

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Ústav primární a preprimární edukace

**Dlouhodobá hospitalizace dětí předškolního věku a její  
dopady na dětskou psychiku**

*Diplomová práce*

Autor: Bc. Anna Jungrová  
Studijní program: N 7531 Předškolní a mimoškolní pedagogika  
Studijní obor: Pedagogika předškolního věku  
Vedoucí práce: MUDr. Mgr. Vladana Skutilová, Ph. D.

Hradec Králové

2018



## Zadání diplomové práce

**Autor:** Anna Jungrová

**Studium:** P15P1070

**Studijní program:** N7531 Předškolní a mimoškolní pedagogika

**Studijní obor:** Pedagogika předškolního věku

**Název diplomové práce:** **Dlouhodobá hospitalizace dětí předškolního věku a její dopady na dětskou psychiku**

**Název diplomové práce AJ:** Long-term hospitalization of preschool children and its impact on children's psyche

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Diplomová práce se zabývá dětmi předškolního věku, které jsou ze zdravotních důvodů dlouhodobě hospitalizovány v nemocnici. Charakterizována jsou také vývojová specifika dítěte předškolního věku, jeho potřeby a vlivy z okolí na něj působící - zejména prostředí a lidé, vyskytující se v jeho blízkosti. Cílem práce je zjistit, jaké jsou dopady na dětskou psychiku při dlouhodobé hospitalizaci v nemocničním zařízení. Vychází se z toho, že dítě předškolního věku potřebuje dostatečné množství sociálních kontaktů (v rodině i s vrstevníky), dostatek podnětů z okolí, zázemí, pocit bezpečí a další. Zmíněné aspekty mohou při hospitalizaci dosahovat nedostačujících hodnot, a tím působit negativně na harmonický rozvoj jedince. Je užito kvalitativního výzkumu založeného na podrobných kazuistikách sledovaných dětí. Výzkum je založen na rozhovorech s dětmi, rodiči, učitelkami působícími v nemocnici, zdravotními sestrami a rozboru anamnestických dat. Na základě získaných výsledků jsou vytvořeny návrhy na podpůrná opatření těchto dětí.

**Garantující pracoviště:** Ústav primární a preprimární edukace,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** MUDr. Vladana Skutilová, Ph.D.

**Oponent:** Mgr. Veronika Smetanová

**Datum zadání závěrečné práce:** 18.12.2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 21. 6. 2018

Anna Jungrová

## **Poděkování**

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce, MUDr. Mgr. Vladaně Skutilové, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při práci.

Dále bych chtěla poděkovat vrchní sestře Mgr. Romaně Sedláčkové a staniční sestře Lence Manové z Fakultní nemocnice Plzeň a Mgr. Evě Bubákové z Mateřské školy při Fakultní nemocnici Hradec Králové za aktivní spolupráci při realizaci průzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem dětem, jejich maminkám, zdravotním sestrám a herní specialistce za poskytnuté informace v rozhovorech a čas, který si na mou práci našli.

Poděkování patří také celé mojí rodině, která mě podporovala nejen při tvoření této práce, ale i po celou dobu studia a vytvořila mi ty nejlepší podmínky.

## **ANOTACE**

JUNGROVÁ, Anna. *Dlouhodobá hospitalizace dětí předškolního věku a její dopady na dětskou psychiku*. [Diplomová práce]. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 138 s.

Diplomová práce se zabývá dětmi předškolního věku, které jsou z důvodu chronického onemocnění hospitalizovány na delší dobu v nemocnici, někdy i opakovaně. Cílem práce je zjistit jaké jsou dopady na dětskou psychiku při hospitalizaci v nemocnici a jaké jsou rizikové faktory, které na dítě působí. Vycházíme z vývojových specifík předškolního dítěte a z toho, že dítě má ve svém věku určité potřeby, které nemusejí být v průběhu hospitalizace dostatečně naplňovány. Čím déle nebudou naplňovány, tím více se to může projevit na psychice dítěte a to jak přechodně tak i trvale. Tyto informace budou zjišťovány pomocí kvalitativního výzkumu, který vychází z polostrukturovaných rozhovorů. Ty budou vedeny s hospitalizovanými dětmi, jejich rodiči, zdravotními sestrami a učitelkami mateřských škol při nemocnici. Z rozhovorů dětí a rodičů budou sestaveny podrobné kazuistiky dětí. Na základě průzkumu bude navrženo jak těmto rizikovým faktorům předcházet.

**Klíčová slova:** hospitalizace dítěte, dítě předškolního věku, chronická nemoc, potřeby dítěte, psychika dítěte

## **ANNOTATION**

JUNGROVÁ, Anna. *Long-term hospitalization of preschool children and its impact on children's psyche*. [Diploma Dissertation Thesis]. Hradec Králové: Faculty of Education, University Hradec Králové, 2018. 138 s.

The present diploma thesis focuses on the problematic of chronically ill pre-school children who are repeatedly and retentively hospitalized. The aim of the thesis is to discover how a long-term hospitalization affects children's psychology and what the risk factors that affect the child are. We establish our thinking based on knowledge of the developmental specifics of a preschool child and of the fact that a child in this age has some specific needs, which may not be sufficiently fulfilled during a hospitalization. The longer the needs are not fulfilled, the more it can be reflected in the child's psyche, both temporarily and permanently. This information shall be gathered through qualitative research based on semi-structured interviews. They shall be kept with hospitalized children, their parents, nurses and nursery school teachers at the hospital. From the interviews with children and parents, detailed case reports shall be compiled. Based on the survey, this thesis shall propose how to prevent these risk factors.

**Keywords:** child hospitalization, child of a pre-school age, chronic disease, children's needs, child's psyche

## **OBSAH**

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU .....</b>	<b>13</b>
2.1	Psychický vývoj dítěte .....	13
2.1.1	Vrozené dispozice.....	14
2.1.2	Vlivy prostředí .....	14
2.2	Vývojové stádium předškolního dítěte a jeho cíl dle Eriksona.....	15
2.3	Jak vnímá předškolák svět okolo sebe .....	16
2.3.1	Prostřednictvím hry.....	16
2.3.2	Specifickým pohledem na svět a zpracováním informací o něm.....	17
2.4	Potřeby dítěte .....	19
2.4.1	Klasifikace potřeb .....	21
2.4.2	Potřeby typické pro předškolní věk .....	23
<b>3</b>	<b>HOSPITALIZACE DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....</b>	<b>26</b>
3.1	Zdraví a nemoc.....	26
3.1.1	Zdraví.....	26
3.1.2	Nemoc.....	27
3.1.3	Pohled pacienta na nemoc.....	28
3.2	Prostředí nemocnice .....	29
3.3	Příprava na neznámé a komunikace s dětským pacientem .....	32
3.3.1	Příprava na hospitalizaci .....	32
3.3.2	Pobyt v nemocnici .....	33
3.3.3	Propuštění z hospitalizace domů.....	35
3.3.4	Komunikace s dětským pacientem .....	36
3.3.5	Spolupráce s rodinou .....	38
3.4	Dítě, bolest a strach.....	40
3.4.1	Dítě a bolest .....	40

3.4.2	Dítě a strach .....	46
3.4.3	Zvládání zátěžových situací.....	50
3.5	Práva, potřeby a desatero hospitalizovaného dítěte .....	54
3.5.1	Charta práv hospitalizovaných dětí.....	54
3.5.2	Potřeby dítěte v nemocnici .....	55
3.5.3	Desatero hospitalizovaného dítěte .....	56
3.6	Negativní vlivy hospitalizace na psychiku dítěte .....	56
3.6.1	Frustrace a deprivace .....	56
3.6.2	Separace a izolace .....	57
3.6.3	Hospitalismus.....	58
3.7	Mateřská škola při nemocnici a herní specialista.....	59
3.7.1	Mateřská škola při nemocnici .....	59
3.7.2	Herní specialista.....	61
3.7.3	Zdravotní klaun.....	62
3.8	Charakteristika zkoumaných onemocnění .....	63
3.8.1	Chronické onemocnění .....	63
3.8.2	Vybraná onemocnění hospitalizovaných dětí .....	63
<b>4</b>	<b>METODOLOGIE PRÁCE .....</b>	<b>66</b>
4.1	Cíl.....	66
4.2	Výzkumné otázky.....	66
4.3	Metody výzkumu .....	66
4.4	Podmínky pozorování .....	67
4.4.1	Místo realizace .....	67
4.4.2	Výběr dětí .....	67
4.4.3	Časový harmonogram .....	67
4.4.4	Komunikace .....	68
4.4.5	Prostředí .....	68



4.4.6	Evidence dat.....	68
<b>5</b>	<b>VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>70</b>
5.1	Charakteristika sledovaného vzorku dětí .....	70
5.2	Kazuistiky dětí .....	70
5.2.1	Dítě č. 1.....	71
5.2.2	Dítě č. 2.....	74
5.2.3	Dítě č. 3.....	78
5.2.4	Dítě č. 4.....	81
5.2.5	Dítě č. 5.....	85
5.2.6	Dítě č. 6.....	87
5.3	Rozhovory s učitelkami MŠ při nemocnici.....	89
5.3.1	Učitelka č. 1 .....	89
5.3.2	Učitelka č. 2 .....	91
5.4	Rozhovory se zdravotními sestrami .....	93
5.4.1	Sestra č. 1 .....	93
5.4.2	Sestra č. 2.....	95
5.4.3	Sestra č. 3.....	97
5.5	Rozhovor s herní specialistkou .....	99
5.6	Výsledky průzkumu .....	104
5.6.1	Výsledky rozhovorů zkoumaných dětí .....	106
5.6.2	Výsledky rozhovorů s učitelkami .....	108
5.6.3	Výsledky rozhovorů se zdravotními sestrami.....	109
5.6.4	Výsledky rozhovoru s herním specialistou.....	110
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>112</b>
6.1	Odpovědi na výzkumné otázky vyplývající z výsledků průzkumu.....	112
6.2	Vlastní vyjádření k výzkumu .....	117
6.3	Naznačení dalšího průzkumu a návrhy úprav výzkumu nynějšího.....	118

6.4	Praktické využití poznatků .....	118
<b>7</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>120</b>
<b>8</b>	<b>POUŽITÉ ZDROJE .....</b>	<b>124</b>
<b>9</b>	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>127</b>
<b>10</b>	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>128</b>
<b>11</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>129</b>

# 1 ÚVOD

Psychika dítěte je velice křehká záležitost. Není lehké předem vytušit, co jí v jaké míře ovlivní. V zásadě je závislá na zrání těla, které vychází z genetických informací, a na vlivu prostředí. Vlivy prostředí jsou velice rozsáhlou skupinou. Patří sem rodina, přátelé, materiální prostředí, které nás obklopuje, zázemí, příroda, kultura, škola a mnoho dalších faktorů. Míra ovlivnění je vždy individuální a vychází z toho, jak jedinec své okolí vnímá a informace z něj zpracovává.

Takovým vlivem vlastně i zátěžovou situací může být hospitalizace, která potká i některé děti předškolního věku. Diagnóz, které mohou dítě zasáhnout, je velice mnoho a vzhledem k tomu, v jak závažné formě jsou, dítě různě zatěžují. Po takové hospitalizaci se dítě zpravidla vrací zpět do jeho běžného denní režimu, ke kterému v předškolním věku bezpochyby patří i mateřská škola. Není tedy vyloučeno, že se v běžné mateřské škole s tímto dítětem setkáme.

Cílem práce je zjistit, jak hospitalizace ovlivňuje psychiku dítěte předškolního věku, a jaké jsou její rizikové faktory. Díky tomu bude možné tyto faktory do budoucna zmírnit a vyhnout se jim, co nejvíce to bude možné. Nejdříve budou v odborné literatuře zkoumána východiska této problematiky. Bude se jednat zejména o psychiku dítěte a o procesy související s hospitalizací a nemocničním prostředím. Způsobem, jak zkoumat vliv hospitalizace na psychiku dítěte, tedy co, jak a v jaké míře v nemocnici na děti působí, je sestavit rozhovory pro aktéry tohoto procesu. Mezi tyto aktéry řadíme děti, jejich rodiče, zdravotní sestry a učitelky mateřských škol při nemocnici. Díky rozhovorům s těmito skupinami lidí získáme ucelený pohled na celou situaci, protože každý z respondentů má v lékařském procesu jinou roli. Jedná se o kvalitativní výzkum, respondentům tedy bude pokládáno větší množství otázek. Z odpovědí dětí a rodičů budou vytvořeny podrobné kazuistiky dětí, ze kterých bude zřejmé, k jakým změnám v psychice dítěte dochází. Tedy co v rámci hospitalizace dítě zvládá a co naopak snáší těžce. Obecnou situaci o vlivech hospitalizace na děti zjistíme z rozhovorů se zdravotními sestrami a učitelkami mateřské školy při nemocnici.

Je zajímavé, že potřeby, které děti ve známém prostředí (doma, v mateřské škole) nevyžadují nebo jen v malé míře, se najednou v neznámém prostředí nemocnice značně zesílí. Jako příklad můžeme uvést nepřetržitou přítomnost matky u hospitalizovaného dítěte. Více je již možné zjistit dále v diplomové práci.

Téma této práce jsem navrhla sama a upřesnila jsem ho ve spolupráci s vedoucí diplomové práce. Lákalo mě vyzkoušet něco netradičního, co by se dotýkalo i prostředí mimo běžnou mateřskou školu. Nemocniční prostředí mě zaujalo na pediatrických přednáškách. Bylo ale nutné zachovat dostatečnou provázanost mezi mateřskou školou a nemocnicí, tedy aby spolu tato dvě prostředí souvisela. Proto jsou předmětem zkoumání děti, které běžně navštěvují mateřskou školu, ale kvůli své nemoci, musejí zároveň často navštěvovat nemocnici a být hospitalizovány. Druhým důvodem, proč mě toto téma lákalo, byla ne moc příjemná osobní zkušenost s hospitalizací z mého dětství. Doufala jsem tedy, že zjištění o přístupu personálu k dětem budou pozitivnější, než jak jsem je zažila já sama.

## 2 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Zrození lidského života je něčím výjimečným a ne vždy zcela samozřejmým. Život může být pomíjivý, stejně jako naše zdraví. O oboje je nutné pečovat. Stejně tak, jak zmiňuje již Komenský v názvu první kapitoly svého slavného Informatoria školy mateřské, „*že děti, nejdražší boží dar a klenot, nejpilnějšího opatrování hodny jsou*“ (Komenský, 1975, s. 10). A dále můžeme pokračovat první větou z této kapitoly: „*Rodičům svým že nad stříbro, zlato, perly a kamení drahé dražší býti mají děti, poznají to, když jedno k druhému přirovnají*“ (Komenský, 1975, s. 10). Jak nadčasově volená slova již v polovině 17. století a stále pravdivá. Děti jsou zkrátka takovým malým pokladem, kterému se žádné drahé předměty nevyrovnají, a o který je nutno s láskou a s radostí dbát. Je nezbytné myslet na jejich potřeby, prožitky radosti, šťastné dětství plné hry a objevování, být jim nablízku, když to nejvíce potřebují a ony nám to na oplátku tisíckrát vrátí svým úsměvem a spokojeností.

Pojem **předškolní věk** může být vykládán různě. Zpravidla se jedná o **období mezi 3 – 6/7 lety** dítěte. Děti v této fázi navštěvují mateřskou školu. Zprvu na základě dobrovolnosti rodičů, v posledním předškolním roce povinně. Dle Vágnerové (2012) není konec předškolního věku určen jen fyzickým věkem. Dítě s nástupem do školy prochází i sociální změnou. Věk s nástupem do školy sice souvisí, ale vyzrállost organismu je v zásadě individuální. Mimo jiné může být v užším slova smyslu předškolním věkem myšlen konkrétně **poslední rok, kdy dítě navštěvuje mateřskou školu** před vstupem do školy základní.

### 2.1 Psychický vývoj dítěte

Pojem **vývoj** může mít napříč vědami mnoho podob. **V obecné rovině** jde o něco, co se vyvíjí, graduje, posouvá kupředu, tříbí a zdokonaluje. Například z hlediska vývoje lidského jedince vnímáme vývoj jako „... řadu zákonitých změn, které nastávají v zákonitém pořadí: tak, a ne jinak“ (Říčan, 2014, s. 21).

My se na toto téma zaměříme spíše z pohledu psychologie dítěte. **V historii** bylo na psychický vývoj pohlíženo z mnoha úhlů. Ne vždy byl brán vývoj jako komplexní proces. Objevovaly se i směry, které upřednostňovaly jen jednu ze základních složek tohoto vývoje, buď vliv genetiky, nebo prostředí, což zmiňuje Říčan et al. (2006). Popisuje nativismus, jehož hybnou silou pro psychický vývoj měla být pouze heredita neboli dědičnost, a environmentalismus, jehož psychický vývoj měl být závislý pouze na vlivu prostředí. Piaget (2014) na psychologický vývoj dítěte nahlíží celostně

a zdůrazňuje vzájemnou provázanost genetického faktoru a faktoru prostředí. „*Od narození však nabývají vlivy prostředí stále většího významu, a to jak pro organismus, tak i pro duševní život*“ (Piaget, 2014, s. 9). Říká, že psychologii dítěte musejí zajímat i faktory učení, životní zkušenosti a společenský život, nejenom biologické zrání.

### 2.1.1 Vrozené dispozice

Prostřednictvím dědičnosti v sobě máme zakódované genetické dispozice (**geny**), které jsou neměnné. Projevují se ve větší či menší míře v různých obdobích našeho života. Některé se projeví velmi, jiné se nemusejí projevit vůbec a pouze si je neseme v sobě jako informaci. Genetické informace, které v sobě máme, nazýváme genotypem. Ty genetické informace, které se projeví na základě interakce s prostředím, nazýváme fenotypem. Dle Vágnerová „*genetické dispozice představují informace, na nichž závisí zrání, tj. vytvoření předpokladů pro rozvoj určitých psychických vlastností*“ (Vágnerová, 2004, s. 24).

### 2.1.2 Vlivy prostředí

Kromě zrání, které realizuje tělo samo o sobě, je součástí vývoje osobnosti **učení**. Prostřednictvím učení získáváme zkušenosti, které nás posouvají ve vývoji dál. Učení se realizuje na základě interakce s **prostředím**, ve kterém se jedinec vyskytuje. Vzhledem k tomu, že každý vyrůstáme v jiném prostředí, byť třeba podobném, je nabývání zkušeností individuální záležitostí. Prostředí v sobě zahrnuje mnoho faktorů, mezi něž patří například rodina a sourozenci, vrstevnická skupina, škola popřípadě pracoviště. Spadá sem také materiální a hmotné prostředí, ve kterém se nacházíme. Učení není jednostranným procesem. Malé dítě se učí novým věcem, ale my se zároveň učíme od něj. „*Dítě projevuje nějakou aktivitu, reaguje na různé podněty, ale zároveň svým chováním stimuluje určité reakce jiných lidí*“ (Vágnerová, 2012, s. 15).

Abychom se stali společenskou bytostí, procházíme **socializací**, která nás provází v průběhu celého života. Hoskovcová (2006) zmiňuje, že prvním socializačním faktorem v životě je rodina. K další socializaci dojde vždy, když se jedinec musí přizpůsobit nové skupině. Socializací si osvojujeme nové způsoby chování, názory a hodnoty. Socializace v rodině nejen že je první, ale zároveň tou nejdůležitější. Tvoří se zde vzájemný vztah matky s dítětem, který už sám o sobě může být rozhodující pro další krok v socializaci tím, zda bude matka pečlivou, starostlivou s dostatečným množstvím lásky nebo jestli bude matkou odmítavou a zanedbávající. Stěžejní jsou

veškeré vztahové linie rodiny jako celek. Vágnerová (2012) podotýká, že je zásadní způsob, jakým rodina dítěti své poznatky předává. Na základě toho totiž dítě chápe další získané informace a podle toho pak i reaguje. Informace získané v rodině může nadále využít při styku s vrstevníky, které se mu budou hodit zejména při vstupu do mateřské školy. Dítě se dostává mimo rodinu „... a v souvislosti s tím získává další role. Jsou to role podřízené, určující vztah k dospělým (např. k učitelce v mateřské škole či k sousedovi), i role souřadné, vymezující vztahy k vrstevníkům“ (Vágnerová, 2004, s. 279). Dítě se musí umět naučit prosadit svoje zájmy a zároveň se podřídit skupině a pravidlům nastavených učitelkou. Učí se komunikovat a řešit problémy sám za sebe, popřípadě nebát se říct si o pomoc.

Všechny tyto nové situace obohacují dítě o přínosné zkušenosti. Stejně jako je každé dítě jinak vyzrálé, má i individuální míru a formu nabytých zkušeností. To je velice důležité brát v potaz při komunikaci a kooperaci s ním. Individuální rozdíly je potřeba respektovat v rodině, v mateřské škole i v případě nemoci, kdy je nezbytná hospitalizace.

## **2.2 Vývojové stádium předškolního dítěte a jeho cíl dle Eriksona**

Nejen v dětství procházíme vývojovými fázemi, ale po celý život. Přesto, že jsou vývojové fáze z mnoha pohledů rámcově vymezeny, nedá se s přesností určit, v jakou konkrétní dobu k přechodu do další fáze u konkrétní osoby dojde. Například Erikson stanovil osm vývojových stádií psychosociálního vývoje osobnosti, „... z nichž každé lze charakterizovat cílem, k němuž směřuje, event. problémy, které jsou v této fázi obvyklé, způsoby jejich řešení a s tím související proměnou osobnosti (Erikson, 1963, 2002)“ (Vágnerová, 2012, s. 41). Neschopnost nebo nemožnost dosažení cíle typického pro konkrétní fázi, ke kterému by měl jedinec směřovat, může zanechat trvalé následky na rozvoji osobnosti. Jen v případě, že tento cíl splní, se může posunout dál.

Pro předškolní věk je dle Eriksona typické období nazývané se **Iniciativa proti vině**. Vágnerová (2014) říká, že je dítě v tomto období více iniciativní a aktivní. Zároveň je jeho aktivita korigována společenskými normami. Ty určují hodnotu projevu. U předškolního dítěte se rozvíjí svědomí a s ním i pocit viny. Dítěti se rozšiřují vztahy s lidmi mimo rodinu, zejména s vrstevníky. Tím je obohaceno o nové zkušenosti a sociální postoje.

Pokud by bylo dítě separováno od sociálního kontaktu a bylo vystaveno nepodnětnému prostředí, může dojít k značnému potlačení jeho iniciativy, což může následně utlumit jeho přirozený chtíč po aktivitě a objevování. V případě závažnějších onemocnění, kdy je dítě dlouhodobě připoutáno na lůžko, může být jeho iniciativa taktéž potlačena. Zde však není hrozba tak katastrofálních scénářů. Dítě po skončení léčby svůj odložený cíl spíše naplní, než jak by tomu mohlo být u dítěte, které je i v domácím prostředí zanedbávané z hlediska jeho výchovy a potřeb.

## 2.3 Jak vnímá předškolák svět okolo sebe

### 2.3.1 Prostřednictvím hry

Říká se, že si lidé hrají celý život, a že se pouze proměňuje podoba a náplň této hry. V předškolním období je hra důležitým a nezbytným poznávacím procesem, a to hra volná i hra řízená. Prostřednictvím hry se dítě **seznamuje** s lidmi a vrstevníky, s přírodními procesy, **učí** se ve hře **prosadit** sám za sebe a zároveň **spolupracovat** s ostatními, **řešit** problémy, **uvažovat** apod. Říčan (2014) mluví o tom, že právě předškolní období, je klasickým obdobím hry. „*Předškolák si hraje intenzivně. S velkou vážností a vášnivostí. Dovede se do hry tak zabrat, že úplně zapomene jít včas na záchod, a dokonce se do ní vžije natolik, že se směje, vztekle křičí – i pláče*“ (Říčan, 2014, s. 126).

Hra má nejen poznávací funkci. Prostřednictvím hry má dítě možnost si do ní **promítnout problém** nebo situaci, které nerozumí. Nad herně vyobrazanou situací má nadhled. Může se jí pokusit realizovat a řešit různými způsoby. Díky tomu má možnost si odžít nepříjemné nebo prožít více variant řešení. Hra se dá krásně využít **v nemocnici** při demonstraci nadcházejících lékařských zákroků nebo u terapeutických cvičení po zákrocích.

Je to zkrátka aktivita, která dítěti zprostředkovává zkušenosti, které jsou nezbytné pro život a jeho další vývoj. Zároveň je dle Valenty et al. (2001) dítěti přínosná sama o sobě, přináší mu uspokojení a to i bez předem stanoveného cíle. Pokud by došlo k dlouhodobému potlačení možnosti dítěti realizovat se ve hře, která je mu tak přirozenou, mohlo by dojít k frustraci. Což by mohlo vést až v nezájem o poznání a celkovou pasivitu.



### 2.3.2 Specifickým pohledem na svět a zpracováním informací o něm

Díky poznávacím procesům jsme schopni sledovat svět kolem nás, pochopit ho, získávat z něj informace a reagovat na něj. Poznávací procesy, mezi něž patří vnímání a myšlení, musejí projít vývojem, stejně jako všechno ostatní v našem těle.

V předškolním věku má dítě zásadní rozdíl v pohledu na své okolí a na děje, které se v něm odehrávají. Vágnerová (2012) konstatuje, že je poznávání dítěte v předškolním věku zaměřeno na nejbližší svět, jehož pravidla se snaží pochopit. Způsob poznávání dítěte se mění a vyvíjí. Myšlení ještě není logické, a proto se v něm objevují nepřesnosti a omezení. Dítě vybírá jen určité informace a zpracovává je specifickým způsobem. Dalo by se říci, že dítě vnímá okolí stejně, ale vyhodnocuje ho jiným způsobem. Kromě toho, jak je dítě vyzrálé, se do vnímání odráží i jeho aktuální rozpoložení jako je například únava, hlad, strach, bolest apod.

Pro upřesnění si nyní vysvětlíme, jak předškolní dítě vnímá svět, a jak zpracovává informace o něm.

- **Centrace** – je podle Vágnerové (2012) subjektivní redukce informací. Jedincova pozornost ulpívá na znaku, který je pro něj nápadný a tím pádem i významný. Na základě toho přehlíží jiné méně výrazné znaky, mnohdy významnějšího charakteru. Centrace ovlivňuje dětský pohled na svět v tom smyslu, že pokud sledovaný prvek nebo jeho část dítě zaujme, pak ho aktivně vnímá. Tím pádem je schopen být danou věcí tzv. pohlcen. Stejně to funguje v opačném případě, pokud ho objekt nezajímá, nebude ho prakticky brát v potaz.
- **Egocentrismus** – Tento pojem nevystihuje to, že by dítě dostávalo do popředí jen své zájmy. Přirozeně vnímá svět okolo sebe subjektivně a vyhodnocuje ho. Zatím není schopno pochopit, že druzí mohou danou situaci vnímat jinak. Dle Říčana (2014) se jedná se o tzv. kognitivní egocentrismus. Vágnerová (2012) popisuje egocentrické uvažování jako přesvědčení dítěte o tom, že je jeho názor jediný, a jiný není možný. Dítě předškolního věku ještě nechápe, že jsou i jiné možnosti, než ta jeho. Vágnerová v publikaci dále zmiňuje známý příklad od Langmeiera, kdy si dítě zakrývá oči, aby ho druzí neviděli.
- **Fenomenismus** – „Pro dítě je důležité jak se mu situace jeví. Svět je pro ně takový, jak vypadá, jeho podstatu vesměs ztotožňuje s viditelnými znaky. Z toho důvodu např. odmítá akceptovat, že velryba není ryba“ (Vágnerová, 2012, s. 178).

- **Prezntismus** – Svět okolo dítě vnímá teď a tady. „*Významnost aktuálně vnímaného obrazu světa spočívá v tom, že představuje subjektivní jistotu: je to doopravdy tak, protože dítě to tak vidí a může se o tom opakovaně přesvědčit*“ (Vágnerová, 2012, s. 178).
- **Antropomorfismus** – Jedná se o přisuzování lidských vlastností neživým věcem. Dítě si myslí, že stejně jako ono má určité vlastnosti, mají je i objekty neživé. „*Děti předškolního věku umějí odlišit živé a neživé, ale stále ještě jsou schopné tyto rozdíly přehlížet a očekávat od neživých věcí projevy živých bytostí*“ (Vágnerová, 2012, s. 178).
- **Konfabulace** – Je to lež, která nemá za cíl někoho poškodit. Běžně se vyskytuje v předškolním věku. Velkou roli zde hraje fantazie. Například dítě něco prožije a chce nám o tom říct. Protože byl jeho prožitek silný, nezáměrně svou výpověď doplní o prvky fantazie. To pak dospělému může připadat přibarvené nebo nereálné až lživé. Pokud je do příběhu dítě opravdu hluboce ponořeno, není vyloučeno, že se fantazie projeví ve větší míře. Může to vycházet i z toho, že si danou věc dítě tolik přeje, až ji uvěří. „*Předškoláci kombinují vzpomínky s fantazijními představami, ovlivněnými jak nezralostí, tak aktuálními potřebami a citovým laděním. Pro ně však představují skutečnost a ony samy jsou o jejich pravdivosti přesvědčeny*“ (Vágnerová, 2012, s. 185). Proto se nejedná o lež jako takovou.
- **Magičnost** – Dítě si vykládá svět kolem sebe a děje v něm se vyskytující za pomoci fantazie. Vágnerová (2012) konstatuje, že děti předškolního věku mezi skutečností a fantazií úplně nerozlišují. Může tím pak docházet ke zkreslení dětského poznání.
- **Arteficialismus** – „*... je způsob výkladu vzniku okolního světa, resp. jeho typických znaků: někdo (rozumí se, že nejspíš nějaký člověk) jej udělal. Hvězdy a měsíc dal na oblohu, napustil vodu do rybníka, na něm udělal do rána led apod*“ (Vágnerová, 2012, s. 179).
- **Absolutismus** – Vágnerová (2012) tento pojem popisuje jako mínění dítěte o tom, že má vše konečnou a jednoznačnou platnost. Dítě absolutismem získává pocit jistoty a relativita je pro ně nepochopitelná. Dále uvádí příklad chlapce, který viděl reklamu na pastu na zuby, kde o ní mluvili jako o té nejlepší.

Reklamu však zavrhoval s tím, že nejlepší je pasta jiná, protože to říkali v předchozí reklamě.

Znat pohled předškolního dítěte na svět, na své okolí a brát to v potaz je nutné zejména při komunikaci s ním. Můžeme pak lépe pochopit, co cítí, jak vnímá, co si myslí o světě a o dějích, které se v něm vyskytují. Také jsme pak schopni dítěti konstruktivněji pomoci, pokud má nějaké trápení. Využití zde najde rodič, pedagog i lékař.

## 2.4 Potřeby dítěte

Potřeby se pojí s lidmi jako život sám. Je to něco co nás motivuje a žene kupředu. Díky potřebám jsme schopni přežít, protože to jsou právě ony, kdo nám dává jasné signály o tom, čeho máme přemíru a čeho nedostatek.

**Motivace** je stejně jako řada dalších pojmů vykládána různými způsoby. Sikorová (2011) ve své knize přejímá myšlenku Nakonečného, že je motivace rozporem mezi tím co nyní prožíváme a tím, co bychom si přáli. „*Jinak řečeno, motivace vyjadřuje stav vnitřní psychické nerovnováhy a chování směřuje k jejímu udržování a obnově*“ (Sikorová, 2011, s. 12). Předmětem motivace je motiv, v našem případě je tímto motivem potřeba. Sikorová (2011) zmiňuje, že pojem motiv bývá v literatuře běžně užit i ve významu potřeba a naopak.

**Potřeba** je nám hybnou silou, která nás motivuje k osobnímu uspokojení. Sikorová (2011) říká, že potřeba je motivačním stavem, a díky motivaci následně dojde k uspokojení potřeby. Jak moc je potřeba uspokojena, nemusí vycházet ze síly popudu, ale i z toho, jaké bylo očekávání od uspokojení výchozí potřeby. Potřeba nemusí být splněna neprodleně. Jsme schopni ji odložit na základě našich aktuálních možností nebo možností prostředí, ve kterém se nacházíme. S tím souvisí i fakt, že jedinec „... *nemůže vždycky uspokojit všechny své potřeby tak, jak by si přál. Musí se naučit, jak se s různými potížemi a překážkami vyrovnávat a jak je překonávat...*“ (Vágnerová, 2012, s. 22). Když je potřeba uspokojena, pak je na nějaký čas potlačena nebo vytěsněna a u osoby dojde k uvolnění. To trvá, dokud nedojde k vyprcháání nasycení potřebou a jejímu následnému obnovení. Langmeier s Matějčkem (2011) však upozorňují na to, že pokud jsou potřeby trvale neuspokojovány nebo jen minimálně, dojde k tzv. vyhladovění organismu a popud pro plnění potřeby se přesune na nižší hladinu. Tělo se snaží přirozeně udržet určitou rovnováhu v rámci plnění potřeb na základě podnětnosti

prostředí. Jejich nadměrné výkyvy, nedostatečné naplnění nebo i přesycení není optimální. „*Nedostatek podnětů i jejich nadbytek (přílišná jednoduchost a přílišná složitost, přílišná stálost a přílišná proměnlivost, příliš rigidní rytmicita i její naprostý nedostatek apod.) jsou subjektivně nepříjemné a vyvolávají reakce odvracení a nezájmu, anebo snahu po obnovení optimální podnětové úrovně*“ (Langmeier & Matějček, 2011, s. 278). Zároveň není na škodu, když si tělo o danou potřebu samo řekne a nenaplnujeme jí zbytečně předčasně. Tedy učit se, že nemáme vždy vše, co potřebujeme najednou.

Pro upřesnění myšlenky si nyní uvedeme dva **příklady**:

- Jednou ze základních fyziologických potřeb je hlad, respektive jeho potlačení. Abychom ho ukojili, musíme jíst. Pokud budeme jíst dostatečně pravidelně nebo až nadměrně, pocit hladu a tedy jeho potřebu nepocítíme. Je vhodné občas vyčkat na to, až si tělo samo řekne, že má hlad a až tehdy se najíst.
- Stejně to může být i s absolutní přítomností rodiče u dítěte. Pokud je rodič s dítětem neustále, nehne se od něj na krok, se vším mu vždy pomáhá a dítě je zvyklé na stoprocentní komfort, nemusí být následně připraveno na kroky k osamostatnění se. Je samozřejmé, že rodič dodává dítěti pocit bezpečí, jeho přítomnost dítě uklidňuje a má nezastupitelnou funkci v jeho vývoji. Dítě pak může mít problém se zvládnutím netradičních situací, které nebude umět řešit.

Dítě si situaci uvědomí, když má hlad nebo mu chybí maminka, a dokáže ho to zocelit. Musíme si uvědomit, že nejsou vždy podmínky na to, aby byly všechny potřeby splněny v absolutní míře. Přicházejí i zátěžové situace, se kterými je nutno se poprat. Takovou situací může být hospitalizace dítěte. Do 6 let věku má rodič nárok na hrazený pobyt s dítětem v nemocnici. Ne každý rodič může s dítětem v nemocnici setrvat po celou dobu hospitalizace. V takovém případě je nutné ho alespoň navštěvovat, trávit s ním co nejvíce času, vše mu vysvětlit, komunikovat s ním o jeho pocitech a naslouchat mu, aby byly potřeby naplněny alespoň částečně. Důležitá je také přítomnost empatického personálu, který se snaží přítomnost matky co nejautentičtěji nahradit. Obecně je nutno všechny potřeby plnit ve zdravé míře, aby to neovlivnilo vývoj dítěte v negativní rovině. Míru uspokojení jednotlivých potřeb má každý individuální stejně jako odolnost vůči jejich nedostatku.

### 2.4.1 Klasifikace potřeb

Každý máme určité potřeby. Některé jsou shodné, jiné nikoliv. Shodnost a odlišnost závisí i na tom, že část potřeb je nám vrozena a část závisí na prostředí, ve kterém se nacházíme. Sikorová (2011) dělí potřeby na **primární** a **sekundární**. Kdy primární „... vychází z aktivace vrozených tělesných mechanismů. Označovány jsou také jako vrozené potřeby. (...) Účinek sekundárních popudů jako motivujících sil spočívá hlavně v procesu učení (nové motivy vznikající učením)“ (Sikorová, 2011, s. 13). Vágnerová (2004) dělí potřeby obdobně se zmínkou o vzájemné provázanosti obou skupin potřeb. Psychické potřeby vycházejí z vrozeného základu, ale jsou stimulovány a upravovány vnějším prostředím. Zásadní jsou zejména sociální vlivy. Podstata motivů, a to jak budou uspokojovány, je značně různorodá. Vliv na to mají i aktuální hodnoty a normy společnosti.

Potřeba je zcela přirozenou věcí, která pomáhá našemu tělu přežít a posouvat se dál. Každá potřeba má určité postavení vůči těm ostatním a je tedy možné ji zařadit do hierarchie dle její významnosti. Hierarchií rozdělujících potřeby do takové škály je mnoho. Přesto, že jsou tyto hierarchie zobecněny, dá se říci, že každý člověk má svou stupnici potřeb dle významnosti individualizovanou. To, jak je konkrétní potřeba pro jedince důležitá, vychází přímo z jeho osobních vlastností a zkušeností, a také z vlivu rodiny a společnosti, ve které žije. Langmeier s Matějčkem (2011) uvádějí, že pro hodnocení životních potřeb musíme vycházet z individuality jedince a společnosti, ve které žije. Předpokladem je, že základní potřeby bývají napříč kulturami v zásadě stejné. Čím výše v hierarchii potřeb půjdeme, tím více rozdílů najdeme.

- **Maslowova hierarchie potřeb**

Mezi jedno z neznámějších uspořádání potřeb patří Maslowova hierarchie potřeb. A. H. Maslow vložil potřeby do pomyslné pyramidy dle jejich naléhavosti. Do její nejnižší části vložil ty nejvíce neodkladné potřeby a směrem nahoru jejich nutnost bezodkladného naplnění klesá. Pokud si potřeby nepředstavujeme v pyramidě, je možné je rozdělit následujícím způsobem, jak to uvádí Sikorová (2011):

- **Potřeby nižší** neboli základní, mezi které můžeme zařadit potřeby fyziologické a potřeby bezpečí.
- **Potřeby vyšší** neboli potřeby růstu. Mezi které patří potřeby styku, náležitosti a růstu či seberealizace. Tyto vznikají dle Maslowa až později v ontogenezi.

Konkrétně v knize Sikorová (2011) dělí Maslowovi potřeby do pěti základních bodů s jejich drobnou charakteristikou. Tyto body si nyní ve zkratce uvedeme a to od nižších po vyšší. Patří sem potřeby **fyziologické** (jídlo, pití, spánek, vyměšování), **jistoty** (bezpečí, ochrana), **náležení a lásky** (přijetí druhými), **sebeocení a úcty** (uznání a prestiž) a **sebeaktualizace** (realizace vlastního potenciálu). Je vhodné ještě podotknout, že nastavená hierarchie potřeb neplatí absolutně. Silnější motivace vyššího řádu je schopna utlačit potřebu nižší.

- **Základní psychické potřeby dle Langmeiera a Matějčka**

Další neméně známá a důležitá charakteristika potřeb je podle Z. Matějčka a J. Langmeiera. Jedná se konkrétně o základní psychické potřeby. Sikorová (2011) i u těchto autorů zmiňuje rozdělení potřeb a jejich charakteristiku. Jedná se o potřebu **stimulace** (dostatečná míra variabilních podnětů po dlouhou dobu), potřebu **orientace, smysluplného učení** (poznání pravidel a řádu pro orientaci ve světě, pocit jistoty a bezpečí), potřeba **citové jistoty a bezpečí** (spolehlivý a jistý mezilidský vztah), potřeba **seberealizace** (za příznivých okolností vede k uspokojivé osobní identitě) a potřeba **otevřené budoucnosti** (perspektiva do budoucna a rozvoj vlastní existence). Obdobně odcitoval tyto potřeby i Vymětal (2004) na jedné z úvodních stran knihy Úzkost a strach u dětí.

Výše jsme se zmínili o tom, že potřeby má každý individuálně postaveny v určité hierarchii. Také jsme říkali, že upřednostňování či potlačení potřeb závisí částečně na osobnosti jedince a na společnosti, ve které žijeme, tedy na jejich hodnotách a normách. „*Nejen jednotlivci, ale také jednotlivé kultury a společnosti se liší v tom, jakou míru stimulace preferují, dovolují či předepisují, kodifikují jako optimum*“ (Langmeier & Matějček, 2011, s. 279). Kromě druhu společnosti, je například zásadní také doba, ve které žijeme.

- **Pět faktorů ovlivňující plnění potřeb**

Sikorová (2011) stanovila **pět základních faktorů**, které **mohou ovlivňovat míru uspokojení potřeb**. Mezi ně patří individualita jedince, vývojová stadia člověka, kultura, rodina a onemocnění. Dále sem zařadila životní styl, schopnost adaptace na stres a faktory prostředí či pohlaví. Nyní se vrátíme k základním faktorům.

- U **individuality jedince** jsou stěžejní osobnostní charakteristiky, způsob prožívání a citová dráždivost, zralost a labilita.

- V rámci **vývojových stádií** je zásadní, v jakém z nich se člověk zrovna nachází. Například novorozeně vyžaduje naplnění zejména nižších potřeb, a jak se vyvíjí, rozvíjejí se u něj postupně i potřeby vyšší. Tedy na biologické potřeby navazují potřeby psychické a sociální, které se vzájemně prolínají.
- **Kultura** je velice zásadním vnějším vlivem na potřeby. Ovlivňuje to, jaké potřeby máme potlačovat, na jakých si naopak zakládat, a jak je uspokojovat.
- **Rodina** částečně vychází při uspokojování potřeb z vlivu kultury, ale také z individuálních zvyklostí a podmínek rodiny. Je zásadním faktorem při uspokojování potřeb dětí. To, jaké poskytuje rodina dítěti zázemí v dětství, se následně odráží v uspokojování potřeb v dospělosti. Zásadní je náklonnost k dítěti a vytváření pocitu bezpečí a jistoty.
- Pokud do života zasáhne **onemocnění**, je v uspokojování potřeb zásadní, jakého je onemocnění rázu. Jestli je akutní či chronické, jakým způsobem je léčeno, zda jedinec pociťuje bolesti, jestli musí být hospitalizován a na jakou dobu apod. Následkem onemocnění mohou být nepřímo potlačeny některé z potřeb a zároveň mohou být vytvářeny potřeby nové. Stejně může být přehodnocen i žebříček potřeb do budoucího života.

Míra ovlivnění těmito faktory je velice individuální. Některé nás mohou ovlivnit zásadně a jiné prakticky vůbec. Vágnerová (2004, s. 190-191) říká, že „*stejně motivy nás mohou vést k různému jednání (...). Totéž platí i naopak, odlišné motivy mohou vést k obdobnému projevu...*“

#### **2.4.2 Potřeby typické pro předškolní věk**

Potřeby se rozvíjejí a specifikují dle vývojového období. Tedy s vývojem osobnosti se mění a tříbí i potřeby. „*V průběhu života mají jednotlivé potřeby různý význam a často vyžadují, ve vazbě na aktuální vývojovou úroveň, i různý způsob uspokojování*“ (Vágnerová, 2012, s. 32). V této kapitole se zaměříme na potřeby předškolního dítěte. Nepůjde o přesně stanovenou hierarchii nebo chronologii potřeb, ale pokusíme se přiblížit, co je pro dítě v tomto období zásadní.

Langmeier s Matějčkem (2011) konstatují, že nejde spolehlivě vyjmenovat všechny potřeby, které dítě v různém věku potřebuje. Je to logické, protože každé dítě je ve své podstatě individualita a vyrůstá ve specifickém prostředí. Zároveň jsou i potřeby, které

jsou pro vývojová období typické. Podle Sikorové (2011) mají v zásadě zdravé i nemocné děti potřeby stejné. Jejich potřeby musejí být naplňovány, aby byl jejich vývoj co nejkvalitnější. Dle slov psychologů jsou totiž právě první léta života klíčová ve vývoji. Děti se totiž vyvíjejí velice rychle a zároveň jsou závislé na okolí. Zásadní je, aby rodiče o děti pečovali, aby měly potřeby dostatečně naplněny.

Potřebám dětí předškolního věku se věnuje například Vágnerová (2004, s. 194): „*V předškolním věku je stále důležitá **potřeba aktivity**, ale je postupně regulována socializačním působením, poznatky o přijatelnosti či nepřijatelnosti různé činnosti.*“ Dále vyzdvihuje **potřebu sociálního kontaktu**, která se v tomto období rozvíjí zejména s vrstevníky, tedy v kolektivu mateřské školy. Dítě si díky kolektivu osvojuje sociální dovednosti jako je sebeprosazení, spolupráce a altruismus. Zvýrazňuje se i **potřeba podnětů**, nových **informací** a **zážitků**. Jedna z důležitých potřeb, a to nejen v dětství, je **potřeba citové vazby**. „*Emoční vazba s matkou slouží i jako prostředek harmonizace potřeby bezpečí a potřeby zvědavosti. Vazba je mechanismem, který zmírňuje strach z neznámého a tím umožňuje dítěti projevit zájem o nové zkušenosti*“ (Vágnerová, 2012, s. 38). Když se dítě cítí bezpečně, nebojí se být vzdáleno od matky a objevovat. To platí i pro instituce, které dítě navštěvuje. Matka zde nemusí být přímo přítomna, ale dítě musí bezpečně vědět, že se vrátí. Pak bude klidnější. Sikorová (2011, s. 33) cituje Matějčka, který zdůrazňuje potřeby bezpečí, jistoty a lásky, bez kterých dítě nemůže uspokojit potřeby další. Jen s těmito potřebami může dítě prožívat i další potřeby s láskou. V předškolním věku obecně stále platí výše zmíněné základní psychické potřeby dle Langmeiera a Matějčka.

Lidé, tedy i děti, mají nekonečně mnoho potřeb. Některé se podobají, jiné jsou naprosto odlišné, některé se projevují silně, jiné slabě. Obecně se však můžeme shodnout na tom, že snad pro každého jsou na prvních místech potřeby bezpečí, jistoty, psychické pohody, zdraví, přítomnosti nejbližších osob (rodiny) a domova. Ne vždy máme to štěstí, abychom měli všechno výše jmenované najednou. Nedostatek psychické pohody, subjektivní nepřítomnost pocitu bezpečí a jistoty doplněný o neznámé prostředí, naplněné neznámými lidmi může velice rychle vyústit v diskomfort, strach a psychickou frustraci nebo v krajních případech až deprivaci. I tak může na člověka působit sterilní prostředí nemocnice v průběhu hospitalizace. A co teprve na dítě, které se ještě vyvíjí a jakékoliv dlouhodobější neuspokojování jeho potřeb by se mohlo odrazit na harmonickém rozvoji jeho psychiky. Matějček říká, že „*tělesné postižení*



*nebo nemoc nevytvářejí samy o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, připravují mu však náročnější životní situaci. Taková životní situace přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a následkem toho ovšem i určitá specifická nebezpečí pro psychický vývoj postiženého jedince“ (Matějček, 2001, s. 7). Základním kamenem, na kterém je potřeba stavět, je člověk, tím myšleno být dobrým člověkem. Když budeme empatičtí, budeme naslouchat a vynasnažíme se co nejvíce každému dítěti porozumět, můžeme mít zpola vyhráno. Ať už se jedná o dítě zdravé navštěvující mateřskou školu nebo dítě nemocné, které muselo být hospitalizované.*

### 3 HOSPITALIZACE DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

*„Pobyt v nemocnici je stresujícím zážitkem snad pro každého člověka, natož pro dítě. Cizí postel, neznámí lidé, bolest, úzkost, strach z neznámého. Právě tyto atributy stojí často na začátku životní zkušenosti zvané pobyt v nemocnici. V tu chvíli je celkem jedno, jestli jde o krátkodobou, nebo dlouhodobou hospitalizaci. Pro každého člověka znamenají dny strávené na nemocničním oddělení vytržení z běžného prostředí a každodenního rytmu, na který je zvyklý, omezení v pohybu i činnostech, dočasnou ztrátu blízkých. Pokud se stává pacientem dítě, pak je to především na vás, rodičích, jak se s obdobím hospitalizace vyrovná“* (Dlouhá & Dlouhý, 2012, s. 7). Není ale celé břímě jen na rodičích. Jakým způsobem bude dítě vnímat hospitalizaci, je značně individuální a subjektivní. Nicméně rodina s podporou personálu nemocnice mohou značně pomoci celkovému průběhu hospitalizace. Rozhodující je psychické rozpoložení dítěte i všech zúčastněných. Vnímání situace ovlivňuje mnoho faktorů, mezi které patří například prostředí nemocnice, způsob komunikace s pacientem, přístup rodiny a personálu k dítěti, možnost vyžití při hospitalizaci, druh a závažnost onemocnění apod.

#### 3.1 Zdraví a nemoc

Nejprve by bylo vhodné vymezit si termíny zdraví a nemoc. Není ale jednoduché přesně vystihnout podstatu těchto pojmů. Záleží na úhlu pohledu. Jestli nahlížíme na tyto pojmy jednostranně nebo komplexně. Zároveň je jejich podstata pomíjivá a nestálá, což mezi nimi vytváří tenkou hranici.

##### 3.1.1 Zdraví

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „... **stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti**“ (Čeledová & Čevela, 2010, s. 17). Totožnou definici uvádí i Křivohlavý (2001). Je to jedna z nejznámějších definic zdraví. Křivohlavý (2001) se vrací i k historickému pohledu na pojem zdraví, kdy zdraví ve staré řečtině nebo latině původně znamenalo celek, což se ztotožňuje s dnešním holistickým pohledem na zdraví. Tedy zdraví, na které je pohlíženo ze stránky fyzické, psychické, sociální i duchovní. Jedná se o širší hledisko neboli celostní. Další pohled, který Křivohlavý (2001) zmiňuje, je ten, kdy je zdraví **prostředkem k dosažení cíle**. Bez zdraví by bylo dosažení cíle nemožné, a proto potřebujeme být zdraví. Být nemocní je nevídané. Pokud jsme nemocní, nemůžeme cíle úspěšně dosáhnout. **Zdraví** však může být i **cílem samo**

**o sobě** a stává se pak nejdůležitější hodnotou. Křivohlavý (2001) uvádí příklad situace, kdy je zdraví přímo cílem. Může jím být u hendikepovaných nebo chronicky nemocných lidí. Autor dále cituje Davida Seedhouse, který prostřednictvím jednoduchých příkladů demonstruje **rozdílnost pohledu na zdraví v závislosti na různém zaměření hodnotících osob**.

- *„Lékař – pojmem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu.*
- *Sociolog – rozumí pojmem „zdravý člověk“ člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích.*
- *Humanista – slovy „zdravý člověk“ označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytanou.*
- *Idealista – pod pojmem „zdravý člověk“ si představuje člověka, kterému je dobře – tělesně, duševně, duchovně i sociálně“ (Seedhouse, 1995 In Křivohlavý, 2001, s. 30).*

Z tohoto rozdělení se nejvíce přibližuje definici Světové zdravotnické organizace pohled idealisty. Vesměs jsou v pořádku všechny výroky. Vzhledem k zaměření této práce je vhodné se přiklonit z hlediska pedagogicko-psychologického k definici idealisty a z hlediska medicínského k definici lékaře.

### 3.1.2 Nemoc

Stejně jako u zdraví je i pohled na pojem nemoc možno brát z více pohledů. Pokud bychom o nemoci hovořili v lidovějším slova smyslu, můžeme zmínit myšlenku Křivohlavého (2002), který se inspiroval ve Slovníku spisovné češtiny, kde je **nemoc** brána **jako porucha zdraví**. Pokud se však chceme přiblížit odbornější formulaci, zařadíme definici Klímy et al. (2016, s. 18), který působí jako pediatr. *„Nemoc je definována jako **porucha rovnováhy (homeostázy) vnějšího prostředí s vnitřním prostředím organismu nebo jako porucha integrity jeho součástí.**“*

Přítomnost nemoci není jen o samotné diagnóze, ale i tom jak ji jedinec vnímá, jak ji vnímá jeho okolí, jak moc ho omezuje v běžném životě a jakou má prognózu. Dochází k tzv. **zdravotní nepohodě** (Křivohlavý, 2002), která zasahuje člověka jako celek. Tedy se promítne do jeho stránky fyzické, psychické (duševní), sociální i duchovní. Dále také do cílů, které si stanovil, a do úkolů, které chce splnit. Zdravotní nepohoda nám

znesnadňuje běžné fungování v mezilidských vztazích tím, že nemocný může trpět bolestmi, špatnou náladou nebo dokonce duševní bolestí.

Zásadní je při vnímání nemoci subjektivní pohled jedince, zda se pacient cítí být nemocen nebo zda se vůbec cítí být pacientem. **Subjektivní pohled** Křivohlavý (2002) jinak označuje za kognitivní. Východiskem je psychika nemocného a vnímání diagnózy. Dalo by se říct, že se jedná o subjektivně vytvořenou definici zakládající se na osobních pocitech a prožitcích. Křivohlavý (2002) pokládá řečnickou otázku, na kterou se asi nedá nikdy stoprocentně odpovědět, co se odehrává v duši pacienta, když se jeho zdravotní stav zlepšuje nebo zhoršuje, popřípadě když se blíží jeho smrt.

### 3.1.3 Pohled pacienta na nemoc

Do pacienta se můžeme pokusit vcítit, avšak ne vždy se nám podaří absolutně pochopit jeho pocity v takové míře, jak by on potřeboval. „*Ukazuje se, že pacientovy představy o tom, co mu je, ovlivňují daného člověka při jeho vnímání jeho vlastního zdravotního stavu a zároveň ho i ovlivňují při jeho interpretaci toho, jak na tom zdravotně je, a co se s ním ze zdravotního hlediska děje*“ (Křivohlavý, 2002, s. 23).

Klíma et al. (2016) popisuje faktory ovlivňující zdravý vývoj jedince. Mezi tyto faktory řadí **vnitřní faktory** (genetické dispozice) a **vnější faktory** (zevní prostředí; životní styl nebo způsob života, který může být pozitivní i negativní; zdravotní péče). Některé faktory jsme schopni ovlivnit sami, jiné méně nebo vůbec. Přestože jsou faktory uváděny jako ovlivňující zdravý vývoj, dají se použít i jako faktory ovlivňující, jak bude pacient prožívat nemoc. Subjektivní prožitek nemoci závisí na míře citlivosti, která nám může být vrozena. Zároveň má každý určité životní zkušenosti (přístup rodiny ke zdraví a léčbě, prodělaná onemocnění, zkušenosti s lékaři apod.), které nás mohou zocelit nebo naopak. Důležité je naslouchat a snažit se pomoci, aby byl pacient po duševní stránce klidný a bez zbytečných obav.

Být v psychické pohodě je základ pro efektivní léčbu, zejména u dětských pacientů. Jakákoliv neblahá zkušenost související s onemocněním může zásadně ovlivnit průběh léčby v negativním slova smyslu. Zároveň může dojít k opačné situaci, kdy dítě zjistí, že jeho představy a obavy byly zbytečně moc frustrující, a léčebný proces byl přijatelnější, než se mu zprvu zdálo.

Děti jsou citlivé a vnímají i drobnosti, kterých si ani nemusíme všimnout. Je důležité dbát o duši a mysl dítěte jako takového. U dítěte jakožto pacienta to platí dvojnásob.

Kapitolu zakončíme výrokem Komenského (1975, s. 11), který se vztahuje právě k péči o dětskou duši: „*Duše tedy a mysl, poněvadž přední jest člověka částka, přední o ni péče býti má, aby zdárně a ušlechtilé zvedena byla; druhá za tím péče, nižší a běžnější, o tělo jest, jak by slušným a hodným nemsrtné duše příbytkem býti mohlo.*“

### 3.2 Prostředí nemocnice

Termínem nemocnice Matějček (2001, s. 74) označuje „... všechna zdravotnická zařízení. Kde dítě pobývá dlouhodobě, kde je léčeno, ošetřováno, opatrováno, kde probíhá jeho rekonvalescence, kde se mu dostává léčebné rehabilitace apod.“ Pokud dítě ještě nebylo hospitalizováno nebo **nemocnici** nikdy nenavštívilo, může pro něj být prostředí nemocnice něčím novým a neznámým. První dojmy nemusejí patřit mezi ty nejpozitivnější. Sterilní prostředí a lidé v bílých pláštích mohou dítěti nahánět hrůzu. Křivohlavý (2002) konstatuje, že nemocniční prostředí je značně jiné než to, které dítě zná z běžného života. Úkolem personálu v nemocnici je pacienta vyšetřit, stanovit diagnózu, léčit ho a pokud možno i vyléčit.

V nemocnicích je poskytována **zdravotní péče**. Ta podle Klímy et al. (2016, s. 20) „... představuje souhrn služeb poskytovaných při ochraně zdraví, předcházení nemocem a včasném rozpoznávání chorob, při smysluplné léčbě již propuklých nemocí, zábraně komplikacím a při následné rehabilitaci vedoucí k plnému obnovení funkcí organismu.“ Zdravotní péče je poskytována ambulantně i na lůžkových odděleních. O zdravotnické péči můžeme mluvit také tehdy, pokud jde o humanistickou stránku zdravotnictví (Křivohlavý, 2002). Její podstatou je zejména zachování dobrého psychického stavu pacienta, tedy aby se emocionálně nehroutil a aktivně se zapojil při léčbě. **Humanizované léčebné péče** je dle Matějčka (2001) nutno dbát z důvodu, aby psychický otřes nevedl k hlubším následkům, než jaké způsobí nemoc sama. Zájem je tedy při léčbě veden i o psychickou stránku dítěte nejen o fyzickou.

Pokud je to možné, je snaha dítě vyšetřit **ambulantně** a propustit ho domů, aby mohl trávit léčbu nebo rekonvalescenci v domácím prostředí s rodinou, kde má pocit bezpečí a vše co potřebuje. Dalším důvodem ambulantní péče může být také odlehčení lůžkové části nemocnice. Ambulance jsou dle Křivohlavého (2002) situovány u jednotlivých oddělení pro krátkodobou lékařskou péči. Není možné vše vyřešit ambulantní cestou. Dle Klímy et al. (2016) navazuje lůžková péče přímo na ambulantní, dále ji doplňuje a rozšiřuje.

Děti jsou umísťovány na dětská tedy **pediatrická oddělení**. Jednotlivá oddělení se mohou specializovat dle druhů onemocnění a většinou poskytují péči ambulantní i lůžkovou. „*Pediatric je základní lékařský obor, který se zabývá vyvíjejícím se lidským jedincem od jeho narození do dospělosti. Zvláštní zřetel je kladen na soulad tělesného, duševního a sociálního vývoje dítěte v souvislostech zdraví a nemoci, s důrazem na preventivní složku péče a prosazování zdravého způsobu života*“ (Klíma, 2016 In Klíma a kol., 2016, s. 17).

Pokud dítě není možné vyšetřit pouze ambulantně, je nutné přistoupit k **hospitalizaci**. V rámci hospitalizace je dítě pozorováno, absolvuje různá vyšetření a předpokládá se zmírnění jeho stavu. „*Hospitalizace je obecné označení pro delší vícedenní léčbu osob resp. pacientů v lůžkovém zdravotnickém zařízení, které nelze léčit ambulantně*“ (Příspěvatelé Wikipedie, 2017). Pro dítě může být hospitalizace zásadním zásahem do běžného života a to zejména pokud je předpokladem nutnost delšího setrvání v nemocnici. Klíma et al. (2016) hovoří o tom, že pro děti může být adaptace na prostředí nemocnice nelehká až traumatizující. Důležité proto je jim prostředí (zejména pokoj) co nejvíce zútulnit, aby se zde cítili přirozeně. K přirozenému prostředí je řazena i přítomnost matky u nemocného dítěte. Klíma et al. (2016) v rámci přiblížení přirozenému prostředí kromě přítomnosti rodiny ještě zmiňuje třeba dodržení denního režimu dítěte, na které je zvyklé z domova, nebo naplnění dětských potřeb, mezi něž patří hra dítěte nebo kontakt s jinými dětmi. Úprava podmínek je důležitá zejména v případě dlouhodobé hospitalizace.

Pojem **dlouhodobá hospitalizace** je trochu relativní. Každý délku hospitalizace vnímá jinak. V dnešní době je snaha dobu hospitalizace v nemocnici co nejvíce zkrátit, aby se mohl pacient léčit v domácím prostředí. Dalo by se říci, že za dlouhodobou můžeme považovat hospitalizaci, která je delší než týden. Dlouhodobá hospitalizace může být nutná, pokud nastanou při léčbě komplikace, nebo když dítě ještě nemá stanovenou diagnózu a musí zůstat na pozorování. I některé plánované zákroky vyžadují delší čas na rekonvalescenci v nemocnici pod dohledem lékaře. „*Chronicky nemocní se často umísťují mimo hlavní komplex nemocničních budov ve specializovaných zařízeních pro dlouhodobě nemocné atp.*“ (Křivohlavý, 2002, s. 49).

U **krátkodobé hospitalizace** do týdne se většinou jedná o vyšetření, u kterých je důležité setrvat v nemocnici několik dní, nebo o určení diagnózy. Také může jít o akutní stav, kdy je diagnóza známa a pacient je jen zaléčen a postaven mimo nebezpečí.

Již jsme zmínili, že je důležité a významné pro dítě, aby s sebou mohlo mít v nemocnici někoho z rodiny. Zpravidla bývá **doprovodem matka** dítěte. „*U dítěte do 6 let věku je hrazen pobyt doprovázející osoby ze zdravotního pojištění*“ (Klíma, 2016 In Klíma, 2016, s. 22). Tato přítomnost rodiče se jinak označuje jako **rooming in**. Doprovod zde může trávit s dítětem celý pobyt. „*Rodiče nejsou pro dítě jen návštěva! Jednomu z nich má být umožněno pečovat o dítě nepřetržitě, nejlépe dvacet čtyři hodin denně*“ (Řezníčková, 2008 In Sedlářová, 2008, s. 155). Zázemí pro doprovod je různé. Některé pokoje jsou vybaveny lůžkem pro rodiče. Jiné mají pokoj pro matky oddělen a v dětském pokoji je umístěno křeslo k dětské postýlce. Vždy záleží na možnostech nemocnice a jednotlivých oddělení. Podmínky nejsou standardizovány. Rooming in je především pozitivní záležitostí. Přítomnost blízké osoby v neznámém prostředí dodává dítěti pocit bezpečí a snižuje pocity strachu. Plevová a Slowik citují Mareše a Marešovou: „*U dětí, zejména malých (kojenců, batolat, dětí předškolního věku), pomáhá už jen fyzická přítomnost rodičů při hospitalizaci a při nepříjemných či bolestivých výkonech zajišťuje potřebu bezpečí a jistoty, usnadňuje zvládnutí zátěžových situací*“ (Mareš & Marešová, 2000 In Plevová & Slowik, 2010, s. 60). Plevová a Slowik (2010) dále konstatují, že přítomnost matky při vyšetřeních, zajišťuje osvojení si postupů lékařské péče, které může využít při následné péči matka doma. Zároveň může nepřetržitá přítomnost matky působit i rušivě a to v případě, kdy má o své dítě strach a znesnadňuje tím péči lékařskému personálu zasahováním do jejich práce. Ať je to tak či onak, měly by si obě strany pokusit co nejvíc vyjít vstříc a vytvořit vhodné podmínky pro vzájemnou spolupráci. Ty popisuje Řezníčková In Sedlářová (2008, s. 155) následovně:

- „*umožnit rodičům pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace*
- *přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné pracovníky*
- *umožnit rodičům ovlivňovat ošetřování a režim dítěte*
- *poskytnout rodičům opakované a srozumitelné informace*“

Vždy záleží na domluvě a na tom, zda máme chuť na komunikaci mezi personálem a rodičem pracovat. Musíme si uvědomit, že jde v celém procesu o dítě a případné neshody, by mohly dítěti spíše přitížit. Mohou vytvářet komunikační napětí, které dítě vycítí, aniž bychom si toho všimli. Nemocniční personál, lékaři a sestry, by měli být

dostatečně empatičtí a rozumní na to, aby pomohli s obtížnou situací celé rodině. Pomáhat dětem a jejich rodinám je ve své podstatě poselstvím.

### **3.3 Příprava na neznámé a komunikace s dětským pacientem**

Odchod dítěte do nemocnice nemusí být lehkou záležitostí. Je to něco nového neznámého a tento fakt mohou provázet obavy. Ty se mohou týkat ambulantního vyšetření i hospitalizace. Dítě si může klást otázky typu: „Co mi tam budou dělat?“, „Bude to bolet?“, „Bude tam se mnou máma?“ apod. Obecně je to zátěž zejména na psychickou stránku. Nedá se ale říct, jak na tuto situaci bude dítě reagovat, protože každé dítě je proti těmto situacím jinak odolné.

#### **3.3.1 Příprava na hospitalizaci**

Pokud je hospitalizace plánovaná, je vhodné se na ni připravit. Hospitalizace zasáhne do chodu celé rodiny. Dítě opouští domov, sourozence, kamarády, běžné denní aktivity apod. Vzhledem k tomu, že je v dnešní době možnost trávit se svým dítětem čas po celou dobu hospitalizace, mnoho se tím ulehčuje. Není nutné se s dítětem loučit s pocitem, že ho tam samotné necháváme napospas lékařům. Navíc se dítěti uleví, že v novém prostředí nezůstává samo. Zároveň nedochází k situaci, kdy se dítě každý den loučí po návštěvách a opakovaně zažívá pocit opuštění nebo dokonce k situaci, kdy rodič nedorazí vůbec.

Mohlo by se zdát, že se příprava týká jen dětí, týká se ale i rodičů. **Rodič** by si měl promyslet **co dítěti o nemocnici a hospitalizaci řekne a jak to řekne**. Rozhovor mezi rodičem a dítětem může být rozhodující před vstupem do nemocnice. Dle Matějčka (1983) je zásadní už přístup, jaký rodič zaujme k nemocnici a léčbě. To je totiž předpokladem k tomu, jaké bude mít dítě citové ladění a jestli bude v nemocnici spolupracovat či nikoliv. Přihlédnout se musí mimo jiné k věku, vyspělosti a zkušenostem jedince s nemocnicí. Některé děti snášejí odloučení dobře, jiné zase velice špatně, i z toho vycházíme při přípravě. Matějček (1983, s. 2) říká, že „... *dítěti předškolnímu dáváme své postoje najevo spíše celým chováním než slovy. Není proto dobře, zahrnou-li rodiče dítě při takové příležitosti příliš vzrušenými citovými projevy, mazlením, litováním či něčím podobným. To snadno v dítěti podezření, že se tu chystá něco mimořádného, hrozivého, čeho je třeba se předem bát.*“ Doporučením je chování v zásadě neměnit a zároveň dítě ujistit, že v nás má oporu a že ho máme rádi.



Stává se, že rodiče **ve strachu**, aby své dítě uchránili, se raději **uchýlí ke lži**. Řeknou dítěti, že ho to nebude bolet, že na něj všichni budou hodní, že se hned vrátí domů apod. Pak nastane opak, injekce bude dítěti nepříjemná, lékař se mu nebude líbit a nechají si ho v nemocnici na několik dní. Dítě to může brát jako obrovskou zradu od rodičů a i ztrátu důvěry. Pozor si na tyto milosrdné lži musejí dávat i lékaři a zdravotní sestry. Je lepší dítěti říct jednoduchou formou pravdu. Ono pak může očekávat, jak to celé bude probíhat. Třeba bude nakonec mile překvapeno. *„Samozřejmě nepřipomínáme nepříjemnosti, které snad dítě v nemocnici čekají, nemluvíme o stýskání, strachu, pláči a podobných věcech. Taková slova bychom při zmínce o nemocnici měli ze své řeči rozhodně vypustit. Naopak, zaměříme se na okolnosti příjemnější a lákavější, jako např. „pobyt v nemocnici mu přinese znovu zdraví a pak bude všechno jako dřív“... (Matějček, 1983, s. 3).* Další chybou může být, když rodič vylíčí nutnost **hospitalizace** jako něco, co je **za trest**. *„To máš z toho, že si dělal ... / nedělal ...“* Matějček (1983) upozorňuje, že tato varování rodičů mohou u dítěte jednoduše způsobit pocit viny, což mu pak může velice zkomplikovat nejen nástup do nemocnice, ale i samotnou léčbu. Nemluvě o tom, že to není výchovné.

Předškolní děti se ještě neorientují s dostatečnou přesností v čase, není tedy potřeba vysvětlovat jim, kdy nastane s přesností den odchodu domů. Stačí například říct, že tam bude jen tak dlouho, jak to bude nutné.

Dítě by mělo mít možnost **vzít si s sebou** z domova nějaký předmět, plyšáka, **hračku**, kterou má rád. Něco co je mu blízké, bude mu dělat společnost a udělá radost. Bude to takový partner do nepohody. Rodič může dítě obdarovat nějakou drobností, která ho rozveselí a ukrátí mu čas při hospitalizaci. Nemělo by to však být formou *„Když půjdeš do nemocnice, tak dostaneš dárek“* nebo *„Když si necháš dát injekci, dostaneš dárek“*. *„Dítě kromě samotného stresu z návštěvy lékaře prožívá navíc stres z obavy, že selže a odměnu nedostane“* (Hoskovcová, 2006, s. 141). Tedy dárek ano, ale bez podmínek.

### **3.3.2 Pobyt v nemocnici**

*„Čím méně příležitosti bylo k předchozí přípravě doma, tím více záleží na prvních dojmech dítěte z nového prostředí“* (Plevová & Slowik, 2010, s. 66). Samotným vstupem do nemocnice a do lékařské péče dítě získává **status pacienta**, tedy novou roli. Dítě přichází do styku s lékařem a zdravotními sestrami. Ti samozřejmě znají obecná vývojová specifika dítěte a podle nich upravují způsob komunikace tak, aby dítě všemu

porozumělo. Je dobré od dítěte zjistit co nejvíce informací. Třeba jeho zájmy a záliby, aby mohli zdravotníci s dítětem **najít společnou řeč**. Pokud má dítě problém v komunikaci, měl by na to rodič diskrétně upozornit personál, aby mohli s dítětem efektivněji spolupracovat. *„Komunikace je bezprostředně podmíněná zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků. Ovlivňuje ji i momentální prožívání a psychický stav dítěte“* (Plevová & Slowik, 2010, s. 63). Pokud se personálu podaří navázat dobrý vztah s dítětem a dítě s ním komunikuje, je to pozitivní předpoklad pro hladký průběh hospitalizace. I zdravotník se může stát partnerem nebo kamarádem, pokud si dokáže získat důvěru dítěte. Vhodným prostředkem může být hra. *„Potřeba hravé aktivity přetrvává i u nemocného dítěte a je významným léčebným aspektem, protože zlepšuje citový stav, ulehčuje přizpůsobení na změněný zdravotní stav a prostředí, poskytuje náhradní uspokojení za činnosti a zájmy, které jsou nemocí omezeny či vyloučeny, pomáhá prolomit sociální izolaci a vytvářet vztahy jistoty, důvěry a spolupráce“* (Plevová & Slowik, 2010, s. 68).

Na dětských odděleních bývají **herny**, kde mají děti hračky, knížky, stolečky na kreslení apod. Některé herny mohou působit jako třídy v mateřské škole, což může být pro dítě příjemné odreagování od nemocničního prostředí. I pokoje by měly na dítě působit spíše jako **dětský pokoj**, který mohou mít doma než jako pokoj v nemocnici. Pokoje by neměly působit sterilně a chladně.

Rodič může trávit s dítětem v nemocnici celý pobyt, přesto je návštěva vítaným rozptýlením. Plevová a Slowik (2010) popisují i nepříjemnou situaci, kdy dítěti **nepřijde do nemocnice návštěva**. V takovou chvíli dítě prožívá obrovské zklamání a smutek. Personál nemocnice musí umět vhodně zareagovat svou vynalézavostí, aby dítě rozptýlil. Ideálním a přirozeným způsobem je hra s dítětem, která mu může na čas poskytnout náhradní uspokojení. Můžeme se pokusit s rodinou navázat telefonický kontakt nebo zajistit herní specialisty či zdravotní klauny.

Pro zajištění dobrého psychického i fyzického stavu je vhodné dodržovat takový **denní režim**, na který je zvyklé dítě doma, zejména z hlediska odpočinku a spánku. Nedostatek kvalitního odpočinku se může negativně odrážet v komunikaci a reaktivitě dítěte. S tím souvisí i zajištění klidného a nehlukného prostředí. Děti také potřebují přiměřeně aktivity a podnětné prostředí, jinak tomu i v nemocnici. *„Děti všech věkových stupňů nesmějí zůstat v nemocnici opuštěny a nezaměstnány, neboť právě*

*účelné zaměstnávání, zajímavá hra, vytvářejí radostnou náladu, tak důležitou v procesu uzdravování“ (Matějček, 2001, s. 89).*

### **3.3.3 Propuštění z hospitalizace domů**

Jen krátce se zmíníme k propuštění dítěte z nemocnice po hospitalizaci. Dítě v nemocnici zažije nové zkušenosti. Ty mohou být veselé i nikoliv. Ať je tomu jakkoliv, v jednom se průběh hospitalizace shoduje. O dítě je nadměrně pečováno. Nadměrně v tom smyslu, že při pobytu v nemocnici tráví matka čas s dítětem prakticky nepřetržitě, což předškolní děti už většinou ve svém věku doma nemají. Kromě rodiče o dítě pečují i zdravotní sestra, lékař, herní specialista nebo zdravotní klauni. Dítě je v centru dění a na to si každý rychle a rád zvykne.

Zlom však může nastat **po propuštění domů**. *„Jsou případy, že dítě je pak po jistou dobu nápadně citově chladné k členům rodiny, nebo i odmítavé, zlostné, nedůtklivé, nepřátelské. Daleko častější reakcí však bývá velmi intenzivní příklon k matce: dítě je ve všem na matce závislé, bojí se být bez ní, chce s ní spát, je žárlivé a reaguje zcela nepřiměřeně, je-li náhodou trestáno“ (Matějček, 2001, s. 95).* To může být způsobeno buď tím, že si zvyklo na nepřetržitou přítomnost a pozornost matky, kterou doma nemůže mít, anebo tím, že pokud matka s dítětem hospitalizaci netrávila, má dítě strach z dalšího opuštění a samoty. V takovém případě musí dojít k obnovení vzájemné důvěry. Některé děti se vrátí do běžného života bez sebemenšího problému. Citlivější děti se mohou z hospitalizace nějaký čas vzpamatovávat a teprve pozvolna navracet k běžnému životu.

U dětí, které byly **hospitalizovány na dlouhou dobu**, mohou nastat další problémy po návratu domů. *„Nejčastěji si rodiče stěžují na nekázeň a neposlušnost takového navrátilce, na hravost a malý smysl pro pořádek a odpovědnost. Avšak i rodina, která si nezřídká dítěti za dlouhou dobu odvykla, může pociťovat jeho návrat jako porušení rovnováhy“ (Matějček, 2001, s. 95).* Nižší míra smyslu pro pořádek a neposlušnost mohou být způsobeny tím, že v nemocnici dítě tyto činnosti plnit nemuselo nebo třeba jen částečně. Je pro něj posléze nelehké zvyknout si zase znovu na větší míru povinností a pravidel.

Míra obtíží po návratu je individuální a není pravidlem, že dítě obtíže tohoto typu zasáhnou. Při kratších hospitalizacích nemusejí děti ani rodina obtíže pociťit.

### 3.3.4 Komunikace s dětským pacientem

Myšlení předškolního dítěte ještě není na úrovni dospělého člověka. Převládá u něj egocentrismus a další způsoby nazírání na svět, jak už jsme si vysvětlili v kapitole 2.3. O to víc je potřeba s dítětem komunikovat a o dějích v nemocnici mluvit. Dítě potřebuje trpělivý přístup a zodpovězení všech otázek, které by ho mohli uvádět do nejistoty. Mimo jiné seznámení s vyšetřeními a operacemi, které ho čekají.

Dítě může **zaslechnout rozhovor lékaře** s rodičem, zdravotní sestrou či jiným lékařem a nemusí všemu správně porozumět. **Vyloží si věci po svém** a na základě toho hodnotí své příznaky nemoci ostatním. „*Někdy přepjatě hledá nebezpečí ve svých tělesných obtížích, děsí se jich – a zapírá je (disimuluje). Jindy se naopak stane, že si hledí udržet zájem o sebe, „prodloužit“ si nemoc a tím i svou důležitost. Vypovídá nesprávně o svých tělesných pocitech, přehání bolesti a klame lékaře i ošetřující personál (simuluje)*“ (Matějček, 2001, s. 90). Je vhodné ještě před hospitalizací dítěti vysvětlit, že je důležité se nebát, a snažit se říct co nejpřesněji, co mu doopravdy je.

Otázek ohledně hospitalizace může před dítětem vyvstávat mnoho. Tyto otázky může zodpovídat lékař, sestra nebo herní specialista, nejlépe však **informace** dítě přijme **od rodiče**. Sedlářová et al. (2008) uvádí, že v některých případech je vhodné zaškolit rodiče a ten pak vše vysvětlí dítěti. Na druhou stranu Plevová a Slowik (2010) podotýkají, že neexistuje přesný návod k tomu, jak rodiče a děti připravovat. Tato příprava musí být vždy šitá na míru konkrétní rodině.

Dávat pozor si musíme na **předávání informací o léčbě mezi dětmi**. Některé děti mají tendenci druhé postrašit a líčí ostatním, jaké to bylo u doktora hrozné a jak moc to bolelo. Děti si vzájemně důvěřují, protože jsou to přece kamarádi, i když třeba jen dočasně při pobytu v nemocnici. Abychom se tomu vyvarovali, „*je důležité se ptát dítěte, co prožívá, co ho napadá. V tomto období je totiž pro dítě typické, že více prožívá fantazii. Mohou ho napadat různé věci, které si nedokáže vysvětlit, a mohou mu navodit pocit strachu. Je důležité se o těchto věcech dozvědět a dítěti je vysvětlit*“ (Plevová & Slowik, 2010, s. 51).

Je potřeba **zodpovídat otázky dítěte**, aby vědělo, do čeho jde. Posílí to jeho sebedůvěru i důvěru ve své okolí. Dítě bude klidnější a pravděpodobně bude i aktivněji spolupracovat, než kdyby vůbec nevědělo, do čeho jde a nikdo mu nechtěl nic říct.

Dávat otázky a odpovídat na ně není vším. Dítěti může také pomoci pocit, že **léčba není realizována o něm bez něj**, ale že je součástí toho všeho. K tomu může dle Plevové a Slowik (2010) přispět nabídka alternativ. Tedy pokud je možnost různých způsobů léčby a postupů, o kterých může dítě rozhodnout, pak je vhodné mu je nabídnout. Nabídka se může týkat i jiných než lékařských procesů, jako je výběr her, činností, plyšáků, jídla apod. Také je vhodné poprosit dítě o svolení, zda smíme dané postupy udělat, jestli už je připraveno. Když pak situaci zvládne, je na místě pochvala.

Pokud dítě nechce komunikovat ani poté co je mu nabídnuta spolupráce, a přetrvává u něj nedůvěra, je vhodné **využít na pomoc hračku**. Hračka může být donesena z domova nebo může být i vypůjčená z nemocnice. Hračka je vhodným prostředníkem v komunikaci. „*Děti snadno uplatňují mechanismus projekce a své vlastní prožitky a stavy promítají do oblíbené hračky. (...) Můžeme potom provést náznak ošetření na medvídkovi, pochválit ho, jaký byl statečný, a pak pomalu obrátit svoji pozornost k dítěti. Laskavým chováním k hračce si získáme důvěru dítěte a dítě může být ochotnější s námi spolupracovat*“ (Plevová & Slowik, 2010, s. 75). Pokud nemáme po ruce hračku, můžeme využít i jiné předměty například **obrázek** nebo cokoliv, co dítě zaujme, uklidní a usnadní to následnou komunikaci. Obrázek mu můžeme předložit hotový. Můžeme mu ale i umožnit namalovat či nakreslit svůj vlastní, jak navrhuje Plevová a Slowik (2010). Pro děti je kresba přirozeným komunikačním prostředkem. Když je **komunikace realizována prostřednictvím hry**, dítě nemusí pociťovat takový stres, protože si nemusí plně uvědomovat, že se to týká vyšetření a ne hry. Což souvisí i s přípravou na vyšetření, která je demonstrována na hračce. Dítě pak informace přijímá a zpracovává klidněji.

Uklidňujícím dojmem může pro dítě být i **nastavení pravidel** pro následná vyšetření. „Když tě to bude bolet, zvedneš ruku.“ „Když ti nebude dobře, neboj se mi to říct.“ Dle Plevové a Slowik (2010) dávají tato jednoduchá pravidla dětem pocit kontroly nad situací. Pokud se na pravidlech domluvíme, musíme je oboustranně dodržovat. Dítě možnost využít nemusí, ale je pro jeho pocit dobré, když ví, že ji má.

### **Neverbální komunikace**

Nesmíme opomenout důležitou část komunikace, čímž je neverbální komunikace. Můžeme ji nazvat jako řeč těla. I ta může zasáhnout pozitivně nebo negativně do průběhu léčby. Doplnuje totiž informace k tomu, co je verbálně vyřčené a vytváří

ucelený obraz o situaci. Základní složky neverbální komunikace uvedli Plevová a Slowik (2010).

První je **mimika a řeč očí**. Aby se dítě cítilo příjemně, je vhodné, aby personál při komunikaci s dítětem volil takové postavení, aby měli oči ve stejné rovině. Stačí si k dítěti podřepnout nebo se posadit. Pokud by lékař nebo sestra nad dítětem stáli, mohlo by to vytvářet u dítěte pocit bezmocnosti nebo podřízenosti. Nejdůležitější je v rámci mimiky úsměv.

**Proxemika**, tedy vzájemná vzdálenost dvou osob při komunikaci, se v nemocničním prostředí dostává zpravidla do osobní až intimní zóny. Do intimní zóny se personál dostane při vyšetřeních, ale i při negativních emocionálních stavech dítěte.

S proxemikou úzce souvisí **haptika**. Haptika neboli dotek, se využívá při ošetrovatelském procesu, kdy je dítě například pohlazeno po tváři, ruce či zádech, drženo za ruku apod. Doteky musejí být prováděny něžně a s citem, abychom dítě zklidnili, nikoliv rozrušili. Správný dotek vytváří pocit bezpečí a důvěry.

Postoj těla, neboli **posturika**, nám leccos poví o našem přístupu a náladě. Vychází z polohy a držení těla. Například překřížené ruce a nohy vyjadřují jakousi bariéru nebo opoziční postoj. Ten může nastat třeba u rodičů, když je dítě přijímáno do nemocnice a rodič tím dává najevo ochranu nad svou ratolestí. U dětí může jít o svalové napětí nebo schoulení do klubíčka, které může svědčit o strachu či bolesti.

**Gestikulace** bývá výraznější formou, která doplňuje verbální komunikaci. Jedná se o pohyby částí těla, zpravidla se jedná o ruce. Gesta není vhodné přehánět. To se týká rodičů, zdravotních sester i lékařů. Nedoporučuje se vůbec používat výhružných gest, jako jsou zaťatá pěst, zdvižený ukazováček, klepání do stolu nebo klepání nohou o zem.

Kromě těchto složek sem spadá i **úprava zevnějšku a vzhled**. Sestry by měly být upravené, bez výstředního líčení či nehtů, učesané a mít upravené a čisté šaty. Tyto elementy by v opačném případě mohly působit rušivě a nemusely by budit důvěru.

**Prostředí**, ve kterém se dítě v nemocnici vyskytuje, by nemělo být sterilně bílé a holé. Naopak je vhodné přiblížit ho dětskému pokoji jeho barvitostí, vybaveností a hračkami.

### 3.3.5 Spolupráce s rodinou

Rodina je pro dítě v nemocnici nejdůležitější oporou. Rodina se skládá z osob, které jsou dítěti nejbližší a dítě k nim má největší důvěru. Jejich přítomnost v nemocnici

a postoje při léčbě, jsou dalšími důležitými faktory léčby. „*Pozorování a dlouhodobá sledování rodin s nemocným dětmi ukazují, že pro další vývoj nemoci dítěte je velmi důležitý nejen výchovný postoj rodičů, ale i vztahy všech členů rodiny a stabilní domácí prostředí*“ (Fendrychová, Klimovič et al., 2005, In Plevová & Slowik, 2010, s. 56).

To, jaké má dítě postavení doma, kolik má sourozenců, jak jsou děti vychovávány, jaké mají materiální i citové podmínky, všechno ovlivňuje vnímání léčby. Personál nemocnice by se měl o rodinu aktivně zajímat, aby jim mohl ve všech situacích co nejučelněji pomoci. **Získání důvěry** rodiny je klíčové pro spolupráci při hospitalizaci a je nezbytností navázat dobrý kontakt s rodinou, zejména s rodiči. Rodina se v době hospitalizace dítěte nachází v nelehké situaci. Chování rodiny může být dle Plevové a Slowik (2010) náročné až nesmyslné a nesmíme ho podcenit. Pro rodiče může být hospitalizace dítěte velice stresujícím momentem, mají o dítě strach, což může způsobovat i iracionální jednání. Nejhuře to asi snášejí matky. „*Matky také nejvíce trpí při adaptaci na závažnou nemoc dítěte a byla u nich pozorována řada neurotických problémů, jako nespavost, bolesti hlavy, úzkost a strach*“ (Fendrychová, Klimovič et al., 2005, In Plevová & Slowik, 2010, s. 56).

Základem pro dobrý vztah s rodinou je předávat jim **dostatek informací**. Díky nim se budou cítit, že mají o situaci přehled a že jsou součástí procesu léčby. To, že se budou v situaci orientovat rodiče, je stěžejní při komunikaci s dítětem, které pak mohou daleko bezpečněji uklidnit, a vše mu osobně vysvětlit. „*Při komunikaci s rodinou je třeba stále myslet na to, že jde o laiky. Mohou být v nemocničním prostředí poprvé a nemusejí znát pro zdravotníky běžné termíny (např. vizitka, klyzma). V průběhu rozhovoru je nutné ověřovat, zda mluvíme srozumitelně, a nabízet další vysvětlení*“ (Sedlářová et al., 2008, In Plevová & Slowik, 2010, s. 58). Pokud se zdá rodině, že mají nedostatek informací nebo že si nejsou jisti, zda získaným informacím správně porozuměli, je vhodné jim předat **informace písemnou formou**. Mohou to být informace k onemocnění, k léčbě, k hospitalizaci, o nemocnici, rehabilitaci apod. Prostě ucelené informace, které si mohou opakovaně a v klidu přečíst. Vyvarujeme se tím toho, že si rodiče budou vyhledávat informace na internetu, což pro ně může být zavádějící. Zároveň si mohou promyslet otázky k tomu, čemu nerozumí.

**Matka** tráví většinou s dítětem celý čas po dobu hospitalizace. S matkou je tedy potřeba komunikovat ještě pečlivěji. Dle Plevové a Slowik (2010) je vhodné také vymezit **pravidla mezi ní a ošetřujícím personálem**. Pravidla se netýkají jen toho, co smí nebo

nesmí, ale také toho, s čím může matka pomoci, kdy je vhodné se zapojit a kdy méně. Ne vždy je přítomnost matky u vyšetření žádoucí. Pokud jsou lékařské výkony bolestivé, může přítomnost rodiče značně ovlivnit chování dítěte. Když je **rodič přítomen u bolestivého zákroku**, dítě očekává, že mu rodič od bolesti a stresu uleví. Když se o to pokusí a zastane se dítěte, je tím strategie dítěte do budoucna upevněna a při dalším vyšetření se jí pokusí použít znovu. Na druhou stranu, když se jich rodič nezastane, mohou to od něj brát jako křivdu. Pokud **rodič není přítomen u vyšetření**, dítě se na něj tolik nefixuje a bývá klidnější a soustředěnější. I toto je vhodné s rodiči prodiskutovat. Některé děti jsou citlivější a bez rodiče by k lékaři samy ani nešly. Jiné však mohou cílit na city rodičů, aby se nad dětmi slitovali. **Kontraproduktivní** nemusí být jen chování dítěte ale také **chování matky**, která je přítomna u vyšetření. „*Někdy je nutno zvládnout i takovou situaci, kdy matka (zpravidla vedena obavou o zdraví dítěte) reaguje nepřiměřeně, kritizuje práci sester a lékařů před dítětem, požaduje změnu léčebného režimu nebo diety, ač by to dítěti neprospělo, apod.*“ (Plevová & Slowik, 2010, s. 61).

Všechny situace nemusejí být takto dramatické, ale je vhodné je zmínit, abychom si ukázali, v čem spočívá podstata informovanosti a komunikace. Správný způsob komunikace nám může pomoci se těmito situacím vyvarovat.

### **3.4 Dítě, bolest a strach**

Bolest a strach jsou v úzkém spojení. Jedno vychází z druhého a naopak. Zároveň mohou působit i samy o sobě. Obojí nám vyvolává nepříjemné pocity, což se ve spojitosti s hospitalizací v cizím prostředí ještě násobí. U dětí předškolního věku to může být o něco horší, protože ještě nemusí umět popsat své pocity nebo se bojí reakce okolí.

#### **3.4.1 Dítě a bolest**

Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti stanovila obecnou definici bolesti: „*Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození*“ (Křivohlavý, 2002, s. 83). Bolest je něčím, co je nám subjektivně nepříjemné. Může být způsobena fyzickým i psychickým podnětem, tedy působit na smyslové a emotivní vjemy. To, že je nám bolest nepříjemná, nás na jednu stranu zatěžuje. Zároveň má ale **signalizační charakter**. Bolest nás upozorňuje na to, že je něco v nepořádku a abychom tělu nějak pomohli či ulevili. Tím nás chrání.



„Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Hlubší pohled (...) ukazuje, že označení bolesti jako multidimenzionálního fenoménu je na místě. Mnohostrannost jevu bolesti ukazuje, že jednoduché pojetí bolesti buď jen jako fyziologického, nebo jen čistě psychologického jevu nevystihuje beze zbytku to, oč ve skutečnosti jde“ (Křivohlavý, 2002, s. 80). **Multidimenzionální přístup** k bolesti je stěžejní zejména v nemocnici. Jedinec při vyšetřeních nebo následkem onemocnění prožívá fyzickou bolest. Její prožívání může být ovlivněno prostředím, které je pacientovi nepříjemné. To ovlivní psychiku pacienta, čímž se může pocitově bolest ještě zvýšit.

Mareš et al. (1997) říká, že ve zdravotnictví bychom měli uvažovat o **člověku/dítěti trpícím bolestí**, nikoliv jako o bolesti samotné. Tedy neoddělovat bolest od individuality pacienta. Také poukazuje na to, že čím mladší je dítě, tím hůře se u něj dá přesně určit míra a charakter bolesti jako takový. Zmiňuje tedy možnost, označovat u dětí raného věku, bolest jako dystres neboli stres s negativními účinky.

### **Druhy bolesti**

Bolestí je mnoho druhů. Liší se charakterem, silou, délkou trvání apod. Můžeme je rozdělit na **dva základní druhy**. Tedy na bolest akutní a chronickou. V základu se liší délkou trvání.

- **Akutní** – Tato bolest nás upozorňuje na to, že se něco děje s naším tělem a dává nám jasný varovný signál. „*Stávající doporučení uvažují o hranici trvání akutní bolesti v rozsahu jednoho měsíce. V jádru jde o poměrně krátkodobý signál toho, že došlo k poškození tkáně. (...) Příkladem mohou být bolesti při popálení, škrábnutí, úderu atp.*“ (Křivohlavý, 2002, s. 83).
- **Chronická** – „*Za chronickou je bolest považována tam, kde trvá (v klasickém pojetí) déle nežli půl roku. Může jít přitom o trvalou bolest (kde to bolí bez přestání) nebo o bolesti, které se v určitých pravidelných či nepravidelných intervalech opakují. Příkladem takovéto bolesti mohou být chronické bolesti při migréně*“ (Křivohlavý, 2002, s. 84). Mareš et al. (1997) konstatuje, že chronická bolest může trvat i méně než tři měsíce nebo i kratší dobu, pokud je trvalá. Označuje ji za bolest patologickou a není již varovným signálem jako v případě bolesti akutní.

Mareš et al. (1997) rozšiřuje základní dyádu na triádu a to o bolest rekurentní.

- **Rekurentní** – „*Jde o bolest, která se mění v čase: nastupuje, kulminuje, ustupuje, následují různě dlouhé fáze bez bolesti a pak se bolest opět vrací. Jde tedy o bolest epizodickou, s akutními projevy, objevující se znovu a znovu v nepravidelných a obtížně předvídatelných intervalech*“ (Mareš et al., 1997, s. 43). Tento druh bolesti není varovným signálem, pojí se spíše s psychosomatikou. Spouštěč této bolesti je nejasný, protože příznaky nemusejí odpovídat onemocnění ani poškození organismu. Spouštěčem může být cokoliv z našeho běžného prostředí např. jídlo, prostor, barva, zvuk, osvětlení, situace apod.

### **Jak dítě vnímá jednotlivé druhy bolesti**

Pokud u dítěte nastane bolest následkem nějaké činnosti, například pádu, kterou vidí, je schopno předškolní dítě vnímat její příčinnost. Tak tomu nemusí být u bolesti, která je způsobená onemocněním, které nemá viditelné příznaky. Dítě také může vnímat bolest jako trest, a proto nikdy nesmíme před dítětem říkat věty typu: „Jestli budeš zlobit, půjdeš k panu doktorovi nebo dostaneš injekci.“ Dítě pak může být frustrováno, bez toho aniž by s lékařem mělo zkušenost o tom, zda by mu opravdu mohl ublížit či nikoliv.

**Vnímání a identifikování bolesti** u dítěte je individuální, ale dá se zhruba charakterizovat. Například Mareš et al. (1997) u druhů bolestí popsal i to, jak je dítě vnímá nebo rozpoznává. **Akutní** bolest dítě začíná identifikovat samo popřípadě s pomocí dospělého. Učí se ji poznat. Začíná chápat, že bolest je součást běžného života a může mít jistou příčinnost. Prostřednictvím akutní bolesti dítě získává základní zkušenosti s bolestí, protože se tento typ pojí s dětstvím asi nejvíce (pády, odřeniny, bouchnutí atp.). Díky tomu, že u akutní bolesti nastupuje úleva realitně rychle, dítě poznává, že bolest je zvládnutelná. Dokonce si i samo hledá strategie na její zvládnutí. U **rekurentní** bolesti už to není tak jednoduché. Často to vypadá, že léčba nebyla správná a že selhala a přitom jen dítě, rodiče ani lékaři ještě nepřišli na její spouštěč. Dítě je ve stresu a samo přestává hledat strategie na zvládnutí bolesti. Tato bolest je obtížně léčitelná, pokud se nepřijde na příčinu, může být přechodným řešením bolesti tlumení léky. **Chronická** bolest už může být pro dítě značně omezující. Děti potřebují

pohyb, aktivitu a hru a tato nemoc jim v tom může bránit. Díky její trvalosti, může být dítě skeptické vůči možnosti se bolesti do budoucna zbavit. V těchto případech se spoléhá na farmakoterapii.

Kromě toho, že Mareš obohatil oproti Křivohlavému základní dva druhy bolesti o bolest rekurentní, zmiňuje ještě jeden druh bolesti, který se týká přímo vyšetření u lékaře a hospitalizace v nemocnici. Označuje ji za **bolest procedurální**, tedy bolest, která je způsobována bolestivými výkony. *„Jde o bolest, která souvisí s diagnostickými a terapeutickými výkony. Bolest je relativně krátká, neplní funkci biologického varovného signálu. (...) Trauma je v čase relativně blízko a jeho vyvolavatelem bývá zdravotník. Čím je dítě menší, tím obtížněji chápe důvody, proč ten, kdo mu má pomáhat, mu působí bolest“* (Mareš et al., 1997, s. 45-46). Důležitá je příprava dítěte na bolestivé výkony, aby nechápalo bolest jako trest. Jeho nastalou bolest nesmíme bagatelizovat a ani popírat. Bolest mívá rychlý vzestup a rychlý pokles.

Zajímavým poznatkem je, že může nastat situace, kdy dítě tuto **bolest vnímá jako určitou výhodu**. Dítě je ve středu pozornosti, dostane odměnu, nemusí doma uklízet, je konejšeno víc než běžně a rodina je benevolentnější a lítostivější. Dítě má tedy prostor manipulovat se svým okolím, díky tomu, že dostane určité benefity. Není to však pravidlem u všech dětí.

### **Naučená reakce na bolest**

Podle podmínek ve kterých dítě vyrůstá se i učí reagovat na bolest. Bolest v nás automaticky vyvolává nepříjemné pocity, kterým se snažíme bránit a na které reagujeme spontánně. Zároveň se ale tyto pocity učíme regulovat. To jak je budeme regulovat a jak na bolest reagovat je závislé na reakcích našeho okolí.

Mareš (1997) hovoří o tom, že dítě reaguje na podnět (bolest), na reakci dítěte reagují rodiče a podle toho jakého charakteru reakce je (kladná/záporná), je chování dítěte zpevňováno nebo potlačeno. Vzniká tedy **naučená reakce na bolest**. O **kladné zpevnění** bolesti se jedná, pokud je dítě po zákroku (např. injekci) středem pozornosti a je přehnaně litováno. Toto zpevnění *„... zvyšuje pravděpodobnost výskytu bolestivého reagování dítěte na příslušný podnět v budoucnu...“* (Mareš et al., 1997, s. 71). Naopak **záporné zpevnění bolesti** *„...snižuje pravděpodobnost bolestivého reagování dítěte v budoucnu...“* (Mareš et al., 1997, s. 74). To může nastat, pokud dítě dostane po zákroku vynadáno, že se chovalo špatně a že moc vyvádělo. Dítě se při dalším ošetření

bude snažit svou bolest potlačit. Může dojít také k **vyhasínání reakcí na bolest** u záporného zpevnování. Tedy pokud nejsou reakce kladně zpevnovány, časem spontánně vymizí. Ke zpevnování může dojít i **nezáměrně**. Mělo by se však dávat pozor na to, aby ani jedna z možností nedošla do krajních mezí. Tedy, buď aby dítě simulovalo bolest kvůli svému profitu nebo aby byly nadměrně potlačeny jakékoliv jeho reakce na bolest. Mareš (1997) říká, že krajní reakcí na bolest, jakou si může dítě osvojit, může být takzvaná **naučená bezmocnost** u dětí s chronickou bolestí.

### **Diagnostikování bolesti u dítěte**

Dítě předškolního věku již dokáže popsat bolest. Nemá sice ještě tolik přívlastků k tomu, aby ji popsal do detailu, ale v základě je schopen ji lokalizovat a popsat její intenzitu nebo dobu trvání. Pokud dítě trpí bolestmi a my chceme získat více informací o jejím charakteru, musíme od něj získat informace o bolesti z různých dimenzí, abychom mohli bolest diagnostikovat. Primárně získáváme informace od dítěte. Můžeme je ale zjišťovat i od sester a rodiny.

Mezi základní **dimenze bolesti** dle Mareše (1997) patří její topologie, intenzita, kvalita, čas, příčina a sociální situace.

- **Topologie** tedy lokalizování bolesti, může být u dítěte prováděno tak, že buď přímo ukáže místo na svém těle, které ho bolí nebo ho nakreslí či zvýrazní do obrázku. Kresba může být u malých dětí volná. Tedy dítě nakreslí své tělo. Proporce těla však nemusejí být přesné, což může zkreslovat lokalizaci bolesti. Vhodnější je předkreslená postava od J. Bavora. Postava má dětské proporce, je v chlapecké i dívčí variantě, není oblečená, má vyobrazeny základní detaily, je vyobrazena zepředu i ze zezadu. Do této hotové postavy dítě jen jednoduše označí místa, která ho bolí.
- Další důležitou dimenzí je **intenzita** bolesti. Jednou z metod měření intenzity u dětí se používá metoda pokerových žetonů (Hesterová, 1979 In Mareš et al. 1997), kdy je intenzita bolesti určena počtem žetonů. Čím více žetonů, tím větší bolest. Dále se běžně používá obličejová škála. „*Dítěti od 5 let věku se předloží soubor nakreslených dětských obličejů, které opět vyjadřují svou mimikou různé stupně prožívané bolesti*“ (Mareš et al., 1997, s. 96). Obličeje jsou vyobrazeny od směřícího se až po nešťastný plačící. Jejich počet a způsob vyobrazení se liší.

Děti tuto metodu velice dobře chápou. Metod pro měření intenzity je ještě více, ale zmíněné možnosti jsou dostačující pro ilustraci.

- **Kvalita** dětské bolesti se u dospělých měří prostřednictvím dotazníků, ve kterých je zahrnuto mnoho charakterizujících slov pro daný pocit při bolesti. Děti předškolního věku však nemají takovou slovní zásobu a proto u nich nemohou být použity. S dítětem je možno vést běžný rozhovor o bolesti s tím, že dítě má velice často své vlastní výrazy pro kvalitu bolesti.
- **Časový průběh** bolesti se u dětí zjišťuje nelehce, protože se děti ještě v čase moc neorientují. Nejlepší možností je ptát se dítěte po určitém časovém úseku, jak bolest ustupuje, jestli se zvyšuje či nikoliv.
- **Hledání příčiny** bolestí není snadné, protože dítě často nechápe spojitost mezi možnou příčinou a bolestí, kterou trpí. Nejběžnější možností je rozhovor s dítětem, kterým se snažíme najít možné spojitosti.
- Aktuální **sociální situace**, ve které dítě prožívá bolest, může také ovlivnit její charakter. Jedním ze způsobů zjištění těchto souvislostí je dětská akční kresba. K této kresbě se Mareš et al. (1997) inspiroval zejména pracemi Armstronga (1993, 1995) nebo Matějčka a Strohbachové (1984). Dítě na připravený papír do rámečku zakreslí, co se dělo například při vyšetření, které ho bolelo. Zakreslí tam, jak vnímá prostředí, lidi v akci, kteří byli přítomni a co se dělo. Děti obrázek okomentují (předškolní děti zpravidla neumí psát, tedy okomentují obrázek slovně a dospělý poznámky zapíše). „*Dítěti jsou předkládány dvě formy: aktuální forma (umožňuje popsat, jak z pohledu dítěte výkon proběhl) a ideální forma (umožňuje dítěti sdělit ostatním, jak by si přálo, aby výkon probíhal, co by chtělo změnit)*“ (Mareš et al., 1997, s. 109). Tato kresba je velice zajímavou myšlenkou, která se dá využít nejen při zkoumání bolesti, ale i vůbec toho, jak na dítě působí prostředí nemocnice, lékaři, přístroje, pokoj apod.

Charakterizací možností jak diagnostikovat bolest u dětí, jsme si zároveň i představily, jaké všechny stránky bolest má a jak je důležité na bolest pohlížet multidimenzionálně.

Pokud se jedná o **bolest procedurální**, tedy takovou, na kterou se dá předem částečně připravit, je důležité o ní dítě předem informovat. Informace o bolesti dítěti nepřikrášlujeme ani nebagatelizujeme. Když dítě dostane informace o vyšetření předem, může se pokusit o určitou strategii, jak bolest zvládnout. Stejně tak musí být informován

o vyšetření rodič. Ten by měl vědět, jak má před dítětem o vyšetření a o bolesti mluvit, aby ho zbytečně nevystrašil. V zásadě se jedná o podobné instrukce, jaké jsme zmiňovali v kapitole 3.3.1 o přípravě dítěte na hospitalizaci.

Bolest je velice nepříjemnou záležitostí a to jak v případě dětí tak i dospělých. Bolest většinou není přítomna sama o sobě, ale pojí se s dalšími pocity. Jak říká Mareš et al. (1997, s. 35) „*S bolestí a bolestivou situací ovšem souvisejí také další pojmy, např. strach a úzkost.*“ A proto se o nich zmíníme v další části kapitoly.

### **3.4.2 Dítě a strach**

Strach je naším přirozeným pocitem či emocí a souvisí s psychikou člověka. Pociťování strachu je subjektivní. Provází nás v menší či větší míře celý život a podílí se na rozvoji naší osobnosti. „*Strach lze charakterizovat jako nepříjemný, krátkodobý emocionální stav během aktuálního nebo pouze očekávaného podnětu, který daná osoba kognitivně zpracovává jako podnět, který ji ohrožuje, škodí nebo je pro ni nebezpečný*“ (Mareš et al., 1997, s. 36). Hoskovcová (2006) zmiňuje, že se díky strachu vyhýbáme určitým situacím a některým způsobům chování. Strach je přirozenou reakcí na určité podněty, zároveň může být i naučený. Strach je významným činitelem v socializaci jedince. Dle Vymětala (2004) bychom se bez úzkosti a strachu ani nestali lidskou bytostí. Z toho vyplývá, že přiměřená míra strachu je potřebná. Strach je nám motivací a bez něj bychom mnohého v životě nedocílili. Je silou vyzývající k překonání strachu samotného a zároveň silou, která nás vede k zachování života. Tím, že strach překonáme, se stáváme silnější osobností.

### **Strach – úzkost - fobie**

V blízké spojitosti se strachem se často objevuje pojem úzkost a fobie, proto budou tyto pojmy nyní vysvětleny a rozlišeny.

- **Strach** – Podstatu strachu jsme si již nastínili výše. Pro upřesnění jen podotkneme, že se strach váže k něčemu konkrétnímu, z čeho osoba pociťuje pocit strachu. Může se jednat o člověka, zvíře, věc atp.
- **Úzkost** – Z pravidla se neváže k něčemu konkrétnímu. „*Na rozdíl od strachu je pro úzkost typické, že si blíže neuvědomujeme konkrétní objekt nebo situaci, které ji vyvolávají, a proto bývá vedle napětí doprovázena bezradností, popř. panikou*“ (Vymětal, 2004, s. 13). Tím, že nevyhází z konkrétního podnětu,

může být pro jedince o to víc stresující. Rogge (1999) doplňuje, že pocity úzkosti mohou mít až ochromující účinek.

- **Fobie** – Jedná se o značně silnější formu strachu. Stejně jako strach se váže ke konkrétnímu podnětu. „*Představuje intenzivní, až chorobný strach, provázený úzkostí. Jedinec prožívá mimořádné rozrušení, jakmile vidí určitou osobu, zvíře, věc, jev, jakmile se ocitne v určité situaci. Své negativní emoce nedokáže racionálně vysvětlit*“ (Mareš et al., 1997, s. 36). Mezi fobie, které se mohou vyskytnout v průběhu vyšetření či hospitalizace můžeme zařadit například agofobii (strach z bolesti), nozofobii (strach z nemoci obecně), hematofobii (strach z krve), neofobii (strach z neznámého) a další.

Vznik strachu je podmíněn více faktory, a to jak dědičností, tak prostředím. **Dědičností** máme předurčenou jistou reaktivitu jedince či odolnost vůči strachu, stresu, zátěžovým situacím. „*Úzkostlivost a bojácnost jsou bezpochyby podmíněny vlohami, závisejí na temperamentu a tělesné konstituci dítěte*“ (Rogge, 1999, s. 20). Z hlediska **prostředí** jsme závislí na lidech, které v životě potkáme, na prostředí ve kterém žijeme a na zkušenostech, které prožijeme. Zkušenosti nás všechny neovlivňují stejnou měrou. Někoho může negativní zkušenost posílit, jinému spíše ublíží a bude pociťovat strach ještě víc.

Dle Rogge (1999) nás provází strach po celý život, nedá se mu vyhnout a je velice zásadní pro náš vývoj. Prožívání strachu v dětství nás ovlivní v souvislosti s dalším vývojem. Rogge uvádí **příklady běžného prožívání strachu v dětství**, některé z nich si uvedeme. V prvním roce života dítě prožívá strach **z cizích lidí**, když se dítě učí lézt a chodit prožívá strach **z odloučení**, po třetím roce prožívá strach **ze zániku** a později i strach **ze smrti**. „*Tady se ukazuje, jak nesmyslná a zhoubná je snaha vychovávat dítě beze strachu. Důležitější je vzbudit v něm odvahu strach překonávat, poskytnout mu oporu a jistotu*“ (Rogge, 1999, s. 23).

**Hyperprotektivita** vůči dítěti je pro jeho vývoj a socializaci značně kontraproduktivní. Výchova vedoucí dítě k vyhýbání se strachu nebo výchova tvořící na dítě prostřednictvím strachu tlak formuje dle Rogge (1999) života neschopné děti.

## Jak působit preventivně vůči strachu a úzkosti

Míra úzkostlivosti je nám v jisté míře předurčena. Zároveň jí ve velké míře ovlivňuje prostředí. Tyto informace jsme si již v této kapitole nastínili. Je důležité zmínit se o tom, co můžeme pro dítě udělat, abychom ho vedli k co nejmenší úzkostlivosti a strachu.

Rogge (1999) a Vymětal (2004) se shodují na tom, že základem pro minimální úzkostlivost je pocit **bezpečí** a **jistoty**, který vychází z rodinného prostředí. Tedy aby dítě vědělo, že má domov, že ho mají rodiče rádi, že ho přijímají takové jaké je a že se na sebe mohou vzájemně spolehnout. Aby se mohlo naučit dítě své strachy překonávat, je zásadní, aby bylo podporováno rodiči. Vymětal (2004) dále zmiňuje, že pro snížení úzkostlivosti je důležitá **emoční stabilita** dítěte, která vychází z **pozitivního sebepojetí**, tedy z toho, jak dítě vnímá sebe samo, jak se hodnotí apod. Dítě musí vnímat to, že má určitou hodnotu a mít zdravé sebevědomí. Sebpoejetí dítěte může být závislé i na vztahu rodičů. Pokud mají rodiče špatný vztah, hádají se, popřípadě jsou v rozvodovém řízení či již od sebe odešli, může mít dítě pocit, že je ono důvodem k rozpadu rodiny, protože např. moc zlobilo. To u něj může vyvolat úzkostné stavy a strach. Dále dítě potřebuje **pocit'ovat zájem rodičů**. Rodiče si na dítě musí najít čas, na dětské zájmy i na zájmy rodiny společné. Pokud je dítě rodičem ustavičně odmítáno, ztrácí samo vůči sobě pocit své hodnoty. Naopak dítě si zaslouží přízeň a pozornost. **Pochvala** je taktéž cesta ke kladnému sebepojetí. Pochválit dítě můžeme i za drobné úspěchy. Pochvala nevede k rozmazlování, jak by se mohlo mylně zdát. Naopak více škody naděláme, pokud dítě povedeme autoritativně, budeme ho trestat a nedáme prostor lásce a pozitivnímu přijetí. K rozvoji úzkosti a strachu přispěje i to, když dítě budeme **strašit**. Rozhodně to není cestou k odbourání nebo překonání strachu. Dokonce to není ani cesta hodnotná ve výchově. Pokud má dítě z něčeho opravdový strach, musíme to brát vážně a vzájemnou kooperací s ním se snažit o jeho odbourání. Nemusí to být jednoduchá záležitost.

*„Strach přichází rychle, ale někdy odchází pomalu. Každé dítě má své vlastní tempo, své vlastní postupy“ (Rogge, 1999, s. 20). Respektujeme tedy dítě v jeho individualitě, tempu i úzkostech a snažíme se mu být nápomocni ve chvílích dobrých a zejména v těch obtížných. „Zlatým pravidlem by se měla stát zásada, co nejméně děti vystavovat negativním zkušenostem, jež vyvolávají a doprovázejí úzkost a strach. Ani tak se jim zcela nevyhneme, takže děti se s nimi naučí vyrovnávat a zvládat je, ale budou je mít lépe pod kontrolou“ (Vymětal, 2004, s. 29).*



## Strachy a úzkosti v nemocnici

Jak k dítěti přistupovat, aby se u něj nerozvíjely úzkosti, zužitkujeme nejen v domácím prostředí, ale i pokud je dítě hospitalizováno. V neznámém prostředí se mohou u dítěte odkrýt strachy, o kterých jsme ani dříve nevěděli.

Nejběžnějším vyšetřením užívaným při diagnostice onemocnění nebo i v průběhu hospitalizace, je **odběr krve**. Odběr krve je mírně invazivní a mnoho dětí z něj má strach. Před odběrem se také často dětem vysvětluje, že je to nebude moc bolet nebo že to bude jen jako včelička, aby si udělaly představu. Rokach (Oatext.com, 2016), upozorňuje na to, že velice znepokojující je pro děti **představa chirurgického zákroku**. Vnímají ho jako agresivní, i když jde pouze o rutinní zákrok. Děti tak mohou trpět předoperační úzkostí, která se projevuje separační úzkostí, problémy se spánkem, nočními můrami, podrážděností a agresivitou. Operace je pro ně něco neznámého, neví co od toho očekávat a jestli to zvládnou. I když dítěti vysvětlíme podstatu operace a její průběh, nemůžeme zaručit, že se jim pocity strachu vyhnou.

Být mu oporou a **nebrat strach jako známku slabosti** je rozhodně namístě. „*Strach z lékaře se vytváří v dětství a hlavní roli zde hraje zkušenost s „bílým stavem“.* Je to na prvním místě strach z bolesti, separace od matky, bezmocnost – a nemožnost úniku“ (Vymětal, 2004, s. 166). Před návštěvou lékaře nebo nemocnice nesmíme dítě tímto prostředím strašit, naopak celkový průběh mu přiměřeně věku vysvětlíme. Dítě musí předpokládat, že mu lékař pomůže, ne že mu chce ublížit. Kromě rozhovoru můžeme dle Matějčka (2001) vyzkoušet **kresbu dítěte**. Pokud má dítě strach z něčeho konkrétního, může se pokusit nám to nakreslit. My si s ním o tom popovídáme a budeme si moct udělat lepší představu o tom, z čeho má dítě strach. O to lépe s ním pak mluvit, uklidňovat ho a vysvětlit mu situaci na základě jeho obav. Vymětal (2004) zase poukazuje na možnost zařazení **hry** do vyšetření. Lékař může dítěti nabídnout, že si spolu vyzkouší, jak bude vyšetření vypadat. Dítě si například vyzkouší roli lékaře či zdravotní sestry a poté mohou volně přejít k opravdovému vyšetření. „*Strach z lékaře, diagnostických a léčebných úkonů bývá v nemocnicích snižován a odstraňován pomocí herních terapeutů, kteří dítě na úkony připravují formou hry a případně malé pacienty i doprovázejí k lékařským úkonům. Rodičům jsou zároveň modelem vhodného jednání s dítětem*“ (Vymětal, 2004, s. 170).

### 3.4.3 Zvládání zátěžových situací

V předchozích kapitolách jsme si řekli něco o bolesti a strachu. Co tyto pojmy znamenají, co je jejich podstatou a jak nás mohou ovlivňovat. Nyní je na místě popsat, jak se strachem a bolestí pracovat a jak je zvládat.

Bolest, strach, úzkost, fobie a další podobné jevy můžeme zařadit mezi zátěžové situace. Takové situace prožíváme v běžném životě a snažíme se s nimi vypořádat. „*Náročné životní situace nejsou čímsi v principu nežádoucím, životu nepřátelským (...). Můžeme naopak říci, že mobilizují organismus, podněcují člověka k učení, k hledání nových cest, vedou ho k vyšším výkonům svalovým, nervovým, intelektuálním, citovým, volním, podněcují rozvoj osobnosti. Zároveň však za určitých okolností – při nepřiměřeném stupňování situace vzhledem k možnostem jedince – se stávají zdrojem nežádoucích stavů a reakcí, popř. nevhodných podmínek dalšího vývoje jedince*“ (Čáp & Dytrych, 1968 In Hoskovcová, 2006, s. 11). Z této definice jasně vyznívá, že zátěžové situace jsou nám přínosem a zároveň nás mohou negativně ovlivnit. Není dobré dítě stranit veškerým zátěžovým situacím. Když se je nenaučí zvládat v dětství, může s nimi mít v životě problém natrvalo, což můžeme zapříčinit protekcionistickou výchovou. Zároveň dítě nadměrně přetěžovat výchovou autokratickou s tím, že to prostě zvládne je nesmyslné. Dítě samozřejmě v těchto situacích podporujeme a pomáháme mu v žádoucí míře zátěže překonávat. V nemocničním prostředí si s nimi totiž nemusí vědět rady třeba i přesto, že v běžném životě je zvládá bez problémů.

#### Předpoklady pro zvládání zátěžových situací

Jak bude dítě zvládat zátěžové situace, závisí na mnoha okolnostech a předpokladech. Hoskovcová (2006) seskupila činitele ovlivňující tyto předpoklady, na základě mnoha výzkumů. Nyní jen obecně shrneme její základní poznatky.

- Jako první sem zařadila tzv. **odolné děti**. Jedná se o děti, které jsou přirozeně odolnější vůči zátěži, která by pro jiné jedince byla nezvladatelná.
- Dále je ovlivňuje **teorie připoutání** neboli attachment, která vychází z toho, jaký má matka vztah k dítěti. Pokud je citové pouto mezi dítětem a matkou dobré a dítě si je jisté jejich vztahem, může mu to pomoci při zvládání zátěžových situací.

- **Pevnost** neboli hardiness je osobní charakteristikou, která usnadňuje zvládání například zdravotních těžkostí. Tito jedinci jsou schopni se po zákroku či nemoci po psychické i fyzické stránce rychleji zotavit.
- **Pocit kontroly** vychází z toho, jak jedinec přistupuje k řešení problému. Jestli se cítí být on sám činitelem, jímž si může ze situace pomoci, nebo jestli předpokládá, že se situace vyřeší sama. Jako extrém uvádí tzv. „naučenou bezmocnost“, kterou popsal Seligman (1979 In Hoskovcová, 2006). Osoby s naučenou bezmocností jsou přehnaně pasivní v řešení situací.
- **Kladné sebehodnocení** nám pomáhá při zvládání zátěžových situací. To jak na sebe pohlížíme a jak se hodnotíme, ovlivňuje nás a ovlivňuje i lidi v našem okolí. Když budeme věřit ve své schopnosti a ne v to, že nic nedokážeme, pomůže nám to těžkou situaci zvládnout.
- **Soudržnost** neboli koherence, může být chápána v sociální rovině ve smyslu, že lidé drží pospolu, ale také tak, že spolu souvisí určité psychické vlastnosti, které jedinec sám vykazuje. „*Tato vlastnost (orientace) člověka má tři základní charakteristiky: srozumitelnost situace, smysluplnost boje, zvládnutelnost úkolu*“ (Hoskovcová, 2006, s. 49). My dítěti pomůžeme se srozumitelností situace, dáme činnosti smysl a myslíme na to, že zvládnutelnost úkolu musí odpovídat jeho možnostem. To vše spolu úzce souvisí.
- **Optimismus** nemusíme dlouze vysvětlovat. Pokud je dítě optimisticky založeno a vnímá zátěžové situace pozitivně v tom smyslu, že je schopné je zvládnout, má větší možnost opravdu uspět.
- Jako poslední je sem zařazen **existenciální koncept** tedy „... *koncept čtyř osobnostně-existenciálních základních motivací*“ (Längle in Wurstová, 1998 In Hoskovcová, 2006). Kam spadá „umět být zde“ (vychází ze základní sebedůvěry), „vlastní hodnota“ (mít se rád a vnímat sebe jako hodnotu), „možnost být sám sebou“ (být jedinečný) a „vůle ke smyslu“ (pozitivní zkušenost v oblasti osobní motivace).

Tímto jsme si popsali aspekty, které ovlivňují zvládání zátěžových situací a co může být předpokladem pro jejich následné zvládnutí. Vycházejí z toho, jak dítě zátěžové situace a sám sebe vnímá. Zároveň je to závislé na prostředí a na lidech, kteří ho obklopují.

## **Frustrační tolerance**

Předpokladem pro zvládání zátěžových situací je frustrační tolerance. Matějček (2001) to označuje za stupeň odolnosti vůči zátěžím. „*Frustrační toleranci se v psychologii rozumí schopnost jedince snášet frustraci, tj. vyrovnávat se se situacemi, kdy dochází k neuskutečnění nebo zmaření jeho záměru, popř. neuspokojení některé potřeby*“ (Vymětal, 2004, s. 156). Míra tolerance je individuální a závisí zejména na věku dítěte, na jeho zdravotním stavu a na tom, jak moc jsou pro něj konkrétní frustrace frustrující. Vágnerová (2012) dodává, že to závisí i na schopnosti využití pozitivních pocitů a podnětů, například sociální opory.

## **Copingové strategie**

Osobní předpoklady pro zvládání zátěžových situací a individuální míra frustrační tolerance jsou zásadní pro to, jak budeme zátěžovým situacím čelit. To nám ale nestačí. Musíme znát nebo si osvojit prostředky, jak zvládnutí docílit. K tomu nám poslouží tzv. copingové strategie. „*Samotné definování pojmu zvládání zátěže (angl. coping) není v odborné literatuře jednotné. Často se cituje práce Lazaruse a Folkman (1984), kde se zvládání vymezuje jako kognitivní a behaviorální úsilí, které jedinec vynakládá na zvládnutí, popř. tolerování anebo redukování požadavků, jež zatěžují či dokonce převyšují jeho psychické zdroje*“ (Mareš et al., 1997, s. 285).

To jak moc bude dítě schopné copingové strategie zvládat a jaké strategie si zvolí, mohou ovlivňovat tyto faktory, které popsal Mareš et al. (1997): druh a intenzita bolesti, stupeň volnosti dítěte od rodičů, ovlivnění rodiči a sourozenci (jsou vzorem jak se zachovat), kognitivní vývoj dítěte (jak dítě vnímá zdraví a nemoc), dosavadní individuální zkušenosti s bolestí a vnímaná sebeúčinnou (zda si dítě myslí, že situaci zvládne či nikoliv).

Vzhledem k charakteru nemoci mohou být dle Mareše et al. (1997) užity **strategie zvolené dle délky působení a složitosti jejich promyšlenosti**.

- s krátkodobým účinkem, které jsou jednodušší
- s dlouhodobým účinkem vyžadující větší mentální aktivitu.

Dlouhá a Dlouhý et al. (2015) charakterizují **čtyři možnosti jakou cestou se dát při zátěžových situacích**, které působí v nemocnici na hospitalizované dítě. Tyto možnosti mohou působit samostatně a i se vzájemně podmiňovat.

- Užití stresové reakce, která vychází z našich biologických předpokladů a je neuvědomělá.
- Využití odolnosti a nezdolnosti své osobnosti. Tato reakce je uvědomělá a vychází z naší psychologie
- Užití podpůrných prostředků, které ale v předškolním věku děti samy neužívají. Patří sem léky, berle, protézy apod.
- Použije samostatně již osvojené strategie ke zvládnání zátěžové situace, nebo mu je poradí někdo z jeho sociálního okolí (rodič, sourozenec, kamarád, lékař, zdravotní sestra, herní specialista apod.).

**Další čtyři možnosti strategií jak překonávat zátěžové situace** u dětí, kdy dospělý přichází za dítětem s různými možnostmi řešení. Toto pracoval Vymětal (2004) a řadí sem:

- Přímou konfrontaci naráz (užití jen u drobných problémů)
- Konfrontaci po malých krocích (užití při větších obavách dítěte, informace dítěti předáváme postupně)
- Nápodobu (překonávání zátěžové situace prostřednictvím nápodoby jiné osoby a ztotožněním se s ní; kamarád či rodič)
- Hru (hra slouží dítěti jako psychohygiena, při hře má dítě nad obtížnou zatěžující situací přehled a může se jí pokusit vyřešit, vede k posílení sebevědomí)

U Křivohlavého (2002) se můžeme inspirovat využitím některých **taktik pro zvládnání zátěžových situací** a upravit je pro potřeby dětí. **Relaxace** slouží k uvolnění napětí těla i mysli a k odbourání stresu. U dětí předškolního věku můžeme zvolit řízenou relaxaci, kdy dítě se zavřenýma očima leží uvolněné na lůžku a herní specialista či zdravotní sestra mu tlumeným hlasem sdělují, na co má myslet, co si má představovat, které části těla právě uvolnit apod. Je to tedy relaxace s využitím **imaginace**. **Dechová cvičení** je možno užít současně s relaxací. Slouží k uklidnění a mohou vycházet z jógových cvičení. **Hudba** může vést k navození příjemné atmosféry. Musí se jednat o hudbu, kterou má pacient rád. Možností jsou také **knihy**. Vzhledem k předškolnímu věku předpokládáme, že bude dětskému pacientovi předčítáno. K rozptýlení a uvolnění může

dojít prostřednictvím **humoru**. Tím se odlehčí situace a dítě bude mít jiné myšlenky. Nejdůležitějším bodem je sociální opora, kterou dítěti poskytujeme už samotnou přítomností v nemocnici a snahou jakkoliv mu pomoci.

Na závěr kapitoly si uvedeme možnosti **nevhodných copingových strategií** při zvládání zátěžových situací. Tyto nevhodné způsoby uvedl Křivohlavý (2002) a budou z nich vybrány jen ty nejtěžejnější. Jednou z běžnějších možností, která může nastat u hospitalizovaných dětí, je **regrese**. Tedy sestup na nižší vývojové stádium. Dítě se následky stresu může pomočovat, cucat si palec, šišlat apod., i když už to dávno nedělalo. K **sebeobviňování** může dojít, pokud má dítě pocit, že za svou nemoc může samo, následky toho, že v minulosti nějak jednalo. Nemoc pak vnímá jako trest. **Externalizace** viny je opakem sebeobviňování. Dítě přenáší vinu například na rodiče nebo sourozence. Může dojít i k **inverzi**. Tedy přesto, že je zákrok pro dítě bolestivý, dítě jedná a mluví tak, jako kdyby ho to nebolelo. Může to nastat ze strachu, že by mohla být bolest brána okolím jako jeho slabost. Pokud je pro dítě průběh nemoci nebo opakovaná vyšetření traumatizující, může se pokusit o **represi**, tedy vytěsnění toho, co se mu doopravdy děje. S takovými dětmi je nutno si v klidu promluvit, vše si vysvětlit a nabídnout jim jiné, konstruktivnější strategie jak tyto situace zvládat. Výsledky nemusejí nastat ihned, proto je nezbytné být trpělivý a obezřetný.

### **3.5 Práva, potřeby a desatero hospitalizovaného dítěte**

Zdraví i nemocní mají svá práva a potřeby. Nejinak je tomu i u pacientů, kteří musejí být z důvodu zhoršeného zdravotního stavu hospitalizováni. Kromě základních lidských práv, byla stanovena i práva hospitalizovaného dítěte, které je nutno bezpodmínečně dodržovat, dále desatero hospitalizovaného dítěte a potřeby hospitalizovaného dítěte.

#### **3.5.1 Charta práv hospitalizovaných dětí**

Charta práv hospitalizovaných dětí „... je dokument, který byl schválen na I. Evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988 a ke kterému se přihlásil i český výbor pro UNICEF“ (Valenta et al., 2001, s. 150). Jedná se o seznam doporučení a zásad, které by měly být dodržovány při hospitalizaci dětí. Je stanoven v deseti bodech. Každá nemocnice si vytvoří dle vlastních podmínek její naplnění. Dětská oddělení by měla směřovat k absolutnímu naplnění stanovených zásad. Charta jim slouží jako vodítko k co nejlepšímu nastavení podmínek.

V Chartě práv hospitalizovaných dětí (Klíma et al., 2016) se jedná například o tom, že děti mají být hospitalizované, jen pokud je to opravdu nutné. Děti mají právo na to mít u sebe při hospitalizaci rodiče a ten má nárok na ubytování. Rodiče i děti mají být dostatečně informováni a mají právo se rozhodnout o tom, co podstoupí a co ne. Dítě je umístěno na oddělení se svými vrstevníky a prostředí je přizpůsobeno věkovým potřebám. Pečující tým pracuje kontinuálně, je vzdělaný pro věkovou kategorii, se kterou pracuje a zachází s dětmi s pochopením a respektem.

Úplné znění je možné najít v příloze této diplomové práce.

### 3.5.2 Potřeby dítěte v nemocnici

Lidské potřeby i potřeby předškolního dítěte jsme si vymezili již v kapitole 2.4. Nyní si jen poznamenejme a doplníme, jak mohou děti strádat následkem nedostatečného uspokojování potřeb při hospitalizaci.

Nedostatečné plnění potřeb vychází z individuální míry uspokojení potřeb a ze závažnosti onemocnění. Děti, které nejsou vážně omezeny svým onemocněním a jejich hospitalizace netrvá tak dlouho, nemusejí ani pociťovat, že by pro ně naplnění potřeb bylo nedostatečné. Pokud je ale plnění potřeb nedostatečné po delší dobu, může docházet k frustraci. „*Frustrace je vyvolávána třemi typy událostí:*

- *Fyzické nebo psychické bariéry bránící očekávané reakci,*
- *Odstranění zdrojů zpevnění, resp. odměn,*
- *Vyvolání neslučitelných reakcí, tj. konfliktních situací“ (Sikorová, 2011, s. 36).*

Při hospitalizaci dítěte může docházet **nedostatkem potřeb k frustraci**. Sikorová (2011) popisuje možné změny, které mohou u dítěte nastat. Dítě vykazuje vyšší míru únavy a vyčerpání. Má snížený zájem o nabízené rozptýlení a je úzkostlivější. Objevovat se mohou změny v náladách a jejich výkyvy. Může docházet k přeceňování či podceňování vlastních schopností. V rámci komunikace se dítě stává pasivnějším nebo nekomunikuje vůbec. Hůře se soustředí a může si i některé věci špatně pamatovat. Pokles jistoty a bezpečí může způsobit vyšší úzkostnost a tím zvýšenou potřebu kontaktu s matkou. Pokud by došlo až k deprivaci, což je hlubší forma frustrace, mohou být následky i trvalého charakteru. Musíme vyvíjet takovou snahu, aby k těmto stavům nedocházelo.

### 3.5.3 Desatero hospitalizovaného dítěte

Kromě výše zmíněné Charty práv hospitalizovaných dětí, je přínosné zmínit i Desatero hospitalizovaného dítěte (Krák et al., 1991 In Plevová & Slowik, 2010). To doplňuje práva dítěte uvedené v Chartě a dalo by se říct, že je upravuje do praktické podoby. Tedy jak k dítěti přistupovat a jak ho vnímat.

Uvedeme si zde některé body, které jsou opravdu důležité. Mít k dítěti úctu jako k člověku. Povědět dítěti o lidech v nemocnicích a o tom, jak to tam chodí. Před výkonem dítěti sdělit co mu budou dělat a co se od něj očekává. Můžeme dítěti něco říct či přikázat, ale zároveň ho musíme vyslechnout. Zkusit vnímat situaci dětskýma očima. Pro úplnost je možné najít celý seznam Desatera v příloze této práce.

### 3.6 Negativní vlivy hospitalizace na psychiku dítěte

Není pravidlem, že se hospitalizace projeví na dětské psychice. Čím je ale hospitalizace delší, tím větší je možnost, že bude dítě jakýmkoliv způsobem strádat. Záleží i na přístupu rodiny, frustrační toleranci dítěte, naplňování potřeb, závažnosti onemocnění a dalších faktorech. Dlouhá a Dlouhý et al. (2015) říkají, že rozhodující může být už samotná adaptace na cizí prostředí nemocnice, což ovlivňuje vnímání dalších situací. Správná adaptace totiž napomáhá duševnímu zdraví.

#### 3.6.1 Frustrace a deprivace

Pokud adaptace na nemocniční prostředí neproběhne dobře, může nastat frustrace. Pojem **frustrace** jsme si částečně popsali v kapitole 3.5.2 ve vztahu k nedostatečnému uspokojení dětským potřeb při hospitalizaci a toho, jaké tím mohou nastat změny v chování dítěte. Pojem frustrace má mnoho podob definic, které jsou si ale ve své podstatě velice podobné. Můžeme je definovat „... jako „nemožnost (blokování) uspokojit aktivovanou potřebu pro nějakou překážku nebo obstrukci“ (Symonds), jako „stav napětí závislý na zablokování cesty k cíli“ (Murphy) nebo jako taková situace, kdy „organismus se setkává s více méně nepřekonatelnou překážkou či obstrukcí na své cestě za ukojením nějaké vitální potřeby“ (Rosenzweig)“ (Langmeier & Matějček, 2011, s. 28).

**Frustrace** může trvat delší dobu. Buď je ale nějakým způsobem vyřešena či vykompenzována, nebo přejde v deprivaci, která je závažnější. Langmeier s Matějčkem (2011) uvádějí pro vysvětlení příklad. Frustrováno je dítě pokud si chce s něčím hrát, ale my mu nabídneme na hraní něco jiného, co ho tolik neláká. Deprivováno je dítě,



kterému je absolutně zamezena možnost jakékoliv hry. Oba tyto případy mohou při hospitalizaci dítěte nastat. Dítěti bude chybět oblíbená hračka z domova a bude mu nabídnuta jiná. Dítě má ale podmínkami zachovanou možnost hry. Pokud je dítě připoutáno kvůli své diagnóze na lůžko, může u něj být potlačena veškerá fyzická aktivita, což pro něj bude deprivující. Nebude si tedy samo moc hrát vůbec. Frustrace a deprivace jsou si svojí podstatou velice podobné, ale je mezi nimi rozdíl. Neměly by proto být zaměňovány.

**Psychická deprivace** „... je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu“ (Langmeier & Matějček, 2011, s. 26). Deprivace již může být ohrožující pro psychiku dítěte a jeho další rozvoj. Jako příklad uvedeme citovou deprivaci, která vychází z porušeného vztahu mezi dítětem a matkou, popřípadě jinou vazebnou osobou. „*Citová deprivace se může projevat různě – opožděním ve vývoji, regresem, agresivitou, oploštělými emocemi, citovou labilitou, růstovými změnami, obezitou, pasivitou, nechutenstvím atd.*“ (Sikorová, 2010, s. 37). Pokud u dítěte tyto projevy přetrvávají až do dospělosti, může mít jedinec problémy s navázáním kontaktu s vrstevníky, partnerem nebo i se vztahy v rodině celkově.

Deprivaci je bezpodmínečně nutné předcházet a ideálně i sebemenší míře frustrace.

### 3.6.2 Separace a izolace

V rámci hospitalizace se můžeme setkat s pojmem separace a izolace. Pro lepší charakteristiku separace nejprve vysvětlíme pojem izolace, aby byl viditelný rozdíl mezi těmito pojmy.

O **izolaci** se jedná v případě, že je jedinci zabráněno ve styku se svým přirozeným věcným a společenským prostředím nebo o omezení dostatečného přívodu podnětů. To může být dočasné i trvalé. Na základě izolace může dojít k psychické deprivaci. Langmeier s Matějčkem (2011) popisují např. krajní izolaci (tzv. vlčí děti), omezení podnětů věcného prostředí (upoutání dítěte na lůžko) nebo společenskou izolaci (rodina žijící na samotě bez kontaktu s jinými lidmi). Také pokud je dítě dlouhodobě hospitalizováno, je izolováno od běžného života a jeho podnětů.

Druhým již zmiňovaným pojmem je **separace**, kdy se jedná o „...*přerušeni již vytvořeného vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím. K takové situaci dojde*

*nejspíše, je-li odloučeno od těch osob, které mu byly dosud zdrojem citového uspokojení“* (Langmeier & Matějček, 2011, s. 50). Takovou osobou bývá zpravidla matka.

Při izolaci má dítě obecný nedostatek sociálního kontaktu, zatímco při separaci má nedostatek kontaktu s konkrétními nejbližšími osobami. *„Co však činí sociální separaci nebezpečnou a patogenní, je časová, či lépe řečeno **vývojová nepřiměřenost – předčasnost**“* (Langmeier & Matějček, 2011, s. 51). Jedná se o případy dlouhodobého odloučení od vazebné osoby (matky), kdy dítě ještě není na separaci připraveno a separace nevychází z jeho záměru. Okolnosti nucené separace pro dítě ještě nemusejí být pochopitelné. Pokud je na to dítě svou vyzrálostí připravené, může to naopak posilovat jeho samostatnost. Záleží také na tom, zda je dítě na separaci rodičem připravováno, tedy jestli jde o náhle nastalou situaci či plánovanou.

Dle Langmeiera a Matějčka (2011) může k psychické deprivaci docházet v nemocnici i v případě **změny personálu**. Dítě si může oblíbit zdravotní sestru, která pro něj vyjadřuje pocit bezpečí, a při změně personálu tento pocit ztrácí.

Stejně jako u jiných faktorů, které ovlivňují vnímání hospitalizace dítětem, je i vnímání izolace a separace individuální. Pokud je dítě hospitalizováno poněkolkrát, dá se předpokládat, že již ví, co ho čeká a bude hospitalizaci zvládat klidněji. Stejně tak jedno předškolní dítě může být na separaci připraveno a jiné zdaleka ne.

### **3.6.3 Hospitalismus**

Hospitalismus je vlastně forma psychické deprivace. *„Hospitalismus je důsledek souboru negativních faktorů, jež působí na pacienta při jeho pobytu v lůžkovém zařízení“* (Zacharová, 2017, s. 89). Matějček (2001) to označuje za tzv. nemocniční nemoc. Dále vysvětluje, že již v počátcích dětských nemocnic si lékaři všimli, že některé děti se s přibývajícím délkou hospitalizace uzdravují stále pomaleji a spíše více neprospívají. Jejich stav se spíše komplikoval a lékaři primárně nevěděli proč.

Hospitalismem se zabýval i René Spitz (Spitz, 1946 In Encyclopedie.com, 2018), který ve své práci definuje poruchy u kojenců, kteří byli po dlouhou dobu institucionalizováni bez náhradní mateřské péče. (V době kdy byla napsána Spitzova publikace, ještě nebylo běžné, aby matka trávila s dítětem celou dobu hospitalizace.) Pojem hospitalismus odkazuje na vážnost a trvalost mateřské deprivace. Spitz uvádí, že děti trpí celkovým

zhoršením vývoje, stagnací nárůstu výšky a hmotnosti, odchylkami v motorice a chování apod. Označil hospitalismus za „totální afektivní nedostatek“.

Hospitalismus se může projevovat různě. Zacharová (2017) uvádí **možné příznaky**, například smutek, nechutenství, apatie, plačtivost apod. Projevuje se zde zejména psychosomatika, kdy děti na základě psychického strádání chřadnou jak na duši, tak na těle.

Čím je délka hospitalizace delší, tím větší je možnost, že se hospitalismus objeví i přesto, že bude u dítěte přítomna matka, budou mu dle jeho možností plněny potřeby apod. Valenta et al. (2001) dodává, že dítě snáší tím hůř omezení pohybu, čím více si nepřijde subjektivně nemocné. Tento výrok by se dal zobecnit, že čím déle trvá hospitalizace a čím méně si dítě přijde nemocné, tím se zvyšuje možnost výskytu hospitalismu.

### **3.7 Mateřská škola při nemocnici a herní specialista**

Když je dítě hospitalizováno, není vytrženo jen z rodinného prostředí, ale také z prostředí svých kamarádů z mateřské školy, od učitelky v mateřské škole a od režimu a možností, které mu mateřská škola nabízí. Tyto oblasti mu může kompenzovat mateřská škola při nemocnici a herní specialista.

**Běžná mateřská škola** je významným socializačním faktorem ve vývoji dítěte. Dítě zde získává nové role, musí se naučit respektovat jinou autoritu než rodiče, být obezřetný ke spolužákům a zároveň se umět prosadit. Má zde možnost využívat jiné hry a hračky než doma, osvojit si herní strategie a hru v kolektivu. Procesů, které v mateřské škole probíhají, je samozřejmě daleko víc. Při dlouhodobé hospitalizaci je dítě o tyto procesy ochuzeno a může strádat.

#### **3.7.1 Mateřská škola při nemocnici**

**Pedagogika nemocných** se liší od běžné výchovy a vzdělávání hlavního vzdělávacího proudu. Matějček (2001) o ni říká, že její podstatou je zaměření a působení na dítě trpící nějakým onemocněním tak, aby mohly být rozvíjeny jeho schopnosti a aby mohlo žít uspokojivý život.

Pedagogice nemocných a významu školy při nemocnici se podrobně věnují Dlouhá a Dlouhý et al. (2015). Konkrétně o mateřských školách při nemocnici nehovoří tak často a věnují se spíše vzdělání základnímu. Nicméně většina poznatků a faktů, se dá

aplikovat na mateřskou školu velice dobře, protože princip pedagogického působení v nemocnici je u obou zařízení obdobný.

**Mateřská škola při nemocnici** (dále jen MŠPN) spadá do vymezení dle školského zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů a vytváří tedy stejně jako běžná mateřská škola svůj **školní vzdělávací program**, podle kterého pracuje s dětmi. Přesto, že je dítě přihlášeno do MŠPN, zůstává nadále přihlášeno k běžné docházce do své mateřské školy, kterou navštěvovalo před hospitalizací. Můžeme říct, že MŠPN jsou součástí ucelené rehabilitace dítěte. Do **ucelené rehabilitace** patří kromě pedagogické složky i složka tělesná, psychická a sociální. Práce s dítětem je vždy přizpůsobena aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte a jeho možnostem. Musí být koncipována tak, aby ovlivňovala pozitivně psychický stav dítěte. Pokud by tomu mělo být naopak, je lepší výchovně-vzdělávací aktivity nezařazovat, třeba jen dočasně, a zaměřit se na léčbu a zlepšení zdravotního stavu pacienta.

**Učitelky** částečně odlehčují práci zdravotním sestřám. Věnují se více potřebám dětí, jejich rozvoji, herním aktivitám, rozhovoru s nimi apod. Nabízí jim činnosti, které jsou typické spíše pro mateřskou školu než pro nemocnici, což může pozitivně odvést myšlenky dítěte od léčby. Sestra se pak může hlouběji zaměřit na léčebnou složku. Učitelka může s dítětem navázat bližší a důvěrnější kontakt, protože dítě přímo nevyšetřuje. Čím déle nebo častěji je dítě hospitalizováno, tím více kreativní a netradiční činnosti by měly učitelky zařazovat do výchovně-vzdělávacího procesu. Pokud jsou děti hospitalizovány na delší dobu, měly by se učitelky spojit s mateřskou školou, do které dítě dochází mimo nemocnici, a zjistit, co probírají za témata a jaké aktivity realizují. Působí to jako preventivní opatření, aby dítě po návratu do mateřské školy mohlo svými vědomostmi a dovednostmi navázat na ostatní. Zároveň může učitelka MŠPN při rozhovoru s dítětem zjistit, co jinak dělají ve školce, jaké mají prostředí, jak pracují s paní učitelkou apod. Vzhledem k tomu, že v běžné mateřské škole se nejedná o učení jako takové, předpokládáme, že bude dítě působení učitelky brát spíše jako rozptýlení než jako učení.

**Organizace práce s dítětem** většinou neprobíhá ve speciálních částech nemocnice. Aktivity jsou s dětmi realizovány v dětském nemocničním pokoji nebo v herně. Mohou být realizovány individuální nebo kolektivní formou. Vždy záleží na tom, zda je dítě na pokoji samo nebo s dalšími dětmi, jestli je upoutáno na lůžko nebo jestli může samo chodit a jít třeba do herny. Pokud je realizována individuální práce s dítětem na pokoji,

kde je hospitalizováno více dětí najednou, není výjimkou, že ostatní děti naslouchají učitelce a její práci s jiným dítětem. I tohle děti rozptyluje a obohacuje.

Zajímavou myšlenkou je vytvoření programu s názvem „*Zůstat v kontaktu – zvýšení kvality vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí*“ (Dlouhá, Dlouhý, et al., 2017, s. 70). Jedná se **program** vytvořený v pražských nemocnicích **na období prázdnin**. Program je zaměřený zejména na žáky navštěvující základní školy při nemocnicích. Nápad specializovat výukový program přes prázdniny je velice zajímavý.

### **3.7.2 Herní specialista**

Kromě zdravotního personálu a učitelek mateřských škol při nemocnici se můžeme setkat taky s tzv. herním specialistou. Dlouhá a Dlouhý et al. (2015) citují Mareše a Zdeňkovou (2001) kteří říkají, že herní specialista může být pojímán jako nezdravotnická i zdravotnická profese. Herní specialista se stává průvodcem při hospitalizaci nejen pro dítě, ale i pro jeho rodinu.

Velice podrobně se zabývá herním specialistou a jeho pracovní náplní Valenta et al. (2001). Podle něj je herní specialista zásadním prvkem zkvalitnění péče nejen o hospitalizované dítě ale i o jeho rodinu. V dnešní době je totiž běžné, že rodič tráví celou dobu hospitalizace se svým dítětem. Herní specialista se tak stává významným komunikačním spojencem mezi dítětem, rodinou a nemocnicí.

Herní specialista se stává přítelem dítěte, snaží se mu ulehčit úskalí spojená s hospitalizací a zlepšit jeho psychický stav. Měl by být **prvním, kdo s dítětem naváže v nemocnici kontakt** a získá si jeho důvěru. Navázání kontaktu by mělo být stěžejní pro průběh hospitalizace, lékařská vyšetření a navázání kontaktu se zdravotním personálem. Stává se takovým prostředníkem v rámci komunikace.

Valenta et al. (2001) uvádí **přehled činností a kompetencí**, které by měl vykonávat herní specialista. Ve stručnosti si je nyní uvedeme. Práce herního specialisty můžeme nejvíce zaznamenat na lůžkových odděleních hospitalizovaných dětí. V kompetenci však mohou mít i přípravu před hospitalizací, pomoc v ambulanci nebo následnou péči po hospitalizaci. Předává informace o potřebách dítěte zdravotníkům a pracuje na vytvoření bezpečného prostředí. Poskytuje dětem možnost herního vyžití a zájmových aktivit. Předává dítěti a rodině co nejsrozumitelnější informace týkající se průběhu hospitalizace a jednotlivých vyšetření. Může mimo jiné doprovázet děti i s rodiči k lékařskému výkonu a vhodně odvádět pozornost dítěte od výkonu.

S herními specialisty se nejčastěji setkáme **při hospitalizaci**. Ne proto, že by v ambulantní či následné péči nebyli potřeba, ale často jich není tolik, aby vše pokryli, a při hospitalizaci je jejich podpora rodině a dítěti nejvíc žádoucí. Upravují prostředí tak, aby vypadalo co nejpřirozeněji, jako doma. Může jít o výzdobu pokoje a herny, oblíbené květiny, výkresy, hračky apod. S dítětem a rodičem hovoří o zájmech dítěte, aby spolu mohli najít společnou řeč. Pokud dítě odmítá kontakt s herním specialistou, neměla by rodina ani specialista snahu vzdávat. Naopak, po malých krůčcích navazovat kontakt. Když dítě nenaváže kontakt s herním specialistou, nemusí ho pak navázat ani s lékařem, a to už by mohl být problém při vyšetřeních či odběru krve. Herní specialista se podílí nejen při přípravě na lékařský výkon, ale může být nápomocen i po výkonu při tzv. přehrávání zážitků. Jedná se o demonstraci výkonu, kterou realizuje dítě. Může si tím s terapeutem vysvětlit nesrovnalosti a vše čemu nerozumělo. Zároveň si z terapeutického hlediska promítne znovu celou situaci a může si odžít své negativní emoce.

Může se zdát, že práce učitelky mateřské školy při nemocnici je prakticky stejná jako práce herního specialisty. Práce učitelky však zahrnuje spíše výchovně-vzdělávací aspekt, zatímco práce herního specialisty je zaměřena na zprostředkovávání kontaktu rodiny s nemocnicí, předávání srozumitelných informací, přípravy na vyšetření a zákroky a na relaxaci.

### **3.7.3 Zdravotní klaun**

Za zmínku rozhodně stojí i zdravotní klaun. Je to „... *nezisková organizace s národní a mezinárodní působností, která přináší humor a radost hospitalizovaným dětem, geriatrickým pacientům a dalším potřebným v oblasti zdravotnictví*“ (Zdravotní klaun.cz, 1998). Zdravotní klauni působí v 62 nemocnicích. Podstatou jejich práce je zejména zlepšení psychického stavu pacientů. Prostřednictvím návštěv odreagovávají děti svým humorem od nemocničního prostředí, od zármutku, strachu, bolesti apod. Přinášejí na dětská oddělení smích a zábavu.

Aby se člověk mohl stát klaunem, musí z něj přirozeně vyzařovat dobrá nálada, energie, musí umět improvizovat a mít herecké a hudební nadání. Nezbytností je kladný vztah k dětem a nadšení pro tuto práci.

### 3.8 Charakteristika zkoumaných onemocnění

V zásadě můžeme rozdělit onemocnění na chronická a akutní. **Akutní** mívají rychlý nástup a také relativně rychle odezní. Na rozdíl od onemocnění **chronických**, která mají relativně trvalý charakter. Vzhledem k charakteru průzkumu této diplomové práce, se nyní zaměříme na onemocnění chronická.

#### 3.8.1 Chronické onemocnění

Typů chronických onemocnění je mnoho. V zásadě sem spadají nemoci, které mají dlouhodobý až trvalý charakter. Dle Křivohlavého (2002) má chronická nemoc plíživý charakter. To znamená, že nemocná osoba dlouhou dobu nemusí pociťovat, že je nemocná, popřípadě její drobné náznaky nemusejí být brány jako závažné.

Tato nemoc se může projevovat nepřetržitě a mít tím pádem **trvalý charakter**. V takovém případě si nemocný denně uvědomuje, že je nemocný. Může mít ale i **charakter střídavý**, tedy takový, kdy se střídají **fáze stabilizovaného stavu** (pacient si nemusí nemoc vůbec uvědomovat nebo jen minimálně) a **kritického stavu** (nutná návštěva lékaře až hospitalizace, nemoc se projeví v plné šíři). U některých chronických onemocnění závisí na dodržování životosprávy pacientem. Pokud jsou nějaká z dietních či režimových opatření porušena, může dojít k návratu nemoci či zhoršení jejího průběhu.

Křivohlavý (2002) říká, že se **pacient s chronickým onemocněním** musí naučit žít a srovnat se s ním. Čím méně je s faktem nemoci srovnaný, tím více na něj doléhá stres. Chronické nemoci zasahují pacienta zejména v sociálním životě a to zpravidla kvůli omezením, která jsou ze zdravotního hlediska nutná. *„Zdá se, že největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Jeho identita (představa toho, „kdo jsem já“) je chronickým onemocněním postižena nejvíce“* (Křivohlavý, 2002, s. 131). To může být u dětského pacienta velice zásadní, protože jeho sebepojetí se teprve utváří.

#### 3.8.2 Vybraná onemocnění hospitalizovaných dětí

Nyní si popíšeme několik chronických onemocnění, která se vážou k realizovanému výzkumu této diplomové práce.

- **Epilepsie**

Epilepsie je záchvatovité onemocnění, projevující se náhle vzniklými epileptickými záchvaty různého druhu. Dle Slezákové et al. (2012) může při záchvatech dojít k poruše vědomí, chování, motorických, smyslových a senzitivních funkcí. Záchvat označuje za urgentní neurologický stav. Udává, že epilepsií trpí až 5 % dětské populace.

Klíma et al. (2016) popisuje vznik epileptického záchvatu, jako podráždění centrální nervové soustavy podnětem, který přesáhne hranici záchvatové pohotovosti. Podnětem může být blikající světlo, horečka, hypoglykemie apod. Mozek epileptika reaguje záchvatem na podnět, na který zdravý člověk přirozeně nereaguje nebo ho ani nezaznamená.

Epileptické záchvaty (dále EZ) dělíme do několika kategorií. Patří sem parciální a generalizované záchvaty. **Parciální** zasáhnou jen určitou část těla. Naopak **generalizované** postihují celé tělo za doprovodu ztráty vědomí. Projevit se mohou svalovou křečí (tonický EZ), záškuby (myoklonický EZ), kombinace křečí a záškubů (tonicko-klonický EZ), poruchou vědomí (absence) nebo absolutním uvolněním svalového napětí, po kterém následuje pád k zemi (atonický).

Je nutno dávat pozor, **aby nedošlo k záměně** se stavy, které se mohou zdát jako epileptický záchvat, ale nejsou. Uvedeme si některé z příkladů, které uvádí Slezáková et al. (2012): závrať, panické ataky (záchvaty úzkosti), tiky, migrény, synkopa (krátkodobá ztráta vědomí), myoklonie při usínání (krátké záškuby svalů) a další.

- **Nemoci ledvin a močových cest**

Smrčka (In Klíma et al., 2016) se zabývá onemocněním ledvin a močových cest u dětí. Ledviny jsou podle něj důležitým orgánem, který reguluje množství tekutin v těle a odvádí z něj nečistoty.

V ledvinách se hromadí moč, která je sbírána v ledvinných pánvičkách, dále putuje do močovodu a hromadí se v močovém měchýři. Moč odchází močovou trubicí pryč z těla. Toto je běžný průběh vylučování u zdravého člověka. Pokud však nastane v některé z částí vylučovacího ústrojí k chybě, může to i vážně ohrozit pacienta.

Nemoci ledvin a močových cest mohou být vrozené i získané.



### ○ **Hydronefróza**

Při hydronefróze dochází k hromadění moči v ledvinné pánvičce v důsledku znemožněného nebo potlačeného odtoku moči z ledviny do močovéhoodu. Příčinou bývá zúžený močovýod nebo překážka uvnitř (močový kámen). Zvyšující se tlak v ledvině hromadící se moči může značně poničit ledvinu a ovlivnit do budoucna její správné fungování. Příčinou může být infekce nebo močový kámen.

### ○ **Nefrotický syndrom**

Nemoc se projevuje otoky očních víček, končetin a genitálií. Identifikačním faktorem nemoci může být kromě otoků nadměrná pěnivost moči díky vysokému obsahu bílkovin nebo zadržování tekutiny v těle, tedy i příbytek na váze. V důsledku nefrotického syndromu se ztrácí nadměrné množství bílkovin močí. „*V dětském věku je častý tzv. idiopatický nefrotický syndrom (lipoidní nefróza)...*“ (Smrčka, 2016 In Klíma et al., 2016, s. 203). K nefrotickému syndromu dochází, pokud je porušena filtrační funkce ledvin. (Nadaceledviny.cz, 2018)

### ○ **Uroplastika**

Uroplastika je plastická operace související s úpravou zevního genitálu a uretry (močové trubice). Jedná se o anomálii, která je způsobena vrozenou vadou. Nejde o plastiku z kosmetického hlediska, ale o zdravotní hledisko pacienta a funkčnost orgánu. Smrčka (2016 In Klíma et al., 2016) mezi tyto anomálie řadí **Hypospadii** (chybné vyústění močové trubice, pouze u chlapců), **Zúžení/stenóza a chlopně močové roury** (stenóza u dívek, chlopně u chlapců) a **Fimózu** (porucha odtoku moči a nemožnost přetažení předkožky přes žalud, možná infekce za předkožkou).

## **4 METODOLOGIE PRÁCE**

### **4.1 Cíl**

Cílem diplomové práce je zjistit, jaké jsou dopady na dětskou psychiku při dlouhodobé hospitalizaci v nemocničním zařízení. Dále zjistit rizikové faktory působící na dítě a na základě výzkumu navrhnout podpůrná opatření. Pro splnění cíle byly formulovány výzkumné otázky.

### **4.2 Výzkumné otázky**

Pro průzkum diplomové práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky:

- Jak snáší děti dlouhodobou hospitalizaci?
- Jaký je rozdíl mezi vnímáním hospitalizace dítětem a rodičem?
- Jak dítě snáší návrat do mateřské školy a třídního kolektivu po hospitalizacích?
- Co můžeme udělat pro zlepšení psychického stavu dlouhodobě hospitalizovaných dětí?

Aby bylo možné na otázky odpovědět, byly pro potřeby výzkumu připraveny polostrukturované rozhovory. Ty budou realizovány s dětmi předškolního věku, které jsou z důvodu chronického onemocnění hospitalizovány v nemocnici, dále s rodiči zkoumaných dětí, zdravotními sestrami působícími na dětských odděleních a učitelkami mateřských škol při nemocnici. Na základě rozhovorů s dětmi a rodiči budou sestaveny podrobné kazuistiky hospitalizovaných dětí a uvedeny závěry vycházející z výpovědí respondentů. Dle výsledků průzkumu bude navrženo, jak se rizikovým faktorům působícím na děti vyhnout.

### **4.3 Metody výzkumu**

Pro účely diplomové práce bylo užito kvalitativního výzkumu. Výzkum vychází z polostrukturovaných rozhovorů. Na základě rozhovorů s dětmi a jejich rodiči budou sestaveny kazuistiky dětí. Využita byla také metoda pozorování při rozhovorech s dětmi.

## 4.4 Podmínky pozorování

### 4.4.1 Místo realizace

Průzkum byl realizován na dětských odděleních ve dvou nemocnicích. První nemocnicí je **Fakultní nemocnice Plzeň** (dále jen FN Plzeň), Alej Svobody 80, 304 60, Plzeň – Lochotín. Zde byl průzkum realizován na lůžkové části Dětské kliniky, konkrétně na oddělení větších dětí, a na lůžkové části Neurologické kliniky, na oddělení vyhrazeném pro hospitalizaci dětí. Druhou nemocnicí je **Fakultní nemocnice Hradec Králové** (dále jen FN Hradec Králové), Sokolská 581, 500 05, Hradec Králové. V této nemocnici byl průzkum realizován v sídle Mateřské a základní školy při nemocnici a na dětském oddělení Urologické kliniky.

Primárním záměrem bylo realizovat průzkum pouze ve Fakultní nemocnici Plzeň. Z důvodu nedostatku dětí, které by vyhovovaly stanoveným kritériím výzkumu, byla v průběhu výzkumu oslovena ještě Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

### 4.4.2 Výběr dětí

Předmětem průzkumu byly děti předškolního věku, konkrétně děti ve věku pět až sedm let. Stanovený počet dětí pro tento výzkum byl deset až patnáct. Jedná se o děti navštěvující poslední ročník mateřské školy, které mají nějaký druh chronického onemocnění. Tedy onemocnění, kvůli kterému musejí být opakovaně hospitalizovány. Zároveň by měly být z výzkumu vyloučeny děti s primární hospitalizací a děti onkologicky nemocné. Děti s onkologickou léčbou jsou často vyloučeny z předškolního vzdělávání a běžného života mimo nemocnici na opravdu dlouhou dobu, a proto by nebylo dobré zařazovat je do tohoto průzkumu.

Kritérium nezařadit děti primárně hospitalizované nemohlo být z důvodu nedostatku dětských pacientů ve zmiňované věkové kategorii splněno. Do výzkumného vzorku byly tedy zařazeny jak děti opakovaně hospitalizované, tak děti hospitalizované poprvé. Nedostatek hospitalizovaných dětí se promítl i do celkového počtu dětí a místo předpokládaných deseti až patnácti, bylo do výzkumu zařazeno pouze šest.

### 4.4.3 Časový harmonogram

Průzkum byl realizován od dubna do května roku 2018. Přípravná fáze průzkumu však trvala velice dlouho a byla doprovázena dlouhými časovými prodlevami. To zkrátilo časovou dotaci na výzkum a zapříčinilo nízký počet respondentů.

FN Plzeň byla oslovena koncem listopadu 2017, avšak povolení průzkum realizovat bylo vystaveno až v únoru roku 2018 a to teprve po opětovném kontaktování. Od února jsme byly v kontaktu s vrchní sestrou Dětské kliniky, která mě kontaktovala vždy, když bylo hospitalizováno dítě splňující kritéria průzkumu. První dítě splňující kritéria výzkumu bylo na Dětské klinice k dispozici až v květnu 2018. Mezitím (začátkem dubna) byla po dohodě s vrchní sestrou Dětské kliniky, z důvodu nepřítomnosti vyhovujícího pacienta vyjednána spolupráce na dalším oddělení FN Plzeň, kterým byla Neurologická klinika. Zde jsme byly v kontaktu se staniční sestrou, která mě taktéž informovala v případě, že by bylo hospitalizováno dítě splňující zadaná kritéria. Ve FN Plzeň byly realizovány rozhovory s čtyřmi dětmi a jejich rodiči, se třemi zdravotními sestrami a herní specialistkou.

Vzhledem k tomu, že FN Plzeň nemá pro dětská oddělení Mateřskou školu při nemocnici (dále jen MŠ při nemocnici), oslovila jsem ještě FN Hradec Králové, konkrétně přímo MŠ při nemocnici. Kromě realizace rozhovorů se dvěma učitelkami působícími v MŠ při nemocnici, mi bylo umožněno zde realizovat i rozhovory se dvěma dětmi a jejich rodiči.

#### **4.4.4 Komunikace**

K dětem s rodiči jsem byla vždy uvedena zdravotní sestrou. Vzhledem k tomu, že jsem se s rodinami neznala, musela jsem se představit, nastínit jim podstatu mé práce a nejdříve získat jejich souhlas a až poté jsem mohla rozhovory realizovat. Šablonu průvodního dopisu a souhlasu od rodičů můžete najít v příloze. Vždy byl nejdříve realizován rozhovor s dítětem a poté s matkou. Rozhovory byly vedené dle předem připravených otázek. Pokud bylo třeba, byly položeny doplňující otázky.

#### **4.4.5 Prostředí**

Rozhovory byly vedeny přímo na pokojích dětí nebo v herně, která byla součástí dětského oddělení. Konkrétní podmínky prostředí budou specifikovány u jednotlivých kazuistik dětí.

#### **4.4.6 Evidence dat**

Respondenti byli při rozhovorech nahráváni. Z rozhovorů jsou vyhotoveny audio záznamy, které však nejsou přílohou diplomové práce. Audio záznam slouží pouze ke kvalitnějšímu vyhodnocení odpovědí. Díky němu jsem se mohla plně soustředit na

komunikaci s respondentem. Zaznamenávány písemnou formou byly jen stěžejní části odpovědí, zejména odpovědi se škálami při rozhovorech s dětmi.

## 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 5.1 Charakteristika sledovaného vzorku dětí

Šetření bylo realizováno s šesti chronicky nemocnými hospitalizovanými dětmi. Děti byly ve věkovém rozmezí pět až sedm let. Jednalo se o čtyři chlapce a dvě dívky. Tyto děti měly různé diagnózy. Charakteristika diagnóz, které se u zkoumaných dětí objevily, je zařazena v teoretické části v kapitole 3.8. U kazuistik dětí budou charakterizovány individuální obtíže dětí. Tři z dětí byly hospitalizovány poprvé. Další tři děti byly hospitalizovány již po několikáté. Se všemi dětmi byla hospitalizována i matka.

Nyní si pro orientaci uvedeme základní data o dětech do tabulky.

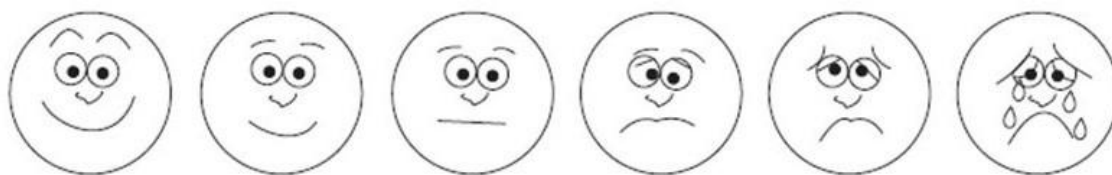
Tabulka 1 – Základní data o zkoumaných dětech

Pořadí dítěte	Věk	Pohlaví	Nemocnice	Oddělení	Onemocnění	Celkový počet hospitalizací dítěte
1	7	Chlapec	FN Plzeň	Neurologie	Epilepsie	3
2	5	Dívka	FN Plzeň	Neurologie	Opakovaný pád (podezření na epilepsii)	1
3	7	Chlapec	FN Hradec Králové	Urologie	Uroplastika	5
4	6	Chlapec	FN Hradec Králové	Urologie	Hydronefróza	1
5	5	Chlapec	FN Plzeň	Dětská klinika	Nefrotický syndrom	4
6	5	Dívka	FN Plzeň	Dětská klinika	Nefrotický syndrom	1

### 5.2 Kazuistiky dětí

Nyní budou sestaveny podrobné kazuistiky hospitalizovaných dětí. Tyto kazuistiky vycházejí z informací získaných z rozhovorů dětí a rodičů. Šablony rozhovorů je možné najít v příloze. Odpovědi dětí budou zapsány do tabulek, které budou připojeny ke každé z kazuistik.

Otázky v rozhovorech s dětmi jsou pokládány zpravidla pro možnost odpovědi formou ano / ne a formou smajlíkové škály. Pro ilustraci přikládáme smajlíkovou škálu, která byla zvolena pro tento průzkum. Smajlíci jsou označeni čísly stejně tak jako nabízené odpovědi u otázek. Jejich mimika vždy vyjadřuje pocit dítěte v situaci, ke které se váže zadaná otázka. Jejich slovní interpretace se může mírně lišit, v zásadě ale vyjadřují totožný pocit, od nejlepšího (1) až po nejhorší (6). Jako příklad uvedeme smajlíka č. 1, který může pro různé odpovědi znamenat „skvěle“, „moc líbí“, „vůbec se nebojím“, „nádherný“, „moc ráda“ apod. V kazuistikách bude uvedena u odpovědi dítěte na konkrétní otázku vždy jen jedna varianta, tedy konkrétní zvolená odpověď dítěte s pořadovým číslem smajlíka.



Obrázek 1 - Smajlíková škála

1

2

3

4

5

6

### 5.2.1 Dítě č. 1

#### Základní informace

Dítě číslo jedna je sedmiletý chlapec. Jeho diagnózou je epilepsie. Hospitalizovaný je již po třetí. Aktuálně byl v nemocnici druhý den. Do nemocnice byl přijat na základě silné bolesti hlavy. Předpokládaná délka této hospitalizace je týden.

#### Charakteristika prostředí

Rozhovor byl veden s dítětem a maminkou v herně přiléhající k dětské lůžkové části neurologického oddělení. V herně nebyl nikdo jiný, takže pro rozhovor byly ideální podmínky. Jen v pozadí běžela zapnutá televize, na kterou se předtím chlapec s maminkou dívali. Byla ztlumená, ale ne úplně, což mohlo mít lehký rušivý charakter. Při rozhovoru jsme seděli naproti sobě na sedačce. Chlapec seděl blízko u matky.

#### Rodinná anamnéza

S epilepsií se potýká matka chlapce, ale nemá ji v závažné formě. Nikdo další z rodiny netrpí touto ani jinou závažnou nemocí. Chlapec nemá sourozence.

### **Osobní anamnéza**

Matka dítěte měla rizikové těhotenství a porod byl komplikovaný. Chlapec v dětství neprodělal žádná závažná onemocnění. Epilepsie byla chlapci diagnostikována ve čtyřech letech. Co bylo spouštěčem, se neví. Záchvat přišel z ničeho nic. Nemoc byla tedy objevena náhodou. Na kontroly musí chodit chlapec každé čtyři měsíce. To, že musí znovu do nemocnice nebo na vyšetření, nevnímá dle matky špatně. Nemá rád odběry krve. Nyní je hospitalizovaný zhruba po třech letech. Hospitalizace je v pořadí třetí. První dvě hospitalizace trvaly dva týdny, nyní je tu jen na týden. Má za sebou pouze operaci mandlí. Operace související s epilepsií neměl. V rámci jeho léčby a nemoci nemá problém s ničím. Když je jeho stav akutní, tak nevnímá hospitalizaci dobře. Když se jeho stav zlepší, již je pro něj průběh hospitalizace bez problémů. Jinak z nemocnice strach nemá. Nemá problém s navázáním kontaktu s ostatními dětmi a do kolektivu v mateřské škole se vrací v pořádku. V mateřské škole se mu jinak daří velice dobře.

### **Farmakologická anamnéza**

Chlapec musí trvale užívat léky, které užívá klasicky polykáním. Polykání prášků mu nečiní problém. Naopak nerad užívá sirupy. Před diagnostikováním epilepsie neužíval žádné léky trvale.

### **Psychologická anamnéza**

Dokud rodina nevěděla diagnózu chlapce, byli všichni nervózní. Půl roku se potýkali s tím, že lékaři tvrdili, že to epilepsie není a stále hledali příčinu. Když se onemocnění potvrdilo, napětí v rodině se uvolnilo. Po zjištění diagnózy nebyly matkou pozorovány změny v psychice chlapce. V nemocnici je ale chlapec více navázaný na matku. Doma na ni tolik navázaný není, protože je chlapec ve svém přirozeném prostředí a navíc je doma i táta, takže se péče dle slov matky rozdělí mezi oba rodiče. Matka realizuje rooming in a tráví s dítětem vždy celou dobu hospitalizace. Kdyby matka v nemocnici nebyla, chlapec by to dle jejích slov snášel špatně a bylo by to pro něj těžké.



## Rozhovor s dítětem

Tabulka 2 – Dítě č. 1

1	Jak se dnes máš?	1 Skvěle
2	Chodíš do mateřské školy?	Ano
3	Jak se ti líbí ve školce?	3 Jde to (Někdy se mi tam líbí, někdy ne.)
4	Máš ve školce kamarády?	Ano
5	Máš v nemocnici kamarády?	Ne
6	Kde máš víc kamarádů, ve školce nebo v nemocnici?	Ve školce (A taky mám za kamarády želvy – doma.)
7	Jak se ti líbí v nemocnici?	1 Moc líbí
8	Víš, proč jsi tady? A proč?	Ano (Nejprve uvede ne. Opraví se. Je v nemocnici, protože ho bolela hlava.)
9	Jak moc se bojíš, když máš jít do nemocnice?	3 Je mi to jedno
10	Jsi v nemocnici často?	Ano
11	Byl bys raději doma?	Ano
12	Jak se ti líbí tvůj pokoj v nemocnici?	1 Nádherný
13	Jak moc máš rád paní doktorku / pana doktora?	1 Moc ráda
14	Bojíš se jí / ho?	Ne (Maminka doplňuje, že se jen občas stydí.)
15	Co v nemocnici nemáš rád/a? Čeho se bojíš?	Mmm líbí se mi tu. (Maminka doplňuje, že nemá rád čekání.)
16	Bolívá tě něco? A co?	Ano. Včera mě bolela hlava, až jsem skoro brečel.
17	Myslíš, že na sebe musíš dávat větší pozor?	Ano
18	Myslíš, že na tebe rodiče dávají větší pozor?	Ano
19	Jak moc ti v nemocnici chybí máma a táta?	6 Chybí hrozně moc (Včera se mi hrozně stejskalo.)
20	Jak moc ti chybí v nemocnici sourozenci?	X (Nemá sourozence)
21	Na co se těšíš nejvíc domů?	Na ty želvy, který mi koupí mamina.

### **Shrnutí rozhovoru s dítětem**

Chlapec se v den rozhovoru cítil dobře. V mateřské škole se mu líbí i nelíbí. V mateřské škole má kamarády na rozdíl od nemocnice. Prostředí nemocnice se mu líbí. Nevadí mu do nemocnice jít. Uvědomuje si svou diagnózu a ví, proč do nemocnice nastoupil. Přijde mu, že je v nemocnici často. Lékaře má rád a nebojí se jich. Ví, že o sebe musí víc dbát, když je nemocný. Kdyby měl být v nemocnici bez rodičů, chyběly by mu hrozně moc. Těší se domů na domácí mazlíčky živé želvy.

### **Spolupráce dítěte při rozhovoru**

Chlapec spolupracoval docela dobře. Navazoval se mnou oční kontakt. Odpovídal zřetelně. Občas si nebyl svou odpovědí jistý, a tak ji nejprve pošeptal matce. Ta mu řekla, že to klidně může říct i mě. Načež vždy samostatně odpověděl. Chvilkami se ošíval a seděl neklidně, vypadalo to, že je jen nervózní při rozhovoru s novou neznámou osobou, což je pochopitelné.

### **Závěr**

Chlapec nejeví známky frustrace ani deprivace. Musí užívat léky a chodit do nemocnice na kontroly. Pokud nenastanou komplikace, nemusí být hospitalizovaný. Na matku je díky hospitalizaci více navázaný, jinak se jeho chování nezměnilo. Pokud by nebyla přítomna v nemocnici, je pravděpodobné, že by chlapec snášel hospitalizaci hůř, což potvrzuje chlapec i matka. Chlapec si svou nemoc uvědomuje, a ví, že musí dbát o své zdraví. Z nemocnice ani z doktorů nemá strach. Do mateřské školy a do kolektivu se po hospitalizaci vrací dobře. Matka by na podmínkách pro hospitalizaci nic neměnila, je se vším spokojená.

### **5.2.2 Dítě č. 2**

#### **Základní informace**

Dívce je pět let. Do nemocnice byla přijata na základě opakovaného samovolného pádu, kterému nepředcházela viditelná příčina. Předpokladem je, že se bude jednat o epilepsii. Aktuálně byla hospitalizována na neurologické klinice. Dívka je hospitalizována poprvé. V nemocnici je kvůli pozorování a diagnostice. Aktuálně je v nemocnici šestý den. Předpokládaná délka nynějšího pobytu je týden.

## **Charakteristika prostředí**

Rozhovor byl realizován v nemocničním pokoji dívky na neurologickém oddělení. Pokoj měla pro sebe a matku. Nyní byl rozhovor realizován nejprve s matkou, protože dívky zrovna přinesli oběd. Měla tedy prostor se nejprve v klidu najíst, a až poté spolupracovat na rozhovoru. V místnosti byl klid bez rušivých vlivů.

## **Rodinná anamnéza**

Otec dívky měl tři infarkty, dívka sama má však srdce v pořádku. Sestře matky byla v sedmnácti letech diagnostikována epilepsie a od té doby se léčí (aktuálně je jí 34). Dívka má staršího bratra, kterému je 10 let. Bratr zdravotní obtíže nemá. Dívka má svého bratra ráda, přesto na ni bratr občas žárlí a to i přesto, že se mu rodiče dle slov matky dostatečně věnují. Sourozenci zvládají odloučení od sebe docela dobře. Mimo nemocnici je rodina většinou spolu a děti od sebe nejsou odloučeny.

## **Osobní anamnéza**

Průběh těhotenství byl v pořádku. Matka pouze v osmém měsíci upadla na zem a musela jít na šití hlavy. Pravděpodobně omdlela z nízkého tlaku. Porod proběhl bez komplikací. Dívka v dětství neprodělala jiná závažná onemocnění. Obtíže se u dívky objevily týden před hospitalizací. Nejprve upadla z ničeho nic v mateřské škole a tři dny na to upadla o víkend na beton. Nyní podstupuje vyšetření hlavy. Na kontroly chodí jen na běžné dětské k pediatrovi. Jiná vyšetření začala podstupovat až nyní, kdy je hledána konkrétní příčina pádu. V blízké době před pády, podstoupila dívka očkování a není vyloučena ani varianta, že je to způsobeno právě ním. Hospitalizována je poprvé zhruba na týden. Operace za sebou žádné nemá. Pobyť v nemocnici snáší bez problémů. Nemusí být na lůžku, může se volně pohybovat. Z nemocnice strach měla. Dokonce si kvůli tomu vymýšlela, že upadla na kole a že s nic neděje, aby mohla zůstat doma. Do kolektivu dětí se řadí dobře. S navázáním kontaktu s ostatními dětmi rozhodně problém nemá. Dokonce si našla kamarády i v nemocnici. Mateřskou školu zvládá bez problémů. Do základní školy nastupuje bez odkladu.

## **Farmakologická anamnéza**

Dívka dlouhodobě neužívá žádné léky. Nikdy netrpěla na nemoci, ani na ty běžné. Má dobrou imunitu. Nedá se tedy říct, že by některé léky snášela dobře nebo špatně.

## Psychologická anamnéza

Po pádech u dívky nejsou vnímány žádné změny v psychice, náladách apod. Zvýšená navázanost dcery na matku je připuštěna. Matka uvádí, že jsou s dcerou stále spolu, takže nepozoruje, že by dítě k ní nyní tíhlo víc než jindy, možná jen lehce. Matka realizuje rooming in a je s dívkou po celou dobu hospitalizace. Nejdříve byla matka s dcerou na klasickém dětském oddělení, než byli přesunuti na neurologii. Na dětském oddělení si matka připlatila za nadstandard. V dětských pokojích měly matky jen křesla a nemohla tak u dcery spát. Když od ní matka večer chtěla odejít, dcera strašně plakala, že chce být s ní. Naopak na neurologii jsou postele matek přímo v pokojích dětí a to nejen matce, ale zejména dceři vyhovuje. Kdyby měly být od sebe odloučeny matka s dcerou v době hospitalizace, dle slov matky by snášela hůř odloučení ona (matka). Myslí si, že dcera si na nemocnici spíš zvykne, zatímco ona by o dceru v době nepřítomnosti měla obavy.

## Rozhovor s dítětem

Tabulka 3 – Dítě č. 2

1	Jak se dnes máš?	1 Skvěle
2	Chodíš do mateřské školy?	Ano
3	Jak se ti líbí ve školce?	2 Dobré
4	Máš ve školce kamarády?	Ano
5	Máš v nemocnici kamarády?	Ano
6	Kde máš víc kamarádů, ve školce nebo v nemocnici?	Ve školce. Tady jsem si ale taky našla kamarády, Matyáše, Dominika, Lukáše a Nikolku.
7	Jak se ti líbí v nemocnici?	1 Moc líbí
8	Víš, proč jsi tady? A proč?	Ano Omdlela jsem.
9	Jak moc se bojíš, když máš jít do nemocnice?	6 Hrozně moc se bojím. Brečela jsem. (2 Nebojím se. Když jsem viděla jak je to tu hezké.)
10	Jsi v nemocnici často?	Ne
11	Byl bys raději doma?	Ano

12	Jak se ti líbí tvůj pokoj v nemocnici?	3 Jde to
13	Jak moc máš rád paní doktorku / pana doktora?	2 Ráda
14	Bojíš se jí / ho?	Ne (Někdy ano a někdy ne, ale spíš ne.)
15	Co v nemocnici nemáš rád/a? Čeho se bojíš?	Injekcí.
16	Bolívá tě něco? A co?	Někdy bříško (Pravděpodobně bez souvislosti s nemocí.)
17	Myslíš, že na sebe musíš dávat větší pozor?	Ano
18	Myslíš, že na tebe rodiče dávají větší pozor?	Ano
19	Jak moc ti v nemocnici chybí máma a táta?	6 Hrozně moc. Bojím se bez maminky.
20	Jak moc ti chybí v nemocnici sourozenci?	5 Chybí hodně
21	Na co se těšíš nejvíc domů?	Těším se domů moc. Těším se na všechno i na paní učitelky.

### **Shrnutí rozhovoru s dítětem**

Dívka se měla v den rozhovoru skvěle. Navštěvuje mateřskou školu, ve školce se jí líbí a má tam mnoho kamarádů. V nemocnici si ale také našla kamarády. Uvědomuje si proč je v nemocnici. Před hospitalizací se strašně bála a popírala, co se jí stalo. Nakonec se přestala bát. Pokoj v nemocnici není ani krásný, ani příšerný, ujde. Lékařů se bojí jen trochu, víc se ale bojí injekcí. Ví, že na sebe musí dávat větší pozor. V přítomnosti matky se chová extrovertně a nebojácně, bez ní by se prý strašně bála. Stýská se jí po sourozenci.

### **Spolupráce dítěte při rozhovoru**

Dívka byla veselá a komunikovala samostatně. Nejevila žádné známky toho, že by se jí v nemocnici nelíbilo. Při rozhovoru s matkou si hrála sama s míčkem. Při rozhovoru s ní, chvíli seděla matce na klíně a chvíli seděla sama. Spolupracovala aktivně, bez zábran a s úsměvem.

### **Závěr**

Dívka měla prvotní obavy před cestou do nemocnice. Nechtěla přiznat, co se jí stalo, aby mohla zůstat doma. Vzhledem k tomu, že v nemocnici nikdy nebyla, mohl to vyvolat strach z neznámého. Z lékařů strach spíš nemá. Naopak strach má z injekcí.

Delší nepřítomnost matky dcera nesnášela úplně dobře. I v odpovědích uvedla, že by se bez maminky hodně bála. Zároveň matka uvedla, že pokud by od sebe měly být odloučeny, snášela by odloučení hůř ona než dcera. Dívka byla velice otevřená a plná energie. Nejevila žádné známky frustrace a její chování se při hospitalizaci nezměnilo. Když jsme si po rozhovoru s maminkou chvíli povídaly, dívka se mnou sama navazovala kontakt. Vytvořila si i mnoho kamarádkyých vztahů s dětmi v nemocnici. Matka nevidí zásadní nedostatky v rámci hospitalizace její dcery. Jediné co by změnila, aby mohly být všechny matky se svými dětmi na lůžku ve stejném pokoji. Přejde jí to velice důležité pro klid dítěte i matky.

### **5.2.3 Dítě č. 3**

#### **Základní informace**

Chlapec je sedm let. Nyní je v nemocnici hospitalizovaný s uroplastikou. Již dříve musel být hospitalizovaný kvůli urologické vrozené vadě. Hospitalizace je v pořadí pátá. Nyní je v nemocnici na tři týdny. Aktuální délka pobytu je týden.

#### **Charakteristika prostředí**

Chlapec je hospitalizovaný na Urologické klinice. Pokoj, ve kterém je hospitalizovaný, obývají ještě další čtyři děti. U dětí sedí maminky, takže na pokoji bylo v době rozhovoru docela živo. Zejména ze začátku, protože se všechny děti i maminky dívaly, proč jsem tam přišla. Zároveň na pokoji nebylo absolutní ticho a z mého pohledu ani dostačující klid na soustředění. Seděli jsme s chlapcem u stolečku, který byl hned vedle jeho postele. Poté si šel chlapec lehnout a rozhovor jsem udělala s maminkou.

#### **Rodinná anamnéza**

S nemocí se nikdo z rodiny nepotýká, všichni jsou zdraví. Chlapec nemá žádného sourozence.

#### **Osobní anamnéza**

V průběhu těhotenství měla matka zvýšený tlak. Jinak bylo těhotenství bez komplikací. Porod musel být proveden císařským řezem. V dětství chlapec prodělal mimo svou diagnózu pouze operaci kýly. V rámci urologické vrozené vady podstoupil dříve již operaci varlat. Diagnóza byla zjištěna v pěti letech. Jedná se o vrozenou vadu. Pediatr chlapcovu léčbu ale zanedbal a tvrdil, že se to spraví. Bohužel se stav nezlepšil a chlapec musel být hospitalizován ve FN Hradec Králové, kde musel podstoupit

operaci. Chlapec musí chodit na kontroly každý měsíc. Hospitalizovaný je zhruba dvakrát do roka od zjištění diagnózy. Nyní se jedná v pořadí o pátou hospitalizaci. Hospitalizace většinou trvají dva až tři týdny, protože se jedná o operativní zákroky. V rámci hospitalizace nemá rád prášky, které musí jíst před operací. Ostatní zvládá relativně dobře. V domácím prostředí i v nemocnici je velice zvědavý. Podle maminky z nemocnice strach nemá. Vzhledem k jeho povaze se vrací do kolektivu po hospitalizacích velice dobře. Navázání kontaktu s ostatními dětmi mu nečiní problém. V mateřské škole se mu daří dobře.

### **Farmakologická anamnéza**

Léky žádné mimo hospitalizaci neužívá. Jen v nemocnici. Když už je užívá, jsou ve formě tablet. Polykání prášků mu nevadí, jen nemá rád ty, které musí brát před operací. Před onemocněním neužíval trvale žádné léky.

### **Psychologická anamnéza**

V rámci diagnózy jeho matka změny ve vývoji nepozoruje. Pouze těsně po operaci, zhruba tři dny, chodí chlapec shrbený, protože se nemůže pořádně postavit na nohy. Pak je již v pořádku. Následkem hospitalizace není jeho chování změněné. Ovlivňují ho jen děti na pokoji. On je zvědavý a tak kouká, co dělají oni. Ostatní děti hrají celý den na tabletu tak on chce taky. Matka uvádí, že jí nepříjde, že by na ní byl díky hospitalizaci více psychicky navázaný. Chlapec je zvědavý i v nemocnici a rád si hraje s ostatními dětmi. Matka realizuje rooming in a je s dítětem po celou dobu v nemocnici. Vzhledem k tomu, že je chlapci sedm, již si musí hradit pobyt sama. Lůžka pro matky zde nejsou přímo v dětských pokojích ale jinde. Matka říká, že jí nepříjde, že by odloučení způsobené hospitalizací bylo nějak zásadně psychicky zatěžující. Pokud spolu nejsou, přirovnává to k tomu, jako když je chlapec ve školce a ona v práci.

### **Rozhovor s dítětem**

**Tabulka 4 – Dítě č. 3**

1	Jak se dnes máš?	1 Skvěle
2	Chodíš do mateřské školy?	Ano
3	Jak se ti líbí ve školce?	2 Dobře

4	Máš ve školce kamarády?	Ano
5	Máš v nemocnici kamarády?	Ano. Honzika.
6	Kde máš víc kamarádů, ve školce nebo v nemocnici?	Ve školce.
7	Jak se ti líbí v nemocnici?	3 Jde to
8	Víš, proč jsi tady? A proč?	Ano. Musel jsem na úpravu pindíka.
9	Jak moc se bojíš, když máš jít do nemocnice?	4 Trošku se bojím
10	Jsi v nemocnici často?	Ano. Už jsem tu po páté.
11	Byl bys raději doma?	Ano.
12	Jak se ti líbí tvůj pokoj v nemocnici?	1 Nádherný
13	Jak moc máš rád paní doktorku / pana doktora?	3 Trochu rád
14	Bojíš se jí / ho?	Ne
15	Co v nemocnici nemáš rád/a? Čeho se bojíš?	Nerad polykám prášky před operací.
16	Bolívá tě něco? A co?	Teď ne, ale dřív mě bolely záda. Teď už mě nebolí.
17	Myslíš, že na sebe musíš dávat větší pozor?	Ano
18	Myslíš, že na tebe rodiče dávají větší pozor?	Ano
19	Jak moc ti v nemocnici chybí máma a táta?	6 Chybí hrozně moc
20	Jak moc ti chybí v nemocnici sourozenci?	X (Nemá sourozence. Moc by nějakého chtěl. Maminka ale nechce.
21	Na co se těšíš nejvíc domů?	Až budu odpočívat.

### **Shrnutí rozhovoru s dítětem**

Chlapec se měl v den rozhovoru skvěle, chodí jinak do školky a má tam kamarády. V nemocnici si také našel kamaráda, ale v mateřské škole jich má víc. V nemocnici se mu líbí průměrně. Ví proč je hospitalizovaný a i že na sebe musí dávat pozor. Před hospitalizací má mírné obavy. Doktory má spíš rád a nebojí se jich. Nerad má prášky před operací (Předpokladem může být strach z operace samotné a ze stavu poté.). Matka by mu hodně chyběla, kdyby musel být v nemocnici úplně sám (Což se trochu rozchází s teorií matky o tom, že když by od syna na nějaký čas odešla, že by to oběma přišlo



jako běžný den, kdy se nevidí.). Chlapec by si moc přál sourozence, ale matka tuto možnost nepřipouští.

### **Spolupráce dítěte při rozhovoru**

Chlapec měl zavedenou cévku. Mohl již chodit, ale neskotačil nijak. Musel být opatrný, vzhledem k hojení po operaci. Nelehce se mu mluvilo o jeho diagnóze, bylo to pro něj choulostivé téma. Chlapec byl na svoje možnosti velice živý a zvědavý. Hrozně se mu líbilo si se mnou povídat a těšil se, na co se ho budu ptát.

### **Závěr**

Chlapec byl velice otevřený. Na to, že byl již po páté hospitalizovaný a po každé hospitalizaci musel být opatrný, protože se mu hojily rány, působil velice vyrovnaně. Chlapec si v nemocnici hledá kamarády dobře. Chlapec se zmínil, že se trochu bojí, když má jít do nemocnice. Pravděpodobně z očekávání, že operace nejsou příjemné. Nerad užívá léky před operací. Svou nemoc si uvědomuje a ví, že o sebe musí více pečovat, což se pojí zejména s pooperačními stavy. Pokoj se mu líbí a doktory má tak trochu rád. Kdyby s ním nebyla v nemocnici maminka, chyběla by mu hrozně moc. Matka to vnímá jinak, té by to přišlo jako jiný běžný den, kdy se s chlapcem nevidí, když je ona v práci a on ve školce. Chlapcovo chování se prý nijak nezměnilo hospitalizací. Matka chlapce uvádí, že by uvítala, kdyby u dítěte v pokoji bylo alespoň křeslo a ne jen židle. Vzhledem k tomu, že na pokoji není lůžko pro matky pouze židle, je to pro celodenní sezení značně dyskomfortní.

## **5.2.4 Dítě č. 4**

### **Základní informace**

Chlapci je šest let. Je v nemocnici hospitalizovaný poprvé. Byla mu diagnostikována hydronefróza. Hospitalizace probíhá na urologické klinice a potrvá až deset dní. Nyní je v nemocnici druhý den.

### **Charakteristika prostředí**

Podmínky rozhovoru byly podobné jako u dítěte číslo 3. Rozhovor by realizován na stejném pokoji Urologické kliniky. Byly tedy přítomny další děti s maminkami. Nyní byly ale podmínky o něco lepší, zejména z hlediska hluku. Chlapec ležel v posteli, já seděla na židli u postele a matka stála u spodního čela postele.

### **Rodinná anamnéza**

Nikdo z rodiny touto nemocí netrpí a ani jinou závažnou nemocí. Chlapec má tři sourozence. Desetiletou sestru a dva dospělé sourozence. Děti mezi sebou mají dobré vztahy. Sestra snáší odloučení hůř než chlapec, stýská se jí po bráškově. Sestra je spíš klidná a rozmýšlivá. Chlapec je divočejší a akčnější a proto tohle asi tolik nevnímá, podotýká matka.

### **Osobní anamnéza**

Těhotenství probíhalo bez problémů. Chlapec se vyvíjel dobře. Porod byl také bez komplikací. V dětství neprodělal žádná jiná závažná onemocnění. Šest měsíců před hospitalizací začal mít opakované záněty močových cest. Ty odhalili hydronefrózu. Na kontroly chodí zhruba dvakrát za rok. Nyní se muselo čekat na zákrok. Chlapec je hospitalizovaný poprvé. Předpokládaná doba hospitalizace je deset dní. Aktuálně je chlapec druhý den po operaci. V rámci pooperační péče nesnášel jakýkoliv dotek, ani od matky. Například mytí nebo pomoc při otáčení na bok. Chlapec hodně špatně snáší bolest a samotu. Dle matky byl ještě ráno (půl dne předtím než byl realizován rozhovor) velice nevrlý. Nechtěl ani objetí se slovy „Mami neobjímej mě, nemám to rád.“. Při rozhovoru byl ale chlapec komunikativní. Matka dále tento stav popisuje tak, že nyní snáší pobyt v nemocnici již dobře. Čím delší doba je od zákroku, tím se jeho psychický i fyzický stav lepší. Z nemocnice jako takové strach nemá. Kdyby tu byl sám, tak by se bál. Byl by vyděšený, ubrečený a vynervovaný. Když je tu s ním matka, tak se nebojí. Matka předpokládá, že by úplně sám hospitalizaci nezvládl. Do kolektivu se vrací dobře. Před hospitalizací byla s jeho diagnózou obeznámena mateřská škola a byla o jeho nemoci vedena diskuze s dětmi, aby věděli, o co se jedná. Chlapec nemá problém s navázáním kontaktu. V mateřské škole se jinak chlapci daří dobře a chodí tam rád.

### **Farmakologická anamnéza**

Léky žádné dlouhodobě neužívá. Nyní musí v rámci léčby brát antibiotika. Léky jsou podávány jako sirup. S polykáním klasických léků má problém.

### **Psychologická anamnéza**

Chlapec se podle matky po zjištění diagnózy nechová v zásadě jinak. Jen nad tím někdy přemýšlí co mu je a co se bude dít. Vždy když se zeptá, je mu vše vysvětleno. Někdy se zeptá pro jistotu znovu po nějaké době, ale významné změny v chování nejsou viditelné. Chlapec se naučil brát obtíže způsobené operací a hospitalizací jako nutné pro to, aby

byl zdravý. V rámci hospitalizace drobné změny v chování chlapce matka sleduje. Přejde jí, že dochází k regresi a chová se tak jako před několika lety. Chvillemi šišlá, vyvádí, dělá ze sebe mladšího než je. Navázaný na matku v nemocnici ve větší míře je, když si ale hraje s mobilem, tak matku rázem přestane řešit. Matka realizuje rooming in a od chlapce odchází jen na krátký čas, aby se mohla projít na čerstvém vzduchu, a vrátí se. Matka předpokládá, že pokud by došlo k odloučení mezi ní a synem, že by to hůř snášel syn. Rodiči je prý smutno, ale ví, že je o něj postaráno. V předškolním věku to určitě snáší hůř on.

## Rozhovor s dítětem

Tabulka 5 – Dítě č. 4

1	Jak se dnes máš?	1 Skvěle
2	Chodíš do mateřské školy?	Ano
3	Jak se ti líbí ve školce?	2 Dobře
4	Máš ve školce kamarády?	Ano.
5	Máš v nemocnici kamarády?	Ano. Honzu a Jirku.
6	Kde máš víc kamarádů, ve školce nebo v nemocnici?	Ve školce.
7	Jak se ti líbí v nemocnici?	Teď 1 Moc líbí, Včera 6 Absolutně nelíbí (čerstvě po operaci)
8	Víš, proč jsi tady? A proč?	Ano. Protože jsem měl něco s ledvinou, ale už nevím co.
9	Jak moc se bojíš, když máš jít do nemocnice?	4 Trochu se bojím
10	Jsi v nemocnici často?	Ne
11	Byl bys raději doma?	Ano. Doma bych byl raději, jako smajlík číslo 1.
12	Jak se ti líbí tvůj pokoj v nemocnici?	1 Nádherný. Líbí se mi ty auta na zdi.
13	Jak moc máš rád paní doktorku / pana doktora?	5 Nerad. Nemám rád toho, co mi vytrhával tu hadičku (cévkování).
14	Bojíš se jí / ho?	Ano i ne. Podle toho co dělá.
15	Co v nemocnici nemáš rád/a? Čeho se bojíš?	V nemocnici mi nic nevádí.
16	Bolívá tě něco? A co?	Ano. Břicho.

17	Myslíš, že na sebe musíš dávat větší pozor?	Ano. Hodně.
18	Myslíš, že na tebe rodiče dávají větší pozor?	Ano. Hodně.
19	Jak moc ti v nemocnici chybí máma a táta?	4 Chyběla by mi trochu.
20	Jak moc ti chybí v nemocnici sourozenci?	1 Nechybí vůbec, protože mě zlobí. Mám sestru Barču.
21	Na co se těšíš nejvíc domů?	Na lego.

### **Shrnutí rozhovoru s dítětem**

Chlapec je aktuálně ve výborné náladě. Chodí do mateřské školy, kde se mu líbí a má tam kamarády. V nemocnici si také našel pár kamarádů. Nyní se mu v nemocnici líbí, ale ještě ráno, když mu nebylo po operaci dobře, se mu v nemocnici absolutně nelíbilo. Líbí se mu výzdoba pokoje. Ví, proč je v nemocnici, a že na sebe musí dávat veliký pozor. Nemá rád doktory obecně, na základě toho, že ho bolelo cévkování. I když se s ním matka snažila diskutovat o tom, jaké mají na oddělení lékaře a že jsou i hodní lékaři, (Shodou okolností tam přišel zrovna lékař, který cévkování u chlapce neprováděl.), chlapec to nevnímal. Dál opakoval, že nemá rád, když mu byla vytahována hadička. Sám pak dodal, že se lékařů bojí podle toho, co dělají. Matka by mu prý chyběla, ale ne úplně nejvíc jak je možné dle škály. Sestra mu prý nechybí, protože ho zlobí. Těší se domů na hračky.

### **Spolupráce dítěte při rozhovoru**

Přesto, že byl dle slov matky, ještě ráno mrzutý a nechtěl komunikovat, nejevil při rozhovoru chlapec známky toho, že by mu bylo něco nepříjemné. Komunikoval normálně. Občas nenavazoval oční kontakt, odpovídal s hlavou otočenou na opačnou stranu nebo šeptal. Ne ale u všech otázek. Vzhledem k tomu, že ho nejhorší bolesti opadly, vypadalo to, že se zlepšil i jeho psychický stav a s ním i nálada. Měl v ruce nafukovací balónek a s ním si při rozhovoru trochu hrál.

### **Závěr**

V den rozhovoru se chlapcům stav výrazně zlepšil a pravděpodobně i díky tomu, byl schopný rozhovoru. Problém nastává, pokud by měl polykat klasické léky. Před hospitalizací byl hodně přemýšlivý v otázce jeho zdravotního stavu. Mohly u něj tedy panovat obavy z neznámého. Vzhledem ke zdravotním obtížím souvisejícím

s pooperačním stavem, docházelo u chlapce k regresi v chování. Je možné, že vytahávání cévky bylo pro chlapce traumatizující, protože to je choulostivá a bolestivá věc. Na základě toho, jevil známky strachu a nedůvěry k lékařům. Odloučení by dle matky snášel hůř syn než matka. Chlapec by se v nemocnici bez matky bál. Matka by si přála více hraček do pokoje, zejména takové, které se dají vzít do postele, pokud dítě musí jen ležet. Dále větší množství knížek pro všechny věkové kategorie dětí, aby mohla synovi číst. Knihy na dětském oddělení jsou podle ní zejména pro úplně malé děti, což předškolnímu věku nevyhovuje.

### **5.2.5 Dítě č. 5**

#### **Základní informace**

Chlapci je pět let. Je hospitalizovaný s Nefrotickým syndromem na Dětské klinice. Hospitalizovaný je v pořadí již počtvrté. Předpokládaná délka pobytu v nemocnici je čtrnáct dní. Nyní je v nemocnici pátý den.

#### **Charakteristika prostředí**

Chlapec má samostatný pokoj s matkou. Matka zde má své lůžko. Prostředí je klidné. Matka sedí s chlapcem u stolečku a já naproti nim přes stůl.

#### **Rodinná anamnéza**

Nikdo z rodiny se s touto nemocí nepotýká ani s jinou závažnou nemocí. Chlapec má tři sourozence. Dva nevlastní a vlastní sestru. Všichni žijí ve společné domácnosti. Děti mají mezi sebou dobré vztahy.

#### **Osobní anamnéza**

V průběhu těhotenství se nevyskytly žádné obtíže. Také porod proběhl bez komplikací. Jiná závažná onemocnění chlapec neprodělal. Zhruba devět měsíců nazpět od nynější hospitalizace z ničeho nic hodně otekl. Na kontroly musí od té doby chodit dvakrát až třikrát za měsíc. Hospitalizovaný je zhruba jednou za dva měsíce podle zdravotního stavu. Není to pravidelné, spíš vždy když se mu nemoc zhorší. V pořadí je toto čtvrtá hospitalizace. Délka hospitalizace je zhruba čtrnáct dní. Při zjištění onemocnění musel chlapec absolvovat biopsii. Špatně snáší odběry krve. Stýská se mu po rodině, jinak pobyt zvládá normálně. Před tím, než jde do nemocnice, nejeví známky strachu. Nemá problém s navazováním kontaktu s jinými dětmi. Problém má občas s dospělými, ale zejména s lékaři. Nosí bílý plášť a to ho obzvlášť děsí. Při vyšetřeních zpravidla

nekomunikuje. Trochu začíná verbálně komunikovat třeba po čtrnácti dnech v nemocnici. Jinak v nemocnici nemluví. Chlapec nyní nenavštěvuje mateřskou školu, protože nemůže. Z hlediska snížené imunity nemůže mezi větší skupinu dětí, aby nechytil nějakou nemoc.

### **Farmakologická anamnéza**

Chlapec musí užívat více druhů léčiv. Všechny jsou podávány jako klasická tableta k polykání. S polykáním prášků nemá problém. Před onemocněním jiné léky neužíval.

### **Psychologická anamnéza**

Změny u dítěte nastaly zejména z hlediska toho, že je kvůli své diagnóze více hlídáný. Nemoc ho omezuje zejména v jídle a pohybu. Dalo by se říct, že okolnosti spojené s onemocněním zpomalují vývoj chlapce. Dají se pozorovat i změny v chování následkem nemoci. Nyní je agresivnější a vzteklejší. Dle lékařů na to mají vliv i prášky, které užívá. Je více psychicky navázaný na matku i na jejího přítele. Matka realizuje rooming in a může tak být se synem po celou dobu pobytu. Pokud by došlo k odloučení, snášel by to dle matky hůř syn.

### **Rozhovor s dítětem**

U chlapce není uvedena tabulka s odpověďmi, protože chlapec se mnou vůbec nemluvil. Již před samotným rozhovorem jsem byla zdravotní sestrou upozorněna, že je dost možné, že se mnou chlapec nebude chtít mluvit. To mi posléze potvrdila i matka. Její syn prý v nemocnici nekomunikuje ani s lékaři. Začne s personálem pozvolna komunikovat až zhruba po třech týdnech hospitalizace, což je velice dlouhá doba. V domácím prostředí se chová normálně a mluví přiměřeně jeho věku.

### **Spolupráce dítěte při rozhovoru**

Nepodařilo se mi s chlapcem vůbec navázat kontakt. Pokoušela jsem se ho ptát na několik otázek před i po rozhovoru s matkou, ale nikdy neodpověděl. Seděl u matky, držel se jí a nechtěl navázat ani oční kontakt. Sem tam se podíval, ale velice letmo. V době mojí přítomnosti nehovořil ani s matkou, jen mlčel.

### **Závěr**

Špatně snáší odběr krve a odloučení od rodiny. Přesto, že před hospitalizací nejví známky strachu, v nemocnici nekomunikuje v prvních dnech s nikým z personálu. Mluvit s lékaři začne až zhruba třetí týden hospitalizace. Chlapec kvůli svému

zdravotnímu stavu nesmí navštěvovat mateřskou školu, z důvodu snížené imunity. Nemoc je pro chlapce omezující, protože má kvůli diagnóze pozměněný režim a musí na sebe dávat větší pozor. Matka nemá k hospitalizaci žádné výhrady. O dítě je v nemocnici dostatečně pečováno. Chlapci chybí v nemocnici zejména rodina.

### **5.2.6 Dítě č. 6**

#### **Základní informace**

Dívce je pět let. Je hospitalizována s nefrotickým syndromem na Dětské klinice. Je to její první hospitalizace. Předpokládaná délka pobytu je pět dní. Nyní je v nemocnici čtvrtý den.

#### **Charakteristika prostředí**

Rozhovor byl realizován v pokoji, který měla matka s dcerou pouze pro sebe. Matka zde měla i své lůžko. Já, matka i dívka jsme seděly společně u stolečku.

#### **Rodinná anamnéza**

Nikdo z rodiny netrpí tímto onemocněním ani jiným závažným onemocněním. Dívka má dva dospělé nevlastní sourozence, se kterými nežije. Mají spolu dobrý vztah. Odloučení od sebe nijak nepocit'ují vzhledem k velkému věkovému rozdílu.

#### **Osobní anamnéza**

Průběh těhotenství byl bez problému. Porod musel být proveden za pomoci vakuového extraktoru. Dívka neprodělala v dětství jiná onemocnění kromě běžných. Obtíže začala mít před rokem. Na kontroly musí chodit každé tři měsíce. Tato hospitalizace je první a její předpokládaná délka je pět dní. Dívka nemusela absolvovat žádné operace a špatně zvládá odběry krve. Jinak je pobyt v nemocnici klidný. Z nemocnice strach nemá. V mateřské škole se dívka daří dobře.

#### **Farmakologická anamnéza**

Nyní musí brát kortikoidy klasicky v tabletách. S jejich polykáním nemá problém.

#### **Psychologická anamnéza**

Změny ve vývoji dítěte po zjištění diagnózy matka nevnímá. Chování dívenky je stejné i při pobytu v nemocnici. Navázanost na matku se v nemocnici zvětšila. Její přítomnost ale vyžaduje i mimo nemocnici. Matka realizuje rooming in a je s dcerou přímo na

pokoji po celou dobu. Odloučení při hospitalizaci by dle matky snášela hůř ona než dcera.

### Rozhovor s dítětem

Tabulka 6 – Dítě č. 6

1	Jak se dnes máš?	1 Skvěle
2	Chodíš do mateřské školy?	Ano
3	Jak se ti líbí ve školce?	2 Dobře
4	Máš ve školce kamarády?	Ano
5	Máš v nemocnici kamarády?	Ne
6	Kde máš víc kamarádů, ve školce nebo v nemocnici?	Ve školce
7	Jak se ti líbí v nemocnici?	2 Líbí
8	Víš, proč jsi tady? A proč?	Ano. Protože, jsem nemocná.
9	Jak moc se bojíš, když máš jít do nemocnice?	2 Nebojím se
10	Jsi v nemocnici často?	Ne
11	Byl bys raději doma?	Ano
12	Jak se ti líbí tvůj pokoj v nemocnici?	2 Hezký
13	Jak moc máš rád paní doktorku / pana doktora?	2 Ráda
14	Bojíš se jí / ho?	Ne
15	Co v nemocnici nemáš rád/a? Čeho se bojíš?	Injekce, a když mi berou krev.
16	Bolívá tě něco? A co?	Ne
17	Myslíš, že na sebe musíš dávat větší pozor?	Ano
18	Myslíš, že na tebe rodiče dávají větší pozor?	Ano
19	Jak moc ti v nemocnici chybí máma a táta?	5 Chybí mi hodně
20	Jak moc ti chybí v nemocnici sourozenci?	X Má jen dospělé nevlastní. Nedá se určit.
21	Na co se těšíš nejvíc domů?	Na rybičky.



## **Shrnutí rozhovoru s dítětem**

Dívka se cítila v den rozhovoru skvěle. Navštěvuje mateřskou školu a líbí se jí tam. Má v ní kamarády na rozdíl od nemocnice. Dívka si uvědomuje, že je nemocná, ale neuvědomuje si plně svou diagnózu. Pokoj se jí líbí a paní doktorku má ráda. Stejně jako další děti nemá ráda injekce. Maminka by jí chyběla hodně. Domů se těší nejvíce na rybičky.

## **Spolupráce dítěte při rozhovoru**

Spolupráce s dívkou nebyla tak jednoduchá. Dívka odbíhala od stolečku a nedokázala se plně soustředit na rozhovor. Jinak ale odpověděla na všechny zadané otázky.

## **Závěr**

Dívka je na matku v době hospitalizace o něco víc navázaná. V nemocnici nemá kamarády. Hospitalizaci a prostředí nemocnice snáší dobře. Dívka se viditelně těšila domů, protože se blížil konec její hospitalizace, a už jí bylo dobře. Nesoustředění a odbíhání od rozhovoru mohly být důsledky těšení se na návrat domů. Dívka z lékařů strach nemá, za to se bojí injekcí. Matka by jí v nemocnici chyběla hodně. Odloučení by dle matky snášela hůř ona sama než dcera. Matka u dcera nevnímá změny ve vývoji a chování. V rámci podmínek pro hospitalizaci a péče o dceru by matka nic neměnila.

## **5.3 Rozhovory s učitelkami MŠ při nemocnici**

Se dvěma učitelkami, které působí v Mateřské škole při nemocnici ve FN Hradec Králové, byl veden polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Nyní budou popsány jejich odpovědi. Seznam otázek je možné najít v příloze diplomové práce.

### **5.3.1 Učitelka č. 1**

- 1) Učitelka č. 1 působí ve speciální / mateřské škole při nemocnici.
- 2) Konkrétně pracuje s dětmi na čtyřech odděleních. Patří sem dětská chirurgie, dětská neurologie, dětská ortopedie, interní oddělení. Za jeden den se musím zastavit na všech těchto odděleních.
- 3) Její práce je podle ní specifická v tom, že musí být hodně kreativní. Konkrétně uvádí: „Tady můžete mít něco připravené stokrát dobře, a když zdravotní stav dítěte nedovolí nebo ho odvezou, tak musíte hodně improvizovat.“
- 4) Stará se o děti ve věku od dvou do sedmi let.
- 5) Nedá se říct, s jakou diagnózou se setkává nejčastěji.

- 6) Potvrzuje, že se k hospitalizovaným dětem musí přistupovat jinak než v běžné mateřské škole.
- 7) Při práci s těmito dětmi je potřeba dát pozor na to, aby nebyli do ničeho nuceni a tedy aby nebyli ve stresu. Nesmíme dopustit, aby měli nějaké trauma. Naopak děti musíme odreagovat od hospitalizace.
- 8) Z hlediska špatného psychického stavu dětí, se nedá říct, že se s ním potýkají učitelky často, ale občas ano. Dá se říct, že to je zhruba padesát na padesát.
- 9) Nejúčinnější pro zlepšení psychického stavu dětí je hra a zaměstnání, myšleno něco co je bude bavit a zabaví je to.
- 10) Prakticky je přímá úměra mezi délkou hospitalizace a zhoršeným psychickým stavem. Tedy čím déle je dítě v nemocnici, tím hůře hospitalizaci snáší po psychické stránce. Frustrující pro děti je zejména to, když je jim řečeno, že už mohou jít domů, jejich stav se ale zhorší a oni zůstanou v nemocnici.
- 11) V nemocnici je realizován rooming in, ale každé oddělení má jiné podmínky. Učitelka jako příklad uvádí chirurgii, kde mají rodiče málokdy možnost lůžka u dítěte. Mají tam ale alespoň křeslo nebo židli.
- 12) Nicméně prostřednictvím rooming in jsou rozhodně vidět zlepšení v psychice dítěte.
- 13) Dle jejího názoru snáší hospitalizaci dítěte hůř rodič. Rodič si to hlouběji uvědomuje a všechno víc vnímá. Ví co se s dítětem děje. Navíc je v nemocnici s dítětem 24 hodin denně. Tolik času s dítětem netráví ani doma. Pro dítě je to vlastně luxus.
- 14) Nedá se říct, že se děti začleňují následkem hospitalizace hůř do kolektivu. Nevím, jak se chovají v běžné mateřské škole po návratu.
- 15) Herní terapii nemohou přímo realizovat učitelky. Na jednom oddělení je herní terapeutka a to je její práce. Učitelky mohou zařadit alespoň prvky herní terapie. Takže trochu děti seznamují s tím, co je čeká, když je to potřeba. Na základě toho, ukazuje učitelka triko, které má na sobě. „Teď máme nová trika, na kterých jsou zvířátka, která mají např. infuzi, nebo obvázanou nožičku a říkám dětem, vidíš, ty to máš jako pejsek tady. A to je třeba prvek herní terapie.“
- 16) „Obecně je to náročná práce. Škoda je, že nevidíme za sebou výsledky. Většina dětí je tu na chvíli a já nemám na čem stavět. To tak jediná u dětí, které jsou tu třeba na 14 dní nebo na měsíc tak tam ano. Specifické je také to, že zapojujeme i prvostupňové děti, přesto že já mám aprobaci na předškolní. Takže s námi spolupracují i školáci.“

- V mateřské škole při nemocnici je tvořen Školní vzdělávací program (dále jen ŠVP) jako v běžných mateřských školách. Dále je pracováno podle programu výchovné práce. Stejně jako v běžné mateřské škole se musí vést matrika, třídnice apod. Přestože je práce plánovaná podle ŠVP, je těžší ji realizovat. Někdy je výchovně vzdělávací proces narušen chodem nemocnice nebo zdravotním stavem dítěte. Dále práci učitelkám ztěžují přechody z oddělení na oddělení a obměna dětí v nemocnici. Člověk musí být kreativní a v pozoru.
- S dětmi je pracováno kolektivně i individuálně, většinou ale spíš individuálně. Často musí ležet na postýlkách a nemohou ani chodit. Například na neurologii je možná kolektivní práce. Děti často nemusí jen ležet a tak si je mohou vzít k sobě třeba tři a pracovat s nimi najednou.
- Na každém oddělení nemocnice je ve FN Hradec Králové herna. Dle slov učitelky jsou velice dobře vybavené.

### **5.3.2 Učitelka č. 2**

- 1) Učitelka č. 2 působí v mateřské škole při nemocnici. Dříve měla tato mateřská škola status speciální, dnes je školou při nemocnici.
- 2) Učitelka pracuje na čtyřech odděleních, působí ale na jiných než její kolegyně (učitelka č. 1). Konkrétně na hematonekologii, infekčním oddělení, otorinolaryngologii a neurochirurgii.
- 3) Mezi specifika práce řadí práci s nemocnými dětmi, postiženými dětmi, dlouhodobě i krátkodobě nemocnými dětmi. Někdy je to práce ve velkém kolektivu, většinou se ale jedná o individuální práci.
- 4) Pracuje s dětmi od dvou do sedmi let.
- 5) Nedá se říct, s jakou diagnózou přijde do styku nejvíce, na každém oddělení je to jiné.
- 6) Oproti běžné mateřské škole je potřeba primárně respektovat zdravotní stav dítěte a tomu přizpůsobit veškeré aktivity. Mají určitá omezení, která v běžné mateřské škole nemusejí mít.
- 7) Základem je spolupráce s personálem nemocnice a respekt k jejich pokynům, jako jsou například sledování dietních omezení, používání ochranných prostředků (roušky) apod.

- 8) Se špatným psychickým stavem dětí se učitelka potýká. Zároveň dodává, že jsou děti velice adaptabilní. Největší strach mají děti na začátku hospitalizace, ale časem si zvyknou a jsou pak spontánnější. Je to ale individuální.
- 9) Psychický stav dítěte je možné zlepšit písni, rozhovorem, vlídným slovem a prakticky pokaždé zapůsobí hračka.
- 10) Může to tak být, že je přímá úměra mezi délkou hospitalizace a zhoršeným psychickým stavem, ale v předškolním věku má většina dětí, a zejména těch dlouhodobě hospitalizovaných, přítomné rodiče. Takže v dnešní době ta zátěž psychická není tak těžká, protože dítě tu má po ruce někoho z rodiny.
- 11) V nemocni je realizován rooming in.
- 12) V souvislosti s ním jsou vidět zlepšení v psychice dítěte. Je lepší, že je maminka nebo rodič přítomen. „Mám li být upřímná, tak někdy ve výjimečných případech, je to spíše k neprospěchu. Stává se mi, že dítě rodiče odmítá, po dobu co se mu já věnuji. Je to na jednu stranu úleva pro rodiče, protože si taky potřebují odpočinout. Pokud dítě mimo hospitalizaci chodí do běžné mateřské školy a zná tedy práci ve školce, tak většinou spolupracuje dobře i bez maminky. Ale samozřejmě jsou i situace, kdy tu mámu potřebuje ze všeho nejvíc, protože paní učitelka není jenom pro něho kdežto maminka ano.“
- 13) Učitelce přijde, že hůř snáší dlouhodobou hospitalizaci rodič. „Děti se adaptují velmi rychle a zejména pokud se jejich zdravotní stavlepší. Nejvíc trpí na začátku, pak se hojí, tak je to lepší. Zase nemohu všechno posuzovat jednotvárně, protože třeba na onkologii tam se to trochu houpe. Je to ovlivněno léčbou.“
- 14) Horší začleňování dětí do kolektivu následkem hospitalizace může nastat. Mohou s tím mít problém předškolní děti zejména onkologicky nemocné, u nich je to velmi časté. „Jsou vyloučeny z kolektivu na hodně dlouho, i na několik let. Takže třeba se mi stane, že děťátko nastoupilo do školky, vyskytla se nemoc, dva roky minimálně nemůže do školy. Např. teď mám chlapce, který je vyléčený, chodí už jen na pravidelné kontroly, je odkladový, chodí do nultého ročníku. Nedávno jsem mluvila s jeho maminkou a říkala, že chlapec má problém s tím, jak se děti chovají. On dlouho nebyl zvyklý na kolektiv a učí se s nimi sžívat.“ Pokud je tady dítě týden, čtrnáct dní či měsíc, tak si nemyslí, že by to mělo mít vliv na to, jak se dítě navrací do kolektivu.
- 15) Děti jsou seznamovány s lékařskými postupy a také je to zařazováno do vzdělávacího programu. „My máme tzv. program "Kačenka stůně", kde si děti

mohou vyzkoušet na panně některé lékařské úkony. Tedy můžeme to zařadit dle situace do vzdělávacího programu.“

- 16) Učitelka č. 2 konstatuje, že je dnes většina dětí krátkodobě hospitalizovaná a doba hospitalizace se zkracuje. Stává se, že než učitelka stihne navázat důvěrnější kontakt s dítětem, tak je propuštěno do domácí péče. Není jednoduché navázat s dětmi vztah. Ten se dá navázat, pokud jsou děti opravdu dlouhodobě hospitalizované. U krátkodobých hospitalizací jde spíše o zabavení dítěte než o vzdělávání jako takové.

## **5.4 Rozhovory se zdravotními sestrami**

Sestry, se kterými byl rozhovor veden, působí ve FN Plzeň. Sestra č. 1 působí na dětské části Neurologické kliniky. Sestry č. 2 a č. 3 působí na Dětské klinice. Pro zdravotní sestry byl sestaven polostrukturovaný rozhovor, jehož strukturu je možné najít v příloze. Zde jsou jejich odpovědi.

### **5.4.1 Sestra č. 1**

- 1) Působím na standardním oddělení s dětskými lůžky. Působím tu skoro 25 let.
- 2) Moje práce je specifická v přístupu k dětem a v metodách, které jsou užívané jiné než u dospělých. Je to náročnější, protože děti jsou méně psychicky odolné, než dospělí. Náročnější je například píchat kanylu nebo dělat výkon u dítěte než u dospělého. Dospělému to vysvětlíte, kdežto na děti se musí úplně jinak, citlivě.
- 3) Nejčastěji jsou u nás hospitalizované děti s epilepsií, bolestmi hlavy (únavové, z přetížení, migréna). Nyní tu bohužel máme chlapečka s podezřením na expanzi v mozku, takže musí zítra na magnetickou rezonanci, jestli tam není někde nějaký nádor. Výjimečně se zjišťuje třeba už u mladých dívek roztroušená skleróza. Jsou tady jinak děti po zánětech, klíšťové encefalitidy, dále postižené děti, poruchy autistického spektra atd.
- 4) Hospitalizace má určitě vliv na psychiku dítěte. Každé dítě je jiné, záleží i na tom jestli jde o psychogenní poruchu, k takovým dětem se zase musí přistupovat úplně jinak. Nicméně je to jiné prostředí a dneska když je tady máme, tak ty menší, pokud to jde, alespoň trošku, tak vždycky chceme, aby tady s ním byl někdo z rodičů. To pomáhá nejvíc.
- 5) V tom je rozhodně rozdíl. Když se dítě cítí relativně dobře, přijde na pár vyšetření, doma ho bolela hlava, je tu s maminkou, tak určitě nemá takový problém. Většinou jsou bez dalších potíží, není s nimi problém v komunikaci. Když je to dítě menší,

má třeba zánět, není mu dobře, musí tu zůstat plus cokoliv dalšího horšího k tomu, tak v tom je samozřejmě rozdíl.

- 6) To jak dítě vnímá nemocniční prostředí je určitě individuální. Záleží na věku, na tom jak dítěti v danou chvíli při hospitalizaci je, jestli má potíže, jestli se u něj opakují záchvaty nebo bolesti hlavy, nebo naopak jestli to v tu chvíli není tolik dramatické, nebo se bojí před vyšetřením. To záleží na mnoha faktorech. Dá se říct, že pokud je jeho stav horší, může vnímat prostředí nemocnice hůř. Vždycky je lepší, když je s dítětem rodič. Děti se po nějaké době v nemocnici rozkoukají, a když nemají potíže a problém je nějak vyřešený nebo jsou tu jen s vyšetřením, tak bych řekla, že jsou tady děti v pohodě a spokojené. Spíš u menších dětí, když se stane, že tady s dítětem matka nemůže být, a zejména v prvních dnech jsou malé děti více vystresované, kdy pláčou, že chtějí maminku. Takže maminkám vždycky říkáme, ať jsou tady s nimi, jak je to jen možné, i když tu nebudete moct spát. Nebo aby tu byl alespoň někdo jiný z rodiny. Uspat dítě a pak odejít.
- 7) Dá se říct, že je přímá úměra při delší hospitalizaci s horším psychickým stavem. Čím déle je tu dítě, tím víc má prostředí okoukané, nudí se, nemá co dělat a jsou pak otrávené. Zároveň si na prostředí zvyknou. Záleží na věku, jestli je tu dítě samo. Když jsou tu předškolní děti s maminkami tak se to zvládá. Přejde třeba maminka, řekne, že se její dítě nudí, ale zároveň nesmí ven, protože má kanylu nebo antibiotika. V těchto případech je to pro ně stresující i přesto, že tady mají s sebou mámu. Z toho jsou pak zoufalé i matky.
- 8) Řekla bych, že někdy snáší dlouhodobou hospitalizaci hůř rodiče, protože to víc prožívají. Děti si tady relativně zvyknou.
- 9) Před výkony děti připravujeme a vysvětlujeme jim, co se bude dít. Neukazujeme to ale třeba na panence, jak se jí bude píchat injekce. V každém případě jim to vysvětlujeme. Řekneme třeba, že přiletí včelička, která je trochu píchne. Pokud jsou děti citlivé, užíváme Emlu, která jim znecitliví pokožku a oni pak necítí ten kontakt. Určitě je připravujeme, ale nemáme přímo názorné pomůcky. Spíš se jim to snažíme vysvětlit.
- 10) Myslím, že nejhůř děti snášejí odloučení od rodiče, pokud tady s ním nemůže být. A nemají rádi náběry, píchání jakýkoliv. Toho se bojí každé dítě.
- 11) Nedá se říct, že se potýkám často se špatným psychickým stavem hospitalizovaných dětí. Záleží na přítomnosti a přístupu rodiny k dítěti. Podle toho to i snáší dítě.

Nesetkávám se ale s dramatickými psychickými stavy. Jde také o to, jak je dítě citlivé.

- 12) Rooming in nám strašně pomůže. Nejen nám, ale je to hlavně pro ty děti. Každé dítě, které tu musí zůstat samo, tak ať je sebevětší hrdina, snáší to špatně.
  - 13) Na bolest se děti ptáme. Snažíme se s nimi popovídat. Jestli je bolí hlavička, nechce se ti blinkat, apod. A když jim něco je, tak to oni to zase řeknou. Když samozřejmě zvládnout povídat. Nebo i maminka to u něj spíš pozná. Používáte škály bolesti nebo obrázky? Ne, Škály neužíváme. To spíš u dospělých. Tam řeším charakteristiku bolesti. U dětí řešíme kde ho tobolí a jestli hodně nebo málo.
  - 14) U dětí odbourávat strach zejména citlivým přístupem. Vše jim vysvětlovat, ukázat. My jim vždycky ukážeme herny, hračky, kde co si všechno můžou půjčit. Tak aby se tu cítili co nejlépe.
  - 15) Špatně to snáší třeba ten chlapec co tady je. Jsou to často děti, se kterými se nelze domluvit. Zejména autistické děti, které žijí ve svém světě. Nekomunikují s námi nebo jen minimálně a každá sebemenší změna je rozhodí. Tomu něco vysvětlit, když to nemůže pochopit, je velice obtížné. Navíc v nemocnici má narušeno mnoho rituálů. Velice obtížné je, když je tady dítě dlouho a rodina za ním vůbec nejede. Z různých důvodů. Ale to je pak dítě po psychické stránce hodně zasaženo. U takového musíme víc být a víc ho kontrolovat. Taky aby se nebál. Záleží také na přizpůsobivosti dětí vůči nemocničnímu prostředí.
- U nás na neurologii převažují děti, které sem jdou z nějakého důvodu na vyšetření. Nejsme klasická dětská klinika, tam mají jiné obtíže. Jdou sem pro vyloučení nebo potvrzení diagnózy, nebo po epileptickém záchvatu
  - K nám na neurologii chodí herní specialisti, ale nemáme tady stálého. Chodí sem klauni. Herní specialistku svojí nemáme.
  - Psychicky nejtěžší práce je podle mě na hematologii. To bych já asi nezvládla.
  - Vrací se nám sem děti s epilepsií. Dítě roste, přibírá na váze a medikace pak přestane fungovat a musí se upravit léčba. A hodně jsou děti přetěžované. Což často bývá chyba rodičů. Děti ten nátlak nejsou schopni zvládnout. Musí sem občas přijít i psycholog nebo psychiatr. Je to hodně o té psychice.

#### **5.4.2 Sestra č. 2**

- 1) Působím na dětském oddělení FN Plzeň, Oddělení větších dětí. Pracuji tady přes deset let.

- 2) Moje práce je specifická vzhledem k velkému věkovému rozsahu dětí od tří až do osmnácti let. Takže zejména jednotlivý přístup k dětem. Individuality je potřeba dbát vzhledem k věku, typu onemocnění.
- 3) Máme tady mnoho druhů onemocnění. Například prvozáchyty diabetiků, děti s respiračními obtížemi (bronchitidy, pneumonie), komplikace při kterých se děti nemohou léčit doma, přes ledviny, močové cesty, specifická chronická onemocnění.
- 4) Určitě má hospitalizace vliv na psychiku dítěte. Určitě je rozhodující první kontakt se zdravotním personálem.
- 5) Stoprocentně je rozdíl v psychické zátěži dle diagnózy.
- 6) V rámci úměry horší diagnóza a horší psychický stav, tam je hodně věcí, které na to mají vliv. Umožňujeme maminkám, aby byly hospitalizované se svými dětmi. Máme tady jenom jeden nadstandardní pokoj. Některé maminky tu zůstávají na noc, jiné aspoň do usnutí dítěte. Hodně má vliv vztah matky a rodiny k dítěti. Někdy rodiče lehčí onemocnění dítěte prožívají až moc a přehánějí to. Jindy to rodiče zase zlehčují a nevěnují se dítěti tak, jak by měli. Záleží na vnímání onemocnění dítětem ale i rodičem plus na tom jaká je diagnóza. V zásadě je pro každé dítě hospitalizace stresem. Chronici, kteří se vrací, musejí znovu podstupovat nepříjemné výkony, zavádění kanyl, ty invazivní věci děti snášejí hůř.
- 7) Jak kdy. Chronicky nemocné děti, tím že už ví, do čeho jdou, tak to mohou snášet i relativně dobře. Záleží, jak se k tomu staví lékař. Dítě třeba s něčím počítá a záleží na tom, jak to pak dopadne. Obecně to ale asi platí, že čím déle a častěji tu dítě je, tím hůř to snáší.
- 8) To je taky hodně individuální, jestli to snáší hůř dítě nebo rodič. My se tady snažíme, jak můžeme, abychom ty děti nějak zaměstnal. Aby tolik nemysleli na to, že jsou právě v nemocnici. Máme tady herní specialistku a ta nám hodně pomáhá. Ona pečuje o děti po této stránce. My děláme tu odbornou činnost a ona s těmi dětmi pracuje v jejich volném čase. Dává jim hry, vymýšlí činnosti, dává jim aktivity. Také tady máme klauny v nemocnici. Spousta věcí, která ty děti rozptýlí.
- 9) Máme názorné pomůcky a používáme je. Máme nějaký písemný věci, obrázky. Na magnetické tabuli máme panenku, na té se může ukazovat, jak jde na magnetickou resonanci, různé hračky, je to vždycky podle věku dítěte. Máme třeba elektronický atlas těla. Od nás nejde dítě na výkon, aniž by nevědělo, co se bude dělat.



- 10) Podle mě snáší v první řadě špatně bolestivější věci a pak to odloučení. Ne všichni rodiče jsou z Plzně nebo si mohou vzít volno, takže odloučení od rodiny. To se projevuje zejména večer, že jsou děti více stýskavé před spaním.
  - 11) Řekla bych, že v poslední době narůstají děti, které hospitalizaci špatně snáší. Je to i tím, jaké mají diagnózy. Často jsou tu děti, které mají velké bolesti břicha, nakonec se přijde na to, že to je psychosomatika a že se třeba rodiče rozvádějí. Může to vést i k úzkostnosti dítěte. Na to potom musíme zavolat psychologa.
  - 12) Ano, ve většina případů to dětem prospěje, že mají u sebe rodiče.
  - 13) Na bolest se dětí ptáme. Máme dokonce škálu hodnocení bolesti a zaznamenáváme to. K tomu doplňujeme, jaké jsme na to podali léky a jestli to zapůsobilo nebo ne. Používáme třeba smajlíky.
  - 14) Pro odbourání strachu je potřeba s nimi komunikovat. Máme dobrou zkušenost s tím, jim všechno včas říkat. Zejména když je to vyšetření nepříjemné, tak aby o tom dopředu věděli a tušili co od toho čekat. Rozhovor o tom vedeme s rodinou i s dítětem.
  - 15) Pamatuju si na jednu holčičku, kterou trápily úporné bolesti břicha, které provázely její diagnózu. Ta vůbec nespinkala, pořád plakala, tam je to pak hodně o komunikaci.
- Stává se vám, že s vámi děti nekomunikují? Ano, někdy se uzavrou do sebe a nechtějí komunikovat s personálem. Někdy to vymizí, jindy ne.

### 5.4.3 Sestra č. 3

- 1) Oddělení větších dětí na dětské klinice.
- 2) Řekla bych, že víc než specifická je u nás ta práce různorodá. Jsou tu děti s mnoha různými diagnózami a zároveň jsou tu v různém věku. Jsou tu pacienti chroničtí, akutní, s polytraumaty apod.
- 3) Výčet diagnóz se shoduje s odpovědí sestry č. 2.
- 4) Určitě vliv má, ale záleží na tom jak velký. Jestli je tu s rodiči nebo jestli ho navštěvují. Péče zdravotnického personálu, zda je citlivá apod. Ani tady nemusí rodič být po celou dobu pobytu, ale dítě musí vědět a cítit že má bezpečí. Což v době nepřítomnosti rodičů musí cítit od zdravotního personálu, herního specialisty apod.
- 5) Ano je rozdíl. Nedá se to ale přesně určit. Často je horší prožívání nemoci v souvislosti s bolestí dítěte.

- 6) Zase záleží na věku, jak dítě vnímá nemocniční prostředí. Čím je dítě mladší, tím méně chápe, proč musí v nemocnici být. Ví jen, že ho něco bolí, že má teplotu, že se něco děje apod., ale neví, proč musí pořád ležet, proč nesmí domů apod.
- 7) I přímá úměra mezi délkou hospitalizace a zhoršeným psychickým stavem vychází z věku. Čím je dítě větší, tím víc mu dochází, že když je tu dlouho, tak to asi bude souviset i s tím, že je jeho onemocnění závažnější. Což může vést ke zhoršené psychice. Může se to už pomalu objevovat u předškolních dětí, více se to ale projevuje u straších dětí.
- 8) Když jsou rodiče úzkostnější, tak to snáší hůř oni a mohou to přenést i na dítě. Dítě toho vnímá hodně co na něj má vliv. Vnímá přístup a naladění rodičů, své tělo a zdravotní obtíže, zdravotní procedury, léky atd.
- 9) Názorné pomůcky užíváme a seznamujeme děti s tím, jaký výkon budou podstupovat. Konkrétní pomůcky již vyjmenovala kolegyně.
- 10) Nejhůř dítě snáší, když mu matka dává najevo, že není při něm. Už třeba tím, že nepřijde na návštěvu, klidně i týden, dva. Opravdu se to stává. Takovému dítěti pak absolutně chybí opora. I když se bude personál sebevíc snažit, tak tu matku nenahradí. Ta bude dítěti v těžkých situacích chybět.
- 11) Ne že by předškolní děti prokazatelně snášeli hospitalizaci hůř, ale stává se, že nekomunikují. Já osobně jsem se nesetkala s tím, že by předškolní dítě snášelo pobyt tak špatně, až by mu třeba musela být podána medikace na uklidnění. Každé dítě má individuální míru svých potřeb a i toho, jací lidé (personál) mu vyhovují. To, že je sestra přehnaně pečlivá a láskyplná, nemusí znamenat, že se jednoznačně dítěti zalíbí. Může se mu dobře spolupracovat s jinou, která ho třeba více vizuálně zaujme a bude se mu líbit. Zásadní je tedy, zda má úzkost a strach ze zdravotníka nebo ne.
- 12) Ano. Přítomnost rodiče je zásadní.
- 13) Jde o práh bolesti, kdy každý snáší bolest jinak. Někomu, když je to vysvětleno, tak pak bolest prakticky nevnímá, jinému nepomůže ani to. Je citlivý a ponese si z toho frustraci. Některé děti vám řeknou samy, že je to bolí, jiné se k tomu nechtějí přiznat třeba ze studu.
- 14) Důležité je s dítětem navázat důvěrný kontakt a komunikovat s ním. Musí cítit, že jsme v té situaci s ním a ne že je na všechno samo.
- 15) Není sice z vaší věkové kategorie, ale jako příklad ho uvedu. Může se to stát i u malých dětí. Chlapec na sebe nenechá vůbec sáhnout. Tam pak člověk musí

hodně opatrně, hodně komunikovat, a i přesto to snáší špatně. Čím si to vysvětlujete? Může být trochu autistický a záleží na prostředí, ze kterého přichází. Může záležet třeba na tom, jak má rodina nastavené vnímání bolesti. Jestli je pro ně přijatelné přiznat bolest či nikoliv, jestli se s tím někdy setkal, zda jsou rodiče hyperprotektivní nebo je jim to jedno. Jeden předškolní chlapeček po mě házel hrníček. Ten měl nefrotický syndrom. Házel po mě plné hrníčky s čajem. Opakovaně. Ten se na nás nechtěl nejdřív vůbec ani dívat. Nakonec si zvyknul. Děti většinou reagují takhle na první vstup do nemocnice a po čase se zklidní a dá se s nimi pracovat.

## **5.5 Rozhovor s herní specialistkou**

Rozhovor byl veden také s herní specialistkou, která působí ve FN Plzeň na Dětské klinice. Pro herní specialistku nebyla struktura rozhovoru předem stanovena, vzhledem k tomu, že nebyl náš rozhovor předem dohodnut. Jako šablona byl využit rozhovor určený pro učitelky působící v mateřské škole při nemocnici a byly z něj vybrány zásadní otázky. Rozhovor byl realizován na základě spontánního setkání s herní specialistkou při realizaci rozhovoru s dětskými sestrami.

- Vy jakožto zdravotní specialistka působíte v nemocnici i přes vzdělávání?
  - Ne, přes vzdělávání ne. To mají v kompetenci učitelky, jakožto speciální pedagogové, kteří chodí za dětmi v nemocnici.
  - Já, jakožto herní specialista, působím na dětské klinice a na hematookologii, abych pracovala s dětmi po emoční a psychické stránce.
  - Pracujeme s dětmi i rodinou. Všechny tady provedeme, ukážeme, vysvětlíme atd. Poradíme, kam mohou s čím zajít, co na oddělení najdou, kdo je na oddělení za personál, jaké tu máme hračky a materiály na půjčení, výtvarné zázemí, stavebnice, hry a zároveň jim prezentujeme to, co odpovídá věku jejich hospitalizovaného dítěte.
  - Připravujeme děti na vyšetření a povídáme si s nimi. Pokud je potřeba, požádáme o pomoc i psychologa. Já nedělám terapii jako takovou, ale specialista dělá spíš to, že se snaží každému to prostředí tak přizpůsobit, aby byly naplněny všechny dětské potřeby a aby to dítě mělo co nejméně stresu.
- Dá se říct, že jste komunikátor mezi rodinou a nemocnicí?
  - Jistě. Zároveň v dnešní době již platí, že rodič je součástí pečovatelského týmu. Má totiž právo o své dítě pečovat i přesto, že je hospitalizované v nemocnici.

My s ním komunikujeme jinak než s dítětem, ale prakticky ve stejné míře. Rodiče můžeme brát i k zákrokům, třeba bolestivým, ale předem si s nimi musíme říct, co se bude dít, popřípadě co se od nich očekává.

- Rodiče mají možnost napsat nám vzkaz či zpětnou vazbu do knihy vzkazů. Napsat například to, jak byli nebo nebyli spokojeni. Většinou se nám vrací pozitivní vzkazy, z čehož máme obrovskou radost.
- Chtěla bych se zeptat, jak je to ve FN Plzeň se školou při nemocnici, jestli tu je či není. Nebo jestli tu u předškolních dětí působíte jen vy jakožto herní specialista.
  - Třída a učitelky pro mateřskou školu při nemocnici zde nejsou. Tady chodí na oddělení dětí pouze učitelky základních škol, které mají speciálně pedagogické vzdělání.
- Jak dlouho působíte jako zdravotní specialista?
  - Já tady jako zdravotní specialista působím od roku 2000. Musíme pracovat s dětmi se všemi věkovými kategoriemi na oddělení. Já jsem na oddělení větších dětí tedy od tří do devatenácti let. Na oddělení dětí do tří let herní specialista nepůsobí, protože tam mají zavedený systém rooming in.
- Když máte rooming in u malých dětí, mohou trávit rodiče celý den i u větších dětí?
  - My tady na oddělení rodičovské návštěvy absolutně neomezujeme. Rodiče zde mají nepřetržitý přístup, ostatní než rodiče mohou za dětmi na oddělení přijít od dvou do šesti.
  - Co považuji za důležité a co by se mělo do budoucna vylepšit je to, že sem nemají přístup sourozenci do deseti let věku hospitalizovaného dítěte. Pro hospitalizované děti může být stejný stres při odloučení od rodičů jako při odloučení od sourozenců. My se snažíme děti podporovat v tom, aby si navzájem posílaly dopisy, obrázky apod. Vychází to vlastně i z Charty práv hospitalizovaných dětí, že by děti neměly být omezovány v kontaktu s blízkou rodinou, do čehož se sourozenci počítají. I sourozenci doma mohou z odloučení trpět.
  - Rodič není návštěva. Rodič je součástí týmu, a proto má právo na to být s dítětem na oddělení nepřetržitě.
  - Ve Velké Británii jsem například viděla výklopná lůžka ze stěny nemocničního pokoje. Ta v nepřítomnosti rodiče nezabírala místo a na noc se mohla vyklopit a rodič tam mohl s dítětem zůstat. Ne každá nemocnice má kapacitu a prostory pro rodiče.

- Mají tedy rodiče dětí do 6 let věku hrazen pobyt z pojištění?
  - Ano je to tak. Nad šest let si musí rodič připlácet za přespání a stravu, ale je to individuální v každé nemocnici i na odděleních. Rodič je tu na neschopenku jako doprovod dítěte v nemocnici (což je stanoveno jako diagnóza) a je mu tím zajištěno, že mu neuchází mzda a má možnost pro to, aby si nevybíral neplacené volno či dovolenou.
- Je nějaký rozdíl mezi herním specialistou a herním terapeutem?
  - Herním terapeutem je možné se stát na základě studia, které u nás v ČR nelze absolvovat. Studovat se dá ve Velké Británii. Pak se provádí tzv. herní terapie. Herní terapie je něco jako psychoterapie apod. takže je to vyloženě terapeut. Je to psychologické vzdělání přímo pro tento druh terapie.
  - Zatímco já jsem herní specialista, který se snaží přizpůsobit prostředí a přístup k dítěti v nemocnici tak, aby bylo co nejméně deprivované a aby byly naplněné všechny jeho potřeby, které tady má.
- Kdo se herním specialistou může stát? Může to být například učitelka?
  - Ne. Správně, já jsem vzdělaný herní specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči. To je program, tedy byl, protože již neexistuje, při Vyšší odborné zdravotní škole v Plzni. Byl to tří semestrální program pro zdravotní sestry, abychom mohly tuto práci vykonávat. Musely jsme mít vzdělání v oboru, abychom do toho programu mohly nastoupit. Aby mě zaměstnali na oddělení, musela jsem být zdravotní sestra, což ve světě není běžné.
  - Pomáhám i občas sestřičkám s jednoduchými úkony, jako je například měření tlaku. Ve světě toho není běžné u herního specialisty. Ve světě je to člověk, který chodí v civilu, snaží se s dětmi povídat, odreagovat je od stresu a vůbec neprovádí žádné ošetrovatelské úkony. Je tedy spíš na straně těch, kteří sem do nemocnice přicházejí a těch dětí. Nenosí ani žádnou uniformu, která by se tomu blížila. U nás je ta profese takto specifická, protože nemá žádnou tabulku ve zdravotnictví.
  - V dnešní době již na té zdravotnické škole toto vzdělání neexistuje. Je tedy pravda, že pokud někde mají zájem o herního specialistu, tak vyčlení někoho z personálu. Někde to dělá fyzioterapeut jinde zdravotní sestra. Mě to včlenili do pracovní náplně zdravotní sestry. Vykonávám minimum zdravotnických úkonů, ale naopak se věnuji dětem po téhle stránce. Stejně tak to někde dělají speciální

pedagogové nebo učitelky mateřských škol, které se zaměřily na přípravy na vyšetření apod.

- Takže se na to aktuálně nedá nikde přímo specializovat?
  - Momentálně ne.
- V čem je vaše práce nejvíce přínosná, či specifická, třeba právě z toho hlediska, že nejste klasická zdravotní sestra?
  - V tom, že mám čas na to, na co ho sestřičky nemají. Tedy hned od začátku se snažím dítě zbavit strachu z neznámého, zjišťuju jaké má zkušenosti z kontaktu se zdravotníky. Dále zjišťuju, jaké to dítě je, jak reaguje, snažím se ho všude po oddělení provést. Snažím se ho podpořit, když prožívá negativní pocity. Když přijdou děti, které mají problém a nekomunikují, tak tam se potom s nimi musíme pomalinku seznámit a zjistit v čem je problém. Musíme s nimi dělat malé krůčky. Vždycky mám snahu, aby dítě nemělo žádné negativní zkušenosti, které by si do paměti nějak špatně zapsalo. Kdyby sem mělo přijít znovu, přišlo by sem totiž se stresem. Podporuji je v tom, aby hospitalizaci braly jako novou zkušenost a jako něco, co překonaly a zvládly. Někdy si tu děti najdou kamarády a mnohdy jsou to i přátelství mimo nemocnici.
- Je něco, na co si musíte dávat při práci s dětmi pozor?
  - Určitě respektovat intimitu dítěte a to jak u malých tak velkých dětí. Nesmíme zradit jeho důvěru. Snažíme se jim vysvětlit i obtížné zákroky v nezbytně nutné míře. Nezacházet do detailů, ale zároveň je informovat. Rozhodně neříkat, že to bude hned a nenáročné a pak to bude pro dítě těžce zvládnutelné. To by zrovna mohlo tu důvěru porušit.
- Používáte nějaké názorné pomůcky v rámci přípravy na vyšetření či zákrok?
  - Mám tady i názorné pomůcky, které se dají rozebrat. Mohou se například podívat na kanylu a i si jí osahat a popovídat si o ní. Snažíme se tím předejít strachu. Dostanou za všechno odměnu. Říkáme jim, že domů půjdou, co nejdříve to půjde.
- Potýkáte se často se špatným psychickým stavem hospitalizovaných dětí?
  - Často. Nevím, zda se to dá přesně určit.
  - Někdy se stává, že jsou děti vystresované z neznámého. To se může zhoršit i tím, když rodiče nepodpoří lékaře v tom, že je vyšetření nezbytné a zbagatelizují to ve smyslu, „Neboj. Půjdeme hned domů.“, místo toho, aby

pomohli dítěti vysvětlit co je potřeba. Když dítě pochopí, že o nic nejde, často se zklidní.

- Pak může být i zhoršený psychický stav následkem dlouhodobé hospitalizace, kdy už se dítě v nemocnici vyloženě nudí a je dlouho odříznuto od svého domácího prostředí.
- Někdy rodiče tím, že mají obavy o své dítě, staví svou komunikací dítě proti personálu a dítě je pak ještě více vystresované. Pak je na místě si se všemi individuálně promluvit a vysvětlit jim jakým způsobem mohou pomoci sobě i celé situaci.
- Vybrala jste si toho povolání sama nebo Vám spíš bylo přiděleno v rámci práce zdravotní sestry?
  - Vybrala jsem si toto povolání, protože děti si svou nemoc vybrat nemohou. Já si ale mohu vybrat toto povolání a pomáhat jim jí zvládnout. Já jsem sama v dětství prožila několik takových traumatizujících situací ve svém dětství. Vím jaké to je prožít hospitalizaci bez rodiče, prožít hospitalizaci v prostředí kde prožívám dnem i nocí obrovský stres. Měla jsem pak několikaleté následky až do dospívání. Proto se zasazuji o to, aby to mohlo být v nemocnicích jinak.
- Dá se tedy říct, že v rámci psychického stavu dítěte nejde ani tak o to jak vypadá prostředí, ale o to, jak k dítěti přistupují lidé z ošetrovatelské péče?
  - Ano, máte pravdu. Ani nejde tak o výzdobu, o prostory, ale co je úplně nejdůležitější je přístup těch lidí, jejich chování a to jestli se dokážou vžít do toho, co to dítě prožívá, co rodič prožívá a dokážou toho rodiče povzbudit, pomoci mu to překonat.
- Realizujete nějaké projekty?
  - Ano. Běžné mateřské školy navštěvují medicí Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni, kteří ukazují dětem, že nemusejí mít strach z lékařů a lékařských výkonů. Ukazují také výkony na plyšovém medvídkovi. Děti mohou samy obvázat medvídkovi packu, dát mu injekci apod.
  - Ve Velké Británii se třeba realizují i návštěvy dětských oddělení. Což si myslím, že by bylo super, kdyby to tak fungovalo i u nás. Děti se podívají, jaké to v nemocnici je a co by si mohli vzít s sebou na případnou hospitalizaci. Když jde pak dítě do nemocnice, tak vůbec nemusí mít obavy. Někdy je lepší působit preventivně a děti pak nejsou překvapené a nebojí se.

- S podporou Plzeňského kraje byla vytvořena kniha Zdravínkovo knížkohraní (Packanová & Křiváčková, 2017). Je pro děti průvodcem nemocnicí. Hlavní postavy jsou vyobrazeny nejen v knize, ale i jako samolepky na zdech dětských částí nemocnice. Máme také pracovní listy, které navazují na knihu. Ty jsou pověšené v ambulancích. V knize nás skřítek Zdravínek uvítá v nemocnici. Ukáže dětem čekárnu, kterou si pak mohou vymalovat. Dalšími úkoly jsou například: namaluj sám sebe, najdi písmenka, ze kterých se skládá tvé jméno, znáš lékařské pomůcky na obrázku a dokázal bys je pojmenovat, vybarvi skřítko Zdravínka apod. Dále v knize je pohádka, dokreslení hravé louky, děti mají domalovat obličej jako své pocity, vyprávění Zdravínkova snu, Zdravínkova píseň a desková hra, kterou máme i zalaminovanou. Děti si s touto knihou mohou zkrátit čekání jak v ambulanci, tak na lůžkových odděleních.
- Máme ještě jednu knihu Hajánek a Ospalka. To je interaktivní kniha, stejně jako Zdravínkovo knížkohraní, a tu využíváme na lepší usínání.

## 5.6 Výsledky průzkumu

Tento průzkum byl zaměřen na kvalitu získaných informací. Kvality bylo dosaženo tím, že jsme u každého jednotlivého dítěte pozorovali co nejvíce faktorů, které ho mohou při hospitalizaci ovlivnit, a okolností, které dítě v nemocnici vnímá. Abychom mohli sestavit kazuistiky dětí, bylo nutné vést rozhovor také s rodiči těchto dětí. Od rodičů byla získána anamnestická data. Zároveň byl získán druhý pohled na změny v psychickém stavu dítěte. Rodič totiž vidí změny u dítěte v dlouhodobějším časovém rozpětí, na rozdíl od dítěte samotného nebo od ošetrovatelského personálu. Pohled dítěte a rodiče tak utvořil ucelenější představu o celé situaci.

V následující tabulce jsou uvedeny odpovědi dětí na jednotlivé otázky. Pokud je v odpovědi uvedeno číslo, znamená to číslo smajlíka. Pro ujasnění jen připomeneme, že 1 odkazuje na veselého smajlíka a 6 na frustrovaného a smutného smajlíka. Otázky je možné najít v příloze nebo v kazuistikách u dětí. Dítě č. 5 z důvodu komunikační bariéry na otázky neodpovědělo.

**Tabulka 7 - Odpovědi všech dětí**

Otázky	Dítě č. 1	Dítě č. 2	Dítě č. 3	Dítě č. 4	Dítě č. 5	Dítě č. 6
1	1	1	1	1		1
2	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano



3	3	2	2	2		2
4	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano
5	Ne	Ano (4)	Ano (1)	Ano. (2)		Ne
6	Školka	Školka	Školka	Školka		Školka
7	1	1	3	1 (dnes) 6 (včera)		2
8	Ne pak Ano Bolela mě hlava	Ano. Omdlela jsem	Ano. Úprava pindíka	Ano. Měl jsem něco s ledvinou		Ano. Jsem nemocná
9	3	6 pak 2	4	4		3
10	Ano	Ne	Ano. Už jsem teď po páté.	Ne.		Ne
11	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano
12	1	3	1	1		2
13	1	2	3	5		2
14	Ne	Ano i ne.	Ne.	Ano i ne.		Ne
15	Mmmm líbí se mi to tady.	Injekcí.	Nerad polykám prášky před operací.	Nic mi tu nevadí.		Injekce
16	Ano Včera mě bolela hlava, až jsem skoro brečel.	I břicho.	Ne. Dřív mě bolely záda, ale ty už mě nebolí.	Ano. Břicho.		Ne
17	Ano	Ano	Ano	Ano. Hodně.		Ano
18	Ano	Ano	Ano	Ano. Hodně.		Ano
19	6 Včera se mi stejskalo	6 Bojím se bez maminky	6	4		4

	hrozně moc					
20	x Nemá sourozence	5	x Nemá sourozence, ale chtěl by	1 Sestra Barča, nechybí mi, protože mě zlobí.		X Má jen dospělé nevlastní
21	Na ty želvy, který mi koupí mamina.	Těším se domů (jako smajlík 1) a do školy i na paní učitelky.	Až budu odpočívat.	Lego		Na rybičky.

### 5.6.1 Výsledky rozhovorů zkoumaných dětí

Nyní si shrneme výsledky, týkající se zásadních otázek položených v průzkumu dětem a jejich rodičům.

#### 1) Najdou si děti kamarády i v nemocnici?

Tři z pěti dětí si v nemocnici kamarády našly. Zbylé dvě ne.

#### 2) Líbí se dětem v nemocnici?

Třem dětem se v nemocnici moc líbí, jednomu se v nemocnici líbí a u jednoho to ujde. Všechny odpovědi jsou v pozitivní polovině smajlíkové škály, tedy od 1 do 3.

#### 3) Uvědomují si děti svou nemoc?

Všech pět dětí si uvědomuje svou nemoc a ve větší či menší míře chápou, proč jsou v nemocnici. Také si všechny uvědomují, že na sebe musí dávat větší pozor.

#### 4) Bojí se jít děti do nemocnice?

Dvěma dětem je to jedno, nevnímají to ani pozitivně ani negativně. Dvě se bojí trochu. Jedno se hrozně moc bálo. Odpovědi se již vyskytovaly spíše v negativní části škály.

#### 5) Bojí se děti v nemocnici doktora?

Tři děti uvedly, že se lékaře nebojí. Dvě děti uvedly, že se ho bojí v závislosti na tom, co s nimi zrovna lékař dělá.

**6) Čeho se v nemocnici děti nejvíc bojí?**

Dvě děti si nevybavují nic, co by jim vadilo. Dvě děti nemají rádi injekce a jedno dítě nerado polyká prášky.

**7) Jak moc by dětem v nemocnici chyběla máma?**

Tři děti uvedly, že by jim v nemocnici chyběla máma hrozně moc. Dvě děti uvedly, že by jim trochu chyběla.

**8) Jak moc dětem v nemocnici chybí sourozenci?**

Dvě děti sourozence nemají a jedno má jen dospělé nevlastní. U těchto dětí nelze odpověď určit. Dvě děti sourozence mají. Jednomu sourozenec chybí hodně druhému vůbec.

**9) Co podle rodičů špatně snášejí jejich děti v rámci léčby a diagnózy?**

Dvě děti nemají problém s ničím. Jedno dítě nemá rádo polykání prášků. Dvě děti špatně snášejí odběry krve. Jedno dítě špatně snášelo svůj pooperační stav a bylo tzv. alergické na jakýkoliv dotek.

**10) Jak snášejí podle rodičů děti pobyt v nemocnici?**

V zásadě děti snášejí průběh hospitalizace dobře. Dva rodiče to doplnili, že když už děti nic nebolí, tak je to dobré. Jeden doplnil, že se dítěti stýská.

**11) Mají z nemocnice strach?**

Čtyři rodiče uvedli, že jejich dítě nemá z nemocnice strach. Jeden, že mělo strach a další jeden, že kdyby vědělo, že v nemocnici bude sám, tak by se bál.

**12) Mají problém s užíváním léků?**

Jedno dítě nemá rádo sirupy. Dvě děti nerady polykají prášky. Tři děti nemají s polykáním prášků problém.

**13) Změnilo se dle rodičů chování a psychika jejich dětí v průběhu hospitalizace?**

Tři rodiče nepozorují žádné změny u svých dětí. Jedno je v chování ovlivňováno ostatními dětmi na pokoji. U jednoho dítěte rodič zaznamenal regresi a u jednoho dítěte byla zaznamenána vzteklost a agresivita.

**14) Jsou děti na rodiče více psychicky navázáni?**

Jedno dítě je na rodiče hodně psychicky navázané už z domova a v nemocnici tento stav přetrvává. Tři rodiče vnímají větší navázanost na jejich osobu. Dva rodiče změny nevnímají.

**15) Snášel by dle rodiče hůř odloučení dítě nebo rodič?**

Tři rodiče si myslí, že by to hůř snášelo jejich dítě. Dva rodiče si myslí, že by to hůř snášeli oni samy. Jeden rodič si myslí, že by se nic nezměnilo.

**16) Zvládá návrat do MŠ?**

Dvě děti, které jsou hospitalizované více než jednou, zvládají návrat do mateřské školy bez problémů. Jedno dítě, které bylo hospitalizováno opakovaně, navštěvovat mateřskou školu ze zdravotních důvodů nesmí. U tří dětí se tento aspekt nedá určit, protože byly hospitalizovány poprvé.

**17) Co by rodič změnil v nemocnici?**

Tři rodiče jsou se vším spokojeni a nic by neměnili. Jeden rodič by ocenil více knížek a hraček do postele. Jeden rodič by ocenil křeslo místo židle u dítěte. Jeden rodič by uvítal postel v pokoji dítěte pro rodiče.

### **5.6.2 Výsledky rozhovorů s učitelkami**

V této kapitole si shrneme výsledky rozhovorů, které byly vedeny s učitelkami působícími v mateřské škole při nemocnici.

- 1) Učitelky se shodují v tom, že je nutné k dětem přistupovat jinak než v běžné mateřské škole. Vzhledem k realizaci práce učitelky jsou zde větší zdravotní omezení dětí.
- 2) Učitelky se setkávají se špatným psychickým stavem dětí, ale nedá se říci, že je to pravidlo. Na začátku hospitalizace to může být způsobeno strachem z neznámého. Příčinou může být i hodně dlouhá hospitalizace.
- 3) Dá se říct, že je přímá úměra mezi délkou hospitalizace a zhoršeným psychickým stavem dítěte. Tento stav však výrazně zlepšuje přítomnost rodičů.
- 4) Rooming in je v nemocnici dle možností realizován a v zásadě to dětem prospívá. Jen výjimečně dítě přítomnost rodiče snáší špatně.
- 5) Obě učitelky se shodují na tom, že hůř snáší hospitalizaci dítěte rodič. Více si podstatu hospitalizace uvědomuje a má strach o své dítě. Dítě má podle učitelek

větší schopnost se adaptovat a svou nemoc si nemusí tolik uvědomovat, zejména pokud netrpí bolestmi.

- 6) Není možné posoudit, zda se děti následkem hospitalizace začleňují hůř do kolektivu. Může to nastat například u onkologických pacientů, kteří musí být v nemocnici měsíce či roky.
- 7) Seznamování s lékařskými postupy je v zásadě v kompetenci herního specialisty. Učitelky mohou zařadit alespoň prvky herní terapie.

### **5.6.3 Výsledky rozhovorů se zdravotními sestrami**

Zrekapitulujeme také výsledky rozhovorů se zdravotními sestrami působícími na dětských odděleních nemocnice.

- 1) Zdravotní sestry se shodují, že má hospitalizace vliv na psychiku dítěte. Rozhodující v tom, jak budou situaci vnímat, je první kontakt s nemocnicí, přítomnost rodičů a pocit bezpečí.
- 2) Závažnost onemocnění má vliv na psychickou zátěž na dítě i na jeho vnímání nemocničního prostředí. Rozhodujícími faktory jsou přítomnost bolesti, délka hospitalizace, přítomnost rodičů a pocit bezpečí. Také věk, protože, čím je dítě menší, tím méně chápe, proč musí setrvávat v nemocnici.
- 3) Názory na přímou úměru mezi délkou hospitalizace a zhoršeným psychickým stavem dítěte se tolik neshodují. Tato možnost je připuštěna a zároveň není vyloučena. Není ale potvrzeno, že by horší psychický stav vždy vyplýval z dlouhé hospitalizace. V zásadě to ale při dlouhodobé hospitalizaci platí ve chvíli, kdy se dítě začne nudit, prostředí je okoukané, musí být na lůžku, nesmí ven nebo s ním není hospitalizovaný rodič. Starším dětem navíc může docházet, že čím déle jsou v nemocnici, tím horší jejich zdravotní stav bude. Vychází to z určité míry frustrace, která je u každého dítěte individuální.
- 4) Z odpovědí vyplývá, že hospitalizaci může hůř snášet rodič. Pokud je rodič úzkostný, může dokonce svůj stav přenést na dítě. Snaha sester v součinnosti s herním specialistou je pobyt zpříjemnit tak, aby ke špatnému psychickému stavu nedocházelo ani u dětí ani u rodičů.
- 5) Před tím, než jdou děti na vyšetření nebo lékařský výkon, jsou vždy připravovány. Příprava probíhá buď slovně nebo i s interaktivními pomůckami. Na přípravě dítěte se nejvíce podílí herní specialista a částečně také zdravotní sestry.

- 6) Děti nejhůř snáší bolest a odloučení od rodiny. V těchto odpovědích byla jasná shoda u všech zdravotních sester. Velmi může dítě ranit, pokud pocítí nezáměr ze strany matky, např. když nepřijde za dítětem na návštěvy.
- 7) Nedá se říct, že je špatný psychický stav hospitalizovaných dětí pravidlem, může ale nastat. Nebývají to ale dramatické stavy, při kterých by bylo nutno užívat medikaci. Tyto stavy se objevují, zejména pokud dítě přichází s psychosomatickými obtížemi. Ty se u dětí objevují velice často, zejména v poslední době. Někdy děti z prvotního šoku po příchodu do nemocnice nemluví.
- 8) Rooming in rozhodně zlepšuje psychiku dítěte, shodují se zdravotní sestry.
- 9) S bolestí sestry pracují a ptají se na ni děti. Na některých odděleních používají smajlíkovou škálu na jiném ne.
- 10) Pro odbourání strachu je zásadní navázat důvěrný kontakt s dítětem, aby dítě cítilo, že jsme v té situaci s ním a že ho podporujeme. Hlavní je tedy s dítětem komunikovat a nic mu nezatajovat. Nedoporučuje se ani užívání milosrdných lží, kdy před dítětem nastalou situaci zlehčíme a ono pak pozná, že to tak není.

#### **5.6.4 Výsledky rozhovoru s herním specialistou**

V neposlední řadě shrneme i výsledky zjištěné v rozhovoru s herní specialistkou. Herní specialista pracuje s dětmi po psychické a emocionální stránce. Pracuje zejména s dětmi a jejich rodinou. Přípravuje děti na vyšetření a přizpůsobuje prostředí potřebám dítěte.

- 1) Důležitým poznatkem je, že rodič v nemocnici není návštěva, ale je součástí pečovatelského týmu. Má tedy možnost neomezeného přístupu na oddělení. Dotazovaná herní specialista navrhuje zavést trvalý přístup do nemocnice i pro sourozence, protože i oni jsou důležitým článkem týmu.
- 2) Došlo také k upřesnění rozdílů mezi herním terapeutem a herním specialistou. Herní terapeut dělá terapii jako takovou. Je to vlastně forma psychoterapie. Podle dotazované herní specialistiky, nejde v ČR obor herní terapeut vystudovat. Ona sama se s ním setkala ve Velké Británii. Herní specialista se snaží přizpůsobit prostředí nemocnice a přístup k dítěti v nemocnici, aby bylo co nejméně frustrované a stresované. Dbá také o naplnění jeho potřeb. Dotazovaná herní specialista má obor herního specialisty vystudovaný. Na škole, kde ho vystudovala, již ale není k dispozici.
- 3) Práce herního specialisty může doplňovat to, na co zdravotní sestry nemají v rámci plnění své práce čas. Je to profese zaměřená hlouběji na osobní kontakt s dítětem, na

vytvoření důvěrného vztahu s terapeutem, na seznámení dítěte s plánovanými vyšetřeními a na provázení dítěte prostředím nemocnice.

- 4) Více než zdravotní sestry může herní specialista připravovat děti na vyšetření a zákroky. Taktéž k tomu používá názorných pomůcek. Podstatou je předcházet strachu a následným traumatům.
- 5) Není pravidlem, že by se objevoval u dětí špatný psychický stav. Rozhodně se nedá říci, že by to bylo časté. Nepříznivé vlivy jsou dle herní terapeutky stres z neznámého, bagatelizování snahy lékařů rodiči, nepochopení pocitů dítěte, dlouhá hospitalizace, odloučení od rodiny, opoziční stav rodiče proti lékařům z důvodu strachu o dítě apod.
- 6) Na psychický stav dítěte mají primárně vliv lidé v jeho okolí, tedy rodina, lékař, zdravotní sestra, herní specialista a další. Vliv materiálního prostředí je až druhořadý.

## 6 DISKUZE

### 6.1 Odpovědi na výzkumné otázky vyplývající z výsledků průzkumu

#### • Jak snáší děti dlouhodobou hospitalizaci?

Z průzkumu vyplývá, že vliv na dětskou psychiku nemá ani tak prostředí nemocnice, jako spíše lidé, kteří se v něm vyskytují, a procesy, které se v něm odehrávají.

**Prostředí** samo o sobě může u dětí vyvolávat obavy a nervozitu. Dle odpovědí dětí jim prostředí nemocnice a dětské pokoje v zásadě nevadí. Všechny děti popisovaly, že se jim pokoje líbí. Nemusí to znamenat, že jsou pokoje dokonalé, ale pravděpodobně v dětech vzbuzují důvěru a pocit bezpečí. Na dětských odděleních by neměla působit sterilita a pokoje a herny by měly být dětem svým vybavením co nejbližší domácímu prostředí. Barevnost, hračky a podněty ke hře by měly být samozřejmostí.

Všechny děti se shodly, že mají v mateřské škole **kamarády**. V prostředí nemocnice už tyto odpovědi tak jednoznačné nebyly. Tři děti si v nemocnici kamarády našly, další dvě ne. Nenalezení přátel může být zapříčiněno krátkou délkou pobytu v nemocnici, malým počtem dětí na oddělení, pobytem na samostatném pokoji, ale i vlastnostmi jednotlivých dětí, které mohou usnadnit navazování kontaktů. Dvě ze tří dětí, které si kamarády našly, byly hospitalizovány na společném dětském pokoji, třetí dítě bylo s matkou na pokoji samo, a přesto si přátele v nemocnici našlo.

Důležitější pro dítě, více než materiální vybavení dětského oddělení, je **přítomnost rodiče**. Ta z rozhovorů vychází jako nejdůležitější faktor působící na psychiku dítěte a na průběh jeho léčby. Shodli se na něm děti, rodiče, učitelky, zdravotní sestry i herní specialista. Bez přítomnosti rodiče v nemocnici se dítě cítí opuštěné, chybí mu pocit jistoty a bezpečí a osoba, v kterou má dítě největší důvěru. Nepřítomnost matky může vést k pocitům frustrace a při dlouhé hospitalizaci i k deprivaci. I když se personál bude snažit sebevíc matku nahradit, nikdy to nebude matka sama. Pocit zrady mohou děti také pociťovat, pokud rodič nemůže být v nemocnici s dítětem po celou dobu hospitalizace. Slíbí, že přijde na návštěvu a pak se nedostaví. Dítě se v předškolním věku již zvládá osamostatnit do té míry, že mu samostatný pobyt v mateřské škole nečiní problém. Zároveň v mateřské škole ale ví, že ho každý den přijde někdo vyzvednout a půjde domů. Při hospitalizaci je bez rodiče na celou situaci samo a může ztrácet pocit jistoty ve vztahu s matkou.



Děti si **uvědomují to, že jsou nemocné**, i to, že na sebe tím pádem musí **dávat větší pozor**. Stejně tak, že na ně v takové situaci musejí dávat větší pozor i rodiče. Uvědomování si nemoci a s ní spojených opatření vůči svému tělu, může být výsledkem dostatečné vyzrálosti dětí i informacemi, které jim zprostředkovali rodiče, lékaři, zdravotní sestry či herní specialista.

**Lékařů** se děti v zásadě nebojí. Tři děti odpověděly, že se lékaře nebojí, další dvě odpověděly, že se ho bojí i nebojí, podle toho, co zrovna lékař dělá. Pokud jsou výkony lékaře bolestivé (např. dítě č. 4 – vyndání cévky), dítě si pak může spojovat bolest s lékaři obecně, i s těmi, kteří mu nikdy bolest nezpůsobili. Stejně tak pokud dítě nikdy nezažije bolestivé vyšetření, nemá proč se lékaře bát. Samozřejmě v tom mohou hrát roli i sympatie či antipatie k lékaři. Pokud u dítěte strach z lékaře nastane, může být těžší se ho následně zbavovat.

Vliv na to, jak dítě vnímá průběh hospitalizace, má i **bolest** související s onemocněním dítěte. Tedy bolest, která je přítomna sama o sobě, bez cizího přičinění. Pokud dítě aktuálně prožívá bolest, může na něj prostředí působit skličujícím dojmem přesto, že bez bolesti by na něj tak nepůsobilo. Musíme se tedy dítěte na bolest ptát, abychom se u nich těchto stavů vyvarovali. Pokud je to jen trochu možné pracujeme na tom, abychom dítěti od bolesti ulevili. V některých případech není vhodné podat medikaci, pak se snažíme dítě rozptýlit humorem, písni, hračkou nebo čímkoliv co má rádo, aby na bolest co nejméně myslelo.

**Strach** je přirozený a v nemocnici je běžné, že se s ním u dětí setkáváme. Vyskytuje se v úzké spojitosti s bolestí. Stejně jako u bolesti je ideální ho co nejvíce eliminovat, aby si dítě do budoucna neodneslo frustrující zážitky. Proto, aby se dítě obávalo co nejméně a bylo zároveň co nejméně stresováno, je bezpodmínečně nutné s ním mluvit o tom, co ho čeká. Informace podáváme úměrně věku, nedostáváme se do zbytečných detailů a nic nezatajujeme. Je lepší dítě připravit na to, že ho něco bude bolet a napomoci mu předem s vytvořením strategie na zvládnání bolesti, než mu to zatajit a ono pak bude nemile překvapeno a vyděšeno. Může tím dojít i ke ztrátě důvěry, což si v sobě může dítě nést ještě dlouho po hospitalizaci nebo dokonce při každé návštěvě lékaře. Je třeba dávat si na to obzvlášť pozor.

**Strach** může přijít již **před samotným vstupem do nemocnice**. Dvě děti to vnímají neutrálně, ani se netěší a ani se nebojí. Dvě se bojí trochu a jedno se bojí hodně. Strach

může vyvolat obava z neznámého. Dítě neví, co ho čeká, a proto se bojí. Stejně tak to může být obava ze známého, tedy dítě zažije bolest nebo cokoliv čeho se bojí a potom má strach do nemocnice nastoupit.

**Se strachem a bolestí se pojí** také nutné **procesy**, které zpravidla nebývají dětem příjemné. Nejvíce dotazovaných respondentů se shodlo na tom, že se děti nejvíce bojí **injekcí**, tedy odběrů krve a zavádění kanyly, a **polykání klasických tablet**. Překvapivou informací pro mě bylo, že jedno dítě nemá rádo sirupy, které mají děti většinou raději než prášek. Jedno dítě, také uvedlo, že nemá rádo přímo prášek, který se dává před operací (dítě č. 3). To se může pojit i se strachem z operace nebo z usnutí před operací.

Ve vnímání hospitalizace a onemocnění hraje roli také **věk**. Čím je dítě starší, tím více si uvědomuje, že s délkou hospitalizace může narůstat i závažnost onemocnění. U dětí předškolního věku si to děti uvědomovat mohou i nemusí.

Zásadní je přítomnost **herního specialisty**, který působí v nemocnici jako průvodce rodině i dítěti. Oproti zdravotním sestřám má čas na to komunikovat s rodinou v osobní rovině, vysvětlovat jim věci, kterým rodiče a děti nerozumí a být jim oporou.

V rámci skupiny dětí, se kterou byl průzkum realizován, bylo zjištěno, že **může docházet** v rámci hospitalizace k **těmto jevům**: k regresi dítěte, k agresí a nervozitě, zvýšené navázanosti na matku, odmítání komunikovat s kýmkoliv jiným než s rodičem, popřípadě i ze strachu z nemocnice, se může dítě pokusit lhát o tom, co se mu doopravdy stalo.

**Zhoršený psychický stav dítěte** při hospitalizaci není pravidlem, není ale vyloučeno, že může nastat. Dle respondentů pracujících v nemocničním prostředí v zásadě platí, že čím delší hospitalizace, tím hůř může dítě hospitalizaci snášet. Nejedná se ale o pravidlo a záleží na tom, jak moc dlouhá hospitalizace je. V dnešní době je snaha děti pokud možno v nemocnici zbytečně dlouho nadržet, a pokud je to ze zdravotního hlediska možné, ponechávat je v domácí péči v rodinném prostředí s rodiči.

U žádného dítěte nebyl zjištěn známky **hospitalismu**. Z výpovědi sestry, která pracuje i s onkologicky nemocnými dětmi bylo zřejmé, že k takovým změnám v psychice dítěte dochází až ve chvíli, kdy je v nemocnici několik měsíců až let.

Pokud bychom porovnali odpovědi dětí, které byly hospitalizované poprvé a po několikáté, nezaznamenáme dramatické odchylky v odpovědích. U **prvně**

**hospitalizovaných** dětí se může jen projevit větší počáteční strach z nemocnice, protože neví, co je čeká. Naopak děti, které jsou **hospitalizované po několikáté**, již přibližně ví, co je v nemocnici čeká. Zejména pokud předem ví, že je čekají stejná vyšetření jako předtím.

- **Jaký je rozdíl mezi vnímáním hospitalizace dítětem a rodičem?**

Rozdíl mezi vnímáním hospitalizace rodičem a dítětem rozhodně je. Už při porovnání toho, zda si respondenti myslí, že psychickou zátěž z hospitalizace dítěte hůř snáší dítě samo nebo jeho rodič.

**Děti** se v zásadě shodly, že pokud by musely být v nemocnici bez rodiče (matky), tak by se hodně bály. Tím není vyloučena varianta, že by kratší hospitalizaci zvládly samy a pouze je děsí představa toho, být v nemocnici sám. Nicméně to potvrzuje důležitost přítomnosti matky v nemocnici.

Odpovědi **rodičů** byly přibližně půl na půl, zda to snáší hůř rodiče nebo děti. Někteří rodiče tušili, že pokud by dítě opustili, dítě by to psychicky nezvládlo. Jiní zase, že by o dítě měli sami takový strach, že by to snášeli hůř oni a že by si dítě na nemocnici spíš zvyklo.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že děti si nemusí tolik uvědomovat vážnost svého onemocnění, zejména pokud aktuálně netrpí bolestmi, nejsou po operačním zákroku, nemají zavedenou kanylu, či nemusí pouze ležet na lůžku. Když jsou v nemocnici jen na pozorování nebo je jen čeká vyšetření, ale mohou se volně pohybovat, hrát si s ostatními dětmi, nemusí jim připadat, že jim doopravdy něco je. Zatímco učitelky MŠ při nemocnici a zdravotní sestry se shodují na variantě, že by hospitalizaci dítěte a odloučení od něj snášeli hůře rodiče, právě proto, že si plně uvědomují rizika onemocnění a mají o své dítě přirozený strach.

- **Jak dítě snáší návrat do mateřské školy a třídního kolektivu po hospitalizacích?**

Rodiče dětí, které byly hospitalizovány poněkoliáté, se shodly na tom, že se jejich děti vrací do kolektivu dětí v mateřské školy bez problémů. U těchto dětí délka hospitalizace nepřekročila tři týdny. Při hospitalizaci trávající méně než měsíc očividně nenastávají změny v navracení se dítěte do kolektivu.

Jedna z učitelek MŠ při nemocnici připouští, že pokud je dítě hospitalizováno několik měsíců až rok, mohou již změny tohoto typu nastat. Sama se v poslední době setkala s chlapcem, který se po skoro dvouleté hospitalizaci vrátil do kolektivu dětí a měl problém se mezi ně začlenit, protože neměl osvojené vrstevnické vztahy a situace, ke kterým mezi dětmi běžně dochází. Chyběly mu strategie řešení problémů, strategie k navázání kontaktu, ale nastalo i opoždění z hlediska zkušeností a vědomostí. Z toho vyplývá, že opravdu platí přímá úměra čím delší hospitalizace, tím více to může zanechat následků ve vývoji a psychice dítěte.

- **Co můžeme udělat pro zlepšení psychického stavu dlouhodobě hospitalizovaných dětí?**

Jako pozitivní se jeví **přítomnost herních specialistů** na dětských odděleních. Mít čas si s dětmi promluvit, pochopit je a pomoci jim, je pro ně velice důležité a posiluje to jejich důvěru v nemocničním prostředí. Pro tuto profesi dle slov herní specialistiky však není aktuálně v České republice otevřen studijní obor. Navíc ne na všech lůžkových odděleních, kde jsou hospitalizovány děti, jsou herní specialisti. Více herních specialistů by bylo určitě přínosné nejen na navštívených odděleních. Pro uklidnění mohou působit i v čekárnách, kde musí čekat děti.

**Zdravotní klauni** jsou dalším důležitým činitelem, který zlepšuje psychický stav dětí. Při realizaci rozhovorů v nemocnici jsem měla možnost se s nimi na moment setkat. Jsou to opravdoví profesionálové a pobaví jak děti, tak i rodiče. Pozitivní přínos je bezpochybný a neměli by chybět na dětských odděleních.

Dětem pomáhá v dobré náladě dostatek **hravé aktivity**, zaměstnat je čímkoliv, co je baví a co odvede pozornost od hospitalizace. Může jít o rozhovor, hračku, hru, stavebnici, písničku apod. Každé dítě reaguje na něco jiného.

Co by zlepšilo komfort nejen pro matky ale i pro jejich děti, jsou **lůžka pro matky** v dětských pokojích. Je pochopitelné, že to není prostorově a finančně jednoduchý krok, ale je rozhodně přínosný. Pokud není možné mít lůžka u svých dětí, bylo by vhodné zajistit pro všechny alespoň křeslo místo židle.

Je pochopitelné, že rodič nemůže vždy s dítětem zůstat v nemocnici po celou dobu pobytu. Přesto by se měly snažit zdravotní sestry a herní specialisti co nejvíce rodiče podpořit v tom, aby s dítětem trávili co nejvíce času. Řešením je, **umožnit jiné spojení s rodiči** než to osobní, například telefonické popřípadě prostřednictvím videohovorů,

kteřé v dnešně době již nejsou ničím neobvyklým. Zároveň je potřeba rodičům zdůraznit, aby dítěti neslibovali něco, co nemohou splnit, protože to může děti velice ranit. Může jít právě o slib, že dítě navštíví a pak nepřijedou.

O děti je v zásadě v nemocnicích dobře postaráno. To co nejvíce na děti působí, jsou **lidé v jejich okolí** a jejich přístup k nim. Mít tedy vždy proškolený personál, který se umí dostatečně vcítit do dětské duše. Lidský přístup je totiž základ pro efektivní léčbu.

## **6.2 Vlastní vyjádření k výzkumu**

Výzkum byl ve své podstatě časově náročný. Zaskočila mě dlouhá doba na vyřízení povolení výzkumu ve FN Plzeň. Když byl výzkum na Dětské klinice schválen, nebyly k dispozici děti, které by mohly být na základě stanovených podmínek zařazeny do výzkumu. Nepředpokládala jsem, že za dobu přibližně dvou měsíců se nevyskytne žádné dítě, které by mé podmínky splňovalo. Musela jsem tak ustoupit s kritériem, že děti musejí být hospitalizované několikrát. Z těchto důvodů jsem musela využít další oddělení FN Plzeň, tedy neurologii a dále využít možností FN Hradec Králové a být v kontaktu se dvěma nemocnicemi najednou. Náročnost nakonec tedy nebyla jen z hlediska času, ale i z hlediska plánování pro přesuny napříč republikou. Nezbývalo navíc než jen čekat, zda se objeví vhodné dítě naplňující požadovaná kritéria a zda bude dětí dostatečný počet.

Zajímavé zjištění pro mě je, že situace, kterých jsem se předem obávala, nenastaly, a ty, které mě předem nenapadly, se naopak staly (viz nedostatek dětí). Při přípravě průzkumu jsem měla značné obavy z toho, že rodiče hospitalizovaných dětí nebudou chtít s nikým cizím mluvit. Stejně tak, že se mě budou děti bát nebo ke mně nebudou mít důvěru a nebudou chtít odpovídat na mé otázky. Děti i rodiče mě přijali velice dobře a všechny rozhovory byly vedeny v příjemné pozitivní atmosféře.

Přes veškeré komplikace jsem ráda, že jsem si zvolila netradiční téma, a že jsem byla postavena před takovouto výzvou. Obohatilo mě to v novém a jiném než čistě pedagogickém směru.

Můžeme říci, že podstata této práce se dotýká speciální pedagogiky, která s předškolní pedagogikou také souvisí. Zdraví a nemoc jsou v našem životě běžné. I učitelka mateřské školy se může potkat s dítětem, které se jí po delší době vrátí z hospitalizace.

### **6.3 Naznačení dalšího průzkumu a návrhy úprav výzkumu nyníjšího**

Pokud by měl být průzkum opakován, rozhodně bych zvolila větší časovou dotaci pro sběr dat. Původní časová dotace byla půl roku a byla by pro průzkum dostačující, byla ale zkrácena dlouhým časem na vyřízení povolení sběru dat nemocnicí. Nebylo předvídáno, že by tato formalita mohlo zabrat tolik času.

Průzkumem, který byl nyní realizován, byl získán ucelený pohled na situaci hospitalizovaného dítěte. Kdybych měla v průzkumu pokračovat, určitě bych se více zaměřila na prožitky dětí a vnímání situace jejich očima.

Zajímavé by bylo také zaměřit se na děti, se kterými rodiče netráví hospitalizaci. V této práci bylo mnohokrát zmíněno, že přítomnost rodiče při hospitalizaci dítěte je zásadní pro dítě a jeho psychický stav. Z toho důvodu by bylo zajímavé zjistit, jak se při hospitalizaci bez rodiče cítí.

Ideální východiskem pro výzkum by bylo dostatečné množství dětí na jednom oddělení, pak by bylo možné vycházet ze stejných podmínek.

Rozhodně bych zachovala nahrávání rozhovorů na audio záznam. Výsledky bylo díky tomu možné kvalitněji a podrobněji zapsat s vysokou přesností výpovědi. Dále bych zachovala odpovědi dětí prostřednictvím smajlíkové škály. Všechny děti na smajlíky ihned reagovaly a někdy si s nimi pomáhaly i v otázkách, kde se odpovídalo jen ano – ne.

### **6.4 Praktické využití poznatků**

Poznatky získané tímto průzkumem jsou využitelné v běžné mateřské škole, kdy se může stát, že je dítě hospitalizováno na delší dobu a po залéčení se vrací zpět. Délka hospitalizace může být různě dlouhá a je dobré znát její možná rizika. Učitel si pak může lépe představit, jak se dítě v nemocnici cítilo a jaký to mohlo mít vliv na jeho psychiku. Poznatky jsou samozřejmě využitelné i pro učitelky mateřských škol při nemocnici, které jsou vlastně na pomezí oborů předškolní pedagogiky a zdravotní sestry, ale také pro zdravotní sestry jako takové.

Dále mohou poznatky, jak z teoretické, tak z praktické části, využít rodiče hospitalizovaných dětí, aby se zorientovali v problematice hospitalizovaného dítěte a mohli se inspirovat v přístupech k němu.

Na závěr bych chtěla zmínit jednu osobní životní zkušenost, týkající se tématu této práce. Jako dítě jsem byla jen jednou hospitalizovaná. Bylo mi zhruba devět

a v nemocnici jsem strávila necelý týden. Rodiče za mnou mohli chodit jen na návštěvy. Mně bylo hodně špatně a vzhledem k nízkému věku pro mě nebylo lehké v takové situaci dostatečně spolupracovat, nebo si třeba jen sednout na posteli. Některé zdravotní sestry nebyly vůbec příjemné. Dokonce bych řekla, že se prakticky nedokázaly vcítit do potřeb dětí, a místo toho aby pomohly a vysvětlily, tak jen okřikly a nechaly být. Když jsem z nemocnice odešla domů, hodně jsem si oddechla a na tento pobyt nevzpomínám vůbec dobře. Přitom jsem vždycky měla představu o tom, že na dětském oddělení musejí být ty nejhodnější zdravotní sestry, když pečují o děti. Při tomto průzkumu jsem vedla rozhovor se herní specialistkou a ta vlastně přišla s podobnou zkušeností. Hospitalizovaná byla ve svém dětství několikrát a dokonce zmínila, že si z toho nesla trauma ještě mnoho let potom. Za obě situace mohl personál nemocnice a je evidentní, jak může i jen pár dní zanechat špatné vzpomínky na dlouhou dobu. Myslím si, že kdyby byl přístup personálu empatičtější, vůbec k těmto situacím nemuselo dojít. Je tedy důležité se zamyslet nad tím, jak tenká je hranice v situaci, kdy může být zraněna dětská duše. V takové nepříjemné situaci je pak jedno, jestli se jedná o předškolní vzdělávání nebo hospitalizaci v nemocnici. Na obou těchto místech je důležité dítě nezraňovat a o svých činech a slovech přemýšlet.

## 7 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci na téma „Dlouhodobá hospitalizace dětí předškolního věku a její dopady na dětskou psychiku“ jsem se zabývala tím, jak na dětskou psychiku působí dlouhodobá hospitalizace a nemocniční prostředí.

Cílem práce bylo zjistit, jaký má hospitalizace vliv na dětskou psychiku, jaké faktory dítě v nemocnici ovlivňují a jak to dítě vnímá. Na základě získaných informací popsat, čím je možné rizikovým faktorům předejít.

Nejprve jsem si vytvořila teoretický základ pro danou problematiku. Teoretickou část jsem rozdělila na dvě základní kapitoly. První je věnovaná charakteristice dítěte předškolního věku, konkrétně psychickému vývoji v tomto období, tomu jak dítě v předškolním věku vnímá svět okolo sebe a jaké má potřeby. Tyto poznatky jsou východiskem pro druhou část. V druhé důležité kapitole se již zaměřuji více na téma předškolního dítěte v souvislosti s hospitalizací. Vymezila jsem pojmy zdraví, nemoc a pojmy, které se týkají prostředí nemocnice. Dále jsem se zabývala tím, jak dítě v nemocnici připravovat na procesy a výkony, které ho čekají, a jak s ním při tom komunikovat. Zařadila jsem také kapitolu, ve které se věnuji bolesti a strachu u dítěte, protože jsou to oba podstatné pocity, které se v nemocnici často vyskytují, a není lehké s nimi pracovat. Zmínila jsem, jaká mají děti v nemocnici práva a potřeby, jak může hospitalizace ovlivnit dítě v negativním smyslu, kdo s dítětem v nemocnici spolupracuje kromě zdravotním sester a lékařů, a v neposlední řadě jsem charakterizovala nemoci, se kterými jsem se v rámci průzkumu setkala. Teoretická část je vcelku obsáhlá, nicméně všechny tyto kapitoly utvářejí komplexní pohled na problematiku hospitalizovaného dítěte a bylo vhodné se o nich zmínit.

V empirické části jsem se již věnovala průzkumu samotnému. Vytvořila jsem polostrukturované rozhovory pro chronicky nemocné děti předškolního věku, které musí být hospitalizované, pro jejich rodiče, zdravotní sestry a učitelky mateřské školy při nemocnici. Z rozhovorů s dětmi a jejich rodiči byly vypracovány podrobné kazuistiky dětí. Mimo jiné byl realizován i rozhovor s herní specialistkou, který neměl předem přesně stanovenou strukturu, protože nebyl plánovaný. Byl z části inspirovaný rozhovorem pro učitelky MŠ při nemocnici.

Vzhledem k podmínkám, které nastaly, nebylo možné dosáhnout plánovaného počtu respondentů. Proto bylo místo původních deseti až patnácti dětí do průzkumu zařazeno



pouze dětí šest. Děti, které by vyhovovaly zadaným kritériím, bylo totiž nedostatečné množství.

Stanovený cíl byl naplněn. Faktory, které na dítě v nemocnici působí, byly specifikovány, a to, co můžeme udělat v nemocnici pro zlepšení psychického stavu dítěte, bylo také popsáno.

V rámci průzkumu bylo zjištěno, že prostředí nemocnice není tak zásadní pro to, aby samo o sobě zhoršovalo psychiku dítěte. Nejdůležitější je pro dítě pocit jistoty a bezpečí, který mu v nemocnici zajišťuje rodič, zpravidla matka, která je s dítětem přítomna v nemocnici při hospitalizaci. Všechny děti uvedly, že by jim matka v nemocnici chyběla. Dle zdravotních sester děti snášejí nejhůř právě odloučení od rodiny a bolest. Zdravotní sestry, učitelky MŠ při nemocnici i herní specialista se jednotně shodují na tom, že rooming in, tedy nepřetržitá přítomnost rodiče při hospitalizaci dítěte je velice přínosná. Zásadní je mluvit s dítětem o tom co ho čeká a připravovat ho na lékařské výkony. Nepřípravenost může velice znepríjemnit celý léčebný proces. Strach z lékařů se u dětí projevuje zejména po bolestivých zákrocích, které si pak s lékařem spojí dohromady, a může u dětí přetrvávat. Dle všech respondentů se děti nejvíce obávají odběrů krve a polykání tablet. V rámci hospitalizace se mohou projevovat určité změny v chování dítěte. V tomto průzkumu byly zaznamenány tyto: regrese, agresivita, nervozita, větší přilnutí k matce, odmítání komunikovat s personálem nemocnice a lež vyřčená ze strachu z nemocnice. Fakt, že by dlouhodobá hospitalizace zhoršovala psychický stav dítěte v průzkumu, nebyl vyloučen. Zároveň respondenty nebylo potvrzeno, že by to bylo pravidlem. U žádného z dětí nebyl zjištěn hospitalismus, tedy že by se dítě následkem nepříznivých vlivů hospitalizace pomaleji uzdravovalo a mělo značně zhoršený psychický stav. Prevenci proti negativním vlivům na psychiku dítěte v nemocnicích zajišťuje herní specialista a podílejí se na ní i zdravotní sestry. Herní specialista se zaměřuje cíleně na komunikaci mezi nemocnicí, dítětem a rodičem. Zároveň je pro dítě a jeho rodiče průvodcem v nemocničním prostředí. Je důležitou osobou v terapeutickém procesu a neměl by na dětských odděleních chybět. S dítětem je potřeba mluvit o strachu a o bolesti, aby na ně mohlo být připraveno a ne překvapeno. Na tom se podílejí herní specialista, zdravotní sestry i učitelky MŠ při nemocnici. Zdravotní sestry a učitelka MŠ při nemocnici se v zásadě shodly na tom, že hospitalizaci více prožívá rodič dítěte než dítě. Rodič si plně uvědomuje možná rizika. Zda má hospitalizace vliv na návrat dítěte do mateřské školy, nebylo možné přesně

určit. V řádech týdnů pravděpodobně nedochází u dítěte k takovým změnám, které by jeho návrat do mateřské školy mohly ohrozit. Nastat to může u dlouhodobých hospitalizací, které probíhají v řádech měsíců a let. Děti hospitalizované na tak dlouhou dobu, ale nebyly předmětem tohoto průzkumu. Zlepšit psychický stav dítěte můžeme zejména přítomností rodiče v nemocnici, dále je to možné díky hře, komunikaci, hernímu specialistovi, zdravotnímu klaunovi a zdravotním sestřám.

Výsledky se vzhledem k malému vzorku dětí nedají generalizovat, ale v zásadě jsou vodítkem k obsáhlosti této problematiky a mohou být užity jako východisko k dalším výzkumům.

Pokud by se v průzkumu dále pokračovalo, bylo možné zaměřit se přímo a pouze na děti a jejich vnímání hospitalizace. Nebo téma ještě více konkretizovat a zaměřit se na děti, které s sebou v nemocnici nemohou mít rodiče.

Jediné zásadní problémy, které v průběhu práce nastaly, byla dlouhá komunikační doba s nemocnicí, což zkrátilo časovou dotaci na samotný průzkum. Při průzkumu byl v daném časovém období nedostatek dětí v potřebné věkové kategorii. Pokud by průzkum trval původně plánovaný čas, je možné, že by byl naplněn plánovaný počet dětí deset až patnáct.

Výsledky mohou využít učitelky mateřských škol, které se v praxi mohou setkat s tím, že se jim vrátí dítě po hospitalizaci do mateřské školy. Stejně tak mohou výsledky využít učitelky mateřských škol při nemocnici. Jako ucelený zdroj informací o této problematice mohou práci využít i rodiče hospitalizovaných dětí, aby se seznámili s tématem, s faktory, které mohou tuto situaci ovlivnit a s pohledy jiných rodin, se kterými byly vedeny rozhovory.

Díky této diplomové práci, jsem si rozšířila obzory v problematice hospitalizovaných dětí. Řekla bych, že jsem téma zpracovala velice podrobně a že jsem do práce zařadila všechna podstatná odvětví, která se s hospitalizací pojí. Naučila jsem se pracovat se smajlíkovou škálou a pracovat s touto problematikou z více pohledů.

Děti, které jsou dlouhodobě hospitalizované, se po hospitalizaci zpravidla vrací zpět do školy, v našem případě do mateřské školy. Není to situace, se kterou bychom se v běžné mateřské škole setkávali denně, ale není vyloučeno, že se s ní jednou setkáme. Je přínosné vědět, jak se dítě v nemocnici cítí, co tam prožívá, z čeho může mít strach a jak ho to může do budoucna ovlivnit. Díky tomu budeme připraveni na to, dítěti co nejefektivněji pomoci.

## 8 POUŽITÉ ZDROJE

- **Odborná literatura**

ČELEDOVÁ, L. & ČEVELA, R. (2010). *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.

DLOUHÁ, J. & DLOUHÝ, M. (2015). *Pedagogická podpora nemocného dítěte*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-838-7.

HOSKOVCOVÁ, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1424-8.

KLÍMA, J. a kol. (2016). *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.

KOMENSKÝ, J. A. (1975). *Informatorium školy mateřské*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

LANGMEIER, J. & MATĚJČEK, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1983-5.

MAREŠ, J. a kol. (1997). *Dítě a bolest*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-267-0.

MATĚJČEK, Z. (1983). *Na cestu do nemocnice*. Praha: Ústav zdravotní výchovy.

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

MÜLLER, O. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

PACKANOVÁ, D. & KŘIVÁČKOVÁ, D. (2017). *Zdravínkovo knížkohraní*. Plzeň: Tvůrčí skupina Darda. 978-80-906041-2-4

PESESCHKIAN, N. (1999). *Příběhy jako klíč k dětské duši*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-275-0.

PIAGET, J. a INHELDER, B. (2014). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0691-0.

- PLEVOVÁ, I. & SLOWIK, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
- ROGGE, J. U. (1999). *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-237-8.
- ŘÍČAN, P. (2014). *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.
- SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. (2008). *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SIKOROVÁ, L. (2011). *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. (2012). *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II – pediatrie, chirurgie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3602-0.
- VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0841-9.
- VÁGNEROVÁ, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VALENTA, M. a kol. (2001). *Herní specialista*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0345-5.
- VYMĚTAL, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-830-9.
- ZACHAROVÁ, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

- **Elektronické zdroje**

Hospitalism (2018) [online]. *Encyclopedia.com* [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <https://www.encyclopedia.com/psychology/dictionaries-thesauruses-pictures-and-press-releases/hospitalism>

Hospitalizace (2017) [online]. *Wikipedia* [cit. 2017-01-06] Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Hospitalizace>

Nefrotický syndrom (2018) [online]. *Česká nadace pro nemoci ledvin*. 2018 [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <http://www.nadaceledviny.cz/informacni-brozurky/nefroticky-syndrom>

O nás (1988) [online]. *Zdravotní klaun* [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <http://www.zdravotniklaun.cz/poslani/>

Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children (2018) [online]. *Open access text*. [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <http://www.oatext.com/Psychological-emotional-and-physical-experiences-of-hospitalized-children.php#Article>

## **9 SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – Základní data o zkoumaných dětech.....	70
Tabulka 2 – Dítě č. 1.....	73
Tabulka 3 – Dítě č. 2.....	76
Tabulka 4 – Dítě č. 3.....	79
Tabulka 5 – Dítě č. 4.....	83
Tabulka 6 – Dítě č. 6.....	88
Tabulka 7 - Odpovědi všech dětí .....	104

## **10 SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 - Smajlíková škála .....	71
------------------------------------	----



## **11 SEZNAM PŘÍLOH**

- I. Rozhovor s dítětem
- II. Průvodní dopis a souhlas rodičů
- III. Rozhovor s rodičem
- IV. Rozhovor s učitelkou
- V. Rozhovor se zdravotní sestrou
- VI. Charta práv hospitalizovaných dětí
- VII. Desatero hospitalizovaného dítěte

## I. Rozhovor s dítětem

Dítě č. \_\_\_\_\_ Diagnóza \_\_\_\_\_  
Věk \_\_\_\_\_ Délka pobytu \_\_\_\_\_

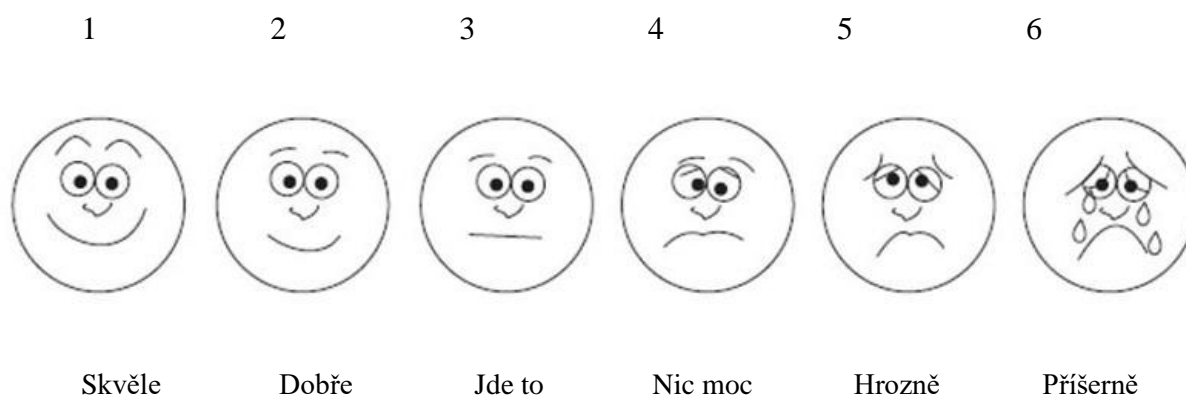
---

### Ilustrační úvod rozhovoru s dítětem

*„Ahoj. Jmenuji se Anička. Jak se jmenuješ ty? Brzy ze mě bude učitelka ve školce a budu učit děti, jako jsi ty. Přišla jsem se podívat na děti do nemocnice a popovídat si s dětmi, jak se mají a jak se jim tady líbí. Mohla bych si s tebou taky chvilinku popovídat? Bude to jednoduché. Zeptám se tě a ty mi ukážeš odpověď buď na obrázku, jak se v danou chvíli cítíš nebo jen řekneš „ano“ nebo „ne“. Co ty na to?“*

Po motivačním rozhovoru dítěti ukážeme škálu s piktogramy a vysvětlíme mu, jak nálady a pocity ohodnotit. Co vyjadřuje, že se cítíme dobře a co naopak, že se cítíme špatně. Pro ujasnění je ideální předvést názorný příklad.

*„Vyzkoušíme si to na otázce „Jak se dnes máš?“. Já se dnes mám skvěle, takže bych ukázala na prvního smajlíka. Na kterého bys ukázal ty? Jako který smajlík se dnes cítíš?“*



Pokud by dítě nechtělo spolupracovat při rozhovoru samostatně, poprosíme o pomoc rodiče. Pomoci dítěti při rozhovoru může již samotná přítomnost rodiče, popřípadě pomoc při kladení otázek dítěti.

Potřebné pomůcky: záznamový arch, nahrávací zařízení, obrázková škála na samostatném papíru

1) Jak se dnes máš?					
1 Skvěle	2 Dobře	3 Jde to	4 Nic moc	5 Hrozně	6 Příšerně
2) Chodíš do mateřské školy?					
ANO			NE		
3) Jak se ti líbí ve školce?					
1 Super	2 Dobře	3 Jde to	4 Nic moc	5 Hrozně	6 Příšerně
4) Máš ve školce kamarády?					
ANO			NE		
5) Máš v nemocnici kamarády?					
ANO			NE		
6) Kde máš víc kamarádů, ve školce nebo v nemocnici?					
ŠKOLKA			NEMOCNICE		
7) Jak se ti líbí v nemocnici?					
1 Moc líbí	2 Líbí	3 Jde to	4 Nic moc	5 Nelíbí	6 Absolutně nelíbí
8) Víš, proč jsi tady?					
ANO			NE		
A proč?					
9) Jak moc se bojíš, když máš jít do nemocnice?					
1 Vůbec se nebojím	2 Nebojím se	3 Je mi to jedno	4 Trošku se bojím	5 Hodně se bojím	6 Hrozně moc se bojím
10) Jsi v nemocnici často?					
ANO			NE		
11) Byl bys raději doma?					
ANO			NE		

12) Jak se ti líbí tvůj pokoj v nemocnici?					
1 Nádherný	2 Hezký	3 Jde to	4 Nic moc	5 Nelíbí	6 Je příšerný
13) Jak moc máš rád paní doktorku / pana doktora?					
1 Moc ráda	2 Ráda	3 Trochu ráda	4 Spíš nerada	5 Nerada	6 Nenávidím
14) Bojíš se jí / ho?					
ANO			NE		
15) Co v nemocnici nemáš rád/a? Čeho se bojíš?					
16) Bolívá tě něco? A co?					
ANO			NE		
17) Myslíš, že na sebe musíš dávat větší pozor?					
ANO			NE		
18) Myslíš, že na tebe rodiče dávají větší pozor?					
ANO			NE		
19) Jak moc by ti v nemocnici chyběla máma a táta?					
1 Nechybí vůbec	2 Moc nechybí	3 Jde to	4 Chybí trochu	5 Chybí hodně	6 Chybí hrozně moc
20) Jak moc ti chybí v nemocnici sourozenci?					
1 Nechybí vůbec	2 Moc nechybí	3 Jde to	4 Chybí	5 Chybí hodně	6 Chybí hrozně moc
21) Na co se těšíš nejvíc domů?					

## **II. Průvodní dopis a souhlas rodičů**

Dobrý den,

jmenuji se Anna Jungrová a studuji magisterský obor Pedagogika předškolního věku na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Právě pracuji na diplomové práci s názvem „Dlouhodobá hospitalizace dětí předškolního věku a její dopady na dětskou psychiku“. Cílem práce je zjistit, jaké jsou dopady na dětskou psychiku při dlouhodobé hospitalizaci v nemocničním zařízení. V rámci kvalitativního výzkumu budou sestaveny kazuistiky dětí. Ty budou vycházet z rozhovorů s dětmi a jejich rodiči. Děti budou dotazovány jednoduchými otázkami na to, jak se v nemocničním prostředí cítí. Odpovědi budou buď slovní nebo prostřednictvím smajlíkové pocitové škály. Rodiče budou dotazováni na osobní anamnézu dítěte, na stručnou rodinnou anamnézu a na změny v psychice dítěte v souvislosti s jeho diagnózou. Z rozhovoru bude vyhotovena audio nahrávka, která bude využita pouze pro hloubkovou analýzu získaných dat. Nahrávky nebudou nikde zveřejněny ani předány třetím osobám. Taktéž nebudou nikde zveřejněna jména dětí. Ty budou sloužit pouze pro orientaci ve výzkumu. V diplomové práci budou děti uvedeny pod přiřazeným číslem.

Předem Vám děkuji za Váš čas a za kladné vyhodnocení této žádosti.

S pozdravem

Bc. Anna Jungrová

---

Ve školním roce 2017/2018 bude realizován kvalitativní výzkum týkající se vlivu hospitalizace na dětskou psychiku. S dětmi a s rodiči budou vedeny rozhovory, týkající se psychiky dítěte a případných změn v jeho psychice následkem hospitalizací. Při realizaci činností bude pořízen audio záznam rozhovoru. Tento záznam slouží pouze pro potřeby analýzy výsledků. Audio záznam ani jména dětí nebudou volně přístupná. Záznam Vám mohu poskytnout ke kontrole.

Nemám námitek, aby byl realizován rozhovor s mým dítětem \_\_\_\_\_ a  
aby byl rozhovor nahráván.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Podpis

### III. Rozhovor s rodičem

Dítě č. \_\_\_\_\_

Rozhovor veden s \_\_\_\_\_ matka / otec

<b>Osobní anamnéza</b>
1) S čím se vaše dítě léčí?
2) Bylo v průběhu těhotenství vše v pořádku?
3) Proběhl porod bez komplikací?
4) Prodělal/a v dětství jiná závažná onemocnění?
5) Kdy začal/a mít obtíže? A proč?
6) Jak často chodí na kontroly?
7) Jak často je hospitalizovaný?
8) Po kolikáté je hospitalizovaný?
9) Na jak dlouho bývá hospitalizován?
10) Má za sebou operace?
11) Je něco v rámci jeho diagnózy a léčby, co opravdu špatně snáší?

12) Jak snáší pobyt v nemocnici?
13) Má z nemocnice strach?
14) Jak se dítě vrací do kolektivu po hospitalizacích?
15) Má problém s navázáním kontaktů s ostatními dětmi?
16) Jak dítě zvládá návrat do MŠ?
17) Daří se mu v MŠ?

<b>Rodinná anamnéza</b>
18) Potýká se s touto nemocí někdo z vaší rodiny?
19) Má váš syn/dcera dalšího sourozence?
Pokud ano
20) Má také zdravotní obtíže?
21) Jaký spolu mají vztah?
22) Jak snáší sourozenec odloučení?



<b>Farmakologická anamnéza</b>
23) Užívá dlouhodobě léky?
24) Jak jsou léky podávány?
25) Jak snáší užívání léků? Má s tím problém?
26) Užíval trvale nějaké léky ještě před onemocněním?

<b>Další otázky</b>
27) Vnímáte změnu ve vývoji dítěte po zjištění diagnózy?
28) Pozorujete změny v chování a psychice dítěte následkem dlouhodobého pobytu v nemocnici?
29) Je na vás nyní více psychicky navázaný/á?
30) Realizujete rooming in?
31) Jak často dítě navštěvujete, když je v nemocnici? (pokud rodiče nerealizují rooming in)
32) Je /bylo by odloučení způsobené hospitalizací podle Vás těžší pro dítě nebo pro Vás?

33) Co vidíte jako optimální pro dítě? Je něco co byste změnili?

#### IV. Rozhovor s učitelkou

Učitelka č. \_\_\_\_\_

<b>Rozhovor s učitelkou</b>
1) V jakém typu mateřské školy působíte?
2) Působíte na nějakém konkrétním oddělení v nemocnici?
3) V čem je vaše práce specifická?
4) Jak staré děti jsou u vás nejčastěji?
5) S jakou diagnózou se setkáváte nejčastěji?
6) Musíte k dětem přistupovat jinak než v běžné mateřské škole?
7) Na co si dávat pozor při práci s dětmi, které jsou hospitalizované?
8) Potýkáte se často se špatným psychickým stavem hospitalizovaných dětí?
9) Co je podle Vás účinné pro zlepšení psychického stavu dítěte při/po hospitalizaci?
10) Zdá se Vám, že je přímá úměra mezi délkou hospitalizace a zhoršeným psychickým stavem dítěte?
11) Je v nemocnici realizován rooming in?
12) Jsou viditelná zlepšení v psychice dítěte prostřednictvím užití rooming in?

13) Snáší podle Vás dlouhodobou hospitalizaci dítěte hůř dítě nebo rodič?
14) Začleňují se děti následkem hospitalizace hůře do kolektivu?
15) Seznamujete děti s lékařskými postupy? Tedy s tím, co je v nemocnici v průběhu pobytu čeká? Nebo je to na lékařském personálu?
16) Napadají Vás ještě další nebo jiná specifika práce s těmito dětmi?

## V. Rozhovor se zdravotní sestrou

Sestra č. \_\_\_\_\_

<b>Rozhovor s lékařem/zdravotní sestrou</b>
1) V jakém typu zařízení působíte?
2) V čem je Vaše práce specifická?
3) S jakou diagnózou jsou u Vás děti nejčastěji hospitalizované?
4) Má hospitalizace vliv na psychiku dítěte?
5) Je rozdíl v psychické zátěži dle diagnózy?
6) Záleží na závažnosti onemocnění nebo je to individuální, jak dítě vnímá nemocniční prostředí?
7) Je přímá úměra mezi délkou hospitalizace a zhoršeným psychickým stavem dítěte?
8) Snáší podle Vás dlouhodobou hospitalizaci dítěte hůř dítě nebo rodič?
9) Využíváte názorné pomůcky, abyste připravili děti na to, co je čeká?
10) Co děti snáší nejhůř?
11) Potýkáte se často se špatným psychickým stavem hospitalizovaných dětí?
12) Je vidět zlepšení prostřednictvím rooming in?

13) Jak pracujete s bolestí u dětí? Ptáte se jich na bolest nebo na to, jak se cítí?
14) Jak účinně odbourat strach?
15) Vzpomínáte si na nějaké dítě, které snášelo pobyt v nemocnici a léčbu opravdu špatně? Jak se projevovalo?

## **VI. Charta práv hospitalizovaných dětí – Klíma et al. (2016, s. 23)**

1. Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma, nebo při denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
3. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
5. Děti a rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
6. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
7. Děti mají mít veškeré podmínky ke hrám a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být v účelném, nábytkem vybaveném a stimulačním prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
8. O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
10. S dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno.

**VII. Desatero hospitalizovaného dítěte – Plevová & Slowik (2010, str. 11)**

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 mě očekáváš.
5. Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Věnuj mi teplý lidský vztah.
7. Můžeš mi cokoli říct i přikázat, ale vyslechni mě.
8. Nauč mě něco nového.
9. Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.
10. Zkus vidět situaci máma očima.