

KARLOVA UNIVERZITA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**VÝZNAM HERNÍHO SPECIALISTY V PÉČI O
DĚTSKÉ PACIENTY**

Bakalářská práce

Autor práce: Terezie Pluhařová, DiS

Vedoucí bakalářské práce: Jaroslava Pečenková

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**IMPORTANCE OF PLAY SPECIALIST
IN CARE OF CHILD PATIENTS**

Bachelor's thesis

Autor: Terezie Pluhařová, DiS

Supervisor: Jaroslava Pečenková

Prohlášení:

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

Poděkování:

Děkuji Jaroslavě Pečenkové za velkou pomoc a cenné rady, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Fakultní nemocnici v Hradci Králové a Fakultní nemocnici Motol za umožnění výzkumu na svých dětských odděleních.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
CÍL.....	10
1. ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU.....	11
1.1 Prenatální období.....	11
1.2 Novorozenecké období.....	11
1.3 Kojenecké období.....	11
1.3.1 Hrubá motorika.....	12
1.3.2 Jemná motorika a adaptivní chování.....	12
1.3.3 Řeč.....	13
1.3.4 Sociálně - emoční projevy.....	13
1.4 Batolecí období.....	14
1.4.1 Hrubá motorika.....	14
1.4.2 Jemná motorika a adaptivní chování.....	14
1.4.3 Řeč.....	14
1.4.4 Sociální vývoj.....	14
1.5 Předškolní období.....	15
1.6 Období školního věku.....	16
1.6.1 Mladší školní věku.....	16
1.6.2 Starší školní věk a adolescence.....	16
2. DÍTĚ JAKO PACIENT.....	18
2.1 Hospitalizace.....	18
2.1.1 Výhody hospitalizace.....	18
2.1.2 Nevýhody hospitalizace.....	18
2.2 Hospitalismus.....	19
2.3 Psychická deprivace.....	19
2.4 Separace.....	20
2.5 Příprava dítěte na hospitalizaci.....	21
2.6 Přijetí v nemocnici.....	22
2.7 Pobyť dítěte v nemocnici.....	23
2.8 Propuštění dítěte z nemocnice.....	24
3. POTŘEBY DĚTÍ V NEMOCNICI.....	26

4. VÝCHOVNÁ PÉČE JAKO SOUČÁST PÉČE O DÍTĚ.....	29
5. VZNIK A VÝVOJ HERNÍ TERAPIE.....	31
6. PROFESE HERNÍHO SPECIALISTY.....	33
6.1 Požadavky, které by měl mít a znát herní specialista.....	33
6.2 Přehled činností a kompetencí herního specialisty.....	33
7. SPOLUPRÁCE HERNÍHO SPECIALISTY S PEDAGOGY A ČLENY ZDRAVOTNICKÉHO TÝMU.....	35
8. HRA Z VÝVOJOVÉHO HLEDISKA.....	36
9. HERNÍ AKTIVITY V JEDNOTLIVÝCH VÝVOJOVÝCH OBDOBÍCH.....	37
9.1 Kojenecké období.....	37
9.2 Batolecí období.....	37
9.3 Období předškolního věku.....	37
9.4 Období mladšího školního věku.....	38
9.5 Období dospívání.....	38
10. HRAČKA, HRAČKY VE VĚKOVÝCH OBDOBÍCH.....	39
10.1 Rozdělení hraček dle vhodnosti pro děti od 6 měsíců do 7 let....	39
11. VYBRANÁ PROBLEMATIKA ÚLOHY HERNÍHO SPECIALISTY PŘI PŘÍPRAVĚ DĚTÍ NA OŠETŘOVATELSKÉ A LÉKAŘSKÉ VÝKONY.....	42
11.1 Souhlas rodiny s přípravou dítěte.....	42
11.2 Podmínky pro kvalitní přípravu dítěte a rodiny.....	42
11.3 Zásady příprav batolat a dětí předškolního věku a mladšího školního věku.....	43
11.4 Zásady příprav starších dětí a mladistvých.....	44
11.5 Vhodné pomůcky k přípravě dětí.....	45
12. ZDRAVOTNÍ KLAUNI.....	46
12.1 Práce zdravotního klauna na dětském oddělení.....	46
EMPIRICKÁ ČÁST.....	47
13. CÍL VÝZKUMU.....	48
14. METODA VÝZKUMU.....	48
15. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	49
16. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	50
DISKUZE.....	68

ZÁVĚR.....	73
ANOTACE.....	75
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	77
SEZNAM TABULEK.....	79
SEZNAM GRAFŮ.....	80
SEZNAM PŘÍLOH.....	81
PŘÍLOHY.....	82

ÚVOD

Proč jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala právě „Význam herního specialisty v péči o dětské pacienty“?

Pracuji na oddělení JIRP pro děti od 0 – 19 let, dříve jsem pracovala na JIP dětské chirurgie pro děti od 0 – 15 let.

Ani na jednom pracovišti se bohužel nesetkávám s herním specialistou a podle mého názoru je to velká škoda. Měla jsem možnost při studiu Vyšší zdravotnické školy obor Diplomovaná dětská sestra při odborné praxi spolupracovat s velmi dobrými pedagogy, kteří se touto problematikou zabývali, a již v té době to bylo pro děti podle mého názoru přínosné. Při mém pozorování se děti při spolupráci s těmito lidmi cítili velmi dobře, a i když nešlo přímo o herní specialisty, byla pro děti přínosem.

Zajímalo mě tedy, proč tato profese pro děti potřebná není na více dětských odděleních. Určitě jedním neuvedeným důvodem je finanční situace ve zdravotnictví. Na oddělení již máme pedagogy, kteří si s dětmi hrají, proč tedy ještě mít herního specialistu?

Profese herního specialisty je v České republice velmi mladý obor, který se stále ještě vyvíjí. Přesto, na některých dětských odděleních herní specialista pracuje a pomáhá dětem zvládnout náročnost pobytu v nemocnici, odloučení od rodičů, přípravu na malé i velké lékařské a ošetrovatelské výkony. Je nedílnou součástí zdravotnického týmu.

TEORETICKÁ ČÁST

CÍL

Cílem teoretické části je seznámení s problematikou hospitalizovaného dítěte a profesí herního specialisty a poukázat na její důležitost a význam.

Práci jsem rozdělila do 12 kapitol;

- Rozdělení dětského věku
- Dítě jako pacient
- Potřeby dítěte v nemocnici
- Výchovná péče jako součást péče o dítě
- Vznik a vývoj herní terapie
- Profese herního specialisty
- Spolupráce herního specialisty s pedagogy a členy zdravotnického týmu
- Hra z vývojového hlediska
- Herní aktivity v jednotlivých vývojových obdobích
- Hračka, hračky ve věkových obdobích
- Vybraná problematika úloh herního specialisty při přípravě dětí na ošetřovatelské a lékařské výkony
- Zdravotní klauni

1. ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU

Dětský věk začíná v době početí a trvá do 19 let. Je rozdělen do několika vývojových období:

- prenatální období
- novorozenecké období
- kojenecké období
- batolecí období
- předškolní období
- období školního věku a adolescence

1.1 PRENATÁLNÍ OBDOBÍ

Začíná početím a trvá do porodu. Jeho délka se v průměru pohybuje kolem 40 týdnů. Během tohoto období se vyvíjí vajíčko, později plod ve zralého jedince schopného života mimo dělohu. Celé toto období má výrazný vliv na další život jedince.

1.2 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ (OD NAROZENÍ DO KONCE 28. DNE)

V tomto období dochází k adaptaci dítěte na zevní prostředí - funkční změny v krevním oběhu, zapojení plic do procesu dýchání, nutnosti udržet tělesnou teplotu. V další adaptaci, zejména příjmu potravy, dítěti pomáhají vrozené reflexy; hledací, sací, polykací, kašlací, úchopový. Dítě zaujímá nejčastěji polohu na zádech s pokrčenými končetinami a zaťatými pěstmi. Dítě již od počátku vývoje potřebuje osobu, která dokáže intuitivně reagovat na jeho potřeby. Neméně důležitá je i potřeba spánku.

Úkol herního specialisty v tomto období je podpora matky v době nemoci dítěte.

1.3 KOJENECKÉ OBDOBÍ (OD KONCE 28. DNE DO 1. ROKU VĚKU DÍTĚTE)

Je to období nejintenzivnějšího růstu a funkčních změn. Postupně dochází k velkému rozvoji psychických funkcí a zdokonalení hrubé i jemné motoriky. Během tohoto období se dítě z úplné závislosti na rodičích učí postupnému osamostatňování (na konci tohoto období dokáže jíst samo rohlík, dokáže si podat hračku, atd.)

Podmínkou správného vývoje dítěte je podnětné prostředí a péče matky popř. osoby dítěti blízké. Dítě si vytváří úzký vztah k matce a při odloučení od ní projevuje úzkost. Objevuje se strach z neznámého prostředí a lidí.

1.3.1 Hrubá motorika

V poloze na zádech. Na začátku tohoto období má dítě v poloze na zádech pokrčené obě horní končetiny a většinou mírně pokrčeny a zvednuty i dolní končetiny. Začíná otáčet hlavou na stranu. Vývoj hrubé motoriky bychom mohli nejlépe popsat tak, že kojeneček začíná ovládat tělo „od hlavy až k patě“. Vývoj tedy začíná postupným otáčením hlavičky. Kolem 3. měsíce začíná mít dítě symetricky rozložené končetiny s pohledem dopředu. Pokud dítě zkusíme posadit jeho páteř, bude obloukovitě prohnutá, vyrovnává se okolo 4. měsíce. Od 4. měsíce se začíná otáčet na bok a kolem 6. měsíce dokonce na břicho. V 6. měsíci se dokáže vzepřít na ruku v poloze na břichu tzv. pase koně. Po 6. měsíci nejdříve v tzv. žabí pozici začíná sedět (opřeno o ruce s předklonem dopředu). Postupně se tato pozice zdokonaluje až do správného sedu. V 8. – 9. měsíci je jeho hlavním pohybem lezení po čtyřech. V tomto období se začíná také postavovat a kolem 9. – 10. měsíce dokáže chodit kolem postýlky. V období jednoho roku zvládne pár samostatných krůčků. Vývoj chůze stejně jako i posazování a lezení je velmi individuální.

1.3.2 Jemná motorika a adaptivní chování

Vývoj jemné motoriky začíná již v novorozeneckém období. Než dítě hračku uchopí a začne si s ní hrát, naučí se jí nejprve sledovat očima. Kojeneček ve věku 1 měsíce dokáže sledovat hračku umístěnou ve vzdálenosti 15 – 20 cm. Postupně v dalších měsících sleduje hračku již i při pohybu do stran. V 6. měsíci se po hračce začne natahovat nejdříve jednou rukou a předmět (hračku) si poté předává z jedné ruky do druhé, dává si jej do úst, saje ho. Mává s chrastítkem a očekává zvuk. Kolem 1 roku dokáže předmět také spontánně upustit na správné místo nebo např. postavit na sebe dvě kostky. Během prvního roku dochází ke zdokonalení úchopu od uchopování celou rukou po jemný úchop velmi malých předmětů s využitím palce a ukazováčku.

1.3.3 Řeč

První projevy dítěte od narození jsou především křikem a pláčem. První slůvko s nějakým významem uslyšíme od dítěte mezi 8. – 12. měsícem. Vývoj řeči začíná ve druhém měsíci, kdy můžeme pozorovat u dítěte vyslovení samostatných hlásek. Ve třetím měsíci začíná dítě tzv. broukat – postupné samohláskové zvuky. V 6. měsíci můžeme zaslechnout první slabičné zvuky a také žvatlání (baba, gaga, atd.) nejdříve bez významu. První slůvka mají jen neurčitý význam a často také proměnlivý s významem nějaké aktuální potřeby.

Dříve než se dítě naučí mluvit, dokáže porozumět řeči. Na zvukové podněty dokáže reagovat od narození. Ve 4. – 5. měsíci otáčí hlavu za zvukem. Porozumění krátkému jednoduchému zákazu (ne ne) lze pozorovat kolem 7. měsíce. V době kolem 9. měsíce můžeme s kojencem provádět jednoduché hříčky (paci, paci, atd.)

1.3.4 Sociálně – emoční projevy

Od 2. více od 3. měsíce začíná dítě sledovat a fixovat obličej nad ním asi ve vzdálenosti 25 cm. Může se začít dokonce usmívat. V období mezi 7. – 8. měsícem začínají rozeznávat mezi známým a neznámým obličejem. „Nástup této etapy „rozlišení sociální vazby“ se výrazně projeví negativními emocemi strachu (úzkosti) především ve dvou situacích: při expozici cizí tváře („strach z cizích“) a při ztrátě matky z dohledu („separační úzkost“ – úzkost z odloučení)“. (M. a J. Langmeier, Krejčířová, 1998)

Během prvního roku je zcela závislé na rodičích, ale postupně se učí samostatnosti, napodobuje činnosti dospělých. Při jedení lžící se snaží jíst samo a pít s hrnku kolem 10. měsíce.

V prvním roce začíná navazovat kontakt nejen s okolím, ale také samo se sebou. Hraje si s částmi svého těla, strká si ruce a nohy do pusy. „Poznání vlastního „já“ je také patrné z reakcí dítěte na vlastní obraz v zrcadle: zájem projevovaný už dříve je zřetelný v polovině prvního roku – dítě se na svůj obraz v zrcadle směje, plácá po něm a povídá mu“.

Působení herního specialisty na dítě se odehrává přes matku nebo jinou osobu hospitalizovanou s dítětem. Úkol herního specialisty je pomoci při vysvětlení průběhu vyšetření dítěte rodičům, napomoci matce naučit se hrát si se svým dítětem a tak upevňovat jejich vztah.

1.4 BATOLECÍ OBDOBÍ (OD 1. ROKU DO KONCE 3. ROKU ŽIVOTA)

Jedná se o období postupného osamostatňování dítěte. Dochází k výraznému rozvoji a zdokonalování hrubé i jemné motoriky, vývoji řeči. Pohyb dítěti umožňuje poznávání okolního světa a usnadňuje komunikaci s ostatními lidmi.

1.4.1 Hrubá motorika

Na začátku tohoto období chodí dítě už samostatně ve volném prostoru, dokáže se zastavit. Kolem druhého roku dokáže chodit po schodech (zatím střídá nohy), utíkat. Ve třech letech chodí po schodech samostatně (střídá nohy), dokáže cca 2s stát na jedné noze.

1.4.2 Jemná motorika a adaptivní chování

Při hře s kostkami dokáže postavit věž (obvykle se 6 – 7 kostek), vhadzuje kuličky do lahve. Na papíře dokáže napodobit rovnou čáru a čmárat v 15. měsících. Kruhové čmáranice a horizontální čáru dokáže ve 2 letech a ve 3 letech podle předlohy namaluje uzavřený kruh.

1.4.3 řeč

Rozvoj řeči je u dítěte zprvu pozvolný. Kolem 1 ½ roku zná okolo 20 – 30 slůvek, která také zatím široce a spíše neurčitě užívá. Postupně začíná slůvka spojovat a tvořit dvouslovné věty. Od tohoto věku se začíná slovní zásoba rychle zvětšovat. Ve dvou letech umí dítě průměrně kolem 200 – 300 slov a ve 3 letech až 700 slov. Ve 3 letech by mělo dítě znát své celé jméno a pohlaví a zná krátké básničky a říkání. Pro vývoj a zejména pro vývoj řeči je důležitá pozornost rodičů zejména ve smyslu čtení knížek a poznávání okolí dítěte.

1.4.4 Sociální vývoj

I v tomto období je dítě stále závislé na matce. Při krátkodobém odloučení u něj vzniká separační reakce. Po prvním roce se dítě začíná učit udržování osobní čistoty. Kolem druhého roku se dítě začíná samo hlásit při potřebě vyprázdnění. Ve třech letech dítě dokáže udržet tělesnou čistotu (občasné nehody jsou tolerovány).

V batolecím období začíná rozvoj hry v pravém slova smyslu. Zatímco v období kojeneckém je hra spíše jen pohráváním si s předměty, v období batolecím začínají být hry

konstruktivní (stavění z kostek) a funkční (procvičování skákání, jízdě na tříkolce). Později se začíná objevovat hra kooperativní (společně s dětmi).

Velmi časté jsou u dětí v tomto věku fáze vzdoru nebo negativismu (kopání, lehání si na zem, křik). Zde je důležitý klidný, chápavý, ale důsledný přístup k dítěti.

„Při ambulantní vyšetření bývají často s těmito dětmi obtíže způsobené strachem z cizích osob a cizího prostředí, nezvyklých věcí, nepříjemných nebo víceméně bolestivých postupů apod. Přítomnost matky, která umí dítě uklidnit a pevným držením v náručí mu dodává jistoty, může traumatizující zážitek značně zmírnit, i když v některých případech matka může sama svou nejistotu a strach na dítě přenést. Násilný a energický postup může někdy pomoci, ale často se pak obtíže dítěte zvětšují při dalších prohlídkách natolik, že dítě bývá často označováno za „nešetřitelné“ (zvláště u zubního lékaře). Důležitá je přítomnost matky v době nemoci při nutnosti hospitalizace.

Herní specialista působí na dítě s pomocí matky. U některých dětí je možno kolem třetího roku komunikovat přímo s dítětem a předkládat mu hry přiměřené jeho věku“. (M. a J. Langmeier, Krejčířová, 1998)

1.5 PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ (OD KONCE 3. DO KONCE 5. ROKU)

Období mezi 3. a 6. rokem kdy po skončení tohoto období je dítě zpravidla schopno nastoupit do základní školy. Růst dětí je o něco pomalejší než v období batolecím cca jen o 5 cm a jejich tělesná hmotnost se zvýší v průměru o 1,5 kg. Oblast hrubé a jemné motoriky je spíše zdokonalována, dítě se dokáže samo obléct, běhá do schodů, skáče. Zručnost je znát i při hře na pískovišti, s kostkami, plastelínou. Největší rozvoj dítěte zaznamenáme v kresbě, kde je mimo zručnosti znát i rozvoj rozumového chápání světa a rozvoj řeči.

Myšlení dětí v tomto období je vázáno na jejich činnosti a zaměřeno na vlastní osobu. Také v tomto věku přetrvává silná závislost na matce a rodině, která mu poskytuje podnětné prostředí pro jeho socializaci. U dítěte se vyvíjí normy chování na základě příkazů a zákazů, které jsou udělovány dospělou osobou. Děti v tomto období již dokážou rozlišit rozdíly mezi pohlavími a dítě přejímá zájmy a postoje převládající u ženského nebo mužského pohlaví. Pro většinu dětí je vhodné zajistit předškolní docházku do mateřské školy od 5. roku věku. Předškolní docházka jim pomůže vytvořit předpoklady úspěšné výchovy a vzdělání ve škole.

Působení herního specialisty na děti v tomto věku je zaměřeno na hru. Hra je považována za činnost příjemnou a přináší dítěti uspokojení. Napomáhá také rozumovému a účelnému životu. Při hře s dítětem předškolního věku je potřeba ponechat volnost a iniciativu.

1.6 OBDOBÍ ŠKOLNÍHO VĚKU (OD 6. DO 15. ROKU)

Školní období začíná 6. rokem a plynule navazuje na období dospívání. Období školního věku rozdělujeme na mladší a starší školní věk.

U dětí se rozvíjí psychické a tělesné schopnosti, rozumové a umělecké vloh, dále porozumění pro práci v kolektivu.

Mezi 9. – 11. rokem u dívek, u chlapců asi o půl roku později, začíná puberta. Puberta je soubor tělesných, psychických, hormonálních a funkčních změn končící přeměnou dítěte v dospělého jedince.

1.6.1 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Růst u dětí v tomto období je plynulý, zlepšuje se hrubá i jemná motorika, děti jeví zájem zejména o pohybové hry a vytrvalostní sporty a soutěže. Dítě dává přednost hrám se složitějšími pravidly. Dochází k výraznému rozvoji řeči a paměti, stabilizuje se paměť krátkodobá a dlouhodobá.

Do socializace dítěte v tomto období přispívá možnost modelace vlastních způsobů chování nejen podle rodičů, ale také podle učitelů. Během školní docházky se začínají stabilizovat sociální normy morálního jednání, rozvoj logického myšlení. Dítě poznává ve školním prostředí novou roli „rolí“ žáka, spolužáka. Upevňují se také mužské a ženské sexuální role.

1.6.2 STARŠÍ ŠKOLNÍ VĚK A ADOLESCENCE (STARŠÍ ŠKOLNÍ VĚK PLYNULE PŘECHÁZÍ V ADOLESCENCI TRVAJÍCÍ DO 19 LET).

Dospívání zahrnuje tři složky; biologickou, psychickou a sociální. Psychické, tělesné a sociální změny probíhají současně a nezávisle. Dochází k urychlení tělesného růstu, značnému vývoji motoriky, začínají se objevovat první známky pohlavního dospívání a formují rysy typicky mužské, ženské.

Pro toto období je typická emoční nestabilita, časté změny nálad, impulzivní jednání, nestálé a nepředvídatelné reakce a postoje. Toto chování přetrvává do období adolescence, kdy se objevuje určité uklidnění, radostnější ladění a optimističtější pohled. Stále se zvětšuje slovní zásoba, zlepšuje se výrazová schopnost. Rozvíjí se také motorické, percepční a jiné schopnosti vedoucí k hlubším zájmům – zájem o četbu, hudbu, filmy, divadlo, sport. Mohou se také objevit první pokusy o samostatnou literární, výtvarnou či hudební tvorbu. Dochází k radikálním změnám v myšlení. Při řešení problémů hledá jedinec více alternativ, zkouší je aplikovat a hodnotit.

Specifickým problémem v tomto období je nevyrovnaná zralost mezi fyzickou, psychickou a sociální složkou jedince. Dalším problémem je vztah mezi rolí a statutem. Sociální rolí rozumíme roli otce, manžela, atd., sociálním statutem soubor práv a povinností, určující postavení jedince ve společnosti. Často v tomto věku dochází také k rozporu mezi mladou a starou generací. Dospívající je více samostatný, není již tak úzce svázán s hodnotami rodičů a stále více kriticky posuzuje. Přesto zůstává na svých rodičích závislý. Přesný konec tohoto období nelze přesně definovat a je u každého jedince jiný.

Většina dětí školního věku bývá hospitalizována bez rodičů a děti často hledají spřízněnou osobu v neznámém světě. Úkol herního specialisty je zejména v tomto období nelehký, ale velmi důležitý.

2. DÍTĚ JAKO PACIENT

2.1 HOSPITALIZACE

Hospitalizace neboli pobyt dítěte v nemocnici. Pod pojmem nemocnice rozumíme veškerá zdravotnická zařízení, kde dítě pobývá krátkodobě i dlouhodobě za účelem léčby, ošetřování, léčebné rehabilitace atd.

Hlavním cílem hospitalizace je uzdravení dítěte a jeho návrat do domácího prostředí a běžného života bez následků. V dnešní době, na rozdíl od dřívějších dob, jsou děti přijímány do nemocnice pouze v případech, kdy již není možná ambulantní léčba nebo domácí péče a pobyt v nemocnici je pro dítě nezbytný. Většinou se jedná o plánované operační výkony, dekompenzace chronického onemocnění, akutní stavy vyžadující neustálý monitoring zdravotního stavu pacienta atd.

2.1.1 Výhody hospitalizace

Dítěti se během hospitalizace dostává lékařské a ošetrovatelské péče, která by mu nemohla být poskytnuta v domácím prostředí, když je to nezbytně nutné.

2.1.2 Nevýhody hospitalizace

Stejně jako má hospitalizace řadu výhod pro dítě, má pro něj také mnoho nevýhod. Mezi hlavní nevýhody je vytržení dítěte ze známého prostředí domova a umístění do prostředí jemu naprosto neznámého plného cizích lidí a věcí. V mnoha případech již jen návštěva specializované ambulance umístěné v nemocnici je pro dítě stresující a má strach, že tam zůstane.

Další nevýhodou je narušení navyklého domácího režimu (vstávání, spánek, jídlo), časně ranní vstávání, buzení dítěte v noci (podávání léků), více dětí na pokoji (omezená možnost klidného spánku při rušení dětmi), omezení soukromí hlavně u starších dětí. U dětí přijímaných např. na JIP také omezené návštěvy rodičů, či nemožnost hospitalizace rodiče s dítětem (závisí dle zdravotnického zařízení, některé zdravotnické zařízení umožňují hospitalizace matky s dítětem i při závažném stavu).

Jednou z hlavních nevýhod je také riziko vzniku hospitalismu, nozokomiální nákazy.

2.2 HOSPITALISMUS

Již v době vzniku prvních dětských nemocnic došli někteří pediatři k poznatku, že se některé děti neuzdravují tak úspěšně a dobře jak by se dalo při odpovídající lékařské a ošetrovatelské péči očekávat. Naopak se začali zhoršovat, množily se komplikace onemocnění, které se ne vždy daly zcela jasně vysvětlit. Lékaři dospěli k tomu, že komplikace jsou důsledkem „snížení odolnosti organismu pod vlivem nepříznivého duševního stavu dítěte“ (Matějček 2001).

U velmi malých dětí dlouhodobě hospitalizovaných byla pozorována zvýšená nemocnost a bohužel i úmrtnost bez příčiny z epidemiologického hlediska. „Tak vznikla představa, že jde o jakousi zvláštní nemocniční nemoc, pro kterou se ustálil název *hospitalismus*“ (Matějček 2001).

Jako příčinu hospitalismu můžeme uvést psychické strádání dětí v raném věku a to nejenom v nemocnici, ale také v dětských ústavech a někdy také v rodinném prostředí při nedostatku pozornosti rodičů. Můžeme tedy říci, že hospitalismus není jen záležitostí dětských oddělení, ale vzniká všude tam, kde nejsou uspokojeny potřeby dítěte, hlavně potřeby duševní a potřeba lásky, která je nezbytná pro zdravý vývoj jedince.

2.3 PSYCHICKÁ DEPRIVACE

Je psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře po dosti dlouhou dobu.

Dalo by se říci, že příčiny psychické deprivace mohou začít vznikat již od kojeneckého věku dítěte. Vývoj centrální nervové soustavy není po narození ještě ukončen a vyvíjí se i během dětského věku, z tohoto důvodu je velmi snadné tento vývoj „poškodit“. Dítě již od svého narození potřebuje ke svému správnému duševnímu, psychickému a citovému vývoji dostatek podnětů z okolí, dostatek kontaktu s matkou a svými blízkými a láskyplnou péči. Postupem času má dítě více nároků na pozornost a podněty z okolí, má snahu okolí samo prozkoumávat, sbírat informace a učit se novým věcem, ať již vlastní zkušeností (kamna pálí) nebo od rodičů či kamarádů v pozdějším věku. Během svého vývoje si dítě buduje citový vztah ke svým blízkým osobám především k matce. Pokud dítě vyrůstá ve vřelém a láskyplném ovzduší, dovede v dalším životě lépe navazovat citové a přátelské vztahy a bývá šťastným a dobrým rodičem. Pokud dítě nemá možnost v dětství navázat citový vztah a trvalá pouta, je ohroženo na svém dalším vývoji. Děti bývají často chladné a jakoby bezcitné, špatně

navazují kontakty s vrstevníky, hůře se zamilovávají a pokud jsou rodiči, nedokážou většinou nabídnout dítěti správné citové a podnětné prostředí, protože ho sami nedostali a nepoznali.

V případě, že je dítě dlouho umístěno v nemocnici, je ohroženo psychickou deprivací z výše uvedených důvodů. Nemocnice a také dětské oddělení je zařízeno tak, aby bylo snadné ošetřování dětí a provádění různých zákroků. V takovém prostředí nemá dítě zpravidla dostatek podnětů, a tak dlouhodobý pobyt v takovémto prostředí dítě dostává do nebezpečí vzniku psychické deprivace. Aby k tomuto nedošlo, je důležitá prevence. Dítě by mělo vyrůstat v rodinném prostředí plném podnětů, lásky a citu. Na dětských odděleních by mělo být hodně podnětů a měli by tam pracovat lidé, kteří dětem skutečně rozumí a mají pochopení hlavně pro jejich citové a psychické potřeby. Dítěti bychom měli také umožnit dostatečný a častý kontakt se svými rodiči, pokud nejsou hospitalizováni s dítětem a prostor pro hru a vlastní realizaci.

2.4 SEPARACE

„Na rozdíl od psychické deprivace, kdy dítě bylo dlouhodobě vystaveno „ochuzenému“ životnímu prostředí a následkem tohoto trpělo nedostatkem smyslových, citových a sociálních podnětů, *znamená separace náhlé přerušování vztahů již vytvořených*“ (Matějček 2001).

Dítě je ohroženo separací již od 7 měsíce věku života. Již během prvních měsíců života si dítě vytváří citový vztah k matce a ostatním členům rodiny. Utváří si také specifický vztah také k rodinnému domácímu prostředí, k citové atmosféře, ke svým věcem a hračkám, atd. O následcích separace rozhoduje věk dítěte. Separace je nebezpečná jen v případě, pokud k ní dojde příliš brzy! Přirozeným vývojem dítěte dochází k postupnému osamostatňování dítěte a při odloučení např. dítěte školního věku od matky nedochází k takovým následkům jako při separaci dítěte v batolecím či předškolním věku. Při dlouhodobé separaci dítěte, může být podkladem psychické deprivace.

Na následky separace má také vliv její druh. Separace může být postupná, náhlá, úplná, částečná, krátkodobá a dlouhodobá.

Nesmíme však zapomínat také na charakterové vlastnosti dítěte, které jsou u každého dítěte jiné. Za pomoci charakterových vlastností můžeme vysvětlit a někdy i předvídat chování a reakce dítěte při odloučení od rodičů.

Na to, jak bude separace u dítěte probíhat, mají vliv nejen výše uvedené skutečnosti, ale také chování personálu a kvalita prostředí, do kterého je dítě umístěno.

Při separaci dítěte nesmíme zapomínat, že bylo separováno z domácího prostředí a od osoby jemu nejbližší a tudíž nebude separaci prožívat jen samo dítě, ale také tato osoba. Je všeobecně známo, že chování osoby dítěti velmi blízké, většinou matky, má velký vliv na chování a reakce nemocného dítěte. Je tedy velmi důležité chovat se také k této osobě velmi ohleduplně, poučit ji o nových skutečnostech, a pokud je to možné hospitalizovat matku i s dítětem.

Pojem separace můžeme charakterizovat třemi fázemi reakcí dítěte:

1. „fáze protestu, kdy dítě křičí a vzteká se, zmitá sebou, volá matku a čeká na základě své předchozí zkušenosti, že ona bude na jeho pláč reagovat.
2. fáze zoufalství, kdy dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně, odvrací se od okolí ve stavu hloubkové stísněnosti.
3. fáze odpoutání od matky, kdy dítě potlačuje své city k matce a buď se připoutá k někomu, kdo ho ošetřuje, nebo, není-li nikdo takový k dosažení, ztrácí vztah k lidem a upoutává se spíše na věci.“ (Matějček, 2001)

Každá fáze může trvat různě dlouhou dobu, závisí to hlavně na věku, typu separace, charakterových vlastnostech dítěte, atd.

Jako hlavní prevenci vzniku separace, psychické deprivace a hospitalismu můžeme označit hospitalizaci matky s dítětem. V České republice je možné hospitalizovat matku společně s dítětem do věku 6 let bezplatně, poté za individuální poplatek dané nemocnice. Matky jsou většinou umístěny přímo s dítětem na pokoji, pokud to není možné, tak ve zvláštních pokojích určených pro matky a dle možnosti a provozu oddělení za dítětem matka dochází. Hlavní přednost v hospitalizaci matky s dítětem je hospitalizace u kojených dětí, a dále dětí v batolecím a předškolním věku, matky u dětí v terminálním stádiu nebo v ohrožení života.

2.5 PŘÍPRAVA DÍTĚTE NA HOSPITALIZACI

Příprava dítěte na hospitalizaci má velký vliv na to jak bude dítě na přijetí na dětské oddělení reagovat a jaké následky hospitalizace bude mít. Základ této přípravy se odehrává v ambulanci lékaře, který o hospitalizaci rozhodl, a který rodičům tuto skutečnost sděluje. Je především na něm, aby rodičům důkladně vysvětlil, proč má být jejich dítě hospitalizováno a snažil se je uklidnit a dodat jim důvěry. Nemalou pozornost je třeba věnovat také dítěti. Dítě

bychom měli ušetřit zbytečných nepříjemných překvapení a nemělo by být klamáno tím, že jde např. jen na prohlídku, nebo že injekce nebude bolet.

Dětem školního věku můžeme důvod hospitalizace vysvětlit a zodpovědět jim případné otázky, dětem předškolního a batolecího věku, můžeme zdůraznit okolnosti, že bude brzo zdravé, že bude mít maminka radost, ukázat oddělení atd.

2.6 PŘIJETÍ V NEMOCNICI

Při přijetí dítěte do nemocnice je třeba s dítětem zacházet klidně a vlídně a stejně tak i s jeho rodiči. Od rodičů je možno získat mnoho informací o dítěti, jeho návycích, chování, denním režimu, spánku, stravě, oblíbených hračkách.

Po vyřízení dokumentace a základní prohlídce dítěte je vhodné dítěti a jeho rodičům ukázat oddělení, jeho pokoj, postýlku, seznámit ho s ostatními dětmi na pokoji a zdravotnickým a lékařským personálem. Poradit mu na koho se má obrátit, pokud bude něco potřebovat. Dítě by mělo být také seznámeno s herním specialistou, pokud je na oddělení a nebylo s ním seznámeno již dříve. Herní specialista poté může spolu s ošetřujícím personálem vypracovat plán herních aktivit, popřípadě se může herní specialista připravit na plánovaná vyšetření dítěte a později s nimi dítě seznámit.

Loučení dítěte s rodiči by nemělo být provázeno pláčem dítěte, mělo by pokud možno probíhat v klidu a nemělo by být protahováno (rodiče by se neměli opakovaně vracet). Rodiče by měli být seznámeny s možností návštěv a také s možností hospitalizace přímo s dítětem na oddělení.

Po odchodu rodičů se dostaví citová krize a dítě si naplno uvědomí situaci. Začnou mít výčitky, že je to trest za to, že neposlouchali, že je to jejich vina. „První výchovná snaha směřuje tedy k tomu, aby se dítě pokud možno tohoto pocitu viny zbavilo. Klidným srozumitelným způsobem je ujistíme, že je rodiče mají stejně rádi jako před tím, znovu vysvětlíme podstatu onemocnění a objektivní důvody umístění v nemocnici.“ (Matějček 2001).

2.7 POBYT DÍTĚTE V NEMOCNICI

Pobyt v nemocnici je pro dítě velmi stresující záležitost. Je odloučeno od rodičů, umístěno do cizího prostředí plném cizích lidí. V mnoha dětech prostředí nemocnice vyvolává strach a je proto velmi důležité ho přizpůsobit tak, aby se v něm dítě cítilo co nejlépe. Ideálem je, aby se dítě v nemocnici cítilo jako doma. V tomto ohledu můžeme začít tím, že pokoje pro děti budou alespoň trochu domov připomínat. Velmi se osvědčuje čistý a útulný pokoj s barevnými stěnami pro 3 – 4 děti vybavený stolem a židličkami, na stěnách vhodná výzdoba (aby dítě zaujala, ale nerozrušila) a samozřejmě, alespoň malé množství hraček. Každé dítě ocení mít u sebe i svou oblíbenou hračku z domova. U dětí školního věku je vhodné, aby měli svůj vlastní noční stolek na věci.

Neméně důležitý je i režim dítěte v nemocnici. Dítě by mělo mít dostatek času na odpočinek a spánek. Z mnoha výzkumů vyplývá, že dítě v nemocnici má sice dostatek času na odpočinek a spánek, přesto však bývá unavené a spánek nekvalitní rozkouskovaný do více úseků s častým probouzením. Na personál tedy vyplývá požadavek rozvrhnout léčebné a ošetrovatelské činnosti tak, aby dítě mělo nejen čas si odpočinout a vyspat, ale aby jeho spánek byl kvalitní a nebyl narušován zbytečnými úkony ze strany personálu. Je třeba dbát také na to, aby se děti nerušily při spánku navzájem. „Boj proti dětskému pláči a křiku v nemocnici je bojem o lepší podmínky léčebného procesu. Nedopustíme proto, aby dítě dlouho bezútešně křičelo a rušilo ostatní! Vždy je nutno najít příčinu jeho nespokojenosti a odstranit ji.“ (Matějčíek 2001)

Základní a velmi důležitá aktivita dítěte v nemocnici je hra. Děti by neměly zůstat na dětských odděleních nezaměstnány a opuštěny. Na dětských odděleních bývají zřízeny herny plné hraček, podobně vybavené jako herny v mateřských školách. Zde na děti dohlíží herní specialista nebo učitel/ka z mateřské či základní školy. „Účelné zaměstnání a zajímavá hra, vytvářejí radostnou náladu, tak důležitou v procesu uzdravování“. (Matějčíek 2001)

Při ozdravovnách a dětských nemocnicích bývají často zřizovány školy. Svým režimem se sice liší od normálních základních a mateřských škol, ale plní stejný účel. V těchto školách mají možnost se vzdělávat hospitalizované děti. Svým speciálním režimem jsou uzpůsobeny právě těmto dětem tak, aby nebránily v jejich léčebném režimu, ale zároveň dítěti pomohly vyplnit volný čas v nemocnici, dohnat zameškanou látku, kterou nemá možnost se učit v normální základní škole.

„Poměrně velkou roli u dítěte v nemocnici hraje strach“ (Matějčíek 2001). Některé děti se bojí nového prostředí, jiné bolesti nebo mají špatnou zkušenost z předešlé hospitalizace. Děti

obvykle o svém strachu nechtějí s dospělými mluvit, a tak se svěřují ostatním dětem, čímž svůj strach přenesou i na ostatní děti, takže se nakonec straší navzájem. V takovém případě je třeba získat si důvěru dítěte, vhodně ho zaměstnat a udržovat v dobré náladě. Někdy může pomoci, když na téma strach nakreslí obrázek, ze kterého pak můžeme snadno poznat, v čem strach vězí. Nejlepší zbraní proti strachu a úzkosti je laskavé a klidné chování ošetřujícího personálu. Dítě tak brzy získá jistotu a přestane se lékařů a sester bát.

Posledním požadavkem hlavně na ošetřovatelský personál a lékaře zní; „pozor na vlastní řeč“. (Matějček 2001). Slova vycházející z úst personálu mohou mít jak léčebný a uklidňující význam, tak mohou také velmi ublížit. Děti bohužel vždy, i když si to my nemyslíme, poznají, že se personál baví o nich, a ze všeho čemu nerozumí, mají strach. Potom dochází k mylným závěrům, že se jejich stav zhoršil, že něco není v pořádku, ale bojí se zeptat. Vždy je tedy dobré při vizitě mluvit přímo k dítěti, tak aby nám rozumělo a nepříjemné zprávy či konzultace ze stran ostatních lékařů vést mimo oči i uši dítěte. Tímto postupem předejdeme zbytečnému strachu dítěte či opětovné nedůvěře v ošetřující personál.

2.8 PROPUŠTĚNÍ DÍTĚTE Z NEMOCNICE

Při krátkodobé hospitalizaci nebývá v návratu dítěte do domácího prostředí většinou žádný problém. Děti si za krátkou dobu ani nevzpomenou, že byly v nemocnici.

Ne vždy je ale návrat malého pacienta do domácího prostředí jednoduchý. Některé děti, zejména v batolecím, ale i předškolním věku mohou být po návratu z nemocnice přehnaně závislé na matce. Mají strach, když někde jen na malou chvíli odejde, nechtějí spát sami v pokoji a vyžadují spát s matkou, atd. Jiné děti jsou po jistou dobu nápadně citově chladné, neposlouchají, jsou nepřátelské.

„Prakticky všude tam, kde jsou už před příchodem dítěte do nemocnice citové vztahy v rodině napjaté, je větší pravděpodobnost, že dojde k obtížím opět po návratu dítěte domů“.

„Úkolem zdravotnických pracovníků je především upozornit rodiče na možné komplikace a předejít tak vychovatelským chybám. Je dobře, aby si rodiče uvědomili, že přechod zpět do rodinné pospolitosti po delší době odloučení není pro dítě samozřejmostí a že je třeba trpělivě a opatrně hledat cesty, jak jej usnadnit“ (Matějček 2001). Opačným případem je situace, kdy dítě z nemocnice domů nechce. Tato situace může svědčit např. o malé pozornosti věnované dítěti v domácím prostředí nebo může jít o jiné problémy spojené s domácím prostředím.

Je tedy velmi důležitá spolupráce se zdravotníky a herním specialistou, aby byl důvod, proč dítě nechce jít domů z nemocnice, odhalen a situace se zvládla a vyřešila.

3. POTŘEBY DĚTÍ V NEMOCNICI

Každé zdravé dítě, ale i každý jedinec, má své potřeby, které jsou pro něj životně důležité. Jejich neuspokojení způsobí v organismu dítěte disharmonii, projevující se neklidem, pláčem, neobvyklým chováním nebo apatií. Je tedy nadmíru důležité uspokojování všech potřeb biologických, potřeby lásky, bezpečí, jistoty.

Ne jinak je tomu u hospitalizovaných dětských pacientů, kteří jsou navíc, byť jen na krátkou dobu, nuceni vyměnit své domácí prostředí za nemocniční pokoj a své rodiče, oblíbené kamarády za nemocniční personál. U těchto dětí musíme pamatovat a uspokojovat potřeby základní a potřeby, které vyvstanou v souvislosti s hospitalizací.

MEZI ZÁKLADNÍ POTŘEBY DĚTÍ V NEMOCNICI PATŘÍ:

Přítomnost blízké osoby, nejčastěji matky

Blízká osoba je pro dítě zdrojem bezpečí a jistoty. Svou přítomností sejme s dítěte, alespoň částečně, jeho strach a pomůže mu s adaptací na neznámé prostředí, tlumočí dítěti známými slovy informace zdravotníků. Působí jako prostředník mezi zdravotníky a dítětem, chrání ho před nešetrnou manipulací. Dítě si většinou brzy zvykne na nové prostředí a s pomocí matky dobře spolupracuje. Nesmíme však zapomínat také na uspokojení potřeb matky. Péče a strach o nemocné dítě matku velmi vyčerpávají, cítí se bezmocná a má obavy. Je proto velmi důležitý šetrný a chápající přístup k matce a je nutné ji neustále opakovat, že její přítomnost je pro dítě i nás velmi důležitá.

Pokud není možné, aby byla matka přijata na oddělení, je nutné věnovat dítěti zvláštní pozornost. Již při příjmu je velmi důležité předání, co nejvíce, informací o dítěti mezi členy zdravotnického týmu a vypracovat komplexní plán péče. S pomocí pedagogů a herního specialisty vypracovat pro dítě herní a výchovný program. Dítě, zejména menší, přijaté bez matky se bude cítit samo, bezmocné a ztracené, je tedy zejména na nás a naší péči mu pomoci zvládnout tuto těžkou situaci. Každý kontakt či projevení zájmu ze strany zdravotníků či jiných členů týmu bude pro dítě prospěšný a může nám velmi pomoci při léčbě a ošetrovatelských či lékařských zákrocích ne zrovna pro dítě příjemných.

Rodiče jsou většinou také nešťastní z odloučení od dítěte, cítí vinu. Můžeme tedy zajistit náhradní řešení; časté návštěvy, telefonní hovory, email.

Při nemožnosti hospitalizace rodičů s dítětem (ze strany rodičů – nemohou, nebo z nějakého důvodu nechtějí zůstat v nemocnici) není na místě osočování nebo obviňování

rodičů z nezájmu o dítě. Můžeme se pokusit rodičům vysvětlit výhody jejich hospitalizace, ale musíme respektovat jejich rozhodnutí, ať je jakékoli.

Bezpečné a podnětné prostředí

Tato potřeba je velmi často přehlížena a zapomínaná nebo zanedbávaná. Na většině dětských oddělení sice najdeme obrázky, hračky a jinou výzdobu, která by měla být podle většiny zdravotníků podnětná a měla by napomáhat tvořit hezké a útulné prostředí. Je to sice pravda, ale neměli bychom zapomínat, že na dětském oddělení jsou kromě dětí malých hospitalizované také děti dospívající. Jim sice obrázky na stěnách připadají krásné, ale zejména pro mladistvé pacienty je důležitá možnost přizpůsobit si okolí svého lůžka nebo pokoje trochu jinak (např. plakátem oblíbeného zpěváka, mít u sebe předměty, které mají rádi) než barevným slonem. Velmi také oceňují možnost, alespoň minimálního soukromí a nezávislosti, vycházky ven s doprovodem nebo rodiči.

Kvalitní kontakt s širší rodinou a vrstevníky

V dnešní době je dětem většinou umožněn kontakt s rodinou a vrstevníky, pokud tomu nebrání infekční riziko nebo velmi vážný stav dítěte.

V případě, že návštěvy nejsou možné a nebrání tomu stav dítěte, existují již na dětských odděleních mobilní telefony určené právě dětem pro komunikaci s okolím a rodinou.

Opakovaně a srozumitelně podávané informace od kompetentních zdravotníků

Dětem se má sdělovat pravda. Je však velmi důležité si uvědomit jak, kdy. Každé dítě je jiné a má odlišné reakce a zkušenosti. Zde více než kde jinde je nutný individuální, laskavý a klidný přístup k dítěti. Vždy musíme přihlídnout k věku dítěte, duševní zralosti a aktuálnímu psychickému stavu. Velmi důležité je dítěti naslouchat a reagovat také na neverbální projevy dítěte.

Informování dítěte i rodičů musí být srozumitelné, jasné a totožné od všech zdravotnických pracovníků (s přihlédnutím na jejich kompetence).

Možnost volby, potřeba soukromí a jistoty

Už malé děti potřebují mít pocit, že mohou situaci alespoň trochu ovládat a mít ji do jisté míry pod kontrolou. Dítě se nesmí stát jen pasivní obětí naší péče. Mělo by mít možnost se rozhodnout, jakou barvu bude mít jeho hrneček, ve které postýlce chce spát, jakou barvu bude mít jeho pyžamo. I takovéto pro nás zdravotníky celkem nepodstatné věci mají pro děti velký význam a umožní nám lepší komunikaci a spolupráci.

Možnost vzdělávat a hrát si

Tuto potřebu zajišťují na dětských odděleních pedagogové ve spolupráci s herním specialistou a zdravotníky v rámci mateřské a základní školy při nemocnici. Je však velmi důležité respektovat duševní i zdravotní stav dítěte a spolupracovat s lékaři a sestrami.

4. VÝCHOVNÁ PÉČE JAKO SOUČÁST PÉČE O DÍTĚ

Každé dítě je osobnost se specifickými potřebami. Dítě, které je navíc přijato do nemocničního zařízení vyžaduje uspokojení všech potřeb a individuální přístup.

Zaměření a obtížnost výchovné práce s dětmi v nemocnici lze určit dle několika činitelů:

- 1) stupeň vývoje dítěte – každé dětské oddělení (kojenecké, batolecí, oddělení větších dětí) má svou výchovnou problematiku a přístup k dítěti
- 2) vyrovnanost dítěte před vstupem do nemocnice – pro každé dítě je typický určitý stupeň vyspělosti a určitý temperament, vědomosti a zkušenosti, soustava společenských postojů a návyků, které byly vytvořeny a ovlivněny výchovou, prostředím ve kterém dítě vyrůstá. Každé dítě je osobností a tomu musí každý vychovatel (každý člen zdravotnického a lékařského týmu) přizpůsobit své výchovně preventivní osobní působení na něj.
- 3) onemocnění dítěte – některé onemocnění, zejména onemocnění provázené horečkou a velkou bolestí vyčerpávají dítě velmi vážně nejen po stránce fyzické, ale také psychické. Na základě tohoto tvrzení můžeme předpokládat, že výchovná péče nebude stejná a nebude v ní rozhodovat jen věk a psychologická vyspělost dítěte. Zvláště na odděleních chirurgických, kožních, nervových, endokrinologických kde děti trpí různými anomáliemi a za své onemocnění se stydí, nebo jen strach z anestezie a z bolesti po operaci zejména v chirurgických oborech, budou zvýšené nároky na výchovnou a psychologickou péči.
- 4) délka pobytu dítěte v nemocnici – při krátkém či přechodném pobytu dítěte v nemocnici výchovná péče směřuje spíše k tomu, aby dítě vlivem hospitalizace netrpělo náhlou změnou a bylo ušetřeno nepříjemných a mnohdy bolestivých překvapení. S délkou hospitalizace vzrůstají také výchovné nároky. U dlouhodobě nemocných dětí (např. s onkologickou či kardiologickou diagnózou) má výchovná péče rozhodující význam pro další život a vývoj dítěte.

Základním předpokladem pro úspěšnou výchovu v nemocnici je správný přístup k dítěti. K dítěti je nutné přistupovat s ohledem na jeho osobnost, potřeby a výše uvedené, ale také s pochopením a taktem. Nermalou váhu správné výchovy nese jednotným přístup k dítěti bez

předsudků a bez „protekce“. Může se stát, že v některých případech si personál některé dítě oblíbí více a věnuje mu zvýšenou pozornost. Oproti tomu dítě plačtivé, tiché úzkostné, smutné a stále žádající o pozornost personál (vychovatele) spíše odpuzuje. Tyto děti však potřebují naši pozornost a pomoc nejvíce! Dle zkušeností je takové dítě nutno přidělit jedné sestře či svěřit hernímu specialistovi, který se s dítětem dobře seznámí a může mu věnovat zvláštní pozornost a tím mu ulehčit navázání vztahu se zdravotnickým personálem a lépe se adaptovat na prostředí nemocnice, popřípadě i odloučení od rodičů.

Mezi předpoklady správné výchovy patří také požadavek jednotného působení na děti, pokud je to možné!

Poslední předpoklad se týká všech oddělení nehledě na jejich specializaci či věkové rozmezí hospitalizovaných dětí. Jsou to vztahy na pracovišti, které dítě velmi silně vnímá. Platí zde; jednotnost působení, které dodává dítěti důvěru a pocit jistoty a neméně důležitá je také dobrá nálada a harmonické prostředí oddělení.

5. VZNIK A VÝVOJ HERNÍ TERAPIE

Kolébku herní terapie je Velká Británie. Došlo ke změnám k dětem v nemocnici i péči o ně.

Ve druhé polovině 20. století se zrodil respektovaný přístup k dětskému pacientovi. Impulsem k těmto změnám byl výzkum a následný film psychologa Jamese Robertsona z roku 1951 „A Two – Year Old Goes to Hospital“ (Dvouletá jde do nemocnice). Tento dokumentární film dokumentoval krátkodobou hospitalizaci dvouleté Laury, která přišla do nemocnice na operaci pupeční kýly, kde ukázal jak velký zásah do dětské psychiky je odloučení od rodičů během hospitalizace a nezáleží jen na vážnosti diagnózy či délce pobytu v nemocnici.

Dříve panoval názor, že dítě na negativní zážitky z nemocnice zapomene, a pláč je zcela normální reakcí dítěte. Mezi další argumenty patřilo také narušení chodu oddělení rodiči, zvýšené riziko infekce, nedostatek prostoru a jiné.

V roce 1963 vznikla organizace NAWCH - National Association for the Welfare of Children in Hospital (národní asociace pro pohodu dětí v nemocnici). Asociace byla velmi podporována nejen rodiči, ale také dětskými lékaři po celé zemi.

NAWCH vypracovala dokument Charter for Children in Hospital – charta práv dětí v nemocnici. Její další činnost spočívala ve vypracovávání herních programů pro děti, shromažďování financí na placení herních terapeutů, ubytování rodičů v nemocnici atd.

Na dětské klinice v Hradci Králové fungovala mateřská a základní škola již v roce 1956 a výchovná činnost byla součástí práce dětských sester. Od roku 1976 byla hra v nemocnici, považována za součást ošetrovatelské péče o děti již na všech dětských pracovištích.

V tomto roce byla také založena organizace NAPHS – Národní asociace nemocničních herních specialistů. Náplní organizace je sdružování kvalifikovaných herních pracovníků, zlepšování kvality hry, nepřetržité vzdělávání členů, vydávání časopisů, letáků.

„Dnes je ve Velké Británii profese Nemocničního herního specialisty (Hospital playstaff, Hospital play specialist) státně profesionální kvalifikace, mající vlastní vzdělávací program profesní odborné organizace. Studium je završeno odbornými zkouškami (Hospital play specialist board certificate). Pracuje na konkrétním oddělení a je členem ošetrovatelského týmu. Není to zdravotník, ani pedagog, jde o speciálně vyškoleného pracovníka. Podle tohoto vzoru pracují již také nemocniční herní specialisté v dalších zemích např. v Rakousku, Holandsku, Belgii, USA“ (Rybářová 2004).

V České republice dochází k zavádění herní terapie od roku 1993. V roce 1999 vzniklo občanské sdružení „Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici“, které sdružuje herní specialisty, studenty a příznivce herní práce. Je také členem NAHPS.

Vzdělávání v oboru herní terapie není ještě tak daleko jako ve Velké Británii, ale i u nás již najdeme obory zabývající se výukou herní práce. Jednou z možností vzdělávání je absolvování tří semestrového kurzu herní práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. Mezi další možnosti vzdělávání je absolvování některých kurzů, které pořádají některé vysoké školy či nemocnice. V budoucnu by mělo být možno herní práci studovat jako bakalářský obor. I přes to, že herní specialista nemá zatím vysokoškolské vzdělání jeho práci na dětských odděleních je velmi důležitá a potřebná.

6. PROFESE HERNÍHO SPECIALISTY

Herní specialista je člen zdravotnického týmu, který pečuje o psychiku dětí a jejich rodičů. Cílem jeho práce je dítě citlivě a laskavě provést úskalími hospitalizace.

Hlavním úkolem herního specialisty je navázat s dítětem kontakt, komunikovat s ním s ohledem na jeho náladu, postupně získávat a posilovat důvěru a ochotu spolupracovat se zdravotnickým týmem.

Vhodnými prostředky pomáhá dítěti v orientaci ve zdravotnickém zařízení, porozumět a pochopit nové situaci, pomáhá při vyšetřeních a léčbě.

6.1 POŽADAVKY, KTERÉ BY MĚL MÍT A ZNÁT HERNÍ SPECIALISTA (VALENTA 2008)

- vědět jak se dítě chovalo před onemocněním
- znát fyziologický vývoj dítěte od narození do dospělosti
- být schopen dítě pozorovat a rozpoznat jeho aktuální potřeby
- být připraven hrát si s dětmi různého věku a mít ze hry radost
- rozumět chování dítěte i rodiny v náročných životních situacích
- umět používat takové herní metody, které pomohou dětem a jejich rodičům zvládnout vyšetření a léčbu
- mít základní znalosti o onemocněních, vyšetřovacích metodách a léčebných postupech, orientovat se v provozu zdravotnických zařízení

6.2 PŘEHLED ČINNOSTÍ A KOMPETENCÍ HERNÍHO SPECIALISTY

Herní specialista je odborník pracující ve zdravotnickém zařízení s dětmi a jejich rodiči. Své služby může poskytovat jak v ambulantním sektoru, tak na lůžkových odděleních a JIP. V rámci osvěty a výchovných programů pracuje i se zdravými dětmi, spolupracuje s MŠ a ZŠ.

V rámci ambulantních programů připravuje pro děti a jejich rodiče seznámení se zdravotnickým zařízením a přípravu na plánovanou hospitalizaci a výkon.

Dle aktuální situace a zdravotního stavu hospitalizovaného dítěte navrhuje a plánuje spolu s rodiči vhodný herní a výchovný program. Může poskytovat i individuální péči dětem se speciálními potřebami.

Přednostně se věnuje dětem bez doprovodu či dětem s rizikových rodin. Zvláštní péči také věnuje dětem v terminálním stádiu či dětem na JIP, ARO pokud je to možné.

Na standardním oddělení doprovází děti a jejich rodiče na plánovaná vyšetření či zákroky.

Ve svých kompetencích má také provoz herny, výběr hraček.

Spolu s ostatními členy zdravotnického týmu vytváří na oddělení přátelské, klidné a bezpečné prostředí pro děti. Je důležitým členem zdravotnického týmu, podílí se na vedení zdravotnické dokumentace. Dle možnosti zaučuje a školí dobrovolníky a herní pracovníky ve výcviku.

7. SPOLUPRÁCE HERNÍHO SPECIALISTY S PEDAGOGY A ZDRAVOTNICKÝM TÝMU

Základní a mateřská škola při dětských odděleních má již dlouholetou tradici. Dříve byly děti v nemocnicích hospitalizovány samy bez přítomnosti rodičů a také časté návštěvy nebyly možné. Častým důvodem bylo zejména to, že dítě potřebuje klid, nebezpečí infekce ze strany rodičů, špatná spolupráce s dítětem po odchodu rodiče domů. Učitel byl často jediný, kdo měl dostatek času si s dítětem povídat, hrát si s ním a naslouchat jeho přáním a potřebám a byl také jediný kdo dítěti „neubližoval“ při odběrech krve, injekcích. Vybavení mateřských a základních škol při nemocnicích nebylo nijak bohaté. Učitel si musel vystačit se školními učebnicemi, dřevěnými kostkami, pastelkami, papírem, modelínou a pohádkovými knížkami.

Po roce 1990 dochází k výrazným změnám v systému péče o děti vlivem zkušeností ze zahraničí. Na oddělení spolu s dětmi začínají být přijímány také jejich matky, či jiné blízké osoby, a časté návštěvy již nejsou výjimkou. Mnohá dětská oddělení vyměnila bílé stěny za veselou výzdobu, na které se z velké části podílí také malí pacienti. V tomto období se u nás začínáme setkávat s pojmem herní specialista při rozšíření kontaktů se zahraničními nemocnicemi, především ve Velké Británii. Hlavním cílem herních specialistů v Anglii, ale i u nás bylo zlidštit nemocnici pro malé pacienty a jejich rodiče.

Profese herního specialisty přináší nové aspekty do práce na dětských odděleních, především v přípravě dětí na různá vyšetření a zákroky za pomoci hry, či jiných technik. Role a práce herního specialisty nemá za úkol nahradit práci učitele na dětské oddělení, stejně jako práce učitele nemá nahrazovat práci herního specialisty. Mezi těmito profesemi je spousta specifických rozdílů, přesto je vždy nutná a důležitá spolupráce mezi nimi, abychom dítěti mohly poskytnout to, co v danou chvíli potřebuje.

Nemalou roli v péči o dítě hraje také důležitá spolupráce herního specialisty s ošetrovatelským a lékařským týmem. Jeho důležitost tkví zejména v usnadnění komunikace mezi zdravotníkem a dětským pacientem, srozumitelná a dítěti jasná příprava na vyšetření a zákroky, která často předchází nedorozuměním a zbytečnému strachu a stresu dítěte z nemocničního prostředí, personálu a výkonů.

8. HRA Z VÝVOJOVÉHO HLEDISKA

Hra je specifická aktivita, rozvíjející senzomotorické funkce dítěte a zprostředkovávající dítěti socializaci, akulturaci, poznání světa.

KLASIFIKACE HER Z VÝVOJOVÉHO HLEDISKA:

Funkční hra: typická pro kojenecké období, uplatňují se zde senzomotorické funkce dítěte (pohyb, uchopování a pouštění předmětů, vydávání zvuků dítětem).

Manipulační hra: typická zejména pro batolecí období, hra spočívá v manipulaci dítěte s předměty, stavění kostek, čmárání křídami, voskovkami.

Napodobovací hra: tato hra má velký význam pro vývoj dítěte, socializaci, rozvoj komunikace. Dítě napodobuje činnosti dospělých lidí (jedení lžící), zvířat (štěkot psa, mňoukání). Kolem třetího roku začínají děti napodobovací hry spojovat s činnosti běžného života (péče o panenku, uspávání, mytí, oblékání)

Receptivní hra: rozvoj receptivní hry začíná v kojeneckém období a vrcholí kolem čtvrtého roku věku dítěte. Pro tuto hru je typické přijímání a zpracovávání podnětů (sledování TV, prohlížení obrázků, poslech pohádek).

Úlohové hra: slouží k výraznému rozvoji sociálního citění dětí a jejich psychické funkce. Jejich uplatnění je zejména mezi třetím a pátým rokem. Dítě přebírá fiktivní úlohu dospělých, (hra na maminku a tatínka, na obchod).

Konstruktivní hra: rozvíjí se již v období jednoho roku dítěte, ale k největšímu uplatnění dochází ve školním věku. Charakteristikou této hry je cíl, který leží na konci úsilí dítěte s různým materiálem (písek, plastelína, stavebnice).

9. HERNÍ AKTIVITY V JEDNOTLIVÝCH VÝVOJOVÝCH OBDOBÍCH

9.1 KOJENECKÉ OBDOBÍ

Během kojeneckého období dochází k výraznému pokroku a rozvoji psychomotorických funkcí a hry. Začátkem tohoto období dokáže dítě pouze sledovat hračku, otáčet se za zvukem, pozorovat hru rukou či hrát si se svým řečovým ústrojím. Postupným vývojem jemné motoriky a pohybu dostává dítě možnost stále více poznávat své okolí, sebe samo a začíná reagovat na podněty z okolí. Koncem čtvrtého měsíce si dokáže prohlížet hračku vydávající nějaký zvuk a zaujme ho také hračka zavěšená nad postýlkou. Kolem šestého měsíce dokáže vyhledat zdroj zvuku a cílenými pohyby reagovat na verbální podnět jiné osoby (paci paci). O měsíc později dokáže manipulovat s předměty a hračkami uchopuje je, bouchá s nimi do stolu, strká si je do pusy. Po zhruba dvou měsících je schopno postavit kostky na sebe. V dalších měsících dochází k výraznému rozvoji jemné motoriky, dítě si začíná všimnout detailů (oči panenky). Koncem kojeneckého období je jemná motorika na velmi vysoké úrovni. Dítě skládá kostky na sebe, řadí vedle sebe krabičky.

9.2 BATOLECÍ OBDOBÍ

V batolecím období velmi prudce vzrůstá dynamika herních aktivit. Nahodilé experimentování s hračkami a různými předměty se mění v cílené a složitější. Ve hře se objevují kreativní prvky, produkty dětské fantazie. Z hlediska hrubé motoriky se hra vyznačuje pobíháním, skákáním, kouláním. S rozvojem jemné motoriky se rozvíjí manipulační hry dítěte – vkládání kostek do dutých otvorů, různé skládačky.

V tomto období je charakteristický rozvoj námětových her – dítě napodobuje činnosti dospělých (domácí práce, psaní, čtení novin). Dochází také k výraznému rozvoji řeči. Jedná se o věk dítěte, ve kterém se dítě učí spoustu písniček, básniček a říkadel.

9.3 OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Jednou z nejdůležitějších změn v tomto období je přechod dítěte ze hry izolované na hru paralelní (hra dítěte poblíž jiných dětí) a dále na hru kolektivní.

Ve hrách se stále více objevují role a různé prostředky k dokonalé realizaci těchto rolí. (např. při hře na lékaře využití lékařského kufríku, povědomí ordinace). Dochází k diferenciaci rolí podle pohlaví dětí.

Pro dívky začíná být oblíbenou hračkou panenka. Dle starších výzkumů v této oblasti se ukázalo, že ideální velikost panenky by měla být 20 – 30 cm a váha cca 150 g. Měla by být omyvatelná a přirozeným dětským výrazem v obličeji. Pro chlapce jsou v tomto období důležité figurky zvířat. S těmito figurkami se děti ztotožňují a figurky se stávají jejich průvodci a důvěrníky v dětském světě.

V tomto období začínají mít děti zájem i o hry intelektuální (hádanky, didaktické hry), hry konstruktivní zejména hry se stavebnicemi, výroba různých předmětů z přírodního materiálu. Velmi populární jsou také hry pohybové (skákání panáka, soutěživé hry).

9.4 OBDOBÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Zde je vytlačena hra individuální hrou kolektivní. Jedná se především o hry pohybové, soutěživé. Velkému ohlasu se v tomto období těší hry stolní a počítačové (karetní hry, deskové hry, hlavolamy. Rozvíjí se i čtenářská aktivita.

Chlapci v tomto věku dávají přednost výrobě a konstrukci modelů, práce s různým materiálem (papír, dřevo, kov). Dívky se často věnují ručním pracím s účelovým podkladem (výroba oblečení pro panenku) a hry s pečovatelskými prvky (péče o panenku jako o dítě.

Hra v tomto období hraje velmi důležitou roli v kognitivním vývoji jedince.

9.5 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

V tomto období dochází k výraznému rozvoji sportovních aktivit, technických a kulturních zájmů. Často se jedná o hry kolektivní, kterých se účastní obě pohlaví. Mezi oblíbené hry patří hry se složitými pravidly, dobrodružné hry, odhalování tajemství, dále také společenské hry (šachy, karty).

Vhodné hračky pro tento věk jsou deskové hry, hlavolamy, křížovky, modelové mechanické soupravy (Malý chemik), sportovní potřeby (míče, švihadla).

V tomto období vrcholí zájem o sportovní aktivity, a vznikají estetické hodnoty v umělecké tvorbě, dramatických útvarech. Děti jeví zájem o divadlo, poezii, hudbu.

Vysoce motivovanou aktivitou „teen-agerů,“ kterou může herní specialista využít ve svojí práci, je řízení herních i jiných činností dětí mladšího věku. (Valenta 2008)

10. HRAČKA, HRAČKY VE VĚKOVÝCH OBDOBÍCH

Hračka může být jakýkoli předmět využitý ke hře. Děti zejména v kojeneckém a batolecím věku si dokážou hrát téměř se vším i předmětem denní potřeby. Hračky mohou být vyráběny z různých materiálů (dřevo, plast, papír, textil atd.)

Pro většinu malých dětí, jsou hračky nepostradatelnou součástí všedního dne. Jsou součástí jejich dětského světa, který je obklopuje, motivuje je, ovlivňuje jejich činnosti, prožívání a konání. Prostřednictvím hraček se můžeme o dítěti mnoho dozvědět. Hračka je také nepostradatelnou součástí herní terapie, která prostřednictvím hraček a her napomáhá dítěti zvládnout neznámé prostředí, připravit ho na různá vyšetření a výkony nebo jen trochu zdomácnět jeho postýlku v nemocnici.

10.1 ROZDĚLENÍ HRAČEK DLE VHODNOSTI PRO DĚTI OD 6 MĚSÍCŮ DO 7 LET VĚKU (VALENTA 2008)

10.1.1 Hračky pro děti do 6 měsíců

- závěsné hračky pohybující se prouděním vzduchu
- hračky, které se dají zmáčknout nebo cucat
- měkké hračky nebo balónky
- chrastítka, rolničky, pískátka

10.1.2 Hračky pro děti od 7 do 12 měsíců

- stojící chrastítka
- knížky z tvrdého papíru, látky, dřeva nebo vinylu
- míče
- pohyblivé hračky
- velké měkké kostky
- vycpaná zvířata
- kyblíčky, bábovičky a hračky do vody

10.1.3 Hračky pro batolata od 12 do 18 měsíců

- obrázkové knížky s různě upraveným povrchem
- hudební hračky
- skládanky
- autíčka

- věci k vybarvování a vymalovávání
- do sebe zapadající hračky
- hračky ke skládání na sebe
- hračky, které se tahají za sebou

10.1.4 Hračky pro batolata od 18 měsíců do 2 let

- panenky
- hračky, do kterých se dá bouchat, třídící a navlékací hračky
- hračky s kolečky
- dětský telefon
- hudební hračky

10.1.5 Hračky pro děti od 2 do 3,5 roku

- převlékání panenek
- temperové nebo vodové barvy a kousky papíru
- stavebnice všech druhů
- jednoduché hry a skládanky
- manipulační hračky
- nářadí a předměty denní potřeby v domácnosti

10.1.6 Hračky pro děti od 3,5 roku do 5 let

- soubory různých konstrukčních modelů
- magnetické nebo flanelové tabule
- miniaturní situační modely (domeček pro panenky, hra na obchod)
- sportovní náčiní v dětské modifikaci
- knihy, gramofon, magnetofon, zvětšovací sklo, dalekohled

10.1.7 Hračky pro děti od 5 do 7 let

- oblékací panenky
- zmenšené provedení přístrojů světa dospělých (pokladny, psací stroje, jednoduchý fotoaparát)
- jednoduché řemeslnické nářadí
- vláčky, autíčka
- knížky s několika kapitolami, hudební nástroje (flétna, foukací harmonika)
- společenské hry

Mezi všeobecně oblíbené hračky ve všech věkových skupinách patří hlavně plyšové zvířátka, které si děti s oblibou berou kamkoli. V dnešní době bývají hračky, už u dětí předškolního věku, vytlačeny moderními hrami na pc a playstaischnech. Některé děti ztrácí zájem o „staré“ hračky a v některých případech může k tomu, že si děti už s normálními hračkami neumí hrát.

I přes pokrok moderní doby je však nutné dítěti nabízet hračky, povídat si s dítětem a utvářet podnětné prostředí, které je tolik důležité pro jeho vývoj, rozvoj jeho osobnosti a pocit bezpečí, bez kterého je ztracené.

11. VYBRANÁ PROBLEMATIKA ÚLOHY HERNÍHO SPECIALISTY V PŘÍPRAVĚ DĚTÍ NA OŠETŘOVATELSKÉ A LÉKAŘSKÉ VÝKONY

„Jestliže dítě není na vše řádně připraveno, nemá šanci mobilizovat mechanismy, které by mu pomohly se s nastalou situací vyrovnat. Nemá pak nad děním kontrolu, je ohromeno a zaskočeno. To ničí nejen jeho důvěrný vztah k lidem, ale může to podporovat i stavy úzkosti při dalších hospitalizacích nebo v podobných situacích. Příprava není něco, co děláme my pro dítě. Naším úkolem je pouze pomoci dítěti najít jeho vlastní síly. Ty mu potom pomohou problém zvládnout.“

Carole B.Klain, Mary Sattrethawaite NAPHS, London

11.1 SOUHLAS RODINY S PŘÍPRAVOU DÍTĚTE

Před každou přípravou dítěte si musíme vyžádat souhlas jeho rodičů. Ne vždy rodiče s přípravou dítěte souhlasí. K nesouhlasu rodičů většinou vede strach z reakcí dítěte, z jeho otázek týkající se daného vyšetření či operace, ale také z toho, že dítě úplně ztratí důvěru ve zdravotníky a odmítne spolupracovat.

Nikdy není možné nedbat nesouhlasu a přesvědčení rodičů a dítě se snažit připravit. Jediným možným řešením je podrobně vysvětlit rodičům výhody naší přípravy na výkon, popřípadě připravit alespoň rodiče, aby pak dle svého přání mohli oni sami dítě připravit.

Ve většině případů však rodiče s přípravou souhlasí a jsou rádi, když dítěti nemusí na otázky odpovídat samy, ale udělá to za ně kvalifikovaný profesionál.

11.2 PODMÍNKY PRO KVALITNÍ PŘÍPRAVU DÍTĚTE A RODINY

Na každou přípravu, ať už dítěte nebo jen jeho rodiče, je nutné se náležitě připravit. Úspěch přípravy záleží hlavně na dítěti, jeho náladě a pocitech. Dítě musí z herního specialista cítit klid a mít jistotu, že jeho pobyt v nemocnici není něco výjimečného, co potkává jen některé děti, ale je to naprosto normální věc. Pro úspěšnou přípravu dítěte na daný výkon je velmi důležitá komunikace mezi dítětem a herním specialistou – jak s dítětem herní specialista mluví a co mu říká. Rozhovor by měl být zábavný, legrační. Příprava na

jakýkoli výkon nesmí být jen poučování dítěte! Během přípravy je nutné dítě pozorovat. Z jeho výrazu a mimiky, spíše než ze slov, poznáme strach a nejistotu, na kterou můžeme reagovat.

Velkou roli v přípravě dítěte hraje také čas. Jak dlouho dítě před výkonem připravit záleží především na jeho věku a intelektu dítěte. Větší děti je nutné připravovat delší dobu před výkonem, protože více přemýšlí a mohou mít více otázek týkající se hospitalizace nebo výkonu. Obecně platí, čím menší dítě, tím kratší doba mezi výkonem a přípravou.

Každá příprava musí být tzv. na míru dítěti z důvodu odlišného chápání, výchovy, vnímání.

Pro úspěch naší přípravy není však důležitá jen její náplň, ale také prostředí, ve kterém přípravu provádíme. Mezi nejlepší prostředí k přípravě patří postýlka dítěte, kde se cítí bezpečně a má své hračky, vymezená část herny, zvláštní místnost vyhrazená pro práci herního specialisty.

11.3 ZÁSADY PŘÍPRAV BATOLAT A DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU A MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Děti v tomto věku je vhodné připravovat společně s rodiči. Rodiče mohou hernímu specialistovi velmi výrazně pomoci už tím, že ho dítěti představí. Tím dítě získá rychleji důvěru a je ochotné lépe spolupracovat. Při přípravě dítěte je nutné přihlížet k věku dítěte, psychické zralosti, předchozímu negativnímu či pozitivnímu zážitku získané z předchozí hospitalizace, či jen návštěvě lékaře, ale také na to nebyť informován. Některé děti nechtějí vědět nic o tom, co se jim bude dělat a to bychom měli respektovat. V tomto věku je nutné používat při přípravě dětí vhodná slova. V některých rodinách mají pro konkrétní věc své označení, a proto je nutné se na toto rodiče zeptat, aby nedocházelo k nedorozuměním mezi dítětem a herním specialistou. Jiné je to u označení výkonů. Tam bychom měli zachovat terminologii, jakou dítě uslyší během hospitalizace. Pouze u malých dětí, které nejsou schopné pochopit termín „operace“ můžeme použít termín opravit, spravit, který dítě snáze pochopí. Příprava dětí na výkon v tomto věku probíhá jako formou hry. Dítěti je po částech vysvětleno vše potřebné. Každá část je dítěti ukázána, a poté ji přehraje dítě samo nebo za pomoci matky. Další možností přípravy je použití různých materiálů – komiks, omalovánky, knížka. I tato příprava musí být volena vzhledem k věku dítěte a jeho jazykové úrovni.

11.4 ZÁSADY PŘÍPRAVY STARŠÍCH DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Příprava začíná navázáním kontaktu s rodinou dítěte či mladistvého. Během hovoru s rodiči a dítětem vysvětlí, jaký je jeho úkol a nabídne služby, jaké jim může poskytnout, navrhne způsob přípravy a čas kdy bude provedena. Přípravu dětí v tomto věku lze provádět společně s rodiči nebo v jejich nepřítomnosti. Děti častěji volí přípravu bez přítomnosti svých rodičů, protože v tomto choulostivém období nechtějí o některých věcech mluvit před rodiči. Většinou mají konkrétní dotazy a strach a neradi to přiznávají před rodiči, mnohem častěji se svěřjí cizímu člověku. Průběh přípravy začneme vysvětlením tělesné přípravy, ukázkou přístrojů a pomůcek, které bude dítě po výkonu potřebovat, dle možnosti zajistíme prohlídku zařízení, oddělení, kde bude dítě umístěno po výkonu, upozorníme ho na možné nežádoucí reakce na anestezii. Po ukončení přípravy dítěte následuje rozhovor s rodiči na stejné téma jako rozhovor s dítětem. Dle možnosti a přání dítěte a rodičů lze domluvit schůzku s odborným lékařem.

I u dětí v těchto věkových kategoriích se můžeme setkat s dětmi, které budou odmítat jakékoli informace. Mnohdy je to reakce dětí úzkostných a ustrašených rodičů, kteří doma o hospitalizaci s dítětem nemluví. Takové dítě je poté nepřipravené, je vystrašené, plačtivé a hospitalizaci špatně snáší. Některé projevy dítěte souvisí také s jeho pohlavím a věkem.

Během přípravy dítěte používáme většinou více pomůcek a technik. Přípravu začínáme volným rozhovorem, poté můžeme nabídnout různé materiály, knihy s obrázky, reálné pomůcky, na které si dítě může sáhnout a tím se s nimi lépe seznámit, poté můžeme pokračovat prohlídkou zařízení, oddělení. Po ukončení přípravy je nutné nechat dítěti prostor na dotazy a možnost dalšího rozhovoru pokud bude dítě chtít.

V případě odmítání informací dítětem, je nutné tuto prosbu respektovat a zaměřit se pouze na stabilizaci a zklidnění dítěte před výkonem a posilovat důvěru ve zdravotníky.

Dítěti je také možno nabídnout, aby si k výkonu vzalo svoji oblíbenou hračku či talisman. Důležité je zdůraznit mu, že během výkonu bude spát a nic si nebude pamatovat a po probuzení nebude sám. Mnoho dětí totiž nemá strach jen ze samotného výkonu, ale především z toho, že se probudí během výkonu a že po probuzení budou cítit velkou bolest a budou samy.

11.5 VHODNÉ POMŮCKY K PŘÍPRAVĚ DĚTÍ

Herní specialista používá ke své práci dva typy pomůcek:

11.5.1 Obrazové a písemné materiály

Pro malé děti bychom z těchto materiálů vybraly omalovánky, obrázkové knížky nebo malou brožurku s dostatečně velkými písmeny, aby si je mohly samy přečíst. Pro větší děti můžeme zvolit komiks s informačním textem vztahující se k danému výkonu, hospitalizaci, léčbě.

Pro dospívající děti a rodiče můžeme vydat podrobnější brožuru, doplněnou obrázky a fotografiemi.

Mezi další materiály patří fotoalba s písemným komentářem. I přes všechny informační brožury a letáky je nutné dát dítěti a jeho rodičům prostor na dotazy.

11.5.2 Demonstrační pomůcky

Příprava dítěte musí být srozumitelná a názorná a velká část by měla probíhat formou hry. K demonstrační hře používáme: vlastní hračky dětí, speciální loutky, vhodně upravené panenky a medvídky. (Valenta 2008)

Panenko leží v košíku, má zavedenou infúzi, močovou cévku, žaludeční sondu, nalepené elektrody apod. Je přikrytá, takže zprvu není vidět nic neobvyklého. Postupně, jak příprava pokračuje, odhaluje herní specialista jednotlivé „hadičky“ a vysvětluje jejich funkci. Pozorně sleduje reakce dítěte. Tato pomůcka je vhodná i pro přípravu velkých dětí a rodičů.“

Dále je možné použít originální zdravotnické pomůcky: čepice, ústenky, rukavice, stříkačky, sondy, kanyly, obvazy, náplasti, které si může dítě vyzkoušet. Výhodou je uložení těchto pomůcek v kufříku pro možné přenášení na různá místa kde se příprava koná. Neměli bychom však zapomínat na to, že přípravu je nutné začínat jednoduše s minimem pomůcek, aby se dítě zbytečně nevyděsilo.

11.6 Přehrávání zážitků a zkušeností po výkonu

Přehrávání zážitku a zkušeností po výkonu je velmi osvědčená metoda, kdy dítě není již tak rozrušené a může si odžít negativní zážitky a emoce. K této činnosti používáme stejné pomůcky a hračky jako před výkonem. Může jít i o terapeutickou hru.

12. ZDRAVOTNÍ KLAUNI

Historie této profese se datuje do roku 1968 kdy se Michael Christensen, ředitel sdružení Big Apple Clown Care Unit, rozhodl vyzkoušet přítomnost zdravotních klaunů na dětských odděleních (první oddělení bylo v presbyteriánské nemocnici v New Yorku). Tato událost měla velmi pozitivní ohlas. Podle reakcí dětí i ostatních se zjistilo, že klauni mají pozitivní vliv na zdravotní a psychický stav pacientů. Tato profese se rozšířila po celé Americe a stejně nepostradatelná je také v Evropě.

Sdružení zdravotních klaunů v České republice funguje již od roku 1998. Toto sdružení rozesílá své klauny do nemocnic po celé České republice, kde rozveselují a přinášejí radost dětem. Jejich přítomnost má velmi pozitivní vliv jak na jejich psychiku, tak na jejich zdravotní stav.

Zdravotní klauni jsou profesionálové ve svém oboru a svou práci berou velmi vážně. Mají většinou dramatické vzdělání nebo jsou přirozenými talenty. Nejdůležitější je schopnost empatie, trpělivost, vztah k dětem a velká dávka komediantství, bez kterého se žádný klaun neobejde.

12.1 PRÁCE ZDRAVOTNÍHO KLAUNA NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ.

Zdravotní klauni chodí vždy ve dvou. Jejich původní profese jsou skoro vždy ze zdravotnictví. Jejich příchod na oddělení je charakterizován způsobem „haló“, kterým se baví jak děti tak i ostatní přítomní. Navštěvují děti na pokojích, hrají s nimi hry, mají připravený zábavný program, kterému vládne hlavně legrace a smích dětí. Tyto návštěvy mají tak velký pozitivní ohlas a těší se na ně nejen děti, ale také personál nemocnic.

EMPIRICKÁ ČÁST

13. CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumné části mé bakalářské práce bylo zmapovat názory zdravotnických pracovníků na práci herního specialisty na dětském oddělení a na spolupráci s ním a s dětmi na výkon připravených herním specialistou.

Také mě zajímalo, jaký názor mají sami zdravotníci na volný čas dětí v nemocnici a jak by podle nich mělo dítě tento čas trávit.

V neposlední řadě jsem do oblasti svého zájmu postavila samotné zdravotníky, konkrétně v poslední otázce dotazníku; „co oni jako pacienti a herní specialista ano či ne event. nevím?

14. METODA VÝZKUMU

Jako metodu výzkumu pro téma „Význam herního specialisty v péči o dětské pacienty“ jsem zvolila dotazník. Vypracovaný dotazník jsem rozdala do dvou nemocnic FN Hradec Králové, FN Motol.

Dotazník byl určen pro zdravotnické pracovníky, kteří se při své práci setkávají s dětskými pacienty a mají možnost (event. měli možnost) spolupracovat s herním specialistou.

Dotazníkové šetření proběhlo od prosince 2010 do února 2011. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 18 otázek. U všech otázek byly nabídnuty možnosti, ze kterých mohli respondenti vybírat event. dopsat svůj názor k dané otázce.

15. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

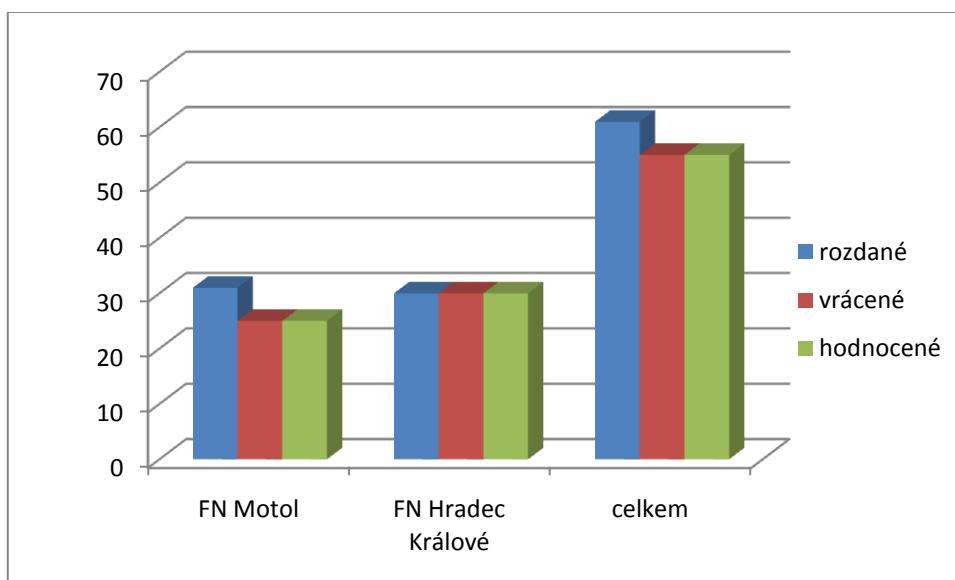
Celkově bylo rozdáno 61 dotazníků. Byly rozdány zdravotnickým pracovníkům dětských oddělení FN Motol a FN Hradec Králové.

Návratnost dotazníků k hodnocení byla 55.

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků.

dotazníky	FN Motol	FN Hradec Králové	Celkem
rozdané	31	30	61
vrácené	25	30	55
hodnocené	25	30	55

Graf č. 1 Návratnost dotazníků.



Komentář

Z celkového počtu rozdaných dotazníků byla 90% návratnost. Návratnost ve FN Hradec Králové byla 100 %, ve FN Motol 81%.

16. Výsledky výzkumu

V této části uvádím výsledky výzkumu u jednotlivých otázek.

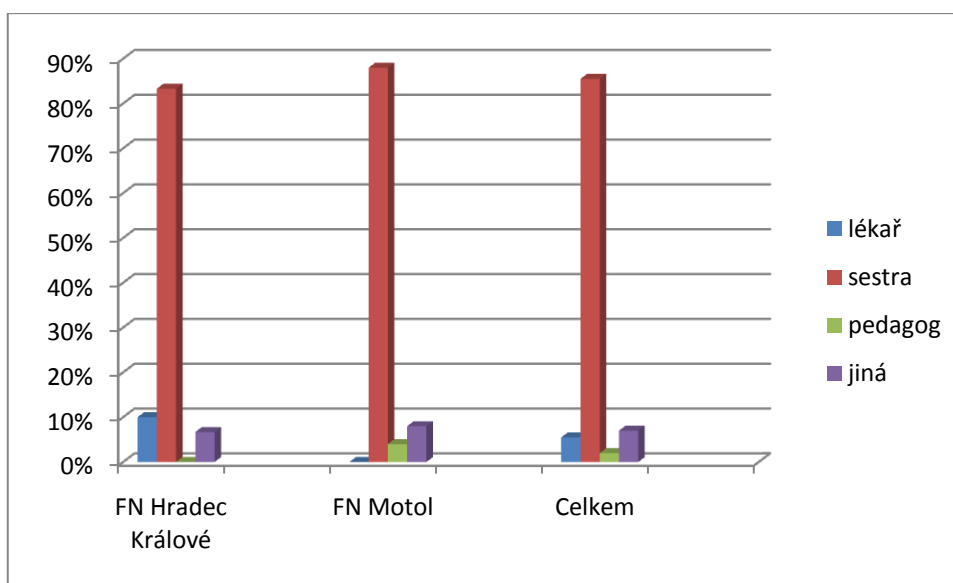
Otázka č. 1

Jakou funkci zastáváte na dětském oddělení?

Tabulka č. 2 Funkce respondentů na dětském oddělení

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
lékař	3	10%	0	0%	3	5,5%
sestra	25	83,3%	22	88%	47	85,5%
pedagog	0	0%	1	4%	1	2%
jiná	2	6,7%	2	8%	4	7%

Graf č. 2 Funkce respondentů na dětském oddělení.



Komentář

Profese zdravotnických pracovníků účastnících se výzkumu. Výzkumu se zúčastnilo celkem 55 zdravotnických pracovníků. Z toho 5,5 % tvořili lékaři, 85,5% sestry, 2% pedagogové, 7% jiné zdravotnické profese (ošetřující personál).

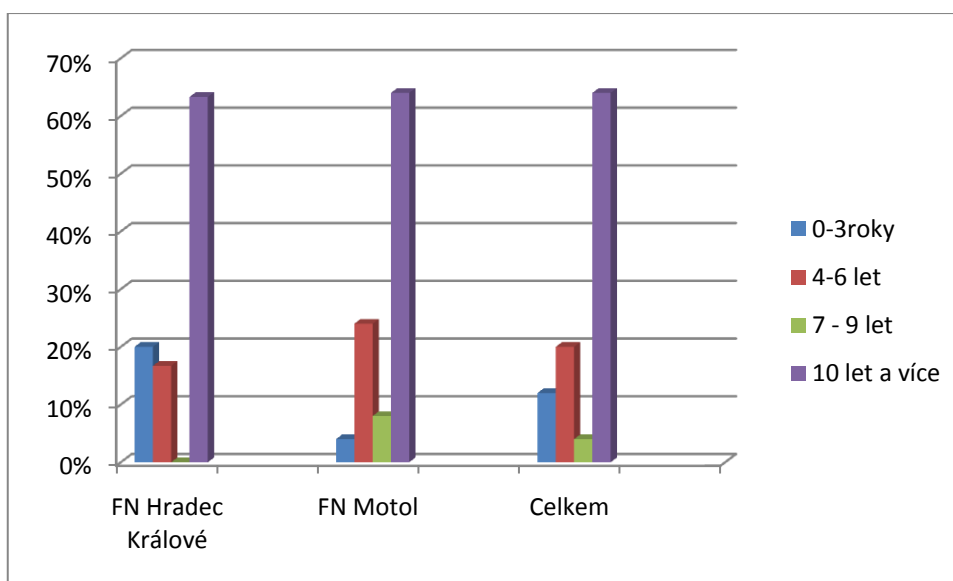
Otázka č.2

Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?

Tabulka č.3 Délka praxe.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
0-3roky	6	20%	1	4%	7	12%
4-6 let	5	16,70%	6	24%	11	20%
7 - 9 let	0	0%	2	8%	2	4%
10 let a více	19	63,30%	16	64%	35	64%

Graf č.3 Délka praxe.



Komentář

Délka praxe u zdravotnických pracovníků podílejících se na výzkumu se pohybovala nejvíce v kategorii 10 let a více, téměř – 64%, dále následovala kategorie 4-6 let praxe – 20%, 0-3 roky praxe – 12% a nejméně zastoupená byla kategorie 7-9 let – 4%.

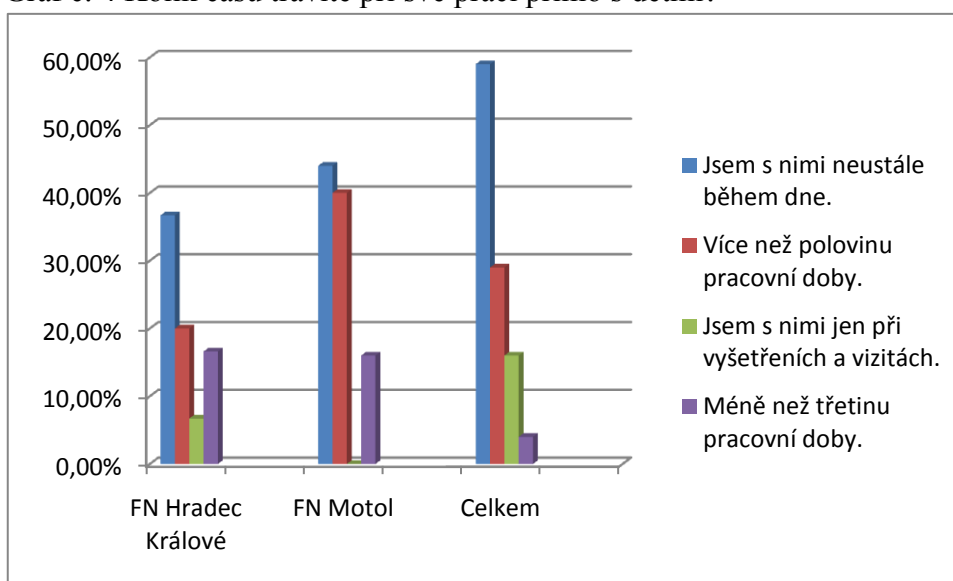
Otázka č.3

Kolik času trávíte při své práci přímo s dětmi?

Tabulka č.4 Kolik času trávíte při své práci přímo s dětmi?

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Jsem s nimi neustále během dne.	17	36,70%	11	44%	28	59%
Více než polovinu pracovní doby.	6	20%	10	40%	16	29%
Jsem s nimi jen při vyšetřeních a vizitách.	2	6,70%	0	0%	2	4%
Méně než třetinu pracovní doby.	5	16,60%	4	16%	9	16%

Graf č. 4 Kolik času trávíte při své práci přímo s dětmi?



Komentář

51% zdravotníků uvedla, že je s dětmi neustále během dne, asi 29 % zdravotníků je s dětmi více než polovinu pracovní doby. 16% zdravotníků tráví s dětmi méně než třetinu pracovní doby a 4 % je s dětmi jen při vyšetřeních a vizitách.

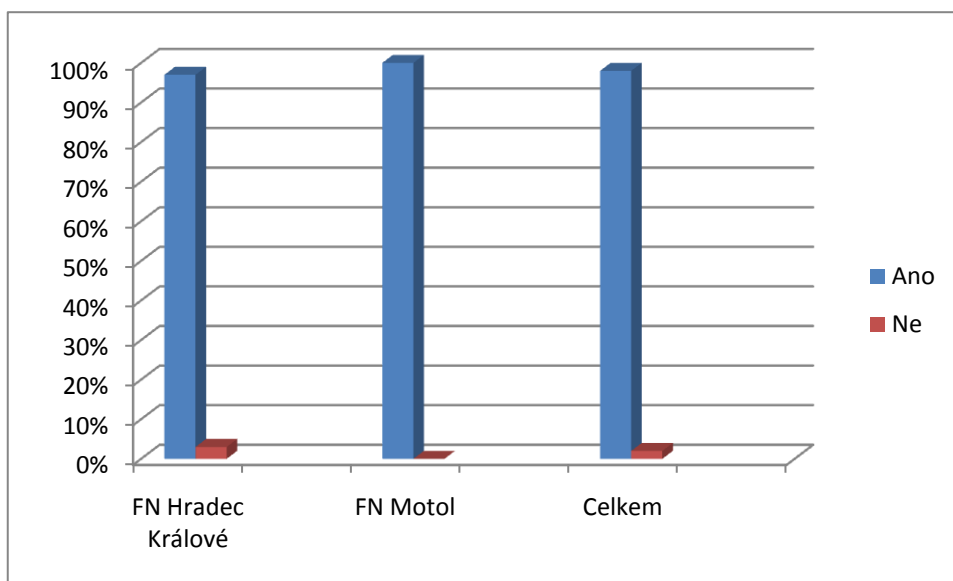
Otázka č.4

Myslíte si, že by mělo mít dítě během dne nějaký herní nebo výchovný program?

Tabulka č.5 Zaměstnání dětí.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	29	97%	25	100%	54	98%
Ne	1	3%	0	0%	1	2%

Graf č. 5 Zaměstnání dětí.



Komentář

98% dotazovaných zdravotnických pracovníků si myslí, že dítě by mělo mít během pobytu v nemocnici herní nebo jiný výchovný program. Pouhé 2% dotazovaných si myslí, že dítě v nemocnici žádný herní ani výchovný program nepotřebuje.

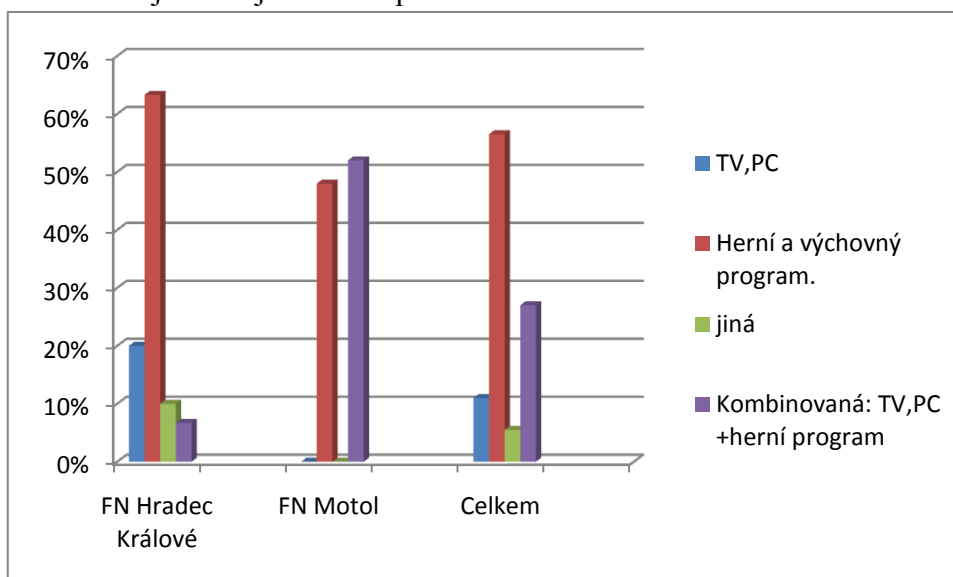
Otázka č.5

Jaká činnost je podle vás pro děti v nemocnici nejvhodnější?

Tabulka č.6 Nejvhodnější činnost pro děti.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
TV,PC	6	20%	0	0%	6	11%
Herní a výchovný program.	19	63,30%	12	48%	31	56,50%
jiná	3	10%	0	0%	3	5,50%
Kombinovaná: TV,PC +herní program	2	6,70%	13	52%	15	27%

Graf č.6 Nejvhodnější činnost pro děti.



Komentář

Celkem 56,5% zdravotnických pracovníků uvádí jako nejvhodnější činnosti pro hospitalizované děti herní a výchovný program. 27% zdravotníků volí kombinaci herního a výchovného programu a TV, PC. 11% se domnívá, že nejvhodnější činnost je sledování TV, či práce (hra) s PC. 5,5% uvádí zábavu dle vlastního výběru s dozorem, event. návštěvu mateřské školy.

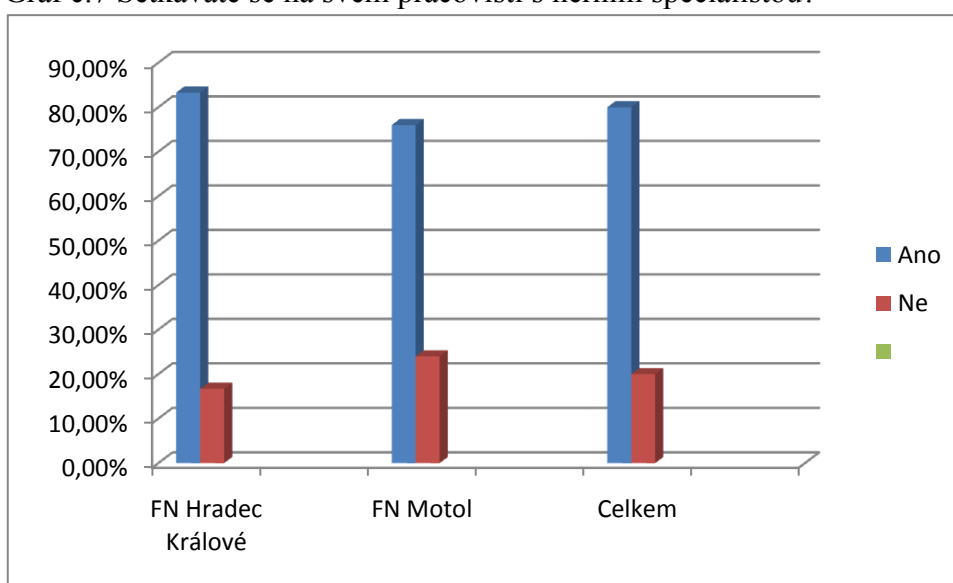
Otázka č. 6

Setkáváte se na svém pracovišti s herním specialistou?

Tabulka č.7 Setkáváte se na svém pracovišti s herním specialistou?

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	25	83,30%	19	76%	44	80%
Ne	5	16,70%	6	24%	11	20%

Graf č.7 Setkáváte se na svém pracovišti s herním specialistou?



Komentář

80% dotazovaných zdravotnických pracovníků se při své práci na dětském oddělení setkává s herním specialistou. 20% dotazovaných se s herním specialistou na svém oddělení již neseťkává. Na některých odděleních byl herní specialista nahrazen tzv. kontaktní sestrou, která je jakýmsi prostředníkem mezi zdravotnickým pracovníkem, rodiči dítěte a samotným dítětem (FN Motol).

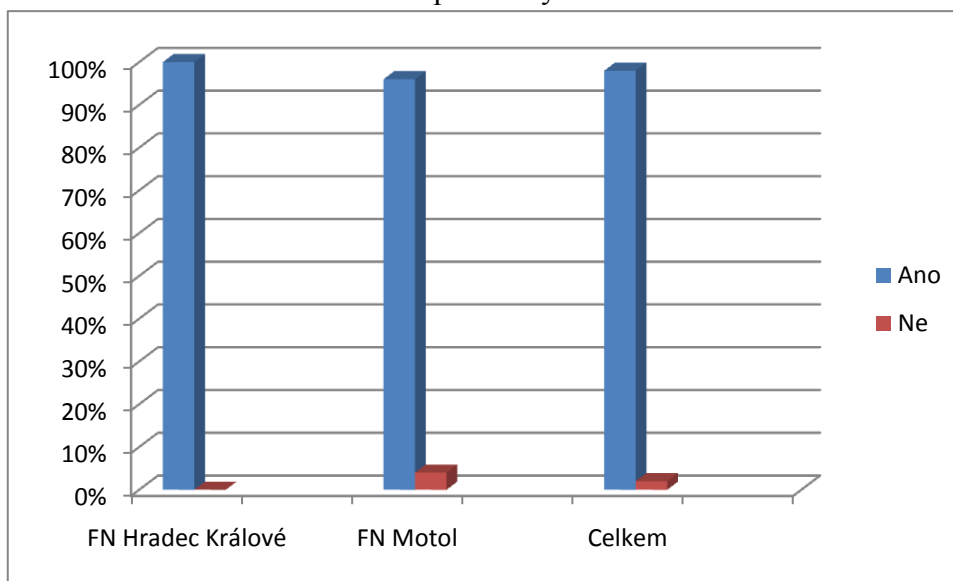
Otázka č. 7

Znáte funkci herního specialisty?

Tabulka č. 8 Znalost funkce herního specialisty.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	30	100%	24	96%	54	98%
Ne	0	0%	1	4%	1	2%

Graf č.8 Znalost funkce herního specialisty.



Komentář

Na otázku, zda zdravotníci znají funkci herního specialisty, odpovědělo kladně 98% dotazovaných a pouhé 2% odpovědělo záporně.

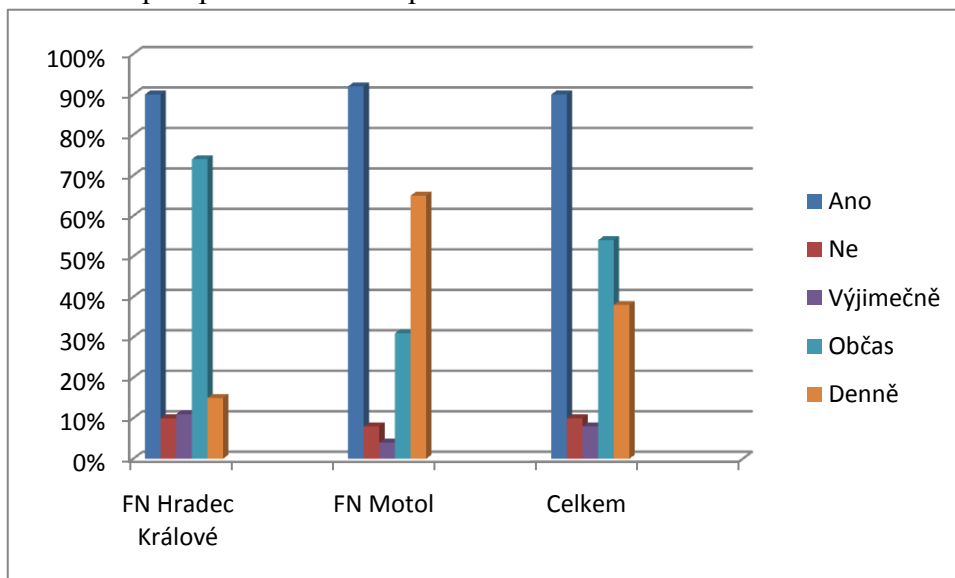
Otázka č. 8

Měli jste možnost spolupracovat s herním specialistou?

Tabulka č. 9 Spolupráce s herním specialistou.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	27	90%	23	92%	50	90%
Ne	3	10%	2	8%	5	10%
Jak často?						
Výjimečně	3	11%	1	4%	4	8%
Občas	20	74%	7	31%	27	54%
Denně	4	15%	15	65%	19	38%

Graf č. 9 Spolupráce s herním specialistou.



Komentář

90% z dotazovaných zdravotníků mělo možnost spolupracovat přímo s herním specialistou, z toho 38% s ním spolupracuje denně, 54% občas, 8% výjimečně.

10% dotazovaných zdravotníků nemělo možnost spolupracovat s herním specialistou.

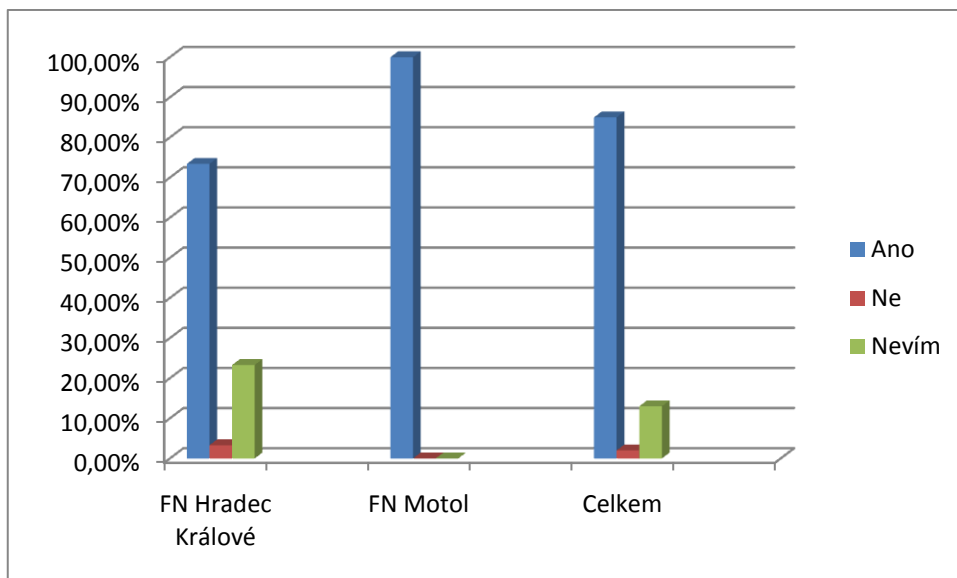
Otázka č. 9

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

Tabulka č. 10 Přínos profese herního specialisty pro děti.

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

Graf č. 10 Přínos profese herního specialisty pro děti.



Komentář

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

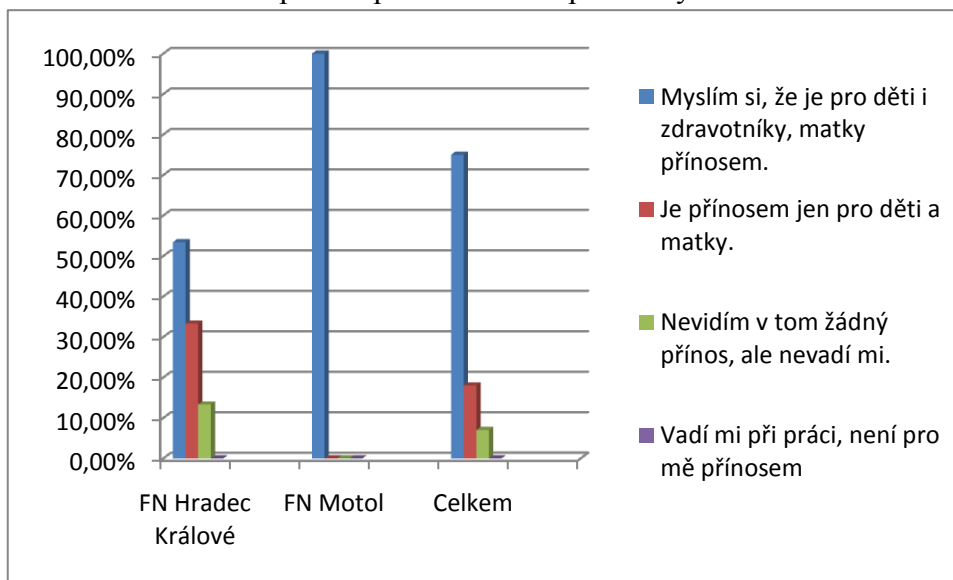
Otázka č. 10

Jak na vás působí práce herního specialisty?

Tabulka č. 11 Jak na vás působí práce herního specialisty?

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Myslím si, že je pro děti i zdravotníky, matky přínosem.	16	53,40%	25	100%	41	75%
Je přínosem jen pro děti a matky.	10	33,30%	0	0%	10	18
Nevidím v tom žádný přínos, ale nevadí mi.	4	13,30%	0	0%	4	7%
Vadí mi při práci, není pro mě přínosem	0	0%	0	0%	0	0%

Graf č. 11 Jak na vás působí práce herního specialisty?



Komentář

75% zdravotnických pracovníků si myslí, že je herní specialista přínosem jak pro děti a jejich rodiče, tak i pro zdravotníky. 18% zdravotnických pracovníků uvádí, že podle jejich názoru je přínosem jen pro děti a rodiče. 7% uvedlo, že žádný přínos v přítomnosti herního specialisty nevidí, ale nevadí jim. Poslední možnost otázky nezvolil žádný z dotazovaných.

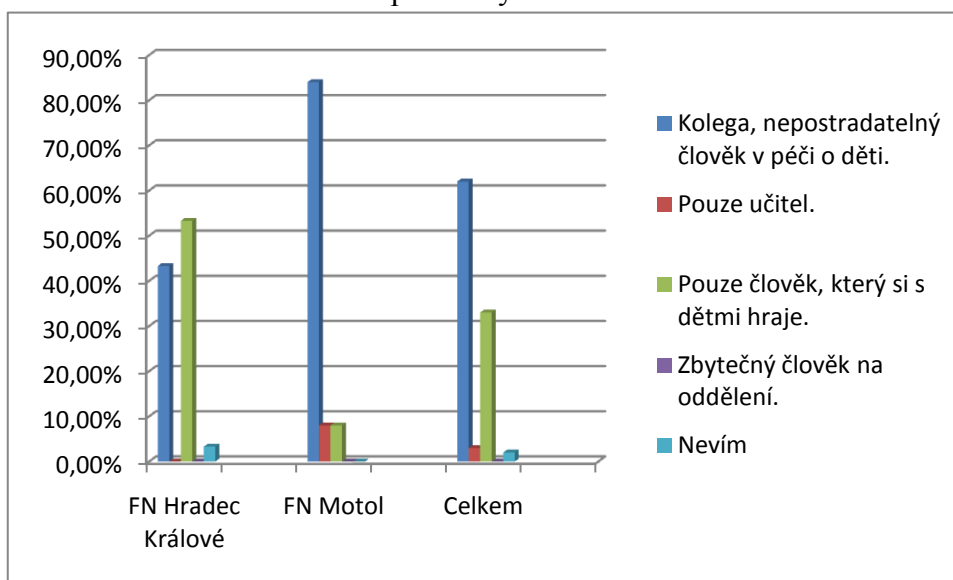
Otázka č. 11

Jaké postavení má pro vás herní specialista?

Tabulka č. 12 Postavení herního specialisty.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Kolega, nepostradatelný člověk v péči o děti.	13	43,30%	21	84%	34	62%
Pouze učitel.	0	0%	2	8%	2	3%
Pouze člověk, který si s dětmi hraje.	16	53,40%	2	8%	18	33%
Zbytečný člověk na oddělení.	0	0%	0	0%	0	0%
Nevím	1	3,30%	0	0%	1	2%

Graf č. 12 Postavení herního specialisty.



Komentář

62% dotazovaných bere herního specialistu jako kolegu a nepostradatelného člověka v péči o dětské pacienty, 33% uvádí, že je herní specialista pouze člověk, který si s dětmi hraje, pro 3% je pouze učitel a 2% dotazovaných uvedla, že neví.

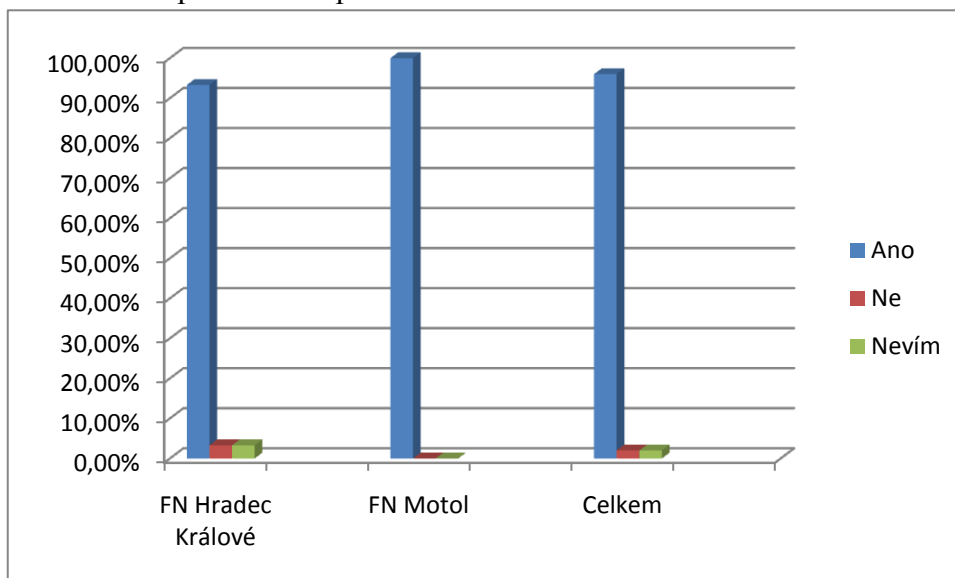
Otázka č. 12

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

Tabulka č. 13 Příprava dítěte před zákrokem

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

Graf č. 13 Příprava dítěte před zákrokem



Komentář

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

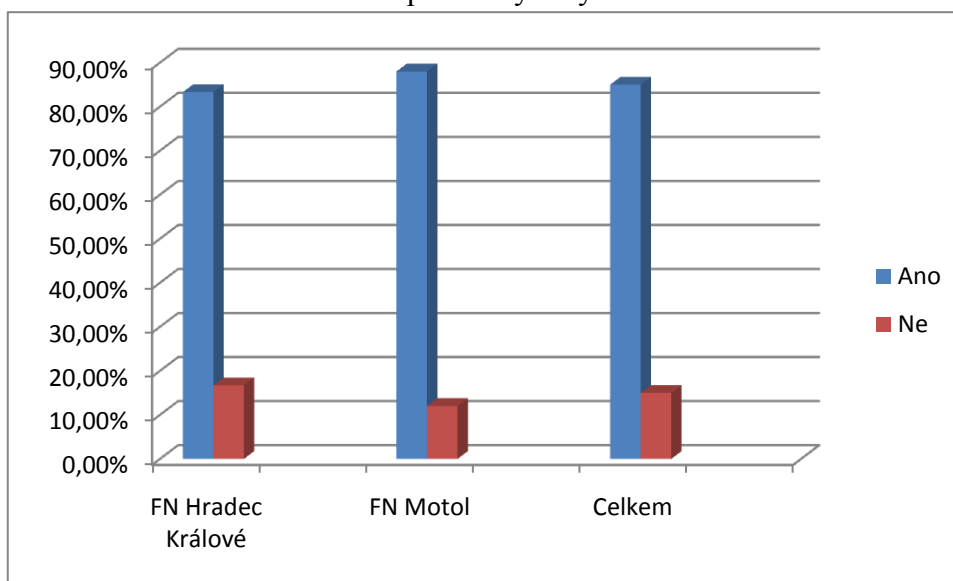
Otázka č. 13

Má možnost být herní specialista přítomen u vyšetření?

Tabulka č. 14 Přítomnost herního specialisty u vyšetření.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	25	83,30%	22	88%	47	85%
Ne	5	16,70%	3	12%	8	15%

Graf č. 14 Přítomnost herního specialisty u vyšetření.



Komentář

85% zdravotnických pracovníků uvedlo, že má možnost být herní specialista přítomen u vyšetření a výkonů s dětmi. 15% uvádí, že děti pouze připraví, ale nemá možnost být s dětmi u vyšetření.

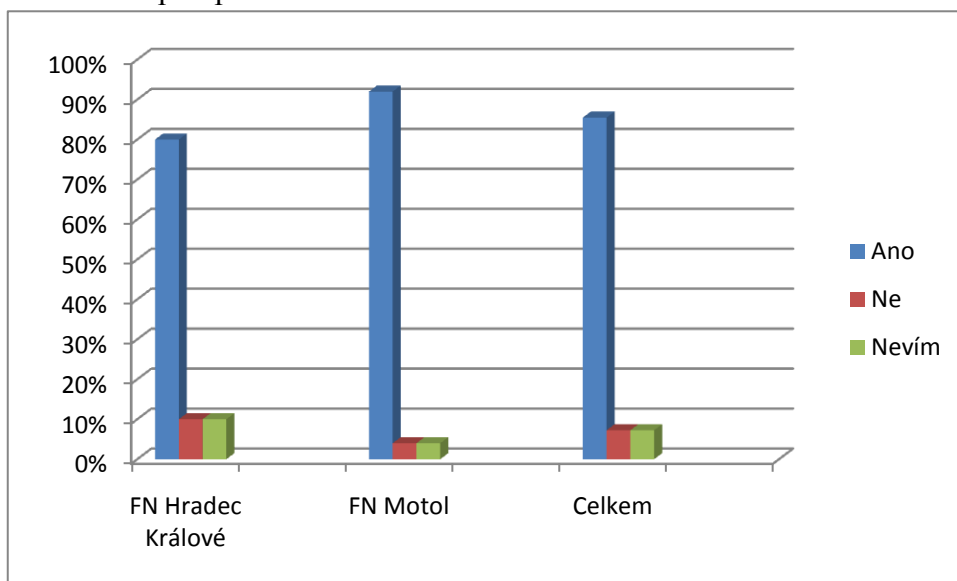
Otázka č. 14

Spolupracuje se vám při vyšetření lépe s dětmi, které byly na zákrok připraveny?

Tabulka č. 15 Spolupráce s dětmi.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	24	80%	23	92%	47	85,50%
Ne	3	10%	1	4%	4	7,25%
Nevím	3	10%	1	4%	4	7,25%

Graf č. 15 Spolupráce s dětmi.



Komentář

85,5% zdravotnických pracovníků uvedlo, že se jim pracuje lépe s dětmi, které jsou na výkon připraveni, 7,25% zdravotníků uvedlo, že s dětmi připravenými na výkon předem se jim spolupracuje hůře a 7,25% uvedlo, že neví.

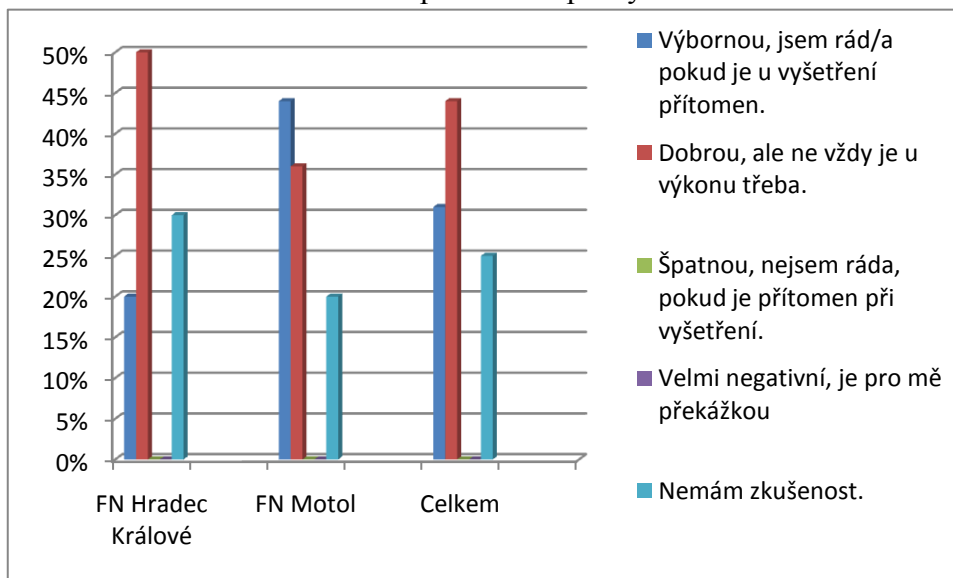
Otázka č. 15

Jakou zkušenost máte s přítomností herního specialisty při vyšetření?

Tabulka č. 16 Zkušenost s herním specialistou při vyšetření.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Výbornou, jsem rád/a pokud je u vyšetření přítomen.	6	20%	11	44%	17	31%
Dobrou, ale ne vždy je u výkonu třeba.	15	50%	9	36%	24	44%
Špatnou, nejsem ráda, pokud je přítomen při vyšetření.	0	0%	0	0%	0	0%
Velmi negativní, je pro mě překážkou	0	0%	0	0%	0	0%
Nemám zkušenost.	9	30%	5	20%	14	25%

Graf č. 16 Zkušenosti s herním specialistou při vyšetření.



Komentář

Nejvíce zdravotnických pracovníků 44% má dobrou zkušenost s herním specialistou u výkonu, ale ne vždy je u výkonu třeba. 31% má výbornou zkušenost s přítomností herního specialisty u výkonu a jsou rádi, pokud je u výkonu přítomen. 25% nemá s přítomností herního specialisty u výkonu zkušenost.

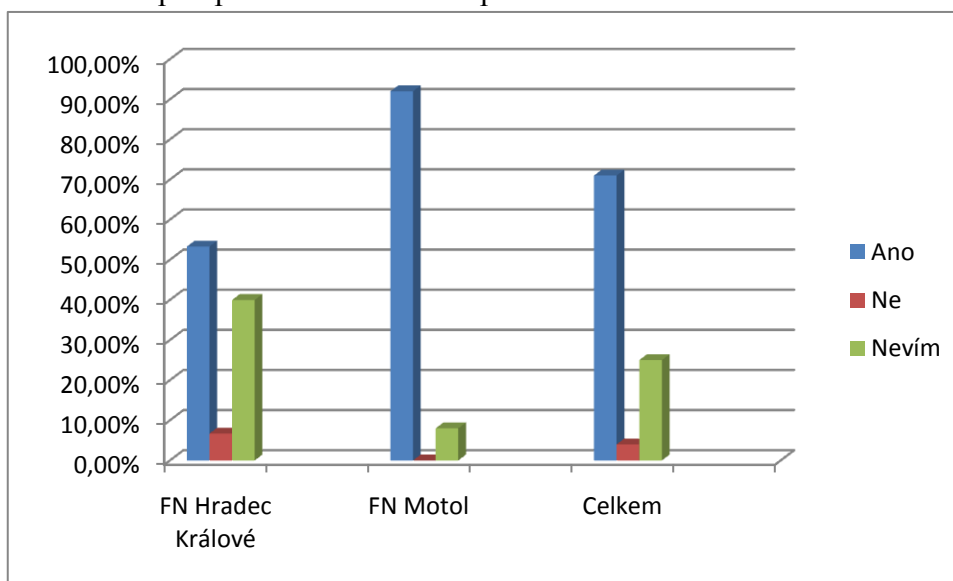
Otázka č. 16

Spolupracují děti s herním specialistou podle vašeho názoru rádi?

Tabulka č. 17 Spolupráce dětí s herním specialistou.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	16	53,30%	23	92%	39	71%
Ne	2	6,70%	0	0%	2	4%
Nevím	12	40%	2	8%	14	25%

Graf č. 17 Spolupráce dětí s herním specialistou.



Komentář

75% dotazovaných zdravotníků si myslí, že děti s herním specialistou spolupracují rádi, 4% si myslí, že ne, podkládají zkušeností z praxe. 25% uvádí, že neví.

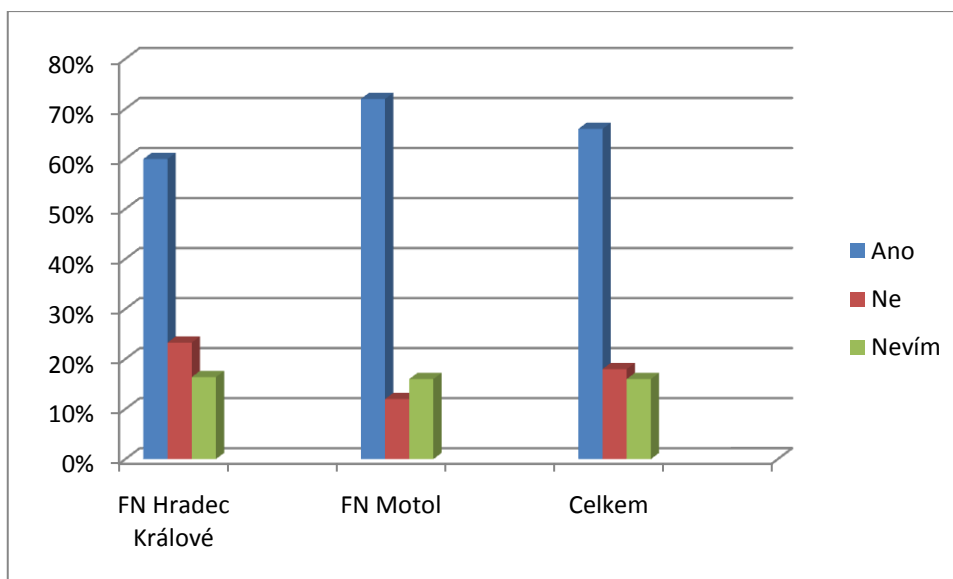
Otázka č. 17

Umožníte hernímu specialistovi alespoň minimální přípravu před dalším vyšetřením dítěte akutně přijatého? (pokud to jeho zdravotní stav dovolí)

Tabulka č.18 Názor na přípravu akutně přijatého dítěte.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	18	60,30%	18	72%	36	66%
Ne	7	23,30%	3	12%	10	18%
Nevím	5	16,40%	4	16%	9	16%

Graf č.18 Názor na přípravu akutně přijatého dítěte.



Komentář:

66% dotazovaných zdravotníků uvedlo, že umožní alespoň minimální přípravu dítěte akutně přijatého před dalším vyšetřením, pokud to jeho stav dovolí. 18% uvádí, že přípravu neumožní, ale velká část z nich uvedla, že přípravu provádějí sami, a 16% zdravotníků neví.

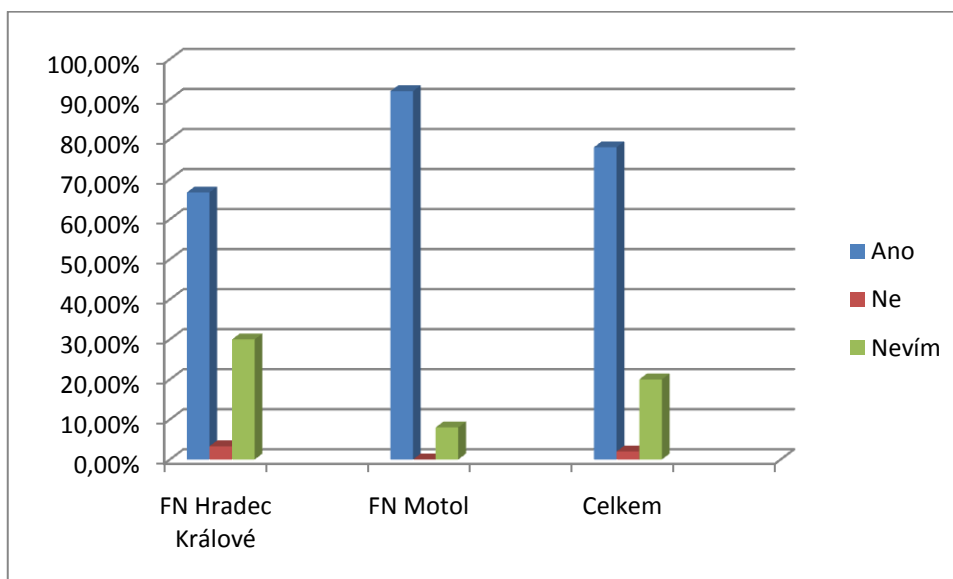
Otázka č. 18

V případě, že byste byli v roli svých pacientů, chtěli byste spolupracovat s herním specialistou?

Tabulka č. 19 Zdravotníci v roli pacientů a herní specialista.

	FN Hradec Králové		FN Motol		Celkem	
Ano	20	66,70%	23	92%	43	78%
Ne	1	3,30%	0	0%	1	2%
Nevím	9	30%	2	8%	11	20%

Graf č. 19 Zdravotníci v roli pacientů a herní specialista.



Komentář

78% zdravotnických pracovníků uvedlo, že pokud by byli v roli pacientů, chtěli by spolupracovat s herním specialistou, 2% dotazovaných uvedlo, že by s ním spolupracovat nechtěli (vlastní negativní zkušenost z praxe), 20% se nedokázalo rozhodnout a odpovědělo, že neví.

DISKUZE

Cílovou skupinou byli zdravotničtí pracovníci dětských oddělení (lékaři, sestry a jiný zdravotnický personál).

Převážnou většinu zdravotnických pracovníků tvořili zdravotní sestry 85,5%, na druhém místě 7% jiný ošetrovatelský personál, dále lékaři 5,5% a pedagogové 2%. Při srovnání nemocnic byl poměr zdravotnických pracovníků téměř stejný.

Nejčastěji se účastnili výzkumu respondenti s praxí 10 let a více což tvořilo 64% a 4 - 6 let což bylo 20%. Kategorie 0 – 3 roky byla zastoupena 12% a nejméně zastoupena byla kategorie 7 – 9 let praxe pouhé 4%. Rozdíl mezi FN Motol a FN Hradec Králové v délce praxe je minimální, pouze ve FN Motol je více zastoupena kategorie 4 – 6 let praxe a je zde také zastoupena kategorie 7 – 9 let.

Ve třetí otázce dotazníku mě zajímalo, kolik času, tráví zdravotníci v pracovní době přímo s dětmi. Z celkového počtu 55 zdravotnických pracovníků více než 59% je s dětmi neustále během dne, 29% více než polovinu pracovní doby, 4% jen při vyšetřeních a vizitách a překvapivě 16% méně než třetinu pracovní doby.

Při srovnání nemocnic přibližně 16% respondentů je s dětmi v kontaktu méně než třetinu pracovní doby. 6,7 % zdravotníků je s dětmi jen při vyšetřeních a vizitách ve FN Hradec Králové. Ve FN Motol nebyla tato možnost volena.

Neustále během dne je s dětmi 44% zdravotníků ve FN Motol, 36,7% v FN Hradec Králové. Více než polovinu pracovní doby 20% ve FN Hradec Králové, 40% ve FN Motol.

Na otázku „zda by mělo mít dítě během pobytu v nemocnici herní a výchovný program odpovědělo z celkového počtu 55 zdravotníků 98% kladně. 2% záporně.

Ve FN Motol odpovědělo kladně 100%, ve FN Hradec Králové 97% kladně a 3% záporně. Je s podivem, že i na dětském oddělení se můžeme setkat s názorem, že dítě herní program či jiný program nepotřebuje!?

Další otázku jsem zaměřila na to, jaká činnost je pro hospitalizované děti nejvhodnější. Celkem 56,5% zvolila možnost herního a výchovného programu, 27% zdravotníků možnost kombinace PC a TV a herního a výchovného programu, 11% zdravotníků se bohužel stále domnívá, že dětem stačí TV a PC. 5,5% uvedlo program dle vlastního výběru, ale s odborným dozorem.

Při porovnání nemocnic byla nejčastěji volena možnost herní a výchovný program FN Motol 48%, ve FN Hradec Králové 63,3%. Na druhém místě ve FN Motol byla volena

možnost kombinace herního a výchovného programu a TV a PC 52%, ve FN Hradec Králové TV a PC 20%.

V otázce č. 6 jsem se zajímala, kolik procent zdravotnických pracovníků se setkává při své práci s herním specialistou přímo při své práci. Výzkum probíhal na odděleních, kde se herní specialista vyskytuje, event. ještě před krátkou dobou vyskytoval, a pracoval s dětmi. Celkem 80% zdravotníků se s herním specialistou stále při své práci setkává a 20% zdravotníků se s ním setkávalo v minulosti. Na některých odděleních byl herní specialista nahrazen kontaktní sestrou, která je jakýmsi prostředníkem mezi zdravotnickým pracovníkem, rodiči dítěte a samotným dítětem (FN Motol) a v podstatě nahrazuje herního specialistu.

V sedmé otázce jsem zjišťovala, kolik zdravotnických pracovníků zná funkci herního specialisty na dětském oddělení. Kromě 2% respondentů, znalo funkci herního specialisty 98% respondentů.

Na tuto otázku jsem navázala otázkami, zda měli možnost spolupracovat s herním specialistou a zda si myslí, že je pro děti přínosem. Možnost spolupráce byla téměř stejná v obou nemocnicích cca 90%. Z toho 65% zdravotníků ve FN Motol denně a 74% zdravotníků ve FN Hradec Králové občas.

V otázce deváté jsem se dotazovala na přínos herního specialisty pro děti. Ve FN Motol odpovědělo jednoznačně 100% zdravotníků, že herní specialista je pro děti přínosem. Ve FN Hradec Králové už to tak jednoznačně nebylo. Pro přínos při děti bylo 73,4%, proti 3,3% a celkem 23,3% dotazovaných se nevyjádřilo.

Desátou otázkou jsem zkoumala: Jak působí práce herního speciality na zdravotníky a pro koho je přínosem. 100% zdravotníků ve FN Motol si myslí, že je přínosem pro děti, zdravotníky i matky. Ve FN Hradec Králové výše uvedenou možnost zvolilo 53,4% dotazovaných, druhou možností byl přínos jen pro matky a děti v 33,3% a dokonce byla volena i možnost, nevádí mi, ale žádný přínos v tom nevidím, v celých 13,3%.

Velmi zajímavé názory byly také na postavení herního specialisty ve zdravotnickém týmu. V celkovém počtu byla nejčastěji volena možnost, že je herní specialita kolega a nepostradatelný člověk v péči o děti. Na druhém místě to byla možnost; pouze člověk, který si s dětmi hraje.

Ve FN Motol je herní specialista kolegou, pro 84% zdravotnických pracovníků, ve FN Hradec Králové pro 43,3% zdravotníků. Pouze člověk, který si s dětmi hraje je pro 53,4% zdravotníků z FN Hradec Králové, v 8% ve FN Motol. Možnost „zbytečný člověk na oddělení“ nikdo nevyužil.

Dalšími otázkami jsem zkoumala, jaký názor mají zdravotníci na informovanost dětí před zákrokem a možnost přípravy dítěte na zákrok. Ve FN Motol se zdravotníci jednoznačně shodli, že dítě by mělo být informované a mělo mít možnost se na zákrok připravit.

Ve FN Hradec Králové odpovědělo na tuto otázku kladně 93,4%, záporně 3,3% a neví 3,3%. V obou nemocnicích zdravotníci shodně dodávali, že informace i příprava musí být provedena vhodně a vzhledem k věku a stavu dítěte. Nikdy ne proti vůli dítěte.

V otázce č. 13 jsem se ptala, zda má herní specialista možnost být přítomen u vyšetření dítěte. V obou nemocnicích bylo přibližně 84 -88% zdravotníků pro. 15% uvedlo, že herní specialista děti pouze připraví, ale nemá možnost být přítomen u vyšetření.

Dále mě zajímalo, zda se zdravotníkům spolupracuje lépe s dětmi na zákrok připravenými či raději spolupracují s dětmi bez přípravy. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 85,5% zdravotníků, že raději pracují s dětmi připravenými a informovanými o výkonu. Asi 7,25% zdravotníků odpovědělo, že je lépe, když dítě nic neví a 7,25% odpovědělo, že neví.

Řada zdravotnických pracovníků, ale také uvádělo, že záleží na samotném dítěti, zda přípravu od herního specialisty přijme nebo odmítne a také záleží na osobě samotného herního specialisty jak je schopen dítě připravit, zda nejsou děti pak ještě více vyděšené z vyšetření než bez přípravy na výkon.

V další otázce dotazníků jsem se dotazovala zdravotníků, jakou mají zkušenost s přítomností herního specialisty při vyšetření. V této otázce byly voleny pouze 3 stejné možnosti. Ze všech zdravotníků odpovědělo 44% zdravotníků, že má dobrou zkušenost s přítomností herního specialisty při výkonu, ale ne vždy je tam třeba, 31% zdravotníků má zkušenost výbornou. 25% zdravotníků uvedlo, že zkušenost nemají. Špatnou, či velmi negativní zkušenost, neměl nikdo ze zdravotnických pracovníků.

V otázce č. 16 jsem se ptala, zda děti spolupracují s herním specialistou podle zdravotníků rádi či nikoli. Ve FN Hradec Králové odpovědělo 53,3% zdravotníků, že děti dle jejich názoru spolupracují s herním specialistou rádi. Ve FN Motol odpovědělo tutéž možnost 92% zdravotníků. Záporně odpovědělo 6,7% dotazovaných ve FN Hradec Králové, ve FN Motol nikdo. 40% zdravotníků ve FN Hradec Králové odpovědělo také, že neví a tuto možnost zvolilo i 8% zdravotníků z FN Motol.

V předposlední otázce dotazníku mě zajímalo, zda zdravotníci dovolí alespoň minimální přípravu dítěte akutně přijatého, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Z 55 zdravotnických pracovníků bylo pro 66%, proti 18% a neví 16%.

Malé rozdíly byly mezi nemocnicemi. Ve FN Hradec Králové bylo pro 60%, proti 23,3% a nevědělo 16,4% dotazovaných. Ve FN Motol bylo pro 72%, proti 12% a 16% nevědělo.

V poslední otázce jsem postavila do role pacientů samotné zdravotníky. Zajímalo mě, jak by si vybrali oni sami v roli svých pacientů, zda by chtěli spolupracovat s herním specialistou či nikoliv. Celkově by si vybralo spolupráci s herním specialistou 78% dotazovaných, 20% se nemohlo rozhodnout a 2% by si herního specialistu určitě nevybralo.

V porovnání mezi nemocnicemi by si herního specialistu vybralo ve FN Motol 92% a 8% se nemohlo rozhodnout. Ve FN Hradec Králové by spolupráci volilo 66,7%, 30% se nemohlo rozhodnout a 3,3% byly rozhodně proti spolupráci. Z dotazníku vyplynulo, že herní specialista určitě není zbytečný člověk na oddělení, i když ne všichni zdravotníci, jsou s jeho prací spokojeni.

I pokud však je herní specialista na dětském oddělení přítomen, je velmi důležitá jeho spolupráce s pedagogy z mateřských a základních škol. Neméně důležitá je spolupráce i s rodiči dítěte a nakonec také se zdravotníky. Myslím si, že to nejlépe dokazuje, že pokud budou všechny složky zdravotnického týmu včetně herního specialisty a pedagogů spolupracovat budou všichni spokojeni a nemocnice už nebude pro děti a jejich rodiče jen strašákem a anonymním zařízením plným bílých plášťů a divných věcí.

Do své práce jsem původně chtěla zahrnout i výzkum u zdravotnických pracovníků, kteří se s herním specialistou neseťkávají na svém oddělení. Zajímal mě názor, zda si myslí, že by byl přínosem pro jejich oddělení. Bohužel při namátkovém dotazování jsem se setkala s několika lidmi, kteří profesi herního specialisty vůbec neznali, a tak jsem se nakonec rozhodla, tento výzkum neprovést. Je to sice velká škoda, ale dle mého názoru, je tato malá informovanost o této profesi způsobena tím, že profese dětské sestry je velmi specifikovaná a tento obor se již v rámci střední či vyšší školy již nestuduje a na dětských odděleních pracuje více všeobecných sester, které o této profesi mnoho neslyšeli.

V této práci jsem spíše zpracovávala názory zdravotníků, ale rozhodně jsem nezapomněla na děti, co by pacienti. S nimi sice nebyl prováděn výzkum dotazníkem či řízeným rozhovorem, ale přesto jsem se jich, alespoň při přátelském rozhovoru na herního specialistu zeptala. U většiny jsem se setkala s názorem, že s herním specialistou spolupracují rády a rády si s ním hrají. Určitě by se našli i děti, které mají strach již ze samotného zdravotnického zařízení a herní specialista, který se mu snaží nemocniční prostředí přiblížit, byť zábavnou formou, působí spíše trauma. Z tohoto důvodu, bych spolupráci s herním specialistou nechala zejména na rozhodnutí dítěte event. jeho rodiče.

Také názory na zdravotnického klauna byly většinou pozitivní. Většinou, píší proto, že jsem se setkala i s dětmi, které zdravotnického klauna v oblibě moc neměli. Jednalo se

především o děti starší 10 let. Těm připadal zdravotnický klaun moc dětský a oni to prostě chápali jinak.

Malým dětem se klaun líbil a mnoho z nich se na něj velmi těšilo. Dokonce mi bylo řečeno, že některé z dlouhodobě hospitalizovaných dětí, nechtěli být propuštěny den před příchodem zdravotnického klauna, prý už ho potom neuvítí a trvali na tom, že chtějí domů až další den. Jak to nakonec dopadlo, mi sice neřekli, ale věřím, že děti dokážou být velmi přesvědčivé, pokud něco chtějí.

ZÁVĚR

Teoretickou část jsem zaměřila na psychomotorický vývoj dítěte, roli a potřeby malého pacienta v nemocniční péči. V druhé polovině teorie jsem představila profesi herního specialisty, historii této profese, možnost zaměstnání dětí v jednotlivých vývojových obdobích a možnosti volby vhodných hraček u malých dětí.

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

Výzkum byl prováděn na odděleních, kde herní specialista působí nebo v nedávné minulosti působil.

A jak to dopadlo? Z výzkumu vyplynulo, že i když většina respondentů si myslí, že dítě v nemocnici zaměstnání potřebuje, a že to není jen sledování TV a hry na PC, našli se i respondenti s názorem, že dítě herní ani jiný program nepotřebuje!

Zajímavé byly také názory na herního specialistu jako profesi, přínos a jeho místo ve zdravotnickém týmu. Velké procento respondentů vidí v herním specialistovi kolegu a velký přínos nejen pro děti a rodiče, ale také pro zdravotníky.

Setkala jsem se také s názorem opačným, ale ten byl, jak bylo v dotazníku dodáno, podmíněn špatnou zkušeností s přípravou dítěte provedenou herním specialistou. Z toho plyne, že nezáleží jen na profesi herního specialisty, ale také na samotném člověku, vhodném postupu a přístupu k dítěti.

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

Empirická část byla zpracována z názorů zdravotníků, ale pro ucelení mě zajímal také názor malých pacientů, co si o herním specialistovi myslí oni.

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

Výzkum na odděleních, kde není herní specialista, jsem se z důvodu malé informovanosti o této profesi rozhodla neprovést. Malá informovanost o této profesi je dle mého názoru způsobena tím, že profese dětské sestry je velmi specifikovaná a tento obor se již v rámci střední ani vyšší školy již nestuduje a na dětských odděleních pracuje více všeobecných sester, které o této profesi nikdy neslyšeli.

Závěrem bych chtěla říci, že podle názorů respondentů a dětí není herní specialista profese zbytečná, a má určitě své místo v péči o děti stejně jako jiné profese.

Můžeme jen doufat, že bude v budoucnu herních specialistů více a nemocnice nebude pro děti jen strašákem a anonymním zařízením plným bílých plášťů a divných věcí.

ANOTACE V ČESKÉM JAZYCE

Autor: Terezie Pluhařová, DiS

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Význam herního specialisty v péči o dětské pacienty

Vedoucí práce: Jaroslava Pečenková

Počet stran: 90

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2011

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

Bakalářská práce pojednává o problematice hospitalizovaných dětí a významu herního specialisty v péči o děti během hospitalizace. Seznamuje s jednotlivými obdobími dětského věku a také možnosti hry v jednotlivých obdobích. Klade důraz na potřeby hospitalizovaných dětí a upozorňuje na možnost vzniku některých nežádoucích důsledků hospitalizace.

Empirickou část tvoří kvantitativní výzkum zaměřený na postoj zdravotnických pracovníků k profesi herního specialisty. Zkoumaný vzorek tvoří zdravotničtí pracovníci dvou fakultních nemocnic: nemocnice Motol a nemocnice v Hradci Králové.

ANOTACE V ANGLICKÉM JAZYCE

The objective of presented Bachelor Nurse Study was to analyse an importance of play specialists position and to identify their role at children department during hospital admission. This work described differences that might be typical for each childhood period and potential play options. Additive objective of this work was to identify a broad spectrum of childhood needs and to recognize potential risk factors for some adverse consequences progress during admission.

An empirical part of this research was based on a quantitative analysis of medical orderly attitude to positions of play specialists. A study group of investigated subjects (i.e. medical orderly) was resulted from medical orderly using inclusion criteria taken from 2 Czech hospitals: Faculty Hospital Prague and Faculty Hospital Hradec Králové.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. ADAMS,P.: Humor and love: the originationnof clown therapy.[on line]. s 447 – 448
[cit. 2011-04-03]. Dostupné na <http://pmj.bmj.com>
2. FENDRYCHOVÁ,J. BOREK,I. a kol.: *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCONZO. 2007. ISBN 978-80-7013-447-4
3. FENDRYCHOVÁ, J.,KLIMOVÍČ,M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: NCONZO,2005.ISBN 80-7013-427-5
4. GRYM,J.:Dítě s matkou v nemocnici. *Pediatric pro praxi*,2001,Roč 2, č.1, s. 28 -30, ISSN 1213-0494
5. HANÁKOVÁ,K.: *Aplikace technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici u dětí mladšího školního věku*. Diplomová práce obhájená na Univerzitě Palackého v Olomouci v r. 2009
6. HANDLÍŘOVÁ,M.: *Možnosti pedagogické péče o hospitalizované dítě a vliv herní terapie*. Bakalářská práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2007
7. HROBEK,O., VAVŘINEC,J.: *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5
8. KERN,H. přeložila MACHÁTOVÁ,M.: *Přehled psychologie*.2.opravené vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178425-5
9. KOHOUTOVÁ,E. a kol.: *Kritické stavy u dětí a ošetrovatelská péče*. Brno: IDVZP.1998. ISBN 80-7013-257-4
- 10.LANGMEIER,J.,BALCAR,K.,ŠPITZ,J.:*Dětská psychoterapie*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1

11. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. 3.vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X
12. MAREŠ, J. a kol.: *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. Hradec Králové: Nucleus, 2003. ISBN 80-86225-47-1
13. MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Jinočany: H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
14. RYBÁŘOVÁ, P. *Herní terapie ve škole při nemocnici*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v roce 2004.
15. VALENTA, M. a kol.: *Herní specialista v somatopedii*. 3.vydání. Olomouc, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7
16. VALENTA, M. a kol.: *Herní specialista v somatopedii*. 2. vydání. Olomouc, 2003. ISBN 80-244-0763-9
17. www.hospitalclown.com [cit 2011-04-03]
18. www.nahps.org.uk/ [cit 2011-02-08]
19. www.zdravotniklaun.cz [cit 2011-04-01]

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Návratnost dotazníků.....	48
Tabulka č. 2	Funkce respondentů na dětském oddělení.....	49
Tabulka č. 3	Délka praxe.....	50
Tabulka č. 4	Kolik času trávíte při své práci přímo s dětmi?.....	51
Tabulka č. 5	Zaměstnání dětí.....	52
Tabulka č. 6	Nejvhodnější činnost pro děti.....	53
Tabulka č. 7	Setkáváte se na svém pracovišti s herním specialistou	54
Tabulka č. 8	Znalost funkce herního specialisty.....	55
Tabulka č. 9	Spolupráce s herním specialistou.....	56
Tabulka č. 10	Přínos herního specialisty pro děti.....	57
Tabulka č. 11	Jak na vás působí práce herního specialisty?.....	58
Tabulka č. 12	Postavení herního specialisty.....	59
Tabulka č. 13	Příprava dítěte před zákrokem.....	60
Tabulka č. 14	Přítomnost herního specialisty při vyšetření.....	61
Tabulka č. 15	Spolupráce s dětmi.....	62
Tabulka č. 16	Zkušenost s herním specialistou při vyšetření.....	63
Tabulka č. 17	Spolupráce dětí s herním specialistou.....	64
Tabulka č. 18	Názor na přípravu akutně přijatého dítěte.....	65
Tabulka č. 19	Zdravotníci v roli pacientů a herního specialisty.....	66

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Návratnost dotazníků.....	48
Graf č. 2	Funkce respondentů na dětském oddělení.....	49
Graf č. 3	Délka praxe.....	50
Graf č. 4	Kolik času trávíte při své práci přímo s dětmi?.....	51
Graf č. 5	Zaměstnání dětí.....	52
Graf č. 6	Nejvhodnější činnost pro děti.....	53
Graf č. 7	Setkáváte se na svém pracovišti s herním specialistou?	54
Graf č. 8	Znalost funkce herního specialisty.....	55
Graf č. 9	Spolupráce s herním specialistou.....	56
Graf č. 10	Přínos herního specialisty pro děti.....	57
Graf č. 11	Jak na vás působí práce herního specialisty?.....	58
Graf č. 12	Postavení herního specialisty.....	59
Graf č. 13	Příprava dítěte před zákrokem.....	60
Graf č. 14	Přítomnost herního specialisty při vyšetření.....	61
Graf č. 15	Spolupráce s dětmi.....	62
Graf č. 16	Zkušenost s herním specialistou při vyšetření.....	63
Graf č. 17	Spolupráce dětí s herním specialistou.....	64
Graf č. 18	Názor na přípravu akutně přijatého dítěte.....	65
Graf č. 19	Zdravotníci v roli pacientů a herního specialisty.....	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník pro zdravotnické pracovníky

Příloha č. 2 Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 3 Fotografie

Příloha č.1

Dotazník pro zdravotníky dětských oddělení

Vážení zdravotníci,

pracuji v nemocnici jako dětská sestra a jsem studentkou Lékařské fakulty Karlovy univerzity v Hradci Králové. Ve své diplomové práci se zabývám otázkou významu profese herního specialisty na dětském oddělení. Proto si dovoluji poslat Vám dotazník s prosbou o jeho vyplnění. Všechny údaje v dotazníku jsou anonymní a budou použity pro vnitřní potřebu fakulty. Vyhovující odpověď prosím zakroužkujte, popřípadě doplňte.

Předem děkuji za vaši spolupráci.

Terezie Pluhařová

1. Jakou funkci zastáváte na dětském oddělení?

- lékař
- sestra – vzdělání, obor
- pedagog základní, mateřské školy
- jinou (jakou?)

2. Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?

- 0 – 3 roky
- 4 – 6 let
- 7 – 9 let
- 10 let a více

3. Kolik času trávíte při své práci přímo s dětmi?

- jsem s nimi neustále během dne
- více než polovinu pracovní doby
- jsem s nimi jen při vyšetřeních a vizitách
- méně než třetinu pracovní doby

4. Myslíte si, že by mělo mít dítě během dne nějaký herní nebo výchovný program?

- ano
- ne

5. Jaká činnost je podle vás pro děti v nemocnici nejvhodnější?

- televize, PC
- herní a výchovný program navržený herním specialistou, pedagogem
- jiná (jaká?)

6. Setkáváte se na svém pracovišti s herním specialistou?

- ano
- ne

7. Znáte funkci herního specialisty?

- ano
- ne

8. Měli jste možnost spolupracovat s herním specialistou?

- ano
 - ne
- Jak často?
- výjimečně
 - občas
 - denně

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

- ano
- ne
- nevím

10. Jak na vás působí práce herního specialisty?

- myslím si, že je pro děti i zdravotníky, matky přínosem
- je přínosem jen pro děti a matky
- nevidím v tom žádný přínos, ale nevadí mi
- vadí mi při práci, není pro mě přínosem

11. Jaké postavení má pro vás herní specialista?

- kolega, nepostradatelný člověk v péči o děti
- pouze učitel
- pouze člověk, který si s dětmi hraje
- zbytečný člověk na odd.

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

- ano
- ne
- nevím

13. Má možnost být herní specialista přítomen u vyšetření?

- ano
- ne

14. Spolupracuje se vám při vyšetření lépe s dětmi, které byly na zákrok připraveny?

- ano
- ne
- nevím

15. Jakou zkušenost máte s přítomností herního specialisty při vyšetření?

- výbornou, jsem rád/a pokud je u vyš. přítomen
- dobrou, ale ne vždy je u výkonu třeba
- špatnou, nejsem ráda, pokud je přítomen při vyšetření
- velmi negativní, je pro mě překážkou
- nemám zkušenost

16. Spolupracují děti s herním specialistou podle vašeho názoru rády?

- ano
- ne
- nevím

17. Umožníte hernímu specialistovi alespoň minimální přípravu před dalším vyšetřením dítěte akutně přijatého? (pokud to jeho stav dovolí)

- ano
- ne
- nevím

18. V případě, že byste byli v roli svých pacientů, chtěli byste spolupracovat s herním specialistou?

- ano
- ne
- nevím

Příloha č. 2

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

(Platná od roku 1993)

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

10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Příloha č.3
FOTOGRAFIE



Mravenec po operaci břicha.



Intubovaný tygřík.





Intubovaný tygřík.