

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství

**Role sestry ve volnočasových a herních aktivitách dětí
hospitalizovaných v malých nemocnicích**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Bohumila Holzäpfelová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech - KS

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Fendrychová Ph.D.

Datum odevzdání práce: 21. 5. 2012

Abstrakt

Překotné změny, které s sebou nese v posledních desetiletích společenský vývoj, nenechávají bez povšimnutí ani medicínu spolu s ošetrovatelstvím. I díky tomu došlo k pozitivním změnám a hospitalizace dítěte neznamena nutné zpřetrhání pout s rodiči, sourozenci a širší rodinou. Přesto zůstává sestra, pečující o nemocné děti, nezastupitelným článkem v procesu jejich uzdravování. V průběhu hospitalizace je to právě ona, která stráví s dítětem nejvíce času. Má proto velký potenciál ovlivnit jeho adaptaci na hospitalizaci ať už směrem pozitivním nebo negativním. Bez ohledu na zdraví či nemoc, přetrvává u dítěte potřeba herních aktivit. Hra je významným léčebným prvkem, zlepšuje emocionální stav, usnadní adaptaci na změněný zdravotní stav a umožní saturaci za činností, která je onemocněním ztížena nebo zcela vyloučena. Cílem, který stál před touto diplomovou prací, byla analýza personálního, časového a materiálního zabezpečení volného času a herních aktivit v podmínkách malých nemocnic. Autorka si rovněž stanovila za úkol zjistit, zda a nakolik sestry považují svoji roli ve výchovné oblasti za důležitou. Výzkumné šetření probíhalo dvěma způsoby. Obsahem kvalitativní části byly rozhovory s dětmi mladšího školního věku, které zodpověděly otázky, co by chtěly a co obecně chybí dětem hospitalizovaným v malých nemocnicích. Na základě výsledků této části byly následně stanoveny hypotézy, jejichž platnost následně ověřilo šetření kvantitativní. Výzkumným souborem pro kvantitativní výzkum byly sestry, které pracují na dětských odděleních Plzeňského, Karlovarského a Středočeského kraje. Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že se mnohá dětská oddělení malých a středních nemocnic potýkají s časovou tísňí sester a nedostatečným personálním zázemím pro smysluplné a účelné naplnění volného času malých pacientů. Výsledky výzkumného šetření budou použity jako platformy v zájmu zlepšení podmínek pro hospitalizované děti na jednom konkrétním oddělení.

Abstract

The social development of last decades brings about rapid changes, affecting also medicine and nursing. It also contributed to a positive shift, so a hospitalization of a child does not necessarily mean breaking bonds with its parents, siblings, and the broader family. Yet, a nurse remains an irreplaceable link in the process of child's treatment. It is a nurse who spends most of the time with the child during a hospitalization. A nurse has therefore a great potential of influencing child's adaptation to the hospitalization either in a positive or a negative way. Regardless of health or illness, a child retains a need of play activities. A play is an important healing component, it improves emotional condition, facilitates an adaptation to a changed health situation and enables saturation for activities the disease makes difficult or impossible. This diploma thesis aimed to analyze how spare time and play activities are ensured in small hospitals, regarding personnel, time and material. The author also set the task of finding out what importance the nurses give to their own role in the educational process. The research was conducted in two ways. The qualitative part contains interviews with children of primary school age who answered questions about what they wanted and what children hospitalized in small hospitals generally miss. Hypotheses were subsequently formed according to results of this part. These hypotheses were then tested by a quantitative research. The research group for the quantitative research were nurses working in pediatric departments of hospitals in the regions of Plzen, Karlovy Vary and Central Bohemia. The research shows that many pediatric departments of small and medium-sized hospitals have to deal with nurses' time troubles and with an insufficient staffing in order to fill meaningfully and effectively the child patients' spare time. The results of this research will be used as a platform for improvement of hospitalized children's conditions in one particular department.

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

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

.....

Bc. Bohumila Holzäpfelová

V Hradci 16. 5. 2012

Děkuji Mgr. Jaroslavě Fendrychové Ph.D. za vstřícné a citlivé vedení diplomové práce, za její podněty a rady, ze kterých byla vždy patrná celoživotní láska k sesterské profesi. Mé poděkování patří rovněž Mgr. Olze Dvořáčkové za spolupráci při zpracovávání statistických dat.

Obsah

1 Současný stav dané problematiky

1.1 Role a pozice sestry v historickém kontextu..... 5

1.1.1 Vývoj profese dětské sestry..... 8

1.2 Hra a její význam v životě dítěte 10

1.2.1 Vývojové hledisko hry..... 11

1.2.2 Hračka v životě dítěte.....13

1.2.3 Volný čas rámci v dětské hospitalizace.....16

1.2.3.1 Mateřská škola, základní škola..... 17

1.2.3.2 Herní specialisté, dobrovolníci..... 19

1.2.3.3 Rodiče..... 21

1.3 Vývoj pediatrie..... 24

1.3.1 Organizace pediatrické péče v současnosti..... 26

1.4 Dítě v nemocnici..... 27

1.4.1 Vliv hospitalizace na dítě v jednotlivých vývojových etapách..... 28

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce..... 36

2.2 Výzkumné otázky..... 37

2.3 Hypotézy.....38

3 Metodické postupy

3.1 Použité metody a techniky.....	38
3.2 Analýza výsledků.....	39
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	39

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního šetření.....	40
4.2 Výsledky kvantitativního šetření.....	54
4.3 Testování nezávislosti dvou proměnných.....	64

5 Diskuse..... 68

6 Závěr..... 75

7 Seznam použitých zdrojů..... 77

8 Seznam příloh..... 84

Úvod

Téma „Role sestry ve volnočasových a herních aktivitách dětí hospitalizovaných v malých nemocnicích“ bylo zvoleno vzhledem k dlouholeté praxi autorky v pediatrickém ošetrovatelství a důvěrné znalosti podmínek pro výchovnou práci s dětmi v malé nemocnici. Role sestry zde má kromě daných a všeobecně známých determinant ještě další určující prvek. Je jím bouřlivý růst a zrání dítěte. Každá vývojová etapa má svá specifika v mnoha oblastech, pro každou je charakteristická určitá úroveň společenských vztahů. Sestra saturuje potřeby dítěte v širokém rozsahu. Od konejšivé bezpečné náruče u kojenců přes pochvalu a povzbuzení školáků až po respekt k nezávislosti adolescentů. Cílem by mělo být vždy pomoci dítěti nalézt ztracené bezpečí, dodat odvalu a sílu k překonání nemoci. Nezbytným článkem v této snaze je dětská hra, která je nedílnou součástí života dítěte, je nezbytná pro jeho zdárný vývoj. Prostřednictvím hry se dítě učí rozumět světu. Dítě, které je přijímáno do nemocnice, nepřestává být ani na okamžik dítětem. Jen ukročilo z bezstarostnosti do nejistoty. Jeho zdárnou adaptaci na novou a mnohdy zcela neznámou situaci má ve svých rukách ve značné míře sestra. Vývoj uplynulých 50 let přivedl i na dětská oddělení malých nemocnic rodiče, učitele, zdravotní klauny, herní terapeutky. Dětská oddělení jsou barevná, vlídná a přátelská. Přesto není vždy naplňování vývojových a výchovných potřeb hospitalizovaných dětí považováno za srovnatelné s ostatními nákladovými položkami nemocnic. Materiální vybavení pro výchovnou práci s dětmi je mnohdy nedostatečné, skladba a počet personálu nevyhovující potřebám malých pacientů. Všichni, kteří pečují o nemocné děti, mají jedinečný úkol. Nejen v aktuálním uzdravení, ale i ve spoluodpovědnosti za jejich chování, pokud onemocní kdykoli příště, a v komplexním postoji a důvěře ke zdravotnictví jako k instituci. Pokud následující řádky poskytnou návod jak posunout alespoň na jednom oddělení podmínky a zázemí pro děti směrem k lepšímu, pak čas strávený nad touto prací nebyl marný.

„Hled’me“, poznamenala kočka.“

„Copak má rádo to dítě?“

„Má rádo hebké a jemné věci“, řekl netopýr.

„Rádo drží v ručkách něco teplého, když jde spát.

Je rádo, když si s ním někdo hraje.

To je asi vše, co má rádo.“

Rudyard Kipling: Povídky jen tak (12)

1 Současný stav dané problematiky

1.1 Role a pozice sestry v historickém kontextu

Rolí je míněn podle Velkého sociologického slovníku (1996) očekávaný způsob chování, který je vázaný na určitý sociální status. Profesní role jsou specifické sociální role vázané na profesi. Proměňují se v čase, nejsou statické. Roli sestry lze podle této definice pojmenovat podle očekávání široké veřejnosti, nemocných, rodinných příslušníků pacientů, lékařů. Svoji roli jsou schopny s větší či menší přesností definovat samotné sestry. Představy o roli jsou předurčeny výchovou, zkušenostmi, tradicí a není lehké je měnit. Role sestry vychází ze základního poslání ošetrovatelství, které poskytuje pomoc jednotlivcům, rodinám a skupinám v dosažení jejich fyzického, duševního a sociálního potenciálu v podmínkách, ve kterých žijí a pracují (49, 53).

Není mnoho povolání, která by byla vystavena tolika změnám v relativně krátkém historickém úseku, jako je tomu u profese sestry. Počátky lze spatřit v návaznosti na středověké charitativní (dobročinné) instituce, kde bylo poskytnuto přístřeší a základní péče o chudé lidi, kterým nemohla pomoci rodina. Činnost byla poskytována na náboženském podkladě převážně církevními řády. Na odbornou erudici personálu nebyl kladen žádný důraz. Základ k novodobé profesi sestry byl položen v druhé polovině 19. století, kdy se nemocnice staly základem lékařské činnosti a medicínského poznání. Zde se již lékaři neobešli bez pomocnic, se kterými by mohli odborně komunikovat. Rozvoj medicíny vyžadoval i nové kompetence při ošetrování nemocných. Nemocnice v tomto období sloužily pouze pro chudý lid a vznikaly materiálně i personálně z bývalých špitálů. To mělo za následek přetrvávající charitativní náhled. Sesterská role byla na dlouhé období ovlivněna dvojím chápáním profese: nábožensko - charitativním a medicínsko - racionálním. Jako autonomní povolání se snažila prosazovat ošetrovatelství Florence Nightingalová (1820 - 1910). Snahou bylo spíše spojení ošetrovatelského povolání s lékařským, ne bezpodmínečná podřízenost sestry. Dalším neméně důležitým faktorem, který ovlivnil sesterskou roli byla medicína sama. Pod vlivem přírodovědného vnímání zdraví a nemoci se stalo ošetrování nemocných souborem jednotlivých úkonů. Tento vývojový směr byl ještě posílen obrovským

rozvojem medicínských věd a techniky od poloviny 20. století. Doba těsně po 2. světové válce byla poznamenána přerušením ekonomických, sociálně kulturních a politických vztahů, což mělo zásadní vliv na fungování veškerých státních institucí. Při obnově státu byla snaha navázat na tradice předmnichovské republiky, zároveň se prosazovaly snahy o rozvoj jednotlivých společenských složek, ke kterým patřilo i zdravotnictví. Rozsah činnosti pracovníků v oblasti ošetrovatelství v této době získal základní znaky povolání sestry. Byla stanovena odborná kvalifikace, kompetence, sestra se stala pracovníkem, disponujícím všemi občanskými právy. Následné zestátnění přineslo prosazení uniformních pravidel a měřítek. V následujících letech vývoj ošetrovatelské profese stagnoval odborně i sociálně (1, 2, 33).

V posledních desetiletích ošetrovatelské povolání a sesterská role posunuly směrem vpřed stejně jako další zdravotnické profese. K objektivizaci nových kompetencí sester byl v letech 1978 - 1985 veden rozsáhlý výzkum v 11 evropských zemích. Jeho závěry se staly platformou ošetrovatelské vědy, která pozitivně přispěla k identifikaci role sestry v současném turbulentním světovém vývoji. Potřeba změny vyplynula z rozboru struktury populace, příčin nemoci, změn ve funkci rodiny jako primární společenské skupiny. V celosvětovém měřítku dochází k odklonu od orientace na chorobu i od léčení především v nemocnicích (1, 53).

Kromě sociologického pohledu na roli sestry existuje mnoho dalších dílčích hledisek. Helga Morrowová uvádí ve své publikaci *Nurses, Nursing, Women* (1988), že tradiční rolí sestry je úloha matky, manželky a domácí paní. Role matky je naplňována očekáváním nemocného, předpokládá chování zdravotní sestry v souladu s přístupem laskavé a chápající matky. Očekává, že o něj bude sestra pečovat, bude naslouchat jeho steskům, že mu vždy přinese vyčerpávající a srozumitelné vysvětlení, povede ostatní členy týmu, aby pracovali v jeho prospěch. O očekávání lékaře, že sestra bude plnit roli precizní manželky by bylo možno vést polemiky. Lze se shodnout na očekávání naprosté loajality, respektování autority lékaře, plnění pokynů. Očekává se, že sestra respektuje právo lékaře na zásadní rozhodnutí, ale je mu vždy připravena pomoci a dokáže vyřešit všechny lékařovy technické problémy. Shrnutí jedná se o podřízenou

roli. Tento aspekt jedním směrem komplikuje a zároveň zpestřuje skutečnost, že mezi lékaři se významně zvyšuje podíl žen a tato skutečnost má na vztahy nový vliv. Vedení zdravotnických zařízení i pomocný personál od sestry očekává, že se bude chovat jako dobrá hospodyně. Předpokládá, že sestra ví vše o všem a o všech, že si poradí za všech okolností, je šetrná, nestěžuje si, umí rozdělit i zkontrolovat práci. Každá ze sester by mohla dlouze rozvíjet přívlastky této role (30, 53).

Tradiční a vžitá role sester se mění. Vzdělané a aktivní sestry usilují o změnu pohledu na své poslání. Role sestry ve vztahu k nemocnému by neměla příliš měnit svůj obsah, ale měla by se naplnit. Klíčové hodnoty je nutno stále zdůrazňovat a po kompetentních sestrách vyžadovat: individualizovanou holistickou péči, respekt k důstojnosti nemocného, zachování a rozvoj soběstačnosti nemocného. Vzhledem k náročnosti ošetrovatelské profese musí sestry usilovat i o uznání pro své potřeby a prosazovat je při rozhodování o denním chodu oddělení, v organizaci práce (28, 53).

Vývoj sesterských rolí směrem k vyšší samostatnosti s sebou nese i nové výzvy. Stěžejní výzvou je zachování kvalitní základní péče o nemocné. Sestry v roli matky musí být opravdovými profesionály. Je nutné udržet vysokou úroveň péče i v nově získaných kompetencích. To je cesta k získání respektu spolupracovníků. V denní praxi to znamená být schopen reflektovat vlastní chyby a z těchto pochybení se učit (12, 53).

Studenti bakalářského studijního programu Zdravotní vědy na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze dostali za úkol, aby v průběhu tří týdnů sledovali denní tisk a zaměřili se na zprávy o sestrách a na zprávy z oboru ošetrovatelství obecně. Ze 114 studentů získalo konkrétní informace jen několik. Sdělení obsahovala stížnost na sestru, výsledky studentů střední zdravotnické školy, jiné zprávy v tisku studenti nenašli. V tisku prezentují svá stanoviska lékaři, lékárníci, pacienti. Sestry prozatím nevystoupily z anonymity. Přesto je podle Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky z června 2011 profese sestry třetí nejprestižnější místo u české laické veřejnosti. Mezi vybraná povolání se sestra zařadila poprvé na tak vysokou příčku (5, 53).

1.1.1 Vývoj profese dětské sestry

S rozvojem pediatrie jako samostatného medicínského oboru nutně vyvstala potřeba ošetřovatelek dětí, které by byly vzdělávány nejen pro péči o svěřené děti, ale i pro jejich výchovu. V historii ošetřovatelství lze již ve statích Florence Nightingalové najít snahy o zlepšení přístupu při ošetřování hospitalizovaných dětí, budování dětských nemocnic, výchovu sester pro péči o dětské pacienty. Ve druhé polovině 19. století začal s přípravou dětských (nejprve kojeneckých sester) německý pediatr profesor Schlossmann (52).

Tradice přípravy dětských sester má v českých zemích bezmála 90letou tradici. Počátkem těchto vzdělávacích aktivit byl v roce 1918 jednoletý kurz na Státní ošetřovatelské škole. O čtyři roky později byla při Nemocnici a útulku Ochrany matek a dětí v Krči založena první ošetřovatelská škola pro dětské sestry, kterou založil MUDr. Quido Mann zprvu jako dvanáctiměsíční školu, později byla doba přípravy zkrácena na šest měsíců. Důvodem byla značná poptávka po kvalifikovaných dětských sestrách v praxi. Až do skončení druhé světové války jiná česká škola pro přípravu dětských sester neexistovala (52). Profesor Brdlík (1883 - 1965) uvádí: „My staří dobře pamatujeme, jaká po nich byla poptávka, zejména v druhém desetiletí tohoto století jak v ústavech, tak v rodinách. Ústav i škola dobře plnily svoje poslání.“ (Brdlík, 1957, str. 158).

Zdrojem kvalitně připraveného personálu se v roce 1946 stala Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester, po roce 1948 byly všechny školy pro přípravu dětských sester přeměněny na čtyřleté střední zdravotnické školy, možné bylo studovat dvouleté pomaturitní kvalifikační studium. V roce 1995 bylo v rámci transformace zdravotnického školství zrušeno čtyřleté i dvouleté studium. Nahradil je tříletý studijní pomaturitní obor Diplomovaná dětská sestra na vyšších zdravotnických školách. Zákon č. 96/2004 Sb. přinesl zásadní a rozsáhlé změny v přípravě dětských sester. Zákonem 96/ 2004 Sb. byla zrušena rovněž kvalifikační příprava dětských sester na vyšších zdravotnických školách, poslední diplomované dětské sestry dokončily studium v roce 2006. Spektrum dětských sester, které získaly své vzdělání kvalifikačním studiem

a studiem specializačním, přibližuje ve své diplomové práci Mgr. Zmeškalová (51) Ve výzkumném šetření porovnává kromě dalších proměnných i délku praxe oslovených sester u dětí a ve zdravotnictví jako takovém.

Příprava dětských sester se účinností zákona 96/ 2004 Sb. tak stala specializačním vzděláváním pro všeobecnou sestru v kategorii celoživotního vzdělávání. Doba potřebná pro profesní přípravu dětské sestry se tak neúměrně prodloužila (3, 51, 52)

1.2 Hra a její význam v životě dítěte

Hra je součástí kultury od počátku dějin lidské společnosti. Provází člověka v průběhu celého života, naplňuje dětství a mládí každého z nás. Hra jako jedna ze stěžejních činností dítěte je fungujícím, dlouhou řadou generací ověřeným pomocníkem při jeho výchově a vzdělávání. Názor na poslání a význam hry a hraček se v čase vyvíjel a měnil. Antičtí filosofové přisuzovali hře důležitost a posuzovali ji z hlediska společenského i náboženského. Například Platón (427 př. n. l. – 347 př. n. l.) označil funkci hry jako prostředek boží milosti. Hru jako vzdělávací prostředek zmiňovali ve svých dílech i středověcí myslitelé, období renesance prosazuje při výchově názornost, při které byly využívány různé hry s obrázky a docházelo k rozvoji her intelektuálních a pohybových. Přelomový a nadčasový názor na význam her pro všestranný rozvoj dítěte předložil ve svém díle Svět v obrazech Jan Amos Komenský (1592 – 1670). Hru předškolních dětí zde staví do stejné roviny důležitosti jako spánek a stravu. Měla sloužit k rozvoji smyslů, pobavení a obohacení znalostí. 18. století s sebou přineslo proměnu ve vnímání a respektování období dětství, hry se diferencovaly v závislosti na věku a promyšleně se využívaly při výchově a učení dětí. Je pozoruhodné, že se v tomto období již pracovalo i s postiženými dětmi. Ve 20. století, které bylo nazýváno „stoletím dítěte“, byl kladen stále větší důraz na utváření osobnosti dítěte. Zvyšující se nároky na znalosti a výkonnost člověka s sebou přinesly požadavek na zkvalitňování

schopností a vzdělanosti. To byl jeden z důvodů, proč se hra jako jeden z nástrojů zásadně ovlivňující vývoj dítěte, stala předmětem studia mnoha věd. Hrou jako významným fenoménem, utvářejícím osobnost člověka, se zabývá psychologie, pedagogika, sociologie, kulturní antropologie nebo folkloristika)

Prostřednictvím hry se děti od narození učí a seznamují s prostředím, ve kterém vyrůstají. Dítě si hraje dříve, než je schopno s okolním světem verbálně komunikovat, dává najevo své pocity a prožitky. Významná úloha tak připadá hře i v socializačním procesu, pomáhá dětem pochopit svět, ve kterém vyrůstají a vztahy mezi lidmi. Tato stěžejní činnost dítěte je nápomocná při fyzickém, intelektuálním i emocionálním vývoji. Dítě nabývá nových dovedností, je povzbuzováno k rozvoji řeči, vytváří si vlastní svět. Je to prostor, ve kterém si rozhoduje jen ono samo. Hra má nezastupitelný význam v dětském vyjádření úzkosti, strachu a fantazijních představ, je mu nápomocná při vyrovnávání se s psychickou zátěží a se stresem. Význam hraní si pramení z funkce, kterou má pro utváření člověka činnost jako taková. Lidský jedinec je formován tím, co je mu geneticky dáno, vlivem prostředí a výchovy a svojí vlastní činností. Bohatství a různorodost her, jejich využití ve výchově a v kultuře vůbec, vybízí k otázce, co je to vlastně hra (23, 46). Odpověď nabízí nespočet teorií a definic, které nejsou úkolem tohoto pojednání, za všechny uvádím pouze definici E. H. Eriksona (1902 – 1994): „Hra je hraničním jevem mnoha lidských činností a hravě se pokouší uniknout jakékoliv definici.“ (Erikson, 2002, str. 194)

1.2.1 Význam hračky pro dětskou hru

Pro většinu her je nezbytný materiální podnět – hmotný předmět, skutečná věc z okolí dítěte nebo předmět pro potřeby hry přizpůsobený – hračku. Hračka je pro dítě realistickým nebo stylizovaným ztvárněním světa, kterého je součástí a žije v interakci s ním. Ke hře používá hračky, které předurčují a podmiňují způsob, typ a šíři jeho herních aktivit. Hra s vhodnou a funkční hračkou podporuje představivost, tělesný

rozvoj a tvořivé myšlení dítěte. Zanedbatelný není ani význam hračky pro integraci dítěte do světa jiných lidí a rozšiřujícího se sociálního prostředí (29).

Děti si hrají na celém světě již od primitivních společenství. Studium hraček se zabývá archeologie, etnografie, pedagogika, psychologie, kulturní antropologie. Z dostupných zdrojů je zřejmé, že se rejstřík hraček v různých historických etapách zásadním způsobem nijak neměnil. Rozdíl byl dán pouze kvalitou materiálu nebo řemeslným provedením. Téměř bez výjimky se jednalo o zmenšené či jinak přizpůsobené předměty z oblasti rodinného života, práce, bojové činnosti, lidské zábavy. Hračky od prehistorických dob odrážely reálný život a pomáhaly na něj děti připravit (18, 29, 31). Syn ševce, malíř Josef Lada (1887 – 1957), popsal v knize Vzpomínky z dětství své hračky takto: „Pokud se pamatuji, měl jsem jako malé děčko tuze málo opravdových hraček: dřevěného koníka, malou plechovou lokomotivu, pestrého dřevěného ptáčka, který měl v ocase píšťaličku. Ale mne to nijak netrápilo. Jako každé dítě i já jsem viděl v mnohém předmětu živé zvíře nebo i člověka a podle toho jsem s takovou věcí zacházel: dřevěnému ševcovskému kopytu jsem předkládal k jídlu trávu nebo brambory jako odměnu, že muselo tahat zouvák s nákladem polínek nebo jiných věcí. Ale obratem byli ze zouváku zase kůň nebo kráva, zapřahal jsem je do kopyta. Kopyta někdy zlobila, nechtěla tahat, ale většinou dělala dobrotu.“

Historie prověřila mnoho hraček, které se osvědčily při získávání zkušeností dětí, při učení, zajišťování pozitivního citového prožitku a začleňování do společnosti. Požadavkem na vyhovující hračku je rozvoj rozumového, smyslového, pohybového a emocionálního rozvoje dítěte. Stranou nesmí stát ani nároky na rozvoj sociálních postojů a podněcování dětské fantazie. Z praktického hlediska musí hračky splňovat hledisko bezpečnostní a hygienické spolu s jejich estetickou úrovní. Stranou není ani cena hračky. Na didaktickou, výtvarnou a emocionální hodnotu hračky mají ve většině případů hlavní vliv dospělí – rodiče a příbuzní, kteří hračky kupují. Dítě má dostat vhodnou hračku ve vhodném věku, hračka musí odpovídat jeho mentálnímu věku. Je zkušeností většiny rodičů, že si dítě často samo hraje s předměty, které hračkami vůbec nejsou, ale děti jsou jimi v určitém období fascinovány a vrací se k nim. Jakýkoli předmět z okolí dítěte má šanci stát se hračkou. Přes obrovský rozvoj techniky

a modernizace hraček je skutečností, že čím jednodušší hračka je dítěti nabídnuta, tím větší prostor nabízí pro dětskou fantazii. Kus dřeva může být pro dítě předškolního věku mečem, kouzelnickou hůlkou, zbožím v obchodě, mostem přes potok. Naproti tomu nákladně vybavené, svítící a pojízdné závodní auto splňuje jen jednu funkci. Mechanické hračky děti zpravidla dříve omrzí, protože není aktivizována jejich představivost (25, 29).

Pro klasifikaci hraček lze použít mnoho škál, které zohledňují různá hlediska. Pro přehlednost uvádím klasifikaci hraček, která zohledňuje věk a s ním související možnosti dítěte.

- a) Hračky vhodné pro děti 0 - 6 měsíců – pro zavěšování do zorného pole, závěsné hrazdy k postýlce, chrastítka, ozvučené pryžové hračky, nafukovací zvířata, měkké hračky.
- b) Hračky vhodné pro období 1 - 3 roky:
 - pro rozvoj jemné, hrubé motoriky - kostky, duté formy, hračky pro točení a šroubování, skládky, puzzle, auta, vláčky, míče, kuželky,
 - pro napodobivé hry – stavebnice, nádobíčko, dopravní prostředky, kuchyňky, předměty pro hru na písku,
 - hračky rozvíjející citové a estetické vnímání – maňásky, textilní a plyšové hračky, první mechanické hračky.
- c) Hračky vhodné pro období 3 - 6 let:
 - pro rozvoj jemné, hrubé motoriky – házecí kroužky, švihadlo, mozaiky, navlékací a zasunovací tvary, kuličky, jednoduché hudební nástroje,
 - pro napodobivé hry – stavebnice, sestavy pro napodobu různých zaměstnání, domečky, figurky zvířat a postavy,

- hračky rozvíjející citové a estetické vnímání – plyšové, textilní hračky do postýlky, sady pro dopracování,
- hračky pro hry společenské – obrázková domina, soubory her.

Jakkoli obsáhlý výčet hraček ve spojení s danou činností a věkem dítěte nelze nikdy podat vyčerpávajícím způsobem vzhledem k neustálému rozvoji technologií a techniky, vynalézavosti tvůrců hraček a měnícím se požadavkům trhu. Samostatnou kapitolu tvoří elektronické hračky a počítačové hry, které přinášejí kromě informativní a poznávací hodnoty určitou míru rizika posilování vazby na audiovizuální prostředky. Staví do pozadí primární životní zkušenost a omezují mezilidskou komunikaci. Lidský faktor a úloha pedagogicky přizpůsobeného prostředí nemůže ani v budoucnosti přijít o svůj význam, protože rozvoj lidského jedince je závislý vedle genetických zdrojů i na zdrojích citových (46).

1.2.2 Vývojové hledisko hry

Prostředí, ve kterém se novorozené dítě po porodu ocitá, je zásadně odlišné od toho, ve kterém se prenatalně vyvíjelo. Musí vynaložit mnoho sil, aby se novému světu zdárně přizpůsobilo. Bylo by však chybou domnívat se, že v důsledku zvládnutí fyziologických pochodů adaptace na nové prostředí a uspokojování základních potřeb nemůže mít novorozenec zájem o hru. Hra má zásadní vliv na vývoj dítěte, v novorozeneckém období, je však potřebné využít dobu, ve které je dítě klidné, bdělé, se široce otevřenými očima. První objekt, který je zaujme, je lidský obličej spolu s hlasem. Pokusy rodičů o upoutání pozornosti novorozence jsou nezastupitelné, úměrně roste zájem dítěte o okolní svět. Za první pohybovou hru je možné považovat polohu na bříšku, však jen v případě, že je dítě klidné, nepláče a je stále pod dohledem dospělého. První pohybové pokusy na bříšku dítě zaslouží pochvalu a projev radosti nad jeho výkonem. Je důležité, aby zajímavé podněty přicházely k dítěti z různých směrů, aby bylo motivováno k přetáčení hlavičky k jedné i druhé straně (41). V závěru novorozeneckého období je dítě schopno sledovat pohyb hračky v rozpětí 90 stupňů.

Toto rozpětí se dvojnásobně rozšiřuje koncem druhého měsíce života. O měsíc později již vyhledává očima zdroj zvuku. Ve třetím měsíci narůstá hra s řečovým ústrojím (dítě brouká) a hra rukou, které kojenec s oblibou zvedá do výše. Koncem čtvrtého měsíce si se zájmem prohlíží zvukové hračky (chrastítka) ve svých rukou, o měsíc později umožňuje okulomotorická koordinace předat vleže hračku z jedné ruky do druhé a zkoumat ji strčením do úst. Koncem prvního půlroku života přestává dítě zajímat hra rukou a soustředí se více na pohyb nohou, hraje si s nožkami, vsedě bezpečně vyhledá zdroj zvuku. V sedmém měsíci manipuluje se všemi předměty shodně, hází je na zem, strká do úst atd., o dva měsíce později dochází k diferenciaci manipulace s hračkami a předměty (kostky se snaží stavět na sebe, zvoní zvonečkem). Desátý a jedenáctý měsíc je obdobím vyzrávání jemné motoriky do té míry, že je dítě schopné označit ukazovákem nápadné detaily hraček (oči panenky), koncem kojeneckého období úroveň jemné motoriky umožní dítěti úspěšně stavět kostky na sebe (19, 36, 47).

Pro batolecí období je příznačná prudce narůstající dynamika všech herních aktivit. Ve své podstatě nahodilá a jednoduchá experimentace s předměty se přibližně v šestnáctém měsíci mění v manipulaci cílenou a složitější (nabírání písku do kbelíku a jeho přemísťování jinam). Hry tohoto období jsou mnohem komplexnější než pouhá experimentace, protože již přistupují tvořivé prvky jako produkty dětské fantazie. Motorické aktivity jsou většinou herními prvky a zahrnují již jistou chůzi, pobíhání, skákání atd. Vzhledem ke značnému rozvoji jemné motoriky jsou v tomto období velmi oblíbené manipulační hry s předměty a hračkami, zvláště jejich duté formy (vkládací tvary, mističky, panenky „matrjošky“), které zdokonalují jemnou motoriku, zejména koordinaci obou rukou. Přibližně koncem druhého roku života děti s oblibou rozebírají a skládají jednoduché tvary, jednoduché hračky a předměty denního života. V batolecím období je již možné sledovat i počátky her námětových, děti reprodukuje své pozorování dospělých hrou „na něco“ za pomoci příslušných hraček (vaření, péče o panenku). V tomto období dochází k bouřlivému rozvoji řeči a hra je jedním z nejvýznamnějších prostředků tohoto rozvoje. Děti mají v oblibě říkadla, básničky, písničky, slovní hříčky (17, 25, 47).

Vrcholné období her v ontogenezi člověka představuje předškolní věk. Nejvýraznější změna spočívá ve změně izolované hry, kdy si dítě hraje samo a většinou s nelibostí přijímá vstup druhého dítěte do hry, ke hře paralelní, při které si již děti hrají vedle sebe. S postupem socializace se vyvíjí hra kolektivní, při které děti do pěti let nejčastěji vytvářejí spontánní tříčlenné skupiny, které se s nástupem školní docházky rozšiřují o další účastníky (19). Obsahovou stránku her předškolního věku tvoří hry námětové – úlohové (na prodavače, na lékaře, na školu), ve kterých se objevují již velmi konkrétní postřehy dětí z reálného života. Do rolí a námětů her vstupuje v tomto období jako nový prvek pohlaví dětí, diferencují se chlapecké a dívčí hry i hračky. Typické pro daný věk jsou hry konstruktivní, nejdůležitější jsou stavebnice a přírodní materiály. Populární jsou i pohybové hry, hry s pravidly, soutěživé hry. Literatura uvádí jako typické pro předškolní věk sledování filmů, návštěvu loutkohereckých představení, poslech pohádek atd. Mnohé ze jmenovaných aktivit jsou vytěsňovány v současné době již v tomto věku počítačovými hrami a programy (25, 46).

Vstupem do školy přestává být hra dominantní v saturaci volného času dítěte a zároveň mění svůj charakter. Fantazie stále častěji ustupuje věcnosti plánovitosti. Individuální hru nahrazuje činnost ve větších skupinách a má soutěživý a pohybový základ. V žebříčku oblíbenosti vedou počítačové a stolní hry (Člověče, nezlob se, kvarteta, pexesa, kostky), s postupem zdatnosti ve čtení je vhodné podporovat děti ve čtenářské aktivitě (pohádky, později dobrodružné knihy). Hry s pravidly dostávají složitější podobu, přestože děti nejsou ještě úplně ochotny a schopny dodržovat herní disciplínu. Mladší školní věk je obdobím, ve kterém přistupují jako nový prvek dramatické hry, děti ztvárňují fiktivní či skutečné postavy, pořádají maňásková nebo loutková představení. Hra je v tomto období nejen prostředkem pokračujícího kognitivního vývoje, ale v souvislosti s učením i relaxačním prostředkem (19, 47).

Ve starším školním věku a v adolescenci ustupují typické herní aktivity a na jejich místa nastupují kulturní, technické a sportovní zájmy. V prepubertálním období dochází ke stírání hranic mezi chlapeckými a dívčími kolektivními hrami, které patří na čelní místo v herním životě starších školáků. Mnohdy mají tyto hry dobrodružný

charakter (stezky odvahy, hra o poklad). Oblíbené zůstávají společenské a stolní hry, které již mají složitější pravidla (šachy, karty). V pubertě kulminuje rozvoj masových sportovních her, které v dalším období upadají, pokud se jim děti nevěnují organizovaně ve sportovních klubech. Pokud kulturní, sportovní a technické zájmy přetrvávají do období adolescence, stávají se trvalejšími a často jsou dále rozvíjeny (25).

1.2.3 Volný čas a hra v rámci dětské hospitalizace

Pro pojem volný čas lze v literatuře najít množství více či méně výstižných definic, které se mnohdy velmi liší. K definování vlastního slovního spojení je možné vycházet z hlediska ekonomického, sociologického, psychologického, filozofického či kulturního. Podle pohledu na problematiku autoři vyzdvihují odlišné chápání podstaty volného času. Pod pojem volný čas lze v běžném životě zahrnout zábavu, rekreaci, odpočinek, dobrovolné vzdělávání, dobrovolná společensky prospěšnou činnost. Zvláštností volného času dětí a mládeže je skutečnost, že z výchovných důvodů je žádoucí jeho pedagogické ovlivňování. Děti ještě nemají dostatek zkušeností pro orientaci v mnoha oblastech zájmové činnosti, potřebují proto vhodnou motivaci a citlivé vedení, aby si činnost vybraly vhodně a dobrovolně. Volnočasové aktivity hospitalizovaných dětí by měly naplňovat dětskou potřebu činnosti. Specifikem v podmínkách dětské hospitalizace je odvádění nadbytečné pozornosti od diagnostických a terapeutických výkonů a citlivá příprava před těmito procedurami. Pokud je dítě ponecháno ve volném čase bez jeho adekvátního naplnění, stane se volný čas časem prázdným. Zde vzniká prostor pro nudu a zlobení, v závislosti na situaci rovněž na stesky, strach a úzkosti. Aby k těmto negativním momentům nedocházelo, nebo aby jejich výskyt byl minimalizován, stará se o volný čas dětí v nemocnicích nejen zdravotnický personál, ale i další odborníci. Ošetrovatelské týmy doplňují speciální pedagogové, vychovatelé ve školách při nemocnicích, psychologové, herní specialisté, dobrovolníci, zdravotní klauni. Kreativní složka volnočasových aktivit má aktivizační a ozdravnou funkci. Stranou nezůstává ani kladný vliv na rodiče dětí. Kreativní aktivity

přispívají k jejich relaxaci, k rozvoji přínosné komunikace ve vztahu ke zdravotníkům i ke svému dítěti. Zdravotnický personál v duchu chápání zdraví jako bio-psycho-socio-spirituální pohody tyto činnosti zpravidla vítá. Je samozřejmé, že nic nesmí narušovat průběh léčby. Naopak, herní aktivity mohou být a měly by být vítanou možností, jak děti seznámit jak s novým prostředím, tak i s lékařskými a ošetrovatelskými úkony, které je čekají. Inspirativní pohled z řad zdravotníků přinesla ve své diplomové práci Mgr. Fronckeová (11). Všichni, kteří se na zpestření pobytu dítěte v nemocnici podílejí, musí respektovat léčebný režim a všechna doporučení ošetřujícího personálu. Veškeré aktivity, které jakoukoli měrou omezí dětský stesk, osamocené přemítání a odloučení od rodiny a kamarádů, je potřeba nanejvýš ocenit a podporovat. Zpestření léčebného režimu, následná radost a uvolnění jsou důležité body na stupnici kvality života dětí v nemocnici, které se za ideálního stavu zúročí zlepšením zdravotního stavu (7, 11, 21).

1.2.3.1 Mateřská a základní škola při nemocnici

Stěžejní úkol přísluší mateřské škole (MŠ) v poskytování výchovně vzdělávací péče zdravotně indisponovaným dětem předškolního věku, dětem s odloženou školní docházkou. Nejdůležitějším bodem každé interakce učitelky a dítěte je zejména saturace jeho citových potřeb a pomoc při adaptaci na nové prostředí. Vlídne a bezpečné zacházení umožní dítěti postupné seznámení s novým prostředím a začlenění do něho. Cílem práce v mateřské škole je pomoc dítěti zvládnout kritické období, které pro ně hospitalizace představuje. Neméně významným cílem je poskytnout dítěti všestrannou péči, zlepšit jeho psychický stav a zachovat vývojovou úroveň malého pacienta. Při vedení dětí v MŠ musí být vždy respektováno právo dítěte vybrat si činnost podle vlastní volby. Veškeré pedagogické činnosti jsou směřovány k tomu, aby žádné dítě nebylo opomíjeno, aby nedošlo k výskytu hospitalismu a následné deprivace. Nestejnorodý kolektiv dětí je pro učitelku možností názorného uplatňování mravních norem a prosociálního chování (úcta jednoho k druhému, ohleduplnost k potížím kamaráda, snaha pomoci). S ohledem na pozitivní současný trend, kterým jsou společné hospitalizace předškolních dětí s rodiči, mohou učitelky MŠ využívat pobytu rodičů

k denní a intenzivní spolupráci při výchově a adaptaci dětí. Kromě herních námětů a materiálů pro různé činnosti poskytují učitelky rodičům návody, jak s dítětem pracovat i v období nemoci. Rodičům je umožněn aktivní podíl na dění v MŠ, účast na programech, vstup do činností MŠ. Erudovaný personál MŠ může rodičům nabídnout i poradenskou službu na téma výchovy a vzdělávání jak dítěte nemocného, tak dítěte v období rekonvalescence (7).

Dítě má podle Charty práv hospitalizovaných dětí i podle Úmluvy o právech dítěte právo na přiměřený vývoj a růst a zároveň i na vzdělání. Škola při nemocnici se snaží vytvořit přátelské a bezpečné prostředí pro děti, které se ocitly v náročné a nezvyklé životní situaci. Jednou z priorit zaměření školy je přispívat ke zvýšení pocitu bezpečí, který je základní podmínkou pro efektivní učení. Cílem školní výuky v nemocnici je vytvářet pozitivní klima, věnovat se každému dítěti a podle jeho potřeb individualizovat a diferencovat jeho výuku. Školní výuka je prostředkem pro rozptýlení obav žáků a rodičů z velkého objemu zameškaného učiva. Hospitalizované děti přicházejí z různých typů škol. Nemocniční pedagogové proto často kontaktují kmenovou školu žáka, aby děti plynule navázaly na výuku v kmenové škole. Tento přístup je nezbytný zvláště u dlouhodobých hospitalizací. Výuka může být realizována podle konkrétních podmínek daného oddělení a zdravotního stavu dítěte v učebně, v herně nebo přímo u lůžka. Žáci jsou kromě samotné výuky vedeni ke vzájemné komunikaci a spolupráci v novém dětském kolektivu, kde se setkávají mnohdy poprvé se specifickými potřebami svých kamarádů a spolužáků. Tolerance a ohleduplnost je zde nezbytná. Škola se vždy přizpůsobuje léčebnému režimu dítěte, výuce a pedagogickému působení vždy předchází konzultace s ošetřujícím lékařem, který zaznamená vhodnost, nevhodnost či omezení ve výuce do zdravotnické dokumentace. Všichni žáci školy při nemocnici jsou vzhledem k hospitalizaci zdravotně znevýhodněni (zdravotní oslabení po operačním zákroku, úrazu, vyšetření nebo děti s dlouhodobým nebo chronickým onemocněním, děti handicapované, trvale zdravotně postižené). Dále se může přidružovat tělesné, zrakové, sluchové nebo mentální postižení, vady řeči nebo vývojové poruchy učení, popřípadě sociální znevýhodnění (rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy). Školní družina

nabízí dětským pacientům relaxační činnosti pod odborným vedením, rozsáhlý výběr společenských her a knížek. S velkým úspěchem lze využít arteterapii, výtvary malých pacientů mohou být součástí výzdoby pokojů a chodeb dětských oddělení (7, 13).

1.2.3.2 Herní specialisté

V posledních dvou desetiletích doznává významných změn filozofie péče o děti v nemocnicích. Počátky těchto nových pohledů je možné datovat do 50. let 20. století. V Anglii byly předloženy důkazy odborníků o tom, jak nemoc a pobyt dítěte v nemocnici bez rodičů negativně působí na jeho emocionální, sociální i intelektuální vývoj. Přes počáteční nepochopení vznikla v roce 1963 organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) – Národní asociace pro pohodu dětí v nemocnici, která následně vypracovala dokument Charta práv dětí v nemocnicích, který se stal základem pro tvorbu podobných tematicky shodných dokumentů v mnoha dalších zemích světa. NAWCH vytvořila pro nemocnice herní programy, získávala finanční prostředky na financování herních terapeutů, ubytování rodičů v nemocnicích atd. Od roku 1976 se hra na dětských odděleních nemocnic stala součástí ošetrovatelské péče. S odkazem na e-mail Ann Goodwin, administrativní pracovnice sdružení HPSET, ze dne 5. 12. 2011 (příloha č. 8) uvádím, že dnes je ve Velké Británii vzdělávání herních specialistů zastřešováno sdružením zdravotníků vzdělaných v oboru herní terapie Hospital Play Staff Education Trust (HPSET). Tato organizace je registračním orgánem pro povolání specialisty na herní terapii. Kurzy jsou dvouleté, jsou určeny pro rozvíjení odborné způsobilosti v oblasti terapeutické hry pro děti v nemocnici nebo komunitním prostředí. Důraz je kladen na vyváženost teoretické a praktické přípravy (26, 38, příloha č. 8).

V českých nemocnicích se profese herního specialisty začala objevovat po roce 1993. Článek 7 Charty práv hospitalizovaných dětí říká, že „Děti mají mít veškeré podmínky ke hře a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být

v účelném, nábytkem vybaveném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami. Ne vždy je povědomí o obsahu tohoto zásadního dokumentu mezi dětmi a jejich rodiči dostatečné. Zajímavou sondu do této problematiky v podmínkách malé nemocnice provedla v rámci své bakalářské práce Bc. Mádllová. Dle zjištění tohoto výzkumného šetření značná část rodičů a dětí není v denní praxi dětského oddělení malé nemocnice seznámena se svými právy (22, 26).

Podle dostupných údajů pracují s dětmi herní terapeuti přibližně na desetině z celkového počtu sto dvaceti dětských oddělení v České republice (ČR). Ve většině případů zastávají tuto funkci uvolnění zaměstnanci nemocnice, převážně dětské a všeobecné sestry a učitelky škol při nemocnicích, v některých zařízeních speciální pedagogové. V ČR neexistuje prozatím možnost kvalifikačního studia oboru, znamená to tedy, že tito pracovníci čerpají ze svého dosavadního vzdělání zdravotnického nebo pedagogického směru. Podle možností a zájmu je možné absolvovat semináře či certifikované kurzy, které organizuje např. nadační fond Klíček nebo pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. Herní práce je velmi specifická profese, kterou by měl vykonávat speciálně vyškolený odborník. Během posledních let došlo k diskusi, zda je potřebné, aby na dětských odděleních spolupůsobily obě profese – učitel i herní specialista. Rozdíl v působení obou odborníků je zásadní. Učitel má jasný cíl vymezený danými osnovami a výchovnými cíli. Herní specialista přizpůsobuje svoji činnost plně dítěti, reaguje na jeho potřeby a nálady. Pečuje tak především o dobrý psychický stav dětí včetně kojenců a mladistvých. Okruh péče herního specialisty je možné rozšířit i o rodiče hospitalizovaných dětí. Provází rodinu po dobu hospitalizace, je pro ně kontaktní osobou. Cílem jeho práce není dítě měnit, ale být mu kamarádem a společníkem a nedirektivně ho provést všemi úskalími hospitalizace. Herní specialista zjišťuje zájmy a běžné aktivity dítěte, pomocí hry přiměřené stupni vývoje dítěte pomáhá porozumět nemoci a léčbě. Dbá na srozumitelnost a návaznost informací. Zvláštní pozornost věnuje dětem na JIP a jejich rodinám, přednostně pečuje o děti bez doprovodů či dětských domovů. Součástí denní práce herního specialisty je doprovod dětí i rodičů na vyšetření, vhodné odvádění pozornosti dítěte od samotného výkonu. Herní specialista je řádným členem zdravotnického týmu, zúčastňuje se pravidelně vizit

a může poskytnout o dítěti cenné informace, které vyplývají z těsnější a otevřenější spolupráce s dítětem. Tento závěr koresponduje s diskusí v diplomové práci Mgr. Tomkové. (7, 45, 47).

Úkolem herního specialisty je i koordinace dobrovolnické práce na oddělení, návštěv Zdravotních klaunů a dalších aktivit, které dětem naplňují dny v nemocnici. Dobrovolníky se stávají zletilí občané ČR, kteří pomáhají dětem vyhledávat vhodné volnočasové aktivity, nabízejí kulturní akce a zejména s nimi pravidelně (minimálně 1 – 2 krát za týden) sdílí svůj volný čas bez nároku na odměnu. Pro hospitalizované děti jsou dobrovolníci další alternativou pro smysluplné naplnění volných chvil, pro odreagování od nemoci a ruku v ruce ke zlepšení psychické pohody (40).

1.2.3.3 Rodiče

V průběhu historického vývoje ztratila rodina výsadní postavení v péči o své nemocné členy. V závislosti na rozvoji medicíny a sociálních změnách byla delegována zodpovědnost v péči o nemocné na zdravotnická zařízení. Zkušenosti jsou však důkazem skutečnosti, že úloha rodiny je na tomto poli nezastupitelná. Ochotu a schopnost rodiny pečovat o své nemocné členy nebo jim být v maximální míře oporou ovlivňuje zejména charakter onemocnění samotného, jeho závažnost, dlouhodobost, prognóza i okolnosti, za kterých k onemocnění došlo. Stranou nemohou zůstat ani faktory ekonomické a morální (1).

Onemocnění jedince nepostihuje pouze jednu určitou osobu, naruší zpravidla chod celé rodiny. V případě onemocnění dětského věku lze pozorovat napětí a úzkost nejen rodičů a sourozenců dítěte. Toto napětí se může přenášet i na nemocné dítě a každého, kdo s postiženou rodinou přichází do styku. Každé onemocnění jednoho člena rodiny má proto i široký dopad sociální. Mezi důležité aspekty pro zvládání zátěžových situací, kterou nemoc bezesporu je, lze zařadit rozsah postižení, otázku dostatečných psychických obranných mechanismů dětského pacienta a rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Toto dítěti buď poskytuje láskyplné bezpečí nebo je

zdrojem přehnaných obav a úzkostí. Postoje rodičů nevznikají na rodičovské straně náhle. Jsou většinou výsledkem celého předchozího života, jsou odrazem vlastního dětství, vztahu k rodičům, proto jsou přísně individuální a různorodé. Rodina se při kontaktu s chorobou nebo postižením obvykle ocitá v nové situaci nepřipravena. Nastupuje proto nutnost přehodnotit stávající životní styl, analyzovat kvalitu a úroveň vzájemných vztahů i vztahů ke svému okolí (24, 47). „Je běžnou zkušeností, že se s tíživými situacemi tohoto druhu snáze vyrovnají ti, kdo nevidí hodnotu lidského života právě jen v tělesné kráse a zdatnosti nebo v mimořádné intelektové výkonnosti, ale dovedou mít uspokojení i z drobných úspěchů, přátelského soužití s druhými lidmi, z té prosté skutečnosti, že mohou být někomu užiteční.“ (Matějček 2001, str. 27)

Zdárný výsledek léčby a návrat zdraví má pro dítě i rodinu velký význam. K hospitalizaci dochází v indikovaných případech zejména proto, aby dítě rychleji a v maximální možné míře dosáhlo tohoto cíle. Nemoc nebo zdravotní omezení znamená pro dítě zátěž ale zároveň i novou životní situaci, na kterou musí reagovat a pokusit se s ní vyrovnat. Dojde-li k hospitalizaci dítěte, přistupuje navíc ztráta známého prostředí, běžných denních rituálů a zejména odloučení od své primární sociální skupiny - od rodiny. Každá okolnost, která pomůže překlenout a zmírnit negativní dopad hospitalizace na dítě, je žádoucí a vítaná. Již v počátku rozvoje dětských nemocnic si lékaři povšimli, že k uzdravování některých dětí nedochází tak úspěšně a tak rychle, jak by bylo adekvátní vynaloženému úsilí a úrovni poznání. Naopak se přidružovaly potíže a komplikace, které bylo možné přičíst pouze vlivu nepříznivého duševního stavu dítěte. Hospitalismem byl později nazván stav, kdy se nejen hospitalizovaným a separovaným dětem nedostává potřebné množství smyslových a citových podnětů a kde jsou tedy ve stavu „duševní podvýživy“ (24, 37).

Významným předělem bylo proto přivedení rodičů a blízkých dítěte na nemocniční oddělení. Jedním ze zásadních podnětů pro změnu běžné praxe na dětských odděleních nemocnic bylo filmové a literární svědectví britského psychiatra Jamese Robertsona (1911 – 1988), který na příběhu dvou hospitalizovaných dvouletých děvčátek demonstroval vnitřní zmatek a zbytečné trápení dětí, které se poprvé ocitnou

v cizím prostředí bez matčiny jistoty (12). Sama ze své praxe mohu hodnotit obrovský posun, ke kterému došlo za uplynulých 25 let v oblasti kontaktu dětí v nemocnici a jejich rodičů. V polovině 80. let 20. století byly návštěvy u hospitalizovaných dětí striktně zakázány. Dodnes si pamatuji dětské nosíky přitisknuté na kovových okenních mřížích a gestikulující rodiče pod okny. Postupně se rodiče odvážili na půl hodiny do čekárny, dále v primářem povolených případech na oddělení a dnes si už nedokážeme představit, že by kontinuální návštěvy neprobíhaly. Velkým přínosem pro děti je možnost společné hospitalizace s rodiči nebo jinou doprovázející osobou (22, 35).

Nezastupitelná je zejména u dětí od kojeneckého věku po věk předškolní, u školáků a starších už je v některých případech společná hospitalizace překážkou pro navazování sociálních vztahů s vrstevníky. Přes značný posun existují ještě mnohé rezervy, na některých odděleních je stále problém, chtějí-li rodiče doprovodit své dítě na operační trakt a maximálně je tak ušetřit stresujících a nepříjemných zážitků. Rodiče, kteří odmítnou nabízenou společnou hospitalizaci se svým dítětem nejčastěji argumentují tím, že mají doma další děti, které nemá kdo hlídat, uvádějí důvody pracovní nebo jen to, že nesnášejí nemocnici. Výjimkou nejsou ani zdůvodnění zohledňující věk dítěte: „Ještě nemá rozum a neví, že je sám.“ „Už je dost velký na to, aby byl sám.“ Pro dítě má přítomnost blízkých neocenitelný význam. Měli bychom proto mít radost pokaždé, když se nám podaří přesvědčit ke společnému pobytu i matku či otce, kteří původně zamýšleli odejít domů. Rodiče se mohou aktivně zapojit do péče o své nemocné dítě, osvojit si nové znalosti a dovednosti a ty aplikovat v dalším životě. Nejen matky, ale v čím dál hojnějších případech i otcové, realizují denní péči o dítě, krmí je, koupou, dohlíží na pitný režim. Rodiče vytvářejí pro dítě pocit pohody a bezpečí i v neznámém a nebezpečném prostředí. Naplňují volné chvíle dětí, mnohdy si při absenci běžných denních civilních povinností pochvalují, že mají na dítě daleko více času než doma. Způsob saturace volného času dětí však věrně kopíruje stav, který panuje v jejich domácích podmínkách. Čas, který rodiče (nejčastěji matky) ušetří díky neustále sofistikovanějším pomůckám k péči o děti, není ve všech rodinách dítěti navrácen v podobě společně strávených chvil. Při společné hospitalizaci je možné přesně poznat, které dítě je z domova běžně zvyklé na intenzivní interakci s rodiči.

V opačném případě rodiče neví, jak dítě zabavit, neznají jeho oblíbené hry a hračky, neumí si s vlastním dítětem hrát. Hlavní náplní společného času v nemocnici je pak nepřetržitá televizní kulisa v pokoji, nepořádek v herně, protože dítě neví, jak s hračkami naložit a dovede je jen rozhazovat. Rodiče je následně peskují za to, že zlobí a u ničeho nevydrží. Větší část rodičovských doprovodů je však svým dětem skutečnou oporou. Stávají se rovněž užitečnými prostředníky mezi dítětem a zdravotníkem, kdy mohou pomoci překonat obavy, ale také svým chováním ty stávající ještě posílit. Zde je velký prostor pro působení sester. Jen ten, kdo nepracuje na dětském oddělení, se může domnívat, že přítomnost rodičů výrazně usnadňuje práci sester. Opak často bývá pravdou, rozrušené rodiče musí často sestru s nesmírným taktem a trpělivostí upozorňovat na okolnosti, nad kterými se v běžném životě nemusí příliš zamýšlet (zavírání postýlek, mytí rukou). Nastupuje zde povinnost být učitelem a rádcem, doprovázet, naslouchat, nenápadně a s taktem kontrolovat a usměrňovat. Nejedná se vždy o snadnou úlohu, nemoc dítěte a následná nejistota mnohdy mění chování a jednání celé rodiny.

Na každém dětském oddělení je nebo by měla být na viditelném místě vyvěšena Charta práv hospitalizovaných dětí. Bohužel práva jsou často formulována, protože v té či oné oblasti tušíme bezpráví. Proč bychom se měli samozřejmých věcí domáhat psanými pravidly, když postačí skutečný zájem o děti, snaha o individuální porozumění, klidné a vlídné jednání. Stačí otevřít oči a srdce.

1. 3 Vývoj pediatrie

Doporučení a rady, jak ošetřovat děti a jak s nimi zacházet, obsahují již nejstarší dostupné starověké písemnosti. Zachovalé egyptské papyry byly nepostradatelnými příručkami pro praktické jednání lékařů, návody, podle nichž léčili své pacienty. V textech věnovaných dětským obtížím se mísí lékařství a magie. Péče o děti zahrnovala odhady jejich životaschopnosti v novorozeneckém období, často založené na pověrách a bez zohlednění fyzického stavu. V papyrech jsou dochovány metody zjišťování kvality mateřského mléka, postupy při potížích kojeneckého a dětského věku.

Spektrum chorob tvořily zejména nemoci parazitární a trávicího traktu a dětské infekce (42).

Středověké prameny se o nemocných dětech zmiňují zejména v souvislosti se zakládáním nalezinců pro děti nemanželské, osiřelé a odložené. Tato většinou církevní zařízení kladla důraz na péči sociální, přesto měla jejich činnost zásadní význam i pro důkladnější poznání vývoje zdravých dětí a specifík dětských chorob. V Čechách byl první nalezinec založen ve Vlašské ulici na Malé Straně v roce 1600. Profesor Brdlík popisuje s odkazem na Časopis lékařů českých z roku 1943 historii pražského nalezince takto: „V 16. století se Vlaši usazení v Praze sdružili v náboženské bratrstvo při kapli téhož jména v nynější Karlové ulici na Starém Městě pražském pod heslem Pro deo et paupere, aby opatřili podporu a ochranu všem chudým a zvláště opuštěným a osiřelým dětem.“ (3, str.101) V důsledku množících se vražd dětí bylo v roce 1766 za vlády Marie Terezie zakoupeno několik domů ke zřízení porodnice a nalezince, které byly později sloučeny s Vlašským špitálem. Pražský nalezinec byl nejen sociální institucí, ale v dalším vývoji poskytl základnu pro medicínskou péči o novorozence a kojence, neboť péče o tyto věkové kategorie se soustředila právě do nalezinců. Do nalezince byli přijímáni pouze novorozenci a kojenci, ve většině případů zdraví. Od roku 1865 působila v pražském nalezinci kojenecká klinika, zde se přednášelo, ale i vědecky pracovalo (4, 16, 42).

V průběhu 19. století se dětské lékařství rozvíjelo velmi rychle a spolu s ošetrovatelstvím se diferencovalo z lékařství vnitřního. První dětská nemocnice byla otevřena v roce 1802 v Paříži, první dětská nemocnice v Praze, německá, o čtyřicet let později. Součástí dětské nemocnice byla od roku 1891 česká dětská klinika. Profesor Brdlík ve své publikaci líčí atmosféru, která zde panovala: „....a přece vzpomínáme těch dob s láskou, neboť menšina znamenala tehdy semknutí, soudržnost, která držela všechny pohromadě, k sobě, kdy nebylo tolik závisti, naopak úspěch jednoho byl radostí všech, kdy podporoval jeden druhého u vědomí, že se jen společnou prací domůžeme rovnoprávnosti a rovnocennosti.“ (4, str. 45)

Za počátek českého dětského lékařství je možno považovat rok 1884, ve kterém byl MUDr. Bohdan Neureutter (1829 – 1899) jmenován prvním profesorem dětského lékařství. Jako klinika sloužil dům na rohu Kateřinské a Viničné ulice, na tzv. Křižovatce. Profesor Neureutter byl v roce 1885 rovněž iniciátorem založení Spolku pro zřízení a vydržování české dětské nemocnice a chorobince. Výsledkem značného osobního nasazení profesorů pražské univerzity bylo otevření nové České dětské nemocnice 7. února 1902. Nemocnice tehdy disponovala 270 lůžky, ambulancí pro nemoci vnitřní, chirurgické, ortopedické, infekční, kožní, zubní, syfilitické, tedy všechna oddělení vyjma kojeneckého. Teprve v roce 1923 byla na klinice zřízena čtyři kojenecká lůžka a mléčná kuchyně (4).

V období mezi světovými válkami, s rozvojem společnosti, vzhledem ke zvýšenému výskytu epidemických chorob a vysoké nemocnosti a úmrtnosti dětí, nastal i další rozvoj specializované pediatrické péče. Nepříznivý vývoj zdravotního stavu byl především v přímé souvislosti s bídou a hmotným nedostatkem. Byl proto vytvořen základ pro vznik preventivní péče o děti. Jedním ze zásadních počínů na tomto poli bylo založení spolku Ochrana matek a kojenců, později Ochrana matek a dětí. Pod jeho záštitou vznikaly první poradny a v roce 1922 byla zřízena Nemocnice a útulek československé Ochrany matek a dětí v Krči. Jeho primářem a ředitelem byl stanoven MUDr. Quido Mann (1887 – 1976), o jehož zásluhách při výchově dětských sester bylo již pojednáno (4, 41).

Po roce 1945 došlo k budování četných dětských oddělení v rámci nemocnic I., II. i III. typu. Rozšiřovala se síť poraden v obvodech, tj. v administrativně stanoveném území. Zřizovány byly kojenecké ústavy, poradny pro chronická onemocnění, ozdravovny, jesle. Vzhledem k obrovskému rozvoji pediatrie šel ruku v ruce i požadavek na vysoce kvalifikované odborníky v péči o děti. Na Univerzitě Karlově v Praze byla v roce 1953 založena fakulta dětského lékařství, současně se rozvíjela specializovaná výuka středního zdravotnického personálu (16, 40).

1.3.1 Organizace pediatrické péče v České republice v současnosti

Pediatrická péče je v České republice (ČR) poskytována na úrovni ambulantní nebo ústavní (lůžková). Ambulantní péči lze rozdělit na primární, specializovanou a zvláštní. Po roce 1989 vznikla v místech dřívějších obvodů nestátní zdravotnická zařízení, která plní roli poskytovatele zdravotní péče. Péče o děti od narození do 19 let věku je zde poskytována v rámci primární péče praktickým lékařem pro děti a dorost (PLDD). V ČR působí v současné době 2293 PLDD, průměrný počet zaregistrovaných dětských pacientů je přibližně 1000 na jednoho pediatra. V ordinaci PLDD je zajištěna péče v rovině preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a ošetrovatelské. Na úrovni PLDD musí být zajištěny podmínky pro poskytnutí přednemocniční intenzivní péče. Všechny činnosti jsou prováděny v souladu s bio-psycho-sociálními potřebami dětí v rámci specifik jednotlivých vývojových etap dítěte (16).

Specializovaná péče je poskytována v převážné míře v krajských a fakultních nemocnicích pediatrie s příslušnou kvalifikací (endokrinologie, revmatologie, kardiologie). Zvláštní pediatrická péče je komplex sociálně-zdravotních služeb, poskytovaných v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do 3 let, v ozdravovnách, lázeňských léčebnách a ve stacionářích (16).

Lůžková pediatrická péče je poskytována dle ročenky ÚZIS (Ústav zdravotních informací a statistiky) z roku 2010 na 94 dětských odděleních nemocnic - akciových společností, příspěvkových organizací, soukromých nemocnic nebo na dětských odděleních v zařízeních přímo řízených ministerstvem zdravotnictví. Lůžkový fond nemocnic v oblasti dětské hospitalizace byl v roce 2010 tvořen 4815 lůžky.

1. 4 Dítě v nemocnici

Nemoc nebo zdravotní omezení znamená pro dítě zátěž, ale zároveň i novou životní situaci, na kterou musí reagovat a pokusit se s ní vyrovnat. Místo jistoty, lásky a bezpečí je dítě v prostředí, které samotné právem vnímá jako neznámé a tudíž nebezpečné. U většiny dětí je spojené s nepříjemnými a bolestivými zážitky, ať už vlastními nebo zprostředkovanými z domova či od kamarádů. Získání důvěry a spolupráce dětského pacienta je proces mnohdy velmi náročný a křehký, ovlivněný celou řadou navzájem provázaných okolností. Je proto nezbytná dokonalá znalost věkových zvláštností jednotlivých vývojových etap dítěte v jeho bouřlivém růstu a zrání a zároveň prožívání nemoci v daných obdobích. Toto je jedním z mnoha specifíků, která odlišují úkoly dětské sestry při péči o děti od ošetřování dospělých pacientů. Ovšem veškeré encyklopedické znalosti by se mýjely účinkem, pokud by nebyly zastřešeny skutečným zájmem o děti, snahou o individuální porozumění, klidným a vlídným jednáním (24, 52).

1.4.1 Vliv hospitalizace na děti v jednotlivých vývojových etapách

Mezi důležité aspekty pro zvládání zátěžových situací, kterou nemoc bezesporu představuje, lze zařadit rozsah postižení, otázku dostatečných psychických obranných mechanismů dětského pacienta a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Toto dítěti buď poskytuje láskyplné bezpečí nebo je zdrojem přehnaných obav a úzkostí. Při zvládání nemoci nebo zdravotního postižení má pro pediatrii obrovský význam věk a vývojová úroveň dítěte (50).

Novorozené dítě je plně závislé při uspokojování životně důležitých potřeb na péči a ochraně druhých osob, v ideálním případě matky. Od narození však přes svoji závislost není ve vztazích pasivní, od počátku má kromě sebezáchovných vrozených reflexů i potřebu dostatečného množství podnětů psychosociálních a citových, které

jsou saturovány při správné péči matky o dítě. Okolní svět na dítě působí kožním kontaktem, dotykem, proto potřebuje novorozenec co nejvíce přímého tělesného kontaktu s matkou, potřebuje hlazení, laskání, tiché promlouvání. V prvních týdnech života zřejmě nelze mluvit o úzkosti nebo strachu, reakce dětí na nelibé podněty jsou málo diferencované a projevují se výhradně pláčem, křikem, uhýbáním. Je nezbytné děti před nelibými prožitky a situacemi co nejvíce ochránit. Zárukou toho je milující matka, která na potřeby svého dítěte adekvátně a s láskou reaguje. Ani u novorozeneckých dětí se však nelze vyhnout diagnostickým a léčebným zákrokům, mnohdy spojených s bolestivými vjemy. Na každou manipulaci by mělo být dítě připraveno. V novorozeneckém věku je vhodnější zákroky provádět v postýlce či inkubátoru a nevystavovat dítě nepřiměřeným vjemům v důsledku nadbytečné manipulace a jeho přenášení do jiného prostředí. Doporučuje se jemně položit ruku na jeho tělo, uchopit za ruku nebo nohu (v závislosti na místě výkonu) a chvíli počkat na reakci dítěte. Po probuzení by se měla sestra pokusit o zrakový kontakt a konejšivě na dítě promluvit. Některé procedury novorozenci absolvují, aniž by se probudili. Pokud se jedná o bolestivé zákroky, je po jejich ukončení nutné dítě utiшит. Velmi vhodná je proto u výkonu přítomnost matky, která dítě konejší a odpoutává pozornost od bolestivých podnětů (nonnutritivní sání, polykání vody nebo glukózy, dotyk na kontralaterální straně) (9, 50).

Svět kojence tvoří osoba, která se o něj stará, tedy obvykle matka. Přibližně do 7. měsíce věku dítěte je hospitalizovaný kojenec ohrožen v první řadě ztrátou jistoty a pocitu bezpečí při nedobrovolném odloučení od rodičů, nuceným kontaktem s množstvím neznámých lidí v neznámém prostředí. Toto prostředí je v tomto věku již zdrojem úzkosti a strachu. Vzhledem ke kontinuálnímu a bouřlivému vývoji dítěte právě v tomto období přistupuje v rámci hospitalizace nebezpečí nedostatečné pohybové a smyslové stimulace - dítě je ohroženo deprivací. Nebezpečí deprivace přichází několika cestami v souvislosti s psychickým vývojem dítěte. V prvních měsících života dítěte je nezbytné, aby mu byly poskytovány podněty podle vyspělosti jeho nervového systému. Pokud vyrůstá v prostředí podnětově chudém, nervový systém se „naladí“ na nízký příjem. Za okolností, kdy je v dalším období dítěti poskytován

přiměřené množství podnětů, nebude je již umět adekvátně zpracovat a bude zaostávat ve vývoji. Od narození se dítě učí. Na určité podněty reaguje specifickým způsobem. Sahá po lákavých barevných předmětech, úsměvem reaguje na lidskou tvář, později si osvojuje mnoho sociálních dovedností. Pokud jsou žádoucí projevy dítěte upevňovány souhlasným chováním dospělých, dítě má přirozeně tendenci naučené opakovat. Pokud však k tomuto zrcadlení nedochází, dítě se nenaučí odlišit, co je žádoucí a co není (10, 32, 50).

K biologické závislosti na matce ve druhém pololetí prvního roku věku dítěte přistupuje závislost citová, resp. vytváří se specifický vztah k mateřské osobě. Dítě výrazně preferuje tuto osobu a protestuje, má-li být od ní odloučeno, objevuje se strach z cizích lidí. Citový vztah k mateřské osobě je pro dítě pramenem životní jistoty, uvědoměním si domova, pocitu náležitosti ke skupině vlastních lidí. Emocionální pouto, které se vytváří v tomto období, je základem pro další sociální vývoj dítěte. Změna zdravotního stavu a případná hospitalizace má za následek náhlé zpřetrhání těchto již vzniklých vztahů a je zátěží pro celý organismus. Mluvíme o separaci dítěte. Separace je přirozenou součástí lidského vývoje, nebezpečí nastává, je-li předčasná, náhlá, úplná či dlouhodobá. Závažnost separace ovlivňují rovněž temperamentové vlastnosti dítěte, předchozí zkušenost s podobnými situacemi a zejména kvalita náhradní mateřské péče. V případě léčebných a diagnostických zákroků v kojeneckém věku je vhodné jejich realizace na jiném určeném místě než v postýlce. Postýlka by měla představovat pro dítě útočiště, bezpečnou zónu. Pokud je přítomna matka a povaha úkonu to umožňuje, měla by držet dítě v náručí nebo být alespoň přítomna. Zvláště starší kojenec zápasí kromě nemoci i s cizím prostředím. Dítě by nemělo být překvapeno čímkoli nečekaným, zejména náhlou bolestí. Výkony, vizity a vyšetření je nutno přizpůsobit již navyklému režimu dne dítěte, minimalizovat jeho rušení ze spánku. Pokud nelze jinak, musí být před výkonem kojenec šetrně probuzen, je nutné pokusit se o odpoutání pozornosti (hračkou, vlídnou promluvou, dotykem na kontralaterální straně, šidítkem s glukózou). Po nepříjemném podnětu je opět nezbytné uklidnění dítěte, nejlépe v náručí matky (10, 24, 27).

V batolecím období začíná dítě získávat specifické charakteristiky, které odlišují lidský druh od ostatních: chodí vzpřímeně a začíná mluvit. V tomto období zůstává ještě stále silně fixované k matce a několika nejbližším dospělým členům rodiny. Děti se samy aktivně vzdalují od matky a to tím dál, čím jsou starší, ale jen dobrovolně a v rámci objevování světa. Jinak je tomu, pokud je dítě matce odňato cizí osobou. Podobně jako již ke konci 1. roku věku, vyvolává na tomto vývojovém stupni i krátkodobé odloučení bouřlivé separační reakce. V mnoha ohledech ještě výraznější, protože se dítěti oproti kojeneckému věku rozšířil výrazový rejstřík. V 50. letech 20. století popsal separační reakce dětí v batolecím období James Robertson ve své knize *A two year old goes to hospital*. Na příkladu dvouleté Laury a tříleté Patricie demonstroval Robertson vnitřní zmatek a zbytečné trápení dětí, které byly poprvé v životě odloučeny od svých matek. Věrně den po dni popsal proměny v chování hospitalizovaného děvčátka, vliv hospitalizace na vztah k matce a popsal i typické obranné reakce (20, 37):

1. fázi protestu - dítě křičí, pláče, volá matku,
2. fázi zoufalství - ztráta naděje, méně pláče, odklon od okolí,
3. fázi odpoutání od matky - potlačení citů k matce, připoutání k jinému pečovateli, ztráta vztahu k lidem, upoutání se na věci.

Poslední reakce je už mnohdy vysvětlována jako příznivá adaptace, ale již Robertson vyslovuje názor, že se může jednat jen o obrannou reakci s vlivem na pozdější vývoj dítěte a dokládá své tvrzení dlouhotrvající adaptací malé Laury po jejím propuštění domů. Dočítáme se o přetrvávající úzkosti a strachu z toho, že matka Lauru opět opustí, strachu večer usnout a špatném spánku. U matky se po propuštění děvčátka dostavovaly stavy sebeobviňování z traumatu, které Laura musela podstoupit (10, 37).

Dříve byly výše popsané reakce mylně prezentovány jako hysterie nebo rozmazlenost dítěte. Pravda je však taková, že se dítě naprosto přirozeně obává ztráty své jistoty, kterou vztah s matkou představuje. Naopak pokud se popsaná reakce nedostaví, může to být spíše podezřelá a vypovídat o vztahu k matce, může se odrážet

již předchozí zkušenost či individuální temperament dítěte. V přípravě na léčebný výkon nebo vyšetření dítěte stále zůstává stěžejní osobou matka, která je pro ně jistotou a zázemím. U batolat a předškolních dětí ještě platí málo rozumové důvody, proto je vhodnější zdůraznit, co zajímavého dítě uvidí či zažije, že všichni obdivujeme jeho statečnost a jsme kamarádi. Při přípravě dítěte hovoříme směrem k němu, slovní vysvětlení je vhodné podpořit hrou, která je v komunikaci s malým dítětem nejvhodnějším prostředkem. Do hry je možné vhodně zakomponovat poslouchání srdíčka, měření teploty, pohled do úst, podávání léků. Obranné reakce vzbuzují všechny situace, kdy je malému pacientovi zabráněno ve volném pohybu. Děje se tak zejména pokud je nuceno svlečené se položit na záda. Pokud to povaha výkonu umožňuje, je vhodné již od předškolního věku dát dětem svobodu volby, zda chtějí při výkonu ležet, sedět, držet se někoho za ruku, mít s sebou oblíbenou hračku atd. Provádět jakýkoli léčebný či diagnostický výkon v úzkostném afektu dítěte je z psychologického pohledu nepřijatelné. Zážitek zoufalé bezmocnosti, který dítě zažívá, je-li násilím přemoženo, vystřídá v mnoha případech postoj nepřátelský vůči těm, kteří se takto provinili. To je důvod, proč by neměla matka své dítě při výkonu jakkoli omezovat v pohybu a držet ho. Má v tu chvíli být oporou, ne nepřítelem. (10, 25, 32).

Předškolní věk je velmi významná kapitola v životě dítěte, nelze ji však chápat pouze jako přípravu na školu. Dítě má v tomto období velmi specifické a tomuto časovému úseku vlastní úkoly a potřeby, které nesmí být opomenuty v zájmu všestranně zdravého vývoje. Pokud se dítě všestranně zdárně vyvíjí, překračuje po třetím roce života hranice své nejbližší rodiny a k uvědomění si vlastního „já“ přistupuje zcela nový prvek - vztah k druhým dětem, ke svým vrstevníkům, ke své generaci. Naprostá většina dětí touží po společnosti druhých dětí, rozvíjí se schopnost spolupráce, pro-sociální vlastnosti (solidarita, družnost, přátelství, tolerance), děti vnímají daleko více jedno druhé než své okolí, živě komunikují. Mají již zkušenost s odloučením od matky v mateřské škole. Všechny tyto vývojové pokroky lze vysledovat i v rámci dětské hospitalizace. Předškolní děti jsou již výrazně společenskými bytostmi. I v nemocnici se zajímají o druhé, hrají si spolu a pomáhají si. Není výjimkou, že odvážnější předškolák se stane mluvčím toho méně troufalého nebo méně zkušeného. Děti mají nekonečnou

fantazii, která může být zdrojem strachu a úzkosti, mnohdy se děti straší navzájem. Dítě v předškolním věku lze již podrobněji připravit na výkon či vyšetření. Při přípravě na zákrok je nutné vycházet z anamnézy dítěte, z jeho zkušeností a znalostí. Je potřebné citlivě posoudit, u kterého dítěte povedou informace ke skutečnému snížení úzkosti a pro které by byly detaily zdrojem vystupňované úzkosti. Velmi důležitá je optimální volba slov, některá mají pro dítě zlověstný význam (např. operace), zde je vhodnější opisný termín (opravit bříško atd.). Při přípravě na zákroky je nutné říkat pravdu o tom, co děláme nebo co se chystáme dělat. Zdůrazníme, jak je to zajímavé a ne každý si to mohl vyzkoušet a zvládl to tak dobře. Trvale s dítětem komunikujeme, pokaždé je na místě pochvala, i když nespolupracovalo podle našich představ. Dítě tak nabývá větší jistoty. U předškolních dětí a mladších školáků je vhodné své uznání podpořit i drobnou pozorností (obrázek, razítko), má svoji povzbudivou funkci. Dítě předškolního věku má již konkrétnější myšlení, chápe časové souvislosti (po obědě, po Kouzelné školce). I v průběhu této vývojové fáze jsou děti ohroženy deprivací vlivem omezení možnosti získávání podnětů, zvláště při dlouhodobé hospitalizaci nebo při chronickém onemocnění a nutností častých pobytů v nemocnici (10, 25). V souvislosti s jasně pozitivním trendem, kterým je čím dále častější pobyt rodičů s dětmi této věkové kategorie při hospitalizaci, ztrácí se do jisté míry možnost dětí reagovat nerušeně na sebe navzájem. A je velmi poučné sledovat, když se v rámci hospitalizace sejdou 2 - 3 předškoláci. Po počátečních slzách se z nich většinou stane společenství, které je i přes občasné rozmišky soudržné, solidární a spolupracující. Pokud jsme dostatečně empatičtí, dozvíme se mnohé ze zákoutí dětské duše. Máme velkou šanci stát se kamarády, spoluhráči, důvěrníky.

Mnohé z charakteristik předchozího období přechází i do mladšího školního věku. Díky konkrétnímu myšlení můžeme školáka připravit na konkrétní výkon a ujistit ho, že strach je úplně normální, že se bojí i dospělí a že se s tím dá bojovat. Největší strach mají děti z neznáma. Je proto namístě posoudit, jakou strategii použít, aby byl výsledek adekvátní a pro dítě co nejméně stresující. Vždy je třeba vyjádřit dítěti důvěru, že už je velké, určitě to zvládne a po výkonu pochválit, i pokud se neobešel bez slz. Jestliže se dítě nechovalo právě statečně, své ocenění mu neodpíráme, ale přeneseme je

spíše do budoucnosti. (Teď už ví, že to nic není a příště vše zvládne.) O tom, že výtky a kárání nic nevyřeší, by měli být poučeni i rodiče. V mladším školním věku se dále rozvíjí kooperace, děti velmi rády pomáhají a mají pocit užitečnosti. Zvlášť dlouhodobá hospitalizace může mít za následek problémy ve zvládnutí učiva, je proto nezbytné pokračovat kontinuálně ve výuce. Dítě negativně vnímá omezení pohybu a určitou míru sociální izolace v podobě ztráty kontaktů s vrstevníky, která se výrazněji manifestuje dále ve starším školním věku. (10, 48)

Starší školní věk a první fáze puberty nelze přesně oddělit, prakticky se obě období překrývají. V oblasti somatického vývoje je puberta fyziologicky obdobím disharmonizace pohybové soustavy a různě vyjádřeného poklesu výkonnosti. Tyto změny jdou ruku v ruce s mimořádnou zátěží organismu při pohlavním dozrávání. V psychologických aspektech přistupují některé nové vývojové rysy, které mají zásadní význam pro vnímání vlastního tělesného schématu, pro vztah k vlastním tělesným nedostatkům. Pozornost dospívajícího se začíná zaměřovat do budoucnosti, obrací se k vlastnímu emocionálnímu životu, do popředí zájmu se přesouvají vztahy k druhému pohlaví. Během staršího školního věku narůstá význam vrstevnických skupin. Z tohoto důvodu jsou velmi žádoucí návštěvy kamarádů a spolužáků, i když značnou část komunikace lze v současné době realizovat prostřednictvím sociálních sítí. Kritický postoj k autoritě bývá vyjádřen v mnoha oblastech, problematiku hospitalizace a léčby nevyjímaje. Erudovaný ošetřující personál by neměl být zaskočen ani větší citlivostí, nápadnými výkyvy nálad, mnohdy nevypočitatelnou reakcí dětí této složité věkové kategorie. U dospívajících je vnímáno jako bolestné a ohrožující takové jednání okolí, které ovlivňuje nově utvářenou identitu a nedovolí rozvíjet autonomii jednotlivce. V komunikaci a přípravě na zákroky je nezbytné přihlížet k individualitě. Dvě děti téhož věku mohou reagovat (a zpravidla reagují) zcela odlišně. Mají rozdílnou výchovu, životní zkušenosti, duševní zralost. V tomto věku již mají strach z konkrétních situací (bolest, opuštěnost, nahota, odlišnost od vrstevníků). Dospívající je schopen obvykle dostatečně verbalizovat své potíže, ne vždy je však sdělení upřímné. Je potřeba nastolit klidnou a věcnou atmosféru, podávat srozumitelné informace. U adolescentů je nutné podle právní úpravy zohlednit názor na zákrok či výkon. Platí, že buď je k určité

záležitosti kompetentní samo dítě, nebo naopak sami jeho rodiče, názor nezletilé osoby je zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti (10, 24, 44).

Nemoc nebo zdravotní omezení znamená pro dítě zátěž, ale velkou měrou také novou životní situaci, se kterou se musí umět vyrovnat. Akutní onemocnění vzplanou a dojdou ve většině případů k rychlému a zdárnému konci. Pro dítě zůstanou jen epizodou, jejíž obrysy jsou časem méně ostré a dítě mnohdy vyjde z této zkušenosti posíleno. Dětem s chronickou nebo závažnou chorobou ale doba nemoci nepředstavuje jen letmé ukročení z radostné cesty dětství. Období nemoci je určující součástí této cesty. Pro zdravý vývoj osobnosti dítěte je nezbytný optimismus v chování rodičů, láskyplná podpora a budování zdravého dětského sebevědomí. Na druhém pólu to vše předpokládá vyvážení důsledným požadováním plnění úkolů a odpovědností, které přísluší konkrétnímu věku dítěte.

2 Cíle práce a hypotézy

2. 1 Cíle práce

- 1) Analyzovat zájmové potřeby dětí mladšího školního věku v podmínkách standardního dětského oddělení.
- 2) Zjistit, jak je personálně zajištěn volný čas v rámci dětské hospitalizace v malých nemocnicích.
- 3) Zjistit časové a materiální podmínky pro přínosné využití volného času hospitalizovaných dětí.
- 4) Zjistit, nakolik sestry považují svoji roli ve výchovné práci za důležitou.

2. 2 Výzkumné otázky

- 1) Co by si přály a co chybí dětem hospitalizovaným na dětských odděleních malých nemocnic?
- 2) Jaké je personální zajištění volnočasových a výchovných aktivit u dětí, které jsou hospitalizovány v malých nemocnicích?
- 3) Existuje mezi sestrami hierarchie ve vnímání priorit jednotlivých ošetrovatelských činností?
- 4) Jaký časový prostor v rámci pracovní doby mají sestry pro saturaci volného času dětí přínosnou a adekvátní činností?

2. 3 Hypotézy

- 1) Herní specialisté nejsou běžnou součástí ošetrovatelského týmu dětských oddělení malých nemocnic.
- 2) Výchovná péče je sestrami hodnocena jako druhořadá ve srovnání s dalšími ošetrovatelskými činnostmi.
- 3) Zásadní překážkou větší angažovanosti sester ve volnočasových aktivitách hospitalizovaných dětí je nedostatek času.

3 Metodické postupy

3.1 Použité metody a techniky

V zájmu maximální validity empirické části diplomové práce byla zvolena kvantitativní i kvalitativní metoda výzkumného šetření. Sběr dat proběhl v měsících leden až březen 2012.

V první fázi šetření byla uplatněna metoda kvalitativní. Sběr dat se uskutečnil pomocí zúčastněného pozorování, individuálního polostrukturovaného rozhovoru a analýzy písemných dokumentů. Opěrné body rozhovoru byly stanoveny na podkladě předchozího studia literatury, zabývající se problematikou pediatrického ošetřovatelství, vývojové psychologie a potřeb dítěte. Rozhovory byly zpočátku nahrávány na diktafon, v další fázi v zájmu bezprostřednosti a objektivity pouze zaznamenávány v bodech v písemné formě. Následně byly získané údaje zpracovány. Náplní kvalitativního výzkumného šetření byl rozhovor se čtyřmi dětmi mladšího školního věku, které se lišily pohlavím, sociálním statusem a etnickou příslušností. Získávání informací od dětí bylo zaštitěno písemným souhlasem rodičů s pořízením rozhovoru. Rodiče vyslovili rovněž souhlas s použitím obrázků, které děti vytvořily, pro účely této diplomové práce.

Pro kvantitativní výzkumné šetření bylo použito jednotného dotazníku pro sestry pracující na dětských odděleních nemocnic v Plzeňském, Karlovarském a Středočeském kraji. Úvodní část dotazníku obsahovala informace o účelu šetření a ujištění respondentů o výlučném použití získaných informací pro uvedenou diplomovou práci. Zároveň bylo v úvodu vysloveno poděkování za vstřícnost a ochotu při spolupráci.

3.2 Analýza výsledků

Dotazníkové šetření bylo vyhodnoceno pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Pro výpočty byly použity statistické funkce – početní zastoupení, absolutní a relativní četnost. Ke zhodnocení statisticky významných vztahů u vybraných proměnných byly využity kontingenční tabulky a chí kvadrát, které lze využít při třídění druhého stupně – ke zjištění vztahu dvou kategorizovaných proměnných.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvalitativní výzkum byl vytvořen záměrným výběrem čtyř dětí mladšího školního věku – dvou děvčat a dvou chlapců odlišného sociálního i etnického statusu. Děti byly aktuálně hospitalizovány více než tři dny, tři z nich měly již zkušenost s nemocničním prostředím z minulých hospitalizací.

Podkladem pro kvantitativní výzkum byly odpovědi respondentek z řad sester, které pracují na dětských odděleních nemocnic v Plzeňském, Karlovarském a Středočeském kraji s výjimkou nemocnic fakultních. Ve všech případech byl výzkum povolen hlavní sestrou zařízení nebo náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Pouze v jednom případě výzkum umožněn nebyl, jako důvod byla uvedena exkluzivita pro výzkum pouze pro vlastní zaměstnance. Při žádosti o výzkum byl vždy přiložen dotazník v elektronické podobě, aby měl kompetentní pracovník možnost posouzení otázek. Zároveň s povolením bylo sděleno, kolik sester na daném dětském oddělení pracuje a kolik dotazníků je vhodné zaslat. V rámci osobního kontaktu bylo rozdáno celkem 110 a prostřednictvím České pošty rozesláno 95 dotazníků, celkem tedy 205 dotazníků. Z tohoto počtu se vrátilo 188 dotazníků, ze kterých bylo nutno 6 dotazníků vyřadit z důvodu neúplnosti. Základem pro vyhodnocení byly 182 dotazníky. Výzkumný vzorek představoval 182 respondenty (100 %).

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumu

Cílem rozhovoru v kvalitativní části výzkumného šetření bylo zjistit, co postrádají hospitalizované děti na konkrétním oddělení v oblasti volnočasových aktivit. Osou šetření byl polostukturovaný rozhovor, ve kterém bylo pružně reagováno na odpovědi malých pacientů v zájmu získání důvěry a větší otevřenosti. Děti byly dotazovány na jejich přání a představy o vhodném personálním a materiálním vybavení oddělení, na kterém byly aktuálně hospitalizovány.

Respondent č. 1

V prvním případě se jednalo o devítileté romské děvče, které chodí do druhé třídy malé venkovské školy. Na oddělení byla hospitalizována opakovaně již od kojeneckého věku, prostředí důvěrně zná, většinou již přichází bez slz a všechny členy personálu zná jménem. Ostatní méně zkušené děti ochotně doprovází po oddělení, často je jejich mluvčím, je velmi komunikativní. Doma má rodiče a šest sourozenců, ve věkové posloupnosti je přesně uprostřed. Rodina žije v odlehlé obci, nemá k dispozici auto, a proto většinou za děvčetem nejedí na návštěvy, pouze telefonují. Tentokrát se pobyt děvčete na oddělení prodloužil, kamarádky byly propuštěny, a tak po obědě stála u okna, dívala se do zasněžené nemocniční zahrady a byla evidentně smutná.

Otázka: „*Půjdeš si po obědě odpočinout nebo tě mohu učesat?*“

Odpověď: „Tak mne učeš, ale nemám gumičku. Klárka vedle ji má, ale nechce mi ji půjčit. Když jsem takhle rozcuchaná doma, mamka mi říká rorejsi (konečně smích). Dneska určitě ve škole šli sáňkovat a já musím být tady. Když jsem ještě byla zdravá,

Marek mne vyvával ve sněhu a pak jsme dělali andělíčky, víš, to je jak si lehneš na záda a obtiskáváš ruce do sněhu. Měla jsem úplně mokrou bundu.

Otázka: ***„My jsme dělali ve škole úplně stejné vylomeniny. Víš co, přines hřeben, já najdu gumičku, vyženeme rorejse a dáme si Člověče, nezlob se, co říkáš?“***

Odpověď: „Juchů, to se moc těším. Holky včera odešly a zbyly tu jenom mrňata, s těma se hrát nedá. Ve škole někdy taky hrajeme pexeso a všelijaké doplňovačky, ale mně všechno hrozně dlouho trvá. Vždycky jsem poslední hotová a kluci se mi smějí. Moc se mi tam nelíbí. Ale zase když máme tělocvik, tak všechny předběhnu, když jsme běželi k lesíku, byla jsem tam první. Matěj podrazil Petře nohy, aby jí mohl předběhnout, on je takový sob.“

Otázka: ***„Sob? Asi jsi myslela sobec, vid’? Sobec je člověk, který myslí jen na sebe.“***

Odpověď: „Asi jo, já to vždycky nějak popletu. Matěj je určitě sobec.“

Otázka: ***„Tak koukej, už jsi holka jako lusk, přines do jídelního koutu Člověče nezlob se a zahrajeme si. Vylosujeme si figurky nebo si vybereš?“***

Odpověď: „To jsem ráda, že mám zelené, zelená barva se mi líbí. A také fialová a žlutá. Doma mám fialovou bundu a je moc krásná. Také byste tady mohli mít víc barviček.“

Otázka: ***„Ale máme tady barevné stěny, obrázky, myslíš, že je to málo?“***

Odpověď: „Já myslím spíš jak chodíte oblékaní všichni tady. Kdybyste si vzali místo bílých obleků barevné, mně by se to líbilo. Třeba nějaké zástěrky takové. A nebo třeba tričko a sukýnku s kytičkami, to by bylo také veselé a dětem byste se líbili. Nebo také tričko se srdíčkama, aby děti viděly, že jste hodný. To se tak pozná. Nakreslím ti obrázek, až dohrajeme.“

Otázka: ***„No vidíš, takové vylepšení zatím nikdo nevymyslel. Budeme se muset zeptat pana ředitele, co on na to. Máš ještě nějaký nápad, aby se tady víc dětem líbilo?“***

Odpověď: „No, teto, moc nepiš pořád a raději hraj, mám už nasazené dvě figurky a ty žádnou. Takhle to projedeš. Ještě byste mohli mít přístroje, které uzdraví každou nemoc a přístroje, které oživí mrtvé. Když byly prázdniny, umřela mi babička a byla jsem moc smutná. A takový přístroj by jí zas obživil. A také by mohl být v zahradě kopec sněhu a každý, kdo by sem přišel, by mohl sáňkovat. To by měli všichni radost. K snídani by mohly být jahody v čokoládě, k obědu hranolky, k svačině meloun a na večeři lazaně.“

Otázka: „*Nemyslíš, že by tě po těch dobrotách trošku bolelo břicho?*“

Odpověď: „Tak bych zase přišla k vám. Hurá, mám jednu figurku v domečku. Ty píšeš a já tě ještě vyhodím. Ještě by tady mohla být škola.“

Otázka: „*Škola? Říkala jsi, že se ti tam moc nelíbí.*“

Odpověď: „Taková škola, kde by si děti hrály. Měly by na to velikou hračkárnou a tam spoustu hraček. Tady žádná hračkárna není. My máme doma v obýváku plyšáky a macíky. A kdyby někdo chtěl, tak by se mohl i učit. Já bych se ale neučila. A byly by tam doktorky, které by si s dětmi hrály. A také víc hraček aby tady děti měly. Některé vaše třeba nemají kolečka nebo je tam panenka bez hlavy, někdo jí utrhl.“

Otázka: „*A s tebou si někdo hraje, když jsi tady v nemocnici?*“

Odpověď: „Jo, holky a někdy odpoledne sestřička Lenka, když tady nebrečí mimina. Tady ale skoro pořád brečí mimina. Lenka je moc hodná, ale to pak říká, že má jinou práci. U nás doma také brečí Tibor, on má ještě malé kosti. Ale musí mít kosti, protože kdyby je neměl, byla by z něj úplně malinkatá placička. Moc by se mi líbilo, kdyby v každém pokoji byla paní na hraní, aby dětem nebylo smutno. Někdy si také čtu pohádky, ale čtu pomalu. Já bych si hrála i s miminama, ale nesmíme k nim chodit. Asi aby na nás neplivala dudlíky. Já někdy ani nepotřebuji, aby si se mnou někdo hrál, to se pozná, když mám radost a směju se.“

Otázka: „*Víš, že ti moc sluší, když se směješ?*“

Odpověď: „Já si někdy vypůjčím doma od maminky malovátka na pusy, ona má takové červené a to jsem jako úplně vyrostlá. Ty se nemaluješ malovátkem? To je ale úplně lehoulinké. To si vytočíš takovou trubičku červenou a tou si namaluješ pusy, ale jenom to, co máš červené. Kdybys namalovala víc, vypadala bys jako šašek v cirkuse. Byli jsme tam jednou s paní učitelkou a ten byl moc legrační. Pořád dělal nějaké blbosti.“

Otázka: „*A to si představ, že do některých nemocnic chodí za nemocnými dětmi také klauni s červeným nosem, aby děti rozveselili. To by se ti líbilo?*“

Odpověď: „Asi líbilo, ale nevím, kde by tady běhali pořád do kolečka a padali a dávali si pohlavky a troubili na trumpety. V tom cirkuse měli i pejsky pudlíky, ty by sem nemohli, protože by se tady víš co..... (smích). A ani by se sem asi nevešli. Ale byla by legrace, to jo. Hurá, vyhrála jsem, říkála jsem ti, že máš hrát pořádně a ne si pořád něco psát. Už mám plný domeček a ty jen dvě figurky. Já jsem švindlovala a ty sis toho vůbec nevšímala. Doma také někdy hrajeme s bráchou, ale on švindluje víc než já.“

Otázka: „*Jsi šikovná, vyhrála jsi a teď mi namaluješ ten obrázek, v jakém oblečení bychom se ti tady líbili, dobře?*“

Odpověď: „Namaluju krásné peřinky kytičkované a srdíčkované.“

Respondent č.1 – obrázek – příloha č.3

Respondent č. 2

V tomto případě byl dotazovaným chlapec, který žije se svými dvěma sourozenci již téměř rok v dětském domově. Je mu 11 let, navštěvuje pátou třídu. Na oddělení byl hospitalizován poprvé, adaptoval se velmi rychle a bez potíží se skamarádil s ostatními dětmi. Choval se až nápadně skromně a slušně, o vše poprosil, za vše poděkoval. Chlapec byl přijatý první den nového roku, na svátek Tří králů jsme měli odstrojit vánoční stromček a odstranit všechny dekorace. Hoch se ochotně nabídl k pomoci.

Otázka: „*Měli jste, Martine, živý nebo umělý stromček?*“

Odpověď: „Měli jsme živý a vysokánský až do stropu. Když jsme s paní vychovatelkou my větší děti zdobili, museli jsme si vzít štafle. Špičku musel pověsit pan údržbář, nikdo tam nedosáhl.“

Otázka: „*Byly pod stromčkem dárky? Byli jste hodní?*“

Odpověď: „Asi byli (smích), dárků byl kopec a každý měl radost. Nejvíc asi koukaly malé děti, které ještě věří, že chodí Ježíšek. Já jsem dostal nějaké oblečení a dvě knížky o Indiánech, to mne moc baví číst. Až budu velký, chtěl bych se podívat tam, kde Indiáni žili. A měly děti tady na oddělení také nějaké dárky?“

Odpověď + otázka: „*To víš, že měly, ale už jsou rozebrané na pokojích, některé jsou už dokonce rozebrané na drobné kousky. Děti si příliš nových hraček nevážlí. U vás se o hračky staráte lépe?*“

Odpověď: „Možná by bylo dobré, kdybyste tady měli nějakou místnost, kam by si děti chodily hrát a kde by ty hračky mohly být uklizené. My v domově takovou velkou hernu máme. A také máme daleko víc hraček než tady v nemocnici. Třeba tři krabice Lega, ale to je pěkně roztříděné a neválí se nikde po podlaze.“

Otázka: „*Máš tedy dojem, že tady dětem chybí taková herna?*“

Odpověď + otázka: „No asi by byla dobrá, aby mohly být hry pohromadě někde v šuplíku a nehledali jsme pořád kostky nebo figurky. V domově máme rozstříhaná a roztríděná i pexesa a puzzle a kdo chce, tak si to vezme. Musí všechno ale uklízet na místo. Na to dohlíží paní vychovatelka. Tady jsem žádnou vychovatelku neviděl, jen sestřičky. A sestřičky někdy pořád chvátají a třeba neví, že by dítě nějaké chtělo třeba pohladit nebo pochovat. Žádnou vychovatelku tady nemáte?

Odpověď + otázka: „*Nemáme, ale víme, že by to pro děti bylo fajn. Co myslíš ty?*“

Odpověď: „Někdo by si tady s dětmi asi hrát měl, hlavně když brečí. Včera nám dala sestřička papíry na kreslení a pastelky, ale říkala, že nemá čas s námi být na pokoji a přijde se podívat, co jsme nakreslili. Ale nepřišla, asi měla moc práce.“

Otázka: „*A co jsi kreslil?*“

Odpověď + otázka: „Indiánské teepee a připsal jsem k tomu indiánskou píseň. Mohl bych obrázky pověsit na nástěnku na chodbě? V domově je vždycky pověsíme na výstavu.“

Odpověď + otázka: „*To víš, že ano, ty, které tam visí, už jsou okoukané, potřebujeme nové. Ještě by tě napadlo, z čeho by mohly mít děti v nemocnici radost?*“

Odpověď: „Asi z počítače, já bych také měl radost. Ale zase nevím, jestli by si toho děti vážily, když to nebude jejich vlastní. Aby počítač třeba také nerozbily. V domově máme nový počítač, ale můžeme na něj jenom když máme hotovou školu a nemáme špatné známky. Kluci by určitě chtěli branku na fotbal, do které by se učily kopat, hlavičkovat a přihrávat. To by ale muselo být v zahradě, až sleze sníh. Také bych chtěl chodit do Skautu, abych jezdil s klukama na tábory a do lesa. Ale nevím, jak bych tam spal. Někdy nemůžu usnout, tak počítám ovečky, pak na ně zapomenu a přemýšlím, co se stalo. Také bychom mohli spát třeba na opuštěném hradě a tam bych musel mít s sebou asi pátku na baseball, abych se ubránil.“

Otázka: „*Čemu nebo komu by ses chtěl bránit? Věříš na strašidla?*“

Odpověď: „To nikdy nemůžete vědět, co se stane. Veronice jsme v domově dali do postele plyšáka krysu a také se bála a ječela jako blázen. A také jsme měli skákacího chlupatého pavouka a vystrašili jsme paní vychovatelku. Tu vychovatelku bych tady v nemocnici chtěl, dělá s námi všelijaké výrobky z papíru a keramiku, to by se tady mohlo dětem také líbit. Byli jsme se podívat i u postižených lidí na keramice. Každé tři děti si stoupily k jednomu pánovi. Dostali jsme každý kousek keramické hlíny, dostali jsme váleček do trojice a různá vykrajovátka. Já jsem si vyválel kuličku a válel ji do placky. Vyválel jsem si hvězdičku a srdce, zvířata a obličej. Srdíčko jsem dal Veronice, to je moje sestra. Na Vánoce jsme vystříhovali sněhové vločky, já jsem měl největší. Dětem tady u vás by se určitě líbila i keramika, ale už vidím paní uklízečku, jak by řádila, že má nadrobno a našlapáno na podlaze. Nebo sestřička, včera se zlobila, když Lukáš vylil čaj, že má také jinou práci, než to utírat. Ta by asi také nebyla ráda.“

Břínk, rána, ozdoba na tisíc kusů. Nic se nestalo, máme jich ještě dost, smeták lopatku jsme také našli a štěstí jsme si pojistili.

Respondent č. 2 – obrázek – příloha č.4

Respondent č. 3

Chlapec, se kterým byl veden tento rozhovor, má v rodném listě napsané vietnamské jméno, česky ho oslovují kamarádi ve škole, v době hospitalizace i personál na dětském. Žije s rodiči a širokou rodinou v domě ve střediskové obci. Tatínek pracuje v obchodě, maminka je však doma, protože se stará ještě o mladší dcerku. Hoch chodí do školy s rozšířenou výukou jazyků do 3. třídy, na jaře mu bude 9 let, hraje na klavír a dvakrát v týdnu ho maminka vozí do baletního kroužku v rámci regionálního divadla. V nemocnici byl hospitalizován podruhé, první dva dny se mu stýskalo, neměl na oddělení žádné kamarády. Třetí den pobytu byl k němu na pokoj přijatý stejně starý chlapec. Dopoledne spolu hráli stolní fotbal, ale museli uvolnit jídelní kout, protože nastalo čištění oken. Kamarád byl unavený a po obědě spal, hoch chodil po chodbě a nevěděl, jak ukrátit dlouhou chvíli.

Otázka: „*Myslíš, že bys mi chtěl pomoci orazítkovat tyhle nové žádanky?*“

Odpověď: „(Bleskový zájem.) Jasně, mamina přijede až ve čtyři hodiny, alespoň mi to uběhne. Já doma také pomáhám, ale třeba vyndávat nádobí z myčky nebo vynášet koš. Tatínek dlouho pracuje a mamina toho má moc. Ještě má Lenku, Lenka je moje sestra, ale má také ještě vietnamské jméno.“

Otázka: „*Sedneme si tedy ke stolečku na chodbě? Razítko patří do toho okénka úplně dole v rohu, ty bys na to ale určitě přišel sám, vid’?*“

Odpověď: „Jo, je to tam napsané. Aha, na tom tiskátku jsou jenom písmena. Když jsem chodil do první třídy, měli jsme také taková tiskátka se zvířátky a ve škole nám paní učitelka dávala, když jsme měli naškrabaný sešit, prase.“

Otázka: „*Živé prasátko?*“

Odpověď: (Smích.) „Ne, jenom takové razítko a na něm byl tlustý čuník. Ale takový veselý. Já jsem měl také nějaké prase, ale jenom v první třídě. Ted’ už píšu pěkně a paní

učitelka mne chválí. Tady žádná paní učitelka není, to je škoda, mně se ve škole líbí. Někdy s klukama děláme binec a paní učitelka se zlobí. A pak to třeba řekne mamince a já dostanu vynadáno. A třeba zapomenu úplně čtení.“

Odpověď: *„Nezapomeneš, až budeme hotovi, půjčíš si u sestřiček nějakou knížku a zkusíš, jestli jsi nezapomněl, ano?“*

Odpověď: „Už jsem chtěl knížku večer, protože svojí už mám přečtenou, ale sestřička nebyla v její místnosti a pak jsem usnul. Kdyby byla knihovna na chodbě, bylo by to lepší. Ale vlastně nebylo, to by si někdo mohl knížky vzít a nevrátit nebo roztrhat. Lenka také roztrhala knížku, když byla takové mimino, co už chodí. Máme doma hodně knížek a já umím číst vietnamsky, česky a anglicky. Až budu chodit do čtvrté třídy, budeme se učit také španělsky. Kničky se musí vracet na místo. Doma máme knížky i hračky uklizené v poličkách, moje knížky nahoře, aby mi je Lenka nevytahovala.“

Otázka: *„Máš pravdu, to by bylo prima, kdyby měly knížky a hračky i tady své místo. To by se možná dalo zařídit. Horší to bude s paní učitelkou. Nebo máš nápad?“*

Odpověď: „To by mohla chodit jedna paní učitelka z naší školy. Křičí na děti a všichni se jí bojí. Tak by mohla jít sem k vám.“

Otázka: *„Myslíš, že tady by na děti nekřičela?“*

Odpověď: „Já myslím, že ne, protože jsou tady nemocné děti a byla by lítostivá, to by potom byla hodnější na ně. A třeba kdyby musely ležet v postýlce, tak by je mohla pohladit a přečíst jim pohádku, kdyby byly smutné. To by asi bylo hustý, že by nebyla v naší škole.“

Otázka: *„To není tak jednoduché. Měl bys ještě nápad, co tady vylepšit?“*

Odpověď: „Asi už nic. Ba jo. Ještě byste měli k těm telefonům, kterými se přivolává sestřička, přidělat takové pidiobrazovky, aby viděla, kdo jí volá a co chce. A ještě by mohly mít ty telefony dotykový displej a v tom poslední Windowsy, aby si děti mohly s tím hrát jako s počítačem. To by bylo dobré. A každý by mohl hned u dveří dostat

omalovánky a pastelky, aby měl něco na památku. A třeba děti, které nemají doma počítač, by tady mohly mít místnost, kde by byly dotykáče a tablety.“

Otázka: „Máš výborné nápady, domluvím se s paní primářkou, co by se s tím dalo udělat. Jsme hotovi?“

Odpověď: „ Už mám svoji hromádku hotovou. To já vím, to se musí moc a moc pracovat každý den, když si chci koupit třeba dotykáč. Kdyby je tady ale děti měli na vypůjčení, určitě by sem chodily rády, protože někdo má doma třeba jenom starou televizi.

Respondent č. 3 – obrázek – příloha č.5

Respondent č. 4

Čtvrtým osloveným respondentem bylo osmileté děvče. Sourozence nemá, s matkou žije spolu s prarodiči v malé vesnici. Měla již zkušenost s pobytem ve fakultní nemocnici před měsícem, na zdejším oddělení byla hospitalizována poprvé. Původně byla přijata s maminkou, která ale musela hned druhý den ráno z pracovních důvodů odjet. V její přítomnosti bylo děvče klidné, spokojené, ale její komunikace se zdravotnickým personálem byla velmi sporá, takřka nulová, maminka byla jakýsi její ochotný mluvčí. Byla-li děvčeti položena jakákoli otázka, podívala se na matku a ta s naprostou samozřejmostí odpovídala. S pochopitelným napětím personál očekával, jak bude děvče reagovat na matčin odchod, ale byli jsme příjemně překvapeni. V den odchodu probíhalo dlouhé vysvětlování, zdůvodňování, přemlouvání, slzy a ujišťování, že jakmile to pracovní povinnosti dovolí, maminka se vrátí. Děvče zůstalo v posteli s oblíbenou knížkou, plyšovým krtkem, růžovým koníkem, žirafou a traktorem. Zdálo se, že samým vyčerpáním z předlouhého loučení usne. Jaké ale bylo překvapení sester, když za několik málo okamžiků stála bez přezůvek ve dveřích sesterny se slovy: „Mám nové pexeso, pomůžeš mi ho rozstříhat? Nemám nůžky.“ Tak dlouhou větu nikdo za celý předchozí den nezaznamenal.

Odpověď: *„To víš, že ti pomohu, běž do postýlky, at' tady nestojíš bosa, vezmu nůžky a za chvílku přijdu, ano?“*

Odpověď + otázka: „Za jakou chvílku?“

Odpověď: *„Sotva stačíš uklidit zvířátka z postýlky, abychom se tam vešly s pexesem a přijdu.“*

Otázka: *„Jak jsi se vyspala se všemi zvířátky? Vešli jste se všichni pod peřinu?“*

Odpověď: „Ne, ne, pod peřinou spal se mnou jenom koník Toník, protože nemá chlupy. Žirafa a krték mají chlupy, těm by bylo horko. A pak by byli celí zpocení. Traktor byl v garáži pod postelí. Děda má také traktor v garáži. Někdy se vozím, ale jenom

s mamkou, protože s dědou se na něj nevejdou, protože je tlustý. Pije pivo a hodně jí a babička se s ním zlobí, že praskne. Víš, jako ten pes z pohádky O pejskovi a kočičce jak vařili dort. Tam ten pes taky všechno snědl a prasklo mu břicho.“ (Smích.)

Otázka: **„Já myslím, že mu břicho neprasklo, ale bylo mu ukrutánsky špatně. Tobě už břicho nebolí?”**

Odpověď: „Ne, asi už pro mne mamka přijde a půjdu domů. Mám doma novou hru - jmenuje se Žížaly a babička se mnou hraje. To se jezdí takhle po krku každé žirafy nahoru a dolů, hází se kostkou a kdo je první v cíli, vyhraje.“

Otázka: **„Určitě tady máme také Žížaly, až dostříháme pexeso, půjdeme se podívat, kde by mohly být a zahrajeme si. Chceš?”**

Odpověď + otázka: „Jejej, chci. Ale kde budeme hrát? Tady v posteli?”

Odpověď + otázka: **„Můžeme tady u stolu na pokoji, v jídelním koutě na chodbě je průvan, tam by ti byla zima. Nemáme tady žádnou hernu, kde by si děti mohla hrát. Některé děti už říkaly, že by tady byla dobrá. Co myslíš?”**

Odpověď: „Hm, asi jo. Když jsem byla v nemocnici v Plzni, byla tam taková velká herna, kde byly počítače, hry, plyšáci a všechno, co děti chtějí. A také tabule na kreslení křídou. Mohli jsme si všechno půjčit, ale pak to zase vrátit do šuplíčků. Za dětmi tam chodila i paní na hraní, když neměly děti maminku, aby jim nebylo tak moc smutno. Měla dlouhatánský žlutý cop a byla krásná. Vůbec neměla bílou košili, jen taková barevná trička, třeba zelené a oranžové.“

Otázka: **„Za tebou také chodila paní na hraní?”**

Odpověď: „Se mnou si hrála mamka, paní jenom nosila třeba nějaké pastelky, voskovky nebo papíry na kreslení. Také ti nakreslím obrázek. Jednou jsme dostali modelínu. Modelovali jsme jablka a okurky, protože byl podzim. Ve škole jsme také modelovali a dělali zvířátka z kaštanů. Tady u vás není žádná paní na hraní? A nezkusili jste si ji

třeba vyčarovat? Já někdy řeknu takové srandovní zaklínadlo a pak se třeba náhodou otevrou dveře nebo tak. Nebo umím kouzlo s kartami, ale vždycky mi ho prokouknou.“

Otázka: *„Taková paní u nás není, myslíš, že by byly děti rády, kdyby si s nimi někdo hrál?“*

Odpověď: „Jasan, v Plzni ty opuštěné děti se také moc těšily. Byl tam takový Honzík a ta paní se s ním vždycky po obědě domlouvala, co budou dělat zítra. On si vždycky řekl, co by chtěl, třeba skládat Lego nebo puzzle. A potom už si nemuseli zlámat hlavu, co mají dělat. To bylo bezva. Včera, když tady ještě byla mamka, chtěl Lukáš hrát karty, ale sestřička mu řekla, že má jinou práci. Tak hrál potom s námi, nám to ani nevadilo. On měl jenom jednu ručičku živou tu druhou jenom takovou hubenou tyčku.“

Odpověď: *„Tak máme rozstříháno, půjdeme se podívat, kde se natahují Žížaly, ukážeš mi, jak se hrají, ano?“*

Odpověď: „Jo, sedneme si tady ke stolu a uvidíš, kolikrát sjedeš po tom žebříčku až úplně dolů. To je někdy k zbláznění, jak pořád musíš nazpátek.“

Respondent č. 4 – obrázek – příloha č. 6

Upřímné dětské výpovědi odkryly nedostatky, které děti hospitalizované v malé nemocnici vnímají bez závislosti na délce hospitalizace, zkušenosti s pobytem v tomto zařízení. Hlavní je absence personálu (bez ohledu na oficiálně definovanou funkci), který by pomohl dětem překlenout volný čas, kterého je v dětské hospitalizaci ještě stále příliš mnoho. Malí pacienti vnímají spěch sester, zaznamenali jejich snahu o saturaci volného času. Zároveň jsou ale schopní postřehnout příliš velké množství ostatních pracovních povinností, které sestry upřednostňují. Otázkou je, zda vždy adekvátně situaci. Nároky na způsob naplnění volného času a úroveň aktivit či pomůcek a hraček již v tomto věku do jisté míry korespondují se zázemím a podmínkami v rodině, ze

které děti do nemocnice přicházejí. Ve všech dětských výpovědích bylo dotčeno téma prostoru, kde by se mohly věnovat své stěžejní činnosti - hře. Ať již jako prostoru pro soustředění hraček a dalších pomůcek pro volnočasové aktivity nebo pro vlastní herní aktivity. Děti zaznamenaly i jednotvárnost a absenci kreativity a barevnosti v oblečení zdravotnického personálu. Oslovené děti reagovaly spontánně a velmi ochotně na prosbu autorky, zda by namalovaly obrázek vlastní představy ideálního prostředí v nemocnici. Ne všechny dětské výtvary se držely bezezbytku tématu, přesto díky za ně. Zveřejnění obrázků od dětí bylo zaštitěno souhlasem rodičů.

4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

Podklady pro kvantitativní výzkumné šetření byly získány pomocí jednotného anonymního dotazníku, který byl distribuován prostřednictvím České pošty a osobním předáním. Dotazník tvořilo 19 otázek, ze kterých byly 3 otázky uzavřené, 2 otevřené, 9 otázek polouzavřených. Celkový počet doplnily 3 otázky výčtové a 2 filtrační.

Tabulka č. 1 - Návratnost dotazníků

Dotazníky	Absolutní četnost	Relativní četnost	
Zpracováno	182	88,8 %	
Vyřazeno	7	3,4 %	
Nevráceno	16	7,8 %	
SUMA	205	100,0 %	

Tabulka č.1: Celkem bylo na dětská oddělení nemocnic v Plzeňském, Karlovarském a Středočeském kraji distribuováno 205 dotazníků (100 %). Z tohoto počtu bylo vráceno 189 dotazníků, ze kterých bylo nutno 7 (3,4 %) vyřadit z důvodu nehodnotitelnosti. K výzkumnému šetření byly použity 182 dotazníky (88,8 %), které budou nadále považovány za 100 %.

Tabulka č. 2 - Délka praxe ve zdravotnictví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5	28	15,4 %
6 až 10	21	11,5 %
11 až 20	50	27,5 %
20 a víc	83	45,6 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.2: Nejpočetnější skupina (46 %) byla tvořena sestrami, které pracují ve zdravotnictví déle než 21 let. Následovala skupina s délkou praxe 11-20 let (27 %), 28 respondentů (15 %) je zaměstnáno v resortu do 5 let. Nejmenší početní zastoupení měly sestry pracující ve zdravotnictví 6-10 let (12 %).

Tabulka č. 3 - Délka praxe na dětském oddělení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5	40	22,0 %
6 až 10	30	16,5 %
11 až 20	45	24,7 %
20 a víc	67	36,8 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.3: Nejvíce dotazovaných sester – 67 (37 %) pracuje na dětském oddělení více než 21 let. Následovala skupina sester s pediatrickou praxí 11-20 let (25 %), do 5 let pracovalo s dětmi 40 respondentek (22 %). Nejmenší početní zastoupení v tomto šetření měly sestry s praxí 6-11 let na dětských odděleních (16 %).

Tabulka č. 4 - Odbornost dětské sestry

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	132	72,5 %
ne	50	27,5 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.4: Odbornost dětské sestry měly 132 respondentky (73 %), 50 oslovených sester (27 %) tuto odbornost nemělo.

Tabulka č. 5 - Absolvování specializačních kurzů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	67	36,8 %
ne	115	63,2 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.5: Specializační kurzy nebo pomaturitní specializační studium absolvovalo 67 (37 %) respondentek, negativně se vyslovilo 115 (63 %) oslovených sester.

Tabulka č. 6 - Počet ošetřovaných dětí v průběhu směny

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 až 5	34	18,7 %
6 až 10	94	51,6 %
11 až 15	46	25,3 %
16 a více	8	4,4 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.6: Nejvíce respondentek – 94 (52 %) uvedlo, že pečuje v průběhu standardní směny o 6-10 dětí, 46 sester (25 %) uvedlo počet ošetřovaných dětských pacientů v rozmezí 11-15. 34 sestry (19 %) uvedly počet dětí 1-5, nejmenší zastoupení mají sestry s deklarovanými 16 a více dětmi v rámci jedné směny – 8 sester (4 %).

Tabulka č. 7 - Ošetřovatelská anamnéza

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	152	83,5 %
ne	30	16,5 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.7: Vývojová úroveň dítěte byla součástí ošetřovatelské anamnézy v případě odpovědi 152 sester (84 %), 30 respondentek (16 %) odpovědělo negativně.

Tabulka č. 8 - Ošetřovatelská anamnéza záznam

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	110	31,9 %
b	126	36,5 %
c	40	11,6 %
d	69	20,0 %
e	0	0,0 %
SUMA	345	100,0 %

Tabulka č.8: Filtrační otázka č. 7 byla specifikována v tabulce č. 8. Oblíbená hračka dítěte (b) byla součástí ošetřovatelské anamnézy ve 126 odpovědích (37 %), vývojové stádium dítěte (a) ve 110 (32 %). V 69 případech (20 %) byla uvedena oblíbená herní aktivita (d) a ve 40 odpovědích byla označena oblíbená pohádka (c). Jinou možnost (e) neuvedl nikdo.

Tabulka č. 9 - Pedagogičtí pracovníci na oddělení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	87	47,8 %
ne	95	52,2 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.9: Ze 182 (100 %) respondentek uvedlo 87 (48 %), že na dětském oddělení, na kterém pracují, jsou dětem k dispozici pedagogičtí pracovníci, 95 sester (48 %) zaznamenalo negativní odpověď.

Tabulka č. 10 - Specifikace pedagogických pracovníků

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	56	27,1 %
b	59	28,5 %
c	9	4,3 %
d	7	3,4 %
e	73	35,3 %
f	3	1,4 %
SUMA	207	100,0 %

Tabulka č.10: Filtrační otázka č. 8 byla specifikována v tabulce č. 9. Učitelé mateřských škol (a) byli uvedeni v 56 odpovědích (27 %), učitelé základních škol (b) v 59 odpovědích (29 %), speciální pedagogové (c) byli uvedeni jako součást týmu v 9 případech (4 %). Herní specialisté (d) se starali o hospitalizované děti podle 7 (3 %)

odpovědí. Možnost, že za dětmi dochází zdravotní klauni (e), byla uvedena v 73 případech (35 %). Dobrovolníci (f) byli uvedeni ve 3 odpovědích (1 %).

Tabulka č. 11 - Přínos výchovného působení sester

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	62	34,1 %
spíše ano	54	29,7 %
nevím	45	24,7 %
spíše ne	19	10,4 %
ne	2	1,1 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č. 11: Jako přínosnější spatřovalo výchovné působení sester na hospitalizované děti 62 respondentek (34 %), odpověď „spíše ano“ uvedlo 54 sester (30 %). Jak reagovat na otázku nevědělo 45 sester, což představuje 25 % ze všech odpovědí. Možnost „spíše ne“ zvolilo jako odpověď 19 sester (10 %), možnost „ne“ 2 respondentky (1 %).

Tabulka č. 12 – Význam výchovné práce sester ve srovnání s dalšími ošetrovatelskými činnostmi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	55	30,2 %
spíše ano	87	47,8 %
nevím	13	7,1 %
spíše ne	23	12,6 %
ne	4	2,2 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č. 12: Otázka týkající se srovnání výchovné práce sester s ostatními ošetrovatelskými činnostmi měla následující výsledek: 87 sester (48 %) zhodnotilo svoji výchovnou činnost jako spíše významnou, 55 respondentek (30 %) rozhodně ano.

Odpověď „nevím“ označilo 13 sester (7 %). 23 respondentek (13 %) se ztotožnilo s odpovědí „spíše ne“ a 4 (2 %) nepovažovaly výchovné působení sester za významné.

Tabulka č. 13 - Doba pro výchovnou práci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	2	1,1 %
b	21	11,5 %
c	38	20,9 %
d	46	25,3 %
e	75	41,2 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.13: V rámci standardní směny (8 hodin) označilo 75 sester (41 %) odpověď, že nelze tento čas kvantifikovat, protože každou interakci je možno považovat za výchovnou práci (e). Časový úsek méně než 30 minut (d) uvedlo 46 respondentek (25 %), 38 sester (21 %) odhadlo své časové možnosti na více než půl hodiny v rámci jedné směny (c). Více než jednu hodinu (b) na výchovnou práci označilo 21 sester (12 %) a více než 2 hodiny (a) 2 respondentky (1 %).

Tabulka č. 14 - Optimální časové podmínky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	8	4,4 %
spíše ano	24	13,3 %
nevím	5	2,8 %
spíše ne	100	55,2 %
ne	44	24,3 %
SUMA	181	100,0 %

Tabulka č. 14: Nejvíce respondentek – 100 (55 %) na dotaz, zda mají optimální časové podmínky pro saturaci volného času dětí, odpovědělo, že spíše ne, 44 sester (24 %)

odpovědělo, že ne. 24 odpovědí (13 %) znělo, že spíše ano, 8 sester (4 %) uvedlo, že ano. Nevím odpovědělo 5 sester (3 %). Počet respondentek je v této otázce o jednu nižší, na otázku číslo 13 jedna z dotázaných sester neodpověděla.

Tabulka č. 15 – Herna na oddělení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	164	90,1 %
ne	18	9,9 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č. 15: Na otázku, zda mají děti na oddělení, kde oslovené sestry pracují, k dispozici herna, odpověděly kladně 164 sestry (90 %), 18 respondentek (10 %) uvedlo zápornou odpověď.

Tabulka č. 16 - Vyhovující materiální podmínky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	57	31,3 %
spíše ano	63	34,6 %
nevím	8	4,4 %
spíše ne	36	19,8 %
ne	18	9,9 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č.16: Materiální vybavenost pro výchovnou práci s dětmi na svých oddělení vyhodnotilo 63 sester (35 %) jako spíše vyhovující, 57 respondentek (31 %) se vyslovilo pro možnost ano, vyhovující. Jako spíše nevyhovující vnímá podmínky 36 oslovených (20 %), nevyhovující označilo 18 sester (10 %). Odpověď „nevím“ zvolilo 8 sester (4 %).

Tabulka č. 17 - Realizace psychické přípravy dětí na zákrok

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	178	44,7 %
b	117	29,4 %
c	4	1,0 %
d	97	24,4 %
e	0	0,0 %
f	2	0,5 %
SUMA	398	100,0 %

Tabulka č. 17: V případě výčtové odpovědi na otázku praktické realizace přípravy dětí na léčebné a ošetrovatelské zákroky byla nejčastější odpověď – 178 (45 %), že je to sestra (a). Druhý v pořadí podle došlých odpovědí oslovuje děti lékař (b) – 117 odpovědí (29 %). Učitel či speciální pedagog (c) figuroval ve čtyřech odpovědích (1 %). Rodiče na základě informací sestry (d) byli uvedeni v 97 odpovědích (24 %), ve 2 případech (1 %) byla zaznamenána odpověď nikdo. Herní specialisty žádná z respondentek jako zdroj informací pro děti neuvedla.

Tabulka č. 18 - Přínos rodičovské přítomnosti při hospitalizaci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	107	58,8 %
spíše ano	71	39,0 %
nevím	3	1,6 %
spíše ne	0	0,0 %
ne	1	0,5 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č. 18: Na otázku o přínosu rodičovské přítomnosti u hospitalizovaných dětí odpovědělo 107 dotázaných (59 %) ano, 71 (39 %) spíše ano. Odpověď ne byla

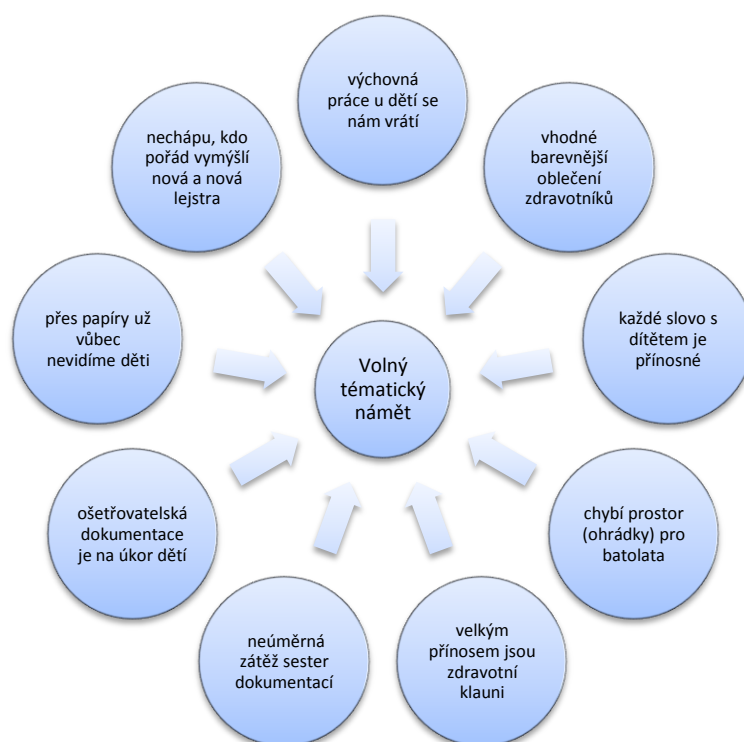
zaznamenána v 1 případě (1 %), nikdo z dotázaných nezvolil odpověď spíše ne. Pro možnost nevím se rozhodly 3 respondentky (2 %).

Tabulka č. 19 - Doplnění říkadla

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	165	90,7 %
ne	17	9,3 %
SUMA	182	100,0 %

Tabulka č. 18: Jednoduché dětské říkadlo doplnilo podle své fantazie 165 oslovených sester (91 %), 17 dotazovaných (9 %) říkanku nedoplnilo.

Schéma č. 1 – odpověď na otázku č. 19



Na volný tématický námět, kterým byla otázka č. 19 reagovalo 9 sester (4,9%).
Jednotlivé odpovědi jsou zaznamenány ve schématu.

4. 3 Testování nezávislosti dvou proměnných

Kontingenční tabulka 1

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla definována hypotéza nulová a k ní hypotéza alternativní.

H 0: Vnímání přínosu výchovného působení sester na hospitalizované děti ve srovnání s pedagogickými pracovníky je nezávislé na specializaci dětské sestry.

H A: Specializace sestry ovlivňuje pohled na působení sester a pedagogických pracovníků.

Pro testování nulové hypotézy bylo použito 137 odpovědí sester, které odpovíděly kladně či záporně, odpověď „nevím“ – 45 respondentek (24,7 %) započítána nebyla.

Kontingenční tabulka č. 1 – Přínos výchovného působení sester						
funkce		ano	spíše ano	spíše ne	ne	celkem
sestra	dětská	51	37	10	2	100
	jiná	11	17	9	0	37
	celkem	62	54	19	2	137
sestra	dětská	51 %	37 %	10 %	2 %	100 %
	jiná	30 %	46 %	24 %	0 %	100 %

V tabulce č. 1 jsou uvedeny odpovědi jednotlivých skupin sester – dětských a jiných (všeobecné sestry, porodní asistentky) v souvislosti s otázkou „Považujete výchovné působení sester na hospitalizované děti ve srovnání s činností pedagogických pracovníků za přínosnější?“ Kladnou odpověď označilo v dotazníku 88 dětských sester (88 %), v kategorii ostatních sester souhlasilo s kladnou odpovědí 38 sester (76 %).

Nezávislost proměnných byla otestována chí kvadrát testem. Dosažená hladina významnosti 4,6 % je menší než hranice 5 %. Nulovou hypotézu zamítáme, platí hypotéza alternativní – dětské sestry zaujímají častěji zcela pozitivní stanovisko (odpověď „ano“). U ostatních sester sice také převládá kladná odpověď, ale k zápornému stanovisku se přiklonila téměř čtvrtina dotazovaných (24 %).

Kontingenční tabulka 2

Pro účel testování dvou proměnných byla i v tomto případě stanovena hypotéza nulová a hypotéza alternativní.

H₀: Neexistuje rozdíl ve vnímání významnosti herní a výchovné práce s dětmi v porovnání s ostatními ošetrovatelskými činnostmi mezi dětskými a ostatními sestrami.

H_A: Dětské sestry považují herní a výchovnou práci s dětmi za významnou v porovnání s ostatními ošetrovatelskými činnostmi.

Pro testování proměnných bylo použito 169 souhlasných či nesouhlasných odpovědí, 13 odpovědí „nevím“ (7,1 %) započítáno nebylo.

Kontingenční tabulka č. 2 - Význam výchovné práce s dětmi						
funkce		ano	spíše ano	spíše ne	ne	celkem
sestra	dětská	42	64	17	1	124
	jiná	13	23	6	3	45
	celkem	55	87	23	4	169
sestra	dětská	34 %	52 %	14 %	1 %	100 %
	jiná	29 %	51 %	13 %	7 %	100 %

Na otázku č. 11 odpovědělo kladně 106 dětských sester (86 %) a 46 sester ostatních (80 %).

Testování nezávislosti proměnných pomocí chí – kvadrátu (otázka 3 a 11)

V chí kvadrát testu bylo dosaženo hladiny významnosti 16,8 %, což je více než 5 %. Testovaná nulová hypotéza je tudíž platná – sestry se ve vnímání důležitosti výchovné práce neliší (proměnné jsou nezávislé).

Kontingenční tabulka 3

H 0: Optimální časové podmínky pro herní a výchovnou práci s dětmi jsou hodnoceny stejně bez závislosti na specializaci dětské sestry.

HA: Dětské sestry považují časové podmínky v průběhu pracovní směny za optimální na rozdíl od sester ostatních.

Pro účely testu bylo použito 176 kladných nebo záporných odpovědí, vyřazeno bylo 5 odpovědí „nevím“ (3 %). Jedna respondentka na tuto otázku neodpověděla.

Kontingenční tabulka č. 3 - Optimální časové podmínky pro výchovnou práci						
funkce		ano	spíše ano	spíše ne	ne	celkem
sestra	dětská	4	20	73	34	131
	jiná	4	4	27	10	45
	celkem	8	24	100	44	176
sestra	dětská	3 %	15 %	56 %	26 %	100 %
	jiná	9 %	9 %	60 %	22 %	100 %

Dosažená hladina významnosti 28,4 % ukazuje na zanedbatelné rozdíly mezi sestrami. U obou porovnávaných skupin převládá názor, že časové podmínky pro herní a výchovnou práci jsou nedostatečné/nevyhovující (podíl záporných odpovědí dětských i ostatních sester je 82 %).

5 Diskuse

Téma herních aktivit hospitalizovaných dětí není příliš častým obsahem sdělení v odborných ošetrovatelských periodících. Pokud jsou, mapují v naprosté většině situaci na dětských odděleních fakultních nebo krajských nemocnic. Vzhledem k této prvotní zkušenosti autorky s výzkumným šetřením bylo rozhodnuto v zájmu maximální validity o použití metody kvalitativní, která dala vzniknout hypotézám. Ty byly následně ověřovány kvantitativním výzkumným šetřením.

Pro kvalitativní analýzu byl zvolen rozhovor se čtyřmi dětmi mladšího školního věku různého pohlaví, socioekonomického i etnického statusu. Prvním respondentem bylo romské děvče z odlehlé osady a z velké rodiny. Druhým byl chlapec z dětského domova, který měl dva sourozence a rodina přestala plnit svoji funkci za velmi dramatických okolností. Třetím respondentem byl vietnamský chlapec z funkční a velmi dobře finančně zajištěné rodiny. Posledním z respondentů bylo opět děvče z neúplné rodiny, o které se starali prarodiče. Věk dětí byl zvolen z důvodu otevřenosti mladších školáků, jejich ochoty ke kontaktu a vzájemné spolupráci. V rozhovoru bylo použito polostrukturovaného rozhovoru, s přihlédnutím ke spontánnosti dětí uvedeného věkového období. Děti dané věkové kategorie jsou natolik spontánní a mají natolik nekonečnou fantazii, že by nebylo žádoucí chtít je svazovat předem připravenými otázkami. Kvalitativní výzkumné šetření bylo doplněno analýzou výtvarných projevů dětí. Respondenti vyjádřili své představy o podobě dětského oddělení, kde by se cítili dobře (příloha 4-7). Nejdůležitější pro získání co nejširšího pohledu je nastolení vstřícné atmosféry a důvěry. „Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění,“ píše M. Disman (6). Porozumět dětem však neznamená jen poslouchat.

Z uvedených dětských postřehů lze bez větších problémů definovat bazální nedostatky v personálním i materiálním vybavení dětského oddělení, které děti hospitalizované v malé nemocnici vnímají bez závislosti na délce hospitalizace a na zkušenosti s pobytem v nemocnici. Je to absence personálu (bez ohledu na oficiálně definovanou funkci), který by pomohl dětem překlenout volný čas, kterého je v dětské

hospitalizaci ještě stále příliš mnoho. Malí pacienti vnímají shon a spěch sester i jejich snahu o saturaci volného času. Zároveň jsou ale schopní postřehnout příliš velké množství ostatních pracovních povinností, které sestry upřednostňují. Otázkou je, zda vždy adekvátně situaci. Nároky na způsob naplnění volného času a úroveň aktivit či pomůcek a hraček již v tomto věku do jisté míry korespondují se zázemím a rodinou, ze které děti do nemocnice přicházejí. Ve všech dětských výpovědích bylo dotčeno téma prostoru, kde by se mohly věnovat své stěžejní činnosti - hře. Ať již jako prostoru pro soustředění hraček a dalších pomůcek pro volnočasové aktivity nebo pro vlastní herní aktivity. Děti zaznamenaly i jednotvárnost a absenci kreativity a barevnosti v oblečení zdravotnického personálu. Výše jmenovaná problematika je tématem kvalitativního šetření, které bylo uvedeno v časopisu Florence 1/2007 (39). Zde autorka po rozhovorech s dětmi ve věku 8-15 let zmiňuje i další oblasti, ve kterých hospitalizované děti mohou pociťovat nedostatky. Je to nepřítomnost kamarádů, rovněž více prostoru ke hře a více společenských her, počítač a zvířecí mazlíček. Zaznamenala stejně jako respondenti kvalitativního výzkumného šetření v této práci rovněž požadavek na veselejší oblečení zdravotníků. V časopisu Kontakt 2/2010 (23) se v článku autorky Brabcová a Machová zabývají rolí sestry v zajištění herních aktivit a vyslovují názor, že herní aktivity by měly být samozřejmostí při poskytování základní i specializované ošetrovatelské péče, volnočasové hry jsou důležitou součástí pobytu dětí v nemocnici. Význam školy při nemocnici definují ve svém sdělení Dlouhá a Blahutková (7) nejen pro zajištění kontinuity vzdělávání nemocného dítěte, ale i jako péči o dětskou duši a celkové zpříjemnění pobytu v nemocnici..

Výzkumný soubor kvantitativního šetření byl tvořen sestrami, které pracují na dětských odděleních nemocnic Plzeňského, Karlovarského a Středočeského kraje, s výjimkou nemocnic fakultních a krajských. Celková délka praxe ve zdravotnictví byla respondentkami nejčastěji udávána v rozmezí 21 a více let (tabulka 2), téměř o polovinu menší procentní zastoupení měla skupina sester s praxí 11-20 let. Údaje o délce praxe na dětském oddělení rovněž korespondují s daty předchozími – nejčastěji byla označována doba 21 a více let, následována údajem 11-20 let. Nebyla proto překvapivá ani analýza odpovědí na otázku, zda je dotyčná dětská sestra či není (tabulka 4).

V dotazníku nebylo rozděleno, zda respondentka dosáhla vzdělání dětské sestry kvalifikačním či specializačním studiem. Tato specifikace je velmi pečlivě zpracovaná v diplomové práci Zmeškalové z roku 2010 (51). Sestry, které dosáhly vzdělání kvalifikačním způsobem studia, uváděly délku praxe u dětí od 17 do 32 let. U jejich kolegyně, které absolvovaly specializační studium, byly údaje od 13 do 28 let praxe ve zdravotnictví, z toho 4 až 9 let u dětí. Údaje o délce let praxe na dětských odděleních (tabulka č. 3) korespondují s vývojem vzdělávání dětských sester. Vzhledem k věkové struktuře sester je možné se domnívat, že validita výsledku šetření je v této otázce vyšší než kdyby byl většinový vzorek sester začátečnic. Podle výsledků nezávislosti proměnných v kontingenční tabulce č. 1 právě dětské sestry zaujímají častěji zcela pozitivní stanovisko k otázce významu výchovné práce sestry ve srovnání s působením pedagogických pracovníků na dětských odděleních (odpověď „ano“). V zákoně 96/2004 Sb. nebyla již dětská sestra vyčleněna jako samostatné ošetrovatelské povolání, po vstupu tohoto zákona do praxe byly dětské sestry registrovány jako sestry všeobecné. Za zmínku jistě stojí odpověď na otázku číslo 6 (tabulka č. 7), která se týkala ošetrovatelské anamnézy a údajů v ní uváděných. Celá pětina dotázaných sester uvedla, že ošetrovatelská anamnéza na oddělení, kde pracují, neobsahuje údaje o vývojové úrovni dítěte, jeho oblíbených hračkách a aktivitách (tabulka č. 8). Můžeme se celkem oprávněně ptát, z jakých údajů vycházejí na těchto pracovištích při koncipování ošetrovatelské anamnézy a následně při plánování ošetrovatelské péče. Můžeme se proto oprávněně ptát, na základě jakých podkladů je tvořená adresná a individuální ošetrovatelská péče? Při plánování péče v pediatrickém ošetrovatelství důkladné zohlednění toho, co již dítě umí, jeho návyků a denních rituálů naprosto nezbytné. Bez těchto údajů se neobejde zodpovědné a přesné stanovení deficitů v potřebách dítěte a určení priorit v každodenní ošetrovatelské péči.

Další část dotazníku mapovala saturaci dětských oddělení pracovníky (tabulka č. 9), kteří by zajišťovali herní a výchovnou práci s dětmi, což bylo jedním z cílů této práce. Hrany situace postupně od 90. let obrušuje přítomnost rodičů na oddělení, přesto nejsou získané informace nijak povzbudivé. Charta práv hospitalizovaných dětí dnes již visí na viditelném místě každého oddělení, cesta tohoto dokumentu do praxe je

navzdory jeho stáří místy stále trnitá. Zajímavý pohled přinesla do problematiky informovanosti o právech hospitalizovaných dětí Mádlová ve své bakalářské práci (22). Zmapovala znalost a dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí na jednom dětském oddělení malé nemocnice, shodou okolností jednom z těch, na kterých odpovídaly sestry i v rámci tohoto výzkumného šetření. Ve své práci konstatovala, že zákonní zástupci ve třech čtvrtinách případů neznají práva hospitalizovaných dětí, ale mají možnost si informace najít a o této možnosti věděli. Děti přijaté bez doprovodu byly informovány o svých právech v pětině případů. Zde je na místě každodenní implementace statí Charty práv hospitalizovaných dětí do života dětských pacientů. Ideálním stavem by bylo, pokud by se děti a jejich rodiče nemuseli domáhat svých práv a nároků psanými pravidly.

Otázka specifikace pedagogických a výchovných pracovníků na dětských odděleních ukázala, že největší procentní zastoupení v odpovědích sester mají zdravotní klauni, v dalším pořadí učitelky mateřských a základních škol (tabulka 10). Přítomnost zdravotních klaunů je bezesporu vítaná a přínosná, vykouzlí úsměv, zažene na krátký čas chmury. Nejedná se však o činnost systematickou a každodenní, ve které by měly děti záruku pravidelné a kontinuální činnosti. Jako pozitivní protipól k tomuto sdělení je možné uvést závěry diplomové práce Tomkové (45), která ve svém textu zjišťovala vliv práce herního specialisty na dětském oddělení malé nemocnice a přinesla konkrétní obraz praxe na tomto oddělení. Uvádí, že herní specialista je nedílnou součástí dětského oddělení a ovlivňuje pobyt dítěte v nemocničním zařízení nanejvýš pozitivním a účinným způsobem. Problém většího zapojení této profese do péče o nemocné děti je jistě i pochopení a vstřícnost managementů nemocnic a systém vzdělávání, který s výjimkou několika kurzů v České republice prakticky neexistuje. Ve Velké Británii je registračním orgánem pro povolání specialisty na herní terapii Hospital Play Staff Education Trust (HPSET). Kurzy zde organizované jsou dvouleté, jsou určeny pro rozvíjení odborné způsobilosti v oblasti terapeutické hry pro děti v nemocnici nebo komunitním prostředí (příloha č. 2).

Více než tři čtvrtiny dotázaných sester uvedly, že výchovnou a herní práci považují za významnou v komparaci s ostatními ošetrovatelskými činnostmi (tabulka 12). Je to pozitivní zjištění v kontextu se skutečností, že pětina sester uvedla výše, že na jejich oddělení není kromě této profese nikdo jiný, kdo by pečoval o smysluplné naplnění volného času hospitalizovaných dětí. Podle výsledků testování hypotéz v kontingenční tabulce č. 2 je možné vytvořit závěr, že neexistuje rozdíl ve vnímání významnosti herní a výchovné práce s dětmi v porovnání s ostatními ošetrovatelskými činnostmi mezi dětskými a ostatními sestrami. Za zamyšlení stojí skutečnost, že po rozeslání dotazníků kontaktovaly autorku sestry z několika novorozeneckých úseků v rámci dětských oddělení s otázkou, jak dotazník vyplnit, když jich se herní práce netýká. Po zjištění názoru sester na význam výchovné práce u hospitalizovaných dětí byla logicky předestřena otázka, zda na tuto herní práci mají dostatečný časový prostor. Závěra výzkumného šetření lze doplnit výsledkem testování hypotéz u kontingenční tabulky č. 3. Závěr je takový, že optimální časové podmínky pro herní a výchovnou práci s dětmi jsou hodnoceny stejně bez závislosti na specializaci dětské sestry. Odhlédneme-li od výzkumného šetření a zamyslíme-li se nad souvislostmi, opět je na místě otázka: Pokud není na mnoha dětských odděleních kromě sester nikdo jiný, kdo by minimalizoval dětskou nudu a stesk, čím a jak zajistit sestrám více času? Ano, naštěstí již jsou dnes dětská oddělení otevřená pro rodiče prakticky u všech dětí. Přítomnost rodičů je přínosná a vítaná v oblasti naplnění volného času dětí podle názoru téměř všech oslovených sester (tabulka 18). Práce na téma rodičovské přítomnosti na dětských odděleních bylo již mnohokrát zpracováváno ať již z pohledu sester, rodičů či dětí. Zajímavá otázka motivačního vlivu pochvaly od rodičů směrem k sestře zazněla v bakalářské práci Poulové (35). Je povzbudivé, že tři čtvrtiny sester pochvala potěší, ale pracují stejně jako bez ní. Mnohdy by čekaly marně.

První otázkou, která se týkala materiálních podmínek pro výchovnou a herní práci na odděleních byl dotaz, zda je na oddělení k dispozici herna a zda tyto podmínky považují sestry za vyhovující (tabulka 15, 16). Ke srovnání je možné použít bakalářskou práci Strouhalové (43), která zpracovávala názory sester na hospitalizaci dětí do předškolního věku s doprovodem. Součástí práce byla i sonda do materiálního vybavení

nemocnic v jihomoravském kraji, konkrétně, zda je na oddělení vybavená herna. Autorka uvádí, že hernu na oddělení přiznalo 57 % oslovených sester, naopak u 43 % dotázaných herna k dispozici není. Navíc, i v případě, že hernu na oddělení mají, není 65 % sester spokojeno s jejím vybavením.

Psychická příprava dětí v malých nemocnicích je realizována převážně sestrou a lékařem, v menší míře rodiči na základě informací od sestry (tabulka 17). Za zamyšlení stojí skutečnost, že 3% oslovených sester označila herní specialisty jako součást svých ošetrovatelských týmů, přesto nejsou uvedeni jako zdroj informací pro děti ani v jednom případě. Je bez pochyb, že s dítětem, které je na vyšetření či zákrok připraveno, je mnohem snazší spolupráce, ani ono samo není nadbytečně traumatizováno. Důkaz o tom přináší Fronckeová ve své diplomové práci (11). Na otázku, zda se zdravotníkům lépe spolupracuje s připravenými dětmi odpověděli v 97%, že ano či spíše ano. Ovšem ve stejné práci je i otázka činnosti herního specialisty na daném oddělení, pouze ve 3% odpovědí je uvedeno, že vysvětluje průběh vyšetření. Je k podivu, že 30% oslovených odpovědělo, že nezastává žádnou činnost. Závěrem lze tento odstavec shrnout tak, že pouhá fyzická přítomnost herního specialisty na oddělení není zárukou kvalitní a přínosné a smysluplné práce s dětmi.

Nedokončené dětské říkadlo, které tvořilo předposlední otázku, bylo testem tvořivosti, kreativity, nálady a hravosti oslovených sester (tabulka č. 19). Stejně tak, jako otočily stránku a tam byla překvapivě místo otázky nedokončená básnička, může nečekaně přijít dítě s knížkou v podpaží a s prosbou: „Pojď číst.“ Nejčastější zakončení říkadla byla:

- vložka roztála (v tlapičce, na čumáčku, rychle, jéjej, na ledu, koukej.....)
- vložka padala (z nebe, na zem, další, rychle, fofrem, náhle....)

Některé počiny byly opravdu tvůrčí:

- vložka si ještě na okamžik s větrem pohrála
- kočka vložku sežrala

- tak se vločka naštvála a zmizela

Závěrečný prostor dotazníku pro volný tematický námět využilo devět oslovených kolegyň. Výsledky jsou patrné ve schématu č. 1. Možnost vyjádřit se volně k danému tématu využilo 9 respondentek. Z tohoto počtu se 5 kolegyň vyjádřilo v kladném tónu a 4 v záporném. Negativní stanoviska se týkala pouze časovou zátěží sester, kterou podle názoru oslovených sester představuje ošetrovatelská dokumentace. Zde by byl velmi široký prostor pro diskusi, která v tomto případě přesahuje rámec této práce.

6 Závěr

Role sestry byla a je zpracovávána v odborných zdravotnických a ošetrovatelských periodicích z mnoha pohledů. Její úloha v zajištění herních aktivit hospitalizovaných dětí již tak často prezentována není.

Prvotní cíl práce byl definován jako analýza zájmových potřeb dětí mladšího školního věku na konkrétním dětském oddělení. V rámci kvalitativního výzkumu v úvodu šetření byla hledána odpověď na výzkumnou otázku na téma chybějících materiálních či personálních podmínek vnímaná pohledem samotných dětí. Cíle bylo dosaženo nalezením odpovědi na výzkumnou otázku. Získaná data se stala podkladem pro šetření kvantitativní.

Cílem práce v kvantitativní části výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem je z personálního hlediska zajištěno smysluplné a přínosné naplnění volného času hospitalizovaných dětí. Na základě tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka stavu personálního zajištění volnočasových a výchovných aktivit dětí, které jsou hospitalizovány v malých nemocnicích. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že existují velké rezervy v saturaci těchto oddělení personálem kvalifikovaným v herních aktivitách a značná část výchovné práce spočívá na sestrách. Tímto byl cíl splněn a výzkumná otázka zodpovězena. Hypotéza stanovená na základě této výzkumné otázky zněla: **Herní specialisté nejsou běžnou součástí ošetrovatelského týmu dětských oddělení v malých nemocnicích - byla šetřením potvrzena.**

Dalším cílem bylo zmapovat časové podmínky, které mají sestry pro výchovnou práci s dětmi k dispozici. Vzhledem k tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka časového prostoru sester v rámci pracovní doby, po kterou se mohou dětem věnovat po výchovné stránce. Po analýze výzkumného šetření bylo možno konstatovat, že časový prostor pro herní aktivity je nedostatečný, čímž byl splněn cíl. Hypotéza stanovená na podkladě další výzkumné otázky: **Zásadní překážkou větší angažovanosti sester ve**

volnočasových a herních aktivitách hospitalizovaných dětí je nedostatek času - byla šetřením potvrzena.

Čtvrtý cíl, který stál před touto prací, byla sonda do názorů sester dětských oddělení, nakolik považují svoji roli ve výchovné práci za důležitou. Ujasňování výzkumného problému bylo realizováno pomocí stanovené výzkumné otázky, zda existuje mezi sestrami hierarchie ve vnímání priorit jednotlivých ošetrovatelských činností ve vztahu k výchovné práci. Předpokládaná odpověď byla základem pro hypotézu: **Výchovná péče je hodnocena jako druhořadá ve srovnání s ostatními ošetrovatelskými činnostmi - byla šetřením vyvrácena.**

Přínosem diplomové práce byl vhled do problematiky dětských oddělení malých nemocnic, která není na první pohled patrná. Není součástí výkaznictví, statistiky, tabulek ani grafů. Je však součástí denní práce s malými pacienty. Zde se rozhoduje, zda si děti odnesou s sebou domů kromě svého uzdravení a posílení i šrám jako pozůstatek nudy, smutku a nenaplněných potřeb. Předpokládaným cílem práce proto bylo kromě uvedených zjištění rovněž implementovat výsledky výzkumného šetření ve prospěch hospitalizovaných dětí na jednom konkrétním dětském oddělení. Získané výsledky byly použity jako platforma a zdroj argumentů pro jednání s managementem konkrétní nemocnice, ve které byly materiální podmínky pro herní práci alarmující. Využití získaných dat pro praxi nelze hodnotit v širokém kontextu. Lze však s jistotou říci, že pro 600 dětí, které jsou v průměru ročně hospitalizovány na jednom konkrétním oddělení se jedná o přínos obrovský.

7 Seznam použitých zdrojů:

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a doplněné vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BÁRTLOVÁ, S., ŠTĚPÁNKOVÁ, O. *Změny v profesi sestry v letech 1945-1950*. Ošetřovatelství, 2005. sv. 7, č. 1-2, str. 4. ISSN 1212-723X.
3. BĚČÁKOVÁ, Michaela. *Motivátory v práci dětské sestry*. Ostrava, 2011. Diplomová práce (Mgr.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta.
4. BRDLÍK, J. *Dětské lékařství v minulosti a jak jsem je prožíval*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957. 184s. ISBN neuvedeno
5. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR: *Prestiž povolání* [online]. 2011 [cit. 12-05-01]. Dostupné na http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101176s_eu110725.pdf
6. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-7184-141-2.
7. DLOUHÁ, M., BLAHUTKOVÁ, M. *Volný čas dětí v nemocnici a kvalita života* [online]. 2008 [cit 2012-05-02]. Dostupné na http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/dlouha2_cze.pdf
8. ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha: Argo, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8.
9. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

10. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
11. FRONCKEOVÁ, Soňa. *Význam funkce speciálního pedagoga v nemocnici z pohledu dětí, rodičů a zdravotníků*. Brno, 2008. Diplomová práce (Mgr.). MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ. Pedagogická fakulta.
12. GJEBERG, E., KJÖLSRÖD, L. *Vztah mezi lékařem a sestrou: je lehké být lékařkou, která spolupracuje se sestrou?* Ošetrovatelství. Teorie a praxe moderního ošetrovatelství, 2001, roč. 3, č. 1-2, str. 27-31. ISSN 1212-723X.
13. HÁJEK, B. *Pedagogické ovlivnění volného času: současné trendy*. Praha: Portál, 2008. 239 s. ISBN 978-80-7367-473-1.
14. KIPLING, R. *Povídky jen tak*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1978. 102 s. ISBN neuvedeno
15. KIŠOVÁ, H. *Hrátky s batolátky*. Praha: Portál, 2010. 199 s. ISBN 978-80-7367-6.
16. KLÍMA, J. *Pediatric*. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
17. KONÍČKOVÁ, M. *Jak podpořit správný vývoj batolete*. Moje psychologie, 2009. 4. speciální edice, listopad 2009. ISSN 1802-2073
18. LADA, J. *Vzpomínky z dětství*. 8. rozšířené vydání. Praha: Albatros, 1988. 93 s. ISBN neuvedeno
19. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
20. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.

21. LORINCOVÁ, L. *Volnočasové aktivity pro děti*. 1. vydání. Boskovice: Albert, 2009. 95 s. ISBN 978-80-7326-160-3.
22. MÁDLOVÁ, Čestmíra. *Dětská práva a Charta práv hospitalizovaných dětí, její znalost a dodržování z pohledu doprovodu hospitalizovaného dítěte v lůžkové části dětského oddělení v Klatovské nemocnici a.s.* Č. Bud., 2009. Bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
23. MACHOVÁ, A., BRABCOVÁ, I. *Úloha sestry při zajištění herních aktivit hospitalizovaných dětí*. Kontakt: Odborný vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 2010, roč. 12, č. 2, str. 144-150. ISSN 1212-4117.
24. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: Nakladatelství HH, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
25. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-325-3.
26. MAYERS, M., JACOBSON, A. *Pediatric Nursing*. Mc Graw-Hill Professional, 1995. 330 s. ISBN 0-07-105462-6.
27. MELÍŠKOVÁ, D. *Smích v nemocnici? Ano!* Sestra, 2010. roč. 20, č. 1, str. 51. ISSN 1210-0404.
28. MIČUDOVÁ, E. *Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti*. Sestra, 2007. roč. 17, č. 5, str. 20. ISSN 1210-0404.
29. MIŠURCOVÁ, V. *Hra a hračka ve vývoji dítěte*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN
30. MORROW, H. *Nurse, Nursing and Women*. *International Nursing Review*, 1988. roč. 35, č.1, str. 22-27. ISSN nenalezeno

31. PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivnění volného času*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 221 s. ISBN 978-80-7367-423-6.
32. PLEVOVÁ, I. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 243 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
33. POLÁČKOVÁ, V., ŠRÁČKOVÁ, D. *Ošetřování zdravého a nemocného dítěte*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966. 454 s. ISBN nenalezeno
34. POLÁKOVÁ, Z. *O hračkách, hrách a hraní: katalog věnovaný stejnojmenné výstavě*. Brno: Moravské zemské muzeum, 2006. 16 s. ISBN 80-7028-289-4.
35. POULOVÁ, Martina. *Dyadický vztah sestra-rodíč hospitalizovaného dítěte*. Brno, 2010. Bakalářská práce (Bc.). MASARYKOVA UNIVERZITA BRNO. Lékařská fakulta.
36. POUTHAS, V. *Psychologie novorozence*. Praha: Grada, 2005. 285 s. ISBN 80-7169-960-8.
37. ROBERTSON, J.C. *Young children in Hospital*. 1. publikace. London: Tavistock Publishing, 1958. 103 s. ISBN neuvedeno
38. RUDOLF, M., LEE, T., LEVENE, M. *Paediatrics and Child Health*. 3. vyd. UK: Willey-Blackwell, 2011. 486 s. ISBN 978-1-4051-9474-7.
39. RŮŽIČKOVÁ, B. *Dítě v nemocnici-co chce a co mu schází*. Florence, 2007. roč. III, č.1, str. 23. ISSN 1801-464X
40. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
41. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, 2010. 279 s. ISBN 80-247-3286-2.
42. STROUHAL, E. *Lékařství starých egypt'anů I.- staroegyptská chirurgie, péče o ženu a dítě*. Praha: Academia, 2010. 239 s. ISBN 978-80-200-1865-6.

43. STROUHALOVÁ, Pavla. *Pohledy sester na hospitalizaci dětí do předškolního věku spolu s doprovodem*. Zlín, 2010. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA TOMÁŠE BATI. Fakulta humanitních studií.
44. ŠUSTEK, P. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6.
45. TOMKOVÁ, Pavlína. *Práce a pomoc herního specialisty dětem*. Brno, 2009. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita Brno. Pedagogická fakulta.
46. VALENTA, M. *Herní specialista*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1. vyd. 2001. 168 s. ISBN 80-244-0345-5.
47. VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 218 s. ISBN 80-244-0763-9.
48. VACUŠKOVÁ, M. et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. 1. část. Brno: NCONZO, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-1.
49. VELKÝ SOCIOLOGICKÝ SLOVNÍK. 2. sv. P-Ž. Praha: Karolinum, 1996. S. 749-1627. ISBN 80-7184-311-3.
50. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 181 s. ISBN 80-7178-830-9.
51. ZMEŠKALOVÁ, Stanislava. *Historie a současnost vzdělávání dětských sester a jejich postojů k vlastní profesi*. Č. Bud., 2010. Diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUĎEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
52. ZOUHAROVÁ, A. *Kam směřuje dětská sestra v České republice na počátku 21. století?* Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí *Změny v roli sestry na počátku 21. století*. Brno: NCONZO, 2006. str. 204-208. ISBN 80-7013-449-6.

53. ZVONÍČKOVÁ, M., JIRKOVSKÝ, D. *Mění se role sester*. Ošetřovatelství. Teorie a praxe moderního ošetřovatelství, 2006. sv. 8, č. 1-2, str. 15-16. ISSN 1212-723X.

8 Klíčová slova

Děti

Hospitalizace

Hra

Sestra

Volný čas

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 – dotazník

Příloha č. 2 - e-mailová korespondence s A. Goodwin

Příloha č. 3 – 2 – fotodokumentace – rekonstrukce herny

Příloha č. 4 – obrázek – respondent 1

Příloha č. 5 – obrázek – respondent 2

Příloha č. 6 – obrázek – respondent 3

Příloha č. 7 – obrázek – respondent 4

Příloha č. 1 – dotazník

Vážená kolegyně/ kolego,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v kombinované formě navazujícího magisterského studia oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, modul pediatrie. Ve své diplomové práci se zabývám rolí sestry v herních aktivitách dětí v malých nemocnicích. Ráda bych Vás požádala o pravdivé vyplnění anonymního dotazníku. Veškeré získané údaje budou považovány za důvěrné a budou použité pouze při zpracování mé diplomové práce.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který věnujete zodpovězení otázek.
Bohumila Holzäpfelová

1. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- ☐ do 5 let
- ☐ 6 – 10 let
- ☐ 11 – 20 let
- ☐ 21 a více

2. Kolik let pracujete na dětském oddělení (s dětmi)?

- ☐ do 5 let
- ☐ 6 – 10 let
- ☐ 11 – 20 let
- ☐ 21 a více

3. Jste dětská sestra?

- ☐ ano
- ☐ ne

4. Absolvovala jste někdy nějaký kurz nebo pomaturitní specializační studium zaměřené na výchovnou péči o děti nebo volnočasové a herní aktivity?

☐ ano

☐ ne

5. O kolik dětí se v průběhu standardní osmihodinové směny staráte?

☐ 1 - 5

☐ 6 – 10

☐ 11 – 15

☐ 16 a více

6. Obsahuje ošetřovatelská anamnéza na Vašem oddělení informace o vývojové úrovni dítěte (co už umí) a o jeho oblíbených hračkách a herních aktivitách?

☐ ano

☐ ne

7. Pokud ano, co všechno o dítěti do ošetřovatelské anamnézy zaznamenáváte?

☐ vývojové stádium dítěte

☐ oblíbenou hračku

☐ oblíbenou pohádku

☐ oblíbenou herní aktivitu

☐ jiné.....
.....

8. Pracují na Vašem oddělení nějakí pedagogičtí pracovníci, kteří se věnují výchovné péči o děti nebo volnočasovým a herním aktivitám?

☐ ano

☐ ne

9. Pokud ano, zaškrtněte, prosím, kteří pracovníci to jsou? (lze zaškrtnout více možností)

- ☐ učitelé mateřských škol
- ☐ učitelé základních škol
- ☐ speciální pedagogové
- ☐ herní specialisté
- ☐ nemocniční klauni
- ☐ jiní.....
.....

10. Považujete výchovné působení sester na hospitalizované děti ve srovnání s činnostmi pedagogických pracovníků za přínosnější?:

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

11. Vnímáte výchovnou a herní práci s dětmi v nemocnici jako stejně významnou v porovnání s ostatními ošetrovatelskými intervencemi?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

12. Pokuste se, prosím, kvantifikovat časový úsek v průběhu standardní osmihodinové směny, po který máte prostor k herní a výchovné práci s dětmi.

- ☐ více než 2 hodiny
- ☐ více než 1 hodina
- ☐ více než 30 minut
- ☐ méně než 30 minut
- ☐ nelze kvantifikovat, každou interakci s dítětem považuji za výchovnou aktivitu

13. Myslíte si, že máte v průběhu pracovní směny optimální časové podmínky pro saturaci volného času dětí?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

14. Je na Vašem oddělení k dispozici herna?

- ☐ ano
- ☐ ne

15. Považujete materiální podmínky pro herní a výchovnou práci v rámci Vašeho oddělení za vyhovující?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím

☐ spíše ne

☐ ne

16. Kdo realizuje psychickou přípravu dětí na vyšetření, výkony a zákroky? (lze zaškrtnout více možností)

☐ sestra

☐ lékař

☐ učitel (speciální pedagog)

☐ rodiče na základě informací od sestry

☐ herní specialista

☐ nikdo

17. Vnímáte přítomnost rodičů na oddělení jako přínosný aspekt pro naplnění volného času hospitalizovaných dětí?

☐ ano

☐ spíše ano

☐ nevím

☐ spíše ne

☐ ne

18. Doplňte, prosím, dle vlastní fantazie text dětského říkadla:

Spadla z nebe vločka,

chňapla po ní kočka.

Než se kočka nadála, ...(15)

19. Pokud máte tématický námět, ke kterému jste v tomto dotazníku nenašla otázku, vyjádřete se, prosím, zde:

.....

...

.....

...

.....

Příloha č. 2

Dear Bohumila

Thank you for your email.

I have attached some basic information which outlines the current training for hospital play specialists in the UK who wish to qualify to be admitted to the professional register.

I hope this helps but if you require further detailed information you would need to make contact with Laila Paulson at the University of West London as they have the academic ownership of the course.

Yours sincerely

Ann

Ann Goodwin

Administrator

Hospital Play Staff Education Trust

Registered Charity No.292218

Telephone: 07514 076008

Email: admin@hpset.org.uk

Website: www.hpset.org.uk

-----Original Message-----

From: Bohumila Holzäpfelová [<mailto:Holzpfelova@seznam.cz>]

Sent: 27 November 2011 19:20

To: admin@hpset.org.uk

Subject: question

Dear friends,

my name is Bohumila, I'm studying South Czech univerzity in České Budějovice. I'm writting my diploma work about hospital play-specialists in Czech Republic. I've one question for you. Can you me, please, write, how is organize education of hospital play-specialists of UK? I need compare between Czech and your systems.

Excuse me, my English is very simple, but I'm study your language only two years.

Thank you for your answer.

Bohumila Holzäpfelová, Hradec, Czech Republic

Foundation Degree in Healthcare Play Specialism

General Information:

The Foundation Degree in Healthcare Play Specialism is a two year course for people who have experience in working with children and young people to develop professional competence in the field of therapeutic play for children in a hospital or community setting.

The Foundation Degree will enable individuals working in a play specialist role within a healthcare setting to develop practical skills and knowledge, leading to registration with the Hospital Play Staff Education Trust (HPSET), which is the registration body for the profession of Healthcare Play Specialism.

The course is a two year day release course, linking theory to practice. The emphasis is on the balance between taught elements and facilitated learning within the practitioner's own workplace.

Entry Requirement:

GCSE Maths and English or equivalent Level 2 or above in Literacy and Numeracy.

Minimum of a current Level 3 qualification in childcare or a related field

Minimum of two years employment working with children, after gaining the level qualification.

Good communication skills.

Evidence of continuous professional development

Evidence of current, regular and relevant employment in the sector

Identification of a registered play specialist who agrees to act as a work- based mentor

Commitment to negotiate and complete a 200 hour placement each year, if not already employed in a hospital.

Assessment:

Academic essays, literature reviews, written reports, folder of evidence and exercises though the virtual learning environment.

Assessment of practical skills is undertaken in the workplace throughout both Level 4 And Level 5 of the course.

Work Based Competencies:

The work based competencies are set out in the Practice Assessment Handbook for each year.

Experienced Qualified Registered HPS: By this we mean someone who has successfully completed the qualification and has sufficient experience in the role. This person will have current registration with HPSET and will be eligible to mentor a student.

Mentor/assessor: This person will have completed the specific mentor training provided by the college and is able to commit to the obligation to meet with the student for no less than one hour per week to discuss and record the outcome of each meeting and document it on the proforma provided. Once confident that the student has fully achieved the competency the mentor/assessor is responsible for signing off all competencies in the Practice Assessment Handbook .

Practice Supervisor: By this we mean a qualified, HPSET registered practitioner who works alongside and supports the student to achieve the work based competencies. This person will carry out the observations of students and providing documented evidence

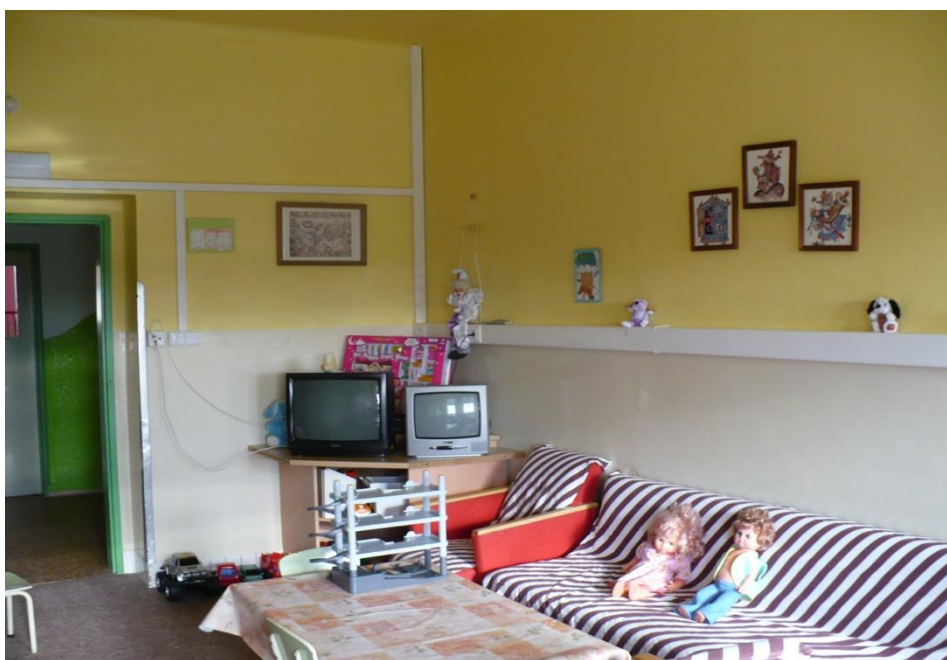
of the outcome and written feedback as to how achievement of the competency could have been improved upon.

The student may have more than one supervisor **but only one mentor.**

Work Place Supervisor: By this we mean someone who is not a qualified registered HPS but one who holds a senior position in the workplace where **no** qualified HPS practitioners are employed. We see this situation as an exception **not** the norm. The student working under these terms still require a mentor/assessor

Příloha č. 3

Původní stav herny



Rekonstrukce



Konečný stav



Příloha č. 4

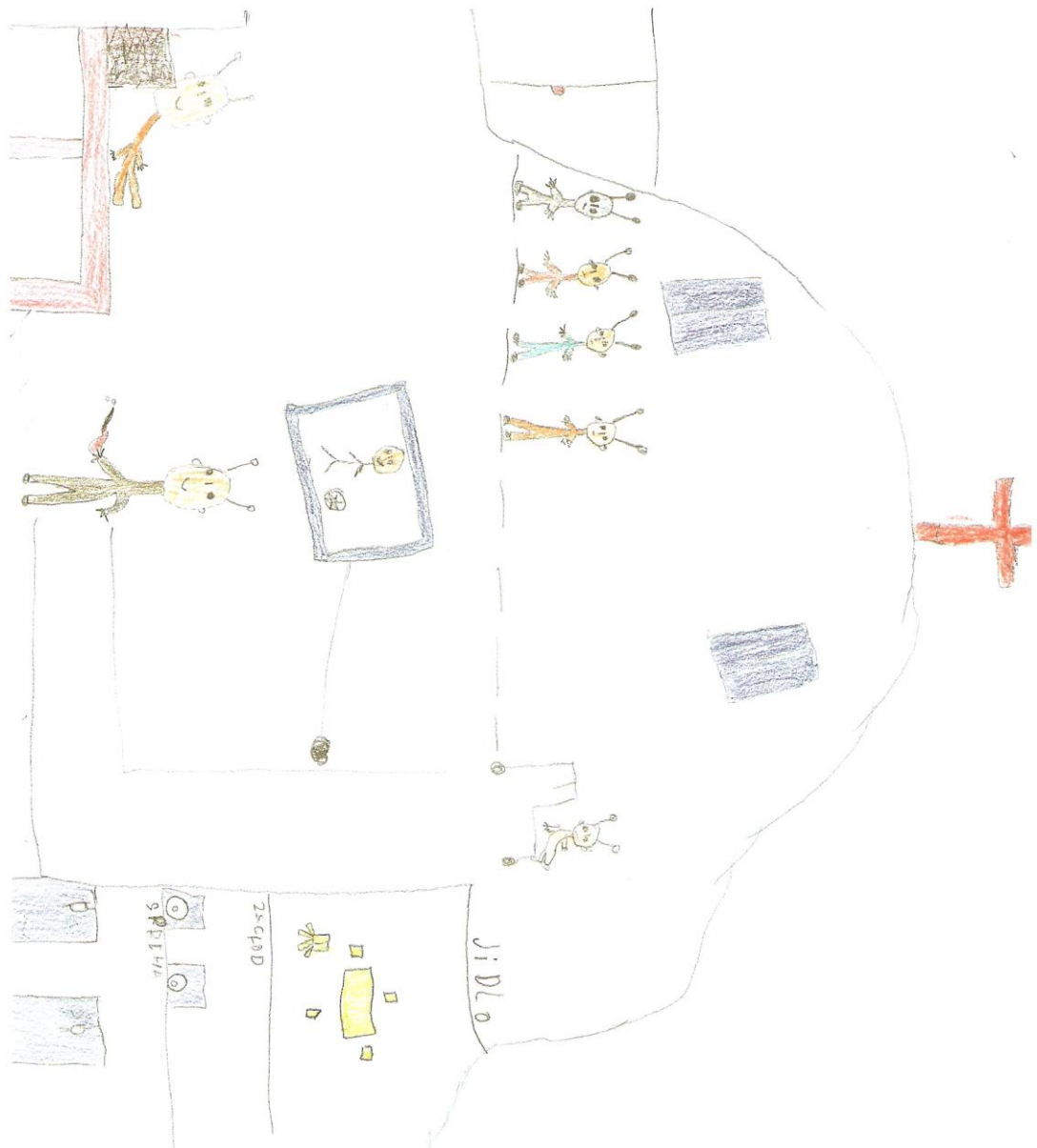


ÍĚE MANDAN
ÍĚE ÍĚE MANDAN
ÍĚE ÍĚE ÍĚE MANDAN
ÍĚE MANDAN HEJ.

*Toto je indiánská píseň
pro děti.*



Příloha č. 6



Příloha č. 7

