



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Prevence hospitalismu u dětí předškolního věku

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Eva Urbanová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

České Budějovice 2017



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Prevence hospitalismu u dětí předškolního věku* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. května 2017.....

Poděkování

Mé poděkování patří zejména Mgr. Jaroslavě Fendrychové, Ph.D., za její odborné vedení této diplomové práce za její laskavost, čas a věcné připomínky. Mé velké poděkování patří i všem respondentům za jejich ochotu a vstřícnost, bez nichž by tato práce nemohla být dokončena. V neposlední řadě děkuji mé rodině za trpělivost a podporu, kterou mi po celou dobu studia věnovali.



Prevence hospitalismu u dětí předškolního věku

Abstrakt

Nemoc je pro každého člověka v jeho životě velmi zatěžující a nepříznivá situace, která je v některých případech spjata s nezbytnou hospitalizací. Ačkoliv je v dnešní době snaha hospitalizovat jedince pouze na nezbytně nutnou dobu, přesto existují situace, kdy je tato doba pobytu v nemocnici pro některé nemocné velmi dlouhá. Zvláště pak, jednali se o dětského pacienta, který náhle vzniklému stavu nerozumí a nechápe proč, když mu není dobře, nemůže být tam, kde je bezpečí, tedy doma ve svém prostředí se svými nejbližšími. Snahou všech zdravotníků je poskytovat hospitalizovaným dětem takové prostředí, které by eliminovalo negativní psychické a fyzické projevy právě v souvislosti s jejich nedobrovolným pobytem v nemocnici. V dnešní době se však také na péči o hospitalizované děti podílí mnoho jiných profesí, než jak tomu bylo dříve.

Záměrem výzkumného šetření bylo identifikovat preventivně orientovaná opatření v rámci předcházení projevů hospitalismu u dětí předškolního věku využívaná vybranými dětskými odděleními. Dále jsme zjišťovali, jakým přínosem jsou tato opatření pro lékaře, sestry, hospitalizované děti a jejich rodiče.

Teoretická část diplomové práce je zpracována na podkladě odborných zdrojů. Pro zpracování empirické části byla zvolena kvalitativní metoda s využitím polostrukturovaných rozhovorů s lékaři, sestrami, hospitalizovanými dětmi v předškolním věku a jejich matkami. Rozhovory byly realizovány v období únor a březen 2017 na dvou dětských odděleních nemocnic v Jihočeském a Moravskoslezském kraji. Získaná data byla následně analyzována metodou otevřeného kódování. V souladu se stanovenými cíli byl postup analýzy rozhovorů rozdělen do tří fází. V první fázi byly zpracovány rozhovory se zdravotníky. Ve druhé fázi byly analyzovány údaje získané od matek a třetí fáze spočívala v podrobné analýze rozhovorů s dětmi.

Z výsledků, ke kterým jsme v rámci výzkumného šetření dospěli, je patrné, že velkou snahou zdravotníků eliminovat negativní důsledky hospitalizace předškolních dětí je

naplněním jednotlivých bodů Charty práv dětí v nemocnici. V popředí zájmu stojí především délka hospitalizace, humanizace prostředí, eliminace zbytečných léčebných a ošetrovatelských procedur a v neposlední řadě vytváření podmínek pro společnou hospitalizaci s rodiči, kteří se tak stávají aktivnějšími účastníky celého léčebného procesu. Rodiče mohou provádět základní ošetrovatelskou péči, mají dostatek informací, avšak nejdůležitější je pro ně vědomí, že mohou být po celou dobu hospitalizace s dítětem, kterému se dostane náležité pomoci. Zároveň pomáhají zdravotníkům, především sestřám, získat čas, který mohou věnovat nejen své odborné činnosti, ale také dětem, které jsou hospitalizovány samy bez rodičů.

Sestry a lékaři mohou nosit barevné uniformy, což má jistě také nemalý vliv na zmírnění úzkosti a vhodnou adaptaci dítěte. K vyšetření využívají Kiwanis panenky, jejichž prostřednictvím mohou s dítětem navázat spolupráci či demonstrovat léčebné nebo ošetrovatelské výkony. Kiwanis panenky mohou být také předškolním dětem společníkem a kamarádem, který je provází po celou dobu hospitalizace, ale také prostředkem pro vyjádření svých pocitů nebo prvkem pro tvořivou činnost a hru.

Z analýzy výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že na péči o hospitalizované děti na dětském oddělení se také velkou měrou podílejí učitelky, dobrovolníci a různé organizace, které sebou přinášejí i spoustu nápadů, možností a projektů. Tato efektivně a dobře koordinovaná spolupráce může mít velký význam nejen v péči o hospitalizované děti, ale také může přispívat ke kvalitě ošetrovatelské péče v pediatrii. Svou účastí na oddělení vytváří prostor pro samotné zdravotníky, kteří tak získají čas pro svou odbornou práci, podílejí se na humanizaci oddělení a zároveň vytváří pro děti a jejich rodiče programy, které jim dobu strávenou v nemocnici značně zpříjemní a dovolí tak alespoň na chvíli zapomenout, kde skutečně jsou.

Klíčová slova

adaptace; hospitalismus; hospitalizace; hra; organizace; prevence; předškolní věk



Hospitalism prevention in pre-school children

Abstract

Disease is a very burdensome and unfavorable situation for every person in his life, which, in some cases is connected with necessary hospitalization. Although there is an attempt at hospitalizing individuals only for necessary time, there are still situations where this period of hospital stay is very long for some patients. Particularly child patients who does not fully understand why he can not be at home in his environment with his closest ones. The aim of all healthcare professionals is to provide hospitalized children with an environment that would eliminate negative psychological and physical manifestations in connection with their involuntary stay in the hospital. Nowadays, however, many other professions are involved in the care of hospitalized children than they did before.

The aim of the research was to identify pre-emptive measures of preventing hospitalism manifestation of pre-school children used by selected childrens departments. We also found out how these measures are for doctors, nurses, hospitalized children and their parents.

Theoretical part of diploma thesis is prepared on the base of professional sources. A qualitative method was chosen for the empirical part, using semi-structured interviews with doctors, nurses, pre-school aged hospitalized children and their mothers. The interviews were conducted in February and March 2017 at two childrens departments of hospitals in the South Bohemian and Moravian-Silesian regions. The obtained data were then analyzed by the open encoding method. The analysis procedure was divided into three individual phases. In the first phase interviews with medical staff were prepared. In the second phase, data from mothers were analyzed. The third phase consist of a detailed analysis of interviews with children.

From the results of the research survey, it is obvious, that elimination of the negative cosequences of the pre-school children hospitalization is done mainly by fulfillment of the Charter of Children's Rights in the Hospital. The main focus is on the lenght of hospitalization, the elimination of unnecessary healing and nursing procedures and, last but not least, the creation of conditions for joint hospitalization with the parents, who then

become more active participants in the entire healing process. Parents are provided with enough information, they can do basic nursing care, and, most importantly, as they are all the time with the children, they may be sure that children gets the best care. At the same time, healthcare professionals, especially nurses, gets time that they need not only for their professional activities, but also for children who are hospitalized without their parents.

Nurses and doctors can wear colorful uniforms, which certainly have a major effect on appropriate child adaptation and can relieve their anxiety. Kiwanis dolls are being used for examination. They may also serve as a mean of healing and nursing procedures demonstration. Kiwanis dolls, accompanying pre-school child during his hospitalization, also serve for demonstration of feelings or as a mean of creative activity or a game.

The analysis of the research results shows that teachers, volunteers, and various organizations have also been involved in the care of hospitalized children in the children departments, which brings many ideas, possibilities and projects. This effective and well coordinated cooperation can be of great importance in the care of hospitalized children, moreover it can also make a major contribution to the quality of nursing care in pediatrics. By taking part in department, they create space for the healthcare professionals, who will gain time for their professional work. They also participate in the humanization of department. At the same time, they create programs for children and parents that will make their time spent in the hospital more pleasant and allow them to forget of their stay in the hospital.

Keywords

adaptation; hospitalism; hospitalization; organization; play; prevention; pre-school age

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Hospitalismus.....	12
1.1.1 Separace	13
1.1.2 Frustrace.....	15
1.1.3 Psychická deprivace.....	16
1.2 Charakteristika dítěte předškolního věku	18
1.2.1 Motorický vývoj	18
1.2.2 Kognitivní vývoj	20
1.2.3 Sociální vývoj	22
1.3 Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu.....	23
1.3.1 Biologické potřeby.....	23
1.3.2 Psychické potřeby	24
1.3.3 Sociální potřeby	25
1.4 Prevence negativních důsledků hospitalizace dítěte	25
1.4.1 Hospitalizované dítěte.....	26
1.4.2 Adaptace dítěte v nemocničním prostředí	28
1.4.3 Úloha zdravotníků v procesu adaptace dítěte při hospitalizaci.....	29
1.4.4 Proces při přípravě na zákrok či vyšetření dítěte	31
1.4.5 Význam hry při hospitalizaci dítěte	33
2 Cíle a výzkumné otázky	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Výzkumné otázky	36
3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce	37
4 Metodika	38
4.1 Použitá metoda.....	38
4.2 Výběr výzkumného souboru.....	40
4.3 Charakteristika výzkumného souboru	40
5 Výsledky.....	42
5.1 Výsledky rozhovorů s lékaři a sestrami	44
5.2 Výsledky rozhovorů s matkami hospitalizovaných dětí	62
5.3 Výsledky rozhovorů s dětmi	68
6 Diskuse	71

7	Závěr.....	83
8	Seznam literatury.....	85
9	Přílohy	92
10	Seznam zkratek.....	106

Úvod

Volba pro zpracování této diplomové práce na téma „Prevence hospitalismu u dětí předškolního věku“ velmi úzce souvisí s absolvováním odborné praxe na dětském oddělení v rámci mého navazujícího studia a zároveň také zkušenost s hospitalizací mého syna před mnoha lety, kdy rozvíjení dětských oddělení do dnešní podoby bylo ještě na samém počátku. Současný obraz našeho zdravotnictví poskytuje mnoho dříve netušených možností, zvláště pak v péči o hospitalizované děti. V posledních desetiletích ušlo zdravotnictví velký kus cesty, která sebou přinesla i mnoho změn. Děti mohou po celou dobu hospitalizace doprovázet jejich blízcí, mohou zde být návštěvy v téměř neomezeném čase, děti si sebou mohou přinést svoje hračky nebo své pyžámko. Pokoje jsou krásně barevné a snad už na každém dětském oddělení je herna plná barevných a rozmanitých hraček, které jsou vždy a komukoliv k dispozici.

V péči o děti se také čím dál častěji angažují i samotní dobrovolníci či dobrovolnické organizace. Všichni si jsou vědomi náročnosti a složitosti situace, ve které se nejen dítě, ale také jeho rodič v době nemoci dítěte ocitá. Poskytují mnoho nápadů a možností, jak zvelebit prostředí nemocnic, aby se zde děti i rodiče cítili dobře. Snaží se poskytnout jim zábavu a v neposlední řadě rozptýlit jejich obavy a strach, a tak překlenout toto tíživé období hospitalizace, jež bezesporu pro všechny představuje. Zajímalo mě, jak fungují všechna tato opatření, která jsou aplikována na dětských odděleních a jaký mají přínos nejen pro příjemce lékařské či ošetrovatelské péče, ale také pro její poskytovatele.

1 Současný stav

Dětství bývá v našich představách spojeno s vitalitou, radostí, nekonečnou energií a zdravím. Nemoc proto považujeme za něco, co by do života dětí nikdy zasahovat nemělo. Navzdory takovým přáním se přesto některé děti musejí ve svém životě s nemocí potýkat. Hovoříme-li pak o nemocném dítěti, soustředíme se častěji spíše na slovo „nemocné“ než na samotné „dítě“ (Šamánková et al., 2011). Je-li nemocné dítě nutné hospitalizovat, stává se tato situace velice náročnou jak pro dítě samotné, tak pro celou jeho rodinu. V současné době je stále více uplatňována zásada společné hospitalizace dítěte s matkou, což výrazně pozitivně ovlivňuje psychický stav dítěte (Zacharová et al., 2007). Existují však situace, kdy je dítě z různých důvodů hospitalizováno samo, nebo snáší hospitalizaci velmi špatně. Také může odmítat spolupracovat, je nespokojené, negativistické, zoufalé a vyděšené ze všeho, co se s ním děje (Sedlářová et al., 2008). Personál dětských oddělení musí mít proto dostatečnou odbornou způsobilost ke zvládnutí i takto náročných situací, které sebou hospitalizace dítěte přináší. Zvláštní pozornost je třeba věnovat mimo jiné i prevenci vzniku dětského hospitalismu, který je charakterizován jako soubor negativních faktorů projevujících se u jedince v souvislosti s pobytem v nemocničním zařízení, a který je také jedním z ukazatelů kvality ošetrovatelské péče. Prevence v této oblasti tvoří jeden z velmi důležitých a významných úkolů současné medicíny. Spočívá nejen ve správné a důkladné realizaci léčebně ochranného systému, ale také v potřebě humanizace nemocničního prostředí. Tedy přiblížit zdravotnická zařízení obvyklým životním podmínkám a zabezpečit dostatek podnětů a aktivit jak pro dospělé, tak především pro dětské pacienty (Zacharová et al., 2007). Dle Doláka (2015) je prevence nedílnou součástí ošetrovatelské péče, která si také klade za cíl vyhledávat a identifikovat faktory, které mohou negativně ovlivnit kvalitu života v oblasti sociální i psychické. Na základě tohoto vyhledávání je možné identifikovat aktuální potřeby a zvolit tak odpovídající intervence k jejich naplnění. Dle Vyhlídala (2014) se v současnosti podílí na péči o hospitalizované děti také mnoho jiných profesí, než jak tomu bylo dříve. Děti dnes v nemocnicích navštěvují speciální pedagogové, herní terapeuti nebo zdravotní klauni, jejichž úkolem je podporovat dobrý psychický a fyzický stav dětí a pomoci jim překonat dobu strávenou v nemocnici.

1.1 Hospitalismus

Jak uvádí Helus (2007), jednou z prvních osobností zabývajících se tímto jevem byl René A. Spitz, který již v roce 1940 sepsal své klíčové dílo nesoucí název Hospitalismus. Popisuje zde zvláštnosti vývoje kojenců umístěných do ústavní péče. Ačkoliv byly jejich základní potřeby plně saturovány, všiml si negativ, která plynula z absence interakce dítěte s matkou. Zjistil u dětí celou řadu závažných poruch, které se projevovaly apatičností, ochablou reakcí na okolí a depresivním rozpoložením. Při hospitalizaci delší než půl roku, docházelo u dětí k závažným motorickým retardacím, zaostáváním ve vývoji a mnoho dětí se nedoživalo více jak dvou let.

Nakonečný (1995, s. 281) označuje hospitalismus jako fenomén *zapříčiněný tzv. citovou deprivací dítěte, vyvolaný nedostatečnými nebo zcela chybějícími projevy mateřské lásky vůči dítěti, která může vést k trvalému psychickému poškození osobnosti.*

Hospitalismem je dle Zacharové et al. (2007) označován soubor negativních faktorů zapříčiněných dlouhodobým pobytem nemocného ve zdravotnickém zařízení, které se projevují jeho negativními reakcemi. Doplňují také, že hospitalismus může vzniknout u kteréhokoliv nemocného v kterémkoli věku. Nejvíce však postihuje seniory a malé děti.

Ekert a Ekert (2013) definují pojem hospitalismus jako soubor negativních důsledků a škod, které se negativně odrážejí v úspěšnosti léčby a péče ve zdravotnických zařízeních. Rozdělují hospitalismus do dvou základních skupin. První skupinu označují pojmem fyzický hospitalismus, pro jehož vznik je charakteristická pohybová nečinnost jedince. Do této skupiny řadí mimo jiné především vznik kontraktur, svalovou atrofií či vznik dekubitů. Druhou kategorii označují jako psychický hospitalismus. Vzniká následkem nedostatečné pozornosti, nedostatečnou možností individuální účasti a nedostatkem sociálních podnětů. Tento typ hospitalismu je charakteristický zejména u dětí, které následkem těchto nedostatků mohou utrpět závažné psychické, resp. psychosomatické poruchy.

Wirthová (2011) popisuje projevy hospitalismu u dětí zejména v oblasti změny chování. Za nejčastější změnu v dětském chování považuje tzv. regresi, která se projevuje návratem na nižší vývojovou úroveň. Dítě opouští již naučené návyky např. opětovné používání plen. Dále pak projevy stereotypního chování, které se projevuje opakováním jistých pohybů, např. cumlání prstů či stereotypní kývání tělem v lůžku. Wirthová (2011) dále uvádí negativismus, slovní či fyzickou agresivitu, požívačnost, uzavřenost a apatické

chování, které se u dítěte projevuje odmítáním komunikovat, spolupracovat a navazovat sociální kontakt.

Dle Plevové a Slowik (2010) se v současné době dává přednost před označením hospitalismus spíše širšímu pojetí, které je charakterizováno pojmem psychická deprivace. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že toto označení vzniklo na základě sjednocení pojmů Doporučení Rady Evropy z roku 1992, kde je psychická deprivace zařazena pod pojmem citové zanedbávání, a které je formulováno jako neuspokojování emočních potřeb dítěte.

1.1.1 Separace

Langmeier a Matějček (2011) definují separaci jako situaci, při které dochází k přerušení specifického vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím, především k přerušení citového pouta s matkou. Je však třeba brát v úvahu také vývojový stupeň dítěte. Zdůrazňují, že citová závislost dítěte k matce se vyvíjí v období kojeneckého věku, a proto považují za nejnebezpečnější separaci pro jeho další psychický vývoj v době, kdy je tato citová závislost již plně vyvinuta a dochází tedy k přerušení pouta již vytvořeného. Dle Langmeiera a Matějčka (2011) přerušením kontaktu není separací ovlivněno jenom samotné dítě, ale jde především o přerušení kontaktu vzájemného, jelikož i matka v takovou chvíli prožívá neuspokojení svých potřeb být s dítětem být mu na blízku, pečovat o něj a chránit ho.

K tomuto Plevová a Slowik (2010) dodávají, že i u rodičů či jiných vychovatelů se může projevit jistá separační úzkost, která významně ovlivňuje jejich chování nejen ve vztahu k nemocnému dítěti či k personálu nemocnice nebo ostatním členům rodiny, ale i k ostatním lidem z okolí. Jak dále uvádějí, dítě si nevytváří zvláštní vztah jen ke své matce, ale i k širšímu sociálnímu okolí jež představují také ostatní členové rodiny a ti, kteří se jím zabývají. Dále si vytváří osobitý vztah také k prostředí domova, ve kterém žije k jeho atmosféře, k věcem a hračkám, které se zde nacházejí. Plevová a Slowik (2010) také zdůrazňují, že každé takové náhlé vytržení z tohoto prostředí a umístění v nemocnici znamená pro dítě narušení celé této složité soustavy vztahů a zvyků a představuje pro celý jeho organismus značnou zátěž.

Separace může být dle Langmeiera a Matějčka (2011) náhlá i postupná, částečná či úplná, krátká nebo dlouhodobá a může mít více či méně traumatizující účinek.

Separace sama o sobě není dle Plevové a Slowik (2010) nebezpečná, není-li však předčasná. Za rizikové období považují především období batolecí a předškolní, pro které je silná citová závislost na matce charakteristická a dítě v tomto období může značně strádat. Zároveň dodávají, že trvá-li takové strádání příliš dlouhou dobu, může být podkladem pro vznik deprivace.

Langmeier a Krejčířová (2006) jsou také názoru, že trvá-li odloučení dítěte od rodiny delší dobu a bez zajištění potřebné náhrady, hrozí nebezpečí celkového opožďování psychomotorického vývoje a také narušení základů osobnosti. Mnohdy bývá zhoršen i fyzický stav dítěte, tedy jeho tělesné prospívání, a i přes velkou snahu zdravotníků nedochází k uzdravování dle jejich představ. U některých dětí může dojít k navracení na nižší vývojovou úroveň, kdy dochází ke ztrátě již nabytých dovedností například v oblasti stravování či udržování tělesné čistoty apod.

Langmeier a Krejčířová (2006) ve svém díle uvádějí dle Robertsona a Bowlbyho tři typické fáze separační reakce, které na základě svých dlouholetých výzkumů v této oblasti Robertson a Bowlby identifikovali. První fází separační reakce dítěte je fáze protestu, která je typická voláním a křikem dítěte, které na základě svých předešlých zkušeností doufá, že bude-li vytrvale volat a křičet, jeho matka přijde. Druhou fází je fáze zoufalství, v níž dítě postupně ztrácí naději v příchod matky, křičí méně a odvrací se v hluboké stíněnosti od okolí, odmítá s ním navázat kontakt a odmítá nabízené hračky. Mnohdy jen pasivně polehává v lůžku s hlavou zabořenou v podušce. Třetí fáze odpoutání od matky je charakteristická potlačením citů dítěte k jeho matce a schopností připoutat se k jiné osobě, která mu může mateřskou lásku nahradit. Jeho vztah k lidem však ochabuje a svou pozornost obrací spíše k věcem.

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) mohou jednotlivé fáze trvat u jednotlivých dětí různě dlouhou dobu, pohybující se v hodinách, dnech či týdnech. Třetí fáze separační reakce bývá mnohdy chápána jako příznivá adaptace. Jde však o mylný výklad. Je třeba toto chování chápat spíše jako obrannou reakci dítěte.

Plevová a Slowik (2010) dodávají, že takové chování dítěte bylo dříve také považováno za rozmazlenost či hysterii. Se současnými znalostmi vývojových stádií jedince je důležité důsledkům separačních reakcí předcházet například hospitalizací s matkou nebo jiným blízkým příbuzným či hospitalizovat dítě jen v nejnnutnějších situacích.

Langmeier a Matějček (2011) považují separaci, kterou charakterizují jako přerušení již vzniklé vazby mezi dítětem a jeho sociálním prostředím, za jeden z významných činitelů podílejících se na vzniku psychické deprivace.

1.1.2 Frustrace

Frustrace je pojem odvozený od latinského slova frustrá – marně. O frustraci neboli o zmarnění se nejčastěji hovoří v souvislosti s chováním, které se projevuje jako odezva na danou frustrující situaci, jako o psychickém stavu či situaci. Míra frustrace je ovlivněna subjektivní důležitostí a naléhavostí aktuální potřeby. Není-li z nějakého důvodu možno uspokojit danou aktuální potřebu jedince či dosažení určitého cíle, dochází k frustraci jako psychickému stavu. Důležitou podmínkou vzniku frustrující situace je motivace konkrétního jedince a jeho chování směřující k dosažení určitého cíle (Paulík, 2010).

Motivace je dle Vágnerové (2007) vůle člověka jednat. Motivace představuje soubor podmínek, které v jedinci vzbuzují a udržují aktivitu určitým směrem a k určitému cíli. Motivace úzce souvisí s emocemi, resp. emočním prožitkem, které doprovázejí navození potřeb, jednání i dosažení cíle a lze je tedy považovat za usměrňující složku motivace. Za základní motivující činitele považuje Vágnerová (2007) osobnost člověka jeho potřeby a okolní prostředí.

Dle Vágnerové (2012) se u dítěte v předškolním věku rozvíjí emoční inteligence, jež mu dává schopnost chápat a vcítit se do svých pocitů i pocitů jiných lidí. Dokáže již své emoční projevy částečně ovládat a oddálit jejich uspokojení, je-li to nutné. V tomto vývojovém období je již zřejmé, které děti se budou v oblasti porozumění, ovládnání či udržení pozitivních emocí dobře orientovat nebo se bude pro ně tato oblast jevit jako problematická.

Langmeier a Matějček (2011) charakterizují frustraci jako nemožnost či blokování ukojit aktivované potřeby pro nějakou překážku nebo obstrukci zaměřenou již na určitý cíl. Pro příklad, kdy dochází k frustraci, uvádějí situaci, kdy je dítěti odňata jeho oblíbená hračka. Je mu ale dána možnost hrát si s něčím jiným, méně atraktivním, ačkoliv je jeho pohled a zájem směřován k jiné věci, která se mu líbí a láká ho mnohem více. Dále Langmeier a Matějček (2011) uvádějí, že frustrace zahrnuje i situace deprivace, jestliže je nemožné uspokojit potřebu po značně dlouhou dobu nebo vůbec. Vysvětlení této úzké vazby podávají v rozšíření výše zmíněného příkladu o situaci, kdy by dítěti po odejmutí

jeho hračky nebyla poskytnuta žádná příležitost po dosti dlouhou dobu hrát si a je mu tedy znemožněno uspokojit základní potřebu činnosti a hry. Dle zmíněných autorů je tedy pravděpodobné, že příliš dlouhodobá frustrace přechází v deprivaci, do které je úvodem velmi často situace frustrační.

Paulík (2010) rozděluje reakci na frustraci obecně do dvou rovin, na aktivní a pasivní reakci. V aktivní reakci sledává nejčastěji projevy agrese, které mohou být směřovány nejen na vlastní osobu, ale také na druhé lidi, případně na vnější okolí. Může však také docházet k opačné reakci, kdy je snahou jedince zvýšit úsilí k překonání překážky a dosažení tak náhradního uspokojení, tzv. kompenzace. V rovině pasivní reakce uvádí Paulík (2010) sklony jedince k pasivitě, odevzdanosti, sklíčenosti a dočasné nečinnosti.

Sikorová (2011) tento výklad doplňuje o konkrétní oblasti, ve kterých dochází k výrazným změnám u dítěte na podkladě frustrace. Zejména změny v oblasti biologické (únava, vyčerpanost, pasivita), v oblasti nálad (apatičnost, lítostivost, plačtivost, agresivita, popudlivost), v oblasti sebepojetí a sebedůvěry (sebeřečňování, podceňování, žárlivost, nezodpovědnost), v oblasti komunikace a spolupráce (nespolupráce, nekomunikuje, odmlouvá) a v oblasti poznávacích funkcí (nesoustředěnost, neochota a nezájem učit se novému).

1.1.3 Psychická deprivace

Význam slova deprivace pochází z latinského výrazu privo – zbavit. Svou českou podobu přejalo z anglického slova deprivation, jež v překladu znamená odepření. Lze ho tedy chápat jako nedostatek něčeho (Béřeš, 2013).

Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu (Langmeier, Matějček, 2011, s. 26).

Plevová a Slowik (2010) považují pobyt dítěte v nemocničním zařízení za jednu ze situací, při které může dojít k takovému psychickému stavu, zvláště jde-li o pobyt dlouhodobý a jedná-li se o dítě v útlém věku. Riziko vzniku deprivace pramení z několika zdrojů, které úzce souvisejí také s psychickým vývojem dítěte. Pro zdravý duševní vývoj dětí je důležité nabídnout mu dostatek přívodů a podnětů ze svého okolí v souladu se zralostí či vyspělostí jeho nervového systému.

Langmeier a Matějček (2011) charakterizují tyto podněty jako základní psychické potřeby, které tvoří dostatečné množství a proměnlivost podnětů, potřebu stálosti a řádu

vnitřního prostředí, potřebu prvotních sociálních a citových vztahů, potřebu společenského uplatnění a společenské hodnoty a potřebu otevřené budoucnosti sdílené s pečujícími osobami. Absenci uspokojení zmíněných potřeb označují jako psychické strádání, které má negativní vliv na kognitivní i fyzický vývoj dítěte.

Zacharová et al. (2007) konkretizují psychickou deprivaci v souladu s neuspokojením potřeb v různých oblastech na deprivaci senzorickou, emoční, intelektovou a sociální.

Plevová a Slowik (2010) se také domnívají, že pokud se dítěti v útlém věku těchto podnětů nedostává, hrozí nebezpečí nízkého naladění CNS, který se necvičí, nepracuje naplno a nerozvíjí se. Předpokládají, že ani v budoucnu se tento stav nezmění, ačkoliv bude okolní prostředí podnětově bohatší, dítě nebude schopno se s těmito nároky vyrovnávat a bude tak vývojově zaostávat.

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) se negativní následky psychické deprivace projevují jak v oblasti kognitivního, pohybového, tak i v oblasti osobnostního vývoje. Čím déle trvá deprivací působení, tím jsou jeho následky závažnější.

Jedněmi z ukazatelů dlouhodobého psychického strádání u předškolních dětí je dle Langmeiera a Matějčka (2011) povrchnost citových vztahů, přetrvávající poruchy řeči, častá nezralost dítěte pro zahájení školní docházky a ochablost zvědavosti a zájmu o hračky. Autoři však ve své publikaci upozorňují na jistou obezřetnost v uniformním označení psychické deprivace jako jednotné diagnostické kategorie zahrnující všechny negativní důsledky spojené se strádáním dítěte. Dle tvrzení Langmeiera a Matějčka (2011) je třeba odlišovat samotnou deprivaci od deprivacích činitelů, které k takovému stavu vedou.

Ondriová a Sinaiová (2010) mezi deprivacími činiteli hospitalizace dítěte řadí zejména zvýšené nároky na samotnou chorobu, časté výkony spojené s bolestí, změnu režimu spánku a bdělosti, změny ve stravovacích návycích, odlišné stereotypy od domácích zvyklostí, stereotypní nemocniční prostředí a v neposlední řadě ztrátu citových vazeb na rodiče a blízké. Vzhledem k rozmanitosti negativních psychických a tělesných projevů přirovnávají efekt hospitalizace pro dítě do pěti let k efektu institucionalizace, v jejichž počátcích byl dle Langmeiera a Matějčka (2011) výskyt dětské deprivace velmi častý.

1.2 Charakteristika dítěte předškolního věku

Vágnerová (2012) charakterizuje předškolní věk jako období mezi třetím a šestým až sedmým rokem věku dítěte. Dodává, že konec této fáze není určen pouze fyzickým věkem, ale především sociálně, tedy nástupem do školy. Ačkoliv započetí školní docházky s fyzickým věkem úzce souvisí, může oscilovat v rozpětí jednoho, případně i více let. Dále definuje Vágnerová (2012) zmíněné období stabilizací vlastním postavením ve světě a diferenciací přístupu ke světu.

Vymětal (2003) líčí děti v tomto vývojovém období jako neobyčejně podnikavé, zvědavé a neúnavné. Dále jako velmi milé, vděčné a soustředěné na vyprávění a čtení pohádek rodiči, od kterých touží být pochváleny. Rychle se rozvíjí dětské myšlení a fantazie. Přibývají nové vztahové zkušenosti, neboť se rozšiřuje okruh osob, se kterými dítě přichází do kontaktu. Myšlení dítěte začíná být metaforické, intuitivní a zcela názorné. Dítě začíná být velice činorodé a iniciativní. Právě pro tyto charakteristiky předškolní období označuje Vymětal (2003) obdobím magickým nebo obdobím iniciativy. U dítěte se vyvíjí svědomí a vytvářejí se pocity viny. Tyto pocity jsou pro dítě velmi důležité, jelikož vnitřně usměrňují jeho chování. Názory a postoje jsou přejímány od rodičů, se kterými se identifikuje. Zvláště pak s rodičem stejného pohlaví.

Dle Matějčka (2005) je tato mužsko-ženská diferenciacie v tomto období naprosto přirozená a zdravá.

Nápodoba a identifikace jsou dle Vymětala (2003) hlavním způsobem jeho socializace, a proto je důležité právě v tomto období poskytnout dítěti pozitivní vzorce prosociálně-altruistického chování, které snadno přejímá a osvojuje.

Za důležité úkoly předškolního období považuje Leifer (2004) předškolní přípravu, rozvoj kooperativních typů her, akceptaci odloučení, zdokonalení ovládnání tělesných funkcí, zlepšování komunikativních schopností, paměti a soustředění.

1.2.1 Motorický vývoj

V oblasti růstu a tělesného vývoje jsou patrné změny, které Leifer (2004) charakterizuje obdobím zpomalení růstového tempa a zdokonalením pohybových funkcí. V období mezi třetím a šestým rokem vyroste dítě asi o osm centimetrů, ale růst je soustředěn především na dolní končetiny. Vytrácí se baculatost, která byla typická pro batolecí období.

Dle Wedlichové (2010) si dítě v předškolním věku osvojuje více náročnější pohybové dovednosti, které vyžadují soustředěnou pozornost, vysoký stupeň rozmanitých jemnějších pohybů jednotlivých svalů a svalových skupin.

Bednářová a Šmardová (2011) uvádějí, že vývoj motorických schopností se vyznačuje určitou posloupností a provázaností v oblastech hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, motoriky mluvidel a motoriky očních pohybů. To znamená, že daná schopnost a dovednost se rozvíjí postupně v krocích od snadnějšího po složitější. V oblasti hrubé motoriky dochází k rozvoji pohyblivosti a přesnosti pohybů, které ovlivňují rychlost při běhání, skákání či prolézání.

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) umí tříleté dítě již dobře chodit a pohybovat se téměř stejně jako dospělý. Běhá a chodí stejně dobře v nerovném terénu jako po rovině a padá jen velmi zřídka. Do schodů i ze schodů chodí samo, bez držení. Čtyřleté dítě již dokáže schody seběhnout, dokáže seskočit z nízké lavičky, lézt po žebříku s minimální pomocí, stát na jedné noze a házet míčem.

Dle Wedlichové (2010) je osvojování těchto náročnějších pohybových schopností důležité pro rozvoj jemné motoriky, která vyžaduje velmi jemnou svalovou koordinaci, zejména souhru svalových skupin prstů. Autorka dále uvádí, že zásluhou těchto dovedností dítě zvládá základy sebeobsluhy a drobné pracovní činnosti, které mají význam pro jeho osobnostní vývoj.

Rozvoj jemné motoriky je dle Langmeiera a Krejčířové (2006) patrný zejména při oblékání, stravování nebo obouvání botiček.

Wedlichová (2010) dále uvádí, že s rozvojem jemné motoriky úzce souvisí rozvoj kresby, kde se uplatní rychlý růst intelektuálního pochopení světa.

Allen a Lyn (2008) shledávají v kresbě dítěte promítání jeho kreativního a fantazijního myšlení, které je pro toto období typické.

Dle Matějčka (2005, s. 147) jsou *výtvarné projevy dítěte jakýmsi hmatatelným svědectvím o jeho duševním vyspívání – dělají radost rodičům a i psychologové je studují se zvláštním zálibením. Vypovídají totiž o světě dítěte mnohdy to, co ono samo slovy ani vyjádřit nemůže.*

Bednářová a Šmardová (2011) doplňují, že je důležité znát laterality dítěte ještě před tím, než začne více kreslit. Je však třeba počítat s tím, že laterality je pozvolný proces probíhající již od několika měsíců věku, kdy se střídají období asymetrického a symetrického střídání rukou a trvá do období čtyř let, kdy dítě začne upřednostňovat

jednu ruku více. Na počátku předškolního období zvládne dítě nakreslit jednoduché čáry, ovály a jednoduchou postavu – hlavonožce.

Wedlichová (2010) označuje tyto kresby jako fázi prvotního obrysu, kdy dítě začíná kreslit „něco“ co vidí. Další fáze vývoje kresby je mezi čtvrtým a šestým rokem. Autorka ji označuje jako fázi intelektuálního realismu, dítě se kresbou zaměřuje již na to, co ví a zná. Kresby tedy odpovídají spíše významu, který jim dítě přikládá než skutečné realitě.

1.2.2 Kognitivní vývoj

Pojem kognice neboli poznávání v psychologii zahrnuje velké množství psychických jevů a jim odpovídajících procesů, resp. funkcí a schopností. Patří sem zejména vnímání, představivost, paměť, a zvláště myšlení jako vrcholná forma poznávání (Říčan, 2008 s. 191).

Wedlichová (2010) uvádí, že vývoj kognitivních procesů je u dětí v předškolním věku velmi intenzivní a umožňuje jim stále důkladněji poznávat svět okolo sebe. Ve vývoji vnímání prostoru i času, paměti, představivosti i myšlení, jsou zvláštnosti a charakteristické odlišnosti, odpovídající vývoji nervové soustavy i zkušenostem dítěte. Vnímání dítěte začíná nabývat na analytičnosti a více si všímá detailů. To je zřejmě především u zrakového vnímání. Dítě si více všímá barev, učí se je přesně odlišit a identifikovat. Toto zrakové rozlišování dle Bednářové a Šmardové (2011) úzce souvisí se stálostí vnímání, se schopností třídění, polohou předmětu a uvědomováním si části a celku. Základem pro rozvíjení prostorových představ a vztahů je vnímání senzomotorické.

Dle Vágnerové (2008) mají předškolní děti sklony přeceňovat velikost nejbližších předmětů, protože se jim zdají veliké, a naopak podceňovat objekty vzdálené. Dokáží rozlišovat polohu nahoře – dole, ale určení polohy vpravo – vlevo ještě nejsou schopné. Určitou úlohu zde sehrává dozrávání lateralizace mozku. Vnímání času se rozvíjí velmi pomalu.

Bednářová a Šmardová (2011) uvádějí, že předškolní děti žijí především přítomností. Vnímání času je pro ně vymezeno událostmi, které je obklopují a které samy prožily. S vnímáním času také úzce souvisí vnímání časové posloupnosti, časového sledu, začátku a konce a uvědomování si příčiny a následku.

Pro paměť v tomto věku je typická obrazotvornost, živelnost a citovost. Zpočátku si dítě nejlépe pamatuje věci spojené s citovými zážitky. Jeho paměť je mimovolní

a živelná, bez úmyslu si zapamatovat. Ačkoliv je schopno přeříkat básničky a pamatuje si i děj nějaké konkrétní pohádky, úmyslné zapamatování je zřejmé až ve druhé polovině tohoto období (Wedlichová, 2010).

Vývoj paměťových schopností u předškolního dítěte závisí dle Vágnerové (2008) především na zrání mozkových struktur a na možnosti je rozvíjet. V období čtyř let se dítě dle Langmeiera a Krejčířové (2006) dostává v oblasti myšlení z úrovně předpojmové, tedy symbolické, do vyšší úrovně intuitivního, respektive názorového myšlení. Uvažuje tedy v pojmech, které vznikají na základě vystižení podstatných podobností. Usuzování je však vázáno na to, co dítě vidělo nebo co vidí. Dokáže sice vyvozovat závěry, ale tyto jsou zcela závislé na vizuálním tvaru. Jeho myšlení je prelogické, tedy nepostupuje dosud podle logických operací a je stále vázáno na konkrétní činnost dítěte. Opravdové a skutečné myšlení předškolního dítěte se vyznačuje antropomorfismem (všechno se polidšťuje), artificialismem (všechno se dělá) magickým myšlením (mění fakta dle vlastního přání) a egocentrismem.

Wedlichová (2010) dodává, že s myšlením se v těsné spojitosti rozvíjí i řeč. Nelze však hovořit o jednoduchém a mechanickém vztahu. Řeč a myšlení se navzájem doplňují, ale každý má své zákonitosti. Řeč výrazně urychluje a zkracuje proces poznávání, avšak pouze za předpokladu, pojí-li se s dostatečnou zásobou smyslové zkušenosti.

Bednářová a Šmardová (2011) označují řeč nejen jako nástroj myšlení, ale především také jako prostředek komunikace, vztahů, spolupráce a usměrňování sociálních interakcí.

Dle Klenkové (2006) je dítě na přelomu třetího a čtvrtého roku schopno vyjadřovat své myšlenky formálně i obsahově správně. Toto období je nazýváno obdobím intelektualizace řeči. Dítě si osvojuje nová slova, prohlubuje a upřesňuje si jejich obsah a rozrůstá se mu slovní zásoba. Ta u tříletého dítěte tvoří okolo 1000 slov, což je téměř pětinasobek slovní zásoby dvouletého. O rok později již dítě ovládá okolo 1500 slov. Po čtvrtém roce by již řeč neměla vykazovat výrazné odchylky. Dítě chápe rozdíly ve smyslu velký a malý, světlo či tma, dokáže přeříkat básničku a zná například celé jméno svého sourozence. U šestiletého dítěte tvoří slovní zásoba 2500 až 3000 slov. Dokáže již plynule a spontánně hovořit o různých událostech ze svého života a správně realizuje i delší příkazy.

1.2.3 Sociální vývoj

Socializaci definuje Sollárová (2008, s. 49) jako *proces osvojování si způsobů chování a seznamování se s kulturním prostředím, osvojení si společenských norem a plné přizpůsobení se společenskému životu. Za primárního nositele kultury, jež poskytuje základ hodnot a norem společnosti a vede dítě ke společenskému životu v prostředí, které ho učí a v němž vyrůstá, označuje především rodinu.*

Dle Zacharové a Šimíčkové – Čížkové (2011) sociální a emocionální rozvoj dítěte úzce souvisí také s tím, jakým způsobem zpracovává hodnocení ostatními lidmi. Zejména pak těmi, kteří jsou pro něho nějakým způsobem zvláště významní. Autorky uvádějí, že pro dítě v předškolním věku tuto pozici zaujímají především rodiče. Dítě akceptuje jejich názory a hodnocení. Rodiče pro ně představují ideál, kterému se chce podobat. Taková identifikace navozuje v dítěti pocit jistoty a bezpečí a snižuje pocity ohrožení.

Heller (2014) považuje za základního činitele socializace vztah mezi matkou a dítětem. Vágnerová (2008) k výše uvedenému dodává, že socializace předškolního dítěte probíhá také mimo rámec rodiny. Toto období označuje jako fázi přesahu rodiny, tedy jako přechodné období mezi rodinou a dalšími sociálními skupinami. Kontakty mimo rámec rodiny umožňují dítěti získat nové zkušenosti, nezbytné pro jeho další vývoj. Za triádu oblastí, se kterou se dítě v tomto období setkává, považuje Vágnerová (2008) především rodinu, vrstevníky a mateřskou školu, prostřednictvím které dítě vstupuje do společnosti již jako samostatný jedinec a kde získává nové sociální poznatky.

Wedlichová (2010) dodává, že vstup předškolního dítěte do mateřské školy v souladu s jeho odpovídající zralostí vede často ke zlepšení jeho jednání a zvýšení sebejistoty, zejména pak, je-li podpořen vzájemnou interakcí rodiny a školy.

Matějček (2005) zde také zdůrazňuje potřebu odpoutání se předškolního dítěte od rodiny a nutnost nechat vstoupit do jeho života druhé děti, protože právě v této společnosti ostatních si bude v budoucnu hledat své odpovídající sociální uplatnění.

Celé předškolní období lze dle Langmeiera a Krejčířové (2006) označit jako období hry, která v této fázi vývoje zastává významnou úlohu v procesu socializace a stává se pro dítě jeho hlavní činností.

Wedlichová (2010) shledává význam hry u předškolního dítěte zejména v procesu osvojování si sociálních rolí. Dítěti v tomto období slouží symbolická hra především jako prostředek pro pochopení jednání ostatních lidí. Ze hry paralelní, typické pro batolecí období, vyznačující se spíše vzájemným napodobováním a dodržováním vlastních

pravidel, se u předškolních dětí vyvíjí hra kooperativní. Tato forma hry se vyznačuje spoluprací, při níž jsou role jasně rozděleny a každé dítě tak přispívá svým osobitým dílem ke společnému projektu. Při skupinových hrách tedy dítě přejímá určitá pravidla a morální zásady určené jinou autoritou. Autorka dále uvádí, že význam symbolických her dítěte v předškolním období nemůže být nikdy přeceňován.

1.3 Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu

Pro všechny děti je většina potřeb společných. Aby vývoj dětí maximálně odpovídal možnostem, musí být tyto potřeby plně saturovány (Sikorová, 2011). Ani v čase nemoci nepřestává mít dítě stejné potřeby jaké mělo v době zdraví. Mění se však jejich naléhavost a důležitým aspektem se stává jejich adekvátní uspokojení (Šamánková et al., 2011). Hospitalizace je pro každé dítě velmi náročnou životní zkušeností, trpí následky odloučení od rodiny, kamarádů, musí si zvykat na odlišný režim a v neposlední řadě je vystaveno léčebným a diagnostickým procedurám, které jsou spojeny s bolestí a se strachem. Zásadně je tak ohrožen pocit jistoty a bezpečí a do popředí vstupuje pocit ohrožení. Tato negativa v souvislosti s hospitalizací se mohou u dětí projevovat separací, frustrací a psychickou deprivací. Cílem ošetrovatelské péče v pediatrii je těmto událostem předcházet. Dle Nádaské (2010) je však péče o dítě v době jeho nemoci velmi náročná, jelikož projevy nemoci mohou identifikaci potřeb do určité míry zkreslovat. Sikorová (2011) dělí základní potřeby v holistickém pojetí na potřeby biologické, psychické a sociální.

1.3.1 Biologické potřeby

Mezi základní biologické potřeby patří především potřeba výživy, která musí být jak po stránce kvality, tak i kvantity v souladu s aktuálními tělesnými i vývojovými požadavky. S potřebou výživy úzce souvisí potřeba také dostatečného příjmu vhodných tekutin (Sikorová, 2011). V souvislosti s hospitalizací dítěte se jeho stravovací návyky a rituály zcela mění. Tyto změny často vedou k nechutenství a poruchám příjmu potravy. Problémy mohou být potencovány také samotnou nemocí, bolestí nebo stresem, jež dítě prožívá. Důležitým úkolem v této oblasti je získání dostatečných informací o zvyklostech stravování dítěte, a pokud je to možné, tyto stravovací návyky po dobu hospitalizace zachovat (Sedlářová et al., 2008).

V souladu s potřebou výživy je spjata potřeba vyprazdňování. Dostatečné vyprazdňování přispívá k dobrým pocitům a spokojenosti, proto je též úkolem sestry podporovat u dětí správné a dostatečné vyprazdňování v souladu s respektováním jejich zvyklostí.

Mezi základní biologické potřeby patří také potřeba dýchání, tepla, dostatečného spánku, odpočinku a pohybové aktivity přiměřené věku, individualitě dítěte a jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu (Sikorová, 2011).

Další důležitou biologickou potřebou je udržování hygieny a upevňování si hygienických návyků, pro jejichž vytvoření je toto období nejdůležitější (Trachtová et al., 2010).

Potřeba zdravého růstu a vývoje je uspokojována prostřednictvím preventivní a komplexní léčebné a ošetrovatelské péče, včetně péče rehabilitační (Sikorová, 2012).

1.3.2 Psychické potřeby

Dle Šamánkové et al. (2011) se psychické potřeby nemocného dítěte od potřeb zdravých dětí příliš neliší. Nemoc však může výrazně zkomplikovat možnosti jejich uspokojení.

Výrazný vliv na uspokojování psychických potřeb dítěte v době nemoci a hospitalizace má matka, jejíž přítomnost usnadňuje jeho adaptaci na nové prostředí a zmírňuje reakce na negativní faktory. Tento fakt potvrzují i mnohé klinické výzkumy, které prokazují, že trvalá přítomnost matky u dítěte výrazně zkracuje dobu hospitalizace (Pilát, 2005).

Velemínský et al. (2009) do této kategorie potřeb řadí potřebu náležitého přívodu podnětů ve vhodném množství a kvalitě, potřebu smysluplnosti světa a potřebu vědomí vlastní identity, jež ovlivňuje jeho prožívání společenských vztahů a postojů v dalších vývojových obdobích.

Dostatečné uspokojování těchto potřeb vede u dítěte ke správnému rozvoji intelektu, vůle, citů, chování, interakce s okolím a chápání sebe i ostatních (Sikorová, 2011).

Matějček a Lengmeier (2011) shledávají největší uspokojení psychických potřeb dítěte v jeho každodenním styku s přirozeným věcným a společenským prostředím.

Sikorová (2011) k těmto základním potřebám řadí také kategorie potřeby ochrany zdraví, dostatečnou potřebu podnětů, informací, klidu, důvěry, naděje a potřebu vyhnout se bolesti a strachu.

1.3.3 Sociální potřeby

Sikorová (2012) považuje uspokojení základních sociálních potřeb dítěte důležité pro jeho optimální socializaci. K těmto potřebám řadí především potřebu jistoty, lásky a bezpečí poskytované vlastním člověkem, potřebu akceptace dítěte takového, jaké je, potřebu identifikace s vlastním člověkem, potřebu rozvinutí všech svých sil a schopností a potřebu umění zvládat překážky a zábrany v životě dítěte i v jeho bezprostředním okolí.

Tyto potřeby jsou u dítěte při kontaktu s nemocničním prostředím výrazně narušeny. Prostředí u dítěte evokuje pocity strachu, úzkosti a nejistoty. Potřeba bezpečí, jistoty a lásky je uspokojována především v rodině. Na začátku života dítěte zejména matkou a později i ostatními členy rodiny. Tento vztah dítěte a matky je charakterizován silným citovým poutem a snahou být si co nejvíce nablízku (Sikorová, 2011).

Sedlářová et al. (2008) zde zdůrazňují důležitost úzké spolupráce s rodinou dítěte. Není-li možné s dítětem hospitalizovat matku či jiného člena rodiny, je úkolem sestry zaujmout vstřícné a laskavé jednání a pomoci nalézt spolu s rodinou náhradní řešení.

Dle Trachtové (2010) jsou výše uvedené potřeby pro dítě životně důležité. Míra uspokojení potřeby lásky, jistoty a bezpečí v dětském věku jsou důležitou podmínkou pro bezproblémové navazování sociálních vztahů. Dítě v tomto věku ještě nemá rozvinuté adaptivní formy chování, jaké jsou u dospělého člověka. V situaci, kdy se cítí ohroženo, pláče, křičí nebo utíká.

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) významnou potřebu v oblasti socializace zaujímá také hra, která mu umožňuje získávat zkušenosti se sociálními rolmi.

Plevová a Slowik (2010) označují předškolní dítě za velice společenské. Považují za důležité uspokojovat potřeby v oblasti kontaktu také s jinými dětmi a kladou důraz především na vytváření zdravého dětského společenství na oddělení.

1.4 Prevence negativních důsledků hospitalizace dítěte

Prevence obecně úzce navazuje na podporu zdraví. Slovo prevence pochází z latinského slova *praeventus*, které v překladu znamená zákrok předem. V nejužším slova smyslu tedy vyjadřuje předcházení nějakým, zpravidla škodlivým vlivům. Obecně lze říci, že prevence je z hlediska zdravotního, ekonomického, ale také etického výhodnější, než řešení již vzniklých chorobných stavů (Bártlová, Matulay, 2009).

K vyvození preventivních opatření v souvislosti s hospitalizací dětí vedly dle Langmeiera a Matějčka (2011) rozsáhlé studie zabývající se negativními důsledky, které vyplývají právě z umístění dětí v různých léčebných či výchovných zařízeních. Tato preventivní opatření se týkají především zkrácení délky hospitalizace, důsledného zvážení nutnosti dítě hospitalizovat a je-li to možné, hospitalizovat dítě společně s matkou nebo jiným blízkým příbuzným. Dále pak umožnit dítěti celodenní návštěvy a dalekosáhle upravit režim a celé prostředí nemocnic, tzv. je „humanizovat“.

Dle Bowdena a Greenberga (2008) je pro hospitalizované dítě nezbytné zajistit také kontakt s vrstevníky a zajistit dle možností dodržování denního režimu, který je nejvíce podobný obvyklému režimu v domácím prostředí.

Ondriová a Sinaiová (2010) doplňují, že významnou roli v oblasti prevence zaujímá především sestra a její empatický přístup, do jaké míry je schopna zmírnit následky stresu na dětskou psychiku. Zároveň upozorňují, že negativním projevům hospitalizace lze předcházet i komplexním dodržováním práv hospitalizovaného dítěte.

Zacharová et al. (2007) a Sedlářová et al. (2008) považují v oblasti prevence před negativními dopady hospitalizace za nenahraditelný vliv i jiných než zdravotnických pracovníků, kteří se na péči o nemocné děti podílejí. Na péči o děti v nemocnicích se dnes mohou podílet také herní terapeuti, nemocniční klauni, pedagogové, ale též lidé z různých dobrovolnických organizací, kteří pomáhají zdravotníkům zajistit dostatek podnětů a činností pro dětské pacienty.

1.4.1 Hospitalizované dítěte

Křivohlavý (2002) stručně definuje hospitalizaci jako umístění a léčení pacienta v nemocnici. Zacharová et al. (2007) dodává, že nemocní jsou přijímáni do nemocnice jak z důvodů léčebných, tak z důvodů diagnostických. Některá léčebná vyšetření jsou svou náročností či svými složitými technologickými požadavky proveditelná pouze v nemocnici za soustavné kontroly pacienta. Stejně tak některá diagnostická vyšetření vyžadují, aby byl pacient po delší dobu v klidu a byl také soustavně pozorován.

Hospitalizace dítěte představuje narušení jeho normálního života, jeho aktivit a kontaktu se svými nejbližšími, tedy s rodiči, sourozenci, prarodiči či se svými vrstevníky. Musí se vyrovnávat nejen s nemocí a bolestí, ale právě také se ztrátou kontaktu s blízkými a ztrátou soukromí. Takové dítě je v této době velice zranitelné

a odkázané na pomoc dospělých. Situace nezdědka vyvolává v dětech pocity strachu a úzkosti (Plevová a Slowik, 2010).

Boles (2016) označuje strach a úzkost u hospitalizovaných dětí jako pochopitelné emoce, které mohou pramenit ze známé zkušenosti s invazivními procedurami.

Křištofová (2010) označuje nemocné dítě jako subjekt vysoké ochrany a péče, zejména pak ve vztahu k respektování jeho zájmů a práv. Zdravotnický pracovník, poskytující péči takovému jedinci, musí mít mimo svých vynikajících odborných znalostí a praktických dovedností, dostatečný stupeň laskavosti, trpělivosti a taktu. Je třeba brát v úvahu také skutečnost, že dítě nepřichází do zdravotnického zařízení samo, ale většinou v doprovodu svých rodičů, tedy jako jedinec, který se nerozhoduje jen z vlastní vůle. Na základě této skutečnosti se vztah mezi zdravotníkem a jeho pacientem rozšiřuje také o vztah s rodičem. Tento trojdimenzionální vztah dítěte jako pacienta, zdravotníka poskytujícího péči a rodiče jako doprovodu a součást dítěte považuje Křištofová (2010) za velmi složitý. Vyžaduje také zájem o práva dětského pacienta spolu s povinnostmi rodičů, jejich autoritou a povinnostmi pečujícího zdravotníka. Vztah k dětskému pacientovi vyžaduje dodržování základních specifických vlastností, mezi které patří láska k dětem, schopnost pečovat a bát se o ně, znát a současně respektovat jejich práva a věnovat nemocnému dítěti veškerý čas. Respektovat přítomnost rodičů, zhodnotit a akceptovat vývojové období dítěte a jeho autonomie. Každý kontakt s dítětem realizovat kvalifikovaně, taktně a citlivě.

Sedlářová et al. (2008) kladou důraz zejména na respektování základních potřeb dítěte a současně zdůrazňuje povinnosti zdravotnických pracovníků chápat a plně respektovat tuto situaci a vědět o všech možných negativních aspektech hospitalizace.

Sedlářová et al. (2008) dále v uvádí, že péče o děti se v současnosti skutečně zaměřuje více na celou rodinu než na samotné nemocné dítě, jako tomu bylo dříve. Tento model vychází z osvědčeného principu péče Family-Centred Care (FCC), který je aplikován a velice uznáván v zahraničí. Tento princip vrací rodině přirozenou pečovatelskou roli a uznává, že rodina má konečnou zodpovědnost za dítě, jehož je největším znalcem a zcela také mění přístup zdravotníků. Považuje rodiče za základní a nenahraditelný zdroj jistoty a bezpečí a zdůrazňuje, že jsou to právě rodiče, kteří mohou nejlépe reagovat na jeho měnící se potřeby.

Jolley a Shields (2009) uvádějí, že prvotním impulzem k zavedení principu FCC do praxe, stály dlouholeté klinické výzkumy Robertsona a Bowlbyho v padesátých až sedmdesátých letech 20. století v oblasti psychických změn u dětí, které byly separovány

od svých rodičů z důvodu hospitalizace v nemocnicích či v jiných institucích. Jejich přesvědčivé výsledky a vytrvalost výrazně změnily tehdejší pohled na pediatrické ošetřovatelství. Nemocný i rodina se vymanili z pozice pouhého pasivního příjemce péče a pozorovatele.

Bártlová a Matulay (2009) uvádějí, že přirozená pečovatelská role rodinných příslušníků vychází z historie, kdy bylo zcela běžné, že se rodina starala o své blízké.

Dle Kelnarové (2015) je dnes ve většině zdravotnických zařízeních běžné v zájmu dítěte hospitalizovat jednoho z rodičů nebo jiného příbuzného. Zejména pak s dětmi do šesti let věku.

Sedlářová et al. (2008) považují za základní zdroj jistoty a bezpečí především matku. Odloučení od matky označuje za větší zdroj stresu, než je sama nemoc či bolest. Dále dodává, že v současnosti mají hospitalizované děti dle Listiny základních práv a svobod, Úmluvy o právech dítěte i podle Charty práv dětí v nemocnici (příloha 1), právo na přiměřený vývoj, růst a zároveň také na vzdělávání.

1.4.2 Adaptace dítěte v nemocničním prostředí

Vágnerová (2008) popisuje adaptaci jako proces stálé modifikace psychických projevů a vlastností. Jestliže nemohou být uspokojeny významné potřeby jedince v daném prostředí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu, dochází k adaptačním poruchám.

Dle Ondriové a Sinaiové (2010) je adaptace dítěte na nemocniční prostředí velmi dynamický proces s rozličnými fázemi. Aby se pacient lépe vyrovnal s nemocničním prostředím, je nutné, aby zdravotníci dokázali adekvátně zareagovat a zaujmout správný postoj. Kelnarová et al. (2015) toto označují jako povinnost zdravotníků zvládnout adaptaci nemocného co nejlépe, zejména prostřednictvím produktivního způsobu chování. Dle Boledovičové (2010) zde zastává klíčovou úlohu především sestra, která v porovnání s ostatními členy týmu stráví s dítětem během hospitalizace nejvíce času a může tak jeho přizpůsobení pozitivně ovlivnit.

Kelnarová et al. (2015) dodávají, že existuje několik dalších významných faktorů, které mohou adaptaci významně ovlivnit. Mezi tyto faktory řadí Ondriová a Sinaiová (2010) zejména věk dítěte, jeho osobnost, pohlaví, osobnost rodičů, délku hospitalizace, omezení pohybu, zážitky z předcházející hospitalizace, kvalitu rodinného života,

nečekané či nové lékařské a ošetrovatelské výkony, chování a přístup zdravotníků a v neposlední řadě také schopnost dítěte se dorozumět.

Boledvičová (2010) k těmto aspektům řadí také nemocniční prostředí, do kterého je dítě přijímáno. Mělo by být především upravené tak, aby uspokojovalo vývojové a citové potřeby dítěte.

Dufková (2013) uvádí, že dítě potřebuje takové místo, kde se cítí jistě a bezpečně. Zároveň potřebuje někoho, kdo ocení skutečnost, že je dítětem. Postupuje od úplné závislosti na druhých ke zdokonalování jednotlivých sebeobslužných činností. Vlivem dostatečného množství podnětů se učí pravidla a řád, jež mu pocit jistoty a bezpečí dotvářejí.

V procesu příznivé adaptace dítěte má dle Leifer (2004) také velký význam předchozí příprava na hospitalizaci, která by měla být uskutečněna s dostatečnou časovou rezervou několika dní před nástupem (nikoli týdnů), aby se dítě s touto skutečností mohlo vyrovnat. Za nejvhodnější považuje přípravu doma prostřednictvím rodičů. Rodiče by měli dle Keene (2015) v takovém případě poskytnout dítěti adekvátní a pravdivé informace a zároveň mu poskytnout emoční oporu, kterou dítě potřebuje. Leifer také doplňuje, že je-li příjem dítěte náhlý a není čas na přípravu, je na zdravotnicích, aby v takové situaci dítě podpořili a zmírnili tak jeho obavy a strach.

1.4.3 Úloha zdravotníků v procesu adaptace dítěte při hospitalizaci

Prvořadým a důležitým úkolem zdravotníků je dle Leifer (2004) vytvářet takové prostředí, ve kterém se mohou děti i jejich rodiče cítit bezpečně a netrpět pocitem zbavení lidské důstojnosti. Prostedí je třeba uzpůsobovat dle vývojových požadavků dětí tak, aby organizací, klidem, barevností i uspořádáním co nejvíce připomínalo domácí prostředí.

Dle Boledovičové (2010) sehrává nezastupitelnou roli především sestra, která se dostává s dítětem do prvního kontaktu již při příjmu na oddělení. Právě v tuto dobu může zjistit nejdůležitější informace, týkající se zejména problémových oblastí a zavčas vyhodnotit způsoby svého jednání. Je-li dítě s doprovodem, je jeho příjem okamžikem, kdy může sestra zajistit také potřebné informace týkající se úrovně soběstačnosti, oslovování dítěte, jeho zvyklostí, úrovně komunikačních schopností, spánkového režimu, chování, oblíbených her a hraček, zkušeností s hospitalizací, ale také hygienických a stravovacích návyků.

Má-li sestra dále poskytovat nemocnému dítěti komplexní, tedy holistickou péči, musí dle Nádaské (2010) dokázat uplatňovat také znalosti z oblasti vývojové psychologie. Je nutné, aby znala specifika jednotlivých vývojových období a dokázala vyhodnotit individuální potřeby dítěte. K tomuto Plevová a Slowik (2010) uvádějí tzv. Desatero hospitalizovaného dítěte, které charakterizuje holistický přístup (příloha 2).

V pojetí holismu popisují Trachtová et al. (2010) člověka jako organizovaný a integrovaný celek, jako bytost v její bio-psycho-sociálně-spirituální jednotě. Dojde-li k nerovnováze v jedné z těchto oblastí, dojde k narušení celku. Následkem této nerovnováhy vzniká potřeba, kterou se jedinec snaží uspokojit.

Neméně důležitým úkolem sestry je dle Machové a Brabcové (2010) dobrá znalost nejen z oblasti psychosomatického vývoje dítěte, ale sestra musí disponovat také dobrými znalostmi v oblasti sociokulturních odlišností. Tyto sociokulturní rozdíly sebou mohou přinášet zvýšené nároky na péči, jelikož děti jiných kultur mnohdy reagují zcela odlišným způsobem. Tyto odlišnosti v chování vycházejí ze zvyků, tradic a způsobu chování, které si děti osvojily ve své primární rodině. Poskytování efektivní ošetrovatelské péče pramení především z dobré znalosti a správného aplikování ošetrovatelského procesu, který je dle Tóthové (2014) nezbytnou součástí moderního ošetrovatelství. Tento proces znamená způsob, jakým sestra vykonává péči o pacienta, který zahrnuje rozpoznání lidských potřeb a jejich následné uvážlivé a organizované uspokojování.

Ošetrovatelský proces představuje sérii plánovaných činností, které umožňují sestře samostatné rozhodování o nejvhodnějším způsobu péče, která vede k dosažení určitého výsledku. Karlsson et al. (2014) zdůrazňují, že schopnost sestry uspokojovat různé potřeby je klíčem ke kvalitní a úspěšné péči a zejména pro zachování důstojnosti všech zúčastněných stran. Poukazuje i na morální a etické povinnosti sestry jednat jako zastánkyně práv pacienta v různých ošetrovatelských situacích. Dodává, že by sestra měla působit také jako obhájkyně práv a potřeb rodičů, a tím se stát nepřímou podporovatelkou samotných dětí.

Ondriová a Sinaiová (2010) uvádějí, že k dosažení pozitivního výsledku přispívá sestra také svými znalostmi v oblasti efektivní komunikace jak se samotným dítětem, tak i s jeho rodiči.

Wirthová (2011) shledává nevhodnou komunikaci ze strany zdravotníků jako jeden z faktorů, které se výrazně podílejí na neefektivní adaptaci v nemocničním prostředí a které výrazně narušují důvěru ve zdravotnický personál i v poskytovanou péči.

Sedlářová et al. (2008) zdůrazňují, že každý člen zdravotnického týmu má jiné kompetence. Od těchto kompetencí se také odvíjí poskytování informací. Jiné informace podá lékař, jiné sestra, jiné herní terapeut. Zásadou však je, aby si informace podané jednotlivými členy zdravotnického týmu nikdy neodporovaly. Dle Sedlářové et al. (2008) je důležitý nejen obsah samotného sdělení, ale především způsob, jakým jsou informace dítěti i jeho doprovodu předány. Autorka zdůrazňuje, že pro efektivní rozhovor s dítětem je třeba navodit vhodnou atmosféru a věnovat mu dostatek času. S malými dětmi je nutné mluvit pomalu, upřímně, klidně a přesvědčivě s hojným využitím mimiky. Rozhovor by měl být pro dítě spíše legrací a divadelním představením, než něčím nepochopitelným nebo zstrašujícím.

Sestra by měla dle Karlsson et al. (2014) využívat různých druhů konverzace ve snaze poskytovat dostatečnou podporu, když mluví k dětem. Měla by dokázat využívat jednoduchých slov a metafor, které dětem usnadní porozumět a pochopit souvislost mezi jejich zdravím a ošetřovatelským postupem. Za velmi důležité považují autoři umění sester hovořit jazykem, kterému dítě rozumí. Ptáček, Bartůněk et al. (2011) dále dodávají, že sestra není pro dítě v době hospitalizace dítěte pouze zdravotníkem, ale stává se v mnohých případech i nejbližším kamarádem či přítelem. Děti sledují chování a jednání sester, jejich rozvahu, klid, schopnost poradit, pravdomluvnost a na tyto vlastnosti také reagují. Autoři především apelují na to, že zdravotníci by dítěti nikdy neměli lhát, neboť ztráta důvěry dítěte může celý ošetřovatelský proces výrazně zkomplikovat.

Plevová a Slowik (2010) uvádějí, že nejen děti potřebují dostatečné, pravdivé a srozumitelné informace, ale i rodiče, zvláště pak, jsou-li plně zapojeni do péče o dítě během hospitalizace. Právě v rodiči shledává Boledovičová (2010) pro dítě hlavního zprostředkovatele informací.

1.4.4 Proces při přípravě na zákrok či vyšetření dítěte

Hospitalizace je pro dítě zdrojem strachu a úzkosti především v souvislosti s invazivními procedurami a různými vyšetřeními, které, jak uvádějí Karlsson et al. (2014), vzbuzují v dítěti úzkost a strach z bolesti. Autoři dále uvádí, že děti, které jsou vystaveny bolestivým výkonům, vykazují v budoucím životě nadměrné pocity strachu a úzkosti. Mohou se u nich též rozvinout i přehnaně pesimistické vzpomínky. Tyto vzpomínky na invazivní zákroky mohou vést až k fobiím, což může v budoucnu

podstatně zkomplikovat jejich léčbu. Dle Klimoviče (2012) jsou zvláště děti v předškolním věku v uvědomování si strachu z bolesti velice zranitelné.

Strach charakterizuje Bacus (2007) jako nepříjemnou emoci, která se objevuje v reakci na vědomě rozpoznané nebezpečí, tedy vázané k něčemu konkrétnímu. Tento pocit může být u dětí doprovázen fyziologickými symptomy v podobě třesu, zrychleném pulzu, pocení, ale též pláčem, záchvatem vzteku, ustrnutím nebo chytáním se dospělého. Úzkost definuje Bacus (2007) jako emoční stav, který je charakteristický pocitem neklidu, psychickými a fyzickými obtížemi z očekávání něčeho neurčitého. Dítě tento pocit nedokáže konkrétně identifikovat slovy jako dospělý, ale může ho vyjadřovat například problematickým chováním.

Karlsson et al. (2014) pokládají za důležité zajistit zmírnění úzkosti a strachu, které mohou prožívání bolesti výrazně zvýšit. Aby bylo možné děti plně podpořit, je nutné, aby měly sestry dobré znalosti o dětských obavách a jakým způsobem tyto obavy sdělují. V minimalizaci těchto nežádoucích jevů je dle Sedlářové et al. (2008) důležitý především přístup zdravotníků, využívání postupů a možností. Zároveň však uvádí, že v praxi se mnohdy setkáváme spíše s direktivním přístupem k dítěti, zejména při invazivních procedurách. Zdravotníci mnohdy nemají čas zdržovat se vysvětlováním, chvátají a jejich strategií je dítě překvapit a přeprat v domnění, že takto je to pro dítě nejlepší. Základ úspěšného zvládnutí zmíněných emocí spatřují Sedlářová et al. (2008) v přístupu sestry a její schopnosti v dítěti vzbudit důvěru. Zastává názor, že mimo dostatek času a empatického přístupu je třeba zvolit také vhodná slova a vhodnou formu sdělení, zejména pak u bolestivých procedur. Například u odběrů krve se vyvarovat slovu bolest a spíše jej nahradit vhodnou metaforou. Jinou možností zmírnění strachu a úzkosti, které má sestra k dispozici, je dle Sedlářové et al. (2008) i odpoutání pozornosti od strachu či bolesti zpěvem písniček, vyprávěním pohádek, hádankami, poslechem rádia, nebo jen dát dítěti možnost držet maminku za ruku. I proto je neméně důležité v přípravě také zapojení rodiče, který je pro dítě nenahraditelnou oporou. Je však úkolem zdravotníků poskytnout rodiči důležité informace, rady a vysvětlení, aby mohl efektivně pomoci nejen svému dítěti, ale také zdravotníkům.

Plevová a Slowik (2010) upozorňují na skutečnost, že si někteří rodiče nepřejí své dítě informovat předem, nebo se nechtějí z nějakého důvodu léčebných procedur účastnit. V takovém případě je důležité s nimi pohovořit, vyslechnout jejich argumenty, vysvětlit jim jejich význam pro dítě, ale vždy respektovat jejich přání.

V souladu s výše zmíněným přikládají Sedlářová et al. (2008) při přípravě malých dětí na nepříjemné procedury největší význam hře, jako nejlepšímu komunikačnímu prostředku, neboť samotná slova mu situaci zcela neobjasní. Dodává, že každá příprava dítěte musí být tzv. „šita na míru každému dítěti“. To vyžaduje i důkladnou přípravu ze strany zdravotníků.

Boles (2016) k tomuto doplňuje, že pokud má dítě čelit bolestivým a nepříjemným procedurám, přístup zdravotníků vyžaduje i vývojově odpovídající intervence, které pomohou dětem pochopit kroky, které nastanou. Autorka doporučuje vypracovat pro děti pediatrický plán péče, jak pomoci samy sobě, aby dokázaly řídit vlastní pocity strachu a úzkosti po celou dobu. Zdůrazňuje zde důležitost mezioborové spolupráce a taktéž aktivní zapojení rodičů. Boles (2016) dále podotýká, že ačkoliv v rámci těchto podpůrných opatření nemusí strach a úzkost zcela vymizet, může se dítě i rodič cítit oprávněným a rozhodujícím subjektem v péči nejenom po celou dobu hospitalizace, ale také v případě možné hospitalizace budoucí.

1.4.5 Význam hry při hospitalizaci dítěte

Dle pedagogického slovníku je hra *formou činnosti, která se liší od práce i od učení. Člověk se zabývá hrou po celý život, avšak v předškolním věku má specifické postavení – je vůdčím typem činnosti* (Průcha et al., 2013, s. 92).

Jak již bylo zmíněno výše, také Langmeier a Krejčířová (2006) přikládají hře významnou úlohu v socializačním procesu dítěte.

Sedlářová et al. (2008) zdůrazňují, že hra je pro děti v tomto období klíčová, zvláště pak pro děti hospitalizované, a rozděluje ji do tří forem – napodobivá, řízená a volná. První dvě formy spolu s vhodnými hračkami pomohou dítěti lépe pochopit to, co jim dospělí popisují, mohou porozumět vlastní nemoci a všemu, co se s nimi v nemocnici děje. Volná hra přináší dětem radost, uvolnění a potěšení. Pomáhá jim získat sílu a zvyšovat sebedůvěru.

Caleffi et al. (2016) také člení hru v nemocnici do tří typů her. Prvním typem je dramatická hra, která dětem poskytuje emocionální uvolnění a umožňuje jim předvádět své pocity, touhy a zážitky tím, že převezmou sociální roli, ve které se mohou odklonit od pasivních k aktivním účastníkům, aby porozuměly současné realitě. Druhým typem je dle Caleffi et al. (2016) hra terapeutická, která pomáhá dětem naučit se využívat svých fyziologických funkcí v souladu s jejich aktuálním zdravotním stavem. Třetí typ hry

označují jako instruktážní. Její podstatou je usnadnit dítěti pochopení terapeutických postupů.

K vysvětlování těchto léčebných i ošetrovatelských postupů či identifikaci bolesti nebo jiných problémů dětí v nemocnicích také pomáhají sestřám a lékařům dle Ptáčka, Bartůňka et al. (2011) Kiwanis panenky.

Zapojení hry a herních prvků do všech ošetrovatelských intervencí považují také Sedlářová et al. (2008) a Li et al. (2016) za velmi důležité. Dítěti napomáhá ke zmírňování psychické zátěže a sestře pomůže navázat úzký kontakt s dítětem a získat tak jeho důvěru. Od sestry se očekává aktivní zapojení a nabízení rozmanitých her dětem, protože ony si většinou v nemocnici samy spontánně nehrají, což je podloženo mnoha výzkumy. To může být způsobeno závažností zdravotního stavu dítěte a jeho prožíváním, ale také právě absencí pomoci dospělých, bez níž se vytrácí radost ze hry. Děti se stávají pasivními a ztrácejí zájem i o své oblíbené hračky.

Dle Nádaské (2010) vidí hospitalizované dítě v sestře především partnera pro hru. Sestra realizuje jeho výchovné činnosti v době hospitalizace a vytváří mu zároveň prostor a příležitost, aby si mohlo hrát.

Dle Leifer (2004) je třeba vždy ze strany sestry objektivně hodnotit faktory, které mohou být při plánování herních aktivit velmi důležité. Mezi tyto faktory autorka řadí především závažnost zdravotního stavu, upoutání na lůžko, ale také prostředí, ve kterém se dítě nachází. Například výběr hraček vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte a prostředí je zcela zásadní. Nesmí se stát, že astmatické dítě dostane hračku, jež je naplněna alergizujícím materiálem. Stejně tak musí sestra umět vyhodnotit rizika spojená s prostředím s vyšší koncentrací kyslíku. Tyto a mnohé další faktory musí dokázat identifikovat a přizpůsobit dané situaci již konkrétní plánování činností.

Dle Gregory (2007) je důležité vybírat hračky pro děti také v souvislosti s věkem a jejich potřebami. V předškolním období převládají námětové hry, využitelné zejména v kolektivu více dětí. Dobře se hodí didaktické hry, které napomáhají duševnímu rozvoji a připravují na školní docházku. Děti v tomto věku také nejvíce ocení karty, mozaiky, puzzle, domino či loutky. Autor však zdůrazňuje, že ačkoliv hračky rozvíjejí fantazii, čas, který je dítěti věnován ze strany dospělého, nenahradí.

Úkolem sestry je dle Machové a Brabcové (2010) také dbát na bezpečnost dětí při hře a na bezpečnost hraček, které dítěti nabízí. Dále pak respektovat zdravotní stav dítěte a dle toho uzpůsobit podmínky pro hru. Většina her je uskutečňována v hernách, které jsou součástí dětského oddělení. Tyto herny musí splňovat určité požadavky, které se

týkají především bezpečnosti. V pravidelných denních intervalech je v nich prováděna kontrola a úklid, do kterého lze v rámci hry zapojit i děti. Aby se děti cítily v herně bezpečně, měla by sloužit především k účelu hraní, odpočinku a setkávání. Neměla by zde v žádném případě probíhat léčebná ani diagnostická vyšetření.

Ondriová a Sinaiová (2010) připisují hře dětí významnou úlohu v prohlubování a ovládní svých citů. Zároveň dopomáhá k rychlejší adaptaci dítěte v nemocničním prostředí, přispívá k rychlejší léčbě a slouží také jako prostředek k minimalizaci, případně úplnému odstranění negativních vlivů, které by mohly vést k hospitalismu.

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cílem výzkumného šetření je identifikovat preventivně orientovaná opatření využívaná vybranými dětskými odděleními v rámci předcházení projevů hospitalismu u dětí předškolního věku, a zjistit, jakým přínosem jsou tato opatření pro zdravotnický personál, hospitalizované děti a jejich rodiče.

Dílčí cíle:

- Cíl 1:** Zmapovat, jaká opatření využívá personál na vybraných dětských odděleních k prevenci projevů hospitalismu u dětí v předškolním věku.
- Cíl 2:** Zjistit, jaký přínos mají využívaná opatření k prevenci hospitalismu pro lékaře, sestry, rodiče a hospitalizované děti.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě definovaných cílů byly položeny tyto výzkumné otázky (VO):

- VO 1:** Jaká preventivně orientovaná opatření využívá personál vybraných dětských oddělení k předcházení hospitalismu u dětí v předškolním věku?
- VO 2:** Jaký přínos mají využívaná preventivní opatření pro lékaře?
- VO 3:** Jaký přínos mají využívaná preventivní opatření pro sestry?
- VO 4:** Jak vnímají rodiče možnosti poskytované personálem vybraných dětských oddělení v prevenci možných negativních důsledků v souvislosti s hospitalizací jejich dítěte?
- VO 5:** Jaký efekt mají nabízená preventivní opatření pro hospitalizované děti?

3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce

Hospitalismus – soubor negativních faktorů zapříčiněných dlouhodobým pobytem nemocného ve zdravotnickém zařízení, které se projevují jeho negativními reakcemi (Zacharová et al., 2007).

Preventivně orientovaná opatření – je soubor takových opatření, která vedou k odvrácení negativních projevů.

Předškolní věk – začíná po ukončení batolecího období po 3. roce života dítěte a trvá do jeho 6 let, tedy do doby obvyklého zahájení základní školní docházky (Klíma et al., 2016).

4 Metodika

4.1 Použitá metoda

Téma diplomové práce bylo v empirické části zpracováno metodou kvalitativního výzkumného šetření. Tuto metodu popisuje Kutnohorská (2009) jako nematematický analytický postup, který spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení základních složek a vyhledání vzájemných závislostí v charakteristice jejich celostní struktury.

K získání základních informací byla využita metoda dotazování a technika hloubkových rozhovorů. Dle Švaříčka, Šedové et al. (2007) lze hloubkový rozhovor charakterizovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu obvykle jedním výzkumníkem pomocí otevřených otázek. Výhodu těchto otevřených otázek spatřuje Kutnohorská (2009) především ve volnosti odpovědi, která je respondentovi ponechána, ale zároveň mu předem nenapovídá žádné řešení.

Rozhovory byly realizovány v období únor a březen 2017 na dvou dětských odděleních nemocnic v Jihočeském a Moravskoslezském kraji. Z důvodu zajištění anonymity a ochrany osobních dat nejsou v diplomové práci jména nemocnic zveřejněna. Od obou subjektů byl získán písemný souhlas s provedením výzkumného šetření od náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, které byly předem seznámeny s tématem diplomové práce a metodou jejího zpracování. Konkrétní termíny praktického provedení rozhovorů byly v jednom případě dojednány osobně s vrchní sestrou dětského oddělení a ve druhém telefonicky s primářem dětského oddělení. Oba oslovení byli podrobně seznámeni s tématem a předpoklady pro vypracování diplomové práce.

K rozhovorům byly rámcově připraveny otázky, které byly sestaveny cíleně dle požadavků pro každou kategorii z řad respondentů (příloha 3, 4, 5) v souladu se stanovenými cíli. V rámci dotazování a průběžného získávání informací byly respondentům pokládány doplňující otázky. Předností těchto doplňujících otázek je dle Kutnohorské (2009) specifikace pole pro odpověď, jež nutí respondenta držet se tématu daného otázkou.

Před započítáním rozhovorů byl každý z dotazovaných seznámen s tématem práce, cíli a metodikou výzkumu. V případě hospitalizovaných dětí, vzhledem k jejich věku, byly tyto skutečnosti sděleny pouze jejich zákonným zástupcům, od kterých bylo zároveň nutné získat souhlas k praktickému uskutečnění samotných rozhovorů s dětmi. Tyto souhlasy byly ústně získány od matek před započítáním rozhovorů, které byly dále

realizovány v jejich přítomnosti. V průběhu výzkumného šetření byla se souhlasem respondentů pořízena fotodokumentace, která tvoří součást přílohy.

Místem rozhovorů byly denní místnosti lékařů, sester a pokoje pacientů dětských oddělení obou nemocnic. V úvodu rozhovorů byly každému z respondentů položeny otázky identifikačního charakteru, které jsou zpracovány do přehledných tabulek (Tabulka 1, 2, 3 a 4). Průměrná délka rozhovorů se pohybovala v rozpětí 40 minut až 1,5 hodiny. Tyto rozhovory byly se souhlasem všech respondentů zaznamenávány na audio zařízení (diktafon) a po jejich dokončení byly přímou transkripcí přepsány do textové podoby v programu Microsoft Word. Celkem bylo uskutečněno a zpracováno 16 rozhovorů. Vzhledem k množství získaných dat byly tyto přepisy rozhovorů vloženy jako zvláštní příloha k práci (příloha CD).

Takto písemně zpracované údaje byly převedeny do tištěné podoby a následně byly podrobeny důkladné analýze metodou otevřeného kódování v ruce, způsobem papír a tužka. Tuto metodu popisují Švaříček, Šed'ová et al. (2007) jako techniku, která je využívána díky své jednoduchosti a současně účinnosti ve velmi široké škále kvalitativních projektů. Autoři dále uvádějí, že tato metoda otevřeného kódování obecně reprezentuje operace, pomocí nichž jsou získané údaje podrobně rozebrány, specifikovány a následně opět složeny zcela novým způsobem.

K tomuto účelu byly všechny rozhovory rozstříhány na jednotlivé části a opět složeny novým způsobem dle souvislostí nalezených ve výpovědích respondentů. Rozhovory s jednotlivými účastníky výzkumu jsou pro přehlednost a v souladu se záměrem práce očíslovány dle charakteristických skupin respondentů číslem 1 až 4 a označeny symboly L (Lékař/ka), S (Sestra), M (Matka), D (Dítě). Na tyto symboly je dále odkazováno v práci následovně např. S1 – rozhovor se sestrou 1, nebo M3 – rozhovor s matkou 3.

V souladu se stanovenými cíli byl postup analýzy rozhovorů rozdělen do tří fází. V první fázi byly zpracovány rozhovory se zdravotníky. Ve druhé fázi byly analyzovány údaje získané od matek a třetí fáze spočívala v podrobné analýze rozhovorů s dětmi.

Tímto způsobem bylo identifikováno 13 kategorií. Pro lepší orientaci jsou jednotlivé kategorie zpracovány také do schémat.

4.2 Výběr výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru byl účelový a je rozdělen do 4 základních kategorií respondentů dle výzkumných požadavků práce. Každou jednotlivou kategorii reprezentují 4 účastníci výzkumného šetření. První skupinu dotazovaných tvoří lékaři pracující na lůžkovém dětském oddělení. Mezi lékaři byli tři ženy a jeden muž. Jejich celková délka praxe u dětí se pohybovala v rozmezí 4 roky až 24 let. Věk lékařů byl v rozmezí 32 až 50 let. Druhou skupinu respondentů tvořily sestry, které taktéž pracují na lůžkovém dětském oddělení a jejichž věk byl 33 let až 52 let. Jejich celková délka praxe se pohybovala v rozpětí 10 let až 34 let. Vzdělání měly středoškolské (dále jen SŠ), vyšší odborné (dále jen VOŠ) a specializační. Třetí a čtvrtá skupina dotazovaných byla zastoupena matkami ve společné hospitalizaci a jejich dětmi v předškolním věku. Věk matek byl v rozmezí od 26 let do 36 let. Věk hospitalizovaných dětí od 3 do 6 let. Výše zmíněný výzkumný soubor tvořili zástupci obou zkoumaných subjektů rovnoměrně v zastoupení 2 respondentů z každé základní kategorie. Toto rozdělení je znázorněno v tabulkách identifikačních údajů odlišným podbarvením.

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

V souladu se stanovenými cíli diplomové práce, tj. identifikovat preventivně orientovaná opatření, jejichž účelem je předcházet možným negativním projevům u dítěte v souvislosti s hospitalizací na vybraných dětských odděleních, probíhalo výzkumné šetření ve dvou záměrně vybraných nemocnicích.

První nemocnice se nachází v Jihočeském kraji a druhá v kraji Moravskoslezském. Nemocnice v Jihočeském kraji je akciovou společností, jejímž jediným akcionářem je Jihočeský kraj. Dětské lůžkové oddělení této nemocnice je prostorově uzpůsobeno do samostatných průchozích stanic pro kojence, batolata, větší děti a dorost. Oddělení má 23 lůžek. Pokoje jsou zde jednolůžkové i dvoulůžkové. Na stanici kojenců a batolat jsou v každém pokoji také připravena lůžka pro doprovod dítěte. Dále oddělení disponuje dvěma hernami rozdělenými zvlášť pro malé a velké děti a místnost s počítači. Součástí oddělení je ambulance a oddělení jednotky intenzivní péče.

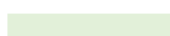
Nemocnice v Moravskoslezském kraji je taktéž akciovou společností. Tvoří samostatný právní subjekt a jejím jediným akcionářem je společnost AGEL a.s. Dětské lůžkové oddělení tvoří jednotný komplex pro děti všech věkových kategorií. Pokoje jsou

jednolůžkové a dvoulůžkové a pro děti do šesti let věku jsou vybaveny také lůžky pro jejich doprovod. Na oddělení je celkem 35 lůžek. Součástí oddělení je rovněž jednotka intenzivní péče. Naproti ní je pokoj pro matky. K dispozici je prostorná herna, která je rozdělena na dvě části, z nichž jedna slouží také jako jídelna.

5 Výsledky

Legenda:

 Respondenti z Jihočeského kraje

 Respondenti z Moravskoslezského kraje

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů – Lékaři

Respondent	Věk	Délka praxe na dětském oddělení
Lékařka (L1)	32 let	4 roky
Lékařka (L2)	41 let	13 let
Lékař (L3)	50 let	24 let
Lékařka (L4)	41 let	16 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 – Identifikační údaje respondentů – Sestry

Respondent	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání/specializace	Délka praxe na dětském oddělení
Sestra (S1)	52 let	SŠ/dětská sestra	34 let
Sestra (S2)	46 let	SŠ/všeobecná sestra/dětská sestra	11 let
Sestra (S3)	43 let	VOŠ/dětská sestra	13 let
Sestra (S4)	33 let	VOŠ/dětská sestra	10 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3 – Identifikační údaje respondentů – Matky

Respondent	Věk	Společná hospitalizace s dítětem	Zkušenost s hospitalizací s dítětem
Matka (M1)	29 let	ANO	NE
Matka (M2)	36 let	ANO	ANO
Matka (M3)	26 let	ANO	NE
Matka (M4)	30 let	ANO	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

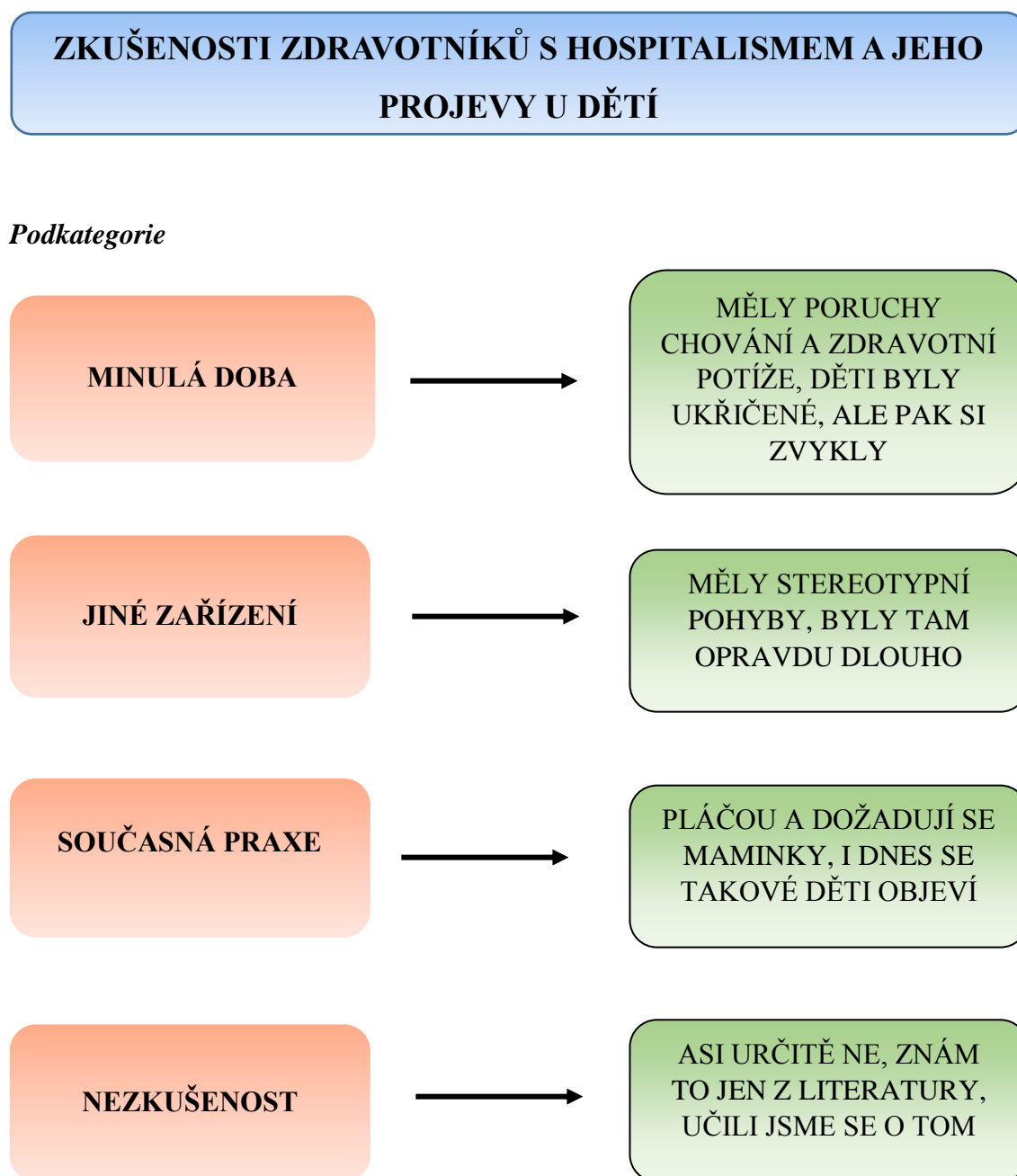
Tabulka 4 – Identifikační údaje respondentů – Děti

Respondent	Pohlaví	Věk	Den hospitalizace	Zkušenosti s hospitalizací
Dítě (D1)	dívka	4 roky	5	NE
Dítě (D2)	chlapec	5 let	4	NE
Dítě (D3)	chlapec	3 roky	3	NE
Dítě (D4)	dívka	6 let	3	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

5.1 Výsledky rozhovorů s lékaři a sestrami

Schéma 1 – Kategorie: Zkušenosti zdravotníků s hospitalismem a jeho projevy u dětí



Výše znázorněná kategorie je zaměřena na osobní zkušenosti respondentů, s jakými projevy dětského hospitalismu se ve své praxi setkali. Na podkladě analýzy rozhovorů byly vytvořeny čtyři podkategorie a definovány pojmy: minulá doba, jiné zařízení, současná praxe a nezkušenost. Tyto podkategorie znázorňuje schéma 1.

Na otázku, zda se lékaři i sestry ve své praxi někdy setkali s hospitalismem a jeho projevy, 6 z 8 dotázaných odpovědělo ano. Zkušenosti těchto respondentů pramení

z doby profesních začátků, z praxe v jiném zařízení, ale také ze současné praxe. Zkušenost s hospitalismem z dřívější doby popsal L3 takto: „*Tenkrát jsme to nebrali jako hospitalismus, že by to bylo něco špatně, tenkrát jsme to brali tak, že holt ty děti se v té nemocnici tak chovají. Takže ano, když se na to dívám zpětně, jestli měly děti nějaké poruchy chování nebo zdravotní potíže v souvislosti s hospitalizací a porovnám to se situací dnes, tak ano, měly. Děti byly ukřičené, a pak si zkrátka zvykly*“. Dále dodal, že děti byly hospitalizované dlouho a samy.

Podobnou zkušenost měla také S1, která se s projevy hospitalismu setkala jako začínající sestra, kdy byly ještě děti hospitalizované bez rodičů a pobývaly v nemocnici dlouho. Svou zkušenost dále popsala takto: „*Návštěvy na oddělení nesměly, tak ty děti v celku dost trpěly. Děti se klátily v postýlce, byly takové apatické, nejdřív křičely, a pak pořád brečely, a tak se pořád bimbaly v postýlce*“. Respondentka S2 se také setkala s projevy hospitalismu dříve při své odborné praxi na dětské psychiatrii a charakterizovala je jako: „*...takový to klasický bimbání*“. Dále své zkušenosti doplnila slovy: „*Ale u nich to bylo těžké rozpoznat, co je k nemoci a co k tomu pohybu, ale hodně toho je asi proto, že už tam jsou fakt dlouho a bez rodičů*“.

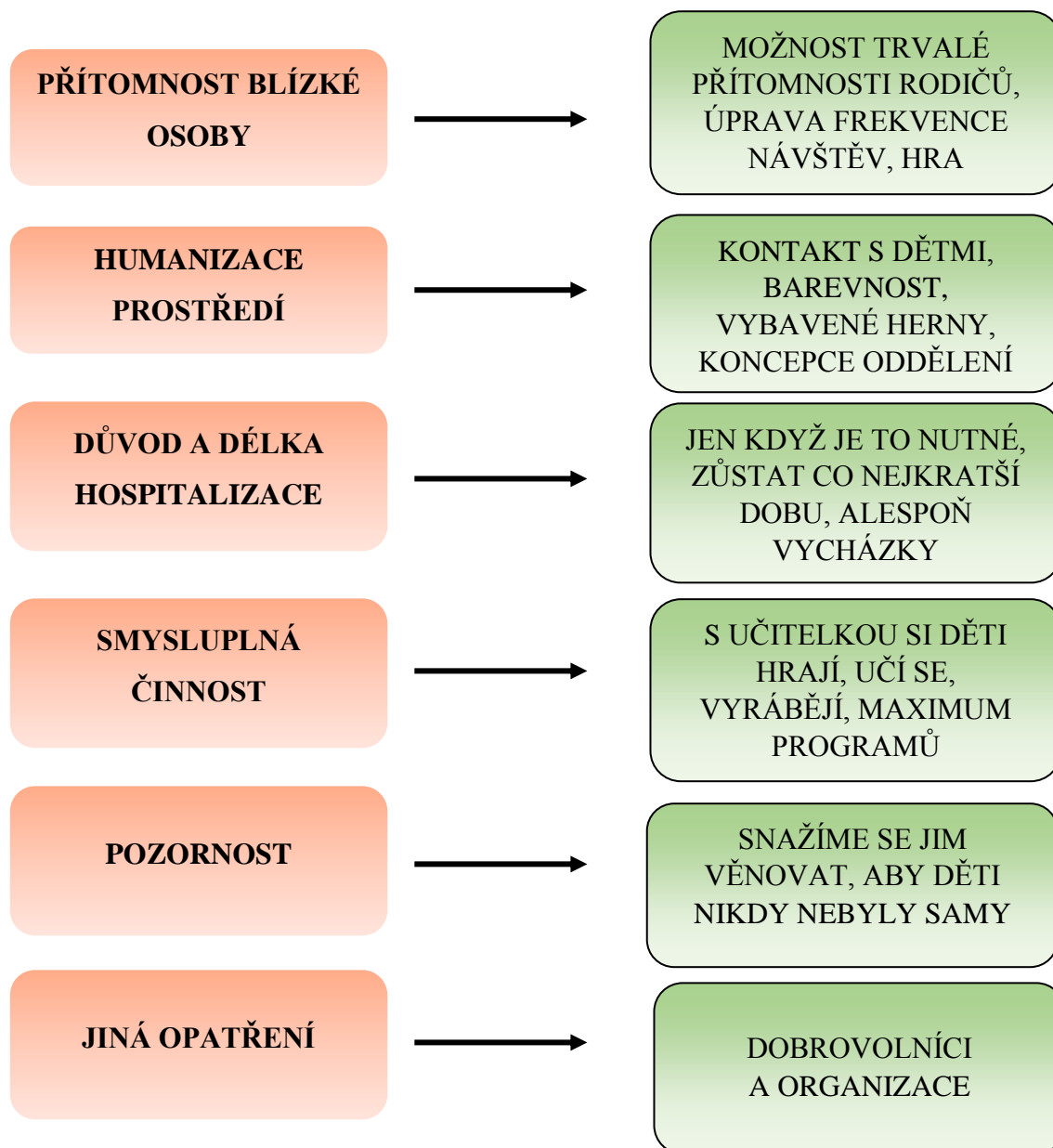
Respondentky L4, S3 a S4 uvedly, že se setkávají s projevy hospitalismu i ve své současné praxi, zejména u kojenců a batolat, kteří jsou opakovaně hospitalizovaní nebo jsou hospitalizovaní bez rodičů, anebo pochází-li dítě z emočně deprivované rodiny. Lékařka L4 charakterizovala tyto děti jako: „*Uplakané, apatické nebo už takové odevzdané, anebo jsou naopak ukřičené, ale většinou se u nich rychle střídají takové změny v chování*“. Sestra S3 doplnila, že izolací od rodičů trpí nejen kojenci a batolata, ale také děti v předškolním věku a svou zkušenost definovala následovně: „*První, co přijde je taková ta separační úzkost, kdy ty děti pláčou a dožadují se maminky. Od těch půl roku věku do těch šesti let to děti prožívají úplně nejvíc*“.

Naopak respondentky L1 a L2 tvrdily, že se s projevy hospitalismu nikdy neseťkaly. L1 na otázku, zda se někdy setkala s projevy hospitalismu u dětí, odpověděla otázkou: „*S projevy čeho?*“ Po objasnění pojmu řekla: „*Asi určitě ne. Tak když je to dítě nemocný, tak je prostě mrzutý, nekomunikuje nebo nepozdraví, je zalezlý v postýlce a brečí. To je normální*“. L2 znala pojem hospitalismus z literatury, ale osobně se s jeho projevy nikdy neseťkala.

Schéma 2 – Kategorie: Preventivní opatření k předcházení negativních důsledků u dětí v předškolním věku v souvislosti s hospitalizací

PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ K PŘEDCHÁZENÍ NEGATIVNÍCH DŮSLEDKŮ HOSPITALIZACE

Podkategorie



Výše uvedená kategorie se zaměřuje na faktory, které jsou aplikovány u předškolních dětí v rámci preventivně orientovaných opatření ke zmírnění negativních důsledků v souvislosti s hospitalizací na vybraných dětských odděleních. Z analýzy získaných dat

bylo vytvořeno šest podkategorií: přítomnost blízké osoby, humanizace prostředí, důvod a délka hospitalizace, smysluplná činnost, pozornost a jiná opatření. Výsledky jsou znázorněny ve schématu 2.

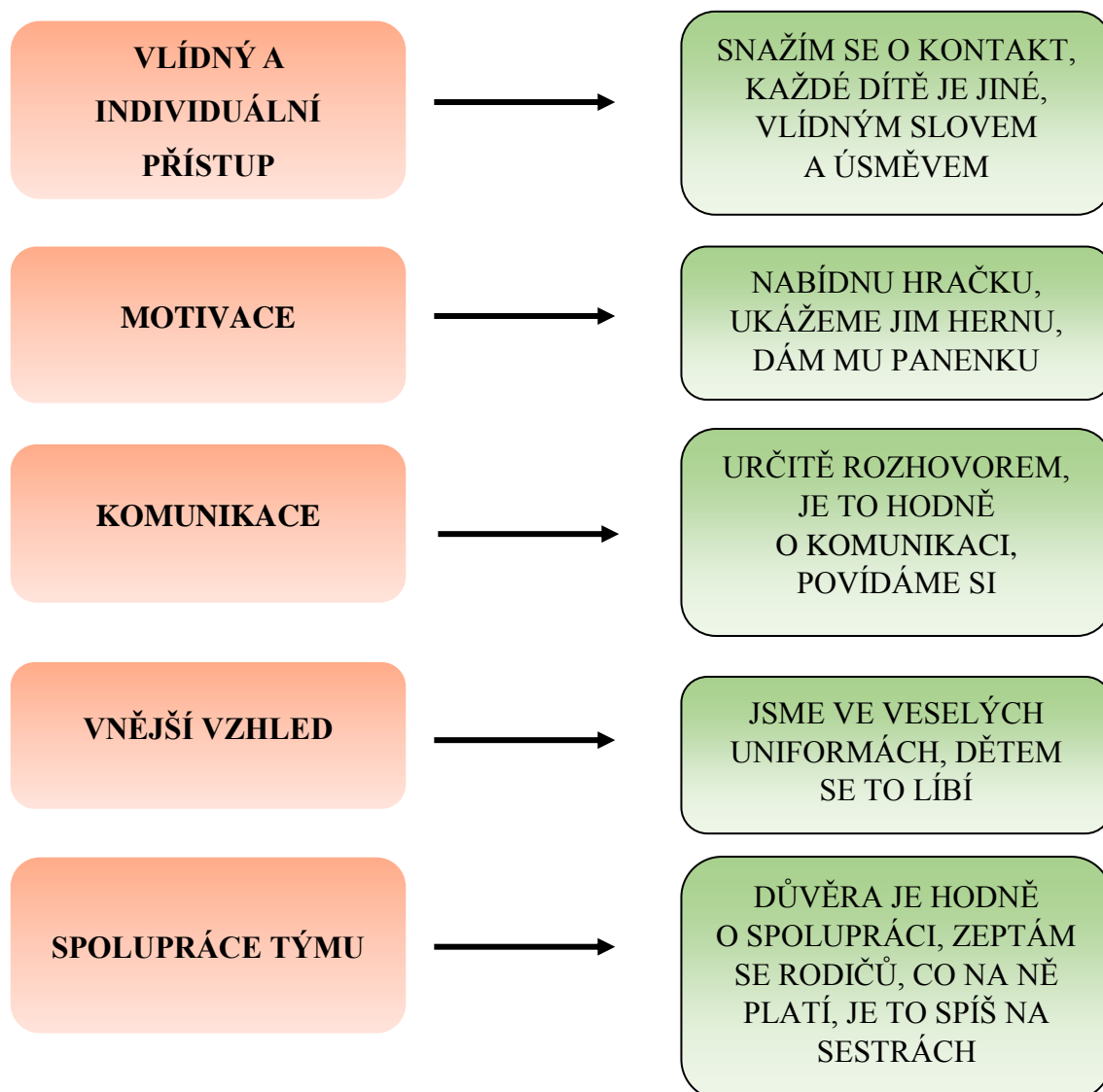
Všech osm dotazovaných zdravotníků z obou dětských oddělení na otázku, Jaká preventivní opatření aplikují? shodně uvedli, že základním preventivním opatřením je pro dítě rodič. Zejména pak má-li možnost trvale zůstat s dítětem po celou dobu hospitalizace. S1 doplnila: *„Nejlepší je samozřejmě hospitalizace s maminkou, nebo s někým z rodiny“*. Pokud však rodič z nějakého důvodu nemůže u dítěte zůstat, řeší to respondentky S3 a S4 dohodnutím alespoň jejich častých návštěv. S4 dodala: *„Snažíme se, aby tady rodiče mohli být, aby to dítě bylo co nejvíce v klidu jako doma, i když víme, že to doma není. Ale snažíme se, aby tu ti rodiče byli alespoň na ten denní pobyt“*. Respondentky S1 a S2 také uvedly, že se v případě nepřítomnosti rodičů při hospitalizaci dítěte snaží dítě zabavit hračkami, nebo něco pro děti vyrábějí. S1 dodala: *„S kolegyněmi vytváříme nějaké masky Mikulášů a čertů, ale to většinou u dětí, u kterých nejsou rodiče. Jinak se jim věnuje učitelka“*.

Dalším neméně důležitým faktorem je dle všech osmi respondentů doba hospitalizace a důvody pro přijetí dítěte k hospitalizaci, což je dle respondentky L2 v souladu s Chartou práv dětí v nemocnici a jejím dodržováním. K tomuto L2 dále doplnila: *„To znamená, hospitalizovat to dítě opravdu až když je to nutné“*. Pak je to určitě doba hospitalizace, aby byla co nejkratší“. Respondent L3 je stejného názoru a dodal: *„Při delší hospitalizaci se snažíme dát propustku na víkend nebo alespoň umožníme procházky, aby to dítě změnilo prostředí“*. Současně doplnil: *„Snažíme se dětem nabízet maximum programů, které by děti zabavily a krátily čas v době hospitalizace“*. S3 kladla důraz také na vzhled prostředí, ve kterém se dítě ocitne a řekla: *„Snažíme se i oddělení vybavit barevně, aby bylo pro děti hezké, aby je stimulovalo“*. L3 zdůraznil také vytvoření určité koncepce oddělení, které musí co nejvíce odpovídat domácím podmínkám v kontaktu nejen s vrstevníky, ale i s dětmi staršími. Z rozhovorů dále vyplynulo, že na obou odděleních pracují učitelky a angažují se zde také nadační a neziskové organizace a dobrovolníci.

Schéma 3 – Kategorie: Využívané metody a postupy k získání důvěry u předškolních dětí

VYUŽÍVANÉ METODY A POSTUPY K ZÍSKÁNÍ DŮVĚRY U PŘEDŠKOLNÍCH DĚTÍ

Podkategorie



Uvedená kategorie Využívané metody a postupy k získání důvěry u předškolních dětí vznikla na základě položené otázky, jakým způsobem či prostředky se snaží zdravotníci získat důvěru předškolních dětí. Zmíněná kategorie mapuje postupy a metody zdravotníků, které využívají v této problematice. Na základě podrobné analýzy zjištěných

výsledků vzniklo pět podkategorií, které jsou definovány pojmy: vlídný a individuální přístup, motivace, komunikace, vnější vzhled a spolupráce v týmu. Jednotlivé podkategorie jsou znázorněny ve schématu 3.

Respondentky L1, L2, S1, S3 a S4 pokládají za důležité využít k navázání důvěry vlídný a individuální přístup. L2 si získává důvěru: „...vlídným slovem a úsměvem. *Nechvátám na ně. Chce to čas. Každé dítě je jiné a vyžaduje jiný přístup*“. S3 uvedla: „*Dáváme jim na výběr a vždycky necháváme děti, aby si vybraly, co chtějí, ony si samy řeknou, co je zajímavá*“. Z tohoto tvrzení také částečně vyplynula potřeba motivace, která je z rozhovorů také patrná.

Zdravotníci se snaží dítě zaujmout především nějakou hračkou, úplatky či zajímavými činnostmi. S3 řekla: „*Nabídneme jim hračky, malování a podobně. Ukážeme jim hernu a pokojík*“. K tomu doplnila: „*Děti jsou na herny zvyklé třeba ze školky a myslím si, že je to takhle lépe, než se s tím dítětem začne něco dělat*“. S4 vidí smysl také ve využití Kiwanis panenek, které děti dostávají při příjmu do nemocnice, mohou si je vymalovat a odnést domů.

Z rozhovorů je dále patrné, že důležitou součástí je dobrá a efektivní komunikace s dítětem a s rodiči. Respondentky S2 a L4 využívají pomoci rodičů, od kterých se snaží získat informace, co na které dítě platí.

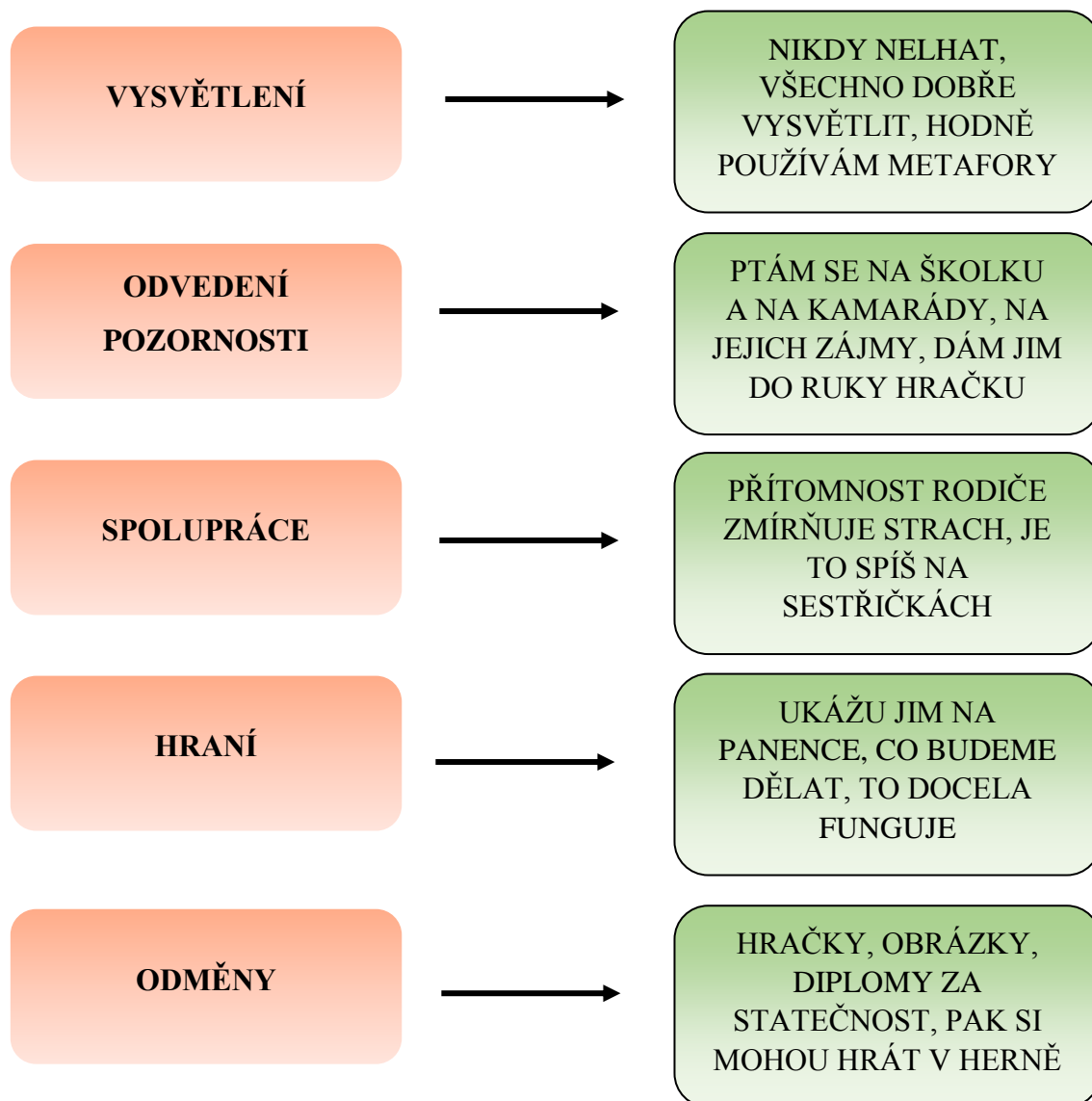
S1 a S2 považují za důležitý prvek také vnější vzhled. Na jejich oddělení nosí sestry a lékařky barevné obrázkové uniformy. Vidí v nich především snazší cestu v komunikaci mezi zdravotníky a dětmi. Respondentka S1 v jejich uniformách spatřuje význam v eliminaci strachu při prvotním kontaktu s dítětem. K tomu dodala: „*Je vidět, že se jim to líbí. Prohlíží si obrázky. Alespoň děti nemají syndrom bílých plášťů*“.

L4 vidí úspěch v získání důvěry dětí také v dobré spolupráci ve zdravotnickém v týmu. Doslova řekla: „*Důvěra dětí je hodně o spolupráci nás a sestřiček*“.

Schéma 4 – Kategorie: Aplikované metody a postupy ke zmírnění strachu z vyšetření a invazivních výkonů u dětí v předškolním věku

APLIKOVANÉ METODY A POSTUPY KE ZMÍRNĚNÍ STRACHU U DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Podkategorie



Kategorie Aplikované metody a postupy ke zmírnění strachu z vyšetření u předškolních dětí popisuje metody a postupy aplikované zdravotníky v této problematice. Podrobnou analýzou následně vzniklo pět podkategorií, které lze vyjádřit pojmy: odvedení pozornosti, vysvětlení, spolupráce, hraní a odměny, znázorněné ve schématu 4.

Na otázku, jakými metodami a prostředky se snaží u dítěte zmírnit strach při vyšetření nebo invazivních výkonech, zazněly nejčastěji odpovědi většiny respondentů (L4, L2, S1, S2, S3, S4), které lze souhrnně vyjádřit jako „vysvětlení“, co se bude dělat a „odvedení pozornosti“ k něčemu jinému. K tomu S3 uvedla toto: *„Tak například já půjdu dělat u dítěte ráno odběry, všechno mu vysvětlím a ukážu, to musím, řeknu mu, až ho to píchne, ale už mu zároveň do druhé ruky nabízím nějakou hračku, ať se s ní poňuchná, tu si vybere z bedny, a mezi tím se ho ptám, do jaké školky chodí a jestli tam má kamaráda a takové věci, abych odpoutala jeho pozornost od bolesti“.*

Respondentky L2, L4, S3, S2 se také shodly v názoru, že dětem je důležité nejen vše dobře vysvětlit, ale především nelhat. K tomu dodala L4: *„Předškolákům se to musí vysvětlit, a hlavně říct pravdu, ne říct, že to nic nebude, a pak přijít a vrazit mu jehlu do ruky, tak to určitě ne“.*

K vysvětlení a současnému zmírnění strachu dále používají S2 a L4 pro představivost metafory. Například když kanylu přirovnávají k brčku anebo jehličku ke štípnutí komárkem nebo včeličkou.

Respondentka L4 také u této kategorie zmiňovala velký význam spolupráce mezi nimi a rodiči. Uvedla, že pokud je rodičům důkladně vysvětleno, co bude následovat, mohou alespoň částečně své dítě na vyšetření připravit. Zároveň zdůraznila nemalý vliv samotné přítomnosti rodičů u vyšetření a svou odpověď doplnila: *„Přítomnost rodičů také hodně zmírňuje u dětí strach. Má tam někoho blízkého, koho dobře zná a nemá tam jenom toho neznámého bílého doktora“.*

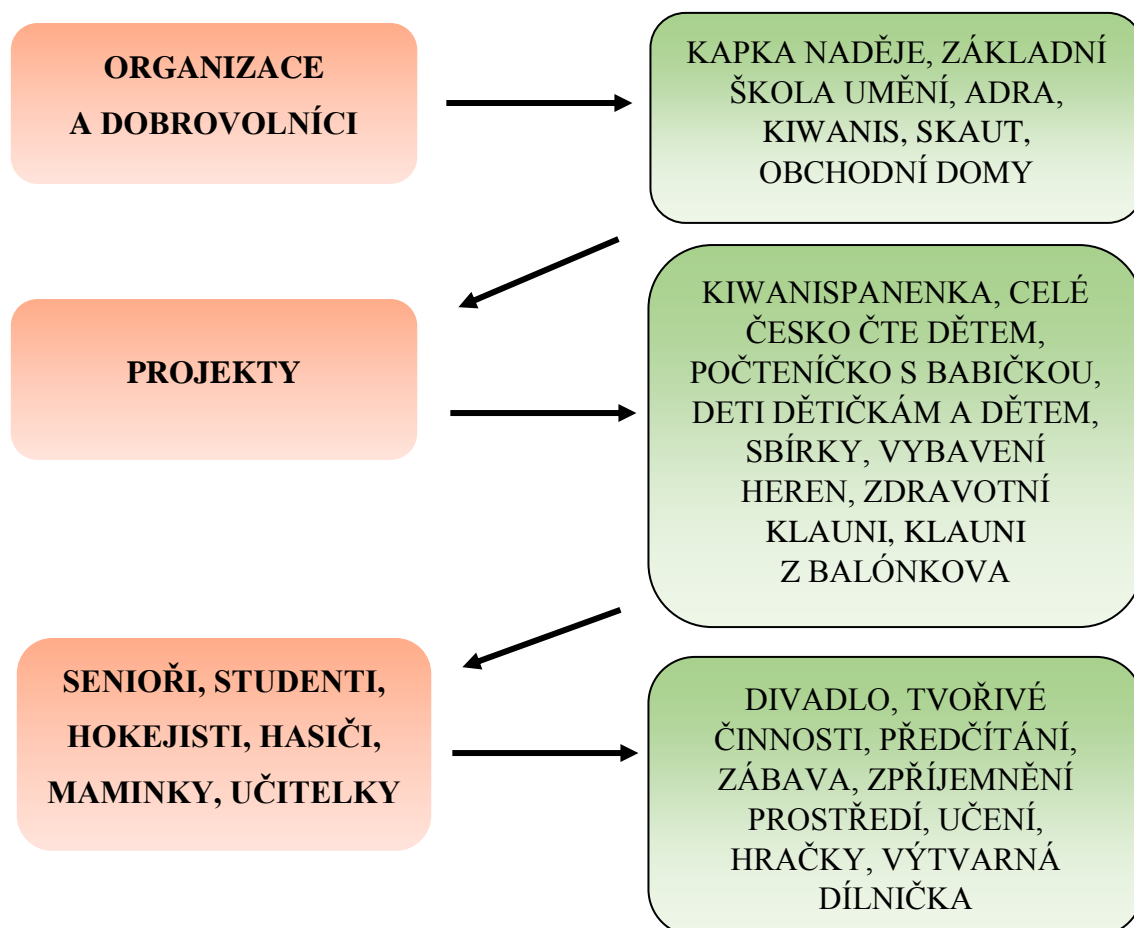
Respondenti L1, L2, L3 a L4 zároveň shodně uvedli, že při zmírňování strachu u vyšetření a výkonů je velmi důležitá zejména spolupráce se sestrami. Toto tvrzení lze doložit odpovědí lékařky L2: *„Ale spíš je to na sestřičkách, ty už v tom jsou zběhlé, jak na děti“.*

Respondentky S1 a L4 ve své praxi pro zmírnění strachu před invazivními výkony nebo vyšetřeními využívají také Kiwanis panenku, na které názorně ukazují, co chtějí s dítětem dělat. S3 a S4 využívají v této problematice strategii odměn v podobě hraček nebo diplomů za statečnost, které dle jejich slov mají velký úspěch. S4 na otázku odpověděla: *„Předškoláci už si nechají za odměnu říct. Jsou šikovní, u nás má odměna velkou váhu“.* S3 využívá také formu odměny v podobě motivace, kterou popsala následovně: *„Dítě vždycky provedu přes hernu a řeknu mu, že až si ho prohlédne pan doktor, nebo až mu uděláme vše, co je třeba, tak si na tu hernu půjde hrát. A tím, že už to dítě tu hernu vidělo, tak ho tam něco upoutá a už to pro něho není tak stresující“.*

Schéma 5 – Kategorie: Organizace a dobrovolníci v péči o hospitalizované děti

ORGANIZACE A DOBROVOLNÍCI V PÉČI O HOSPITALIZOVANÉ DĚTI

Podkategorie



Tato kategorie byla rozpracována na podkladě analýzy získaných údajů a mapuje působení organizací a dobrovolníků na vybraných dětských odděleních a jejich spolupráci s nimi. Zjištěné výsledky jsou zobrazeny ve schématu 5.

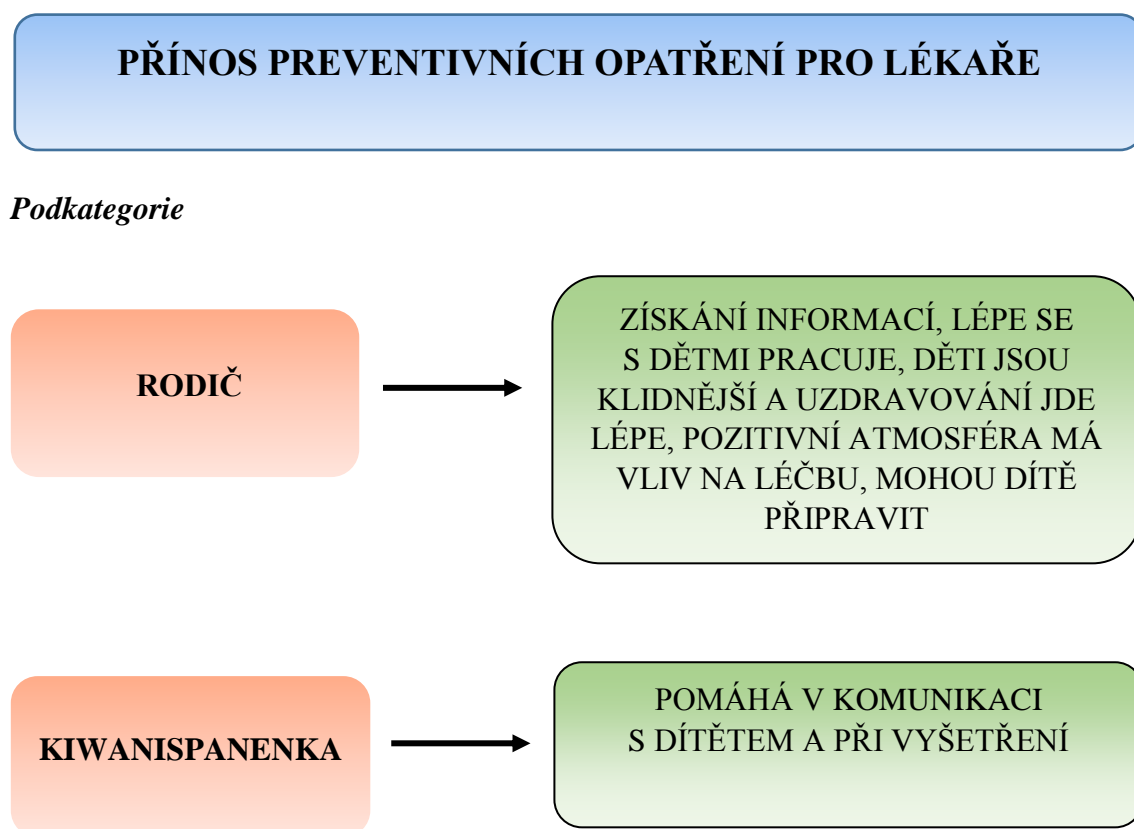
Respondentky S1 a S2 z Jihočeského kraje uvedly, že na jejich oddělení využívají herní klauny, ale spolupracovaly také se Střední zdravotnickou školou a organizací Kiwanis s projektem Kiwanis panenka. S1 uvedla: *Chodí k nám jednou za měsíc klauni. Sestřičky ze Zdravky dělaly pohádkové odpoledne, ale to už se taky nedělá. Měli jsme tu panenky Kiwanis.*“

S2 ještě k otázce spolupráce s organizacemi dodala: „*Dřív tu byla nějaká společnost, ale tam byla nějaká neshoda s vedením, a nakonec to nedopadlo. Jinak dál o ničem nevím*“. V otázce názoru na působení klaunů na oddělení respondentka S1 řekla: „*U velkých není problém, ale malé děti se bojí. Některé maminky těchto malých dětí to ani nechtějí, tak je tam nepouštíme. Některé kolegyně je nemusí. Mně nevadí. Ale jednou za měsíc na chvíli je málo*“. Lékařky L1 a L2 měly povědomí o přítomnosti klaunů na oddělení, ale o jiných prvcích nevěděly. Respondentky L2, S1 a S2 se také zmínily o vybavení herny organizací Kapka naděje a sbírkách hraček hokejisty, hasiči, maminkami a obchodními domy.

Respondenti L3, L4, S3 a S4 z Moravskoslezského kraje také uvedli, že na jejich oddělení spolupracují se zdravotními klauny a dobrovolnickými organizacemi a dobrovolníky. Respondent L3 konkrétně uvedl: „*Spolupracujeme s organizacemi Adra a Kiwanis, máme tu klauny, babičky, co čtou dětem. Spolupracujeme i se základní uměleckou školou, která nám pomáhá vyzdobit oddělení různými tematickými obrazy, které malují žáci. Tento projekt se jmenuje „Děti dětičkám a dětem“.* Každý rok je to zaměřené na jedno téma. *Letos to jsou komiksy, loni to byl podmořský svět, před tím to bylo zaměřené na sport nebo jídlo. Všechny ty obrazy rozmísťujeme po oddělení. Dobrovolníci z Adry tu dělají s dětmi různé tematické věci například k Velikonocům nebo k Vánocům, nebo jim zde pořádají nějaké divadlo.* S3 dále doplnila: „*Každou středu je tu výtvarná dílnička, kde děti něco vyrábějí s paní učitelkou nebo odpoledne s dobrovolníky z Adry. Máme tu také dva klauny, kteří chodí pravidelně každý týden. Jednoho zdravotního klauna a klauna z Balónkova, ti jim většinou nafukují balónky, ale ti zdravotní jsou také úžasní. Ještě jsme vymysleli další program ve spolupráci s Adrou, s naší paní učitelkou a s „Celé Česko čte dětem“.* Věnujeme se každý měsíc nějakému tématu *České knihy a paní učitelka si pak s dětmi o těch knihách vypráví a v rámci té dílničky si ty postavičky třeba vyrábějí. Ted' se četlo od Václava Čtvrťka Křemílek a Vochomůrka a děti je malovaly nebo vyráběly z modelíny*“. L3 doplnil: „*Spolupracujeme patnáct let také se Skautem, který každý rok o Vánocích na Štědrý den v kostele vybírá dárky, a pak je dětem donesou. To jsou projekty, které mají svůj smysl. Spolupracujeme také se seniory, kteří jsou již v důchodu a cítí se potřební a chtějí se do něčeho zapojit a něco ještě dělat, tak ti nám sem chodí pravidelně dětem předčítat. Nazýváme to „Počteníčko s babičkou“.* Všichni dobrovolníci, kteří nám sem chodí pomáhat, mají určené časy *dopoledne nebo odpoledne, protože ty programy musí být*

dobře zkoordinované, aby se tu nepřekrývaly a aby děti měly náplň rozloženou do celého dne. Ale každý den tu někoho máme“.

Schéma 6 – Kategorie: Přínos preventivních opatření pro lékaře v souvislosti s léčebnou péčí o hospitalizované děti v předškolním věku

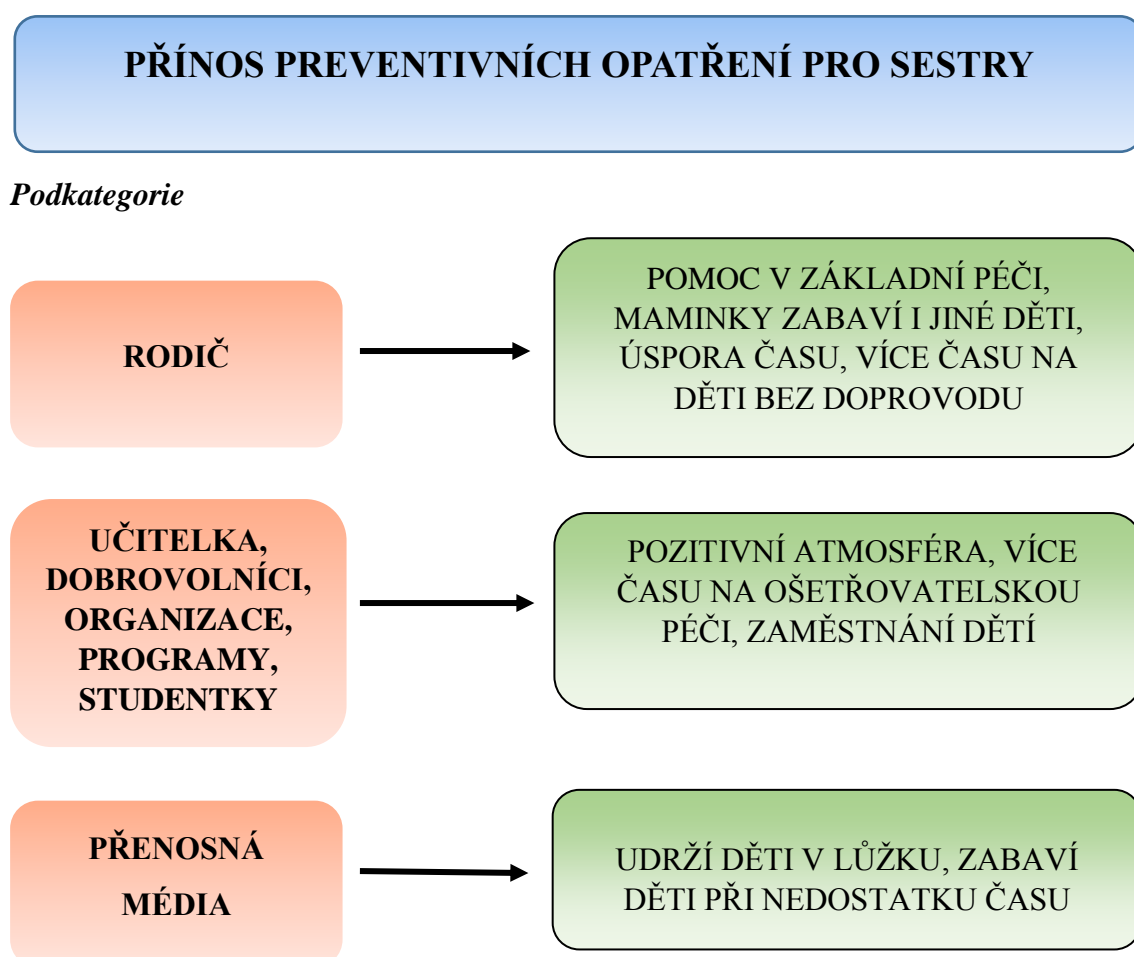


Uvedená kategorie identifikuje prvky preventivních opatření využívaných na jejich oddělení, které mají vliv na jejich přímou praxi. Tvoří ji dvě podkategorie, které jsou znázorněny ve schématu 6.

Na otázku, jaký přínos mají preventivní opatření využívaná na jejich oddělení v souvislosti s jejich lékařskou péčí, se respondenti L1, L2, L3 a L4 shodli v názoru, že nejvýznamnější roli pro jejich práci sehrávají rodiče. L2 uvádí: „Jednoznačně rodiče. Děti jsou klidnější, když tu mají rodiče a lépe se s nimi pracuje. Všechno je mnohem snazší. Lépe se domluvíte, všechno, co potřebujete, zjistíte od rodičů“. L4 doplňuje: „Rodiče mohou to své dítě také připravit, když rodičům vysvětlíte, co se bude dít, tak Vám mohou pomoci a dítě částečně na vyšetření připravit“. Respondent L3 také zmínil, že je třeba zároveň rodičům vytvořit podmínky. Konkrétně říká: „Investice do rodičů se Vám

mnohonásobně vrátí tou péčí o to dítě. A to má vliv na celý uzdravovací proces. Vytváří to příznivou atmosféru a tím pádem můžeme zkracovat dobu hospitalizace“. Respondentky L1 a L2 kromě přínosu rodičů žádný jiný efekt v preventivních opatřeních pro sebe nevnímaly. L1 dodala: *„My léčíme nemoc. Nemám na to čas. To musí spíš sestřičky, ty jsou s těma dětma“.* Lékařka L4 se ještě zmínila, že ve své praxi využívá panenku, ve které spatřuje především prostředek komunikace mezi ní samotnou a dítětem v případě, nelze-li s ním navázat kontakt, nebo při vyšetření. Konkrétně uvedla: *„Mám tu takovou pomalovanou panenku, na které se dá dítěti ledasco vysvětlit. Mám na ní namalované nějaké orgány a kosti, srdíčko, plíce. Stalo se mi, že dítě přišlo s bolestí břicha a pořád nebylo schopné tu bolest lokalizovat, a když ukázalo na panenku, tak jsme se dobrali k tomu, že dítě bolí průdušky, takže má své opodstatnění a já s ní ráda pracuji“.* Na otázku, existují-li ještě některá jiná opatření, která mohou mít vliv na jejich činnost, se všichni výše zmínění respondenti v této kategorii shodli, že další využívaná preventivní opatření jsou spíše přínosem pro sestry a samotné děti.

Schéma 7 – Kategorie: Přínos preventivních opatření pro sestry v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče u dítěte v předškolním věku



V této oblasti byly respondentky dotazovány na preventivní opatření využívaná na jejich oddělení, která mají vliv na jejich ošetrovatelskou péči a jsou pro jejich činnost přínosem v souvislosti s jejich péčí o hospitalizované dítě. Na podkladě podrobné analýzy byly vytvořeny tři podkategorie, které jsou znázorněny ve schématu 7.

Všechny čtyři dotazované sestry (S1, S2, S3, S4) uvedly, že podstatný a nejdůležitější význam pro jejich práci představuje společná hospitalizace rodiče s dítětem, především hospitalizace s matkou. Oceňují jejich pomoc při provádění základní ošetrovatelské péče o děti.

Na otázku, jakým způsobem zapojují rodiče do péče o své dítě, odpověděla S3: „*Při hospitalizaci si rodiče dělají tu základní ošetrovatelskou péči sami tak, jak to dělají doma a jak jsou zvyklí, to znamená hygienu, krmení a podobně, když má to dítě zavedenou*

periferní linku, tak maminkám vysvětlíme a poradíme, jak o ni mají pečovat, naučíme rodiče vést bilanci tekutin, ošetřovat operační rány a podobně“. S2 doplňuje: *„Je toho tady opravdu hodně a mnohdy nám to fakt dost pomůže. Některé maminky se snaží a je vidět, že je to i baví, že jsou takové spokojené“.* Shodují se i v tvrzení, že přítomnost rodičů jim vytváří prostor v péči o děti bez doprovodu. S2 také shledává výhodu v přítomnosti maminky i v tom, že dle jejích slov: *„Kolikrát dokážou zabavit i děti, které nejsou jejich nebo tu jsou samy“.*

V otázce směřované k jiným využívaným opatřením respondentky S1, S2, S3 a S4 vyzdvihují pomoc dopolední přítomnosti učitelek na oddělení a shodně také přítomnost studentek ze střední zdravotnické školy, které si plní svou odbornou praxi. Sestra S1 dodala: *„My toho času na ty děti moc nemáme. Také tu máme paní učitelku na celé dopoledne, takže ta si s nimi hraje nějaké hry, malují, kreslí, sledují televizi.“*

Sestry S1 a S2 také zmínily televizi, tablety, telefony a počítače, které děti zabaví. Respondentky S3 a S4 z Moravskoslezského kraje jako přínos ve své práci oceňují působení organizací a dobrovolníků. Dle respondentky S3 má využívání těchto aspektů přímý vliv na její sesterskou práci. K tomu uvedla: *„Pomáhají nám moc, protože ty děti by byly závislé jenom na nás a vzhledem k podstavu sester, kdy ještě musíme zajišťovat příjmovou ambulanci, bychom tu péči nemohly dát takovou, kterou by ty děti potřebovaly. Takže, když tu máme nějakou tu organizaci, která se dětem věnuje, tak pro nás je to velká pomoc“.*

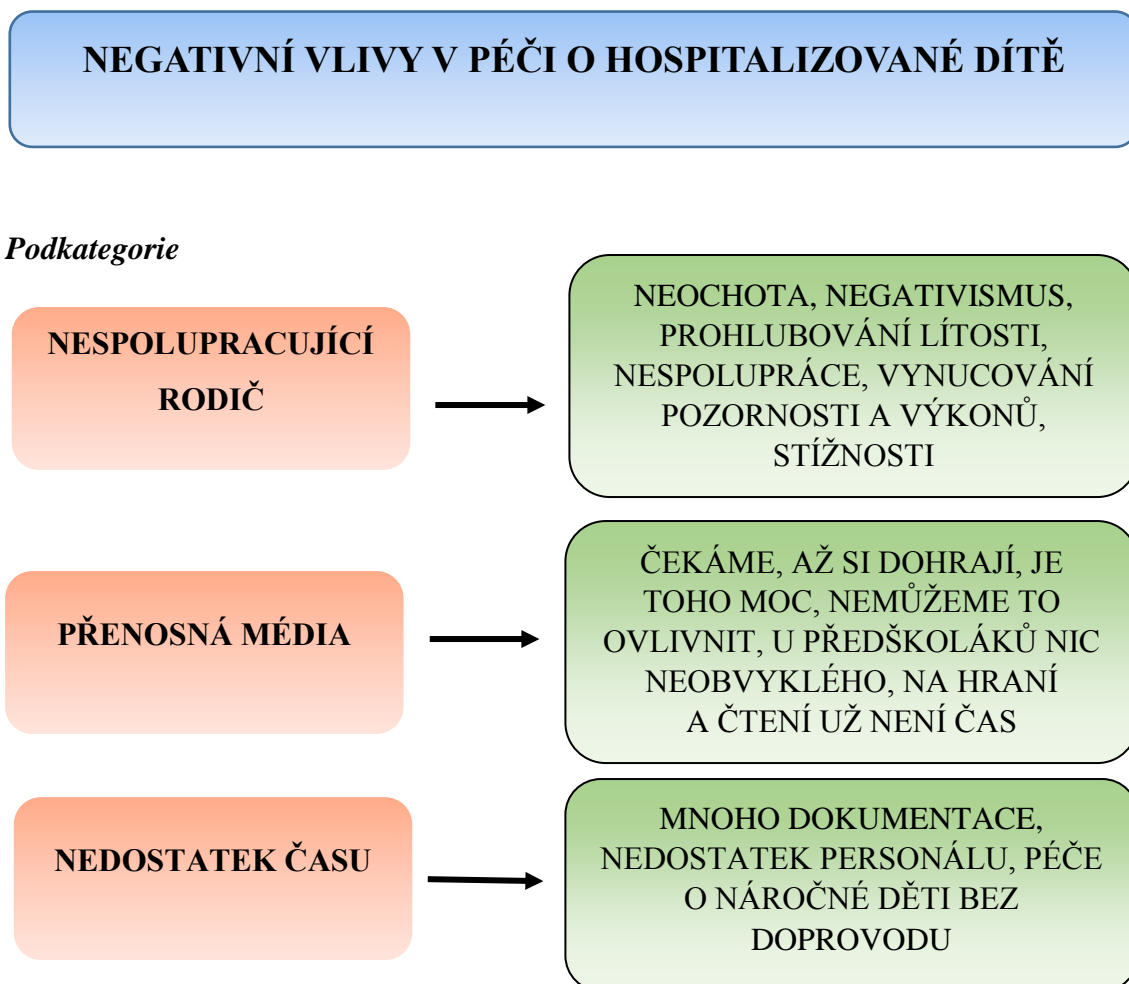
Sestry S3 a S4 ve své práci využívají Kiwanis panenku. S4 k tomu řekla: *„Také hodně využíváme Kiwanis panenku. Já s ní ráda pracuji. Děti na ní vykreslí i to, jak se cítí, nebo ukáží, kde je to bolí. Hodně s nimi pracuje paní učitelka ve školce“.* Sestra S3 k tomu uvedla: *„Je to i dobrý komunikační prostředek. Ta komunikace je vždycky nejlepší prostřednictvím ať panenek, nebo nějakou jinou hračkou, vždycky je to komunikační prostředek mezi mnou a tím dítětem a tím, že paní učitelka si s dětmi ty panenky kreslí a děti si tam dají svůj vlastní motiv, tak kolikrát poznáte i náladu toho dítěte, jaké používá barvy, jaké kreslí motivy a podobně.“*

Respondentky S3 a S4 dále také vyzdvihují přítomnost učitelky. S4 dodala: *„Naše paní učitelka si bere do herny i kojence a batolata a zabavuje je tam. Ona je strašně zlatá“.*

Respondentka S4 vidí smysl v působení organizací a dobrovolníků také ve vytváření dobré atmosféry na oddělení.

V otázce využívání panenek ve své práci u respondentek S1 a S2 na oddělení v Jihočeském kraji byly odpovědi rozdílné. V této otázce odpověděla S2: „*Jo, tak určitě se dají využít na to ukazování výkonů. Ale menší děti kolem toho druhého, třetího roku se jich bojí. A ty úplně předškolní si s nimi spíš hrají, že jim třeba namalují ty obličejíčky a pak jim ukážeme nějaký výkon, ale úplně to asi ten efekt nemá, nevím. Pak ty větší, ty z toho mají legraci, ty jim malovaly legrační obličejíčky*“. Sestra S1 doplňuje: „*My na to, jako moc času, nemáme*“. S1 doplňuje: „*Ted' už je nemáme. Teda máme, ale nedáváme*“. K tomu S2 uvádí: „*Nám to připadá spíš jako Voodoo*“.

Schéma 8 – Kategorie: Negativní vlivy v péči o hospitalizované dítě



Tako kategorie vznikla na podkladě informací, které z rozhovorů s lékaři a sestrami také vyplynuly a popisuje aspekty, které zdravotníci ve své práci považují za negativní. Výsledky jsou zaznamenány ve schématu 8.

Respondenti L1, L3 a L4 uvedli, že jsou i rodiče, kteří jim jejich péči o dítě komplikují. L3 k tomuto řekl: „Rodiče jsou jistým způsobem pomoci, ale také Vám pomáhat nebudou. Rodiče jsou dnes velmi sečtělí a mnohdy nejsou schopni nebo ochotni pochopit, že některé věci v medicíně nelze řešit jinak. Takže se snažíme neustále vysvětlovat a přesvědčovat“. Respondentky L1 a L4 vidí problém především v přítomnosti rodičů, kteří jsou příliš úzkostní a prohlubují u dítěte lítost. L4 k tomu dodala: „To je samozřejmě vždycky horší pro dítě i pro nás“. Respondentka L1 někdy vnímá negativně přítomnost plačících rodičů u vyšetření, které ji stresuje. Všichni dotazovaní lékaři se však shodli, že takových rodičů není mnoho. Respondentka S4 k této problematice uvedla: „Pro nás je to někdy trochu negativum, protože nám tu naši práci

rodiče hodně komplikují. Někdy se až příliš zaměřují na nemoc dítěte, jako že moc řeší spoustu věcí, které by až tak řešit nemuseli a někdy, jak jsou tady třeba i delší dobu, tak je spíš negativní rodič a chce jít už domů a už je to na něm znát i psychicky, že to nezvládá. Potom to samozřejmě přenáší na dítě i na personál“.

Respondentky S1 a S2 také vnímají přítomnost rodičů v některých situacích negativně. Respondentka S2 řekla: *„Jenomže jsou tu i takový maminky, kterým když řeknete, aby za půl hodiny přeměřily dítěti teplotu, a když tam přijdete, tak dítě je na tabletu v postýlce a maminka nemá čas, protože zrovna telefonuje nebo je na facebooku a teplota změřená není. Prostě to vůbec neudělá, takže my ani kolikrát nemůžeme spoléhat na to, že nám ta maminka pomůže. Pak jsou tady i takový maminky, který rovnou řeknou, že to nezvládnou, takže je to jen na nás“.*

Respondentky S1 a S2 z Jihočeského kraje uvedly, že velký problém dnes představují internet a média, jejímž prostřednictvím si rodiče na jejich péči stěžují. Obě respondentky také shledávají problém v přílišném věnování se matek telefonům a hrám na tabletu a jejich podporování v této činnosti i u svých dětí na úkor jiných aktivit. S1 v otázce této problematiky uvedla: *„Toho je teď teda fakt dost. To už jsou ale děti třeba od dvou let. U předškoláků to dneska není nic neobvyklého. Ty už sedí s mobilama na postýlkách, s tabletama, koukají na pohádky nebo hrají hry. Nějaké čtení pohádek? To už dneska vůbec. To už nefrčí, stavění kostiček, nějaké hry, to už vůbec, teď mají mobily a tablety. S2 dodala: „To jsou většinou mladí rodiče. Starší rodič, ten to neudělá. To jsou dnešní mladí rodiče, kteří s tím vyrostli pomalu od plínek. Kdežto ti starší, u těch to fakt tolik není. Je to i vidět, když přijde na pokoj doktor, tak ti starší okamžitě všechno odloží, vypnou televizi, ale ti mladší vůbec. Oni nemají tu slušnost v sobě, nemají ty mantinely. Ale za to nemůžou ty děti. Za to můžou ty rodiče. A když jim to řeknete, že by bylo vhodné, aby to vypli, tak se cejtěj těžce ukřivdění. Pak si na nás stěžují. Posílají stížnosti na facebook a hned to posílají na ředitelství. Někdy to dost zdržuje, když musíme počkat třeba, až si dítě dohraje kolo, nebo maminka telefonuje, ale je to hlavně vůči nám takový nedůstojný. Jakoby námi opovrhují. Kolikrát, když přijdete na pokoj, tak máte pocit, že nemocný není dítě, ale rodič, protože dítě skáče v zavřený postýlce a maminka spí.*

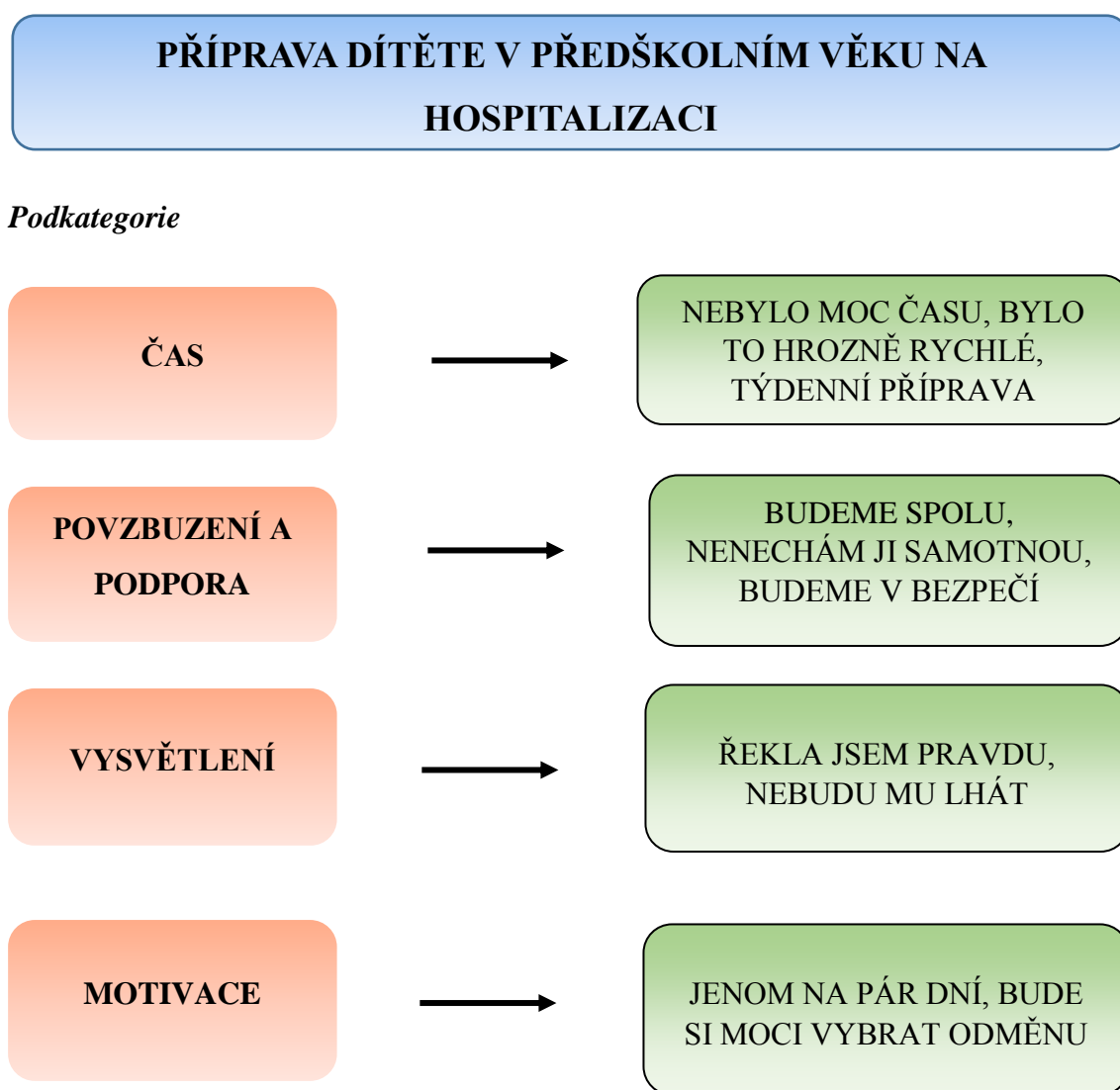
Respondentka S4 také uvedla, že někteří rodiče nejsou přínosem ani pro zdravotníky a ani pro samotné dítě a někteří jsou dle jejích slov absolutně na překážku. K tomu řekla: *„Někteří rodiče si vynucují výkony, vynucují si pozornost jenom pro sebe a nemají vůbec ohled, že tu jsou i další děti a rodiče. Nebo když vidí, že dělám nějaké odběry, tak ale ta*

maminka nepočká, ona chce prostě teď hned podat tričko ze skříně. Je to od nich hodně sobecké, ale hodně teď takové maminky jsou“.

Sestry S1 a S2 z Jihočeského kraje také vnímají negativně mnoho dokumentace, která je zbytečně rozsáhlá a její vedení se odráží v nedostatku času na děti. Dále uvedly, že pokud mají na oddělení náročnější děti na péči a jsou-li bez doprovodu, nezbývá jim čas na ostatní děti a musí tak nestandardně posilovat služby o jednu sestru. S1 toto popsala takto: *„V současnosti je strašně moc papírů. Úplně zbytečných. To prostě dřív nebylo. Hlavně na úkor právě toho času. Už jsme museli posílit i služby o jednu sestru, protože se to prostě nedá jinak zvládnout. Teď tu zrovna máme dvě takové náročnější děti z psychiatrie bez doprovodu a prostě se jim musíme plně věnovat celý den. Ty nemůžeme nechat samotný na pokoji. To by tam nevydržely. No, a když jich je tu pak takových víc, tak je to fakt dost náročný se jim všem věnovat“.*

5.2 Výsledky rozhovorů s matkami hospitalizovaných dětí

Schéma 9 – Kategorie: Příprava dítěte v předškolním věku na hospitalizaci



Zmíněná kategorie definuje odpovědi matek na otázku, jak připravovaly své dítě na hospitalizaci. Z identifikačních údajů jednotlivých respondentek bylo zjištěno, že pouze jedno dítě respondentky M2 bylo přijímáno k plánované hospitalizaci. Ostatní příjmy byly náhlé. Z analýzy rozhovorů s matkami hospitalizovaných dětí v této oblasti byly vytvořeny čtyři podkategorie: čas, povzbuzení a podpora, vysvětlení a motivace, které jsou znázorněné ve schématu 9.

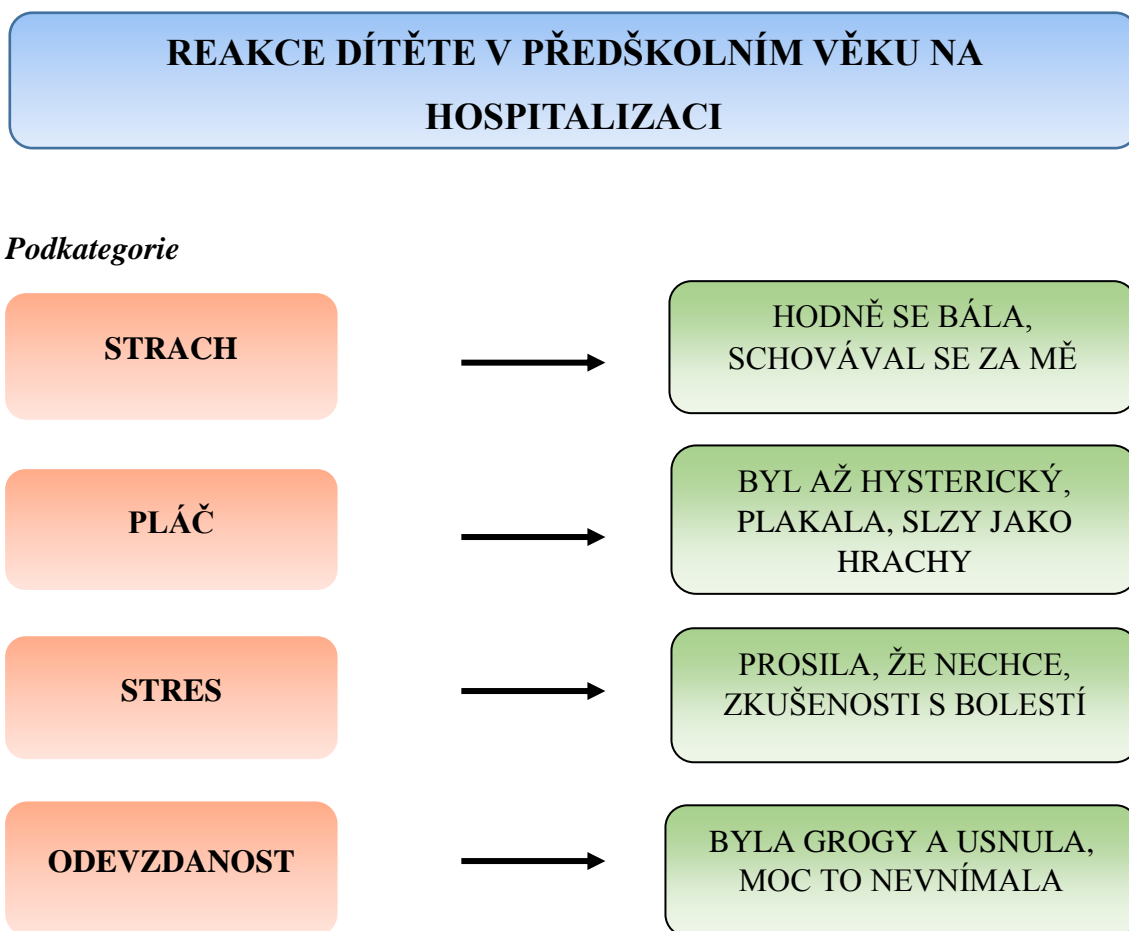
Z podrobné analýzy rozhovorů s matkami v této oblasti je patrné, že M3 a M4 byly ovlivněny prožívaným strachem a obavami. Respondentka M3 řekla: „*Já jsem sama byla dost vystrašená*“. Respondentka M4 charakterizovala své obavy takto: „*Fakt jsem se už hrozně bála*“. Dalším prvkem, který měl vliv na proces přípravy dítěte na hospitalizaci,

byl čas. Hospitalizace dětí respondentek M1, M3 a M4 byly náhlé a všechny zmíněné matky se shodly, že na přípravu nebylo příliš mnoho času. Respondentka M3 k tomu řekla: „*To bylo hrozně rychlé, já jsem se do takové situace dostala poprvé*“. Matka M2, jejíž dítě bylo hospitalizováno plánovaně, připravovala své dítě týden před přijetím, avšak tvrdí, že příprava nebyla příliš účinná. Dle jejích slov mělo její dítě zkušenost s ambulantním docházením do nemocnice. K této situaci doplnila: „*Měl to spojené s bolestí. Už věděl, že se tu bude píchat a že to bude bolet*“.

Z rozhovorů bylo patrné, že se všechny respondentky (M1, M2, M3, M4) snažily slovně své dítě utěšit, povzbudit a podporovat. Respondentka M4 uvedla: „*Říkala jsem jí, aby se nebála, že tu s ní zůstanu, že jí tady nenechám. Že tu budeme jenom na chvíli*“.

Dle Respondentky M2 je důležité říci dítěti pravdu. Respondentky M1, M2 a M4 zmínily také motivační činitele v podobě možnosti vzít si sebou své věci, nebo brzkého odchodu domů. Respondentka M2 také využila motivační prvky v podobě odměny, které pramení z její zkušenosti s hospitalizací se starším dítětem. Doslovně řekla: „*Až to budeme mít za sebou, že si bude moc vybrat nějakou odměnu. My to máme tak zavedený jako bolestné*“.

Schéma 10 – Kategorie: Reakce dítěte v předškolním věku na hospitalizaci



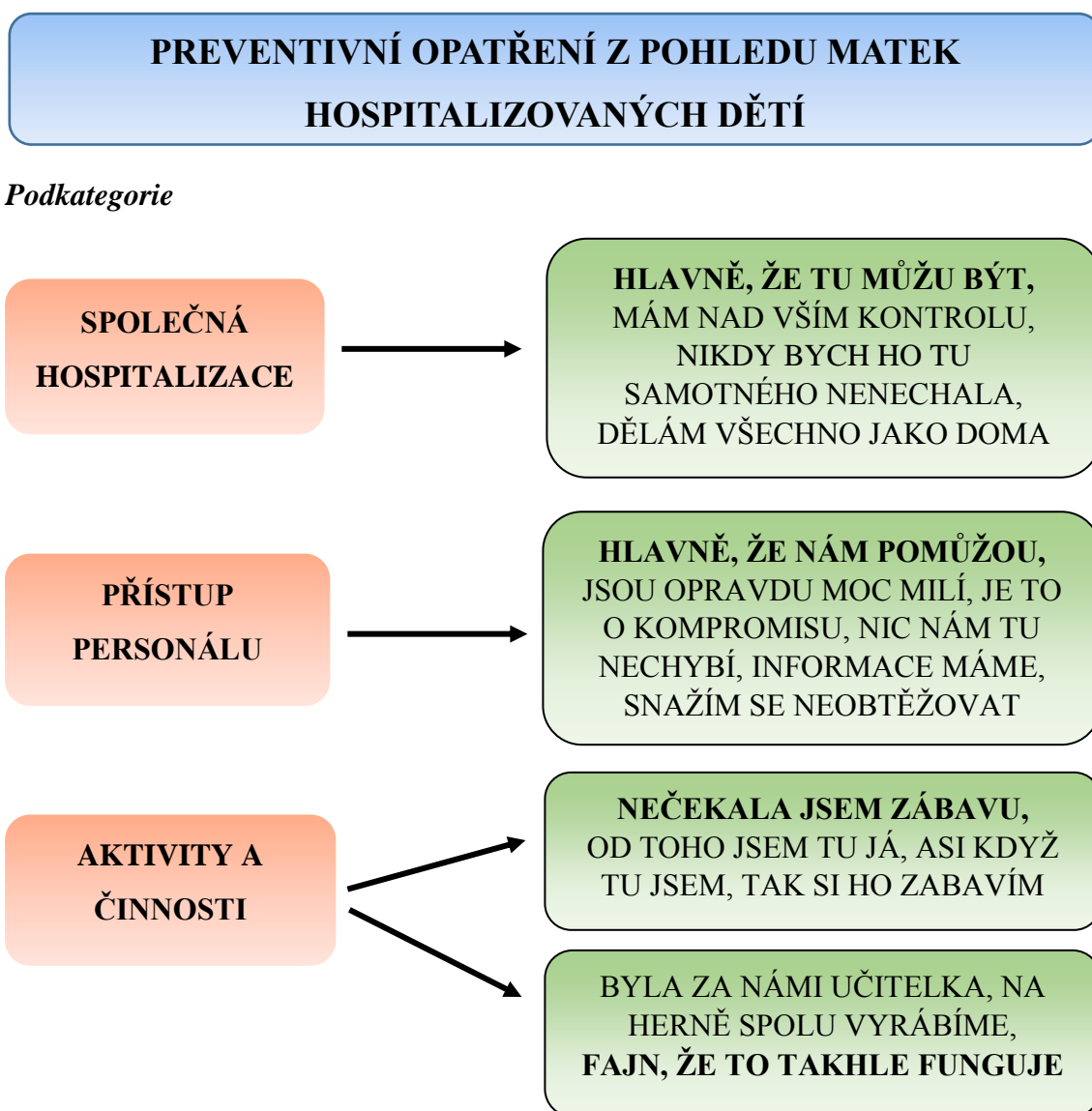
Tato kategorie popisuje prvotní reakce dítěte na sdělení, že bude muset zůstat v nemocnici. Podrobnou analýzou byly vytvořeny čtyři podkategorie: strach, pláč, obavy a stres a odevzdanost, které jsou podpořeny konkrétními projevy dětí popsány jejich matkami. Uvedeno ve schématu 10.

Z výpovědí matek byla reakce jejich dětí rozmanitá. Samy u dětí spatřovaly především strach, který se projevoval pláčem, prosením nebo obavami, ale také odevzdaností. Hospitalizace dětí respondentek M1, M3 a M4 nebyla plánovaná. M3 reakci svého dítěte popsala takto: „*Byl hodně plačtivý až hysterický, schovával se za mě*“. Respondentka M4 hodnotila reakci svého dítěte následovně: „*Plakala. Nechtěla do nemocnice. Prosila, že nechce. Hodně se bála*“.

Hospitalizace dítěte respondentky M2 byla jediná ze všech zúčastněných plánovaná a o hospitalizaci dle její výpovědi vědělo dítě týden. Matka M2 charakterizovala reakci svého dítěte takto: „*Ze začátku to vzal jako informaci, ale pak se mu to začalo v té*

hlavince rozkládat a pak začal pořád poplakávat a ptal se, kdy tam půjde a že nechce. Čím se to blížilo, tím to bylo horší. Slzy jako hrachy“. Respondentka M1 hodnotila situaci vzhledem k aktuálnímu stavu dítěte jako bezproblémovou a doslova řekla: *„Po těch šesti dnech v horečkách byla úplně grogy, že už chtěla jenom spát. Takže si tady lehla a usnula. No, natahovala, ale myslím si, že jak jí nebylo dobře, tak to ani nevnímala“.* K tomu M1 ještě doplnila: *„Ráno se probudila a vůbec jí to nepřišlo nějak zvláštní. Zareagovala opravdu hezky. Zvládla to dobře. Nějaký slzy nebyly. Ty přišly až později“.*

Schéma 11 – Kategorie: Preventivní opatření z pohledu matek hospitalizovaných dětí



Tato kategorie identifikuje názory a pocity matek hospitalizovaných dětí v souvislosti s vnímáním preventivních opatření, aplikovaných na dětském oddělení v rámci společné hospitalizace s jejich dítětem. Dle výsledků z analýzy rozhovorů s matkami hospitalizovaných dětí byly vymezeny tři základní podkategorie: společná hospitalizace, přístup personálu a aktivity a činnosti, které jsou dále identifikovány jednotlivými výroky a pocity respondentek, zaznamenanými ve schématu 11.

Všechny dotazované respondentky (M1, M2, M3, M4) se několikrát i v otázkách jiného charakteru shodně vyjádřily, že hlavním aspektem v souvislosti s hospitalizací jejich dítěte je jejich trvalá přítomnost. Dalším shodným faktem je pro matky pocit stálé kontroly a přehledu. Matka M3 se vyjádřila slovy: „*Já jsem hlavně ráda, že tu můžu být*

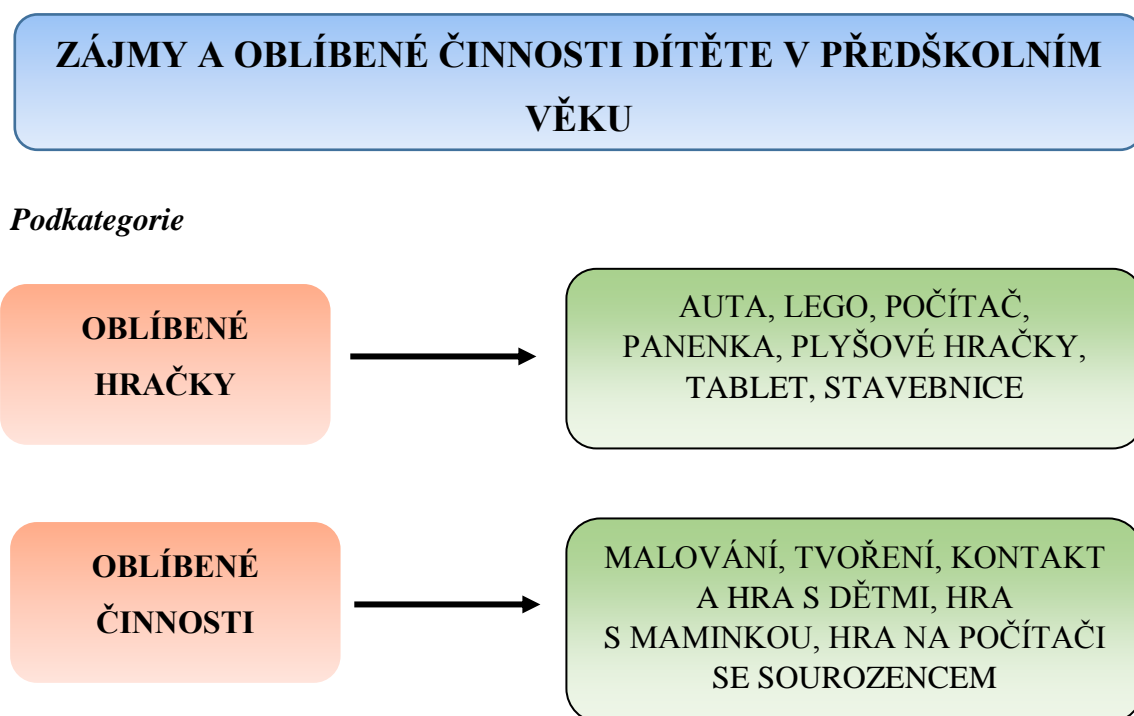
s malým. Není to pro mě příjemné, když mám nemocné dítě, že tu musíme ležet, ale na druhou stranu je to dobré, že tu s ním můžu být. Já bych ho ani v nemocnici stejně nenechala, takhle mám přehled, co se s ním děje“.

Na otázku, jakým způsobem jsou respondentky zapojeny do péče o své dítě, se opět M1, M2, M3 a M4 jednomyslně shodly, že mohly provádět základní péči o své dítě tak, jako to dělaly běžně doma. Jejich odpověď lze vyjádřit slovy respondentky M1: *„Já si myslím, že takový ty běžný věci, co mámy dělají běžně doma, tak si dělají i tady. Že prostě měříme teploty, cokoliv. Když se třeba může dát něco na teplotu, sirupy, když jsem pro sestřičku došla, že se mi zdá teplejší, tak jsem jí ho dala sama a nemusela jí ho dávat sestřička. Je to pro mě normální. Prostě mi to připadá, že když teda tady jsem a je to věc, kdy potřebuju akorát ruce a žádný speciální vzdělání, tak to prostě normálně udělám“.* V přístupu personálu na oddělení k nim a k jejich dítěti byly také jednotné. Měly dostatek informací a mohly se na personál kdykoliv obrátit. M2 ještě dodala: *„I když je to asi člověk od člověka. Někdo se na Vás usmívá, někdo na Vás nemá náladu. Snažím se neobtěžovat“.* Dle respondentky M1 to bylo také o kompromisu. Z výpovědí všech respondentek v této oblasti vyplynulo, že důležitou roli hrála jejich důvěra v pomoc ze strany zdravotnického personálu.

V otázce nabídky využití volného času jejich dětí se respondentky M1 a M2 shodly, že se dětem věnovaly pouze ony a že jim nebyla ze strany personálu žádná aktivita nabídnuta. M1 dodala: *Já jsem asi nečekala, že mi tady budou nabízet zábavu. Je tam vzadu hernička, to jsem si všimla, že tam je přístupná pro všechny, tak mě napadlo, že bychom tam mohly zajít“.* Respondentky M3 a M4 uvedly, že je navštívila učitelka a nabídla jim herní aktivity pro děti alespoň na pokoj, než jim bude lépe. Z rozhovorů dále vyplynulo, že obě matky M3 a M4 s dětmi využily pořádaných aktivit učitelkou na oddělení. M4 uvedla: *„Dneska zrovna vyrábíme kytičky na Velikonoce. To je pěkný, hrozně jí to baví a mě taky. Ráno jsme taky malovaly spolu panenku a teď teda děláme ty kytičky, protože budou brzy Velikonoce a my musíme mít taky nějakou velikonoční výzdobu“.* M3 také využila hernu, kde si se svým dítětem malovali a hráli. K nabízeným programům a aktivitám doplnila: *„Je to fajn, že to takhle funguje“.*

5.3 Výsledky rozhovorů s dětmi

Schéma 12 – Kategorie: Zájmy a oblíbené činnosti dítěte v předškolním věku



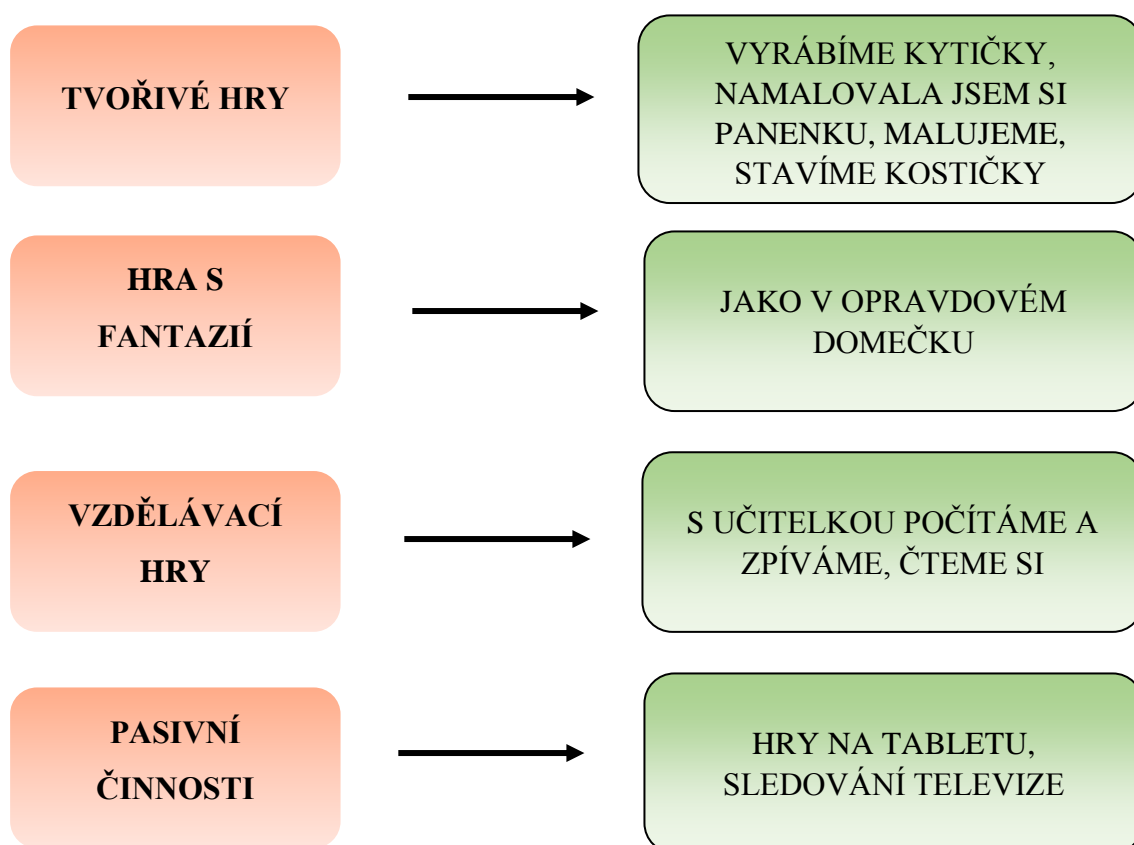
Uvedená kategorie vznikla na podkladě analýzy rozhovorů s dětskými pacienty. Rozhovory probíhaly na samotném závěru a zachycují odpovědi dětských pacientů na položené otázky týkající se jejich oblíbených hraček, zájmů a zájmových činností. Odpovědi dotazovaných dětí jsou u většiny otázek v rozhovorech převážně doplněny slovy jejich matek. Z vyhodnocení výsledků byly vytvořeny dvě podkategorie, které jsou znázorněny ve schématu 12.

Na otázku, s čím si děti nejraději hrály, vyjmenovaly s pomocí matek hračky a věci, mezi nimiž byla auta, lego, počítač, panenka, plyšové hračky a tablet. Z rozhovorů dále vyplynulo, že si děti nejraději hrály ve společnosti někoho druhého. Dítě D2 na otázku, s čím si doma nejraději hraje, odpovědělo: „*S Máťou s autama a stavíme lego. Taky auta a tanky. Hrajeme na počítači hry*“. D4 si doma rádo něco vytvářelo s maminkou. Všechny dotazované děti navštěvovaly mateřskou školu. Dívka D4 na otázku, zda chodí ráda do školky, odpověděla: „*Ano, ale už půjdu brzo do školy. Ježíšek mi donesl aktovku*“. Na stejnou otázku podobně odpovědělo také D3: „*Já chodím rád do školky*“.

Schéma 13 – Kategorie: Aktivity dítěte v předškolním věku v době hospitalizace

AKTIVITY DÍTĚTE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU V DOBĚ HOSPITALIZACE

Podkategorie



Tato kategorie mapuje aktivity dětí, kterým se věnují v době hospitalizace a líbí se jim. Rozhovory s dětmi jsou taktéž jako v předchozí kategorii doplněny o výpovědi matek, které za děti v mnoha případech odpovídaly. Dle činností byly vytvořeny čtyři podkategorie, které zobrazuje schéma 13.

Z rozboru rozhovorů je patrné, že pro tyto děti je partnerem pro hru v nemocnici ve všech případech většinou jejich matka. Dítě D4 se k tomu vyjadřuje takto: „*S mamkou si malujeme a hrajeme si tady a koukáme na pohádky v televizi*“. Na otázku, co ještě může v nemocnici dělat, odpovídá: „*Čteme pohádky a počítáme. Taky zpíváme, paní učitelka hraje na piano*“.

Z rozhovorů také vyplynulo, že děti D3 a D4 z Moravskoslezského kraje rády využívají ke hře hernu. Dítě D4 může v herně s maminkou a učitelkou vyrábět výzdobu

na Velikonoce a malovat. Na otázku, co právě vyrábí, odpověděla: „*Dělám kytičku. Paní učitelka říkala, že si jí vezmu domů na ozdobu*“.

Za dítě D3 odpověděla jeho matka: „*Půjčili jsme si pastelky a malovali jsme vajíčka na Velikonoce. Pak si půjčil takové točivé ufonky, ty sis půjčil i na pokojík, že? D3 samo dodalo: „Stavím kostičky. Maloval jsem vajíčko na papír*“. Jeho matka ještě doplnila: „*Hrál si tady s jedním chlapečkem s kostičkami*“.

Dívka D4 také uvedla, že poslouchala pohádky, které tu četla jedna paní o Křemílkovi a Vochoomůrce. K tomu také dívka D4 doplnila, že si namalovala panenku, kterou dostala od sestřiček. Na otázku, zda má panenka jméno dívka D4 odpověděla: „*Julinka se jmenuje, jako jedna princezna*.“

Za ostatní děti spíše odpovídaly jejich matky. Děti D1 a D2 z Jihočeského kraje se dle jejich matek zdržují spíše na pokoji a hernu využívají velmi málo. Na pokoji se věnují malování, čtení, hře her na tabletu a sledování televize.

Na otázku, co se dětem v nemocnici nejvíc líbí, odpověděla samostatně pouze dívka D4, která řekla: „*Školka a hračky*“. Za ostatní děti opět odpovídaly jejich matky. Dle jejich výpovědi se dětem v nemocnici líbila herna, hračky, pokojíček, postýlka a obrázkové uniformy personálu. Dívka D1 si z postýlky vytvořila domeček. Její matka doplnila: „*Naskládala si tam plyšáky, zastlala je a má domeček. Ještě jsem jí musela přes vršek dát deku, aby nebyla vidět a byla jako v opravdovém domečku. A večer chce jenom do své postele, do domečku, vid’?*“

6 Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zmapování preventivně orientovaných opatření, využívaných na dětských odděleních v rámci předcházení projevů hospitalismu u předškolních dětí. Ve druhém stanoveném cíli jsme zjišťovali, jakým přínosem jsou tato opatření pro zdravotnický personál, hospitalizované děti a jak je vnímají jejich rodiče. K vypracování empirické části práce byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaného rozhovoru s lékaři, sestrami, hospitalizovanými dětmi předškolního věku a s jejich matkami. Výzkumný soubor byl rozdělen do 4 základních kategorií respondentů dle výzkumných požadavků práce. Každou jednotlivou kategorií reprezentovali 4 účastníci výzkumného šetření. První skupinu dotazovaných tvořili lékaři, druhou sestry a třetí a čtvrtá skupina dotazovaných byla zastoupena matkami a jejich dětmi v předškolním věku. Výzkumný soubor byl vybrán na dětských odděleních nemocnice v Jihočeském a Moravskoslezském kraji tak, aby byl zastoupen dvěma respondenty z každé základní kategorie. Toto rozdělení je uvedeno v tabulkách 1, 2, 3, 4 a pro rozlišení obou nemocnic také barevně odlišeno.

V rámci diskuse jsou porovnávány získané poznatky zaměřené na jednotlivé stanovené cíle a zodpovězeny výzkumné otázky, které byly ke stanoveným cílům položeny. Vzhledem k rozličnosti analyzovaných skutečností jsou výsledky výzkumného šetření konfrontovány také mezi jednotlivými kategoriemi respondentů a nemocnicemi z obou krajů, jelikož vyvstaly určité rozdíly, které jsme považovali za důležité zmínit.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na zmapování preventivních opatření, která jsou aplikována vybranými dětskými odděleními v nemocnicích v Jihočeském a Moravskoslezském kraji v souvislosti se zmírňováním negativních důsledků hospitalizace u dětí v předškolním věku.

Ze získaných údajů vyplynulo, že se zdravotníci snažili negativní důsledky hospitalizace zmírnit především dodržováním Charty práv dětí v nemocnici, aniž by na tato práva dětí sami nějak poukazovali, nebo na ně byli přímo dotazováni. Za základní a nejdůležitější opatření považovali společnou hospitalizaci dítěte s rodičem, zejména pak s matkou. Také Sedlářová et al. (2008) považují především matku za základní zdroj jistoty a bezpečí a odloučení od ní představuje pro dítě větší zdroj stresu, než je sama nemoc či bolest. Odmítá-li rodič zůstat s dítětem v nemocnici, nebo nemůže-li z nějakého důvodu být společně hospitalizován, snaží se alespoň dojednat s rodiči častější návštěvy. Z výpovědí sester však vyplynulo, že někteří rodiče přišli na návštěvu jen na velmi

krátkou dobu a dítě pak zůstalo velmi rozrušené, plakalo a jen stěží ho mohli uklidnit. Byly toho názoru, že v takovém případě je lepší, kdyby takový rodič raději na návštěvu nechodil. Pilát (2005) je však názoru, že je mnohem menší zlo, nechat dítě po takové návštěvě vyplakat než riskovat porušení citových vazeb dítěte k rodiči z delšího odloučení.

V případě nepřítomnosti rodičů respondentky S1 a S2 uvedly, že se snaží dítě zabavit hračkami nebo pro ně něco vyrábějí. Dle respondentky S2 se snaží dětem věnovat, aby nebyly samy. K tomu řekla: „*Když jsou některé děti samy, tak je máme třeba na vyšetřovně i s postýlkou*“. Myslíme si, že toto není příliš vhodné řešení, zvláště pak, probíhá-li na vyšetřovně většina nepříjemných invazivních procedur, které si dítě bezesporu pamatuje a které v něm mohou vyvolávat pocity strachu a úzkosti. Takové dítě, které je samo bez rodičů, potřebuje klidné a bezpečné prostředí, jež v něm tyto nepříjemné pocity nebude zbytečně vyvolávat.

Mezi další preventivní opatření řadí všichni dotazovaní respondenti dobu hospitalizace, která by měla být co nejkratší a pádné důvody pro přijetí dítěte k hospitalizaci. V neposlední řadě zmínili také vzhled prostředí a uzpůsobení oddělení, do kterého je dítě přijímáno. Dle Boledovičové (2010) je také právě vzhled prostředí jedním z významných aspektů, který může příznivě ovlivnit dobrou adaptaci dítěte v nemocnici. Zdravotníci se snaží oddělení vybavit dostatkem hraček, hernami a barevností tak, aby bylo pro děti co nejvíce atraktivní a stimulující. Kladli také důraz na koncepci, která umožňuje dětem na oddělení neomezený kontakt s vrstevníky. Dle Bowdena a Greenberga (2008) tato koncepce brání především sociální izolaci, kterou mohou děti v nemocnici pociťovat.

V této otázce jsme většinou získali pouze obecné informace, které vycházejí především z práv dítěte v nemocnici, a proto jsme se také zaměřili na doplňující otázky, týkající se navazování důvěry a zmírňování strachu u dětí ze strany zdravotníků, což je dle našeho názoru důležitá součást příznivé adaptace dítěte. V oblasti navazování důvěry s dětmi v předškolním věku využívá většina respondentů zejména vlídný a individuální přístup k dítěti.

Dotazovaní respondenti z řad zdravotníků také přikládali velký význam vhodné komunikaci nejen mezi nimi a dětmi, ale také mezi nimi a rodiči dítěte. My se také domníváme, že efektivní komunikace může velmi přispět k navození pozitivní atmosféry a tím zmírnit negativní dopady prvního kontaktu s nemocničním prostředím nejen pro dítě, ale také pro jeho doprovod. Dle Wirthové (2011) může právě nevhodná komunikace

ze strany zdravotníků představovat jeden z aspektů, které mohou významně narušit efektivní adaptaci na nemocniční prostředí, ale také velmi poškozovat důvěru ve zdravotnický personál i v poskytovanou péči.

Sestry S1 a S2 také v této problematice zmínily možný vliv obrázkových uniforem (příloha 6), které na jejich oddělení v Jihočeském kraji sestry a lékařky nosí. Ačkoliv je z výpovědí respondentek L1, L2, S1 a S2 patrné, že si uniformu zakoupily spíše z důvodu svého dobrého pocitu, existují studie, které jasně prokazují nemalý vliv na snižování úzkosti a strachu u hospitalizovaných dětí. Z výzkumu Festini et al. (2009) vyplývá, že zavedení takovýchto barevných uniforem na dětská oddělení, mělo velký význam ve snížení strachu u hospitalizovaných dětí a stejně tak rodiče těchto dětí je přijali velice pozitivně. Také Roohafza et al. (2009) provedli podobné šetření a dospěli ke stejným výsledkům, které jasně dokládají, že bílé uniformy prokázaly u dětí větší míru úzkosti, než tomu bylo u uniforem s barevnými motivy. Toto potvrdili i naši respondenti z řad matek a dětí, které uniformy zaujaly hned při příjmu na oddělení. M2 to vyjádřila slovy: *„Ty jsou hrozně hezký. Moc jim to sluší. Já si toho všimla hnedka. Jedna paní doktorka tu má na uniformě Olafa. Toho si malý hnedka všiml“*.

Ke zmírnění strachu, který v dětech budí především invazivní procedury a vyšetření, zdravotníci využívají soubor určitých prvků, které lze charakterizovat jako vysvětlení, odvedení pozornosti povídáním, hrou, odměnami a spoluprací v týmu i s rodiči.

Většina dotazovaných zdravotníků pokládá za důležité dobré vysvětlení všeho, co se bude v následující chvíli konat. Téměř vždy využívají k vysvětlení invazivních výkonů metafory, které jsou dle Sedlářové et al. (2008) pro dítě mnohem srozumitelnější a mají větší efekt zejména pak z důvodu lepší představivosti a uklidnění. Karlson et al. (2014) toto považují za umění, které by měla sestra pracující s dětmi ovládat, zejména, je-li její snahou poskytnout dítěti dostatečnou podporu.

Zdravotníci kladou také důraz především na pravdomluvnost, která je dle jejich slov důležitá pro efektivní spolupráci a zároveň vytváří mezi nimi a dětmi partnerský vztah, zejména pak u malých dětí. To potvrzují také autoři Ptáček, Bartůněk et al. (2011), kteří uvádějí, že lhaní vede především ke ztrátě důvěry dítěte a může výrazně zkomplikovat celý ošetrovatelský proces.

Ačkoliv Kelnarová (2015) uvádí, že na vhodné adaptaci dítěte na nemocniční prostředí se podílejí všichni zdravotníci stejnou měrou, z výsledků našeho šetření vyplynulo, že primární úlohu zde skutečně zaujímá především sestra, jak je také patrné z odpovědi lékařky L2, která řekla: *„Ale spíš je to na sestřičkách, ty už v tom jsou zběhlé,*

jak na děti“. Toto zjištění koresponduje s tvrzením Boledovičové (2010), která shledává sestru, v porovnání s ostatními členy týmu, za nejvýznamnější článek v procesu adaptace dítěte v nemocnici. Slova Boledovičové (2010) ještě více posiluje odpověď lékařky L1, která uvedla: „*My léčíme nemoce. My jako nemáme čas, tady dětem něco. To musí spíš sestřičky, ty jsou s téma dětma*“. Tato odpověď v nás však vyvolává pocit, že jsou zde tendence zaměřovat se opět pouze na nemoc dítěte tak, jak tomu bylo dříve, zejména pak u mladých lékařů, kteří s problematikou hospitalismu nemají žádné zkušenosti. V úvodu rozhovorů byla položena také lékařům otázka mapující jejich zkušeností s hospitalismem, a právě tato zmíněná lékařka neměla v této oblasti žádné zkušenosti, ale především termín hospitalismus neznala. Po vysvětlení a uvedení do problému lékařka odpověděla, že takové chování dětí v nemocnici je naprosto normální. Naši domněnku posiluje i tvrzení Šamánkové et al. (2011), kteří uvádí, že se stále ještě mnohdy zdravotníci soustředí pouze na „nemoc“, než na samotné „dítě“. Myslíme si také, že i vlastní zkušenosti s touto problematikou mohou mít nemalý vliv v přístupu k péči o hospitalizované děti.

Z výpovědí dotazovaných zdravotníků dále vyplynulo, že se v péči o hospitalizované děti také velkou měrou angažují dobrovolníci a dobrovolnické organizace, které se podílejí nejen na zpříjemňování prostředí a dodávání hraček pro děti na oddělení, ale také vytvářejí a organizují pro děti různé zábavné a zajímavé programy. Avšak ze získaných dat vyplynuly určité rozdíly v přístupu a jejich využívání zdravotníky na jednotlivých odděleních. V této části jsme se na základě získaných informací pokusili zmapovat působení a význam těchto organizací a také činnosti dobrovolníků. Zaměřili jsme se také na zajímavá zjištění, ke kterým jsme v rámci podrobné analýzy dospěli.

Na obě dětská oddělení dochází zdravotní klauni, kteří dle Linge (2013) malým pacientům pomáhají krátit čas v nemocnici, přinášejí dětem radost a smích a mají nemalý vliv na jejich dobrý psychický stav. V nemocnici v Jihočeském kraji dochází zdravotní klaun jedenkrát do měsíce, avšak z výsledků rozhovorů se zdravotníky z této nemocnice vyplynulo, že je k malým dětem nepouštějí. Jako jeden z důvodů uvedla respondentka S1 dětský strach. K tomu řekla: „*U velkých není problém, ale malé děti se bojí. Některé maminky téhle malých dětí to ani nechtějí, tak je tam nepouštíme*“. S tímto tvrzením korespondují i výpovědi matek M1, M2 z tohoto oddělení, které skutečně o klauny ze stejného důvodu nemají zájem. Z výpovědí matek však také vyplynulo, že ani jedno z dětí zdravotního klauna doposud nevidělo a nelze tedy jasně říci, jaký efekt to u takto malých dětí může mít.

V nemocnici v Moravskoslezském kraji mají zdravotníci opačnou zkušenost a přítomnost zdravotních klaunů na oddělení si velice pochvalují. Na jejich oddělení dochází pravidelně každý týden nejen zdravotní klaun, ale také klaun z Balónkova, který dětem nafukuje balóčky v různých podobách zvířátek nebo hraček. Avšak i zde matka M3 neměla o návštěvu klauna zájem také z důvodu možného strachu jejího dítěte.

Myslíme si, že klauni mohou být dobrými společníky hospitalizovaným dětem, ale také si myslíme, že jsou spíše vhodné k dětem starším, které je znají a mají s nimi již nějakou zkušenost například ze školky. V této domněnce nás utvrdil i výsledek z rozhovoru s šestiletou dívkou D4, která znala klauny ze školky a jejich představení se jí líbilo. K tomu uvedla: „*U nás ve školce byl taky klaun a foukal nám balónek. Mně udělal pejska, to bylo srandovní*“. Samozřejmě je však důležité respektovat názory rodičů, kteří své děti znají nejlépe a mohou tak s určitostí předvídat jejich reakci.

Mezi další opatření, které zmiňují respondenti z obou oddělení, je Kiwanis panenka. Dle slov lékaře L3 z Moravskoslezského kraje je tato panenka projektem mezinárodní dobrovolnické organizace Kiwanis, která většinu svých aktivit směřuje především k dětem. Panenka je ušita z bílé látky a děti ji dostávají při příjmu na oddělení. Jejím úkolem je provázet dítě po celou dobu hospitalizace a zároveň si děti mohou tuto Kiwanis panenku vymalovat dle vlastních představ. Dalším úkolem, který má tato panenka plnit, je usnadnění komunikace mezi zdravotníky a dětskými pacienty například v lokalizaci potíží u dětí nebo při přípravě na nějaké vyšetření, jak také uvádí Ptáček, Bartůněk et al. (2011). Přístup k tomuto projektu a jeho vnímání se však na jednotlivých odděleních výrazně liší. Na dětském oddělení nemocnice v Jihočeském kraji tuto panenku sice mají, ale dětem ji nedávají. O tom jsme se přesvědčili i z výpovědi matek M1 a M2, které o tomto projektu na oddělení nevěděly. Zcela odlišný přístup k tomuto projektu zaujali zdravotníci na dětském oddělení v Moravskoslezském kraji, kteří tyto Kiwanis panenky využívají v mnoha směrech a pracují s nimi již několik let.

V otázce další spolupráce s organizacemi uvedli zdravotníci z Jihočeského kraje, že kromě spolupráce s nadací Kapka naděje, která jim před lety vybavila hernu na oddělení, a sbírek hraček pro děti, které iniciují hasiči nebo obchodní domy, žádnou jinou spolupráci s organizacemi ani dobrovolníky nemají. Sestra S2 k tomu řekla: „*Dřív tu byla nějaká společnost, ale tam byla nějaká neshoda s vedením, a nakonec to nedopadlo. Jinak dál o ničem nevím*“.

Dle výpovědi zdravotníků z nemocnice v Moravskoslezském kraji spolupracuje jejich oddělení s organizací Adra, která sdružuje dobrovolníky, kteří k nim docházejí na

oddělení za dětmi a vytvářejí jim různé zábavné programy a herní a tvořivé činnosti. Do péče o dobrý psychický stav dětí jsou zde také zapojené seniorky, které chodí pravidelně dětem předčítat v rámci aktivizačního seniorského projektu „Počteníčko s babičkou“ (příloha 7). Další z projektů, který realizují na tomto oddělení, plyne ze spolupráce se základní uměleckou školou. Smyslem projektu nazvaného „Děti dětičkám a dětem“, je zpříjemnit oddělení barevnými obrazy s různou tematikou, které děti z této školy každoročně malují (příloha 8). K těmto programům a projektům, které působí na tomto oddělení, lékař L3 řekl: *„To jsou projekty, které mají svůj smysl. Všichni dobrovolníci, kteří k nám sem chodí pomáhat, mají určené časy dopoledne nebo odpoledne, protože ty programy musí být dobře zkoordinované, aby se tu nepřekrývaly, a aby děti měly tu náplň rozloženou do celého dne. Ale každý den tu někoho máme“*.

Všichni dotazovaní zdravotníci z obou oddělení dále uvedli, že se na péči o hospitalizované děti podílejí také učitelky, které dětem připravují různé herní aktivity na pokojích či v hernách. Z rozhovoru se sestrami z Jihočeského kraje však vyplynulo, že se učitelka zaměřuje především na děti, které již chodí do školy. Na oddělení v Moravskoslezském kraji působí učitelka pro mateřské školy a vede zde také dopolední školku.

Z výše uvedeného je zřejmé, že se v péči o dětské pacienty nestarají pouze zdravotníci nebo rodiče. Také Zacharová et al. (2007) a Sedlářová et al. (2008) považují v oblasti prevence před negativními dopady hospitalizace za nenahraditelný vliv i jiných než zdravotnických pracovníků, kteří se na péči o nemocné děti podílejí a kteří pomáhají zdravotníkům zajistit dostatek podnětů a činností pro dětské pacienty. Stejně jako zmíněné autorky jsme názoru, že všechny tyto projekty a spolupráce s organizacemi a dobrovolníky mohou být nemalým přínosem nejen pro samotné děti, ale také pro zdravotníky. Tímto směrem je zaměřen druhý cíl výzkumného šetření, jehož úkolem bylo zjistit, jaký přínos a význam mají preventivní opatření aplikovaná na dětských odděleních pro lékaře, sestry, rodiče a hospitalizované děti.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na lékaře a jejím cílem bylo zjistit, jaká preventivní opatření mají vliv na jejich přímou lékařskou praxi a jaký pro ně mají přínos. Všichni lékaři se jednomyslně vyslovili, že největším přínosem v jejich práci jsou rodiče. Shodli se, že v přítomnosti rodičů jsou děti mnohem klidnější a lépe se s nimi pracuje. Zároveň uvedli, že od rodičů získávají potřebné informace a lépe se tak domluví, což má bezesporu nemalý vliv na kvalitu péče o dítě. Lékař L3 považoval za důležité pro navázání efektivní spolupráce vytvořit rodičům vhodné podmínky a dodal: *„Investice do*

rodičů se Vám mnohonásobně vrátí tou péčí o to dítě. A to má vliv na celý uzdravovací proces. Vytváří to příznivou atmosféru, a tím pádem můžeme zkracovat dobu hospitalizace“.

Spolupráce mezi zdravotníky a rodiči je filozofií principu Family-Centred Care. Sedlářová et al. (2008) uvádějí, že efektivní spolupráce mezi zdravotníky a rodiči vede také ke zlepšení zdraví samotného dítěte.

Lékařka L4 také shledává přínos v práci s Kiwanis panenkou, kterou si vymalovala a využívá ji při komunikaci s dítětem při jeho vyšetření (příloha 9). Konkrétně uvedla: *„Mám tu takovou pomalovanou panenku, na které se dá dítěti ledasco vysvětlit. Mám na ní namalované nějaké orgány, srdíčko, plíce. Stalo se mi, že dítě přišlo s bolestí břicha a pořád nebylo schopné tu bolest lokalizovat a když ukázalo na panenku, tak jsme se dobrali k tomu, že dítě bolí průdušky, takže má své opodstatnění a já s ní ráda pracuji“.* Tato metoda může být charakterizována také jako instruktážní hra, jejíž podstatou je dle Caleffi et al. (2016) pomoci dítěti lépe pochopit terapeutické postupy. Dle Ptáčka, Bartůňka et al. (2011) jsou Kiwanis panenky k vysvětlování takových postupů malým dětem pro zdravotníky vhodným pomocníkem.

Třetí výzkumná otázka našeho šetření se zabývala přínosem preventivních opatření pro sestry v souvislosti s jejich ošetrovatelskou péčí o hospitalizované dítě. Stejně jako lékaři uvedly také všechny dotazované sestry, že podstatný a nejdůležitější význam pro jejich práci představuje v první řadě spolupracující rodič, zejména pak matka. S2 to popsala slovy: *„Tak určitě je to přítomnost fungujících rodičů. Bez nich si to už nedovedu představit“.* Všechny dotazované sestry se snaží zapojovat rodiče do základní ošetrovatelské péče o jejich dítě, což jim značně ulehčí práci a uspoří čas, který mohou věnovat dětem, které jsou hospitalizované bez doprovodu. S4 k tomu řekla: *„Takovou tu základní péči si rodiče dělají sami. Udělají si hygienu nebo podají léky, to je hodně velká pomoc. I rodiče, kteří sem chodí jenom na denní pobyty, tak si to chtějí dělat sami. Takže je to velká pomoc, že máme čas na svou práci a na děti, které tu rodiče nemají“.* Sestra S2 doplnila: *„Některé maminky se snaží a je vidět, že je to i baví. Jsou takové spokojené“.* Dle Melo et al (2014) tento aktivní přístup rodičů může znamenat nejen pomoc pro samotné zdravotníky v úspoře jejich času, ale také může výrazně přispívat ke kvalitnější a kontinuálnější péči o hospitalizované děti.

Velkou pomoc sestry shledávají také v přítomnosti učitelek na obou odděleních a studentek střední zdravotnické školy při absolvování odborné praxe, které se dětem také

starají o zábavu. Sestry S1 a S2 zmínily také přínos tabletů, telefonů a televizí, které dle jejich názoru udrží dítě na pokoji nebo postýlce.

Respondentky S3 a S4 z Moravskoslezského kraje shledávaly přínosným pro svoji práci působení organizací a dobrovolníků. Sestra S3 je přesvědčena, že jejich přítomnost přímo ovlivňuje její práci, což charakterizovala takto: *„Pomáhají nám moc, protože ty děti by byly závislé jenom na nás a vzhledem k podstavu sester, kdy ještě musíme zajišťovat příjmovou ambulanci sestrou, která má na starosti i děti na oddělení, bychom tu péči nemohly dát takovou, kterou by ty děti potřebovaly“*. Sestry S3 a S4 se také zmínily o využití Kiwanis panenek ve své práci. Sestra S4 řekla: *„Já s nimi ráda pracuji. Děti na ní vykreslí i to, jak se cítí, nebo ukáží, kde je to bolí“*. S3 v ní spatřuje také dobrý komunikační prostředek mezi ní a dítětem. Jak již bylo uvedeno výše, Kiwanis panenku mají obě oddělení, avšak vnímání této panenky je na obou odděleních zcela odlišné. Respondentka S2 v Jihočeském kraji vnímá využití panenky takto: *„Jo, tak určitě se dají využít na to ukazování výkonů. Ale menší děti kolem toho druhého, třetího roku se jich bojí. A ty úplně předškolní, to třeba ty holčičky si s nimi spíš hrají, že jim třeba namalují ty obličejíčky, a pak jim třeba ukážeme nějaký výkon, ale úplně to asi ten efekt nemá, nevím. Ono třeba není úplně čas, protože, když to dítě přichází s horečkou tak to je takovej fojr, že na to úplně není čas. A na ty ostatní vyšetření, nevím, těžko ukážu na panence, jak bude inhalovat a víc asi my tady neděláme. Nám to připadá spíš jako Voodoo“*. Dále uvedla, že jsou „někde“ ve skladu a že je dětem nedávají. Mě osobně tento přístup velice mrzí. Jsem přesvědčena, že Kiwanis panenka si za dobu svého působení u dětských pacientů své místo v péči o ně zaslouží, zvláště pak, mohu-li to porovnat s přístupem zdravotníků v Moravskoslezském kraji. O to více nás zaráží, že sestra v této výpovědi zmiňuje hru, která je právě pro děti nejen předškolního věku jednou z nejdůležitějších činností. Dle Sedlářové et al. (2008) právě tato volná hra přináší dětem radost, uvolnění a potěšení. Chápeme také fakt, že na příjmové ambulanci nemají sestry dostatek času, nemyslíme si však, že je nutné dávat dítěti v tomto případě panenku hned. Domníváme se, že jednou z možných příčin takového postoje může být nejen nedostatek času, ale také vlastní předsudek a možná nevědomost, jak lze s touto panenkou pracovat.

Z výpovědí všech dotazovaných zdravotníků však také vyplynulo, že současně s pozitivy preventivních opatření vnímají i jistá negativa, o nichž bychom se zde chtěli zmínit. V první řadě jsou to rodiče, kteří nechtějí spolupracovat nejen v péči o své dítě, ale také se zdravotníky. Sestry shledávají problém především v negativním přístupu rodičů, kteří řeší věci, které by (podle jejich mínění) řešit nemuseli, nebo v rodičích, kteří

sami pobyt v nemocnici prožívají psychicky velice špatně. Uvedly, že rodiče dnes přicházejí do nemocnice s diskutabilními znalostmi z oblasti medicíny, které získali prostřednictvím diskuzních fór a trvají na jejich realizaci v péči o jejich dítě. Takové chování má podle slov dotazovaných sester negativní dopad jak na dítě, tak i na personál. Jako sestra se ve své klinické praxi také setkávám s takovým chováním, jaké zde respondenti uvádějí. Internetová diskusní fóra dnes skutečně představují velký problém, který péči výrazně komplikuje, bohužel není v silách zdravotníků tomuto fenoménu zabránit.

Sestry S1 a S2 vidí mimo rodičů také velký problém v nadužívání tabletů, telefonů nebo počítačů u malých dětí, ačkoliv je původně zmiňovaly jako pomocníky v péči. Na jedné straně uvedly, že si rodiče jejich prostřednictvím online stěžují na jejich péči na sociálních sítích a na straně druhé vidí problém také v přílišném věnování se malých dětí těmto přenosným médiím a sledování televize na úkor her a jiných zájmových aktivit.

Dotazované sestry (S1, S2) také uvedly, že musí například při vizitě nebo ošetrovatelském výkonu čekat, než si děti dohrají hru nebo maminky dotelefonují. Na otázku, jak dlouho se děti této činnosti denně věnují, odpověděla S1: „*No z mého pohledu tak zhruba asi osmdesát procent*“. Na otázku, zda se snaží tyto činnosti u dětí v tomto věku eliminovat, řekla: „*To ne. Mají tu rodiče. To si myslím, že je na nich. Když jim to nevdá. My si to spíš ani nedovolíme, aby si nestěžovali*“. Zde bychom chtěli podotknout, že do ošetrovatelské péče patří také péče preventivní, která by měla být směřována především ve prospěch zdraví dětí. K tomuto Velemínský a Velemínský (2007) uvádějí, že nadměrné sledování televize a hraní počítačových her je zdraví škodlivé, zvláště pak u malých dětí, které ještě zdaleka neukončily svůj fyzický i mentální vývoj. Toto potvrzuje i výzkum, který provedli Arora et al. (2016) v nemocnicích v USA a ve kterém došli k závěru, že dlouhodobé nadužívání televize a přenosných médií nadměrně stimulují mozek, ovlivňují spánkové cykly, fyziologii a bdělost a celkově se tak odráží na zdraví dítěte, které může trvale poškodit. Doporučují sestavit pro zdravotnická zařízení určitá pravidla, která by měla toto nadužívání médií v zájmu dítěte omezovat. Ačkoliv u nás žádná taková pravidla dosud neexistují, v Moravskoslezském kraji již tuto situaci řeší. K tomu sestra S4 uvedla: „*Máme také na každém pokoji televizi, ale upřímně říkám, že já nemám ráda, když malé děti sledují jenom televizi nebo jsou na tabletech nebo počítačích. Televize je tu pouze, když je dítě po nějakém výkonu a musí ležet v posteli, tak ano, ale i tak to regulujeme, vybíráme jim program nebo i čas, kdy ji mohou sledovat a kdy je čas odpočívat v klidu. U maminek to nemůžeme omezovat, ale u dětí ano. Já ráno*

obejdu pokoje, řeknu at' vše odloží, vypnou a jdou do herny, že tam s nimi bude paní učitelka něco dělat. Zkrátka, když je dopoledne herna, tak u nás televize není. Když bychom to neudělali, tak jsou děti pak strašně znuděné a začnou se hrozně sebezpozorovat“.

Sestry z Jihočeského kraje se také zmiňují o velkém množství ošetrovatelské dokumentace a nedostatku personálu, což má dle jejich tvrzení za následek nedostatek času na péči o hospitalizované děti. Domníváme se, že právě toto může být způsobeno absencí dobrovolníků na tomto oddělení, jelikož sestry v Moravskoslezském kraji nic takového neuvedly. Tvrdily naopak, že každodenní přítomnost dobrovolníků jim šetří čas na ošetrovatelskou práci a velmi si cení jejich pomoci.

Ve čtvrté výzkumné otázce jsme se zabývali názory rodičů (v našem případě matek) na možnosti, které jsou na jednotlivých odděleních realizovány v rámci prevence negativních dopadů hospitalizace na dítě, a vnímáním těchto opatření. Všechny dotazované matky považovaly za pozitivní, že měly možnost být trvale se svým dítětem. Tento názor zdůvodňují zejména tím, že mají nad dětmi neustálou kontrolu, mají dostatek informací a mohou být dítěti oporou při náročných situacích v souvislosti s dobrou adaptací na nemocniční prostředí a při invazivních výkonech, což v dětech obecně vyvolává úzkost a strach. Stejně jako Pilát (2005) se domníváme, že přítomnost rodiče pomáhá dítěti mírnit nežádoucí vlivy působící na hospitalizované děti a velmi usnadňuje jeho adaptaci na cizí prostředí. Stejně tak se domníváme, že tato podpora ze strany rodiče má velký vliv také na uzdravovací procesy dítěte, což také může v konečném důsledku hospitalizaci podstatně zkrátit.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že matky mohly provádět u svého dítěte základní ošetrovatelskou péči, což shledávaly jako naprosto přirozené. Myslíme si, že právě takový přístup rodičů může v dítěti vyvolávat pozitivní pocity, které mu zachovávají režim, na jaký je zvyklé z domova, a tím také mnohem efektivnější adaptaci.

V otázce využití volného času však z rozhovorů s matkami vyvstaly určité rozdíly. Matky M1 a M2 se v rozhovorech vyjádřily, že jim ze strany personálu nebyla nabídnuta žádná aktivita a ani jim nebyla nabídnuta možnost využití herny. Ačkoliv na tomto oddělení v Jihočeském kraji dle zdravotníků působí učitelka, ani jedna matka se s učitelkou za dobu svého pobytu nesešla. Uvedly, že herna našly samy a o zábavu se dětem staraly pouze ony. Stejně jako Hlaváčková et al. (2015) se domníváme, že toto může být způsobeno vytížením sester vlastní prací anebo též mylnou představou, že pokud je s dítětem hospitalizovaný rodič, zvládne veškerou péči včetně herních aktivit

sám. K tomu bychom chtěli také podotknout, že stejně jako pro dítě, je i pobyt pro rodiče v nemocnici zátěžovou situací. Sám se ocitá v cizím prostředí, a pokud nemá dostatek informací, jeho pozitivní přínos pro dítě se může výrazně snížit.

Odpovědi matek M3 a M4 z Moravskoslezského kraje byly mnohem pozitivnější. Obě byly seznámeny s hernou a s možnostmi herních aktivit pro děti na oddělení. Zároveň je druhý den navštívila učitelka na pokoji a nabídla různé aktivity. Matky M3 a M4 s dětmi také využily hernu, kde jim učitelka připravila různé herní a tvořivé činnosti. Dle výpovědi zdravotníků učitelka na tomto oddělení vede dopolední školku a odpoledne spolu s dobrovolníky také tvořivou dílničku, kde si mohou nejen děti, ale také matky vyrábět cokoli, co je baví a zajímá. Své výrobky si mohou děti vystavit na oddělení (příloha 10), anebo si je mohou odnést domů. Matka M4 k tomu uvedla: „*To je bezvadný, alespoň se zabavíme a malá alespoň nemyslí na to, že je v nemocnici. Ji takové věci opravdu baví. Líbí se mi, že tu můžeme něco dělat*“.

Poslední část výzkumného šetření byla zaměřena na zjištění, jaký význam měla aplikovaná opatření na jednotlivých odděleních pro samotné děti. Většina odpovědí na tuto otázku nám byla zodpovězena v průběhu rozhovorů se zdravotníky i s matkami. Tyto skutečnosti jsme se také pokusili zodpovědět již v rámci diskuse, kdy se jednalo například o využívání zdravotních klaunů, obrázkových uniforem či významu trvalé přítomnosti rodičů. Z výpovědí všech respondentů bylo patrné, že matka, která může být přítomna po celou dobu hospitalizace, je pro dítě to nejlepší. Představuje pro něj jistotu, bezpečí a podporu. Má velký význam při efektivní adaptaci na nemocniční prostředí a je pro něj také partnerem při herních aktivitách. Snaží se vytvářet svým přístupem u dítěte pozitivní atmosféru, která se co nejvíce podobá režimu, na který je zvyklé z domova.

Přestože byl rozhovor s dětmi veden v duchu přátelské rozpravy, ve které jsme se zajímali o jejich oblíbené hračky a činnosti, kterým se v době hospitalizace věnují, nezískaly jsme od všech dětí mnoho relevantních informací. Některé nebyly schopny přesně na otázky odpovědět nebo odpovídat příliš nechtěly, a proto za ně ve většině případů odpovídaly jejich matky. Domníváme se, že některé děti v tomto věku ještě nejsou schopny přesně definovat své pocity, zvláště pak děti okolo třetího a čtvrtého roku věku. Také si myslíme, že jejich zdrženlivost mohla být způsobena i setkáním s cizím člověkem, kterého viděly poprvé. Děti D2 a D4, kterým bylo v době dotazování 5 a 6 let, byly v rozhovorech mnohem aktivnější a odpovídaly samy téměř na všechny otázky, které jim byly položeny.

Ačkoliv výše uvádíme, že informace od dětí nebyly ve všech případech plně dostačující, i tak jsme zde sledovali určité rozdíly ve využití času v době hospitalizace. Děti na oddělení v Jihočeském kraji trávily svůj čas více na pokoji s matkou, kde se věnovaly malování, hře her na tabletu či trávily čas sledováním televize a hernu využívaly jen málo. Domníváme se, že určitou roli zde mohl hrát, mimo času sester, také nedostatek nabízených zájmových aktivit ze strany personálu a také již zmíněná absence spolupráce s organizacemi či dobrovolníky. Naopak děti na oddělení v Moravskoslezském kraji trávily většinu času s matkou a ostatními dětmi v herně (příloha 11), kde si společně hrály, vyráběly výrobky, malovaly nebo zpívaly s učitelkou, která pro ně zároveň vymýšlela další aktivity. V době výzkumného šetření jsem měla možnost být na herně společně s dívkou D4, která v době rozhovoru vyráběla s maminkou velikonoční výzdobu (příloha 12). Na otázku, co ještě může v nemocnici dělat odpověděla: „*Čteme pohádky a počítáme. Taky zpíváme, paní učitelka hraje na piano*“. Zaujala mě také Kiwanis panenka, kterou dívka D4 při příjmu do nemocnice dostala od sester a kterou si později vymalovala a pojmenovala (příloha 13). Dále také uvedla, že se jí líbilo čtení pohádky, které na oddělení chodí předčítat seniorky z projektu „Počteníčko s babičkou“.

Vzhledem k tomu, že v době výzkumného šetření, které se odehrávalo v dopoledních hodinách, v této nemocnici nebyli přítomní žádní dobrovolníci, nelze proto jasně zhodnotit, jaké další aktivity zde byly pro děti realizovány a jaký o ně byl zájem.

Z celkového pohledu na empirickou část výzkumného šetření a její výsledky se domníváme, že cíle, které jsme si na začátku šetření stanovili, byly dosaženy. Zmapovali jsme možnosti, které jsou v rámci negativních důsledků hospitalizace na vybraných odděleních realizovány a zároveň jsme také identifikovali jejich přínos pro poskytovatele léčebné a ošetrovatelské péče i její příjemce.

Ačkoliv byla data získána pouze ze dvou dětských oddělení a dotazováno bylo pouze 16 respondentů, získali jsme alespoň nástin současných možností, které lze v této problematice uplatnit a věříme, že pro někoho mohou být také zajímavou inspirací buď pro zavedení do praxe, nebo jako téma k dalšímu výzkumnému šetření.

7 Závěr

Diplomová práce Prevence hospitalismu u dětí předškolního věku si kladla za cíl zmapovat, jaká opatření využívá personál na vybraných dětských odděleních k prevenci projevů hospitalismu u dětí v předškolním věku. Dalším stanoveným cílem bylo zjistit, jaký přínos mají aplikovaná preventivně orientovaná opatření pro lékaře, sestry, rodiče a hospitalizované děti.

Výzkumné šetření bylo provedeno na lůžkových dětských odděleních v nemocnicích v Jihočeském a Moravskoslezském kraji. Každé z těchto oddělení má svá specifika, která bylo v rámci diskuze také zajímavé mezi sebou porovnat.

Z výsledků, ke kterým jsme v rámci výzkumného šetření dospěli, je patrné, že velkou snahou zdravotníků je eliminovat negativní důsledky hospitalizace předškolních dětí především naplněním jednotlivých bodů Charty práv dětí v nemocnici. V popředí zájmu stojí především délka hospitalizace, humanizace prostředí, eliminace zbytečných léčebných a ošetrovatelských procedur a v neposlední řadě vytváření podmínek pro společnou hospitalizaci s rodičem, kteří se tak stávají aktivnějšími účastníky celého léčebného procesu. Rodiče mohou provádět základní ošetrovatelskou péči, mají dostatek informací, avšak nejdůležitější je pro ně vědomí, že mohou být po celou dobu hospitalizace s dítětem a dostane se jim náležitě pomoci. Zároveň pomáhají zdravotníkům, především sestrám, získat čas, který mohou věnovat nejen své odborné činnosti, ale také dětem, které jsou hospitalizovány samy bez rodičů.

Sestry a lékaři mohou nosit barevné uniformy což má jistě také nemalý vliv na zmírnění úzkosti a vhodnou adaptaci dítěte. K vyšetření využívají Kiwanis panenky, jejichž prostřednictvím mohou s dítětem navázat spolupráci či demonstrovat léčebné nebo ošetrovatelské výkony. Zmíněné panenky mohou být předškolním dětem společníkem a kamarádem, který je provází po celou dobu hospitalizace, ale také prostředkem pro vyjádření svých pocitů nebo prvkem pro tvořivou činnost a hru. A právě hra je také jedním z práv dětí, jež není o nic méně důležité než ostatní, které Charta práv dětí v nemocnici definuje. Mnohdy však může být ze strany zdravotníků opomíjeno, zejména pak, je-li s dítětem hospitalizován i rodič, nebo nemají-li zdravotníci dostatek času z důvodu své vlastní odborné práce, jak nám ukázaly výsledky šetření v nemocnici v Jihočeském kraji. Zde je však třeba si uvědomit, že všechny malé děti nejsou hospitalizované s rodiči, a ne všichni rodiče mají možnost být trvale se svými dětmi v nemocnici.

Na péči o hospitalizované děti na dětských odděleních se podílejí dále učitelky, dobrovolníci a různé organizace, které sebou přinášejí i spoustu nápadů, možností a zajímavých projektů. Přístup ke spolupráci a začleňování těchto prvků se však může na jednotlivých odděleních velmi lišit, jak také z výsledků šetření vyplynulo. Na dětském oddělení v Moravskoslezském kraji tuto spolupráci řadí na jedno z předních míst v prevenci negativních důsledků hospitalizace, zejména pak u malých dětí. Postoj zdravotníků na dětském oddělení v Jihočeském kraji je v této otázce spolupráce spíše negativní.

Z analýzy výsledků výzkumného šetření z oddělení v Moravskoslezském kraji vyplynulo, že efektivní a dobře koordinovaná spolupráce s učitelkou, organizacemi a dobrovolníky může mít velký význam nejen v péči o hospitalizované děti, ale také může velkou měrou přispívat ke kvalitě ošetrovatelské péče v pediatrii. Svou účastí na oddělení vytváří prostor pro samotné zdravotníky, kteří tak získají čas pro svou odbornou práci, podílejí se na humanizaci oddělení a zároveň vytváří pro děti a jejich rodiče programy, které jim dobu strávenou v nemocnici značně zpříjemní a dovolí tak alespoň na chvíli zapomenout, kde skutečně jsou.

O výsledcích, ke kterým jsme v průběhu našeho výzkumného šetření dospěli, byly informovány náměstkyně pro ošetrovatelskou péči obou nemocnic v Jihočeském a Moravskoslezském kraji a vrchní sestry obou dětských oddělení.

8 Seznam literatury

1. ALLEN, K. E., LYN, R. M., 2008. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let.* [z amerického originálu přeložila Petra Vlčková]. 3. vydání. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-7367-421-2.
2. ARORA, G. et al., 2016. Screen Media Use in Hospitalized Children. *Hospital Pediatrics*. [online]. [cit. 2017-04-08]. 6(5), 297-304, doi: 10,1542/hpeds.2015-0060. Dostupné z: <http://hosppeds.aappublications.org/content/early/2016/04/11/hpeds.2015-0060>.
3. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny.* Martin: Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. BACUS, A., 2007. *Mé dítě si věří.* [z francouzského originálu přeložila Pavla Le Roch]. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7363-296-6.
5. BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., 2011. *Diagnostika dítěte předškolního věku.* Brno: Computer. 220 s. ISBN 978-80-251-1829-0.
6. BÉREŠ, M., 2013. *Kouč vlastního života.* Praha: Grada. 240. s. ISBN 978-80-247-4689-0.
7. BOLEDOVIČOVÁ, M., 2010. Hospitalizácia dieťaťa. In: BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. *Pediatrické ošetrovatel'stvo.* 3. vydání. Martin: Osveta, s. 43-44. ISBN 978-80-8063-331-8.
8. BOLES, J., 2016. Preparing Children and Families For Procedures or Surgery. *Pediatric Nursing.* 42(3), 147-149. ISSN 0097-9805.
9. BOWDEN, V. R., GREENBERG, C. S., 2008. *Pediatric Nursing Procedures.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 823 p. ISBN 978-0-7817-6682-1.

10. CALEFFI, C. C. et al., 2016. Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children. *Revista de Gaúcha Enferm.* [online]. [cit. 2016-12-19]. 37(2), doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.58131. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200409
11. DUFKOVÁ, A., 2013. Potřeby dětí v nemocnici. *Sestra.* [online]. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/potreby-deti-v-nemocnici-470811>
12. DOLÁK, F., 2015. Prevence jako součást moderního ošetrovatelství. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny. s. 78-80. ISBN 978-80-7422-467-6.
13. EKERT, B., EKERT, CH., 2013. *Psychologie für Pflegeberufe.* 3. auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 420 s. ISBN 978-3-13-1389-63-3.
14. FESTINI, F. et al., 2009. Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing.* [online]. [cit. 2017-04-10]. 18(7), 1018-1026, doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02430.x. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19284436#>
15. GREGORA, M., 2007. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku.* 2. vydání. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-2030-2.
16. HELLER, D., 2014. *Sociální a pedagogická psychologie.* Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 80 s. ISBN 978-80-7290-680-2.
17. HELUS, Z., 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy.* Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
18. HLAVÁČKOVÁ, E. et al., 2015. Herní terapie v českých nemocnicích. *Pediatric pro praxi.* (16)3, 198-200. ISSN 1213-0494.

19. JOLLEY, J., SHIELDS, L., 2009. The Evolution of Family-Centred Care. *Journal of pediatric nursing*. [online]. [cit. 2016-11-29]. 24(2), 164-170, doi: 10.1016/j.pedn.2008.03.010. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=JOLLEY%2C+J.%2C+SHIELDS%2C+L.%2C+2009.+The+Evolution+of+Family-Centred+Care>.
20. KARLSSON, K., 2014. Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. [online]. [cit. 2016-12-20]. (9) doi: 10,3402 / qhw.v9.23063. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955765/>
21. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
22. KEENE, N., 2015. *Your Child in the Hospital: A Practical Guide for Parents*. 3. issue. Bellingham: Childhood Cancer Guides. 176 p. ISBN 978-1-941089-99-6.
23. KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.
24. KLIMOVIČ, M., 2012. Příprava nemocného na anestézii a operační výkon. In: FEDORA, M. et al. *Dětská anesteziologie*. Brno: NCO NZO, s. 119-127. ISBN 978-80-7013-544-0.
25. KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
26. KRIŠTOFOVÁ, E., 2010. Etické aspekty v starostlivosti o hospitalizované dítě. In: BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. *Pediatrické ošetrovatelství*. 3. vydání. Martin: Osveta, s. 45-48. ISBN 978-80-8063-331-8.
27. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
28. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

29. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
30. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z., 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. dopl. vydání. Praha: Karolinum. 400 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
31. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. 993 s. ISBN 80-247-0668-7.
32. LI, W. H. et al., 2016. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMG Pediatrics*. [online]. [cit. 2016-12-20]. doi: 10.1186/s12887-016-0570-5. Dostupné z: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-016-0570-5>
33. LINGE, L., 2013. Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: a meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts. *International Journal of Qualitative Studies in Health Well-being*. [online]. [cit. 2017-04-10]. (8) doi: 10.3402/qhw.v8i0.18907. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3538281/pdf/QHW-8-18907.pdf>
34. MACHOVÁ, A., BRABCOVÁ, I., 2010. Úloha sestry při zajištění herních aktivit hospitalizovaných dětí. *Kontakt*. 12(2), 144-150. ISSN 1212-4117.
35. MATĚJČEK, Z., 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 80-247-0870-1.
36. MELO, E. M. et al., 2014. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22(3), 432-439, doi: 10.1590/0104-1169.3308.2434.
37. NÁDASKÁ, I., 2010. Psychologické aspekty v starostlivosti o hospitalizované děti. In: BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 3. vydání. Martin: Osveta, s. 44-45. ISBN 978-80-8063-331-8.

38. NAKONEČNÝ, M., 1995. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář. 397 s. ISBN 80-85255-74-x.
39. ONDŘIOVÁ, I., SINAIOVÁ, A., 2010. Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí. *Sestra*. 20(7-8). 41-43. ISSN 1210-0404.
40. PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
41. PILÁT, M., 2005. Psychologické aspekty péče o kriticky nemocné dítě. In: FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. et al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO. s. 15-60. ISBN 80-7013-427-5.
42. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
43. PRŮCHA, J. et al., 2013. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
44. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
45. ROOHAFZA, H. et al., 2009. Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *Journal of Clinical Nursing*. 18(13). 1953-1959. ISSN: 1365-2702.
46. ŘÍČAN, P., 2008. *Psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-406-9.
47. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
48. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

49. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
50. SOLLÁROVÁ, E., 2008. Socializace. In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 49-64. ISBN 978-80-247-1428-8.
51. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
52. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et.al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
53. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. akt. vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
54. TRACHTOVÁ, E. et al., 2010. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
55. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. 360 s. ISBN 978-80-246-0841-9.
56. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
57. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
58. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Dítě 3x333 otázek pro dětského lékaře*. Praha: Triton. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.
59. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.

60. VYHLÍDAL, T., 2014. Zdravotní klaun. In: VYHLÍDAL, T., JEŠINA, O. et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. Praha: Powerprint. s. 72-76. ISBN 978-80-87994-21-4.
61. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
62. WEDLICOVÁ, I., 2010. *Vývojová psychologie*. Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. 119 s. ISBN 978-80-7414-320-5.
63. WIRTHOVÁ, V., 2011. Příjem nemocného k hospitalizaci, přeložení a propuštění. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. s. 37-49. ISBN 978-80-247-3419-4.
64. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
65. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

9 Přílohy

PŘÍLOHA 1 Charta práv dětí v nemocnici

PŘÍLOHA 2 Desatero hospitalizovaného dítěte

PŘÍLOHA 3 Konstrukce výzkumných otázek s lékaři a sestrami

PŘÍLOHA 4 Konstrukce výzkumných otázek s matkami hospitalizovaných dětí

PŘÍLOHA 5 Konstrukce výzkumných otázek s hospitalizovanými dětmi

PŘÍLOHA 6 Uniformy sester a lékařek

PŘÍLOHA 7 Aktivizační projekt „Počteníčko s babičkou“

PŘÍLOHA 8 Obrazy na oddělení z projektu „Děti dětičkám a dětem“

PŘÍLOHA 9 Kiwanis panenka lékařky

PŘÍLOHA 10 Výrobky hospitalizovaných dětí

PŘÍLOHA 11 Herna dětského oddělení

PŘÍLOHA 12 Výroba velikonoční výzdoby v herně (dívka 6 let)

PŘÍLOHA 13 Vymalovaná Kiwanis panenka (dívka 6 let)

PŘÍLOHA 1 Charta práv dětí v nemocnici

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

Dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospital“ a v tomto znění byl podpořen Centrální etickou komisí při Ministerstvu zdravotnictví České republiky v únoru 1992.

Zdroj:

SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, s. 240. ISBN 978-80-247-1613-8.

PŘÍLOHA 2 Desatero hospitalizovaného dítěte

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 vřelý 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 mýma očima.

Zdroj:

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, s. 11-12. ISBN 978-80-247-2968-8.

PŘÍLOHA 3 Konstrukce výzkumných otázek s lékaři a sestrami

Zdroj: Vlastní

S lékaři a sestrami:

L – lékař/ka, S – sestra

Věk

Celková délka praxe u dětí

Nejvyšší dosažené vzdělání /specializace (pouze sestry)

1. Setkal/a jste se někdy v průběhu své dosavadní zdravotnické praxe osobně s projevy hospitalismu u předškolních dětí? Pokud ano, tak s jakými?
2. Jaká opatření využíváte v prevenci hospitalismu u předškolních dětí na Vašem oddělení?
3. Jaký vliv mají podle Vás tato opatření na tyto děti?
4. Která Vámi uvedená (využívaná) opatření Vám při Vaší přímé lékařské/ošetrovatelské praxi s předškolními dětmi pomáhají?
5. Jakým způsobem nebo prostředky se snažíte získat důvěru předškolních dětí?
6. Jakým způsobem nebo prostředky pomáháte předškolním dětem zmírnit obavy a strach při Vašich vyšetřeních/ošetrovatelských intervencích?
7. Jak vnímáte přítomnost rodičů (popř. doprovodu) při společné hospitalizaci s dítětem v předškolním věku v souvislosti s Vaší přímou lékařskou/ošetrovatelskou praxí?
8. Jakým způsobem zapojujete rodiče (popř. doprovod) do péče o jejich dítě v době hospitalizace?
9. Spolupracuje Vaše oddělení (popř. nemocnice) s nějakými organizacemi, které se podílejí na zlepšování podmínek pro děti v nemocničním prostředí na dětských odděleních?

PŘÍLOHA 4 Konstrukce výzkumných otázek s matkami hospitalizovaných dětí

Zdroj: *Vlastní*

M – matka

Věk

Společná hospitalizace

Zkušenost s hospitalizací doprovodu s dítětem

1. Jak reagovalo Vaše dítě (kolik mu je let?) na sdělení, že bude muset být hospitalizováno?
2. Jakým způsobem jste své dítě na hospitalizaci připravoval/a?
3. Byly Vám při přijetí k hospitalizaci sděleny informace o chodu oddělení ze strany zdravotnického personálu?
4. Zajímal se personál dětského oddělení při příjmu například o denní režim, oslovení dítěte, zvyky, rituály nebo o zájmy Vašeho dítěte?
5. Jakým způsobem Vás personál zapojil do péče o Vaše dítě v době hospitalizace?
6. Co všechno smíte s Vaším dítětem na oddělení dělat?
7. Máte možnost být se svým dítětem při jeho vyšetřování, například při odběrech krve apod.?
8. Jak hodnotíte respektování Vaší přítomnosti na oddělení ze strany zdravotnického personálu?
9. Jak byste charakterizoval/a komunikaci mezi zdravotnickým personálem, Vámi a Vaším dítětem?
10. Jaké možnosti využití volného času Vašeho dítěte na tomto oddělení Vám byly nabídnuty ze strany personálu?
11. Jakými činnostmi nejčastěji využíváte volný čas Vašeho dítěte v době hospitalizace?

PŘÍLOHA 5 Konstrukce výzkumných otázek s hospitalizovanými dětmi

Zdroj: Vlastní

D - dítě

Pohlaví

Věk

Den hospitalizace

Zkušenosti s hospitalizací

Jádro rozhovoru

1. Víš, proč jsi v nemocnici? Kdo ti řekl, že půjdeš do nemocnice? Řekl ti také, jak dlouho budeš muset v nemocnici být?
2. Máš tady nějakou oblíbenou hračku? Přinesl sis ji z domova?
3. S čím si tady nejraději hraješ?
4. Co všechno tady můžeš dělat?
5. Co se ti tu nejvíce líbí?
6. Co se ti tu moc nelíbí?

PŘÍLOHA 6 Uniformy sester a lékařek

Zdroj: Vlastní



Uniformy sester a lékařek (Jihočeský kraj)

PŘÍLOHA 7 Aktivizační projekt „Počteníčko s babičkou“

Zdroj: Vlastní



Aktivizační projekt „Počteníčko s babičkou“ (Moravskoslezský kraj)

PŘÍLOHA 8 Obrazy na oddělení z projektu „Děti dětičkám a dětem“

Zdroj: Vlastní



Projekt „Děti dětičkám a dětem“ (Moravskoslezský kraj)

PŘÍLOHA 9 Kiwanis panenka lékařky

Zdroj: Vlastní



Kiwanis panenka lékařky (Moravskoslezský kraj)

PŘÍLOHA 10 Výrobky hospitalizovaných dětí

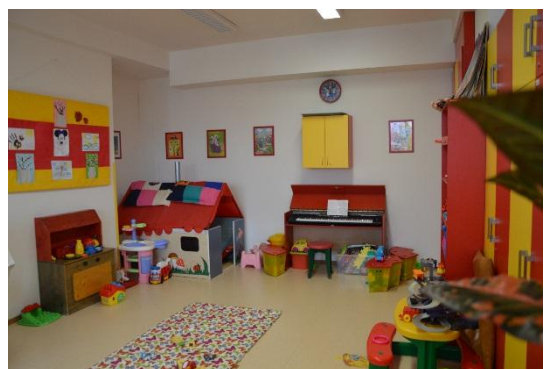
Zdroj: Vlastní



Výrobky hospitalizovaných dětí (Moravskoslezský kraj)

PŘÍLOHA 11 Herna dětského oddělení

Zdroj: Vlastní



Herna dětského oddělení (Moravskoslezský kraj)

PŘÍLOHA 12 Výroba velikonoční výzdoby v herně (dívka 6 let)

Zdroj: Vlastní



V herně dětského oddělení – dívka 6 let (Moravskoslezský kraj)

PŘÍLOHA 13 Vymalovaná Kiwanis panenka (dívka 6 let)

Zdroj: Vlastní



Kiwanis panenka hospitalizované dívky - 6 let (Moravskoslezský kraj)

10 Seznam zkratk

CNS	Centrální nervová soustava
FCC	Family-Centred Care
SŠ	Střední škola
USA	United States of America
VOŠ	Vyšší odborná škola