

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

Přínos volnočasových aktivit na psychický stav
a kvalitu života hospitalizovaného dítěte

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Karolina Diallo, Ph.D.

Autor práce: Bc. Zulika Broumová

Studijní obor: Pedagogika volného času

Forma studia: kombinovaná

Ročník: 2

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 31.3.2016

Bc. Zulika Broumová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr, et Mgr. Karolině Diallo, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení.

Poděkování patří také mým blízkým, především mým dcerám za pomoc a bezmeznou podporu při mém vysokoškolském studiu.

Obsah

ÚVOD	6
1 NEMOC	8
1.1 Nemoc v minulosti	8
1.2 Nemoc v současnosti	10
1.3 Psychologická stránka průběhu nemoci	11
1.4 Nemocnice, pohled do historie	13
1.5 Nemocnice v současnosti	14
1.5.1 Humanizace nemocnic.....	16
1.5.2 Family- centred care.....	18
1.6 Dítě v nemocnici	18
1.6.1 Deprivace.....	21
1.6.2 Hospitalismus.....	22
1.6.3 Separace.....	24
1.6.4 Anaklitická deprese.....	25
2 OSOBNOST	26
2.1 Vymezení pojmu	26
2.2 Utváření osobnosti	28
2.2.1 Temperament.....	30
2.2.2 Schopnosti.....	32
2.2.3 Postoje.....	33
2.2.4 Motivy.....	33
2.3 Zralost dítěte	36
2.3.1 Novorozenecké období.....	37
2.3.2 Kojenecký věk.....	39
2.3.3 Období batolete.....	41
2.3.4 Předškolní věk.....	42
2.3.5 Školní věk.....	43
3 VOLNÝ ČAS	45
3.1 Vymezení pojmu	45
3.2 Historický vývoj	46
3.3 Volný čas dítěte v nemocnici	48

3.3.1 Základní škola	50
3.3.2 Mateřská škola.....	52
3.3.3 Herní specialista	53
3.3.4 Zdravotní klaun	53
3.3.5 Loutky v nemocnici.....	54
3.3.6 Dobrovolníci.....	54
4 KVALITA ŽIVOTA.....	56
4.1 Vymezení pojmu.....	56
4.2 Měření kvality života.....	58
4.3 Kvalita života hospitalizovaného.....	61
5 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	63
5.1 Cíl výzkumu.....	63
5.2 Metodologie	63
5.3 Výzkumný vzorek.....	64
5.4 Etika výzkumu.....	67
5.5 Rozhovor	68
5.6 Analýza dat.....	69
5.7 Interpretace výsledků.....	93
DISKUZE.....	94
ZÁVĚR.....	97
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	99
PŘÍLOHY	101
ABSTRAKT.....	127
Klíčová slova	127
ABSTRACT.....	127
Key words.....	128

Úvod

Diplomová práce je zaměřena na volnočasové aktivity dětí hospitalizovaných v lůžkových odděleních nemocnic. K dosažení zdárného uzdravení dítěte je nezbytná nejen odborná lékařská a ošetrovatelská péče. Velice důležitá je také péče soustředěná na psychický stav dítěte při změněné životní situaci, jímž umístění v nemocničním zařízení bezesporu je.

Ve své práci se zabývám volnočasovými aktivitami hospitalizovaných dětí se zaměřením na možnosti jejich využití jako způsobu k udržení dobrého psychického stavu a kvality života hospitalizovaného dítěte. Cílem práce je prozkoumat způsob trávení volného času dětí na lůžkových odděleních, analyzovat faktory, které ovlivňují prožívání doby hospitalizace.

Práce se pokusí odpovědět na otázky

- do jaké míry jsou volnočasové aktivity na lůžkových odděleních zajišťovány,
- zda a nakolik jsou přínosné pro hospitalizované dítě, kvalitu jeho života, jeho psychický stav,
- zda se určitá fakta, uváděná v literatuře shodují, či odlišují od praxe.

Diplomová práce je členěna do pěti na sebe navazujících kapitol. První čtyři jsou teoretické, pátá je kapitolou výzkumnou.

V první teoretické kapitole se zabývám termínem nemoc, nemocnice, historickým vývojem, současností. V této kapitole popisuji moderní trendy a přístupy k léčbě nemocného člověka, humanizaci nemocnic, multidisciplinární a family- centered care přístup. Uvádím také klady a zápory hospitalizace se zaměřením především na psychickou stránku průběhu nemoci.

Druhá teoretická kapitola je zaměřena na psychický vývoj dítěte předškolního a mladšího školního věku, jeho stadia. Zabývám se obecnou charakteristikou tohoto období i rozvojem konkrétních oblastí. V této kapitole považuji za důležité objasnit základní pojmy osobnost, temperament, postoje, motivy. Dále zde objasňuji problematiku hospitalizovaného dítěte s přihlédnutím k možným změnám jeho osobnosti z důvodu hospitalizace, k vývojovému stupni dítěte, jeho úrovni chápání.

Ve třetí kapitole charakterizují pojem volný čas, jeho pojetí v minulosti a v současnosti, jeho vývoj se zaměřením na specifika výchovné činnosti

hospitalizovaných dětí. Podávám stručný přehled o historii zřizování škol a vývoji pedagogicko- výchovné a volnočasové praxe při zdravotnických zařízeních až po současný stav. Dále se v této kapitole zabývám otázkou, jak je zajišťován volný čas dětí v nemocnici, možnosti, nabídka, interní a externí zaměstnanci, dobrovolníci, herní specialisté, nemocniční klauni.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na pojem kvalita života z pohledu sociologie, psychologie i medicíny se zaměřením na vztah mezi zdravotním stavem, volným časem a kvalitou života.

V poslední, páté kapitole, zpracovávám kvalitativně laděný výzkum zaměřený na vliv volnočasových aktivit na psychiku a kvalitu života hospitalizovaných dětí předškolního a mladšího školního věku.

Výzkumná část je zaměřena na hospitalizované dítě ve zdravotnickém zařízení pečujícím o děti. Je v ní popsán cíl práce, použitá metodologie, výzkumné prostředí i výzkumný vzorek a závěry šetření. V diplomové práci je použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Pokusím se pomocí kvalitativního výzkumu, formou rozhovorů s rodiči hospitalizovaných dětí odpovědět na výzkumnou otázku, zdali má dítě ideální volnočasovou nabídku. Předpokládá se, že dítě, které má nabídku volného času, je v lepší psychické pohodě a tato aktivita přispívá významně k lepší kvalitě jeho života, tzn., že existuje určitá souvislost mezi způsobem trávení volného času a psychickým stavem dítěte.

Hlavními prameny pro jednotlivé kapitoly byly odborné publikace autorů zabývajících se danou problematikou.

1 Nemoc

1.1 Nemoc v minulosti

Lidé se již od počátku pokoušeli bojovat proti bolesti, utrpení a smrti. Svědčí o tom archeologické nálezy, které nám ilustrují představy prehistorických lidí o životě, bolesti a smrti. Setkáváme se s nejstaršími projevy šamanismu. Výzkumy ukázaly, že nejstaršími léčiteli byli kouzelníci, kteří pravděpodobně dokázali podle tajných receptur připravovat různá přírodní léčiva. Lidé věřili, že nemoc a bolesti způsobují zlé síly a tyto je možné odvrátit léčebnými rituály. Již před 25 000 lety se setkáváme na skalních kresbách v jeskyních na území západní Evropy se zobrazeními kouzelníků.¹

Na pravěkých kosterních zbytcích lidských kostí paleoantropologové odhalují jasné znaky onemocnění zemřelých. Ukazuje se, že lidstvo trpělo nemocemi a úrazy dle způsobu života a obživy, který procházel přirozenými změnami. Lidé v mladší době kamenné již dokázali jednoduchými nástroji zmírnit bolesti způsobené záněty, dávní operatéři někdy úspěšně dokázali léčit i úrazy lebky.²

Na sklonku 4. tisíciletí před naším letopočtem dochází k vynálezu písma. Z písemných záznamů lze zjistit, že se léčitelství stává konkrétní lidskou činností, která má vlastní zásady a přístupy. Ve starém Egyptě byla úroveň léčitelství vysoká. Egyptologům se podařilo rozluštit a vyhodnotit informace které poskytují nalezené lékařské papyry. Písemné záznamy doplňují i nálezy obrázků o činnostech lékařů a nálezy lékařských nástrojů. Víra ve věčný život vedla k ochraně těl zemřelých balzamováním a ukládáním do hrobek. Kvalita provedení odpovídala sociálnímu postavení zemřelého. Výzkumy mumií poskytly informace o nemocech a pokusech jejich léčby. Činnost lékařů byla ve starém Egyptě ovlivněna náboženskou představou, že zdraví člověka závisí na přízni bohů. Obraceli se na ně před vlastními zákroky, bůh zdraví Thót světil lékařům schopnost vyléčit nemoci, bohyně Iris byla vzývána k tišení bolesti.³

¹ Srov. JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*, s. 13.

² Tamtéž, s. 13.

³ Tamtéž, s. 14.

Pokusy o vysvětlení průběhu a příčin nemoci byly v Mezopotámii spojeny s démonologií. Onemocnění byla spojována s působením zlých démonů, kteří vstupovali do těl lidí, kteří porušili zákazy či byli prokleti. Základ léčby tvořily náboženské a rituální úkony, nemocný byl považován za nečistého. Medicína se nacházela mezi náboženstvím a racionálním poznáním přírody. Magie byla významnou součástí náboženství, každé léčbě předcházely pokusy o rituální očištění nemocného těla, lůžka a příbytku. Očistné rituály obsahovaly dodnes běžně užívaná hygienická opatření.⁴

Z děl antických autorů a z vyobrazení a uctívání postav bohyní máku a makovic se dozvídáme, že mák byl pokládán za dar bohů. Léky získané při úpravě makovic zklidňovaly a tišily bolest. Lékaři ve starém Římě předepisovali opiové přípravky ve formě pilulek, čípků, zábalů a klystýrů. Tzv. thébské opium se stalo nejznámějším opiovým přípravkem antiky.⁵

Nemoc a její vyléčení vkládá do rukou božích také křesťanství. Nemoc je projev boží vůle, vyléčení je vysvětleno léčivou silou božského lékaře, který může zasáhnout a léčit. Okolo roku 20- 30 se na křesťanském západě stává Ježíš Kristus vedoucí postavou medicínského modelu, tzv. iatroteologie který vyléčení vysvětluje léčivou silou božstev. Křesťanská láska a milosrdenství vede k péči o nemocné, vyléčení je ponecháno na vůli boží.⁶

Renesanční medicína přináší průlom k modernímu vědeckému myšlení. Do středu pozornosti je přesunut člověk. Aktuální je potřeba nových znalostí a zkušeností pro lékařskou praxi, ožívá bádání. Léčení se vymaňuje z tradičního vidění, jsou prováděny pitvy, které přináší zásadní nové poznatky o anatomii. Jsou tištěny první lékařské učebnice a spisy o zachování zdraví.⁷

Medicína v 17. století je počátkem přírodovědeckého a fyziologického myšlení. Chemie a mechanika přináší nová vysvětlení jednotlivých životních pochodů. Toto

⁴ Srov. JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*, s. 15.

⁵ Tamtéž, s. 15.

⁶ Tamtéž, s. 15.

⁷ Tamtéž, s. 16.

období je filosoficky i vědecky přelomové. Evropští lékaři jsou díky „století cestovatelů“ seznamováni s přírodovědnými a lékařskými zvláštnostmi v Japonsku a Číně, což vedlo k rozšíření a úspěšnému léčení nemocí například pomocí akupunktury.⁸

V 18. století je hlavním myšlenkovým proudem osvícenectví, věřící v rozum a sílu vědy. V tomto období se rychle rozvíjejí přírodní vědy a vyčleňuje se řada specializovaných oborů. Postupně dochází k dalším významným objevům a pokrokům medicíny.⁹

Medicína se do současné podoby ve všech oblastech poměrně rychle rozvíjela. V současnosti má k dispozici nejnovější poznatky vědy, techniky a farmakologie. Moderním trendem je multidisciplinární přístup k léčbě nemocného člověka.¹⁰

Jak bylo uvedeno v této části práce, medicína prošla významnými změnami, potýkala se s úspěchy i neúspěchy v léčbě nemocí. Dnes má pacient k dispozici vysoce specializované zdravotnické služby, takže nemoc lze poměrně úspěšně diagnostikovat dle příznaků, při vyšetření lékařem, při vyšetření přístroji atp. Ovšem nadměrná specializace ve zdravotnictví občas vede ke ztrátě komplexního pohledu na nemocného, vlastní nemocný se může se svými problémy cítit odcizen.

1.2 Nemoc v současnosti

Nemoc je obecně vnímána negativně, je to slovní označení něčeho kvalitativně odlišného od pojmu zdraví. Nemoc je pro člověka něco, co omezuje v životě. Je to stav, kdy s člověkem není cosi v pořádku. V nemoci dochází ke ztrátě či omezení zdraví, člověk postižený nemocí se v jejím důsledku stává, mj. omezeným v aktivitě, v oblíbených činnostech, je v nepohodě, oslabený, znevýhodněný, nemohoucí.¹¹

„Nemoc je jedincem vnímána vždy negativně. Nemocný ji vnímá tím hůře, čím více je „vyvázán“ z vlastního prostředí, ze svých sociálních kontaktů. Nemocný v izolaci

⁸ Srov. JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*, s. 16.

⁹ Tamtéž, s. 16.

¹⁰ Tamtéž, s. 17.

¹¹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 61.

tedy nemoc nepochybně prožívá hůře než nemocný, který má možnost být každý den se svými blízkými“¹²

Pojem nemoc definuje Křivohlavý jako „poruchu zdraví. Nemocný člověk je pak člověk stížený nemocí. Blízkým výrazem je termín „nemohoucí“- nemající žádnou sílu či moc.“¹³

Dále Křivohlavý upozorňuje na možný pohled na nemoc, nemoc vs. zdraví: „lidové pojetí vidí nemoc v dialektickém protikladu ke zdraví- tak, jak je například zjednodušeně možné chápat tmu jako protiklad světla nebo černou barvu jako opak bílé a opomíjet bohatou škálu šedi. Takové pojetí, redukce všeho na dva extrémní stavy (zdraví a nemoc), příliš zjednodušuje nepředstavitelně bohatý a různorodý soubor jevů, kterými se vyznačuje náš zdravotní stav, a soubor termínů, kterých používáme k vyznačení toho, že někdo není zcela zdrav.“¹⁴

Matějček má za to, že nemoc či tělesné postižení: „nevytváří 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 psychologický vývoj postiženého jedince“.¹⁵

Aplikace poznatků psychologie je vhodná k úspěšnému výkonu lékařského povolání, a to nejen v rámci celostního pojetí nemoci, ale i týmové spolupráce všech odborníků, kteří se podílejí na léčení pacientů. Požadavek psychologického přístupu k pacientovi je v současnosti kladen nejen na lékaře, ale i na ostatní zdravotnické pracovníky.

Psychologickou stránku průběhu nemoci objasňuje další kapitola.

1.3 Psychologická stránka průběhu nemoci

Již židovský středověký teolog, filozof a lékař Maimonides chápal funkce lidského těla jako složitý proces zahrnující spiritualitu. Zabýval se vlivy nejen biologickými, ale do

¹²KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 61.

¹³ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 15.

¹⁴Tamtéž, s. 16.

¹⁵ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 7.

návodů k uzdravení přidal i aspekty psychologické a sociální. To vše, dieta, čerstvý vzduch, pohyb, emoce, naděje, radostné podněty, sociální kontakt s okolím apod. nepochybně prospívá každému, to vše může ulevit nemocnému. Proto by neměly být opomíjeny a měly by být hledány způsoby, jak je v rámci zdravotní péče o člověka zajistit.¹⁶

Janáčková považuje nemoc za „zátěžovou situaci, kterou člověk trpí a která ho vyřazuje z každodenní činnosti. Nemoc má tři aspekty- morfologické a funkční změny, lékařské nálezy a interpretace, subjektivní prožívání nemoci. Tyto tři aspekty nemoci se nemusí vždy shodovat“.¹⁷

Křivohlavý například uvádí, „proces, který charakterizuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta má svou fyziologickou a patofyziologickou stránku. Má však i svou stránku psychologickou“¹⁸

Jak uvádí Janáčková, nemoc je „doprovázena negativními emocemi. Nejčastější jsou úzkost, agrese, frustrace, deprese a projevy bezmoci“.¹⁹

Podobný pohled má i Matějček: „víme, že se člověk neskládá ze dvou samostatných svébytných jednotek, těla a duše, jak se dříve věřovalo, ale že je jednou celistvou osobností, na niž můžeme sice pohlížet z různých stran a již můžeme studovat v nejrůznějších funkcích a projevech, ale která ve skutečnosti vždy funguje jako jeden celek“²⁰

Pacient přicházející k lékaři či k hospitalizaci si již přináší nějakou představu o tom, co mu je a snaží se zaujmout, či již zaujal, nějaký postoj ke svému onemocnění. Očekává, že bude přijat jako člověk a ne jako „další případ“. Velice intenzivně vnímá atmosféru v její emocionální dimenzi. Přijetí lékařem, zdravotní sestrou, přívětivost či opak, zájem či nezájem, ochota hrát či upřímná, verbální i nonverbální komunikace, výraz obličeje, hlas, gesta. Pacient nemusí být psychologem, aby si uvědomil a správně odhadl tuto atmosféru. Jeho psychická situace a postoj k vlastní nemoci rozhodujícím

¹⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 9.

¹⁷ JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*, s. 21.

¹⁸ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 13.

¹⁹ JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*, s. 37.

²⁰ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 11.

způsobem určují průběh jakékoliv terapie.²¹

Jak také uvádí Křivohlavý „*Péče o duševní a zvláště emocionální stav pacienta patřila od nepaměti k základním starostem lékaře. Nebývalý pokrok v oblasti somatické medicíny s sebou přinesl koncentraci lékaře téměř až výlučně jen na tělesný- somatický- stav pacienta. Psychická stránka pacienta přitom ustoupila do pozadí zájmu lékařů. Není divu, že se proto setkáváme, v rámci dělby práce, se stále častějším zařazováním psychologů do zdravotnického týmu. U nás zatím velice zřídka, ale ve světě se to stává samozřejmostí.*“²²

Psycholog v nemocnici je zapojován do přípravy pacientů na lékařské zákroky i pooperační péče, doplňuje vyšetření lékaře o údaje neuropsychologické, o charakteristikách osobnosti pacienta, jeho emocionalitě, kvalitě života, stresech, distresech, způsobech zvládání těžkostí, o jeho celkovém psychickém stavu.²³

„*Zvládání životních těžkostí je chápáno jako dynamický proces, v jehož rámci dochází k transakcím (vzájemným interakcím mezi člověkem a danou zdravotní situací). Na jedné straně je třeba vidět danou osobu, která má určité zdroje, možnosti, hodnoty a osobní zaměření. Na druhé straně je třeba vidět nemoc, která klade na člověka určité požadavky a působí na něho řadou vlivů.*“²⁴

Mezi zdravím a nemocí je zcela subjektivní hranice. Světová zdravotnická organizace (WHO) zdraví definuje jako perfektní tělesný, duševní i sociální stav bez nemoci a obtíží. Podmínky této definice nemohou být zcela nikdy splněny, představují utopistickou ideální formu. Psychoanalýza zdraví pojímá jako schopnost pracovat, užívat a milovat.²⁵

1.4 Nemocnice, pohled do historie

Tradici v péči o nemocné na našem území dokládají zmínky již ze středověku.

²¹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 61.

²² Tamtéž, s. 54.

²³ Tamtéž, s. 54.

²⁴ Tamtéž, s. 98.

²⁵ Srov. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*, s. 21.

Hovorově a slangově bývá pro nemocnice dodnes užíván výraz špitál nebo lazaret. Svůj původ má toto zastaralé označení ve středověku kdy byl tímto výrazem označován ústav pro nemocné, zastaralé a chudé. Původní špitály byly zřizovány při klášterech, sloužily nejen jako léčebné zařízení, ale zastávaly také funkci sociálně zdravotních a ubytovacích zařízení, špitály byly malými objekty, kde nemocní sdíleli většinou jednu místnost, dospělí a děti nebyli v této době pravděpodobně oddělováni.²⁶

Až z konce 15. století pochází a jsou dochovány první zprávy o zařízení zaměřeném pouze na léčbu a péči o děti a mládež.²⁷

K významnému rozvoji ústavního léčení dochází v době industrializace. S rozmachem průmyslové výroby v některých evropských zemích na přelomu 18. a 19. století přichází do měst za prací stále více obyvatel z venkova. Následkem toho dochází ke koncentraci většího počtu lidí a s tím souvisí snadnější šíření epidemií a nemocí. Jejich oběťmi se stávají především děti. Vznikají první samostatné dětské nemocnice. Ve Vídni, v Paříži, v Drážďanech, v Petrohradě. Přidávají se další a další evropská města, jsou zřizovány moderní ústavy, nemocnice poskytující péči výhradně dětským pacientům. Na počátku 19. století vznikají také na našem území první dětské nemocnice.²⁸

1.5 Nemocnice v současnosti

Termínem nemocnice označujeme zdravotnická zařízení určené k poskytování zdravotní péče za hospitalizace.

„Nemocnice je značně odlišným zařízením od těch, která pacient zná ze svého běžného života. Má zcela specifické úkoly. Jedním z nich je podrobně pacienta vyšetřit a stanovit jeho diagnózu. Jiným je léčení a pokud možno i vyléčení nebo alespoň podstatné zlepšení jeho zdravotního stavu.“²⁹

Současná nemocnice je složitou organizací, která zajišťuje nejen zdravotnickou péči,

²⁶ Srov. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., *Vybrané kapitoly z historie ošetřovatelství*, s. 26.

²⁷ Srov. ČEJKA, J., *Dětská nemocnice, procházka historií*, s. 58.

²⁸ Tamtéž, s. 61.

²⁹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 48.

ale mívá také celou řadu dalších úkol. Plní často pedagogické úkoly, pakliže je spojena se zdravotnickou školou či lékařskou fakultou. Některé nemocnice mívají vlastní výzkum, speciální výzkumné programy. Důležitým úkolem je zajistit vlastní chod, hospodaření, administrativa, finance, výdaje za přístrojové vybavení. Nemocnice bývá členěna na specializovaná centra, jejichž názvy a účel může být pro pacienta nesrozumitelný. Důraz je kladen na co nejrychlejší a nejefektivnější postup práce s pacientem, což se projevuje zkracující se průměrnou délkou hospitalizace.³⁰

Do nemocnice jsou pacienti přijímáni ze závažných zdravotních důvodů. Pobyt v nemocnici má kladné i záporné stránky. Ty obvykle mají přímý vliv na nervovou soustavu nemocného. Mezi nesporné klady hospitalizace patří především intenzivní péče o pacienta za stálého dohledu a okamžitá péče a pomoc odborníků, což při léčbě ambulantní není dobře možné. Další výhodou je profesionalita pracovníků nemocnice, pacienta svým chováním udržují v klidu, pomáhají překonat strach, obavy, odstranit stres. Lékaři a sestry při komplikacích nepodléhají panice, přinášejí pacientovi spíše jistotu, že vše bude v pořádku, že jsou připraveni mu pomoci. Výhodou je i možnost nácvičku nových dovedností, kterou mohou přispět k úspěšné léčbě po propuštění z nemocnice, hygienické, dietní, rehabilitační atp. Mezi kladné stránky nemocnice lze zařadit i to, že všechno zařízení a provoz je přizpůsoben, na rozdíl od běžné domácnosti, potřebám nemocného.³¹

Křivohlavý je přesvědčen že „úkolem nemocnice je tzv. zdravotnická péče. O té mluvíme, pokud máme na mysli humanistickou stránku zdravotnictví. Máme na mysli péči o to, aby pacient zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se emocionálně nehroutil a aby se aktivně zapojil do úzdravného procesu.“³²

V dnešních nemocnicích je na pacientovi vyžadováno, aby se podrobil a přizpůsobil poměrně přísným pravidlům, která ve většině současných nemocnic vládou. Demokratický přístup, partnerský vztah mezi lékařem (zdravotnickým personálem) a pacientem (a příbuznými) je nedostatečně v našich zdravotnických zařízeních

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 49.

³¹ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 75.

³² KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 49.

zajištěn.³³

K tomu Křivohlavý poznamenává: „*Když přichází pacient do nemocnice, musí počítat s tím, že tam bude mít jeho život spíše charakter poslouchání autority nežli charakter spolupráce... je si vědom toho, že jeho zdravotní stav je zřejmě vážnější, než si dosud připouštěl. To znamená, že toto podvědomí dostává pacienta do stresu a distresu. Ten se přidává k stávajícímu již značnému psychickému napětí- pramenícímu například z jeho celkově změněné zdravotní situace*“.³⁴

1.5.1 Humanizace nemocnic

Pobyt v nemocnici je pro jedince z psychologického hlediska mimořádně emočně a vztahově náročný, představuje zvýšenou psychosociální zátěž. Člověk je vytržen z domácího prostředí, vztahů, z obvyklého způsobu života, proto zde nalézá v plném rozsahu uplatnění partnerský model- na pacienta orientované medicíny. Znamená informovat pacienta o všem podstatném, projevovat zájem o jeho prožívání. V praxi to znamená změnu od tradičního paternalistického modelu, orientovaného na lékaře a nemoc.³⁵

V uplynulých letech se stala aktuálním tématem humanizace nemocnic. Ve snaze zpříjemnit dětem pobyt v nemocnici se začalo měnit prostředí. Stěny lůžkových oddělení pro dětské pacienty jsou barevně vymalovány, vyzdobeny obrázky, vznikají herny, vybaveny moderní elektronikou, hračkami atp. Jenže humanizace znamená především proměnu sociálního prostředí, změnu základních hodnot, jež naše zdravotnictví vyznávají, změnu vztahů mezi lidmi.³⁶

Umístění dítěte v nemocnici je nejčastějším důvodem dlouhodobé separace dítěte od rodiny, s níž souvisí určitá nebezpečí pro jeho další zdravý duševní vývoj. Ve snaze předejít tomuto nepříznivému důsledku odloučení je doporučováno do nemocnice

³³VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 198.

³⁴KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 48.

³⁵Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 198- 199.

³⁶Srov. NADAČNÍ FOND KLÍČEK [online]. Praha: NF Klíček, © 2005- 2016 [2016-01-10].

společně s malým dítětem přijímat i jeho matku, umožnit návštěvy a celé prostředí nemocnice „humanizovat“. Humanizovaná léčebná péče znamená uplatnění poznatků z klinické a vývojové psychologie v nemocničním provozu. Cílem péče je dbát na to, aby zdar léčby nebyl vykoupen psychickým otřesem nebo jinými duševními poruchami, tedy dosažení co nejlepšího zdravotního i duševního stavu malého pacienta.³⁷

„V případech hospitalizace nejmenších dětí (kojenců, batolat) je nezbytná přítomnost jednoho z rodičů (nejčastěji matky) a u větších dětí, pokud to dovoluje jejich zdravotní stav a druh onemocnění, je vysoce žádoucí denní kontakt s rodinou (telefon, návštěvy).“³⁸

Nestačí pouze změnit prostředí nemocnic, do popředí se dostala především nutnost změny dosavadního tradičního modelu, kdy hospitalizovaný jedinec je anonymní diagnosou. Je nesmírně důležité zavést do praxe model na pacienta orientované medicíny. Usilovat o změnu přístupu personálu, lékařů, zdravotních sester, ostatních zaměstnanců, s nimiž se pacient dostává do kontaktu.³⁹

Jak je uvedeno na stránkách Nadačního fondu Klíček: *„Krása věcí stojí hluboko pod kvalitou vztahů a to, jak děti prožívají nemoc a hospitalizaci, je prvotně určováno tím, koho mají okolo sebe, s jakými lidmi se setkávají a jací vůči nim tito lidé jsou.“⁴⁰*

Prioritní snahou humanizované péče je zlepšovat podmínky nemocných dětí a jejich rodin. Cílem by měla být jednak změna stávajících rolí, role rodiče, dětského pacienta, ale i sestry a lékaře, ve vzájemném kontaktu, jednak zavádění nových rolí, herní specialista, nemocniční kaplan, dobrovolník v pravém slova smyslu. Podporovat pohyb směrem k ideálu, který se na Západě označuje termínem family- centred care, péče zaměřená na celou rodinu.⁴¹

³⁷ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 83.

³⁸ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 199.

³⁹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, str. 199.

⁴⁰ NADAČNÍ FOND KLÍČEK [online]. Praha: NF Klíček, © 2005- 2016 [2016-01-10].

⁴¹ Srov. NADAČNÍ FOND KLÍČEK [online]. Praha: NF Klíček, © 2005- 2016 [2016-01-10].

1.5.2 Family- centred care

Family- centred care (FCC) je filosofie péče zaměřená na spolupráci rodiny s odborníky, snaží se udržovat rovnováhu mezi potřebami rodiny a radami odborníků. Zajišťuje spolupráci rodiny v celém procesu léčebné a ošetrovatelské péče během hospitalizace, usnadňuje spolupráci mezi oběma stranami. Jedná s rodiči jako s rovnocennými partnery v ošetrovatelském týmu, do nějž rodiče vnášejí informace vycházející ze znalosti jejich dítěte a jeho potřeb a odborníci zase odborné znalosti a služby. FCC je přístup, který podporuje vývoj dítěte, nenarušuje existující vazby. Předpokládá, že jsou rodičům sdíleny kompletní, přesné a srozumitelné informace a také je respektováno, že potřeba informací na straně rodin může být různá a rodiče mohou mít jinou představu než zdravotníci o tom, jaké informace potřebují. Služby, které FCC rozvíjí, pohotově reagují na aktuální potřeby dané rodiny, zprostředkovává různé typy podpory: sociální, pečovatelskou, finanční. FCC je tedy přístup založený na uznání toho, že pro formování výsledné podoby péče má rodina klíčový význam.⁴²

Na základě řady výzkumů lze pokládat za prokázané, že základní psychické potřeby dítěte uspokojuje dobře fungující rodina. V ošetrovatelství a léčebné péči proto musí dominovat péče zaměřená na rodinu, family- centered care. Nejedná se o nový trend ošetrovatelské péče o dítě, kořeny sahají do roku 1950. Záměrem je podporovat a respektovat sílu a schopnosti rodiny, rozvíjet spolupráci s rodiči, umožnit 24 hodinovou přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte, sourozenecké návštěvy.⁴³

V další kapitole se zaměřím na problematiku dítěte v nemocnici, reakce na nemocniční prostředí při separaci dítěte od rodiny, od školního života, strach z léčebných zákroků, nucené nečinnosti apod.

1.6 Dítě v nemocnici

V případě vážného onemocnění dítěte, kdy léčbu není možné zvládnout ambulantně, nastává situace, kdy je nutné dítě hospitalizovat na dětském lůžkovém oddělení v nemocnici.

⁴²Srov. NADAČNÍ FOND KLÍČEK [online]. Praha: NF Klíček, © 2008 [2016-02-16].

⁴³Srov. SIKOROVÁ, L., *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*, s. 152- 153.

Přichází-li dítě do nemocnice a odmyslíme-li samotné zdravotní potíže, pro které je do nemocnice přijato, je třeba uvědomit si závažné psychologické okolnosti pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení. Mezi zásadními je především ta, že je odtrženo od matky. Je převedeno do neznámého a nezvyklého prostředí, jeho životní prostor je zúžen na nemocniční pokoj, někdy jen na lůžko a stolek. Touto situací dochází u malého pacienta k významné změně životní situace, na kterou určitým způsobem reaguje. Reakce jednotlivých dětí na nemoc a nemocniční prostředí je rozdílná. Každé dítě je jedinečnou osobností, která má určité specifické potřeby. Zatímco některé dítě odloučením od rodinného prostředí strádá z nejistoty, neustále vyžaduje pozornost zdravotnického personálu, je plné obav z lékařského zákroku, teskní, dožaduje se návratu domů, odmítá nabízenou pomoc, je apatické, smutné apod. Jiné dítě si na nemocniční prostředí zvykne poměrně rychle, pobyt zde snáší statečně, se zdravotním personálem bez obav spolupracuje, navazuje přátelství s ostatními pacienty apod.⁴⁴

Vliv nemoci popisuje Matějček: *„účinky jakékoliv škodliviny, která působí na organizmus, se vždy promítají do celé osobnosti dítěte a podle toho také nabývají u každého dítěte poněkud osobité podoby. Každé dítě si svou nemoc uvědomuje, nějak ji prožívá.“*⁴⁵

Dítě se o svou nemoc zajímá, širší zájmu je úměrná věku. Každé dítě je vůči nemoci a umístění v nemocnici jinak odolné, všechny děti bez rozdílu mají strach z vyšetřovacích a léčebných procesů.⁴⁶

K tomu Matějček například uvádí, že: *„podstatné v psychologii a pedagogice dětí při nějakém onemocnění nebo při tělesném či smyslovém postižení je porozumění jejich životní situaci“*⁴⁷

Plevová k problematice zvláštností psychických projevů dětí v nemocnici uvádí: *„umístění nemocného dítěte v nemocnici, jeho oddělení od matky, se jeví vždy jako závažný zásah do známého denního režimu. Dítě ztrácí oporu a pocit bezpečí, který je*

⁴⁴ Srov. PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 7.

⁴⁵ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 14.

⁴⁶ Srov. PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 8.

⁴⁷ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 7.

nesmírně důležitý pro průběh nemoci.“⁴⁸

Jedním z důležitých pilířů majících vliv na celkový stav dítěte je individuální přístup, respektování každého pacienta jako jedinečné osobnosti, která má své specifické potřeby. Do nemocnice si dítě přináší kromě určitého stupně vyspělosti také osobní vlastnosti, temperament, vědomosti, zkušenosti. A také soubor společenských návyků a postojů, které byly utvořeny jeho dosavadní výchovou. Cílem nemocnice by mělo být malého pacienta nejen uzdravit a zbavit zdravotních potíží. Péče o děti v nemocnici by měla obsahovat i složku výchovnou, duševní zaměstnání je rovnocenné s léčebnými procedurami a pozitivně ovlivňuje prožívání doby hospitalizace.⁴⁹

V posledních letech dochází k výrazným změnám v přístupu k hospitalizovaným dětem. Významným přínosem v péči o hospitalizované děti je komplexní péče, v nemocnicích a léčebnách se zavádí humanizovaná léčebná péče.⁵⁰

„V literatuře se lze setkat s řadou podnětů ke zlepšení negativních stránek pobytu pacienta v nemocnici. Příkladem může být zavedení kurzů sociální komunikace pro lékaře nejen v rámci jejich základního studia, ale i při přípravě na atestaci.“⁵¹

Matějček k této problematice uvádí: *„velice záleží na chování zdravotnických pracovníků vůči pacientům, toto chování může léčebné výsledky umocňovat, ale bohužel také znehodnocovat.*“⁵²

K dalším nezanedbatelným kladným stránkám nemocnice jistě patří i role sociální. Pracovníci nemocnice se občas setkají s dětskými pacienty, kteří přicházejí z rodiny, kde nebyla dítěti poskytována přiměřená péče tak, jak je obvyklé. Tyto případy jsou brány v úvahu. Nemocniční zdravotnický personál a vychovatelé jsou schopni u těchto dětí hledat individuální řešení a věnovat přiměřenou pozornost soustředěnou na podporu a rozvoj sociálních aj. schopností vedoucích ku prospěchu dítěte.⁵³

⁴⁸ PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 7.

⁴⁹ Tamtéž, s. 9.

⁵⁰ Tamtéž, s. 8.

⁵¹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 54.

⁵² MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 75.

⁵³ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 75.

Matějček uvádí: „*U některých dětí, které v nevyspělém, zanedbávajícím prostředí vlastní rodiny neměly příležitost osvojit si potřebné hygienické návyky, může být nemocnice místem nápravy a nové orientace výchovy*“.⁵⁴

Ve snaze zamezení nežádoucí traumatizace dětí při jejich pobytu na lůžkovém oddělení, je kladen důraz na minimalizaci negativních vlivů nemocničního prostředí na dítě. Na odděleních jsou průběžně prováděny prostorové úpravy, ke zpříjemnění pobytu přispívá vybavení pokojů a zřizování heren vybavených TV, počítači. Péče o děti je zajišťována nejen lékaři a zdravotním personálem. Na dětských odděleních pracují obvykle učitelky Základní školy a Mateřské školy, které se starají o využití volného času dětí, na některá oddělení docházejí zdravotní klauni.⁵⁵

Jak uvádí Plevová: „*Nemocnice přestává být pouze místem léčebných zákroků a ošetřování, ale stává se místem výchovy a psychologické péče*“.⁵⁶

V dalších podkapitolách se soustředím na psychologické aspekty, možné negativní důsledky hospitalizace a jednotlivé fáze separačního chování dítěte za pobytu v nemocnici.

1.6.1 Deprivace

Matějček o psychické deprivaci říká, že je to „*psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu. Je celkem pochopitelné, že pobyt dítěte v nemocnici, může být jednou z takových situací*“.⁵⁷

Není-li dítě zásobeno dostatečným množstvím podnětů, jeho potřeby duchovního rázu nejsou uspokojeny přiměřeně jeho psychickému vývoji, hrozí nebezpečí, že, zvláště při dlouhodobé hospitalizaci, začne zaostávat. Jeho centrální nervový systém nepracuje naplno, nerozvíjí se, necvičí. Snahou pečujících osob by mělo být tyto negativní dopady

⁵⁴ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 75.

⁵⁵ Srov. NADAČNÍ FOND KLÍČEK [online]. Praha: NF Klíček, © 2005- 2016 [2016-01-10].

⁵⁶ PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 8.

⁵⁷ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 76.

hospitalizace vyloučit nebo alespoň omezit.⁵⁸

Pokud není dítěti zajištěn dostatek příležitostí a podnětů k uspokojení potřeb, může nastat situace, že nebude v dobré psychické kondici, vývoj jeho osobnosti bude ohrožen. Nemocniční prostředí obvykle bývá chudší na podněty a také na vývojovou stimulaci. Tento stav vede k uzavření do sebe, apatii. Je důležité myslet na nebezpečí psychické deprivace, předcházet jí, případně napravovat její následky. Umožnit dítěti rozvíjet se po všech stránkách. Přijít s nabídkou, ujistit a povzbudit. Je třeba si také uvědomit, že některým dětem je nezbytné při hledání uspokojujících zájmů pomoci, sledovat je. Ve všech zdravotnických zařízeních by pracovníci měli hledat cestu k rozvíjení i udržení duševní rovnováhy dětských pacientů.⁵⁹

Pobyt v nemocnici může, navzdory usilovné léčebné péči, dítěti přinášet i další nebezpečí, v prostředí ochuzeném o podněty, může nastat tzv. hospitalismus, někdy nazývaný jako nemocniční nemoc.

1.6.2 Hospitalismus

Jak již bylo uvedeno, pro dobrou psychickou pohodu dítěte je vhodné zajistit dostatek podnětů k činnosti a omezit důsledky negativních vlivů vyplývajících z umístění dítěte v nemocnici. Dítě je plné obav, hospitalizace se významně dotýká všech oblastí jeho života. I při snaze tyto změny přijmout, dochází k jejich negativnímu vnímání. Odloučení od rodiny je velmi citelné a vede ke sklíčenosti, občas dochází až k zhoršování zdravotního stavu. Tento stav nazývají odborníci hospitalismem.⁶⁰

Plevová uvádí poznatek, ke kterému došli lékaři již v dřívějších dobách: „*děti, které pobývají v nemocnici delší dobu se neuzdravují tak rychle a úspěšně, jak by se dalo při léčebné péči očekávat*“.⁶¹

Dlouhodobý pobyt v nemocnici, změna denních činností, na které bylo dítě navyklé,

⁵⁸MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 77.

⁵⁹ Tamtéž, s. 79.

⁶⁰ PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 8.

⁶¹ Tamtéž, s. 8.

kterého těšily, nemožnost realizovat své zájmy má dopad na psychiku hospitalizovaného dítěte. Na dítě doléhá stesk, nuda, ztrácí zájem o dění kolem sebe, setrvává na lůžku, ztrácí víru v uzdravení atp. Jeho duševní stav hraje podstatnou roli při trvání a prožívání nemoci, stejně tak při jejím úspěšném zvládnutí a uzdravení. Aplikace sebelepší medicíny selhává.⁶²

K objasnění tohoto stavu Plevová uvádí: „vznikla představa, že se patrně jedná o nějakou nemoc, pro kterou se ustálil název hospitalismus (stav duševní podvýživy, strádání)“.⁶³

Významnou roli hraje pocit osamocení. Při pobytu dítěte v nemocnici může tato situace nastat, zvláště v případech, kdy zde dítě pobývá dlouhodobě. Pokud dítě nemá možnost se rozvíjet z důvodu nedostatku podnětů, zabývá se pouze svou nemocí, je ponecháno vlastním strachům a obavám, může se cítit ztraceno, odcizeno. Tento stav vede k uzavření dítěte do sebe, apatii.⁶⁴

Matějček upřesňuje slovní označení hospitalismus takto: „hospitalismem netrpí jen děti v nemocnici, ale všude tam, kde se jim na počátku jejich životní dráhy nedostává dost vývojových podnětů (smyslových a citových) a kde jsou tedy svým způsobem ve stavu duševní podvýživy nebo strádání.“⁶⁵

Za obtížemi, které nemají somatický podklad, se u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů obvykle skrývá prázdnota. Následkem toho dochází při dlouhodobé hospitalizaci či umístění dítěte do ústavu ke stavu, který je označován hospitalismem. U dítěte jsou sledovány odchylky a nápadnosti v tělesném a duševním vývoji. Zkušenost ukazuje, že stavy úzkosti a vnitřní nejistoty, absence citových projevů, stimulace, výzvy aj. na dítě dopadají a nepříznivě ovlivňují léčebný proces.⁶⁶

Také Janáčková vysvětluje problematiku hospitalizačního syndromu, který u dětí způsobuje: „opožďení fyzického i duševního vývoje, emoční chudost. Zaostávání při

⁶² Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 37.

⁶³ PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 8.

⁶⁴ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 37.

⁶⁵ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 6.

⁶⁶ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s.76.

nedostatku mateřské péče, a to především v ústavech, kde je těžko možná individuální citová péče“.⁶⁷

Zdrojem poruch chování hospitalizovaných dětských pacientů může být také separace.

1.6.3 Separace

Slovo separace vyjadřuje oddělení, odloučení, např. osob od sebe navzájem, případně vydělení menších částí od celku. Při psychické deprivaci, jak již bylo výše uvedeno, je dítě dlouhodobě vystaveno prostředí chudšímu na podněty. Chudšímu než je obvyklé v prostředí rodinném. Dítě trpí nedostatkem smyslových, citových a sociálních podnětů. Při separaci dochází k přerušení již vytvořených vztahů, k matce, členům rodiny, prostředí domova, jeho atmosféře aj. Jakákoliv změna, a přerušení, byť pouze přechodné, již vytvořených vztahů a citových vazeb, lze považovat za zásadní změnu v životě dítěte, významně zasahuje a ovlivňuje psychické prožívání. Separace může být pro dítě natolik těžkou záležitostí, že se u něj může z tohoto důvodu projevit separační úzkost.⁶⁸

Umístěním dítěte do nemocnice dochází k separaci, dítě je z důvodu hospitalizace odloučeno od rodičů a blízkých osob, je vytrženo z domova. Pro dítě může separace znamenat značnou zátěž pro organizmus. Účinky separace se obvykle odvíjí od věku dítěte. Lze předpokládat, že pro dítě v batolecím či předškolním věku, jež je podstatně více závislé na matce a pro osamotňování nezralé, bude separace více tíživá a dítě jí bude více strádat, než pro dítě školní, již více samostatné. V případě prvního dítěte může být dlouhodobější separace podkladem deprivace, zatímco v případě druhém, může odloučení od rodiny vést k samostatnosti.⁶⁹

Matějček o účincích separace v souvislosti s věkem dítěte říká: *„za normálních okolností se každé dítě přirozeným vývojovým postupem uvolňuje ze závislosti na matce a na rodině, až se stává konečně samostatným dospělým lidským jedincem. Separace*

⁶⁷ JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*, s. 97.

⁶⁸ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 79- 80.

⁶⁹ Tamtéž, s. 79.

sama o sobě tedy není patogenním činitelem. Je nebezpečná jen tehdy, je-li předčasná!"⁷⁰

Jak již bylo uvedeno, separační reakce dětí se liší v závislosti na věku, důležité jsou také vlastnosti dítěte, mj. jeho temperament, životní zkušenosti, postoje. Nezanedbatelná je i forma separace, je-li krátkodobá nebo dlouhodobá, částečná či úplná atp. Významnou roli hraje také chování dospělých, počínaje ošetřujícím personálem, přes vychovatele až po rodiče.⁷¹

Jak dodává Matějček „*U dětí vychovávaných po dlouhou dobu v léčebných ústavech k tomu přistupuje i nedostatek citového zásobení, nebo traumatizující zážitky z časného odloučení od matky, nebo časté střídání personálu s velice rozdílným citovým vztahem k dítěti*“.⁷²

1.6.4 Anaklitičká deprese

Dlouhodobější separace dítěte v kojeneckém (zhruba od šestého měsíce) a batolecím věku od stabilní pečující dospělé osoby, již bývá obvykle matka, může vést k rozvoji anaklitičké deprese. U dítěte dochází, po kratším období protestu ke ztrátě zájmu o okolí, apatii, později může dojít k poruchám v citové a vztahové oblasti a potížím v navazování a udržování těsných meziosobních vztahů. Jedná se o deprivaci základní vývojové potřeby, což může ovlivnit optimální vývoj dítěte v tomto věku, může dojít k nerovnoměrnému osobnostnímu vývoji.⁷³

Jak již vyplynulo z předchozích kapitol, je pobyt v nemocnici pro dítě náročnou životní situací, na to, jak ji dítě bude prožívat má vliv mnoho faktorů, mj. osobnost dítěte, temperament, schopnosti, postoje, motivy aj. Chování dítěte je ovlivněno vždy jedinečným osobním zpracováním, jeho dispozicemi. K problematice umístění dítěte v nemocničním zařízení s ohledem na věk dítěte se vrátím později, v kapitole, v níž se budu zabývat vývojovými stupni. Pro pochopení rozdílů v reakci jednotlivých dětí na umístění v nemocnici věnuji nyní ve své práci pozornost rysům osobnosti.

⁷⁰MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 79.

⁷¹Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 80.

⁷²MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 18.

⁷³ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 60.

2 Osobnost

2.1 Vymezení pojmu

Pojem osobnosti je užíván v různých souvislostech, v historických i právních vědách, v sociologii, v lidové řeči, mívá různý význam, především hodnotící význam. Do psychologie byl tento pojem zaveden z nutnosti studovat duševní život člověka jako celek, neboť vykazoval funkční jednotu, nikoli jen pouhý soubor funkcí, např. myšlení, vnímání, cítění, atp. Dalším důvodem byla nutnost vysvětlit fakt, proč různí lidé reagují na týž podnět různě. Variabilitu reakcí vysvětlilo *paradigma psychologie*, které lze vyjádřit *S- (O)- R*, mezi podnět a reakci je vložen faktor, který byl posléze nazván osobnost.⁷⁴

*„Osobnost je zde chápána jako celek dispozic, které spolu se situací determinují obsah a průběh psychických procesů, které jsou tak chápány jako reakce individua na určitou situaci.“*⁷⁵

Pojem osobnost nemá v psychologii hodnotící charakter. Tímto pojmem se popisuje a vysvětluje variabilita duševního dění. Uvedený pojem vyjadřuje vnitřní organizaci duševního života člověka a jeho dispozice k psychickým reakcím. Člověk funguje jako jednotný celek interindividuálně odlišných dispozic a vytváří tak smysluplné souvislosti s vlastním chováním, jeho vnějšími projevy.⁷⁶

*„Znalost osobnosti umožňuje předvídat způsoby chování v různých situacích a jejich prožívání, ovlivňovat a měnit člověka“.*⁷⁷

U dětských pacientů je nutno vždy počítat se značnými rozdíly v přizpůsobování se nemocničnímu prostředí a režimu. Zdravotničtí pracovníci a vychovatelé by měli ke každému jednotlivému dítěti přistupovat s taktem a pochopením jeho osobnostních dispozic a zajistit mu co nejlepší duševní pohodu. Dítě, které přichází do nemocnice je

⁷⁴ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 51.

⁷⁵ Tamtéž, s. 9.

⁷⁶ Tamtéž, s. 9.

⁷⁷ VÁŽANSKÝ, M., SMÉKAL, V., *Základy pedagogiky volného času*, s. 57.

osobností, individualitou, přináší si určitý stupeň vyspělosti, temperament. Jeho postoje, vědomosti, zkušenosti a návyky jsou ovlivněny dosavadní výchovou. Některé dítě může být úzkostné, jiné afektivní, další plačtivé atp.⁷⁸

V medicíně se psychologie osobnosti zabývá také zkoumáním vlivu onemocnění a léčby na osobnost pacienta, popř. zkoumání osobnostních charakteristik pro vznik a průběh onemocnění. K této problematice také Vymětal zmiňuje determinanty duševního života- podnět, osobnost, situace. Na otázku, je-li lidské chování a prožívání více výsledkem osobnostních dispozičních vlastností a sklonů, nebo spíše záleží na situaci, ve které se jedinec nachází, shledává Vymětal odpověď v syntéze obojího. Jde o výsledek oboustranného působení. Lidské chování a duševní život jsou výsledkem interakce působení určité kvality *podnětů* na jedince, *osobnosti*, která podněty vyhodnotí na základě vrozených i získaných dispozic včetně vlastních zkušeností. Jednání, které nastane, pak závisí i na *situaci* ve které se odehrává a roli, která je jednajícím vlastní.⁷⁹

Zároveň je vhodné, pokud jde o osobnost člověka, uvést možnosti, které mohou někdy významně řídit duševní život, jeho rozhodování a chování. Jsou to *nevědomé procesy*, které probíhají mimo vědomí jedince a nejsou proto běžně reflektovány. Tato situace nastává při změněných stavech vědomí, například při vysokých horečkách, probouzení z narkózy, nočních snech či prostřednictvím určitých psychologických technik. Také *sebereflexe* je projevem síly myšlení člověka, jejím prostřednictvím posuzuje určitou osobní situaci a událost z jeho života. Snaží se rozpoznat podstatné aspekty svého chování, souvislosti, motivaci, to, co ovlivnilo rozhodnutí k určitému jednání. Tento proces zpravidla vede člověka k racionálnímu jednání, jeho čin má akcent svobodného jednání, dochází k překročení obvyklého autocentrického zaměření.⁸⁰

Jedním z předpokladů úspěšného porozumění dětskému pacientovi je schopnost rozpoznat a předpovědět jeho budoucí možné chování, na kterém se podílí rozmanité

⁷⁸ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 87.

⁷⁹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 50- 51.

⁸⁰ Tamtéž, s. 51.

faktory. Osobnost, jako celek dispozic reagujících na situaci, je jeden z důležitých faktorů k pochopení a predikci chování malého pacienta.

2.2 Utváření osobnosti

Osobností se dítě nerodí, osobností se postupně stává. Chování novorozeněte a nemluvněte je utvářeno mechanicky podmíněnými reakcemi. Zpočátku novorozenec disponuje pouze vrozenými reflexi a instinkty. Svě tělo neodlišuje od vnějšího světa. Postupně dochází k vývoji od jednoduchých adaptačních mechanismů ke komplexnímu řízenému jednání. Svým vydělováním pocitů z nitra a povrchu svého těla dochází k vědomí odlišnosti od vnějšího světa. Dítě vnímá svůj tělesný celek a vyděluje jej od vnějšího prostředí. Tím se utváří *vědomí tělového já*. Svě tělo vnímá dojmy z povrchu i z nitra vlastního těla. Hmatem, čichem, očima atd. a také vnitřními receptory, pohyby svalů, tlaky v žaludku, atd. Vzniká obraz vlastního těla, tzv. *tělové schéma*. Obraz vlastního těla je významným aspektem osobnosti, zahrnuje představy o vlastním těle, jeho částech, určité vitální pocity. Také oblékání, byť oděv není součástí těla a je odložitelný, se stává součástí sebepojetí a zdrojem stylizace a obvykle vyjadřuje vztah jedince k němu samému.⁸¹

*„Osobností je, psychologicky vzato, každý od té doby, kdy jeho psychika začne vykazovat specificky lidskou formu fungování, k čemuž dochází v určité etapě raného dětství“.*⁸²

Z dítěte se postupně stává sociální bytost, uvědomuje si a vyvíjí se u něj *vědomí sociálního já*. Důležitým předpokladem k vzniku jsou sociální zkušenosti a vnímání sebe sama coby sociální bytosti, sebereflexe. Přispívají k tomu rozličné skutečnosti, dítě má své křestní jméno, jako něco odlišného je pojímáno svými rodiči, sourozenci, ostatními členy rodiny. Dítě se také konfrontuje s jinými jedinci, začíná si být vědomo sebe sama jako bytosti s jedinečnými vlastnostmi.⁸³

⁸¹ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 40.

⁸² Tamtéž, s. 10.

⁸³ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 41.

K problematice utváření osobnosti uvádí universitní profesor Nakonečný: „*lidská psychika se strukturuje a dynamizuje v interakci aktuálního vnitřního stavu a vnějších činitelů, přičemž tento vnitřní aktuální stav je sám výsledkem interakce konstitučních složek (vrozených tendencí) a zkušenosti: osobnost je nikoli jenom, ale převážně produktem učení, které v raných fázích jejího vývoje označuje též jako socializace*“.⁸⁴

Na utváření osobnosti se podílí také prostředí, v němž dítě žije, kultura dané společnosti, kulturní normy, způsoby chování. Člověk je aktivní bytost, je určován svým bytím, které sám aktivně utváří. Aktivitu lze chápat jako reakci na nedostatky ve vztazích jedince k jeho životnímu prostředí i k sobě samému. Je záměrnou reakcí na konkrétní potřeby člověka (jistoty, odpočinku apod.), vykazuje určitou závislost na zkušenostech z minulosti, ale i na životních plánech a vizi budoucnosti. Individuální zkušenosti mají vliv na psychické vlastnosti dítěte. Trvalejší vlastnosti osobnosti vznikají jako důsledek opakování, vlivem odměn a trestů, ztotožnění se vzory. Osobnost je tedy produktem učení.⁸⁵

Sociální učení popisuje profesor Milan Nakonečný jako systém naučených apetencí a averzí ve dvojím směru: *imitační učení* (učení podle modelů) a *instrumentální učení* (učení důsledkům vlastního chování). První směr je učení pozitivním a negativním vzorům, vede k přijímání či útlumu vzorců chování, které jsou odměňované nebo vedou k trestu. Druhý směr vyjadřuje upevňování a rozšiřování chování vedoucího k odměňování a osvojení zábran vede-li chování k trestu. Na utváření osobnosti má ovšem také vliv uplatňování vnitřního odměňování a trestání založeném na morálním cítění.⁸⁶

Proces seznamování dítěte s kulturním prostředím jeho rodiny a osvojování si žádoucích způsobů chování se nazývá *socializace*. Sociální zkušenosti dítěte vytvářejí tzv. *bazální osobnost*, jakýsi psychický základ, odrážející konkrétní situaci dítěte a s ní spojené emoce. Základní dimenzí je bazální jistota či nejistota, jejímž zdrojem jsou

⁸⁴NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 49.

⁸⁵ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 39- 43.

⁸⁶Tamtéž, s. 53.

pozitivní citové projevy rodičů dítěti, jejich dostatek nebo nedostatek.⁸⁷

Vliv nedostatku pozitivních citových projevů a míra sociální izolace dítěte, dle Nakonečného významně ovlivňují utváření jeho osobnosti: „Protože emoce hrají v upevňování zkušeností rozhodující význam a protože zkušenosti formují osobnost dítěte, je období tzv. raného věku dítěte rozhodujícím formativním obdobím, kdy se mohou, např. v podmínkách masivní citové deprivace, vytvořit již nezvratné rysy osobnosti, jako je agresivita, citová labilita, sebepodceňování a další“.⁸⁸

Vymětal k otázce osobnosti člověka vymezuje pojem osobnost jako: „celek lidských psychických a fyzických vlastností. Tento celek má svůj svéráz a tvoří určitý typ, který je jedinečný a neopakovatelný“.⁸⁹

Předpokladem úspěšného působení na jedince je znalost sebe sama, určitých obran, pomocí nichž jedinec čelí ohrožení osobní jistoty, prestiže, dále je podstatná schopnost chápat druhé, porozumět jim, poznat jejich pozitivní i negativní stránky, vnímat překážky i cesty k objevení důležitých rysů. Nezbytné je také umět jednat s lidmi, produktivně, kooperativně, konstruktivně, na základě tvořivého přístupu.⁹⁰

K porozumění psychice nemocného dítěte a jejich projevů je nezbytná znalost jednotlivých dispozic osobnosti a jejich charakteristiky. V podkapitolách popisují dispozice ke vzrušivosti (temperament), dispozice k mentálnímu výkonu (schopnosti), dispozice k hodnocení (postoje) a dispozice k zaměřování jednání (motivy).

2.2.1 Temperament

Temperament znamená souhrn rysů osobnosti z hlediska dynamických zvláštností psychické činnosti. Hlavní složky temperamentu tvoří všeobecná aktivita jedince, jeho emocionalita (vzrušivost, síla citových projevů, impulsivnost, afektivita) včetně pohybových projevů (motorika). Temperament souvisí s lidskou konstitucí (a vrozeností) a určuje obecné vlastnosti duševní dynamiky, které lze jen omezeně

⁸⁷ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 28.

⁸⁸ NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 28.

⁸⁹ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s.52.

⁹⁰ Srov. VÁŽANSKÝ, M., SMÉKAL, V. *Základy pedagogiky volného času*, s. 57.

ovlivňovat, např. aktivita, pasivita, síla a trvání pocitů. Míra reakcí na podněty je proto rozdílná, určuje způsob reagování, dynamiku prožívání a chování osobnosti.⁹¹

Klasické typy temperamentu vytvořil v minulosti již Hippokrates (asi 460– 370 př. n. l.), dle kterého temperamentní dispozice vyplývají z poměru tělesných kapalin (krve, žluči). Tento poměr také souvisí a určuje reakce jedince na okolí. Hippokrates stanovil 4 základní typy temperamentu- sangvinistický, melancholický, cholericický, flegmatický. Psychologickou charakteristiku v návaznosti na Hippokratovo třídění rozvíjeli další badatelé.⁹²

Sangvinik se vyznačuje střídáním relativně nehlubokých emocí, jeho prožitky a city jsou spíše mělké, je přizpůsobivý, výrazově bezprostřední, lehkovážný, optimisticky laděný, veselý, je označován jako *emočně stabilního extrovert*.

Melancholik je člověk silně emotivně založený ale málo impulsivní, jeho city jsou trvalé, je zádumčivý, pesimistický, obtížně navazuje vztahy, *emočně labilní introvert*.

Cholerik je energické, impulsivní, vzrušivé až výbušné povahy, má sklon k výbuchům hněvu, je netrpělivý, city jsou u něj vyvolány obvykle snadno, navenek reaguje často rychle a bez zábran, proto označován jako *emočně labilní extrovert*.

Flegmatik člověk klidné, vyrovnané, chladnokrevné, lhostejné až netečné povahy, kterého vzruší jen velmi silné podněty, vykazuje stálost, apatii, city příliš neprojevuje, je spíše pasivní, bez velkých ambicí, *emočně stabilní introvert*.⁹³

Již novorozenec se projevuje vzrušivostí, základní vlastností lidského duševního života. Tato dispozice je formální vlastností osobnostní dynamiky. Novorozenec reaguje různým způsobem na podněty, např. intenzitou pohybů, jejich tempem, silou, délkou trvání a dalšími znaky. Od kojeneckého věku lze pozorovat výrazné individuální rozdíly v projevu dítěte dané temperamentem.⁹⁴

Konstituční temperamentové vlastnosti dítěte hrají důležitou roli při umístění dítěte v nemocnici. Pomáhají vysvětlit, proč na tutéž nepříznivou situaci reagují jednotlivé děti tak rozdílně, od sotva znatelných změn chování až po zcela nepřiměřené a těžko

⁹¹ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 79- 81.

⁹² Tamtéž, s. 82.

⁹³ Tamtéž, s. 83.

⁹⁴ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 36.

zvládnutelné reakce.⁹⁵

Z výše uvedeného vyplývá, že temperament se projevuje v chování dítěte i při hospitalizaci, dle jeho dispozic a v jeho jedinečném osobním zpracování. Jinak se bude projevovat dítě klidné a vyrovnané, zaměřené více na to, co je mimo ně, *extrovert*, jinak prudké a výbušné a jinak dítě zvýšeně úzkostné, mimořádně citlivé, zaměřené na sebe, *introvert*. Jestliže dítě onemocní a je umístěno do nemocnice, jeho chování a nálada tedy bude v nemalé míře ovlivněna jemu daným temperamentem.

2.2.2 Schopnosti

Jednotlivé schopnosti (psychofyzické dispozice) u dítěte mají vrozený a získaný (rozvíjený) podklad. Rozlišujeme vlohy, nadání, talent a rozlišujeme také míru jejich zastoupení.

Schopnost je získaný předpoklad dítěte pro určitý motorický či poznávací výkon, rozvíjí se vzděláváním, výcvikem či zkušeností. Schopnosti se vytváří na základě *vloh*, zděděných a vrozených dispozic pro výkon v určité oblasti psychické činnosti. Pro rozvoj a současně i utvrzení vloh je důležité je aktualizovat různými činnostmi. Jestliže není vloha u dítěte rozvíjena a cvičena určitou činností, není využita možnost přetvořit ji ve schopnost, stává se latentní, ztrácí se. Vlohy se mohou v průběhu vývoje rozvíjet nejen cvičením, ale také vlivem zkušenosti, patrně s jistým omezením a pouze do určité míry.⁹⁶

Osvědčuje se, již při přijetí dítěte do nemocnice, získat od rodičů důkladné informace o dítěti, abychom si mohli učinit představu o jeho individuálním charakteru. Zajímáme se o jeho obvyklý denní program, schopnosti, návyky, zábavy, záliby. Později jich může být využito k získání jeho zájmu a spolupráce, nebo abychom se vyvarovali příliš radikálních zásahů do jeho návyků.⁹⁷

⁹⁵ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 80.

⁹⁶ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 94

⁹⁷ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 87.

2.2.3 Postoje

Postoj je zvláštním prvkem ve struktuře osobnosti. Je výsledkem hodnocení a prožívání, v psychologii je jím označována pozice osobnosti vůči okolnímu světu. Projevuje se hodnocením určité situace, předmětu či osoby a tendencí v obdobné situaci reagovat určitým opakujícím se způsobem. Dítě si osvojuje a vytváří své základní postoje a způsoby reagování nápodobou a interiorizací (zvnitřněním) od osob, jež na něho měly v dětství největší výchovný vliv.⁹⁸

Je třeba počítat s tím, že osvojené a vytvořené postoje významně vstupují do průběhu hospitalizace, hrají významnou roli např. ve vnímání a hodnocení lékaře pacientem, stejně tak při snášení bolesti či ve způsobu trávení volného času v nemocnici.

Vymětal například uvádí „*V dětství si jedinec vytváří své základní postoje k bolesti a způsob, jak na ni reagovat a jak ji překonává, tedy míru tolerance k bolesti.*“⁹⁹

Postoje si dítě vytváří také nápodobou a reprodukcí vzorců volnočasového chování. Proto je žádoucí aktivní zájem rodiny a vychovatelů, jejich citlivé vedení, podpora, inspirace. Výsledné postoje si dítě přenáší a je schopno je v budoucnosti uplatňovat ve svém životě.¹⁰⁰

Postoje jsou při umístění dítěte do nemocnice významné i mj. proto, že mohou pomoci nemocnému dítěti překonávat nejistotu a úzkost, která se obvykle projevuje jako reakce na změnu životní situace. Postoj hospitalizovaného dítěte je ovlivněn aktuálním psychickým a fyzickým stavem, jeho zdravotními problémy.

2.2.4 Motivy

„Čím člověk může být, tím také musí být. Musí být věrný své přirozenosti... Na této úrovni jsou rozdíly mezi jednotlivci největší“.

Abraham Maslow

⁹⁸ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 229.

⁹⁹ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 229.

¹⁰⁰ Srov. HOFBAUER, B., *Děti, mládež a volný čas*, s. 61.

Motivy jsou určitou pohnutkou k jednání, to, co podněcuje a energizuje člověka k určitému chování nebo činnosti se zaměřením na uspokojování určitých potřeb. Mezi motivy se zpravidla zahrnují pudy, potřeby, zájmy, sklony, ideály aj., jsou to osobní příčiny daného chování.

Motivace je soubor a struktura činitelů aktuální či trvalé povahy, jež podněcují jedince k činnosti a zaměřují tuto činnost k určitému cíli, přičemž daná osoba vynakládá určitou míru energie a usiluje o dosažení, např. zdolává překážky je vytrvalá atp.

Motivace je souhrnem skutečností, které vyvolávají u dítěte pozitivní pocity (radost, zvědavost, očekávání) a ty určují směr a intenzitu chování, mohou podporovat či tlumit dítě v konání či nekonání.

Motivace vychází z pohnutek a podnětů vnitřních nebo vnějších, ale většinou je kombinací obou.

- *vnitřní motivace* - vychází z potřeb a zájmů jedince (potřeba poznávací, svobody seberealizace, sebeúcty, úspěchu, kulturní potřeby)
- *vnější motivace* - vychází z vlivu vnějších podnětů (např. trestu či odměny)

Často jsou za základní formu motivu považovány *potřeby*, nedostatek nebo nadbytek něčeho nás podněcuje k uspokojování této potřeby určitými aktivitami.

Motivy dále dělíme dle potřeb:

- *potřeby biologické* (primární, vrozené, biogenní, fyziologické), potřeba spánku, odpočinku, dýchání, potravy, pohybu aj. Slouží k přežití, k reprodukci nebo udržení zdraví.
- *potřeby sociální* (sekundární, získané, psychogenní), potřeby výkonu, opory, kompetence, potřeby kulturní, potřeba vzdělání aj. Slouží k aktivnímu

přizpůsobování sociálním podmínkám a životním situacím.¹⁰¹

Velmi rozšířená je Maslowova teorie hierarchie lidských potřeb, podle které potřeby člověka tvoří pomyslnou pyramidu pěti základních potřeb dle důležitosti, od významnějších po méně naléhavé. Základna pyramidy je tvořena potřebami umožňující přežití člověka: *fyziologické potřeby* k přežití (teplo, spánek, potrava, absence bolesti aj.) vč. určité *kvality prostředí*. Po uspokojení fyziologických potřeb dále navazuje skupina potřeb na vyšším stupni: potřeba *bezpečí a jistoty* (ochrana, jistota bezpečí, vyhýbání se neznámému co má akcent hrozby). Následuje třetí oblast potřeb, potřeb společenských, převážně *sociální* (přátelství láska, sounáležitost, vztahová vzájemnost, rodičovství, sexualita aj.). Na ni navazuje další potřeba, vázaná na „já“ člověka, *potřeba uznání, úcty* (pozitivní odezva a ocenění ze strany druhých, sebeúcta, status, sebevláda, sebekontrola aj.). Další, nejvyšší místo hypotetické pyramidy, náleží potřebě *seberealizace* (rozvoj osobnosti).¹⁰²

„Lidská bytost usiluje o to, aby se stala takovou, jakou se v pozitivním významu stát může a má. Autocentrická zaměřenost, tak příznačná pro předchozí úrovně, se oslabuje, což je jednou ze známek osobnostní zralosti.“¹⁰³

Maslow svoji teorii odvozuje z přesvědčení, že člověk nejdříve uspokojuje základní potřeby, které jsou podmínkou k přežití. Po uspokojení potřeb na nižších stupních pyramidy, začíná cítit potřebu uspokojovat potřeby na vyšších stupních pyramidy.¹⁰⁴

A nemá-li předchozí úrovně potřeb deprivovány: *„nastupuje tvořivost a zájmy z duchovní oblasti se známou triádou touhy po pravdě, kráse a dobru. Sem řadíme podstatný zdroj motivace k vědecké, umělecké a filozofické práci, stejně jako náboženskost člověka (nalézání a rozvoj sebe ve vztahu k Bohu a druhým lidem).“¹⁰⁵*

Kromě uvedených a hierarchicky uspořádaných potřeb upozorňuje Vymětal také na *potřeby vývojové a rozvojové*, jakými je např. zvědavost, experimentování, hra, nutnost

¹⁰¹ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, s. 124- 126.

¹⁰² Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 76- 77.

¹⁰³ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 77.

¹⁰⁴ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 76.

¹⁰⁵ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 77.

vazby na neměnnou a spolehlivou osobu (zvláště u malých dětí) a *sebezáchovné potřeby*, jak již sám název říká, uchovat jedince zdravého a při životě. Sebezáchovné potřeby představují neobyčejně silnou a stále působící motivaci.¹⁰⁶

Zajistíme-li hospitalizovanému dítěti uspokojení základních potřeb, kvalitní prostředí, pocit bezpečí, bude mu tím zároveň umožněno moci vnímat a naplňovat potřeby vyšší, neboť, jak již bylo uvedeno, tyto lidský jedinec začne uspokojovat teprve tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby základní.

K správnému chápání chování dítěte je zapotřebí rozpoznat jeho individuální psychické vlastnosti (zvláštnosti) ve smyslu psychických procesů a dispozic vč. jejich projevů, jelikož chování dítěte je ovlivněno vždy jedinečným osobním zpracováním, a jeho dispozicemi. Pro pochopení rozdílů v reakci jednotlivých dětí na umístění v nemocnici jsem do následující kapitoly zahrнула popis hlavních psychologických charakteristik dítěte, od narození po dospívání.

2.3 Zralost dítěte

Máme-li porozumět tomu, jak dítě hospitalizaci pravděpodobně prožívá, nemůže zůstat bez povšimnutí otázka věku, od ní se odvíjející obvyklá mentální úroveň a psychická stabilita dítěte. V této kapitole se chci zabývat věkem hospitalizovaných dětských pacientů, který je určujícím faktorem při organizaci volného času na dětských lůžkových odděleních. Zaznamenat blíže co se děje v psychice nemocného dítěte s ohledem na věk a vývojové stadium. V dané problematice lze postupovat dle tzv. vývojové psychologie.

Nabídka všech činností by měla, s přihlédnutím k celkovému zdravotnímu stavu, odpovídat jeho vývojové úrovni, jeho intelektovým schopnostem a v neposlední řadě také okruhu jeho životních zkušeností. Nelze očekávat, že aktivity, které jsou dítěti příliš vzdálené, nesrozumitelné, budou pro něj přitažlivé. Podmínkou účinnosti je, aby toto vedení bylo nenásilné, nabízené činnosti pestré a přitažlivé, účast na nich dobrovolná. U dětských pacientů je důležité počítat se značnými individuálními rozdíly, proto při veškerých aktivitách zachováváme individuální přístup, který je

¹⁰⁶ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 77.

předpokladem úspěchu.¹⁰⁷

Dle Pávkové a spol.: „*Míra ovlivňování volného času závisí na věku dětí, jejich mentální i sociální vyspělosti i na charakteru rodinné výchovy*“.¹⁰⁸

V každém vývojovém stadiu si dítě osvojuje nové poznatky, pracovní techniky, zkušenosti, způsoby myšlení a nazírání, které jsou ovlivněny dříve získanými poznatky. Není lhostejné, jestliže je některé vývojové období zanedbáno či jen náležitě stimulačně nevyužito, „přeskočeno“.¹⁰⁹

Jsou-li správně saturovány potřeby dítěte na kterémkoliv vývojovém stupni, projeví se to pozitivně v sociálních vztazích, v úrovni komunikace, i v oblasti emocí, motivace, poznávání a sebehodnocení.¹¹⁰

Z tohoto důvodu je významným pomocníkem orientace v základních vývojových meznících. Každý pacient je jiný, při sledování jeho individuálních projevů nemusí jít jen o odlišnost osobností různých dětí či specifickou psychickou projevů pacientů s ohledem na jejich nemoc, ale také věk je rozhodujícím faktorem. Znalost, podpora a respektování emocionální, rozumové a biologické potřeby dítěte v jeho jednotlivých vývojových meznících je pro zdárný pobyt dítěte v nemocničním zařízení a míru zapojení do volnočasových činností zpravidla významná.

V následující části kapitoly se proto budu podrobněji zabývat vývojovými stadii dítěte, která jsou důležitá k pochopení a predikci chování dětského pacienta.

2.3.1 Novorozenecké období

Od samého začátku života dítěte se vytváří vztah mezi dítětem a jeho matkou, která novorozeněti poskytuje péči. Pro dítě, ale i matku, je důležitý časný kontakt. Stálá přítomnost matky, kojení, vzájemný kožní i oční kontakt jsou pro rozvoj prvních sociálních reakcí dítěte velmi důležité. Péče o dítě by měla probíhat v souladu s jeho individuálním a biologickým rytmem. Od narození mají novorozenci již vrozenou

¹⁰⁷ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 136- 140.

¹⁰⁸ PÁVKOVÁ, J. a spol., *Pedagogika volného času*, s. 14.

¹⁰⁹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 35.

¹¹⁰ Srov. SIKOROVÁ, L., *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*, s. 41.

potřebu vcházet do účinného kontaktu s prostředím, svými projevy dokážou reagovat na lidský hlas, mimiku atp. Svoji nelibost projevují pláčem a brzy se z odezvy na něj naučí rozeznávat jeho účinky. Značný význam je přikládán kvalitě vztahu mezi matkou a dítětem. Je základem pro vytváření základní struktury osobnosti i způsobu, jímž se lidský jedinec vztahuje k druhým lidem i v dospělosti, a tedy i například lékařům.¹¹¹

Vymětal popisuje tři základní typy vazeb mezi dítětem a matkou:

1. Vazba bezpečná- jistá, tato vazba je v populaci relativně častá a pro dítě znamená optimální start do života. Matky skýtající bezpečí a jistotu jsou empatické (rozumějící potřebám dítěte) a v jednání s dětmi klidné a vyrovnané. Předpokládáme, že děti těchto matek jsou vnitřně stabilní, ke světu (i sobě) mají předpoklad se vztahovat s důvěrou a být sociabilní.
2. Vazba nejistá- ambivalentní: péče těchto matek o dítě kolísá (velké zaujetí- nezájem), což souvisí s tím, jak se matka sama cítí a zda je či není spokojená. U dítěte se vytváří nedůvěra jako základní charakteristika jeho vztahu k sobě i okolí, jež vnímá spíše jako nevypočitatelné. Častěji bývá úzkostné či vzdorovité, mívá tendenci k prožitkům viny.
3. Vazba nejistá- vyhýbavá: k tomuto typu vazby dochází s velkou pravděpodobností ve vztazích, kdy matky jsou vůči dítěti svým postojem odmítavé, reagují na jeho potřeby s delší prodlevou či s hněvem. Jejich děti bývají nepřátelské vůči vrstevníkům, urážlivé, snadno agresivní.¹¹²

Z hlediska vztahového je žádoucí časná vztahová zkušenost, neboť přispívá k vnitřní a vztahové stabilitě dítěte.

„Je vysoce pravděpodobné, že časná vztahová zkušenost dítěte s nejbližší osobou spoluvytváří tendenci vnímat druhé i sebe určitým způsobem, přičemž zde hraje významnou roli úzkost, její dynamika, tedy subjektivní možnosti a styl, jak se s ní jedinec vyrovnává.“¹¹³

V prvních měsících života je pro zdravý duševní vývoj dítěte důležité, aby bylo ze

¹¹¹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 34- 35.

¹¹²VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 35.

¹¹³Tamtéž, s. 36.

svého okolí zásobeno přiměřeným množstvím podnětů a to tak, jak to odpovídá vyspělosti jeho nervového systému. Je celkem pochopitelné, že pobyt dítěte v nemocnici může být takovou situací, kdy se mu podnětů nedostává, dítě nepracuje naplno, necvičí, nerozvíjí se. Z toho pramení nebezpečí, že ani později, když dítě přejde do prostředí podnětově bohatšího, nebude už schopno přívod podnětů zpracovat, vyrovnat se s normálními nároky, bude tedy vývojově zaostávat.¹¹⁴

Díky tomuto poznatku je tedy zřejmé, že pro zdárný vývoj novorozence je potřeba stálého kontaktu s matkou, případně s jinou pečující osobou, která úspěšně rozpoznává a reaguje na jeho potřeby. Je zapotřebí na tento poznatek brát zřetel a v případě hospitalizace dítěte umožnit tolik důležitou přítomnost matky, její nepřetržitý kontakt s hospitalizovaným dítětem.

2.3.2 Kojenecký věk

V tomto časovém úseku, který trvá zhruba do dvanácti měsíců od narození je pro dítě nadále životně důležitý vztah s matkou. Tento vztah je zprvu symbiotický, později začne dítě mezi lidmi rozlišovat a vyděluje matku od jiných osob. Kvalita vztahu kojence s matkou určuje míru vnitřní stability dítěte, jeho základní postoj k ostatním lidem i světu v dimenzi důvěra- nedůvěra. Matka by měla být dítěti plně k dispozici a empaticky plně uspokojovat jeho potřeby, což je předpokladem k vytvoření bazální životní důvěry u dítěte. Pro harmonický vývoj osobnosti je proto nezbytné, aby péči o dítě nadále zajišťovala jedna stálá, neměnná osoba (matka či zastupující osoba). Péče má být pravidelná, ritualizovaná.¹¹⁵

Vztahová stálost a ritualizovaná pravidelná péče umožňuje dítěti „psychologické narození“, dítě se začíná přesvědčovat, že není součástí mateřské postavy, počíná vznikat identita. V tomto časovém úseku, který trvá zhruba do dvanácti měsíců od narození, se vztah kojence k matce zvolna uvolňuje, dítě začíná vydělovat matku od ostatních, rozlišuje mezi lidmi více či méně známé osoby. Není-li dítěti zajištěna péče stálou náhradní mateřskou postavou, která kojenci zabezpečuje láskyplnou péči, či je-li matka necitlivá, dítěti se nedostává základní životní jistoty má toto za následek bazální

¹¹⁴ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 76- 77.

¹¹⁵ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 36.

životní nedůvěru, s kterou se jedinec bude později muset vyrovnávat.¹¹⁶

*„Citový vztah k mateřské osobě je pro dítě zdrojem životní jistoty, vědomí domova, pocitu příslušnosti k společenství lidí, kteří jsou spolu spojeni mnohočetnými citovými pouty. Toto citové zakotvení je pak základnou pro jeho další sociální vývoj“.*¹¹⁷

Od časného kojeneckého věku se dítě za normálních podmínek „učí“, reaguje na určité podněty určitým vyhraněným způsobem, osvojuje si spoustu sociálně významných dovedností, souhlasným chováním dospělých jsou „žádoucí“ projevy „zpevňovány“. Jestliže však při pobytu dítěte v nemocnici není nikdo, kdo by na jeho projevy reagoval, je ohrožena jeho základní schopnost učit se, zvláště, jde-li o pobyt dlouhodobý a je-li jím postiženo dítě v útlém věku.¹¹⁸

Zdravě se vyvíjející kojeneček je na konci tohoto vývojového období již individualitou a vnímá sebe od okolního světa odděleně, pohybuje se lezením, prvními samostatnými kručky, rozvíjí neverbální i verbální komunikaci, začíná vyslovovat první srozumitelná slůvka. Pro jeho pocit bezpečí a stabilitu je nadále nezbytná přítomnost matky a předvídatelné prostředí.¹¹⁹

*„Je-li nutná hospitalizace dítěte, pak jedině s matkou, jinak je vystavujeme nebezpečí psychického poškození. Přítomnost matky či jiné osoby, která o dítě pečuje, považujeme za nezbytnou i při ambulantní péči... důvodem je mírnění úzkosti a nadměrného strachu, působících jinak psychotraumaticky.“*¹²⁰

U mnoha dětí, které se nacházejí se v tomto vývojovém období a jsou hospitalizovány, hrozí vznik *psychické deprivace*, pokud kojenci není umožněna přítomnost matky či osoby zastupující, se kterou je ve vztahu. Dítě postrádá láskyplnou péči a příklon neměnné mateřské osoby. Dalším nebezpečím, které souvisí s umístěním ve zdravotnickém zařízení, je *hospitalismus*, ke kterému dochází důsledkem dlouhodobého pobytu a izolace ve zdravotnickém zařízení pakliže zde chybí programy,

¹¹⁶ Tamtéž, s. 37.

¹¹⁷ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 77.

¹¹⁸ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 77.

¹¹⁹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 37.

¹²⁰ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 38.

dítě není psychosociálně stimulováno. U dítěte pozorujeme apatii, automatizmy, projevy agresivity aj.¹²¹

2.3.3 Období batolete

Dítě se dostává do další fáze vývoje, tento úsek odpovídá prvnímu až třetímu roku života dítěte. Z kojence se stává batole, rozvíjí se jeho pohybové dovednosti. Pohybová aktivita má za následek fyzické oddalování a určitým způsobem psychické oddělování dítěte od matky. Dítě se samo vzdaluje a vrací, matčinu přítomnost při pohybu v prostoru stále kontroluje zrakem. Toto vývojové období je obdobím vytváření autonomie a uvolňování z těsné vazby s matkou. Dítě se začíná prosazovat, osamostatňovat, stává se nezávislejším, dostavuje se období vzdoru, které se projevuje negativismem.¹²²

„Lidský jedinec, obrazně řečeno, roste v odporu a vzdor je jedním z prostředků utváření osobnosti. „Já“ osobnosti člověka se zrodí, řekne-li poprvé vědomě, tedy situačně správně „ne“.“¹²³

V batolecím věku se dítě učí aktivnímu udržování tělesné čistoty, objevuje se stud, pochybnosti o sobě. Dítě si vytváří elementární představu o sobě a posléze sebepojetí na základě zkušeností se světem a s tím, jak jej rodiče hodnotí. Dítě se začíná s blízkým dospělým identifikovat. Ke zdárnému psychickému růstu je potřeba dávat dítěti najevo svoji náklonnost, umožňovat mu zažívat úspěch. Přistupujeme-li k dítěti povzbudivým a nedirektivním způsobem, přispíváme k vytvoření pozitivního sebeobrazu. Na konci tohoto období je dítě osobností s individuálním svérázem.¹²⁴

V období prvních tří let života se u dětí setkáváme s typickým reagováním na nepřítomnost matky či blízkého dospělého, separační úzkostí. *Separální úzkost* se v časném dětství projevuje zprvu protestem dítěte (neklid, pláč křik, volání matky), poté přichází fáze zoufalství (apatie, depresivní projev, pasivita), která je později

¹²¹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 37.

¹²² Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 38- 39.

¹²³ VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 38.

¹²⁴ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 39.

vystřídána fází odpoutání (dítě navazuje kontakt s osobou, která mu matku nahrazuje). Zážitek separační úzkosti v časném dětství může ovlivňovat chování k blízkým osobám v pozdějším věku.¹²⁵

Jestliže je do nemocnice umístěno dítě v batolecím věku, kdy je na matce ještě silně závislé a nezralé pro osamostatňování, může odloučením velice strádat, jestliže se pak separace protáhne na delší dobu, může být podkladem deprivace.¹²⁶

V případě nutnosti hospitalizace je proto pro dítě v tomto časovém údobí velmi důležité umožnit hospitalizaci nebo alespoň co nejčastější možnost kontaktu s matkou či jinou blízkou osobou.

2.3.4 Předškolní věk

Předškolní věk je časové údobí mezi třetím rokem a nástupem dítěte do školy. Rodinná výchova je tedy stále základem. V tomto věku nastává rozvoj dětského myšlení, fantazie, řeči, zlepšuje se paměť, koncentrace pozornosti, rozvíjí se poznání, přibývají nové vztahové zkušenosti. Dítě je zvědavé, podnikavé, rádo a soustředěně naslouchá vyprávění dospělých, příběhům a pohádkám. Aktivita a poznávání jsou samy cíle, proto bývá toto období označováno jako věk iniciativy. Zvnitřněním rodičovských příkazů se vyvíjí svědomí a vytváří se pocit viny, jež jsou důležité, stávají se vnitřním regulativem chování. Dítě touží po pochvale, snaží se být „hodné“, zalíbit se. Přejímá postoje a názory od rodičů zejména tím, jak se s nimi identifikuje, rozvíjí se také pohlavní identifikace, která je pro tuto fázi typická. Identifikace a nápodoba přispívají k socializaci dítěte, proto je důležité, aby dítě vidělo pozitivní vzory. Typické pro dítě předškolního věku jsou hry, které jsou oživené fantazií. Dítě při hře rádo spolupracuje s dalšími dětmi. Tato činnost přispívá k osobnostnímu rozvoji a psychohygieně, dítě při ní odreagovává své obavy, křivdy atp.¹²⁷

Na tomto vývojovém stupni, zvláště, je-li o dítě dlouhodobě hospitalizováno, by mu

¹²⁵ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 38- 39.

¹²⁶ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 77.

¹²⁷ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 39- 40.

měla být dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.

„Nemá-li dítě ve svém životním prostředí příležitost poznávat základní společenské role, napodobit je, „vyzkoušet“ si je v dětských hrách a prožít je a osvojit si je v přirozeném běhu života, je nutně brzděno ve svém sociálním vývoji“¹²⁸

Před vstupem do školy je již dítě rozvinutou osobností. Jeho sebepojetí je odrazem rodičovského hodnocení. Na konci tohoto vývojového období již dokáže dítě delší dobu koncentrovat pozornost a pracovat samostatně. Předškolní dítě nadále potřebuje být rodiči povzbuzováno a akceptováno, odloučení blízkých osob snáší již poměrně dobře, je schopno nepostrádat jejich přítomnost.¹²⁹

2.3.5 Školní věk

Školní věk začíná nástupem dítěte do školy a končí začátkem pohlavního dozrávání, s průvodními tělesnými a duševními změnami, což obvykle bývá ve věku od jedenácti do třinácti let. Vstup do školy znamená pro dítě výraznou změnu. Dítěti nastanou povinnosti, musí se učit, podřizovat autoritě učitele, dosahovat úspěchu. Důraz je kladen na snahu a výkon, dítě je hodnoceno a srovnáváno s vrstevníky. Role školáka se pro dítě stává významnou součástí jeho sebepojetí a identity. Hlavní zdroj uznání, ale i ohrožení pocitem méněcennosti je na počátku školního věku závislé na mínění dospělých. Dítě potřebuje pro zdravý vývoj uznání, chválu, být akceptováno rodiči i školou. Postupně rodina a učitelé ztrácí dominantní postavení a na důležitosti nabývá hodnocení vrstevníků. Dítě je často upřednostňuje před rodiči. Vnímá jejich postoje a názory, identifikuje se s nimi a touží se mezi nimi prosadit, chce být oblíbené, úspěšné. Do jaké míry sebe akceptuje a věří si, záleží na jeho uplatnění mezi vrstevníky. Ve zmíněném věkovém období se jedinec učí základním rolím daným jeho pohlavím, osvojuje si a rozvíjí svoji roli. Je důležité, aby dítě vidělo dobré vzory vzájemného jednání mezi rodiči, neboť jejich interakce je pro děti školního věku vzorem a modelem partnerského chování.¹³⁰

¹²⁸MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 78.

¹²⁹Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 39- 40.

¹³⁰Tamtéž, s. 40.

Dítě je v tomto vývojovém období již samostatné, poměrně dobře snáší lékařské zákroky i hospitalizaci. Obecně dítě v tomto věkovém období při pobytu v nemocnici již zpravidla nevyžaduje neustálou přítomnost blízké osoby, seznamuje se s hospitalizovanými dětmi, obvykle mezi nimi dokáže brzy najít kamarády. Je třeba ale vždy přihlížet k individuálním rozdílům a respektovat možný strach dítěte z ošetření či pobytu v nemocnici, zvláště pramení-li z předchozí negativní zkušenosti. Úzkost a strach činí ošetření obtížným, zhoršují průběh a léčbu onemocnění, mohou být až fobického charakteru a pokračovat do dospělosti, proto děti zasluhují zvýšenou ohleduplnost a trpělivost.¹³¹

Na tomto vývojovém stupni se dítě seznamuje se společenským životem, v kruhu rodiny, ve společnosti vrstevníků při společných hrách, soutěžích atd. Je-li na čas umístěno v tomto věku v nemocnici, může takové odloučení od rodiny povzbudit jeho vývoj k samostatnosti.¹³²

V následující kapitole charakterizují pojem volný čas. Jeho pojetí v minulosti a současnosti. Především se zaměřují na jeho vývoj se zaměřením na specifika výchovné činnosti hospitalizovaných dětí. Popisují, jak jsou zajišťovány některé aktivity volného času u dětí v nemocnici, možnosti, nabídka, interní a externí zaměstnanci, dobrovolníci, herní specialisté, nemocniční klauni.

¹³¹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 42.

¹³² Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 78- 79.

3 Volný čas

3.1 Vymezení pojmu

*„Výraz volný čas má krásný zvuk. Vyvolává většinou velmi příjemné představy“.*¹³³

Spousta chápe volný čas jako *“dobu, která člověku zbývá po splnění svých povinností ve škole, na pracovišti, v rodinném i občanském životě“.*¹³⁴

Podobný pohled na volný čas má Hofbauer *“čas, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, jež vyplývají z jeho sociálních rolí, zvláště z dělby práce a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj život“.*¹³⁵

Volný čas je často některými autory charakterizován v menším kontrastu k pracovním závazkům a z nich vyplývajících povinností, např. Vážanský naznačuje celistvý přístup k chápání člověka a připouští dualismus práce a volného času: *„člověk se totiž chápe jako nedělitelná sociální bytost, ne jako jedinec složený z pracujícího tvora na jedné straně a „volnočasové osoby“ na straně druhé. Práce a volný čas nemohou být proto posuzovány jako navzájem oddělená autonomní pole.“*¹³⁶

Volný čas lze charakterizovat jako dobu, kdy se člověk může věnovat činnostem, které má rád, přináší mu radost a uvolnění. Mezi sférou povinností a volného času nevede přesná hranice. Činnosti, které máme rádi, a jsou pro nás příjemnou zábavou, mohou být druhým člověkem vnímány jako povinnost. Povinnost nemusí být vždy prožívána jako něco nepříjemného.¹³⁷

Pávková volný čas charakterizuje takto: *„pod pojmem volný čas se běžně zahrnují odpočinek, rekreace, zábava, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání, dobrovolná společensky prospěšná činnost i časové ztráty s těmito činnostmi spojené.“*¹³⁸

¹³³ PÁVKOVÁ, J., *Pedagogika volného času*, s. 9.

¹³⁴ SPOUSTA, V., *Teoretické základy výchovy ve volném čase*, s. 116.

¹³⁵ HOFBAUER, B., *Děti, mládež a volný čas*, s. 13.

¹³⁶ VÁŽANSKÝ, M., SMÉKAL, V., *Základy pedagogiky volného času*, s. 25.

¹³⁷ Srov. PÁVKOVÁ, J., *Pedagogika volného času*, s. 9.

¹³⁸ PÁVKOVÁ, J., *Pedagogika volného času*, s. 13.

Z tohoto pohledu lze pod pojmem volný čas chápat také jako označení doby, kdy si někteří lidé svobodně volí činnosti a jsou ochotni věnovat svůj volný čas pomoci druhým v různých dobrovolnických organizacích. Činnosti, které jsou pro ně přitažlivé, vstupují do nich dobrovolně a s očekáváním, které jim přináší radost a příjemné zážitky.

Definovat volný čas lze z různých pohledů, ekonomického, pedagogického, psychologického, sociologického, filozofického, historického a dalších. S ohledem na fakt, že se tyto aspekty více či méně navzájem prolínají, nelze je při posuzování zcela oddělovat.¹³⁹

3.2 Historický vývoj

*„Volný čas existoval v průběhu lidských dějin stále, aniž by byl pocíťován jako problém, aniž by zadával příležitost k zvláštním úvahám“.*¹⁴⁰

O tom, jak trávili volný čas v minulosti děti a dospělí usuzujeme z nepřímých pramenů. Způsob trávení volného času se vyvíjel spolu se společností a rozdílly souvisely a odrážely se dle určitého časového období života společnosti. V čase zemědělce, v raně středověkých Čechách, ale i dříve, lze předpokládat, že již byl jakýsi volný čas, byl daný potřebou odpočinku a opakováním ročních období. O čase práce a odpočinku dospělých víme málo, o životě dětí v počátcích naší historie je zřejmé, že byly zapojeny do práce již od časného věku. Z analogií lze usuzovat, že základní prvky v životě zemědělce na počátku našich dějin byly podobné jako nyní, významně se změnila jejich formy a zastoupení, jedním z hlavních rysů vývoje společnosti je růst volného času. I tehdy měly děti své hry a dospívající svůj volný čas trávili ve skupinkách (na plesech, v podvečer mezi vesnicemi), což přispívalo k jejich socializaci. Vyjádření stejné sociální potřeby lze vidět v dnešních partách mladých lidí, na diskotékách atp. Postupně se volný čas stal významnou dimenzí lidského života, tyto změny probíhaly odlišně, dle sociálního postavení a společenských vrstev. Potřeba výchovy dětí ve volném čase vyvstala z důvodu oddělování bydliště a pracoviště, i místa trávení volného času. Tento trend nabral na tempu od první poloviny 19. století, kdy bylo potřeba se po vyučování postarat o volný čas dětí. Tato potřeba umožnila zrod

¹³⁹ Srov. PÁVKOVÁ, J., *Pedagogika volného času*, s. 15- 16.

¹⁴⁰ SPOUSTA, V. et al., *Teoretické základy výchovy ve volném čase*, s. 10.

aktivit a zařízení volného času. Tento proces byl pro dítě a mladého člověka osvobozením od dosavadních sociálních vazeb a výchovné podřízenosti, do popředí vstupuje zájem o nové stránky osobnosti, například rozvoj umělecké a tělesné výchovy, rukodělné činnosti atp.¹⁴¹

V následujících desetiletích dochází k postupnému zkracování pracovní doby, zavedení pětidenního pracovního týdne, pružné pracovní doby, prodlužuje se doba dovolené.¹⁴²

„Volný čas tak svým rozsahem dnes zaujímá ve struktuře lidského života první místo, druhé si zachovávají základní životní potřeby, zatímco sféra práce se s velkým odstupem dostává až na místo poslední.“¹⁴³

Tento vývoj zásadně působil na děti a mladé lidi, jednak odstraňováním námezdní práce dětí a nezletilé mládeže a také zkracováním pracovní doby rodičů a vytvářením příznivých podmínek pro výchovu dětí. Volný čas se tak stal nedílnou součástí života dětí a mládeže v průběhu dne, týdne i celého roku.¹⁴⁴

I volnočasové aktivity dětí v nemocnici prošly historickým vývojem. První zmínky o náplni volného času, resp. vyučování, v nemocnicích jsou již od 19. století. Podle nich děti v Brně- Kinderspítalu zu Cyril und Methud již v r. 1846- 47, pokud to jejich zdravotní stav připouštěl, měly duchovní vyučování a opakování v předmětech, v nichž byly vyučovány ve škole. Další zmínky přichází z r. 1929, při Thomayerově nemocnici v Praze- Krči pracují čtyři učitelky mateřské školy a dva učitelé obecné školy. Po roce 1948 na základě školského zákona č.95/1948 sb., začíná období hromadného vzniku škol při dětských nemocnicích. V současné době působí školy při mnoha nemocnicích, zejména ve větších městech.¹⁴⁵

„Již před šedesáti lety si povolali lékaři do dětské nemocnice pedagogy, neboť pochopili, že dítě se daleko lépe uzdravuje, pokud může alespoň v přiměřené míře vykonávat činnosti, na které je v průběhu celodenního režimu zvyklé. Zapomíná tak alespoň na chvíli na své trápení a odloučení a prožívá chvíle přirozeného úspěchu.“

¹⁴¹ Srov. PÁVKOVÁ, J., HÁJEK, B., HOFBAUER, B. *Pedagogika volného času*, s. 18- 20.

¹⁴² Srov. HOFBAUER, B., *Děti, mládež a volný čas*, s. 27.

¹⁴³ HOFBAUER, B., *Děti, mládež a volný čas*, s. 27.

¹⁴⁴ Srov. HOFBAUER, B., *Děti, mládež a volný čas*, s. 28.

¹⁴⁵ Srov. PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 5.

Pedagogové nabízí dětem relaxační činnost formou her, výtvarného a pracovního vytváření. Nechybí ani literární a hudební vyžití. ¹⁴⁶

Konference pořádaná Světovou zdravotnickou organizací v roce 1954 dospěla k závěru, že umístění dítěte v nemocnici přináší určité komplikace, které mohou přinášet i nebezpečí pro jeho další zdravý duševní vývoj. Na podkladě všech poznatků došlo již v letech padesátých ke snaze tato nebezpečí odstranit nebo alespoň zmírnit, hledat nové způsoby jak celé prostředí nemocnice tzv. humanizovat. Zásady humanizovaného léčebného režimu patří k předním úkolům výchovných pracovníků ve zdravotnických zařízeních.¹⁴⁷

Plevová k vývoji výchovné péče uvádí, že *„Péče o děti v nemocnicích se v posledních desetiletích značně zkvalitnila, neboť zahrnuje nejen složku léčebnou, ale i výchovnou. Duševní zaměstnání je rovnocenné s léčebnými procedurami v režimu dne.*“¹⁴⁸

3.3 Volný čas dítěte v nemocnici

Základní předpokladem současného pojetí péče o pacienty v dětském věku je komplexní péče od přijetí po propuštění. Na tomto pojetí se podílí nejen ošetřující lékař, ale také odborníci z dalších pomáhajících profesí, jako jsou speciální pedagogové a vychovatelé ve školách při nemocnicích, psychologové, herní specialisté a dobrovolníci, studenti, zdravotní klauni atd. Snaží se dítě udržet v přiměřené aktivitě a zajistit mu kvalitní trávení volného času. Volnočasové aktivity jsou pro nemocné děti připravované a realizované v závislosti na prostředí a na aktuálním zdravotním stavu a psychickém rozpoložení.

Volný čas z pohledu hospitalizovaného dítěte lze posuzovat dle základních funkcí a možností které vymezil Opaschovski (2001):

- *Funkce rekreace- zotavení a uvolnění:* tuto funkci plní odpočinek po lékařských

¹⁴⁶ Srov. FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO [online]. BRNO: FN Brno, © 2016 [2016-02-05].

¹⁴⁷ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 82- 85.

¹⁴⁸ PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 9.

zákrocích, vyšetřeních a procedurách, součástí odpočinku může být návštěva rodiny a čas strávený se svými blízkými. Rekreační funkci, ať formou pasivní či aktivní může plnit pohyb, cvičení, hry na počítači, na mobilním telefonu, surfování po internetu, konverzace se spolupacienty. Na vyplnění volného času s cílem zajistit odpočinek a zotavení nemocných dětí se podílí herní specialista, má-li ho nemocnice k dispozici a vychovatelky školní družiny, zajišťují duševní aktivitu dítěte a rozvíjí zájmovou činnost ve výtvarné, estetické, hudební a pracovní výchově.

- *Funkce kompenzace- odstraňování zklamání a frustrací:* k situaci vyvolávající

zklamání může dojít snadno, dítěti je sdělena nepříjemná zpráva, zažívá pochopitelný

stres z pobytu v nemocnici, je mu pobyt prodloužen, stesk po domově, odchod kamaráda,

spolupacienta domů atd. Snahou zdravotnického personálu, pedagogů, herních

specialistů a dalších je kompenzovat stres a zklamání obdobnými činnostmi, které byly

uvedeny výše.

- *Funkce edukace- výchovná a vzdělávací:* ve volném čase plní příprava úkolů

zadaných učitelem na další den, pomoc mladším kamarádům atp.

- *Funkce kontemplace- hledání smyslu života a jeho duchovní výstavba:* zde záleží

na věku dítěte. U vážně nemocných se velkou měrou angažuje psycholog. U věřících

děti se jedná například o modlitbu- o samotě, s kamarádem, sourozenci, rodiči.

- *Funkce komunikace- sociální kontakty:* pro dítě je důležité zachování styků

s rodinou a vrstevníky. Tomu napomáhá možnost pobytu rodiče s dítětem během

hospitalizace a rozvolnění návštěvních hodin na odděleních.

- *Funkce participace- podílení se na chodu společnosti:* děti se podílejí na chodu

nemocnice například výzdobou chodeb a jednotlivých oddělení vlastní tvorbou, pomáhají

připravovat různé akce v rámci nemocnice či školy, například soutěž, projekt atp.

- *Funkce enkulturace- potřeba účasti na kulturním životě, kulturní rozvoj sebe*

samých: z povahy hospitalizace je tato funkce volného času do určité míry snížena,

segregaci lze díky přítomnosti rodiče a zkracováním doby hospitalizace částečně eliminovat. Kulturní rozvoj dětských pacientů, kromě léčebného efektu umožňuje tvořivé vyjádření prostřednictvím umění, kreativitu napomáhá dětem rozvíjet poslech kvalitní hudby, zpěv či hra na hudební nástroj. Dětské pacienti se z areálu nemocnice dostanou málokdy, k dobré náladě a duševní pohodě jim proto, alespoň na chvíli přispěje návštěva obětavých lidí, dobrovolníků, kteří se snaží potěšit a rozptýlit zábavným programem, drobným dárkem a přináší tak i kousek světa venku a osvěžení.¹⁴⁹

3.3.1 Základní škola

Pro nemocné děti jsou při nemocnicích zřizovány speciální základní školy a mateřské školy, jejich činnost je vymezena zákonem č. 561/2004 Sb. (školský zákon) v aktualizovaném znění. Hlavním účelem těchto zařízení je poskytnout dětem vzdělávání a výchovu po dobu jejich umístění ve zdravotnickém zařízení. Přiměřené zaměstnání a rozvoj duševních schopností přispívají k zlepšování psychické pohody a prevenci psychické deprivace. Základní školy také pomáhají dítěti za pobytu v nemocnici udržet kontakt s výukovým postupem, dítěti se neodcizuje školní práce a po návratu domů se bude moci lépe zapojit do normálního školního programu bez dohánění toho, co zameškalo, je zabezpečena kontinuita výchovy a vzdělávání. Školní práce a ostatní výchovná zaměstnání v nemocnicích mají svá specifika, nesmí svým programem rušit léčení, které zde stojí na prvním místě.¹⁵⁰

Učitel musí především respektovat léčebný proces, výchova se podřizuje dennímu režimu na oddělení. Lékař rozhoduje, jak dlouhou dobu smí dítě pobývat v mateřské nebo základní škole. Učitel spolupracuje se zdravotním personálem, vzájemně se informují o zdravotním stavu malého pacienta, o změně v jeho chování. Při negativních

¹⁴⁹Srov. BLAHUTKOVÁ, M., DLOUHÁ J., *Volný čas dětí v nemocnici a kvalita života*, [online]. PFMU Brno, © 2009 [cit. 2016-02-08].

¹⁵⁰ Srov. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, s. 90.

projevech dítěte, vzhledem k délce pobytu, se snaží navrhnout řešení, například přeřazení do pokoje, kde leží optimističtější pacient stejného věku apod.¹⁵¹

Důležitá součást volného času je přisuzována škole při nemocnici a také nejruznějším mimořádným aktivitám, např. divadelním představením atd.¹⁵²

Úspěch výchovné péče v nemocnici určuje několik činitelů, které se ovšem mohou různým způsobem kombinovat, každé dítě je osobitým psychologickým a vychovatelským případem.

1. Na jakém vývojovém stupni se dítě nachází- děti umístěné na kojeneckém oddělení přinášejí jinou výchovnou problematiku než děti předškolní, či děti na oddělení školních dětí.
2. Jak vyrovnanou osobností je dítě před vstupem do nemocnice- dítě si do nemocnice přináší určitý stupeň vyspělosti, temperament, soustavu vědomostí a zkušeností, společenských návyků a postojů které byly vytvořeny dosavadní výchovou.
3. Jakou chorobou je postiženo- na některých odděleních jsou velké nároky na psychickou a výchovnou práci (oddělení chirurgické, kožní, ortopedické, nervové, psychiatrické aj.), na infekčním oddělení vyžaduje práce dodržování hygienických nařízení atp.
4. Jak dlouho se dítě v nemocnici zdržuje- je- li pobyt dítěte v nemocnici krátkodobý, směřuje výchovná péče k tomu, aby dítě netrpělo náhlou změnou situace, bylo uchráněno nepříjemných překvapení, s délkou pobytu stoupají i výchovné nároky, na odděleních dětí dlouhodobě léčených nabývá výchovná péče rozhodujícího významu.
5. Prostředí- spolupráce se zdravotním personálem- nemocnice má svou atmosféru, kterou dítě vnímá. Vytvářejí ji především vzájemné vztahy lidí na pracovišti. Platí tu v podstatě tytéž výchovné zásady jako v rodině. Jednotnost péče dodává dítěti pocit jistoty a důvěry. Vychovatel spolupracuje se zdravotním personálem, referuje o chování a negativních projevech malého pacienta, stává se, že dítě má

¹⁵¹ Srov. PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 12.

¹⁵² Srov. BLAHUTKOVÁ, M., DLOUHÁ, J., *Volný čas dětí v nemocnici a kvalita života*, [online]. PFMU Brno, © 2009 [cit. 2016-02-08].

k němu důvěru a on zastává roli tlumočnicka mezi ním a zdravotníky.

6. Spolupráce mateřské a základní školy- je velmi potřebná na jednotlivých odděleních, předškolní děti se zájmem sledují práci školáků a zapojí se např. do výtvarné činnosti základní školy, naopak školáci s povděkem přijmou hračku od paní učitelky z mateřské školy. Spolupráce probíhá nejvýrazněji v odpoledních hodinách, vychovatelka obvykle zaměstnává širokou věkovou škálu pacientů.¹⁵³

„Vychovatelé škol při zdravotnických zařízeních nejen vytváří zajímavou náplň volného času a pomáhají dětem překonat nepříjemné stránky pobytu v nemocnici nebo léčebně, ale mohou také přispívat i k léčení, protože duševní pohoda dítěte ovlivňuje jeho zdravotní stav (terapie hrou).“¹⁵⁴

3.3.2 Mateřská škola

Výchovu dětí od dvou až tří let do šesti, eventuálně do sedmi let zajišťuje mateřská škola. Cílem práce je překonat kritickou dobu dítěte během hospitalizace, zlepšit jeho psychický stav, snažit se udržet vývojovou úroveň a navrátit dítě do jeho domova bez negativních stavů. Čím je dítě menší, tím více se upíná na svou učitelku. V prostředí nemocnice, v očích malých pacientů zastupuje učitelka především rodiče, vyvolává v dítěti pocity bezpečí a jistoty, které jsou významné pro udržení sebevědomí nemocného dítěte. Práce s dětmi je individuální a variabilní dle aktuálního zdravotního stavu dítěte, je realizována ve třídách- hernách nebo na pokojích u lůžka. Třídy- herny jsou místnosti vyhrazené k výchovně vzdělávací činnosti dětí, vybavení a celkový ráz prostoru obvykle kladně ovlivňuje psychiku dítěte.¹⁵⁵

„Třídy neboli herny jsou velkým přínosem pro malé pacienty. Jsou opravdovým „pohlazením“ zejména pro nově příchozí tesknící dítě.“¹⁵⁶

¹⁵³PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 10- 12.

¹⁵⁴PÁVKOVÁ, J., PAVLÍKOVÁ, A., HRDLIČKOVÁ, V. a kol., *Pedagogika volného času*, s. 146.

¹⁵⁵Srov. PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 19.

¹⁵⁶PLEVOVÁ, M., *Dítě v nemocnici*, s. 20.

3.3.3 Herní specialista

Tato profese vznikla v Anglii v 60. letech minulého století a dnes má zde herního specialistu většina dětských oddělení. Přestože má toto povolání v zahraničí poměrně dlouhou tradici, v České republice si teprve razí cestu. Role herního specialisty spočívá v tom, že vytváří most mezi pacientem a jeho rodinou. Ale nejdůležitějším úkolem herního specialisty je být „spojencem“ hospitalizovaného dítěte. Pomáhá dítěti rozkoukat se, odpovídá na všechny otázky, vysvětluje, připravuje dítě na zákroky, pomáhá zvládnout strach a bolest. Dítě je pro něj partnerem, hledá způsoby jak ho potěšit a rozveselit, vymýšlí vhodné hry a herní aktivity. Snaží se, aby rozumělo nové situaci, k tomu používá knížky, kreslené příběhy, omalovánky a originální zdravotnické pomůcky. Povzbuzuje, uklidňuje, nabízí útěchu a podporu. Tak si postupně získává důvěru dítěte. Je důležitý také v jednání s lékaři a zdravotními sestrami, může jim pomoci řadou informací o dítěti, co je pro to které dítě nejlepší. Herní specialista nabízí pomoc také rodičům, i jim odpovídá na otázky, popřípadě poradí, koho se zeptat. V nemocnicích, kde herní specialisté pracují, jsou považováni za členy týmu, zdravotníci si uvědomují, že jim herní specialisté pomáhají a usnadňují pobyt v nemocnici malým pacientům, o které jde především.¹⁵⁷

3.3.4 Zdravotní klaun

Koncept „léčby humorem“ se rozvinul již v roce 1976, kdy Američan Gary Edwards poprvé navštívil nemocnici v roli klauna. Od té doby vyučuje a pomáhá k rozvoji projektů zaměřených na nemocniční klaunství po celém světě, upozorňuje na význam humoru v nemocnicích. V České republice založil občanské sdružení Zdravotní klaun v roce 2001, a byl oceněn Českou pediatrikou společností za dlouhodobý a významný přínos do zdravotnictví. Zdravotní klaun je člověk s přirozeným klaunským nadáním, s vrozenou empatií, schopností improvizace a kladným vztahem k dětem. Organizace Zdravotní klaun přináší humor a radost hospitalizovaným dětem, zdánlivě odkloněných z proudu života do budov nemocnic. Tím přispívá ke zlepšení

¹⁵⁷Srov. LIBOVICKÁ, L., *infokompas* [online]. Poslední úpravy 10.01.2016, [cit. 2016-01-25].

jejich psychického i celkového zdravotního stavu a to prostřednictvím speciálně vyškolených zdravotních klaunů. Profesionální zdravotní klauni navštěvují pravidelně nemocnice v ČR a jsou považováni za účinnou součást léčebného procesu¹⁵⁸.

3.3.5 Loutky v nemocnici

Motto: „*pomáháme dětem, aby se zase smály*“.

Projekt „*Loutky v nemocnici*“ se zasazuje už více než deset let o ulehčení pobytu dětí v nemocnicích a léčebnách. Činnost tohoto družení vnáší do nemocnic nejen zábavu, ale i účinný podpůrný terapeutický prvek. Spolek tvoří lidé s různým zaměřením, herci, tanečníci, výtvarníci, absolventi pedagogiky, sociologie atp., kteří se snaží prosazovat myšlenku, že hra pomáhá a urychluje uzdravování. Prostřednictvím divadelních představení, her a písniček se snaží pomoci v procesu uzdravování, otevírat prostor ke hře a komunikaci o prožívané realitě. Vědí o léčivých účincích loutek a hudby a snaží se hrou (představením) reagovat na stav nemocného dítěte, jejich činnost lze nazvat jako „aktuální terapeutické působení“. Napomáhají k uzdravování hospitalizovaných dětí nebo přinejmenším na chvíli rozptýlí dlouhou chvíli, kdy se malým pacientům smrškl svět na nemocniční pokoj.¹⁵⁹

3.3.6 Dobrovolníci

Na vyplnění volného času pacientů po dobu jejich hospitalizace je zaměřena dobrovolná činnost lidí z venku. Formou poskytování různých aktivit, například předčítání, vytváření drobných předmětů, kreseb, hraní stolních her, dobrovolníci ve svém volném čase a bez jakéhokoliv nároku na odměnu vyplňují volný čas dětí na lůžkových odděleních v nemocnicích.¹⁶⁰

V následující kapitole se budu zabývat pojmem kvalita života, zamyslím se nad možnými způsoby hodnocení tohoto pojmu, nad faktory, které kvalitu života ovlivňují,

¹⁵⁸Srov. ZDRAVOTNÍ KLAUN, [online]. © 1998 [cit. 2016-02-08].

¹⁵⁹ Srov. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, *Loutky v nemocnici*, [online]. © 2013 [cit. 2016-02-08].

¹⁶⁰ Srov. MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA, [online]. Poslední úprava 2015 [cit. 2016-01-30].

budu se věnovat kvalitě života hospitalizovaných.

4 Kvalita života

Lidé se již odedávna zabývali otázkou kvality života, byla ohniskem jejich myšlení i zdrojem jejich inspirace, toho co dělali, ale i změn, k nimž je toto pojetí vedlo. Dá-li se kvantita, vyjádřit poměrně jednoduše, například množstvím dní našeho života či počtem let lidí, kteří již odešli, pak není totéž možné říci o určení kvality života. Známý je výrok Aristotela o tom, že štěstí (a tím do určité míry i kvalita života) je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. A nejen to, i tentýž člověk v různých situacích vidí štěstí (a podobně i kvalitu života) v něčem jiném. Aristoteles říká: „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví, když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze“.¹⁶¹

4.1 Vymezení pojmu

„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života.“

David Seedhouse

Otázkám kvality života je i v současné době věnována pozornost. Lze se domnívat, že otázka stavu (kvality) života nemocného člověka (pacienta) rozvířila zájem o otázky kvality života v polovině 20. století. Vedle ryze medicínských kritérií fyzického stavu pacientů bylo třeba čerpat z širšího pojetí lidské existence.

V *makro- rovině* jde o otázky kvality velkých společenských celků. Jde o hluboké zamyšlení nad otázkou kvality života, o absolutní smysl života. V tomto pojetí je život chápán jako absolutní morální hodnota a tento závěr musí definice kvality života plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí politických úvah, například problematika boje s epidemiemi, terorismem, otázka investic do zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy atp.

V *mezo- rovině* jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, ve škole, nemocnici, pečovatelském domě, podniku, atp. V tomto smyslu jde o otázky sociálního

¹⁶¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 162.

klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, například v týmu lékařů, pečovatelek atp. O uspokojování základních potřeb člena společenské skupiny, sociální opory, sdílených hodnot atp.

Osobní- personální rovina se týká každé dané osoby jednotlivě, ať je to pacient, lékař či kdokoliv jiný. Jde o osobní- subjektivní hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu, bolesti, naděje atp. kdy každý sám hodnotí kvalitu vlastního života.

Chceme, aby náš život měl svoji kvalitu, svoje naplnění, svoji úroveň, pojem kvality života je individuální. Model kvality lidského života byl sestaven Centrem pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu, vychází z holistického pojetí kvality života. Model se opírá o tři základní životní domény – být, náležet a realizovat se. Je uveden v následující tabulce.¹⁶²

Tab. 1 –Kvalita života podle Centra pro podporu zdraví (Toronto, Kanada)

1. BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, citění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
2. PATŘIT NĚKAM (BELONGING) – spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
3. REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Také Opaschowski se zabývá kvalitou života. Rozlišuje ideální a opravdovou. Ideální kvalitu života staví proti reálné: čas strávený s přáteli oproti samotě, harmonie oproti chaosu, čas na sebe proti povinnostem a samozřejmě sny proti realitě. Ideální kvalitu života předkládá jako symbol dortu, dortu s různými přísadami a šlehačkou

¹⁶² ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*, s. 32.

nahoře. Přísady jsou základní hodnoty, cíle- rodina, ideální partner, čas, peníze, atd. Dort se však nejí celý, ale ukrajuje se po kouscích a proto je vždy jen část něčeho. Něco bude vždy alespoň částečně chybět. Šlehačka symbolizuje sny, nedosažitelné, neuskutečnitelné nebo zničené, rozplynou se stejně jako šlehačka na dortu. Ideální kvalita života je vlastně pouze ve snu. Reálná kvalita je něco úplně jiného, vždy záleží na konkrétním jedinci a jeho snech. Ideální kvalitu života ve volném čase přirovnává ke slunečnému dnu v zimě, velkému množství čokolády nebo nedělní snídani v posteli.¹⁶³ Při hodnocení kvality života je třeba si ujasnit vztah mezi cílem lékařské péče (efektivitou lékařských zásahů) a kvalitou pacientova života po určitém druhu léčení. Otázka definování kvality života opět vystupuje do popředí, viz otázky typu „co se změnilo v důsledku léčby, změnila se kvalita pacientova života“?¹⁶⁴

4.2 Měření kvality života

Jedním ze způsobů vysvětlení pojmu kvalita života jsou různá měření tohoto jevu. Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství.

1. kvalitu života hodnotí *druhá osoba*

Je možné se domnívat, že předchůdcem měření kvality života pacienta byly tzv. *Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta* (HS- Health State), které se pokusily vystihnout zdravotní celkový stav pacienta ryze z lékařského, obecně fyziologického hlediska. Jiný přístup se snaží „měřit“ vážnost nemoci dle toho, jak kvantitativně se odchyluje stav pacienta od stavu normálního, metoda nazvaná *Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu* (APACHE II). Jiným příkladem je tzv. *Karnovského index* (PSI), indexem vyjádřený názor lékaře na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu atp. Odtud byl již jen krok ke globálnímu pojetí, vidění kvality pacientova života jako jeho *celkového stavu*.

Snahy o komplexnější vystižení pacientova stavu *podle osobního zdání hodnotitele*, kterým může být lékař, zdravotní sestra, rodinný příslušník pacienta či *symbolické*

¹⁶³ Srov. OPASCHOWSKI, H., *Einführung in die Freizeitwissenschaft*, s. 278- 284.

¹⁶⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 162- 164.

vyjádření kvality pacientova života, které bylo zavedeno v našich nemocnicích a používalo k vyjádření kvality života hodnotitelem soustavu křížků, šlo především o samoobslužnost pacienta, schopnost komunikace a psychický stav.

Ve snahách o vyjádření kvality pacientova života je možné za skutečný krok vpřed považovat zavedení slovně formulovaných kritérií, např. *Index kvality života pacienta ILF* v tomto systému byla hodnocena kvalita pacientova života nejen hodnotitelem, ale také pacientem, lékaři, zdravotními sestrami, klinickými psychology atp.

2. kvalitu života hodnotí sama daná osoba

Způsob hodnocení kvality života pacienta druhými lidmi někdy vykazoval značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. To vedlo k měření kvality života tím, koho se osobně týká.

Subjektivním měřením kvality pacientova života jeho interními kritérii se ukazuje, že jednotlivé dimenze kvality zdraví mají odlišnou závažnost pro daného pacienta a jsou proměnlivé v průběhu času a situací. To, co je například pro pacienta důležité před operací, může být méně významné po operaci.¹⁶⁵

Psychologové při definování kvality života často kladou důraz na spokojenost, kvalitně žije ten, kdo je spokojen, daří se mu dosahovat cílů, které si předsevzal, rychlostí, kterou očekával, prožívá životní uspokojení.

Filosofické pozadí interního přístupu k problematice kvality života chápe člověka jako aktivní bytost, hledající smysl života, své existence. Člověk se snaží se o nejvhodnější uspořádání vlastního světa, například si neustále staví plány a cíle, ke kterým se snaží dospět. Podaří-li se mu realizovat své plány, je spokojen. Míra spokojenosti má úzký vztah k osobnímu pojetí kvality života. Míra jeho spokojenosti s kvalitou života určitého člověka je otřesena a projeví se na jeho pojetí kvality života, když realizaci osobních plánů přijde do cesty nemoc, zranění, chronické onemocnění, hospitalizace apod.¹⁶⁶

Dnes nejrozšířenější metoda diagnostikování kvality života, tzv. SEIQoL- *Systém individuálního hodnocení kvality života*. Uvedený způsob zjišťování kvality života neklade kritéria, jež by stanovila co je správné, žádoucí atp., vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co považuje za důležité.

¹⁶⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 162.

¹⁶⁶ Tamtéž, s. 169- 170.

Základní navrhované myšlenkové linie metody SEIQoL

- pojetí kvality života je *individuální*, základními daty jsou výpovědi dané osoby, vychází se z toho, jak kvalitu života definuje a jak je jí samou hodnocena
- pojetí kvality života dané osoby závisejí na *jejím vlastním systému hodnot*, který je při měření kvality života respektován
- *aspekty života*, které jsou v dané situaci a chvíli pro danou osobu podstatné, jsou jí určovány, zvažovány a hodnoceny jako závažné, v průběhu života se mohou měnit
- kriticky *závažné aspekty života* se metoda snaží poznat v rozhovoru s touto osobou
- relativní *důležitost* každého aspektu života v dané situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení¹⁶⁷

Mezi nejčastěji uváděné podněty (cues) patří: zdraví, rodina, práce, náboženství (víra), finance, vzdělání atp. Ukázalo se, že některá témata u mladších a starších lidí se v průběhu života výrazně mění, především v sociálních činnostech, aktivitách ve volném čase, životních podmínkách a víře. Tyto cílové podněty uvádějí starší lidé podstatně častěji jako důležité. Mladší lidé na druhé straně uváděli jako podstatně důležité pro kvalitu života pracovní činnost, štěstí, finance a sociální vztahy přesahující rámec rodiny. Hodnota rodiny, zdraví a nezávislosti se v průběhu věku nemění, zůstává relativně stabilní.¹⁶⁸

3. kvalita života je hodnocena kombinací 1, 2.

Pojetí kvality života je širší, než klasické pojetí zdravotního stavu, stejně tak měření kvality života má širší dimenzi. K otázkám širšího pojetí kvality života jsou určeny způsoby měření širšího rozsahu kvality života, příkladem mohou být cíle autorů metody MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life- Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný universitou v Manchesteru) jejímž cílem je „*vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak ten se mu jeví v dané chvíli*“. Jde o zjišťování spokojenosti s vlastním zdravotním stavem, sebepojetím, sociálními

¹⁶⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 172.

¹⁶⁸ Tamtéž, s. 173.

a rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím (vírou), účastí na aktivitách volného času, zaměstnáním (školou). V pozadí je záměr účelně zaměřit efektivně pomoc na daného člověka a péči o něj. Charakteristickým rysem MANSA je způsobě jak se měří každá z těchto dimenzí života daného člověka (pacienta atp.), jde o metodu zvanou LSS (Life Satisfaction Scale- stupnice spokojenosti). Sedm stupňů uvedených na vodorovné ose od minima po maximum. Metodika MANSA a jí obdobné způsoby měření širšího rozsahu kvality života jsou využívány k řízení zdravotní a sociální politiky v daném regionu, v určité populaci atp.¹⁶⁹

4.3 Kvalita života hospitalizovaného

Kvalita života nemocného člověka je dána aktuálním zdravotním stavem daného jedince a jeho dopadem na jeho psychiku. Psychické hodnocení kvality života vychází ze subjektivního prožívání jednotlivce, z jeho osobnostních charakteristik, jeho odolnosti, míry adaptability, z hodnocené toho, co chce a co se mu nedostává.¹⁷⁰

Ve všech zemích s rozvinutou lékařskou péčí se otázka kvality života dnes velmi zdůrazňuje, stala se i jedním z cílů medicíny a ústřední charakteristikou pojmu zdraví. Nalezneme ji i ve slovníku politiků, bývá součástí argumentační výbavy mocensky orientovaných a motivovaných lidí.¹⁷¹

*„Kvalita života je velmi důležitou proměnnou mající vliv na průběh a výsledek léčby, přímo ovlivňuje spolupráci pacienta a podporuje (či tlumí) žádoucí stenizující osobnostní faktory, jež souvisejí s funkcí imunitního systému. Dobrá kvalita života zamezuje vzniku situačních psychických poruch a snižuje riziko psychotraumatizace pacienta“.*¹⁷²

Pobyt v nemocnici je z psychologického hlediska mimořádně náročný, podmínky, které jsou nutné k uchování psychické pohody a vitálních funkcí lze rozdělit na tělesné,

¹⁶⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 176.

¹⁷⁰ Srov. JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*, s. 57.

¹⁷¹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 200.

¹⁷² VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 201.

psychické a sociální.

- Tělesné potřeby souvisejí s přežitím jedince, mají významný vliv na úroveň pobytu pacienta v nemocnici, ovlivňují jeho psychickou stránku. V našich nemocnicích jsou časté následující nedostatky: pacient žízní, trpí nedostatkem čerstvého vzduchu, mívá problémy s osobní hygienou, vyměšováním, špatně spí, je zbytečně brzy ráno buzen a pak dlouho čeká.
- Psychické potřeby hospitalizovaných se týkají především jistoty, že jsou akceptováni a pozitivně hodnoceni, necítí se osamělí. Opakem je nejistota, úzkost, strach. Dále potřebují mít soukromí a dle zdravotního stavu také podněty, aktivitu, pohyb, také pochopení smysluplnosti hospitalizace, že je žádoucí a že to, co musí vytrpět je nutné. Nežádoucím opakem je senzorická a informační subdeprivace.
- Sociální potřeby se s psychickými překrývají, patří mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu vedoucí k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti, pacient se nesmí dostat do izolace (k domovu, přátelům). Čím více návštěv, tím lépe, což je důležité zvláště u malých pacientů, u větších dětí je žádoucí denní kontakt s rodinou, kojenci a batolata potřebují stálou přítomnost jednoho z rodičů.

Míra a kvalita uspokojování či neuspokojování pacientových tělesných, psychických a sociálních potřeb vytváří kvalitu života pacienta, na kterou je důležité myslet po celou dobu hospitalizace.¹⁷³

¹⁷³ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 198- 199.

5 Výzkumná část

Pro výzkumnou část diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. V této kapitole vymezuji předmět mého výzkumu a základní výzkumné otázky. K jejich zodpovězení jsem zvolila kvalitativně laděný výzkum, který obsahuje analýzu dokumentů a rozhovory s rodiči hospitalizovaných dětí.

5.1 Cíl výzkumu

Diplomová práce má snahu prozkoumat a rozpoznat činitele, které ovlivňují chování dítěte a přispívají k zvládnání změny, s níž je nuceno se vypořádat při umístění v nemocnici. Klade si za cíl zjistit vliv volnočasových aktivit za hospitalizace na psychický stav a kvalitu života dítěte.

V diplomové práci se snažím odpovědět na výzkumné otázky- do jaké míry jsou volnočasové aktivity na lůžkových odděleních zajišťovány, zda a nakolik jsou přínosné pro hospitalizované dítě, kvalitu jeho života a jeho psychický stav, zda se určitá fakta, uváděná v literatuře shodují, či odlišují od praxe.

5.2 Metodologie

Neexistuje jediný obecně uznávaný způsob jak dělat kvalitativní výzkum, kvalitativní výzkum je široké označení pro rozdílné přístupy. Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva, ten k osvětlení otázek vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k vysvětlení výzkumných otázek, seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v terénu, kde se něco děje. Kvalitativní výzkum je proces zkoumání a hledání porozumění daného sociálního nebo lidského problému.¹⁷⁴

Miovský uvádí, že klíčové charakteristiky kvalitativní metody výzkumu spočívají především v přístupu využívajícím jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. V jeho rámci výzkumník cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoliv zkoumání. Kvalitativních metod využívá pro popis a analýzu nekvantifikovaných a nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů vnitřní

¹⁷⁴ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 49- 50.

a vnější reality.¹⁷⁵

5.3 Výzkumný vzorek

Výběr výzkumného vzorku pro výzkum patří obecně mezi obtížné fáze každé studie, stanovit a zdůvodnit zvolená kritéria a metody výběru souboru bývá v praxi náročné.¹⁷⁶

Vzhledem k tématice práce jsem zkoumaný vzorek získala pomocí metody výběru souboru samosběrem, která je založena na principu dobrovolnosti. Jedná se o situaci, kdy se více potencionálním účastníkům výzkumu nabídne možnost se do výzkumu zapojit a je na jejich volbě, zda tak učiní, či nikoli¹⁷⁷.

Oslovila jsem případné účastníky a informovala o možnosti se do výzkumu zapojit. Ponechala jsem na jejich rozhodnutí, zda se do výzkumu sami aktivně přihlásí. Tímto způsobem se mi podařilo získat deset respondentů, byli jimi rodiče hospitalizovaných dětí. Dotazovaní respondenti se na výzkumu podíleli z vlastního zájmu, dobrovolně, bez toho, že by jim byla nabídnuta finanční či jiná hmotná odměna. V jednom případě jsem se setkala s odmítnutím sdělit některé informace o rodině, respondentce se toto jevilo jako příliš osobní. Výzkum jsem prováděla od začátku prosince 2015 do konce února 2016. Rozhovory byly provedeny v domácím prostředí, která poskytovalo dostatek klidu pro interview. Během rozhovoru bylo respondentům položeno 8 otázek.

Charakteristika respondentů.

Charakteristiky hospitalizovaných dětí byly vytvořeny na základě informací poskytnutých samotnými respondenty, v tomto případě rodiči hospitalizovaných dětí. Respondenti byli vyzváni, aby představili rodinu dítěte, povahu a zájmy dítěte, způsoby trávení volného času a důvod hospitalizace. Některá jména jsou na žádost respondentů změněna.

¹⁷⁵ Srov. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 18.

¹⁷⁶ Tamtéž, s. 127.

¹⁷⁷ Tamtéž, s. 133.

Respondenti:

1. Alena 42 let, vdaná, syn Dominik 8 roků, v rodině žije ještě 15-ti letá dcera.

Chlapec se narodil předčasně, byl kříšen, převezen na neurochirurgii. Má voperovaný V- A shunt, zjištěna lehká mentální retardace. V současnosti je dle matky chlapec vyšetřován pro možný autismus, který zatím nepotvrzen. Navštěvuje speciální mateřskou školu, kam chodí rád, zapojuje se do hry. Vzhledem ke svému onemocnění je neobratný, nesamostatný, nutná 24 hodinová péče. Používá pleny, vyžaduje dudlík. Jeho povaha a zájmy jsou výrazně ovlivněny jeho postižením. Z volnočasových aktivit preferuje TV a hry na počítači, má v oblibě skládání puzzle, jednoduché hry, například pexeso. Naposledy byl hospitalizovaný 2 týdny na neurologii v doprovodu matky.

2. Zuzana 36 let, vdaná, dcera Zuzana 11 měsíců, v rodině žijí další dvě děti, 11 a 8 let.

Dle respondentky je nejmladší dcera od narození zdravé a spokojené miminko, spíše temperamentní, vývoj je rychlejší než u jejích starších dětí, chůze již v 10 měsících. navštěvují klub maminek, kde si dcera hraje si se svými vrstevníky a socializuje se, hodně závislá na matce. Hospitalizace 5 dní na infekčním oddělení pro salmonelu.

3. Hanka, 29 let, vdaná, dcera Tereza 3.5 roku, starší bratr 8.5 let.

Dívka navštěvuje mateřskou školu, je společenská. V neznámém prostředí se cítí dobře v přítomnosti bratra, se kterým jsou „partáči“. Již nyní ji baví „móda“, jinak ji matka popisuje jako normální dítě, které se chová tak, jako ostatní děti jejího věku. Dcera i její bratr bývají hodně nemocní, což významně ovlivňuje volnočasové aktivity rodiny. Hospitalizována byla již podruhé. Druhá hospitalizace byla plánovaná pro vyšetření reflexu jícnu, v nemocnici byla dva dny, tzn., jednu noc, matka nebyla s dcerou ubytována.

4. Mirka, 45 let, bez partnera, syn Zdeněk 5 let, nemá sourozence.

Matka chlapce uvádí, že Zdeněk je pohodový a kamarádský kluk. Jinak se ničím neliší od svých vrstevníků. Jako většina jeho kamarádů nikde moc neposedí, občas zlobí, což souvisí s tím, že je poměrně živý, miluje pohyb. Rád jezdí na koloběžce, učí se hrát na flétnu v hudební škole. O hospitalizaci respondentka uvádí, že syn byl na odstranění mandlí, zákrok bez komplikací, matka byla se synem po celou dobu hospitalizace.

5. Marie, 32 let, vdaná, syn Matěj 7 let, jedináček.

Matěj navštěvuje Základní školu, má dobré výsledky. Ve volném čase se učí hrát na harmoniku, má rád přírodu, zvířata, vodní svět. K oblíbeným činnostem patří sledování TV, především přírodopisné dokumenty, hra na PC, plavání. Byl přijat na oddělení ORL, délka hospitalizace 2 dny, pro časté infekty horních cest dýchacích byly chlapci odstraněny v narkóze mandle, matka nebyla s dítětem hospitalizována.

6. Martina, stav neuvádí, 36 let, syn Jan 8 let, mladší bratr 5 let.

Rodina žije na vesnici, oba synové tráví většinu volného času prací kolem hospodářství. Jan pomáhá i v domácnosti, chodí na nákupy. Jan navštěvuje odpolední družinu při Základní škole, zde se učí hrát na housle. Baví ho PC hry, sledování TV. Do nemocnice musel akutně pro podezření na mononukleozu, matka byla hospitalizována ve stejné nemocnici na pokoji pro matky.

7. Klára, rozvedená, 35 let, syn Samuel 5 let, dva sourozenci, starší bratr 6 let, mladší sestra 1.5 roku.

Samuel žije s maminkou a sourozenci na vesnici, navštěvuje spolu s bratrem mateřskou školu, kde se mu líbí a je zde spokojený. Bratr je mu parťákem nejen ve školce, ale také doma, kde si rádi hrají se setrou. K dalším oblíbeným činnostem patří sledování pohádek na DVD, demolice pokoje a hra na zahradě se psy. K hospitalizaci byl Samuel přijat plánovaně, na oddělení ORL, trhání nosních mandlí, celková délka hospitalizace byla čtyři dny, první den veškerá vyšetření, druhý den operace, další dny pozorování.

8. Tereza, stav neuvádí 34 let, syn 9 roků, má další tři sourozence

Chlapec je z dětí nejstarší, samotář, uměl brzy číst, od dětství hraje šachy, od sedmi let závodně. Povahově je introvert, převažuje u něj logické myšlení, největší zábavou jsou mu sudoku, křížovky, baví ho počítače, TV, internet. Hospitalizace byla první, plánovaná, předem byl domluven nadstandardní pokoj, zde byl ubytován spolu se svou maminkou. Hospitalizace měla trvat dva dny, ale pro komplikace trvala léčba s krátkou dobou propuštění 14 dní.

9. Jana, 30 let, vdaná, dcera 4 roky, sourozence nemá.

Děvčátko je dle maminky celkem společenské, má rádo kolektiv dětí. Navštěvují spolu rodinné centrum. K oblíbeným činnostem patří hra, baví ji navlékání korálků, malování, ráda si hraje s plyšáky, má ráda pohádky, hlavně večer, před spaním. Dívka byla přijata na infekční oddělení pro vysoké teploty a průjem akutně, celkem v nemocnici strávila 4 dny, 2 dny s kanylou v předloktí, matka byla celou dobu s dcerou na pokoji.

10. Eva, 28 let, bez partnera, dcera 5.5 roku, sourozence nemá.

Eva žije s dcerou u rodičů, chodí do práce, dcera je v Mateřské školce, po novém roce půjde k zápisu do Základní školy. Dítě je hodně tiché, neprůbojné, zvyklé na dospělé, spíše vyhledává společnost dospělých, ve školce má oblíbenou paní učitelku. Matka uvádí, že byla s dcerou v poradně pro školní zralost, zatím nemá písemné vyjádření. Doktorka v poradně ji upozornila, že by byl vhodný doklad. Ne že by její dcera nebyla chytrá, problém vidí v její závislosti na matce, že je ještě hodně dětská, nejistá. Doma ráda maluje, hraje hry, sleduje televizi. Ve školce se letos naučila dobře jezdit na koloběžce na hřišti. O letních prázdninách absolvovala příměstský tábor s výukou in-line bruslení. Do nemocnic byla přijata pro zlomeninu obou kostí na levém předloktí, byla operována. Hospitalizaci absolvovala bez doprovodu, matka a babička za dcerou často přicházely.

5.4 Etika výzkumu

Důležitou roli ve společenskovedním výzkumu hrají etické otázky, proto je třeba dbát při výzkumu zásad etického jednání. Především je třeba zúčastněné osoby informovat o průběhu a okolnostech výzkumu, dále je potřeba, aby případný účastník výzkumu předem souhlasil s účastí ve výzkumu, byla mu zajištěna svoboda odmítnutí odpovídat na některou z otázek. A také smí svobodně kdykoli ukončit svoji účast. V neposlední řadě musí být zajištěna anonymita účastníků. Jelikož jsou v této práci zúčastněným osobám kladeny otázky, jejichž zodpovězení může být pro některé jedince citlivé, bylo zachování anonymity a nemožnost odhalení identity prioritou. Všichni účastníci výzkumu byli ochotni sdělovat podrobnosti ze soukromí, výzkumu se účastnili

dobrovolně a souhlasili také s tím, že sdělené informace budou zveřejněny v diplomové práci.

5.5 Rozhovor

„Aby měl rozhovor správný průběh, musí tazatel vědět, co se chce dozvědět, musí klást správné otázky, které povedou k informačně hodnotným odpovědím.“¹⁷⁸

Jako metodu získávání kvalitativních dat jsem zvolila polostrukturované interview, které je zřejmě nejrozšířenější podobou interview. Na začátku výzkumu se vytváří schéma. Toto schéma specifikuje okruhy otázek, které bude výzkumník klást dotazovaným. Pro maximalizaci interview je možné dle potřeby zaměňovat pořadí, velkou výhodou je možnost klást doplňující otázky.¹⁷⁹

Z rozhovorů, které jsem vedla s rodiči hospitalizovaných dětí, jsem se snažila získat informace, které by mi mohly nalézt odpověď na výzkumné otázky

- do jaké míry jsou volnočasové aktivity na lůžkových odděleních zajišťovány
- zda a nakolik jsou přínosné pro hospitalizované dítě, kvalitu jeho života, jeho psychický stav

Z poměrně širokého spektra možností jak kvantitativní data zaznamenat, jsem zvolila audiozáznam, který dnes patří, spolu s videozáznamem, mezi nejčastěji používané metody fixace kvalitativních dat a znamenají pro výzkumníka velkou oporu a pomoc. Zvukový záznam zachycuje kvality mluveného slova, doprovodné zvuky, pomlky, je na něm vše, tak jak se odehrálo, je tedy nestranný.¹⁸⁰

Otázky kladené respondentům byly zaměřeny na prostředí nemocnice, její klima, chování personálu, informovanost pacientů. Dále byla zkoumána nabídka a průběh volnočasových aktivit a v neposlední řadě jejich vliv na psychický stav a kvalitu života hospitalizovaného dítěte.

¹⁷⁸ HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 171.

¹⁷⁹ Srov. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 159- 161.

¹⁸⁰ Tamtéž, s. 197.

Rozhovor by měl být zahájen otázkami, jež se netýkají problémových skutečností, povzbuzují dotazovaného k tomu, aby hovořil popisně, týkají se např. zkušeností, aktivit a chování jedince. V dalších fázích rozhovoru již byly získávány informace o názorech, pocitech vztahujících se k popsáním akcím a chováním. V této části interview již byla vytvořena atmosféra důvěry mezi respondentem a tazatelem.¹⁸¹

5.6 Analýza dat

Pro analýzu kvalitativních dat jsem použila metodu vytváření trsů. Touto metodou jsou určité výroky seskupeny a konceptualizovány do skupin a to například dle rozlišení určitých případů, jevů, atd. Na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami by měly vznikat skupiny (trsy). Jedná se o proces, při kterém vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do daného trsu je asociováno určitými opakujícími se znaky. Základním principem metody vytváření trsů je srovnávání a agregace dat a má dimenzi určité hierarchizace, neboť v ní prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější. Společným znakem takového trsu může být například tematický překryv, kdy výzkumník cíleně vyhledává ve výrocih osob takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu.¹⁸²

Při analýze získaných dat jsem vybrala výroky popisující různé situace, které se týkaly vlivu prostředí, chování zaměstnanců nemocnice a vliv volnočasových aktivit na psychiku a kvalitu života hospitalizovaného dítěte. Z nashromážděných výroků jsem pak konceptualizací získala základní kategorie a podkategorie reprezentující různé aspekty postojů respondentů.

5.6.1 Rozhovor- analýza

V úvodu rozhovoru jsem požádala respondenty o stručnou charakteristiku dítěte, rodiny. Zjišťovala jsem osobní vlastnosti dítěte, stupeň vyspělosti, temperament,

¹⁸¹ Srov. HENDL., J., *Kvalitativní výzkum*, s. 169.

¹⁸² Srov. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 221.

z jakého prostředí dítě pochází, jaké má návyky a jak obvykle tráví volný čas doma.

Ze získaných odpovědí jednoznačně vyplývá, že respondenti znají a umějí pojmenovat základní povahové rysy svých dětí, stupeň odolnosti proti zátěži, temperament, jejich duševní výbavu. Je zřejmé, že rodiče mají veliké porozumění pro chování svých malých dětí, svou péči přizpůsobují jejich zájmům a potřebám. Další zjištěným faktem je potvrzení toho, že každý lidský jedinec, zdravý či nemocný je jedinečná, svébytná osobnost, nelze zevšeobecnit. Také nelze srovnávat tak individuální rovinu, jakou je rodinné zázemí. Při analýze rozhovoru s respondenty je třeba si uvědomit, že také respondenti jsou sami jedinečnými lidskými individualitami. Nesporná je také citová angažovanost, rodiče přijímají své dítě takové, jaké je.

Pro polosrukturovaný rozhovor jsem stanovila tyto výzkumné otázky:

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Kategorie	Podkategorie	Konkrétní vyjádření
Prostředí	Připraven	Pro nás už je to rutina, nemocnice nám byla v minulosti takřka druhým domovem, zkrátka prostředí nemocnice známe... (Alena). Skutečnost, že, jsme v cizím prostředí jí sice na klidu nepřidala, ale zdolávala ji dobře, ona je docela

		<p>zvědavá, tak se vlastně snad i těšila, jak jí znám (Hanka).</p> <p>Je to jiné, třeba ta postel jak byla jakoby veliká, to působí, jakoby se zmenšil...(Marie).</p> <p>Byl připraven na pobyt v nemocnici a neměl strach (Tereza).</p>
	Bezpečí	<p>Pokoj pro děti byl zařízený hezky, byly v něm postýlky s ohrádkami, pouze pro dvě děti, ale hlavně jsem byla s malou víc v kontaktu, pro pocit bezpečí a bylo to i víc pohodlné, vyhovovalo nám to oběma (Zuzana).</p> <p>Jak reagovala? Tak brečela, bolelo ji to a byla asi v šoku. Pokud byla se mnou, tak byla normální, klidná. Nechala se přemluvit ke spolupráci (Eva).</p> <p>...hodně brečel, snažila jsem se ho uklidnit, měl strach, není zvyklý...padlo to i na mne (Martina).</p> <p>...pokaždé ji chvilku trvá, než se rozkouká... (Jana)</p>
	Pocit omezenosti	<p>Najednou se nám celý život smrsknul na postel, stůl, židli, mobil, hřeben a kartáček na zuby... (Hanka).</p> <p>Muset se podřídít spoustě pravidel, zákazů a omezení, i když se zdají nepatřičná a hloupá (Martina).</p>

		Negativní bylo to, že dcera musela být celou dobu jen na pokoji, ani na chodbu nesměla, tak jak se jí ulevilo, bylo náročnější ji zabavit (Jana).
	Negativní dojem	Celkový dojem z nemocnice jsem měla a stále mám velmi negativní (Klára).
	Ne- důvěra	<p>Pro nás už je to rutina... nepůsobí na nás negativně, mám z něho normální, spíš dobrý pocit, už jsem na ledacos zvyklá, taky syn reagoval bez problémů (Alena).</p> <p>Nevěděla se přesná diagnosa, hospitalizace byla akutní, nezbývalo než důvěřovat lékařům a modlit se (Jana).</p> <p>Dítě reagovalo klidně... (Mirka).</p> <p>Byl ve velmi špatném psychickém stavu, propadal beznaději, ztratil důvěru v lékaře a uzdravení, skutečně trpěl (Tereza).</p>
	Pocit domova- neosobní pokoj	<p>Na tomto lůžkovém oddělení to bylo barevné, útulné, působilo to jako takové domácí prostředí nebo jako třeba ve školce, i herna byla vesele vyzdobená (Zuzana).</p> <p>Na tom oddělení co jsme byli, tam měli hezkou hernu, slušně vybavená, vymalovaná, no ráj pro</p>

		<p>děti... (Hanka).</p> <p>...to prostředí, bílý a zelený, bylo znát, že to není dětské oddělení, bez obrázků a výzdoby... (Klára).</p> <p>Nemocniční pokoj není pokoj doma, tam máme soukromí, tady si to uvědomíte hodně, je to nezvyk, když se dítěti uleví, už chcete domů (Martina).</p> <p>Byli jsme na pokoji sami, pokoj byl zařízen, dá se říct standart, obyčejná dětská postýlka a postel pro matku, na zdi byly obrázky, tak nějak jednoduše vybavené, stačilo nám to (Alena).</p>
	Nejistota	<p>Domluvila jsem si a zarezervovala jsem nadstandardní pokoj, abych mohla být se synem, ale nevěděla jsem, do čeho jdeme. (Tereza).</p>
Personál	Vstřícný postoj	<p>Oni se k těm dětem chovají moc hezky, nedělají rozdíly, i když některé ty děti mají opravdu hodně závažné postižení (Alena).</p> <p>...pracovně určitě nic vytknout nemůžu, ochotné, pracovité, pečlivé, milé, profesionálky... (Marie).</p> <p>...personál vstřícný, byli ochotní. (Mirka).</p> <p>...já jsem na ni čekala na pokoji u její postele, doktor mi ji přinesl sám, neplakala</p>

		<p>(Hanka).</p> <p>... sestry normální, takový průměr, ani zlé, ani se nedá říct, že extra milé. Doktor ten byl solidní, velice, s malým si povídal (Martina).</p> <p>Tak sestřičky byly skvělé... (Jana).</p>
	Pocit klidu, adaptace	<p>Po celou dobu měli snahu syna udržet v klidu, odváděli jeho pozornost, mohla jsem být celou dobu s ním, držet ho za ruku nebo na klíně, nebránili mi v ničem, na prvním místě bylo udržet syna v klidu a zbytečně nezvětšovat jeho strach (Mirka).</p> <p>Při ošetřování byly sehrané, měly osvědčené postupy a triky, malou hodně chválily, jejímu strachu předcházely tím, že ji ukázaly nástroje a mohla si je sama vyzkoušet, že to nebolí, mohla vyšetřit paní doktorku (Jana).</p>
	Pocit důvěry	<p>Musíte jim důvěřovat, že dělají to nejlepší pro vaše dítě, ono nic jiného nezbyvá, naštěstí teta je zdravotní sestřička, tak jsem konzultovala zdravotní stav dcerky i s ní (Jana).</p> <p>...chyběl jim někdo blízký, ke komu mají důvěru a mohou spokojeně usnout (Zuzana).</p>

		<p>Jipku hodnotím pozitivně, je to o lidech, měla jsem k nim důvěru (Martina).</p> <p>V první řadě jsem spoléhala na tým všech lidí, kteří se kolem dětí v nemocnici pohybují. Kdyby byl problém, budou ho řešit. V tom jsem jim všem důvěřovala a jak se ukázalo, bylo to dobře. V nemocnici vím, že tam je pedagog, ne jeden, psycholog, sestřičky umí s dětmi zacházet, komunikovat (Eva).</p>
	Negativa	Chování personálu od uklízečky až po primáře bylo šílené (Klára).

Respondenti ve svých odpovědích nejčastěji zdůraznili vliv prostředí a personálu na reakce a chování dítěte umístěného do nemocnice. Jak respondenti uvedli, reakce na prostředí byla ovlivněna *připraveností dítěte*, do jisté míry souvisela s pocitem *bezpečí, důvěry, domácího prostředí*.

Negativní reakce byly z důvodu *nejistoty, neosobního, sterilního prostředí, nedostatku soukromí, omezenosti*. Jedna respondentka uvedla, že „*celkový dojem z nemocnice jsem měla a stále mám velmi negativní*“.

Pozitivní reakce byla dána *vstřícným přístupem* personálu, v odpovědích se respondenti shodují na důležitosti *pocitu klidu, důvěry*, kladně hodnotí snahu personálu o *předcházení strachu* u dětí. Pouze jedna respondentka se vyjádřila jinak, chování personálu „*bylo šílené*“.

V odpovědích respondentů je patrná jejich osobní reakce na umístění dítěte do nemocnice.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Kategorie	Podkategorie	Konkrétní vyjádření
Umožněna	Přítomnost využita	<p>Vždy mi byla umožněna hospitalizace spolu s ním (Alena).</p> <p>Ano, byla (Jana).</p> <p>Ta umožněna s počátečními nervy nakonec byla, dopadlo to tak, že jsem si pobyt v nemocnici prosadila (Zuzana).</p> <p>Celou dobu jsem byla u syna. Nebránili mi, být s ním... (Mirka).</p> <p>Pobyt současně s ním mi byl bez problémů umožněn (Klára).</p> <p>Že tam zůstanu s ním, to asi brali automaticky, nechtěla jsem ho nechat samotného (Martina).</p> <p>Ano, byla (Tereza).</p>
	Přítomnost nevyužita	<p>... čas, který ty sestřičky nemají, kdyby jim tak někdo věnoval, těm dětem co jsou bez maminek, bez návštěv, to je důležité (Zuzana).</p> <p>Přítomnost umožněna byla, pokud jste chtěli, nikdo vám nebránil být v nemocnici s dítětem. Dcera hospitalizaci absolvovala beze mě (Eva).</p> <p>Jsem se domlouvala s ním, jestli chce, ať rozhodne on. Ale vlastně pak jsem tam byla skoro pořád s ním (Marie).</p>

	Návštěvy- omezení	<p>... Návštěva dcerky se udála až úplně ke konci, přišel se na ni podívat manžel, jen přes dveře, přes sklo ve dveřích. To už bylo na druhém oddělení, tam byl přístup k rodinám pacientů o hodně volnější (Zuzana).</p> <p>Navštěvovala jsem ji, jak jen to šlo, už jsem za dcerou jela... (Eva).</p> <p>Rodinným příslušníkům byly návštěvy umožněny (Marie).</p> <p>Návštěvy na tomto oddělení jsou zavedeny tak, že na pokoji s dítětem nemůžou být více jak dva dospělí (Jana).</p> <p>Možnost návštěv jsem nevyužila, přece jen to byla krátká doba... (Hana).</p> <p>Bylo znát, že si navzájem chybí (Martina).</p>
Neumožněna	Hygienické důvody	<p>... podala mi od malé náušničky, a že si tam dceru nechají. Já s ní zůstat nesmím, a že jsou infekční oddělení a z hygienických důvodů a tak podobně, a že mají lůžka jen pro kojící maminky. Nechtěla jsem odejít ... vymýšlela další důvody, proč tam nesmím být ... (Zuzana).</p>

Všichni respondenti uvedli, že přítomnost rodinných příslušníků při hospitalizaci dítěte byla umožněna. Možnost hospitalizace lze dle odpovědi respondentů rozdělit do

kategorií- společná hospitalizace byla umožněna a umožněna nebyla, podkategorie byla využita a využita nebyla. Společná hospitalizace nebyla v jednom případě matce umožněna z hygienických důvodů, respondentka využila možnost být s dítětem celodenně. Šest respondentů možnost společné hospitalizace s dítětem využilo, tři respondenti nevyužili, i když jim byla umožněna.

Velká část respondentů uvedla, že dítě často navštěvovali rodinní příslušníci a kamarádi. Omezení návštěv bylo pouze v počtu přítomných osob na pokoji hospitalizovaného dítěte. Všichni respondenti hodnotí velmi kladně přítomnost rodinných příslušníků.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Kategorie	Podkategorie	Konkrétní vyjádření
Dotazy, nejasnosti	Fungující	<p>...doktoři i sestřičky byli vždy hodní, syna i mě si pamatují, kdykoliv jsem se mohla na cokoliv zeptat, s tím nemám problém (Alena).</p> <p>...nebyly žádné nejasnosti, nebo že by s námi nekomunikovali (Eva).</p> <p>Ano, komunikace skvělá (Martina).</p> <p>...jednou nás na pár minut navštívil pan primář klaun a jeho zdravotní sestřička, bylo to moc mi milé (Jana).</p> <p>Doktorka na oddělení skvělá, žertovala s ním, sestry dobrý, sledovaly ho, často za ním chodily (Marie).</p>
	Nefungující	<p>...připadala jsem si jak na bitevním poli, místo zbraní jsme měly slova a vedly boj</p>

		o to, kdo má pravdu nebo větší pravomoci či co a nad tím vším se ozýval křik mého dítěte (Zuzana).
Informace	Dostačující, srozumitelné	<p>... paní doktorka mi trpělivě odpovídala na moje dotazy (Jana).</p> <p>... informaci jsme měli dost, lékař byl příjemný, vzal nás k sobě do kanceláře, na to mě to teda bylo chvílemi docela odborné, když se zeptal, jestli rozumíme, tak jsem kývla a jelo se dál (Hanka).</p> <p>Informace o zdravotním stavu malé jsem dostávala úplně v pohodě, doktoři byli fajn, i sestřičky... (Zuzana).</p> <p>... mohla jsem se ptát, žádný problém, informovali nás o chodu oddělení... kdo se zajímá, ten se dozví, jsou zde nástěnky s obrázky a letáky, pokud neřeknou sestřičky (Mirka).</p> <p>Doktoři i sestry hodní, hodně jsem se ptala, pokud jsem si nebyla jistá jak postupovat nebo co nás čeká (Martina).</p> <p>...to taky bylo v pořádku, fakt, vše jsme věděli (Eva).</p> <p>Informace jsem měla a mohla jsem se ptát, ochotně mi odpověděly (Marie).</p>

	Nedostačující	Nikdo mi nic nevysvětlil. (Klára). Nebyla jsem absolutně informovaná, vše se doktorům jevílo být v pořádku, teprve později jsem se dozvěděla, že byla poškozena nějaká céva. (Tereza).
--	---------------	---

Další otázkou jsem zjišťovala spokojenost respondentů s komunikací s personálem nemocnice, míru informovanosti respondentů. I zde lze odpovědi respondentů rozdělit do kategorií a podkategorií.

Kategorie informovanost ze strany zdravotnického personálu a kategorie dotazy a nejasnosti na straně respondentů.

Podkategorie *fungující* a *nefungující*, resp. *dostačující*, *nedostačující*. Převážná část respondentů uvedla, informovanost i komunikace s personálem nemocnice byla dobrá a případné dotazy byly zodpovězeny: „*nebyly žádné nejasnosti*“, „*komunikace skvělá*“, „*kdo se zajímá, ten se dozví*“, „*mohla jsem se ptát, žádný problém*“. Z odpovědí dvou respondentů vyplývá nedostatečnost informací: „*nikdo mi nic nevysvětlil*“, „*nebyla jsem absolutně informovaná*“.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Kategorie	Podkategorie	Konkrétní vyjádření
Nabídka aktivit byla	Hračky, knížky, hry	O možnosti využívat volnočasové aktivity v nemocnici nám řekla sestřička na oddělení, nabídla nám přinést knížku nebo hračku... (Alena).
	Vychovatel, učitel, klaun	Byla tam učitelka z mateřské školy, tu jsem tam viděla asi dvakrát... bylo to moc hezké, takové pozitivní, konečně, jak to

		<p>řít, taková jiná osoba, jinak oblečená, nenutí léky, nepíchá injekce, neměří teplotu. (Zuzana).</p> <p>Klaun byl milým zpestřením dlouhého dne, jejich příchod mne potěšil, dcerka byla z návštěvy prvně zaskočena, tak jsem spíše zpívala a hrála já s nimi (Jana).</p> <p>Několikrát nás navštívila učitelka z mateřské školy při nemocnici, povídala si se synem (Alena).</p> <p>...chodila za ním paní učitelka... (Martina).</p> <p>Třeba klaun když přišel, měl nalíčený obličej a klaunovský nos, tak toho se třeba bála (Eva).</p> <p>Syn nepotřeboval ani klauny a podobné jak jsou a chodí za dětmi do nemocnice, aby nebyly smutné a neměly dlouhou chvíli, jako že za ním nepřišel, možná kdyby tam byl dlouho, ale takhle ne (Marie).</p>
	<p>Mateřská škola</p>	<p>V nemocnici jsme chodili do mateřské školy, vždy spolu, syn se někdy mírně zapojoval do hry (Alena).</p> <p>Děti si mohou hrát v mateřské školce... (Eva).</p> <p>... i děti bez doprovodu měly zajištěný program, chodily do školky při nemocnici. Přišla paní</p>

		<p>učitelka a odvedla je někam do herny nebo třídy přímo v nemocnici. A za tím, kdo zůstal na pokoji, chodila k lůžku. Zadala mu práci nebo s ním prostě něco vyráběla, ale to bylo jen u těch, které zůstaly na posteli, že nemohly odejít z důvodu zdravotního stavu (Mirka).</p>
	Herna	<p>Myslím, že byla hodně spokojená, že se taky viděla s jinými dětmi, z jiných pokojů, viděla je v herně (Eva).</p> <p>... takže jsme byly převážně tam, když to šlo, kromě jídla a tak... (Hanka).</p> <p>Mohli jsme jít do herny, tam byl dětem umožněn vstup, zde mohli sledovat televizi, ale to jsem nevyužila (Tereza).</p>
	Nové vztahy	<p>Ráno v pohodě, už mě vyhlížela z postýlky, měla zábavu, na pokoji s ní byly starší holčičky, tak si s ní hrály a povídaly jí (Hanka).</p> <p>Určitě vedou k rozptýlení a děti se naučí komunikovat také mezi sebou (Alena).</p> <p>...navázala kamarádství s uklízečkou. Líbilo se jí, že má v uchu tunýlek, a byla hodná, že si s ní povídala (Eva).</p>
	TV, DVD, internet	<p>... měl z domu mobil s připojením, sluchátka.</p>

		<p>Věděli jsme, že si smí vzít do nemocnice. Věděli jsme i o možnosti připojení na Wi- fi systém měl spojení se světem, hezky z lůžka. Takže volný čas už víte, jak strávil, bylo o něj dobře postaráno (Marie).</p> <p>Na pokoji byla televize, tak jsme si občas pustily pohádku (Jana).</p> <p>Jen televize, ta tam sice hrála stále, ale to nemůže suplovat, já vím, je to asi těžké, asi jo (Zuzana).</p> <p>Ten volný čas a hry, nebo třeba i dívání na televizi, nebo poslouchání walkmana když má zakázaný chodit a musí jen ležet, tak to určitě pomáhá k lepšímu prožívání hospitalizace (Martina).</p>
Bez nabídky	Zajišťují rodiče	<p>Nikde žádné hračky, knížky, nikdo se nás nezeptal, jestli něco takového potřebujeme, měla jsem několik knížek z domova, které jsem mu četla (Klára).</p> <p>Nabídka volnočasových aktivit se nekonala, takže jsme neměly možnost ji využít (Zuzana).</p> <p>O volný čas se, vzhledem k tomu, že jsem byla na pokoji s ním, nikdo nestaral, nezajišťoval, v průběhu hospitalizace nebyly nabídnuty žádné aktivity, byl se mnou na pokoji, o průběh volného času jsem</p>

		se starala pouze já (Tereza).
--	--	-------------------------------

V první kategorii je uvedeno, že nabídka volnočasových aktivit byla dostatečná, o volný čas hospitalizovaných dětí bylo postaráno zaměstnanci nemocnice. Respondenti často uváděli, že se jednalo o nabídku sledování TV, DVD, internetu: „na pokoji byla televize, tak jsme si občas pustily pohádku“ a internetu: „měl z domu mobil s připojením“.

Z dalších volnočasových nabídek uvedli téměř všichni respondenti mateřskou školu a hernu „děti si mohou hrát v Mateřské školce“, „v nemocnici jsme chodili do Mateřské školy“ apod., dle sdělení jedné respondentky „i děti bez doprovodu měly zajištěný program, chodily do školky při nemocnici“.

Kladně většina respondentů hodnotí setkání s klaunem „klaun byl milým zpestřením dlouhého dne“, učitelky či vychovatelky „několikrát nás navštívila učitelka z mateřské školy při nemocnici“, „povídala si se synem“, „bylo to moc hezké, takové pozitivní, konečně, jak to říct, taková jiná osoba, jinak oblečená, nenutí léky, nepíchá injekce, neměří teplotu“.

V podkategorii nové vztahy dva respondenti zmiňují přítomnost dalších dětí: „na pokoji s ní byly starší holčičky, tak si s ní hrály a povídaly jí“ druhá respondentka konstatuje, že nové vztahy „vedou k rozptýlení a děti se naučí komunikovat“, vyskytla se zajímavá odpověď Evy „navázala kamarádství s uklízečkou. Líbilo se jí, že má v uchu tunýlek, a byla hodná, že si s ní povídala“.

V druhé kategorii odpovědí zaznělo, že respondenti o volném čase rozhodovali a zajišťovali dětem sami: „nabídka volnočasových aktivit se nekonala“, „o průběh volného času jsem se starala pouze já“, „v průběhu hospitalizace nebyly nabídnuty žádné aktivity“.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Kategorie	Podkategorie	Konkrétní vyjádření
Zapojení	Aktivní	V nemocnici jsme chodili do mateřské školy, vždy spolu, syn se někdy mírně zapojoval do hry (Alena).

		<p>To ano, dcera si umí říct, je hodně komunikativní, ráda se zapojuje do jakékoliv lákavé činnosti. Pokud ji nic nebolelo, tak se zapojila... mohla chodit po chodbě, jít do herny, i ven, kdybychom chtěly (Eva).</p> <p>Dcerka se zapojila do hry... (Jana).</p> <p>Syn se zabavil tak nějak sám, to bylo důležité... (Marie).</p> <p>... dcera hrála kuželky, zabavila se (Hanka).</p> <p>Do herničky jsme šli až asi v půlce toho pobytu, krásně teda zařízená, nový nábytek, útulno, to musím pochválit, to bylo příjemné, oběma se nám herna líbila (Martina).</p>
	Pasivní	<p>Byla jak hadrová panenka. Měla v postýlce hračky, hrála si s nimi, ale ne dlouho, není zvyklá (Zuzana).</p> <p>Syn neměl o žádný program zájem (Mirka).</p> <p>Syn se v nemocnici velmi nudil, nic ho nezajímalo, byl apatický (Klára).</p>

Další otázkou jsem zjišťovala míru zapojení hospitalizovaných dětí do volnočasových nabídek, kategorii zapojení jsem rozdělila do podkategorie *aktivní* a *pasivní*.

Z odpovědí můžeme vypožorovat, že převážná část dětí se aktivně zapojila do her, což respondentky hodnotí kladně. Míra zapojení byla obvykle ovlivněna zdravotním stavem „*pokud ji nic nebolelo, tak se zapojila*“, temperamentem, případně věkem dítěte. „*dcera si umí říct,*

je hodně komunikativní, ráda se zapojuje do jakékoliv lákavé činnosti“.

Tři respondenti uvedli, že děti byly pasivní, míra zapojení byla nízká nebo žádná: „*nic ho nezajímalo, byl apatický“*, „*měla v postýlce hračky, hrála si s nimi, ale ne dlouho“*, Mirka uvedla, že „*syn neměl o žádný program zájem“*.

Matka hospitalizovaného chlapce s autismem se v rozhovoru k dané otázce vyjádřila slovy: „*v nemocnici jsme chodili do mateřské školy, vždy spolu, syn se někdy mírně zapojoval do hry“*.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Kategorie	Podkategorie	Konkrétní vyjádření
Pozitiva	Usnadňují léčbu	<p>Myslím si, že volnočasové aktivity mají na prožívání hospitalizace dobrý vliv, umožňují pacientům i ostatním pracovníkům usnadnit mnohdy těžkou dobu hospitalizace a nezřídka mají vliv na průběh léčby (Alena).</p> <p>Na prvním místě je uzdravit dítě, a pokud mu dopřejí rozptýlení, tak to je jen dobře, přijde na jiné myšlenky a i léčbě ti pomůže, prospěje to všemu (Eva).</p> <p>...ne že by nějak řešila tu sondu, ale přece jen, kdyby se nezabavila v té herně a neustálou činností a hrou, tak by si nejspíš tu hadičku uvědomovala víc (Hanka).</p>
	Rozptýlení, uvolnění	<p>Určitě vedou k rozptýlení a děti se naučí komunikovat také mezi sebou. Při hře, která mého syna baví, se uvolní, zapomene na čas</p>

		<p>a na ostatní (Alena).</p> <p>Navrhla jí, že se spolu můžou jít podívat do kumbálu, a uvidí, jak to tam vypadá. To věřím, že šla ráda, byla akce a rozptýlení (Eva).</p> <p>Udržet nemocné dítě v dobrém psychickém stavu, uspokojit jeho potřeby, zájmy... aby nepropadalo takové té prázdnotě a co nejméně tesknilo... (Mirka).</p>
	Působení radosti, zabavení	<p>...zábava, hra, cokoli co ty děti zabaví, i to divadélko... to je důležité (Zuzana).</p> <p>...to jí pomohlo se myšlenkami dostat jinam, do psychické pohody. Hodně se smála a i teď vzpomíná na klauna a jeho sestřičku (Jana).</p> <p>... když to jde, tak určitě ať si hraje, nějak se zabaví (Martina).</p> <p>Určitě hry a koukání na DVD na pohádky jí dobře zabavily (Hanka).</p> <p>Důležité bylo, že se nenudil a taky měl na nás kontakt (Marie).</p>
	Únik „jinam“	<p>Dnes hodnotím návštěvu klauna jako jeden z nejkrásnějších okamžiků v nemocnici, dcerka se zapojila do hry a to jí pomohlo se myšlenkami dostat jinam, a do psychické</p>

		pohody...(Jana).
Negativa	Apatie	... už jen koukala do stropu a nekomunikovala, ani na tu paní učitelku nereagovala, když na ni mluvila, pouze když přišla sestřička, tak začínala plakat, prostě jen ležela a tahala dudlík, ruce přivázané a ta kanyla. (Zuzana). Nedovedu si představit, že by tam byl sám (Klára).
	Zdravotní překážka	O hodnotě a vlivu volnočasových aktivit zde nemůže být žádná řeč, nic takového se nekonalo, vzhledem k průběhu léčby (Tereza).

V kategorii pozitiva se v odpovědích nejčastěji objevují podkategorie *působení radosti*, *zabavení* (5x), dalším častým prvkem, který se objevuje napříč odpověďmi, je *rozptýlení*, *uvolnění* (3x), a podkategorie *usnadňují léčbu* (3x), v jedné odpovědi respondentka uvedla *únik „jinam“*: „to jí pomohlo se myšlenkami dostat jinam, a do psychické pohody. Ze získaných odpovědí lze jednoznačně říci, že respondenti hodnotí vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace pozitivně.

V kategorii negativa jsou uváděny *apatie*, dle vyjádření respondentky Zuzana: „*prostě jen ležela a tahala dudlík*“, v další podkategorii *zdravotní překážka* respondentka Tereza uvedla: „*o hodnotě a vlivu volnočasových aktivit zde nemůže být žádná řeč, nic takového se nekonalo, vzhledem k průběhu léčby*“.

Do kategorie negativa byly zařazeny odpovědi respondentek, které nabídku volnočasových aktivit se svými dětmi z rozličných důvodů nevyužily, nemohly tedy zhodnotit objektivně jejich vliv na prožívání doby hospitalizace.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Kategorie	Podkategorie	Konkrétní vyjádření
Přispěly, pozitiva	Smích	... tak se dcerka hodně rozesmála a klaun i sestřička se toho chytli a dcerka se hodně nasmála... (Jana).
	Je klidnější, spokojenější	Když mu pustím oblíbenou pohádku, vydrží ji sledovat až do konce, někdy cituje celé pasáže, to ho baví, je daleko klidnější (Alena). Pozitivní bylo, že jsem si uvědomila, že ty moje děti jsou nejšťastnější, když se jim věnuji, když se uvolním a jsem jen s nimi (Martina).
Nepřispěly, negativní projevy	Pláč, stesk	...ty ostatní děti tam to snáší různě. Večer to bylo nejhorší, pláč se ozýval po celém oddělení, dětem se evidentně stýskalo, televize nemůže suplovat.(Zuzana). Malé děti bez doprovodu, to nešlo nevidět, jak byly nešťastné, koukaly z ohrádek, některé samozřejmě pláč, než se zhaslo (Martina).

Odpovědi respondentů ukazují na subjektivní hodnocení vlivu volnočasových aktivit na spokojenost, kvalitnější prožívání doby hospitalizace a psychickou pohodu dítěte.

Z odpovědí v kategorii *přispěly, pozitiva* vyplývá, že pokud volnočasové aktivity byly nabídnuty a dítě se jich účastnilo, objevují se v podkategorii *smích, je klidnější, spokojenější*. Například výroky: „*to ho baví, je daleko klidnější*“, „*tak se dcerka hodně rozesmála a klaun i sestřička se toho chytli a dcerka se hodně nasmála*“.

Odlíšné odpovědi v kategorii *nepřispěly, negativní projevy* ukazují především na nepřítomnost doprovázející osoby, což vedlo k podkategorii *pláč, stesk*, respondentka Zuzana uvádí: „*pláč se ozýval po celém oddělení, dětem se evidentně stýskalo*“, stejně tak Martina: „*byly nešťastné, koukaly z ohrádek, některé samozřejmě pláč*“.

5.6.2 Analýza dokumentů

Analýza dokumentů se vyznačuje rozmanitostí svého záběru, nezahrnuje pouze listiny a části textu, ale veškerá předmětná svědectví, která mohou sloužit k vysvětlení lidského jednání, mohou to být texty různého druhu, filmy, fotografie, sochy atd. Pojem analýza dokumentů je definován jako kvalitativně- interpretační analýza. Výzkumník dle svého výzkumného cíle zpracovává již existující materiál, provádí selekci, případně různé úpravy, nemůže však materiál změnit.¹⁸³

Cílem diplomové práce je zjistit, do jaké míry jsou volnočasové aktivity na lůžkových odděleních zajišťovny a zda a nakolik jsou přínosné pro hospitalizované dítě, kvalitu jeho života a jeho psychický stav. Považuji za důležité ve své práci uvést výsledky průzkumů, které provádí od roku 1994 Nadační fond Klíček. Dotazníky, které byly odeslány na všechna dětská oddělení v České republice, obsahují mj. otázky, které zjišťují, jak je postaráno o volný čas dítěte v nemocnici, kolik hodin denně má k dítěti volný přístup nepřijatý rodič, je- li stanoveno věkové omezení pro návštěvy sourozenců a pokud ano, jaké. Korekturní výsledky jsou k dispozici na webových stránkách fondu a jsou prezentací aktuálního stavu na dětských odděleních v ČR¹⁸⁴.

Analýzu dokumentů chápeme jako analýzu jakéhokoliv již existujícího materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie.¹⁸⁵

Odpovědi dětských lůžkových zařízení mohou sloužit ke srovnání s výpověďmi dotazovaných respondentů. V této části diplomové práce provedu analýzu dat uveřejněných ve výzkumu Nadačního fondu Klíček.

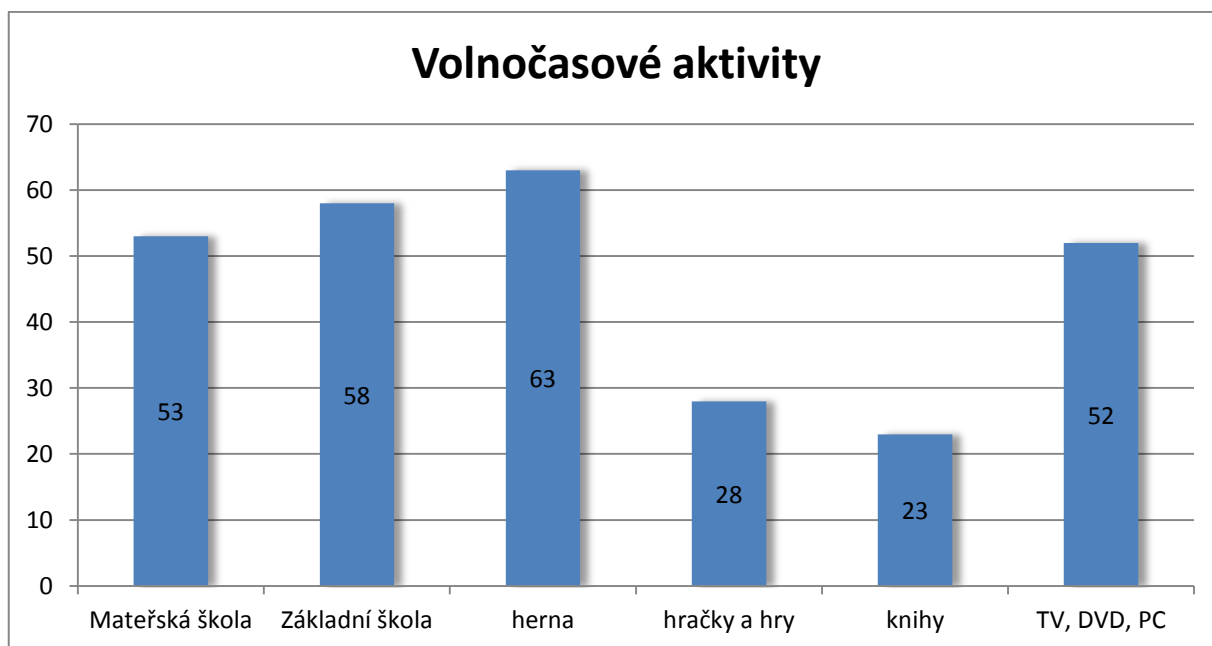
¹⁸³ Srov. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. s. 99.

¹⁸⁴ Srov. NADAČNÍ FOND KLÍČEK [online]. Praha: NF Klíček, © 2005- 2016 [2016-01-10].

¹⁸⁵ Srov. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 98.

Graf č. 1

Jak je postaráno o volný čas dítěte?



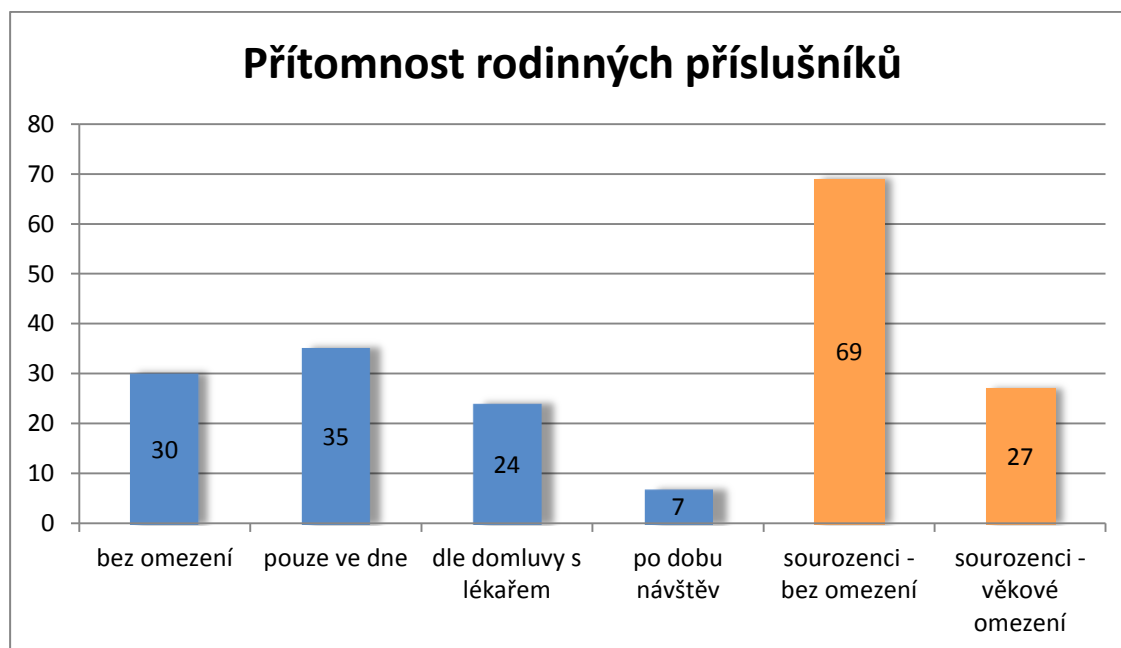
Z šetření Nadačního fondu Klíček vyplynulo, že z celkového počtu 96 oslovených nemocnic je v nejvyšší míře nabídky volnočasových aktivit zastoupena herna (63), zde může dítě trávit během hospitalizace volný čas s učitelkou či jiným dozorem. Následují Základní (53) a Mateřská škola (58), těsně za nimi je hojně zastoupena nabídka možnost užívání TV, DVD, PC (52). V nejmenší míře jsou uváděny hračky a hry (28) a knihy (23)

Mezi odpověďmi na tuto otázku mne zaujala odpověď *“na herně, kde jsou k dispozici hry a TV, DVD“*. Některé nemocnice uvedly, že o volný čas se starají zaměstnanci nemocnice a uvádějí například *„sloužící sestra, o víkendech sestry“*, *„zvýšená péče sestřiček či sestra ve svém volném čase“*, *„od 7.00 do 14.30 výchovná pracovnice“*. Z odpovědí nemocnic, které umožňují hospitalizovaným dětem výchovu prostřednictvím MŠ či ZŠ vybírám shodné odpovědi *„škola, školka- dopolední vyučování“*, nebo podobná *„škola od 8:00 do 14:00, odpoledne video, DVD“*. Zde mne zaujala odpověď *„je velká škoda, že paní učitelka nechodí i odpoledne“*. Toto zjištění potvrzuje, že nabídka trávení volného času v MŠ je poměrně hojně zastoupena, ovšem je realizovatelná pouze v dopoledních hodinách, kdy je na oddělení přítomna učitelka, v dalším čase se dětem věnují zdravotní sestry, volný čas mohou děti trávit v hernách.

Graf č. 2

Kolik hodin denně má k dítěti volný přístup nepřijatý rodič?

Je stanoveno věkové omezení pro návštěvy sourozenců?



Na otázku, kolik hodin má k dítěti volný přístup nepřijatý rodič se v odpovědích nejčastěji vyskytuje podmínka, *pouze ve dne* (35), druhou nejčastější odpovědí *bez omezení* (30) a *dle domluvy s lékařem* (24). Na posledním místě se je omezení přístupu *pouze po dobu návštěv* u 7 nemocnic.

Na otázku je-li stanoveno věkové omezení pro návštěvy sourozenců a pokud ano, jaké odpovědělo, že *žádné omezení není* 69 dětských oddělení a celkem 27 dětských lůžkových oddělení uvádí *omezení* u návštěv sourozenců nemocných dětí.

V odpovědích omezujících návštěvy sourozenců se vyskytovaly různé důvody „*po domluvě s lékařem*“, *musí být zdravé*, častá odpověď zde byla „*dle epidemiologické situace*“, také se vyskytovala omezení stářím sourozenců „*pouze děti starší 18- ti let*“ či „*nedoporučujeme, ale nezakazujeme*“.

Z výše uvedeného je zřejmé, že přítomnost rodinných příslušníků je ve velké míře dětských lůžkových zařízení respektována. Omezení styku dítěte s rodinou se vyskytovala nejvíce pro návštěvy oddělení JIP.

5.7 Interpretace výsledků

Kvalitativní výzkum byl prováděn u malé skupiny respondentů s cílem zjistit, jak jsou volnočasové aktivity v nemocnici realizovány a zda mají přínos na kvalitu života a psychický stav hospitalizovaných dětí.

Analýza výsledků ukázala, že se podařilo odpovědět na celou řadu aspektů, které se týkají psychického stavu a kvality života u hospitalizovaných dětí.

Každý z respondentů, se kterými jsem uskutečnila rozhovor pro můj výzkum, vyprávěl velmi individuální životní příběh, ve kterém lze ovšem vysledovat několik paralel s ostatními rozhovory. Prioritou respondentů je efektivně odstranit nebo alespoň zmírnit zdravotní potíže dítěte, zamezit sociální izolaci a udržet, případně zlepšit jeho psychický stav. Dobrá informovanost rodičů přispívá k důvěře v lékařskou péči.

Respondenti se shodují v tom, že pro dítě není až tak důležité prostředí nemocnice, i když líbivé prostředí hodnotili kladně, působí útulným, takřka domácím dojmem a jistě se díky němu zvyšuje šance, že se dítě bude cítit v nemocnici skoro „jako doma“. Mnohem větší důraz kladou na způsobu zacházení s nemocným dítětem. Ten považují za důležitý faktor významně ovlivňující psychický stav dítěte, stejně jako kvalitu jeho života. Z rozhovorů je zřejmé, že ve většině případů pro dobrý psychický stav malého pacienta stačí přítomnost doprovázející osoby. Dětská oddělení by měla být zařizována automaticky pro dítě i rodiče.

Volný čas, nejen v době hospitalizace, je dle respondentů důležitý, pro dítě i pro celou rodinu. Volnočasové aktivity jsou všemi respondenty hodnoceny jako velmi významné pro psychický stav dítěte, pro jeho spokojenost, kvalitu života, ovšem uvádějí, že záleží na způsobu jeho realizace. Dítě, které se necítí dobře, cítí se ohroženo, je nespokojeno se svojí aktuální životní situací se stěží zapojí do hry, byť by byla sebelákavější.

Ze získaných dat se podařilo prokázat, že volnočasové aktivity přispívají k lepšímu prožívání hospitalizace, vedou k lepšímu psychickému rozpoložení dětí a současně také zlepšují kvalitu života.

Výzkum Nadačního fondu Klíček prokázal snahu dětských lůžkových zařízení o zajištění nabídky volnočasových aktivit. Dále je zřejmé, že přítomnost rodinných příslušníků je v dětských lůžkových zařízeních v České republice respektována. Omezení styku dítěte s rodinou se vyskytovala nejvíce pro návštěvy oddělení JIP a infekční oddělení, s přihlédnutím k epidemiologické situaci.

Diskuze

Cílem vzdělání a moudrosti je, aby člověk viděl před sebou jasnou cestu života, po ní opatrně vykročoval, pamatoval na minulost, znal přítomnost a předvídal budoucnost.

Jan Amos Komenský

Ve své diplomové práci jsem se snažila na problematiku volnočasových aktivit hospitalizovaných dětí podívat z pohledu pedagogického, psychologického, sociologického, filosofického a historického.

Studiem odborných publikací, zabývajících se problematikou hospitalizovaných dětí, jsem byla dovedena k poznatku, že dítě, které je z důvodu hospitalizace vytrženo z domova, odloučeno od rodičů a blízkých osob, zažívá pochopitelný strach ze své nemoci a bolesti která ji provází. Citovaní odborníci se shodují v názoru, že stres z pobytu v nemocnici, obavy z lékařských zákroků, stesk po domově a nečinnost mají vliv na psychiku dítěte a kvalitu jeho života.

V první teoretické kapitole se zabývám termínem nemoc, nemocnice, historickým vývojem, současností, moderními trendy a přístupy k léčbě nemocného člověka, humanizací nemocnic se zaměřením především na psychickou stránku průběhu nemoci. Na rozdíl od minulosti má dnes dětský pacient k dispozici vysoce specializované zdravotnické služby, nemoc lze obvykle úspěšně diagnostikovat a léčit. Nadměrná specializace ve zdravotnictví ovšem občas vede ke ztrátě komplexního pohledu na nemocného, proto se moderním trendem stává uplatnění poznatků z klinické a vývojové psychologie v nemocničním prostředí. Cílem léčebné péče je celostní pojetí nemoci, tzv. humanizovaná léčebná péče, což předpokládá týmovou spolupráci odborníků, včetně všech zdravotnických pracovníků, aby zdar léčby nebyl vykoupen psychickým otřesem nebo jinými duševními poruchami, tedy dosažení co nejlepšího zdravotního i duševního stavu malého pacienta. V praxi to také znamená změnu od tradičního paternalistického modelu, orientovaného na lékaře a nemoc. Ve snaze předejít možnému nepříznivému důsledku odloučení je doporučováno do nemocnice, společně s malým dítětem, přijímat i jeho matku a umožnit návštěvy rodinných příslušníků, eventuálně kamarádů.

V druhé kapitole se zaměřuji na psychický vývoj dítěte předškolního a mladšího školního věku a zabývám se obecnou charakteristikou tohoto období, rozvojem konkrétních oblastí. U dětských pacientů je důležité počítat se značnými individuálními rozdíly, proto je vhodné při nabídce volnočasových aktivit zachovávat naprosto individuální přístup, který je předpokladem úspěchu. Nelze očekávat, že aktivity, které jsou dítěti příliš vzdálené, nesrozumitelné, budou pro něj přitažlivé. Proto by nabídka všech činností měla zohlednit celkový aktuální zdravotní stav, odpovídat vývojové úrovni daného dítěte, jeho intelektovým schopnostem. Znalost, podpora a respektování emocionální, rozumové a biologické potřeby dítěte v jeho jednotlivých vývojových meznících je pro zdárný pobyt dítěte v nemocničním zařízení a míru zapojení do volnočasových činností zpravidla rozhodující.

Ve třetí kapitole podávám stručný přehled o volnočasové praxi při zdravotnických zařízeních od minulosti až po současný stav. V nemocničním provozu existuje řada možností volnočasových aktivit, které je vhodné využít k ztlumení a odstranění nebezpečí, o kterých se zmiňují citovaní odborníci, ve svých publikacích. K dosažení pozitivního vlivu volnočasových aktivit na kvalitu života a psychický stav dítěte, by se měli podílet odborníci z dalších pomáhajících profesí, jako jsou speciální pedagogové a vychovatelé ve školách při nemocnicích, psychologové, herní specialisté a dobrovolníci, studenti, zdravotní klauni, atd. Snažit se dítě udržet v přiměřené aktivitě a zajistit mu kvalitní trávení volného času na lůžkovém oddělení. Volnočasové aktivity by měly být pro nemocné děti připravované a realizované v závislosti na prostředí a na aktuálním zdravotním stavu.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na pojem kvalita života se zaměřením na vztah mezi zdravotním stavem, volným časem a kvalitou života. Opaschowski přirovnává kvalitu života k symbolu dortu, který by měl být požitkem, přinášejícím stále sladké emoce. Několikvrstevným fenoménem skládajícím se z mnoha přísad. Šlehačka je snem a představuje cenné, těžko dosažitelné cíle, které se někdy rozplynou. Odpočinek a aktivita jsou dva protipóly, chceme oba a ve stejné míře. Představy o šťastném životě jsou málo konkrétní a mlhavé. Realizace je jen částečná a nikdy úplná. Zdraví je sice základ „kvality života“, ale jeho důležitost se směrem nahoru v pyramidě ztrácí. „Kvalita života“ je suma mnoha malých radostí ze života, které alespoň částečně zprostředkovávají pocit dosáhnutí osobních cílů.

Míra a kvalita uspokojování či neuspokojování pacientových tělesných, psychických a sociálních potřeb vytváří kvalitu života pacienta, na kterou je důležité myslet po celou dobu hospitalizace.

V poslední, páté kapitole, zpracovávám kvalitativně laděný výzkum zaměřený na vliv volnočasových aktivit na psychiku a kvalitu života hospitalizovaných dětí předškolního a mladšího školního věku. Z výzkumu vyplývá pozitivní vliv volnočasových aktivit na psychiku a kvalitu života hospitalizovaného dítěte při respektování základních poznatků již výše zmiňovaných odborníků.

Závěr

Umístění dítěte v nemocnici představuje v životě dítěte náročnou událost, proto si tato problematika zaslouží zvláštní pozornost. Záleží na mnoha faktorech, jak dítě tuto životní změnu prožije a jaký bude mít vliv na utváření jeho osobnosti, jeho psychický stav, do jaké míry ovlivní kvalitu jeho života.

Teoretická část práce byla vedena snahou o objasnění problematiky a k prohloubení porozumění. Jednotlivé kapitoly teoretické části diplomové práce, názory odborníků k danému tématu, přispěly k hledání odpovědi na otázku, zda volnočasové aktivity ovlivňují psychický stav hospitalizovaného dítěte a kvalitu jeho života.

Praktickou část diplomové práce formovala snaha o přiblížení se k odpovědi na výzkumné otázky- do jaké míry jsou volnočasové aktivity na lůžkových odděleních zajišťovány, zda a nakolik jsou přínosné pro hospitalizované dítě, kvalitu jeho života, jeho psychický stav a současně zda se určitá fakta, uváděná v literatuře shodují, či odlišují od praxe.

Z výzkumu se podařilo prokázat, že většina lůžkových zdravotnických zařízení má snahu o zajištění volného času dítěte. Ovšem ne každé zdravotnické zařízení s lůžkovou částí pro děti má nabídku volnočasových aktivit pro hospitalizované děti v dostatečné míře, tzn. není v jejich možnostech pozitivně působit na psychický stav dítěte.

Ze získaných dat se dále podařilo prokázat, že volnočasové aktivity přispívají k lepšímu prožívání hospitalizace, vedou k lepšímu psychickému rozpoložení dětí a současně také zlepšují kvalitu života. Současně z výzkumu vyplynulo, že neméně důležitou složkou pro kvalitu života a psychický stav hospitalizovaného dítěte je přítomnost blízké osoby, nejlépe matky.

Volnočasové aktivity přispívají k lepšímu prožívání hospitalizace, vedou k lepšímu psychickému rozpoložení dětí a současně také zlepšují kvalitu života.

Dále se výzkumem podařilo prokázat, že se fakta uváděná v literatuře shodují s praxí. Zdravotní personál nemůže uspokojit všechny potřeby hospitalizovaných dětí, zdravotní úkony jsou prioritou. Dítě předškolního a mladšího školního není samo schopno dosáhnout vlastními silami naplnění těchto potřeb.

Výzkumem bylo jednoznačně prokázáno, že péče, která zajišťuje pouze uspokojení základních (fyzických, zdravotních) potřeb dítěte je nedostačující. Celodenní přítomnost a péče blízké osoby o hospitalizované dítě je prevencí psychické deprivace, kterou je dítě při pobytu na lůžkovém oddělení ohroženo následkem neuspokojování jeho základních psychických potřeb. Dítě předškolního a mladšího školního není samo schopno dosáhnout vlastními silami naplnění těchto potřeb.

V tomto ohledu se shodují s názory odborníků, více využívat pomoc rodiny, pro kterou není obtížné udržovat dítě v kvalitní životní pohodě, být v prostředí nemocnice, oni nejlépe dokážou rozptýlit náladu dítěte, mají čas se dítěti věnovat, předčítat z knihy, hrát hry nebo jen naslouchat.

Seznam použitých zdrojů

Knihy

- [1] ČEJKA, J. *Dětská nemocnice. Procházka historií*. 1.vyd. Brno: Fakultní nemocnice Brno, 2002. 62 s.
- [2] HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. 239 s. ISBN 978- 80- 7419- 106- 0.
- [3] HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 175 s. ISBN 80-7178-927-5.
- [4] JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
- [5] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- [6] KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 192 s. ISBN 80-247-7874-2
- [7] MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.vyd. Jinočany: Nakladatelství H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-860022-92-7.
- [8] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN:80- 247-1362-4.
- [9] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2.vyd. Praha: Academia, 2003. 336 s. ISBN 80-200-0628-1.
- [10] OPASCHOWSKI, H. *Einführung in die Freizeitwissenschaft*. 5.vyd. Wiesbaden: VS Verlag, 2008. 344 s. ISBN 978- 3- 531-16169- 3PL
- [11] PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, zdravotně sociální fakulta, 2008. 120 s. ISBN 978- 80- 7368- 506- 5.
- [12] PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1997. 53 s. ISBN 80-210-1551-9.
- [13] SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Praha: Grada,

2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

[14] SPOUSTA, V. *Teoretické základy výchovy ve volném čase*. 1.vyd. Brno: MU Brno, 1994. 183 s. ISBN 80-210-1007-X.

[15] SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

[16] SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 248 s. ISBN 80-7254-424-1.

[17] ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikovatelné v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

[18] VÁŽANSKÝ, M., SMÉKAL, V. *Základy pedagogiky volného času*. 1.vyd. Brno: Paido, 1995. 176 s. ISBN 80-901737-9-9.

Internetové zdroje

[19] BLAHUTKOVÁ, M., DLOUHÁ, J., Volný čas dětí v nemocnici a kvalita života, [online]. PFMU Brno, © 2009 [2016-02-08]. Dostupné na WWW: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/dlouha2_cze.pdf>

[20] FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO [online]. BRNO: FN Brno, © 2016 [2016-02-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.fnbrno.cz/zakladni-skola-pri-fn-brno/t1062>>

[21] LIBOVICKÁ, L., *infokompas* [online]. Poslední úpravy 10.01.2016, [cit. 2016-01-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.infokompas.cz/clanky>>

[22] NADAČNÍ FOND KLÍČEK [online]. Praha: NF Klíček, © 2005- 2016 [2016-01-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.klicek.org/hospital/index.html>>

[23] ZDRAVOTNÍ KLAUN, [online]. © 1998+ [cit. 2016-02-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdravotniklaun.cz/poslani/>>

[24] ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, *Loutky v nemocnici*, [online]. © 2013 [cit. 2016-02-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.loutkyvnemocnici.cz/cs/pro-media.htm>>

[25] MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA, [online]. Poslední úprava 2015 [cit. 2016-01-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.mnof.cz/2014/04/17/novi-dobrovolnici-na-oddeleni-dermatovenerologie-a-detskeho-lekarstvi/>>

Přílohy

Příloha I. Přepis rozhovorů

Otázky pro výzkum:

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Prispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

I. Alena, 42 let, vdaná + 7- letý syn Dominik, v rodině žije ještě 15- ti letá dcera.

Syn se narodil předčasně, v 36 týdnu těhotenství, po porodu nastaly komplikace, byl kříšen, měl krvácení do mozku, byl převezen na neurochirurgii, kde mu voperovali shunt, tam byl včetně novorozenecké JIP asi 6 týdnů, jeho start do života byl dost náročný. Operace dopadla dobře, pustili nás domů, ale byly další vážné komplikace, tak jsem s ním v nemocnici skončila zase, byl znovu operován, od té doby jsme v nemocnici byli několikrát pro opakované komplikace a zhoršení stavu, má za sebou několik hospitalizací v rozsahu 14 dní až 6 týdnů, musíme pravidelně chodit na kontroly, to je nezbytné, máme podezření na autismus. Syn má voperovaný V-A shunt. Je neobratný, na nic mu dávám pleny a vyžaduje dudlík. Nejvíc energie musím vynakládat na jeho stavy, kdy jej nelze zvládnout, když nemá svůj den, zlobí, je dráždivý, musím mu věnovat stálou pozornost, vše se mu musí hned přizpůsobit, pokud ne, propukne u něj afekt zuřivosti. Důležité je zachovat klid, nezmatkovat, už jsem většinou připravena. Syn půjde v září do speciální základní školy, již je nejvyšší čas, ve školce je z dětí nejstarší. On se vyvíjí dobře, ty potíže na začátku způsobily, že je jeho vývoj sice nerovnoměrný, v něčem zaostává, sám se třeba nenají ani neobleče. Oproti svým vrstevníkům potřebuje stálý dohled, neustále být s ním, třeba si ho nevšímat, jen ne aby byl úplně bez dozoru nad ním, bez vedení. Má například různá omezení, ani ne třeba pohybové omezení, sice nechodí sám ven, neorientuje se ani v nejbližším okolí

našeho domu, ale více je opožděn v psychických funkcích, paměť má výbornou, komunikuje. Víím, že musíme být opatrnější než rodiče normálních dětí, ale to už od začátku, těch omezení je víc, vozím ho do speciální mateřské školy do města, u nás na ani v okolí tenhle typ školky není, on tam má kamarády a režim přizpůsobený jeho postižení, hodné paní učitelky, co si můžu víc přát, chodí, mluví, má kamarády, jako jiní zdraví kluci. Ve školce se mu líbí, má rád společné hry s dětmi, je rád v kolektivu dětí. Jen je u něj potřeba zvýšené péče. Takhle to беру. Jsem ráda, že byt' je Máme ještě starší dceru, ta je na základní škole a letos bude končit, má 15 let, hodně mi pomáhá se synem, když potřebuji. Stalo se, že jsem syna vezla v noci do nemocnice a tam nás nechali, takže jsem domů pouze volala a několik dní řídila na dálku, to odloučení a navíc bydlíme 40 km od nemocnice, to bylo opravdu náročné, dcera byla malá, chodila do 1. třídy, manžel do práce, zvládnout jsme to museli, byli i slzičky, prostě to na člověka někdy padne, ale musíte to zvládnout, nedat na sobě nic znát. Volný čas je pro mého syna důležitý, potřebuje hodně odpočinku vzhledem ke svému postižení, hodně času tráví celá rodina spolu, nejraději jen tak doma, syn má teď v oblíbené skládání puzzle, takové jednoduché hry, třeba pexeso ho baví, hraje hry na počítači, u toho je stále, samozřejmě se rád dívá na televizi, hlavně na pohádky, taky hračky, auta, stavebnice, i hračky po sestře, ale hry na tom počítači vedou.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Tak pro nás už je to rutina, nemocnice nám byla v minulosti takřka druhým domovem, zkrátka prostředí nemocnice známe se synem za tu dobu dobře. Nepůsobí na nás negativně, mám z něho normální, spíš dobrý pocit, už jsem na ledacos zvyklá, taky syn reagoval na umístění bez problémů, byla jsem vždy s ním.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Vždy mě byla umožněna hospitalizace spolu s ním. Návštěvy byly při všech hospitalizacích dovoleny celodenně, syna vždy potěšilo, že za ním přišla sestra, babička s bratranci, radoval se z dárků, které dostával. Čím je starší, tím více se na návštěvu těší, přivítá i pokud za námi přijde někdo z okruhu mých známých, zapojuje se do povídání, vypráví zážitky. Sama taky potřebuji kontakt s přáteli, přijít na jiné myšlenky, probrat třeba i co vysílají v televizi a tak různě.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

S komunikací nebyl problém nikdy, vše mi bylo podrobně vysvětleno, vždy srozumitelným způsobem. Doktoři i sestřičky byli vždy hodní, syna i mě si pamatují, kdykoliv jsem se mohla na cokoli zeptat, s tím nemám problém, když něco nevím, tak se zeptám, nesetkala jsem se nějakou negativní reakcí nebo tak. Musí se to taky dobře načasovat, když se ptáte nebo něco potřebujete, něco co počká, jestli je to důležité, když vidí, že se ptáte opravdu, až si nevíte rady, tak příště když sestřičku voláte, ochotně hned přijde, že tuší, že to nebude jen nějaká prkotina. Někdy to tady vidím, že se maminky ptají opravdu na nepodstatné věci, ten doktor taky nemá tolik času, aby mohl pořád dokola vysvětlovat, třeba se ho stále ptají na to, co už jim řekl nebo na co jim nedokáže zatím dát jasnou odpověď, jestli bude dítě dělat to a to a přitom se ten pacient teprve probírá z narkózy. Možná je to tím, že už jsem víc ostřílená tady v tom prostředí. Oni se k těm dětem chovají moc hezky, nedělají rozdíly, i když některé ty děti mají opravdu hodně závažné postižení.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

O možnosti využívat volnočasové aktivity v nemocnici nám řekla sestřička na oddělení, nabídla nám přinést knížku nebo hračku, syn měl hračky z domova, tak to jsem nechtěla. Nechala tam omalovánky, že kdyby měl syn dlouhou chvíli a chtěl jí nebo někomu něco namalovat. A mně půjčila nějaké časopisy. Byli jsme na pokoji sami, pokoj byl zařízen, dá se říct standardně, obyčejná dětská postýlka a postel pro matku, na zdi byly obrázky, tak nějak jednoduše vybavené, stačilo nám to. Několikrát nás navštívila učitelka z mateřské školy při nemocnici, povídala si se synem.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

V nemocnici jsme chodili do mateřské školy, vždy spolu, syn se někdy mírně zapojoval do hry.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Myslím si, že volnočasové aktivity mají na prožívání hospitalizace dobrý vliv, umožňují pacientům i ostatním pracovníkům usnadnit mnohdy těžkou dobu hospitalizace a nezdítku mají vliv na průběh léčby. Určitě vedou k rozptýlení a děti se naučí komunikovat také mezi sebou.

Prispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Při hře, která mého syna baví, se uvolní, zapomene na čas a na ostatní. Sám by ale asi hru dlouho nezvládl, potřebuje neustále pozornost, je na ní závislý, stačí být nablízku a kývat když se na cokoliv zeptá, že jsem s ním. Když mu pustím oblíbenou pohádku, vydrží ji sledovat až do konce, někdy cituje celé pasáže, to ho baví, je daleko klidnější.

II. Zuzana, vdaná, 36 roků, tři dcery 11 a 8 roků, hospitalizovaná dcera 11 měsíců

Dcera je nejmladší ze tří dětí, má dvě sestry, 11 a 8 roků, jsem s ní doma, nikdy nebyla nemocná, naopak, ve srovnání s jejími staršími sestrami, je od narození naprosto zdravé a spokojené mimiko, vyvíjí se rychleji než holky, vedla jsem jim takové deníčky, třeba chodit začaly až ve 13 měsících a malá už teď obchází postýlku a pouští se a to jí nebyl rok. Mám takové srovnání. Někdy je vzteklá, dožaduje se pozornosti, celkově je taková víc temperamentní, říkáme jí kukačka, jakoby nepatřila do naší rodiny, jsme docela flegmatici, nikam nespěcháme. Volný čas trávíme společně, celá rodina, užíváme si, že jsou děti ještě relativně malé a jsou s námi rády. Nejmladší dcera, no je čilá, má hodně hraček, dokáže se zabavit i sama, jsou to takové ty rituály, zavedený režim dne, snídaně, holky do školy, procházka a nákup, stále dokola, každý den, odpoledne si s malou hrají většinou holky, večer musí být pohádka, ty vyprávím, nečtu, uspávám nejčastěji já.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Do nemocnice nás odeslala obvodní doktorka, malá už od středy zvracela, na pátek byla domluvena kontrola při potížích, přidal se průjem, a to paní doktorka rozhodla, ať zajedeme do nemocnice, že je před námi víkend, ať se na malou podívají a rozhodnou. Ptala se, jestli jsme přijely autem, když ne, tak ať jedeme do nemocnice městskou. A ať zavolám manželovi, kdyby si mě tam s malou nechali, ať je připravený mi tam přinést osobní věci. Do nemocnice jsme dojely v pohodě, na infekčním ji zvažili a vše okolo příjmu, sestřička s námi vyšla na chodbu, a že si malou „půjčí“, odnesla ji do nějakých dveří. Za chvíli se vrátila a podala mi od malé náušničky, a že si tam dceru nechají. Já s ní zůstat nesmím, a že jsou infekční oddělení a z hygienických důvodů a tak podobně, a že mají lůžka jen pro kojící maminky. Nechtěla jsem odejít, taky kojím, zavolala doktorku, ta argumentovala podobně, vymýšlela další důvody, proč tam nesmím být,

mimo jiné, že jak k tomu přijdou ostatní děti, když nemají doprovod, že sice pokoj pro maminky mají, nemají ale postel, jen jednu a tu mají pro případ, že by přišla kojící matka, a já stejně teď nesmím kojit, když má malá průjem s podezřením na nějakou infekci, ať toho využiju, můžu ji „odstavit“ a další a další důvody proč ne. A že mám být rozumná! Připadala jsem si jak na bitevním poli, místo zbraní jsme měly slova a vedly boj o to, kdo má pravdu nebo větší pravomoci či co a nad tím vším se ozýval křik mého dítěte. Tak to byl asi nejhorší okamžik z celé hospitalizace. Prosadila jsem si alespoň to, že mě k ní na chvilku pustí, stále jsem opakovala, že neodejdu, dokud neusne a že vím jak ji uklidnit a uspat. Stačilo přijít k postýlce, fakt něco hrozného vidět ji tak, uřvaná, zničená. Jen jsem přišla k malé, hned se uklidnila, byla upoutaná k posteli obě ruce i nohy, obinadlem, něco děsivého, byla úplně vyčerpaná tím křikem, stačilo na ni promluvit, pohladit po tvářičce a hned usnula. Celou dobu mě sledovala sestřička i s doktorkou, asi abych malou neodnesla, snad pochopily, že své dítě umím utišit, když brečí, uklidnit když má strach, uspat, když je potřeba. V tu chvíli jsem věděla, že ten boj stál za to.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Tak umožněna s počátečními nervy nakonec byla, dopadlo to tak, že jsem si pobyt v nemocnici prosadila. Sice až po absolvování vyšetření, už ani nevím, co chtěli, pomohla mi dětská doktorka z obvodu. Ale ty nervy, to bylo zbytečný si myslím, já nejsme konfliktní, mám ráda klid, raději ustoupím, jenže tady to opravdu nešlo. Dcera byla na tomhle oddělení 5 dnů, zjistili jí salmonelu, od soboty jsem mohla být přes den s ní, ani nechci vědět, co bylo v noci z pátku na sobotu. Při prvním kontaktu mě vyděsilo, že byla jak opilá, ptala jsem se, proč je malá tak malátná, napadlo mě, že jí něco dali na uklidnění, to mi nepotvrdili, to se prý už dávno nedělá, ale znám svoje dítě, její pohyby, tohle opravdu nebyla ona, najednou byla malátná, hlavička jí visela, prostě jsem jim nevěřila, museli jí něco dát, asi aby byla klidnější. Nebo jako prevence proti vytrhnutí kanyly, tu měla zavedenou v levé ruce, upoutání muselo být nepohodlné. Později jsem četla i na netu, že dětem dávají Diazepam atp. Zajímavé bylo, že další dny již dcera reagovala tak, jak ji znám, jsem přesvědčena, že byla něčím utlumená. Měla jsem židli u postýlky, na tom pokoji byly ještě další dvě děti a miminko, to často křičelo, upozornila jsem na to pokaždé sestru, ale nevšíмали si ho, ať si brečí, musely by

ho nejspíš chovat a na to neměly čas. Já jsem musela dodržovat hygienická pravidla, to pro mě nebyl problém, jen jsme těžko odolávala nestrčit dudlík tomu miminku do pusinky, aby nekřičelo, obvykle se ukřičelo do spánku. Občas mu sestřička dala mu dudlík, to bylo vše. To bylo očividné, jak tomu prekovi chyběl kontakt, ta náruč maminky. Návštěva dcerky se udála až úplně ke konci, přišel se na ni podívat manžel, jen přes dveře, přes sklo ve dveřích. To už bylo na druhém oddělení, tam byl přístup k rodinám pacientů o hodně volnější. Já jsem byla s rodinou v kontaktu fakticky stále, poněvadž jsem se vracela domů přespat.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Pak už to bylo jen lepší, zlepšovala se to tam, sestřičky byly docela fajn, byla jsem hlavně ráda, že můžu být s malou, postupně mi dovolili dceru odvázat, pochovat a tak, dokonce večer umýt, což bylo náročné pro tu kanylu. Přicházela jsem ráno, když malá přes den usnula, domluvila jsem si „přestávku“ a šla se projít po areálu nemocnice, na jídlo, na čokoládu z automatu a tak podobně. Sestřička se bavila tím, že jsme s malou sešrané, sotva se začne vrtět a probouzet, zrovna přicházím z přestávky na oddělení, večer odchod domů až malá usnula. Na tom další oddělení jsem byla v pokoji s další maminkou, už jsem mohla tam i spát na pokoji pro maminky, nocleh odmítla, že nám to takhle vyhovuje a tak to necháme tak jak to je. Jinak informace o zdravotním stavu malé jsem dostávala úplně v pohodě, doktoři byli fajn, i sestřičky, co mi vadilo, že nechávali to malé dítě tolik řvát, i při krmení ho nechali v postýlce, tím, že mám kojence, cítím, jak by bylo pro to opuštěné dítě asi fajn, kdyby je někdo vzal do náručí a přivinul. Ne, nadzvedli mu lehce hlavičku a strčili láhev do pusinky, odříhnout a zpátky do postýlky.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Volného času v nemocnici je opravdu hodně, je to tam dlouhé, pocítila jsem to na té židličce opravdu i fyzicky, žádný pohyb. Nabídka volnočasových aktivit se nekonala, takže jsme neměly možnost ji využít. Byla tam učitelka z mateřské školy, tu jsem tam viděla asi dvakrát, v pracovní den to bylo, je možné, že jsme se třeba jindy minuly, mohla jsem být pro u automatu, když tam přišla, nevím, občas jsem odcházela, když malá spala. Ona si povídala s chlapečkem, který byl na stejném pokoji jako my, donesla mu knížky a povídala se s ním. A domluvila se s ním, že zase přijde, to bylo moc hezké, takové pozitivní, konečně, jak to říct, taková jiná osoba, jinak oblečená, nenutí léky,

nepíchá injekce, neměří teplotu. Byla tam ještě holčička, ale ta už jen koukala do stropu a nekomunikovala, ani na tu paní učitelku nereagovala, když na ni mluvila, pouze když přišla sestřička, tak začínala plakat, prostě jen ležela a tahala dudlík, ruce přivázané a takanyla. Byla jak hadrová panenka. Malá měla v postýlce hračky, hrála si s nimi, ale ne dlouho, není zvyklá, snažila jsem se jí zabavit. Například jsem jí hrála divadlo, aby se nenudila, nejdřív jen tak s plyšáky, protože jsem nic jiného neměla, pak už jsem měla loutky z papírových kapesníků, tak tu improvizaci sledovala nejen moje dcera, ale i další dvě děti. Tak jsem to divadlo hrála i další dny, od premiéry po derniéru. Při večerní vizitě mi doktor řekl, že by potřebovali víc takových maminek, že se ty děti mají, že tam jsem, že je to velká pomoc i pro zdravotníky. Co na to chcete říct? Ty ostatní děti tam to snášejí různě. Večer to bývalo nejhorší, pláč se ozýval po celém oddělení, dětem se evidentně stýskalo a chyběl jim někdo blízký, ke komu mají důvěru a mohou spokojeně usnout. Na tom dalším oddělení již to bylo jiné, tam prý nebyl žádný problém s ubytováním maminek. Pokoj pro děti byl zařízený hezky, byly v něm postýlky s ohrádkami, pouze pro dvě děti, ale hlavně jsem byla s malou víc v kontaktu, pro pocit bezpečí a bylo to i víc pohodlné, vyhovovalo nám to oběma. Na tomto lůžkovém oddělení to bylo barevné, útulné, působilo to jako takové domácí prostředí nebo jako třeba ve školce, i herna byla vesele vyzdobená. Zde jsem se mohla pohybovat volně po oddělení, malá ne, ta zůstávala v pokoji, ale to zvládala bez pláče, věděla, že přijdu, jen sledovala dveře a byla zamlklá. Byla tam druhá maminka, povídaly jsme si, pohlídaly děti navzájem, ona tam byla i ubytovaná, byla zdaleka, nemohla by dojíždět a hlavně, měla to domluvené dopředu. Pokoj pro maminky byl někde na konci chodby, docela asi blízko. Naše děti byly skoro stejně staré. Tam mohly i návštěvy, to bylo super.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Sama za sebe a ze své zkušenosti musím říct, že zábava, hra, cokoli co ty děti zabaví, i to divadélko, prostě čas, který ty sestřičky nemají, kdyby jim tak někdo věnoval, těm dětem co jsou bez maminek, bez návštěv, to je důležité. Zabavit je, dětskou hrou, písničkou, divadélkem, čímkoliv co jim udělá radost a přispěje k lepší náladě. Zvláště na odděleních odkud nemůžou do školky nebo do herny, co to je já nevím dvacet

minut u postýlky paní učitelka, nebo k Mikuláši od asi dobrovolníka, což nevím, nám nic nedal, nepředstavil se, dětem položil na stolečky čokoládovou figurku, stejně ji nemohly rozbalit a sníst, měly dietu, chvíli se zdržel a šel dál. No nevím. Jen televize, ta tam sice hrála stále, ale to nemůže suplovat, já vím, je to asi těžké, asi jo.

III. Hanka, 29 let, dvě děti, hospitalizovaná dcera 3.5 roku

Děti máme dvě, kluka 8.5 roku a dceru, 3.5 roku, oba bývají často nemocní, dcerka hlavně se zánětem průdušek, na to dostává antibiotika, často jsem s ní s práce doma, v práci si беру ošetřování člena rodiny nebo dovolenou, když už je toho hodně, babička ještě pracuje a manželovi rodiče bydlí 350 km od nás, ti mi nepomohou. Syn chodí do školy, dcera do školky, byla jsem s dětmi dlouho doma, teď od září jsem nastoupila do práce, je to docela náročné, uvidíme, snad to klapne. Naše děti, to jsou parťáci, drží při sobě, malá občas žaluje, jinak většinou se spiknou proti nám, umí se i poprat, ne moc často, to ne, on je silnější, říkáme mu, že ji musí chránit, to on se snaží, třeba botičky ji nazouvá, pomáhá s oblékáním, i manžel ho k tomu vede. Dcera je parádnice, už teď, vybírává na oblečení, i s holčičkami ve školce to řeší kdo má jaké oblečení. Co malou baví je hra s panenkami, má domek, taky rád maluje, rozdáváme pak obrázky, i doma jich máme hodně na zdech, jinak ta školka, tam víc není než je, jak už jsem říkala, je často nemocná, teď od podzimu, chodí tam ráda, zkraje byly problémy, to tam nechtěla, teď už si docela zvykla, našla si kamarádku. I hry má ráda, to hrajeme všichni, celá rodina, to nás baví všechny. Při výchově pamatujeme na to, že dítě je dar a úkol od Boha, zaslouží si lásku a dobré zacházení.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Moje dcerka byl hospitalizovaná již podruhé, poprvé to byla maličká, měla asi týden, tam to bylo jen jeden den, noc a den, prostředí nemocnice příjemné, pokoj jen pro mě a moje miminko, teprve jsme si na sebe zvykaly, sestřička mě dokonce učila správně kojít, škoda, že to nebylo taky už u syna, toho jsem nekojila ani v porodnici, tam byly problémy, že byl nedonošený a pak už to kojení nešlo. Večer mi sestřička donesla kojící polštář, že je to praktická věc a byla, prostě si na tu první hospitalizaci nemůžu stěžovat, naopak, chvála, chvála, jasně, jsi v nemocnici, žádný luxusní hotel, čtyři hvězdičky. Tahle druhá hospitalizace, to bylo ve stejné nemocnici, a taky dobrý,

musela jsem to domlouvat nadvakrát, prostě klasika, měly jsme nástup, ale to už byly venku podzimní plískanice, takže dostala rýmu, tak to nešlo, dítě musí být zdravé, protože při vyšetření jícnu má dítě sondu zavedenou nosem, po dobu 24 hodin, tím se měří jak ten jícn funguje, kdyby to bylo hodně špatné, tak nám řekli, že se dělá operace, ale nejdřív se to léčí farmakologicky, operace je spíš výjimkou, když je to hodně špatné, když léky nezabírají, což je jen v mimořádných případech. Takže informací jsme měli dost, lékař byl příjemný, vzal nás k sobě do kanceláře, na mě to teda bylo chvílemi docela odborné, když se zeptal, jestli rozumíme, tak jsem kývla a jelo se dál. Skutečnost, že, jsme v cizím prostředí ji sice na klidu nepřidala, ale zdolávala ji dobře, ona je docela zvědavá, tak se vlastně snad i těšila, jak ji znám.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Když dávali malé tu sondu, to jsem tam nebyla, to jí dával ten doktor, určitě mu pomáhaly sestřičky, někde na sále nebo v ordinaci, já jsem na ni čekala na pokoji u její postele, doktor ji přinesl sám, neplakala.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Doktor mi vysvětlil, co mám dělat, co a jak, vždy se zeptal, jestli rozumím a jestli se chci na něco zeptat. Malá měla v nose hadičku dozadu za ucho a přilepenou náplastmi, asi jim tam řvala, i ten doktor říkal, že se s ním teď nebaví, že je na něj našťvaná, říkal jí, že teď už se nemusí bát, že je v bezpečí, ale smál se, on byl takový pohodář, vyzařovalo z něj něco pozitivního, znovu mi řekl co a jak, jestli všemu rozumím a že se uvidíme ráno. Mou největší snahou bylo uhlídat tu hadičku a rozptýlit malou, aby ji co nejlépe snášela. To je asi přirozené. Malá byla v pohodě, klidná, tu hadičku si netahala, ani neříkala, že by ji vadila, že ji nechce. Večer docela dlouho trvalo, než malá usnula, doma usíná dříve a tady ne a ne, takže já sama jsem se do postele dostala až kolem půlnoci. Ráno v pohodě, už mě vyhlížela z postýlky, měla zábavu, na pokoji s ní byly starší holčičky, tak si s ní hrály a povídaly jí. Tu sondu jí vyndávali zase někde v ordinaci, nenabídli mi, jestli u toho chci být, čekala jsem v pokoji.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

V nemocnici na tom oddělení co jsme byly, tam měli hezkou hernu, slušně vybavená, vymalovaná, no ráj pro děti, fůra hraček, televize, DVD, mohly jsme tam být bez omezení, pokud nemáte svoje hračky, tak si tam můžete i vzít na pokoj.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

V herně jsme byly skoro celý den, tam ji to bavilo si hrát a bylo tam útulno, skoro jako bychom nebyli v nemocnici, i další mamky s dětmi tam byly, příjemné prostředí bylo lákavé nejen pro malé. Takže jsme byly převážně tam, když to šlo, kromě jídla a tak, dcerka hrála třeba kuželky a dětské domino.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Zhodnotit to asi úplně nemohu, přece jen to byla krátká hospitalizace.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Určitě hry a koukání na DVD na pohádky ji dobře zabavily, ne že by nějak řešila tu sondu, ale přece jen, kdyby se nezabavila v té herně a neustálou činností a hrou, tak by si nejspíš tu hadičku uvědomovala víc. Taky ji mohla, vlastně musela překážet a trošku se jí odlepovaly náplasti, tak jsme ji spravovaly. Na pokoji si hrála nebo sledovala ostatní děti, které se k ní měly a různě ji hladily a podávaly panenky. Spala se svým oblíbeným polštářkem, říká mu František, je to takový kačer, už ho má dlouho, je na něm závislá. Možnost návštěv jsem nevyužila, přece jen to byla krátká doba, uteklo to rychle, kdybychom tam byly déle, tak to by za námi přišel určitě tatínek i s malým, to by se nám po nich stýskalo, takhle jsme si volali, nebyl problém, to stačilo.

IV. Mirka, 45 let, 1 dítě, syn 5 let

Syn je jedináček, další sourozence nemá a mít nebude, už mám svůj věk a jsem s ním sama, bez partnera. Chodí do školky, rád jezdí na koloběžce, naučil se sám, pohyb miluje. K nejoblíbenějším činnostem bych řekla, že patří devastace čehokoliv, co mu přijde do cesty, devastuje byt, hračky, elektroniku, všechno, moc nikde neposedí, je jak živé stříbro. Nemoci se nám úspěšně vyhýbaly, nikdy moc nemocný nebyl, teploty, kašle a takové ty dětské nemoci, teda jako úplně malý, to jsem s ním musela do nemocnice, měl obtíže s ledvinami, nečůral, strávili jsme v čekárně 2.5 hodiny, hodně pozdě v noci, jediná starost, když jsme konečně vešli do ordinace, jestli máme zaplacený pohotovostní poplatek, nemohla jsem najít ten lísteček, za tu dobu čekání a manipulace s malým a všemi věcmi co jsem měla sebou jsem nevěděla kam se ztratil, pak vyšetření v ordinaci měla doktorka hotové za pět minut, takže vlastně nejvíc zájmu

věnovaly sestra a doktorka nejdřív tomu papírku, kdybych ho nenašla, tak musím jít zaplatit znova, uklidnily mě, že už nebudu muset čekat. Naštěstí po zdravotní stránce dobrý, to ho ošetřily a tak. Nebylo to na hospitalizaci. To byla moje první zkušenost s nemocnicí, kam jsme se teda letos dostali.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Dítě reagovalo klidně, to mě se do téhle nemocnice po oné zkušenosti nechtělo. Hodně jsem uvažovala jít do jiné, v jiném městě mě napadlo, to se může, ale nakonec padlo rozhodnutí, že budeme v této, byla prostě asi nejvhodnější, hlavně dostupná a svoji roli sehrálo i to, že to tu známe, jsem možná konzervativní, ono se toho na internetu najde hodně, různá doporučení, ale často se maminky v názorech rozcházejí, nakonec jsem vsadila na tuhle nemocnici. Kdoví, jestli by to bylo jinde lepší, asi ne.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Celou dobu jsem byla u syna. Nebránili mi, být s ním, byli vstřícní k nám oběma. Měl odstraněné mandle, byl šikovný, žádná komplikace. Za tři dny jsme jeli domů.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Jak už jsem říkala, personál byl příjemný, vstřícný, všichni byli ochotní, mohla jsem se ptát, žádný problém, po celou dobu měli snahu syna udržet v klidu, odváděli jeho pozornost, mohla jsem být celou dobu s ním, držet ho za ruku nebo na klíně, nebránili mi v ničem, na prvním místě bylo udržet syna v klidu a zbytečně nezvětšovat jeho strach. Na oddělení nás stručně informovala sestra o chodu oddělení. Něco jsem vlastně věděla ještě před příchodem, to jsem dostala nějaké pokyny, když jsem zde byla, co sebou a jak je to s návštěvami.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Trávení volného času je v nemocnici pro děti zajišťováno hodně, kdo se zajímá, ten se dozví, jsou zde nástěnky s obrázky a letáky, pokud neřeknou sestřičky, dokonce můžete i ven, záleží na tom, s čím tam dítě leží, jakou má diagnosu. Pokud jsem si všimla, i děti bez doprovodu měly zajištěný program, chodily do školky při nemocnici, byla tam i divadelní představení, v programu na prosinec kouzelník, nebylo to špatné. Pravidelně pro děti chodí paní učitelka a odvedla je někam do herny nebo třídy přímo v nemocnici. A za tím, kdo zůstal na pokoji, chodila k lůžku. Zadala mu práci nebo s ním prostě něco vyráběla. Ale to bylo jen u těch, které zůstaly na posteli, že nemohly odejít z důvodu

zdravotního stavu.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Syn neměl o žádný program zájem, myslím to tak, že s dětmi se nespřátelil, nejevil zájem si hrát, byl nezvykle klidný. První den to bylo celkem pochopitelné, nejednalo se o závažný zákrok, ale užil i své, moc nemluvil, hodně spal. Já jsem až později pochopila, že to nicnedělání a časté pospávání se projeví večer, dlouho usínal a nespál tak tvrdě, jak je u něj obvyklé. Ne že bych ho v nemocnici budila, spánek ctím, raději jsem ho udržovala v bdělém stavu. Dokonce i sestřička když přišla na pokoj s léky a teploměrem a uviděla, že syn pospává, nevzbudila ho, nechala mi tabletku a teploměr na později. Další den jsem ten volný čas rozdělila, dopřála mu oblíbené činnosti, co zná z domu, koukání na telku, čtení, i to krmení zabralo čas, tak aby neměl dlouhou chvíli, aby měl dost podnětů.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Určitě je přínosné dopřát dítěti nějaký program, jinak se ukouše nudou, pro maminku by to neměl být problém, zná své dítě, ví, co ho baví, co mu udělá radost, u čeho vydrží, samozřejmě za dodržení léčebných omezení. Kdo jiný dokáže nemocné dítě zabavit i když musí třeba jen ležet, hlavně být tomu dítěti nablízku? A nějak ho zabavit. Aby nemyslel na nemoc, zpříjemnit mu to tam. To je důležité, Určitě musím říct, že si cením snahy všech lidí v nemocnici, jak se starají o zdraví svých pacientů a ještě při tom všem nezapomínají na lidský přístup k dětem. Mají empatický a naprosto individuální přístup zvláště k těm dětem, které jsou malé a kterým tam chybí máma. A jsou v nemocnici takto opuštěné, odloučené od blízkých osob. Nedá se tomu zabránit úplně, těch slziček bylo celkem dost. Je to jistě náročné, pro dítě i pro personál.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Měla jsem snahu udržet své nemocné dítě v dobrém psychickém stavu, uspokojit jeho potřeby, zájmy, nezapomenout jak křehká je někdy hranice mezi dobrem a zlem, aby nepropadal takové té prázdnotě a co nejméně tesknil. Třeba tím, že bude mít hodnou sestřičku, která se mu bude často věnovat, aby mu nebylo smutno za maminkou. Já jsem byla s jedním dítětem a byla jsem docela vyčerpaná, přivítala bych nějaké střídání. Syn je již dobrý, je zdravý, na nemocnici vzpomíná, i si vymýšlí, jaké to tam bylo, jak už

jsem říkala, je v pořádku a devastuje.

V. Marie, 32 let, jedno dítě, syn 8 let

Syn je docela normální kluk, úplně normální, se vším co k tomuto věku patří, docela klid'as, ale umí se někdy vzteknout, to my už víme kdy, nesnáší nespravedlnost, zastává se slabších třeba, taky ve škole, s klukama tady, a holčičky, to už ve školce, jak je bránil, na to vzpomínáme, i má jizvu jak ho za to jedna kousla, na zádech, úplně mu prokousla kůži. Sourozence zatím nemá. Nevím no, co mám o něm říct, je opravdu docela normální, tak nějak. Škola ho baví, šel do ní o rok později, měl ten odklad, učí se dobře, dělá nám radost, babičkám, manželova je učitelka, u té to má dobré, za jedna. Je ve školním parlamentu, učí se hrát na harmoniku, od malinka chodil do hudebky, to ještě ve školce začal, to hrál na flétničku, teď už moc ne. Co víc? Tak má rád přírodu, zvířátka, broučky, vodní svět, v televizi když je nějaký dokument, to hltá, třeba když jsme byli u moře, se vydržel koukat pod hladinu se šnorchlem celý den, jen jsme kontrolovali, kde kouká z vody ten konec šnorchlu, tak tam zkrátka byl, potápěčské brýle, šnorchl a pak měl opálený záda, černá záda a zbytek bílý, blek end vajt. Utrhnout větvičku kočiček? To se na mě díval, jak na největšího padoucha že je to pro včeličky, nic netrhat. Ovšem když potkáme brouka, to je něco jiného, má krabičky, ty má u sebe, ty jako nosí, od sirek a takové, aby si ho mohl prohlédnout, sbírá je.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Že půjde do nemocnice, bylo domluvené. Byl tam na odstranění mandlí pro časté infekce horních cest dýchacích, na ORL, trvalo to jen dva dny.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Musím přiznat, že mě nenapadlo být tam s ním. Byly tam maminky s malinkými dětmi, to chápu. Když se mě zeptali, jestli s ním chci být, že je tam možnost pobytu rodiče s dítětem, tak jsem se domlouvala s ním, jestli chce, ať rozhodne on. Ale vlastně pak jsem tam byla skoro pořád, s ním. Všechno to šlo docela rychle, pro ně je to rutina, to byl příjem, podepsala jsem informovaný souhlas, krátce na to ho vzali na výkon, nečekala jsem někde v předsálí, šla jsem se projít, to až asi jsem měla strach, myšlenkami jsem byla stále u něj, v duchu mu posílala pusinky, on mi při loučení řekl, ať se nebojím, úplně obráceně, že? Na pokoji, kam ho přivezli z pooperačního, jsem ho

viděla potom, asi za, já nevím dvě hodiny, asi, to už nevím, asi nějak tak, tak ten první pohled na něj, musela jsem být v klidu, snažila se, jako by se nic nedělo, byl v pořádku, jen jsem ho hladila a držela za ruku, slzy na krajíčku, byla jsem ráda, že jsem u něho. Je to jednoduchý zákrok, tam jich dělají hodně, každý den, bolesti neměl, je to jiné, třeba ta postel jak byla jakoby veliká, to působí, jakoby se zmenšil, byl v ní tak nějak malý, ztracený, stejně vás to semele, teda mě ano. Máte strach, o to vaše dítě, může se cokoliv stát, že, to se snadno řekne, nemysli na to, jenže to kolikrát nešlo, nervy, těm neporučíte, to je určitě normální když jste rodič.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Doktorka na oddělení skvělá, žertovala s ním, sestry dobrý, sledovaly ho, často za ním chodily. Prostě informace jsem měla a mohla jsem se ptát, ochotně mi odpověděly, o tom jak to proběhlo, výkon, co bude, i před propouštěním, to stejné. Žádné komplikace naštěstí nebyly, kdybych to měla celkově zhodnotit, ještě k tomu něco říct, jsem říkala i doma, že by neškodilo ze strany toho personálu, myslím sestry, když se chovají, že ani nepozdraví, když vejdou na pokoj, tak to mi vadilo, to je podle mě základ, asi je to nikdo nenaučil, měl by jim někdo dát lekci slušného chování, když tohle neví, to i uklízečka pozdravila nás oba, když přišla, ne všechny sestry byly takové nosánek nahoru, i ty mladý, pozdravily na chodbě když jsem je potkala, patrně nevěděly ani kdo jsem, ale pozdravily, tak to je slušnost. Ale jak říkám, tohle mi docela vadilo, kdybych měla říct, co bylo pro mě negativní, tohle určitě, sice je to jen taková maličkost, pracovně určitě nic vytknout nemůžu, ochotné, pracovité, pečlivé, milé, profesionálky, jen tohle.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Volný čas v nemocnici? Co tam, tam toho moc nestihl, měl z domu mobil s připojením, sluchátka. Věděli jsme, že si smí vzít do nemocnice. Věděli jsme i o možnosti připojení na Wi- fi systém. Lze si zjistit ještě před příchodem, je to na stránkách že to umožňují pacientů i na dětském oddělení, ale moc se o tom neví. Tak to mu nechybělo nic, měl spojení se světem, hezky z lůžka. Docela bych doporučila pro školáky, mohou se domlouvat s kamarády, jsou zvyklí takhle se bavit, jsou v kontaktu.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Tak volný čas už víte, jak strávil, bylo o něj dobře postaráno, ty hry a tak to zabere času! Takhle to tam měli hodně děti, že leželi v posteli a četli si nebo sledovali film. Mobil nebyl problém, ne hlasité volání, ale psali zprávy. Syn nepotřeboval ani klauny a podobné jak jsou a chodí za dětmi do nemocnice, aby nebyly smutné a neměly dlouhou chvíli, jako že za ním nepřišel, možná kdyby tam byl dlouho, ale takhle ne, byl srozuměn s nutností zde přečkat. Jednou se vyspal a jeli jsme domů, propustili ho dopoledne, takže 24 hodin, no jeden celý den.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Tak syn se zabavil tak nějak sám, to bylo důležité, určitě volný čas že mu nikdo neorganizoval a nezakazoval, tak za tohle bych vlastně měla těm mladým sestřičkám poděkovat, že ho nerušily! Beru zpět to zdravení. Nevím, jestli třeba koukal večer na televizi, myslím, že ne.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Důležité bylo, že se nenudil a taky měl na nás kontakt. To bylo příjemné i pro nás.

VI. Martina, 36 let, dvě děti, hospitalizovaný syn 7 let

Tak Honza má bráchu, on je starší, mladšímu synovi pět, bydlíme na vesnici, takže většina času se točí kolem hospodářství, oba kluci pomáhají, se zvířaty, třeba posbírat vajíčka nebo okolo králíků i třeba koní, to spíš ale s tátou, tam je starší syn úplný rajt'ák, to ho baví, no tak pak samozřejmě musí s těmi koňmi pomáhat, jeho to baví, pro něj to není práce. A velice rád honí všechno živé, co nestačí vylézt na střechu nebo utéct. Sám zvládne i nákup a s nádobím v kuchyni, takové pomocné práce bych řekla, to se teď už v moc rodinách nedělá, že by děti pomáhaly, my to tak máme, pomáhat musí každý. Chodí do odpolední družiny, na kroužek hudebku, letos se začal učit hrát na housle, chtěl to a teď ho to nebaví, ale musí. Jinak hry, počítač, televize, to je stále, hraje si s tím mladším, často jsou v sobě, takž u nás je docela binec, to já je i potrestám, to je hned, s tím se nemazlím. Když jsme doma a je čas, tak hrají hry, snažím se je vést ke čtení, od malinka se u nás četly pohádky, příběhy. Oba kluci mají hodně knížek, jak rostou, tak se mění zájmy a samozřejmě i to, co čtou.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Do nemocnice jsme museli akutně, Honzík se takhle vrátil z dovolené, oni byli v říjnu s babičkou v lázních, tak tím to začalo, najednou, z plného zdraví, když mu vzali krev, hodnoty byly na hodně nízký hranici, to nevím kolik bylo akorát norma a kolik málo, doktorka mi to řekla, ale to si nevzpomínám už, že je to v akutní fázi, tak hned ať s ním jedu do nemocnice. Byl hodně vystrašený, snažila jsem se ho uklidnit, měl strach, není zvyklý, taky mu bylo hodně zle, to bylo vidět, on nemíval nikdy třeba angíny nebo úraz že by musel do nemocnice, měl jen laryngitidu, na to trpí. V nemocnici to padlo i na mě, byla jsem docela zmatená, ty informace, no klasika, prostě chápu, že měli pocit, že mi mají vykládat, co mám dělat, ale bylo toho na mě moc, dnes mám pocit, že, sice jsme to zvládli, ale mohlo to být jinak. Sestry v nemocnici normální, takový průměr, ani zlé, ani se nedá říct, že extra milé. Doktor, ten byl solidní, velice, se synem si povídal, i mi vysvětlil, že Honzík je v ne úplně dobrém stavu. Umístili ho na jipku, líтали kolem něj, nevím, jak to snášel, ale k němu se chovali hezky, povídali si s ním a povzbuzovali ho, že je šikovný, že z něj mají radost, že by mohl jít příkladem i dospělým pacientům. Tu jipku hodnotím pozitivně, je to o lidech, měla jsem k nim důvěru.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Že tam zůstanu s ním, to asi brali automaticky, nechtěla jsem ho nechat samotného, dovolili mi od nich zavolat domů a domluvit se, druhý den jsem se do nemocnice vrátila a už tam zůstala až do propuštění, nebylo plno a byli jsme akutní, tak asi i proto jsem dostala lůžko, i když už je syn už velký. To nevím, tam to brali tak nějak automaticky, že tam ty maminky chtějí být a počítají s tím. Rodinným příslušníkům byly návštěvy umožněny. Psychicky mě drželo to, že musím být OK a nepřenášet to na syna, věnovat se mu, byla to nemocnice, úplně jiné prostředí než na jaké byl zvyklý, změnila se mu řada věcí. Nemocniční pokoj není pokoj doma, tam máme soukromí, tady si to uvědomíte hodně, je to nezvyk, když se dítěti uleví, už chcete domů. Máme to za sebou, zvládli jsme to, už je zase zdravý, to je nejdůležitější. Ale bylo to náročný, už je to za námi. Je to přece moje dítě, tak jsem to musela zvládnout.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

To ano, komunikace skvělá. Doktoři i sestry hodní, hodně jsem se ptala, pokud jsem si nebyla jista jak postupovat nebo co nás čeká, když na nás sestřička zapomněla, tak se

omluvila, měli pochopení, znají to a asi když viděli, že se starám fakt pořád, nabídli mi, že syna pohlídají.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Volný čas? Tak na té jipce tam asi nic, tam by ho to rušilo, musel mít naprostý klid, hlavně se řešilo něco jinýho, než jestli se nenudí, pak hlavně já že jsem se mu věnovala, chodila za ním paní učitelka, dostával SMS, ty hodně, psali mu ať se uzdraví, že se na něj těší a co je u nás nového, samozřejmě návštěvy, bez těch bych to nezvládla, to bylo super, přišli jsme na jiné myšlenky, loučení už tak super nebylo, izolaci od bráchy ani nijak nestrádal, přece jen už je velký. Když se uviděli, tak se objímali, jakoby bez sebe nemohli být, zároveň tam byla i moje mamka a tu tolik nevítal, bylo znát, že si navzájem chybí, i když doma si neudělají dobrého nic.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

To už jsem řekla víceméně při té předcházející otázce, na začátku syn ani neměl možnost aktivně využívat volnočasových aktivit. Pozitivní bylo, že jsem byla s ním, mohla jsem se věnovat jen jemu, být s ním, jenom s ním, doma na to není čas, kolikrát usnou a nestačíme ani pohádku, odneseme je do postele už spící. To jsem vnímala pozitivně i mě to bavilo, hodně jsem mu četla a taky má rád, to oba, šimrání na zádech, to bylo pořád, využíval situace, mohla jsem se mu věnovat, to pochopil velice rychle, rošťák. V té situaci v jaké jsme byli, byl prostor poznat jej i blíže a doma tak stejně to říkal manžel, že to měl s malým, že zůstali chlapi bez mamky a velkého bráchy a vzpomínali na nás a měli k sobě blíže. Otázka je, jak by to v nemocnici snášel, kdyby měl bolesti nebo tam byl sám, bez mámy. No určitě by tesknil. Negativní určitě bylo muset se podřídít spoustě pravidel, zákazů a omezení, i když se zdají nepatřičná a hloupá. Do herničky jsme šli až asi v půlce toho pobytu, krásně teda zařízená, nový nábytek, útulno, to musím pochválit, to bylo příjemné, oběma se nám herna líbila. Zajisté zde je dostatek podnětů ke hře pro všechny děti co přijdou, ať s paní učitelkou nebo s rodičem. Ovšem teda některé maminky, ty si jen stěžovaly, snad úplně na všechno, nic nebylo dobrý, samé problémy, děti mohly dělat cokoli, ty moc neřešily. Přitom vybavení, lednička, mikrovlnka. Ve dne, hlavně ráno, to utíkalo, odpoledne návštěvy, tak to taky utíkalo, večer tam to bylo někdy dlouhý, já jsem neměla potřebu vykládat s jinýma mamkami, když už Honzík spal, tak jsem si většinou četla. Hrozné

bylo pro mě sledovat ostatní ty malé děti bez doprovodu, to nešlo nevidět, jak byly nešťastné, koukali z ohrádek, některé samozřejmě pláč, než se zhaslo. To svítla jen taková úsporná žárovka, to se většinou už ztišilo a spalo.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Ten volný čas a hry, nebo třeba i dívání na televizi, nebo poslouchání walkmana když má zakázaný chodit a musí jen ležet, tak to určitě pomáhá k lepšímu prožívání hospitalizace. Hodně záleží na zdravotním stavu, aby ta činnost byla přizpůsobená nemoci, ale když to jde, tak určitě ať si hraje, nějak se zabaví.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Pozitivní bylo, že jsem si v nemocnici, souhrou všech událostí, uvědomila, že ty moje děti jsou nešťastnější, když se jim věnuji, když se uvolním a jsem jen s nimi, jenže se v tom každodenním kolotoči potkáme a jsme spolu šťastní z úplných maličkostí.

VII. Klára 35 let, 3 děti, hospitalizovaný syn 5 let

Samuelem je můj druhorozený syn, je velmi aktivní, temperamentní dítě, chodí do školky, doma si hraje nejraději se svým starším bratrem, někdy i se sestrou, sledují pohádky na DVD. A někdy nechtěně demolují pokoj, v létě bývá na zahradě, i tu úspěšně demoluje.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Se Samuelem jsme byla hospitalizována na ORL okresní nemocnice, šlo o plánovaný zákrok, trhání nosních mandlí. Celková délka hospitalizace byla čtyři dny. První den proběhla veškerá vyšetření, druhý den operace a zbytek pooperační pozorování. Byla to Samuelova první hospitalizace. Syn v často v neznámé situaci reaguje zmateně. Úzkostně, obává se. Doma jsem mu řekla, co ho čeká a ujistila ho, že budu stále s ním. Přesto se v této nové situaci nepodařilo zcela zabránit jeho obavám, byl vystrašený. To jsem samozřejmě poznala podle jeho chování.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Pobyt současně s ním mi byl bez problému umožněn, ale celkový dojem z nemocnice jsme měla, a stále mám velmi negativní.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Nikdo mi nic nevysvětlil, chování personálu od uklízečky až po primáře bylo šílené. Byli jsme označováni nikoli jménem, nýbrž „to jsou ty mandle“, navíc jsme byli umístění na oddělení mezi dospělé pacienty, a tak se k Samuelovi také chovali. Samozřejmě nikde žádné hračky, knížky, nikdo se nás nezeptal, jestli něco takového nepotřebujeme.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Měla jsem několik knížek z domova, které jsem mu četla, ale naštěstí větší část dne prospal, hodně odpočíval. Samozřejmě že se Sam těšil domů, bydlíme u babičky v rodinném domku, těšil se na sourozence, babičku a psy. Já jsem měla snahu syna nějak potěšit jeho oblíbenou činností, koukal na televizi, hráli jsme různé hry, to bylo fajn, ale stejně se občas nudil, malování nepatří k jeho oblíbené zábavě, moc se toho dělat nedalo.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Že je v nemocnici mateřská škola jsem věděla, byla ovšem v jiné části nemocnice, školka by ho určitě bavila, tam on chodí rád. Měla tam být i herna pro děti a kuchyňka pro maminky. Tam jsme nešli, já jsem byla hlavně ráda, že ho nic nebolí, že je zdravotně v pořádku, tak jsem to neřešila a uklidňovala se tím, že to tam pro nás brzy skončí. Nedovedu si představit, že by tam byl syn sám.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Syn se v nemocnici velmi nudil, nic ho nezajímalo, byl apatický, jen se často ptal, kdy už půjdeme domů.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Nejevil zájem se s někým seznámat nebo si s někým jít hrát, byli kolem něj dospělí nemocní. Ještě že jsem tam byla s ním, bylo to pro mne sice vysilující, ale samotného bych ho tam určitě nenechala, tahle zkušenost mne v tom utvrdila. Měla jsem možnost mu vše vysvětlit, tak aby to chápal, přiměřeně k jeho věku, slovy, která mu byla srozumitelná. To ze zdravotníků by zřejmě nedokázal nikdo a učitelka nebo vychovatelka tam nepřicházela. Doposud nevím, proč jsme nebyli umístěni do dětského pavilonu a na operaci ho jen nepřevezli. Tam přece jsou pro malé děti možnosti různých aktivit ve volném čase. Vlastně i to prostředí, bílý a zelený, bylo znát, že to není dětské

oddělení, bez obrázků a výzdoby, jak to obvykle na dětských odděleních bývá. Domů nás vezla sanitka, to se synovi líbilo, hned po příchodu domů, byl jak vyměněný, sice ho to bolelo, ale smál se, byl šťastný, úplná proměna. Víтал se s babičkou a hlavně se sestrou a bratrem, byl spokojený a veselý, že je doma. Proto se svými dalšími dětmi, pakliže budu muset být hospitalizována, se obrátím na nemocnici ve větším městě.

VIII. Tereza, 34 let, syn 9 roků

Syn má další tři sourozence, je z dětí nejstarší, samotář, již ve třech letech uměl číst, od sedmi let hraje závodně šachy. Jeho největší zábavou jsou logické hry, sudoku, křížovky, šachy. Dá se říct, že je introvert, matematik, převažuje u něj logické myšlení. Baví ho počítače, televize, internet.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Byla to jeho první hospitalizace, operace byla plánovaná, z důvodu operace nosní mandle. Doma jsme se synem o operaci mluvili, co to obnáší, jak bude probíhat, určitě byl připraven na pobyt v nemocnici a neměl strach, nejistotu pociťujete vždy, když vás čeká poměrně zásadní neznámá událost.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Ano, byla, domluvila jsem si a zarezervovala jsem nadstandardní pokoj, abych mohla být se synem, ale nevěděla jsem, do čeho jdeme. Délka hospitalizace měla být dva dny, ale pro komplikace trvala léčba s krátkou dobou propuštění 14 dní, dostal antibiotika, hodně krvácel. Operace měla být banální, ovšem trvala nepřiměřeně dlouho oproti ostatním dětem. Jakmile se syn probral z narkózy, neběhal už odpoledne jako ostatní děti. Zvracel soustavně krev.

Přesto nás propustili i přes teplotu do domácího léčení.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Nebyla jsem absolutně informovaná, vše se doktorům jevílo být v pořádku. Další den jsme byli nuceni znovu vyhledat lékaře, syn měl vysoké teploty. Byl znovu hospitalizován, byla mu nasazena antibiotika. Teprve později jsem se dozvěděla, že byla poškozena nějaká céva a nebylo možné zastavit krvácení. Pozitivní bylo, že jsem mohla být se synem, kterému nebylo po operaci dobře.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

O volný čas se, vzhledem k tomu, že byl v podstatě upoután na lůžko a byla jsem na pokoji s ním, nikdo nestaral, nezajišťoval. V průběhu hospitalizace nebyly nabídnuty žádné aktivity, byl se mnou na pokoji, o průběh volného času jsem se starala pouze já.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Mohli jsme jít do herny, tam byl dětem umožněn vstup a sledování televize. To jsem nevyužila, měla jsem dosti práce řešit zdravotní stav syna a vlastně jsem suplovala do jisté míry i povinnosti personálu. Střežila teplotu, zvracení krve, podávala ledové nápoje, ošetřovala. O to, v jakém psychickém stavu syn je, se nikdo z personálu nestaral. Vzhledem k faktu, že jsem byla po celou dobu s ním, ho situace nijak nepoznamenala.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Syn byl ve velmi špatném psychickém stavu, propadal beznaději, ztratil důvěru v lékaře a v uzdravení, skutečně trpěl.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

O hodnotě a vlivu volnočasových aktivit zde nemůže být žádná řeč, nic takového se nekonalo, vzhledem k průběhu léčby jak jsem již říkala. Samozřejmě by se jistě rád věnoval činnostem, které má rád, které by ho uspokojily, vedly by k uvolnění a přinesly by mu radost. V podstatě by přispěly ke kvalitnějšímu prožívání pobytu na lůžku v nemocničním pokoji, a bezesporu by vedly k uvolnění, uklidnění, harmonii. K radosti. Navíc, zvláště v nemocnici je potřeba usilovat o uspokojení potřeb pacienta. Zajisté přispívají k jeho klidu a to napomáhá léčbě. Což ocení nejen ošetřující lékaři, ale především rodiče nemocného dítěte a také dítě samo, který vede k vnitřnímu i vnějšímu uklidnění, k harmonii. Namísto toho u nás docházelo k ostrým sporům s lékaři, což přinášelo nejistotu, úzkost. A nepříjemná překvapení. Nechci celý pobyt komentovat jen negativně, ale tato hospitalizace byla jedno velké fiasko, byla jsem z ní velmi rozladěna. Toto zařízení bych již vícekrát při plánovaném zákroku nevyužila. I přes to, že jsem upozorňovala lékaře na vysokou teplotu při propuštění a žádala vydání antibiotik, nebylo mi vyhověno. Proto byla posléze nutná opětovná hospitalizace.

IX. Jana 30 let, 1 dítě, dcera 4 roky

Dcerka má čtyři roky, sourozence nemá, je celkem společenská, pokaždé jí ale vždy chvíli trvá, než se rozkouká. Již od malička chodíme do rodinného centra, ráda si hraje s plyšáky, legem, navlíkáme korálky, vystřihuje si nebo vymalovává, každý večer před spaním pouštíme krátkou pohádku.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Začalo to tak, že jsme museli na pohotovost do dětské nemocnice neplánovaně z důvodu, že dcera již několik dní měla vysoké teploty a průjem, a místo, aby se to zlepšilo, tak spíše naopak.

Dcerka byla přijata na infekční oddělení s tím, že se nevěděla přesná diagnosa, hospitalizace byla akutní, nezbývalo než důvěřovat lékařům a modlit se. V nemocnici jsme strávily čtyři dny, z toho celé dva byla na kapačkách. Již po prvním dni se jí naštěstí ulevilo a domů nás pouštěli s tím, že den před tím již byla bez teplot. Jinou zkušenost s hospitalizací jsme neměly, naštěstí. Tahle hospitalizace byla zhruba před měsícem a půl. Jiná potřeba nebyla.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Ano, byla, to bylo na pobytu v nemocnici, že jsem mohla být celou dobu s dcerkou na pokoji, za to jsem opravdu vděčná, že nás neoddělily.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Sestřičky byly skvělé a paní doktorka mi trpělivě odpovídala na mé dotazy, vždy zodpověděla každý dotaz a snažila se mi vše vysvětlit, abych to pochopila. Všechny sestřičky se k malé chovaly moc pěkně, i paní doktorka. Při ošetřování byly sehrané, měly osvědčené postupy a triky, malou hodně chválily, jejímu strachu předcházely tím, že ji ukázaly nástroje a mohla si je sama vyzkoušet, že to nebolí, mohla vyšetřit paní doktorku. Musíte jim důvěřovat, že dělají to nejlepší pro vaše dítě, ono nic jiného nezbývá, naštěstí teta je zdravotní sestřička, tak jsem konzultovala zdravotní stav dcerky i s ní.

Dcerka naštěstí to, že v nemocnici musíme zůstat, vzala v pohodě, byla úžasná, ani jednou jsem s ní nezažila žádnou scénu, že tam nebude, i když nás měli pustit o den dříve, ale z důvodu, že měla opět vysoké teploty, tak se to posunulo, to vzala poměrně hodně dobře, že tam ještě musíme zůstat. A to měla po celou dobu v ruce kanylu

a občas povídala, že jí to bolí. Nejhorší okamžiky byly, když jí sestřičky kanylu dávaly a při odchodu braly krev, to jsme obě nesly těžce, dcerka u toho hodně plakala.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Byly jsme na infekčním oddělení a podle toho to tam bylo s volným časem. Jen jednou nás na pár minut navštívil pan primář klaun a jeho zdravotní sestřička, bylo to moc milé. Ale jinak nic. Manžel nám z domu dovezl poměrně dost hraček, knížek a dcerku jsem celé dny zabavovala já. Na pokoji byla televize, tak jsme si občas pustily pohádku, jak jsem říkala, dcerka nemohla z pokoje pryč.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

Občas se dívala na pohádku, to jí baví i doma, jinak jsem se o její zábavu starala já, považovala jsem za důležité ji třeba rozptýlit a večer uspat, jak je zvyklá z domu. Usnula vždy brzy a spala celou noc. Je teda pravda, že klaun byl milým zpestřením dlouhého dne, jejich příchod mě potěšil. Dcerka byla z návštěvy prvně zaskočena, tak jsem spíše zpívala a hrála já s nimi. Klaun mi dal do ruky rumbakouli, dcerka ji chtěla do ruky taky, tak dostala druhou. Potom si klaun všiml dceřiny panenky, a jak začal mluvit na ni, tak se dcerka hodně rozesmála a klaun i sestřička se toho chytli a dcerka se hodně nasmála, přesto s nimi nechtěla komunikovat.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Dnes hodnotím návštěvu klauna jako jeden z nejkrásnějších okamžiků v nemocnici. Dcerka se zapojila do hry a to jí pomohlo se myšlenkami dostat jinam, do psychické pohody. Hodně se smála a i teď vzpomíná na klauna a jeho sestřičku. Jejich návštěva byla opravdu velice krátká, možná by stačila, ale kdyby byla častěji, nejlépe každý den, nebo ob den, protože se dcerka ptala, jestli za námi zase přijde klaun a těšila se na klauna, že přijde. Asi podruhé by se i víc osmělila. Navíc i návštěvy na tomto oddělení jsou zavedeny tak, že na pokoji s dítětem nemůžou být více jak dva dospělí. Když přijela s manželem moje mamka, musela jsem na chodbu, aby tam s ní mohli být oba, a pak jsme se během těch dvou hodin různě střídali. Společná návštěva všech zaráz by byla milejší. Kupodivu i to, když se na konci návštěvy s dcerkou její taťka nebo babička loučili, tak se to zvládlo bez slziček, připadalo mě, že spíše já jsem to všechno hůře nesla.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu

prožívání doby hospitalizace?

Negativní bylo to, že dcera musela být celou dobu jen na pokoji, ani na chodbu nesměla, tak jak se jí ulevilo, bylo to náročnější ji zabavit.

X. Eva 27 let, 1 dítě, dcera 5.5 roku

Bydlíme s dcerou u mých rodičů, táta je v invalidním důchodu a mamka je nezaměstnaná, tak jsou doma, roznáší jen letáky ve městě, mohou mi s malou pomoci, když je nemocná, nebo ji vyzvednout dříve ze školky. Já chodím do práce, dojíždím do centra. Dcera chodí do Mateřské školy, teď po novém roce půjdeme k zápisu do školy. Byla jsem kvůli tomu i v poradně pro školní zralost, paní doktorka dceru vyšetřovala, asi půl hodiny, a řekla mi, že mi doporučuje odklad školní docházky. Že ne že by dcera nebyla chytrá, problém je nejvíc v tom, že je hodně hravá, ještě dost dětská a po obědě chodí spávat. Ve škole by mohly nastat problémy. Ale možné je, že se to do prázdnin změní. Teď je to takhle. Já vím, že je malá hodně taková spíš mazlivá, to se nedá nějak odnaučit, jakoby je hodně kontaktní. Nechá si pomáhat s oblékáním, mamka i ve školce ji pomáhají se vším, protože je i pomalejší. Ona je zvyklá na dospělé, na babičku a její kamarádky. Ve školce si hraje s dětmi, to jo, ale víc se motá za paní učitelkou, nosí jí třeba dárečky. Volný čas doma tráví u televize, ráda maluje barevné obrázky a taky hraje hry. Je šikovná na pohyb, letos se ve školce naučila za chvíli jezdit na koloběžce, sama, jen tak na hřišti, nebo taky skákat přes švihadlo. To jí jde samo, prolézačky má ráda, nebojí se výšek, na tohle je talentovaná. O letních prázdninách absolvovala příměstský tábor s výukou in-line bruslení. Chodila tam týden a na konci jí to šlo hodně dobře.

Jak na umístění v nemocničním zařízení reagovalo Vaše dítě?

Do nemocnic byla přijata akutně, pro zlomeninu obou kostí na levém předloktí, vyšetřili ji a hned byla operována v narkóze. Jak reagovala? Tak brečela, bolelo ji to a byla asi v šoku. Pokud byla se mnou, tak byla normální, klidná. Nechala se přemluvit ke spolupráci.

Byla rodinným příslušníkům umožněna přítomnost, společná hospitalizace s dítětem?

Přítomnost umožněna byla, pokud jste chtěli, nikdo vám nebránil být v nemocnici s dítětem. Dcera hospitalizaci absolvovala beze mě, navštěvovala jsem ji. Jak jen to

šlo, už jsem za dcerou jela, třeba jsem jela z práce a říkala si, že dnes toho mám dost, že nepůjdu, malá to věděla, byly jsme tak domluvené. Jenže to nešlo, nedalo mi to, jakoby ten volant sám zatačel k nemocnici za malou. Mamka, jako babička mé dcery, tam často taky chodila, tu tam pouštěli bez problémů, i dopoledne. Na pokoji byla s další holčičkou, ta byla na operaci s nožičkou, měla vrozenou nějakou deformaci, tak nějak, měla tu nožičku špatně vyvinutou a taky tam ležela bez doprovodu.

Jak jste byla spokojena s komunikací se zaměstnanci nemocnice?

Tak to taky bylo v pořádku, fakt, vše jsme věděli. Hodně mi i mojí mamce říkali vše o operaci a postupu co bude následovat, nebyly žádné nejasnosti nebo že by s námi nekomunikovali. Mohly jsme si domluvit pana doktora, že s ním chceme mluvit a on přišel a věnoval se nám, našim dotazům.

Jak bylo postaráno o volný čas Vašeho dítěte?

Hezky, tady na tom oddělení v nemocnici je paní učitelka nebo vychovatelka, děti si mohou hrát v mateřské školce. Vyrobila takové bambule z bavlnek a něco jako kalendář.

Byly Vaším dítětem nabízené volnočasové aktivity využity, zapojilo se, bylo aktivní?

To ano, dcera si umí říct, je hodně komunikativní, ráda se zapojuje do jakékoliv lákavé činnosti. Pokud ji nic nebolelo, tak se zapojila. Ona je taková, kdyby se jí něco nelíbilo, tak to řekne, dá to najevo, nenosí to v sobě, je hodně spontánní a upřímná. Třeba klaun když přišel, měl naličený obličej a klaunovský nos, tak toho se třeba bála. Že byl hodně vysoký, byla o toho i moje mamka, že se bály i jiné děti, jak asi působil strašidelně.

Jak byste zhodnotila vliv volnočasových aktivit na prožívání doby hospitalizace?

Musím říct, že všechno asi fungovalo, jak mělo, kdyby byly zdravotní komplikace, je to určitě jiné. V první řadě jsem spoléhala na tým všech lidí, kteří se kolem dětí v nemocnici pohybují. Kdyby byl problém, budou ho řešit. V tom jsem jim všem důvěřovala a jak se ukázalo, bylo to dobře. V nemocnici vím, že tam je pedagog, ne jeden, psycholog, sestřičky umí s dětmi zacházet, komunikovat. Kdyby byl problém, vědí co dělat.

Přispěly volnočasové aktivity k lepší psychické pohodě, spokojenosti a kvalitnějšímu prožívání doby hospitalizace?

Myslím, že byla hodně spokojená, že se taky viděla s jinými dětmi, z jiných pokojů,

viděla je v herně. Ona totiž s tou holčičkou na pokoji moc nemluvila, nějak si nesedly a ta malá taky ne. Ona nemohla odejít z pokoje do školky, ta holčička vedle, za ní chodily hlavně sestřičky a i paní učitelka. A pak tam taky nebyla, myslím tak jeden den, odvezli ji na operaci a po operaci na jiný pokoj. Na pooperační. Zprvu jsme si myslely, že je fajn, že bude na pokoji s jiným dítětem, že nebude pociťovat samotu, bude si mít s kým povídat a koukat na televizi, že jim to bude líp utíkat, když se spolu zabaví. Tak tohle nevyšlo, to jsme nemohli vědět. A to vám musím říct, že jak tam byla ten den sama, tak navázala kamarádství s uklízečkou! Líbilo se jí, že má v uchu tunýlek a barevné pramínky vlasů. A byla hodná, že si s ní povídala. To jí třeba řekla, že co se nestalo, že jí vlezla oknem do kumbálu veverka, tam co jsou uloženy mycí potřeby. A tam našla její svačinu a pustila se do ní. Že tam zůstal nepořádek, jak ta veverka roztrhala papír od svačiny. A ta slečna od úklidu dceři navrhla, že se spolu můžou jít podívat do kumbálu, kdyby chtěla. A uvidí, jak to tam vypadá. To věřím, že šla ráda, byla akce a rozptýlení. Když jsem odpoledne přišla, tak mi to líčila a potom to vyprávěla i mojí mámě. To je přece super, že se dětem věnuje i uklízečka. Na prvním místě je uzdravit dítě, a pokud mu dopřejí rozptýlení, tak to je jen dobře, přijde na jiné myšlenky a i léčbě ti pomůže, prospěje to všemu. Dcera chodila do školky, byl za ní i klaun, zapojila se, netesknila. Když jsme za ní byli, mohla chodit po chodbě, jít do herny, i ven, kdybychom chtěly. Někdy nebyl ani čas, aby nám vše stihla říct a ukázat. Takže volnočasové aktivity ano, jsem za, dávám palec nahoru, vnímám je jako takový bonus, přidanou hodnotu. Ono někdy stačí jen být tak nějak u toho děcka. Někdy pouhý projev pozornosti udělá hodně, to známe asi každý. Záleží i na tom, jak jsou na pokoji, s kým, jestli si rozumí. Některé děti se zabaví třeba samy spolu, mezi sebou, některé potřebují pomoc. A když by se nevedlo, mají kontakt na rodiče, zavolají mámě, to nemám obavy. Jde o to děcko, aby se uzdravilo a nestrádalo.

Abstrakt

BROUMOVÁ, Z. Přínos volnočasových aktivit na psychický stav a kvalitu života hospitalizovaného dítěte, České Budějovice 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Karolina Diallo, Ph.D.

Klíčová slova

Nemoc, hospitalizace, osobnost, kvalita života, vztah mezi kvalitou života a hospitalizací, volnočasové aktivity

Práce se zabývá vlivem volnočasových aktivit na psychický stav a kvalitu života hospitalizovaného dítěte. V teoretické části je představen historický vývoj pohledu na nemoc, hospitalizaci a volný čas, dále se teoretická část zabývá pojmem kvalita života se zaměřením na kvalitu života hospitalizovaného. Praktická část obsahuje kvalitativně laděný výzkum zaměřený na význam volnočasových aktivit u hospitalizovaných dětí, nabídky volného času a jeho vlivu na psychický stav a kvalitu života hospitalizovaného dítěte. Analýzou rozhovorů s rodiči hospitalizovaných dětí hledá odpověď na výzkumné otázky: do jaké míry jsou volnočasové aktivity na lůžkových odděleních zajišťovány a zda a nakolik jsou přínosné pro hospitalizované dítě, kvalitu jeho života, jeho psychický stav.

Abstract

My thesis deals with the influence of leisure time activity on psychological state and quality of life of hospitalized child. In theoretical part there is presented historical development of the view of illness, hospitalization and leisure time, further the theoretical part deals with the concept of quality of life focusing on quality of life of hospitalized. Practical part includes quality research focusing on importance of leisure time activities of hospitalized children, options of leisure time and its influence on psychological state and quality of life of hospitalized child. Analysis of interviews with parents of hospitalized children seeks to answer the research

questions:the extent to which leisure time activities are provided on wards and if, or how much are beneficial for hospitalized child, quality of its life and its psychological state.

Key words

Illnes, hospitalization, personality, quality of life, relation between quality of life and hospitalization, leisure time activities.