

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jana Hrabalová

Psychologická problematika dětského pacienta

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Psychologická problematika dětského pacienta

Název práce v AJ:

The psychological problems of a child patient

Datum zadání: 2014-01-31

Datum odevzdání: 2014-06-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Hrabalová Jana

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá psychologickou problematikou dětského pacienta. První část práce je zaměřena na vlivy zdravotnického prostředí na psychiku dětského pacienta. Druhá část práce se zabývá minimalizací dopadů negativních vlivů zdravotnického prostředí na dětského pacienta. Poznatky byly dohledány v českých a slovenských odborných recenzovaných periodikách, např. Pediatrie pro praxi, Československá pediatrie, Profese on-line, Kontakt, Ošetrovatelství a porodní asistence, Revue ošetrovatel'stva, sociálnej práce a laboratórnych metodík, Pediatria pre prax.

Abstrakt v AJ:

Overview thesis deals with the psychological problems of a child patient. The first part focuses on the health effects of environment on the psyche of a child patient. The second part deals with minimizing the impact of negative effects on children's health care environment of a patient. The findings were traced in the Czech and Slovak peer-reviewed journals, such as *Pediatric pro praxi*, *Československá pediatrie*, *Profese online*, *Kontakt*, *Ošetrovatelství a porodní asistence*, *Revue ošetrovatelstva*, *sociálnej práce a laboratórnych metodík*, *Pediatrica pre prax*.

Klíčová slova v ČJ: dětský pacient, hospitalizace, psychika dítěte, práva dětí, dětská sestra, komunikace

Klíčová slova v AJ: child patient, hospitalization, child's psyche, children's rights, pediatric nurse, communication

Rozsah: 39 stran, 1 příloha

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. června 2014

.....

Podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 VLIV ZDRAVOTNICKÉHO PROSTŘEDÍ NA PSYCHIKU DĚTSKÉHO PACIENTA.....	10
2 ÚLOHA ZDRAVOTNÍKA PŘI MINIMALIZACI DOPADŮ NEGATIVNÍCH VLIVŮ ZDRAVOTNICKÉHO PROSTŘEDÍ NA DĚTSKÉHO PACIENTA	18
ZÁVĚR.....	31
BIBLIOGRAFICKÉ CITACE.....	34
PŘÍLOHA	40

ÚVOD

„Nemoc znamená pro dítě kromě zátěže organismu i změněnou životní situaci, s níž se musí vyrovnat. Nejistota a úzkost rodičů a dalších blízkých lidí v prostředí dítěte, jejich nálady a postoje, jejich projevy, změny v chování vůči dítěti, to vše se může neobyčejně silně dítěte dotýkat. Je třeba připomenout, že děti jsou vůči takovým změnám ve svém prostředí individuálně různě „vnímavé“ a následkem toho se i jejich reakce mohou různit. Je důležité, aby tento vliv prostředí na nemocné dítě nebyl rušivý, ale pokud možno uklidňující, povzbuzující, a tedy terapeutický, a k tomu přispívá i zdravotnický personál.“ (Matějček, 2001a, s. 17) Nezbytnou součástí zdravotní péče je dnes přítomnost rodičů u nemocného dítěte, která je nezastupitelná (Mihál, 2003, str. 198).

V souvislosti s tím je možno si položit otázku: „Jaké nejnovější poznatky byly publikovány o vlivu zdravotnického prostředí na psychiku dětského pacienta a o úloze zdravotníka při minimalizaci těchto negativních vlivů?“

Pro přehledovou bakalářskou práci byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1.

Sumarizovat poznatky o vlivu zdravotnického prostředí na psychiku dětského pacienta v českých a slovenských odborných periodikách.

Cíl 2.

Sumarizovat poznatky o úloze zdravotníka při minimalizaci dopadů negativních vlivů zdravotnického prostředí na dětského pacienta v českých a slovenských odborných periodikách.

V úvodu byla prostudována tato vstupní literatura:

BOLEDOVIČOVÁ, Mária et al. 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. přepracované a doplněné vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-211-1.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

PLEVOVÁ, Ilona, SLOWIK, Regina. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana et al. 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.

ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných článků proběhlo v období od října 2013 do května 2014 v databázích Bibliographia Medica Českoslovaca a Bibliographia Medica Slovaca. Dále byly prohledány archivy recenzovaných odborných periodik *Pediatric pro praxi*, *Profese on-line*, *Kontakt*, *Ošetrovatelství a porodní asistence*, *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, *E-psychologie*.

Kritériem pro výběr článků byly dokumenty v českém a slovenském jazyce týkající se dané problematiky dle stanovených cílů přehledové bakalářské práce, přístupnost plnotextů těchto dokumentů, rok vydání 2001 až 2014.

V rámci rešeršní strategie byla využita kombinace těchto klíčových slov: dítě, dětský pacient, hospitalizace, komunikace, herní terapie, psychická příprava, dětská sestra, práva dětí, doprovod, zdravotní klaun.

V databázi Bibliographia Medica Českoslovaca bylo dohledáno celkem 84 odborných článků. Použito bylo 18 článků. Ostatní byly vyřazeny z důvodu odklonění od tématu a také z důvodu duplicity. V databázi Bibliographia Medica Slovaca bylo nalezeno

celkem 19 dokumentů, použito bylo 6 dokumentů. Ostatní články nebyly použity z důvodu nedohledání plnotextu nebo také neodpovídaly tematice stanovených cílů přehledové práce. V časopise *Pediatric pro praxi* bylo dohledáno a použito 19 dokumentů, v časopise *Kontakt* 1 dokument, v časopise *Profese on-line* 1 dokument a v časopise *Ošetrovatelství a porodní asistence* také 1 dokument. Celkem bylo tedy v přehledové bakalářské práci použito 46 dohledaných dokumentů.

1 VLIV ZDRAVOTNICKÉHO PROSTŘEDÍ NA PSYCHIKU DĚTSKÉHO PACIENTA

U většiny dětí vzbuzuje návštěva zdravotnického zařízení nejistotu, strach a nedůvěru. Důvodem jsou nepříjemné nebo bolestivé zákroky a děti si z těchto zařízení často odnášejí i negativní zkušenosti (Ondriová, Sinaiová, 2011, s. 262). Podle Matějčka negativistické chování u dětí způsobuje strach z něčeho konkrétního – injekce, bolest, neznámé přístroje, lidé v nezvyklém oděvu, ostré nebo naopak tlumené světlo; častěji ale úzkost z něčeho neznámého, neurčitého – neznámí lidé, situace, ve které dítě ztrácí přehled nebo je opuštěné. Může se i stát, že v rodině, kde je dítě strašeno lékařem nebo nemocnicí, může dítě vnímat návštěvu zdravotnického zařízení jako trest (Matějček, 2001b, s. 210). Rodiče často chybují již v ambulanci zdravotnického zařízení. Ve snaze zvládnout ne jeden nepříjemný emocionální projev u svého dítěte, hledají rodiče pomocníky v pojmech „nemocnice“ a „injekce“. Při samotné hospitalizaci se tak nemocnice a injekce pro dítě stávají nechtěnými strašáky (Macegová, 2005, s. 9).

Čekárna ve zdravotnickém zařízení je prvním místem, kde působí přímý vliv zdravotníků, zpravidla sester. Čekání působí negativně na nervový systém. Lidé, kteří čekají dlouho, bývají nervózní, netrpěliví, podráždění a své chování přenášejí i na děti. V čekárnách by neměl chybět hrací koutek s hračkami, který děti rozptýlí a umožní volný pohyb. Důležité je i chování sestry nebo lékaře při každém vstupu do čekárny, které by mělo být klidné a shovívavé (Matějček, 2001b, s. 210-211). V ordinaci se dítě často chová negativně, protože se bojí. Může dojít až k afektivnímu stavu, kdy domlouvání a utěšování nepomáhá a z důvodu časové tísně se nesprávně sahá k „násilí“. Nezbytná je proto dobrá psychická příprava dítěte (Kosorínová, 2003, s. 69). Nejčastěji se děti brání ve chvíli, kdy jsou omezeny v pohybu, např. pokud leží svlečené na zádech nebo je lékař či sestra drží v určité pozici. Často dítě (již předškolního věku) proto raději samo a dobrovolně ruku nastaví k injekci, než aby bylo drženo (Matějček, 2001b, s. 211).

Jsou situace, kdy dojde u dítěte k úrazu nebo vážnější nemoci a je potřeba volat záchrannou službu. Cizí lidé v zářivých uniformách, kteří se k dítěti přiznou a začnou s nepříjemným vyšetřováním nebo bolestivým napíchnutím žíly, stísněnost v sanitním voze, spousta neznámých přístrojů, záchytný systém, který dítě omezuje v pohybu, to vše na děti působí velmi negativně (Vojtíšek, 2012, s. 67). Poté následuje transport sanitkou do nemocnice k hospitalizaci, která je pro dětskou psychiku největší zátěž. Je to vždy vážný zásah do života nemocného dítěte. Dítě se nachází v cizím, nepřírodném prostředí, je obklopeno cizími lidmi, podrobno léčebnými a diagnostickými postupy, ztrácí pocit jistoty a bezpečí (Chylová, Zanolitová, 2005, s. 585; Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 50; Rapčíková, 2008, s. 118). Dorková a Šrahůlková (2010, s. 50) uvádí jako největší stres pro dítě strach z bolestivých zákroků a separaci. Dle Zacharové je pro každého člověka nemoc z hlediska psychiky náročnou situací, ale nemoc dítěte je vážný problém, který má vliv i na nejbližší okolí, hlavně na jeho rodinu (Zacharová, 2008, s. 56).

Každé onemocnění znamená zátěž pro nervovou soustavu. Dětský pacient proto obzvláště v prostředí nemocnice reaguje nepřiměřeně a neobvykle (Zacharová, 2008, s. 56). Děti se nemocnice bojí, protože neví, co je čeká a do čeho jdou (Gulášová, 2004, s. 321). Na dětských odděleních vybraných nemocnic byl proveden malý pilotní průzkum, ve kterém se děti ve věku od šesti do šestnácti let dotazovali pomocí rozhovoru, co jim v nemocnici chybí a vadí. Tyto děti byly hospitalizovány bez doprovodu, a proto byly citlivější na přístup zdravotníků. Nejvíce jim vadilo ranní vstávání, bílé pláště a nemocniční stereotyp. Často se nudily, chyběla jim maminka nebo návštěvy kamarádů. Mezi dětmi byly z hlediska způsobu chování a komunikace oblíbenější mladší sestry, které si děti získaly větší aktivitou a motivací k vyplnění volného času (Zacharová, 2008, s. 56-57). Podobné názory dětí zaznamenala autorka Růžičková, která uskutečnila rozhovory s deseti dětmi ve věku šesti až šestnácti let, které byly hospitalizovány v jedné ostravské nemocnici na oddělení větších dětí bez doprovodu matky. Mladší děti (6 – 11 let) nejčastěji uváděly nudu, přály si více hraček, zábavné nebo poučné programy. Byly nadšené z návštěvy zdravotních klaunů, kteří přicházejí na oddělení jednou týdně. Opět postrádaly hlavně matku. Starším dětem (12 – 16 let) chyběla přítomnost kamarádů, vrstevníků. V obou věkových kategoriích dětem nejčastěji vadilo brzké ranní vstávání a bílý oděv zdravotnického personálu. Děti by si přály, aby zdravotníci chodili ve veselém barevném oblečení,

které by je uklidnilo a povzbudilo. S péčí sester byly většinou spokojené, ale vadilo jim, že na ně mají málo času. Oblíbenější byly u dětí opět mladší sestry, které jsou chápavé, přátelské, se smyslem pro humor a lépe s dětmi komunikují (Růžičková, 2007, s. 23).

Jakubeková s Dobiášovou realizovaly v roce 2009 průzkum, který měl zjistit, jak hospitalizace na chirurgickém pracovišti ovlivňuje psychiku dětí. Šetření se zúčastnilo 75 rodičů, kteří doprovázeli své děti při ošetření v chirurgické ambulanci nebo při hospitalizaci na oddělení dětské chirurgie. Průzkum byl uskutečněn na Klinice dětské chirurgie Lékařské fakulty Univerzity Komenského a v Dětské fakultní nemocnici s poliklinikou v Bratislavě, a to v dětských chirurgických ambulancích a na dětských chirurgických odděleních. Autorky průzkumu zjistily, že ve většině případů rodiče předpokládají velmi špatné zvládnutí hospitalizace bez jejich přítomnosti. Se zvyšujícím se věkem dětí probíhá hospitalizace lépe, ale rodiče stále považují svoji přítomnost v nemocnici za důležitou. V souvislosti s psychickou přípravou dítěte na hospitalizaci bylo zjištěno, že 48 % dětí nebylo svými rodiči nijak připraveno, 46 % dětí bylo připraveno rozhovorem a 6 % dětí rodiče připravili formou hry. Se vzrůstajícím věkem dětí stoupá procento dětí připravených pomocí rozhovoru. V přípravě dětí na bolestivý zákrok využilo 62 % rodičů rozhovor s dítětem, 33 % dětí nebylo připraveno vůbec a 5 % dětí bylo připraveno formou hry. U dětí, které byly na bolestivý zákrok předem připravené, bylo 62 % rodičů přesvědčených, že jejich dítě zákrok zvládlo po přípravě lépe. 38 % rodičů toto nedokázalo posoudit. Zdroje strachu se u jednotlivých věkových skupin liší. U kojenců převládá strach z neznámých lidí, u předškoláků dominuje strach z injekcí a pohledu na krev. Děti ve věku 7 – 12 let se nejčastěji bojí injekcí, lékařského vyšetření a onemocnění (Jakubeková, Dobiášová, 2010, s. 78-79).

Každé dítě nemoc a hospitalizaci prožívá jinak. Z vývojového hlediska je důležitý věk dítěte (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 80; Machová, Brabcová, 2010, s. 144; Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 50). Dalšími faktory, které ovlivňují reakci dítěte na hospitalizaci, jsou odloučení nebo přítomnost rodičů, psychický stav dítěte nebo chování sestry a lékaře (Fendrychová, 2004, s. 87; Kosorínová, 2003, s. 69). Kosorínová zmiňuje i zážitky z předchozích hospitalizací, kdy opakovaný nemocniční pobyt může dítě ovlivnit jak negativně, tak i pozitivně. Děti v batolecím věku vyrůstající

v harmonickém prostředí hůře reagují na odloučení od rodiny. Také při dlouhodobější hospitalizaci se mohou u dětí objevit citové problémy (Kosorínová, 2003, s. 69).

V prvním roce věku – v kojeneckém období se vytváří pevný vztah dítěte k matce nebo k rodičům, díky kterému dítě získává pocit jistoty a bezpečí. V období mezi šestým až osmým měsícem dochází k projevům separační úzkosti a později strachu z cizích lidí. Pokud je v tomto období dítě hospitalizováno na oddělení, které neumožňuje doprovod matky nebo jiného blízkého člověka, hrozí rozvoj tzv. anaklitické deprese, kdy dítě pláče, volá matku, později začne být apatické a ztrácí zájem o okolí. Postupně se dítě v této situaci adaptuje, od matky nebo rodičů se odpoutává a navazuje vztah k náhradní osobě. Po ukončení separace musí být znovu utvářen vztah k matce. Děti v tomto období jsou citlivé na nedostatek podnětů, proto při delší hospitalizaci, pokud není s dítětem hospitalizována matka nebo jiná doprovázející osoba, hrozí vývojový regres nebo zpomalení vývojového tempa. V kojeneckém období je nezbytné maximálně omezit separaci dítěte od rodičů (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 80-81). Kojenec mladší šesti měsíců se při setkání s cizí osobou nebojí, proto můžeme snadno ovlivnit jeho pozornost. I když může trpět odloučením od rodičů, dá se uklidnit. Avšak dítě ve věku od šesti do dvanácti měsíců reaguje při setkání s neznámou osobou negativně a objevuje se separační úzkost. Cizích lidí se bojí. Přítomnost rodičů je žádoucí po celé kojenecké období, dodávají dítěti pocit jistoty a bezpečí (Fendrychová, 2004, s. 87).

V batolecím věku nadále trvá separační úzkost a strach z cizích lidí. V tomto věku vznikají fobie, především strach z bílého pláště, který může přetrvávat po celý život. Protože batolata tyto strachy obtížně zpracovávají, protože ještě nejsou vytvořeny racionální mechanismy zvládnání, je doporučováno odložit invazivní výkony či operace na pozdější dobu (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 81). Dítě ve věku jednoho až tří let se začíná psychicky osamostatňovat. Na všechno říká „ne“, vyvíjí se „jáství“. Vůči personálu je negativistické. Bojí se cizích lidí a jeho projevem je hlavně křik, pláč a řeč těla. Toto chování je ovlivněno i předchozí zkušeností s bolestí nebo nepříjemným vyšetřením (Fendrychová, 2004, s. 87; Fendrychová, 2005, s. 159). Podle Kosorínové reagují na separaci nejbouřlivěji děti ve věku dvou až tří let, neboť v tomto věku vrcholí citová závislost na blízkém člověku (Kosorínová, 2003, s. 69).

Předškolní děti snášejí odloučení od rodičů lépe - již se tak nebojí. Pamatují si také předchozí zkušenosti z návštěv zdravotnického zařízení (Fendrychová, 2004, s. 88). Jsou sice nedůvěřivé, avšak zvědavé, co se týká vybavení oddělení nebo vyšetřovny a rády se sester nebo lékařů vyptávají (Fendrychová, 2005, s. 159). V tomto období mají děti bohatou fantazii, takže může snadno dojít k pocitům viny. Přetrvávají sklony ke vzniku fobií. Jak v předškolním, tak i v mladším školním věku může být separační úzkost intenzivní (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 81).

Školní děti a adolescenti spolupracují bez problémů. I když jsou raději při vyšetření sami a ochotně odpovídají na otázky lékaře nebo sestry, je žádoucí, aby byli přítomni i rodiče. Adolescenti chtějí slyšet v průběhu vyšetřování ihned výsledky, požadují podrobné vysvětlení všech postupů (Fendrychová, 2004, s. 88). V nemoci však mohou spolupráci odmítat (Fendrychová, 2005, s. 159; Chromá, Hlaučová, Hyrdelová, 2006, s. 210). Důležitá je v tomto období i úcta od dospělých (Macegová, 2005, s. 8).

V období puberty dochází k uvolňování vazeb k rodině, velký vliv mají vrstevníci. Děti v tomto období se také nerady podřizují autoritám, což může být problémem při léčbě. Důležitá je proto i práce s dítětem bez přítomnosti rodičů, i když spolupráce s rodiči je nezbytná. (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 82).

U dospívajících dětí se můžeme v souvislosti s hospitalizací setkat s větší potřebou soukromí, pocity studu nebo potřebou rozhodovat o sobě sama. Beránková popisuje ve svém výzkumu zkušenosti hospitalizovaných dětí (adolescentů), doprovázejících osob malých dětí a zkušenosti všeobecné sestry s etickými problémy při hospitalizaci dítěte na standardním dětském oddělení. Mezi respondenty byli kromě jedné dětské sestry, čtyř matek hospitalizovaných dětí a jedné babičky také dva adolescenti ve věku 15 a 16 let. Adolescenti mohou vnímat souhlas svých rodičů jako narušení jejich autonomie. Dalším etickým problémem je u dospívajících nedostatek soukromí z důvodu časté přítomnosti rodinných návštěv spolupacientů na pokoji. Pro oba respondenty bylo nepříjemné, když byly tyto návštěvy svědky jejich zdravotních, mnohdy intimních potíží (Beránková, 2011, s. 272-275).

Dítě svým zdravotním problémům příliš nerozumí. Na chování dítěte mají vliv jeho rodiče, pro něž je nemoc dítěte velmi stresující. Postoj rodičů při zvládání situace nemocného nebo hospitalizovaného dítěte má přímý vliv na to, jak velká zátěž to bude

i pro dítě (Zacharová, Římovská, 2014, s. 55). Někdy je pro zdravotníky s dítětem lepší spolupráce bez přítomnosti rodičů, kteří nedokáží své dítě uklidnit a být mu oporou (Grym, 2001, s. 28). Kosorínová uvádí osobnost rodičů také jako jeden z faktorů, které ovlivňují reakce dětí na hospitalizaci. Problémem jsou zejména úzkostliví, psychicky labilní nebo agresivní rodiče (Kosorínová, 2003, s. 69).

Rozdíly v chování dětí mohou být i mezi pohlavím. Chlapci jsou obecně citlivější na změnu prostředí, dívky reagují hůře na přerušení citového vztahu (Kosorínová, 2003, s. 69).

Zdrojem potíží u dětského pacienta může být také komunikační bariéra (Kosorínová, 2003, s. 69). Děti se sluchovým postižením vyžadují jiný přístup zdravotnického personálu. Je pro ně náročnější nejen nové neznámé prostředí, ve kterém se musí rychle zorientovat, ale také komunikace se zdravotnickým personálem (Sikorová, Czudková, 2011, s. 210). Autorky provedly průzkumné šetření ve vybraných nemocnicích v Ostravě a Třinci s cílem zjistit, jaké znalosti mají dětské sestry – specialistky v oblasti komunikace s dětmi se sluchovým postižením. Do průzkumu bylo zahrnuto 68 dětských sester z dětských oddělení nemocnice Třinec, Městské nemocnice Ostrava a Fakultní nemocnice Ostrava. Byla zvolena metoda anonymního nestandardizovaného dotazníku. Výsledky šetření ukazují na nedostatky v oblasti komunikace dětských sester s dětmi se sluchovým postižením a minimální znalost znakového jazyka. Autorky se zmiňují o vhodnosti zvýšení rozsahu vědomostí komunikačních dovedností v této oblasti. Na každém dětském oddělení by měla být alespoň jedna dětská sestra, která zná základy znakové řeči. Tím by se zlepšila komunikace mezi zdravotnickým personálem a dětmi se sluchovým postižením a usnadnila jejich adaptace na nemocniční prostředí (Sikorová, Czudková, 2011, s. 210-212).

Hospitalizace pro dítě znamená vytržení z každodenního života, z rodinného prostředí. Nejmenší děti do pěti let chápou situaci jako konečnou a neměnnou, nedokáží porozumět důvodům hospitalizace (Macegová, 2005, s. 7). Častý je u dětí i strach z opuštěnosti. Hospitalizace jim může způsobit negativní zkušenosti (Hudáková, Kokoruďová, 2008, s. 11). V souvislosti s hospitalizací se můžeme setkat s termínem hospitalismus. Hospitalismus je souhrn duševních příznaků, kterými zejména dítě reaguje na pobyt v nemocnici. Trpí ztrátou citových vazeb a nedostatkem výchovných

podnětů. Na dítě působí negativně i chladné a stereotypní nemocniční prostředí (Ondriová, Fertařová, Šantová, 2009, s. 100). K nejčastějším projevům patří pláč, apatie, stereotypní pohyby, změna nálady, vývojový regres (Rapčíková, 2008, s. 118). Prevencí hospitalizmu je cílené zaměstnávání dětského pacienta (Ondriová, Fertařová, Šantová, 2009, s. 100; Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 53) a přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte (Macegová, 2005, s. 10; Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 53).

Vliv rodiny na chování nemocného dítěte a jeho adaptaci na nemocniční prostředí zjišťovaly ve svém průzkumu Naďová, Marcinková a Prančíková. Průzkumu se zúčastnilo 60 sester, které pracují na dětských odděleních. Použita byla metoda pomocí dotazníku. Z průzkumu vyplývá důležitost vlivu rodiny na adaptaci dítěte v nemocnici. Dítěti pomáhá v adaptaci rodina i personál. Chování dětského pacienta k personálu je ovlivněno přístupem zdravotníků i charakterem dítěte. Výchova dítěte v rodině a částečně i přístup personálu má vliv na schopnost dítěte navazovat vztahy s ostatními dětmi. V oblasti psychické přípravy dítěte ze strany rodičů na hospitalizaci se 5 % respondentů domnívá, že jsou děti připraveny dostatečně, 53,3 % respondentů se domnívá, že jsou děti připraveny jen částečně a 41,7 % odpovědělo, že příprava dětí na pobyt je nedostatečná (Naďová, Marcinková, Prančíková, 2009, s. 24-26).

Autorky Páleníková s Bužgovou se ve svém výzkumu zaměřily na zkušenosti rodičů a sester s dlouhodobou hospitalizací dítěte s doprovodem rodiče. Šetření bylo realizováno kvalitativní metodou pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Respondenty byli rodiče hospitalizovaných dětí a sestry vybraného dětského oddělení. Oddělení nebylo uvedeno z důvodu zachování anonymity. Průměrná délka hospitalizace byla tři měsíce. Soubor rodičů tvořily tři ženy – matky hospitalizovaných dětí. Soubor sester byl tvořen třemi ženami, které měly specializaci dětská sestra. Z výzkumu vyplynulo, že dlouhodobá hospitalizace je obtížným a stresujícím obdobím pro celou rodinu nejen co se týká ekonomického a technického zajištění chodu domácnosti, ale i po stránce psychické. Respondenti uvedli hospitalizaci dítěte s doprovodem jako potřebnou pro dítě, i když přináší pro rodiče i sestry některá omezení. Sestry, které měly delší praxi a zažily hospitalizaci dětí bez kontaktů s rodiči, měly zkušenosti s psychickým strádáním těchto dětí. Pozitivně ale hodnotily větší klid při práci, hlavně během invazivních zákroků. Na daném oddělení pracuje psycholog,

který se věnuje převážně dětem. Rodiče i sestry uvedli, že psychologická podpora rodičům i personálu je nedostatečná (Páleníková, Bužgová, 2009, s. 211-222).

2 ÚLOHA ZDRAVOTNÍKA PŘI MINIMALIZACI DOPADŮ NEGATIVNÍCH VLIVŮ ZDRAVOTNICKÉHO PROSTŘEDÍ NA DĚTSKÉHO PACIENTA

Dítě se poprvé setkává se zdravotníkem v ordinaci dětského lékaře. Nejdůležitějším úkolem lékaře i sestry je zbavit dítě strachu před vyšetřením. Sestra by měla být trpělivá a chovat se příjemně (Vejrostová, 2006, s. 99). Dobrá psychická příprava dítěte je nezbytnou podmínkou úspěšného průběhu různých vyšetření a zákroků. Zdravotník si při prvním kontaktu musí umět získat důvěru dítěte (Kosorínová, 2003, s. 69). Před každým výkonem dítěti (dle věku) i rodičům vysvětlí vše potřebné a komentuje i každou činnost v průběhu výkonu, nezapomíná uklidňovat a povzbuzovat. Důležitá je pochvala a obrázek, i když dítě pláče a nespolupracuje (Vejrostová, 2006, s. 99; Vincentová, 2007, s. 116). Do ordinace s dětmi vstupují také rodiče, kteří jsou pro nejmenší děti zdrojem jistoty. I všechna vyšetření probíhají v přítomnosti rodičů. Maminka, popř. jiný blízký doprovod drží dítě za ruku, na klíně nebo i v náručí, pokud je to možné. Z chování lékaře a sestry, které je přátelské, vlídné, ale rozhodné, dítě pozná, že výkon podstoupit musí, že se nedá nic dělat, ale zároveň není potřeba z toho dělat mimořádnou situaci. Důležité je být od počátku s dítětem i rodiči v neustálém kontaktu. Chybou je, pokud při vstupu do ordinace nebo vyšetřovny lékař a sestra komunikují mezi sebou, matky s dítětem si nevšímají, jsou otočeni zády nebo něco zapisují. Není třeba ani komunikaci přehánět, dítě rozveselovat a situaci nějak dramatizovat (Matějček, 2001b, s. 211).

Sestra by měla dobře znát jednotlivá vývojová období dětského věku, neboť každé období je něčím charakteristické. Měla by také zhodnotit fyziologické projevy u dítěte v oblasti hrubé a jemné motoriky, v oblasti vývoje řeči, v citové a sociální oblasti a rozpoznat případné odchylky (Vincentová, 2007, s. 116; Fendrychová, 2004, s. 87). Vlachová ke znalostem sester v oblasti vývojové psychologie přidává i znalosti potřeb dětí a metodiky výchovné péče (Vlachová, 2013, s. 63). Zacharová popisuje první kontakt s dítětem jako důležitý krok, který zmírní negativní emoce vyvolané strachem nebo vlivem rodičů. Mezi žádoucí chování proto patří uklidnění dítěte (např. pohlazením), trpělivost a pochvala. K dítěti přistupujeme individuálně, komplexně, s hlubokým zájmem o dítě. Neméně důležitá je také dobrá spolupráce

s rodinou dítěte (Zacharová, 2008, s. 56). U nejmenších dětí do jednoho roku upoutáme pozornost přiměřenou komunikací, dotykem či podáním hračky. Pokud je ale dítě unavené nebo hladové, je vhodné mu dát napít nebo je pochovat v náručí. Přítomnost rodičů je tedy žádoucí (Fendrychová, 2004, s. 87). U dětí od jednoho roku je také nezbytná přítomnost rodičů, kteří jsou zdrojem jistoty. Děti se raději nechají svléknout rodiči než sestrou, sestra jim může dát na výběr nechat se vyšetřit na vyšetřovacím stole nebo u matky na klíně. Některé děti mohou být klidnější s oblíbenou hračkou v ruce. Při vyšetření odvedeme pozornost hračkou. Pokud pláče a vyšetření se bojí, můžeme dát dítěti do ruky fonendoskop, ať si ho prohlédne a osáhá. Případně může vyšetření demonstrovat na mamince, sourozenci dítěte nebo medvídkovi. Při neklidu můžeme výkon přerušit a vést rozhovor s rodiči, než se dítě uklidní. Pokud stále pláče a nespolupracuje, sestra rodiče ujistí, že je takové chování v tomto věku normální (Fendrychová, 2004, s. 87). Dítě by nemělo být překvapené náhlou bolestí nebo čímkoliv nečekaným. Pokud u kojenců a batolat odvedeme pozornost dostatečně silně nějakým podnětem, bodnutí injekční jehly ani nemusí zaregistrovat. U starších dětí již tak překvapení nehrozí, zato je těžší upoutat jejich pozornost jinam. Dobrá je nepřetržitá komunikace s dítětem. Neustále říkáme, co zrovna děláme nebo se chystáme udělat, každý krok vysvětlujeme. Dítěti zdůrazníme, jak je to zajímavé, jak se dítě chová pěkně a že ne všechny děti zažijí tuto situaci. Zcela nevhodné je naopak mechanické a chladné provádění bolestivého zákroku bez komunikace a jakéhokoli psychického kontaktu (Matějček, 2001b, s. 211). Děti školního věku již pěkně spolupracují, ty starší chtějí, aby rodiče nebyli u vyšetření přítomní. O vše se zajímají, rády si pomůcky osahají. Adolescenti jsou při vyšetření raději bez přítomnosti rodičů, zachováváme jejich soukromí, což platí i u starších školáků (Fendrychová, 2004, s. 88). Při komunikaci dítě vhodně oslovujeme, přidáme úsměv, komunikaci směřujeme k dítěti, až poté k matce nebo doprovodu. Mluvíme v jednoduchých, srozumitelných větách klidně, vstřícně. Nasloucháme. Dítě nelitujeme, nezlehčujeme jeho otázky, nesmějeme se jim. Důležitá je i barevnost oděvu u zdravotníků, prostředí plné obrázků z pohádek nebo zvířat, využití hraček, např. maňásků, panenek při demonstraci různých činností (Zacharová, 2008, s. 56). Dětem bychom měli říkat, jak se chovat mají, ne, jak se chovat nemají (Fendrychová, 2004, s. 88). S dítětem mluvíme ve stejné úrovni očí (Fendrychová, 2004, s. 88; Zacharová, 2008, s. 56). Chybou je, pokud se zdravotník chová

autoritativně a direktivně, což vyvolá stres a napětí, dítěti lže, situaci zlehčuje nebo snižuje emocionální projevy, např. pláč a strach (Zacharová, 2008, s. 56). Pokud je to možné a nehrozí nebezpečí z prodlení, neprovádíme léčebné výkony v úzkostném afektu dítěte, kdy je násilím přemoženo a prožívá pocity zoufalství. Tyto zážitky, pokud jsou opakované, mohou dětem přivodit vážnější psychické potíže. Výkon proto raději odložíme a necháme dítěti čas na přípravu a zklidnění (Matějček, 2001b, s. 211).

S podobně vypjatou situací se setkávají i zdravotníci záchranné služby, pokud přijedou k nemocnému dítěti, které je potřeba vyšetřit nebo mu napíchnout žílu. I tady je důležité vlídné a laskavé chování, kdy se vyplácí dítěti nelhat a přiměřeně k věku ho na všechny výkony připravit. Pomoci mohou i drobné dárečky, např. injekční stříkačka nebo „lepení“ k EKG. V poslední době mají záchranáři k dispozici pro malé pacienty Kryštůfka záchranáře, což je plyšová figurka červenobílé barvy, která má na čepici číslo 155. Děti tak nejsou v náročné situaci osamocené a plyšák je doprovází až do nemocnice. Ne všechny děti reagují na Kryštůfka pozitivně, ale pro většinu malých pacientů znamená plyšová hračka snížení stresu z transportu. I když je spolupracující rodič nejlepším sedativem pro dítě, ne každý rodič situaci unese. Také není vždy možné vzít rodiče s sebou. Proto drobné dárečky a vlídný přístup pomáhá dětem zmírnit tuto nelehkou situaci (Vojtíšek, 2012, s. 67).

Pro hospitalizované dítě je přístup zdravotnického personálu nanejvýš důležitý a cílem sester je vedle uspokojování biologických potřeb také uspokojení potřeb psychických. Důležité je vytvoření veselé a uvolněné atmosféry (Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 50). Jednou z možností jsou hry a výchovné aktivity, které jsou důležitou prevencí hospitalizmu. Děti přichází na veselejší myšlenky, zlepší se jim nálada, můžou se i něco naučit nebo se v určitých oblastech zdokonalit. Při realizaci výchovných aktivit je nezbytný individuální přístup k dítěti a je nutné přihlížet k aktuálnímu zdravotnímu stavu (Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 53; Ondřiová, Fertaľová, Šantová, 2009, s. 101). Péče o dětské pacienty vyžaduje od sestry nejen adekvátní odbornost a zručnost, ale i citlivý a empatický přístup. Dítě v nemoci ztrácí pocit jistoty a bezpečí, sestra by proto měla dítěti poskytnout citovou podporu, pocit spoluúčasti. Chápe jeho životní situaci, pomáhá mu zmírnit tíži jeho problémů, věří subjektivním pocitům dítěte, jako je bolest nebo strach (Macegová, 2005, s. 9). Sestra musí umět kvalitně komunikovat a také využívat znalosti z oblasti psychologie a pedagogiky,

spolupracovat s ostatními členy zdravotnického týmu (Ondřiová, Fertařová, Šantová, 2009, s. 102). Na dítě si vždy udělá čas, dítě vyslechne, věnuje mu dostatek času k vyjádření jeho pocitů nebo problémů. S dítětem hovoří pravdivě, nikdy mu nelže, neslibuje něco, co se nedá splnit. Nesmí zapomínat na neverbální projevy v komunikaci – pohlázení, objetí, držení za ruku (Hudáková, Kokorud'ová, 2008, s. 12). Každé dítě, které přichází do nemocnice, musí být přiměřeně k věku seznámeno s oddělením. Sestra mu ukáže jeho pokoj, kde bude mít postýlku, kde si může hrát, kde je WC, jídelna, kde najde sestřičky, na které se může kdykoliv obrátit. Každé vyšetření nebo zákrok je potřeba vysvětlit opět s ohledem na věk dítěte. Všem dětem, i těm velkým, udělá radost, když si s nimi sestra povídá, rozptyluje je při čekání, pohladí nebo drží za ruku (Gulášová, 2004, s. 321). Při přijetí dětského pacienta je nezbytné získat důkladné informace o dítěti od rodičů, zjistit jeho denní režim, návyky, oblíbené hry. Dítě hospitalizované bez rodičů by mělo mít u sebe oblíbenou hračku, která mu připomene domov a necítí se osamocené (Kosorínová, 2003, s. 70).

Samozřejmou součástí péče o dětské pacienty v každé nemocnici by měla být herní terapie, která dětem ulehčuje a zpříjemňuje hospitalizaci. Přestože se u nás praktikuje již od roku 1993, stále není dostatečně rozšířená. Plnohodnotné kvalifikační studium pro tuto činnost neexistuje. Zájemci o práci herního specialisty ale mohou navštěvovat certifikované programy nebo kurzy (Strouhalová, 2010, s. 43). Herní specialista je členem zdravotnického týmu a provází děti a jejich rodiče po celou dobu hospitalizace. Jeho činností je:

- psychická příprava dětí k diagnostickým a léčebným výkonům pomocí her a pomůcek, např. látkových panenek, maňásků, omalovánek nebo fotoalb;
- doprovod dětí k vyšetření, k výkonům;
- odvedení pozornosti od nepříjemných situací;
- terapie hrou;
- příprava herních aktivit pro děti podle věku a typu onemocnění;
- výzdoba oddělení, vybavení herny;
- poskytování služeb i pro zdravé děti, vytváření a realizace edukačních programů, které jsou zaměřeny na seznámení dětí s nemocničním prostředím (Řezníčková, Klimentová, 2001, s. 21).

Herní specialista je prostředníkem v komunikaci s ostatním zdravotnickým personálem. Děti berou herního specialistu jako kamaráda, ke kterému mají důvěru a často mu svěří věci, které by lékaři nebo sestře neprozradily. Při hře se dětem zlepší nálada a psychická pohoda. Uzdravování pak může probíhat rychleji. Herní specialista pomáhá dětem, aby svému onemocnění rozuměly a smířily se s ním. Také je potřeba děti podpořit a dodat jim odvalu a sílu k překonání nemoci (Strouhalová, 2010, s. 44). Herní specialista se nechová direktivně, dítě se nesnaží změnit nebo vychovávat. Je ohleduplný k aktuální náladě a psychickému rozpoložení. Jeho práce je nezastupitelná (Řezníčková, Klimentová, 2001, s. 21). V České republice existuje občanské sdružení Společnost pro herní práci, ve kterém se mohou sdružovat všichni, kdo herní terapii poskytují nebo podporují (Strouhalová, 2010, s. 44).

Autorky Dorková a Šrahůlková uvádí pozitivní zkušenosti s realizací herní terapie pomocí tzv. zdravotních klaunů. K realizaci došlo v letech 2009 – 2010 na dětském oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně a terapii prováděli studenti v roli zdravotních klaunů, jejichž úkolem bylo poskytnout hospitalizovaným dětem zábavný program. Herní terapie se uskutečnila formou písniček, pohádek, soutěží, hádanek a divadelních scének. Cílem projektu bylo:

- vytvoření příjemné atmosféry na oddělení;
- odvedení pozornosti dětí od jejich onemocnění;
- snížení strachu a úzkosti dítěte a tím i snížení bolestivosti při diagnostických a léčebných zákrocích;
- prevence hospitalizmu;
- vytvoření prostoru, času a prostředků pro spontánní hru s ohledem na individuální potřeby dětí;
- poskytnutí odpočinku rodičům v průběhu vystoupení (Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 53).

Hra je nezbytná pro rozumový, citový a sociální vývoj dítěte a přináší mu radost. Hra a hračky vytváří dětem přátelštější prostředí v nemocnici. Nemocné děti si většinou samy spontánně nehrají, proto je nutné, aby sestra zařazovala herní aktivity do všech ošetrovatelských činností. Dítě se pomocí hry seznámí se svým onemocněním, se vším, co se kolem něj bude dít, získá sebedůvěru. Sestra při hře dětí

zajišťuje jejich bezpečnost a přihlíží k věku a jejich zdravotnímu stavu (Machová, Brabcová, 2010, s. 144-145).

Herní terapii, pomocí které se děti seznamují s prostředím nemocnice, praktikují na dětském oddělení Nemocnice Třinec. Terapie je individuální a skupinová. Skupinová terapie probíhá s dětmi, které jsou nově přijaté. Děti se seznamují v herně, kde se terapie uskutečňuje, se základním vyšetřením a výkony, které každé dítě při příjmu podstupuje. Využívány jsou různé hračky, medvídci, panenky a skutečné nástroje a pomůcky, např. fonendoskop, injekční stříkačky, tlakoměr a další. Z panenek mají děti k dispozici hadrovou loutku, která má pracovní název Petruška. Velikostí se rovná šestiletému dítěti a má speciální úpravu – přístupné tělní otvory a vyjímatelné vnitřní orgány. Děti mají možnost se aktivně zapojit a různé zákroky a vyšetření si vyzkoušet. Samozřejmostí je přítomnost maminek a jiného doprovodu, pokud si přejí být u toho. Individuální terapie je prováděna u dětí, u kterých je v plánu konkrétní vyšetření nebo zákrok. Probíhá na pokoji u lůžka dětského pacienta a většinou také pomocí panenky Petrušky dochází k vysvětlení a seznámení s vyšetřením a zákrokem, které dítě čeká (Ciencialová, 2001, s. 53-54).

Se speciální edukační panenkou mají pozitivní zkušenosti také na Slovensku, mimo jiné na Klinice dětí a dorostu v Univerzitní nemocnici Martin, kde proběhla pilotní příprava dětských pacientů, ambulantních i hospitalizovaných, na indikované diagnostické a léčebné zákroky. Speciální panenka odpovídá velikosti přibližně pětiletého dítěte a je zhotovena z lehce udržovatelného materiálu, který se dá dezinfikovat. Jednotlivé vnitřní orgány jsou barevně odlišeny, aby si děti mohly zapamatovat jejich tvar i funkci. Panenka je variabilní, a tak je možné si vyzkoušet více diagnostických a terapeutických zákroků (Chylová, Zanolitová, 2005, s. 585- 91).

Terapeutickou panenku využívají k psychické přípravě dětských onkologických pacientů předškolního a mladšího školního věku i sestry na Klinice dětské hematologie a onkologie Dětské fakultní nemocnice v Bratislavě. Hra probíhá buď skupinovou nebo individuální formou po adaptaci na nemocniční prostředí. Individuální forma se realizuje na pokoji dětského onkologického pacienta z důvodu leukopenie a dodržování zásad bariérového režimu. Materiál panenky umožňuje dezinfekci, která probíhá před každou hrou. Panenka má implantovaný intravenózní port. Děti si tak zkouší tento port napichovat nebo přepichovat, provádí lumbální punkce, zavádí

intravenózní kanyly, odebírají krev nebo aplikují injekce. Vše pod dohledem sestry, se kterou komunikují a která hru řídí. Děti si během terapeutické hry vyzkouší diagnostické a terapeutické zákroky, komunikují s terapeutickou panenkou, dokonce používají slovní pojmy, které slyší u lékařů a sester. Hra jim umožňuje hovořit o svých aktuálních pocitech, které během realizace zákroků prožívají. Největší strach ze všech zákroků, které si děti terapeutickou hrou zkouší, vzbuzuje napichování nebo přepichování intravenózního portu a lumbální punkce (Karabová, Ilievová, 2014, s. 35-36).

Děti pomocí hry vyjádří a odžijí negativní emoce související s jejich hospitalizací. Naučí se i chápat potřebnost nemocniční péče (Ciencialová, 2001, s. 54). Při práci s edukační panenkou je nezbytná také příprava zdravotníků, kteří s těmito dětmi pracují. Děti mají mnoho nečekaných dotazů, na které je třeba odpovědět s ohledem na jejich věk tak, aby tomu rozuměly a aby se nevylekaly. Důležité je i zvolení správných pomůcek, času i místa, aby se děti cítily v pohodě, nebyly rušeny a mohly se plně soustředit na terapeutickou hru (Chylová, Zanovitová, 2005, s. 590). Práce s terapeutickou panenkou může být využita také u zdravých dětí z mateřských a základních škol (Ciencialová, 2001, s. 54; Chylová, Zanovitová, 2005, s. 590-591). Děti se formou hry seznámí s orgány lidského těla nebo si vyzkouší základy první pomoci (Chylová, Zanovitová, 2005, s. 590-591). Seznámí se s diagnostickými zákroky, které na každého malého pacienta při příjmu do nemocnice čekají. Velkým přínosem je i provedení zdravých dětí po oddělení, kdy se s cizím prostředím seznámí. Pokud by pak k případné hospitalizaci došlo, nemuselo by to být pro děti tak traumatizující (Ciencialová, 2001, s. 54).

Důležitou součástí léčebného režimu u hospitalizovaných dětí je smích a dobrá nálada. Smích uvolňuje nervové napětí, posiluje imunitu a mírní bolest (Nešpor, 2007, s. 199; Melíšková, 2008, s. 275). Děti jsou mimořádně citlivé na neverbální komunikaci. Potěší je nejen dobré slovo, ale i úsměv. Dobrá nálada navodí úsměv a naopak úsměv či smích vyvolá dobrou náladu (Nešpor, 2007, s. 199). Autor knihy o smíchu popsal více než padesát typů smíchu a u dětských pacientů doporučuje tzv. lišácký úsměv. Tento úsměv údajně aktivuje v mozku centrum dobré nálady. Stahuje se při něm kruhový sval, který obkružuje oči a připomíná tvar obrouček brýlí. Lišácký úsměv provedeme tak, že uvolníme obličej, stáhneme tento kruhový sval, až se zúží oči

a udělají se v koutcích úst menší vrásky. Zároveň koutky úst táhneme šikmo vzhůru směrem k uším (Nešpor, 2007, s. 199). Smích je účinný i při únavě či depresi, pozitivní nálada pomáhá např. v léčbě migrény nebo astmatu (Melíšková, 2008, s. 275). Podle jedné kontrolované studie byla zjištěna u dětí, které na operační sál doprovázel kromě rodičů i klaun, nižší míra úzkosti, oproti dětem, které nedoprovázel klaun, ale pouze rodič (Nešpor, 2007, s. 199). Zdravotní klauni se právě na dětských odděleních starají o dobrou náladu dětí prostřednictvím pravidelných klauniád. Tyto legrační vizity neprobíhají někde v herně, ale zdravotní klauni přicházejí za dětmi přímo na jejich pokoje, do jejich prostředí. Navazují s dětmi kontakt, zapojují je do hry a tím snižují strach z léčebných zákroků (Melíšková, 2008, s. 275). Zdravotní klaun v České republice působí od roku 1998. V současné době pro Občanské sdružení Zdravotní klaun pracuje 85 klaunů – speciálně vyškolených umělců, kteří prošli náročnou přípravou a obdrželi akreditaci International Medical Clowning Institute (Edwards, 2013, s. 34-36). Klauni dětem předvádějí herecké, žonglérské, pěvecké nebo hudební scénky, nesmí jim chybět schopnost improvizace a empatie. Na lékařskou vizitu tak přichází „doktor Kolíček“ či „sestra Sádra“, kteří pomateně zaměňují jména pacientů nebo měří tlak pomocí balónku a pumpičky. Samozřejmostí je individuální přístup ke každému dítěti, neboť situace může být různá podle druhu onemocnění. V některých případech se dítě ale smát nechce nebo si rodiče návštěvu klauna nepřejí. A reakce dětí jsou různé. Někdy klauna doprovází a asistují mu v dalších pokojích, jindy chtějí zůstat den navíc v nemocnici, protože ví, že druhý den přijde „sestra Svíčková“. Zdravotní klauni dokážou rozesmát také rodiče, kteří jsou často v horším psychickém stavu než děti. Výhodou je, že klaunům rozumí i děti zahraničních turistů, kteří česky nemluví (Melíšková, 2008, s. 275). Zdravotní klauni jsou neoddělitelnou součástí léčebného procesu, kteří spolupracují se zdravotnickým personálem (anonymous, 2002, s. 143). I když jsou lékaři a sestry zaneprázdněni povinnostmi, vždy si najdou čas na předání informací, které klauni pro svou práci potřebují (Melíšková, 2008, s. 275). Také na Slovensku považují zdravotní klauny za součást zdravotnického personálu. Od roku 2004 zde působí občanské sdružení Červený Nos Clowndoctors, ve kterém působí více než 40 zdravotních klaunů. Většinou jsou to profesionální umělci, kteří prošli náročným výběrem, školením a tříměsíční zkušební lhůtou. Získávají také základy diagnostických a léčebných postupů. A tak i ve slovenských nemocnicích můžeme potkat „doktora Kapustu“

nebo „sestru Ampulku“, kteří pravidelně baví dětské pacienty (Kovács, 2013, s. 47). Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví byla uskutečněná studie, která potvrdila, že pravidelné návštěvy zdravotních klaunů zlepšují psychiku hospitalizovaných dětí a zkracují adaptaci dětí na nemocniční prostředí, což urychluje vlastní léčebný proces (Edwards, 2013, s. 34-36).

Důležitou součástí léčebného procesu je rodina. U hospitalizovaných dětí nedochází k přerušení kontaktu s rodinou, a tak rodič nebo jiný blízký člověk, který o dítě pečuje, má možnost společného pobytu v nemocnici (Cabajová, Bártlová, 2009, s. 196). Přítomnost rodiče pozitivně ovlivňuje psychiku hospitalizovaného dítěte a zlepšuje spolupráci dítěte s personálem (Jakubeková, Dobiášová, 2010, s. 79). Rodiče dětem poskytují základní péči, jako je krmení a hygiena a starají se o jejich psychickou a citovou pohodu (Grym, 2001, s. 28-30). Přenecháním této péče rodičům se náplň práce sester změnila. Sestry se stávají manažerkami chodu oddělení pod drobnohledem pozorujících rodičů, kteří se mnohdy nacházejí v emočně náročných situacích, kdy mají obavy o zdraví a život svých dětí. Pro ošetřující personál se mohou stát velkou zátěží (Gut, 2006, s. 123). Grym uvádí zkušenosti s přítomností rodičů na dětském oddělení v Krnově. Ve většině případů je spolupráce s rodiči dobrá až výborná a bezproblémová. Přibližně u dvaceti procent rodičů vznikají problémy v oblasti spolupráce, komunikace nebo neukázněnosti. Ve výjimečných případech se rodič může stát přítěží nejen pro své dítě, ale i pro celé oddělení, kdy může dojít k bariéře mezi dítětem a zdravotníkem. I přesto ale převažuje pozitivní přínos pro dítě a pokud dojde k problémům, měly by se řešit (Grym, 2001, s. 28-30). Vlčková popisuje matku jako nejdůležitější článek v řetězci mezi zdravotnickým personálem a dětským pacientem. Její pobyt má nejen kladné, ale i záporné stránky. Sestra musí umět s matkou komunikovat, reagovat na dotazy a vycházet s ní. To platí obzvláště u konfliktních matek nebo matek málo přístupných ke spolupráci a nedisciplinovaných (Vlčková, 2001, s. 48). Podle Křištofové by matka měla vystupovat jako pomocník personálu při uzdravování dítěte a ne jako rušivý prvek na oddělení. Nezbytná je dovednost sestry s matkou správně komunikovat, chápat změněnou životní situaci matky během hospitalizace a s tím související změny v jejím chování a jednání (Křištofová, 2004, s. 52). Také Mihál se zmiňuje o nezastupitelné úloze rodičů v péči o nemocné dítě. Sebelepší zdravotnická péče není ideální, pokud nepočítáme s přítomností rodičů u dětských pacientů. I když by se dalo očekávat, že přítomnost

rodičů sestrám usnadňuje práci, není tomu tak. Rodiče jsou často rozrušení strachem o nemocné dítě, a tak může dojít k opomenutím, ke kterým v běžném životě nedochází a na které musí sestra taktně upozorňovat. Příkladem takové nebezpečné situace může být neuzavřená postýlka, kdy hrozí vypadnutí dítěte (Mihál, 2003, s. 198-200). Řezníčková s Klimentovou konstatují, že s hospitalizací rodičů sestrám na dětských odděleních práce spíše přibýlo. Rodiče jsou stresováni hospitalizací dítěte, cizím prostředím, nedostatkem informací. Jejich chování se přenáší i na dítě. Proto by také o rodiče mělo být pečováno, pokud mají být pro dítě oporou (Řezníčková, Klimentová, 2001, s. 21). Měli bychom znát spokojenost rodičů s poskytovanou péčí a řešit případné nedostatky, neboť rodiče jsou nezbytnou součástí léčebné a ošetrovatelské péče u dětí (Valušová, Jarošová, 2013, s. 267).

V souvislosti se spokojeností rodičů s ošetrovatelskou péčí bylo v roce 2008 na dětských odděleních nemocnic Jihočeského kraje provedeno kvantitativní šetření pomocí dotazníku a kvalitativní šetření, které proběhlo pomocí hloubkového rozhovoru. Výzkumný vzorek tvořily blízké osoby, které doprovázely hospitalizované děti. 96,1 % respondentů uvedlo, že bylo spokojeno s ošetrovatelskou péčí. Spíše ano odpovědělo 3,9 % respondentů. Žádný z respondentů neuvedl, že by nebyl spokojen s ošetrovatelskou péčí. Respondenti také vyjadřovali své námitky a připomínky, které by mohly pomoci ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. 87,3 % respondentů nemělo žádné připomínky, 6,8 % respondentů uvedlo ošetrovatelskou péči jako kvalitní a 1,9 % respondentů uvedlo potřebu zvýšení spokojenosti personálu. Dále byl hodnocen přístup sester k dítěti i doprovázející osobě. 98,1 % respondentů bylo s chováním sester k dítěti spokojeno. S chováním sester k doprovázející osobě bylo spokojeno 94,1 % respondentů. V rozhovorech bylo nejčastější negativum společné hospitalizace chybějící signalizační zařízení na pokojích, což je důležité spojení se sestrou v případě pomoci (Cabajová, Bártlová, 2009, s. 196-197).

Jak rodiče dětských pacientů hodnotí kvalitu péče, zjišťovaly v roce 2011 v ostravských nemocnicích Valušová s Jarošovou. Šetření proběhlo ve Fakultní nemocnici Ostrava, ve Vítkovické nemocnici a Městské nemocnici Ostrava. Celkový počet respondentů byl 227, z toho 217 matek a 10 otců. Jejich děti byly hospitalizovány minimálně 48 hodin na oddělení kojenců nebo batolat v některé z uvedených ostravských nemocnic. Polovina dětských pacientů byla ve věku tří let.

Použit byl standardizovaný dotazník Pickerovy dimenze kvality, který byl upraven Fakultní nemocnicí Brno pro doprovod hospitalizovaných pacientů. Hodnocen byl příjem do nemocnice, komunikace, edukace, respekt, úcta, informovanost, důvěra, dostupnost služeb, čistota, aj. Výzkum ukázal, že kvalitu péče a služeb rodiče zhodnotili převážně dobře. V některých oblastech se hodnocení v jednotlivých nemocnicích lišilo, ale extrémní negativní rozdíly v hodnocení nebyly potvrzeny. Mezi problémové oblasti ve všech nemocnicích patřil noční hluk způsobený jinými pacienty nebo zdravotnickým personálem, matky si stěžovaly na to, že sestry v nočních hodinách hlasitě hovoří, smějí se a „třískají“ dveřmi. Dále rodičům vadily situace, kdy personál v jejich přítomnosti spolu hovořil, jako kdyby rodiče nebyli přítomni. Ve všech hodnocených nemocnicích byla zjištěna o něco větší důvěra rodičů k sestrám než k lékařům. Pozitivně byla hodnocena ochota lékařů a sester promluvit si s rodiči v situacích, kdy mají obavy a strach (Valušová, Jarošová, 2013, s. 267-269).

Právo dítěte na neustálý kontakt se svými rodiči je zakotveno v Chartě práv hospitalizovaných dětí. Tento dokument byl schválen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky v roce 1993 (Němec, 2006, s. 669; Vyoral Krakovská, 2013, s. 392). Iniciátorem byli Markéta a Jiří Královcovi z nadace Klíček ve spolupráci s pediatrem Janem Jandou (Zacharová, 2010, s. 334; Vyoral Krakovská, 2013, s. 392). Předlohou tohoto dokumentu byla Charta práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988 v holandském Leidenu (Němec, 2006, s. 669; Vyoral Krakovská, 2013, s. 392). Charta práv hospitalizovaných dětí je etickým kodexem, nelze proto právně vymáhat její jednotlivá ustanovení (Vyoral Krakovská, 2013, s. 392). Aplikací práv dětí ale můžeme zmírnit dopady, které s náročnou životní situací hospitalizovaného dítěte souvisí (Zacharová, 2010, s. 334).

Charta obsahuje deset bodů a kromě práva na neustálý kontakt s rodiči a sourozenci uvádí např. právo nosit vlastní oblečení a mít své věci, být ve společnosti s jinými dětmi stejného věku, právo na informace nebo péči školeného personálu (Němec, 2006, s. 669-672; Zacharová, 2010, s. 334). Němec se domnívá, že z hlediska etiky by mělo být povinností naší republiky aktivně se podílet na prosazování práv hospitalizovaných dětí (Němec, 2006, s. 671). Úplné znění Charty je uvedeno v příloze na straně 40.

Autorky Ondriová, Magurová a Galdunová v roce 2009 na Slovensku zrealizovaly průzkum s cílem zjistit, jak jsou rodiče o právech hospitalizovaného dítěte informováni a jak jsou v praxi práva dodržována ze strany zdravotníků. Průzkumu se zúčastnilo 60 rodičů, kteří měli s hospitalizací svého dítěte na dětském oddělení zkušenost. Většina rodičů o existenci práv hospitalizovaných dětí slyšela. Pouze 17 % rodičů si myslí, že jsou práva hospitalizovaných dětí zdravotníky dodržována a 41 % respondentů zvolilo odpověď „spíše ano“. 7 % rodičů si myslí, že práva dodržována nejsou, 18 % rodičů odpovědělo „spíše ne“. Co se týká zdrojů informací o právech hospitalizovaných dětí, většina rodičů tyto informace získala z médií (40 %) nebo od známých a rodiny (27 %). Pouze 33 % rodičů informace o právech hospitalizovaných dětí získalo od zdravotnického personálu. Při diagnostických nebo léčebných výkonech bylo 60 % rodičů přítomných u dítěte. 15 % rodičů s dítětem nebyli, neboť nechtěli vidět utrpení svého dítěte. 12 % rodičů o možnosti stát dítěti po boku nebylo informováno a 13 % rodičům nebylo umožněno být s dítětem při výkonu. Dále rodiče hodnotili známkou 1 až 5 chování zdravotnického personálu k dítěti i rodičům. 42 % respondentů hodnotilo známkou „2“, 23 % respondentů známkou „1“. Známkou „5“ ohodnotilo chování zdravotníků 15 % rodičů. Autorky průzkumu doporučují práva hospitalizovaného dítěte dostat do povědomí rodičů i široké veřejnosti. Informovat pomocí brožur, článků a knih, které budou dostupné v dětských ambulancích a novorozeneckých a dětských odděleních. Dále autorky doporučují práva prosazovat zdravotníky v oblasti péče o dětského pacienta. Mezi povinnosti sestry při příjmu dítěte do nemocnice by měla patřit informovanost o právech hospitalizovaného dítěte. Dále by se měly organizovat semináře a konference, které by se na problematiku dodržování práv hospitalizovaných dětí zaměřily a také realizovat audity s cílem kontroly dodržování práv hospitalizovaných dětí (Ondriová, Magurová, Galdunová, 2010, s. 206-209).

Informovanost rodičů o právech hospitalizovaných dětí zjišťovala v roce 2011 také Vyoral Krakovská ve svém průzkumu. Autorka použila anonymní dotazník vlastní konstrukce, s uzavřenými i otevřenými otázkami a rozdělen byl na dvě části. První část byla pro všechny rodiče společná, druhá část byla určena pro rodiče, kteří již měli zkušenost s hospitalizací dítěte. Průzkumného šetření se zúčastnilo 403 rodičů nebo zákonných zástupců, z toho 205 respondentů již mělo s hospitalizací dítěte v nemocnici osobní zkušenost. Průzkum ukázal, že o existenci Charty práv

hospitalizovaných dětí vědělo 66 % respondentů. Respondenti se zdravotnickým vzděláním uvedli v 80 % případech, že Chartu znají. Rodiče považují přítomnost a aktivní spoluúčast u hospitalizovaného dítěte za velmi důležitou. Poukázali také na to, že zdravotnický personál často Chartu, hlavně etickou část, nedodržují. 88 % respondentů mělo při hospitalizaci k dispozici materiály o právech hospitalizovaných dětí. U 51 % respondentů byl omezen čas pro návštěvy rodiny. V 68 % případů byl rodič dítěte seznámen s provozem oddělení. 42 % respondentů nebylo spokojeno s rozsahem zapojení do rozhodování o léčbě dítěte. Pouze 55 % respondentů uvedlo, že byli informováni před diagnostickým nebo léčebným výkonem. U 69 % respondentů se během komunikace s dětským pacientem nevyužily demonstrační pomůcky, např. panenky nebo obrázky. 27 % dětí nebylo vůbec informováno o ošetření a postupu léčby. Vztah se zdravotnickým personálem označilo 68 % rodičů jako vstřícný a 78 % rodičů uvedlo pocit respektu a úcty ze strany zdravotnického personálu v souvislosti s péčí o dítě. Z průzkumu vyplývá, že rodiče práva hospitalizovaných dětí znají, ale ne vždy tato práva zdravotníci dodržují. Autorka se zmiňuje o vhodnosti větší informovanosti o právech dětských pacientů nejen mezi laiky, ale také mezi zdravotníky. Do péče o hospitalizované dítě by bylo vhodné zavést princip „family centred care“ (péče soustředěná na rodinu), kde rodič je plnohodnotným členem týmu, který pečuje o dítě. Rodina má v péči o dítě nezastupitelnou roli. Principem této filozofie je usnadnění spolupráce mezi rodinou a zdravotníky a udržení rovnováhy mezi potřebami rodiny a radami odborníků (Vyoral Krakovská, 2013, s. 392-394). Zdravotník by neměl potřeby hospitalizovaných rodičů opomíjet. Samozřejmostí by měly být projevy spoluúčasti a podpory a rozvíjení komunikace mezi zdravotníkem, rodinou a dítětem (Páleníková, Bužgová, 2009, s. 221).

Práva jsou ale také spojena s povinnostmi. Úkolem zdravotníků je proto po rodičích nebo jejich zástupcích trpělivě a asertivně vyžadovat spolupráci při ošetřování dětí, dodržování režimu oddělení, pochopení, jakým způsobem zdravotnický personál dětem pomáhá. Nezbytná je ze strany rodičů prevence úrazů. Cílem spolupráce všech je zajištění zdraví dětí jak v oblasti fyzické, tak i v oblasti psychické a sociální (Němec, 2006, s. 672).

ZÁVĚR

Prvním cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o vlivu zdravotnického prostředí na psychiku dětského pacienta. Z dohledaných poznatků je zřejmé, že většina dětí se návštěvy zdravotnického zařízení bojí. Příčinou strachu jsou bolestivé zákroky, injekce, neznámé přístroje nebo cizí lidé v neobvyklém oděvu (Ondriová, Sinaiová, 2011, s. 262; Matějček, 2001b, s. 210; Vojtíšek, 2012, s. 67; Jakubeková, Dobiášová, 2010, s. 78-79). Největší zátěží pro psychiku dětského pacienta je hospitalizace. Dítě se ocitá v neznámém prostředí, plném cizích lidí a musí podstoupit léčebné a diagnostické postupy, které jsou spojeny s bolestí (Chylová, Zanolitová, 2005, s. 585; Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 50; Rapčíková, 2008, s. 118; Gulášová, 2004, s. 321). V kojeneckém období mezi šestým až osmým měsícem se začíná objevovat strach z cizích lidí a při odloučení od rodičů dochází k projevům separační úzkosti. Toto období přetrvává až do tří let věku dítěte, kdy vrcholí citová závislost na blízkém člověku (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 80-81; Fendrychová, 2004, s. 87; Fendrychová, 2005, s. 159; Kosorínová, 2003, s. 69). Předškolní děti mohou zvládat odloučení od rodičů lépe (Fendrychová, 2004, s. 88), ale dle Říčana a Krejčířové (2006, s. 81) může být separační úzkost intenzivní jak v předškolním, tak i v mladším školním věku. Z průzkumů vyplynulo, že rodiče považují svoji přítomnost v nemocnici za důležitou (Jakubeková, Dobiášová, 2010, s. 78-79; Nadřová, Marcinková, Prančíková, 2009, s. 24-26; Páleníková, Bužgová, 2009, s. 211-222). Samotné děti, které byly hospitalizovány ve školním věku, v rozhovorech uváděly, že jim chybí maminka (mladší děti) nebo kamarádi a vrstevníci (starší školáci). Dále jim nejčastěji vadilo ranní vstávání a bílý oděv personálu. Nejoblíbenější byly u dětí mladší sestry, které s dětmi lépe komunikují, jsou přátelské a mají smysl pro humor (Zacharová, 2008, s. 56-57; Růžicková, 2007, s. 23). U dospívajících dětí se můžeme v souvislosti s hospitalizací setkat s větší potřebou soukromí, s pocity studu a potřebou rozhodovat o sobě sama (Beránková, 2011, s. 272-275). Chování dětského pacienta a jeho adaptaci na nemocniční prostředí ovlivňují jeho rodiče. Pro ně je nemoc dítěte stresující a může se stát, že nedokážou své dítě uklidnit a být mu oporou (Zacharová, Římovská, 2014, s. 55; Grym, 2001, s. 28; Kosorínová, 2003, s. 69; Nadřová, Marcinková, Prančíková, 2009, s. 24-26). Psychická příprava dětí na pobyt

v nemocnici by měla proběhnout doma v rodině. V průzkumu autorek Nad'ové, Marcinkové a Prančíkové (2009, s. 24-26) odpovědělo 41,7 % sester, že příprava dětí na hospitalizaci je nedostatečná, 53,3 % sester se domnívá, že příprava dětí je částečná a pouze 5 % sester si myslí, že příprava dětí je dostatečná. Průzkum Jakubekové a Dobiášové ukázal, že 48 % dětí nebylo na hospitalizaci svými rodiči připraveno, 46 % dětí bylo rodiči připraveno rozhovorem a 6 % dětí rodiče připravili formou hry (Jakubeková, Dobiášová, 2010, s. 78-79). První cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o úloze zdravotníka při minimalizaci dopadů negativních vlivů zdravotnického prostředí na dětského pacienta. Při prvním setkání dítěte se zdravotníkem, ať už v ambulanci nebo v nemocnici, kdy je dítě přijímáno k hospitalizaci, je nejdůležitější získání důvěry dítěte. Dětský pacient přichází většinou s obavami, co se s ním bude dít. Důležitá je tedy dobrá psychická příprava dítěte a vlídné a laskavé chování zdravotníků. S dítětem i jeho rodiči jsme v neustálém kontaktu. Dítěti nelžeme, vše vysvětlujeme, komentujeme, dítě uklidňujeme a povzbuzujeme. Nezapomínáme na neverbální projevy v komunikaci – pohlazení, objetí nebo držení za ruku. Nezbytná je pochvala a obrázek či drobný dáreček (Vejrostová, 2006, s. 99; Kosorínová, 2003, s. 69; Vincentová, 2007, s. 116; Matějček, 2001b, s. 211; Zacharová, 2008, s. 56; Vojtíšek, 2012, s. 67; Hudáková, Kokorud'ová, 2008, s. 12; Gulášová, 2004, s. 321). Pobyt v nemocnici dětem ulehčuje a zpříjemňuje herní terapie. Hrou se dětem zlepšuje nálada, psychická pohoda, hra odvádí pozornost dítěte od jeho onemocnění, snižuje strach a úzkost. Děti se pomocí herních aktivit seznamují s nemocničním prostředím, pomocí terapeutických panenek se seznamují s orgány lidského těla a psychicky se připravují na různé diagnostické a léčebné výkony, kdy si přímo na panence mohou zkusit různé zákroky, jako např. odběr krve či aplikace injekce. Děti si pomocí hry odžijí a vyjádří negativní emoce, které jsou spojeny s nepříjemnými a bolestivými zákroky (Strouhalová, 2010, s. 43; Řezníčková, Klimentová, 2001, s. 21; Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 53; Machová, Brabcová, 2010, s. 144-145; Cencialová, 2001, s. 53-54; Chylová, Zanovitová, 2005, s. 585-591; Karabová, Ilievová, 2014, s. 35-36). Rodiče mají v péči o nemocné dítě nezastupitelnou úlohu. Pro děti znamenají zdroj bezpečí a jistoty. V některých případech ale rodiče mohou být rozrušení či stresováni nemocí nebo hospitalizací svého dítěte a jejich chování se může přenášet i na dítě. Pro ošetřující personál

se mohou stát zátěží. Nezbytností je správně s rodičem komunikovat, pečovat i o jeho potřeby, projevovat spoluúčast a podporu (Cabajová, Bártlová, 2009, s. 196; Grym, 2001, s. 28-30; Gut, 2006, s. 123; Vlčková, 2001, s. 48; Křištofová, 2004, s. 52; Mihál, 2003, s. 198-200; Řezníčková, Klimentová, 2001, s. 21; Vyoral Krakovská, 2013, s. 392-394; Páleníková, Bužgová, 2009, s. 221). Z výzkumů vyplývá, že rodiče hospitalizovaných dětí jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí a s chováním sester k dítěti i doprovázející osobě. Mezi problémové oblasti bylo chybějící signalizační zařízení na pokojích, které umožňuje spojení se sestrou v případě pomoci, dále noční hluk způsobený jinými pacienty nebo zdravotnickým personálem a situace, kdy personál spolu hovořil v přítomnosti rodičů, jako by rodiče nebyli přítomní (Valušová, Jarošová, 2013, s. 267-269; Cabajová, Bártlová, 2009, s. 196-197). Dopady negativních vlivů zdravotnického prostředí na dětského pacienta můžeme zmírnit aplikací Charty práv hospitalizovaných dětí (Zacharová, 2010, s. 334). Většina rodičů práva hospitalizovaných dětí zná, ale ne vždy jsou ze strany zdravotníků dodržována. Práva by se měla více dostat do povědomí rodičů i zdravotníků pomocí informačních brožur, článků, seminářů a konferencí. Měly by také probíhat audity s cílem kontroly dodržování práv hospitalizovaných dětí (Vyoral Krakovská, 2013, s. 392-394; Ondriová, Magurová, Galdunová, 2010, s. 206-209). Druhý cíl bakalářské práce byl splněn.

Doporučení pro praxi

V dnešní době dětem pobyt ve zdravotnickém zařízení zpřijemňuje barevné prostředí, obrázky na stěnách a plno hraček. Zdravotníci ale stále nosí převážně bílé oblečení, což na děti nepůsobí dobře. Obzvláště v nemocnicích by měli zaměstnavatelé zajistit zdravotnímu personálu, který pečuje o nemocné děti, barevný oděv nebo oděv s veselými obrázky, který by děti uklidnil a povzbudil.

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

ANONYMOUS. 2002. Zdravotní klaun. In: Kateřina JECHOVÁ (ed.). *Cesta k modernímu ošetrovatelství: sborník příspěvků z konference*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole 19. – 20. září 2002, s. 143-144. ISBN neuvedeno.

BERÁNKOVÁ, Žaneta. 2011. Etické problémy při hospitalizaci dítěte. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, roč. 2, č. 3, s. 272-280. [cit. 2. 3. 2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z:

http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/6_berankova.pdf.

CABAJOVÁ, Veronika, BÁRTLOVÁ, Sylva. 2009. Hospitalizace dítěte z pohledu doprovázející osoby. *Pediatric pro praxi* [online]. 2009, roč. 10, č. 3, s. 196-197. [cit. 9. 5. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z:

<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/03/14.pdf>.

CIENCIALOVÁ, Andrea. 2001. Herní terapie. *Ošetrovatelství*. 2001, roč. 3, č. 1-2, s. 53-54. ISSN 1212-723X.

DORKOVÁ, Zlatica, ŠRAHŮLKOVÁ, Kateřina. 2010. Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí. In Daniel JIRKOVSKÝ (ed.). *Cesta k modernímu ošetrovatelství XII. Recenzovaný sborník příspěvků z konference*. Fakultní nemocnice v Motole 16. a 17. 9. 2010, s. 50-55. ISBN 978-80-87347-03-4.

EDWARDS, Gary. 2013. Zdravotní klaun v péči o chronicky nemocné dítě. *Pediatric pro praxi*. 2013, roč. 14, suppl. A (Kongres pediatriů a dětských sester, XXXI. dny praktické a nemocniční pediatrie: Hotel NH Olomouc Congress, 31. 5. – 1. 6. 2013), s. 34-36. ISSN 1213-0494.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. 2004. Psychosociální aspekty ošetrovatelské péče v průběhu fyzikálního vyšetřování dítěte. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 2, s. 87-88. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/02/11.pdf>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. 2005. Hodnocení dítěte sestrou. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, roč. 6, č. 3, s. 159-162. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/03/12.pdf>

GRYM, Josef. 2001. Dítě s matkou v nemocnici. *Pediatric pro praxi* [online]. 2001, roč. 2, č. 1, s. 28-30. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2001/01/09.pdf>.

GULÁŠOVÁ, Ivica. 2004. Psychologický přístup k hospitalizovanému dětskému pacientovi. *Československá pediatrie*. 2004, roč. 59, č. 6, s. 320-321. ISSN 0069-2328.

GUT, Josef. 2006. Komplexní péče o děti v nemocnici a jejich rodiče. *Pediatric pro praxi* [online]. 2006, roč. 7, č. 3, s. 123. [cit. 30. 5. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/03/01.pdf>

HUDÁKOVÁ, Zuzana, KOKORUĐOVÁ, Jana. 2008. Špecifiká komunikácie s dieťaťom. *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik*. 2008, roč. 14, č. 1, s. 10-12. ISSN 1335-5090.

CHROMÁ, Olga, HLAUČOVÁ, Eva, HYRDELOVÁ, Eva. 2006. Psychosociálna problematika chronických ochorení v detskom a adolescentnom veku. *Pediatric*. 2006, roč. 1, č. 4, s. 210-212. ISSN 1336-863X.

CHYLOVÁ, Eva, ZANOVITOVÁ, Mária. 2005. Psychická príprava detí na diagnostický alebo terapeutický zásah s využitím špeciálnej bábky. In Juraj ČÁP et al. (eds.). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve* [online]. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2005, s. 585-592. [cit. 30. 5. 2014]. ISBN 80-88866-32-4. Dostupné z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf.

JAKUBEKOVÁ, Jarmila, DOBIÁŠOVÁ, Eva. 2010. Vliv prostředí chirurgického pracoviště na psychiku dítěte. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 77-79. ISSN 1210-0404.

KARABOVÁ, Zuzana, ILIEVOVÁ, Ľubica. 2014. Příprava dětí na diagnostické a terapeutické postupy. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 3, s. 35-37. ISSN 1210-0404.

KOSORÍNOVÁ, Marcela. 2003. Význam výchovy v procese adaptácie dieťaťa na nemocničné prostredie. *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. 2003, roč. 9, č. 3, s. 68-70. ISSN 1335-5090.

KOVÁCS, László. 2013. Úsmev lieči deti. *Pediatrica pre prax*. 2013, roč. 14, č. 2, s. 47. ISSN 1336-8168.

KRIŠTOFOVÁ, Erika. 2004. Očakávania hospitalizovaného dieťaťa a jeho rodičov. *Ošetrovateľství*. 2004, roč. 6, č. 1-2, s. 51-53. ISSN 1212-723X.

MACEGOVÁ, Ivona. 2005. Podiel ošetrovateľstva na prevencii hospitalizmu. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2005, roč. 3, č. 3, s. 7-10. ISSN 1336-183X.

MACHOVÁ, Alena, BRABCOVÁ, Iva. 2010. Úloha sestry v zajištění herních aktivit hospitalizovaných dětí. *Kontakt* [online]. 2010, roč. 12, č. 2, s. 144-150. [cit. 2. 3. 2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2010/578-uloha-sestry-v-zajisteni-hernich-aktivit-hospitalizovanych-deti>.

MATĚJČEK, Zdeněk. 2001a. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. 2001b. Dětský pacient v komunikaci s lékařem. *Pediatric pro praxi* [online]. 2001, roč. 2, č. 5, s. 210-211. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2001/05/02.pdf>.

MELÍŠKOVÁ, Daniela. 2008. Smích a dobrá nálada jsou prvním krůčkem k uzdravení. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 5, s. 275. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/01.pdf>.

MIHÁL, Vladimír. 2003. Nemocné dítě a rodina. Mění se úloha rodiny v péči o nemocné dítě? *Pediatric pro praxi* [online]. 2003, roč. 4, č. 4, s. 198-201. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/04/05.pdf>.

NAĐOVÁ, Monika, MARCINKOVÁ, Mária, PRANČÍKOVÁ, L. 2009. Rodina a adaptácia dieťaťa na nemocničné prostredie. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 2, s. 24-26. ISSN 1801-1349.

NĚMEC, Vladimír. 2006. Charta práv dětí v nemocnici. *Československá pediatrie*. 2006, roč. 61, č. 11, s. 669-672. ISSN 0069-2328.

NEŠPOR, Karel. 2007. Děti a smích. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2007, roč. 8, č. 4, s. 199. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2007/04/01.pdf>.

ONDRIOVÁ, Iveta, FERTALOVÁ, Terézia, ŠANTOVÁ, Tatiana. 2009. Výchovné zamestnávanie ako jedna z foriem prevencie hospitalizmu u detí. *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. 2009, roč. 15, č. 2, s. 100-102. ISSN 1335-5090.

ONDRIOVÁ, Iveta, MAGUROVÁ, Dagmar, GALDUNOVÁ, Helena. 2010. Prieskum o právach hospitalizovaného dieťaťa. In Jana HALUZÍKOVÁ, Alexandra ARCHALOUSOVÁ (eds.). *Cesta k profesionálnému ošetrovatelství: sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí, Opava 22. – 23. 9. 2010: sborník příspěvků z konference*. [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, s. 206-209. [cit. 15. 5. 2014]. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>.

ONDRIOVÁ, Iveta, SINAIOVÁ, Anna. 2011. Psychické problémy u detí v perioperačnom období. *Urologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 4, s. 262-264. [cit. 2. 3. 2014]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/04/14.pdf>.

PÁLENÍKOVÁ, Andrea, BUŽGOVÁ, Radka. 2009. Zkušenosti rodičů a sester s dlouhodobou hospitalizací dítěte s doprovodem rodiče. *Profese on-line* [online]. 2009, roč. 2, č. 4, s. 211-222. [cit. 2. 3. 2014]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2009_04/palenikova_09_07_tisk.pdf.

RAPČÍKOVÁ, Tatiana. 2008. Význam uspokojovania potreby bezpečia a istoty u hospitalizovaných detí. *Florence*. 2008, roč. 4, č. 3, s. 118-119. ISSN 1801-464X.

RŮŽIČKOVÁ, Barbora. 2007. Dítě v nemocnici – co chce a co mu schází. *Florence*. 2007, roč. 3, č. 1, s. 23. ISSN 1801-464X.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice, KLIMENTOVÁ, Dagmar. 2001. Herní specialista aneb o čem se nemluví. *Zdravotnické noviny*. 2001, roč. 50, č. 32, s. 21. ISSN 1805-2355.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SIKOROVÁ, Lucie, CZUDKOVÁ, Monika. 2011. Komunikace dětských sester se sluchově postiženými dětmi. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 3, s. 210-212. [cit. 8. 4. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/03/16.pdf>.

STROUHALOVÁ, Pavla. 2010. Herní terapie v nemocnicích. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 43-44. ISSN 1210-0404.

VALUŠOVÁ, Dana, JAROŠOVÁ, Darja. 2013. Hodnocení kvality péče rodiči dětských pacientů. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, roč. 14, č. 4, s. 267-269. [cit. 13. 5. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/18.pdf>.

VEJROSTOVÁ, Eva. 2006. Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi* [online]. 2006, roč. 7, č. 2, s. 99. [cit. 2. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/02/06.pdf>.

VINCENTOVÁ, Dana. 2007. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, roč. 8, č. 2, s. 116-118. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/12.pdf>.

VLACHOVÁ, Marie. 2013. Dětská sestra – od kvalifikace ke specializaci. In Daniel JIRKOVSKÝ (ed.). *Cesta k modernímu ošetřovatelství XV – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí* [online]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2013, s. 62-63. [cit. 8. 6. 2014]. ISSN 978-80-87347-14-0.

Dostupné z: http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/1/838/sbornik-cmo-xv-2013.pdf.

VLČKOVÁ, Nad'a. 2001. Odlišnosti v plánování ošetrovatelské péče při hospitalizaci dítěte s matkou a bez matky. *Ošetrovatelství*, 2001, roč. 3, č. 1-2, s. 47-50. ISSN 1212-723X.

VOJTÍŠEK, Petr. 2012. „Přijel pán ve žlutém autě...“ aneb Transporty dětí v sanitních vozech. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, č. 2, s. 67. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/02/01.pdf>.

VYORAL KRAKOVSKÁ, Radka. 2013. Informovanost rodičů o právech hospitalizovaných dětí. *Pediatric pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 6, s. 392-394. ISSN 1213-494.

ZACHAROVÁ, Eva. 2008. Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 1, s. 56-57. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/12.pdf>.

ZACHAROVÁ, Eva. 2010. Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi* [online]. 2010, roč. 11, č. 5, s. 334-335. [cit. 8. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/05/13.pdf>.

ZACHAROVÁ, Eva, ŘÍMOVSKÁ, Zdenka. 2014. Nemocné nebo zdravotně postižené dítě v rodině. *Pediatric pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 1, s. 55-56. ISSN 1213-0494.

PŘÍLOHA

Charta práv hospitalizovaných dětí

Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně poskytnuta v domácím léčení nebo při ambulantním docházení.

Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

Děti, případně jejich rodiče, mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Děti, případně jejich rodiče, mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Dětem se musí dostávat péče náležitě proškoleného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.

Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

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.

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