr. 2. Dítě a informace.

DP K. Červinkové zpracovávala přínosné téma pro oblast herní terapie. Teoretickou částí osvětlila základní informace, které souvisí s problematikou mentální retardace a edukace jedinců s mentálním postižením. Limitem teoretické části může být nedostatečná pozornost věnovaná přímé práci s dítětem s mentální retardací, které Červinková věnovala pouze jednu podkapitolu (zajímavé by mohly být příklady a zkušenosti z praxe např. ze zahraničí). Dalším drobným nedostatek práce spatřuji v tom, že autorka nikde nevedla klíčová slova. Za nejpřínosnější hodnotím velmi dobré zpracování otázek u dotazníků.

1. *Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?*

- je tedy více než jasná potřebnost herního terapeuta, díky kterému děti lépe zvládají stresové situace během hospitalizace. Stává se tedy jakýmsi průvodcem dětí v jejich nové životní situaci

	<p>- pokud by se totiž herní terapie prolínala vzdělávacím procesem a byla prováděna systematicky, jistě by velkou měrou pomohla v boji proti tomuto strachu. Pomohla by nejen dítěti samému, ale i ulehčila práci zdravotnickému personálu. Dítě by při hospitalizaci bylo klidnější, komunikativnější a lépe spolupracovalo. Zvláště, když uvážíme, že děti s mentálním postižením si pamatují více informace založené na vlastním prožitku a zkušenosti, čemuž dává herní terapie prostor.</p>
<p>2. Jaké byly cíle autora/ky?</p>	<p>- porovnat připravenost dětí ze školského zařízení (mateřská škola a základní škola praktická) na nemocniční zákrok (návštěvu lékaře) před aplikací metod herní terapie a po nich. - zaměření na přínos využití metod herní terapie nejen v nemocnici, ale i ve školských zařízeních pro děti a žáky s mentálním postižením.</p>
<p>3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?</p>	<p>- přesvědčení se o vhodnosti užití metod herní terapie ve školských zařízeních. Návštěvou pediatra ve školách, exkurzí ve Fakultní dětské nemocnici a uplatnění metod a postupů herní terapie přímo v rámci vyučování jsem úspěšně aplikovala metody herní terapie. - účinnost herní terapie spojená s odbouráním strachu, kladným přijetím a pozitivním hodnocením dětmi i rodiči. I když působení bylo krátkodobé, výsledky byly znatelné. - lze tedy předpokládat,</p>

	že při systematické a dlouhodobé přípravě na návštěvu lékaře či hospitalizaci by výsledky byly ještě efektivnější.
4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	- analýza odborné literatury, - přímé pozorování, - dotazníková metoda, - analýza vlastní výzkumné činnosti, - přímý experiment.
6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	HELUS, Z. Dítě v osobnostním pojetí. 2004. MATĚJČEK, Z. Na cestu do nemocnice, 1978. MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 2001. MÜLLER, O. A KOL. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole, 2001.
7. Co poznatky této práce postrádají?	-teoretická část: neuvedena klíčová slova, nedostatečná pozornost věnovaná kapitole přímé práci s dítětem

6.3.3 Herní terapie v českých nemocnicích, Jana Urbanová, rok 2013, diplomová práce

Klíčová slova: hra, herní terapie, herní specialista

Praktická část je rozdělena na kvantitativní šetření četnosti herní terapie, používaných pomůcek a prvků herní terapie na dětských odděleních v ČR a kvalitativní část rozebírající herní terapii na čtyřech vybraných dětských odděleních, Pro kvantitativní část vytvořen dotazník (14 položek) vymezuje 2 hypotézy, oblast zkoumání celá Česká republika, výčet respondentů 93, návratnost 86%.

Pro kvalitativní část z 31 zařízení, která odpověděla, že pracují metodou herní terapie, byla vybrána čtyři zařízení, proběhla 40 hodinová a 80 hodinová praxe, zaměření na detailní

provádění herní terapie v několika oblastech, zaměření také na porovnání odpovědí v dotazníku s reálným prováděním herní terapie. Probíhal převážně formou pozorování doplněným o rozhovor.

BP J. Urbanové se v teoretické části nejprve charakterizuje problematiku hospitalizace dětí. Opírá se o práce Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí (Matějček, 2001). Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí (Dorková a Šrahůlková, 2010) nebo Příprava dítěte na vyšetření, hospitalizaci a zákrok (Fendrychová, 2009). Dále definuje hru a hru v nemocnici vychází z prací Hartla a Hartlové *Velký psychologický slovník nebo Řezníčkové* Herní aktivity dětí v nemocnici. Urbanová na straně 14 píše: studie, které byly v šedesátých letech minulého století uskutečněny ve Velké Británii, ukázaly, že hospitalizované děti si nedokážou samy spontánně hrát. Pokud jim dospělí nepomohou, ztrácejí zájem o hru, stávají se pasivními, vytrácí se u nich radost ze hry a je ohrožen jejich další vývoj. Právě tento poznatek vedl ve Velké Británii ke vzniku profese herního specialisty a rozvoji herní terapie. Na dalších stranách teorie ještě popisuje herní terapii, její historii a činnosti herního specialisty.

Kvantitativní výzkum byl realizován na základě dotazníkového šetření. Celkem bylo odesláno 93 dotazníků, dotazník odeslalo zpět 80 zařízení. Hlavním cílem výzkumu podle autorky bylo zmapovat míru využití herní terapie v českých nemocnicích. Hypotézy byly stanoveny takto:

1. Mezi prováděním herní terapie a omezením návštěvních hodin existuje statisticky významný vztah.
2. Mezi herním specialistou a pedagogickým pracovníkem existuje statisticky významný rozdíl v počtu prováděných prvků herní terapie.

Tab. 2. Tabulka četností zastoupení pracovníků provádějících herní terapii.

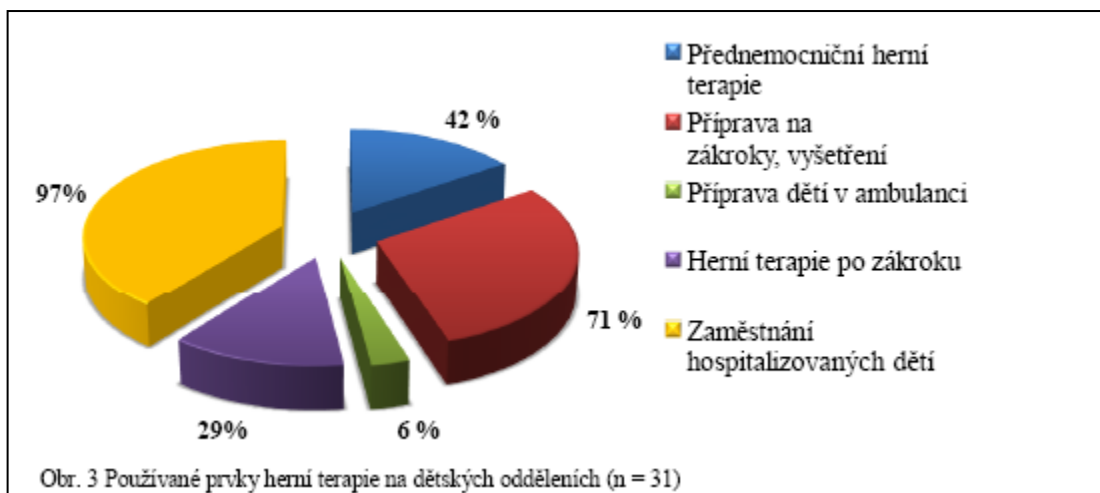
Tabulkové místo	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	3	50 %
Ne	3	50 %
CELKEM	6	100 %

Otázka č. 4: Kdo tuto činnost u Vás vykonává?

Tab. 3. Počty zařízení s přiděleným tabulkovým místem pro herního specialistu.

Pracovníci	Absolutní četnost počtu pracovníků	Relativní četnost počtu pracovníků
Herní specialista	6	19,4 %
Pedagogický pracovník	18	58,1 %
Dětská sestra	6	19,4%
Jiný pracovník	1	3,1 %
CELKEM	31	100 %

Otázka č. 5 : Máte pro Vaše oddělení přidělené tabulkové místo pro herního specialistu?



Obr. 3. Používané prvky herní terapie

Na otázky odpovídaly vedoucí sestry (vrchní či staniční sestry) ve všech zjištěných dětských odděleních. Prvních devět otázek bylo zaměřeno na provádění herní terapie, druhy herní terapie, zájem o herní terapii, používané pomůcky a názor vedoucích sester oddělení, kde se herní terapie provádí, na zlepšení psychiky hospitalizovaných dětí. Zbýlých pět otázek souviselo s vlivem hospitalizace na děti, jako omezení návštěvních hodin, možnost hospitalizace doprovodu či provozu herny na oddělení.

Kvalitativní výzkum byl zaměřen na detailní provádění herní terapie v několika oblastech. Těmi byla před nemocniční herní terapie, příprava dětí na zákroky, herní terapie po zákroku, používané pomůcky a péče herního pracovníka o rodiče hospitalizovaných dětí. Důležitá otázka se týkala toho, **zda má konkrétní oddělení přidělené tabulkové místo pro herního specialistu**. Tato otázka byla určena pro zařízení, která zaměstnávají herního specialistu. Z celkového počtu šesti zařízení, kde herní terapii vykonává herní specialista, má tabulkové místo pro tohoto pracovníka vytvořena polovina z těchto oddělení. Další otázka se zajímavými výsledky odpovědí byla, **kdo činnost herní terapie v zařízení vykonává**, z celkového počtu 31 zařízení, kde se herní terapie provádí, vykonává tuto činnost nejčastěji pedagogický pracovník, a to v 18 zařízeních. V šesti zařízeních je herní terapie prováděna dětskou sestrou a ve stejném počtu zařízení je zaměstnán herní specialista. Jedno zařízení taktéž uvedlo, že herní terapii provádí jiný pracovník než výše uvedení. Pod tímto pracovníkem označilo výchovnou sestru. Zajímavá otázka se týkala **druhu herní terapie, který se na pracovišti provádí**. Nejčastěji je z herní terapie využíváno zaměstnání hospitalizovaných dětí, to do své práce zařazují kromě jednoho všichni herní pracovníci. Dále 22 zaří-

zení připravuje hospitalizované děti na zákroky a vyšetření, 13 dětských oddělení provádí před nemocniční herní terapii pro děti nehospitalizované a devět herních pracovníků se věnuje dětem také po zákroku. Nejmenší počet, dva pracovníci, zasahují i do ambulantního provozu a pracují s dětmi v ambulancích.

U Otázky č. 9: Pozorujete nějaké zlepšení psychického stavu dětí po zavedení a používání herní terapie? Zde je na místě se zamyslet, zda tato otázka nenavádí respondenty pouze k pozitivnímu hodnocení vlivu herní terapie.

Autorka na závěr zhodnotila výsledky, které z výzkumu vyplynuly a to, že herní terapii ze všech dětských oddělení, která se zúčastnilo výzkumu, provádí přibližně 40 %. Z kvalitativního výzkumu se potvrdilo pouze to, o čem se již zmiňují jiní autoři věnující se herní terapii. Pedagogický pracovník, pokud se herní terapie stane jednou ze součástí jeho práce, není schopen v rámci své výchovně - vzdělávací činnosti provádět plnohodnotnou herní terapii jako pracovník, který má herní terapii hlavní náplní své práce. Vyzdvihla pozitiva, která vyhodnocená data přinesla a podala aktuální doporučení pro současný stav a také budoucí praxe: Do budoucna je určitě také nutné rozšiřovat vizi o nutnosti profese herního specialisty mezi zdravotnický personál. Informovat o jeho významu pro hospitalizované děti, a tím přispívat k lepší komunikaci a spolupráci mezi všemi pracovníky. Autorka uvádí, že by bylo dobré rozšířit výzkum o specializovaná dětská oddělení a centra, kde by též mohli herní specialisté pracovat, a tím se více přiblížit výsledkům, o kterých píše Řezníčková (2003). A uvádí také, že by bylo vhodné provést kvalitativní výzkum na více odděleních. Celkově tuto práci hodnotím velmi pozitivně, především co se týče přehledného zpracování analýzy výsledků výzkumu a závěrů.

<p>1. <i>Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - herní terapii ze všech dětských oddělení, která se zúčastnila výzkumu, provádí přibližně 40 % - pedagogický pracovník, pokud se herní terapie stane jednou ze součástí jeho práce, není schopen v rámci své výchovně - vzdělávací činnosti provádět plnohodnotnou herní terapii jako pracovník, který má herní terapii hlavní náplní své práce
--	---

2. Jaké byly cíle autora/ky?	- hlavní cíl výzkumu: Zmapovat míru využití herní terapie v českých nemocnicích.
3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?	<p>- herní terapii ze všech dětských oddělení, která se zúčastnila mého výzkumu, provádí přibližně 40 %. Z tohoto počtu ji v největší míře do svých činností zakomponovali pedagogičtí pracovníci, méně pak herní specialisté a dětské sestry.</p> <p>-pedagogický pracovník, pokud se herní terapie stane jednou ze součástí jeho práce, není schopen v rámci své výchovně - vzdělávací činnosti provádět plnohodnotnou herní terapii jako pracovník, který má herní terapii hlavní náplní své práce</p> <p>- v českých nemocnicích ve zkoumaném souboru z prováděných prvků herní terapie, převažuje nejvíce zaměstnání hospitalizovaných dětí</p> <p>- více než 80 % vedoucích sester dětských oddělení, kde se herní terapie neprovádí, má o tuto práci zájem</p> <p>- stále však ještě není samozřejmostí vybavení dětského oddělení hernou, kterou nemá k dispozici 10 % dětských oddělení.</p>
4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	<p>-kvantitativní část - dotazník</p> <p>-kvalitativní část - pozorování doplněno o rozhovor</p>

<p>6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?</p>	<p>BELSON, P. Children in hospital. <i>Children and Society</i>. 1993, KUTNOHORSKÁ, J. <i>Výzkum v ošetrovatelství</i>. 1. vyd. 2009 ŘEZNÍČKOVÁ, A.; SEDLÁŘOVÁ, P. Edukace dětí a rodičů. In SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. <i>Základní ošetrovatelská péče v pediatrii</i>. 2008.</p>
<p>7. Co poznatky této prací postrádají?</p>	<p>-více primárních zdrojů v teoretické části, je využíváno hodně sekundárních.</p>

6.3.4 Herní terapie na dětském oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, Hana Medvedová, rok 2011, diplomová práce

Klíčová slova: Dítě, nemoc, hra, herní terapie, herní specialista

Praktická část zaměřena na kvalitativní výzkum, jak působí návštěvy herního specialisty na psychický stav dětí hospitalizovaných na dětském oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, strukturovaný rozhovor (3 druhy rozhovorů), strukturovaný dotazník (9 položek), terénní poznámky, pracovní sešit, kresba, vzkazovník, oblast zkoumání nemocné děti hospitalizované v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na dětském oddělení (výčet respondentů 13), rodiče hospitalizovaných dětí (výčet respondentů 4), zdravotničtí pracovníci (výčet respondentů 2).

Bakalářská práce Hany Medvedové se zabývá možnostmi působení herní terapie na hospitalizované děti, v praktické části se zaměřila na to, jak herní terapie působí na zlepšení zdravotního a psychického stavu hospitalizovaného dítěte. Dále pak zjistit jak je herní terapie úspěšná očima dětí, jejich rodičů a zdravotnického personálu.

V teoretické části Medvedová vyšla z rozdělení dětského věku a následně také z problematiky zvládání nemoci v jednotlivých etapách vývoje dítěte. Dále v teorii pojednává o psychických následcích nemoci u dítěte, kde je podrobněji nahlíženo na prožitek nemoci z pohledu samotného dítěte a jeho rodičů. Také se zmiňuje o užití facilitačních metod. Nastíněny jsou zde také možnosti komunikace s nemocným dítětem. Poslední část je věnová-

na herní terapii, vymezením jejího pojmu, vznikem a vývojem této terapie, metodami práce a jejím vlivem na dětskou psychiku. Blíže specifikuje osobnost herního specialisty, jeho činnosti a kompetence.

Pro výzkum si Medvedová stanovila hlavní výzkumný problém a to jak vnímají děti, rodiče a zdravotničtí pracovníci působení herní terapie?

Dále si zvolila tyto **základní výzkumné otázky**:

- 1) Co herní terapie dětem přináší?
- 2) Jakým způsobem herní terapie přispívá k psychické pohodě dítěte?
- 3) Pro jaké skupiny dětí je herní terapie nejefektivnější?
- 4) Jaké názory a postoje vyjadřují rodiče ohledně realizace metod herní terapie?
- 5) Jaké názory a postoje vyjadřují zdravotničtí pracovníci ohledně realizace herní terapie?
- 6) Jaký vliv má realizace herní terapie na zlepšení celkového stavu dítěte?
- 7) Jaké techniky jsou při realizaci herní terapie nejpreferovanější?

Ve výzkumu se pracovalo se třemi typy různých věkových kategorií, první kategorií byly děti ve věku od 3 do 5 let. Jedná se o jednu dívku a jednoho chlapce. Další kategorií bylo 6 dětí ve věku od 6 do 11 let. Dále 5 dětí ve věku od 12 do 18 let. Jedná se o čtyři dívky a jednoho chlapce. Dalšími testovanými osobami byli 4 rodiče hospitalizovaných dětí. Jednalo se o čtyři maminky. A poslední testovanou skupinou byli dva 2 zdravotničtí pracovníci.

Strukturovaný rozhovor v rámci této metody byly vytvořeny 3 druhy rozhovorů pro děti, rodiče a zdravotnické pracovníky. **Strukturovaný dotazník** (otázky otevřené, uzavřené a polouzavřené). Otázky v dotazníku byly uzpůsobeny věku dítěte a pro usnadnění zadávání odpovědí byl místo „ANO“ emotikon, který se usmíval, a místo „NE“ emotikon, který se mračil. Dětem se tak snáze rozhodovalo. **Terénní poznámky** tuto metodu jsme využívali při práci a rozhovorech s dětmi, jejich rodiči, zdravotnickým personálem, kteří nám mohli pomoci porozumět tomu, jak se děti cítí, na co myslí, čeho se obávají, na co se těší atd. **Pracovní sešit** tato pomůcka byla vytvořena za účelem získávání výzkumných dat od malých pacientů zábavnou formou. Úkoly v pracovním sešitě byly vytvořeny atraktivním způsobem tak, aby děti zaujaly. Celým sešitem děti provázela postava herní terapeutky Matyldy. Na konci tohoto sešitu byl vložen dotazník. **Kresba** tato metoda byla použita k doplnění informací. Velmi komplikovanou skupinou pro sběr dat jsou děti od 3 do 6 let věku. Děti měly za úkol nakreslit zdravotní sestřičku a ošetřujícího lékaře. **Vzkazovník**

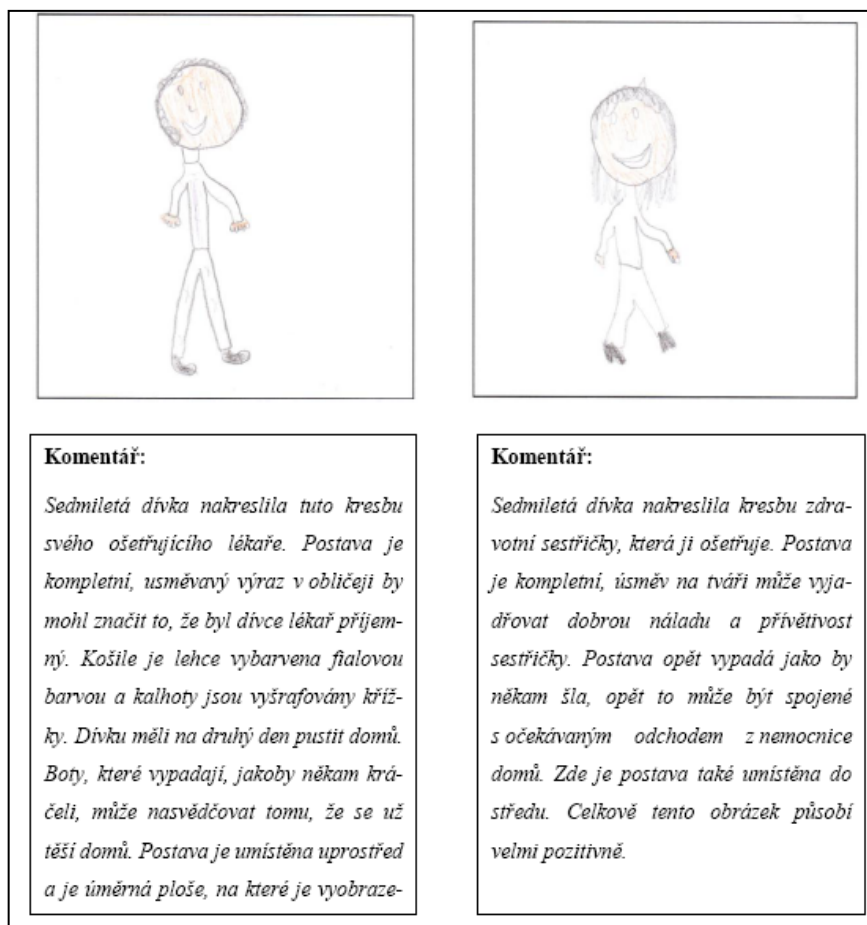
zpětnou vazbu od dětí jsme získávali prostřednictvím schránky na vzkazy, tzv. „vzkazovníku“, který byl ponechán na dětském oddělení a kam nám děti vkládali své vzkazy (např. výtvarné apod.).

Tab. 4. Tři dětská přání hospitalizovaných dětí

Respondent	Odpověď
DA 1 (má pouze jedno přání)	1. Králíka 2. Domů 3. Domů
DA 2	1. Počítač 2. Telefon 3. Zdraví
DA 3 (má pouze jedno přání)	1. Abych byla co nejdřív doma 2. - 3. -
DA 4	1. Aby tady se mnou byla moje fenka Konny 2. - 3. -
DA 5	1. Abych byla doma 2. Abych nebyla v nemocnici 3. Abych nebyla nemocná
DA 6	1. Už nikdy bych nechtěla jít do nemocnice 2. Abych měla dobré kamarády 3. Aby mi nikdo z rodiny neumřel

Otázka č. 8: Kdybys ulovil/a zlatou rybku, jaké tři přání by sis přála ze všeho nejvíc?

Prostřednictvím této otázky v Tab. 4. *Tři dětská přání hospitalizovaných dětí*, dospěla autorka k zajímavým výsledkům. Téměř každé dítě mezi tři přání zahrnuje domov a zdraví a blízkost rodiny či kamaráda. Málokdy si dítě přeje například nějakou videohru apod. Z pozorování vyplynula zajímavá skutečnost a to, že dítě si v přítomnosti rodičů přeje a zároveň píše věci, které chce dostat od přítomného rodiče. Dalo by se říct, že píše takový seznam dáreků. Když je však dítě na pokoji samo, zahrnuje do svých přání právě již zmiňovaný domov, zdraví apod. Podle přání dítěte D6 můžeme usoudit, že má z nemocničního prostředí strach.



Obr. 4. Hodnocení kresby

Získané výsledky z rozhovorů byly shrnuty do kategorií: rodiče hospitalizovaných dětí, dětmi od 12 do 18 let, zdravotnickými pracovníky a výsledky z dotazníku pro děti ve věku od 6 do 11 let.

Výzkum H. Medvedové byl proveden na jednom pracovišti se všemi účastníky herní terapie (hospitalizované děti a jejich rodiči i zdravotnickými pracovníky). Silnou stránkou výzkumu byly získané výsledky, ze kterých autorka navrhla možné návrhy zlepšení pro praxi viz str. 90-91, které názorně uvedla do přehledné tabulky viz Tab. 5. *Možné návrhy zlepšení*. Výzkum potvrdil, že prostřednictvím metod herní terapie se děti odreažují, nemusí alespoň na chvíli přemýšlet o své nemoci. Rodiče dětí spatřují herní terapii jako přínosnou a vhodnou metodu pro zvládání pobytu dítěte v nemocnici. Zdravotnický personál je realizaci herní terapie nakloněn, avšak hlavní nedostatek spatřuje v nepravidelnosti intervencí.

Tab. 5. Možné návrhy zlepšení.

UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií	
91	
<i>Problémová oblast</i>	<i>Možnosti řešení</i>
Neznámý pojem „herní terapie“	Tvorba osvětového programu pro děti. Tvorba informačních materiálů pro rodiče ohledně pobytu dítěte v nemocnici.
Nepodnětné prostředí nemocnice pro rodiče i děti	Podílení dětí na výzdobě nemocničního pokoje Spolupráce dětí ze ZŠ a jejich učitelek a hospitalizovaných dětí a učitelek na společné výtvarné tvorbě.
Nepravidelnost návštěv herního terapeuta na dětském oddělení	Příprava herních terapeutů na herní terapii na UTB ve Zlíně.
Herna	Vyhranění speciálního prostoru určeného pro hru.
Kontakt s Matyldou a jejími kamarády i po odchodu z nemocnice	Tvorba webovské stránky či blogu.

<p>1. Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</p>	<p>-prostřednictvím metod herní terapie se děti odreagují, nemusí alespoň na chvíli přemýšlet o své nemoci.</p> <p>-rodiče dětí spatřují herní terapii jako přínosnou a vhodnou metodu pro zvládnání pobytu dítěte v nemocnici.</p> <p>-zdravotnický personál je realizaci herní terapie nakloněn, avšak hlavní nedostatek spatřuje v nepravidelnosti intervencí.</p>
<p>2. Jaké byly cíle autora/ky?</p>	<p>-jak herní terapie působí na zlepšení zdravotního a psychického stavu hospitalizovaného dítěte.</p> <p>-zjistit jak je herní terapie úspěšná očima dětí, jejich rodičů a zdravotnického perso-</p>

	nálu.
3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?	-neznámý pojem „herní terapie“ -nepodnětné prostředí pro rodiče a děti -nepravidelnost návštěv herního terapeuta na dětském oddělení -chybějící herní místnost -chybějící kontakt s herním terapeutem i po odchodu z nemocnice
4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	-strukturovaný rozhovor; strukturovaný dotazník, terénní poznámky; pracovní sešit; kresba; vzkazovník
6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	DOHERTY-SNEEDDON, G. <i>Neverbální komunikace dětí: jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky</i> , 2005 FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. <i>Péče o kriticky nemocné dítě</i> , 2005. OAKLANDER, V. <i>Třinácté komnaty dětské duše: tvořivá dětská psychoterapie v duchu Gestalt terapie</i> , 2003. ROGGE, J. <i>Dětské strachy a úzkosti</i> , 1999.
7. Co poznatky této práce postrádají?	praktická část: -stručný popis herního specialisty docházejícího na dětské oddělení a celého týmu

6.3.5 Možnosti pedagogické péče o hospitalizované dítě a vliv herní terapie, Marie Handlířová, rok 2007, diplomová práce

Klíčová slova: autorka neuvádí

Praktická část zaměřena na empirický výzkum zabývající se problematikou hospitalizovaného dítěte a působením pedagogů a herního specialisty na toto dítě, kazuistika, oblast zkoumání od roku 2001 - 2006 pozorování v nemocnici v Třebíči na dětském oddělení, výčet respondentů autorka neuvádí.

DP M. Handlířové se zaměřila na problematiku hospitalizovaného dítěte v nemocnici. V teoretické části se Handlířová zaměřuje na důvody hospitalizace a její vliv na nemocné dítě. Vychází především z knih Matějčka (Matějček, Z. Rodiče a děti), Mareše (Mareš, J. Dítě a bolest). Jak autorka uvádí, do nemocnice přivádí děti nejen onemocnění, ale také nutnost odborných vyšetření k rozpoznání a určení choroby. „Podmínkou úspěšného průběhu všech vyšetření a léčebných zákroků, je dobrá příprava dítěte“ (Matějček, 1989). „Z medicínského a psychologického hlediska, si dětské pojetí nemoci a bolesti, zaslouží mimořádnou pozornost“ (Mareš, 1997). V další části Handlířová seznamuje s historií škol a organizací výchovy a vzdělávání v základní škole a mateřské škole při nemocnici. Navazuje kapitola o herní terapii a herním specialistovi. Handlířová se v této kapitole primárně opírá o autora Valentu (Valenta, M. a kol. Herní specialista). Poslední část je součástí praktické části práce a popisuje vliv působení herního specialisty na hospitalizované děti.

Výzkumná část proběhla formou pozorování prostřednictvím sedmileté praxe v oblasti péče o dítě na dětském oddělení oblastní nemocnice v Třebíči, kde autorka pracuje jako vychovatelka. Cílem šetření bylo přiblížit nejen činnost pedagogickou, ale také práci herního specialisty a poukázat na jeho nezastupitelnou roli a úlohu v péči o hospitalizované dítě. Autorka ve výzkumu uvádí rozbor dvou kazuistik hospitalizovaných dětí.

Za slabou stránku praktické části považuji to, že autorka neuvádí jasnou metodiku výzkumu jako např. jasně stanovené cíle, vymezení výzkumného problému, volba výběru zkoumaného vzorku, popis výzkumné metody apod. Dalšími slabinami práce se jeví taky neúplnost seznamu literatury chybí např. Vágnerová. Jako pozitivum této práce hodnotím teoretickou část, která je provázána se spoustou přímých citací autorů spolu s autorčinými postřehy a komentáři.

<p>1. <i>Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</i></p>	<p>-nezbytně nutné je do budoucna zajistit jeho oficiální postavení, kvalitní vzdělání a zařazení. Je to ale stále záležitost dlouhodobá a nedořešená. Je škoda, že velkou roli v prosazování této činnosti hrají také finanční důvody.</p> <p>-je třeba neustále hledat možnosti, jak laickou veřejnost seznamovat s činností herního specialisty, a hledat způsoby, jak prosa-</p>
--	--

	dit, aby herní terapie byla samozřejmostí v péči o hospitalizované dítě.
2. Jaké byly cíle autora/ky?	-přiblížit nejen činnost pedagogickou, ale také práci herního specialisty a poukázat na jeho nezastupitelnou roli a úlohu v péči o hospitalizované dítě.
3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?	-nutnost a potřeba herního specialisty - na tomto oddělení mimo zdravotnického personálu, o děti pečuje také učitelka MŠ, vychovatelka ŠD a herní specialistka. Děti měly připravený program učitelkou a vychovatelkou, kterého se zúčastňovaly. Herní specialistka se mohla proto individuálně věnovat konkrétnímu dítěti a jeho aktuálním potřebám, aniž by byla něčím nebo někým omezována. - zažádání o vytvoření pracovního místa herního specialisty, např. pouze na částečný úvazek 4 hodiny přímé práce s dítětem.
4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	kazuistika; pozorování
6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	18 monografických publikací KOTULÁN, J. a kol., Zdravotní nauky pro pedagogy, 2002. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči, 2001. ZAHÁLKOVÁ, M. Pediatrie pro speciální pedagogy, 2002
7. Co poznatky této práci postrádají?	-praktická část: neuvedena jasná metodika výzkumu jako např. stanovené cíle, vymezení výzkumného problému, volba výběru zkoumaného vzorku, popis výzkumné me-

	tody -nejasné závěry z vlastního šetření -neúplnost seznamu literatury
--	--

6.3.6 Aplikace technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici u dětí mladšího školního věku, Kateřina Hanáková, rok 2009, DP

Klíčová slova: nejsou definována

Praktická část zaměřena na zmapování možností a přínosů technik terapie hrou v nemocnici, zda tyto techniky mají pozitivní vliv na pobyt dítěte v nemocnici a porovnání herní práce v nemocnici a terapii hrou u dětí mladšího školního věku,

Pozorování, rozhovor, kresba začarované rodiny, hra s maňásky, koláž, oblast zkoumání hospitalizované děti z neurologického oddělení a hospitalizovaní děti z chirurgického oddělení výčet respondentů 10.

Diplomová práce Kateřiny Hanákové se zabývá aplikací techniky terapie hrou v herní práci v nemocnici u dětí mladšího školního věku. Teoretickou část autorka rozčlenila na čtyři části. V první části se věnuje tématu hry jako takové. Je zde zahrnuto vymezení pojmu hra, filozofické i psychologické teorie hry. Pro větší přesnost uvedla autorka různé členění a kategorizace her. Zabývá se zde také funkcí a přínosem hry v jednotlivých vývojových stádiích dítěte. Neopomněla také uvést téma hračky, především její funkci, jaká hračka je vhodná pro daná vývojová stádia a její přínos pro dítě. V druhé části se zabývá herní prací v nemocnici. Pokouší se zde vymezit nejednotnou terminologii a kompetence herního specialisty, jaké by měl mít vybavení, pomůcky a zařízenou hernu. Ve třetí části věnuje pozornost terapii hrou, její historii, přínosech a limitech této terapie. Zabývá se zde také materiálem a vybavením herny. V této části více rozpracovává nedirektivní přístup terapie hrou. V poslední části zaměřené na teorii se zabývá pobytem dítěte v nemocnici, o jeho úskalích, přínosech, negativních dopadech.

Ve výzkumné části se Hanáková zaměřila zmapovat možnosti a přínosy technik terapie hrou v nemocnici, zda tyto techniky mají pozitivní vliv na pobyt dítěte v nemocnici a porovnání herní práce v nemocnici a terapii hrou u dětí mladšího školního věku. Na základě

tohoto cíle jsem si stanovila 3 výzkumné otázky, na které zodpovím v závěru výzkumu. Výzkumné otázky:

1) Je hra s maňásky nejvhodnější technikou z mnou vybraných technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici?

Hra s maňásky je nejsuggestivnější formou dramatické hry převážně u dětí předškolního a mladšího školního věku. Dítě se může skrýt za maňásku a lépe tak odkryje své obavy, úzkosti a potlačované emoce. Maňásek dává pocit bezpečí a vzdálenosti od problému. Poskytuje tedy jistou ochranu a tedy i prostor pro expresi emocí a zpracování nepříjemných zážitků. Dítě v nemocnici často podstupuje bolestivé zákroky, ale není mu zde poskytnut prostor pro vyjádření emocí, vyslovení obav či zpracování lékařských zákroků. Hra s maňásky mi přijde nejpřirozenější a nejbezpečnější formou pro znovuprožití, ujasnění si emocí a přijmutí nepříjemného zážitku.

2) Je kresba začarované rodiny nejméně přínosnou technikou z mnou vybraných technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici?

Kresba začarované rodiny je převážně používána jako diagnostická metoda rodinných vztahů, role a postavení jednotlivých členů rodiny, tak jak je vidí dítě. V nemocnici jsou děti odtržené od rodiny, jejich rodina jim chybí a nejsou pro ně hlavním tématem, který je zatěžuje. Prvotním úkolem je pro ně adaptace na nemocniční prostředí a zpracování zážitků z bolestivých či nepříjemných zákroků a vyšetření.

3) Je hra s maňásky přínosnější pro dětské chirurgické oddělení nebo pro oddělení dětské neurologie?

Na dětském chirurgickém oddělení děti podstupují bolestivější a náročnější zákroky než děti na oddělení neurologie. Pobyt dětí na chirurgii je podstatně delší než na neurologii a tím se zvyšuje čas strávený mimo rodinu a blízké okolí. Objevují se u nich smíšené emoce, kterým sami nerozumí, mají mnoho času nad těmi emocemi přemýšlet a tím být ještě více zmatení. Na neurologii jsou často děti se sníženým intelektem, zhoršenou pozorností či spontaneitou. Toto vše ovlivňuje schopnost soustředit se na hru a spontánně a kreativně vymýšlet dialogy.

Přehled důvodů hospitalizace, délky pobytu a věk dětí, které se účastnily, výzkumu Hanáková přehledně uvedla do následujících tabulek *Tab. 6. Důvody hospitalizace na oddělení dětské chirurgie a neurologie.*

Tab. 6. Důvody hospitalizace na oddělení dětské chirurgie a neurologie.

Tabulka č. 1: Oddělení dětské chirurgie

Jméno, věk	Důvod hospitalizace	Délka pobytu	Plánovaná délka pobytu
Lenka, 11 let	poškození kyčelního kloubu, provedena trakce	druhý týden	čtyři týdny
Iva, 10 let	fraktura dolní končetiny, nasazení fixátoru	třetí týden	pět týdnů
Tomáš, 11 let	fraktura kyčelního kloubu, provedena trakce	čtvrtý týden	pět týdnů
Jan, 11 let	fraktura kyčelního kloubu, provedena trakce	třetí týden	pět týdnů
Jakub, 9 let	fraktura stehenní kosti, provedena trakce	čtvrtý den	čtyři až pět týdnů

Tabulka č. 2: Oddělení dětské neurologie

Jméno, věk	Důvod hospitalizace	Délka pobytu	Plánovaná délka pobytu
Michala, 6 let	epilepsie, změna medikace	třetí den	pět dní
Dana, 7 let	diagnostika snížené citlivosti nohou	druhý den	pět dní
Vojtěch, 7 let	diagnostika bolesti hlavy	třetí den	pět dní
Milan, 7 let	epilepsie, změna medikace	druhý den	pět dní
Filip, 7 let	diagnostika ADHD	druhý den	tři dny

V závěru práce autorka uvádí přehlednou tabulku *Tab. 7. Porovnání výsledků technik na dětském chirurgickém a neurologickém oddělení s porovnáním výsledků technik na dětském chirurgickém a neurologickém oddělení:*

Tab. 7. Porovnání výsledků technik na dětském chirurgickém a neurologickém oddělení.

Techniky	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení
Pozorování	<ul style="list-style-type: none"> • Spolupráce u všech výborná • Kromě 1 dítěte všechny děti udržely pozornost • Výborná spontánnost projevu • Adekvátní projevování emocí • Po aplikaci technik zlepšení smutné, pokleslé nálady 	<ul style="list-style-type: none"> • Spolupráce u všech výborná • Kolísání pozornosti u 2 dětí • Spontánnost projevu u 4 dětí v normě • Zhoršené projevování emocí u 2 dětí • Od začátku u všech veselá nálada, pobyt v nemocnici brán jako dobrodružství
Rozhovor	<ul style="list-style-type: none"> • Neochota popsat pobyt v nemocnici a prožívání zákroků • Teprve po hře s maňásky ochota mluvit o léčebných zákrocích • Až při koláži ochota dětí vyprávět o pobytu v nemocnici 	<ul style="list-style-type: none"> • Informace získané z rozhovoru bylo nutné doplnit a zpřesnit v rozhovoru s matkou
Kresba začarované rodiny	<ul style="list-style-type: none"> • Ve 3 případech nezobrazení autora kresby • Použití rozmanitějších druhů zvířat pro jednotlivé členy rodiny • 4 děti svoji kresbu na základě dotazů dále rozvinuly pomocí vyprávění 	<ul style="list-style-type: none"> • Ve 2 případech neodpovídala vývojovému stupni • Ve všech případech zobrazení autora kresby • Pestré použití různých druhů zvířat, ale také použití jiných symbolů • Neschopnost zpřesnit kresbu vyprávěním
	<ul style="list-style-type: none"> • Vhodná pro vyjasnění rodinných vztahů a získání dalších informací, které se neobjevily v rozhovoru • Neměla vliv na vyjádření a zpracování prožitků z pobytu v nemocnici 	<ul style="list-style-type: none"> • U většiny nezobrazení otce v kresbě • Neměla vliv na vyjádření a zpracování prožitků z pobytu v nemocnici
Hra s maňásky	<ul style="list-style-type: none"> • Odpadnutí ostychu po nasazení maňaska na ruku • Nejoblíbenější maňasek byl krtek • Plně ztotožnění se s maňáskem bylo zpozorováno u 3 dětí • Osvědčení této techniky ve 4 případech z 5 • Výskyt velkého spektra prožitků, ve 3 případech došlo i k slzám • U 4 dětí v závěru zpozorováno zklidnění emocí • Nejpřínosnější technika 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpadnutí ostychu po nasazení maňaska na ruku • Nejoblíbenější maňasek byl krtek • Plně ztotožnění se s maňáskem bylo zpozorováno u 3 dětí • Odmitnutí hry u 2 dětí • Menší míra projevu emocí • Vhodná pouze pro zjištění dětského trápení, ale nezvládnutí dalšího rozvoje hry u dětí
Koláž	<ul style="list-style-type: none"> • Časově nejnáročnější technika • Delší ztvárnění doby před pobytem v nemocnici • Při ztvárnění doby před pobytem v nemocnici použito velké množství rozmanitého materiálu, plně využití plochy a výskyt děje • Pobyt v nemocnici znázorněn velmi stroze, menší rozpracovanost, znázorněn stav vyjadřující touhu jít domů • Přínos pro odreagování a pro srovnání pobytu v a mimo nemocnici • Ujasnění si události týkající se úrazu 	<ul style="list-style-type: none"> • Časově nejnáročnější technika • Delší ztvárnění doby před pobytem v nemocnici • Při ztvárnění doby před pobytem v nemocnici použito velké množství rozmanitého materiálu, plně využití plochy a výskyt děje • Pobyt v nemocnici znázorněn veseleji • Přínos pro odreagování a pro srovnání pobytu v a mimo nemocnici • Přínosné z diagnostického hlediska, i nesoustředěné a nepozorné děti se při této technice dokázaly plně soustředit na práci

Celkově práce K. Hanákové zpracovávala zajímavé téma herní terapie ve vzdělávacím procesu. Teoretická část se opírala o velmi přínosná témata herní terapie. Autorka nikde nezmiňuje klíčová slova. Ve výzkumné části autorka zpracovala velmi přehledné kazuistiky, popisuje, co výsledky výzkumu potvrdily a navrhuje možná zlepšení. Práci hodnotím za velmi vydařenou.

<p>1. Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</p>	<p>-hra se s vývojem dítěte vyvíjí a dosahuje vyspělejší formy. Autorka uvádí, že je důležité znát vývoj dítěte a v jakém období má hra funkci, zda je ještě symbolická nebo se již napodobuje realitu.</p>
<p>2. Jaké byly cíle autora/ky?</p>	<p>-zmapovat možnosti a přínosy technik terapie hrou v nemocnici, zda tyto techniky mají pozitivní vliv na pobyt dítěte v nemocnici a porovnání herní práce v nemocnici a terapii hrou u dětí mladšího školního věku.</p>
<p>3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?</p>	<p>-výsledky výzkumu potvrzují domněnku, že nejpřínosnější z mnou vybraných technik terapie hrou je hra s maňásky. -výsledky techniky kresby začarované rodiny poukazují na diagnostický přínos pro zjištění a ujasnění rodinných vztahů. -při hře s maňásky se děti velmi uvolnily, nebály se projevit své emoce. Při této technice se objevily informace, které souvisely s nepříjemnými vyšetřeními a bolestivými zákroky.</p>
<p>4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?</p>	<p>-pozorování -rozhovor -kresba začarované rodiny -hra s maňásky -koláž</p>

<p>6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?</p>	<p>ČINČERA, J. (2007). <i>Práce s hrou: pro profesionály.</i></p> <p>KOŤÁTKOVÁ, S. (2005). <i>Hry v mateřské škole v teorii a praxi.</i></p> <p>MATĚJČEK, Z. (2005). <i>Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte.</i></p> <p>MÜLLER, O. a kol. (2005). <i>Terapie ve speciální pedagogice, teorie a metodika.</i></p>
<p>7. Co poznatky této práce postrádají?</p>	<p>-neuveдена klíčová slova</p>

6.3.7 Herní specialista, Sabina Hofrová, rok 2011, bakalářská práce

Klíčová slova: Herní specialista, herní terapie, principy Family-centred care, úzkost a strach u dětí, hospitalismus.

Praktická část obsahuje projekt pro děti předškolního věku, jehož cílem je pomocí her a aktivit dětem přiblížit a pomoci jim poznat lékařské prostředí a zmírnit pocity strachu z něj., **Projekt: „Medvídka něco trápí“** oblast zkoumání dvě oddělení mateřské školy (v jednom oddělení jsou pouze děti předškolního věku, druhé je smíšené, ale spíše převládají děti 3 - 4 letí).

BP S. Hofrové se zabývá tématem oboru herního specialisty. Autorka se v teoretické části zabývá především osobností herního specialisty a na straně 5 spojuje a definuje vlastními slovy dva výrazy a to: Herní specialista, herní terapeut – jako most mezi dětmi, rodiči a zdravotnickým týmem, jehož cílem je dítě provázet a podporovat ho po dobu jeho hospitalizace. Informuje a komunikuje se všemi zúčastněnými. Zná odborné termíny, postupy při lékařských vyšetření, má široké vědomosti o lidském těle, nemocech, specifických zvláštěnostech a vývoji dítěte. Vymýšlí a plánuje aktivity, hry, připravuje dítě na zákroky, ale vždy s ohledem na jeho individualitu a vychází z jeho možností a potřeb. Snaží se odstranit strach z neznámého, z cizích lidí, z bolesti, ze samoty. Autorka však neuvádí, z jakého důvodu tyto dva pojmy spojila jako totožné. V další části Hofrová popisuje jiné možnosti pomoci pro hospitalizované děti, blíže specifikuje dobrovolné organizace, zdravotní klauny a loutky v nemocnici. Poslední část autorka věnuje specifikům dětí v nemocnici.

Výzkum vycházel z vytvoření a vyhodnocení projektu: „Medvídka něco trápí“. Projekt je určen dětem předškolního věku. Pokouší se seznámit děti s některými pomůckami, které se používají ve zdravotnictví, s lékařskými postupy, s osobami, které mohou děti při ošetřování potkat, s nemocemi, s úrazy, se zdravým životním stylem, s ochranou zdraví, s částmi lidského těla, s první pomocí. Všechny tyto informace budou dětem nabízeny prostřednictvím her a činností a pokusí se zmírnit pocit strachu a úzkosti dětí z lékařského prostředí, ošetření, personálu, nemocí. **Cílem projektu bylo:** Seznámení se zdravotnickou profesí, pomůckami, které zdravotníci používají, s postupy při vyšetřování, ověřování a získávání znalostí o lidském těle, praktické jednoduché ošetření a informace o zdravém životním stylu se podařilo naplnit. Autorka popsala postup tvoření projektu:

1. Návštěva v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, rozhovor se zdravotní sestrou, která zároveň na oddělení dětské chirurgie vykonává osvětovou činnost pro mateřské školy a pomáhá dětem při přípravě na různé zákroky formou herní terapie.
2. Prostudování RVP PV, zejména oblasti Dítě a jeho tělo.
3. Vytvoření osnovy určující, co by mělo být obsahem projektu.
4. Vlastní psaní projektu.
5. Realizace projektu ve dvou odděleních mateřské školy (v jednom oddělení jsou pouze děti předškolního věku, druhé je smíšené, ale spíše převládají děti 3 - 4 letí).

Hodnocení a splnění cíle Hofrová hodnotila průběžně, z reakcí dětí prostřednictvím pozorování a rozhovoru a z reflexí paní učitelek, kdy na závěr každého dne všechny aktivity zhodnotila. Každý den projektu si zhodnotila i sebereflexí. Všechna tato data zapisovala a zapsala je na závěr praktické části do vyhodnocení projektu.

Za slabší stránku považuji nepřehledně uspořádanou metodiku v praktické části práce. Naopak velmi silnou stránku práce tvoří dobře propracovaný závěr a doporučení pro praxi.

1. <i>Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</i>	-děti si během celého projektu předávaly vlastní zkušenosti, které měly z různých lékařských vyšetření a nemocí, které prodělaly. Navzájem si tak předávaly cenné rady a informace o tom, že pobyt v nemocnici a
---	--

	jiné vyšetření je potřebné. Strach zřejmě budou pociťovat dál, ale po realizaci projektu, mají jasnější představu o tom, co je čeká. A to co je pro děti známé, berou přirozeněji a se samozřejmostí
2. Jaké byly cíle autora/ky?	<p>-přiblížit obor herního specialisty, popsat jeho funkci a kompetence, vysvětlit jeho důležitost, potřebnost a přiblížit specifika dětí.</p> <p>-v praktické části jsem se zaměřila na možnosti, jak v mateřské škole pomocí her a aktivit začlenit vědomosti o lidském těle, zdravotnickém týmu, postupech a pomůckách a tím pomoci předcházení strachu z bílého pláště</p>
3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?	<ul style="list-style-type: none"> - u všech dětí autorka vyzkoušovala, že je hra baví. Nikdo z dětí nejevil strach či rozpaky v jakékoliv roli - mezi dětmi probíhala spolupráce. - motivace byla dobrá. Děti se hned aktivně pustily do hry - během rozhovoru jsem zjistila, že děti mají dobré povědomí o tom, jak se chránit před nemocemi (mytí rukou mýdlem, očkování, zdravá strava, dostatečný pohyb a spánek) - při větší skupině dětí je lepší rozdělit děti na dvě přibližně stejně velké skupiny, aby měl každý ve skupině dostatečný prostor pro poznávání.
4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	-projekt: „Medvídka něco trápí“ tvorba a vyhodnocení

6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	CAMPBELLOVÁ, Jean. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Portál 1998 ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat. 2005 VYMĚTAL, Jan. Úzkost a strach u dětí. 2004.
7. Co poznatky této prací postrádají?	-nepřehledně uspořádaná metodika

6.3.8 Herní terapie a podpůrná péče, Martina Krutská, rok 2011, bakalářská práce

Klíčová slova: pomáhat, podporovat, podpůrná péče, pomáhající profese, herní terapie, duchovní péče, dobrovolnické centrum, pacient, zdravotník, herní terapeut, dobrovolník, zoorehabilitace, zdraví, nemoc, stres, psychosociální podpora

Praktická část zaměřena na výzkum toho jaké je povědomí o existenci Centra podpůrné péče (CPP) ve FTNsP a o tom, jaké služby CPP poskytuje. Dále zda respondenti vnímají podpůrnou péči jako přínos v celkově poskytované péči a zda si uvědomují odlišnost kompetencí zdravotníků a poskytovatelů podpůrné péče., dotazníkové šetření (12 položek), vymezuje 5 hypotéz, oblast zkoumání Centrum podpůrné péče (CPP) ve Fakultní Thomayerově nemocnici V Praze 4 – Krči., výčet respondentů 50.

BP M. Krutské se zabývá tématem podpůrné péče, která v prostředí nemocnice má jiný význam než např. v prostředí ekonomickém. Podpůrnou péči poskytují nezdravotníci. Cílem je podpora pacientů k pozitivnímu myšlení, snížení míry stresu a strachu, zlepšení psychického stavu, možnost smysluplně využít čas v nemocnici, sociální kontakt. Různými aktivitami lze také podporovat zdravotnický personál, např. v boji proti syndromu vyhoření. Herní terapie je jednou z cest jak poskytovat podpůrnou péči na dětských odděleních. Práce měla zodpovědět otázku informovanosti pacientů a zdravotníků o existenci Centra podpůrné péče ve FTNsP a jejich názoru na podpůrné aktivity v poskytování nezdravotnické péče.

V teoretické části se Krutská snažila objasnit termín podpůrné péče, který má jiný význam ve sféře ekonomické a sociální a jiný v prostředí zdravotnické péče. Dále se pokusila formulovat obecné zásady a podmínky pro poskytování podpůrné péče, která je v prostředí

českých nemocnic svým způsobem ojedinělá, neboť ji poskytují nezdravotníci. Dobrovolnictví je v západním světě velmi rozšířenou službou pomoci. Každý dobrovolník, který přichází do nemocnice, nese obrazně své srdce na dlani a je ochoten pomáhat, naslouchat, sdílet. I dobrovolník dostává obdarování: pocit uspokojení, smysluplnosti, naplnění. Duchovní péče je stále více žádanou službou, a to nejen u dlouhodobě nemocných pacientů a na odděleních LDN a Geriatrie. Duchovní rozměr je součástí podstaty člověka, pokud člověka nahlédneme jako bio-psycho-sociální-spirituální integritu. „Odkud jsem přišel, kam jdu, co bude po smrti, co je smyslem mého života...“, to jsou otázky, které si alespoň jednou za život položí každý.

Ve výzkumné části si šetření si klade za cíl zjistit stanovisko jednotlivců k těmto tezím:

výzkumná teze 1:

podpůrná péče má pozitivní vliv na proces uzdravování

výzkumná teze 2:

pacient, který není ve stresu, se lépe hojí a uzdravuje

výzkumná teze 3:

volnočasové aktivity pomáhají pacientovi překonávat přechodná omezení, vyplňují dlouhé chvíle při pobytu v nemocnici, umožňují nemyslet na bolest.

Výzkumná teze 4:

Ve výzkumu bylo využito dotazníku - vlastní konstrukce, kde byly kladeny uzavřené i otevřené otázky. Dotazník obsahoval celkem dvanáct otázek. Devět otázek bylo k tématu průzkumu, tři otázky byly k osobě dotazovaného. U otázek nabízejících volbu z několika možných odpovědí mohl respondent vybrat ty odpovědi, se kterými souhlasil a zároveň na konci každé otázky mohl doplnit vlastní sdělení. Otevřené otázky poskytovaly prostor pro vlastní názory respondentů a byly zpracovány metodou obsahové analýzy, kdy obsahově podobné odpovědi byly přiřazeny do stejné skupiny.

Psychická podpora, rozhovor a povzbuzení stimuluje pacienta k pozitivnímu myšlení, a tedy k rychlejšímu uzdravování.

Výzkumná teze 5:

Většina pacientů považuje komunikaci lékaře s pacientem za nedostačující. Z dotazníku vyplynulo, že informovanost obou skupin o CPP je zhruba poloviční, skupina zdravotníků byla na tom o trochu lépe. Tyto informace mohou poskytnout zpětnou vazbu pro CPP a mohou být motivem k přehodnocení některých aktivit i důvodem, jak informovanost zlepšit. Celkově z šetření vyplývá, že všichni respondenti podpůrnou péči vítají a vnímají ji jako přínos. Pacienti vidí největší přínos ve snižování míry stresu a strachu, v možnosti přijít na jiné myšlenky, smysluplně strávit čas atd. Pacienti LDN a Geriatrie nejvíce oceňují sociální kontakt, canisterapii na odděleních a doprovod dobrovolníků na vycházky. Zdravotníci vnímají podpůrnou péči jako přínos v celkově poskytované péči pacientovi, vidí pozitivní naladění pacientů a jejich ochotu spolupracovat. Cíle práce byly v tomto ohledu splněny. Poskytly reálný obraz o vnímání podpůrné péče ve FTNsP.

Tab. 8. Stanovisko respondentů k výzkumným tezím.

Otázka č. 6	Zdravotníci			Pacienti		
	ANO	NE	NEVÍM	ANO	NE	NEVÍM
Výzkumné teze						
T1: Podpůrná péče má pozitivní vliv na proces uzdravování.	24		1	21		4
T2: Pacient, který není ve stresu, se lépe hojí a uzdravuje.	25			22	1	2
T3: Volnočasové aktivity pomáhají pacientovi překonávat přechodná omezení, vyplňují dlouhé chvíle při pobytu v nemocnici, umožňují nemyslet na bolest.	25			20	1	4
T4: Psychická podpora, rozhovor a povzbuzení stimuluje pacienta k pozitivnímu myšlení, a tedy k rychlejšímu uzdravování.	25			20		5
T5: Většina pacientů považuje komunikaci lékaře s pacientem za nedostačující.	13	7	5	9	3	13

BP M. Krutské zpracovávala zajímavé téma ve spojitosti herní terapie a podpůrné péče. V teoretické části osvětlila pojem herní terapie spolu s legislativou a historií. Limitem teoretické části mohou být nedostatečně propracované kapitoly. Za nejpřínosnější hodnotím propracovanost závěrů práce.

<p>1. Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</p>	<p>-autorka zjistila, že podpůrná péče, která má jiný význam ve sféře ekonomické a sociální a jiný v prostředí zdravotnické péče. Dále se pokusila formulovat obecné zásady a podmínky pro poskytování podpůrné péče, která je v prostředí českých nemocnic svým způsobem ojedinělá, neboť ji poskytují nezdravotníci. Dobrovolnictví je v západním světě velmi rozšířenou službou pomoci.</p>
<p>2. Jaké byly cíle autora/ky?</p>	<p>-hlavním cílem je zjistit jaké je povědomí o existenci Centra podpůrné péče (CPP) ve FTNsP a o tom, jaké služby CPP poskytuje. Dále zda respondenti vnímají podpůrnou péči jako přínos v celkově poskytované péči a zda si uvědomují odlišnost kompetencí zdravotníků a poskytovatelů podpůrné péče.</p>
<p>3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?</p>	<p>-celkově z šetření vyplývá, že všichni respondenti podpůrnou péči vítají a vnímají ji jako přínos.</p> <p>-pacienti vidí největší přínos ve snižování míry stresu a strachu, v možnosti přijít na jiné myšlenky, smysluplně strávit čas atd.</p> <p>-pacienti LDN a Geriatrie nejvíce oceňují sociální kontakt, canisterapii na odděleních a doprovod dobrovolníků na vycházky.</p> <p>-zdravotníci vnímají podpůrnou péči jako přínos v celkově poskytované péči pacientovi, vidí pozitivní naladění pacientů a jejich ochotu spolupracovat.</p>
<p>4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?</p>	<p>-dotazníkové šetření</p>

6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 1997 KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 2002 NOVOTNÝ, J.S. Psychologie zdraví a duševní hygiena pro sociální pedagogy. 2009 PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. Psychologie dítěte. 1997
7. Co poznatky této práce postrádají?	-formulace otázek v dotazníkovém šetření

6.3.9 Význam herního specialisty v péči o dětské pacienty, Terezie Pluhařová, rok 2011, bakalářská práce

Klíčová slova: herní specialista, potřeby dítěte charta práv dětí v nemocnici, nemocné dítě, hospitalizace dítěte

Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum zaměřený na postoj zdravotnických pracovníků k profesi herního specialisty. Zkoumaný vzorek tvoří zdravotničtí pracovníci dvou fakultních nemocnic: nemocnice Motol a nemocnice v Hradci Králové., dotazníkové šetření (18 položek), oblast zkoumání dvě nemocnice FN Hradec Králové, FN Motol, výčet respondentů 61, návratnost 90%.

BP T. Pluhařové si za cíl vytkla zmapovat názory zdravotnických pracovníků na práci herního specialisty na dětském oddělení a na spolupráci s ním a s dětmi na výkon připravených herním specialistou.

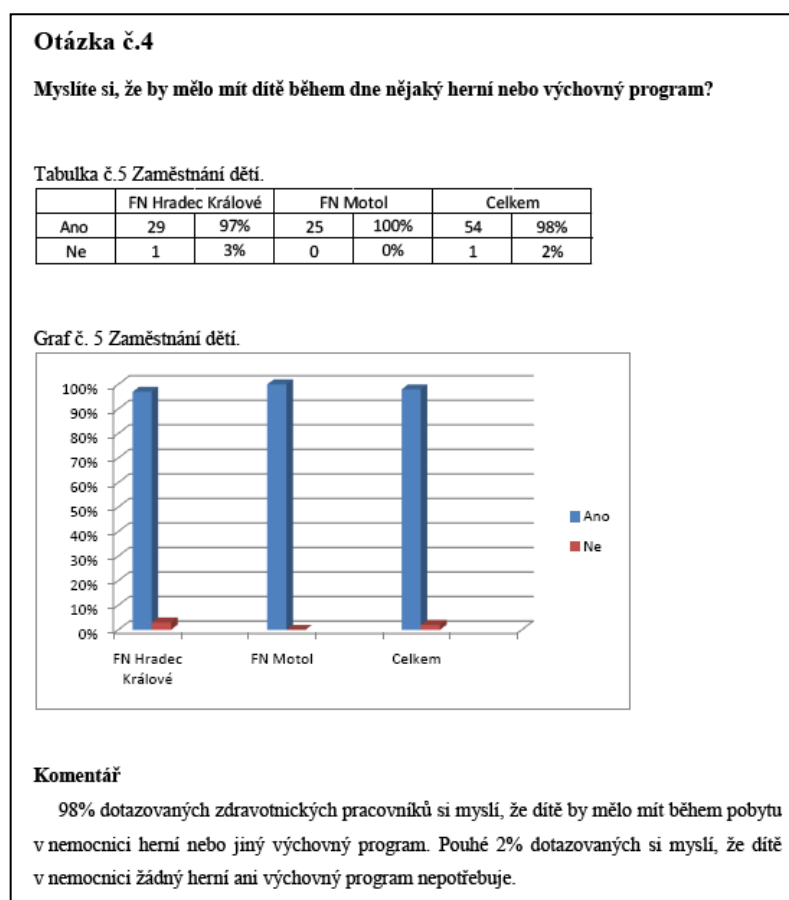
Práce také zhodnotila, jaký názor mají sami zdravotníci na volný čas dětí v nemocnici a jak by podle nich mělo dítě tento čas trávit.

V neposlední řadě autorka do oblasti svého zájmu postavila samotné zdravotníky, konkrétně v poslední otázce dotazníku; „co oni jako pacienti a herní specialista ano či ne event. nevím. V teoretické části se Pluhařová zaměřila na psychomotorický vývoj dítěte, roli a potřeby malého pacienta v nemocniční péči. Vycházela převážně z prací Langmeiera a

Krejčířové (M. a J. Langmeier, Krejčířová, *Vývojová psychologie*, 1998) a Matějčka (Z. Matějček, *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, 2001). V druhé polovině teorie autorka představila profesi herního specialisty, historii této profese, možnost zaměstnání dětí v jednotlivých vývojových obdobích a možnosti volby vhodných hraček u malých dětí. V této části práci se autorka opřela především o práce Rybářové (*Herní terapie ve škole při nemocnici*, 2004) a Valenty (*Herní specialista v somatopedii*, 2008).

V praktické části bylo pomocí dotazníků sledována nejen délka praxe respondentů a jejich funkci ve zdravotnickém týmu, ale především názory zaměstnání dětí v nemocnici, profesi herního specialisty a přípravu dětí na ošetrovatelské a lékařské výkony. Jak výzkum, ukázal na délce praxe, opravdu nezáleželo. Názory byly různé.

Výzkum byl prováděn na odděleních, kde herní specialista působí nebo v nedávné minulosti působil. Z výzkumu vyplynulo, že i když si většina respondentů myslí, že dítě v nemocnici zaměstnání potřebuje, a že to není jen sledování TV a hry na PC, našli se i respondenti s názorem, že dítě herní ani jiný program nepotřebuje, viz *Obr. 5. Využití herního programu v nemocnici*.



Obr. 5. Využití herního programu v nemocnici.

Zajímavé byly také názory na herního specialistu jako profesi *Obr. 6. Přínos profese herního terapeuta*, přínos a jeho místo ve zdravotnickém týmu. Velké procento respondentů vidí v herním specialistovi kolegu a velký přínos nejen pro děti a rodiče, ale také pro zdravotníky. Setkala jsem se také s názorem opačným, ale ten byl, jak bylo v dotazníku dodáno, podmíněn špatnou zkušeností s přípravou dítěte provedenou herním specialistou. Z toho plyne, že nezáleží jen na profesi herního specialisty, ale také na samotném člověku, vhodném postupu a přístupu k dítěti.

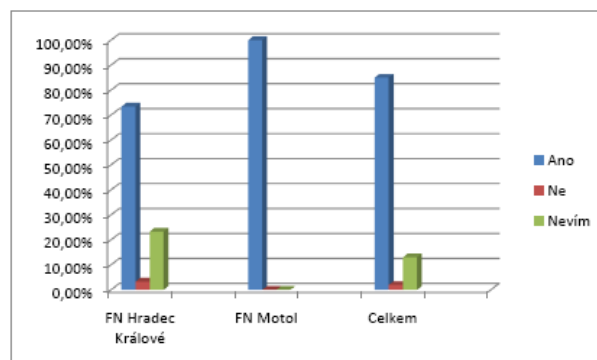
Otázka č. 9

Myslíte si, že je profese herního specialisty pro děti přínosem?

Tabulka č. 10 Přínos profese herního specialisty pro děti.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	22	73,40%	25	100%	47	85%
Ne	1	3,30%	0	0%	1	2%
Nevím	7	23,30%	0	0%	7	13%

Graf č. 10 Přínos profese herního specialisty pro děti.



Komentář

Na otázku zda je herní specialista pro děti přínosem odpovědělo kladně 85% zdravotnických pracovníků, 13% uvedlo, že neví a 2% dotazovaných odpovědělo záporně.

Obr. 6. Přínos profese herního terapeuta.

Názory na přípravu dětí na ošetřovatelské a lékařské výkony se také lišily, viz *Obr. 7. Názory na přípravu dítěte před lékařským zákrokem*. Velký počet respondentů souhlasil s přípravou dítěte i akutně přijatého, ale byly zde také názory, raději dítě nepřipravovat, z obavy většího strachu a nespolupráce. Většinou se respondenti shodli, že otázku přípravy řešíme dle zdravotního stavu dítěte, jeho vlastního rozhodnutí zda chce či nikoli. Pokud už však přípravu zvolit, tak vždy vzhledem k věku dítěte, vhodnými prostředky, ve vhodném prostředí a ne proti vůli dítěte.

Empirická část byla zpracována z názorů zdravotníků, ale pro ucelení autorku zajímal také názor malých pacientů, co si o herním specialistovi myslí oni viz *Obr. 8. Názory na herního specialistu.*

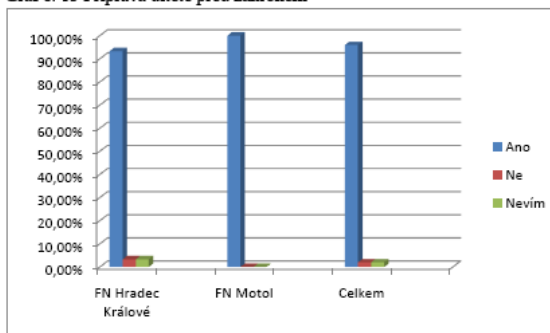
Otázka č. 12

Myslíte si, že by mělo dítě před zákrokem vědět, co ho čeká, event. mělo možnost se na to připravit?

Tabulka č. 13 Příprava dítěte před zákrokem

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	28	93,40%	25	100%	53	96%
Ne	1	3,30%	0	0%	1	2%
Nevím	1	3,30%	0	0%	1	2%

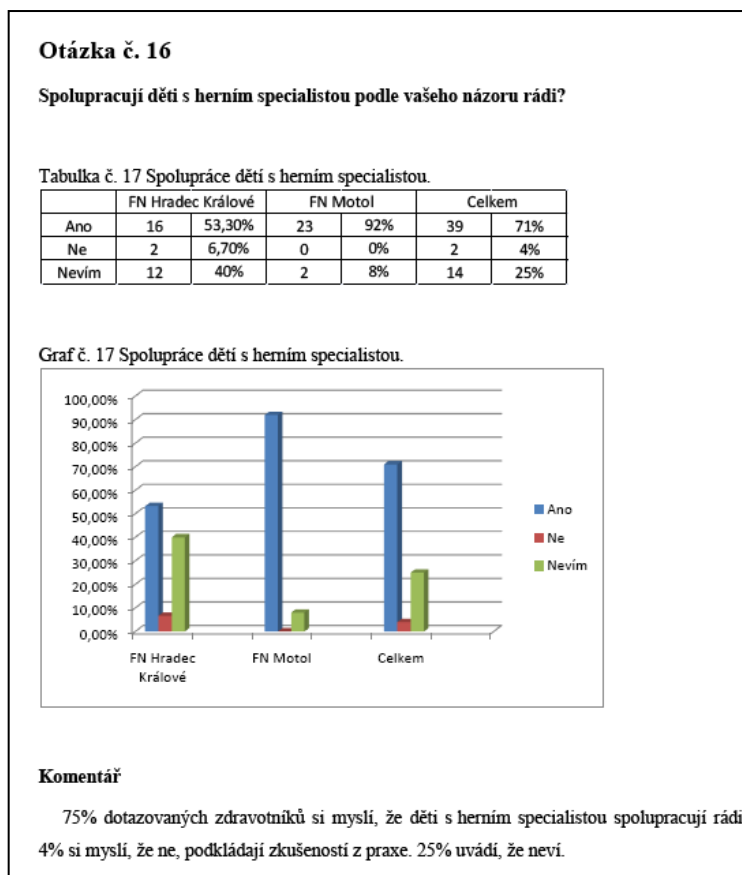
Graf č. 13 Příprava dítěte před zákrokem



Komentář

96% zdravotnických pracovníků si myslí, že by dítě mělo vědět, co ho čeká, event. mít možnost se na zákrok připravit. 2% respondentů uvedli, že neví. 2% dotazovaných, bylo proti tomu, aby dítě vědělo, co ho čeká a možnosti se na to připravit. Řada dotazovaných dodávala, že záleží hlavně na osobnosti samotného dítěte, zda je příprava vhodná či nikoliv.

Obr. 7. Názory na přípravu dítěte.



Obr. 8. Názory na herního specialistu.

U většiny dětí se autorka setkala s názorem, že s herním specialistou spolupracují rádi. Otázku směřovala také na zdravotního klauna, se kterým se děti také setkávají. I na něj byly názory velmi pozitivní, i když se našli i děti, kterým připadal moc dětský a nelíbil se jim.

Kapitoly v teoretické části se opírají pouze o jednoho autora u 3. a 4. kapitoly není uveden ani jeden citační zdroj, kapitoly jsou příliš krátké, v práci mohlo být možná na místo kapitol více podkapitol. Dále jsou v teoretické části chyby v příjmení autora Matějčka, autorka uvádí na více místech Matějček.

<p>1. Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</p>	<p>-i pokud je herní specialista na dětském oddělení přítomen, je velmi důležitá jeho spolupráce s pedagogy z mateřských a základních škol. Neméně důležitá je spolupráce i s rodiči dítěte a nakonec také se zdravotníky. Autorka se domnívá, že to</p>
---	--

	nejlépe dokazuje, že pokud budou všechny složky zdravotnického týmu včetně herního specialisty a pedagogů spolupracovat budou všichni spokojeni a nemocnice už nebude pro děti a jejich rodiče jen strašákem a anonymním zařízením plným bílých plášťů a divných věcí.
2. Jaké byly cíle autora/ky?	-zmapovat názory zdravotnických pracovníků na práci herního specialisty na dětském oddělení a na spolupráci s ním a s dětmi na výkon připravených herním specialistou
3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?	<ul style="list-style-type: none"> - i když si většina respondentů myslí, že dítě v nemocnici zaměstnání potřebuje, a že to není jen sledování TV a hry na PC, našli se i respondenti s názorem, že dítě herní ani jiný program nepotřebuje - velké procento respondentů vidí v herním specialistovi kolegu a velký přínos nejen pro děti a rodiče, ale také pro zdravotníky - nezáleží jen na profesi herního specialisty, ale také na samotném člověku, vhodném postupu a přístupu k dítěti - velký počet respondentů souhlasil s přípravou dítěte i akutně přijatého, ale byly zde také názory, raději dítě nepřipravovat, z obavy většího strachu a nespolečnosti - většina s herním specialistou spolupracují rádi - podle názorů respondentů a dětí není herní specialista profese zbytečná, a má určitě své místo v péči o děti stejně jako jiné profese

4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	-dotazníkové šetření
6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	GRYM, J. Dítě s matkou v nemocnici. 2001 KOHOUTOVÁ, E. a kol.: <i>Kritické stavy u dětí a ošetrovatelská péče</i> . 1998. MAREŠ, J. a kol.: <i>Sociální opora u dětí a dospívajících</i> . 2003 VALENTA, M. a kol.: <i>Herní specialista v somatopedii</i> . 2008.
7. Co poznatky této prací postrádají?	-teoretická část: -krátké kapitoly -jednotlivé kapitoly podloženy pouze jedním autorem - bez citačního zdroje

6.3.10 Psychologická péče o dětského pacienta a vliv herní terapie, Michaela Klenzová, rok 2013, bakalářská práce

Klíčová slova: dítě předškolního věku, psychoterapeutická rovina komunikace, hospitalismus, herní terapie, prevence

Praktická část zaměřena na výzkum zabývající se využitím herní terapie v komplexní péči o pacienta předškolního věku, dotazníkové šetření (2 typy každý 15 položek), vymezuje 5 hypotéz, oblast zkoumání Krajské zdravotnické zařízení v České republice konkrétně ze dvou standardních ošetrovatelských jednotek na oddělení dětském a dětské chirurgii z Libereckého a Pardubického kraje, výčet respondentů 30 zdravotníků a 30 rodičů hospitalizovaných dětí, návratnost 100%.

BP M. Klenzové se zabývá tématem *Psychologická péče o dětského pacienta a vliv herní terapie*. Jaké jsou zvláštnosti u dítěte předškolního věku ve zdravotnickém zařízení v komplexní péči a zda je využívána herní terapie na dětských odděleních. Myslím si, že problematika vývoje dítěte, komunikace lékař – dítě - rodič, prevence hospitalismu a herní terapie je v současné době velmi aktuální vzhledem k rychlému rozvoji dětského lékařství. Všechny tyto skutečnosti, jsem se snažila uvést v rámci práce, kde se seznámíme se sociál-

ním vývojem u dítěte předškolního věku a také s procesem komunikačních zásad a významů neverbální komunikace s dítětem. Cílem bakalářské práce je charakterizovat vývojové zvláštnosti dítěte předškolního věku, možnosti herní terapie v prevenci hospitalismu. Empirická část mapuje informovanost zdravotníků a rodičů hospitalizovaného dítěte o možnostech využití herní terapie ve dvou zdravotnických zařízeních.

V teoretické části Klenczová charakterizuje vývojové zvláštnosti dítěte předškolního věku a zdůrazňuje i nezbytnost primární prevence a podpory zdraví dítěte, jež je podmíněno optimálním prostředím, v němž se dítě vyvíjí. Prostředí je činitel, který ovlivňuje vývoj jedince, ovšem v souvislosti s genetickými vlohami. Podpora normálního růstu a vývoje dítěte zahrnuje účinné uspokojování potřeb dítěte v rodině, v nemocnici apod. (Sikorová, 2012). V další části se věnuje psychoterapeutické rovině vztahu zdravotník – dětský pacient, kde se v první části soustředí na vývojová hlediska komunikace, která patří do základního kontextu (souvislosti) jedince. Tělesný vývoj je podmíněn a ovlivňován geneticky i prostředím. Smyslový vývoj je závislý na sluchovém a zrakovém vnímání. Kognitivní vývoj je ovlivněn změnou v myšlenkových procesech, jazykových schopnostech a sociální vývoj značí pohlavní identitu, sebepojetí. (Ptáček, 2011). Další část této kapitoly je věnována komunikaci s nemocným dítětem a to verbální i neverbální. V následující kapitole větší pozornost věnuje prevenci hospitalismu, kde uvádí význam tohoto pojmu. Dětská lékařská došla k poznatku, že některé děti se neuzdravují tak rychle a tak úspěšně, jak by se v uplynulé době dalo očekávat. Objevovaly se komplikace a obtíže, jež se vysvětlovaly jako důsledek snížené odolnosti organismu vlivem nepříznivého duševního vývoje dítěte. Tuto zvláštní situaci jakousi „nemocniční nemoc“ nazvali hospitalismus. V roce 1963 Zdeněk Matějček a Josef Langmeier prolomili název a dali přednost širšímu pojmu označovanému jako psychická deprivace v dětství. Závěrečná kapitola shrnuje poznatky v oblasti využití herní terapie v komplexní péči o dětského pacienta.

Ve výzkumné části si šetření klade za cíl nalézt odpovědi k těmto výzkumným otázkám:

1. Jaká je představa o herní terapii u zdravotníků a rodičů hospitalizovaného dítěte?
2. Jaké jsou zdroje, z kterých čerpají informace o herní terapii zdravotníci a rodiče hospitalizovaného dítěte?
3. Je herní kostým pokládán za důležitou součást výkonu profese herního specialisty?

4. Bude odbornost v profesi herního specialisty považována za hlavní předpoklad pro herní terapii?

5. Je hlavní pozornost herního specialisty zaměřena na snižování stresu a strachu u dítěte v neznámém prostředí?

BP M. Klenzové zpracovávala zajímavě zaměřené téma pro herní terapii. Teoretická část poměrně vhodně pokryla základní témata a problémy související s oblastí avšak podkapitola 2.4 s názvem etické aspekty péče o nemocné dítě obsahově nekoresponduje s touto kapitolou. Dotazník nebyl konstruován příliš složitě, ale některé otázky nejsou vhodně položeny např. otázka č. 6: Má herní specialista význam na Vašem oddělení? a) vysoký význam b) má význam c) nepatrný význam d) nemá význam. Dále pak otázka č. 7: Má mít rodič možnost být ve spolupráci s herním specialistou v průběhu hospitalizace dítěte? a) ano, má mít možnost b) ne, nemá mít možnost c) nevím, záleží na rozhodnutí rodiče. V obou případech bych volila jinou formulaci.

Pozitivně hodnotím závěrečnou diskuzi a přehledné odpovědi na 5 výzkumných otázek, které autorka podrobně rozebírá. V závěru pak uvádí mnoho poznatků, které by mohly posloužit jako motivace pro rozšíření informací v rámci herní terapie: „ Za zásadní závěr považuji pozitivní vývoj v oblasti podpory celkového rozvoje dítěte.“

<p>1. <i>Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</i></p>	<p>-velký krok za 20 let od počátků herní terapie u nás už jsme udělali. Podařilo se vytvořit pro vzdělání herního specialisty studijní program a založit Společnost pro herní práci, která usiluje o propagaci herní terapie. Jelikož prvky herní terapie, díky nevytvořenému tabulkovému místu pro herního specialistu, do své práce zahrnují nejvíce pedagogičtí pracovníci, jedním z možných řešení, jak zvýšit četnost provádění herní terapie na dětských odděleních, by bylo zařadit osnovy herní práce mezi učební osnovy pedagogů. Poté, co by měl pedagog</p>
--	---

	<p>znalosti herní práce, mohl by tak lépe zastoupit herního specialistu alespoň v některých jeho pracovních povinnostech.</p>
2. Jaké byly cíle autora/ky?	-charakterizovat vývojové zvláštnosti dítěte předškolního věku, možnosti herní terapie v prevenci hospitalismu.
3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?	<p>-z výzkumu vyplývá, že informovanost herní terapie z pohledu zdravotníků a rodičů hospitalizovaného dítěte Libereckého a Pardubického kraje je dostačující a že patří do hlavní náplně dětské činnosti.</p> <p>-přijetí do nemocnice pro kterékoliv dítě představuje náročnou životní situaci, proto zdravotnický tým musí znát základní potřeby hospitalizovaných dětí a účinně je naplňovat.</p> <p>-základem pro kvalitní péči o dítě v nemocnici je spolupráce s rodiči a také mezi příslušníky v pomáhajících profesích.</p>
4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	-dotazníkové šetření
6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	<p>BLATNÝ, M. <i>Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy</i>. 2010.</p> <p>CIENCIALOVÁ, A. <i>Herní terapie. Ošetřovatelství: teorie a praxe moderního ošetřovatelství</i>. 2001,</p> <p>HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. <i>Velký psychologický slovník</i>. 2010.</p> <p>PRŮCHA, J. a kol. <i>Pedagogický slovník</i>. 2009.</p>

7. Co poznatky této práce postrádají?	-teoretická část: -podkapitola 2.4 s názvem etické aspekty péče o nemocné dítě obsahově nekoresponduje s touto kapitolou. -dotazník nebyl konstruován příliš složitě - některé otázky nejsou vhodně položeny
---------------------------------------	--

6.3.11 Teorie a praxe herní aktivizace ve zdravotnických zařízeních, Jana Michalicová, rok 2013, bakalářská práce

Klíčová slova: herní aktivizace, dítě, komunikace, herní terapie, herní specialista

Praktická část zaměřena na analýzu výsledků získaných pomocí průzkumného šetření.

Realizace prvního průzkumného šetření zahrnuje poznatky a výsledky vlastní praxe z aktivizace dětí v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně konzultace s všeobecnými sestrami dětském oddělení a JIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně, Nemocnici Břeclav a Nemocnici TGM Hodonín. Realizace druhého průzkumného šetření pro herní specialisty v občanském sdružení Lékořice, dotazníkové šetření (2x 14 a 13 položek), výčet respondentů 44.

BP J. Michalicové se zabývá tématem herní aktivizace dětí ve zdravotnických zařízeních. V teoretické části se Michalicová zabývá herní aktivizací a vymezením základních pojmů. Dále v teorii blíže specifikuje roli herního specialisty s použitím odborné literatury: Valenta, M., *Herní specialista* a uvádí úkoly herního specialisty a těmi jsou především navázat s dítětem kontakt – vhodně dítě pozdravit, uklidnit, dát najevo připravenost komunikovat s ním přiměřeně jeho náladě. Postupně získávat a posilovat důvěru dítěte a jeho ochotu spolupracovat s ostatními zdravotníky. Vhodnými prostředky pomáhat dítěti porozumět nové situaci, vyrovnat se s léčbou i pobytem v nemocnici. V následující kapitole se autorka obsáhle věnuje tématu dítěte v nemocnici a rozebírá projevy psychické deprivace, mezi něž patří: regrese, negativismus, požívačnost a stereotypní pohyby, dále popisuje první kontakt s dítětem „Navázání kontaktu s hospitalizovaným dítětem je jedním z nejdůležitějších momentů v práci herního specialisty. První setkání může velmi ovlivnit další spolupráci s dítětem a je mnoho faktorů, které působí na utvoření prvního dojmu. Dále poukazuje na specifika hospitalizace nemocného dítěte: Dítě v době onemocnění má řadu obtíží, se kte-

rými se musí vypořádat (bolest, únava), musí podstupovat různé druhy vyšetření z kterých má strach a jsou pro něj nepříjemné, v případě hospitalizace je dítě odloučeno od rodiny a od věcí, které do té doby byly samozřejmé. Některé aktivity jsou pro něj nemožné a musí se zříci i jiných věcí. Autorka uvádí přehled zvládání nemoci typické pro určitý věk od kojeneckého věku po adolescenci podle Handlířové, M., *Možnosti pedagogické péče o hospitalizované dítě a vliv herní terapie*. V předposlední kapitole vymezuje hru dle Šimanovského, Z., *Hry pro zvládání agresivity a neklidu* a zmiňuje se také o hře v nemocnici. V závěrečné kapitole se věnuje významu psychologie pro zdravotníky a opírá se o tvrzení, že: správný psychologický přístup k nemocnému se pokládá za vedlejší, nepodstatný z hlediska zdravotníka, nebo prostě za samozřejmý mezilidský kontakt, jakých máme každý denně mnoho, a proto o nich nemusíme uvažovat a jeho komunikaci s dětmi v nemocnici.

Pro výzkum si vytyčila jsem si tyto cíle:

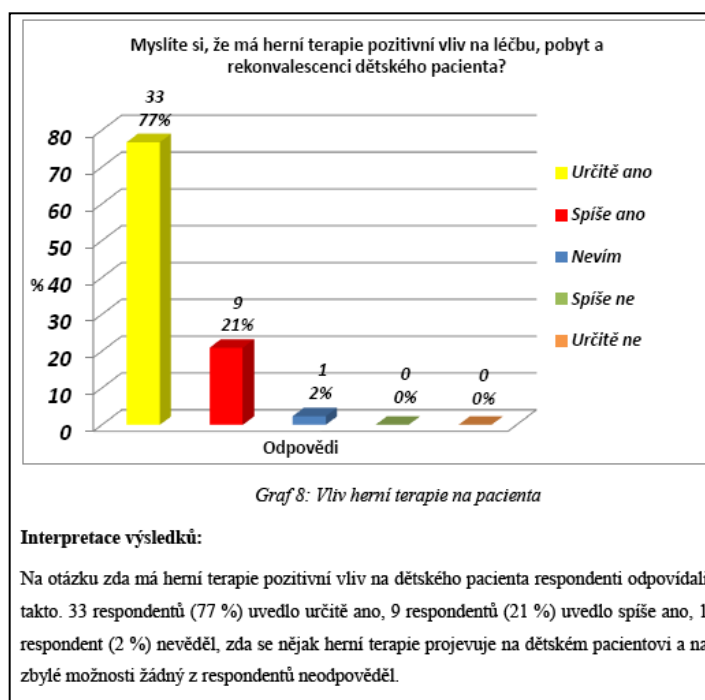
Cíl č. 1: Zjistit, jaký má herní terapie přínos pro hospitalizované děti.

Cíl č. 2: Zjistit, jak často dochází herní specialista na dětské oddělení.

Cíl č. 3: Zjistit, zda všeobecné sestry znají pojem herní terapie a zda umí vysvětlit význam herní terapie.

Cíl č. 4: Zjistit, jaké pomůcky k aktivizaci hospitalizovaných dětí jsou k dispozici na dětském oddělení.

Cíl č. 5: Zjistit, zda je herní specialista brán jako součást multidisciplinárního týmu.



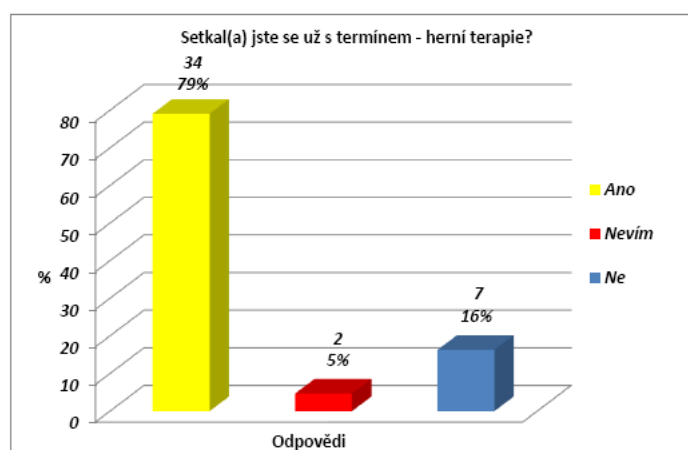
Obr. 9. Cíl č. 1 Přínos herní terapie na hospitalizované děti

Otázka č. 9: Termín herní terapie

9. Setkal(a) jste se už s termínem – herní terapie?

Tabulka 7: Termín herní terapie

Termín herní terapie	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	34	79 %
Nevím	2	5 %
Ne	7	16 %
Celkem	43	100 %



Graf 7: Termín herní terapie

Interpretace výsledků:

V této otázce jsem zjišťovala, zda se respondenti již setkali s termínem herní terapie. 34 respondentů (79 %) uvedlo ano, 7 respondentů (16 %) uvedlo ne a 2 respondenti (5 %) nevěděli, zda se s termínem setkali.

Obr. 10. Cíl č. 2. Frekvence herního specialisty na dětském oddělení.

Odpovědi na Otázku č. 10: Napište, co si představujete pod pojmem herní terapie? (můžete heslovitě) 32 respondentů uvedlo, že pod pojmem herní terapie si představují především hru. Hru dále rozváděli jako motivační hru, léčbu hrou a vysvětlování ošetřovatelských postupů, aktivizace pomocí hry a navíc přidávají návštěvu klaunů. Konkrétní odpovědi respondentů byly: „přiblížit dětem ošetřovatelskou péči pomocí hry“, „používání maňásků a hraček“, „pochopení situace pobytu v nemocnici pomocí hry“, „hraní her, čtení, divadlo, povídání“, „návštěva klaunů“, „informace hrou“, „předcházet hospitalismu dítěte“, „formou hry seznamovat děti s ošetřovatelskými výkony“.

19 respondentů si pod pojmem herní terapie představuje vyplnění volného času a tím zpříjemnění samotného pobytu v nemocnici. Děti nejsou v takovém stresu z nemocničního prostředí a zpestří se jim zavedený nemocniční harmonogram.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „vyplněná doba mezi léčbou“, „ulehčení pobytu dětem“, „vyplnění volného času“, „zpříjemnění pobytu v nemocnici“, „odpoutání pozornosti dětí od nemoci“, „hravý program pro děti“, „zabavit děti a zaměstnat je“, „zábava“, „pomoc, aby děti nemyslely na nemoc“, „rozptýlení“.

Výzkum J. Michalicové byl realizován ve třech nemocnicích. Silnou stránkou výzkumu byla interpretace výsledků výzkumu v závěrečné části práce. Za slabou stránku této práce považují nedostatečně zformulovaný závěr.

<p>1. Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</p>	<p>-přínosem herní terapie je zlepšení nálady dítěte, zbavení strachu z nemocničního prostředí, z personálu, z nástrojů a pomůcek, ze zákroků, z operace atd. Herní terapie nemůže nahradit domácí prostředí a milující rodinu, ale může dětem aspoň pobyt v nemocnici zpestřit a zpříjemnit.</p>
<p>2. Jaké byly cíle autora/ky?</p>	<p>-cíl č. 1: Zjistit, jaký má herní terapie přínos pro hospitalizované děti. -cíl č. 2: Zjistit, jak často dochází herní specialista na dětské oddělení. -cíl č. 3: Zjistit, zda všeobecné sestry znají pojem herní terapie a zda umí vysvětlit význam herní terapie. -cíl č. 4: Zjistit, jaké pomůcky k aktivizaci hospitalizovaných dětí jsou k dispozici na dětském oddělení. -cíl č. 5: Zjistit, zda je herní specialista brán jako součást multidisciplinárního týmu.</p>
<p>3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané</p>	<p>-herní terapie pozitivní vliv na dětského</p>

<i>poznatky z praxe?</i>	<p>pacienta</p> <p>-návštěvy HS na dětských odděleních a JIP není příliš časté</p> <p>-32 respondentů odpovědělo, že děti pochopí pomocí hry pobyt v nemocnici, zahrají se s maňásky, budou si povídat, číst a seznámí se formou hry s ošetrovatelskými výkony. 19 respondentů odpovědělo, že se jedná o ulehčení pobytu v nemocnici, vyplnění volného času a zmírnění stresu</p> <p>-dětská oddělení bohatě zásobena pomůckami k aktivizaci dětí a vyplnění jejich volného času v nemocnici. Děti si mohou vybrat z množství knih, časopisů, omalovánek a doplňovaček. Mají možnost sledovat televizi, pouštět si DVD nebo použít počítač</p> <p>-komunikace mezi HS a zdravotnickými pracovníky není na vysoké úrovni. Většinou je to pouze upozornění za strany zdravotnických pracovníků, na který pokoj mohou HS jít</p>
<i>4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?</i>	-dotazníkové šetření
<i>6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?</i>	<p>GELDARD, Kathryn., GELDARD, David. Dětská psychoterapie a poradenství. 2008</p> <p>LANGMEIER, Josef., BALCAR, Karel., ŠPITZ, Jan. Dětská psychoterapie. 2000</p> <p>ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu. 2002</p> <p>VALENTA, Milan. Herní specialista v somatopedii. 2008.</p>
<i>7. Co poznatky této práce postrádají?</i>	-nedostatečně formulovaný závěr

6.3.12 Herní aktivizace dětí předškolního věku v nemocničním zařízení, Sabina Rakušanová, rok 2014, DP

Klíčová slova: Dítě, nemoc, bolest, hra, herní specialista

Praktická část zaměřena na podrobný popis samotné realizace herní aktivizace, reflexi ze strany rodinných příslušníků a vlastní sebereflexi, popis (7 popisovaných respondentů), oblast zkoumání Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, výčet respondentů 7.

Bakalářská práce Sabiny Rakušanové v teoretické části se snažila uvést do problematiky herní aktivizace, vysvětlit pojmy k ní se vztahující a přiblížit důležitost neverbální komunikace. Opírá se o práce *Dítě a bolest* (Mareš, J., 1997), *Rodiče a děti* (Matějček, Z., 1989) nebo *Dítě v nemocnici* (Plevová, M., 1997). Definuje stěžejní pojmy jako: dětský pacient a vychází z práce Z. Matějčka. Rakušanová na straně 13 píše:

Neexistuje recept, návod nebo pravidla jak přistupovat k dětskému pacientovi, ale individuální přístup, láska k dětem, vědomosti a poznatky o onemocnění, z těchto prvků se dá čerpat a užívat je při práci s dítětem. Jak ve své knize uvádí autor

Zdeněk Matějček: „*Osobnost našich dětských pacientů jsou stejně individuální jako osobnost všech ostatních lidí. Máme-li pak s různými lidmi dosáhnout téhož cíle, tj. v našem případě co nejlepšího duševního stavu, musíme s nimi zacházet individuálně.*“ Působení a vliv na dětského pacienta jak ze strany lékařského či pedagogického personálu zanechává stopy na dětské duši a utváří budoucí postoje ke svému zdraví a ke zdraví lidí v jeho okolí. Na dalších stranách popisuje pojmy: Nemocniční prostředí, mateřská škola při nemocnici, prožitek a zvládání nemoci, dětská kresba. Dále se autorka zaměřila na popis dítěte předškolního věku a v neposlední řadě se zaměřuje na herního specialistu.

Výzkum byl realizován na základě popisu jednotlivých realizací, které jsem snažila co nejdůvěrněji zachytit a přiblížit danou situaci. Realizace proběhla u 7 dětských pacientů. V praktické části jsou popisovány podrobně jednotlivé komponenty programu jako:

1. typ aplikace:

Typ aplikace, s nímž pracuji je vzdělávací program, jehož hlavním cílem je co nejvíce ulehčit a zpříjemnit dětskému pacientovi pobyt v nemocničním zařízení. Neméně významnou součástí mého programu je možnost seznámení každého dětského pacienta s jeho zdravotním stavem pomocí aktivizačních prostředků.

2. Zdůvodnění potřeby

Dětský pacient může využít několika forem pomoci a zjednodušení pobytu v nemocničním zařízení a jedním z nich je právě herní aktivizace, která poskytuje dítěti možnost zapomenout na bolest, díky úsměvu a legraci přináší pozitivní náladu i do nemocničního prostředí. Možnost seznámení dětského pacienta s jeho momentálním zdravotním stavem, zmírnění strachu z nadcházejících lékařských zákroků a s nimi spojená příprava na ně.

3. Cíl programu

Cílem realizovaného programu je možnost každého konkrétního pacienta seznámit s jeho zdravotním stavem pomocí aktivizačních prostředků a co nejvíce ulehčit a zjednodušit po-byt v nemocničním zařízení pomocí aktivizačních prostředků, divadelních představení, loutkových představení, výtvarných činností a pomocí mnoha dalších způsobů.

4. Cílové kompetence

Program umožňuje rozvíjet zejména afektivní kompetence, jelikož pocity a psychický stav jsou neodmyslitelnou součástí zdravotního stavu dětských pacientů. Dále je kladen důraz na psychomotorické kompetence a to především při práci s netradičním materiálem apod.

5. Subjekt programu

Subjektem programu jsou děti ve věku 3-7 let, hospitalizované na dětském oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati.

6. Vzdělávací obsah (časové parametry, průběh programu, pomůcky, materiál, prostředí, místo, asistence, evaluace programu)

Do vzdělávacího obsahu je možno zařadit pracovní listy, nálepky „smile“, které dětem jednoduše umožňují jednoduchou formou sdělovat jejich momentální náladu, stav. Dále sem patří jednoduchá divadelní vystoupení a důležitou roli zde má také dětská pohádková literatura a literatura s lékařským námětem, díky které jsme schopni dětskému pacientovi při-blížit jeho zdravotní stav přijatelnou formou.

S: „Aú, já jsem ale nemotora, to bolí. Asi mám něco s nohou, pomůže mi někdo?“

M: „Pojd, vstávej ty popleto. Copak ty neumíš chodit?“ S: „já umím chodit, ale tady je to přece mokré, podívej!“-jdu a znovu uklouznu na mokré podlaze načež už se K směje a chce vstávat z postele, že mi pomůže. Jelikož už je v rekonvalescenci a z hlediska zdravotního se cítí dobře, maminka mu dovolí vstát. Matylda i K mi pomáhají vstát a pokládají mě na volnou postel.

K: „Co tě bolí?“ S: Bolí mě noha, a taaak moc!“ (propuknu v pláč). M: „Zavoláme pana doktora, on nám pomůže.“

K: „To nemusíme mamí, já to zvládnu sám.“ S: „Tak co uděláme? Moc to bolí! Co kdyby si se podíval do mého kufříku, třeba tam najdeš knížku a zjistíš co s tím můžeme dělat.“ K: „Tak jo.“

K vstal s postele a s pomocí Matyldy se jde podívat do kufříku, jestli tam nenajde něco, co by mi pomohlo a přitom narazí na dětský lékařský kufřík ve kterém jsou obvazy, náplasti, teploměr a další lékařské instrumenty. K si tedy vezme kufřík a sedne si za mnou na postel.

S: „Takže ty jsi teď pan doktor, ano?“ K: „Jo.“ S: „Tak to už se tak moc nebojím, když je tady pan doktor, který mi pomůže.“ K: „Tohle tě bolí?“ – poklepe na nohu. S: „Jen trošku.“

K: „Teď ti musíme změřit teplotu, nic to není, neboj.“ Načež zjistí, že teplotu nemám, tak rozhodne, že mi to jen zaváže a můžu jít domů, ale zítra si musím zajít k panu doktorovi, aby mi to zkontroloval.

Obr. 11. Ukázka z rozhovoru mezi herním specialistou a dítětem.

Autorka práce přiblížila a podrobně popsala průběh herní aktivizace v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na dětském oddělení a to od jeho začátku - přípravy až po samotnou evaluaci.

Slabinami práce se jeví málo propracovaná metodika výzkumu, velmi stručné závěry a chybějící doporučení pro budoucí praxi.

<p>1. <i>Co autor/ka práce o problému „herní terapie“ zjistil/a?</i></p>	<p>-pro dítě je hospitalizace velkou životní změnou plnou strachu, obav a herní specialisté se tyto negativní „průvodce“ pokoušejí zpříjemnit. Podstata a smysl herní aktivizace tkví v tom, ulehčit dětskému pacientovi</p>
--	--

	<p>pobyt v nemocničním zařízení a vnést do tváří dětských pacientů úsměv a radost. To vše pomocí různých metod a prostředků s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu dětského pacienta a jeho věku.</p>
2. Jaké byly cíle autora/ky?	<p>-nejsou přesně specifikovány -popsat a zachytit jednotlivé realizace pro přiblížení dané situace</p>
3. Jaké jsou autorem/kou vyzkoumané poznatky z praxe?	<p>-díky metodě pomocných „smajlíků“ se autorce podařilo jednoduchou formou zjistit její momentální pocit/náladu a od toho se pak odvíjely další činnosti -práce s knihou velmi pozitivně působí na uzavřené, zakřiknuté dětské pacienty, kdy dítě nemusí být tolik aktivní a spíše se nechá vést herním specialistou, který pouze předkládá možnosti a situaci vede spontánně podle reakcí malého pacienta -pozitivní reakce herní terapie rodičů hospitalizovaného dítěte, které spatřují hlavně ve významu uvolnění, dítě na chvíli zapomené kým je, možná i zapomené na to, že je v nemocnici a to je podle něj hlavní přínos.</p>
4. Jakým způsobem autor/ka získával/a informace?	<p>-podrobný popis</p>
6. Byly autorem/kou vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?	<p>14 monografických publikací BIDDULPH, Steve. Proč jsou šťastné děti šťastné. Praha: Portál, 2008. HELUS, Zdeněk. Dítě v osobnostním pojetí: Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče. Praha 8: Portál, 2004. MATĚJČEK, Zdeněk. Psychologie nemoc-</p>

	ných a zdravotně postižených dětí. Komen- ského 236, 252 25 Jinočany: H&H, 2001. ŘÍČAN, Pavel, Dana KREJČÍŘOVÁ. Dě- tská klinická psychologie. Praha: GRADA, 1995.
<i>7. Co poznatky této práce postrádají?</i>	-málo propracovaná metodika výzkumu -velmi stručné závěry -chybějící doporučení pro budoucí praxi -málo literárních zdrojů

DISKUSE

Vo1. Co autoři prací o problému „herní terapie“ zjistili?

Jak vyplynulo z výsledků mého šetření hra se s vývojem dítěte vyvíjí a dosahuje vyspělejší formy, kterou nazýváme **herní terapie**. Ze všech dětských oddělení, která se zúčastnila výzkumu ji provádí přibližně 40%. Prostřednictvím metod herní terapie se děti odreagují, nemusí alespoň na chvíli přemýšlet o své nemoci. Přínosem herní terapie je zlepšení nálady dítěte, zbavení strachu z nemocničního prostředí, z personálu, z nástrojů a pomůcek, ze zákroků, z operace atd. Je tedy více než jasná potřebnost **herního specialisty**, díky kterému děti lépe zvládají stresové situace během hospitalizace. V analyzovaných pracích herního specialistu autoři nazývají jakýmsi „průvodcem dětí“ a zmiňují jeho nezastupitelnou roli a úlohu v péči o hospitalizované dítě a apelují na zařazení herního specialisty do multidisciplinárního týmu.

Také Thompson ve své studii publikované v Irish Times, uvádí, že herní terapie příznivě ovlivňuje léčebný proces, má pozitivní vliv na zdravotní i psychický stav a její účinky zmírňují u nemocného dítěte stres, obavy z neznámého prostředí, cizích lidí a nemoci. Autor ve své studii popisuje, že hra s nemocnými dětmi může urychlit jejich rekonvalescenci a pomoci vyrovnat se se strachem ohledně pobytu v nemocnici. To že má herní terapie pozitivní vliv dokládá také studie od autorky Camastral (2008) s názvem *No small change: The process-oriented play therapy for children separated from their parents*, kde autorka uskutečnila případové studie jednotlivých dětí.

Vo2. Jaké byly cíle autorů?

Zajímala jsem se také o to, na co se ve svých pracích autoři zaměřili. Zejména šlo tedy o podání základních informací a využití a úspěšnost herní terapie a to jednak u dětí (hospitalizovaných, dětí v MŠ a ZŠ), ale také u zdravotnického personálu a rodičů a o využití herní terapie jako prevence proti hospitalismu. V neposlední řadě pak šlo o přiblížení práce herního specialisty a zmapování názorů zdravotnických pracovníků na jeho práci.

Vo3. Jaké jsou autory vyzkoumané poznatky z praxe?

Herní práci v ČR se věnují převážně pedagogičtí pracovníci, kteří do své práce zařazují prvky herní terapie v rámci vzdělávací práce. Z prováděných prvků herní terapie převažuje nejvíce zaměstnávání hospitalizovaných dětí.

Hlaváčková uvádí, že do herní terapie v rámci její komplexnosti patří nejenom zaměstnávání dětí v nemocnici ale také další součásti jako např. organizace programů pro zdravé děti s cílem seznamovat děti s nemocnicí, péče o děti v ambulancích i v domácnostech, cílená příprava na zákroky u dětí hospitalizovaných a péče v průběhu zákroku a po zákroku (Hlaváčková a kol, 2015).

Podle respondentů však není samotná profese **herního specialisty** zbytečná, vidí v ní velký přínos nejen pro děti, rodiče ale také pro zdravotníky. Zatím je stav takový, že herní specialista na dětských odděleních stále chybí.

Také Valenta uvádí, že do role herního specialisty jsou prozatím uvolňováni zaměstnanci nemocnice (dětské sestry, učitelky a vychovatelky škol při nemocnicích, speciální pedagogové). Tito pracovníci nemají možnost kvalifikačního studia nového oboru, a tak v praxi vycházejí ze svého dosavadního vzdělání, ať už pedagogického nebo zdravotnického a v rámci svých možností je dále doplňují o nejrůznější kurzy a semináře (Valenta, 2008).

V herní terapii respondenti spatřují hlavní význam v uvolnění a možnosti projevu emocí u dětí, dva výzkumy se shodují na úspěšnosti využití hry s maňásky.

Také Carltonová (cit podle Nešpor, 2010) doporučuje při práci s nemocnými dětmi používání prstových loutek jako jednu z užitečných pomůcek.

Vo4. Jakým způsobem autoři získávali informace? Vo5. Využívali stejné či podobné metody zkoumání?

Nejvyužívanější metodou při získávání informací byl **strukturovaný dotazník** a to u 7 prací z 12. Dále pak také rozhovor, popis a kazuistika. V malé míře byly využity techniky jako např.: kresba, hra s maňásky, koláž, terénní poznámky, pracovní sešit, přímý experiment a tvorba a vyhodnocení projektu: „Medvídko něco trápí“.

Vo6. Byly autory vybrány adekvátní zdroje a použita relevantní literatura?

Autoři ve svých pracích využívali literaturu tuzemskou ale i zahraniční, čerpali převážně z pedagogických, psychologických a zdravotnických zdrojů. Nejvíce se v pracích vyskytovali autoři jako např.: Matějček, Mareš, Průcha, Langmeier, Helus, Řezníčková, Rogge a Oaklander.

Vo7. Co poznatky prací postrádají?

Nejvíce se v pracích vyskytovaly tyto nedostatky:

- 1. závěry šetření** – nejasné, nebo neuvedeno, zda byl naplněn cíl výzkumného šetření či ne
- 2. metodika** - málo propracovaná, nepřehledná, neuvedená,
- 3. dotazníkové šetření** - formulace otázek v dotazníkovém šetření
- 4. kapitoly v teoretické části** – u některých prací nekorespondovaly názvy, bez citačního zdroje, příliš krátké

ZÁVĚR

Klíčovým pojmem mojí rigorózní práce byl pojem herní terapie. O vyjasnění tohoto pojmu a jeho souvztažnosti k hospitalizovanému dítěti, rodičům dítěte a hernímu terapeutovi jsem se pokusila jak v teoretické části práce, tak ve výzkumné části. Výzkumnou část jsem ale nepostavila na vlastním realizovaném výzkumu, ale na metaanalýze šesti bakalářských a šesti diplomových pracích, které byly obhájeny v období roku 2006 až 2014.

Při zpracování dat jsem si byla vědoma řady obtíží, které takto nastavený výzkum může přinést, a proto jsem se snažila přistupovat k závěrům obsažených v pracích mým kolegů opatrně. Moje závěry obsažené v metaanalýze jsou proto vytvořeny na základě kritické analýzy.

Pojem herní terapie byl v práci rozpracován v teoretické části pomocí literatury převážně z oblasti psychologie, pedagogiky a zdravotnických materiálů. Zde bych zdůraznila především význam hry v životě nemocného dítěte a její terapeutický potenciál. Dále pak vymezení problematiky herní terapie v ČR a v zahraničí. V aktuální situaci herní terapie v českém prostředí řeším otázku ukotvení oboru herního specialisty v našich podmínkách.

Ve výzkumné části byly analyzovány práce na první pohled sice s odlišnými tématy, ale výzkumné hypotézy rozvíjely otázky, které jsou důležité a aktuální pro dnešní diskuzi v otázkách změn v rámci herní terapie v prostředí českých nemocnic.

DP V. Masáčkové přinášela pohled do prostředí MŠ při fakultní nemocnici a pokoušela se podat základní informace o péči o nemocné dítě předškolního věku pomocí herní práce a zmapovat současný stav.

DP K. Červinkové zpracovávala přínosné téma o užití a vhodnosti metod herní terapie u dětí s mentálním postižením v MŠ a ZŠ praktické.

DP J. Urbanové přinesla zajímavá data v oblasti využití herní terapie v českých nemocnicích.

DP H. Medvedové zkoumala oblast vlivu herního specialisty na psychický a zdravotní stav dětí hospitalizovaných na dětském oddělení. Dále se snažila popsat jak je herní terapie úspěšná očima dětí, jejich rodičů a zdravotnického personálu.

DP M. Handlířové rozebírala problematiku hospitalizovaného dítěte a působení pedagogů a herního specialisty na toto dítě. Potvrdila nutnost a potřebu herního specialisty při práci s hospitalizovaným dítětem.

DP K. Hanákové mapovala možnosti a přínosy technik terapie hrou v nemocnici, zda tyto techniky mají pozitivní vliv na pobyt dítěte v nemocnici a porovnat herní práci v nemocnici a terapii hrou na děti mladšího školního věku. Tato práce ve výsledcích potvrdila přínos terapie hrou na prožívání dětí.

BP S. Hofrové se zaměřila na tvorbu a vyhodnocení projektu „Medvídka něco trápí“ pro děti předškolního věku. Hlavním výstupem práce byl důraz na reflexi pedagogů a sebereflexi v závěru praktické části vyhodnocení projektu.

BP M. Krutské s názvem „Herní terapie a podpůrná péče“. Analyzovala téma podpůrné péče, která v prostředí nemocnice má jiný význam než např. v prostředí ekonomickém. Výstupem práce může být zdůraznění důležitosti podpory pacientů k pozitivnímu myšlení, snížení míry stresu a strachu, zlepšení psychického stavu, možnostech smysluplně využít čas v nemocnici, sociální kontakt.

BP T. Pluhařové přispěla k tématu herní terapie problematikou hospitalizovaných dětí a významu herního specialisty v péči o děti během hospitalizace. Klade důraz na potřeby hospitalizovaných dětí a upozorňuje na možnost vzniku nežádoucích důsledků hospitalizace.

BP M. Klenzové se zabývala problémy psychologické péče o dětského pacienta a vlivem herní terapie v komplexní péči o pacienta předškolního věku. Praktická část prezentuje výsledky výzkumného šetření, jež mapuje informovanost herní terapie z pohledu zdravotníků a rodičů hospitalizovaného dítěte.

BP J. Michalicové se zaměřila na práci herních specialistů, zdravotnických pracovníků, jejich komunikací mezi sebou a vlivu herní terapie na dětského pacienta. Hlavním výstupem práce byla analýza výsledků získaných pomocí průzkumného šetření. Zahrnuje poznatky a výsledky vlastní praxe z aktivizace dětí v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.

BP S. Rakušanové s názvem herní aktivizace dětí předškolního věku v nemocničním zařízení. Výstupem této práce byl podrobný popis samotné realizace herní aktivizace, reflexi ze strany rodinných příslušníků a vlastní sebereflexi.

Cílem práce bylo využít poznatky získané z bakalářských a diplomovaných prací k prohloubení teorie v oblasti herní terapie. Téma herní terapie je značně široké, ale snad se mi v práci podařilo alespoň částečně postihnout některé důležité aspekty této problematiky.

SHRNUTÍ

Název mé rigorózní práce je „Metaanalýza výsledků závěrečných prací zabývajících se tématem herní terapie“. Rešerše adekvátního rozsahu závěrečných prací tj. šesti bakalářských prací a šesti diplomových prací. Teoretická část vychází z identifikace a charakteristik VŠ prací zabývajících se tématem herní terapie.

Další kapitola pojednává o osobnosti dítěte a jeho psychomotorickém vývoji, zde je také podrobně nahlíženo na zvládnutí nemoci v závislosti na věkovém období dítěte.

Třetí kapitola se zabývá nemocným dítětem a jeho psychickou stránkou. Nastihuje prožívání nemoci u dítěte vzhledem k jeho individualitě. Tato kapitola zahrnuje také rodiče hospitalizovaných dětí a popisuje facilitační metody vhodné při práci s hospitalizovanými dětmi.

Čtvrtá kapitola vymezuje pojem hry v životě dítěte, zde je nastíněna především hra ve spojitosti s nemocničním prostředím a hospitalizovaným dítětem.

Poslední kapitola je věnována podrobné definici herní terapie, historickému exkurzu, průběhu a problematice herního specialisty.

Za hlavní cíl jsem si zvolila zjistit jaké postupy a metody byly zvoleny při tvorbě závěrečných VŠ prací na téma herní terapie? Práce se zaměřily na dotazy a odpovědi v rámci obsahové analýzy prací. Byla zkoumána metoda, jakou byly práce vytvořeny. Práce vznikla na podkladě šetření pomocí obsahové analýzy textu a následné interpretace prostřednictvím komparačního nástroje. Hlavním výstupem výzkumu bylo zjištění, že téma herní terapie z hlediska rozšíření a aplikace do dalších výzkumů je nezbytné a určitě důvodem k zamyšlení a následné diskusi.

DOPORUČENÍ

Jelikož téma herní terapie není ještě dostatečně propracované v našich podmínkách i tak se objevují závěrečné práce, které se tomuto tématu věnují, i když jich zatím není dostatečné množství, přesto výsledky těchto prací přispívají krůček po krůčku k ucelenému obrazu aktuální situace ohledně herní terapie při práci s hospitalizovanými dětmi.

Byla provedena metaanalýza závěrečných prací zabývajících se tématem herní terapie. Jedná se o první metaanalýzu provedenou a zaměřenou na VŠ práce s tématem herní terapie v ČR.

Výsledný model rešerše představil komparaci odborných vysokoškolských prací a sumář poznatků k danému tématu. U každé analyzované práce byla v závěru vytvořena tabulka, s přehledným sumářem poznatků k dané práci, čímž je čtenáři umožněno lépe se orientovat ve výsledných poznatcích, které byly o dané práci zjištěny.

Výsledků mého výzkumu bude využito především při tvorbě dalších závěrečných prací v ČR, které se budou zabývat tématem herní terapie. Výsledky mohou inspirovat budoucí autory k volbě takového tématu v rámci herní terapie, které ještě nebylo dostatečně prozkoumáno, či se jeví z výsledků a doporučení autorů analyzovaných prací jako potřebné.

Výsledky této metaanalýzy mohou sloužit pro:

- **Studenty** – jako inspirace k volbě tématu své závěrečné práce, které přispěje do oblasti herní terapie novými poznatky, které v současné praxi chybí nebo zatím nejsou dostatečně analyzovány.
- **Herního specialistu** – pro zkvalitnění práce v péči o hospitalizované děti, zpětnou vazbu pro jeho práci od dětí, zdravotníků, rodičů.
- **Zdravotnické pracovníky** – jako inspiraci při práci s hospitalizovaným dítětem, jelikož právě zdravotní sestry a lékaři jsou první, kteří se s dítětem setkávají a také s ním tráví nejvíce času z hlediska stále absentující pozice herního specialisty u nemocných či hospitalizovaných dětí.
- **Zdravotně sociálního pracovníka** – zařazení prvků herní práce do jeho kompetencí z hlediska stálé absence herního specialisty na dětských odděleních.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BERAN, Jiří, 1997. *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum.
- [2] BIDDULPH, Steve, 2006. *Proč jsou šťastné děti šťastné*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-496-0.
- [3] CLARK, Alison a MOSS, Peter, 2011. *Listening to young children: The Mosaic approach*. London: NBC.
- [4] COLOROSOVÁ, Barbara, 2008. *Krizové situace v rodině: Jak pomoci dětem překonat smrt blízkého člověka, nemoc, rozvod a traumata adoptce*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-1027-7.
- [5] COLOROSOVÁ, Barbara, 2017. *Děti za to stojí: Darujte svým dětem sebekázeň*. Praha: DharmaGaia. ISBN 978-80-7436-068-8.
- [6] DAMBORSKÁ, M., V. BOKOROVÁ, J. HÁJKOVÁ a Z. MATĚJČEK, 1978. *Psychologie a základy výchovy*. Praha: Avicenum.
- [7] DAVIDO, Roseline, 2001. *Kresba jako nástroj poznání dítěte. Dětská kresba z pohledu psychologie*. Přeložila LHOTOVÁ Alena a PROUSKOVÁ, Hana. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-415-1.
- [8] DORKOVÁ, Zlatica a Kateřina ŠRAHŮLKOVÁ, 2010. *Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí*. In Cesta k modernímu ošetřovatelství XII. Recenzovaný sborník příspěvků z konference. s. 50-55. Praha : Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-03-4.
- [9] ERIKSON, Erik, 1963. *Childhood and society*. New York: Norton. ISBN 978-03-9331-068-9.
- [10] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a KLIMOVIČ, Michal, 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-427-5.
- [11] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2009. *Příprava dítěte na vyšetření, hospitalizaci a zákrok*. In VACUŠKOVÁ, M. a kol. Vybrané kapitoly z ošetřovatelské péče v pediatrii. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-491-7.
- [12] FERJENČÍK, Ján, 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

- [13] HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 80-7178-303-X.
- [14] HAWORT, M. D., 1964. *Child psychotherapy*. New York: Basic Books.
- [15] HELUS, Zdeněk.(2009). *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál.
- [16] HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- [17] HUBBUCK, Connor, 2009. *Play for sick children: Play specialist in hospitals and beyond*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- [18] KANTOR, Jiří., Matěj, LIPSKÝ a Jana, WEBER, 2009. *Základy muzikoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 295 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4728-469.
- [19] KOLUCHOVÁ, Jarmila et al., 1989. *Přehled patopsychologie dítěte II*. Praha: SPN,. 107 s.
- [20] KONDÁŠ, Ondřej, 1985. *Psychoterapia a reedukácia u dětí a mládeže*. ISBN 978-80-7436-068-8.
- [21] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- [22] LANGEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie*. 3. Vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-195-X.
- [23] LANGMEIER, Josef., Karel, BALCAR a Jan ŠPITZ, 2000. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-381-1.
- [24] LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-247-1284-9.
- [25] LINKA, Arne, 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. Vyd. 1. Rosice u Brna: Gloria, 155 s., [2] s. obr. příl. ISBN 80-901-8344-1.
- [26] MAJZLANOVÁ, Katarína, 2006. *Uplatnenie dramaterapie u detí*. In VALENTA, M. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1358-2.
- [27] MAREŠ, Jiří et al., 1997. *Dítě a bolest*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-267-0.
- [28] MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-92-7.
- [29] MATĚJČEK, Zdeněk, 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.

- [30] MATĚJČEK, Zdeněk a Marie POKORNÁ, 1998. *Radosti a strasti*. 1. Jinočany: HH. ISBN 80-86022-21-8.
- [31] MEDVEDOVÁ, Hana, 2011. *Herní terapie ve zdravotnických zařízeních (SVOČ)*. Zlín: UTB.
- [32] MEDVEDOVÁ, Hana, 2011. *Možnosti působení herní terapie ve zdravotnických zařízeních (diplomová práce)*. Zlín: UTB.
- [33] MEDVEDOVÁ, Hana, 2015. Specifika komunikace herního specialisty s hospitalizovaným dítětem v procesu herní terapie. In: ŠVEC, Vlastimil a Jarmila BRADOVÁ. *Učitel v teorii a praxi*. MU Brno: Muni press. s. 115-130. ISBN 978-80-210-8087-4.
- [34] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- [35] MLČÁK, Zdeněk, 1996. *Vybrané kapitoly z psychologie manželství a rodiny, posluchačům denního a distančního studia*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN: 80-7042-452-4. 150 s.
- [36] MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
- [37] NEŠPOR, Karel, 2010. *Léčivá moc smíchu*. 4. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-054-1.
- [38] NEŠPOR, Karel, 2015. *Duševní pružnost v každodenním životě*. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0778-8.
- [39] NEUENDORF, Kimberly, 2002. *The Content Analysis. Thousand Oaks: Sage Publications*. CA: Sage Publications.
- [40] PAUSEWANGOVÁ, Elfriede, 1994. *150 her k utváření osobnosti*. Praha: Portál.
- [41] PIPEKOVÁ, Jarmila a Marie VÍTKOVÁ, 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-010-7.
- [42] PLEVOVÁ, Marie, 1997. *Dítě v nemocnici*. Brno: MU. ISBN 80-210-1551-9
- [43] PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
- [44] PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada.
- [45] PORTMANOVÁ, Rosemarie, 1996. *Jak zacházet s agresivitou*. Praha: Portál.

- [46] PRŮCHA, Jan et al., 2008. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-416-8.
- [47] REZKOVÁ, Vlasta, 1986. *Nedirektivní psychoterapie hrou: Úvod do problematiky*. Praha: Pedagogicko-psychologická poradna.
- [48] RYBÁŘOVÁ, Petra. In HANDLÍŘOVÁ, Marie. Diplomová práce *Herní terapie ve škole při nemocnici*. Brno: 2004.
- [49] ŘEZNÍČKOVÁ, Alena, 2003. *Herní práce s dětmi v nemocnici*. In VALENTA, a kol. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2003. [Kap.] 9, s. 145-182. ISBN 978-80-244-2137-7.
- [50] ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem*. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-829-5.
- [51] ŘÍČAN, Pavel et al., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.
- [52] SEDLÁŘOVÁ, Petra., et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.
- [53] SCHMIDTCHEN Stefan, 1999. *Klientcentrierte Spieltherapie und Familientherapie*. Weinheim: Beltz. ISBN: 978-34-072-2017-2.
- [54] SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.
- [55] SLAVÍK, Jan a Petr, WAWROSZ, 2004. *Umění zážitku, zážitek umění: teorie a praxe artefiletiky*. 2. díl. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, ISBN 80-7290-130-3.
- [56] ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ, 2012. *Speciální pedagogika v praxi: Komplexní péče o děti se SPUCH*. 1. Havlíčkův Brod: Grada. ISBN 978-80-247-4369-1.
- [57] ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka., et al., 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2141-4.
- [58] ŠPAČKOVÁ, Renata, 1998. *111 námětů pro tvořivou hru dětí*. Praha: Portál.
- [59] ŠVARCOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
- [60] VALENTA, Milan, 2007. *Dramaterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1819-4.
- [61] VALENTA, Milan, 2008. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- [62] VALENTA, Milan., et al., 2009. *Psychopedie*. 4. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.
- [63] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.
- [64] VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
- [65] VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. *Psychologie osobnosti*. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1832-6.
- [66] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela, MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- [67] VESELÁ, Renata et al., 2005. *Rodina a rodinné právo, historie, současnost a perspektivy*. Praha: Eurolex Bohemia, s. r. o. ISBN 80-86432-93-9.

Odborné časopisy

BARNES, C. M., BANDAK, A. G., & BEARDSLEE, C. I. Content analysis of 186 descriptive case studies of hospitalized children. *Maternal-Child nursing journal*, 1990, 19(2), 281-96.

BARTON, P. H. Play as a tool of nursing. *Nursing outlook*, 1962. 10, 162-164.

BOSSERT, E. Stress appraisals of hospitalized school-age children. *Children's health care*, 1994 23(1). 33-49.

CONWAY, P., 2009. Dr. Daniel S. Sweeney counseling children through the world of play. *Play therapy*, 1994.

GROLIGOVÁ, Lenka, 2012. Komunikace s handicapovanými dětmi v nemocniční péči. *Sestra*, 2012. 7-8.

GULÁŠOVÁ, Ivica Etické aspekty komunikace s rodiči dětského pacienta. *Sestra* 3, 2012.

JACKSON, Y., RUMP, B. S., FERGUSON, K., & BROWN, A. Group play therapy for young children exposed to major stressors: Comparison of quantitative and qualitative evaluation methods. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 1999. 9, 3-16.

JANKOVSKÁ, Barbora. Arteterapie jako součást ucelené rehabilitace dětí s tělesným postižením. *Speciální pedagogika*, 2011. **11**(4), 234.

KALOUSOVÁ, ROUSKOVÁ, PACHMANNOVÁ a STÝBLOVÁ. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatric pro praxi*. 2008, **9**(1), 7-11. ISSN 1213-0494.

MAREŠ, Jiří; MAREŠOVÁ J. Rodiče jako posuzovatelé dětské bolesti. *Bolest*. 2000, roč. 3, č. 3, s. 135 – 139. ISSN 1212 – 0634.

MCCLOWRY, Sandee. A review of the literature pertaining to the psychosocial response of school-aged children to hospitalization. *Journal of pediatric nursing*. 1988, **3**(5), 296-311.

MILLS, Barbara a John, ALLAN, J. Play therapy of the maltreated child: Impact upon aggressive and withdrawn patterns of interaction. *International Journal of Play Therapy*. 1992, **1**, 1-20.

RAE, William et al. The psychosocial impact of play on hospitalized children. *Journal of pediatric psychology*. 1989, **14**, 617-627.

RAUDENSKÁ, Jaroslava., RAUDENSKÝ, Miroslav., JAVŮRKOVÁ, Alena. Aplikace hry u závažných životních událostí u dětí a dospělých II. *Právo a rodina*. 2009, č. 9, s. 12-15.

RASMUSSEN, Lucinda. A., a Carolyn, CUNNIGHAM. Focused play therapy and non-directive play therapy: Can they be integrated? *Journal of Child Sexual Abuse*. 1995, **4**, 1-20.

SCHALLER, K. Pedagogická teória komunikácie – teoreticko-vzdelávacie základy. *Pedagogická revue*. 1997, è. 9–10, s. 443–451.

SPITZ, René. *History Module: The Devastating Effects of Isolation on Social Behaviour*. 1940.

STEVENS, M. Adolescents perception of stressful events during hospitalization. *Journal of pediatric nursing*. 1986, **1**(5), 303-13.

TIMMERMAN, Roberta. Preoperative fears of older children. *AORN Journal*. 1983, **38**(5), 827-834.

WEBSTER, Alison. The facilitating role of the play specialist. *Pediatric Nurs*. 2000, 24-27.

Použité právní předpisy

Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod, článek 32, odstavec 4.

Vyhláška č. 55/2011 O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovních

Úmluva o právech dítěte 109/1991 Sb.

Zákon č. 561/2004 Školský zákon

Internetové zdroje

CAMASTRAL, S., 2008. No small Change: Process-oriented play therapy for children of separating parents. *Australian and New Zelans Journal of Family Therapy*. [online]. Dostupné z: <http://www.processwork.org>

Česká arteterapeutická asociace. *Česká arteterapeutická asociace* [online]. Praha: ČAA, 2018, 2018 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/>

DAVIDSON, E. Rita, 1949. Play for hospitalized child. *American Journal of Nursing*, [online]. 49(3), 138-141. Dostupné z <http://journals.lww.com/ajnonline/>

DAVIS, Joseph. E. 1938. Play and mental health. *American Journal of Nursing*, [online]. 38(10), 1181. Dostupné z <http://journals.lww.com/ajnonline/>

Dětská kresba jako prostředek poznávání osobnosti dítěte [online]. Praha: Agentura STROM, 2010 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.ucitelskelisty.cz/2010/02/simona-jurickova-detska-kresba-jako.html>

MITAŠÍKOVÁ, Petra. 2004. *Diagnostika v terapii hrou*. [online]. Dostupné <http://www.openplay.sk/page/231/>

ERXLEBEN, M. C. 1934. As the play. *American Journal of Nursing*, [online]. 34(12), 1144-1146. Dostupné z <http://journals.lww.com/ajnonline/>

FISCHER, Smith. Linda. 1977. An experiment With Play Therapy. *American Journal of Nursing*. [online]. 77(12), 1963-1965. Dostupné z <http://journals.lww.com/ajnonline/>

PETO, M. 1959. Play interview for four-year-old hospitalized children. *American Journal of Nursing*. [online]. 59(7), 950. Dostupné z <http://journals.lww.com/ajnonline/>

Schneider (1971). Play Therapy and the Hospitalized Child. *American Journal of Nursing*, 71(9), 1820-1821. Dostupné z <http://journals.lww.com/ajnonline/>

SAUNDERS, M. M. 1958. More than Child's play. *American Journal of Nursing*. [online]. 58(12), 1679-1680. Dostupné z <http://journals.lww.com/ajnonline/>

THOMPSON, S. 2000. Where sumery is child'splay playing with sick children can speed their recovery, and help them reveal and deal with their anxieties about being in hospital. make – believe is now taken very seriously on the ward: [CITY EDITION]. *Irish Times*. [online].11-11. Dostupné z <http://search.proquest.com/docview/>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

NAHPS	Význam první zkratky
VŠ	Vysoká škola
DP	Diplomová práce
BP	Bakalářská práce
CPP	Centra podpůrné péče.
FTNsP	Fakultní Thomayerova nemocnice skupina Pracovníků
NAHPS	Národní asociace nemocničních herních specialistů.
NACHRI	National Association of Childrens Related Institutions
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
<i>CPTI</i>	The Childre's Play Therapy Instrument
EBSCO	Elton B. Stephens Company
JSTOR	Journal Storage
ERIC	Educational Research Information Clearinghouse
apod.	a podobně
tj.	to je
event.	eventuálně
resp.	respektive

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Analýza klíčových slov.....	59
Obr. 2. Dítě a informace.....	65
Obr. 3. Používané prvky herní terapie.....	70
Obr. 4. Hodnocení kresby.....	76
Obr. 5. Využití herního programu v nemocnici.....	94
Obr. 6. Přínos profese herního terapeuta.....	95
Obr. 7. Názory na přípravu dítěte před lékařským zákrokem.....	96
Obr. 8. Názory na herního specialistu.....	97
Obr. 9. Cíl č. 1. Přínos herní terapie na hospitalizované děti.....	104
Obr. 10. Cíl č. 2. Frekvence herního specialisty na dětském oddělení.....	105
Obr. 11. Ukázka z rozhovoru mezi herním specialistou a dítětem.....	110

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Oblasti komunikace.....	43
Tab. 2. Tabulka četností zastoupení pracovníků provádějících herní terapii.....	69
Tab. 3. Počty zařízení s přiděleným tabulkovým místem pro herního specialistu.....	69
Tab. 4. Tři dětská přání hospitalizovaných dětí.....	75
Tab. 5. Možné návrhy zlepšení.....	77
Tab. 6. Důvody hospitalizace na oddělení chirurgie a neurologie.....	83
Tab. 7. Porovnání výsledků technik na dětském chirurgickém a neurologickém oddělení.....	84
Tab. 8. Stanovisko respondentů k výzkumným tezím.....	91

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 2: Charta práv hospitalizovaného dítěte z roku 2004

Příloha č. 3: Desatero hospitalizovaného dítěte

PŘÍLOHA P1: CHARTA PRÁV PRO DĚTI 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 jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a 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, před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením, 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. 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, 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.
11. Charta hospitalizovaných dětí vznikla v návaznosti na Listinu základních práv a svobod.

Tento dokument vychází z textu Centrální etické komise Ministerstva zdravotnictví České republiky v roce 1993.

PŘÍLOHA P2: CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÉHO DÍTĚTE V NEMOCNICI Z ROKU 2004

Článek č. 1 – Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetření nebo při ambulantním docházení.

Článek č. 2 – Děti v nemocnici mají mít právo být doprovázeny po celou dobu hospitalizace svými rodiči nebo jejich zástupci.

Článek č. 3

3.1 – Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a mělo by se jim dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali.

3.2 – Rodiče by neměli být vystaveni dodatečným výdajům a neměli by trpět ztrátou výdělků.

3.3 – Rodiče by se měli aktivně podílet na péči o dítě v nemocnici. Měli by být informováni o chodu oddělení a podporováni v aktivní účasti na něm.

Článek č. 4

4.1 – Děti a rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání.

4.2 – Měla by být přijata opatření k zmírnění fyzického a emocionálního stresu a bolesti.

Článek č. 5

5.1 – Děti a rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována.

5.2 – Každé dítě musí být chráněno před zbytečnou léčbou a zbytečnými vyšetřeními.

Článek č. 6

6.1 – O děti má být pečováno společně s jinými dětmi, které mají stejné potřeby a jsou na stejné vývojové úrovni. Děti by neměly být přijímány na oddělení dospělých.

6.2 – Neměla by být věková omezení pro návštěvy dětí v nemocnicích.

Článek č. 7 – Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu. Děti mají být v prostředí, které je vybaveno a zařízeno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, uznávaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

Článek č. 8 – Dětem se musí dostávat péče od náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí a jejich rodiny.

Článek č. 9 – Nepřetržitá péče o děti by měla být zajištěna týmem zajišťujícím tuto specializovanou péči.

Článek č. 10 – S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být trvale respektováno jejich soukromí.

PŘÍLOHA P3:DESATERO HOSPITALIZOVANÉHO DÍTĚTE

1. Měj ke mně úctu jako k člověku.
2. Upřímně se zajímej o mé problémy, co mne bolí, trápí, těší.
3. Povídej si se mnou o lidech v nemocnici, o provozu oddělení.
4. Řekni napřed, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš.
5. Nezapomínej, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Věnuj mi teplý lidský vztah.
7. Vyslechni mne, naslouchej.
8. Nauč mne něco nového.
9. Své povinnosti vykonávej s milým úsměvem.
10. Pokus se vidět mou situaci mýma očima.