

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Alice Řezníčková

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Komplexně pojatá psychosociální péče
o hospitalizované dítě**

Alice Řezníčková

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Praha 2013

Prague college of psychosocial studies

**Complex conception of the psychosocial
care for hospitalized children**

Alice Řezníčková

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Eva Petráková

Praha 2013

Anotace

Předmětem diplomové práce je problematika hospitalizovaných dětí a jejich rodin, a to nejen z pohledu psychosociálních aspektů hospitalizace, ale i v širším kontextu. V teoretické části práce autorka představuje historické souvislosti a vývoj názorů na humanizaci péče o děti v nemocnici. Následně komparuje mnohaleté britské zkušenosti v oblasti péče o hospitalizovanou rodinu s českou realitou. Na základě analýzy aktuálního stavu studované problematiky v České republice vysvětluje důvody vzniku a etablování nových rolí – kontaktní sestry a herního specialisty. Tyto role podrobně představuje a definuje. Praktickým výstupem teoreticky zaměřené práce je manuál psychosociální péče o hospitalizovanou rodinu.

Klíčová slova: hospitalizace dítěte, rodina, nemocnice, herní specialista, kontaktní sestra

Abstract

Subjected diploma work is aimed at the problematic of hospitalized children and their families, not only from the point of view of the psychosocial aspects of hospitalization but also in broader context. In the theoretical part, the author reviews the historical context and development of opinions on care of hospitalized children. In the next part, long-term British experience in the area of care for hospitalized family is compared with current situation in Czech Republic. Based on the analysis of current situation of examined problematic, an explanation is provided for inception and entrenching of new roles – liaison nurse and play specialist. These roles are defined and described in detail. Practical output of this theoretically aimed work is the manual of psychosocial care for a hospitalized family.

Key words: Child hospitalization, family, hospital, play specialist, liaison nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou práci vypracovala samostatně, na základě vlastních zjištění a s použitím citovaných pramenů literatury a dalších zdrojů.

V Praze, dne 26. 4. 2013

.....
Alice Řezníčková

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Petrákové za odborné a vstřícné vedení i cenné rady při zpracování této diplomové práce.

Alice Řezníčková

Obsah

Úvod	10
1 Vývoj názorů na humanizaci péče o děti v nemocnici	12
1.1 Historické souvislosti	12
1.2 Práva dětí v péči o zdraví	15
1.2.1 Úmluva o právech dítěte	16
1.2.2 Charta práv dětí v nemocnici	18
1.2.3 Další právní normy	18
1.3 Britský model péče	20
1.3.1 Family Centred Care	20
1.3.2 Dohodnutá péče	21
1.3.3 Herní práce s dětmi v nemocnici	23
2 Historie studované problematiky v České republice	26
2.1 Projekt DAR	27
2.2 Nadační fond Klíček	28
2.3 Společnost pro herní práci	29
2.4 Vzdělávání herních specialistů	30
2.5 Vznik a etablování herní práce a péče zaměřené na rodinu	32
2.6 Analýza aktuální situace	35
3 Nové role – kontaktní sestra pro rodiče a herní specialista	39
3.1 Kontaktní sestra	42
3.1.1 Role kontaktní sestry	42
3.1.2 Přehled činností kontaktní sestry	43
3.1.3 Příklad dobré praxe	44
3.2 Herní specialista	47
3.2.1 Role herního specialisty	47
3.2.2 Přehled činností herního specialisty	49
3.2.3 Herní služby	50

4 Manuál psychosociální péče o hospitalizovanou rodinu	53
Spolupráce s rodinou	54
Potřeby hospitalizovaných dětí a dospívajících	61
Herní aktivity a specifika nemocniční hry	69
Spolupráce s rodiči.....	88
Závěr	92
Seznam použité literatury a jiných pramenů	94

Úvod

Předmětem diplomové práce je problematika hospitalizace dítěte a jeho rodiny, a to nejen z pohledu psychosociálních aspektů, ale i v širších souvislostech. Autorka textu je přesvědčena, že k pochopení současného stavu řešené problematiky je nutná alespoň částečná znalost historie problému. Téma práce zvolila z několika důvodů. Prvním je skutečnost, že pracuje téměř dvacet let v roli tzv. kontaktní sestry a herní specialistky na specializovaném pediatrickém pracovišti. Dále předpokládá, že v práci může uplatnit poznatky ze studijních cest do Velké Británie i své dlouholeté zkušenosti získané aktivní účastí v hnutí za humanizaci péče o nemocné děti v České republice. Stála totiž u zrodu a etablování herní práce i péče zaměřené na rodinu pacienta a stále se angažuje ve snahách o jejich legalizaci. V neposlední řadě ovlivnila výběr tématu jeho aktuálnost. V letošním roce oslaví dvacáté výročí britsko-česká iniciativa DAR – děti a rodiče v nemocnici. Autorka se domnívá, že je vhodné právě nyní připomenout nutnost pokračovat v započatých snahách o změnu systému péče o hospitalizované děti.

Do výběru tématu promlouvaly především autorčiny dlouhodobé zkušenosti z praxe. Jako dětská sestra měla možnost již od poloviny osmdesátých let minulého století pozorovat následky izolace nemocného dítěte od rodiny. Děti byly přijímány, až na nepatrné výjimky, do nemocnice bez průvodce a rodina je mohla krátce navštívit pouze ve vymezeném čase. Od počátku devadesátých let se situace na pediatrických odděleních začala pomalu měnit, a to hlavně díky transferu idejí a vědecky ověřených postupů ze zahraničí. V České republice se začal postupně uplatňovat moderní princip péče zaměřené nejen na nemocné dítě, ale i na jeho rodinu a na některých pracovištích doplnili zdravotnické týmy pracovníci v nových rolích – herní specialista a kontaktní sestra.

Předkládaná práce je členěna do čtyř kapitol. První přibližuje vývoj názorů na humanizaci péče o nemocné děti. Popisuje historické souvislosti a chronologický vývoj problematiky ve Velké Británii, včetně výčtu relevantních právních norem. Dále představuje Britský model péče o hospitalizované děti s důrazem na tři důležité pilíře tohoto modelu.

Druhá kapitola je věnována historii studované problematiky v České republice. Mapuje, opět chronologicky, vznik a etablování herní práce s dětmi v nemocnici i aktivity směřující k zavádění péče zaměřené na celou rodinu pacienta. Představuje významné projekty, organizace a vzdělávací aktivity zaměřené na tuto problematiku. V závěru kapitoly pak autorka analyzuje aktuální situaci v této oblasti.

Ve třetí kapitole autorka představuje nové role - kontaktní sestru a herního specialistu. Vysvětluje důvody a okolnosti vzniku těchto rolí v kontextu předcházejícího textu. Nastiňuje jejich přínos pro pacienty, rodiče i zdravotníky a vyjmenovává odborné činnosti a kompetence z nich vyplývající.

Čtvrtá kapitola je pojatá jako samostatný útvar. Jedná se o praktickou část diplomové práce nazvanou *Manuál psychosociální péče o hospitalizovanou rodinu*. Text vychází z poznatků teoretické části, především však z praktických zkušeností autorky. Popisuje praktickou činnost herního specialisty a kontaktní sestry a je ilustrován fotografiemi z praxe. Manuál je členěn do čtyř kapitol a má sloužit jako učební text či možný model práce s nemocnými dětmi a jejich rodiči.

Cíle předkládané diplomové práce autorka definuje takto:

1. Představit historické souvislosti a vývoj názorů na humanizaci péče o děti v nemocnici.
2. Komparovat mnohaleté zahraniční zkušenosti v oblasti péče o hospitalizovanou rodinu s českou realitou.
3. Analyzovat aktuální stav studované problematiky v ČR a na tomto základě vysvětlit důvody vzniku a etablování nových rolí. Tyto role následně představit a definovat.
4. Vytvořit manuál psychosociální péče o hospitalizovanou rodinu.

Metodologická východiska práce

Práce je zaměřena teoreticky, jejím praktickým výstupem je manuál péče o hospitalizovanou rodinu. Z výzkumných metod je použita analýza a komparace, z technik pak studium dostupných dokumentů a jejich analýza, rozhovory s rodinami nemocných dětí i s kolegy pomáhajících profesí a zúčastněné pozorování. Práce má charakter monografické studie.

1 Vývoj názorů na humanizaci péče o děti v nemocnici

„Počátky institucionalizované lékařské péče o děti jsou v evropském prostředí spatřovány v působení britského lékaře Dr. George Armstronga, který roku 1769 otevřel v Londýně svoji ordinaci nazvanou Ošetřovna pro chudé děti“ (Královec a Královcová, 2007, s. 2). Nemocní sem docházeli ambulantně, samotná léčba probíhala doma. Po několika letech provozu, v roce 1772, začali přátelé na Armstronga naléhat, aby zřídil dům, kde by se mohly v případě potřeby nemocné děti zotavovat. Královec a Královcová dále uvádějí, že Dr. Armstrong to prý rázně odmítl a argumentoval slovy: „Každému myslícímu člověku musí být hned jasné, že něco takového se prostě nedá uskutečnit. Když dítě oddělíte od rodiče nebo od chůvy, na kterou je zvyklé, v okamžiku mu zlomíte srdce; a když ke každému dítěti přijmete hned také chůvu, co by to muselo být za nemocnici, aby je všechny pojala?“ O dvacet let později dětská nemocnice přece jen vznikla. Stalo se tak v Paříži v roce 1792. Další veřejná dětská nemocnice vznikla ve Vídni roku 1826 a poté následovaly například Petrohrad a Berlín (1834), Budapešť (1839), Hamburk (1840), Praha a Moskva (1842), Stockholm (1845). Teprve v roce 1851 vznikla dětská nemocnice také v Londýně (Královec a Královcová, 2007, s. 2).

1.1 Historické souvislosti

Velká Británie je právem považována za kolébkou humanizačních změn v pediatrii. Nejenom že dlouho odolávala a bránila se myšlence dětské nemocniční péče, protože v ní spatřovala mnohá rizika, ale první také pochopila, že se proroctví Dr. Armstronga naplnilo. Britské názory a zkušenosti ovlivnily v minulém století pediatriickou péči ve většině zemí západní Evropy, Ameriky, Kanady, Austrálie, Nového Zélandu, Kuvajtu či Maroka (Starková, 2001). Po roce 1990 se přidala i Česká republika.

Paní Peg Belson, MBE, BA, PhD, britská psychologka, zakladatelka hnutí Mateřská péče dětem v nemocnici a celosvětově uznávaná autorita na tuto problematiku, říká: *„Před více než sto lety byly děti přijímány do nemocnice jen s rozpaky a po dlouhém váhání. Jednak kvůli nebezpečí snadného přenosu infekce, jednak proto, že za nejlepší možnou*

ošetřovatelku byla samozřejmě považována matka [...]. Počátkem dvacátého století se však tyto zvyklosti zcela změnily. Děti přijímané do nemocnice byly zpravidla izolovány od svých rodin, někdy i na dlouhé týdny.“ (Belson, 1993, s. 5). Předpokládalo se, že kompetentní nemocniční personál poskytne dítěti kvalitnější péči než nepoučení rodiče. Dítě bylo předáno zdravotníkům a po vyléčení vráceno zpět rodině. Stejně jako v českých nemocnicích mohli rodiče své hospitalizované dítě navštívit jen minimálně. V Anglii ovšem bylo dost lidí, odborníků i rodičů, kterým tato situace nevyhovovala, a chtěli ji řešit. Psychologické studie z padesátých let zkoumající separační reakci dítěte při odloučení od matky ovlivnily také názory na odloučení dítěte od rodičů při přijetí do nemocnice (Starková, 2001). Psychoterapeut James Robertson natočil v rámci své výzkumné práce skrytou kamerou dítě, které jde do nemocnice bez doprovodu rodičů. Vznikl film *A Two-Years-Old Goes to Hospital* (Dvouletá jde do nemocnice, 1952). Snažil se vysvětlit a ukázat kompetentním odborníkům i institucím, že hospitalizované děti zdaleka netrápí jen nemoc a fyzická bolest (Belson, 1993). Matějček uvádí, že již v roce 1954 účastníci konference pořádané Světovou zdravotnickou organizací ve Stockholmu tato fakta uznali. Jednoznačně vyjádřili názor, že hospitalizace představuje nejčastější dlouhodobou separaci dítěte od rodiny a přináší tedy určitá nebezpečí pro jeho další zdravý duševní vývoj (Matějček, 1992).

Dle Belson britské ministerstvo zdravotnictví reagovalo na tyto nové poznatky a v roce 1959 sestavilo zvláštní komisi, jejímž úkolem bylo vypracovat studii o tom, jak je v nemocnici postaráno o pohodu a dobrý pocit nemocných dětí. Její zpráva, nazvaná *The Welfare of Children in Hospital* (Pohoda dětí v nemocnicích), byla publikována v roce 1959 jako Plattova zpráva. Přinesla celou řadu nejrůznějších doporučení a byla uvedena prohlášením, které stvrzovalo důležitost rodičovské role a psychosociálních potřeb dítěte. Ministerstvo zdravotnictví přijalo tuto zprávu jako součást své oficiální politiky a požádalo všechny nemocnice, aby publikované závěry přenesly do své praxe. Praktická reakce na tuto zprávu však byla minimální (Belson, 1993). Proto, jak Belson dále uvádí, založilo několik matek, lékařů a sester v roce 1961 dobrovolnou organizaci *Mother Care for Children in Hospital* (Mateřská péče dětem v nemocnici). A tato organizace, i když pod jinými jmény, hraje dodnes klíčovou roli ve změnách systému péče o nemocné děti nejen ve Velké Británii, ale také v řadě dalších zemí. Podporuje a podílí se na výzkumných studiích i zavádění jejich výsledků do praxe a organizuje celonárodní průzkumy kvality péče. V roce 1963 změnila organizace svůj název na *National Association for the Welfare*

of Children in Hospital (NAWCH - Národní asociace pro pohodu dětí v nemocnici). V roce 1985 vydala NAWCH dokument Charter for Children in Hospital (Charta práv dětí v nemocnici), který se stal základním zdrojovým textem pro podobné dokumenty jinde ve světě. V roce 1988 se stala základem pro Evropskou chartu práv hospitalizovaných dětí. V roce 1991 se organizace opět přejmenovala, tentokrát na Action for Sick Children. Pod tímto názvem pracuje dodnes (Belson, 1993).

V roce 1991 vydalo britské ministerstvo zdravotnictví směrnici The Welfare of Children and Young People in Hospital (Péče o děti a mladistvé v nemocnici). V dokumentu bylo jasně formulováno, že dobrá péče o nemocné dítě musí být zaměřena na celou rodinu. Tato péče byla nazvána Family Centred Care. Dalším přínosem bylo doporučení nemocnicím zabezpečit na všech dětských odděleních podmínky pro hru, zaměstnat odborně vzdělané herní specialisty a dále zajistit, aby se tito pracovníci stali součástí zdravotnického týmu (Starková, 2001).

Také v bývalém Československu a dalších zemích se problematikou předčasné separace, deprivace, využívání obranných mechanismů či negativními následky hospitalizace zabývali přední dětské psychologové a další odborníci. Všichni se shodují, že přijetí do nemocnice představuje pro dítě každého věku náročnou životní situaci. Dítě se musí vyrovnat s neznámým ohrožujícím prostředím a dále se nedobrovolně setkat s velkým množstvím cizích lidí. Cook et al. odhadují, že se dítě během prvních dvaceti čtyř hodin hospitalizace může setkat až s padesáti novými osobami. Dále dítě většinou podstupuje mnoho nepříjemných a bolestivých zákroků a současně trpí následky separace od rodiny a přátel (Cook et al., 1989). Separací v tomto kontextu rozumíme náhlé přerušení již vytvořených vztahů (Matějček, 1992). *„Můžeme ji také definovat jako situaci, při níž dochází k přerušení specifického vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím.“* (Matějček, 2001, s. 76). Proto je každá násilná separace pro dítě komplexní, složitou psychologickou situací. Je nebezpečná, dojde-li k ní v době, kdy je dítě ještě na matce silně závislé a kdy separační aktivita nevychází z něho, ale z životních okolností, kterým nerozumí. Dítě si pak situaci vyloží svoje odvržení či potrestání. Odtud pramení citová nejistota a separační úzkost ze ztráty matky, jež je základem mnoha neurotických poruch (Cook et al., 1989). Kromě separační reakce se může u dítěte hospitalizovaného bez rodiny rozvinout také hospitalismus, jakási „nemocniční nemoc“. Dítě se nepřizpůsobí nemocničnímu prostředí a začnou se u něj projevovat příznaky maladaptivního chování

(Matějček, 2001, s. 71). Nebezpečí psychických obtíží vzrůstá, čím je dítě mladší, čím déle v nemocnici pobývá, čím méně připraveno do nemocnice přichází a čím náročnějším lékařským zákrokům je podrobena (Langmeier a Matějček, 1974, s. 105). Sociální a citovou deprivaci jsou ohrožené především dlouhodobě hospitalizované děti. Dochází u nich k omezení či ztrátě přiměřených mezilidských kontaktů a často jim chybí i stabilní a spolehlivý vztah s blízkým člověkem. (Vágnerová, 2002, s. 74). Stejná autorka dále upozorňuje, že typickou obrannou reakcí na náročnou a ohrožující situaci je u těchto dětí regrese. Přináší jim úlevu a pomáhá dočasně se vyrovnat s aktuální situací (Vágnerová, 2002). Mareš a kol. uvádějí a dokládají, že hospitalizace dítěte je významným psychosociálním stresorem jak pro dítě, tak pro jeho rodinu. Vyzdvihují důležitost sociální opory poskytované dítěti jeho rodinou a připomínají, že tato opora byla identifikována jako významný předpoklad pro obnovení psychosociální integrity dítěte po ukončení hospitalizace. Dále zdůrazňují, že společná hospitalizace některého z rodičů je významnou pomocí nemocnému dítěti (Mareš a kol., 2003, s. 162).

Na rozdíl od Velké Británie a dalších zemí, které se z výzkumných studií a doporučení vědců poučily, v zemích východní Evropy přetrvával až do devadesátých let minulého století ve zdravotnictví paternalistický přístup. Přestože výzkumy českých psychologů, ve světě ceněné, upozorňovaly na nebezpečí separace a deprivace především u malých dětí, systém zdravotnické péče to téměř neovlivnilo. Výjimku tvoří zřízení Speciálních škol při nemocnicích a v letech 1966 - 1971 experimentální působení tzv. výchovných sester. Obecně je ale nutno přiznat, že mnoho dětí bylo v nemocnicích po léta traumatizováno.

1.2 Práva dětí v péči o zdraví

Do vývoje událostí zasáhly významně také právní normy, především ty mezinárodní, které upravují práva dětí a následně podmiňují kvalitní zdravotnickou péči a služby. „*Děti mají svá práva a my musíme nalézat způsoby, jak i děti zapojovat do dění a jak jim naslouchat, abychom na jejich myšlenky a názory dokázali brát zřetel [...]. Úmluva o právech dítěte nám dává možnost budovat takové zdravotnické služby, v jejichž centru bude stát nemocné dítě a jeho práva.*“ (Belson, 1996, s. 124).

Nezletilé děti mají kromě univerzálních lidských práv ještě některé zvláštní potřeby. Proto je třeba, vzhledem k jejich věku, upravit jejich práva odchylně. Způsob uplatňování lidských práv byl ponechán jednotlivým státům. Mezinárodní společenství jen kontroluje, jak státy své mezinárodní závazky plní a vytváří nátlaku na ty, jež tak nečiní. Česká republika ve své Ústavě přímo podřídila zákony mezinárodním závazkům v oblasti lidských práv (Matoušek a kol., 2001, s. 169).

1.2.1 Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte je mezinárodním právním dokumentem, který kodifikuje práva dítěte formou smlouvy a je pro státy, jež ji ratifikovaly, závazná. Úmluva byla přijata Organizací spojených národů v roce 1989, v platnost vstoupila v roce 1990. Česká republika je tímto dokumentem vázána od roku 1993, kdy se tato stala součástí ústavního pořádku. ČSFR dokument ratifikovala již v roce 1991 (MV ČR, 1999).

Na osmém Evropském kongresu Evropské federace katolických lékařských asociací, dále FEAMC, který se v roce 1996 konal v Praze, přednesla Dr. Belson zásadní přednášku o právech dětí v péči o zdraví. Tento komentovaný výklad Úmluvy o právech dítěte, podpořený autoritou přednášející, přispěl k rozpoutání diskuse mezi odbornou i laickou veřejností. Ukázal na nutnost změn v péči o děti v českých nemocnicích, a významně podpořil projekt DAR, představený dále v této práci. Belson upozornila, že Úmluva poprvé v historii zakotvuje do mezinárodního práva povinnost uvést práva dětí na stejnou úroveň jako práva dospělých. Dítě je zde definováno jako „každá lidská bytost mladší osmnácti let“. Dokument se stává výzvou pro všechny, kdo pracují ve zdravotnictví, a také příležitostí ke zlepšení zdravotních služeb zaměřených na děti a mládež (Belson, 1996). V následujícím přehledu uvádím nejdůležitější myšlenky přednášející:

V nejlepším zájmu dítěte

V článku 3.1 je uvedeno, že při jakémkoli rozhodování a jakékoli činnosti týkající se dětí musí být „zájem dítěte předním hlediskem“. K naplnění tohoto principu je zapotřebí účinný systém, přizpůsobený potřebám dítěte, který by akceptovaly všechny zdravotnické služby.

Standardy poskytování péče

Podle článku 3.3 mají děti a mladí lidé právo na takové služby a zařízení, které odpovídají příslušným standardům. Všechna zařízení poskytující zdravotní péči by měla dětem nabízet přátelské a bezpečné prostředí. Personál by měl být odborně vyškolen v oblasti péče o děti, měl by chápat nutnost rozdílného přístupu k dětem různých věkových kategorií, měl by se k dětem chovat s úctou a porozuměním. Nezbytností je také schopnost dobré komunikace.

Respekt vůči rodičům a opatrovníkům, jejich podpora a kontakt s nimi

Hlavní odpovědnost za výchovu dětí mají jejich rodiče nebo lidé, kteří o ně pečují. Povinností vlády je poskytovat rodičům takovou podporu, informace a služby, které jim umožní a pomohou jejich roli naplnit, a zajistí její respektování. Děti a mladiství mají právo na to, aby nebyli od svých rodičů či opatrovníků odlučováni, pokud toto není v jejich nejlepším zájmu (články 5, 9, 18).

Názor dítěte, jeho přístup k informacím

Pokud děti či mladiství mají na své zdraví, léčbu, nebo na poskytování služeb svůj vlastní názor, mají právo jej vyjádřit. Mají také právo na to, aby mu byla věnována patřičná pozornost. Realizovat tuto zásadu znamená posoudit, nakolik je dítě kompetentní činit rozhodnutí a vyjadřovat své názory. Toto nezávisí jen na jeho schopnostech, ale také na tom, jak a nakolik bylo dítě informováno a s jakým respektem se k němu chováme. Zralost nemusí být nutně vázána na věk. Rodiče je třeba povzbuzovat, aby dokázali své dítě do rozhodování aktivně zapojit. Děti mají právo na informace předkládané způsobem, který respektuje jejich jazykové a komunikační potřeby. Informace musí být jasná, přesná, relevantní a úměrná věku.

Herní a oddechové aktivity, vzdělávání

V nemocnici mají děti a mladiství právo na „odpovídající a rovné možnosti“ v oblasti hry, oddechové, umělecké a kulturní činnosti a vzdělávání (články 28, 29, 31). Ve své schopnosti naplnit tyto potřeby se jednotlivé země navzájem velmi liší. V řadě zemí však pracují v nemocnici vyškolení odborníci – herní specialisté, kteří poskytují dětem i jejich rodičům kvalifikované služby (Belson, 1996).

Dle Belson Úmluva o právech dítěte především tím, že své principy vztahuje na veškeré služby pro děti, jasně a zřetelně ukazuje, jak je potřeba, aby zdravotníci spolupracovali s ostatními profesionály i s rodiči a aby společně zajistili, že ve jménu jiných zájmů nebude docházet k ohrožování či zanedbávání práv nemocných dětí. „*Studie zaměřené na výzkum*

zdravotnické praxe v mnoha zemích však ukazují, že ačkoli různá vodítka a směrnice existují, nebývají mnohdy uváděny do života či používány jako východiska pro vytváření norem a standardů péče.“ (Belson, 1996, s. 127).

1.2.2 Charta práv dětí v nemocnici

Dalším dokumentem souvisejícím s právy nemocných dětí a těsně provázaným s Úmluvou o právech dítěte je již zmiňovaná Charta práv dětí v nemocnici. Jde o důležitý etický kodex, ne o právní normu. Jak uvádí Haškovcová: *„Práva pacientů ve formě, ve které byla přijata v českých zemích, představují obecnou verzi, která by měla být dále specifikována s ohledem na typické problémy určitých skupin nemocných.“* (Haškovcová, 1994, s. 127). Práva dětských pacientů proto upravuje Charta práv dětí v nemocnici, formulovaná Nadačním fondem Klíček. Předlohou této české verze se staly analogické anglické dokumenty, jak již bylo v této práci uvedeno. Ze stejného zdroje vycházeli také představitelé Českého a Slovenského výboru pro UNICEF, kteří vydali obdobný dokument pod původním názvem Charta práv hospitalizovaných dětí (Haškovcová, 1994). Díky aktivitám manželů Královcových z Nadačního fondu klíček, jež se v září 2008 stal plnoprávným členem EACH (Evropské asociace na podporu dětí v nemocnici), máme možnost seznámit se nejen s původním textem Charty práv hospitalizovaných dětí, ale i s doplňujícími komentáři, jejichž účelem je usnadnit zavádění Charty do praxe (NF KLÍČEK, 2008).

1.2.3 Další právní normy

Jak již bylo zmíněno, Česká republika deklaruje podřízenost svých zákonů mezinárodním závazkům v oblasti lidských práv přímo ve své Ústavě. Trvalo však mnoho let, než byla práva hospitalizovaných dětí a jejich rodičů zohledněna v platné legislativě a stala se tím vymahatelná. V současné době existují dva zákony, ve znění pozdějších předpisů, které studovanou problematiku upravují:

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

§ 25 (1a,b) Je-li při hospitalizaci pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nutná celodenní přítomnost průvodce vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce [...], je pobyt průvodce pojištěnce do dovršení šestého roku věku doprovázeného pojištěnce včetně hrazenou službou; pobyt průvodce pojištěnce staršího 6 let je hrazenou službou jen se souhlasem revizního lékaře. **(2)** Pobyt průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn doprovázený pojištěnec.

§ 16a (1f) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazených služeb hradit poskytovateli, který hrazené služby poskytl, regulační poplatek ve výši 100 Kč za každý den, ve kterém je poskytována lůžková péče [...]. To platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění. Výjimky z tohoto ustanovení jsou uvedeny v zákoně níže (EDICE ÚZ, 2004, s. 16).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

§ 28 (3e) Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou [...], a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb.

§ 31 (5) Jde-li o nezletilého pacienta [...], právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci pacienta a pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý. Pacientovi se v tomto případě informace a zodpovězení doplňujících otázek poskytne způsobem zohledňujícím jeho rozumovou vyspělost a aktuální schopnost informací porozumět. Nezletilému pacientovi staršímu 15 let se informace a zodpovězení doplňujících otázek poskytne v plném rozsahu [...].

§ 35 (1) Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřeně rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn [...]. (EDICE ÚZ, 2012, s. 18 - 21)

1.3 Britský model péče

Během posledních padesáti let došlo ve Velké Británii k velkým změnám v péči o nemocné děti. Britský model se stal vzorem a příkladem dobré praxe pro další země a do dnešních dnů zůstal jedním z nejpropracovanějších možností, jak poskytovat komplexní zdravotnické služby. Zásadním způsobem také ovlivnil dění v České republice. Z těchto důvodů představím hlavní pilíře tohoto přístupu - péči zaměřenou na rodinu, tzv. dohodnutou péči a herní práci s dětmi v nemocnici.

1.3.1 Family Centred Care

„V dnešní době již sestra pracující na dětském oddělení nemocnice nemusí hospitalizovanému dítěti nahrazovat matku. Naopak, její role je zásadním způsobem rozšířena, stává se ještě větší profesionální výzvou. Spočívá ve společné práci, v práci po boku rodiny, která má nemocné dítě.“ (Jolly, 1985, s. 34). Naučit se takovému přístupu není snadné a nese to s sebou mnoho problémů. Celý tým oddělení, tedy lékaři, sestry i příslušníci ostatních profesí, se ocitá v situaci, kdy se musí vyrovnat s novým pojetím práce, osvojit si nové návyky a dovednosti. Péče se přestává soustřeďovat pouze na dítě a v centru jejího zájmu se ocitá celá rodina. Pro mnoho pracovníků je s tím spojena změna jejich dosavadního přístupu k vlastní práci a náhledu na ni (Jolly, 1985). Toto nové pojetí, nová filozofie péče o dětského pacienta se zrodila z mnohaletých výzkumů vlivu separace na hospitalizované děti a byla nazvána Family Centred Care (dále FCC).

Jde o model péče zaměřené na celou rodinu. Její filosofie vychází z přesvědčení, že rodina je pro dítě základní jistota. Mění paternalistický přístup zdravotníků na přístup pečující a partnerský. Vrací rodině její přirozenou pečovatelskou roli, uznává, že rodiče neztrácejí svá rodičovská práva ani během hospitalizace a dále, že jsou nejlepším znalcem svého dítěte (Starková, 2001). Starková ve své přednášce vymezila, s použitím materiálů Dětské nemocnice v americkém Bostonu, některé typické znaky tohoto přístupu:

FCC je typ péče, která usnadňuje spolupráci mezi rodinou a odborníky, udržuje rovnováhu mezi potřebami rodiny a radami profesionálů, jedná s rodiči jako s rovnocennými partnery, vnímá je jako součást týmu.

FCC uznává a respektuje, že rodina je pro dítě konstantou a má v jeho životě rozhodující význam. Proto podporuje rodinu v její pečovatelské roli, prosazuje zachování rodinného způsobu života a aktivně nabízí rodičům spolupráci.

FCC předpokládá sdělování (i sdílení) kompletních a přesných informací. Chápe, že rodiče mohou mít, na rozdíl od profesionálů, odlišnou představu o informacích, které potřebují dostat. Akceptuje skutečnost, že jednotliví rodiče mají odlišnou potřebu detailních informací, přiznává jim právo vědět jen to nejdůležitější. Zdůrazňuje nutnost mluvit způsobem, kterému rodiče rozumí, opakovat informace tak dlouho, jak je třeba, a dát rodičům příležitost k opakovaným dotazům.

FCC respektuje sociokulturní rozdíly mezi rodinami pacientů a podporuje názor, že životní hodnoty, víra, názory na léčbu či výchovu dětí vycházejí z kultury individuální rodiny. Zdravotníci proto musí ke způsobu života rodiny přistupovat citlivě, zvláště pokud se výrazně liší od jejich vlastního.

FCC uznává rozdíly ve zvládnutí náročných životních situací. Chápe, že tyto rozdíly vyplývají z kulturních tradic a hodnot jednotlivých rodin. Dále zastává názor, že je nutno tyto rozdíly respektovat a neposuzovat je jen jako nedostatek spolupráce nebo nesouhlas.

FCC rozvíjí flexibilní služby. Podporuje vývoj dítěte i rodiny, nabízí různé typy podpory: sociální, finanční, pečovatelskou, pohotově reaguje změnami aktivit na novou situaci. Péče a podpora odpovídá tomu, co rodina pokládá skutečně za nejdůležitější, což nemusí korespondovat s názorem odborníků (Starková, 2001, s. 7 - 8).

1.3.2 Dohodnutá péče

Dohodnutou péčí (negotiated care) označují v Británii model péče, podložený výzkumnými studii i mnohaletou praxí, ve kterém je jasně definována role doprovázejícího rodiče, vymezeny kompetence ošetřujícího zdravotnického personálu a stanoveny podmínky vzájemné spolupráce. Jak název napovídá, metoda spočívá v dohadování podmínek péče mezi rodiči nemocného dítěte a pomáhajícími pracovníky. V prostředí britských dětských nemocnic je dnes spolupráce mezi rodiči a pomáhajícími

odborníky většinou velmi dobrá. Profesionálové pokládají péči o rodiče za součást péče o dítě a snaží se vyjít rodičům co možná nejvíce vstříc, i když jsou třeba požadavky rodiny přehnané. Zdůrazňuje se, že rodiče sami rozhodnou o tom, do jaké míry se chtějí zúčastnit péče o dítě podle svých možností a schopností (Řezníčková, 2004). Smith popisuje dohodnutou péči jako způsob, jak vyjít vstříc potřebám dětí i jejich rodičů. V praxi to znamená, že rodiče i profesionálové pracují společně a poskytují optimální péči individuálnímu dítěti. Autorka uvádí, že po zavedení systému společné péče o nemocné děti vyvstal problém s nerovnováhou sil obou zúčastněných stran. Pomáhající pracovníci a rodiče měli samozřejmě rozdílné odborné znalosti a tato nerovnováha vedla k otázce, zda je vůbec možné vytvořit mezi nimi vyrovnané partnerství. Ukázalo se, že právě dohodnutí podílu rodičovské péče na celkové péči o dítě je podstatou dobré spolupráce a tedy i partnerství (Smith, 1995). Autorka dále uvádí, že dohodnutá péče je oboustranný proces spolupráce mezi sestrou a rodinou nemocného dítěte. Je založena na důvěře a respektu, kdy každý účastník dohody má stejnou vážnost. Proces dohadování se vede na všeobecně schváleném plánu péče, přičemž rodina si sama vybere, jak dalece se chce nebo může na péči o dítě podílet. Úroveň rodičovského zapojení je pak probírána dle potřeby, třeba i denně, a rodiče mají možnost libovolně svůj podíl na péči měnit (Smith, 1995). Kladem tohoto systému spolupráce je fakt, že je schopen zajistit, aby se rodiče necítili vykořisťováni a zneužíváni.

V praxi probíhá dohadování během prvních hodin hospitalizace a spočívá ve vypracování plánu dohodnuté péče. Tento plán je legálním dokumentem, hlavním záznamem poskytované péče konkrétnímu dítěti. Musí zohlednit všechny individuální potřeby a požadavky rodiny, musí být napsán srozumitelně, bez odborných termínů, musí být dostupný všem pomáhajícím profesionálům i samotné rodině (Smith, 1995). Dále musí obsahovat případný požadavek rodiny naučit se odborné ošetrovatelské postupy a stanovit rozsah rodinou požadované psychosociální podpory. Při sestavování tohoto plánu je potřeba využít všech dostupných informací, tj. písemných záznamů, dokumentů, rozhovorů s rodinou i s dítětem samotným. Během procesu vymezování dohodnuté péče je nutná spolupráce všech pomáhajících odborníků v týmu.

Tento model péče zde uvádím i proto, že já sama, z pohledu dětské sestry i matky, jej považuji za velmi praktický a přínosný. V české zdravotnické praxi je začleňování rodiny do praktické péče o nemocné dítě někdy velkým problémem, především na

specializovaných pracovištích a jednotkách intenzivní péče. Rozsah a kvalita spolupráce odborníků s rodinou pacienta jsou u nás závislé pouze na ochotě a lidskosti individuálních pracovníků. Pokud vím, neexistuje pracoviště, kde by byl vypracován standard péče o dítě/dospělého pacienta společně s rodinou. Hospitalizovaní rodiče nemají garantovanou podporu a pomoc při vykonávání nových aktivit v neznámém prostředí. Řády jednotlivých pracovišť jim ukládají povinnosti a omezení, spíše než práva. Víím z vlastní zkušenosti, jak může být obtížné vysvětlit pomáhajícím pracovníkům, že jako matka mám jiný názor, nebo že budu ráda vykonávat určitou činnost, jen musím vědět jak. Tato dohoda, uzavřená na počátku hospitalizace a v průběhu pobytu podle potřeby aktualizovaná, by jistě přispěla ke zkvalitnění péče o nemocné dítě a usnadnila by rodině pobyt v nemocnici. Zároveň by vymezila kompetence jednotlivých aktérů a zajistila by pečujícím rodičům nárok na potřebné informace i pomoc pomáhajících pracovníků (Řezníčková, 2004).

1.3.3 Herní práce s dětmi v nemocnici

Herní práce s dětmi v nemocnici je odborná činnost, kterou ve Velké Británii vykonávají speciálně vyškolení herní pracovníci/specialisté. Tato odbornost vzešla ze snah a doporučení britské laické i odborné veřejnosti v šedesátých letech minulého století. V té době se členové Národní asociace pro pohodu dětí v nemocnici (NAWCH) snažili přesvědčit nemocnice, že je potřeba provést zásadní změny. Jednou z nich byla potřeba poskytovat dětem a rodičům v nemocnici rozšířené služby, pokrývající i psychosociální potřeby dětí. Několik poboček asociace proto vytvořilo herní programy, podporovalo a financovalo vyškolení prvních herních pracovníků a zavádění herní práce na dětská oddělení (Valenta a kol., 2001).

První herní pracovníci začali na dětských odděleních britských nemocnic pracovat v roce 1963. Byli vybráni na základě vzdělání, opravňující je pracovat s dětmi, a dále museli prokázat zájem o hru. První specializační kurz v nemocniční hře se uskutečnil o deset let později (Valenta, 2001). „*Rozšiřující se uznání nemocniční hry jako důležité součásti péče o nemocné dítě podnítilo nemocnice k tomu, že v letech 1984 – 1988 postupně převzaly finanční zodpovědnost za místa herních specialistů.*“ (Valenta a kol., 2001, s. 144). Ti do té doby nebyli placeni ministerstvem zdravotnictví, ale z nevládních zdrojů.

Vzrůstající zkušenosti s nemocniční hrou, podložené od počátku výzkumem, umožnily prohlubovat teoretické a praktické základy nového oboru – herní práce. Tento nový obor i samotného profesionála bylo nutné pojmenovat a následně sjednotit užívanou terminologií. Dlouhou dobu panovala značná nejednotnost. Královec a Královcová uvádějí: „*Celkem se v historii pro označení herního specialisty volně používalo dvacet dva různých termínů, teprve se standardizací profese a sjednocením profesní přípravy koncem osmdesátých let došlo k důslednému terminologickému sjednocení.*“ (Královec a Královcová, 2007, s. 8). Jeho výsledkem je název *herní specialista* (play specialist) pro pracovníka s plnou kvalifikací a *herní asistent* (play assistant) pro pracovníka pouze zaškoleného a pracujícího pod dohledem. V angličtině bylo velmi časté označení *herní pracovník* (playworker), dnes se však užívá především ve spojení s nesespecializovanou herní prací v komunitě. Zcela specifická je situace ve Spojených státech, kde se tento odborný pracovník nazývá *odborník na život/potřeby dítěte* (child-life specialist). Pro označení činnosti samé se používá termín *herní práce* (Královec a Královcová, 2007). Zcela nesprávné a zavádějící je označení herní terapeut či herní terapie, protože koliduje s psychoterapeutickou metodou, hrovou terapií, a ve spojitosti s nemocniční hrou je tudíž zcela zavádějící. Pro potřeby této práce používá autorka dále v textu dva termíny, v Česku používané jako synonyma, a to *herní specialista* a *herní pracovník*. Vede ji k tomu aktuální situace, kdy herní specialista není státem uznanou profesí a mezi samotnými herními pracovníky panuje terminologická nejednota.

V současné době je herní práce s nemocnými dětmi i profese herní specialista v Británii na vysoké odborné úrovni. Výukou, standardy péče i podporou herních specialistů se zabývá několik národních organizací - *National Association of health play specialists, British Association of Play Therapists, Hospital play staff education trust a Action for Sick Children*. Vzdělání herním specialistům poskytovalo v průběhu let až šestnáct akreditovaných institucí (Valenta a kol., 2001). Od roku 2010 mají akreditaci dvě fakulty, které poskytují teoreticko-praktické dvouleté vzdělání a následně udělují certifikát. Jedná se o Bolton College a Stanmore College. Seznam organizací a institucí zabývajících se hrou a blahem dětí v nemocnici je součástí příloh této práce.

Zajistit, aby herní služby poskytovali pouze odborně vzdělaní herní pracovníci, stojí nemalé finanční prostředky. Přesto Britské nemocnice zaměstnávají stále více těchto odborníků, protože si uvědomují, že tyto výdaje jsou kompenzovány časem, který sestry,

lékaři a ostatní zdravotnický personál ušetří, pokud děti spolupracují a jsou připraveny na různá vyšetření a zákroky (Valenta a kol., 2001). Belson říká, že v roce 2001 pracovalo v britských nemocnicích cca šest set herních specialistů, ale již v roce 2008 se jejich počet zdvojnásobil. Tito pracovníci však nepracují jen v nemocnici. Poskytují péči a herní služby nejen dětem/dospívajícím hospitalizovaným, ale i v hospicích a v domácí péči (Belson, ústní sdělení, 2008).

2 Historie studované problematiky v České republice

Pobyt rodičů s dětmi v nemocnici má na některých českých pracovištích dlouholetou tradici. Většinou se však hospitalizovaly pouze kojící matky nebo matky dětí s těžkým zdravotním handicapem. Ostatní děti se přijímaly do nemocnice bez průvodce a rodiče je mohli ve vymezeném čase, nejčastěji dvakrát za týden, pouze krátce navštívit. U malých dětí lékaři návštěvy rodičům nedoporučovali vůbec. Začátkem devadesátých let minulého století došlo k významným změnám. V naší republice se začal na některých odděleních uplatňovat moderní princip péče, tedy péče zaměřené i na rodinu pacienta. Zdravotničtí pracovníci se učili pohlížet na rodinu nemocného dítěte jako na nedělitelný celek. Pochopili, že rodiče jsou pro děti v nemocnici nenahraditelní. Většina dětských oddělení začala rušit návštěvní hodiny a vytvořila alespoň základní podmínky pro pobyt rodičů v nemocnici. Byly vybudovány společné pokoje pro matky a děti, a pokud to nebylo možné, alespoň rodičovské ubytovny v areálu nemocnice. Příchod rodičů znamenal nesporně zkvalitnění péče o děti, zároveň však vzrostla zátěž pro ošetřující personál. Z tohoto důvodu a na základě zkušeností ze zahraničí začali působit na některých dětských odděleních noví pracovníci - herní specialisté. Tito odborníci pečují nejen o rodinu dítěte, ale především o dítě samé (Řezníčková, 2002).

Impulesem k těmto změnám se stal projekt DAR – děti a rodiče v nemocnici. O vznik této iniciativy i o zavedení herní práce a péče zaměřené na rodinu, se zasloužily především dvě britské dámy, vzděláním psychologka a dětská lékařka, Peg Belson a Olga Starková. Díky nim mělo mnoho zdravotnických pracovníků, studentů i dalších profesionálů možnost poznat anglické principy péče o děti v nemocnici. Manželé Olga a Jaroslav Starkovi, londýnští lékaři českého původu, založili pro tyto účely organizaci Catching UP Trust. Opakovaně navštěvovali Českou republiku, pořádali přednášky i odborné diskuse, distribuovali a překládali anglické texty, a svým nadšením získávali zdravotníky, úředníky i politiky pro potřebné změny. Paní Peg Belson obětavě pomáhala zájemcům o herní práci, přednášela a předávala své zkušenosti i odborné znalosti. Z českých propagátorů a iniciátorů změn lze uvést především manžele Markétu a Jiřího Královcovy z Nadačního fondu Klíček a autorku této práce.

2.1 Projekt DAR

V roce 1993 vznikl z britské iniciativy projekt DAR – **děti a rodiče** v nemocnici. V jeho podtitulu stálo, že jde o dárek rodičům a dětem k Mezinárodnímu roku rodiny 1994. Iniciátoři projektu, pracovníci anglických organizací Action for Sick Children a Catching UP Trust, i Národního centra podpory zdraví v Praze (předchůdce Státního zdravotního ústavu), se v roce 1993 zúčastnili konference Evropské asociace pro podporu dětí v nemocnici v rakouském Grazu. Závěry této konference pomohly definovat cíle i způsob realizace projektu DAR v ČR.

Účelem projektu DAR bylo napomáhat postupnému zavádění principu péče zaměřené na celou rodinu (FCC) do péče o hospitalizované děti v České republice. Dle interního materiálu Národního centra podpory zdraví v Praze – pracovního návrhu Projektu DAR z roku 1995, si organizátoři stanovili několik cílů: učit rodiče i odborníky, jak uspokojovat citové potřeby nemocných dětí; vytvářet partnerské vztahy mezi rodiči a profesionály; připravit podmínky pro realizaci nového přístupu v péči o nemocné děti ve zdravotnických zařízeních, včetně podpory hry a herních služeb; vyškolit české zdravotníky na pracovištích, která mají zkušenost s FCC jak v Anglii, tak v České republice; informovat nejširší veřejnost o prospěšnosti společného pobytu rodičů s dětmi v nemocnici prostřednictvím multimediální celoroční kampaně; získat pro tyto myšlenky management dětských nemocnic i nejvyšší představitele ministerstva zdravotnictví. Hlavním smyslem toho projektu bylo zajištění blaha hospitalizovaných dětí, prevence narušení jejich citového vývoje a zachování funkce rodiny (Řezníčková, 2004).

V červnu 1994 uspořádala Dětská klinika FN Hradec Králové ve spolupráci s Národním centrem podpory zdraví (NCPZ) a za finanční podpory britské Charity Know How seminář na téma Nová role rodičů při hospitalizaci dítěte. Na seminář navázaly stáže a studijní pobyty sester, lékařů a pracovníků NCPZ v britských nemocnicích. Další aktivity rozvíjené v rámci projektu představovala publicita v českých médiích v rámci Mezinárodního roku rodiny 1994 a vydání informačního letáčku pro rodiče, který připravilo NCPZ ve spolupráci s Action for Sick Children pod názvem „10 důvodů, proč má být maminka v nemocnici společně se svým dítětem“. V letech 1996 – 1998 probíhaly další akce a konference pro laickou i odbornou veřejnost. Jedenkrát ročně se uskutečnilo setkání členů pracovní skupiny DARu ve FN Hradec Králové nebo na dětském oddělení

nemocnice v Pardubicích. Byly distribuovány letáky DARu na dětská oddělení nemocnic i do ordinací pediatrů (Řezníčková, 2004). V roce 1998 vzniklo Koordinační centrum projektu DAR při Státním zdravotním ústavu v Praze (nástupce NCPZ), podporované Českou pediatrikou společností a Českým výborem pro UNICEF. Toto centrum shromažďovalo informace o aktivitách dětských nemocnic a dětských oddělení v ČR, hlásících se k projektu DAR (sedmdesát sedm dětských oddělení) a vydávalo tištěné materiály a videokazety s touto tematikou.

Tento projekt, první oficiální iniciativa podpořená státní institucí, vedl v průběhu let k cíli, který si autoři vytyčili na začátku. Z pilotního projektu, probíhajícího v letech 1994 a 1995 ve východních Čechách, se rozšířil do celé republiky a postupně napomohl změnám, které zásadně ovlivnily pediatrikou péči i české zdravotnictví jako celek.

2.2 Nadační fond Klíček

Dalším významným subjektem, usilujícím od počátku devadesátých let minulého století o humanizaci českého zdravotnictví, je Nadační fond Klíček. Koncem roku 1991 jej založili manželé Královcovi jako Nadaci Klíček. V roce 2000 byla nadace v souladu s nadačním zákonem přeregistrována na Nadační fond Klíček. Mezi jeho cíle patří například zlepšovat životní podmínky vážně nemocných dětí a jejich rodin, posilovat roli rodičů, pomáhat při zavádění funkce herního pracovníka a dobrovolníka na dětská oddělení či vybudovat dětský hospic. Mimo výše zmíněné cíle provozuje organizace od roku 1993 svépomocnou ubytovnu pro rodiče a další blízké, doprovázející své dítě hospitalizované v motolské nemocnici. Dále pořádá letní ozdravné tábory pro děti po dlouhé nemocniční léčbě, podílel se na výrobě dokumentárního filmu "Nezůstat sám", na překladu a vydání tří knih americké lékařky Elisabeth Kübler-Rossovové a v neposlední řadě zpracoval Průvodce po dětských nemocnicích a dětských odděleních ČR (NF KLÍČEK, 2005).

Z výčtu uvedených aktivit je patrné, že zakladatelé Nadačního fondu Klíček, Markéta a Jiří Královcovi, patří k nejvýznamnějším propagátorům herní práce s dětmi v nemocnici i péče zaměřené na rodinu dětského pacienta v České republice. Již od roku 1988 neúnavně publikují, pořádají přednášky a odborné semináře, vyučují, překládají odbornou literaturu

či organizují setkání herních specialistů a příznivců herní práce. Stáli též u zrodu Společnosti pro herní práci s dětmi v nemocnici. V roce 2008 se jejich organizace stala, jako první ze zemí bývalého východního bloku, řádným členem Evropské asociace pro podporu dětí v nemocnici (NF KLÍČEK, 2008).

2.3 Společnost pro herní práci

Občanské sdružení Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici (dále SHP) bylo zaregistrováno v březnu 1999. Jako své hlavní cíle si definovalo: prostřednictvím hry podporovat fyzické, citové a duševní zdraví dětí a mladistvých přijatých do nemocnice a jejich rodin; rozšiřovat povědomí o významu hry v nemocnici; podporovat zavedení herních služeb vedených vyškolenými herními pracovníky a podporovat zavádění principů FCC na všechna dětská oddělení v ČR.

Společnost vznikla za úzké spolupráce s Nadačním fondem Klíček a je členem Národní asociace herních pracovníků (NAHSP), renomované britské profesní organizace. Sdružuje herní pracovníky, speciální pedagogy, dětské sestry, psychology, sociální pracovníky i příznivce herní práce z řad laické veřejnosti. Tedy všechny, kteří se zabývají zaváděním, poskytováním nebo podporou herních programů v dětských nemocnicích. V jejím čele stojí od počátku manželé Královcovi a autorka této práce, která je předsedkyní sdružení. Společnost má v současné době čtyřicet šest členů.

SHP vzniklo mimo jiné i proto, aby vzdělávalo a hájilo zájmy nadšenců, kteří začali po roce 1994 pracovat jako herní specialisté nebo do své práce zanesli prvky herní práce. Ve většině případů šlo o stávající zaměstnance, především dětské sestry a učitelky škol při nemocnicích, které byly pro tuto práci uvolňovány, částečně či na plný úvazek, osvědčenými nadřizenými po seznámení se s projektem DAR. Protože neměly možnost kvalifikačního studia nového oboru, vycházely v praxi ze svého pedagogického či zdravotnického vzdělání a v rámci společnosti zapáleně diskutovaly o ustavení profese i o vhodném vzdělávání. Postupem let se občanské sdružení přetavilo v profesní organizaci a v roce 2008 došlo k doplnění stanov i změně názvu sdružení - Společnost pro herní práci. Na půdě společnosti probíhají jednání nejen ohledně terminologie, ale i standardů herní práce,

etického kodexu, specializačního vzdělávání a v neposlední řadě i legalizace profese. V současné době pracuje v praxi osm herních specialistů se zdravotnickým vzděláním placených nemocnicemi, tři pracovníci placení nadačním fondem Klíček a dále pak speciální pedagogové některých škol při nemocnicích, kteří ve své pedagogické praxi využívají prvky herní práce.

Snahy o legalizaci nové profese vyvrcholily v roce 2001 podáním pozměňovacího návrhu na doplnění Vyhlášky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví o novou kategorii pracovníka – *herního specialisty*. Žádost byla podána na Ministerstvo zdravotnictví České republiky Společností pro herní práci a Profesní a odborovou Unii zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska. Pozměňovací návrh podpořily mimo jiné Česká pediatrická společnost, Katedra psychologie FF UK či Klinika dětské neurologie 2. LF UK, primáři několika dětských oddělení, psychologové, lékaři, dětské sestry, rodiče dlouhodobě nemocných dětí či praktikující herní specialisté. Odbor ošetrovatelství MZ ČR přesto požadavek na vznik nové profese zamítl pro koncepční nevyjasněnost. Další jednání zástupců NF Klíček a SHP proběhlo na půdě MZ ČR naposledy v roce 2011, za přítomnosti Dr. Belson. Jeho výstupem byl příslib zařazení herního specialisty do právě připravované novely zákona o zdravotnických pracovnících.

2.4 Vzdělávání herních specialistů

Kvalitní a dostatečně obsáhlé vzdělání je nezbytné pro vykonávání jakékoli odborné činnosti. Herní specialisté potřebují nejen teoretické znalosti, ale i praktické dovednosti. Jejich průprava má být zaměřená především na znalosti o vývoji zdravého dítěte, vlivu hospitalizace, nemoci a separace od rodiny na psychiku, reakci dítěte na léčebné zákroky, teorii hry, komunikační dovednosti, schopnost organizovat herní práci a služby. Z praktických dovedností si musí osvojit například schopnost navázat s dítětem kontakt a následně bezpečný vztah, specifika práce s dospívajícími či nespolupracujícími dětmi, herní činnosti vhodné pro děti různého věku, zdravotního stavu a hendikepu nebo zásady individuálních příprav na hospitalizaci a léčebné zákroky (Belson, 1995).

První aktivitou na poli vzdělávání herních specialistů a ostatních pomáhajících profesionálů využívajících prvků herní práce byly v letech 1998 až 2004 tzv. *Vzdělávací dny herních specialistů na základě rotačního principu*. Do projektu se postupně zapojilo několik dětských oddělení nebo klinik - Dětské kardiocentrum Fakultní nemocnice Motol v Praze, ZŠ a MŠ při nemocnici Pardubice, Dětské oddělení nemocnice Ústí nad Labem, Dětská klinika Fakultní nemocnice v Plzni, Dětská klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové a Speciální školy při Dětské fakultní nemocnici v Brně. Cílem vzdělávacích dnů bylo propojit osamocené působící herní pracovníky, prohlédnout si konkrétní pracoviště, vyměnit si zkušenosti, poskytnout si vzájemně supervizi. Dále ukázky praktické herní práce, teoretické přednášky a vzájemná kolegiální podpora.

Následoval *Pilotní kurz herní práce*, připravený Nadací Klíček. „*Pracujete s dětmi v nemocnici a přemýšlíte, jak jim jejich situaci ulehčit? Slyšeli jste už o roli herního specialisty? Pak by vás mohl zajímat Kurz herní práce, který za podpory Open Society Fund připravila Nadace Klíček.*“ Takto začínal letáček, kterým organizátoři oslovili v roce 1999 zájemce o herní práci. Přicházeli z řad zdravotních sester, herních pracovníků, dobrovolníků, ale i rodičů. Sedmidenní kurz pro zájemce z celé ČR se konal v prostorách Vyšší školy sociálně pedagogické a teologické JABOK v Praze. Kurz absolvovalo téměř čtyřicet účastníků a někteří z nich následně navázali stáží v britských nemocnicích.

Specializační studium *Dramaterapeut – herní specialista* bylo otevřeno v lednu 2000 na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Jeho garantem byl doc. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D. Jednalo se o tři semestrální kombinované studium, zahrnující v části věnované hernímu specialistovi teoretickou výuku a odbornou praxi pod vedením herních specialistů či pedagogů škol při nemocnici. Výuka probíhala v prostorách Pedagogické fakulty, praxe pak v Praze v Dětském kardiocentru a na Dětském oddělení Pardubické nemocnice. Lektorský kolektiv se následně podílel na knize *Herní specialista*, která vyšla v roce 2001. Byla vydána díky finanční podpoře Vzdělávací nadace Jana Husa a britské The Catching Up Trust v Londýně. Šlo o první publikaci na toto téma u nás. Vedoucím autorského kolektivu byl doc. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D. Z nejasných důvodů došlo k závažnému opomenutí a u konkrétních kapitol chyběla jména autorů. Publika vyšla v následujících letech ve dvou přepracovaných vydáních pod názvem *Herní specialista v somatopedii*. Stále jde o jedinou publikaci v českém jazyce zpracovávající komplexně danou tematiku, a tak je hojně citována.

Certifikovaný program *Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči* připravily společně Střední a Vyšší zdravotnická škola v Plzni, Nadační fond Klíček a Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Jedná se o třísemestrální studijní program, určený zájemcům o herní práci. První běh byl zahájen v roce 2002 a absolvovalo jej šestnáct studentů. V současné době končí studium již čtvrtá studentská skupina. Program poskytuje ucelené vědomosti a dovednosti v oblasti ošetrovatelské péče, herní práce a komunikace. Je rozdělena do čtyř bloků - kurzy herní práce (teoretická i praktická průprava), kurzy individuální a souvislé praxe, kurzy ošetrovatelských předmětů a souborná závěrečná zkouška. Výuka probíhá v prostorách zdravotnické školy a v respitní části budoucího dětského hospice v Malejovicích, zároveň je však maximálně využívána možnost elektronické komunikace prostřednictvím internetu. Pracuje se také s prvky distančního vzdělávání. Jedná se o první vzdělávací program, který důsledně vychází z principu péče zaměřené na rodinu a klade velký důraz na mezioborovou spolupráci. Ve srovnání se zahraničními modely je pojat širěji. Studenti se nepřipravují pouze na práci s dětmi v nemocnici a tak jejich uplatnění v praxi není limitováno zdravotnickým zařízením. (NF KLÍČEK, 2005).

Absolventi tohoto certifikovaného programu, který se koná na půdě zdravotnické školy, by snad v budoucnu mohli získat odbornou způsobilost k výkonu povolání jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví (viz návrh novely zákona o zdravotnických povoláních).

2.5 Vznik a etablování herní práce a péče zaměřené na rodinu

V následujícím přehledu jsem zdokumentovala především vznik a etablování herní práce v ČR, ale i aktivity směřující k zavádění péče zaměřené na celou rodinu pacienta. Obě témata spolu úzce souvisí a je nutné prosazovat a podporovat je společně. K příslušnému roku vždy uvádím významnou aktivitu a stručně jí představuji. Vzhledem k tomu, že jsem se na většině událostí osobně podílela, čerpám informace ze svého soukromého archivu:

1991 - vznik a první aktivity Nadace Klíček (dnes Nadační fond Klíček)

1993 - vznik *Projektu DAR* (Národním centrem podpory zdraví, Praha)

1994 - seminář na téma *Nová role rodičů při hospitalizaci dítěte*, Hradec Králové (pořádá Dětská klinika FN Hradec Králové, ve spolupráci s Národním centrem podpory zdraví)

- 1994** - první herní specialistka/kontaktní sestra členem zdravotnického týmu (Dětské kardiocentrum FN Motol, Praha)
- 1995** - konference *Hospitalizované dítě*, Ústí nad Labem (pořádá pediatriká sekce České společnosti sester, hlavní přednášející je Dr. Belson)
- 1996** - 8. kongres Evropské federace katolických lékařských asociací, Praha (Dr. Belson přednáší o právech dětí v péči o zdraví)
- 1997** - seminář *Nové přístupy v péči o děti v nemocnici*, Praha (pořádá Státní zdravotní ústav, Lékařská fakulta UK Hradec Králové a Dr. Starková)
- 1998** - *Celostátní seminář herních pracovníků*, Pardubice (pořádá Státní zdravotní ústav, Dětské oddělení nemocnice Pardubice, hlavní přednášející je Dr. Belson)
- 1998** - vznik *Koordinačního centra projektu DAR* (při Státním zdravotním ústavu, Praha)
- 1998** - seminář *Rodiče v nemocnici - o starost více, nebo o starost méně?*, Praha (pořádá Dětské kardiocentrum, FN Motol a Nadační fond Klíček)
- 1998** - semináře *Nový přístup v péči o děti v nemocnici a Hra a hospitalizované dítě*, Praha (pořádá Institut Eda Robertse a Dr. Starková)
- 1998** - v Londýně skládá zkoušku z teorie hry, herní práce a péče o rodinu první česká herní specialistka; zároveň získává oprávnění tuto problematiku vyučovat (Dětské kardiocentrum FN Motol, Praha)
- 1998 až 2004** - *vzdělávací dny herních specialistů na základě rotačního principu*
- 1999** - vznik občanského sdružení *Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici*, Praha
- 1999** - *Pilotní kurz herní práce a následná studijní cesta* do Velké Británie (organizuje Nadační fond Klíček)
- 2000** - *prezentace Projektu DAR a herní terapie na dětských odděleních*, IV. pediatriký kongres v Hradci Králové (postery, ukázky herní práce, workshop)
- 2000 až 2002** - otevření specializačního studia *Dramaterapeut – herní specialista* (Pedagogická fakulta Univerzity Palackého Olomouc)
- 2001** - dvoudenní konference *Podpora odborníků a rodičů v náročné životní situaci*, Praha (pořádá MZ ČR, společnost Porozumění a časopis Děti a my)
- 2001** - na MZ ČR podán *pozměňovací návrh* na doplnění Vyhlášky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví o novou kategorii zdravotnického pracovníka – *herního specialisty*. (Společnost pro herní práci a NF Klíček ve spolupráci s POU ZP ČMS)
- 2002** - v dubnu tohoto roku umírá v Londýně MUDr. Olga Starková

- 2002 až 2012** - Certifikovaný program *Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči* (podílejí se: FHS UK Praha, SZŠ a VZŠ Plzeň a Nadační fond Klíček)
- 2006** - Odborný seminář *Komplexní péče o děti v nemocnici a jejich rodiče - proč nekráčet správným směrem*, Praha (Senát PS ČR, Společnost pro herní práci a NF Klíček)
- 2008** - Nadační fond Klíček se stává *řádým členem EACH*
- 2008** - Mezinárodní seminář *Humanizace dětských nemocnic v Evropě*, Praha a Ostrava (Nadační fond Klíček a Společnost pro herní práci, hlavní přednášející Dr. Belson)
- 2008** - víkendový seminář *Herní práce v České republice včera, dnes a zítra*, Malejovice (Nadační fond Klíček ve spolupráci se Společností pro herní práci)
- 2010** - konference *Praktická realizace podpůrné péče ve zdravotnických zařízeních*, Praha (Fakultní Thomayerova nemocnice a občanské sdružení Lékořice)
- 2011** - Dr. Belson v ČR, jednání na MZ ČR o *legalizaci profese herního specialisty*
- 2011** - seminář *Komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty, respektive rodiči hospitalizovaných dětí*, Praha (pořádá Nadační fond Porozumění)
- 2012** - v lednu tohoto roku umírá v Londýně paní Peg Belson, MBE, BA, PhD.
- 2012** - zástupci NF Porozumění jednají na MZ ČR o potřebě *kontaktní sestry*
- 2012** - konference *Komunikace ve zdravotnictví – potřeba kontaktní sestry*, Praha (pořádá Nadační fond Porozumění)
- 2012** - v návrhu novely *Zákona o zdravotnických povoláních*, v § 11 je nově uvedeno, že *odbornou způsobilost k výkonu povolání jiného odborného pracovníka má absolvent[...] akreditovaného kvalifikačního kurzu[...]herní specialista.*

Tato kapitola podává ucelený přehled vývoje herní práce a péče zaměřené na rodinu v České republice. Zachycuje klíčové okamžiky, které v průběhu dvaceti let ovlivnily humanizační změny v pediatrické praxi a vedly k postupným změnám v péči o děti a rodiče v nemocnici. Tyto snahy snad v dohledné době vyvrcholí legalizací nových profesí - herního specialisty a kontaktní sestry i rozvojem kvalifikované herní práce s nemocnými dětmi.

Na tomto místě si dovoluji, in memoriam, poděkovat mým skvělým učitelkám a přítelkyním, paní Olze Starkové a Peg Belson, za vše, co pro českou pediatrii i mě osobně udělaly.

2.6 Analýza aktuální situace

Mnoho dětských pacientů, kteří dříve museli podstoupit nemocniční léčbu, je dnes možno léčit v domácím prostředí nebo ambulantně. Jak však vyplývá ze statických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, v roce 2012 bylo přesto hospitalizováno 226 475 dětí. Průměrná doba hospitalizace byla 3,6 dne a průměrný věk nemocných dětí přibližně čtyři a půl roku. V důsledku nepříznivého demografického vývoje české společnosti (dlouholetý sestupný trend porodnosti) a potřebné restrukturalizace zdravotní péče došlo k regulaci pediatrických nemocničních lůžek. Jen za poslední rok jich ubylo sto dvacet devět (UZIS, 2011). Je však zřejmé, že i přes omezování počtu dětských lůžek a klesající porodnost bude stále dost dětí, které bude nutné hospitalizovat. Díky moderní a kvalitní lékařské péči přibývá chronicky nemocných a zdravotně postižených dětí, které podstupují opakovaně náročnou a dlouhodobou léčbu v nemocnici. Nelze proto přijmout názor některých pracovníků ve zdravotnictví a státní správě, že nízká průměrná doba hospitalizace nemocných dětí je argumentem k zakonzervování stávajících poměrů.

Snahy o změny v české pediatrii i legalizaci nových profesí vycházejí ze zkušeností a doporučení NAHPS, renomované britské profesní organizace herních specialistů, dále Evropské asociace na podporu dětí v nemocnici, z požadavků Evropské unie na standardizovanou komplexní péči o hospitalizované děti, Úmluvy o právech dítěte i z české legislativy. Přesto se v této souvislosti, jak uvádí Řezníčková a Klimentová, setkáváme opakovaně s třemi nejčastějšími mýty a chybnými protiargumenty:

Prvním z nich je názor, že činnost herního specialisty může vykonávat pedagog školy při nemocnici nebo specializovaná dětská sestra v rámci své původní profese. Jak však ukazují téměř dvacetileté zkušenosti z různých nemocnic po celé ČR, jde o názor mylný. Jak pedagog, tak sestra se z důvodu plnění svých hlavních profesních povinností k této činnosti sotva kdy dostane. A i kdyby měl/a herní práci jako svoji hlavní pracovní náplň, vždy hrozí, že z důvodu nedostatku pracovníků bude odvolán/a zpátky k vykonávání své původní profese. Také diskuse o tom, zda je pro hospitalizované děti přínosnější speciální pedagog či herní specialista je zavádějící. Vyplývá to z rozdílu mezi posláním a působením obou profesí. Herní specialista dítě provází, reaguje na jeho nálady a potřeby, přizpůsobuje svoji činnost plně dítěti. Nesnaží se dítě měnit ani vychovávat, jeho působení je vždy nedirektivní. Naproti tomu učitel má jasný cíl - učit a vést, plnit předem dané osnovy. Obě profese proto mají v nemocnici své místo a jejich role je nezastupitelná.

Druhým mýtem je, že psychosociální potřeby dětí jsou plně uspokojeny už tím, že jsou s nimi hospitalizováni i rodiče. Každá zdravotní sestra však potvrdí, že s příchodem rodičů na oddělení její práce neubýlo, ale naopak přibýlo. Rodiče samotní jsou velmi rozrušení hospitalizací dítěte. Prožívají strach o jeho zdraví, úzkost z neznámého prostředí, pocítují nedostatek informací apod. To vše se přenáší i na dítě. Pokud má být rodič dítěti oporou, musí být pečováno i o něj. Platí proto obráceně – čím více rodičů, tím více personálu. Rodiče potřebují, aby jim někdo byl po celou dobu hospitalizace nablízku, pomohl jim orientovat se v neznámém prostředí a dodával jim odvalu a sebevědomí. A právě z tohoto důvodu jsou pokusy o legalizaci nových profesí dle mého názoru pochopitelné a potřebné. Na dětských odděleních pracují, až na ojedinělé výjimky, pouze zdravotničtí pracovníci, a to ještě v omezeném počtu. Chybí interdisciplinární týmy, schopné pečovat o celý rodinný systém. Tyto týmy by měly v ideálním případě zahrnovat sociální pracovníky, psychology, pedagogy, herní specialisty, kontaktní sestry, duchovní i dobrovolníky.

Třetím mylným a navíc nehumánním a neetickým názorem je, že „doba hospitalizace se zkracuje, tak těch pár dní to už dítě v nemocnici nějak vydrží“. Pod průměrnou dobou hospitalizace se však skrývají i dlouhodobé pobyty dětí s onkologickým či jiným chronickým onemocněním. Navíc dítě může být v nemocnici traumatizováno, i když zde pobude třeba jen pár hodin (Řezníčková a Klimentová, 2001).

I přes výše zmíněné výhrady a nepochopení situace dochází postupně ke změnám k lepšímu. Ještě v roce 2004, když jsem psala svoji bakalářskou práci, jsem musela konstatovat, že: „*Chybí jednotná a závazná pravidla a záleží na managementu jednotlivých nemocnic či dětských oddělení, jaké místo rodině dítěte v nemocnici vymezí. Přestože se většina nemocnic přihlásila k filosofii FCC a podpořila Chartu práv dětí v nemocnici, rozhodnutí o tom, zda rodina může dítě v nemocnici doprovázet a za jakých podmínek přináležejí pouze pomáhajícím profesionálům, nejčastěji ošetřujícímu lékaři. Rodiče jsou stále v pozici nekompetentní návštěvy, která může být kdykoliv vykázána, a mají pouze morální právo své dítě v nemocnici doprovázet.*“ (Řezníčková, 2004, s. 33). V současné době však, dle platné legislativy představené v první kapitole této práce, je již situace naprosto odlišná. Děti mají v průběhu léčby legitimní právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, ovšem pokud přítomnost této osoby nenaruší poskytování zdravotních služeb. Je jisté, že výklad zákona se dá interpretovat různě, obecně se však rodiče i děti již mohou dovolávat svých práv.

Také v případě herních specialistů došlo v loňském roce k výraznému pokroku. V návrhu novely Zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, v Hlavě III, § 2 je nově uvedeno, že pokud herní specialista absolvuje akreditovaný kvalifikační kurz, může mu být přiznána způsobilost k výkonu povolání jiného odborného zdravotnického pracovníka (MZ ČR, 2012). Zatím není jisté, zda tato novela vstoupí v platnost, ani jaký kvalifikační kurz bude ministerstvem zdravotnictví akreditován. A otázkou zůstává i to, zda budou managementy dětských oddělení ochotny tyto pracovníky zaměstnat a za jakých finančních podmínek. Po letech nejistot a beznaděje jde však o první pozitivní krok k nápravě systému a aktivní herní specialisté jej tak s radostí vnímají.

V praxi totiž dosud vycházejí ze svého dosavadního vzdělání, ať už pedagogického, nebo zdravotnického, a v rámci svých možností je doplňují o nejrůznější kurzy a semináře. Mnozí z těchto lidí v praxi, především pedagogové, pracují s plným nasazením, i když se herní práci věnují navíc ke svým pracovním povinnostem, protože chápou její důležitost pro nemocné děti a jejich rodiče. V okamžiku, kdy nemocnice zaměstná kvalifikovaného herního specialistu, se chtějí plně věnovat své původní profesi.

V neposlední řadě je zde iniciativa a snaha Nadačního fondu Porozumění pomoci s legalizací role kontaktní sestry. Ředitelka fondu, paní Markéta Purkardová, navázala s autorkou práce spoluprací koncem roku 2010. Jako matka dlouhodobě nemocného dítěte měla osobní, většinou negativní zkušenost se zapojováním rodičů do péče o hospitalizované děti. Fond si proto vytyčil jako jeden z hlavních cílů pomáhat zlepšovat komunikaci ve zdravotnictví. Po seznámení s konceptem kontaktní sestry, se kterým se plně ztotožnili, se pracovníci organizace rozhodli tento koncept podpořit. Na webových stránkách nadačního fondu se píše: *„Hlavní snahou NF Porozumění je zlepšení komunikace ve zdravotnictví a zřízení role tzv. kontaktní sestry v systému zdravotní péče v ČR[...]. V současné době pracuje v ČR na pozici tzv. kontaktní sestry pouze jedna osoba, a to na Dětském kardiocentru v Motole. Snahou a cílem NF je začlenit obor „kontaktní sestra“ do výukového modulu v rámci dalšího vzdělávání sester. A tím pak dostat tuto pozici na seznam placených úhrad zdravotními pojišťovnami (NF POROZUMĚNÍ, 2012).*

V květnu 2011 uspořádal NF Porozumění seminář se zahraniční účastí. Ústředním tématem byla komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty/rodiči hospitalizovaných dětí. V následujícím roce navázal na toto téma konferencí nazvanou *Komunikace ve*

zdravotnictví – potřeba kontaktní sestry. Tato konference byla podpořena několika články a pořady v médiích. Jednalo se například o pořad na rádiu Regina, články v časopisech *Betyňka* a *Informatorium*, či o pořady České televize (NF POROZUMĚNÍ, 2012).

Další činností organizace je praktická snaha o legalizaci role kontaktní sestry. Zástupci fondu opakovaně jednali s kompetentními úředníky na Ministerstvu zdravotnictví ČR a hledali možnosti, jak tento model začlenit do vzdělávání sester i zdravotnické praxe. Pracovníci ministerstva připouštějí, že s novým zákonem o zdravotních službách vzrůstá potřeba „jakéhosi“ mediátora a jsou myšlenky kontaktní sestry velmi nakloněni. Uvažují o otevření certifikovaného kurzu a přizvali autorku práce ke spolupráci na náplni a výuce sester z praxe.

3 Nové role – kontaktní sestra pro rodiče a herní specialista

Od počátku osmdesátých let minulého století pracuji v Dětském kardiocentru ve Fakultní nemocnici v Motole (dále DKC). Toto specializované pracoviště založil v roce 1977 Prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc., a od počátku patří k předním pracovištím ve svém oboru na světě. Dle internetových stránek Fakultní nemocnice v Motole se jedná o *“integrované kardiologicko-kardiochirurgické pracoviště s celostátní působností, zabývající se především diagnostikou a léčbou vrozených a získaných onemocnění srdce a velkých cév, poruch srdečního rytmu, poruch srdeční funkce a krevního oběhu u rostoucího a vyvíjejícího se jedince od fetálního období do 18 let věku [...]. Ročně je zde operováno až 500 pacientů od nezralých novorozenců po dospělé [...] a provedeno kolem 200 katetrizačních intervencí.”* (FN MOTOL, 2012).

Původním vzděláním jsem dětská sestra. Po nástupu do DKC jsem pracovala postupně na pooperačním oddělení, na operačním sále jako perioperační sestra, a od roku 1989 jako staniční sestra lůžkového oddělení. V této pozici jsem si začala jasně uvědomovat potřeby dětí podstupujících náročnou chirurgickou léčbu i dlouhou následnou rekonvalescenci. Dětské pacienti často nechápali potřebu hospitalizace, nevěděli, že je čeká operace srdce, tesknili po své rodině. Pracovníci DKC nikdy nebránili přítomnosti rodičů u lůžka dítěte, nikdy striktně neregulovali návštěvní dobu. Jeden z rodičů mohl být na oddělení s dítětem po celý den. Problém byl s ubytováním. Naše klientské rodiny přijížděly tehdy z celého Československa, a pokud rodiče neměli možnost ubytování v Praze, musely přijíždět za dětmi jen na návštěvu. Na oddělení byla jen čtyři lůžka pro kojící matky, jiné ubytování nemocnice neposkytovala. Rodičů proto bylo na oddělení málo, většina dětí musela i několika týdenní hospitalizaci zvládnout bez pomoci a podpory rodiny. Mnozí v týmu pocítovali nutnost změny a diskutovali o možnostech nápravy. V roce 1993 došlo hned k několika významným změnám. Jak již bylo v této práci ukázáno, vznikl Projekt DAR, a protože DKC mělo dobrou zkušenost se spoluprací s rodiči svých pacientů, zástupci pracoviště byli přizváni ke spolupráci. Díky vedení nemocnice byla následně v Motole zřízena ubytovna pro mimopražské rodiče. Současně byli zástupci nemocnice a DKC

pozvání manželi Starkovými na týdenní stáž do Velké Británie. Zde se zrodila myšlenka umožnit autorce tohoto textu pracovat jako herní pracovník a zároveň poskytovat cílenou podporu rodinám hospitalizovaných dětí. Práci s dětmi podporovaly spíše sestry. Lékaři, kteří v Londýně díky významnému dětskému kardiochirurgovi Dr. Jaroslavu Starkovi studovali a pracovali, viděli jako nutnost především komunikaci se stále častěji přítomnými rodiči. Z pohledu zdravotníků se na pracovišti náhle pohybovalo mnoho rodičů – laiků, kteří potřebovali a žádali informace, psychickou podporu, praktickou pomoc v cizím prostředí nebo jen někoho, kdo má čas a komu se mohou vypovídat.

Díky tomu jsem se od počátku ocitla v ambivalentním postavení. V roce 1994 jsem začala pracovat jako kontaktní sestra pro rodiče a zároveň jako herní specialista. Obě tyto role byly nové, neukotvené, nevyhraněné. Situaci jsem vnímala jako výzvu, možnost vybudovat něco nového, potřebného. Bylo ponecháno naprosto na mém uvážení, jak svoji úlohu pojmu, jaké si stanovím hranice, kompetence, činnosti. Tato volnost byla na jedné straně darem, protože bylo možné zúročit dosavadní zkušenosti dětské sestry specialistky i postupně nabývané dovednosti a vzdělání doma i v zahraničí. Zároveň ale byla zúzkostňující, ohrožující, vedla k mnohaleté nejistotě a později k naprostému profesnímu vyhoření. Neměla jsem se u koho učit, s kým se poradit, s kým sdílet své nejistoty a strach. Mnohé situace jsem řešila spíše intuitivně a to mě velmi vyčerpávalo. Mnoho sil mě stálo také prostorové neukotvení. V té době bylo pracoviště malé, přeplněné, naprosto nevyhovující a já řešila závažné problémy s klienty na chodbě, v pokojích dětí či v herně plné ostatních rodin. Neměla jsem si kam dát věci, kam se na chvíli uchýlit a odpočinout si, byla jsem permanentně klientům k dispozici. Trvalo dva roky, než jsem si zmapovala potřeby hospitalizovaných rodin a stanovila si alespoň nějaké hranice svého působení. Možná největším problémem bylo zvyknout si na fakt, že se již aktivně nepodílím na záchraně života dětí, ale pouze si povídám a hraji.

V té době se měnila i samotná léčba. Díky novým technologiím, přípravkům i operačním postupům se začaly operovat děti s komplexními vadami srdce, které dříve nebylo možné zachránit. Zdravotníci i rodiče byli často pod velkým tlakem. Léčba byla dlouhá, bolestivá a nepříjemná, děti se ocitaly v mezních situacích a některé svému onemocnění nakonec podlehly. Zdravotničtí pracovníci vykonávali svoji práci zodpovědně a s obrovským nasazením, nicméně zbývalo mnoho problémů a situací, které nebyly nikým řešeny. Úkolem kontaktní sestry bylo tyto situace vyhledávat, analyzovat a ošetřit.

Velkým problémem se pro mě stala osamocenost v týmu daná mezioborovým působením. Potřebné rodiny nebylo v době mé nepřítomnosti komu předat, chyběla možnost konzultace a supervize. V průběhu let jsem měla dvakrát přímého spolupracovníka a tak bylo možné obě role rozdělit. Nejprve se mnou v týmu pracovala sedm let (od roku 2000) dětská sestra a poslední rok mám kolegu – sanitáře. Oba ovšem zůstali zařazení ve svých oficiálních zdravotnických profesích, navzdory faktu, že absolvovali potřebné vzdělání (Certifikovaný program Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči) a vykonávali činnosti dané náplní práce herního specialisty.

V roli kontaktní sestry a herní specialistky působím devatenáct let. Obě role se snažím vhodně doplňovat a kombinovat podle potřeb klientských rodin. Vzhledem k faktu, že mnoho dětí je operováno v novorozeneckém, kojeneckém a batolecím věku, je pro mě klientem často spíše rodina než samotné dítě. Velmi náročné je především komunikovat střídavě s klienty různého věku, potřeb či psychického stavu. Měnit přístup, slovník, emočně se přeladovat. Ve své práci se snažím propojit zdravotnické i sociální vzdělání, pracovat mezioborově, reagovat na individuální potřeby každé rodiny.

Po celou dobu si průběžně doplňuji vzdělání. V roce 1995 jsem absolvovala v Londýně kurz The Hospitalized Child in England. V následujících letech jsem se do Británie, díky organizaci Catching UP Trust, ještě několikrát vrátila na kratší stáže. Následně jsem v roce 1998 složila ústní zkoušku a obdržela certifikát The Play in Hospital Liaison Committee, který mě opravňuje pracovat s hospitalizovanými rodinami a tuto problematiku i vyučovat. Mimoto jsem absolvovala množství kurzů, školení a výcviků pro pracovníky pomáhajících profesí v ČR, například v oblasti komunikace, krizové intervence, podpory rodičů v náročné životní situaci či práci s dětmi s problémem.

Od roku 1995 působím jako školitelka herní práce a psychosociální péče o rodinu. Vedu individuální stáže či odbornou praxi studentů, poskytují supervizi aktivním herním specialistům, spolupracuji s dobrovolníky a zájemci o HP. Jako lektorka a vedoucí odborné praxe jsem participovala na všech čtyřech vzdělávacích programech herních specialistů představených v této práci.

3.1 Kontaktní sestra

Kontaktní sestru vnímám jako prostředníka stojícího ve středu pomyslného trojúhelníku *dítě - rodiče - zdravotnický personál*. Jejím úkolem je všechny zúčastněné propojovat, dbát na plynulou a efektivní komunikaci, působit jako case manager či koordinátor péče. Kontaktní sestra se nepodílí na odborné ošetrovatelské péči, ale doplňuje zdravotnický tým o psychosociální rozměr. Provází rodinu dítěte hospitalizací, je pro ně kontaktní osobou.

3.1.1 Role kontaktní sestry

Obecně lze říci, že kontaktní sestra poskytuje hospitalizovaným rodinám především emoční podporu, sociální oporu, patientskou advokacii a poradenství. Zprostředkovává konzultace s odborníky, zajišťuje kontinuální podávání informací, pomáhá s udržením rodinných kompetencí i s integrací rodiny do nemocničního společenství. V odůvodněných případech zasahuje jako krizový pracovník a po poskytnutí časné krizové intervence odesílá rodiče do následné péče v místě bydliště.

Domnívám se, s odkazem na téměř dvacetiletou praxi, že mezioborově zaměřené vzdělání a působení kontaktní sestry/herního specialisty obohacuje zdravotnický tým, doplňuje služby o další potřebný rozměr a umožňuje komplexní péči o rodinu. Samotní zdravotničtí pracovníci, většinou úzce zaměřeni a časově vytíženi, mnohdy nemohou pokrýt všechny individuální potřeby svých pacientů. Dále se domnívám, že přínos pracovníků v těchto rolích je v tom, že „kultivují“ tým. Mají více času a prostoru navázat s klientskými rodinami pevný vztah, který pak pomáhá ostatním pečujícím v komunikaci a získávání důvěry v léčbu. Mohou přinášet, bezpečně a často anonymně od klientů/pacientů zpětnou vazbu, která je nutná pro zlepšování péče i vzájemné komunikace. V případě úmrtí dítěte mohou rodině zajistit bezpečné prostředí pro důstojné rozloučení a ukončení spolupráce. V neposlední řadě se mohou stát pro některé kolegy v týmu dobrým příkladem, jak řešit náročné, ale i běžné situace a jak spolupracovat s různými typy rodin.

3.1.2 Přehled činností kontaktní sestry

Konkrétně lze činnost kontaktní sestry rozdělit do několika bloků, podobně jako u herního specialisty, a to dle jednotlivých fází léčebného procesu:

V období před přijetím rodiny do nemocnice může kontaktní sestra pracovat s rodinou osobně nebo na dálku, a to telefonicky či písemně. Osobní kontakt volí rodina v případě, že si chce předem prohlédnout dané pracoviště, osobně si zjistit potřebné informace a nemocnice se nachází v jejich regionu. V ostatních případech se poradenství odehrává po telefonu, mailu či prostřednictvím písemných materiálů, které rodina získá v nemocniční ambulanci nebo na internetových stránkách.

V průběhu hospitalizace je nutné soustředit se hlavně na vstupní situaci, dobu zákroku a pobytu dítěte na jednotce intenzivní péče či monitorovaném lůžku. Je s výhodou, pokud na oddělení pracuje i herní specialista, protože se mohou vhodně doplňovat. V opačném případě pracuje kontaktní sestra s celou rodinou, s každým členem přiměřeně jeho věku a potřebám. V této fázi je nejdůležitější naslouchání, empaticky vedený podpůrný rozhovor, dostatečný prostor na dotazy a pomoc s praktickými záležitostmi spojenými s hospitalizací. Samozřejmostí je aktivní zjišťování psychosociálních potřeb konkrétní rodiny. Důležité je rovněž doprovázení lékařů při sdělování nepříznivých zpráv rodičům těžce nemocných dětí a následná, časově neomezená podpora těchto rodin. Po dobu rekonvalescence na lůžkovém oddělení kontaktní sestra rodinu dále provází, dle potřeby poskytuje aktuální informace, sociální oporu, možnost „vypovídat se“, či zprostředkovává rozhovor s jinými členy týmu.

Po propuštění rodiny do domácího ošetřování může být potřebná následná péče. Opět se odehrává osobně nebo na dálku. V této fázi potřebují rodiče především zdravotní či sociální poradenství a kontakty na osvědčené odborníky v dané lokalitě. Vhodná je také spolupráce s patientskými či rodičovskými organizacemi.

I na pediatrických pracovištích dochází k úmrtí pacientů a pak je nutná péče o pozůstalé. Podle svého vzdělání, zkušeností a dovedností může poskytovat kontaktní sestra krizovou intervenci, poradenství, praktickou pomoc při jednání se zaměstnanci nemocnice či patologie. Spolu s ostatními kolegy umožní rodině důstojné rozloučení se zemřelým dítětem a zprostředkuje potřebné informace od kompetentních lékařů. Je-li to

možné, může zprostředkovat odbornou pomoc psychologa, duchovního nebo sociálního pracovníka přímo v nemocnici nebo rodině doporučí odborníky v místě bydliště. Vhodný je také následný kontakt s rodinou – účast na pohřbu (na výslovné pozvání rodiny), nabídka opakovaného kontaktu v případě potřeby, písemné sdílení truchlení a podobně.

Výčet činností dokládá, že komplexní péče o rodinu je časově náročná, vyžaduje praktické dovednosti a kompetence, ale také účinnou spolupráci s pracovníky dalších pomáhajících profesí. V průběhu let jsem si proto vytvořila adresář kvalitních odborníků, na které své klientské rodiny s důvěrou odkazuji. V motolské nemocnici spolupracuji nejčastěji se Školou při nemocnici, Oddělením spirituální péče, Sociálním oddělením a Oddělením klinické psychologie. Někteří naši pacienti se léčí i na jiných odděleních motolské nemocnice, a pokud si to přejí, poskytují jim své služby na vyžádání i tam.

3.1.3 Příklad dobré praxe

Jak již bylo řečeno, model či role kontaktní sestry vznikl na míru specializovaného pediatrického pracoviště. Mnozí zdravotničtí pracovníci i zodpovědní úředníci namítají, že je zbytečný a supluje práci jiných legálních zdravotnických profesí. Tento argument je částečně oprávněný. Výhodou tohoto modelu ovšem je, že kontaktní sestra je členem konkrétního zdravotnického týmu. Nemá na starosti několik nemocničních oddělení, jak je to běžné například u zdravotně-sociálních pracovníků, psychologů či duchovních. Nepřichází na oddělení jen na krátké konzilium, je rodinám k dispozici celodenně. Pro klienty je kontaktní osobou, na kterou se mohou kdykoliv a s čímkoliv obrátit, často plní funkci případového manažera. Má potřebné informace, může vstupovat do aktuálních interakcí s kolegy i klientskými rodinami, či přímo ovlivňovat dění na pracovišti. V případě dlouhodobě zdravotně postižených dětí zná rodiny mnoho let, při každé další hospitalizaci může navázat na předchozí spolupráci a tím zajistit komplexní a opravdu kontinuální péči. Zúčastňuje se lékařských vizit, zná dobře zdravotní stav pacientů i problematiku daných onemocnění.

Jsem přesvědčená, že kontaktní sestra nemusí pracovat nutně jen na pediatrickém pracovišti. I dospělí pacienti a jejich rodiny často potřebují a postrádají tyto služby. Jak

vyplývá z výzkumů spokojenosti např. motolské nemocnice, nejčastěji zmiňovaným problémem, vedoucím mnohdy ke stížnostem či soudním sporům, je právě nedostatečná a neprofesionální komunikace. Dále vím, že rozšiřování týmů o další odborníky je finančně nákladné a většina pracovišť vydá tyto prostředky raději na jiné účely. Přesto se domnívám, společně s mnohými rodiči, zdravotnickými a dalšími pomáhajícími pracovníky či novináři, že se tento model v praxi osvědčil a může sloužit jako příklad dobré praxe. Abych doložila oprávněnost tohoto výroku, uvádím zde úryvky z několika dopisů, novinových článků a SMS zpráv, které jsem za devatenáct let v roli kontaktní sestry nashromáždila. Předkládám je nikoli s pýchou, ale s velkou pokorou:

„V neposlední řadě musíme poděkovat za to, že na vašem pracovišti působí kontaktní sestra. Bez její podpory, pochopení a pomoci nám rodičům by průběh hospitalizace byl daleko těžší... Velice důležitá a vítaná je i přítomnost herního specialisty...“ (z dopisu rodičů, členů o. s. Srdíčkáři vedení DKC a řediteli motolské nemocnice, 2009)

„Chtěla bych vám touto cestou poděkovat za správněnou duši při pobytu Natálky v nemocnici. Bylo to pro mě hrozně těžké, vím, že nejsem sama, kdo má nemocné dítě a musel podstoupit operaci, ale nesla jsem to hrozně těžce. Byla jsem tak daleko od domova a ještě jsem tam byla s malou sama, tak jsem to asi takto snášela. Ještě jednou děkuji za podporu při hospitalizaci malé u vás.“ (z e-mailu maminky, 2010)

„...jsem šťastná, že jsem potkala vás, která dopřejete sluchu, poradíte a psychicky podržíte i tam, kde to už vůbec není vaše starost, protože nejsme v tu chvíli pacienti Kardiocentra. A je mi zároveň hloupé, že vás okrádám o čas a žiju s pocitem, že vás pořád obtěžuju. Stačilo by, kdyby každé oddělení mělo člověka ve vaší funkci...ale to je taky pro nás všechny zatím nedostižná představa. Asi mám naivní představy...ale jelikož se mě to všechno přímo dotýká, není mi jedno, jestli systém funguje či nefunguje.“(z e-mailu maminky dítěte v terminálním stadiu onemocnění, 2008)

„Chtěla bych vám tímto dopisem poděkovat za vaši práci. Myslím, že seznámení pacienta s tím, co ho čeká, je velmi dobré. Poznala jsem to sama na sobě... Dokázala jste mě vždy povzbudit a zahnat strach...“ (z dopisu pacientky, 1996)

„Bylo by to o hodně těžší, kdybychom neměli Vás... je to pro nás moc složité a vy to dobře víte. Jsme vděční za váš čas a povzbuzení... Přiznávám se, že se bojím dne, až to skončí...“
(část SMS zprávy tatínka dítěte v terminálním stadiu onemocnění, 2009)

„Navštívila jsem řadu pracovišť, kde se rodiče a profesionálové úspěšně setkávají i v těch nejtěžších situacích. Ne náhodou se například v Dětském kardiocentru snaží lékaři o co nejlepší vztahy s rodiči... proto zde pracuje již sedm let kontaktní sestra. Je jakýmsi styčným důstojníkem mezi rodiči a personálem, průvodkyní v náročné životní situaci...Její role je však v českých nemocnicích zatím ojedinělá.“ (Dušková, 2000)

„Posílám vám fotku Nikolky na památku, ve čtvrtek máme pohřeb, vlastně to nejhorší je před námi, ale držíme se oba...končí jedna krásná a krátká etapa mého života a vy jste všichni spolu s mojí Nikolkou navždy spojeni v jednu velkou vzpomínku! Nezapomenu, hrozně mě totiž pomáhá vědomí, že tam někde u vás v Praze je místo, kde dáváte dětem naději, kde spravujete malá srdíčka a pomáháte maminkám, které tahle hrůza potká...“
(z e-mailu maminky, 2010)

„...Neměl jsem důvod pochybovat o vynikajících výsledcích, kterých dosahujete. Přesto se musím přiznat, že jsem byl překvapen, jak velký důraz je u vás kladen nejen na vlastní řešení srdeční vady, ale i na psychoterapeutický přístup. Vnuk už v nemocnici neměl ani známku stínu na duši, a po měsíci, pln energie, hraje si doma na kardiologa.“(z dopisu dědečka, 2007)

Dalším dovozením dobré praxe jsou dvě ocenění, kterých se Dětskému kardiocentru a jeho zaměstnancům v průběhu posledních dvaceti let dostalo. Nejprve byla autorka této práce za svoji činnost a propagování nových přístupů k hospitalizovaným dětem navržena na ocenění *Sestra roku 2002*. Následovalo udělení titulu *Společnost přátelská rodině*. Toto ocenění přiznává organizace *Síť mateřských center v ČR*. Dětské kardiocentrum je získalo v roce 2006 za vstřícný a novátorský přístup k hospitalizovaným rodinám, i za konkrétní působení kontaktní sestry a herní specialistky. Ocenění je o to cennější, že návrh podali sami rodiče našich pacientů. V neposlední řadě vypovídá o cestě dobrým směrem již zmiňovaná snaha NF Porozumění legalizovat roli kontaktní sestry v názorové shodě s úředníky MZ ČR.

3.2 Herní specialista

Na rozdíl od kontaktní sestry je herní specialista v mnoha zemích uznávanou profesí. Tato role se začala utvářet od šedesátých let dvacátého století ve Velké Británii. Nový profesionál se měl programově lišit od ostatních členů ošetrovatelského týmu. Jeho odbornost spočívala ve schopnosti empatie, v programovém nepodléhání profesní slepotě a v nabízení jakéhosi rozšířeného přátelství. Významným specifíkem bylo i to, že první herní pracovníci nebyli placeni resortem zdravotnictví, ale neziskovou organizací Save the Children Fund (Královec a Královcová, 2007).

První kurz pro herní pracovníky se v Anglii uskutečnil v roce 1973 a již za dva roky byla založena NAHPS - Národní asociace nemocničních herních pracovníků. Někteří zdravotničtí pracovníci zprvu vnímali herního pracovníka jako „parent – substitute“, náhradního rodiče, a měli tendence rodiče z péče o dítě vytěšňovat. O eliminaci těchto snah se velmi zasloužil mimo jiné i již zmiňovaný britský psychoterapeut James Robertson (Valenta a kol., 2001).

3.2.1 Role herního specialisty

Patříčně vzdělaný herní specialista poskytuje naprosto jiné služby než sestra nebo pedagog. Hru a komunikaci s rodinou totiž nemá jen jako součást své práce, má je jako svoji práci. S dětmi i rodiči pracuje citlivě, respektuje jejich aktuální potřeby, momentální náladu i zdravotní stav. Pečuje nejen o rodinu dítěte, ale především o dítě samé. Zkušenosti ze zemí, kde herní specialisté již několik desetiletí úspěšně působí, ukazují, že jejich práce přináší prospěch nejen dítěti, ale všem, kdo se na péči o ně podílejí (Valenta a kol., 2001).

Herní specialista nikdy nemůže, a v žádném případě nesmí, nahrazovat dětem rodiče. Vždy se má snažit pracovat ve shodě s rodiči svých pacientů a ctít zásady FCC. Musí si být vědom, že pouze spolupráce odborníků a rodiny může zajistit dítěti kvalitní a šetrnou péči. Zkušený herní specialista dokáže posoudit rozdílné potřeby jednotlivých dětí, vzbudit u nich opět zájem o hru a také zapojit do hry rodiče. Rodiče znají své dítě ve zdraví. Nemocné dítě se ale mnohdy chová a reaguje jinak. Nespolupracuje, je smutné či

negativistické. Rodiče se snaží dítě držet v klidu, nutí je odpočívat a bojí se jakékoliv jeho aktivity. Úkolem herního specialisty je podpora rodičů při péči o nemocné dítě, vysvětlování významu hry v tomto těžkém období a pomoc s porozuměním chování a prožívání dítěte (Řezníčková, 2000b).

Dle Řezníčkové lze vymezit roli herního specialisty takto:

Herní specialista pečuje především o dobrý psychický stav dítěte/rodiny.

Je prostředníkem mezi dítětem a zdravotníky, ale i rodiči. Jeho přístup k dítěti i rodině je zásadně nedirektivní. Cílem jeho práce není dítě měnit, vychovávat nebo poučovat, ale citlivě a laskavě ho provést všemi úskalími hospitalizace. Herní specialista je kamarád a společník dítěte, které vnímá jako rovnocenného partnera. Akceptuje dítě takové jaké je, i s jeho náladami a emocemi. Vždy vystupuje a koná v zájmu dítěte, respektuje jeho práva.

Herní specialista by měl být prvním odborníkem, se kterým se dítě v nemocnici setká.

Úkolem herního specialisty je především navázat s dítětem kontakt - vhodně dítě pozdravit, uklidnit, dát najevo připravenost komunikovat s ním přiměřeně jeho náladě. Postupně získávat a posilovat důvěru dítěte a jeho ochotu spolupracovat s ostatními zdravotníky. Vhodnými prostředky pomáhat dítěti porozumět nové situaci, vyrovnat se s léčbou i s pobytem v nemocnici.

Herní specialista je odborník s patřičným vzděláním.

Zná normální vývoj dítěte od narození do dospělosti. Je schopen dítě pozorovat a rozpoznat jeho aktuální potřeby. Umí si hrát s dětmi různého věku a má ze hry radost. Umožňuje dítěti vyjádřit hrou, co cítí a co potřebuje sdělit svému okolí. Rozumí chování dítěte i rodiny v náročných životních situacích. Umí používat herní metody, které pomohou dětem a jejich rodičům zvládnout vyšetření i léčbu. Má základní znalosti o onemocněních, vyšetřovacích metodách a léčebných postupech, orientuje se v provozu zdravotnických zařízení (cit. dle Valenta a kol., 2003, s. 148).

3.2.2 Přehled činností herního specialisty

Seznam činností herního specialisty, formulovaný Společností pro herní práci v roce 2001, vychází z britských textů i profesních zkušeností autorů:

Herní specialista je samostatný odborník, který provádí specifickou činnost zaměřenou na děti a jejich rodiče.

Poskytuje své služby v ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení i na JIP, případně též v dalších zařízeních poskytujících ambulantní či lůžkovou péči dětem a mladistvým.

Poskytuje služby i zdravým dětem v rámci specifických osvětových programů v komunitě.

Zajišťuje ambulantní programy připravující dítě a jeho rodinu na plánovanou hospitalizaci, v případě potřeby může docházet i do domácnosti dítěte.

Zajišťuje spolu s ostatními členy týmu přátelské a bezpečné nemocniční prostředí.

Předává či doplňuje informace o potřebách konkrétního dítěte ostatním zdravotníkům.

Zjišťuje zájmy a normální aktivity dítěte, spolu s rodiči navrhuje plán herních aktivit.

Vytváří vhodné programy pro děti různého věku, zdravotního stavu a stupně postižení.

Poskytuje individuální péči dětem se speciálními potřebami formou terapeutické hry.

Pomocí hry přiměřené stupni vývoje a věku pomáhá dítěti porozumět nemoci a léčbě.

Pomáhá dítěti i jeho rodičům lépe a rychleji se přizpůsobit nemocničnímu prostředí.

Koordinuje informování dítěte i rodičů, dbá na srozumitelnost a návaznost informací.

Přednostně se věnuje rodinám rizikovým, hůře se adaptujícím nebo zatíženým špatnou zkušeností.

Zvláštní pozornost věnuje dětem v pre-terminálním stádiu onemocnění a dětem na JIP.

Zvýšenou péči věnuje dětem bez průvodce a dětem s handicapem.

Připravuje děti a jejich rodiče na plánované zákroky.

Doprovází děti na vyšetření či zákroky, dle potřeby vhodně odvádí jejich pozornost.

Dohlíží na provoz v herně a na bezpečnost dětí, hernu i její vybavení udržuje v čistotě.

Doplňuje nové hračky a herní materiály, odstraňuje věci rozbité a dětem nebezpečné.

Pečuje o výzdobu oddělení a často jí obměňuje.

Spolu s ostatními pracovníky připravuje vhodné informační pomůcky a materiály.

Podílí se na tvorbě postupů, které zajišťují jednotnost řešení dané situace celým týmem.

Je řádným členem ošetřovatelského týmu.

Komunikuje s ostatními členy týmu, zúčastňuje se pravidelně lékařských vizit.

Koordinuje působení dobrovolníků na oddělení (Valenta a kol., 2001, s. 106-107).

Z uvedeného přehledu je zjevné, že herní práce s hospitalizovanými dětmi má mnoho podob. Každý pracovník, který nastoupí do nemocnice na místo herního specialisty, brzy zjistí, že není v jeho silách všechny tyto služby rodině poskytovat. Podle specializace oddělení, stáří pacientů, délky jejich hospitalizace apod. se bude muset rozhodnout, a některé činnosti preferovat. Rozhodně není chybou, začne-li od toho základního - hraní si s dětmi a kvalitního vyplňování jejich volného času. Po důkladném seznámení se s chodem oddělení může začít i s odbornějšími a náročnějšími činnostmi.

Obecně lze z celého komplexu činností vybrat ty základní a nejvíce uplatňované:

Seznámit rodinu s prostředím nemocnice.

Zbavit dítě strachu a získat je ke spolupráci.

Vysvětlit dítěti nutnost hospitalizace.

Cíleně rodinu připravit na zákrok či vyšetření.

Podporovat hru a herní aktivity v herně (rekreační hra).

Navštěvovat a hrát si s dětmi upoutanými na lůžko.

Podporovat rodiče dítěte.

Usnadňovat komunikaci.

Pečovat o hernu a její vybavení, normalizovat nemocniční prostředí, např. vhodnou výzdobou (Řezníčková, 2000a).

3.2.3 Herní služby

Herní specialista může s rodinou pracovat ve všech fázích léčebného procesu. Řezníčková uvádí, že své služby může poskytovat již před přijetím dítěte do nemocnice (v domácím prostředí, v odborné ambulanci nebo formou preventivních osvětových programů), v době hospitalizace, nebo, v odůvodněných případech, i po propuštění dítěte do domácí péče (Řezníčková, 2000b).

Herní služby v období před přijetím dítěte do nemocnice

Touto službou je, v ideálním případě, zajištěna příprava dítěte a rodiny již před přijetím do nemocnice a pokračování vhodných herních programů po celou dobu léčby. Tato forma herní práce se u nás ale téměř nevyužívá. Výjimkou jsou preventivní osvětové programy

pro zdravené děti z MŠ a ZŠ v některých regionech. Jejich cílem je přiblížit dětem spádové pediatrické oddělení a předem je zábavnou, neohrožující formou připravit na případný pobyt v nemocnici.

V době hospitalizace

Na tuto fázi léčby se zaměřuje právem největší pozornost. Je totiž pro dítě i jeho rodinu nejdůležitější a všichni jsou v ní nejvíce zranitelní. V České republice pracují lidé, vykonávající roli herního specialisty, pouze s dětmi hospitalizovanými. Je to dáno tím, že množství pacientů mnohonásobně převyšuje možnosti jednoho herního specialisty a není možné, aby se tento věnoval dětem v ambulanci i na oddělení. Přednost tedy dostanou děti hospitalizované, zvláště tehdy, nemohou-li s nimi z různých důvodů pobývat v nemocnici rodiče.

Následná péče po propuštění dítěte z nemocnice

Podobně jako před přijetím dítěte do nemocnice může herní specialista poskytovat rodině své služby i po skončení léčby. Vhodné je to především u dětí dlouhodobě nebo těžce nemocných a dále u dětí, které extrémně špatně snášely hospitalizaci a léčbu. Může nabízet aktivity a hry k odžití a zpracování traumatizujících zážitků, posilovat důvěru ke zdravotníkům či připravovat dítě na následnou léčbu. Musí si však být vědom toho, že jeho postupy a rady nemohou nahradit specializovanou péči např. dětského psychologa.

Manuál psychosociální péče o hospitalizovanou rodinu



4 Manuál psychosociální péče o hospitalizovanou rodinu

Předkládaný Manuál psychosociální péče o hospitalizovanou rodinu čerpá z poznatků nastíněných v teoretické části práce. Při jeho zpracování jsem však vycházela především ze své praxe. Shrnuji v něm vlastní dvacetileté zkušenosti i informace získané během studijních pobytů na zahraničních i českých pediatrických pracovištích. V neposlední řadě předkládám názory hospitalizovaných rodin i kolegů - zdravotníků. Manuál je určen všem zájemcům o tuto problematiku. Především pak dětským sestřám, herním specialistům, pedagogům, studentům pomáhajících profesí či samotným rodičům, ocitajícím se v roli průvodce hospitalizovaného dítěte.

Text si rozhodně neklade za cíl vyčerpávajícím způsobem představit psychosociální péči o rodinu v nemocnici. Měl by sloužit spíše jako inspirace, možný model práce s nemocnými dětmi a jejich rodiči, či jako učební text. Přináší praktické návody, seznamy pomůcek a konkrétních činností, praxí ověřené postupy. Jednotlivé kapitoly jsou ilustrované fotografiemi z archivu autorky. Klientské rodiny s jejich zveřejněním souhlasily.

Obsah je členěn do čtyř kapitol:

- Spolupráce s rodinou
- Potřeby hospitalizovaných dětí a dospívajících
- Herní aktivity a specifika nemocniční hry
- Příprava dětí/rodiny na hospitalizaci a léčebné zákroky

Inspiraci a odborné informace ke své práci jsem v průběhu dvaceti let čerpala z mnoha zdrojů. Často se jednalo o ústní sdělení, praktické ukázky, dopisy nebo překlady brožovaných textů. V závěru manuálu proto uvádím výčet organizací, z jejichž textů jsem vycházela a dále jména konkrétních osob, které měly vliv na moji práci, znalosti a dovednosti.

Spolupráce s rodinou

Každá hospitalizace je pro dítě i jeho rodiče náročnou životní zkušeností. I krátký pobyt v nemocnici může mít negativní dopad na celou rodinu. Dítě ztrácí kontrolu nad situací. Ocítá se v cizím, ohrožujícím světě plném divných pachů, zvuků a věcí. Musí se vyrovnat nejen s nemocí a bolestí, ale i se ztrátou soukromí či rodiny. Také rodiče se náhle ocitají v nesnadné situaci. Pokud své dítě v nemocnici doprovázejí, nová role na ně klade nemalé nároky. Ocítají se v neznámém prostředí, často daleko od domova a podpory širší rodiny. Neovládají ošetrovatelské postupy a tak mají obavu, aby dítěti svojí neznalostí neublížili. Nemají soukromí a často ani možnost odpočinku. Jsou zavaleni obrovským množstvím informací nebo je naopak postrádají. Nerozumějí slovům a výrazům v nemocnici běžně užívaným, neorientují se na oddělení ani v areálu nemocnice. Toto jsou jen některé problémy, se kterými se musí rodiče v nemocnici vypořádat. Mnozí proto nejsou schopni tuto náročnou situaci zvládnout bez opakované podpory a pomoci zdravotníků.

Informační letáček organizace Action for Sick Children shrnuje výhody společné péče rodičů a zdravotníků o děti v nemocnici takto:

- *dítě je klidnější, méně úzkostné, většinou lépe spolupracuje*
- *rodiče pomáhají s ošetřováním a zajišťováním potřeb svého dítěte*
- *rodiče znají své dítě nejlépe – první poznají, že se něco děje (je mu hůře, lépe)*
- *rodiče dítě utěšují, povzbuzují, posilují pocit bezpečí a důvěru ke zdravotníkům*
- *minimalizuje se nebezpečí přenosu nemocniční infekce (špinavé ruce)*
- *dítě může být dříve propuštěno domů, protože rodiče jsou poučeni a zacvičeni*
- *dítě je po návratu domů méně rozrušené, lépe se opět přizpůsobí rodinnému životu*

Aby byla spolupráce s rodinou nemocného dítěte co nejlepší, je nutné zajistit rodičům základní podmínky k tomu, aby mohli i v nemocnici plnit svoji rodičovskou roli:

1. Umožnit rodině pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace.
2. Podporovat tzv. dohodnutou péči
3. Umožnit rodičům ovlivňovat ošetřování a režim dítě.
4. Poskytovat rodičům opakované a srozumitelné informace.
5. Přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné spolupracovníky.

Umožnit rodině pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace

Dle platné legislativy má každé dítě právo na rodičovskou výchovu a péči, stejná práva mají i jeho rodiče. Proto nelze mluvit o rodičích jako o návštěvě. Některému členu rodiny má být umožněno pečovat o dítě nepřetržitě, nejlépe dvacet čtyři hodin denně. Ne všechna oddělení však mají pro takovou péči vhodné podmínky. Některé nemocnice jsou stavebně zcela nevyhovující a není proto možné vyčlenit pro rodiče lůžka přímo na pokojích dětí. V takovém případě mají mít rodiče možnost přespát na rodičovském pokoji v rámci oddělení nebo na nemocniční ubytovně. V ideálním případě je však rodič ubytován s dítětem ve společném pokoji a plně o ně po dobu hospitalizace pečuje. Tato forma péče se většinou umožňuje pouze matkám novorozenců, kojenců a batolat. Každá nemocnice by se měla snažit vytvořit takové podmínky, aby každý rodič, který chce s dítětem v nemocnici zůstat, tuto možnost měl.

Nutné je samozřejmě přihlídnout ke zdravotnímu stavu dítěte. Těžce nemocné dítě potřebuje plně dohled a odbornou péči zdravotníků, nejčastěji na jednotce intenzivní péče, a v takovém případě se podíl rodičovské péče snižuje.



Podporovat tzv. dohodnutou péči

Pečuje-li o dítě v nemocnici někdo blízký, měla by platit tzv. dohodnutá péče. Jedná se o dohodu, lépe písemnou, mezi zdravotníky a rodiči o tom, kdo, kdy a jak bude zajišťovat péči u konkrétního dítěte. Rodina si má sama vybrat, jak dalece se chce nebo může na péči o dítě podílet. Většinou záleží na věku dítěte a typu onemocnění, ale i na zkušenosti matky. Sestra musí během vstupního rozhovoru zjistit, co si konkrétní rodina představuje a jaké

má možnosti. Rodiče se většinou nejprve obávají, v průběhu hospitalizace se však osmělí, naučí se nové dovednosti a pak již chtějí pečovat o své dítě v co největším rozsahu. Kladem tohoto systému spolupráce je, že se rodiče necítí zneužíváni (přetěžováni neznámými úkony) nebo naopak odstrčeni (smějí sestře jen občas asistovat).

Bez ohledu na kvalitu spolupráce sestry s rodinou konkrétního pacienta platí, že sestra je povinna pečovat o dítě v celém rozsahu a je plně zodpovídá za ošetrovatelský proces. Zároveň by si měla být vědoma toho, že její péči a pomoc potřebuje nejen dítě, ale i jeho rodiče.



Umožnit rodičům ovlivňovat ošetrování a režim dítěte

Tento požadavek úzce souvisí s předcházejícími dvěma body. Celý zdravotnický tým se má snažit pečovat o dítě tak, aby se denní režim v nemocnici pokud možno nelišil od toho domácího. Vyžaduje to od všech zúčastněných individuální přístup a snahu vyjít jednotlivým rodinám vstříc. Ne vždy je to však možné. Čím intenzivněji zdravotníci o dítě pečují, tím více jsou nuceni nadřadit požadavky léčby nad zvyklosti dítěte. Ale i v případě vážně nemocného dítěte je možné s rodiči konzultovat jeho denní režim, stravovací návyky, potřebu spánku, a snažit se o maximální šetrnost. Nejhůře na rodiče působí neustálé buzení dětí kvůli maličkostem. Děti to vyčerpává a narušuje jejich spánkový režim. Je dobré se s matkou předem domluvit a vysvětlit jí, co je opravdu nezbytně nutné udělat hned, a co lze odsunout na později. Rodiče tento postup ocení a budou vnímat naši péči jako opravdu dobrou a dítěti prospěšnou.

V mnoha případech je opět možné uplatnit princip dohodnuté péče - nechat obecné ošetřování dítěte plně na rodičích a zajišťovat pouze péči odbornou. Dítě má pak opravdu svůj režim, je klidnější a méně úzkostné. Důležité je ještě připomenout, že velikou roli zde musí hrát tolerance. Stále bychom měli mít na paměti, že existují různé přístupy k životu, různé typy výchovy, náboženství, mezilidských vztahů a nám rozhodně nepřísluší vnucovat ostatním své názory jako jediné správné a možné. Naopak je nutné chápat všechny rozmanitosti a podporovat jednotlivé rodiny v duchu jejich životního stylu. Výjimkou je samozřejmě patologické jednání či výchovné působení na dítě. V těchto případech je nutné rodiče upozornit a dále s nimi pracovat.

Poskytovat rodičům opakované a srozumitelné informace

Opakované a srozumitelné informace jsou pro pacienta a jeho rodinu základní potřebou. Čím lépe se lidé v situaci orientují a rozumí jí, tím lépe se na ni mohou připravit a následně ji řešit. Při komunikaci s rodinou musíme stále myslet na to, že jde o laiky. Mohou být v nemocničním prostředí poprvé a nemusejí znát pro nás běžné termíny (např. vizita, klyzma). V průběhu rozhovoru si musíme ověřovat, zda mluvíme srozumitelně a nabízet další vysvětlení. Mnoho lidí potřebuje o problému hovořit opakovaně, mít možnost znovu se k němu vrátit, doptat se či se ujistit, že vše správně pochopili.

V komunikaci s pacienty a jejich blízkými se nedoporučuje používat příliš odborné terminologie. Hovoříme-li však o konkrétním onemocnění, léčebném postupu či léčivu, musíme použít správný název. Rodiče budou mnohokrát vysvětlovat, jaké onemocnění jejich dítě prodělalo a musí je umět správně pojmenovat. Dnes si také mnohé rodiny shánějí informace samy (konzultace s jiným odborníkem, zahraniční literatura, internet, svépomocné rodičovské organizace) a proto potřebují znát přesnou diagnózu. Velmi přínosné je poskytnout rodině informace v písemné podobě, nejčastěji formou brožury s obrázky. Takovýto text si mohou vzít rodiče domů a kdykoliv se k němu vrátit. S pomocí písemných materiálů si také lépe připraví otázky pro zdravotníky. Brožura však nesmí nahradit osobní komunikaci, pouze ji doplnit a zkvalitnit! Každý člen zdravotnického týmu musí znát své kompetence a vědět, jaké informace může rodině podávat. Nejčastější chybou bývá podávání rozdílných, protichůdných nebo neúplných informací a přílišné používání odborné terminologie.

Zvláštní pozornost si zaslouží rozhovor, ve kterém lékař rodičům sděluje nepříznivou zprávu. Sdělování nepříznivých zpráv patří mezi nejobávanější a nejnáročnější situace, které lékař s rodiči svých pacientů prožívá. Mnohé rodiny nemocných dětí však mají negativní zkušenost a uvádějí, že zdravotníci si závažnost tohoto okamžiku neuvědomují a dopouštějí se mnoha chyb a neetických postupů. Často je tento stav způsoben tím, že zdravotničtí pracovníci nemají potřebné znalosti a praktické dovednosti. Sdělování skutečnosti, že dítě závažně onemocnělo, narodilo se zdravotním hendikepem či zemřelo, s sebou nese vždy velkou odpovědnost. Pro některé profesionály je sdělování nepříznivých zpráv rodičům poměrně častá, rutinní záležitost. Naproti tomu rodiče nezapomenou do konce života na chvíli, kdy poprvé tuto zprávu uslyšeli. Dojmy z těchto okamžiků jim utkví v paměti do nejmenších podrobností. Abychom se nedopustili neprofesionálního jednání či dokonce nepoškodili své pacienty, je nutné dodržovat určité zásady a doporučení:

- Rodiče si přejí být informováni co nejdříve po stanovení diagnózy či zhoršení stavu dítěte. Často intuitivně tuší, že něco není v pořádku, a mlčení nebo vyhýbání se rozhovoru je pro ně silně frustrující.
- Schůzka rodičů s odborníky má být sjednána na dobu, která rodině vyhovuje. Dále je nutné zajistit rodině nerušené soukromí na neurčitě dlouhou dobu, aby se rodiče mohli v klidu opakovaně ptát, popřípadě ventilovat své emoce. Na konci schůzky má být dohodnut termín následného setkání.
- Po skončení rozhovoru s lékařem by měla následovat péče jiného profesionála. Může jím být klinický psycholog, sociální pracovník nebo zkušená sestra. Tento kompetentní člen týmu musí být schůzce rodičů s lékařem přítomen, aby mohl navázat na sdělené informace a dát rodičům prostor k opakovaným otázkám a emocím. Tato návazná služba je velmi důležitá, protože v našich podmínkách nemají lékaři dostatek času a mnohdy ani odpovídající průpravu, jak podporovat klienty v takto náročné životní situaci.
- Nutné je dodržet zásadu informovat oba rodiče současně. Někteří profesionálové předpokládají, že stačí vést rozhovor pouze s hospitalizovanou matkou dítěte. Ona má být později schopna tlumočit veškeré informace manželovi a ostatním příbuzným. Tato praxe znesnadňuje otci plnit rodičovskou roli a ztěžuje mu přijetí nemocného dítěte, zvláště jedná-li se o novorozence. Dále oslabuje podpůrnou funkci širší rodiny.

- Profesionálové také musí za každých okolností hovořit srozumitelně a neustále si ověřovat, že rodiče dokáží sledovat tok informací a nejsou jimi zahlceni. Rodiče potřebují mnoho informací, ale je na pomáhajícím zvážit jejich dávkování a načasování. Při prvním rozhovoru informujeme o podstatě problému a další perspektivě, důraz klademe na informace, které rodiče potřebují znát bezprostředně. Při následující konzultaci sdělíme podrobnosti a povzbuzujeme rodinu, aby kladla připravené otázky.
- V neposlední řadě je důležité rodičům výslovně dovolit demonstrovat pocity a emoce. Tato výzva dává rodičům prostor mluvit otevřeně o utrpeném šoku, strachu, úzkosti, popřípadě i hněvu, který cítí vůči profesionálům. Rodiče potřebují slyšet, že za daných okolností je úplně normální cítit najednou tolik protichůdných pocitů.
- Velkým problémem mnoha nemocnic je nedostatek vhodných prostor. Je běžné, ale naprosto nevhodné, vést takovéto rozhovory s rodinou vestoje na chodbě, nebo v místnosti plné cizích lidí. Mělo by být dobrou praxí všech nemocničních oddělení mít speciální místnost, do které by se mohli pacienti nebo jejich příbuzní v případě potřeby uchýlit s vědomím, že mají zaručeno naprosté soukromí.



Přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné spolupracovníky

Rodiče potřebují mít vždy zachována svá práva a rodičovskou roli. Jejich úkolem je dítě ochraňovat, chtít pro ně to nejlepší. V nemocnici se ale snadno dostávají do pozice pasivního pozorovatele a ztrácejí možnost ovlivňovat dění kolem dítěte. Trpí pocitem zbytečnosti a zoufalství (jsem tu k ničemu, stejně mu nemohu pomoci), ztrátou sebedůvěry

(nedokážu to, nenaučím se vše nové a potřebné), pocity viny a selhání. Vše samozřejmě zhoršuje úzkost a veliký strach o dítě. Je tedy nezbytné rodičům neustále připomínat a vysvětlovat, že oni jsou pro dítě nepostradatelní. Bez jejich pomoci by situaci těžko zvládalo. Vše ostatní udělají zdravotníci, oni mají za úkol „jen být s dítětem“. To je jejich podíl na uzdravení. Proto je nutné, má-li být spolupráce rodiny a zdravotníků co nejlepší, aby zdravotníci rodiče nejprve opravdu přijali a pochopili jejich nenahraditelnost. A dále, aby jim nabízeli dle potřeby pomoc, porozumění a emoční podporu. Rodiče potřebují vědět, že personál chápe jejich náročnou situaci. Jsou-li odborníci vlídní, vstřícní a přátelští, rodiče se postupně upokojí, posílí se jejich důvěra a v klidu se dohodnou podmínky spolupráce.

Občas se stane, že některá rodina reaguje na nemoc dítěte nepřiměřeně a je s ní opravdu obtížná spolupráce. V takovém případě je nutné zachovat klid a uvědomit si, že se rodiče nacházejí v ohrožující situaci a mají právo reagovat bouřlivě či, z pohledu druhých, neadekvátně. Na nás je situaci profesionálně zvládnout. Vhodné je dát najevo, že chápeme jejich potřebu ventilovat pocity ohrožení, zlosti či strachu a neodsuzujeme je za to.



Potřeby hospitalizovaných dětí a dospívajících

Přijetí do nemocnice představuje pro dítě každého věku komplexní, náročnou životní situaci. Trpí následky separace od rodiny a přátel. Musí se vyrovnat s prostředím zcela odlišným od domácího a zároveň podstoupit mnoho nepříjemných a bolestivých zákroků. Pečujeme-li o děti v nemocnici, musíme mít především na paměti jejich základní potřeby dané věkem a ovlivněné konkrétním onemocněním. Nutné je také vědět o negativních aspektech hospitalizace, a z nich plynoucích problémech, s kterými se děti i mladiství musejí vypořádat. S pomocí Charty práv hospitalizovaných dětí můžeme základní potřeby, či práva, shrnout do následujících bodů:

1. Přítomnost blízkého člověka, nejčastěji matky
2. Opakované a srozumitelné informace
3. Možnost volby, potřeba soukromí a jistoty
4. Bezpečné a podnětné prostředí přizpůsobené věku dítěte
5. Kvalitní kontakt s širší rodinou a vrstevníky
6. Možnost hrát si a vzdělávat se

Přítomnost blízkého člověka, nejčastěji matky

Matka je pro dítě základním zdrojem jistoty a bezpečí. Odloučení od matky (rodiny) je pro dítě větším zdrojem stresu než sama nemoc nebo bolest. Provází-li dítě v nemocnici matka nebo jiná blízká osoba, je to právě ona, kdo z dítěte sejme a převezme na sebe jeho starosti, strach a nejistotu. Tlumočí mu informace zdravotníků, známými slovy vysvětluje dění kolem. Chrání dítě před nešetrnou manipulací a nevšímavostí. Ne vždy je ovšem možné, aby dítě v nemocnici doprovázel blízký člověk. Důvodů může být několik. Dítě je léčeno na oddělení, které neumožňuje celodenní přítomnost rodičů. Nejčastěji se jedná o jednotky intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitační oddělení. Druhým důvodem bývá rodinný problém. Rodina má více dětí a matku nemá doma kdo zastoupit, rodiče mají vážné finanční problémy, obávají se ztráty zaměstnání apod. Občas se setkáváme i s podceněním potřeb dítěte. Rodiče jsou přesvědčeni, že jejich rozumné dítě zvládne pobyt v nemocnici bez nich. Zkušenosti však ukazují, že i dospívající mládež potřebuje a oceňuje v nemocnici pomoc svých blízkých. V dalším případě jde o děti, které přicházejí do nemocnice z kojeneckých ústavů, dětských domovů či ústavů sociální péče. Zaměstnanci těchto zařízení většinou nemohou z provozních důvodů dítě v nemocnici doprovázet.

Tyto děti, handicapované odloučením od svých blízkých, potřebují zvláštní pozornost a péči. Během vstupního rozhovoru si zdravotníci musí o dítěti zjistit maximum informací. Nejen o jeho návycích a specifických potřebách, ale i o oblíbených herních činnostech. V průběhu hospitalizace by pak měl každý zdravotnický pracovník využít i krátký kontakt s dítětem k pohlazení, povzbuzení, pronesení vtipu, zamávání. Opuštěné dítě ocení i kratičké projevení zájmu. Věnuje-li mu takto každý člen týmu alespoň pár minut denně, nebude se cítit tolik odtrženo a poníženo svojí samotou. Nebude také narušen jeho normální vývoj.

Setkáme-li se s rodiči, kteří nemohou nebo nechťejí v nemocnici s dítětem zůstat, je na místě taktní a slušné jednání. Rodina má pro své rozhodnutí často vážný důvod, který třeba nechce zveřejňovat, a naše neadekvátní a nátlakové jednání může vést ke konfliktu. Rodiče jsou ve většině případů nešťastní z odloučení od dítěte, cítí vinu a výčitky svědomí. Vždy je možné nabídnout náhradní řešení. Obviňování rodičů z nezájmu o dítě ničemu neprospěje. Naopak vstřícné a slušné jednání může změnit jejich rozhodnutí.



Opakované a srozumitelné informace

Dětem se má říkat pravda. Nutné je ji sdělovat postupně, přiměřeně věku a ve správný čas, nejlépe v přítomnosti rodičů. Zde však dochází k nejčastějším chybám. Informujeme-li celou rodinu, informace vždy přizpůsobujeme věku a zralosti dítěte, ne rodičů. Nikdy nehovoříme s rodiči tak, jako by tam dítě nebylo. I když je dítě zaujato např. kreslením, vnímá pozorně rozhovor dospělých. Ti však, v rámci vlastních starostí, často ani nepostřehnou, jak moc nepřiměřené informace dítě rozrušily, uvedly v omyl či negativně

ovlivnily jeho představivost. Každý člen rodiny potřebuje informace v jiný čas, jinými slovy a za jiných podmínek.

Zdravotníci také často zapomínají, že každé dítě je jiné. Dvě děti stejného stáří mohou reagovat naprosto odlišně. Mají jinou výchovu, jiné rodinné zvyky, rozdílné životní zkušenosti. Nutný je proto individuální, citlivý přístup ke každému dítěti, s přihlédnutím k jeho rozumové vyspělosti, vývojové zralosti a aktuálnímu zdravotnímu i psychickému stavu. Na počátku rozhovoru je nutné dítě zaujmout, získat si jeho důvěru a ideálně navázat (postupně) bezpečný vztah. Teprve potom je možné odhadnout, kdy a jaké informace dítě potřebuje. U menších dětí je vhodné doplnit mluvené slovo hrou či obrázky, u starších písemnými materiály. Jedině tak docílíme, že děti pochopí význam neznámých slov a situací, dokáží formulovat otázky a vyjádří potlačované obavy či strach.

Důležité je také vědět, že každý člen týmu má jiné kompetence a dívá se na pacienta a jeho léčbu jiným úhlem pohledu. Jiné informace podává lékař, jiné sestra, jiné herní specialista či učitelka školy při nemocnici. Vždy je však nutné informování rodiny koordinovat a zachovávat jednotný postup. Informace od jednotlivých profesionálů si nesmí odporovat.

Možnost volby, potřeba jistoty a soukromí

Již velmi malé dítě potřebuje ovládat situaci a mít ji pod kontrolou. Musí mít možnost občas o něčem svobodně rozhodnout, něco drobného ovlivnit - jakou barvu má mít jeho hrneček, ze které ruky mu sestřička odebere krev, apod. Dítě se nesmí stát jen pasivním objektem péče. Je mnoho situací, kdy můžeme dítěti vyhovět a vyjít mu vstříc. Například v oblékání. Není nutné, aby děti po celou dobu pobytu v nemocnici chodily v pyžamu. Především dospívající velmi ocení možnost oblékat se přes den do domácího oděvu (kraťasů, letních šatů či barevných triček). V civilním oblečení se děti cítí subjektivně lépe a připadají si méně nemocné.

Nemoc a hospitalizace dítě velmi zatěžuje a vyčerpává. Potřebuje zmobilizovat všechny svoje síly a rezervy, aby toto období zdárně překonalo. Není proto dobré chtít dítě v tomto čase změnit nebo zbavit zlovyků. Vše má zůstat pokud možno stejné jako doma. Co dítěti pomáhá a přináší úlevu a klid, to mu musíme dopřát i v nemocnici. Bez ohledu na jeho věk nebo naše osobní přesvědčení. Jedná se především o různé rituály, používání dudlíku, pití z kojenecké lahve či používání plen.

Častou závažnou chybou bývá nerespektování soukromí dítěte a ohrožování jeho důstojnosti a sebepojetí. Dítě má v každém věku právo na pochopení a taktní jednání. Je proto nepřijatelné zpochybňovat stud související s nahotou či veřejně děti ponižování kvůli strachu z bolestivého výkonu či opuštění rodiči. Zajistit dětem soukromí bývá obtížné především na jednotkách intenzivní péče, kde jsou prosklené boxy. I zde však dokáží poučení zdravotníci děti ochránit a minimalizovat emoční stres pomocí závěsů, rolet, paravanů apod.



Bezpečné a podnětné prostředí přizpůsobené věku dítěte

Děti mají být léčeny v prostředí, které je přizpůsobeno jejich potřebám. Většina dětských oddělení v naší republice je již plná barevné výzdoby a hraček, ale stále se zapomíná na starší děti a dospívající mládež. Na mnoha odděleních se léčí děti všech věkových kategorií a přesto je výzdoba i vybavení přizpůsobeno pouze dětem mladším. Přitom právě pro mladistvé je velmi důležité, mohou-li se obklopit svými věcmi a být nezávislí. Nad postel si chtějí pověsit originální plakát, fotografii či obrázky, poslouchat oblíbenou hudbu, mít volný přístup k vlastním potravinám v chladničce apod.

V mnohých britských nemocnicích nemají dospívající na oddělení klasickou hernu, ale denní místnost, která se skládá z kuchyňky (mohou si uvařit čaj, kávu, jednoduché jídlo, posedět s návštěvou, popř. si i vyprat osobní prádlo) a z klubovny. Zde mají k dispozici televizor, počítače, CD přehrávač, kulečník, šipky, různé stolní a společenské hry, filmotéku, knihovnu. Malé děti do těchto prostor nemají přístup. V našich podmínkách je

možné v denním rozvrhu vymezit část dne, nejlépe podvečer, kdy bude herna vyhrazena pouze pro dospívající pacienty. Pak bude záležet jen na nich, jak čas využijí. Cenný pro ně bude především fakt, že nebudou muset být celé dny pohromadě s malými dětmi a dospělými. Budou si moci jen tak povídat, relaxovat nebo poslouchat hudbu, hrát hry, sledovat oblíbené filmy. Důležité je zajistit jim klid a soukromí.

K zajištění bezpečného a přátelského prostředí na dětském oddělení však nestačí jen rozvěsit obrázky a nakoupit hračky. Tím podstatným, co vytváří vstřícnou a bezpečnou atmosféru, jsou slušné mezilidské vztahy, otevřenost a ochota spolupracovat. Všichni lidé, podílející se na péči o nemocné děti (zdravotníci, rodiče, ostatní zaměstnanci nemocnice) se proto musí snažit vytvořit dobře fungující tým, myslící na blaho dětí.



Kvalitní kontakt s širší rodinou a vrstevníky

Umožnit dětem a mladistvým pravidelný kontakt s rodinou a kamarády není dnes problém. Většina dětí vlastní mobilní telefon, notebook či tablet a tak zůstávají ve spojení se světem mimo nemocnici. Důležitou formou kontaktu zůstávají osobní návštěvy příbuzných a známých. Problémem je, že na dětských odděleních není často na návštěvníky pamatováno. Přejde-li k jednomu dítěti celá rodina či více spolužáků, mohou výrazně bránit chodu oddělení. Proto se často setkáváme s omezením počtu návštěvníků na dvě osoby k jednomu dítěti. Povolí-li ošetřující lékař dítěti vycházku, je pro všechny příjemnější, doprovodí-li návštěva pacienta mimo stísněné prostory oddělení.

Pečujeme-li o děti vážně nemocné, které nemohou normálně komunikovat, nebo děti dlouhodobě hospitalizované bez rodičů, osvědčují se osobní zvukové nahrávky (vzkazy rodiny, oblíbené písničky či namluvené texty).



Možnost vzdělání a hry

Děti v nemocnici mají podle platných právních norem právo na přiměřený vývoj a zároveň i na vzdělání. Proto již mnoho let existují v naší republice Školy při nemocnici. Tyto instituce zajišťují nemocným dětem kontinuální vzdělávání a pomáhají jim opět se po návratu zapojit do výuky v kmenové škole. Poskytují také výchovnou péči dětem předškolního věku.

Hra je pro všechny děti důležitým faktorem růstu a zdrojem velké radosti. Tím více znamená pro děti v nemocnici - pomáhá jim vyjádřit a odžít si strachy, obavy a trápení související s nemocí a hospitalizací. Společná hra s ošetřujícím personálem je také vhodnou příležitostí k seznámení se a k navázání bezpečného vztahu. Děti, které si mohou v nemocnici hrát, jsou mnohem uvolněnější a lépe komunikují. Důležité je připomenout, že nemocné děti si většinou sami spontánně nehrají. Zejména mladší děti se dokáží plně zabrat do hry pouze v přítomnosti dospělého, který navodí určitou atmosféru, rozehraje příběh a pak se nechá dítětem vést. V ideálním případě proto působí na dětském oddělení herní specialista. Ten by měl být prvním odborníkem, se kterým se dítě v nemocnici setká. Pokud dětské oddělení tohoto pracovníka nemá, musí ošetřující sestra, společně s rodiči, o to více dbát na všestrannou pohodu dítěte a kvalitní vyplnění jeho volného času.

Děti se zvláštními potřebami

Zvláště citlivý a chápající přístup vyžadují děti podstupující bolestivou léčbu, děti po náročných chirurgických výkonech nebo děti dlouhodobě hospitalizované. Pečující zdravotníci tyto pacienty často označují jako „nespolupracující“. Většina těchto dětí snáší hospitalizaci špatně, což je vzhledem k okolnostem naprosto pochopitelné. Odmítají spolupracovat, jsou nespokojené, negativistické či apatické. Pozorujeme u nich snížený práh bolesti, zvýšenou úzkost, různé fobie, stále přítomný strach. Mají poruchy spánku a příjmu potravy. Jejich odmítání je zaměřeno především proti zdravotníkům a léčbě, ale i proti rodičům. Jsou zoufalé a vyděšené ze všeho, co se s ním děje, a dále z faktu, že dospělí nereagují na jejich protesty tak, jak byly doteď zvyklé. Nepomůže-li pláč a prosby, začnou se bránit stažením, apatií až letargií. Přestávají komunikovat, často u nich dojde k regresi. Rodiče se v této situaci cítí velmi špatně. Jsou vyděšení a nešťastní, mají pocit osobního selhání, nevědí si rady. Je důležité s nimi o všem hovořit a hledat společně k dítěti cestu.

Chceme-li dítěti pomoci, musíme získat jeho důvěru. Dítě musí pochopit, že nám na něm záleží. Po nepříjemných a mnohdy bolestivých procedurách by měla následovat hra, legrace, možnost ventilovat úzkost a stres. Nejprve je třeba zjistit od rodičů zájmy a oblíbené aktivity dítěte. Hledat pro začátek snadné, jednoduché věci, které dítě zná a rádo dělá. Důležité je se na kontakt s dítětem předem připravit. Ujasnit si cíl, dát si maličký úkol - dnes se na mne podívá, usměje se, dovolí mi ukázat mu knížku, budu u něj moci být déle než včera. Důležité je si stále připomínat, že i opakované odmítání je forma komunikace! Nesmí nás to odradit, musíme mít sílu zkoušet to každý den znovu. Vzájemná důvěra se vytváří tím, že se vracíme i přes opakované odmítnutí. Odmítáním dítě říká: „Já nemůžu nikomu důvěřovat“ Zároveň ale říká: „Můžu já někomu důvěřovat?“ Opakovanou přítomností dáváme dítěti najevo, že jsme tu pro ně. V případě nezájmu dítěte se nesmíme vzdát. Pokaždé musíme přicházet s jinou nabídkou činností. Trpělivě, po malých krůčcích si dítě získávat. Používat bláznivé, komické, dětinské nápady (posadit panenku, ona spadne, posadit ji, spadne, posadit...). Pokud dítě nějaká věc nebo činnost zaujme, můžeme ji den po dni opakovat (dokud to bude dítě bavit). Velmi jednoduchá a pro dítě nezavazující činnost je například společné vybarvování omalovánek. Začneme tím, že nebudeme chtít nic jiného, než aby nám dítě beze slov ukázalo nebo podalo pastelku, kterou máme použít. Vybarvovat nebude dítě, ale sestra nebo maminka.

Důležité je také nepopírat sdělované pocity a prožívání dětí. Pokud dítě říká: „*Já už tu bolest nemůžu vydržet*“, musí ošetřující personál reagovat posílením, ne popřením. Musí vyjádřit, že slyší a bere vážně to, co dítě říká. Nesmí dítě nutit „*vydržet to*“, ale spolu s ním hledat způsoby, jak to udělat, aby „*to vydržet šlo*“. Nutné je ujišťování dítěte o tom, že jeho obavám věříme a bereme je vážně.

Závěrem uvádím text jedné z brožur organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital z roku 1998. Dle autorů mnoho dětí a dospívajících cítí v nemocnici bezmoc. Připadají si závislí a nesvobodní. Pocity bezmoci u nich posilují tyto situace:

Zdravotníci dětem nenaslouchají, nezajímají je jejich přání, starosti a obavy.

Zdravotníci dětské obavy zesměšňují a neberou je vážně. Neřeší je.

Zdravotníci dávají najevo, že oni vědí nejlépe, co je pro dítě dobré.

Zdravotníci děti straší a vyhrožují jim, místo aby s nimi komunikovali a vysvětlovali.

Zdravotníci jednají povýšeně – vyžadují bezmeznou poslušnost a podřízenost.

Pacient nemůže ovlivnit situaci. Nerozumí léčbě, neví, co dobrého mu má přinést.

Pacient není vnímán jako partner, nemůže vyjádřit svůj názor na ošetřování (léčbu).

Herní aktivity a specifika nemocniční hry

„Hra je naše práce“ (nápís v herně londýnské nemocnice)

Alison Webster, vedoucí herní specialista CH. & W. Hospital v Londýně učí své studenty: *„Hra je nutná pro normální vývoj každého dítěte. Je jazykem dětství, jehož prostřednictvím se děti na celém světě učí, zrají a postupně začínají chápat svět, ve kterém žijí. Pro děti v nemocnici je hra obzvláště důležitá. Pomáhá jim vyjádřit a odžít si strachy, obavy a trápení související s pobytem v nemocnici a smířit se s nutností nemocniční péče.*

Herní aktivity s dětmi v nemocnici můžeme rozdělit do několika skupin:

- herní prvky začleněné do běžné i speciální ošetrovatelské péče
- hra vyplňující volný čas dětí
- hra jako součást přípravy dítěte na zákrok nebo přehrávání zkušeností po něm
- individuální specializovaná hra (až terapeutická hra)



Nepracuje-li na dětském oddělení herní specialista, je pro ošetřující tým těžké a časově náročné uspokojit všechny „herní“ potřeby jednotlivých dětí. Proto je velmi důležité, aby především sestry zapojovaly hru a herní prvky do všech ošetrovatelských intervencí. Každý kontakt s dítětem má být spojen s hrou, legrací, dováděním. Hra může pomoci zdravotníkům v každé situaci. Pomůže navázat s dítětem kontakt, získat jeho důvěru, vysvětlit chystaný zákrok, zklidnit je a ukonejšit po nepříjemné proceduře.

Pokud si zdravotničtí pracovníci uvědomí význam hry pro dítě a použijí ji jako komunikační prostředek, udělají mnoho nejen pro samotného pacienta, ale i pro sebe. Ošetrovatelská péče bude mnohem kvalitnější a úspěšnější, dítě bude lépe spolupracovat. Mnoho her a činností, které mají děti rády a které jim přinášejí radost a uvolnění, lze úspěšně provozovat i v nemocnici. Potřebujeme jen vhodné pomůcky, zásobu různých hraček, materiálů a hlavně nápadů!



Vhodné pomůcky a materiály

nůžky - raději dětské, na konci zaoblené (vždy pod dohledem dospělého)

lepidla - musí lepit různé materiály

bavlnky, provázky, korálky, knoflíčky, šicí potřeby, špejle

špejle, tiskárničky, šablony, formičky, nafukovací balónky

papíry - karton, čtvrtky, balicí, barevný, ruličky z WC papíru

barvy - vodové, temperové, akvarelové, pastelky, voskovky, křídly

různé zbytky - látek, papírů, kůže, vlny, lina, korku, dřeva,

staré obrázky, časopisy, pohledy (na koláže)

potraviny - nudle, čočka, hrách, rýže, kukuřice, mouka, sůl, cukr, ovesné vločky,

bramborový škrob, bramborová kaše, puding, čokoládová poleva, kečup

potravinářské barvy a jiné (dle fantazie a finančních možností)

koření - sušené, mleté i nemleté

přírodniny - kamínky, mušličky, šišky, sušené květy, dřevíčka, listy, peříčka, kaštiny

hmoty - modelína, modurit, keramická hlína, písek, sádra, různá těsta

hudební nástroje - bubínky, chřestidla, rolničky, zvonečky

bublifuky

přenosné pískoviště - umyvadlo + sterilní písek, formičky

hra s vodou - umyvadlo + hračky do vody, lodičky, vodní zvířátka, mlýnek

igelitové a gumové zástěry a podložky

malá umyvadla, misky, vařečky, nože, dřevěná prkénka, válečky na těsto

alobalové či papírové nádoby na jedno použití

Konkrétní herní aktivity s dětmi různého věku

Hry s kojenci

- Nakloňte se nad dítětem, navažte s ním oční kontakt. Přiblížte obličej k dítěti, zlehka vezměte jeho ruku a hlad'te s ní svůj obličej. Při tom mu zpívejte, povídejte, pobrukejte. Snažte se dítě podnítit ke žvatlání.
- Vezměte hračku nebo barevný předmět, zvedněte jej nad dítě a vyčkejte, až se na ni zadívá. Pak nechte dítě sledovat pohybující se hračku ze strany na stranu. Vhodné je připojit písničku nebo pobrukování melodie.
- Držte hračku nad dítětem a povzbuzujte ho, aby po ní sáhlo. Když to dokáže, pochvalte ho.
- Posad'te se blízko k dítěti a zakryjte svůj obličej rukama. Pak obličej odkryjte a zvolte „bať“. Opakujte několikrát. Obměňujte hru, vykukněte ze strany, zprostředka...
- Prostřednictvím maňáska mluvte na dítě. Hodně s hračkou pohybujte, mluvte výrazně, vesele. Nechte hračku zmizet a zase se objevit.
- Dejte dítěti několik předmětů, například plastový kelímek a lžičku a povzbuzujte ho, aby s nimi bouchalo.
- Dále - shazování hraček na zem, ukaž kde má panenka oko, stavění kostek na sebe

Vhodné hračky (musí být vždy bezpečné a čisté):

zavěšené pohyblivé hračky nad postýlku, měkké hračky plyšové či látkové, hračky vydávající zvuky (chrastítka, zvířátka, míčky, zvonečky), hračky ke kousání, cucání, plastové obrázkové knížky, hračky do vody, pohyblivé hračky k tahání za sebou na provázku, panenky, zvířátka, zvukové hračky, knížky, velké kostky, jednoduché stavebnice

Hry s batolaty

manipulační hry, hry na procvičení koordinace, jemné motoriky a zručnosti, pohybové hry v postýlce i na zemi (děti strádají omezením pohybu), napodobivá hra (jak dělá pes, kočička, péče o panenku), rozvoj řeči (písničky, básničky, říkadla, pohádky, prohlížení knížek), poslech či sledování pohádek (video), hra s materiály

Vhodné hračky

pohyblivé hračky k tahání za sebou na provázku, kostky různých velikostí a materiálů, panenky s oblečky, kočárky, zvířátka (plyšová, látková, plastová), autíčka všech velikostí, autodráha, vláček, míče, stavebnice, skládačky, zvukové hračky a hudební nástroje, hry na procvičování zručnosti (prostrkávat kostek otvorem, stavění na sebe), velké dřevěné korále na navlékání, dřevěné kladívko a kolíky na zatloukání, hrací koutky, domečky s vybavením (nemocnice, kuchyňka, obchod, ZOO), knížky, leporela, jednoduché výtvarné potřeby a materiály, přírodniny

Hry pro děti předškolního věku

individuální hra (dítě si rádo hraje samo, nebo těsně vedle druhého dítěte), kolektivní hry (okolo pěti let věku), úlohové hry (hra na obchod, na lékaře, na maminku, na řidiče), konstruktivní hry (stavebnice, přírodní materiál), pohybové hry (s míčem, jízda na traktůrku), hádanky, didaktické hry, loutkové divadlo, poslech pohádek, televize, video, hra s materiály, výtvarné činnosti (např. koláže - na různý podklad lepit papír, látky, přírodniny; na čtvrtku stříkat husté barvy injekční stříkačkou, malovat prsty; malovat na kamínky)

Vhodné hračky

hrací koutky, domečky s vybavením (nemocnice, kuchyňka, obchod), knihy, leporela, časopisy, jednoduché společenské a stolní hry, karty, panenky s oblečky, kočárky, různé převleky (princezna, rytíř, pirát, lékař), zvířátka (plyšová, látková, plastová), autíčka všech velikostí, autodráha, vláček, stolní hokej, kulečník, míčky, kroužky (házení kroužků na cíl), stavebnice, skládačky, zvukové hračky a hudební nástroje, výtvarné potřeby a materiály, přírodniny, CD přehrávač, počítač, televizor

Hry pro děti mladšího školního věku

vycházejí a navazují na hry předcházející věkové skupiny. Nejvhodnější jsou stolní a počítačové hry (stolní fotbal, kulečnick), společenské hry a karty, čtení knih a časopisů, skládání stavebnic, skládaček a hlavolamů, ruční práce (drhání, vyšívání, náramky, korálky), hra s materiálem, výtvarné činnosti

Vhodné hračky a pomůcky

Podobné jako pro děti předškolního věku, jen složitější, kreativnější. Hodně kolektivní hry, soutěže, počítač, internet, televize, CD přehrávač.

Herní aktivity pro starší děti a adolescenty

hlavně společenské a kolektivní hry, soutěže, olympiády (stolní fotbal, piškvorky), stolní hry (šachy, karty, dostihy, ruleta, kulečnick), hlavolamy, křížovky, sudoku, počítačové hry, knihy, filmy, hudba, hudební nástroje, psaní povídek či deníku, hra s materiálem, výtvarné činnosti (batikování triček, keramika, modelování, malba, koláže),

Vhodné pomůcky

výtvarné potřeby, materiály (dřevo, kůže, modelína, hlína, látky, korálky, bavlnky), boxovací pytel či polštář (odžití emocí, uvolnění energie), basketbalový koš (z drátěného ramínka vyrobit obroučku koše, připevnit ji nad dveře nebo do nohou postele, hází se míčem, nejlépe na provázku – sám si jej vezme zpět), počítač, internet, televize, CD přehrávač

Hra s dětmi těžce nebo dlouhodobě nemocnými

Některé děti tráví mnoho času na pooperačních odděleních nebo jednotkách intenzivní péče. Vzhledem ke zdravotnímu stavu či typu léčby nemají sílu ani náladu na dlouhodobější aktivity. Proto je vhodné vymýšlet a nabízet jim jen chvilkové, nenáročné hry a činnosti. Často jde především o to děti potěšit a nabídnout jim příjemné zážitky. Důležité je povzbuzovat a zapojovat rodiče. Oni jsou s dítětem celý den, mohou s ním pracovat krátce a často. Nutné je začít s málem, dítě nepřetěžovat, šetřit jeho síly. Od malých, jednoduchých her a aktivit postupovat ke složitějším. Vrátit se s dítětem vývojově zpět. Nabízet hry ne podle věku, ale podle jeho momentálních možností a schopností. Nejvhodnější je nestrukturovaná hra bez cíle. Je to pouze hra pro hru, pro radost a potěšení. Délku hry si vždy řídí dítě samo.

Příklady vhodných činností

číst jednoduché příběhy, ukazovat obrázky

dělat bublinky bublifukem

jednoduché masáže, hlazení, relaxační hudba

aktivity stimulující smysly:

hmat (guma, stimulační pomůcky - uzavřený plátěný pytlík, v něm hrách, mouka)

čich (pytlíčky s kořením, různými známými a oblíbenými vůněmi)

sluch (nahrávky známých zvuků, hlasů, chrastící předměty, hudební nástroje)

zrak (na strop nad dítě zavěsit různé hračky, lesklé, třpytivé předměty, obměňovat je)



Hra s materiálem – „špinavá hra“ (messy play)

Označuje celou škálu aktivit vhodných pro děti různého věku i pro rodiče! Vždy se jedná o hru s materiálem (voda, písek, těsto, hlína, barva). Hodnota této hry spočívá nejen v tom, že je špinavá a dělá nepořádek v jinak sterilním nemocničním prostředí, ale především je nestrukturovaná. Hra nemá žádný konkrétní cíl, dítě si pouze užívá příjemné pocity z kontaktu s materiálem. Probírá se jím, boří do něj ruce, patlá, hněte, válí, kreslí do něj prstem, stříká stříkačkou... Jde o nejoblíbenější a nejpřínosnější aktivitu v nemocnici. Tato metoda se s úspěchem používá především u dětí nespolupracujících, zlostných, neklidných. Hra s materiálem pomůže dětem bezpečně uvolnit energii a ventilovat nashromážděné negativní emoce. Pacient může hmotu trhat, bít, ničit, nebo naopak prožít příjemné prožitky a uvolnění. Další předností této techniky je nenáročnost a bezpečnost. Děti ztratily mnoho svých dovedností, podceňují se a jsou velmi nejisté. Při této hře neriskují prohru ani neúspěch. Nehrozí, že se jim to nepovede. Tato činnost je pouze příjemná, zábavná,

mnohdy překvapivá. Mnoho dětí má velikou radost právě ze „špinavosti“ hry. Hmota je všude – na rukou, oděvech, nábytku i podlaze. Je to nádherné a je to dovolené! Messy play dále podporuje rozvoj jemné motoriky, manipulativních dovedností, vyjadřování pocitů a nálad dítěte.

Při dodržení hygienických zásad můžeme s hmotou pracovat i s dětmi na lůžku. Dítěti oblékneme gumovou zástěrku nebo přizpůsobenou pláštěnku, podložíme je gumovou podložkou a do postýlky dáme vaničku nebo umyvadlo s hmotou. Po skončení hry musíme samozřejmě vše dokonale uklidit. Tyto zásady platí i při hře v herně (dítě si hraje u stolu nebo na zemi).

V zahraničí, především ve Velké Británii, existuje pro tyto účely mnoho druhů speciálních hmot a materiálů. U nás jsou hůře dostupné a drahé, ale lze je nahradit bramborovým nebo kukuřičným škrobem, jednoduchým těstem obarveným potravinářskými barvami, mýdlovou vodou, pískem, keramickou hlínou apod.



Rodina a hra

Pokud na oddělení nepracuje herní specialista, mají sestry často roli koordinátorek. Půjčují dětem a rodičům pomůcky, společně s rodiči vymýšlejí vhodné herní aktivity přizpůsobené zdravotního stavu dítěte, podle možností se podílejí na hře dětí.

S rodiči je v tomto směru někdy obtížnější spolupráce. Nemají zájem, nechtějí se zapojit do tvořivé hry. Raději pustí dítěte televizi nebo pohádku. Je dobré zjistit, co samotné rodiče baví a co jsou ochotni s dítětem dělat. Osvědčená metoda je začít nějakou hru či aktivitu a po chvíli požádat rodiče, aby to s dítětem dohráli (dodělali).

Někdy může nechuť rodiny ke hře pramenit ze strachu. Rodiče se bojí, aby nemocnému dítěti nějak nepřitížili, a proto podporují jeho pasivitu. V tomto případě musíme rodiče upokojit a vysvětlit jim důležitost hry v procesu uzdravování. Mnoho rodičů je naopak aktivních, znají spoustu her a činností, dovedou děti zabavit. Od nich se mohou pomáhající pracovníci mnohému přiučit, získat nové nápady, náměty na vhodné hračky či herní aktivity.



Vhodné uspořádání a vybavení herny nebo hracího koutku

V mnoha britských nemocnicích je oddělení uspořádáno tak, že herna je centrálním prostorem. Teprve z něj se vchází do části vyšetřovací a do pokojů dětí. Projdeme-li hlavními dveřmi na oddělení, ocitneme se ve velikém dětském pokoji. Všude je plno výzdoby a dětských výtvorů (na zdech, visí ze stropu), hraček, domečky pro děti (kuchyňka, nemocnice, obchod) i domácí zvířata (rybičky, morče apod.). Prostor je hodně členěný, aby vzniklo více malých útulných koutků na klidnou hru. Často je v rohu herny pult – sesterna, kde sestřičky během dne vykonávají administrativní práce. Výhodou je, že na děti vidí a jsou s nimi po celou dobu služby v kontaktu. Mimo tento hlavní prostor je často ještě klubovna pro dospívající, speciální relaxační místnost a kuchyňka pro rodiče. Některé herna dětských oddělení (hlavně v historických budovách) mají stejně jako v Čechách podobu uzavřené místnosti. Toto uspořádání nepůsobí tak vstřícně, je více „nemocniční“, ale má i své výhody. Mnohá oddělení jsou plná lidí, hluku a nervozity. Uzavřený a bezpečný prostor herny je pro děti vítanou oázou klidu a bezpečí.

Mezi hernou na oddělení, kde nepracuje herní specialista a mezi hernou „obývanou“ tímto pracovníkem je velký rozdíl. Nicméně je potěšující, že mnozí pracovníci dětských oddělení myslí na potřeby svých pacientů a snaží se herního pracovníka nahradit. Zdobí nemocniční prostory, zřizují herny nebo hrací koutky a s pomocí sponzorů se je snaží co nejlépe vybavit. Přesto může i sebelépe vybavená herna působit studeně a pustě. Děti si jí prohlédnou, na chvíli si půjčí nějakou hračku, pohrají si a postupně ztratí zájem. Herna by totiž měla žít. Měla by v ní být veselá, uvolněná, tvořivá atmosféra plná humoru. A také nepořádek. V naklizené herně není možné provozovat kreativní hru.



Zásady provozu herny

- Zdravotnický personál ručí za bezpečnost všech dětí v herně.
- Všechny činnosti a hry s nemocnými dětmi musí brát v úvahu jejich zdravotní stav i věk a nesmí závažným způsobem bránit chodu oddělení.
- Herna se musí denně uklízet. Rodiče a děti mohou s úklidem dobrovolně pomoci.
- Všechny hračky musí být čisté a bezpečné (nerozbité).
- V herně má být dítě v bezpečí (v anglických nemocnicích smí personál vstupovat do herny jen na pozvání a se souhlasem dětí. Všichni ctí zásadu, že herna musí zůstat za všech okolností místem bezpečí. Proto se zde nesmějí provádět bolestivé výkony. Děti si také mohou vybrat, zda chtějí absolvovat vizitu v herně při hře, nebo ve svém pokoji).

Příprava dětí/rodiny na hospitalizaci a léčebné zákroky

„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“ (z materiálu organizace NAHPS, London).

Téma přípravy dětí na zákroky a hospitalizaci úzce souvisí s tématem komunikace, podáváním informací a nemocniční hry. Hospitalizovaným rodinám nestačí jednorázové poučení. Potřebují kontinuální proces, plánovaný a prolínající se celou hospitalizací, přizpůsobený jednotlivým členům. Musí mít podobu nedirektivní podpory a pomoci a zahrnovat jak informování formou rozhovoru, tak pomoci hry či jiných vhodných aktivit. V metodách herní práce se tento postup nazývá příprava = prostřednictvím řízené hry nebo rozhovoru doplněného názornými pomůckami děti lépe pochopí smysl léčby, podstatu zákroků, porozumí vlastnímu onemocnění a všemu, co se s nimi v nemocnici děje. Pro dítě/rodinu má příprava zásadní význam při přijetí do nemocnice a před každým léčebným zákrokem či vyšetřením.

Přijetí do zdravotnického zařízení

Přijetí do nemocnice představuje pro děti každého věku náročnou situaci spojenou s obavami a ohrožujícími pocity. Potřebují dostatek informací, aby se mohly s novou zkušeností vyrovnat. Je pro ně důležité, vnímají-li je zdravotničtí pracovníci jako partnery a snaží-li se získat jejich důvěru a spolupráci otevřeným jednáním. Především dospívající vnímají negativně, jsou-li o léčebném postupu informováni pouze jejich rodiče. Již v této fázi hospitalizace se ukáže, zda je rodina na přijetí do nemocnice připravená, má dostatek informací a na co bude nutné se dále zaměřit.

Souhlas rodiny s přípravou dítěte

Dříve než začneme s dítětem pracovat, musíme si vyžádat souhlas jeho rodičů. Ne vždy jej ale dostaneme. Někteří rodiče odmítnou a nepřejí si, aby dítěti bylo předem cokoli sdělováno. Mají strach z jeho reakcí a z toho, že vystrašené dítě odmítne spolupracovat.

Volí raději strategii překvapení a přemožení dítěte, třeba i silou. Není správné jít proti názoru a přesvědčení rodičů, nedbat na jejich přání. Vhodné je v klidu vyslechnout jejich argumenty, slíbit, že neuděláme nic, s čím nebudou předem souhlasit a požádat je, aby také oni vyslechli nás. Dítě cítí a tuší, že se děje něco nezvyklého, vidí strach a rozrušení rodičů. Fakt, že mu nikdo nic nevysvětlí, ještě posiluje jeho podezření, že se chystá něco děsivého. Rodiče nakonec většinou přiznají, že vnímají potřebu dítěte rozumět situaci a jsou rádi, když jim s informováním pomůžeme. Druhou možností je nejprve podrobně připravit rodiče a pak jim dát návod, jak mají oni sami informovat dítě. Tento postup volí rodina většinou v případě velmi malých dětí, nebo dětí se speciálními potřebami.

Zásady dobré přípravy

Na přípravu každého dítěte je nutné se předem připravit. Je velmi důležité, jak se člověk hovořící s dítětem cítí a má-li na rozhovor dostatek času. Nesmí spěchat, myslet na jiné věci, být netrpělivý. Úspěch přípravy totiž záleží hlavně na pocitech, které v dítěti během komunikace převládají. Dítě je k pocitům velmi vnímavé. Potřebuje z dospělého cítit jistotu a klid, a být neverbálně ujištěno, že léčba v nemocnici je nejnornálnější věcí na světě. Pro dobrou přípravu není nejpodstatnější věk dítěte, typ výkonu ani použité pomůcky. Podstatný je způsob komunikace. Důležitější je pro dítě to, JAK s ním mluvíme než to, CO mu říkáme. S dětmi je proto nutné mluvit upřímně, klidně, přesvědčivě, zřetelně, používat hodně mimiku a humor. Rozhovor by měl být plný legrace a divadelních prvků, nesmí jít pouze o poučování. Nejdůležitější je v průběhu rozhovoru dítě pozorovat. Spíše než ze slov totiž poznáme příčinu jeho strachu z výrazu tváře nebo tělesných projevů. Na to pak můžeme reagovat a snažit se dítěti účinně pomoci. Samozřejmostí je, že rozhovor vždy začínáme vlastním představením, správným oslovením dítěte (je nutné vědět, jak dítěti říkají rodiče nebo jak chce dítě, abychom je oslovovali) a vysvětlením, proč jsme za dítětem/rodinou přišli.

Velkou roli hraje i správné načasování přípravy. S jak velkým časovým předstihem budeme dítě informovat, záleží především na jeho věku a okolnostech hospitalizace. Velké děti je vhodné začít připravovat dříve (v ideálním případě již v ambulanci). Potřebují se většinou s nutností hospitalizace postupně vyrovnat a mít dostatek času klást otázky. Podrobné informace je však lepší říci dítěti až po přijetí do nemocnice. Čím je dítě mladší, tím menší musí být odstup mezi přípravou a výkonem. Malé děti připravujeme společně s rodiči v předvečer nebo až ráno v den výkonu.

Negativní, špatná příprava je naopak plná zmatku, paniky, pochybností a obav. Platí pravidlo, že špatná příprava je horší než žádná. Dítě si totiž během ní může upevnit své fantazie a pocit ohrožení a jeho důvěra může být vážně narušena. Chybou je také přetěžovat dítě informacemi a neúměrně přípravu protahovat.

Není možné dát přesný návod, jak děti a rodiče informovat a připravovat. Každá příprava musí být jiná, „šitá na míru“ konkrétní rodině. Je však několik témat, kterým je dobře se během přípravy věnovat a vysvětlit je:

- Dítě je zvyklé stonat doma, ve své postýlce. Léčí ho maminka a paní doktorka na středisku. Nyní dítě nechápe, proč musí zůstat v nemocnici.
- V některých rodinách je zvykem děti strašit lékařem: „Jestli budeš zlobit, zavolám paní doktorku a ta ti dá injekci. Nebo ošklivé, hořké prášky. A odveze si tě s sebou do nemocnice“. Dítě pak zákonitě bere léčbu a pobyt v nemocnici jako trest. Nemůže chápat, že mu zdravotníci nepříjemnou léčbou chtějí pomoci.
- Dále je nutné dítěti opakovaně připomínat, že sestřičky i lékaře zajímá, jak se dítě cítí a zda něco nepotřebuje. Nesmí se proto bát a musí si včas říci o pomoc (něco jej bolí, má žízeň, potřebuje na záchod).
- Nikdy se nedá vyloučit, že po skončení přípravy dojde k nějaké organizační změně. Výkon může být odložen či se změní pořadí pacientů. Je proto dobré zvláště větší děti na tuto možnost upozornit. Dítě potom nebude tolik vyděšené, snáze změnu přijme a nepřestane nám důvěřovat.

Obecně by měla příprava obsahovat:

- zjištění, kolik informací dítě má, jak situaci rozumí, čeho se obává, co si přeje vědět
- vysvětlení co se bude dít a kdy
- bude-li cítit bolest a jak s ní může pracovat
- kdo jej bude doprovázet (zdravotníci, rodiče)
- jak dlouho výkon potrvá
- co bude následovat
- praktickou část (hra, malování, vyzkoušení si zdravotnických pomůcek)
- čas na otázky, podporu rodiny, zklidnění
- ověření si, co si dítě zapamatovalo, jak informace pochopilo
- přípravu rodičů (jak oni mohou dítěti konkrétně pomoci)

Ještě jedna věc významně ovlivňuje kvalitu přípravy a tou je prostor, ve kterém se příprava provádí. Záleží na podmínkách a možnostech jednotlivých oddělení. Nutné je však vybrat takové místo, které zaručí rodině klid a soukromí. Vhodné může být například lůžko dítěte. Tam se dítě cítí relativně bezpečně, má tam své hračky a osobní věci. Použít se dá také klidnější část herny. Musíme však počítat s tím, že bude těžší udržet pozornost dítěte a můžeme být vyrušováni ostatními dětmi. Nejlepší je, je-li na oddělení vyčleněna zvláštní místnost, tzv. hovorna (určená k rozhovorům zdravotníků s konkrétní rodinou).

Zásady příprav batolat, dětí předškolního a mladšího školního věku

Děti těchto věkových kategorií je vhodné připravovat, je-li to možné, vždy společně s rodinou. Rodiče jsou pro ně autoritou i zdrojem bezpečí. Děti potřebují cítit jejich ochranu a podporu. Je dobré, dají-li rodiče dítěti na začátku přípravy najevo, že nám důvěřují a věří všemu, co s dítětem děláme. Vhodné je, když nás maminka uvede a představí: „Péťo, tohle je sestřička Jana, která nám teď všechno ukáže a vysvětlí“. Tím dítěti zdravotníka doporučí jako důvěryhodnou osobu a ulehčí navázání kontaktu.

Při přípravě je třeba přihlížet k věku dítěte, jeho psychické zralosti, jazykové úrovni, k předcházejícím zkušenostem s hospitalizací, ale hlavně k jeho potřebě být/nebýt informován. Především u malých dětí platí, že méně je více. Dítě se má dozvědět jen to, co opravdu zažije a uvidí! Je nutno velmi citlivě rozlišit, u kterého dítěte povedou informace skutečně ke snížení úzkosti a které by naopak velké množství detailů zbytečně vystrašilo. Někdy může příprava probíhat tak, že herní specialista/sestra připravuje rodiče a dítě rozhovor mimoděk poslouchá. Občas odběhne, pohraje si, zase se vrátí. Po skončení takovéto „nepřímé“ přípravy je důležité požádat rodiče, aby se s dítětem ke všemu ve vhodný čas znovu vrátili a pomohli mu informace utřídit a ujasnit. Velmi důležité je používat správná slova. Každá rodina může mít pro konkrétní věc jiné označení (někde se mluví o jizvě, jinde o čárce či mřížce). Jde-li však o pojmenování výkonu, doporučuje se užívat zásadně správný termín, např. operace. Dítě si na slovo zvykne a nezní mu již tak zlověstně. Pouze u nejmenších dětí je vhodnější volit termín opisný (spravit, opravit).

U malých dětí je více než vhodné podpořit slovní vysvětlení hrou s loutkou nebo oblíbenou hračkou pacienta. Pouze slovní vysvětlení dítěti nestačí, potřebuje si situaci ujasnit pomocí řízené hry s dospělým spoluhráčem: „Ahoj Péťo, já jsem medvídek Míša a jako ty jsem

měl nemocné srdíčko. Byl jsem ale na operaci a pan doktor mi ho spravil. Proto si s tebou teď můžu o všem povídat a vyprávět ti, co všechno jsem zažil. Také se můžeme spolu podívat na opravdické lékařské nástroje a budeš-li chtít, můžeme si zahrát na pana doktora a na sestřičku.“

Rozhodne-li se zdravotník nebo rodina dítěte pro přípravu hrou, vysvětlí nejprve dítěti přiměřeným způsobem vše potřebné a pak si to společně přehrají. Dobré je rozdělit přípravu na několik částí, kvůli udržení pozornosti dítěte. Každou část příběhu nejprve přehraje zdravotnický pracovník a po něm dítě, za pomoci maminky. Děti příběh často doplňují, mění, improvizují. Na závěr je vhodné nechat pacienta ještě jednou vše stručně zopakovat, abychom se ujistili, že všemu dobře porozuměl. K přípravě dítěte toho věku se hodí, kromě hraček, také vhodná knížka, obrázkový komiks nebo omalovánky. Příprava musí být opět přiměřená věku, vyspělosti a jazykové úrovni dítěte. Omalovánky jsou vhodné proto, že motivují dítě pokračovat v rozhovoru. Během vybarvování obrázků se může dítě spolu s rodiči k příběhu znovu vrátit.



Zásady příprav starších dětí a dospívajících

Přípravu začneme navázáním kontaktu. Představíme se a vysvětlíme, co je naším úkolem a jaké služby můžeme rodině nabídnout. Dále navrhne formu přípravy a vhodný čas. Přípravy větších dětí a mladistvých můžeme totiž provádět dvojím způsobem. Společně s rodiči, nebo odděleně. Na začátku dáme dítěti vybrat, jaká forma mu lépe vyhovuje.

Dospívající volí často rozhovor a přípravu bez přítomnosti rodičů, protože mají konkrétní dotazy a obavy (strach ze smrti, anestezie, bolesti, opuštěnosti, nahoty) a nepřejí si o tom hovořit před rodiči. S cizím člověkem se jim o těžkých tématech mluví snáze. Mnoho dětí je zároveň potěšeno, že je vnímáme jako partnery a zajímáme se o jejich pocity.

Po přípravě dítěte následuje informačně - podpurný rozhovor s rodiči. Probereme s nimi podobná témata jako s dětmi, nabídneme sjednání schůzky s chirurgem (odborným lékařem), vysvětlíme organizační záležitosti. Stejně jako dětem jim popíšeme nutnou tělesnou přípravu dítěte před výkon. Na fotografiích jim ukážeme přístroje a léčebné pomůcky používané v pooperačním období (monitor, dýchací přístroj, žilní katetr apod.) a upozorníme je na možné reakce dítěte na anestezii (nauzea, zvracení, dezorientace, rozostřené vidění, teplota). Závěrem je ubezpečíme, že spolu s nimi bude u dítěte vždy sestra, která poskytuje pacientovi odbornou péči. Poradíme jim, jak oni sami mohou dítě po výkonu podpořit (hlazením, držením za ruku, četbou, zpěvem, drobnými ošetrovatelskými úkony, nebo jen pouhou tichou přítomností).

Někdy je opravdu těžké poznat jen podle věku, jakým způsobem s dítětem nejlépe navázat kontakt a jak vést přípravu. Mnoho malých dětí je perfektně připraveno a poučeno z domova, mají k nám důvěru a příprava proběhne opravdu jako radostná hra. Naopak některé starší děti jsou úzkostné, uzavřené a mají velký strach. Navázat s nimi kontakt je obtížné, odmítají komunikovat, obávají se ukázat svoji nejistotu a zranitelnost. V těchto případech by bylo třeba, aby se rodina setkala s herním specialistou nebo poučeným zdravotníkem ještě před přijetím do nemocnice, například v ambulanci. Společně by mohli o všem hovořit, poradit se a předem se na pobyt v nemocnici připravit.

Probíhá-li příprava až po přijetí do nemocnice, je třeba se s dítětem co nejrychleji sblížit. Zjistit co již ví, čeho a proč se bojí, co potřebuje a očekává od přípravy, chápe-li nutnost léčby. Osvědčuje se rozložit přípravu na více částí, informace dítěti sdělovat postupně, s použitím různých technik a pomůcek. Začneme rozhovorem. Později dítěti nabídneme ukázkové "knihy" s obrázky nebo fotografiemi a s písemným komentářem. Mnohé děti rády využijí možnost prohlédnout si zblízka odborné zdravotnické pomůcky a prakticky si je vyzkoušet. Na závěr je možné nabídnout rodině prohlídku místa, které v nich vyvolává největší obavy (pooperační oddělení, jednotka intenzivní péče). Nutné je také ponechat dostatek prostoru na dotazy a nabídnout rodině, že v rozhovoru můžeme kdykoliv

pokračovat. Velkým problémem je nedostatek času. Děti se do nemocnice přijímají většinou den před výkonem, někdy i ráno v den výkonu a vše se potom odehrává ve chvatu a nervozitě.

Další možností je vyslyšet němé prosby dítěte a akceptovat jeho přání (nechci nic vědět). Přípravu zaměřit na zklidnění, stabilizaci a posílení jeho důvěry ke zdravotníkům i léčbě (chceme ti pomoci a víme jak). Vynechat, tak jako u malých dětí, přílišné detaily a seznámit dítě opravdu jen s tím nejnütnějším (klyzma, premedikace, čas výkonu...). Mobilizovat jeho vlastní copingové strategie. Poradit dítěti, aby si vzalo s sebou na sál jako oporu hračku nebo talisman. Slíbit, pokud je to možné, že ho rodiče budou moci k výkonu doprovodit. Dobré je opakovaně zdůrazňovat, že během výkonu bude spát (u výkonu v celkové anestézii), nic neucítí a po probuzení nebude samo. Vždy bude nablízku zdravotnický pracovník nebo někdo z rodiny. Mnoho dětí se totiž nejvíce obává probuzení během operace a samoty po výkonu.

Vhodné pomůcky

K přípravě dětí na vyšetření nebo léčebný zákrok může použít herní specialista, zdravotnický pracovník nebo rodič dítěte mnoho informačních pomůcek a materiálů. Není vhodné používat univerzální pomůcky na více pracovištích, protože jednotlivá oddělení a jejich zvyklosti se liší. Výjimkou jsou speciální víceúčelové loutky (s odnímatelnými orgány, zavedenými katetry apod.), na kterých lze dětem demonstrovat jednotlivé výkony.

Obecně používáme tyto druhy pomůcek a materiálů:

- **písenné a obrazové informační materiály**

Pro každou věkovou skupinu dětí i pro rodiče potřebujeme mít připravené jiné materiály.

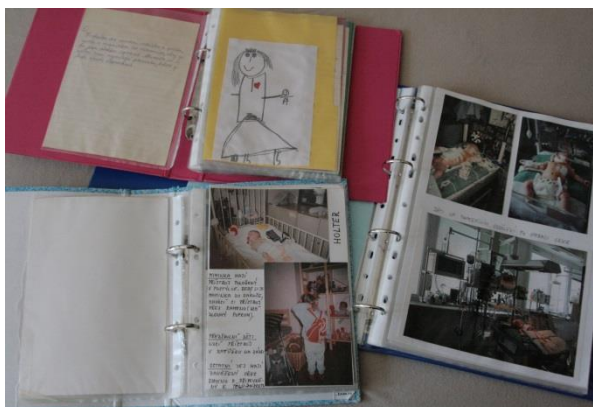
Malé děti nejvíce ocení brožurku ve formě omalovánky. Obrázky musí být velké, jednoduché a srozumitelné. Nahoře může být jednoduché povídání pro děti, dole pod obrázky pak vysvětlující text pro rodiče. Výhodou takového materiálu je, že jej mohou rodiče použít k informování dítěte i bez předchozí konzultace s herním specialistou či zdravotníkem.

Pro větší děti je možné vytvořit komiks (kreslený příběh) s jednoduchým přehledným textem a vtipnými obrázky. Další možností je vytvořit informační test, který

bude obsahovat otázky vztahující se k hospitalizaci a léčbě. Děti budou zaškrtnávat správné odpovědi. Na konci musí být vyhodnocení.

Dospívající a rodiče potřebují podrobné informace. Pro ně je vhodné vydat obsáhlejší informační brožurku, doplněnou obrázky nebo fotografiemi. Tyto materiály mají tu výhodu, že si je rodina může vzít (koupit za přiměřený finanční obnos) domů a podle potřeby se k nim vracet.

Dalšími vhodnými pomůckami jsou ukázková alba s obrázky nebo fotografiemi a s písemným komentářem. Od jiných materiálů se liší velkou názorností. Praktické je vyrobit tuto pomůcku z velkého kroužkového bloku, s průhlednými deskami uvnitř. Podle stáří dětí, které chceme s pomocí alba připravovat, použijeme dětské kresby nebo fotografie. Každou doprovodíme vhodným textem. Jednotlivé listy vložíme do průhledných desek a ty sepne v kroužkovém bloku. Výhodou této pomůcky je, že můžeme část listů z alba vyndat a dítěti ukázat opravdu jen to, co se ho bezprostředně týká.



- **demonstrační pomůcky**

Příprava dítěte musí být názorná a srozumitelná. Proto má velká část přípravy probíhat formou hry. K demonstrační hře používáme:

vlastní hračky dětí (panenka, medvídek, maňásek)

speciální loutky

vhodně upravené panenky/medvídky

Příklad: panenka leží v postýlce, má zavedenou infuzi, močovou cévku, žaludeční sondu, nalepené elektrody..., podle toho, na jaký výkon dítě připravujeme. Je přikrytá, takže zprvu není vidět nic neobvyklého. Postupně, jak příprava pokračuje, odhaluje herní specialista či jiný dospělý jednotlivé „hadičky“ a vysvětluje jejich funkci. Pozorně sleduje

reakce dítěte. Pokud usoudí, že je informací moc nebo jsou příliš realistické, přípravu přeruší a zvolí jinou formou. Tato pomůcka je vhodná i pro přípravu dospívajících a rodičů.



- **originální zdravotnické pomůcky**

Operační čepice a ústenky, chirurgické rukavice, injekční stříkačky, kanyly, sondy, elektrody, fonendoskop, tonometr, dlahy, obvazy, náplasti apod. Dítě si je může prohlédnout a vyzkoušet jak fungují. Praktické je mít pomůcky uložené v malém kufříčku. Přípravy se odehrávají na různých místech oddělení a pomůcky se takto dobře přenášejí. Další výhodou je možnost vyndávat pomůcky postupně, podle zájmu a reakcí dítěte. Vždy je nutné začít přípravu jednoduše, s minimem pomůcek, aby se dítě nevyděsilo.

- Dále je možné používat různá **multimédia, knihy, atlasy či anatomické modely**.

Přehrávání zážitků a zkušeností po výkonu

Pro mnohé děti je důležité a potřebné přehrávat si a znovuprožívat zkušenosti a zážitky z léčby. Nejsou již tolik rozrušené jako v počátcích hospitalizace a díky hře si mohou dodatečně mnohé ujasnit. Zároveň mohou pomocí hry ventilovat své obavy, zlost, smutek či zmatek. K této činnosti dítě potřebuje stejné hračky a pomůcky jako při přípravě a hlavně vhodného společníka. Mnohdy jde o terapeutickou hru.

Nejčastějším bolestivým a traumatizujícím výkonem je v dětském lékařství odběr krve či aplikace injekce. Z tohoto důvodu uvádím závěrem obsáhlejší pojednání

o strategiích „boje“ se strachem a bolestí.

Moderní léčebné a ošetrovatelské postupy by měly být nejen účinné, ale také šetrné a co nejméně bolestivé. Ne vždy je to však možné. Nejčastějším zdrojem strachu hospitalizovaných dětí je injekční forma léčby. Každý pacient se jí obává nebo je mu alespoň nepříjemná. Proto je dobré znát jednoduché, ale účinné techniky, jak můžeme dětem/rodičům ulehčit situaci a pomoci jim proti strachu z injekcí bojovat.

V praxi se při odběru krve nebo aplikaci injekce setkáváme spíše s direktivním přístupem zdravotníků. Výkon musí proběhnout co nejrychleji, není čas zdržovat se vysvětlováním nebo hledáním způsobů, jak konkrétnímu dítěti situaci ulehčit. Strategií dospělých je dítě překvapit a přeprat, u starších pacientů použít výhrůžky nebo posměch: „Pokud budeš zlobit, křičet, cukat, nebudeš klidně ležet...,tak pošleme maminku pryč, neuzdravíš se, nepůjdeš domů, chováš se jako mimino, kluci přece nepláčou, všichni tě slyší a budou se ti smát, tohle tě přece nemůže bolet“.

Pokud je to jen trochu možné a nejsme v akutní časové tísní, musíme se pokusit získat pacienta k dobrovolné spolupráci. Vysvětlit co jej čeká, dát najevo, že vidíme jeho strach a rozumíme mu. Dát alespoň malou možnost ovlivnit dění (bude u výkonu ležet/sedět, odběr bude z levé/pravé ruky, bude u něho maminka/samo, půjde na řadu první/poslední). Prvním, nejdůležitějším krokem je dítě ujistit, že mít strach z nepříjemné procedury je normální. Dále se osvědčuje posílit dítě tím, že mu nabídneme možnost vyjadřovat nahlas emoce (křičet, řvát, sténat), ale požádáme je, aby se pokusilo nehýbat, nekopat, necukat rukou, protože toto znemožňuje dokončení výkonu.

Občas se setkáme s pacientem, který reaguje neadekvátně. Většinou velmi hrubě nadává, štípe či bije matku, plive apod. V těchto případech je nutné zachovat klid, dítě napomenout, ale zároveň vyjádřit pochopení. Chová se nejlépe, jak v této situaci umí, tato strategie mu zřejmě pomáhá. Po skončení výkonu je vhodné společně s rodinou hledat přijatelnější formy obrany. Většina dětí však dává průchod svým emocím přiměřeně nepříjemné situaci (pobrekáváním, naříkáním, pláčem, zlostí, pocukáváním končetinou i tělem, smlouváním, tichým nadáváním). Tyto děti je vhodné pochválit a ocenit drobným dárkem jejich statečnost.

Cílená příprava

Největší strach dětem nahání neznámá situace. Lepší je předem poctivě říci, že ucítí vpich jehly. Mluvíme-li ale přímo a dlouze o bolesti a příliš jí zdůrazňujeme, strach zesílí a dítě se upne na bolestivost zákroku. Vhodné je bolest „opsat“ (štípne to jako komár, bleška). Starším dětem vysvětlíme, proč potřebujeme např. odebrat krev, co z ní zjistíme, jak to dále ovlivní léčbu.

První setkání dítěte s injekcí zásadním způsobem utváří a ovlivňuje vztah dítěte k této proceduře na mnoho let, popřípadě na celý život. Vždy je tedy užitečné zjistit od dítěte nebo rodičů, jaké mají s injekcemi zkušenosti, co dítěti pomáhá, co se již osvědčilo. Nabídneme dítěti možnost „osahat si“ a vyzkoušet pomůcky či si názorně přehrát celý výkon. Představíme rodině vhodné techniky sloužící k odpoutání pozornosti a zabavení dítěte během procedury. U zvláště zranitelných a vystrašených dětí/dospívajících je vhodné domluvit předem nejzazší mez – za jakých okolností výkon přeručíme, odložíme, uděláme pauzu na odpočinek. Tuto domluvu musíme vždy dodržet! Pomáhat je nutné všem dětem, ne jen těm protestujícím nahlas. Mnohem zranitelnější jsou děti mlčenlivé, tiše strádající a trpící. Tyto děti se stydí protestovat, mají strach z posměchu, nejsou zvyklé dávat najevo emoce.



Spolupráce s rodiči

Rodiče jsou pro nemocné děti nenahraditelnou sociální oporou. Sami ale často nemají potřebné informace a nevědí, jak dítěti ulevit, ochránit je. Tato nejistota a úzkost může vyústit až v negativní vnímání léčby a nedůvěru k ošetřujícímu týmu. Rodiče nejprve upadají do pasivity a sebelítosti, jsou bezradní, mají pocit selhání (dítě je volá, prosí

o pomoc a záchranu, ale oni nemohou nic dělat, změnit). Postupně narůstá nedůvěra ke zdravotníkům i léčebnému postupu (rodiče verbálně i neverbálně sdělují, že dítě je zbytečně týráno, bezdůvodně pícháno). Nakonec se otevřeně staví proti ošetřujícímu týmu. Snaží si dítě udobřit, distancují se od bolestivé léčby, snaží se zlobu dítěte přesměrovat od sebe na zdravotníky. Přitakávají dítěti: „Nedivím se, že pláčeš, je to hrozné, to se nedá vydržet“. V těchto případech musíme opět vyjádřit pochopení, přiznat rodičům právo na vlastní prožívání a emoce. Nabídnout vysvětlení a možná řešení (častěji chodit mimo oddělení, ventilovat stres jiným způsobem a ne u dítěte, vystřídat se s jiným členem rodiny, relaxovat, cvičit, žádat více informací od lékařů a sester, vyhledat terapeutickou pomoc apod.).

Jak mohou dítěti pomoci rodiče

- Naslouchat dítěti a jeho názory tlumočit zdravotníkům.
- Vysvětlovat dítěti léčebné postupy a ujišťovat je, že co se děje je v pořádku.
- Posilovat důvěru k personálu (mají tě rádi, chtějí ti pomoci, pracují jemně, šetrně).
- Ovládat své emoce (děti jsou velmi senzitivní, vycítí a reagují na emoce rodičů)
- Probrat se zdravotníky předchozí špatné zkušenosti a poradit se, co je možné udělat lépe.
- Spolu se zdravotníky hledat nejlepší postupy odpoutání pozornosti dítěte od výkonu. Poradit sestřám, co na dítě platí, co mu pomáhá.

Jak mohou dítěti pomoci zdravotníci

- Zkrátit na minimum přípravu pomůcek, nechystat si je před pacientem.
- Nenechat dítě dlouho čekat.
- Cíleně dítě připravit pomocí hry.
- S dítětem diskutovat, brát vážně jeho přání, umožnit mu ovlivňovat situaci.
- Snažit se o klidný, citlivý přístup.
- Dítě vždy pochválit za statečnost a snahu (i když pláče), dát mu drobnou odměnu.
- Spolupracovat s rodiči.
- Diskutovat s kolegy v týmu o chybách a nevhodném jednání, hledat šetrnější postupy.

Konkrétní techniky

Není možné vytvořit univerzální návod vhodný pro všechny pacienty a všechny situace. K dětem musíme přistupovat vždy individuálně, citlivě a kreativně. Musíme znát rozmanité postupy a techniky, umět je kombinovat či střídat. Zvláště u dětí hospitalizovaných dlouhodobě nebo opakovaně ztratí zvolená strategie časem své kouzlo a je nutné nahradit ji jinou. Doporučuje se v klidu, předem novou techniku s pacientem trénovat. Dítě ji pak dobře ovládá a umí ji použít i ve stresu.

Odvádění pozornosti

Odvedení či odpoutání pozornosti znamená zaměřit ji na jiný stimul než je strach či bolest. Důležité je načasování. Nezačít s aktivitou moc brzy (omrzí to), ani pozdě (dítě je již ve stresu, nemůže se soustředit). Krátkodobou možností je ukázat dítěti například obrázek na zdi. Účinnější je najít vhodnou strategii, která vydrží po celou dobu procedury:

- Zpěv oblíbené písničky
- Vyprávění pohádek, příběhů – je možné použít staré osvědčené nebo vymýšlet společně s dítětem nové.
- Počítání – je zvláště účinné u menších dětí, které se právě naučily počítat; počítají, kam až to zvládnou, pak pokračují společně s dospělým.
- Matematické hádanky – starší děti rády počítají z paměti, třeba od 100 pozpátku, nebo dítě dává příklady a dospělí schválně počítají chybně; dítě je opravuje.
- Hádanky, vtipy – vzájemné vyprávění; je dobré mít na oddělení k dispozici knihy hádanek a vtipů, aby všichni mohli hledat inspiraci.
- TV, rádio, přehrávače – dítě si vybere program, zaposlouchá se, pak teprve začne výkon.
- Pokud dítě nechce hovořit – doporučit jiné strategie, např. soustředit se na pomalé, rytmické dýchání nebo vši silou mačkat mamince ruku.

Hovor na zajímavé/oblíbené téma mezi rodiči a dítětem

Poučení rodiče zapředou s dítětem chvíli před výkonem hovor na zajímavé/oblíbené téma. Pokračují i po vstupu na vyšetřovnu a personál se k nim klidně, se zájmem připojí. Anebo rodina začne hrát známou hru (např. slovní fotbal) několik minut před odběrem. Ve hře pokračují i během výkonu.

Relaxační techniky

Jsou vhodné zejména u starších dětí, protože jejich nácvik není snadný a trvá delší dobu. Pokud ale zjistíme, že pacient již takovou techniku zná a používá, je dobré zařadit ji mezi používané strategie.

Imaginace

Imaginace znamená představování si, vytváření snových obrazů, fantazírování. Tato technika většinou děti baví. U odběru krve si dítě může například představovat, že si natahuje dlouhou speciální rukavici, která zablokuje cit v ruce. Vpich jehly pak nebolí. Nebo zavře oči a představuje si moře, louku, pouť, domácí zvíře apod. Časem se naučí vybavit si zvuky, vůně, barvy či pocity.

Text manuálu vznikl s použitím materiálů a informací těchto organizací a jednotlivců:

Texty britských organizací:

Action for Sick Children, London.

National Association of Hospital Play Staff, London.

National Association for the Welfare of Children in Hospital, London

The Play in Hospital Liaison Committee, London.

Texty českých organizací:

Nadační fond Klíček, Praha

Společnost pro herní práci, Praha

Ústní sdělení:

Belson Peg, Vice-Chair Action for Sick Children, London

Královcová Markéta, ředitelka Nadačního fondu Klíček, Malejovice

Královec Jiří, překladatel, Nadační fond Klíček, Malejovice

Lucká Yvona, psychoterapeutka, Praha

Starková Olga, Charity Know How, London

Warner Ruth, Play specialist, St. Mary's Hospital, London

Webster Alison, District Play services manager, Ch. & W. Hospital, London

Závěr

V předkládané diplomové práci se autorka pokusila uchopit téma komplexně pojaté péče o hospitalizované dítě, potažmo celou rodinu, v širších souvislostech. Při zpracování tématu vycházela především ze svých dlouholetých praktických zkušeností. Třicet let pracuje jako registrovaná dětská sestra na renomovaném pediatrickém pracovišti, z toho téměř dvacet let v roli kontaktní sestry a herní specialistky. Tyto nové role, v českém zdravotnictví opomíjené a téměř neznámé, vzešly ze zkušeností a vědecky ověřených postupů ze zahraničí, konkrétně z Velké Británie. V textu práce se záměrně hovoří o rolích a ne o profesích, protože tyto dosud nebyly v ČR zlegalizovány. Vzhledem k faktu, že se autorka od roku 1994 aktivně podílí na zavádění nových poznatků do pediatrické praxe, dovolila si konstatovat, že se dříve věnovala pozornost především nemoci a její terapii, a méně již dítěti samému, i když psychicky strádalo. Proto považuje za nejdůležitější změny posledních dvaceti let důslednější prosazování práv nemocných dětí, možnost společného pobytu dětí a rodičů v nemocnici a ojedinělé snahy rozšiřovat pečující týmy o nové, mezioborově vzdělané pracovníky.

V této stati autorka dále hodnotí výstupy předkládané práce. Děje se tak po jednotlivých bodech, tak jak byly stanoveny při formulaci cílů práce. Prvním z cílů bylo představit historické souvislosti a vývoj názorů na humanizaci péče o děti v nemocnici, včetně platných právních norem. Autorka se domnívá, že s použitím (obtěžně dostupné) relevantní literatury a s využitím rozhovorů i osobních kontaktů s odborníky v praxi se jí tento cíl podařilo naplnit.

Dalším cílem práce bylo komparovat mnohaleté zahraniční zkušenosti s českou realitou. Vzhledem k faktu, že autorka měla možnost osobně se seznámit s britským modelem péče o děti v nemocnici, představuje filozofii Family Centred Care (péči zaměřenou na celou rodinu nemocného dítěte), tzv. dohodnutou péči mezi rodiči a pečujícími profesionály i odbornou činnost nazvanou herní práce s dětmi v nemocnici. Dále předkládá výsledky snah zavést tento model také v českých podmínkách.

Široce vymezen byl třetí cíl. Zde se autorka pokusila analyzovat aktuální stav studované problematiky v ČR a na tomto základě vysvětlit důvody vzniku a etablování nových zdravotnických rolí. Z provedeného rozboru situace vyplynulo, že společný pobyt dětí a rodičů v nemocnici i právo na informace přiměřené věku a rozumovým schopnostem již upravuje platná právní norma. A dále, že kompetentní úředníci, ve shodě s odbornou i laickou veřejností, přislíbili podporovat vznik nových profesí – herního specialisty a kontaktní sestry. Na těchto pozitivních změnách se v posledních dvaceti letech významně podíleli v textu práce jmenovaní jednotlivci, pracovníci nevládních organizací i osvětlení zaměstnanci státní správy. První aktivity spojené s popisovanou problematikou započaly v devadesátých letech minulého století v Praze a ve východních Čechách. Nejvýznamnější z nich byl projekt DAR (dětí a rodiče v nemocnici). Většina aktivit pokračuje, i když s menší intenzitou, dodnes.

Čtvrtým cílem práce bylo vytvořit manuál psychosociální péče o hospitalizovanou rodinu. Tento cíl byl naplněn v poslední kapitole, která je pojata jako samostatný útvar a tvoří praktickou část diplomové práce. Přináší praktické návody, seznamy pomůcek, přehled konkrétních činností i praxí ověřené postupy. Kapitoly jsou ilustrovány fotografiemi z českých i britských nemocnic. Manuál má sloužit jako možný model práce s hospitalizovanou rodinou či jako učební text. Vychází z poznatků teoretické části práce i z praktických zkušeností autorky.

Závěrem lze konstatovat, že prvořadým záměrem diplomové práce bylo seznámit odbornou i laickou veřejnost s historickými kořeny problematiky, v uceleném a dosud nepublikovaném přehledu chronologicky shrnout aktivity jedinců i organizací, které pozitivně ovlivnily péči o nemocné děti v České republice, a také nastínit další potřebné kroky. Neméně významnou byla snaha představit praktickou činnost herního specialisty a kontaktní sestry a vysvětlit význam hry pro nemocné děti.

Seznam použité literatury a jiných pramenů

BELSON, Peg. Dlouhá cesta. *Zdravotnické noviny*. 1993, 42, 52, s. 5-6. ISSN 0044 -1996.

BELSON, Peg. Česko-britská iniciativa pro zlepšení péče o hospitalizované děti. *Konference ošetrovatelství na téma Hospitalizované dítě*. Ústí/Labem, 1995.

BELSON, Peg. *Práva dětí v péči o zdraví*. Praha: 8. Evropský kongres FEAMC, 1996, s. 124-129.

COOK, Alan, et al. *Hospital: A Deprived Enviroment for Children?*. London: Save the Children, 1989. 142 s.

ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. In: *EDICE ÚZ č. 232*. Ostrava: Sagit, 2004. s. 16. ISBN 80-7208-195-0.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *EDICE ÚZ č. 905*. Ostrava: Sagit, 2012. s. 18–21. ISBN 978-80-7208-928-4.

DUŠKOVÁ, Marta. Chybí partnerství rodičů a profesionálů. *Děti a my - příloha Porozumění*. 2000, XXX, II, s. 3-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-5.

JOLLY, June. *The Other Side of Paediatrics*. 3th ed. London: Macmillan Education, 1985. 162 s.

KRÁLOVEC, Jiří a KRÁLOVCOVÁ, Markéta. *Herní specialista, jeho význam a role v kontextu hospitalizace dítěte a jejích historických souvislostí*. Praha: Nadační fond Klíček, 2007. 13 s.

LANGMEIER, Josef a MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1974. 256 s.

MAREŠ, Jiří a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 252 s. ISBN 80-86225-47-1.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2. upravené a rozšířené vyd. Jinočany: H&H, 1992. 161 s. ISBN 80-85467-42-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.

MV ČR, Odbor prevence kriminality. *Práva dítěte v dokumentech*. Praha: Themis, 1999. 94 s. ISBN 80-8521-56-7.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. *Herní práce a podpora rodiny hospitalizovaného dítěte*. Praha: Cesta k modernímu ošetřovatelství II, 2000a, s. 57-58.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. Herní specialista na dětském oddělení. *Sestra*. 2000b, X, 1, s. 11-12. ISSN 1210-0404.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. *Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte*. Praha: Podpora odborníků a rodičů v náročné životní situaci, 2001, s. 9-12.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice a KLIMENTOVÁ, Dagmar. Herní specialista aneb o čem se nemluví. *Zdravotnické noviny*. 2001, 50, 32, s. 16. ISSN 0044 -1996.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. Herní práce s dětmi v nemocnici. In: VALENTA, Milan a kol. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, s. 145–181. ISBN 80-244-0763-9.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. *Rodina a hospitalizace dítěte*. Bakalářská práce. Hradec Králové, 2004. Univerzita Hradec Králové. Pedagogická fakulta. 68 s. Vedoucí: PhDr. Josef Zita.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. *Rodiče v nemocnici*. Praha: Cesta k modernímu ošetřovatelství VII, 2005, s. 81-84.

SMITH, Fiona. *Children's Nursing in Practice*. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1995. 226 s. ISBN 0-632-03909-4.

STARKOVÁ, Olga. *Vývoj spolupráce rodičů a zdravotníků ve Velké Británii*. Praha: Podpora odborníků a rodičů v náročné životní situaci, 2001, s. 6-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VALENTA, Milan a kol. *Herní specialista*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 168 s. ISBN 80-244-0345-5.

VALENTA, Milan a kol. *Herní specialista v somatopedii*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 194 s. ISBN 978-80-244-2137-7.

Internetové zdroje

ČESKO. FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE. *Fakultní nemocnice v Motole* [online]. © 2012 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/detske-kardiocentrum>.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. © 2010 MZČR [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/predbezny-navrh-zakona-_6745_1.html.

ČESKO. NADAČNÍ FOND KLÍČEK. *Nadační fond Klíček* [online]. © 2005-13 [cit. 2013-03-13] Dostupné z: http://www.klicek.org/nadace/o_nas.html.

ČESKO. NADAČNÍ FOND KLÍČEK. *Nadační fond Klíček* [online]. © 2005-8 [cit. 2013-03-25] Dostupné z: <http://www.klicek.org/playwork/prog.html>.

ČESKO. NADAČNÍ FOND POROZUMĚNÍ. *Nadační fond porozumění*. © 2012 [cit. 2013-04-4]. Dostupné z: <http://www.porozumeni.cz/nase-projekty/67/6/konference-na-tema-kontakti-sestra>

ČESKO. ÚZIS ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-nemocnicich-cr-2011>.

Seznam příloh

- I. Odkaz Olgy Starkové
- II. Pamětní medaile pro Peg Belson
- III. První absolventi certifikovaného programu
- IV. Charta práv dětí v nemocnici
- V. Informační materiál Nadačního fondu Klíček I
- VI. Informační materiál Nadačního fondu Klíček II
- VII. Přehled organizací zabývajících se péčí o děti v nemocnici
- VIII. Leták Nadačního fondu Porozumění

Olga Starková hnala českou

PEDIATRII KUPŘEDU

Na letošní duben připadá první výročí úmrtí MUDr. Olgy Starkové (CUT), která českým lékařům, ošetrovatelkám i fyzioterapeutům umožnila sledovat nové medicínské metody a moderní pole-
ti vztahu mezi pacienty a nemocničním týmem ve Velké Británii.

V roce 1968 odešla O. Starková do Londýna, kde se potom zabývala studiem dětské obezity. Po roce 1989 obrátila svou pozornost na vznik české-
ho hospicového hnutí, ale především na pediatrickou péči v ČR. Kritizovala pomalou modernizační pediatrie a větší péči o její ne-
schopnost měnit zastaralé procedury, přestože Vytýkala lékařům nedostatečnou znalost, medi-
ciny založené na důkazech. Pociťovala, že v ČR chybí přímá diskuse mezi zástupci tří složek, kte-
ré se péčí o dítě zabývají - vládní, profesionální a rodičovskou. Prostřednictvím CUT se snažila ukázat českým zdravotníkům jinou cestu poskytování péče dítěti i je-
ho rodičům.



HNACÍ MOTOR DĚTSKÉHO ODĚLENÍ V PARDUBICÍCH

První dětské oddělení pardubické nemocnice Vladimír Němec se účasně
stáží CUT už od počátku devadesátých let. "V té době už na našem oddělení
problémů několik zásadních změn. Existovaly otevřené návštěvní hodiny, rodi-
če byli na oddělení přijímáni spolu s dětem. Odjízdel jsem s pocitem, že vím,
jak to chodí. Situace v Británii byla ovšem úplně jiná. Negjilnějiší byl roz-
dílný přístup britských pediatrů k rodičům, chováni se k nim přátelsky a otev-
řené. Zjistil jsem, že úspěch se neskrývá pouze v oddělení plněm barevných
obrazků," uvádí V. Němec. Po jeho stáží se na pardubickém dětském oddělení
zdravotníci snažili odstranit spoustu nedostatků. Lékaři přestali chodit v bílém
ve snaze zbavit se uniformity a přiblížit se dítěti. Na nástěnce jsou pro lepší
orientaci a větší otevřenost vůči rodičům umístěny fotografie lékařů a sestřer se
jménem. Zádny zárok není prováděn na pokoj, aby se tam dítě cítilo bezpeč-
ně. Přijali také ergoterapeuty, kteří se díky látkovým figurinám snaží vysvětlit
dítěti lékařské zákroky a ilustrovat výsledky. Poč, co jsou děti se zátkovkem
seznameny, jejich strach z neznámého je umněn. "O. Starková viděla, že
námě snahu situaci u nás někým posunout, a cítila odezvu. Její mateřskou ne-
mocnici Great Ormond Street Hospital a další nemocniční zařízení ve Velké
Británii jsem pak navštívila téměř nemožné zmeňy. Pochybovali jsme, ale
mal dopředu. Často navštívila téměř nemožné zmeňy. Pochybovali jsme, ale
nakonec se je přece jen podařilo prosadit. O. Starková byla jedinečná osob-
nost, která nenechala nikoho v klidu, a v tom byla velká. V ČR se například
běžně používá označení oddělení patologií novorozenců. Otiška O. Star-
kové zněla: existují rodiče, kteří by chtěli, aby jejich kojence nazývali patolo-
gickými? Upozomovala na spoustu drobností, které nelze pochýit ze zahranič-
ní stáže," uzavírá své hodnocení V. Němec.

V ČEM SE LIŠÍME?
"Britii zdravotníci se chováji slušněji i k samotným dětem," říká V. Němec.
který jako návštěva nesmí v britských nemocnicích pracovat. Jestliže si chtěl
prohlédnout dítě, musel se nejprve zepřít ošetřujícího lékaře, rodiči i dítěte sa-
mohl. "Věděl jsem si přirozenost takového chování, ale i problém vě-
šiny lékařů u nás. Praxe většiny nemocnic je odvést dítě na vyšetření bez sou-
hlasu rodičů, protože většina lékařů se domnívá, že záleží pouze na jeho roz-
hodnutí. Stává se, že je z kapacitních důvodů odmítnuta hospitalizace kojící

DÍTĚ V DOPROVODU RODIČE MĚNĚ TRPÍ

Psychický stav dětí, o které kromě personálu pečují i matka, je podle V. Něm-
ce výrazně lepší. "Za dobu, co systéem péče látko vyvíjíme, slyším dětský
pláč vyjimečně. Navíc se výrazně zkrátá doba hospitalizace. Matka se během
tí dnu naučí o dítě pečovat a odchází s ním domů," popisuje V. Němec. Když
v Pardubicích před čtrnácti lety s hospitalizací matek začali, musel zameš-
tanci tuto službu matkám nabízet. Dnes už jsou matky přirozenou součástí od-
dělení. "Jsem domluveni s lékaři, že není možné, aby posílali domů matku, kte-
rá tu chce zůstat. Rodiče občas přizívají i odjinud, když jim na tamním oddě-
lení není dobře, že dítě přijmou, ale pro matku místo nemají. Počet dětí, u nichž
v nemocnici zůstávají rodiče, se ve většině českých nemocnic pohybuje kolem
15 až 20 procent. V Pardubicích v minulém roce dosáhl 60 procent," komentu-
je situaci v ČR V. Němec.

ODKAZ OLGY STARKOVÉ MUSÍ BYT SAMOZŘEMOSTI

Informaci o hospitalizaci matek v ČR se začíná objevovat stále víc. "Snaží-
me se dát lidem najevo, že tam, kde maminky nepřijímají a nejsou ochotni si
me se dát lidem najevo, že tam, kde maminky nepřijímají a nejsou ochotni si
na ně zvyknout, se pracuje špatně. Posun je ale velmi pomalý. Navíc se mno-
zí zdravotníci cítí být našimi radami a připomínkami obtěžováni," podotýká
V. Němec. Je přesvědčen, že přijde generace lékařů, pro něž bude otevřený
vzťah k dětem i jejich rodičům samozřejmostí. "Situace musí dospět do stádia,
kdy matky budou se svými dětmi přijímány všude. A pokud ne, budou jezdit
do nemocnic, které je přijmou. Mají na to právo."

Foto Vladimír Brada a z archivu ZDN
Peta Fletschmannová



matky spolu s dítětem. Pokud místo není, je nut-
né si ho, vyrobí, i kdyby měla matka spát v lé-
kářském pokojí," soudí V. Němec.

RIZIKA PARTNERSKÉHO VZTAHU ZDRAVOTNÍKA A RODIČE

Z partnerského vztahu je podle V. Němce nejprve
nutné vydělit takové stavy pacientů, kdy je ohro-
žen jejich život. Vztah lékař a rodiči lze podpo-
rovat v případech pacientů, u jejichž onemocnění
medicina ještě nerozluštila jeho vznik. Ide o pří-
pady, kdy je postup léčby jasně stanoven, ale léč-
ba nemusí být stoprocentně účinná a může mít spoustu vedlejších účinků. Na-
víc není urgentní a lze ji odložit. V ČR zatím převládá direktivní přístup vůči
pacientům i vůči rodičům. Lékaři nadřadí léčbu i medikaci, protože je přesvěd-
čen, že doporučuje to nejlepší, a pacient nebo rodič nemají právo do jeho od-
borného rozhodnutí zasahovat. Pokud s tím rodiče nesouhlasí, je jim doporuče-
no hledat pomoc jinde. Druhý přístup předpokládá, že lékař rodičům vysvětlí
všechna, pro i proti, navrhne postup a vyčká, zda s ním rodiče souhlasí. Ve
Velké Británii je běžné, že si rodiče vyžadují konzultaci s dalším odborníkem.
"Samozřejmě může nastat situace, kdy je lékař o správnosti svého postupu pře-
svědčen a nedatí se mu přesvědčit rodiče. V takovém případě musí opustit po-
zici lékaře a přiblížit se rodičům co nejvíce. Pokud ani poté nebudou rodiče
souhlasit, nebude se na ně takový lékař zlobit. Mýl bychom byli urazení, že nás
někdo neposlechli," uvádí V. Němec. Lékaři se podle něj budou muset naučit
nebat rodičům říci, že nevědí. Nesmí se tak ale díti způsobem, neví, bžle ji-
něm, a zároveň ujistit rodiče, že bude
znamená dítěte konzultovat s jiným lékařem a společně navrhnou další postup. Další
bickem dětském oddělení se podle britského vzoru snažili převzít i konzultace
s jinými lékaři. "Do naší revmatologické poradny jednou za rok přijíždí před-
nosta dětské revmatologické kliniky v Praze (doc. Josef Hoza - pozn. red.), se
kterým konzultujeme problematické případy. Rodiče nepokládají přednostu za

Předání pamětní medaile Jana Masaryka rodině Peg Belsonové

Paní **Peg Belsonová** byla velmi výraznou postavou humanizačních změn v dětských nemocnicích nejen ve Velké Británii, ale v řadě dalších zemí celého světa. Velkou pomoc prokazovala už od počátku devadesátých let také České republice – díky paní Belsonové získali mnozí čeští zdravotníci jedinečnou možnost vyjet do Velké Británie a navštívit nemocniční pracoviště, která by jim jinak zůstala uzavřena. Peg Belsonová také mnohokrát navštívila Českou republiku, podílela se na výuce zdravotníků i herních specialistů, na formulování zásad pro chystané legislativní zakotvení této profese, i na přípravě učebních materiálů.

Když Peg Belsonová 2. ledna 2012 ve věku devadesáti let zemřela, uvažovali jsme o tom, jak její pomoc co nejlépe symbolicky ocenit. Obrátili jsme se na zástupce ministerstva zahraničních věcí a po poradě s nimi jsme navrhli udělit jí **stříbrnou pamětní medaili Jana Masaryka** in memoriam. Tuto iniciativu vzápětí podpořila řada dalších institucí a jednotlivců, kteří Peg Belsonovou znali, vážili si jí a sdíleli naši potřebu nějak vyjádřit vděk za její mimořádnou práci – podpůrné stanovisko poskytlo mj. ministerstvo zdravotnictví a řada českých nemocnic. Stříbrnou pamětní medaili Jana Masaryka udělil Peg Belsonové ministr zahraničí **Karel Schwarzenberg** a v jeho zastoupení ji zástupcům rodiny předal velvyslanec ČR ve Velké Británii **Michael Žantovský**. Slavnostní předání se uskutečnilo v prostorách českého velvyslanectví v Londýně dne **10. října 2012**, kde medaili přijala dcera Peg Belsonové, **Louise Belsonová**. S předáním byla spojena malá slavnost, jíž se kromě rodinných příslušníků zúčastnili i bývalí spolupracovníci a přátelé Peg Belsonové.



Louise Belsonová a Michael Žantovský.



Projev jménem Nadačního fondu Klíček.



Se zástupkyní ASC, paní Gwen Garner.



Stříbrná pamětní medaile Jana Masaryka.

První absolventi

Publikováno v časopise Děti a my, I/2005

Certifikovaný program „Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči“ vznikl jako výsledek spolupráce Fakulty humanitních studií, Střední zdravotnické školy a vyšší zdravotnické školy v Plzni a Nadačního fondu Klíček.

Je to třísemestrální pomaturitní program, otevřený jak zájemcům zvenčí, tak studentům FHS UK (kredity získané během studia certifikovaného programu fakulta uznává svým studentům bakalářského programu).

Jde o první program tohoto typu, který důsledně vychází z principu tzv. „family centred care“, tj. péče zaměřené na celou rodinu (a nikoli pouze na pacienta či klienta).

Základní inspiraci – pokud jde o strukturu a „formát“ programu – jsme čerpali z programů pro přípravu herních specialistů ve Velké Británii (kde má ostatně herní práce s dětmi v nemocnici nejhlubší tradici); vlastní program byl však přizpůsoben podmínkám a situaci v České republice (situace v českých nemocnicích a pečovatelských institucích je výrazně jiná než v Británii – jiný je vztah k pacientovi a jeho rodině (o „symetrickém“ či „partnerském“ vztahu si v praxi můžeme nechat zdát), jiný je týmové zázemí (britský herní specialista je respektovanou součástí mnohem širšího a diversifikovanějšího pečovatelského týmu atp.).

Z výše řečeného vyplývá, že nároky na přípravu herního specialisty pro české instituce jsou daleko větší – herní specialista u nás musí být teoreticky i prakticky vybaven tak, aby byl schopen čelit větší zátěži a zastat poněkud širší okruh funkcí, než jeho britský kolega. Každá z institucí, které se na přípravě programu podílely, svébytným způsobem ovlivnila jeho tvář.

Fakulta humanitních studií reprezentuje určitý přesah na akademickou půdu – velké pochopení jsme našli jak u děkana fakulty, prof. Jana Sokola, tak u doc. Zdeňka Pince; odborným garantem programu za FHS UK (a zároveň jednou z vyučujících) byla prof. Helena Haškovcová. Plzeňská zdravotnická škola zajistila spektrum zdravotnických a ošetrovatelských předmětů, které tvoří základní součást odborné výbavy herního specialisty – velký dík patří zejména ředitelce mgr. Květě Vachudové a její zástupkyni, mgr. Ivaně Křížové.

Nadační fond Klíček, ve spolupráci s Bc. Alicí Řezníčkovou, herní specialistkou z dětského kardiocentra ve FN Motol, byl iniciátorem programu a měl na starosti zajištění výuky vlastní herní práce.

Na výuce se podílela rovněž řada externích vyučujících, například PhDr. Jaroslav Šturma, PhDr. Václav Mertin, PhDr. Vanda Hájková, MUDr. Marie Svatošová aj.

První běh certifikovaného programu zdárným složením závěrečné zkoušky ukončilo 16 studentů – certifikáty a odznaky jim v úterý 14. prosince 2004 v pražském Karolinu slavnostně předal zástupce Britského velvyslanectví p. Summers – účast britského zástupce byla symbolickým vyjádřením vazby, kterou certifikovaný program k Velké Británii má (pokud by vůbec vznikl, měl by bez britské inspirace zcela jinou podobu).

V říjnu 2004 zároveň začal druhý běh programu, jehož studenti by měli závěrečné zkoušky skládat na jaře 2006.

Jiří a Markéta Královcovi

Práva formulujeme tam, kde pociťujeme bezpráví. Snažme se tedy žít tak, abychom se svobody a samozřejmých věcí nemuseli domáhat prostřednictvím psaných pravidel. Naslouchejme dětem, naslouchejme svému svědomí a mějme odvahu dostat tomu, co se v nás potom probudí. Charta práv nám v péči o nemocné děti může leckde posloužit jako vodítko.

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

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

Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace "National Association for the Welfare of Children in Hospital" (NAWCH) se sídlem v Londýně. Překlad zdrojového textu pořídila Nadace Klíček se svolením této organizace.

Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR v únoru 1992.

Příloha č. V Informační materiál I



Když byla moje maminka malá, byla pár dní v nemocnici.

Teď už jsem se zvládala vrátit domů a já jsem se zvládala vrátit domů.



Moje děda a babička, máma a její maminka.



Babička a děda se po její holčičce moc stýskali a stále na ni myslí. Mamce se zase stýskalo v nemocnici po nich.

Maminka měla s sebou v nemocnici panenku a povídala si s ní.



Maminka teď už vzpomíná na malou holčičku, se kterou se v nemocnici šamanovala.



Je mi líto, že musela být moje maminka jen sama v nemocnici. Moc se jí stýskalo. Muselo to pro ni být hodně.



Dneska jsem se vrátila z nemocnice,

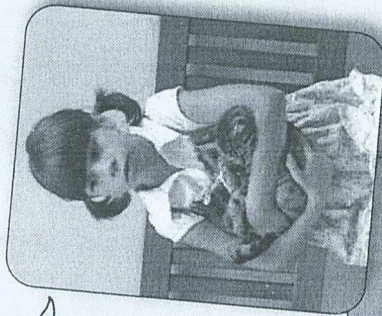
kde jsem byla na operaci. Celou dobu samu se mnou byla moje maminka.



Moje maminka, když byla malá.

Maminka mi vyprávěla, jaké to bylo, když musela jako malá holčička jít na několik dní do nemocnice. Byla samá chudák sama. Když jsem šla do nemocnice já, stálo jsem s mamkou doma velkou lášku a říkaly jsme v nemocnici spolu.

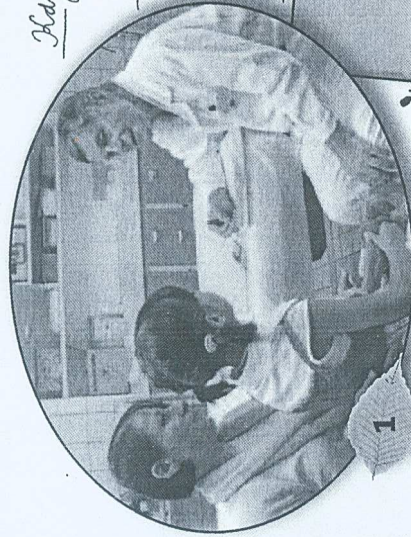
Právě! Je to maminka, v kterou mám ráda.



Moje maminka,



Maminka měla v nemocnici tenkrát s sebou.



1

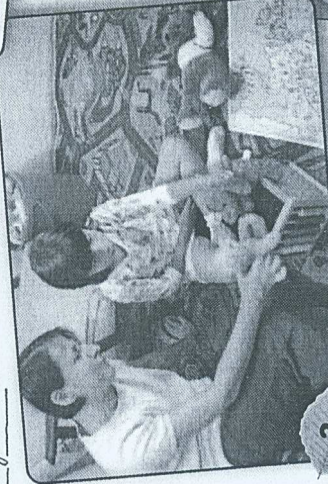
Prohmatal mi říčko a pak
mám ubíral pokoj, kde teď
budeme s mamkou pár dní
bydlel.

Když jsme přijeli do nemocnice,
pan doktor už na nás
čekal. Ptal se mě i mamky
na mnoho věcí.



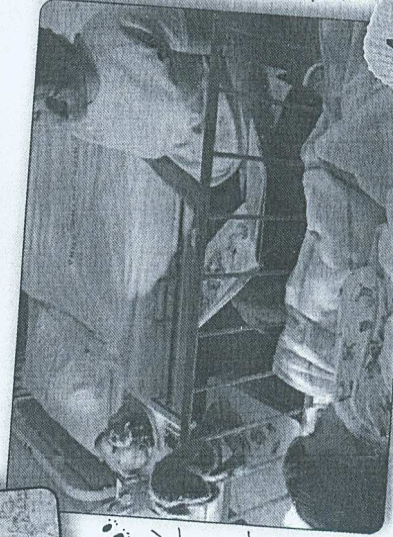
2

Druhý den mě sotiř čekala
malá operace. V herně bousek
od našeho pokoje měli krásnou mapu.



3

Večer před usnutím mi mamka
čítala pohádku. Měly jsme
postele hned vedle sebe.
Byla jsem moc ráda,
že jsem na mamku stále viděla.



4



5

Dostala jsem od sestřičky
lék na usnutí. Pamatuji
si, jak mě mamka
hladila po vlnách...

Dnes jsem od máma
mě nejedla ani mýpila.
Ka chová, sotiř přijdu
na operaci.

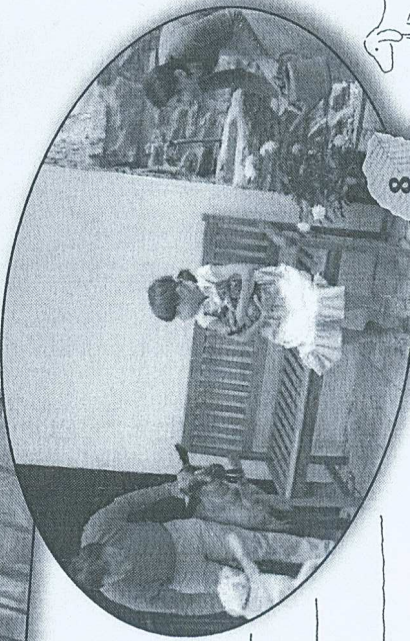


6



7

... a pak už si pamatuji,
jak jsem se probudila
zpátky na našem pokoji
a mamka se na mě smála.



8

Když jsme se za pár dní
zase všichni sešli doma,
vyprávěly jsme s mamkou
Alovu o všem, co jsme
v nemocnici prožily.



Příloha č. VII Přehled organizací zabývajících se péčí o děti v nemocnici

Organizace:

<http://www.each-for-sick-children.org/> European Association for children in hospital

<http://www.kib.or.at/> KiB children care (Rakousko)

<http://www.associationhu.org/> Association pour l'Humanisation de l'Hôpital en Pédiatrie
(Francie)

<http://www.kindundspital.ch/> Kind und Spital (Švýcarsko)

<http://www.apache-france.com/> Association Pour l'Amélioration des Conditions
d'Hospitalisation des Enfants (Francie)

<http://www.akik.de/> Aktionskomitee Kind im Krankenhaus (Německo)

<http://www.childreninhospital.ie/> Children in Hospital Ireland (Irsko)

<http://www.amicidellapediatria.it> Associazione Amici della Pediatria (Itálie)

<http://www.zajedno-do-zdravlja.hr> Zajedno do zdravlja (Chorvatsko)

<http://www.actionforsickchildren.org/> Action for sick children (UK)

<http://www.ascscotland.org.uk/> Action for sick children Scotland (Skotsko)

<http://www.ipfcc.org/> Institute for patient- and family- centered care (USA)

<http://www.caregiver.org/> Family Caregiver Alliance (USA)

<http://bambi.u-shizuoka-ken.ac.jp/> Hospital play specialist Japan (Japonsko)

Play specialists, Child life specialists:

<http://www.nahps.org.uk/> National Association of Health Play Specialists (UK)

<http://www.hpset.org.uk/> Hospital play staff education trust (UK)

<http://www.boltoncollege.ac.uk/> Bolton College

<http://www.stanmore.ac.uk/> Stanmore College

<http://www.bapt.info> British Association of Play Therapists (UK)

<http://www.childlife.org/> Child Life Council (USA)

<http://www.sickkids.ca/ProgramsandServices/Child-Life/index.html> Child Life Specialist
(Kanada)

<http://www.hospitalplay.org.nz> Hospital play specialists asocciation of New Zealand

<http://www.aahps.org.au/> The Australian Association of Hospital Play Specialists

<http://www.playtherapyaustralia.com/> Play Therapy Australia

<http://www.jpsmjournals.com/home> Journal of Pain and Symptom Management (USA)

<http://www.pediatricsdigest.mobi/> Official journal of the American Academy of Pediatrics

VÝTVARNÉ ŘEŠENÍ POKOJE PRO CHRONICKY HOSPITALIZOVANÉ PACIENTY NA ODD. JIRP PEDIATRICKÉ KLINIKY THOMAYEROVY NEMOCNICE



Na Pediatrické klinice FTN probíhala od října 2009 rekonstrukce odd. jednotky intenzivní a resuscitační péče. Celá rekonstrukce kliniky proběhla díky grantu z tzv. norských fondů. 24. března 2010 bylo odd. JIRP slavnostně otevřeno.

Součástí pracoviště jsou i dva unikátní izolační boxy, jejichž vybavení umožní poskytovat intenzivní péči dětem s vysoce nakažlivými nemocemi. Nadační fond Porozumění se podílel na výtvarném řešení pokoje pro chronicky hospitalizované pacienty.

ADVENTNÍ BENEFIČNÍ KONCERT „JAROSLAV SVĚCENÝ PRO MOTÝLEK“

Finanční dar věnoval NF Porozumění Komunitnímu centru Motýlek, Sdružení na pomoc dětem s handicapem.

Na této akci bylo možno též zakoupit milé vánoční dárky z handicap dílny Ateliér 6tej smysl. Dílna pracuje s lidmi s mentálním postižením, kteří vyrábějí úžasné věci z keramiky, ovčino rouna a dalších materiálů. Výtěžek z prodeje výrobků byl použit na náklady dílny.



Tento projekt podporuje:

INSIDEA
insidea.cz / whats.in.cz

ČÍSLO ÚČTU NF POROZUMĚNÍ
221022/5500

DMS POROZUMENI
NA ČÍSLO 87 777


**nadační fond
porozumění**
naslouchej srdcem

NADAČNÍ FOND POROZUMĚNÍ

Fond vznikl v lednu 2007 a svou činnost zaměřuje především na pomoc ve zdravotnictví a sociální oblasti.

Jednou z klíčových oblastí činnosti NF Porozumění je snaha zlepšit **kommunikaci mezi zdravotníky a pacienty, resp. rodiči hospitalizovaných dětí.** Cílem je upozornit na potřebu tzv. **kontaktní sestry.**

KONTAKTNÍ SESTRA

Kontaktní sestra by měla mít za úkol ulehčit a zpříjemnit pobyt v nemocnici, pomoci pacientům/rodičům hospitalizovaných dětí s organizačními problémy, vysvětlit vše potřebné, zprostředkovat kontakt s lékaři a jinými odborníky, poskytnout pacientům/rodičům zdravotně-sociální poradenství.

NF POROZUMĚNÍ

Pomáhá mnoha projekty na dětských klinikách a v Dětském centru v Thomayerově nemocnici, organizuje projekty firemního dobrovolnictví, (formou firemního dárcovství, kdy spolu s peněží daruje firma čas a schopnosti svých zaměstnanců), pomáhá komunitnímu centru, rehabilitačnímu stacionáři, domovům seniorů, dětským domovům či chráněným dílnám, pořádá benefiční koncerty a divadelní představení na podporu zdravotně-sociálních projektů.



PATRONEM NF POROZUMĚNÍ JE JAROSLAV SVĚCENÝ

PAVEL MAŠEK PŘEDSEDA SPRÁVNÍ RADY
MARKETA PURKARDOVÁ ŘEDITELKA

WWW.POROZUMENI.CZ
ZA ŠKOLOU 137, 198 00 PRAHA

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Alice Řezníčková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Komplexně pojatá psychosociální péče o hospitalizované dítě

Počet stran: 97

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 6

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Rok dokončení práce: 2013

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Alice Rezníčková
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Komplexně pojatá psychosociální péče o hospitalizované dítě
 Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Technické parametry práce:
 Počet stránek textu (bez příloh): 97
 Počet stránek příloh: 8
 Počet titulů v seznamu literatury: 28
 Počet internetových odkazů: 6

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Vyber tématu

				X
--	--	--	--	---

Závaznost tématu

				X
--	--	--	--	---

Oborová přiléhavost tématu

				X
--	--	--	--	---

Originalita tématu a jeho zpracování

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

				X
--	--	--	--	---

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafraze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

				X
--	--	--	--	---

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

				X
--	--	--	--	---

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

				X
--	--	--	--	---

Využití vyzkumných empirických metod

--	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

				X
--	--	--	--	---

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

				X
--	--	--	--	---

Naplnění cílů práce

				X
--	--	--	--	---

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

				X
--	--	--	--	---

Posudek oponentky diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Alice Rezníčková

Obor studia: Sociální práce se

Název práce: Komplexně pojatá psychosociální péče o

hospitalizované dítě

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Oponentka: Mgr. Magdalena Kotová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 97

Počet stránek příloh: 8

Počet titulů v seznamu literatury: 28

1	2	3	4
---	---	---	---

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy,

stylistické vyjádření, zvládnutí

odborné terminologie)

X			
---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace,

parafáze, odkazy, dodržení norem pro

citace)

X			
---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu,
převodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

X			
---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost použitých metod

X			
---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

X			
---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

X			
---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice

X			
---	--	--	--

(samostatnost,

iniciativa, spolupráce s vedoucím práce, originalita)

Naplnění cílů práce

X			
---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

X			
---	--	--	--

X				
X				
X				

Návnaznost kapitól a subkapitól

Dosažené výsledky, odborný vklad,

použitelnost
výsledků v praxi

Vhodnost prezentace závěru práce

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by měla - v ideálním případě - díle autorky vypadat psychosociální péče o rodiče hospitalizovaných dětí, kteří reagují tzv. nepřiměřeně? (dotazem navazují na text na str. 60)

Autorka se v textu práce zabývá problematikou komplexně pojaté psychosociální péče o hospitalizované dítě a jeho rodinu. Ctenáři předkládá nejprve historický exkurz do vývoje péče o děti v nemocnici, a to v zahraničí (zejména ve Velké Británii) i v ČR. Dále specifikuje náplň práce a role tzv. kontaktní sestry a herního specialisty v kontextu zdravotnictví. V rámci empirické části práce máme možnost seznámit se s autorkou vytvořeným "manuálem psychosociální péče o hospitalizované pacienty a jejich rodiny".

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

- Na textu práce je znát, že autorka má za sebou poměrně bohatou publikační činnost, text je psán kultivovaným jazykem, je čtivý a informacně bohatý bez toho, aby čtenáři autorka práce zahltala přemírou dat, názvů a termínů.
- Velmi oceňuji výběr tématu pro jeho závažnost a praktické dopady.
- Oceňuji evidentní snahu o pečlivě vypracování práce a zejména tu skutečnost, že autorka se opírá o vlastní bohatou praxi, na předkládané problémy má jasný názor, jenž je schopna kultivovaně prezentovat a v neposlední řadě disponuje schopností komplexního uvazování (například o potřebných změnách v nastavení péče atd.).
- Oceňuji velmi praktickou část - pečlivě vypracovaný manuál, který je dle mého názoru velmi dobře využitelný jako studijní materiál pro laiky (například pro mne), ale i pro budoucí odborníky a odbornice (herní terapeutky či tzv. kontaktní sestry).

Datum, podpis: 18.5.2013, Praha



na obhajobě)

Návrhovaná klasifikace: výborně - velmi dobře (v závislosti

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Domnívám se, že zaktovením v práci autorka přesáhla požadavky kladené na diplomové práce, celkově text považuji (i přes uvedené nedostatky) za velmi zdařilý a autorce přeji mnoho úspěchů v její každodenní práci.

Závěrem:

- Práci vytýkám pouze následující detaily:
 - Místy bych uvítala pojmové sjednocení (například názvu práce a jejího zaměření - hovoří se o dítěti, pak o rodině...)
 - Uvítala bych též větší specifikaci některých názvů kapitol ("Historie studované problematiky v České republice") tak, aby i ze samotného názvu bylo jasné, o čem daná kapitola pojednává
 - Nejt. jasné, odkud je citace dr. Armstronga (str. 12)
 - Osobně nepovažuji za příliš šťastně uvádět některá jména autorů s tituly (str. 12)
 - Občas drobné nedostatky (tečky před citací - např. str. 13)
 - Občasné gramatické chyby ("rodící musely" - str. 39)