

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Petra Oulická

**Edukační materiál pro sestry na podporu spolupráce se
Zdravotními klauny**

*Educational Material for Nurses to Boost Cooperation with
Red Noses (Clowndoctors)*

Bakalářská práce

Praha, květen 2019

Autor práce: Petra Oulická

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Petra Sedlářová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: Červen 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze ve Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 20. května 2019

Petra Oulická

Poděkování

Ráda bych poděkovala v první řadě své vedoucí bakalářské práce Mgr. Petře Sedlářové za vstřícnost a trpělivost, dále organizaci Zdravotní klaun za skvělou spolupráci a nakonec své rodině a přátelům za poskytnutí psychické podpory.

OBSAH

OBSAH	5
ÚVOD.....	6
1 VLIV HOSPITALIZACE NA PSYCHIKU DÍTĚTE	7
1.1 <i>Prostředí nemocnice</i>	7
1.2 <i>Hospitalismus.....</i>	8
1.3 <i>Separace a deprivace.....</i>	8
1.4 <i>Strach a stres.....</i>	9
1.5 <i>Role věku dítěte.....</i>	10
2 ROLE SESTRY V UDRŽENÍ DOBRÉ PSYCHIKY DÍTĚTE BĚHEM HOSPITALIZACE	11
2.1 <i>Dítě jako holistická bytost.....</i>	11
2.2 <i>Práva dětí.....</i>	11
2.3 <i>Potřeby dětí.....</i>	12
2.4 <i>Činnosti sestry vyplývající z potřeb dětí.....</i>	14
2.5 <i>Komunikace s dítětem</i>	15
2.6 <i>Spolupráce s rodiči</i>	17
2.7 <i>Nakládání s dětským strachem.....</i>	19
2.8 <i>Psychologické aspekty zvládnání bolesti.....</i>	20
2.9 <i>Zabavení dětí.....</i>	21
3 SLUŽBY A ORGANIZACE POMÁHAJÍCÍ V PÉČI O PSYCHICKOU POHODU HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ.....	22
3.1 <i>Pedagogická činnost</i>	22
3.2 <i>Herní terapie.....</i>	23
3.3 <i>Duchovní služba.....</i>	24
3.4 <i>Zooterapie/aktivity za pomoci či přítomnosti zvířat.....</i>	25
3.5 <i>Dobrovolníci v nemocnici</i>	26
3.6 <i>Pomáhající organizace</i>	27
4 EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO SESTRY NA PODPORU SPOLUPRÁCE SE ZDRAVOTNÍMI KLAUNY.....	29
4.1 <i>Cíl práce</i>	29
4.2 <i>Plán práce.....</i>	29
4.3 <i>Cílová skupina</i>	29
4.4 <i>Východiska pro tvorbu edukačního materiálu</i>	30
4.4.1 <i>Východiska vyplývající z rozhovorů se Zdravotními klauny.....</i>	30
4.4.2 <i>Východiska vyplývající z praktických stáží.....</i>	31
4.4.3 <i>Východiska vyplývající z rozhovorů se sestrami.....</i>	33
4.4.4 <i>Východiska vyplývající z kurzu Komunikace a humor ve zdravotnictví vedený Zdravotními klauny.....</i>	35
4.5 <i>Tvorba edukačního materiálu</i>	36
4.6 <i>Text edukačního materiálu.....</i>	37
ZÁVĚR	39
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	40
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	44
SEZNAM PŘÍLOH.....	44

Úvod

Téma týkající se hospitalizace dětí jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila proto, že mě velmi zajímá problematika ošetrovatelské péče o děti a chtěla bych se věnovat práci s dětmi i ve své sesterské profesi. Pro tvorbu edukačního materiálu jsem se rozhodla proto, že jsem chtěla, aby má práce měla nějaký praktický výstup, který bude využit v praxi.

Ze strany organizace Zdravotní klaun vznikla potřeba tvorby edukačního materiálu pro zdravotní sestry dětských oddělení, který by obsahoval informace o tom, kdo klaun je, co umí a jak s ním komunikovat, aby mohla být rozvinuta jejich vzájemná spolupráce a byly zlepšeny podmínky hospitalizace dětských pacientů.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se zaměřím na problematiku hospitalizace dítěte s ohledem na jeho psychiku, jaká je úloha sestry v zajištění dobré psychiky hospitalizovaného dítěte a nakonec jaké jsou možnosti podpory ze strany jiných profesionálů, služeb a pomáhajících organizací. V praktické části uvedu východiska a důvody pro tvorbu edukačního materiálu, popíšu průběh klauniád, kterých jsem se zúčastnila jako stážista a nastíním samotnou tvorbu edukačního materiálu.

Cílem je, aby se vytvořený edukační materiál dostal na dětská oddělení spolupracujících nemocnic a spolupráce sester se Zdravotními klauny se zlepšila.

1 Vliv hospitalizace na psychiku dítěte

V této kapitole se zaměřím na to, jaký dopad má pobyt v nemocnici a nemoc samotná na psychiku dítěte. Existuje mnoho faktorů, které se společně podílejí na tom, jak dítě hospitalizaci zvládne a jak se se všemi změnami, které přináší sama nemoc či právě nutnost pobytu ve zdravotnickém zařízení, vyrovná. I když jsou děti hospitalizovány pouze v nutných případech, je v České republice ročně hospitalizováno téměř 180 000 dětí. (O nás, 2010) Je třeba zdůraznit, že každé dítě je jiné, protože každý z nás je zcela jedinečnou bytostí uváženou jinými okolnostmi a prostředím, a tedy i vliv hospitalizace na psychiku a zvládnutí této situace se bude u různých jednotlivců lišit.

1.1 Prostředí nemocnice

Pobyt v nemocnici je pro dítě velmi náročným zásahem do jeho života, a to ať už se jedná o hospitalizaci plánovanou či neplánovanou. Skutečnost, že je dítě hospitalizováno, nepochybně zasáhne do mnoha oblastí jeho života. Věci, na které bylo zvyklé, jsou najednou jinak. Objeví se v neznámém prostředí, které možná nepůsobí úplně přátelsky. To samozřejmě záleží na tom, jak je dětské oddělení v jednotlivých nemocnicích zařízeno. I kdyby však bylo jakkoli hezky a moderně upravené, jedná se o cizí místo a hlavně bude pro dítě spojené s něčím negativním – s bolestí, operací, nejistotou, strachem atp. Hlásí se k němu lidé, které nikdy nevidělo a dokonce si dovolují překročit hranice osobní, a tedy bezpečné zóny. Navíc chodí nezvykle oblečení, v bílých pláštích a uniformách, což může na děti působit zvláště, často i vyvolat strach kvůli jejich fantazii. Může být otřesena i jednoznačná jistota, kterou je pro dítě rodič, pokud se rodič nedokáže s novými okolnostmi rychle a adekvátně vyrovnat nebo alespoň před dítětem nedávat své obavy najevo. A tak, aniž by chtěl, může přenášet stres i na dítě. Je vytvořen úplně jiný harmonogram dne, dítě je odděleno od své rodiny, sourozenců a kamarádů. Musí podstoupit nepříjemné nebo bolestivé výkony, vyšetření. A nakonec, vyrovnat se s nemocí, operací, jednoduše s tím, proč vlastně dítě do nemocnice přichází. „*U dětí často vidíme, že tělesné a psychické prožívání nemoci jde ruku v ruce. Neonemocní tedy jen tělo, ale také duše, psychika, schopnost prožívání vztahů a emocí.*“ (Branna, 2015, s. 16)

Každé dítě je zcela individuální bytostí, které si svou nemoc nějakým způsobem uvědomuje a prožívá – může jít o úzkost, pocit viny, strach ze smrti nebo postižení. (Pilát, 2005)

1.2 Hospitalismus

Soubor všech výše uvedených jevů je možné označit jedním slovem – hospitalismus. Jde o „*souhrn duševních příznaků, které se zejména u dítěte objevují následkem dlouhodobého pobytu v nemocnici (hospitalizace). Dítě trpí nedostatkem pevných citových vazeb, mění se jeho chování, je v porovnání se svými vrstevníky opožděno.*“ (Svatušková, 2014, s. 48)

Mezi projevy hospitalismu se řadí pláč, apatie, nechutenství, poruchy spánku, celková povadlost, nezám, smutný výraz, stereotypní pohyby. (Svatušková, 2014)

Ondriová (2016) rozděluje projevy hospitalismu do tří skupin – somatické projevy, psychické projevy a projevy sociální. Somatické projevy se mohou vyskytnout i až o několik dní nebo týdnů poté, co dítě nemocniční zařízení opustí. Jedná se o negativní změnu dočasných zvyklostí, může dojít až k vývojové regresi – tedy návratu do předcházejícího vývojového období. Konkrétními příklady může být cucání prstů, neúčelné stereotypní pohyby nebo vydávání nesmyslných zvuků. Skupina psychických projevů je asi nejobsáhlejší. Souvisí s tím, do jaké míry se dítě dokáže v daném prostředí a situaci adaptovat. To je ovlivněno věkem dítěte, sociální vyzrálostí, rodinným zázemím a vztahy v rodině, individuálními schopnostmi a charakterem osobnosti. Psychickými projevy hospitalismu bývá pláč, uzavření se do sebe, agresivita, úzkost, deprese, porucha spánku, nechutenství, zlost, nespokojenost, zmatenost, strach. Je jich ovšem daleko více. Poslední skupinou značící hospitalizmus jsou sociální projevy. Ty vycházejí ze schopnosti dítěte adaptovat se na životní změnu, kterou hospitalizace je. Bývá velmi ovlivněna sociálním zázemím a prostředím, ze kterého dítě pochází. Patří k nim pocity nechtěnosti, opuštěnosti, dítě obtížně snáší odloučení od rodiny. Odloučení od rodičů může považovat za trest, zradu nebo si děti mohou myslet, že už je rodiče nemají rádi.

1.3 Separace a deprivace

Podle Dufkové (2013) se negativní dopady pobytu dětí v nemocnici projevují separací, frustrací a psychickou deprivací. Snahou je, aby bylo dítě hospitalizováno jen v závažném případě. Optimální by bylo, kdyby v nemocnici strávilo co nejkratší dobu tak, aby byla zajištěna dostatečná léčba a pokud je to možné, aby hospitalizace proběhla za přítomnosti blízké osoby, nejčastěji rodiče. Svatušková (2014) uvádí, že pro dospělého člověka je hospitalizace rovněž skutečnost, která je velmi náročná a stresující, ovšem oproti dětem jsou dospělí schopni situaci lépe pochopit, vyhodnotit a s danou skutečností se tedy

náležitě vypořádat. Děti jsou v tomhle ohledu do určité míry závislé právě na lidech ve svém okolí, kteří jsou jim blízcí, nejčastěji na rodičích. Dufková (2013) provedla výzkumné šetření týkající se potřeb dětí v nemocnici a jedním ze zjištění bylo, že 78% dětí hospitalizovaných bez rodinného příslušníka trpělo frustrací vyšších psychosociálních potřeb.

Skutečnost, že dítě bude hospitalizováno bez rodiče a zůstane v nemocnici samo, je pro ně velkým zdrojem strachu. Někteří rodiče nemohou být s dítětem v nemocnici nepřetržitě. Strach z opuštění je něčím, z čeho mají děti velké obavy. Je třeba dítě na takovou situaci připravit. Jde o úkol rodiče, protože dítě nejlépe zná a ví tedy, jak mu takovou věc sdělit. Někteří rodiče se však bojí, jak dítě na tuto zprávu zareaguje, a tak jednoduše zmizí a nic nevysvětlují. V tu chvíli musí situaci vyřešit sestra. Dítě strach z odloučení zvládne lépe, pokud je mu umožněno se na něj připravit v předstihu. Nejlepším prostředkem je komunikace prostřednictvím hrou, protože tomu děti nejlépe rozumí. (Ginott, 2015)

Hospitalizace představuje pro dítě riziko vzniku psychické deprivace. Matějček (2001, s. 76-77) ji definuje jako „*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.*“ K psychické deprivaci může dojít v jakémkoli věkovém období, jen se její důsledky budou lišit v závislosti na tom, co je zrovna v daném věku pro zdravý duševní vývoj jedince důležité. Dochází tedy k tomu, že dítě nemá ze svého okolí podněty, které by pro svůj správný vývoj potřebovalo vůbec nebo jich nemá dostatek. (Matějček, 2001)

1.4 Strach a stres

Během hospitalizace je dítě také vystaveno neúměrnému strachu, který často narušuje normální adaptační procesy. Tento strach je daný jak prostředím, které je pro ně cizí, tak mnoha neznámými lidmi, kteří často zasahují do jeho soukromí a intimity. Dále jsou to samozřejmě diagnosticko-terapeutické, léčebné a ošetrovatelské výkony, které v dětských pacientech vyvolávají strach a v neposlední řadě je stresovým faktorem samotné onemocnění dítěte – a to jak doba onemocnění, tak i jeho charakter. (Mazalová, 2014)

Strach však není jedinou negativní emocií, kterou hospitalizace v dětských pacientech vyvolává. Kvůli fyzické bolesti, omezení pohybu, změně prostředí, izolaci atd. se děti stávají více vnímavými a citlivými. To znamená, že mají daleko blíže k pláči, rozmrzelosti, možná i vzteku, mohou reagovat podrážděně na sebemenší podnět. Za normálních okolností dítě

takové ani nemusí být, ale kvůli stresu, který dané okolnosti vyvolávají, se tyto emoce projeví. (Křiváková a Číková, 2016)

1.5 Role věku dítěte

Velkou roli při zvládnání zátěže spojené s nemocí hraje to, jak je dítě staré. Během růstu jedinec prochází mnoha vývojovými obdobími, přičemž v každém z nich je v případě nemoci a hospitalizace citlivější k nenaplňování potřeb v různých oblastech v závislosti na vývojové fázi. Kojenci a malá batolata jsou nejvíce ohrožena ztrátou jistoty a pocitu bezpečí, když jsou odloučena od rodiny. Jedná se o proces separace, tedy náhlé přerušení nebo omezení dosavadních vztahů. Byly vypořádány tři fáze průběhu – protest, zoufalství a odpoutání od matky. Fáze mohou trvat u různých dětí jinak dlouho, mohou mít různé projevy a také se mohou ukázat v různém sledu. Pro kojence a malá batolata je stresující kontakt s cizími lidmi a pobyt v prostředí, které je neznámé a podvědomě v nich vyvolává strach. Velkým nebezpečím je rozvoj deprivace při nedostatečné smyslové, pohybové a citové stimulaci. Druhou skupinou jsou batolata a děti předškolního věku. Jsou rovněž ohroženy deprivací a tedy opožděným rozumovým a povahovým vývojem. V tomto vývojovém období děti také těžce nesou pohybové omezení, potlačení autonomie a jejich iniciativy. Vyskytuje se zde riziko rozvoje úzkosti, která se může vyvinout až do fobie. Ta pak může přetrvávat až do dospělosti a trvat celý život jedince. Ve školním věku dítě při hospitalizaci ohrožují především pocity méněcennosti, které plynou z omezení pohybu, nedostatku kontaktu s vrstevníky i rodinou, neúspěchy, neschopnosti plnit své role. Pokud to dítě vzdá, dojde k sociální izolaci a dítě ztrácí určitou složku životní perspektivy. V období puberty a dospívání děti při hospitalizaci trpí především omezením autonomie a zásahy do jejich nově utvářené identity. Těžce nesou zásahy zdravotníků do své intimity. (Pilát, 2005)

2 Role sestry v udržení dobré psychiky dítěte během hospitalizace

„Dětský pacient hodnotí vždy jako první, jestli byl lékař „hodný“.“ (Víchová, 2013, s. 252) Toto lze vztáhnout na veškerý zdravotnický personál, se kterým dítě během hospitalizace přijde do styku, tedy i na sestry. V případě dítěte hraje velkou roli to, jaký na něj udělá přístup lékařů a sester dojem. Ovlivní, jak bude probíhat jeho léčba, pobyt v nemocnici, jak se vypořádá s nemocí a vším, co přináší do jeho života a vůbec celé další interakce se zdravotnictvím, a to i v budoucnosti.

Nemocné dítě často není schopno se se vzniklým stresem a zátěží, kterou hospitalizace přináší, samo vypořádat. Vyžaduje pomoc svých blízkých nebo profesionálů. Jedná se o tzv. sociální podporu. Jde o činnost s dobrým úmyslem, kterou dobrovolně poskytujeme někomu, s kým máme vztah a tato činnost na něj má pozitivní vliv. (Dlouhá a Dlouhý, 2015)

2.1 Dítě jako holistická bytost

Důležité je na dítě pohlížet jako na holistickou bytost. Znamená to tedy pečovat o všechny typy potřeb živé bytosti – biologické, psychické, sociální a spirituální. Všechny tyto typy potřeb se navzájem prolínají a ovlivňují a měly by být v rovnováze. (Sikorová, 2011) Další důležitou věcí v péči o pacienta je brát ohled na jeho individualitu, zkušenosti, vlastnosti a potřeby. To samozřejmě platí i u dětských pacientů. Je nutné vzít v potaz, že *„dětský organismus není zmenšeninou těla dospělého, je prostě jiný“* (Dorková a Šrahůlková, 2010, s. 50) a proto i uspokojování potřeb bude jiné, bude mít svá specifika. Existující obecná pravidla je tedy důležité každému dětskému pacientu „ušít na míru“. (Pilát, 2005)

2.2 Práva dětí

Při péči o dětského pacienta je rozhodně důležité být obeznámen s Chartou práv dětí v nemocnici, protože vlastně upravuje to, jak by měla péče a celý ošetřovatelský proces vypadat. Charta práv dětí je k nahlédnutí v příloze.

Pokud budou komplexně dodržována práva hospitalizovaného dítěte, je možné projevům hospitalismu předjet. (Ondriová a Sinaiová, 2010)

2.3 Potřeby dětí

Stejně tak, jako je tomu u dospělých pacientů, se v poskytování ošetrovatelské péče dětem vychází z uspokojování jejich potřeb. Definice potřeb dětí podle Světové zdravotnické organizace říká, že „*Dítě potřebuje být milované, akceptované, potřebuje bezpečí, vzor (pro identifikaci), příležitost se volně projevovat a všestranně rozvíjet.*“ (Dorková a Šrahůlková, 2010, s. 51) Je důležité si uvědomit, že v době, kdy je dítě nemocné, nedochází k proměně jeho potřeb, jen se změní to, která potřeba je důležitější a která méně. Hraje v tom roli také to, že obzvláště malé děti jsou schopné vnímat pouze přítomnost a nevidí do budoucnosti. (Šamánková a kol., 2011)

V případě potřeb dětí je možné vyjít z Maslowovy pyramidy lidských potřeb. Oproti dospělým je však důležitější, aby byly uspokojovány všechny roviny pyramidy v dostatečné míře, protože se vyvíjejí. Potřeby dětí lze rozdělit mnoha způsoby. Uvedu rozdělení potřeb dětí podle Dunovského (1999). Ten je rozdělil na základní biologické, základní psychické, základní sociální a základní vývojové. Biologickými potřebami myslí potřebu potravy, potřebu základních hygienických požadavků, potřebu dostatku adekvátních stimulů podněcujících a rozvíjejících dětský organismus, potřebu zdravého vývoje. Mezi psychické potřeby zařadil potřebu náležitého přívodu podnětů, potřebu smysluplnosti světa, potřebu jistoty, potřebu vlastní identity a potřebu otevřené budoucnosti. Sociálními potřebami dítěte je potřeba lásky a bezpečí, potřeba přijetí, potřeba identifikace, potřeba rozvinutí sil a schopností, potřeba umět překonávat překážky a zábrany a nakonec potřeba osvojit si zdravý životní styl. Vývojové potřeby by měly vést ke správnému rozvoji jedince.

Zaměřila bych se zvláště na psychické potřeby nemocných dětí, jak je uvádí Šamánková (2011). Dítě potřebuje dostatečné množství vnějších podnětů. Nemocné dítě však bývá upoutáno na lůžko a není tedy schopné si stimuly samo vyhledávat. Úkolem ošetrujícího personálu tedy je poskytovat dítěti přiměřené a různé podněty, které budou zaměřeny na stimulaci všech smyslů. Dále dítě potřebuje stálost, řád a smysl v podnětech. Tato potřeba je velmi často v nemoci narušena, protože s nemocí přichází nejistota a děti situaci nechápou. V této oblasti je důležité, aby ošetrující poskytli dostatek informací přizpůsobených věku a vyzrálosti dítěte, brali vážně všechny jeho otázky, nelhali dítěti (zvláště o bolesti) a u věcí, u kterých to je možné, zavedli určitý řád. Autorka dále zmiňuje potřebu prvotních citových a sociálních vztahů. Ujistění o trvání vztahů dodává dítěti pocit

jistoty a pomáhá mu překonat strach ze smrti. Důležité je dbát na to, aby dítě neztratilo kontakt se svými vrstevníky.



Obr. č. 1 Maslowova pyramida potřeb (Kříčková, 2017)

„Hospitalizace a dlouhodobé neuspokojování základních potřeb může ovlivnit chování dítěte, proto mu musí sestra, která je v nejužším a nejčastějším kontaktu s dítětem, věnovat zvýšenou péči.“ (Dorková a Šrahůlková, 2010, s. 51) Sestra je osobou, která u pacienta zůstává, když všichni ostatní odejdou. V případě dětských pacientů tuto roli často hraje rodič. Pokud tomu však z nejrůznějších důvodů není, musí to být sestra, která zastane jejich místo. Měla by si uvědomit, že *„dítě, které v neznámé situaci pociťuje úzkost a nějak ji projevuje, se chová normálně.“* (Víchová, 2013, s. 250) Měla by v přítomnosti dítěte vystupovat *„klidně, mile, přátelsky a každý svůj pohyb doprovázet laskavým výrazem ve tváři a mírným úsměvem, který nebudí dojem výsměchu ani povýšenosti.“* (Víchová, 2013, s. 252) Děti jsou velice citlivé na to, jakým způsobem je k nim přistupováno. Zvláště silně vnímají, jestli jsou brány vážně nebo ne. Velice pečlivě si všímají, jak se zdravotník tváří a jestli to, co říká souhlasí s tím, jak se tváří a naopak.

2.4 Činnosti sestry vyplývající z potřeb dětí

Z potřeb dětí vyplývají mnohé nároky na péči, které by sestra měla dětem poskytnout a pomoci tak zajistit optimální průběh hospitalizace dítěte. Jedná se o drobné úkony nebo věci, na které je dobré dát si pozor, protože ovlivňují psychiku dítěte.

Úkolem zdravotnických pracovníků je „*humanizace a normalizace prostředí*“ a měli by usilovat o to, aby vnesli do specifického prostředí, jakým nemocnice je, „*normální život*.“ (Rothová, 2014, s. 27)

Sestra by měla dítěti zajistit dostatek spánku, protože spánek blahodárně působí na tělesnou i psychickou stránku člověka. Pojí se s tím zajištění podmínek dobrých pro odpočinek, tedy ticho, soukromí, regulace osvětlení, dodržení návyků a rituálů pokud lze, tišení bolesti, poskytnutí laskavého slova při strachu objevujícím se s příchodem večera. Co se výkonů, ať už ošetrovatelských, léčebných či diagnostických týče, nepříjemné by měly být co nejvíce omezeny a je třeba vždy zvážit, jestli výkon není zbytečný. Jsou děti, kterým vyhovuje, pokud provedeme více výkonů najednou a potom je jim dopřán klid, jiným zase prospěje postupné zatěžování výkonů s přestávkami pro odpočinek. Důležitá je také úprava prostředí, tedy omezení hluku, zápachu a odstranění předmětů nehezkyých na pohled (použité znečištěné pomůcky, pomůcky připomínající bolestivý výkon nebo nahánějící strach). Na pokojích by mělo být čisto a útulno. Důležité je prostředí přizpůsobit dětem, samozřejmě podle stáří. Bývá dobré, pokud na sebe děti ležící na jednom pokoji vidí, ale zároveň musí být zachována jejich intimita. Pokud má dítě nějaké návyky, není dobré je násilím měnit. Pouze pokud se jedná např. o špatné hygienické návyky, je záhodno dítě postupně naučit návyky správné. Jestliže má dítě nějaká omezení, je úkolem sestry dítě chránit před přílišným pokušením a také je nedráždit (např. pokud dítě nemůže přijímat tekutiny p.o, je nepřípustné se před ním napít). Není dobré dávat dítěti příliš mnoho pokynů a povinností najednou, abychom předešli možným pocitům viny v případě, že by nebylo dítě schopno dané pokyny dodržet a zvládnout. Sestra by měla dohlédnout na správný výběr knížek, pohádek a programů v TV, protože příběhy velice ovlivňují psychiku dítěte. Dále poskytnout dostatečný prostor k poznání okolí a pro hru, která je dobrou pomůckou k odvedení pozornosti od nemoci, bolesti i přílišnému zaměření se na své tělo. Jednou z nejdůležitějších věcí je dávat pozor na slova. Děti si mohou udělat mylné závěry pokud slyší něco jen napůl nebo tomu úplně nerozumí. Sestra také nesmí zapomínat, že i když jí dítě nerozumí, stále vyčte mnoho z výrazu tváře a tónu hlasu. (Matějček, 2001)

2.5 *Komunikace s dítětem*

Při komunikaci s dětským pacientem vyjdeme z těchto dvou tvrzení: „*Žádné dítě není na komunikaci příliš malé.*“ (Plevová a Slowik, 2010, s. 76) a „*Každá komunikace potřebuje odpověď.*“ (Plevová a Slowik, 2010, s. 46)

Komunikace je základní forma, kterou lidé navazují vztah se svým okolím, sdílejí své pocity, myšlenky, zkušenosti a informace. Komunikovat můžeme verbálně, tedy slovy, nebo neverbálně – řečí těla. Mezi složky verbální komunikace patří rychlost a hlasitost řeči, výška hlasu, pomlky nebo přerušení hovoru, přítomnost embolických slov, délka projevu a intonace. Řeč těla tvoří mimika, gesta, posturologie, kinetika, pohledy, proxemika, haptika a úprava zevnějšku. (Venglářová a Mahrová, 2006) (Plevová a Slowik, 2010) Člověk tedy neustále komunikuje, ať už záměrně, nebo nezáměrně.

V komunikaci s dítětem hraje důležitou roli tělesný, smyslový, kognitivní a sociální vývoj. Nastíním, jakými způsoby komunikuje dítě a také jak je schopno přijímat informace od svého okolí v různých etapách svého vývoje. U novorozenců jde především o výraz ve tváři. Všimneme si soustředěného pohledu a uvolnění, je schopen úsměvu a zamračení, vyčteme smutek a překvapení, výraz námahy a napětí, plačtivou grimasu. Verbální komunikace rovněž hraje svou roli. Jde o hlasové projevy a pláč. Reaguje na úsměv, intonaci hlasu, tedy výšku a zabarvení, na zpěv, rozlišuje příjemný a nepříjemný dotek. U kojence se již objevují první hlásky a smích. Důležité je mluvit s dítětem o tom, co dělá a jaké dělá pokroky. Používáme jednoduché, výstižné a konkrétní komentáře a povzbuzujeme. Dbáme na to, aby nám vidělo do obličeje. Svou roli hraje neverbální komunikace, tedy hlazení, doteky, houpání, chování. V tomto období se pro dítě stává důležitá také hra. Hlavní roli v poznávání má hmat. Začíná se objevovat strach a obavy. Rozehnat se dají klidným konejšivým hlasem, kdy je dítěti poskytnuto vysvětlení. Je dobré reagovat na vokální a neverbální projevy, ale ne na stejné úrovni – na dítě mluvíme. Již v tomto období se dítě začíná učit poslouchat. Pokud dělá něco, co nemá, dáme to najevo změnou stylu komunikace, tedy mimikou a intonací hlasu. V batolecím věku dítě již rozeznává význam jednoduchých slov. Řeč ovládá pouze pasivně, v jednom roce většinou začíná s prvními slovy, kterým rozumí jen rodiče, ve dvou letech již používá aktivně 20-30 slov. Začíná s častou otázkou „A proč?“. Rozhodně není žádoucí napodobovat řeč batolete. Oslovujeme dítě jménem. Je důležité mluvit zřetelně, komentovat úkony, které sestra provádí a nepoužívat zdrobněliny, které se dítěti špatně vyslovují. Z hlediska spolupráce je dítě schopno plnit elementární pokyny. V předškolním věku dítě obvykle komunikuje pomocí

složitějších vět s lepší výslovností. Hodně a rádo si povídá, a to i samo pro sebe. Důležité je provozovat oboustrannou komunikaci, vysvětlovat, a to i formou herní terapie či kreslením, ptát se co ho napadá a co prožívá, chválit a v žádném případě neignorovat otázky a nelhat. Dítě touží po společnosti jiných dětí. Ve školním věku (6-12 let) dítě mluví téměř jako dospělý dlouhými složitými větami. Je důležité mluvit o jejich prožitcích, podporovat zvědavost, poskytnout prostor k rozhodování, vysvětlovat nejasné informace pomocí kreativních způsobů komunikace a především definovat vždy pravdu a lež. V období dospívání (13-18 let) hraje při komunikaci velkou roli to, jestli necháme dítě mluvit a respektujeme jej. Oslovujeme jej jménem a používáme vykání. Přínosné je nastavit pravidla, která zdůvodníme a jsme v nich důslední. V tomto věku se dítě učí kompromisům. Přistupujeme k němu jako k partnerovi, nepřikazujeme a respektujeme jej. Mluvíme o zkušenostech a zdůvodňujeme názor, ale vyvarujeme se shazování a zesměšňování. Podporujeme jej v zodpovědnosti za své vlastní tělo a zdravotní stav. Používáme odborné termíny, které vysvětlujeme. Dospívajícího je třeba rovněž chválit.

Při komunikaci s dítětem v nemocnici není důležitá jen důkladná znalost vývojových charakteristik. Je také důležité si uvědomit, že komunikace bude podmíněna také zdravotním stavem dítěte, jeho charakterem, prožíváním a psychickým stavem, typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků. Nemoc se promítá do celé osobnosti dítěte, každé si nemoc uvědomuje a nějak ji prožívá. Je důležité provozovat aktivní komunikaci, protože sestra často není jen poskytovatelem zdravotní a ošetrovatelské péče, ale také nahrazuje rodiče a kamarády. Dítě považuje za zdroj jistoty a porozumění ty, kteří zůstávají klidní a vědí si rady. Při komunikaci nám pomohou podrobné informace o dítěti od rodičů. Poté už by ale komunikace měla probíhat především s dítětem a zásadní je navázat s dítětem kontakt a vztah, někdy je možné využít k tomu např. oblíbenou hračku. Dítě žádáme o svolení něco udělat, nabízíme alternativy, ptáme se na různé věci, necháváme dítě spolurozhodovat, poskytujeme prostor pro otázky, chválíme a oceňujeme snahu. Důležitou součástí komunikace, zvláště u nemocného dítěte, je naslouchání. A to sluchem, zrakem i srdcem. U dětí bývá také rozhodující úsměv. (Plevová a Slowik, 2010)

Pro dítě je někdy velmi těžké porozumět tomu, proč je nemocné, sdílet bolest nebo klást otázky týkající se nemoci. A rodiče ani zdravotníci nejsou schopni nalézt vhodný způsob komunikace o těchto tématech, takže mnoho zůstává nevysloveno. To, že strach, úzkost a bolest není vyslovena, stav dítěte velmi zhoršuje. Proto je důležité hledat způsob, jak o těchto pocitech, které se v období nemoci stávají realitou života dětských pacientů,

hovořit, jak jim poskytnout způsob ventilace a úlevy tím, že se s tím někomu svěří. V italské nemocnici v Naples byl proveden výzkum, který se tímto problémem zabýval. Ve spolupráci s psychology byly vytvořeny skupiny hemato-onkologicky nemocných dětí, kdy společně vyprávěly příběh. To jim poskytlo možnost vyjádřit negativní pocity, aniž by s nimi někdo na to téma přímo mluvil. Do jejich utváření příběhu se totiž promítly jejich obavy, jak chápou dobro a zlo, a naděje na zvítězení dobra a zničení zla. Z výzkumu vyplynulo, že tato intervence byla pro nemocné děti velmi přínosná. Jednak měly prostor sdílet se s dalšími dětmi, které procházely podobnými zkušenostmi a pocity a vytrhlo je to z pocitu osamělosti a měly příležitost ventilovat negativní emoce, obavy a nejistoty a povzbudit se tím, že příběhu daly dobrý konec. (Margherita a kol., 2014) Toto je jen jeden ze způsobů, jak pomoci dětským pacientům v komunikaci týkající se nepříjemných a těžkých, pro děti často neuchopitelných témat. Vždy je důležité najít nástroj komunikace, který je pro dané dítě v dané situaci a okolnostech nejvhodnější.

2.6 Spolupráce s rodiči

„Co vlastně dítě především a hlavně potřebuje od rodičů, když je chronicky nemocné? To nejcennější, co máme – náš čas. Být s ním, provázet je, věnovat se mu, a tím mu pomoci vytvořit tolik nezbytné pocity jistoty, zázemí, identitu, zkrátka domov.“ (Slaná a Slaný, 2014, s. 44-45)

Dítě má právo na nepřetržitý kontakt se svými rodinnými zástupci. V současné době u nás existují tři možnosti, které umožňují přítomnost rodičů v nemocnici tak, aby mohli být s dítětem co nejvíce. Na některých odděleních mají rodiče lůžko přímo na pokoji u dítěte, někde se na oddělení nachází společný prostor pro matky a poslední možností je nabídka ubytoven v blízkosti nemocnice. Návštěvy jsou většinou povoleny nepřetržitě. Takovýto systém je v mnohém pro zdravotnický personál a především pro dítě velkým přínosem, avšak má i své stinné stránky. Pro personál představuje větší nároky v komunikaci a koordinaci péče s rodiči, což může být někdy časově i emočně a komunikačně náročné. Na druhou stranu zase rodiče zastoupí část péče, kterou by jinak sestry musely provádět samy. Také zajistí duševní pohodu dítěte, pokud s ním ovšem mají dobrý vztah. I na to by sestry měly dávat pozor. Pokud přítomnost rodiče dítě z nějakého důvodu spíše vyčerpává, je na místě o tom s rodiči mluvit a nalézt uspokojující řešení v zajištění blaha dítěte a úspěšné léčby. Většinou ale bývá přítomnost rodiče při hospitalizaci pozitivním přínosem a dítě spíše prospívá. Rodič je zákonným zástupcem nezletilého dítěte. Má tedy právo na sdělení

informací. Pokud bude dostatečně informován rodič, může on sám informovat a edukovat své dítě. Spolupráce sester s rodiči by měla probíhat na partnerské úrovni a měla by být aktivní, není dobré přistupovat k rodičům pouze jako k návštěvě. Rodič se podílí na péči a spolurozhoduje o léčbě. (Dlouhá a Dlouhý, 2015)

Přítomnost rodičů přináší dítěti citové uspokojení ze styku se známými a milými osobami. Zbavuje je to pocitu opuštěnosti a zároveň zajišťuje, že se dítě úplně neztratí z rodinného života, protože je se členy rodiny v kontaktu a má tak povědomí o tom, co se v rodině děje. Pobyt rodičů je však třeba omezit v případě, že mezi nimi a dítětem panuje přepjatý citový vztah. Je třeba věnovat obzvláštní pozornost těm dětem, kterým návštěva nepřišla nebo s nimi rodiče nemohou být celý den. (Matějček, 2001)

Pokud jsou rodiče přítomni, mívá to pozitivní přínos pro celou hospitalizaci i při provádění vyšetření či ošetrovatelských, diagnostických a léčebných výkonů. Je to ale sestra, kdo je odborníkem v daném oboru. Jestliže jsou tedy rodiče přítomni, je dobré je zapojit, avšak není vhodné přenést na ně povinnosti, které přísluší pouze profesionálovi, tedy sestře nebo lékaři. Jedná se např. o poskytování informací. O plánovaném výkonu by měl dětského pacienta zpravit zdravotník za přítomnosti předem informovaných rodičů. Způsob, jakým je dítě připravováno k výkonu či vyšetření, jakým způsobem a kým je mu vše vysvětleno a poskytnuty informace, hraje důležitou roli v jeho psychickém stavu a v tom, jak vůbec danou proceduru zvládne. Rodič by neměl přebírat úlohu sestry, ale rozhodně by s ním měla sestra spolupracovat. Nikdy by dítě nemělo nabýt dojmu, že se proti němu rodič se sestrou spikli. Rodič je pro něj stále jistota a zdravotník je odborníkem a někým, kdo mu pomáhá. (Víchová, 2013)

Různí rodiče přistupují k nemoci svého dítěte rozdílně a jejich schopnost se se vzniklou situací vypořádat je různá. Někteří se chovají klidně a snaží se dítě podpořit, aby se uzdravilo co nejrychleji. Jiní ale třeba situaci nezvládají, mohou být naplněni nepřiměřeným strachem nebo úzkostí. Pokud se rodič ocitne v situaci, kdy je jeho dítě nemocné a je hospitalizováno, bývá to pro něj stejně stresující jako pro dítě samotné. Je možné, že se rodič zachová zcela jinak, než jak je pro něj typické. Proto přítomnost rodičů klade na sestru v určitém slova smyslu větší nároky, protože musí pracovat také s jejich psychikou. Role rodiče je však v péči o dítě nenahraditelná a nikdo nezná své dítě lépe, než právě rodič. (Rothová, 2014)

2.7 *Nakládání s dětským strachem*

Strach je součástí lidského života už odedávna, protože se jedná o důležitý instinkt, díky kterému je člověk opatrný a pozorný v neznámých či nebezpečných situacích. Pro děti je potenciálním nebezpečím právě nemocnice, neznámé prostředí, a strach nebo úzkost je tedy naprosto pochopitelným jevem. (Víchová, 2013)

Strach může být vyvolaný něčím konkrétním, tedy blížící se operací, nějakým neznámým vyšetřením, výkonem (např. odběrem krve), vědomím, že matka musí na nějakou dobu odejít atp. S tímto strachem se dá lépe naložit, protože je uchopitelný a je možné nalézt způsoby a postupy, jak mu předejít nebo jej zmírnit. Pokud ale dítě pocítuje strach, který na první pohled nemá jasnou příčinu, bývá těžší jej rozptýlit. U menších dětí může souviset se strachem z neznámého nebo z opuštění. U vážně nemocných dětí může strach pramenit ze změny tělesných funkcí a vzhledu a následků, které tato změna přinese (začlenění do společnosti, plnění rolí) nebo i ze smrti. V takových chvílích je nutný laskavý, vnímavý a trpělivý přístup ošetřujícího personálu, jehož úkolem je pokusit se najít, odkud strach pramení, najít způsob, jak o takovém strachu s dítětem mluvit a pokusit se najít strategie, jak jej rozptýlit. Tyto intervence již často nejsou v možnostech sestry – nastupuje psycholog nebo duchovní. Sestra by však měla potřebu této intervence včas zpozorovat a zajistit řešení. Co se týká práce se strachem, který je způsoben očekávanou operací, vyšetřením či zákrokem, je dobré držet se několika zásad, které pomohou dítěti strach a tím pádem i celou situaci lépe zvládnout.

Dítěti bychom nikdy neměli lhát, hlavně co se bolesti týká. Vždy je důležité říct, jak dlouho bude daný zákrok nebo vyšetření trvat. Dobré je průběžně dítě informovat o tom, co děláme a co budeme dělat. Eliminujeme tak strach z toho, že neví, co se s ním bude dít a bude jasně vědět, že je někdo s ním. Správnou komunikací, která je vlastně při práci se strachem nejdůležitější, je vhodné také získat dítě ke spolupráci. Bude mít pak pocit, že má na situaci nějaký vliv. Strachu je možné také předejít podáním dostatečných informací, měly by však být přiměřené věku dítěte, jeho zkušenostem a dané situaci. Dobré je dítěti dopřát čas prohlédnout si prostor a zapojit je, zaměstnat. Dá mu to pocit jistoty, že vlastně celou situaci může ovlivnit nebo trochu řídit. Dále se osvědčilo nechat dítěti prostor pro nějakou otázku. Pokud je u výkonu přítomen rodič, dítě by rozhodně nemělo nabýt dojmu, že je zradil, ale spíše že je chrání, zvláště pokud se dítě brání. Pokud dítě nezvládne svůj strach překonat a pláče, i tak je dobré po zvládnutí výkonu takové dítě pochválit. Povzbudí je to v případné další podobné situaci v budoucnu, kterou třeba zvládne díky tomu ještě lépe.

Výkon a celý průběh situace, které přinášely dítěti strach, by měly být nějak jasně ukončeny a zhodnoceny. (Víchová, 2013) Pokud dítě čeká na operaci nebo nějaký výkon či vyšetření, není dobré, pokud čekání trvá příliš dlouho. Není vždy v možnostech zdravotníků dobu čekání omezit, proto je nutné odvést pozornost dítěte, zabavit je. V žádném případě s dítětem jeho strach nerozebíráme a zbytečně se ho neptáme, jestli se bojí. Pokud má opravdu strach, je žádoucí je utěšit a povzbudit, nakonec však spíše odvést pozornost jinam. (Ondriová a Sinaiová, 2011) „*Dítě si potřebuje své napětí odreagovat, osvobodit se od něho, uvolnit se. Nejlepším prostředkem k tomu bývá nějaká tvořivá hra.*“ (Ondriová a Sinaiová, 2011, s. 35)

Strach je do značné míry možné ovlivnit přístupem ošetřovatelského personálu. Dítě by z jejich chování mělo pochopit, že je v dobrých rukách a získat k nim důvěru. Není nad to, pokud je dítěti dopřáno času a prostoru sdílet se o svých zážitcích a obavách. Děti se někdy stydí mluvit o svém strachu nebo se bojí posměchu, proto je žádoucí jim naslouchat, v některých případech i zavést rozhovor na toto téma, vysvětlovat a vést je, aby o tom mluvily. Při boji se strachem je důležité myslet na to, že děti mají bujnou fantazii, a pokud uděláme něco, co dítěti nevysvětlíme, může to v něm způsobit velký strach, protože si vytvoří mylnou představu. (Ondriová a Sinaiová, 2011)

2.8 Psychologické aspekty zvládnání bolesti

Bolest je pro dítě zdrojem velkého stresu. Ovšem často bývá strach z bolesti daleko větším stresovým faktorem, než bolest sama. Čím delší dobu je dítě bolesti vystaveno a čím je tato bolest silnější, tím je dítě více ohroženo negativním dopadem na centrální nervový systém a tedy i na jeho psychosociální vývoj. (Pilát, 2005)

„*Bolest je nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození.*“ (Doležal a kol., 2004, s. 54) Bolest je vždy subjektivním prožitkem, proto je vždy důležité dbát na to, co říká pacient o její přítomnosti a síle. Její vnímání bývá také ovlivněno předchozí zkušeností, stářím dítěte, pohlavím, kulturními faktory, úrovní znalostí a poučením z rodiny. Děti by nikdy neměly trpět bolestí. Důležitým úkolem sestry je bolesti u dětských pacientů předcházet, rozpoznat včas projevy bolesti, správně je vyhodnotit, zajistit léčbu a hodnotit její účinnost. Kromě farmakologického a fyzikálního způsobu řešení bolesti existují ještě další možnosti. Mnohá bolest se dá zmírnit podáním dostatečných informací předem. Poučení je vhodné přizpůsobit věku, zvolit správný čas a bývá dobré zapojit i rodiče. Další možností jsou kognitivní a behaviorální metody, které využívají fantazie a smysl pro hru.

Neméně účinnou metodou je odvádění pozornosti, hovor na zajímavé nebo oblíbené téma, relaxační techniky a imaginace. (Řezníčková, 2011)

Při přípravě dítěte na jakýkoli bolestivý či nepříjemný výkon nikdy nelžeme o tom, jestli to bude bolet. Dobré je dítěti podle pravdy sdělovat, co může cítit a co bude možná bolet. Zásadní je připojit, jak dlouho bude bolest trvat. Pokud jde o plánovanou bolest ve smyslu plánovaného bolestivého výkonu (odběr krve, převaz rány apd.), vnímá dítě většinou kladně, pokud mu poskytneme nějaký čas, aby se s nadcházející situací srovnalo. (Víchová, 2013)

2.9 Zabavení dětí

„Hra je spontánní, vysoce motivovaná a radostná činnost, která je nutná pro normální vývoj každého dítěte. Je důležitým faktorem v oblasti sociálního, rozumového a citového růstu jedince.“ (Řezníčková, 2011, s. 145)

Z výše uvedené citace je zřejmé, že hra je pro dítě velmi důležitou činností, protože podporuje jeho správný vývoj, prostřednictvím hry se dítě učí a také mu přináší radost, tudíž podporuje pozitivní náladu a zvládání stresu, jakým hospitalizace i nemoc sama jsou.

Pravda je však taková, že málokteré dítě si v nemocnici samo začne hrát. Je tedy nezbytné, aby sestra hru a podněty ke hře aktivně nabízela a začlenila hru do všech ošetrovatelských činností. Měla by dbát na bezpečnost při herních aktivitách a také je přizpůsobit věku a zdravotnímu stavu dítěte. Hry tedy mohou být začleněny do ošetrovatelské péče, dále je možné využít hry edukační (příprava na nějaké vyšetření, zákrok), terapeutické hry (pochopení a zbavení strachu) a nakonec volnočasové hry (pro radost, rozptýlení). (Machová a Brabcová, 2010) Nejen že je hra nutná pro správný vývoj dítěte, hra také usnadňuje sestře péči o dítě – ať už se jedná o komunikaci, navázání kontaktu, získání důvěry, vysvětlení zákroku nebo uklidnění dítěte.

Součástí dětských oddělení by vždy měla být herna. Jde o místo, které slouží pouze ke hraní, nikdy by zde neměly probíhat bolestivé nebo nepříjemné výkony. Sestra by měla dbát na bezpečnost tohoto prostředí a také o pořádek. Dobré je do úklidu zapojit i děti, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. Důležité je zapojit do hry i rodiče a povzbudit je v tom, aby dítě ve hře podpořili. Někdy totiž mohou mít strach, aby to jejich dítěti neublížilo. Potom je na místě pomoc sestry, aby rodičům poradila činnosti, které mohou s dítětem provozovat. Naopak, sestra se může od rodiče mnohému naučit a zjistit, co dítě baví a co má rádo a sama pak dané prvky při péči o dítě využívat. (Řezníčková, 2011)

3 Služby a organizace pomáhající v péči o psychickou pohodu hospitalizovaných dětí

„Sociálně pedagogické působení zdravotnického pracovníka by mělo spočívat v umění naslouchat, v empatii, pochopení, pozitivní podpoře a motivaci dítěte při zvládnání náročné životní situace. Je však třeba připomenout, že i zdravotnický pracovník má své limity.“ (Rothová, 2014, s. 27)

Sestra sama nemůže zvládnout uspokojit všechny potřeby dítěte, ať už se jedná o potřeby obecné nebo individuální. Právě proto je důležitá její spolupráce s pomáhajícími organizacemi nebo profesemi, které rovněž hrají svou nezastupitelnou roli v péči o dítě během hospitalizace. V této části uvedu přehled organizací, profesí a možných služeb pomáhajících při udržení dobré psychiky hospitalizovaných dětí. Sestry by měly jednotlivé možnosti a jejich kompetence daných odborníků znát, aby je mohly zařadit do ošetrovatelské péče a spolupracovat s nimi tak, aby péče o dětské pacienty byla co nejefektivnější a nejprínosnější.

3.1 Pedagogická činnost

„Přiměřená duševní aktivita má pro dítě nesmírný význam.“ (Dlouhá a Dlouhý, 2015, s.39) Děti, které nemohou dlouhodobě docházet do školy a účastnit se mimoškolních aktivit, prožívají více stresu a častěji trpí depresemi. Během nemoci a dlouhodobé hospitalizaci je o to důležitější pamatovat na potřebu dětí se učit, protože je omezena jejich pohybová aktivita. Učení se dokonce může stát pro dítě důležitějším, než pro ně bylo v době před zdravotními problémy a hospitalizací. Zpravidla bývají nejprve rády, že nemusí do školy, psát úkoly atd., ale později se pro ně stává vzdělávací činnost velmi důležitou a sami ji vyžadují, těší se na ni. Stávají se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Zvláštnost spočívá v tom, že vzdělávání je součástí léčebného procesu a vyučovací proces je podřízen zdravotnímu stavu dítěte a léčbě. Správné odhadnutí intenzity vzdělávací činnosti vyžaduje spolupráci lékaře i sester s pedagogickými pracovníky. Pedagogičtí pracovníci by měli vzdělávací činnost konzultovat s ošetřujícím lékařem a přizpůsobit ji dítěti a jeho individuálním potřebám, naopak ošetřující personál může od pedagogů získat informace o zdravotním i psychickém stavu dítěte podle průběhu vzdělávací činnosti. Pedagogů se děti nebojí, protože jim nezpůsobují bolest a jsou pro ně pojítkem se světem mimo zdi nemocnice. Učení je činnost, kterou děti znají, takže představuje určitou jistotu.

Pokud není jejich vzdělání přerušeno, nebudou muset v budoucnu tolik dohánět zameškané. Kromě toho vzdělávání zajišťuje určité rozptýlení, odvádí pozornost dítěte od nemoci, vzbuzuje sebevědomí a vůli chtít se uzdravit. Podporuje aktivitu dítěte a nastavuje určitý režim dne, na který bylo zvyklé i před hospitalizací. Vzdělávací činnost mu dává najevo, že nemoc není důvodem k osvobození od povinností. Pokud se pedagogům podaří navázat s dětským pacientem vztah, projeví se to v přístupu ke školní práci i k léčení samotnému. Dítě bývá trpělivější a více ochotné ke spolupráci. Existují tedy mateřské a základní školy při zdravotnických zařízeních a pracovníci mohou provádět konzultace i žákům středních škol. Je potřeba souhlas zákonného zástupce a doporučení ošetřujícího lékaře. Pedagogická činnost hospitalizovaných dětí probíhá buď v učebnách, v herně nebo na pokojích. Pokud je provozována na pokojích, jedná se o individuální vzdělávání. Stává se však, že pokud je na pokoji více dětí, zapojí se i ti ostatní, což podporuje spolupráci a socializaci mezi různými věkovými skupinami i mezi chlapci a dívkami navzájem. (Dlouhá a Dlouhý, 2015) Sestry by při spolupráci s učitelkami měly mít na paměti, že *„posilování duševní činnosti i pokračující vzdělání mají zásadní význam jak v období léčby, tak pro budoucnost.“* (Dlouhá a Dlouhý, 2015, s. 40)

3.2 Herní terapie

„Herní specialista jakožto člen týmu stojí ve středu všech – rodičů, dětí i zdravotníků – a měl by působit na všechny strany.“ (Dlouhá a Dlouhý, 2015, s. 77) Jde o samostatnou profesi, k jejímuž výkonu je třeba znalostí z více oblastí, a to ze speciální pedagogiky, psychologie, sociální práce a ošetrovatelství. Profese herního specialisty přichází do nemocnic v souvislosti se zaváděním principu „Family Centered Care“. (Dlouhá a Dlouhý, 2015) Tímto termínem je popisován partnerský přístup při rozhodování ve zdravotní péči. Jedná se o sdílení informací, partnerstvím, respektem a společným domlouváním mezi zdravotnickými pracovníky a rodiči dítěte vedoucím k uspokojivému výsledku složité situace. (Kuo a kol., 2011)

Úkolem herního specialisty je pečovat o dobrý psychický stav dětí a také o jejich rodiče. Jedná se o kamaráda-odborníka, který je dítěti rovnocenným kamarádem a pomáhá mu projít celou hospitalizací a vším, co s sebou přináší. Jeho nejdůležitější rolí je navázat s dítětem kontakt, získat jeho důvěru a přenést ji i na zdravotníky a předat jim důležité informace. Pomáhá dítěti vyznat se v daných okolnostech a dobře se vypořádat s hospitalizací i léčbou. Pomáhá s přípravou na plánovanou hospitalizaci i plánované

zákroky a také je doprovází na vyšetření. Pomáhá při výkonu zákroků, kdy odvádí pozornost dítěte. Zajišťuje herní aktivitu dítěte, stará se o hernu i výzdobu oddělení. Hospitalizaci provází nejen dítě, ale také jeho rodinu, pro kterou je kontaktní osobou. Věnuje se dětem bez rodičů i handicapovaným. Spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu a podílí se na tvorbě informačních materiálů pro děti i rodiče. (Řezníčková, 2008)

Herní terapie by měla být součástí péče o hospitalizované děti. Pokud je dítě v psychické pohodě, často i fyzické uzdravování probíhá rychleji. (Strouhalová, 2010) Profese herního specialisty se u nás začala zavádět v roce 1993, ale zatím nebyla příliš rozšířena. V roce 2012 bylo zjištěno pouze 6 herních specialistů působících na dětských odděleních. Pouze třetina dětských oddělení provádí komplexní herní terapii. Důvodem je nejspíše to, že ve většině případů funkci herního specialisty zastává pedagogický pracovník nebo dětská sestra, která se činnosti herního specialisty nemůže věnovat naplno, protože má jiné povinnosti vyplývající z její primární profese. Dále také nedostatečné finanční prostředky nemocnic a nejasné definování této profese a její vymezení v legislativě. „*Pokud bude herní specialista plnohodnotným členem týmu na dětských pracovištích, bude moci provádět komplexní herní terapii v celé její šíři a lépe se tak podaří naplnit principy humanismu a péče orientované na dítě.*“ (Hlaváčková a kol., 2015, s. 200)

3.3 Duchovní služba

Duchovní službou se nerozumí pouze péče o duchovní potřeby věřících lidí, vyznávající nějaké náboženství. Zahrnuje i pomoc při vyrovnávání se s nemocí a hledání smyslu, ať už nemoci samotné, života i otázky smrti. Každý člověk má totiž nějaký duchovní život. Duchovní službu by měl poskytovat každý, tedy i zdravotní sestra. Je k tomu zapotřebí citlivosti a určité duchovní zralosti a také síla si otázky týkající se smyslu života a smrti, nemoci a utrpení klást. Přesvědčení, že osoba poskytující duchovní službu musí mít na všechno odpovědi, je mylné. Jedná se spíše o společné hledání, než nabízení řešení. Hlavním poskytovatelem duchovní služby je nemocniční kaplan. Má svou výjimečnou funkci, protože je to někdo, kdo má čas s pacienty mluvit a svou profesí je do značné míry na rozhovory týkající se těchto témat připraven. Jeho úkolem není obrátit všechny na svou víru, ale pomáhat lidem na jejich cestě. Aby mohla takováto pomoc probíhat u dětí, je třeba navázat s nimi vztah, protože jim k otevření a sdílení se o tom, co je trápí, nepomůže profesionalita, protože jde o člověka, kterého neznají. Pokud je ale vztah navázán, stává se duchovní jakousi jistotou, protože provází nemocné dítě z jednoho oddělení na druhé, pokud

je překládáno, mnohdy zná i lékaře a má zkušenosti s nemocničním prostředím a procedurami. Pokud se jedná o dítě z věřící rodiny, je dobré, pokud je navštěvuje známý duchovní. Pro využití péče duchovního u dítěte je nezbytný souhlas rodičů. Měli by být o této možnosti informováni a mít dostatečné informace o její funkci, aby si zbytečně nespojovali tuto službu se smrtí a koncem života. Duchovní služba mnohdy může být prospěšná také pro rodiče nemocného dítěte. Je pro ně náročné být neustále před dítětem silní a před duchovním mohou vyjádřit svou slabost. (Zerhau, 2005)

3.4 Zooterapie/aktivity za pomoci či přítomnosti zvířat

„Blízký a dlouhodobý kontakt se zvířaty je provázen příznivými fyziologickými, psychologickými a společenskými stavy, které zlepšují celkové zdraví, upravují psychiku a tím i kvalitu života.“ (Lacinová, 2003, s. 7)

Zooterapie je doplňková metoda podpory zdraví, která využívá pozitivního působení na zdraví člověka při jeho kontaktu se zvířetem. K zooterapii je využíváno široké spektrum zvířat. Zvíře může být buďto součástí léčebného procesu nebo se může jednat jen o aktivity za přítomnosti zvířat. Ty se pak dělí na pasivní – pouhá přítomnost zvířete, interaktivní-rezidentní – zvíře žije v daném zařízení a interaktivní-návštěvní – terapeut se zvířetem do ústavu dochází. (Gajdošová, 2012) Zooterapii nemůže provozovat jen tak někdo. Zvířata musí projít vyšetřením a musí být pravidelně kontrolována a očkována. Psi musí složit canisterapeutické zkoušky a majitel musí projít školením. Terapie by měla obsahovat konkrétní záměr, metodiku, prověřená zvířata a odbornou supervizi. (Maršálková, 2006) (Lacinová, 2003)

V rámci podpory udržení dobrého psychického stavu hospitalizovaných dětí se osvědčily aktivity za pomoci/přítomnosti zvířat. Oproti zahraničí jsou u nás návštěvy zvířat ve zdravotnických zařízeních převážně omezeny na léčebny dlouhodobě nemocných, dětské ústavy, domovy pro seniory nebo domovy pro mentálně či tělesně postižené děti. Zvířata k terapii jsou však využívána i v některých nemocnicích, i když je tato činnost omezena hygienickými požadavky těchto pracovišť. V nemocnicích je zooterapie praktikovaná především na dětských onkologických odděleních nebo dětské psychiatrii a neurologii. Nejčastěji je využíváno psů, tedy canisterapie, a drobných zvířat (např. zakrslý králík). (Gardiánová a Hejrová, 2015) (Maršálková, 2006) (Křemenová, 2010)

Zvířata, ať už jejich přítomnost nebo fyzický kontakt, pozitivně působí na lidskou psychiku, snižují tlak krve i srdeční frekvenci. Redukují stres a pomáhají vyrovnat se

s depresí. Podporují komunikaci a sociální cítění. Přináší rozptýlení a uklidnění, napomáhají uvolnění a zahání pocit opuštěnosti. Zvířata nevnímají, že je člověk nemocný nebo nějak handicapovaný, takže si dotyční v jejich přítomnosti odpočinou, protože k nim přistupují bez lidské lítosti, účasti, která mnohdy bývá náročná, byť dobře míněná. Pro děti je také zvíře často spojené s domovem, pokud samy nějaké doma chovají. Děti se zvířecím kamarádům svěřují, což je pro ně velikým přínosem, pokud nejsou schopny mluvit o svém strachu a bolesti s rodiči nebo zdravotníky. Přítomnost zvířete má i edukační význam. A v neposlední řadě, přítomnost zvířat a kontakt s nimi přináší radost. (Gardiánová a Hejrová, 2015) (Stone, 2003) Návštěva terapeuta s jeho zvířecím doprovodem rozptýlí a potěší také rodiče, protože se jedná o kontakt se světem mimo zdi nemocnice a nejedná se o zdravotníka, takže i téma rozhovoru je jiné. (Křemenová, 2010)

Některé nemocnice u nás dokonce organizují pravidelné návštěvy zoologických zahrad pro hospitalizované děti. Na místo je dopraví speciální autobus a provázejí je rodiče, sourozenci a odborný personál. Děti tak navzdory nepřerušitelným léčebným procedurám (např. kontinuální infúze) mají příležitost strávit den se svými rodinami a navštívit místo pro děti tolik zajímavé a to vše pod odborným dohledem a s pomocí. Tato intervence má velmi pozitivní dopad na psychiku hospitalizovaných dětí, jejich rodičů, ale i na zdravotnický personál. (Dlouhá a Dlouhý, 2015)

3.5 Dobrovolníci v nemocnici

„Dobrovolnictví není obět', ale přirozený objev občanské zralosti.“ (Blažová, 2009, s. 22)

Dobrovolnictví spočívá v poskytování konkrétní pomoci potřebným. Dobrovolník tak koná ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu. Odměnou je mu pocit smysluplnosti, nové zkušenosti a dovednosti a také obohacení v mezilidských vztazích. (Blažová, 2009) Dobrovolník se na rozdíl od sester a lékařů nezajímá o nemoc, ale soustředí se na to, co je zdravé a co pacient zrovna může dělat. (Dohnalová, 2011)

Dobrovolníkem může být každý, kdo je starší 15 či 18 let (podle formy pomoci) a kdo projde pohovorem a zaškolením. Tak tomu je ve fakultní nemocnici v Motole, která se stala kolébkou dobrovolnictví v nemocnicích u nás (od roku 1999). Návštěvy dobrovolníků mohou být nárazové nebo pravidelné. Nárazovými akcemi se myslí zapojení do jednorázových akcí pořádaných dobrovolnickým centrem. Jedná se např. o hudební či

taneční vystoupení, besedy a tvořivé aktivity. Pravidelné dobrovolnictví spočívá v docházení jednou týdně na dvě až tři hodiny. Věnují se např. herním a výtvarným aktivitám. Dále také může jít o pravidelné skupinové kroužky, např. na dětském psychiatrém oddělení. Součástí dobrovolnictví může být také zooterapie – canisterapie a zooterapie s drobnými zvířaty. Dobrovolníci spolupracují se zdravotnickým personálem, jsou označeni pomocí barevného trička a vizitkou. (Blažková a Hurdová, 2013) Dále jsou pořádány nejrůznější akce, např. návštěva zoologické zahrady, semináře pro rodiče i děti, soutěže. Přítomnost dobrovolníků v nemocnici je přínosná také pro rodiče, protože si mohou v době jejich přítomnosti něco vyřídit, opustit oddělení a vědět, že dítě nezůstane na pokoji samo. (Blažová, 2009)

Přínos pro sestry v docházení dobrovolníků spočívá v tom, že jejich malé pacienty zabaví a tím je rozptýlí od jejich nemoci a bolesti. Takové děti pak vyžadují méně pozornosti a sestry mohou věnovat svůj čas tam, kde je skutečně potřeba jejich odborné zdravotnické pomoci. (Blažková a Hurdová, 2013)

3.6 Pomáhající organizace

V České republice existuje mnoho organizací, které pomáhají dětem a jejich rodičům lépe zvládnout pobyt v nemocnici a podpořit je po psychické stránce. Mnoho organizací je zaměřených na pomoc dětem s onkologickým onemocněním, jako je např. dobrovolný spolek Haima, neziskové sdružení Donor, občanské sdružení Vlad'ka dětem a nadační fond Kapka naděje. Jiné působí na více různých odděleních i více nemocnicích, jde o spolek Loutky v nemocnici, neziskovou organizaci Zdravotní klaun a Celé česko čte dětem. Za pomoc dětem a především jejich rodičům se dají považovat i občanské sdružení Nedoklubko a Dobrotety, které pomáhají předčasně narozeným dětem a jejich rodinám. Spolek Lékořice nabízí podporu profesionálů spolu s dobrovolníky v oblastech herní terapie, duchovní péče, zooterapie i vzdělávání.

V souvislosti s praktickou částí mé bakalářské práce se více zmíním pouze o činnosti neziskové organizace Zdravotní klaun. Tato organizace funguje na státní i mezinárodní úrovni. U nás byla založena Gary Edwardsem v roce 2001. Jejím posláním je přinášet radost a humor všem potřebným v oblasti zdravotnictví, a to především dětským a geriatrickým pacientům, a pomáhat tak zlepšení psychického i fyzického stavu nemocných. Organizace sdružuje 86 Zdravotních klaunů, kteří působí v 62 nemocnicích, osmi domovech pro seniory a jednom hospici. Jedná se o profesionály, kteří prošli konkurzem, školicím programem a zkušební dobou. Většina z nich má dramatické vzdělání. Jejich příprava se však netýká

pouze umělecké stránky, ale také edukace v oblasti pohybu na dětských nemocničních odděleních. Zdravotní klauni se podobně jako zdravotničtí pracovníci vzdělávají celý život. Jsou pro ně pravidelně organizována školení a specializované umělecké dílny. Každý z nich je originál a jejich posláním je přinášet humor do smutného prostředí, léčit smíchem. (O nás, 2019) (Naši klauni, 2019) „*Smích je nakažlivý, mnohem nakažlivější než kašel či rýma.*“ (Šilarová, 2012, s. 178) Klauni využívají smíchu a humoru k tomu, aby uvolnili stísněnou atmosféru, přivedli děti i jejich rodiče na jiné myšlenky a alespoň na chvíli jim dali zapomenout na nemoc a hospitalizaci. Jejich snahou je také pomáhat zdravotnickým pracovníkům při jejich práci.

Podle zakladatele Edwardse, klaun může úplně všechno. Jejich činnost je limitována pouze odezvou okolí, tedy reakcí dítěte, která je plně respektována. (Kos a Kopecká, 2013) Kromě nejznámějších zdravotních klauniád pro děti pořádají programy Nos na operační sál, Cirkus paciento, Humor pro dříve narozené, Přezůvky máme, Kutálka, Koš plný humoru, Jiný svět a vzdělávací semináře. (Naše programy, 2019)

Co se týká zaměření mé bakalářské práce soustředující se na podporu spolupráce právě se Zdravotními klauny při práci s dětmi, jsou důležité především programy Klauniáda pro děti a Nos na operační sál. Klauni vnímají nedostatečnou informovanost zdravotních sester o jejich práci a o tom, kým vlastně jsou, a proto spolupráce neprobíhá v takové míře, v jaké by mohla. Klauni nejen že přicházejí malé pacienty a jejich rodiče pobavit a rozptýlit, přicházejí i s nabídkou pomoci zdravotnickému personálu při nepříjemných či bolestivých výkonech a vyšetřeních tím, že odvedou pozornost dítěte jiným směrem, připraví ho na situaci s humorem atp. Dále by rádi pomohli sestřám v komunikaci s dětmi, které jsou uzavřené nebo je komunikace jakýmkoli způsobem ztížena. Z této potřeby vyplývá praktická část bakalářské práce i tvorba edukačního materiálu.

4 Edukační materiál pro sestry na podporu spolupráce se Zdravotními klauny

4.1 Cíl práce

Cílem práce bude vytvořit manuál k použití Zdravotního klauna. Jedná se o edukační materiál určený pro sestry pracující na dětských odděleních, která s neziskovou organizací Zdravotní klaun spolupracují. Manuál bude informovat o práci Zdravotních klaunů a o možnostech spolupráce. Cílem edukačního materiálu bude zlepšení a prohloubení vzájemné spolupráce sester a klaunů.

4.2 Plán práce

Říjen – prosinec 2018

- studium teoretických zdrojů
- stáž – návštěva oddělení spolu s klauny při klauniádě
- konzultace s klauny o problematice informovanosti sester - zjistit, jaké problémy Zdravotní klauni vnímají z hlediska informovanosti zdravotnických pracovníků při spolupráci

Leden 2019

- návrh edukačního materiálu
- konzultace se sestrou pracující na dětském oddělení o vytvořeném edukačním materiálu

Únor – duben 2019

- finální verze a tvorba edukačního materiálu
- dokončení bakalářské práce

4.3 Cílová skupina

Cílovou skupinou, pro kterou bude edukační materiál určen, jsou sestry, popř. i lékaři z dětských oddělení nemocnic, které spolupracují se Zdravotním klaunem.

4.4 Východiska pro tvorbu edukačního materiálu

- teoretické informace z literatury, materiálů publikovaných organizací Zdravotní klaun
- východiska vyplývající z rozhovorů se Zdravotními klauny
- východiska vyplývající z praktických stáží – klauniády se Zdravotními klauny
- východiska vyplývající z rozhovorů se sestrami
- východiska vyplývající z kurzu Komunikace a humor ve zdravotnictví vedený Zdravotními klauny

4.4.1 Východiska vyplývající z rozhovorů se Zdravotními klauny

Důležitým východiskem pro tvorbu edukačního materiálu na podporu spolupráce sester a Zdravotních klaunů byly informace a potřeby vyplývající z rozhovorů se Zdravotními klauny. V následujících několika bodech nastíním, jaké problémy v oblasti komunikace a spolupráce se zdravotnickým personálem Zdravotní klauni vnímají. Informace, které zde shrnuji, jsou získány rozhovory se Zdravotními klauny, a to jak při cíleném rozhovoru na toto téma, tak při klauniádách, kterých jsem se sama zúčastnila. Ukázalo se, že mezi hlavní problémy, na které klauni narážejí, patří nevědomost sester o tom, že klauni jsou profesionálové a ne amatéři. Dále považují za důležité, aby sestry věděly, že je mohou požádat o pomoc při výkonu ošetrovatelské péče. Dalším nezbytným prvkem pro ně je, aby sestry věděly, jak s nimi mají komunikovat.

4.4.1.1 Problémy, které Zdravotní klauni vnímají z hlediska informovanosti zdravotnických pracovníků při spolupráci

- Máme pocit, že ne všechny sestry ví, kdo jsme. Přijde nám, že si myslí, že jsme amatéři, kteří přicházejí děti a jejich rodiče jen pobavit, rozptýlit, na chvíli zaměstnat, rozesmát. Přitom jsme profesionálové, až na výjimky s vysokoškolským vzděláním. Naše vzdělávání v oboru je průběžné a nikdy nekončí.
- Chtěli bychom, aby sestry a zdravotničtí pracovníci věděli, že jim můžeme pomoci při jejich práci. Tedy např. bolestivých či nepříjemných výkonech, vyšetření. Rádi bychom jim pomohli v komunikaci a spolupráci s dětskými pacienty. Rádi bychom, aby nás oslovili s tím, jestli jim pomůžeme odvést pozornost dětí nebo lépe zvládnout nepříjemnou či strach vyvolávající situaci. Zdravotnický personál nás může kdykoliv

požádat o pomoc při některém ze zákroků či výkonů – často dokážeme ulevit dětskému pacientovi ve stresující situaci, a tím usnadnit práci sestřám i lékařům.

- Zdá se nám, že sestry někdy nevědí, jak s námi mají mluvit. Jsme sice klauni, ale pouze pokud máme nasazený červený nos – znak každého klauna. Rádi bychom však se sestrami mluvili vážně, když zjišťujeme informace o hospitalizovaných dětech a radíme se s nimi, jak by měla klauniáda probíhat s ohledem na konkrétní pacienty a jejich stav (pooperační stav, únava, nálada atd.). Abychom mohli vykonávat naši práci co nejlépe, potřebujeme od personálu základní informace o pacientech.

4.4.2 Východiska vyplývající z praktických stáží

Jedním z východisek k mé bakalářské práci a tvorbě edukačního materiálu pro sestry o spolupráci se Zdravotními klauny byly stáže, tedy dvě návštěvy dětských oddělení s klauny při zdravotní klauniádě. Pod pojmem klauniáda se skrývá netradiční vizita klaunského lékaře a sestry, jejímž cílem je přinést na oddělení dlouhodobě nemocných dětí zcela jinou atmosféru, radost a smích. Rozptýlit a obveselit děti, rodiče a někdy dokonce i zdravotnický personál. Improvizací a za pomoci nejrůznějších rekvizit a hudebních nástrojů klauni vytvoří humornou situaci dítěti šitou na míru. Jejich snahou je také pomoci překonat nepříjemné či bolestivé zákroky, pokud probíhají za přítomnosti klaunů. (Naše programy, 2019) (Závěrečná zpráva Zdravotního klauna, 2018)

Mým úkolem během návštěvy bylo pozorovat, jak probíhá interakce mezi klauny a sestrami i jiným zdravotnickým personálem od začátku až do konce. Jak moc a jakým způsobem spolu komunikují a jestli a jak spolupracují. Zaměřila jsem se také na to, jestli mají sestry zájem, aby jim klauni asistovali při bolestivých nebo nepříjemných výkonech u dětských pacientů. Já sama jsem se do klauniády nezapojovala, pouze jsem pozorovala a zapisovala si, jak klauniáda probíhá, jak vypadá komunikace sester a klaunů a do jaké míry probíhá spolupráce.

4.4.2.1 Klauniáda I

V prosinci 2018 jsem se zúčastnila klauniády vedené dvěma Zdravotními klaunkami. Návštěvy dětí probíhaly ve fakultní nemocnici Motol v Praze a to na dětských onkologických odděleních. Během odpoledne jsme prošly celkem tři oddělení, kde byly hospitalizované menší i větší děti.

Na prvním oddělení, kam jsme vstoupily, panoval shon a sestry měly hodně práce. Klaunky dostaly povolení jít na všechny pokoje, pokud děti nebudou zrovna spát. U jednoho dětského pacienta právě probíhal nějaký bolestivý výkon, ale protože už se začalo, klaunky raději k výkonu nechodily. Dítě by si prý bolest mohlo spojit s klauny, protože se objevili ve chvíli, kdy už bolestivý výkon započal. Aby klaunky mohly pomoci, musely by se účastnit výkonu od začátku. Navštívily jsme tedy postupně děti na dalších pokojích, kde klaunky vždy přizpůsobily svou improvizaci věku, stavu i osobnosti dítěte. Reagovaly na jeho projevy a věci, které má rád (např. plyšák, hračky, jídlo). Sestry se chystaly provést nějaký výkon u jednoho pacienta, ale nabídku klaunek, že půjdou s nimi, odmítly se slovy: „Raději ne.“ Na jednom z pokojů si klaunky povídaly zrovna s jedním chlapcem. Na vedlejším lůžku ležel malý chlapec, tak kolem 2-3 let. Přítomni byli oba rodiče a sestra potřebovala chlapci změřit tlak. Chlapec byl ale již velmi vystresovaný, plakal a nechtěl na sebe nechat vůbec sáhnout. Nakonec zasáhly klaunky, vytáhly bublifuk a podařilo se jim chlapce zaujmout. Sestra nasadila chlapci manžetu, téměř si toho nevšiml. Proběhla tedy krásná spolupráce klaunů se sestrou s výborným výsledkem. Ale klaunky se musely zapojit samy, nebylo to na podnět žádosti sestry.

Na druhém oddělení, které jsme navštívily, nepanoval takový shon ani zrovna neprobíhaly žádné výkony ani vyšetření. Celkem hezky ale fungovala spolupráce klaunů s rodiči hospitalizovaných dětí, pokud byli přítomni. Rodiče jejich návštěvu vítali a podporovali je tím, že se sami zapojovali.

Posledním oddělením bylo oddělení pro větší děti. Ani zde nebyly klaunky přizvány k žádným výkonům, sestry raději počkaly, až pokoj opustí. Velice dobře ale opět reagovali rodiče. Snažili se klaunky podpořit a zapojili se do jejich „hry“.

4.4.2.2 Klauniáda II

Druhá klauniáda proběhla rovněž v prosinci 2018. Byla vedena klaunem s klaunkou a probíhala na dvou odděleních. Jednalo se o oddělení pediatrické kliniky ve FN Motol v Praze. Byly zde hospitalizovány menší i větší děti.

Nejprve jsme se vydali na jedno oddělení, ale zjistili jsme, že právě začíná primářská vizita, takže klauni po domluvě s pomocným personálem rozhodli, že přijdou později. Šli jsme tedy nejprve na druhé oddělení, které jsme měli navštívit. Nejprve jsme se zastavili na sesterně, kde se klauni ptali, kam mohou jít a kam by naopak chodit neměli. Sestra

poskytla strohé informace, že mohou všude, kde nikdo nespí, a že na jednom pokoji je pacient s autismem, tak aby se domluvili s matkou.

Na tomto oddělení byl malý chlapec, který se velmi chtěl s klauny kamarádit. Byl na pokoji s dalšími dvěma většími kluky. Byla jsem překvapená, jak se klaunům povedlo zaujmout všechny tři kluky najednou, i když nebyli stejně staří. Udělali trik s rozmnožením červených pěnových nosů a všechny tři do toho zapojili. Na jiném pokoji byly tři dívky přibližně stejného věku. Docela s klauny komunikovaly, ale nezdálo se, že by je příliš pobavili. Ale jakmile se za námi zavřely dveře, ozval se z pokoje výbuch smíchu.

Když jsme obešli všechny pokoje, vrátili jsme se na první oddělení. Bylo již po vizitě, sestry měly plné ruce práce. Na jednom pokoji právě probíhal nějaký výkon, ozýval se odtamtud křik. Ale klauni tam nešli. Jednak je tam sestry nechtěly a také sami říkali, že pokud už byl výkon zahájen, nemá to smysl, protože dítě by si jen spojilo bolest s klauny a nejspíše už by se jim stejně nepovedlo dítě nějak rozptýlit a na výkon psychicky připravit.

Zastihli jsme na sesterně jednu sestru, klaunům poskytla jen strohé informace kam mohou a kam ne. U jednoho pokoje nás upozornila: „Tam se bude za chvíli napichovat, to bude řev, tam radši nechod'te.“ Obešli jsme tedy všechny ostatní pokoje.

4.4.3 Východiska vyplývající z rozhovorů se sestrami

Mým druhým úkolem během klauniád bylo položit vždy alespoň jedné ze sester tři otázky týkající se komunikace, informovanosti a spolupráce se Zdravotními klauny, pokud s tím souhlasily. Otázky byly následující:

1. Máte o Zdravotních klaunech dostatek informací? Pokud ne, co byste potřeboval/a vědět?
2. Víte, s čím Vám mohou pomoci? Jsou situace, ve kterých byste klauna rád/a požádal/a o pomoc?
3. Víte, kdy s Vámi klaun mluví vážně a kdy jako klaun?

Nejprve uvedu celé odpovědi tak, jak se mi jich dostalo od jednotlivých sester při obou klauniádách. Na konci této podkapitoly je pak tabulka zobrazující odpovědi sester na tyto otázky. Odpovědi zaznamenané v tabulce jsou zjednodušeny tak, aby byly přehledné.

4.4.3.1 Klauniáda I

Při návštěvě prvního oddělení jsem zastihla na sesterně pouze jednu sestru, ostatní byly plně vytížené u pacientů. Sestra byla ochotná mi otázky zodpovědět. Odpovědi byly následující:

1. Ano, mám dost informací.
2. Ano, tak s těmi výkony nám mohou pomoci, to si je občas k nim bereme. Nemám přímo situace, kdy bych je ráda požádala o pomoc.
3. Ano, vím.

Na druhém oddělení, které jsme navštívily, jsem opět položila jedné ze sester dané otázky a dostalo se mi těchto odpovědí:

1. Ano, informací mám dostatek.
2. Nežádám je o pomoc, mám málo času a jiné myšlenky. Nevím, kdy přijdou. Není to učitel nebo psycholog, se kterým se domluví.
3. Ne. Mluví s nimi stejně jako oni mluví s námi, když mám čas.

Při návštěvě posledního oddělení odpovědi na mé otázky položené sestře zněly:

1. Ano, chodí sem, informací mám dost. Jen nevím, co budou dělat.
2. Ne, k výkonům radši ne, máme dost své práce.
3. To nepoznám, kdy mluví vážně nebo jen žertuje.

4.4.3.2 Klauniáda II

Odpovědi na mé otázky, které jsem položila sestře na prvním oddělení, zněly:

1. Ano, myslím, že ano.
2. K výkonům ano, hlavně když se jede na sál, měli jsme tu třeba autistického chlapce, tak to bylo super, že u toho byli. Asi ještě při odběru by byli k něčemu.
3. Moc ne, někdy jo.

Odpovědi, kterých se mi dostalo na druhém oddělení, byly následující:

1. Až dost, dělám tady 14 let a celou dobu sem chodí.
2. No občas si je cíleně voláme při zavádění kanyl, ale jinak ne. Někdy to pomůže.
3. Jak u kterýho.

Odpovědi sester					
	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Otázka č. 1	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Otázka č. 2	Ano	Ne	Ne	Někdy	Někdy
Otázka č. 3	Ano	Ne	Ne	Někdy	Někdy

Tab. č. 1 Zjednodušené odpovědi sester pro přehlednost

4.4.3.3 Závěr z klauniád

Během těchto praktických stáží, kterých jsem se zúčastnila, jsem mohla sama pozorovat, že spolupráce sester a Zdravotních klaunů neprobíhá v takové míře, v jaké by mohla. Plyne to z nedostatečné informovanosti sester, i když z odpovědí získaných krátkými rozhovory se sestrami vyplývá, že mají pocit, že informací mají dost. Na všech odděleních, která jsem navštívila, jsem se setkala s tím, že sestry chtěly s klauny spolupracovat, jen vlastně přesně netušily, jak s nimi mohou spolupracovat, o co je mohou požádat, co oni od nich potřebují, aby mohli dělat svou práci, ani jak s nimi mluvit. Z odpovědí sester vyplynulo, že mají dost informací, k výkonům klauny zvou jak kdy a většinou neví, jestli s nimi mluví klaun vážně nebo ne. Podle toho, co jsem viděla v praxi, některé sestry skutečně netuší, kdo vlastně Zdravotní klaun je, co umí, proč přichází a tak je ani u výkonů příliš nechtějí. Většina z nich také neví, kdy s nimi klaun mluví vážně a kdy jako klaun. Mým pozorováním a získanými informacemi se tedy potvrdila potřeba více informovat zdravotnický personál o působení Zdravotních klaunů, tedy tvorby edukačního materiálu pro sestry o použití Zdravotního klauna.

4.4.4 Východiska vyplývající z kurzu Komunikace a humor ve zdravotnictví vedený Zdravotními klauny

Dalším z východisek k mé bakalářské práci a samotné tvorbě edukačního materiálu byl kurz Komunikace a humor ve zdravotnictví. Jedná se o kurz zabývající se problematikou komunikace a navazování vztahu zdravotnického personálu s dětmi a jejich rodiči pojatý jako interaktivní semináře. Byl veden lektory organizace Zdravotní klaun. Kurz probíhá od loňského roku ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK a cílem je snaha podpořit přípravu budoucích sester na práci s dětmi a předání zkušeností a rad ověřených praxí jak

nejlépe s dětmi komunikovat a využít hru při výkonu sesterského povolání. Zároveň se účastníci, studenti zdravotnických oborů, dozví o práci Zdravotního klauna a mohou získat lepší obrázek o tom, o čem jejich práce je a že nepřicházejí do nemocnice děti jen pobavit a rozptýlit, ale že jejich práce má vliv na uzdravování pacienta, protože zásadně ovlivňuje jeho psychický stav. Také mohou pomoci rozptýlit obavy nebo najít cestu k nekomunikujícím dětem. Tím pádem kurz rovněž ukazuje na možnost spolupráce se Zdravotními klauny a snahu tuto spolupráci rozvinout.

4.5 Tvorba edukačního materiálu

Samotný edukační materiál vznikl za konzultací se zástupcem organizace Zdravotní klaun, s vedoucí mé bakalářské práce a sestrou pracující na dětském oddělení FN Motol. Postupně se tříbily informace tak, aby materiál obsahoval vše důležité, ale aby zároveň nebyl příliš obsáhlý. Grafické zpracování a úprava textu rovněž prošly několika úpravami, aby byl materiál přehledný a vizuálně zajímavý. Během tvorby tedy vzniklo několik návrhů, které byly postupně upravovány podle připomínek a požadavků obou stran.

Od počátku bylo počítáno s tím, že materiál bude pojat jako skládací brožurka. Během tvorby však vznikl nápad, že by bylo dobré, aby bylo možné důležité informace rychle nalézt a sestry k nim měly rychlý přístup. Rozhodli jsme se tedy, že souhrn nejdůležitějších informací uvedeme na jednu samostatnou stranu letáku, kterou bude možno pověsit na nástěnku. Text edukačního materiálu mnoha změnami neprošel, alespoň ne zásadními. Zaměřila jsem se na to, aby obsahoval pokud možno jen nejdůležitější informace a nebyl příliš obsáhlý. Původně jsme přemýšleli nad doplněním textu obrázky, ale nakonec jsme se spolu se Zdravotními klauny rozhodli pro fotografie. Důvodem byla myšlenka, že fotografie opravdových klaunů během jejich práce v nemocnici budou působit reálněji, než jen doplňující obrázky. Dalším důvodem nakonec byl i nedostatek času pro zpracování obrázků. Součástí mé bakalářské práce je pouze poslední konečná verze, která bude k dispozici sestrám pracujícím na dětských odděleních spolupracujících nemocnic. Celý proces tvorby se od původního plánu opozdil, sběr informací k tvorbě i konzultace s několika zúčastněnými stranami byly časově složitější, než jsem předpokládala.

Edukační materiál je pojat jako skládací brožurka. Text je umístěn na jednotlivé strany podle tématu v jednoduché a přehledné úpravě. Doplněn je fotografiemi, pořízenými Zdravotními klauny během klauniád. Ukazují na spolupráci klaunů se sestrami. Shrnutí nejdůležitějších informací je znovu uvedeno mimo hlavní text tak, aby bylo možné si rychle

prečíst důležitou informaci, která je dále rozvinuta právě v delším textu. Shrnutí důležitých sdělení je uvedeno na jedné samostatné straně, aby bylo možné tuto stranu např. vyvěsit na nástěnku na sesterně. Materiál je v barvách Zdravotního klauna – tedy červené a modré na bílém podkladě, což je barva spojená se zdravotnickou profesí.

Text edukačního materiálu a grafickou úpravu navrhla Petra Oulická, grafické zpracování provedl Jindřich Sláma. Text i úprava materiálu byly konzultovány jak se Zdravotními klauny, tak se zdravotní sestrou. Edukační materiál je součástí bakalářské práce jako příloha č. 2.

4.6 Text edukačního materiálu

Návod k použití Zdravotního klauna pro zdravotnický personál

Kdo jsem?

Jsem profesionál a stále se vzdělávám.

Jsem vyškolený profesionální klaun. A jsem na to hrdý. Abych se stal Zdravotním klaunem, musel jsem projít náročným konkurzem, školicím programem a zkušební dobou. Mám vysokoškolské vzdělání (až na pár výjimek) a vzdělávám se dál – rozvíjím své umělecké a klaunské dovednosti a také navštěvuji odborné semináře o chodu dětských oddělení a dětských nemocech.

Co umím?

Pomůžu vám zvládnout strach dětí při nepříjemných a bolestivých výkonech. Rozveselím je během jejich pobytu v nemocnici.

Pobavím dětského pacienta během dlouhé hospitalizace, rozesměju ho a odvedu jeho pozornost při nepříjemných nebo bolestivých výkonech. Rád vám pomůžu zvládnout strach a pláč dítěte a rozptýlím ho v situaci, která je pro něj stresující. Můžete mě požádat, abych byl při tom. Dám si pozor, abych vám nepřekážel.

Rád vám také pomůžu při obtížné komunikaci s pacientem.

Je-li dítě zamlklé nebo uzavřené nebo když mluví cizím jazykem, zkrátka když je komunikace omezená, pokusím se najít způsob, jak se s dítětem dorozumět.

Jak komunikuji?

To poznáte podle mého nosu – s červeným nosem jsem klaun, bez nosu s vámi mluvím vážně.

Mým klaunským znakem je červený nos. Když mám nos nasazený, jsem klaun a mluvím a jednám jako klaun. A jako klaun můžu všechno na světě... Jestli zrovna není na humor vhodná chvíle a chcete se mnou mluvit vážně, klidně mi řekněte: „Prosím, sundejte si nos.“

Zdravotní klaun, o.p.s., je dobročinná/nezisková organizace profesionálních umělců, kteří přinášejí radost a smích tam, kde se jich nedostává. Jako organizace s národní i mezinárodní působností pomáhá již od roku 2001 dětským i geriatrickým pacientům procházet procesem léčby s úsměvem. V Česku působí 86 profesionálních Zdravotních klaunů, kteří pravidelně navštěvují 62 nemocnic, 8 domovů pro seniory a 2 hospice.

Tento leták vznikl za spolupráce s 3. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v rámci bakalářské práce *Edukační materiál pro sestry na podporu spolupráce se Zdravotními klauny* studentky oboru Všeobecná sestra Petry Oulické v roce 2019.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo vytvořit edukační materiál pro dětské sestry, aby se dozvěděly, kdo Zdravotní klauni jsou, co dělají a jak s nimi komunikovat, aby mohla být rozvinuta vzájemná spolupráce. Tato potřeba vznikla ze strany Zdravotních klaunů, protože vnímají nedostatečnou informovanost sester.

Doufám, že edukační materiál se dostane na dětská oddělení spolupracujících nemocnic a že splní účel, za jakým byl vytvořen a vzájemná spolupráce mezi sestrami a klauny se prohloubí a celá tato snaha pomůže zvládnout dětským pacientům a jejich rodičům pobyt v nemocnici i nemoc samotnou lépe a také pomůže sestřím v jejich práci. Edukační materiál naleznete v příloze.

Seznam použité literatury

1. BLAŽKOVÁ, Jana a HURDOVÁ, Jana. Barevné dny s dobrovolníky. *Sestra*. 2013, 23(2), 30-31. ISSN 1210-0404
2. BLAŽOVÁ, Ivana. Dobrovolníci na oddělení dětských popálenin a rekonstrukční chirurgie. *Sestra*. 2009, 19(11), 22. ISSN 1210-0404
3. BRANNA, Barbora. Psychosomatika v pediatrii. *Vox pediatryae*. 2015, 15(6), 16-17. ISSN 1213-2241
4. DLOUHÁ, Jana a DLOUHÝ, Martin. *Pedagogická podpora nemocného dítěte*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2015. ISBN 978-80-7290-838-7
5. DOHNALOVÁ, Renata. Dobrovolníci ve Fakultní nemocnici v Motole - rozhovor. *Sociální práce*. 2011, 11(4), 28-29. ISSN 1213-6204
6. DOLEŽAL, Tomáš a kol. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, 73(2), 54-67. ISSN 0372-7025.
7. DORKOVÁ, Zlatica a ŠRAHŮLKOVÁ, Kateřina. Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí. *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. 2010. 50-55. ISBN 9788087347034
8. DUFKOVÁ, Alena. Potřeby dětí v nemocnici. *Sestra*. 2013, 23(6), 48-50. ISSN 1210-0404
9. DUNOVSKÝ, Jiří a kol. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-245-9
10. GAJDOŠOVÁ, Jana. Zooterapie, canisterapie, felinoterapie, hipoterapie, hiporehabilitace. *Ošetřovatelská péče*. 2012, 2012(4), 14-15. ISSN 2336-1603
11. GARDIÁNOVÁ, Ivana a HEJROVÁ, Pavlína. Využití drobných zvířat – savců, ptáků, ryb v zooterapii. *Kontakt*. 2015, 17(3), 194-199. ISSN 1212-4117
12. GINOTT, Haim G. *Umění komunikace s dětmi: láska a selský rozum nestačí*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0926-3
13. HLAVÁČKOVÁ, Eva, URBANOVÁ, Jana a ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana. Herní terapie v českých nemocnicích. *Pediatrie pro praxi*. 2015, 16(3), 198-200. ISSN 1213-0494

14. KOS, Vladislav. Smích pomáhá - rozhovor. *Sestra*. 2013, 23(10), 8-10. ISSN 1210-0404
15. KŘEMENOVÁ, Eva. Canisterapie na dětské neurologii. *Florence*. 2010, 6(4), 17-18. ISSN 1801-464X
16. KŘIVÁKOVÁ, Marcela a ČÍKOVÁ, Zuzana. *Pečovatelství: péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén, [2016]. 186. ISBN 978-80-7492-263-3
17. KŘÍČKOVÁ, L. *Informační systém Masarykovy univerzity* [on-line]. Maslowova pyramida potřeb. 12.3.2017 [cit. 13.5. 2019]. Obrázek ve formátu JPG. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/1423/jaro2017/SPR508/um/>
18. KUO, Dennis Z. et al. Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions. *Pediatric Health Care in Maternal and Child Care Journal*. 2011, 16(2), 297–305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3262132/>
19. LACINOVÁ, Jiřina. Úvodní příspěvek - situace canisterapie v ČR. In: *Mezinárodní seminář o zooterapiích*. Brno: Sdružení Filia, 2003. 7-10. ISBN 80-239-3179-2
20. MACHOVÁ, Alena a Iva BRABCOVÁ. Úloha sestry v zajištění herních aktivit hospitalizovaných dětí. *Kontakt*. 2010, 12(2), 144-150. ISSN 1212-4117
21. MARGHERITA, G., MARTINO, M.L., RECANO F. a CAMERA, F. Invented fairy tales in groups with onco-haematological children. *Child: Care, Health* [on-line]. 2014, 40(3), 426-434 [cit. 2018-11-11]. ISSN 03051862. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/cch.12076>
22. MARŠÁLKOVÁ, Jana. Zooterapie: Zvířata přinášejí pohodu a léčí. *Moje zdraví*. 2006, 4(7-8), 64-65. ISSN 1214-3871
23. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H a H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
24. MAZALOVÁ, Lenka. Hodnocení projevů strachu u dětí v nemocnici dětskými sestrami. *Pediatric pro praxi*. 2014, 15(5), 300-302. ISSN 1213-0494
25. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [on-line]. Charta práv dětí. MZČR: 2012. 11.6.2014. [cit. 16.5.2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html
26. Naše programy. *Zdravotní klaun*. [on-line]. Praha: 2019 [cit. 20.4.2019]. Dostupné z: <https://www.zdravotniklaun.cz/nase-programy/pro-deti/#programy-klauniady>

27. Naši klauni. *Zdravotní klaun*. [on-line]. Praha: 2019 [cit. 18.4.2019]. Dostupné z:
<https://zdravotniklaun.cz/nasi-klauni/kdo-je-klaun/>
28. O nás. *Loutky v nemocnici*. [on-line]. 2010 [cit. 29.4.2019]. Dostupné z:
www.loutkyvnemocnici.cz/o-nas.html
29. O nás. *Zdravotní klaun*. [on-line]. Praha: 2019 [cit. 18.4.2019]. Dostupné z:
<https://zdravotniklaun.cz/o-nas/nase-poslani/>
30. ONDRIOVÁ, Iveta a MAGUROVÁ, Dagmar. Špecifiká hospitalizmu u dětského pacienta. *Praktický lékař*. 2016, 96(6), 272-274. ISSN 0032-6739
31. ONDRIOVÁ, Iveta a SINAIOVÁ, Anna. Prevence psychických problémů u dětí v souvislosti s chirurgickým zákrokem. *Sestra*. 2011, 21(4), 34-36. ISSN 1210-0404
32. ONDRIOVÁ, Iveta a SINAIOVÁ, Anna. Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí. *Sestra*. 2010, 20(7-8), 41-43. ISSN 1210-0404
33. PILÁT, Milan. Psychologické aspekty péče o kriticky nemocné dítě. In FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, KLIMOVÍČ, Michal a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 15-58. ISBN 80-7013-427-5
34. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8
35. ROTHOVÁ, Michaela. Komunikace s rodiči jako strategie vzájemného porozumění. *Zdravotnictví a medicína*. 2014, 2014(16), 27. ISSN 2336-2987
36. ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. Herní aktivity dětí v nemocnici. IN SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra. 145-153. ISBN 978-80-247-1613-8
37. ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. Herní práce s dětmi v nemocnici. IN VALENTA, Milan a kol. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc, 2008. 145-180. ISBN 978-80-244-2137-7
38. ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. Účinné strategie zvládnání strachu a bolesti u dětí. IN SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra. 127-130. ISBN 978-80-247-1613-8
39. SIKOROVÁ, Lucie. Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. *Sestra*. ISBN 978-80-247-3593-1

40. SLANÝ, Jaroslav a Miriam SLANÁ. Chronicky nemocné dítě a emoce. *Emoce v medicíně II a III*. 2014, s. 41-46. ISBN 978-80-204-3340-4
41. STONE, Sandra. CH.A.T.A. - zooterapie pro děti v nemocnici. In: *Mezinárodní seminář o zooterapiích*. Brno: Sdružení Filia, 2003. 39-41. ISBN 80-239-3179-2
42. STROUHALOVÁ, Pavla. Herní terapie v nemocnicích. *Sestra*. 2010, 20(7-8), 43-44. ISSN 1210-0404
43. SVATUŠKOVÁ, Hana. Hospitalismus u dětí. *Sestra*. 2014, 24(1), 48-49. ISSN 1210-0404
44. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7
45. ŠILAROVÁ, Jana. Zdravotní klaun. *Arteterapie*. 2012, 2012(30), 178-181. ISSN 1214-4460
46. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1262-8
47. VÍCHOVÁ, Jana. Možnosti psychologických intervencí při přípravě dětských pacientů na náročná, stresující vyšetření a léčebné metody. *Česká radiologie*. 2014, 68(3), 249-252. ISSN 1210-7883
48. *Závěrečná zpráva Zdravotního klauna, o.p.s.: Ozvěny roku 2017*. Praha: Zdravotní klaun, o.p.s., 2018. Registrace: MK ČR E 20587
49. ZERHAU, Leo. Duchovní služba u nemocného dítěte. IN FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. KLIMOVIČ, Michal a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno, 2005. 60-67. ISBN 80-7013-427-5

Seznam obrázků a tabulek

Tab. č. 1: Zjednodušené odpovědi sester pro přehlednost.....	35
Obr. č. 1: Maslowova pyramida potřeb.....	13

Seznam příloh

Příloha č. 1: **Charta práv dětí**

Příloha č. 2: **Edukační materiál Návod k použití Zdravotního klauna pro zdravotnický personál**

Přílohy

Příloha č. 1

Charta práv dětí v nemocnici

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

(Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012)