

Specifika chování a prožívání hospitalizovaného dítěte

Eva Staničková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva STANÍČKOVÁ**
Osobní číslo: **H080212**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Specifika chování a prožívání hospitalizovaného dítěte**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části se zaměřit na ontogenetický vývoj člověka, psychologickou problematiku hospitalizovaných dětí, nemoci v dětství, specifika výchovně vzdělávací práce v nemocnici, hospitalizmus, vnímání bolesti u dětí a reakce rodičů na onemocnění dítěte.

V praktické části zjistit jaké jsou zkušenosti dětí s hospitalizací v nemocnici, jak dlouho, kde a s čím byly děti nejčastěji hospitalizovány, zda s nimi byl během hospitalizace někdo z rodičů nebo rodinných příslušníků a co v nemocnici nejvíce postrádaly.

S výsledky šetření seznámit odbornou veřejnost prostřednictvím článku.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

PLEVOVÁ, M.: Dítě v nemocnici. Brno: Masarykova univerzita , 1997. 52 s. ISBN 80-210-1551-9.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání. Praha 7 : Grada Publishing, a.s. , 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

GREGORA, M.: Péče o dítě od kojeneckého do školního věku: vývoj dítěte krok za krokem, děti a hračky, očkování, když přijde nemoc, obezita – prevence a řešení. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 139 s. ISBN 978-80-247-2030-2.

VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

Matějček, Z., Psychologie nemocných a tělesně postižených dětí. 1. vydání, Praha: SPN, 1970. 102 s.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Kateřina Šrahůlková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

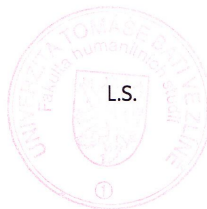
Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 24.2.2011



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Má bakalářská práce nazývající se „Specifika chování a prožívání hospitalizovaného dítěte“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá z pěti kapitol. V první kapitole rozebírám ontogenetickou psychologii. V druhé kapitole se zaměřuji na úzkost a strach u dětí. Třetí kapitola zahrnuje nemoci a bolesti u dětí, subjektivní prožívání nemoci a reakci rodičů na onemocnění dítěte. Čtvrtá kapitola se zabývá pobytem dítěte v nemocnici. Poslední pátá kapitola se věnuje psychologické problematice hospitalizovaných dětí, hospitalizmem, psychickou deprivací a separací. V praktické části jsou vyhodnocené výsledky z dotazníkového šetření zaměřeného na to, jak dlouhou dobu byly děti nejčastěji hospitalizovány v nemocnici, na jakém oddělení byly nejčastěji hospitalizovány, s jakým úrazem, nebo nemocí děti nejčastěji ležely v nemocnici, zda s dětmi byl během hospitalizace někdo z rodičů, nebo rodinných příslušníků a co děti v nemocnici nejvíce postrádaly. Výsledky jsou zpracovány pomocí grafů a tabulek. Další část praktické části tvoří kazuistika mé sestřenice, která byla dvakrát dlouhodobě hospitalizována v nemocnici.

Klíčová slova: dítě, ontogeneze, úzkost, nemoc, hospitalizmus.

ABSTRACT

My bachelor thesis is called „The specifics of behavior and experiences of hospitalized child“ and is divided into theoretical and practical part. The theoretical part consists of five chapters. In the first chapter, I occupy in psychology of ontogenesis. In the second chapter I focus on children's anxiety and fear. The third chapter involves children's illnesses and pain, subjective perception of illness and parents' reaction to child's disease. The fourth chapter deals with children's stay in hospital. The last chapter occupies with psychological problems of hospitalized children, with hospitalization, psychological deprivation and separation. In the practical part, I evaluate the results from a questionnaire, which intents on how long the children were hospitalized, on which ward, with what injury or illness, whether there was one of the parents or relations with them and what children mostly lacked at hospital. The results are compiled with charts and graphs. The practical part also includes case report of my cousin that was hospitalized in the long term twice.

Key words: child, ontogenesis, anxiety, illness, hospitalization.

Děkuji Mgr. Kateřině Šrahůlkové, Ph.D. za rady, podněty a připomínky, které mi poskytla během zpracovávání této bakalářské práce.

Velké díky patří mé sestřenici, která mi poskytla materiál k napsání kazuistiky i všem respondentům.

Dále děkuji celé mé rodině, mému příteli a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali ke zdárnému ukončení studia.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ONTOGENETICKÁ PSYCHOLOGIE	13
1.1 PRENATÁLNÍ OBDOBÍ.....	13
1.2 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ.....	13
1.3 BATOLECÍ OBDOBÍ.....	14
1.4 PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ.....	14
1.5 ŠKOLNÍ VĚK	14
1.6 DOSPÍVÁNÍ.....	15
1.7 DOSPĚLOST	15
1.8 STAŘÍ.....	15
2 ÚZKOST A STRACH U DĚTÍ	16
2.1 POJEM ÚZKOST A STRACH	16
2.2 VZNIK ÚZKOSTI A STRACHU	17
2.3 ÚZKOST A STRACH U DĚTÍ.....	17
2.4 ÚZKOST A STRACH V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ.....	18
3 NEMOCI A BOLESTI U DĚTÍ	19
3.1 NEMOC.....	19
3.1.1 Problematika nemoci.....	19
3.2 PSYCHICKÉ PROBLÉMY SPOJENÉ SE SOMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM V DĚTSKÉM VĚKU	20
3.2.1 Obraz somatického onemocnění v dětském věku.....	20
3.3 SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ NEMOCI.....	21
3.4 REAKCE RODIČŮ NA ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE.....	22
3.4.1 Zátěž rodičů.....	22
3.4.2 Postoj rodičů k nemocnému dítěti	23
3.5 BOLEST.....	24
3.6 STÁDIA ONTOGENETICKÉHO VÝVOJE A TIŠENÍ BOLESTI	24
3.6.1 KOJENCI.....	24
3.6.2 PŘEDŠKOLNÍ DĚTI	24
3.6.3 Školní děti	24
3.6.4 Adolescenti.....	25
3.7 POZOROVÁNÍ A HODNOCENÍ BOLESTI U DĚTÍ.....	25
3.8 PROBLEMATIKA BOLESTI U DÍTĚTE	25
4 DÍTĚ V NEMOCNICI	26

4. 1 PŘÍPRAVA DÍTĚTE DO NEMOCNICE.....	26
4. 2 PŘIJETÍ DÍTĚTE DO NEMOCNICE	27
4. 3 POBYT DÍTĚTE V NEMOCNICI.....	27
4. 4 PŘIZPŮSOBENÍ SE NOVÉMU PROSTŘEDÍ.....	28
4. 5 NÁVŠTĚVA DÍTĚTE V NEMOCNICI	28
4. 6 PROPUŠTĚNÍ DÍTĚTE Z NEMOCNICE.....	29
5 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ	30
5. 1 HOSPITALIZMUS	30
5. 1. 1 DĚTSKÝ HOSPITALIZMUS.....	30
5. 2 PSYCHICKÁ DEPRIVACE	31
5. 3 PSYCHICKÁ SEPARACE.....	32
5. 4 ZVLÁŠTNOSTI VÝCHOVNĚ-VZDĚLÁVACÍ PRÁCE PŘI MŠ A ZŠ V NEMOCNICI.....	33
5. 4. 1 Organizace výchovy MŠ	33
5. 4. 2 Organizace výchovy při ZŠ	35
5. 5 HRA	36
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
6 VÝZKUMNÁ ČÁST	38
6. 1 CÍLE VÝZKUMU	38
6. 2 METODA VÝZKUMU.....	38
6. 2. 1 Co je to dotazník	38
6. 3 ORGANIZACE VÝZKUMU	39
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	40
8 KAZUISTIKA	63
8. 1 PŘÍPADOVÁ STUDIE O SESTRĚNICI	63
9 DISKUZE ZÁVĚRU	71
ZÁVĚR	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	77
SEZNAM TABULEK	78
SEZNAM GRAFŮ.....	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

K výběru tématu mojí bakalářské práce „Specifika chování a prožívání hospitalizovaného dítěte“ mě vedla zkušenost s vážnou nemocí u mé sestřenice. Mě samotnou, ale i celou rodinu, tehdy velmi zasáhlo, že člověk nám velmi blízký může onemocnět v pouhých dvanácti letech zákeřnou nemocí a být na hranici mezi životem a smrtí. V její životní zkoušce jí pomohla obrovským způsobem celá rodina a především její rodiče a nejbližší. Velký vliv na úspěšné uzdravení měla také její silná vůle, kterou mnoho lidí nemá. Tato vůle, bez které by se neobešla, jí pomohla překonat vážnou nemoc a mnoho problémů s tím souvisejících.

Každé dítě potřebuje od svých rodičů lásku, pohazení a podporu. Lásku a podporu děti potřebují ještě víc v situaci, kdy jsou vystavené nějaké zátěžové situaci, mezi které hospitalizace v nemocnici rozhodně patří. Dítě snáší zátěžové situace lépe, pokud jsou mu rodiče na blízku a podle svých možností jsou mu nápomocni, a to také při léčebných úkonech. V dnešní době většina nemocnic umožňuje, aby s dítětem byl rodič. Myslím si, že je velká pomoc, když rodič je s dítětem v nemocnici, např. když se dítěti má odebrat krev, změřit krevní tlak atd. Rodič může dítě podržet, uklidnit, pohladit, protože v náruči rodičů se dítě určitě bude cítit lépe, než v náruči cizí osoby. Přítomnost rodiče může být přínosná jak pro dítě, tak i pro zdravotnický personál, který s dítětem pracuje. Také i samotné dítě je spokojenější, když po celou dobu hospitalizace je mu matka neustále na blízku a dává mu pocit bezpečí.

Když onemocnění dítě závažnou nemocí, tak to je velký šok pro rodiče a celou rodinu. Nejdřív tomu nemůžete uvěřit, že to je realita a bohužel ne špatný sen a pak si začíná člověk klást otázky: „ Proč zrovna naše dítě onemocnělo? To není fér, proč se to muselo stát zrovna nám? atd.“ Dle mého názoru, každý člověk se s tím musí vyrovnat nejlépe za pomoci své rodiny a přátel a říct si: „ Budeme bojovat a vše zvládneme, naše dítě nás potřebuje“. I já sama ve věku dvanácti let jsem se musela vyrovnat s tím, že mám sestřenici vážně nemocnou a nevědělo se zda přežije víkend. Pamatuji si, že v hlavě se mi honily myšlenky, jak se asi cítí, co když ji už nikdy nevidím, nepromluví s ní, nebudu si s ní hrát a vyrůstat. Přineslo to s sebou spoustu slz, výčitek a byla jsem naštvaná na celý svět. Jak já říkám: „ Když to člověk nezažije, tak to nepochopí“.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na ontogenetickou psychologii, úzkost a strach u dětí, nemoci a bolesti, dítě v nemocnici a na psychologickou problematiku hospitalizovaných dětí. V praktické části jsem se zaměřila na zkušenosti dětí s hospitalizací v nemocnici, jak dlouho, kde a s čím byly děti nejčastěji hospitalizovány, zda s nimi byl během hospitalizace někdo z rodičů nebo rodinných příslušníků a co v nemocnici nejvíce postrádaly. S výsledky šetření seznámím odbornou veřejnost prostřednictvím článku v odborném časopise.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ONTOGENETICKÁ PSYCHOLOGIE

Ontogenetická psychologie zkoumá kvalitativní a kvantitativní změny psychického prožívání a chování člověka během celého života. Můžeme ji charakterizovat jako jednu ze základních psychologických věd, resp. disciplín, která sleduje vývoj života a stárnutí psychických procesů a stavů a vlastností ve všech stádiích lidského života (Kuric, 2001).

1.1 Prenatální období

Životní běh člověka nezačíná jeho narozením, ale početím. Porod je pouze jedním velmi významným časovým bodem v průběhu vývoje. V některých kulturách dokonce bylo stáří člověka počítáno od předpokládaného data početí.

Prenatální období je tedy období mezi početím a narozením dítěte, které trvá asi 40 týdnů tj. (9 měsíců).

Langmeier, Krejčířová (2006) dělí prenatální období do několika fází:

1. oplodnění a vytvoření zárodku (trvá asi první 3 týdny)
2. embryonální období (4 – 12. týden) jsou vytvořeny všechny základy důležitých orgánů člověka; zárodek je v tomto období velmi citlivý na nejrůznější možné teratogenní vlivy
3. fetální období (od 12. týdne do porodu) orgány jsou biologicky vyvinuté a začínají se ujímat své funkce

1.2 Novorozenecké období

Jde o časový úsek, který je vymezený prvními čtyřmi týdny života člověka. Hned po porodu je chování novorozence a matky regulováno biologicky. U dítěte se např. objeví sací reflex, matka novorozenci poskytuje péči a neopustí je (proto je důležitá stálá přítomnost matky u dítěte). V tomto období se vytváří pevný vztah mezi matkou a dítětem. Časný kontakt, včetně kojení, stimuluje mateřské instinktivní chování.

Pro dítě a matku je důležité především kojení, vzájemný kožní, oční a somatický kontakt (vznik a rozvoj prvních sociálních reakcí dítěte). Péče o novorozence má probíhat v souhlasu s jeho individuálním a biologickým rytmem jako jsou např. intervaly krmení, spánku atd. Dospělý se v tomto období přizpůsobuje dítěti a ne naopak (Vymětal, 2003).

1.3 Batolecí období

Toto období odpovídá prvnímu až třetímu roku života dítěte. Z kojence se stává batole. Lezení, později chůze a běhání, jsou určeny nejen zráním a vrozeným temperamentem, ale také tím, jak je ze strany rodičů dítě podněcováno a jak dítěti poskytují jistotu a bezpečí. Pohybem se od matky odpoutává, její přítomnost kontroluje zrakem. Fyzické oddalování vede svým způsobem k psychickému oddělování dítěte od matky, což je důležité. V tomto období dítě používá dospělého „jako nástroje“, začíná se prosazovat, typické jsou jeho výkyvy nálady a hněv. Dítě se s dospělým začíná identifikovat, napodobuje jej a přijímá jeho pohled na sebe. Na konci třetího roku dítě obvykle již mluví, běhá a převládá u něho hra manipulativní, experimentální, později napodobivá a ke konci tohoto období nastupuje hra sociální – dítě si hraje s ostatními dětmi (Vymětal, 2003).

1.4 Předškolní období

Předškolní období je často nazýváno také obdobím předškolního věku nebo věku mateřské školky. Začíná čtvrtým a končí šestým až sedmým rokem dítěte. V herních činnostech se objevuje snaha o společensky ohodnocené aktivity a různé výkony, které se stávají základem připravenosti dítěte pro vstup do mateřské školky. V tomto období značně pokročí vytváření dětské osobnosti (Kuric, 2001).

1.5 Školní věk

Školní věk je úsek života, který začíná nástupem dítěte do školy. V tomto období začíná výraznější srovnávání mezi dětmi. Role školáka se stává pro dítě důležitou součástí jeho sebepojetí a identity. Je důležité, aby děti byly svými rodiči, ale i školou akceptovány a zažívaly úspěch. Na počátku školního období zhruba v první a druhé třídě je sebehodnocení dítěte závislé na mínění rodičů a učitelů. Postupně pro dítě nabývá na důležitosti hodnocení svých vrstevníků se kterými se dítě identifikuje a snaží se mezi nimi prosadit. Dítě se také učí základním rolím daným jeho pohlavím. Nyní si osvojují a rozvíjejí dívky ženskou roli a chlapci mužskou roli. Je důležité, aby děti doma viděly dobré vzory vzájemného jednání (Vymětal, 2003).

1.6 Dospívání

Dospívání probíhá v období mezi jedenáctým a dvacátým rokem života dítěte. Lze jej dělit na období: prepuberty (od jedenácti do třinácti let), puberty (od třinácti do patnácti let), adolescence (od patnácti do dvaceti let). Znamená radikální období a obrat v životě lidského jedince. Úkolem dospívání je přeměna dítěte v dospělého. Dospívání probíhá jako intenzivní tělesný a psychosociální rozvoj provázený touhou, hledáním a zvýšenou psychickou zranitelností. Dospívání z psychologického hlediska můžeme charakterizovat jako hledání nové vlastní identity. Dospívání bývá také nazýváno obdobím druhého vzdoru, prostřednictvím kterého mladý člověk nalézá sám sebe. Pro dospívajícího je nesmírně důležitý jeho vnější zjev a tělesné schéma. V době dospívání nastává objevení vlastní sexuality. Dospívání je obdobím přátelství, tedy navazování vztahů mezi lidmi (Vymětal, 2003).

1.7 Dospělost

Dospělost dělíme na: dospělost časnou (20-30 let), střední (30-50let), a pozdní (50-65 let). Dospělost můžeme také označit jako věk, ve kterém se stýkají a potýkají vývojové síly rozvoje (progrese) a stárnutí (regrese). Progresi podporuje také způsob života, který vedeme. Jestli dodržujeme běžné pravidla životosprávy, psychohygieny a máme dobrou konstituční výbavu, lze očekávat pomalejší stárnutí. Hlavními úkoly dospělosti je založení rodiny, výchova dětí a profesionální zakotvení (Vymětal, 2003).

1.8 Staří

Stáří je závěrečným obdobím života jedince. Kvalita života jedince či člověka v tomto období závisí na jeho zdravotním stavu, možnosti uplatnění, hodnotové orientaci, a také na přijetí člověka nejbližšími lidmi. Na stáří je potřeba se připravovat již v období střední dospělosti tím, že si vytváříme zázemí pro aktivní způsob života. Ten je pak limitován psychickým a somatickým zdravotním stavem jedince. Jsme – li zdraví tělesně, psychicky a druhými akceptováni jako potřební, lze se osobnostně vyvíjet a růst až do smrti. Starý člověk se více než smrti obává bezmoci, závislosti na druhých lidech a fyzického utrpení při umírání. Stáří je časem, kdy se život uzavírá v jeden celek. Snadněji se umírá tomu, kdo ve svém životě našel smysl (Vymětal, 2003).

2 ÚZKOST A STRACH U DĚTÍ

„Úzkost a strach jsou psychické jevy, které zná každý z nás z vlastní zkušenosti. Doprovázejí nás po celý život. Podílejí se významnou měrou na formování osobnosti člověka a jeho socializaci – tedy na osvojování lidských kvalit, jako jsou vztah k druhému či morálka. Úzkost a strach řadíme mezi emoce, proto mají pro jedince (ale i lidské společnosti) motivační sílu a usnadňují nám adaptaci na nové podmínky života. Přispívají tak k porozumění sobě, které je východiskem k porozumění ostatním lidem – dětem i dospělým“ (Vymětal, 2004, s. 11).

Strach je tedy reakce na ohrožující podnět a úzkost je nepříjemný emoční stav při kterém nevíme čeho a proč se bojíme.

2.1 Pojem úzkost a strach

Úzkost a strach řadíme mezi pojmy, které vychází z latinského slova *movére* – pohnout. Pociťujeme, prožíváme a vnímáme je (Vymětal, 2007). Mezi pojmy úzkost a strach není přesná hranice a jejich užívání je věcí zvyku popř. jazykového citu.

Strach je definovaný jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý objekt nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je reakcí na poznané nebezpečí, má signální a obrannou funkci. Zahrnuje především pocit napětí, neklidu a sevřenosti. Pokud jde o fyziologické změny, strach se projevuje většinou nespecificky a zasahuje všechny orgány a funkční systémy. Bývá zrychlená činnost srdce a s tím souvisí zrychlený srdeční puls a vyšší krevní tlak, dýchání je rychlejší nebo zpomalené, v ústech pociťujeme sucho, objevuje se husí kůže, zvyšuje se svalové napětí apod. Mimika silně úzkostného a ustrašeného člověka se neliší a bývá popisována jako vyděšený výraz, pootevřená ústa, strnulý obličej, bledý obličej, pohyby jsou nepřesné (Vymětal, 2004).

Úzkost vyjadřuje hlavní pocit, který tento stav doprovází. Na rozdíl od strachu je pro úzkost typické, že si neuvědomuje konkrétní objekt nebo situaci, které ji vyvolávají, a proto bývá doprovázena napětím, bezradností a panikou. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá nepříjemnější než strach. Úzkost snášíme hůře, než strach, protože člověk se cítí lépe, když se může orientovat a má-li přehled - strach je obava před něčím

konkrétním. Úzkost většinou přechází ve strach, a naopak (Vymětal, 2004). Úzkost jde často ruku v ruce s bezmocností, která vyvolává pocit, že člověk není schopen nebezpečnou situaci zvládnout. Platí to především pro sociální, výchovně podmíněnou úzkost. Právě tyto úzkosti se dítěti zdají být často hroživé, zasahují celé jeho části osobnosti a negativně ovlivňují jeho důvěru (Rogge, 1999). Dítěti bychom měli dopřát pocit bezpečí a jistoty a lidská náruč by se měla stát pro dítě ochranou před úzkostí (Matějček, 2008).

2.2 Vznik úzkosti a strachu

Úzkost a strach vznikají na základě naší individuální zkušenosti se světem. Tuto zkušenost získáváme učením, nápodobou a převzetím od druhých pomocí řeči a myšlení.

O strachu a úzkosti můžeme mluvit od poloviny prvního roku života dítěte, protože do té doby reaguje na nelibé podněty pouze odtažením, křikem a vyhýbáním se. V prvních dvou letech mívá dítě strach z reálných objektů, později k nim se přidává fantazijní ohrožení (z pohádkových a nadpřirozených bytostí atd.). Obavy fantazijního rázu naučené od druhých lidí bývají silnější, než strach vzniklý na reálné zkušenosti. Strach obvykle prožíváme při setkání s neznámými, nepříjemnými a neobvyklými podněty, které nás zdánlivě nebo skutečně ohrožují a signalizují nebezpečí. Malé dítě, které např. štípne husa, se poté zpravidla bojí všech bílých zvířat s peřím. Negativní zkušenosti se upevňují posilováním, a naopak zeslabují neposilováním, popřípadě navozením pozitivní zkušenosti, která je neslučitelná se strachem a úzkostí (Vymětal, 2004).

2.3 Úzkost a strach u dětí

Dětství si člověk v sobě nese po celý život. Základy jeho osobnosti se vytvářejí právě již v dětství a v dospívání. Jsou lidé, kteří v dětství úzkost a strach prožívali častěji a v dospělosti těmito pocity netrpí, protože mají dostatečně dobrou konstituční výbavu a psychické obranné mechanismy. A nebo žijí v prostředí, které jim poskytuje oporu a bezpečí. Nepřiměřená úzkost a strach u lidí, kteří prožili harmonické dětství, bývá známkou toho, že se ocitli v extrémní životní situaci, a jejich prožitky jsou varovným signálem ohrožení. Měli bychom co nejméně děti vystavovat negativním zkušenostem, které vyvolávají a doprovázejí úzkost a strach (Vymětal, 2004.).

2.4 Úzkost a strach v nemocničním prostředí

Velkou roli u dětí v nemocnici hraje strach. Některé děti jsou strašeny z domova nebo od kamarádů, bojí se bolestí, zákroků, neznámých osob atd. Někdy se děti nechtějí přiznat dospělým, že mají strach, protože si myslí, že by se jim dospělí posmívali. Svěřují se druhým dětem a svůj strach na ně přenáší a nakonec se straší navzájem. Jedno dítě, které se bojí, dokáže lehce vystrašit celý pokoj. Měli bychom si získat důvěru dítěte, aby nám řeklo čeho se bojí. Nejlepší je proti dětskému strachu laskavost, povzbudivé chování zdravotního personálu a klid. Vyhýbáme se tomu, aby si děti četly strašidelné příběhy. Všímáme si především dětí, které jsou zamlklé, které se bojí příchodu večera a zhasnutí světla v pokoji. Slovo má léčebnou moc, je-li správně použito k povzbuzení a uklidnění dítěte (Matějček, 1970).

3 NEMOCI A BOLESTI U DĚTÍ

Nemoc dítěte znamená závažný stres nejen pro jeho rodinu, ale i pro samotné dítě. Přináší s sebou bolest, léčebné procedury, strach z nich, ale i strach z cizích osob, z dietních opatření, z omezení pohybu, z odloučení od svých vrstevníků, z narušení denního režimu či ze změny chování rodičů při strachu o dítě. To vše s různou mírou závažnosti nejen dle druhu onemocnění, ale také podle věku dítěte (Říčan, Krejčířová a kolektiv, 2006). Dětem je důležité říkat pravdu pokud bude zákrok bolestivý (Dobrovodská, 2007).

3. 1 Nemoc

„Slovo nemoc je definováno jako porucha zdraví. Nemocný člověk je stížený nemocí. Anglický termín pro nemocného člověka „ill“ je chápán jako stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezi“ (Křivohlavý, 2002, s. 15).

3. 1. 1 Problematika nemoci

Nemoc můžeme chápat jako reakci organismu na vnitřní nebo vnější škodliviny. Závažná a dlouhodobá nemoc, znamená často výraznou změnu životních podmínek člověka. Nemocný je postaven před situace, se kterými se nikdy nesetkal, dochází k narušení pocitu bezpečí a jistoty a mohou se změnit životní perspektivy nemocného. Velmi často se mění stupnice jeho hodnot, zdraví pak zaujímá jedno z hlavních pozic. Můžeme se setkat i s pocitem viny u některých nemocných (obviňují se, že ke vzniku nemoci přispěli), mění se jejich emoční stavy, frustrační tolerance, reaktivita atd. Nemoc lze považovat za typickou frustrační situaci. Onemocnění nedovoluje uspokojování poznávacích potřeb, může dojít ke značné redukci sociálních kontaktů nemocného, nemoc může bránit prožitkům úspěšnosti. U nemocného můžeme pozorovat typické známky chování frustrovaného, např. agresivní projevy, růst vnitřního napětí, anebo stereotypii (Koluchová, 1989).

Jak upozorňuje např. Parmelee (in Koluchová, 1989), nelze přehlížet to, že řada běžných dětských nemocí může zaujímat v procesu socializace člověka i pozitivní roli.

Mohou příznivě ovlivňovat emoční a kognitivní vývoj dítěte, přispívat k rozvoji zkušeností s vlastním tělem, být významným faktorem empatie a prosociálního jednání. Vždy je třeba brát v úvahu i možnost účinků nežádoucích. Časté, i když běžné a lehké dětské nemoci, mohou ve zvýšené míře zaujímat pozornost dítěte na procesy ve vlastním těle a vést dítě k hypochondrickému vývoji. Opakované bolesti pak mohou zvyšovat pohotovost k úzkostným reakcím atd.

3. 2 Psychické problémy spojené se somatickým onemocněním v dětském věku

Nemoc dítěte závisí na vývojové úrovni dítěte, na obvyklém očekávání dětství jako šťastného období i na úzkostně ochranném až rozmazlujícím přístupu dospělé populace k dětem (Vágnerová, 2004).

3. 2. 1 Obraz somatického onemocnění v dětském věku

Děti reagují na problémy spojené se somatickou nemocí jinak než dospělí. Jejich prožívání nemoci je vázáno na aktuálních pocitech víc než na představě jejich důsledků pro další budoucí život (Vágnerová, 2004).

Působení somatického onemocnění na psychiku dělí Koluchová (1989) do dvou základních skupin:

1. Vlivy přímé

K přímým psychickým následkům somatického onemocnění můžeme zařadit poruchy činnosti a duševního vývoje jedince, ke kterým dochází např. v důsledku změn ve tkáních, v důsledku porušené činnosti tělesných orgánů nebo patologických změn centrálního nervového systému. Postihují přímo centrální nervový systém, a to má vliv na psychické procesy. Pro výsledné psychické změny je typická značná proměnlivost, a to nejen v projevech, ale také v intenzitě. Často je nerovnoměrné postižení psychických funkcí. Jejich změny mohou být trvalé, dlouhodobé, nebo dočasné.

2. Vlivy nepřímé

Mezi tyto vlivy můžeme zahrnout vše, co souvisí se změnou životní situace nemocného. Jedná se o zvýšenou zátěž organismu, přetěžování nervové

soustavy bolestmi různými potížemi nebo hospitalizací, patří sem i chyby ve výchovném přístupu k nemocnému dítěti a řada dalších různých vlivů (Koluchová, 1989).

3. 3 Subjektivní prožívání nemoci

Subjektivní prožíváním nemoci se odráží stupeň znalosti a informovanosti o nemoci. Vystupuje do popředí požadavek pochopit individualitu konkrétního nemocného. U některých se můžeme setkat s rozlišnými znalostmi z oblasti medicíny, které mohou způsobovat nedůvěru v lékařův postup, přesvědčení o chybnosti diagnózy a různé jiné postupy (Koluchová, 1989).

Vztah dítěte k vlastní nemoci je ovlivněn do značné míry tím, jak se k jeho nemoci staví rodiče. Kondáš a Ličko (in Koluchová, 1989) rozlišuje 3 způsoby adaptace na onemocnění:

1. depresivně – pesimistická adaptace: zvýšené obavy, strach z následků a komplikací, blokování obraných sil organismu.
2. optimistická adaptace: je méně nevhodná než první typ, ale i ona může mít negativní následky. Často se objevuje popření správnosti diagnózy, podceňování závažnosti onemocnění, nedodržování terapeutických opatření.
3. realistická adaptace: reakce na chorobu je adekvátní stupni závažnosti choroby, stav je respektován, jsou plněna hodnocení lékaře.

Do věku 10 až 11 let dítě vnímá svou nemoc tak, jak to vidí ve svém okolí, především u svých rodičů. Dítě je potřeba poučit, říci mu, co se s ním děje a bude dále dít, vysvětlit mu smysl léčebných opatření apod. Onemocnění dítěte může výrazně ovlivnit i citové vztahy rodičů v pozitivním i negativním smyslu. Závažné onemocnění dítěte přivede rodiče k poznání, jakou cenu pro ně dítě má. Vlivem zvýšené zátěže rodičů může docházet k projevům negativních emocí, protože nemoc dítěte může narušit či změnit plány rodičů (Koluchová, 1989).

Při prožívání onemocnění se mohou uplatňovat i další momenty – výhody role nemocného (zvýšená péče a pozornost okolí nebo úleva od některých povinností). Mohou být zdrojem rozpolcenosti v prožívání nemoci, a některé aspekty dítě začíná hodnotit

kladně. Často tak bývají podmíněny simulační tendence např. předstírání, resp. zveličování příznaků nemoci (Koluchová, 1989).

3. 4 Reakce rodičů na onemocnění dítěte

Nemoc dítěte je pro rodiče zátěžovou situací. Rozpor mezi skutečností a standardním očekáváním zdravého vývoje dítěte vede k prožitku silné frustrace a stresu. Celková zátěž, která je dána nemocí dítěte, zahrnuje emoční trauma vyplývající z faktu, že jejich dítě je vystaveno utrpení. Rodiče musí tuto zátěž zpracovat a způsob, jak na ni reagují a do jaké míry ji zvládnou, spoluurčuje, jak bude tato situace stresující pro dítě. Stejně jako v jiných případech je pro dítě nejdůležitější postoj rodičů a z něho vyplývající chování.

Nemoc dítěte je hodnocena dospělými více emočně, protože postihuje bezbranného jedince, který začíná žít a je vystaven utrpení. Rodiče reagují kombinací různých citových prožitků:

- úzkostí a strachem, který se vztahuje k představě dalšího ohrožení dítěte
- hněvem nebo vztekem na nespravedlivou situaci, které dítěti působí utrpení
- smutkem a depresí, které můžeme chápat jako truchlení nad ztrátou zdraví dítěte. Depresivní ladění může souviset i s uvědoměním omezených možností pomoci svému dítěti a před nemocí je ochránit.

Rodiče někdy nemají o nemoci svého dítěte přiměřené a dostatečně přesné znalosti. Ovlivňují je názory laiků i mediálně prezentované informace. Výsledkem je pocit určité bezradnosti, který není dobrým východiskem. Emoční stav rodičů nedovoluje, aby posoudili situaci svého dítěte objektivně. Jejich hodnocení bývá zkreslené obavami, resp. přáním.

Rodiče jsou ochotni věřit čemukoliv, co by jim mohlo přinést naději (Vágnerová, 2004).

3. 4. 1 Zátěž rodičů

Zátěž rodičů probíhá v několika fázích, kterými rodiče procházejí. Ty se liší v závislosti na mnoha faktorech – objektivních i subjektivních. Informace o závažném onemocnění dítěte se pro rodiče stává mezníkem mezi dřívější ztracenou dobou pohody

a novým, zlým obdobím. Postupně přijímají to, že jejich dítě je závažně nemocné. Musí se začít vyrovnávat s tak těžkou zátěží, jakou je znehodnocení či dokonce ohrožení života jejich dítěte. Rodiče dětí, které jsou ve fázi léčby úrazu a nebo závažného infekčního onemocnění, jsou ve velké nejistotě. Nikdo jim nemůže říct, jaké trvalé následky bude úraz či onemocnění mít a oni sami nemohou průběh léčení nijak ovlivnit. Většina rodičů se odmítá s touto situací smířit, chtějí bojovat o uzdravení nebo o co největší zlepšení stavu dítěte. Reakce rodičů se mění podle toho, jak onemocnění dítěte probíhá. Jestliže se nemoc nelepší, anebo dokonce dochází ke zhoršení, roste zoufalství rodičů a zvyšuje se riziko zkratkového jednání. Pokud by bylo možné očekávat, že se dítě nikdy neuzdraví nebo by mohlo být ohroženo na životě, je potřeba rodičům pomoci nalézt v této situaci smysl jejich života (Vágnerová, 2004).

3. 4. 2 Postoj rodičů k nemocnému dítěti

Postoj rodičů k dítěti se často mění pod vlivem zátěže, kterou nemoc přináší. Bývá potřeba vynahradit dítěti to, co mu nemoc vzala a zlepšit tak jeho emoční bilanci. Hyperprotektivní a často nadměrně tolerující postoj může být reakcí na vlastní pocity nespokojenosti. Tento postoj nemusí být pro dítě přínosný, protože mu bude bránit v dostupném a přijatelném rozvoji (Graham a kol., in Vágnerová, 2004).

Onemocnění dítěte také ovlivňuje další rozvoj rodinných vztahů. Je zátěží, která může vést k jejich narušení a rozpadu, také ale může být přijat jako společný úkol, který rodinnou soudržnost posiluje. Vždy musíme počítat s tím, že oba rodiče se nebudou vyrovnávat s tímto problémem stejným způsobem a ve stejném tempu. Projeví se to nesouladem jejich prožitků a názorů na řešení situace. Za nejdůležitější je považována schopnost rodičů komunikovat o problému a vytvořit si tak příležitost pro sdílení svých pocitů, vyjádření vzájemné opory a nakonec přijetí řešení. Pro osamělé matky nemoc dítěte představuje mimořádnou zátěž.

Pod vlivem onemocnění dítěte se mohou se měnit i osobnostní vlastnosti rodičů. Takto závažná a dlouhodobá stresová situace zdůrazňuje rozvoj některých vlastností. Ovlivní např. to zda rodič bude rezignující, asertivní a nebo agresivní. Psychickou reakcí na onemocnění může být prohloubení vědomí své odlišnosti od rodičů zdravých dětí (Vágnerová, 2004).

3. 5 Bolest

„Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození“ (Křivohlavý, 2002, s. 83).

Bolest pociťují všechny vyšší organismy a u všech nalzáme společné příznaky, jako jsou např. změna fyziologických funkcí, hormonální změny apod. Rozvinutí bolesti je patrné již ve 24. týdnu života plodu. Přes to však její hodnocení a následná léčba zůstává u malých dětí problémem (Kotková, 2010).

3. 6 Stádia ontogenetického vývoje a tišení bolesti

V závislosti na stádiu svého fyzického a kognitivního vývoje budou kojenci, děti a adolescenti na bolestivé zážitky reagovat rozdílně a budou je odlišně popisovat.

3. 6. 1 Kojenci

Bolest, kterou dítě prožije v kojeneckém období, může zvýšit citlivost na bolest i v pozdějším životě. Reakce na stres je u kojenců 3-5krát silnější než u dospělých (Taddio a kol., in Dobrovodská, 2007).

3. 6. 2 Předškolní děti

Je to jedna z nejobtížněji zvladatelných skupin. Předškolní děti mají omezenou slovní zásobu, často se bojí cizích lidí (Robinson a Collier, in Dobrovodská, 2007). Děti mohou bolest považovat za trest a na zdravotníka, který jim bolest způsobuje, mohou reagovat kopáním a kousáním (Hurley a Whelan, in Dobrovodská, 2007).

3. 6. 3 Školní děti

Tato skupina dětí má živou představivost. To, jakým způsobem děti reagují na bolestivé situace, a slova, která používají k popisu bolesti, je chováním naučeným z rodiny, ale vliv má také kultura, společnost a náboženství. Avšak již školní děti jsou schopny popsat, jak se cítí, a dokáží určit místo bolesti (Twycross, in Dobrovodská, 2007).

3. 6. 4 Adolescenti

Adolescenti potřebují čas, aby si mohli vybudovat důvěru ke zdravotníkům. Potřebují informace o svém stavu, a kde je to možné, měli by dostat možnost volby, zvláště pokud trpí chronickým onemocněním. Když musejí adolescenti podstoupit nějaký zákrok, mohou se vrátit na předchozí vývojový stupeň a vyžadovat např., aby byl v nemocnici či jinde přítomen rodič (Favarolo, in Dobrovodská, 2007).

3. 7 Pozorování a hodnocení bolesti u dětí

Pozorování a hodnocení bolesti u dětí je mnohem složitější a náročnější než u dospělých. Hodnocení bolesti od pacienta vyžadujeme, aby nám verbálně popsal charakter a stupeň bolesti, čehož malé dítě není schopno. Dítě předškolního věku dokáže říci: „, Bolí mě břicho“ atd., ale těžko nám u bolesti popíše charakter, intenzitu, či časový interval. Na základě jeho informací přesně nemůžeme určit nebo hodnotit jeho subjektivní vnímání bolesti. Následné určení bolesti musí probíhat podobně jako u novorozenců a kojenců, tedy za pomoci vlastního pozorování. Zdravotnický personál hodnotí bolest dle různých hodnotících škál, které vždy musí být přiměřené věku a schopnostem dítěte. Sestry by měly umět bolest u dítěte správně určit a rozpoznat. Důležité informace o prožívání bolesti u dítěte nám mohou podat jeho rodiče, kteří ho znají nejlépe (Kotková, 2010).

3. 8 Problematika bolesti u dítěte

Příčinou bolesti je trvalé poškozující dráždění, ale můžeme pozorovat bolest i bez příčiny (psychická nebo centrální bolest, která se pojí se strachem a emočním napětím). Bolest upozorňuje, že není v organismu něco v pořádku, že dochází k poruše nějakého orgánu nebo funkce. Signalizační funkce je pro organismus životně důležitá, protože nepřímo potvrzuje výjimečné případy osob, u nichž došlo k poruše citlivosti na bolest. Signalizační funkce bolesti nejsou dokonalé, o čemž svědčí rozpory mezi silou bolesti a stupněm poškození. Někdy i menší poranění může značně bolet, zatímco některá onemocnění jsou provázena minimální bolestí (Koluchová, 1989).

4 DÍTĚ V NEMOCNICI

Láska, jistota a pocit bezpečí patří mezi důležité faktory pro odpovídající rozvoj a duševní harmonii každého člověka dítěte především. Nejvíce děti útlého věku a předškoláci touží po projevech něžnosti a dotyků a mohou být ve zvýšené míře frustrované nedostatečným uspokojováním potřeb. Hospitalizace dítěte představuje stresový faktor, který hluboko zasahuje do emocionální oblasti dítěte. U hospitalizovaného dítěte se přerušuje citová vazba s nejbližšími, nejvíce s matkou, která je pro dítě největším zdrojem jistoty. Nemocniční prostředí je pro dítě nepřirozené a cizí. Dítěti chybí domácí prostředí, dětský pokojíček a možnost vykonávat své oblíbené činnosti (Rapčíková, 2008).

4. 1 Příprava dítěte do nemocnice

Při náhlém onemocnění či úrazu nebývá zpravidla na přípravu dítěte do nemocnice čas. V jiných případech, je-li více času, má být dítě na umístění do nemocnice předem připraveno. Příprava se nejčastěji začíná realizovat v ambulanci střediska, kam dítě přišlo na prohlídku a lékař rozhodl o umístění dítěte do nemocnice.

Začíná se obvykle rodiči, protože budou mít na starost přípravu dítěte na hospitalizaci, než dítě do nemocnice přijde. Postoj, který zaujmou rodiče k nemoci a léčbě dítěte, ovlivní chování dítěte. Lékař vysvětlí rodičům důvody léčebného opatření a snaží se je uklidnit a dodat jim důvěru. Se všemi rodiči, ale nelze jednat stejně. Někteří rodiče jsou úzkostně naladěni a přijmou většinou klidné, autoritativní a přesvědčující chování lékaře. Jiní rodiče mohou být více racionálně založeni a vyžadují důkladné vysvětlení

i s technickými podrobnostmi (Matějček, 1970). „V rámci přípravy je důležité dítě neklamati, vysvětlit mu potřebu hospitalizace i to, co a jak dlouho se s ním v nemocnici bude dělat, povídat si o lidech, se kterými se tam potká a kteří se o něho budou starat. Z hlediska potřeby bezpečí je pro dítě důležité, aby mohlo mít u sebe oblíbenou věc, nejčastěji hračku, knihu, a neméně důležité je ubezpečení rodičů, že ho budou pravidelně navštěvovat“ (Rapčíková, 2008, s. 118). Hračka má dítěti přinášet radost, zábavu a rozvíjet jeho schopnosti (Gregora, 2007). Pozornost věnujeme samozřejmě i samotnému dítěti. Chceme je ušetřit nepříjemných překvapení a stavů úzkosti, které vedou k poruchám chování dítěte a ovlivňují nepříznivě léčebný proces. Dítěti neříkáme lži např. „že jde na

prohlídku“, i když jde na operaci. Opatření rodičů, které mají zabránit tomu, aby dítě „nemělo předem strach“, vyvolávají těžší komplikace, než když se dítěti řekne šetrně a včas celá pravda (Matějček, 1970).

„Závažnou otázkou je délka pobytu v nemocnici. Předškolní děti nemají ještě jasné časové představy, a proto s nimi příliš moc nerozebíráme, co je týden, měsíc nebo „kolikrát se ještě vyspí, než se vrátí domů“. Samozřejmě nepřipomínáme nepříjemnosti, které snad dítě v nemocnici čekají, nemluvíme o stýskání, strachu, pláči a podobných věcech. Naopak, zaměříme se na okolnosti příjemnější a lákavější, jako například „pobyt v nemocnici mu přinese znovu zdraví a pak bude všechno jako dřív“, „pozná nové lidi a nové věci, jaké ani zdravé děti neznají“, „nebude tam samo – vždyť je tam mnoho dětí právě takových jako ono a rychle se s nimi spřátelí“, „maminka bude mít z něho radost, až se přijde podívat“.

O tom, že se přijdeme podívat v návštěvních dnech, mluvíme jako o samozřejmé věci, aby nevznikaly v dítěti pochybnosti, že by mohlo zůstat opuštěné“ (Matějček, 1989, s. 267). S dítětem musíme zacházet klidně, vlídně a s takovým porozuměním, aby si důvěru získali i rodiče dítěte (Matějček, 1970).

4. 2 Přijetí dítěte do nemocnice

Dalším bodem přípravy je vlastní přijetí dítěte do nemocnice. Čím méně bylo předchozí přípravy doma, tím více záleží na prvních dojmech dítěte z nového prostředí. Je potřeba získat od rodičů důkladné informace o dítěti, podle kterých můžeme odhadnout vývojovou úroveň dítěte a udělat si představu o jeho charakteru. Musíme se také zeptat na obvyklý denní program doma, na jeho záliby, návyky, zábavu aj., aby jich mohlo být využito k získání zájmu a spolupráci dítěte (Matějček, 1970).

4. 3 Pobyt dítěte v nemocnici

Je nutno dbát na to, aby děti v nemocnici měly dostatek spánku, aby běžné ošetrovatelské práce a léčebné úkony byly naplánovány tak, aby spánek nerušily. Je třeba vyloučit zbytečné úkony a zásahy, které mohou dítěti přinášet nepříjemné zážitky např. odběry krve, výtěry, injekce apod. Dále je potřeba omezit hluk. Nehlučné mají být sestry

a ostatní zdravotní personál. Nehlučné mají být také samy děti. Proto nedopustíme, aby dítě dlouho křičelo a rušilo ostatní. Vždy je nutné najít příčinu nespokojenosti a odstranit ji (Matějček, 1970). K uspokojování potřeb jistoty a bezpečí u hospitalizovaných dětí přispěje i možnost hospitalizace dítěte s jeho matkou, možnost pravidelných návštěv dítěte, zaměstnávání dětí a plnění povinností do školy (Rapčíková, 2008).

4. 4 Přizpůsobení se novému prostředí

Dítě jakéhokoliv věku se musí po příchodu do nemocnice přizpůsobovat novému prostředí a novým nárokům nemocničního režimu. Často je nuceno k jinému rozložení bdění a spánku než na jaké je zvyklé, stýká se s novými lidmi, má jiný pořádek v jídle, je vystaveno neznámým podnětům při léčebných zákrocích atd. Většinu své energie musí použít na vyrovnání se s těmito nároky a na vytvoření nových návyků (Matějček, 1970). Nepříznivé důsledky může mít i nucená nečinnost. Předškolní děti žijí přítomností. Nedovedou se sami zabavit vzpomínkami nebo plánováním do budoucna, jako to dovedou dělat dospělí. Jejich převládající činností je hra. Nemá-li dítě k ní dost příležitostí a zůstává-li nečinně na lůžku, má přirozenou tendenci hledat si náhradu v zaměstnání s vlastním tělem. U dětí školního věku k tomu dále pojí záležitosti spojené se školním životem. Při delším pobytu v nemocnici ztrácí dítě kontakt s vyučováním a trpí obavami, že zůstane pozadu. Někdy si děti v nemocnici také odvykají soustavné práci, zpohodlní a těžko se pak vrací do normálních školních povinností. Při nemocnicích z tohoto důvodu fungují základní školy, které mají za úkol bránit těmto nezdravým tendencím a udržovat dítě v normální duševní výkonnosti, pokud to jeho onemocnění a léčba dovolují (Matějček, 1970).

4. 5 Návštěva dítěte v nemocnici

Styk dítěte v nemocnici s rodinou většinou bývá velkou pomocí v našem úsilí zajistit dítěti co nejlepší duševní pohodu. Ale někdy může působit i nepříznivě.

Příznivě návštěvy působí tím, že poskytují dětem citové uspokojení ze styku se známými osobami a zbavují je pocitu opuštěnosti. Také jim říkají všechny informace o tom, co se děje doma, a o všem ostatním, co dítě zajímá. Pro školáky je důležité, aby zůstali v kontaktu s vyučováním a s tím, co se děje ve škole. U dlouhodobě

hospitalizovaných dětí jsou pravidelné návštěvy jediným prostředkem, jak udržovat citová pouta mezi dítětem a rodinou.

Návštěvy mohou mít i své stinné stránky. Odchodem dítěte do nemocnice život rodiny byl vyveden z normálních kolejí. Rodiče, ale také i sourozenci se doma cítí opuštění, osamělí, trpí pocitem viny a nejistotou a mají starosti. Nebezpečí vzniká tam, kde mezi rodiči a dítětem je úzkostný a nebo velice přepjatý citový vztah. Za takových podmínek vyvolá každá návštěva silné opakování citových otřesů při prvním loučení a vnese rozčilení a neklid do celého oddělení. Jestli se opakují takové návštěvy často, těžko můžeme dokázat, aby se dítě uklidnilo a nabylo duševní rovnováhy, jaké je ke zdárné léčbě potřeba. V takovém případě se snažíme návštěvy omezit nebo je úplně vyloučit. Důležité je to, aby návštěv bylo využito účelně jak ve výchovném procesu, tak i léčebném (Matějček, 1970).

4. 6 Propuštění dítěte z nemocnice

Někdy se stává, že rodiče, kteří si přivedli dítě z nemocnice domů, narazí na výchovné obtíže, které neočekávali. Někdy se stává, že dítě je nějakou dobu citově chladné ke členům rodiny, zlostné, odmítavé, nepřátelské. Častou reakcí bývá intenzivní příklon k matce: dítě je na matce závislé ve všech směrech, chce s ní spát, bojí se bez ní a je žárlivé (Matějček, 1970).

U dětí dlouhodobě hospitalizovaných může dojít po návratu domů k dalším komplikacím. Dítě prožilo kus života v jiném prostředí. Musí se přizpůsobit novým podmínkám. Avšak i rodina, která si nezdědala na nepřítomnost dítěte zvykla, pociťuje jeho návrat jako porušení rovnováhy. Na obou stranách je dost příležitostí k napětí, ze kterého mohou vznikat nezdravé výchovné poměry. U dětí po dlouhodobé hospitalizaci předáváme rodičům své zkušenosti s dítětem a snažíme se dítě rodině přiblížit. Tam, kde na pobyt v nemocnici má navazovat doléčování, rehabilitační cvičení atd., musí zdravotníci do něho rodiče důkladně zasvětit a získat jejich spolupráci (Matějček, 1970).

5 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

5. 1 Hospitalizmus

Pro označení negativních vlivů nemocničního prostředí na psychický i fyzický stav dítěte se užívá termín hospitalizmus. Ke vzniku tohoto pojmu vedla mnohá pozorování ukazující, že děti se v nemocnici neuzdravovaly tak, jak se předpokládalo. Dnes víme, že tímto poškozením nemusí trpět jen děti v nemocnici, ale všude tam, kde nejsou uspokojovány jejich základní psychické potřeby (Koluchová, 1989).

Hospitalizmus je soubor negativních faktorů, které působí na nemocného při jeho pobytu v nemocnici. Jde o silnou reakci na hospitalizaci (Rozsypalová a Staňková, in Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Velký význam má také nucená nečinnost. Čím déle je nemocný hospitalizován, tím je větší pravděpodobnost vzniku hospitalizmu.

V průběhu dlouhodobého pobytu je negativně ovlivněn jak duševní, tak i tělesný stav nemocného. Častěji hospitalizmem bývají postiženy děti, u kterých se pro somatopsychickou nezralost a labilitu projevuje nejvýrazněji. Projevy hospitalizmu mají s ohledem k délce pobytu a věku svá specifika (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Já osobně si myslím, že docela často hospitalizmem trpí i dospělí lidé, když jsou odloučeni od rodiny, najednou jsou upoutáni na lůžko, jsou v cizím prostředí na které nejsou zvyklí atd.

5. 1. 1 Dětský hospitalizmus

Dítě do půl roku netrpí odloučením od matky, pokud se mu poskytuje láskyplná péče. Pro děti školního věku může být pobyt v nemocnici užitečnou a příjemnou zkušeností. Pro děti předškolního věku je odloučení od matky vždy škodlivé. V současné době je velmi vhodné, aby do nemocnice byla s dítětem přijímána i matka, která může pomoci snížit působení negativních vlivů na dítě (Rozsypalová, Říčan, Singule, in Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Reakce na hospitalizace probíhá ve třech stádiích:

1. stadium protestní – dítě hlasitě pláče, je neklidné, volá matku a jiné dospělé odmítá

2. stadium zoufalství – dítě ztrácí naději, že matku přivolá, pláče, že jej opustila. Někdy je tiché, depresivní a uzavírá se

3. stadium odpoutávání od matky – dítě se upoutává na sestru, potlačuje své city k matce, chová se k matce lhostejně, nepláče po návštěvách. Po návratu domů se objevují psychické poruchy – noční děsy, nespavost, úzkost, pomočování a problémy ve vztahu k rodičům (Rozsypalová, Říčan, Singule, in Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Současná medicína se zabývá prevencí hospitalizmu, jako jednoho z faktorů, který může kladně ovlivňovat celý léčebně – ošetrovatelský proces. Mezi základní opatření k prevenci patří:

- omezení hospitalizace a zkrácení doby pobytu na nejnútnejší
- hospitalizace dítěte s rodičem
- úprava celého nemocničního režimu
- umožnění pravidelných návštěv
- humanizace nemocničního prostředí

U dětí lze na mnoha pracovištích využít kromě učitelů MŠ (mateřské školky) také herní terapeutky.

5. 2 Psychická deprivace

Pod tímto pojmem rozumíme psychický stav, který vzniká v životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb po dosti dlouhou dobu a v dostačující míře. Nebezpečí deprivace vychází z několika zdrojů, které souvisejí s vývojovým postupem dítěte. V prvních měsících života je důležité, aby dítě bylo zásobeno přiměřeným množstvím podnětů . Jestli se mu podnětů nedostává, hrozí nebezpečí, že centrální nervový systém nebude pracovat naplno, necvičí se a nerozvíjí se. Pak se může stát, že dítě už nebude schopno normální přívod podnětů zpracovávat a bude vývojově zaostávat. Již od narození se totiž dítě začíná „učit“. Za normálních podmínek reaguje na určité podněty určitým vyhraněným způsobem. Postupně sahá po lákavých věcech, usmívá se, učí se chodit na hrníček a osvojuje si spoustu sociálně významných dovedností. Jestliže jsou projevy dítěte náležitě „zpevňovány“ chováním dospělých, je přirozené, že dítě bude mít tendenci to příjemné znovu opakovat. Jestliže není nikdo, kdo by na úsměv dítěte

reagoval také úsměvem, jestliže jeho první slovní projevy nenacházejí v okolí žádnou radostnou odezvu, těžko se dítě učí rozlišovat mezi tím, co je žádoucí a co není, nemá možnost zařadit si své osobní poznatky a zkušenosti do smysluplných celků a tím pádem dítě zaostává. V 7. měsíci si dítě začíná vytvářet tzv. specifický citový vztah dítěte k matce. Citový vztah k matce je pro dítě zdrojem životní jistoty, vědomí domova, pocitu příslušnosti k společenství lidí. Toto citové zakotvení je základnou pro další sociální vývoj. Není-li v životní situaci dítěte dost příležitostí k navázání pevných, hlubokých a trvalých citových pout, je další vývoj jeho osobnosti ohrožen.

Po tomto přehledu je zřejmé, že pro dítě umístěné dlouhodobě v nemocnici vznikají nebezpečí ve všech uvedených úrovních. Nemocniční prostředí je zařízeno účelně. Má usnadnit ošetřování dítěte a provádění léčebných zákroků. Je-li dítě nuceno žít v takovém prostředí od časného věku dlouhou dobu, je nebezpečí vzniku psychické deprivace (Matějček, 1970).

5. 3 Psychická separace

Prvním činitelem ke vzniku psychické deprivace je nedostatečný přívod podnětů - sociálních, citových, ale také i sensorických, ke kterým dochází, žije-li dítě v situaci „sociální izolace“. Předpokládá se, že druhým činitelem je přerušení vytvořeného vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím. K takové situaci dojde, je-li odloučeno od osob, které mu byly zdrojem citového uspokojení (Langmeir, Matějček, 1974). (Bowlby, in Langmeier, Matějček, 1974) vyslovil domněnku, že dlouhodobé odloučení od matky nebo jiné osoby vede v prvních třech až pěti letech života vede k narušení duševního zdraví dítěte a zanechává následky, které jsou trvale patrné v celém dalším vývoji osobnosti.

Takto byl uveden do psychologie pojem separace.

Biologická závislost dítěte na matce se v druhém pololetí života dítěte přetváří v závislost citovou, můžeme předpokládat, že separace pro dítě bude tíživou nebo otřesnou od 7. měsíce věku. Dítě si nevytváří jen specifický vztah k matce, ale i velmi brzy k ostatním členům rodiny. Vytváří si i určitý osobitý vztah k prostředí domova, k věcem, které tam jsou, k hračkám atd. Každé odloučení dítěte z domova a umístění do nemocnice je narušením celé složité soustavy vztahů a značnou zátěží pro celý organismus.

O účinku separace rozhoduje věk dítěte. Za normálních okolností se každé dítě přirozeným vývojovým postupem uvolňuje ze závislosti na matce a rodině, až se stává konečně samostatným dospělým lidským jedincem. Separace není tedy patogenním činitelem, je nebezpečná, je-li předčasná. Jde-li např. dítě na nějaký čas do nemocnice, může ho takové odloučení od rodiny povzbudit jeho vývoj v samostatnosti. Je-li v takové situaci dítě ve věku batolecím a nebo předškolním, kdy je na matce silně závislé, může odloučení těžce strádat. Jestliže se separace protáhne na delší dobu, může být podkladem k deprivaci (Matějček, 1970).

Kromě věku dítěte je třeba brát v úvahu i formu separace. Ta může být náhlá i postupná, úplná nebo částečná, krátkodobá a dlouhodobá. Důležitou roli hrají i temperamentové vlastnosti dítěte. Dítě může být předchozí separací připravenější, zkušenější a odolnější vůči separaci příští. Může se však v důsledku jedné separační zkušenosti špatně prožité stát citlivějším a vnímavějším vůči škodlivým vlivům separací pozdějších. Velkou důležitost má i chování ošetřujícího personálu, kvalita náhradní mateřské péče, které se dítěti v době separace dostává, a řada dalších okolností (Matějček, 1970).

5. 4 Zvláštnosti výchovně-vzdělávací práce při MŠ a ZŠ v nemocnici

Mateřská škola v nemocnici zajišťuje výchovu od dvou až tří let do šesti až sedmi let věku dítěte. Cílem je překonat kritickou dobu dítěte během hospitalizace, zlepšit jeho psychický stav, který souvisí s rychlejším uzdravením, udržet vývojovou úroveň a snažit se navrátit dítě bez negativních zážitků do jeho domova. V prostředí nemocnice v očích dětí zastupuje učitelka především rodiče. Tuto úlohu může plnit jen tehdy, pokud dokáže být při své práci optimistická, vyrovnaná a umí dítěti porozumět (Plevová, 1997).

V základní škole v nemocnici se vyučuje podle učebních plánů a osnov základní školy, které jsou upraveny na základě zdravotního stavu žáků, časového rozsahu vyučování povoleného lékařem a podle náročnosti léčebného režimu (Plevová, 1997).

5. 4. 1 Organizace výchovy MŠ

Práce s dětmi je realizována ve třídách – hernách nebo na pokoji u lůžka dítěte.

Třídy – herny jsou místnosti na jednotlivých odděleních, které jsou vyhrazené pouze k výchovně vzdělávací činnosti dětí. Jsou vybaveny dětským nábytkem. Na zemi leží různě barevné koberce a podušky určené k relaxaci dětí. Místnost je obvykle vybavená televizí, DVD, radiem, atd. Celkový prostor zaujme dítě živostí barev mnohočetností dětských námětů, čímž kladně ovlivní psychiku dítěte. Třídy – herny jsou umístěné na odděleních, kde jsou většinou hospitalizováni chodící pacienti. Např. na neurologickém oddělení, očním oddělení a ORL (ušní, nosní, krční) apod. Učitelka do herny přivádí děti obvykle po vizitě. Začíná se hravými činnostmi, výběrem hračky a hry dle vlastního zájmu dítěte. Děti sdělují své zážitky učitelce (obvykle ohledně lékařských zákroků) a pomalu se uvolňují při hře. Později učitelka přejde k plnění úkolů, který si připravila pro tento den.

A nebo také může zrealizovat práci se zajímavými materiály např. plastelínou, hlinou apod. Učitelka volí práci buď s celou skupinou nebo pouze s dětmi stejného věku, popřípadě individuálně s jednotlivci (např. při logopedické práci). Děti obvykle v herně svačí, takže jsou vedeny i k hygienickým návykům a správnému stolování. Po svačině pokračují ve svých hrách a následuje klidnější program jako je sledování pohádek, poslech četby atd. V poledne učitelka předává děti sestřám. Ještě však dohlíží a pomáhá menším pacientům při jídle, poté následuje odpolední klid (Plevová, 1997).

Práce u lůžka probíhá ve dvojí rovině. U lůžka s klidovým režimem a u lůžka pacientů s klidovým režimem na izolaci.

Pacienti s klidovým režimem pobývají nejčastěji na oddělení chirurgickém, ortopedickém, interním a onkologickém. Na některých odděleních se přihlíží k věkové skladbě pacientů a děti předškolního věku jsou umístovány na společném pokoji. Mateřská škola má na těchto odděleních vyhrazený prostor pro pomůcky a hračky. Práce je zde ztížena tím, že učitelka musí hračky roznášet po pokojích. U dětí, které mohou sedět na lůžku se používají pracovní stolky buď postavené na lůžko, a nebo to, které je součástí postele. Po příchodu na oddělení si učitelka vyslechne od dětí, co v době její nepřítomnosti zažily. Děti projeví přání se kterou hračkou by si chtěly hrát. Učitelka rozdá hračky a pak se věnuje individuální práci s dítětem. Málokdy leží na pokoji dvě nebo tři děti stejného věku. Pokud ano, může učitelka zrealizovat připravenou činnost s více dětmi najednou. Hravé činnosti vystřídají činnosti poslechové jako je pohádka, relaxační hudba. Učitelka při činnostech děti chválí a povzbuzuje, čímž zvyšuje zájem a odpoutává pozornost od nemoci.

Práce u lůžka na izolaci probíhá především na infekční klinice a onkologickém oddělení. Děti na infekčních klinikách se ocitají nejen v izolaci klinické, ale také psychické. Dospělo se k tomu, že nic nemůže vyplnit hodiny samoty dítěte lépe, než láskyplný přístup odborně specializovaného pedagoga v případě nepřítomnosti rodiče. Práce s dětmi na izolaci je náročná. Z důvodu nebezpečí přenosu infekce se pomůcky a hračky denně dezinfikují. Na tyto oddělení se pořizují zejména hračky omyvatelné z umělých hmot a plastů. Jsou skladovány v umělohmotných dózách, které se dezinfikují. Učitelka zachovává přísná hygienická pravidla umývá si ruce a vyměňuje si pláště. Práce u lůžek vyžaduje od učitelky zvýšenou pohotovost a schopnost zareagovat správně na danou situaci. Dítě zde obvykle strádá nedostatkem pohybu, po čase se pro něho hračky stávají nezajímavými a vyžaduje od učitelky nové činnosti (Plevová, 1997).

5. 4. 2 Organizace výchovy při ZŠ

Vyučování probíhá v učebnách (třídách) nebo v nemocničních pokojích.

V učebnách jsou přítomny pouze děti školního věku. Pokud si dítě neví rady s úkolem, může se hned obrátit na přítomného učitele. Učitel má přehled o ukončené práci u žáka a může mu nabídnout další činnosti. Výuku může učitel zpříjemnit relaxačními chvílemi atd. Vyučování v nemocničních pokojích probíhá ve skupinkách, jestli se jedná o žáky stejného ročníku a přibližně stejného obsahu učiva. Individuální práce u lůžka sblízuje učitele a žáka. Klid na lůžku dítě psychicky vyčerpává, a tak se může svěřit učiteli se svými problémy. Výhodou vyučování na pokoji je menší počet žáků a individuální přístup k dítěti. Žák je po dobu hospitalizace v nemocnici veden k samostatnému učení. Po příchodu do nemocnice sdělí, jakou látku v předmětu probíral naposled. Učitelka si ověří pravdivost údajů a podle zdravotního stavu pokračuje v dalším učivu. Učitel ve výuce vysvětlí látku a zadá úkoly, které žák vypracuje samostatně. V průběhu vyučování učitel kontroluje zadané úkoly, jestli se objeví nedostatky znova zopakuje látku. Dobrý učitel přichází i za žákem, který se nemůže toho dne zúčastnit výuky například z důvodu zhoršení zdravotního stavu, po operaci apod. Popovídá si s ním, povzbudí ho, nabídne mu časopis nebo mu pustí DVD (Plevová, 1997).

5. 5 HRA

Hra pomáhá k posílení a udržení emočního stavu dítěte za ztížených podmínek způsobených somatickou nemocí (Langmeier, Balcar, 2010).

Hra je typickou činností dítěte, která má důležitou funkci v rozvoji osobnosti dítěte. Rozvíjí všechny poznávací procesy, emoce, volní procesy a socializaci. Hra také působí jako psychický léčebný prostředek. V průběhu života dítěte se hra výrazně mění. U většiny her jsou využívány hračky, které musí splňovat řadu požadavků, aby měly svůj výchovný efekt. Na nejmenší děti má velmi působivý účinek loutka, kterou má dítě schopnost si oživit a přijímat od ní lépe informace, návyky atd. Zaměstnávání dětí je potřeba si promyslet a realizovat tak, aby rozvíjelo jejich osobnost (Martinková, Valentová, 2008).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

Praktická část mé bakalářské práce je rozdělena do několika částí. První část se zabývá stanovením výzkumných cílů a hypotéz. Druhá část se zabývá popisem metody a organizací výzkumu. V třetí části uvádím výsledky dotazníkového šetření a jejich grafické znázornění. V další části uvádím případovou studii formou kazuistiky o mé sestřenici, která byla dvakrát dlouhodobě hospitalizována v nemocnici.

6. 1 Cíle výzkumu

Cílem mé práce je zjistit, jaké jsou zkušenosti dětí s hospitalizací v nemocnici, jak dlouho, kde a s čím byly děti nejčastěji hospitalizovány, zda s nimi byl během hospitalizace někdo z rodičů nebo rodinných příslušníků a co v nemocnici nejvíce postrádaly. Vytyčila jsem si několik dílčích cílů:

Cíl č. 1: Zjistit, jaké zkušenosti děti mají s hospitalizací v nemocnici.

Cíl č. 2: Zjistit, jak dlouhou dobu byly děti nejčastěji hospitalizovány v nemocnici.

Cíl č. 3: Zjistit na jakém oddělení děti byly nejčastěji hospitalizovány v nemocnici.

Cíl č. 4: Zjistit s jakým úrazem a nebo nemocí děti nejčastěji ležely v nemocnici.

Cíl č. 5: Zjistit zda s dětmi byl během hospitalizace někdo z rodičů nebo rodinných příslušníků.

Cíl č. 6: Zjistit, co děti nejvíce v nemocnici postrádaly.

6. 2 Metoda výzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila kvantitativní výzkumnou metodu pomocí dotazníkového šetření a kvalitativní metodu jednopřípadové studie formou kazuistiky, abych získala potřebné informace, které se týkají problematiky chování a prožívání hospitalizovaných dětí.

6. 2. 1 Co je to dotazník

Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém dokumentu. Dotazník má zahrnovat všechny problémy na které hledáme odpověď. Dotazník by měl

vypadat tak, aby respondenta přitahoval. Otázky v dotazníku musí být jednoznačné, srozumitelné (Kutnohorská, 2009).

6. 3 Organizace výzkumu

Dotazníkové šetření jsem prováděla v měsíci listopadu na 8letém gymnáziu v Ostravě se souhlasem ředitele gymnázia. Výzkumu se zúčastnili žáci nižšího stupně ve věku od 11 let do 15 let. Dotazník obsahoval celkem 15 otázek (viz. příloha č. 1).

V dotazníku jsou uzavřené, polootevřené a otevřené otázky. U uzavřených otázek mohli žáci vybrat pouze jednu správnou odpověď. U polootevřených otázek mohli žáci napsat doplňující informace. U otevřených otázek žáci vypisovali doplňující informace. Dotazník jsem zadávala jen žákům, kteří byly hospitalizováni v nemocnici. Z celkového počtu 238 žáků nižšího stupně mi na dotazník odpovědělo 99 dětí.

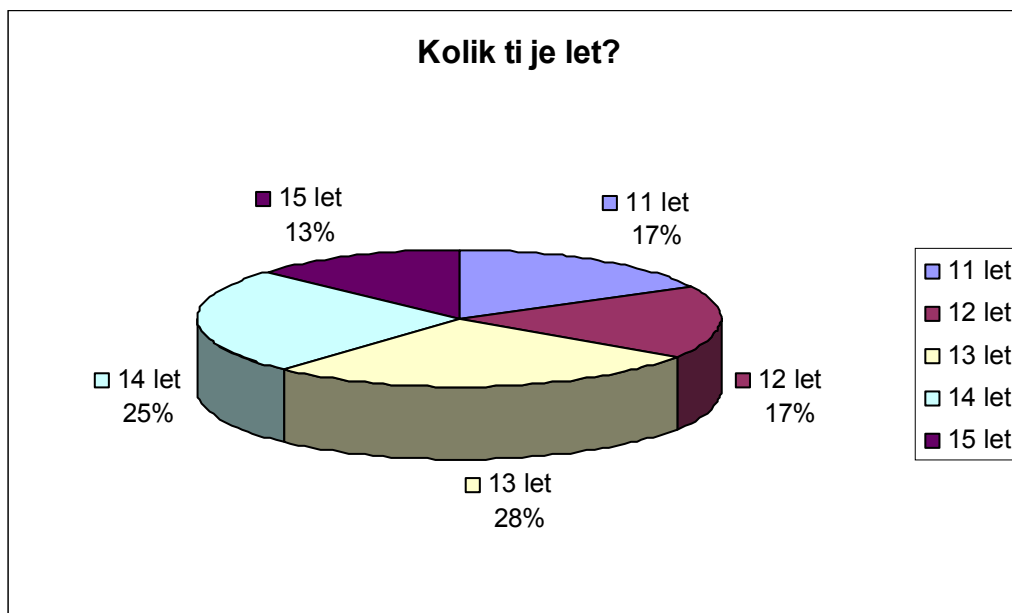
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

OTÁZKA č. 1 Kolik ti je let?

Tabulka č. 1 Kolik ti je let?

Kolik ti je let?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
11 let	17	17
12 let	17	17
13 let	27	28
14 let	25	25
15 let	13	13
CELKEM	99	100

Graf č. 1 Kolik ti je let?



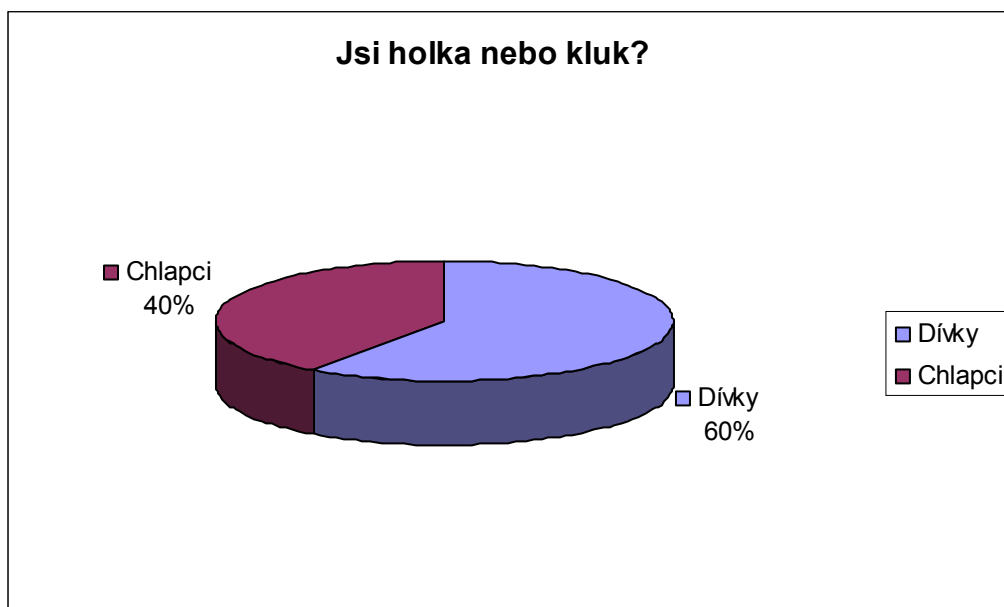
Komentář: Z grafu č. 1 vyplývá, že největší věkové zastoupení je ve věku 13 let v počtu 27 dětí, to je 28% z celkového počtu dětí. Další v pořadí je věk 14 let v počtu 25 dětí, to je 25%. 17 dětí ve věku 11 let zaujímá 17% a 17 dětí ve věku 12 let zaujímá také 17%. Nejmenší věkové zastoupení je 15 let a to v počtu 13 dětí (13%).

OTÁZKA č. 2 Jsi holka nebo kluk?

Tabulka č. 2 Jsi holka nebo kluk?

Jsi holka nebo kluk?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Chlapci	40	40
Dívky	59	60
CELKEM	99	100

Graf č. 2 Jsi holka nebo kluk?



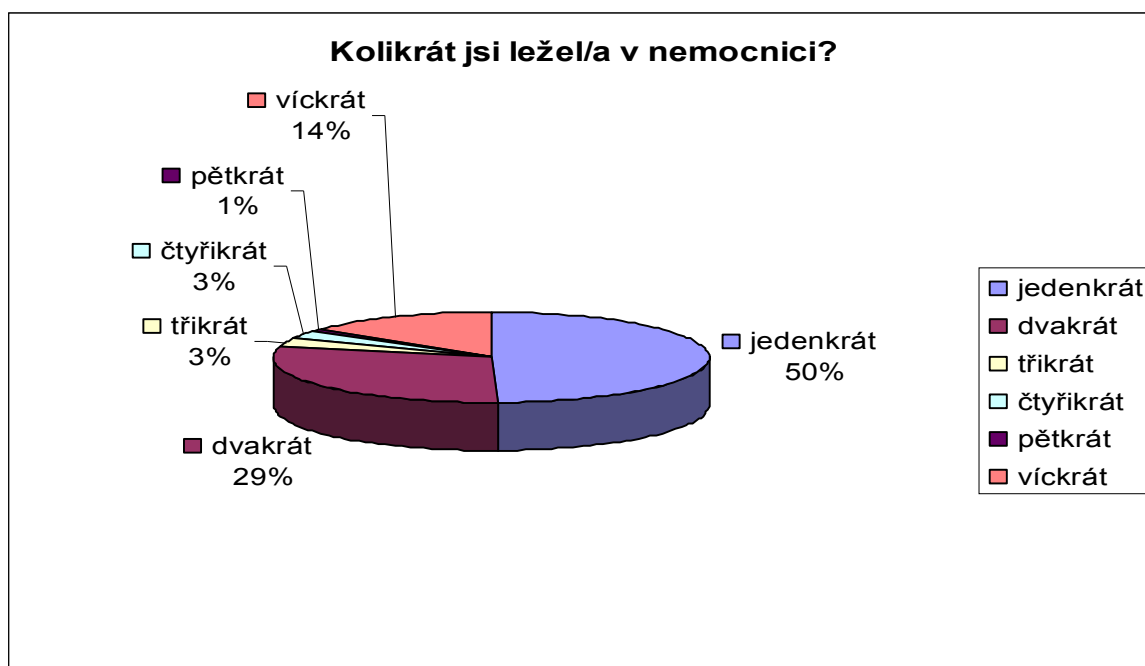
Komentář: Grafu č. 2 znázorňuje, že větší zastoupení měly dívky a to v počtu 59 dívek, což je 60%. Chlapců bylo celkem 40 (40%).

OTÁZKA č. 3 Kolikrát jsi ležel/a v nemocnici?

Tabulka č. 3 Kolikrát jsi ležel/a v nemocnici?

Kolikrát jsi ležel/a v nemocnici?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Jedenkrát	49	50
Dvakrát	29	29
Třikrát	3	3
Čtyřikrát	3	3
pětkrát	1	1
Víckrát	14	14
CELKEM	99	100

Graf č. 3 Kolikrát jsi ležel/a v nemocnici?



Komentář: Z grafu č. 3 se dozvídáme, že 49 dětí (50%) nejčastěji ležely v nemocnici jedenkrát. 29 dětí (29%) leželo v nemocnici dvakrát, 14 dětí (14%) leželo v nemocnici víckrát. 3 děti (3%) ležely třikrát v nemocnici, čtyřikrát ležely v nemocnici 3 děti (3%).

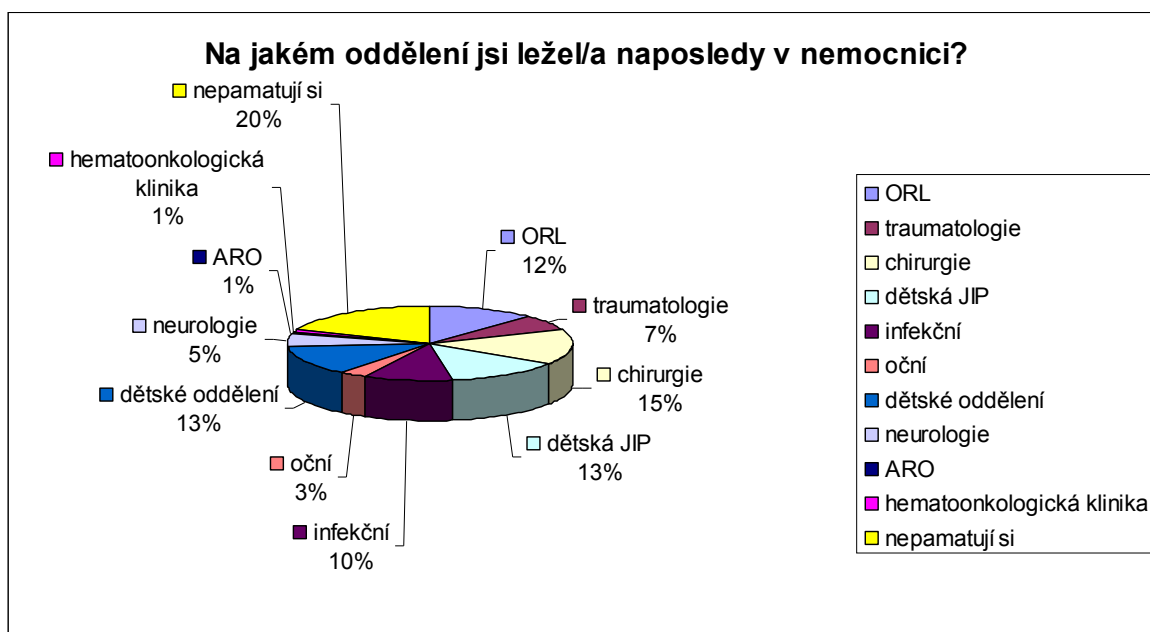
1 dítě (1%) v nemocnici leželo pětkrát.

OTÁZKA č. 4 Na jakém oddělení jsi ležel/a naposledy v nemocnici?

Tabulka č. 4 Na jakém oddělení jsi ležel/a naposledy v nemocnici?

Na jakém oddělení jsi ležel/a naposledy v nemocnici?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
ORL	12	12
Traumatologie	7	7
Chirurgie	15	15
Dětská JIP	13	13
Infekční	10	10
Oční	3	3
Dětské oddělení	13	13
Neurologie	5	5
ARO	1	1
Hematoonkologická klinika	1	1
Nepamatuji si	19	20
CELKEM	99	100

Graf č. 4 Na jakém oddělení jsi ležel/a naposledy v nemocnici?



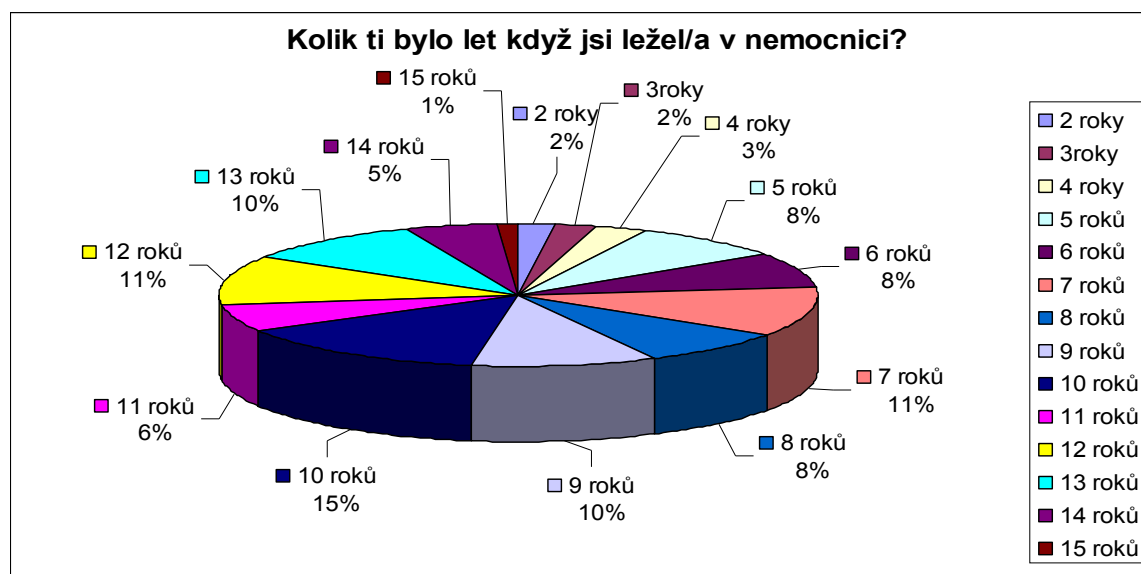
Komentář: Z grafu č. 4 lze vyčíst, že 19 dětí (20%) si nepamatovalo na kterém oddělení ležely naposledy, na oddělení chirurgie leželo 15 dětí (15%), se stejným počtem 13 dětí (13%) je dětské oddělení a dětská JIP. Další v pořadí je oddělení ORL na kterém leželo 12 dětí (12%), na infekčním oddělení leželo 10 dětí (10%) a na traumatologickém oddělení leželo 7 dětí (7%). Na neurologickém oddělení leželo 5 dětí (5%) a na očním oddělení ležely 3 děti (3%). Na oddělení ARO leželo 1 dítě (1%) a na hematooonkologické klinice taktéž 1 dítě (1%).

OTÁZKA č. 5 Kolik ti bylo let, když jsi ležel/a v nemocnici?

Tabulka č. 5 Kolik ti bylo let, když jsi ležel/a v nemocnici?

Kolik ti bylo let když jsi ležel/a v nemocnici?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
2 roky	2	2
3 roky	2	2
4 roky	3	3
5 roků	8	8
6 roků	8	8
7 roků	11	11
8 roků	8	8
9 roků	10	10
10 roků	14	15
11 roků	6	6
12 roků	11	11
13 roků	10	10
14 roků	5	5
15 roků	1	1
CELKEM	99	100

Graf č. 5 Kolik ti bylo let, když jsi ležel/a v nemocnici?



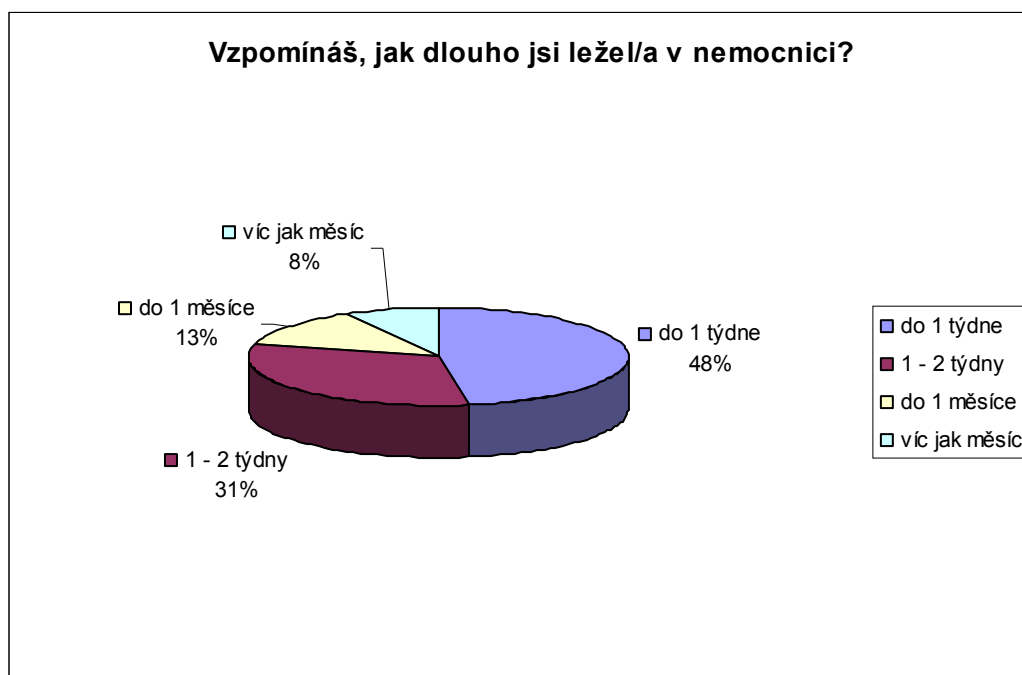
Komentář: Graf č. 5 ukazuje, že 14 dětí (15%) leželo v nemocnici, když jim bylo 10 let. 11 dětí (11%) leželo v nemocnici, když jim bylo 7 a 12 let. 10 dětí (10%) leželo v nemocnici, když jim bylo 9 a 13 letech. 8 dětí (8%) leželo v nemocnici v 5 letech, 6 letech a 8 letech. 6 dětí (6%) leželo v nemocnici v 11 letech. Ve 14 letech leželo v nemocnici 5 dětí (5%). Ve 4 letech ležely v nemocnici 3 děti (3%). 2 děti ležely v nemocnici ve 2 letech (2%). Ve 3 letech ležely v nemocnici 2 děti (2%). V 15 letech leželo 1 dítě v nemocnici (1%).

OTÁZKA č. 6 Vzpomínáš, jak dlouho jsi ležel/a v nemocnici?

Tabulka č. 6 Vzpomínáš, jak dlouho jsi ležel/a v nemocnici?

Vzpomínáš, jak dlouho jsi ležel/a v nemocnici?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Do 1 týdne	47	48
1 – 2 týdny	31	31
Do 1 měsíce	13	13
Víc jak měsíc	8	8
CELKEM	99	100

Graf č. 6 Vzpomínáš, jak dlouho jsi ležel/a v nemocnici?



Komentář: Takřka polovina dětí, a to 47 dětí (48%) leželo v nemocnici do 1 týdne. 31 dětí (31%) leželo v nemocnici 1 – 2 týdny. Do 1 měsíce leželo v nemocnici 13 dětí (13%). Víc jak měsíc leželo v nemocnici 8 dětí (8%).

OTÁZKA č. 7 Ležel/a jsi v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci? Napiš o jaký úraz nebo nemoc se jednalo

Tabulka č. 7 Ležel/a jsi v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci?

Ležel/a jsi v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Nemoc	69	70
Úraz	30	30
CELKEM	99	100

Graf č. 7 Ležel/a jsi v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci?



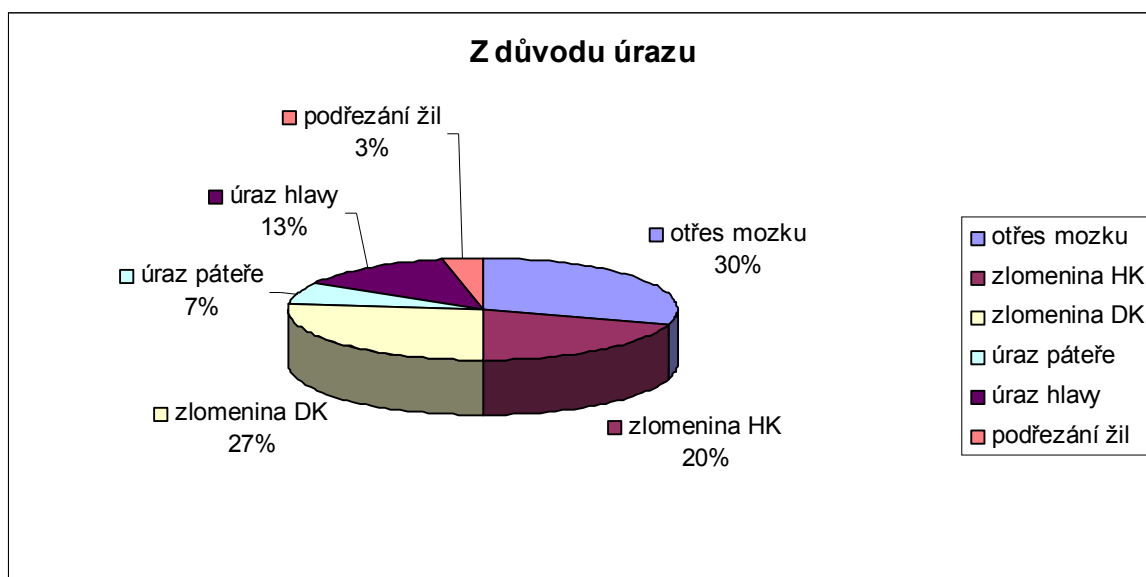
Komentář: Je viditelné, že 69 dětí (70%) leželo v nemocnici z důvodu onemocnění a 30 dětí (30%) leželo v nemocnici z důvodu úrazu.

Z důvodu úrazu

Tabulka č. 8 Z důvodu úrazu

Z důvodu úrazu	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Otřes mozku	9	30
Zlomenina HK	6	20
Zlomenina DK	8	27
Úraz páteře	2	7
Úraz hlavy	4	13
Podřezání žil	1	3
CELKEM	30	100

Graf č. 8 Z důvodu úrazu



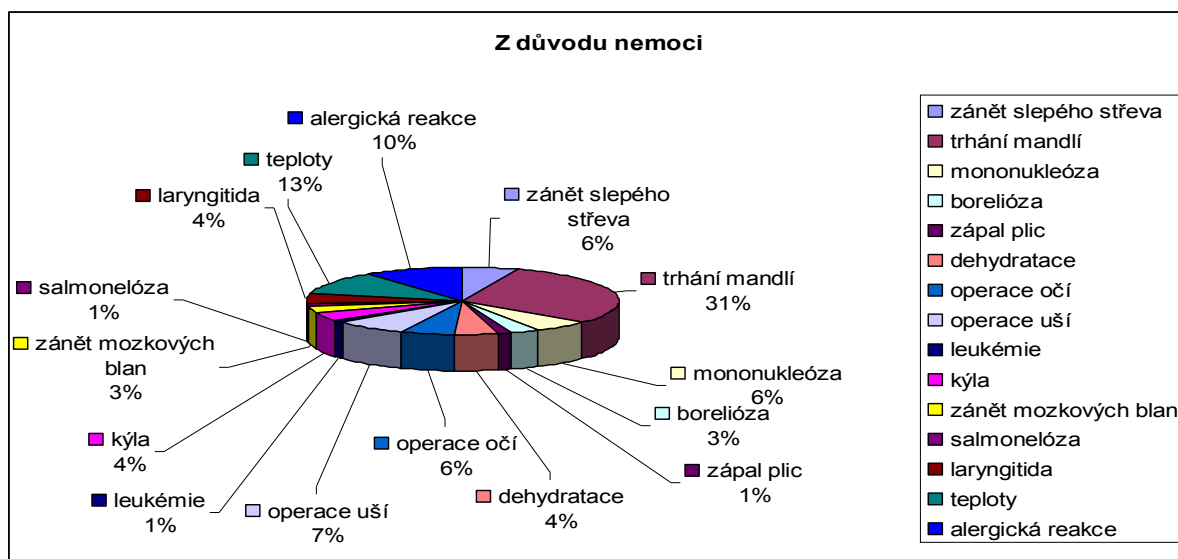
Komentář: Z grafu č. 8 vyplývá, že z důvodu otřesu mozku leželo v nemocnici 9 dětí (30%). Zlomená dolní končetina byla důvodem hospitalizace u 8 dětí (27%), horní končetina pak u 6 dětí (20%). Z důvodu úrazu hlavy ležely v nemocnici 4 děti (13%). 2 děti (7%) byly hospitalizovány v nemocnici kvůli úrazu páteře. 1 dítě (3%) bylo hospitalizované v nemocnici kvůli podřezání žil.

Z důvodu nemoci

Tabulka č. 9 Z důvodu nemoci

Z důvodu nemoci	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Zánět slepého střeva	4	6
Trhání mandlí	21	31
Mononukleóza	4	6
Borelióza	2	3
Zápal plic	1	1
Dehydratace	3	4
Operace očí	4	6
Operace uší	5	7
Leukémie	1	1
Kýla	3	4
Zánět mozgových blan	2	3
Salmonelóza	1	1
Laryngitida	3	4
Teploty	8	13
Alergická reakce	7	10
CELKEM	69	100

Graf č. 9 Z důvodu nemoci



Komentář: Z grafu č. 9 je patrné že, 21 dětí (31%) leželo v nemocnici z důvodu trhání mandlí, 8 dětí (13%) leželo v nemocnici kvůli teplot, 7 dětí (10%) bylo hospitalizováno v nemocnici kvůli alergické reakce, 5 dětí (7%) leželo v nemocnici z důvodu operace uší, U 4 dětí (6%) bylo důvodem hospitalizace zánět slepého střeva, 4 děti (6%) ležely v nemocnici kvůli mononukleóze, 4 děti (6%) ležely v nemocnici z důvodu operace očí. 3 děti (4%) byly hospitalizované kvůli dehydrataci, další 3 děti (4%) kvůli kýli. 3 děti (4%) ležely v nemocnici z důvodu laryngitidy. Z důvodu boreliózy ležely v nemocnici 2 děti (3%). U 2 dětí (3%) bylo důvodem hospitalizace zánět mozkových blan. 1 dítě (1%) leželo v nemocnici kvůli zápalu plic, 1 dítě (1%) leželo v nemocnici z důvodu leukémie, další 1 dítě (1%) leželo v nemocnici kvůli salmonelózy.

OTÁZKA č. 8 Když jsi ležel/a v nemocnici byl tam s tebou někdo z rodičů nebo rodiny?

Tabulka č. 10 Když jsi ležel/a v nemocnici byl tam s tebou někdo z rodičů nebo rodiny?

Když jsi ležel/a v nemocnici byl tam s tebou někdo z rodičů a nebo rodiny?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Ano	46	46
Ne	53	54
CELKEM	99	100

Graf č. 10 Když jsi ležel/a v nemocnici byl tam s tebou někdo z rodičů nebo rodiny?



Komentář: Z grafu č. 10 lze vyčíst, že 53 dětí (54%) leželo v nemocnici bez rodičů nebo rodinných příslušníků a 46 dětí (46%) leželo v nemocnici s rodičem nebo s rodinným příslušníkem.

Děti které odpověděly na otázky ano, odpovídaly na otázky č 9, 10.

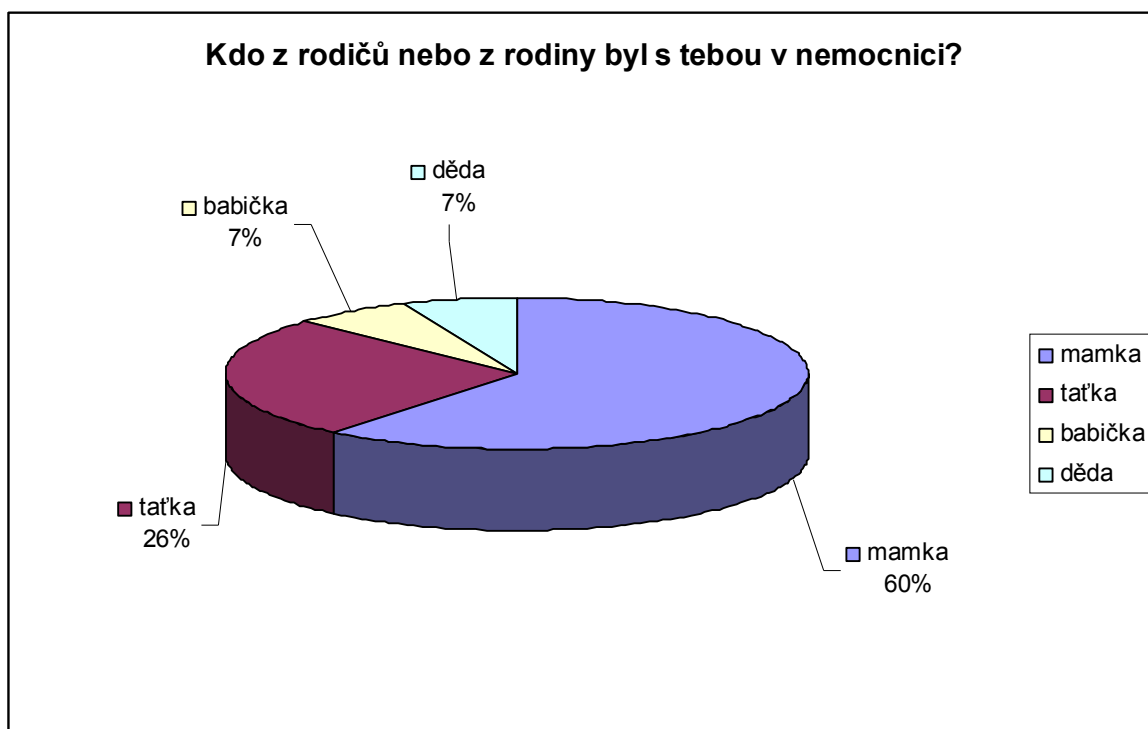
Děti, které odpověděly na otázky ne, odpovídaly na otázky č. 11, 12

OTÁZKA č. 9 Kdo z rodičů nebo z rodiny byl s tebou v nemocnici?

Tabulka č. 11 Kdo z rodičů nebo z rodiny byl s tebou v nemocnici?

Kdo z rodičů nebo z rodiny byl s tebou v nemocnici?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
mamka	28	60
taťka	12	26
babička	3	7
děda	3	7
CELKEM	46	100

Graf č. 11 Kdo z rodičů nebo z rodiny byl s tebou v nemocnici?



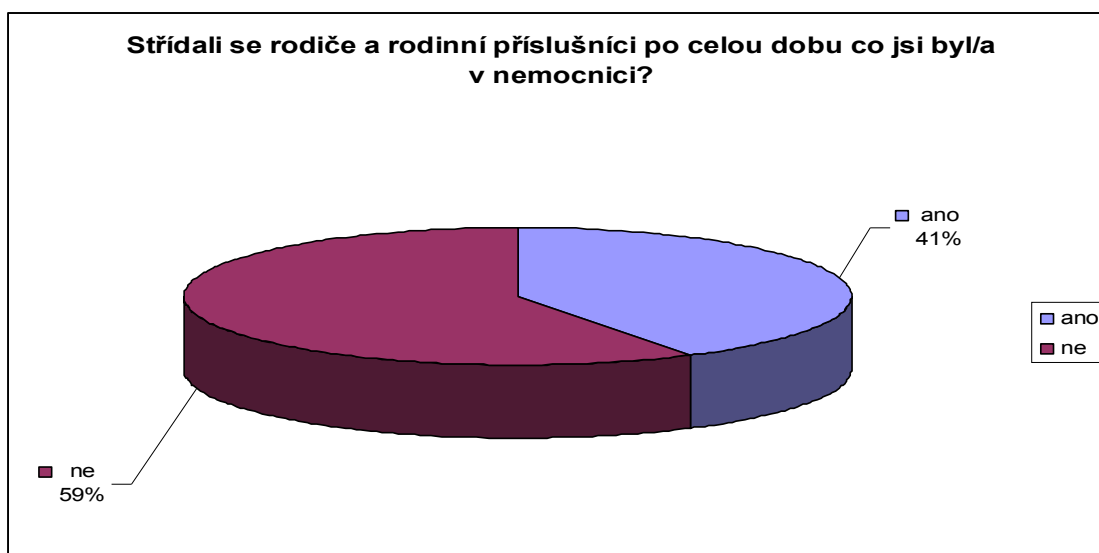
Komentář: Nadpoloviční většina hospitalizovaných dětí 28, byly v nemocnici s matkou (60%). 12 dětí (26%) bylo v nemocnici s otcem, 3 děti (7%) byly v nemocnici s babičkou a další 3 děti (7%) byly v nemocnici s dědou.

OTÁZKA č. 10 Střídali se rodiče a rodinní příslušníci po celou dobu co jsi byl/a v nemocnici?

Tabulka č. 12 Střídali se rodiče a rodinní příslušníci po celou dobu co jsi byl/a v nemocnici?

Střídali se rodiče a rodinní příslušníci po celou dobu co jsi byl/a v nemocnici?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Ano	19	41
Ne	27	59
CELKEM	46	100

Graf č. 12 Střídali se rodiče a rodinní příslušníci po celou dobu co jsi byl/a v nemocnici?



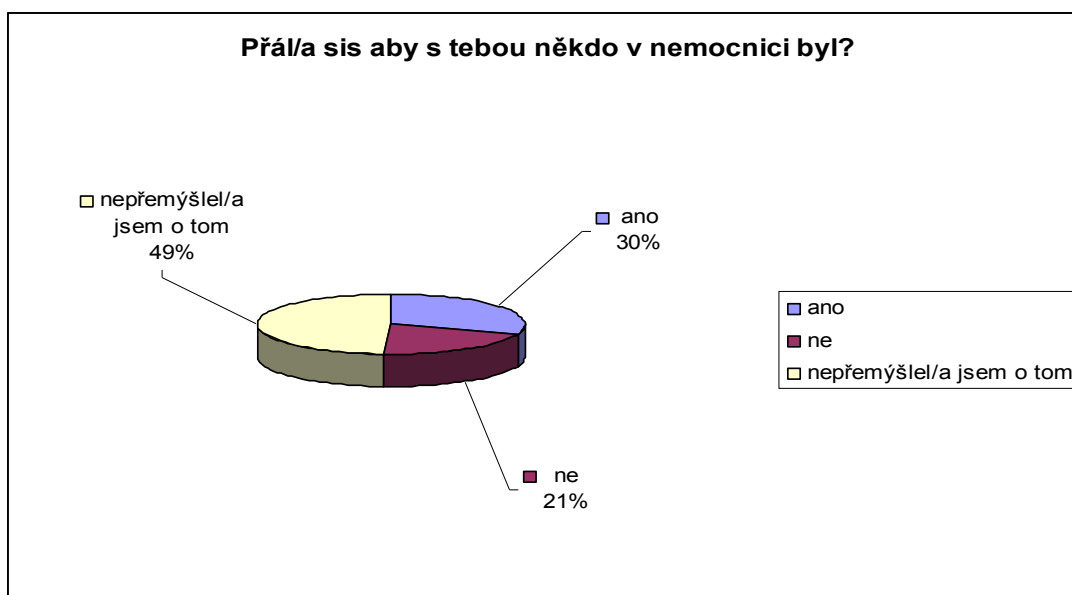
Komentář: U 19 dětí (41%) se rodiče v nemocnici nestřídali, u 27 dětí (59%) se rodiče v nemocnici střídali.

OTÁZKA č. 11 Přál/a sis aby s tebou někdo v nemocnici byl?

Tabulka č. 13 Přál/a sis aby s tebou někdo v nemocnici byl?

Přál/a sis aby s tebou někdo v nemocnici byl?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Ano	16	30
Ne	11	21
Nepřemýšlel/a jsem o tom	26	49
CELKEM	53	100

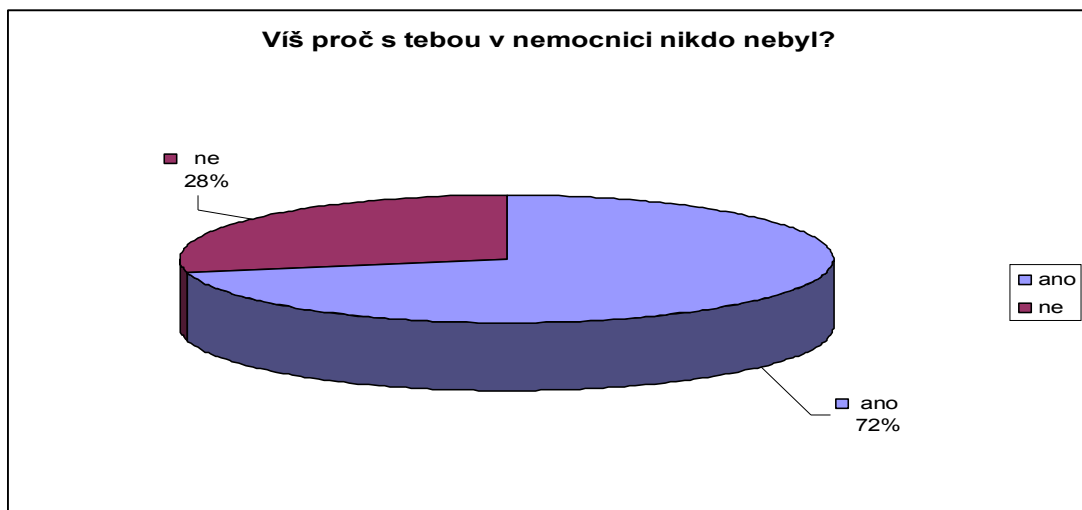
Graf č. 13 Přál/a sis aby s tebou někdo v nemocnici byl?



Komentář: Z celkového počtu dětí, které v nemocnici doprovod neměly, takřka polovina z nich nepřemýšlela o tom, že by s nimi někdo v nemocnici mohl být. 16 dětí (30%) si pak přálo, aby s nimi v nemocnici při hospitalizaci někdo byl, o něco méně, 11 dětí (21%) si to nepřálo.

OTÁZKA č. 12 Víš proč s tebou v nemocnici nikdo nebyl?*Tabulka č. 14 Víš proč s tebou v nemocnici nikdo nebyl?*

Víš proč s tebou v nemocnici nikdo nebyl?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Ano	38	72
Ne	15	28
CELKEM	53	100

Graf č. 14 Víš proč s tebou v nemocnici nikdo nebyl?

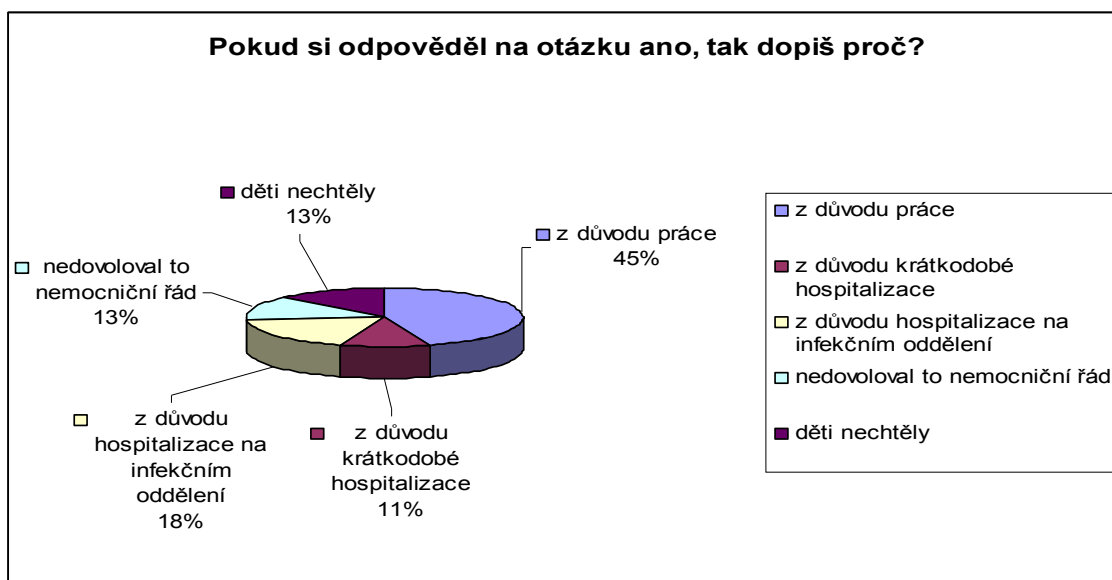
Komentář: 38 dětí (72%) vědělo, proč s nimi v nemocnici nikdo nebyl, 15 dětí (28%) to nevědělo.

Pokud si odpověděl na otázku č. 12 ano, tak dopiš proč?

Tabulka č. 15 Pokud si odpověděl na otázku č. 12 ano, tak dopiš proč?

Pokud si odpověděl na otázku č. 12 ano, tak dopiš proč?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Z důvodu práce	17	45
Z důvodu krátkodobé hospitalizace	4	11
Z důvodu hospitalizace na infekčním oddělení	7	18
Nedovoloval to nemocniční řád	5	13
Děti nechtěly	5	13
CELKEM	38	100

Graf č. 15 Pokud si odpověděl na otázku ano, tak dopiš proč?



Komentář: 17 dětí (45%) uvedlo, že s nimi rodiče nemohli být v nemocnici kvůli práci. 7 dětí (18%) uvedlo, že z důvodu hospitalizace na infekčním oddělení s nimi nikdo nemohl být. 5 dětí (13%) nechtělo, aby s nimi někdo byl v nemocnici. 5 dětí (13%) dětí napsalo, že to nedovolal nemocniční řád, aby s nimi někdo byl v nemocnici a 4 děti (11%) uvedly, že z důvodu krátkodobé hospitalizace s nimi nikdo v nemocnici nebyl.

OTÁZKA č. 13 Měl/a jsi s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman?*Tabulka č. 16 Měl/a jsi s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman?*

Měl/a jsi s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Ano	60	61
Ne	39	39
CELKEM	99	100

Graf č. 16 Měl/a jsi s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman?

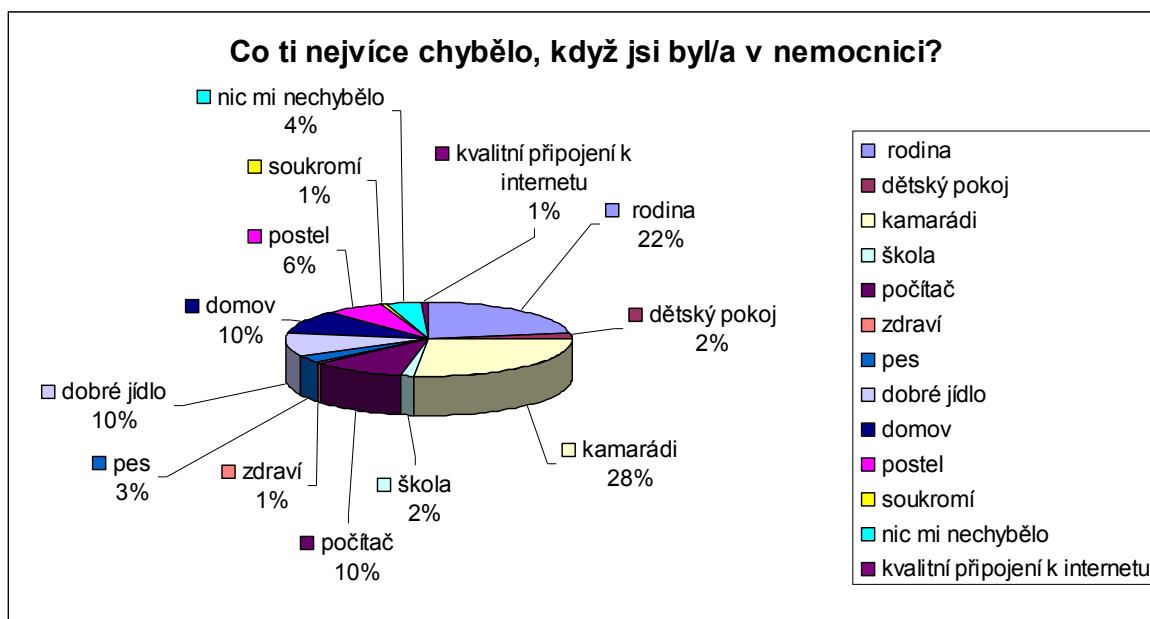
Komentář: Z grafu č. 15 vyplývá, že 60 dětí (61%) mělo v nemocnici s sebou svou oblíbenou hračku nebo talisman a 39 dětí (39%) s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman nemělo.

OTÁZKA č. 14 Co ti nejvíce chybělo, když jsi byl/a v nemocnici?

Tabulka č. 17 Co ti nejvíce chybělo, když jsi byl/a v nemocnici?

Co ti nejvíce chybělo, když jsi byl/a v nemocnici?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
rodina	28	22
dětský pokoj	3	2
kamarádi	34	28
škola	2	2
počítač	13	10
zdraví	1	1
pes	4	3
dobré jídlo	13	10
domov	13	10
postel	8	6
soukromí	1	1
nic mi nechybělo	5	4
kvalitní připojení k internetu	1	1
CELKEM	126	100

Graf č. 17 Co ti nejvíce chybělo, když jsi byl/a v nemocnici?



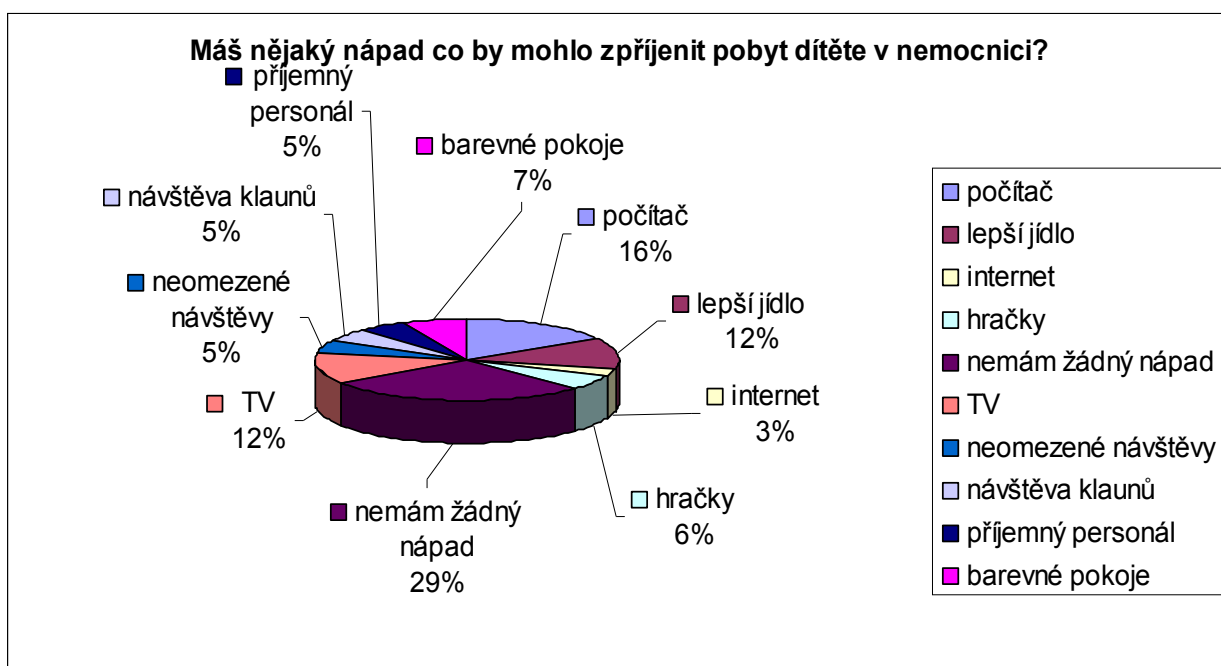
Komentář: 34 dětí (28%) uvedlo, že jim chyběli kamarádi. 28 dětí (22%) uvedlo, že jim chyběla rodina. 13 dětem (10%) chyběl počítač, dále 13 dětem (10%) chybělo dobré jídlo. 13 dětí (10%) zmínilo, že jim chyběl domov. 8 dětí (6%) napsalo, že jim chyběla jejich postel. 5 dětem (4%) v nemocnici nic nechybělo. 4 děti (3%) uvedly, že jim chyběl jejich pes. 3 dětem (2%) chyběl jejich dětský pokoj. 2 děti (2%) se zmínily, že jim chyběla škola. Zdraví chybělo 1 dítěti (1%). Soukromí chybělo 1 dítěti (1%) a kvalitní připojení k internetu chybělo taktéž 1 dítěti (1%).

OTÁZKA č. 15 Máš nějaký nápad co by mohlo zpříjemnit pobyt dětí v nemocnici?

Tabulka č. 18 Máš nějaký nápad co by mohlo zpříjemnit pobyt dětí v nemocnici?

Máš nějaký nápad co by mohlo zpříjemnit pobyt dětí v nemocnici?	ABSOLUTNÍ HODNOTA	RELATIVNÍ HODNOTA
Počítač	16	16
Lepší jídlo	12	12
Internet	3	3
Hračky	6	6
Nemám žádný nápad	28	29
TV	12	12
Neomezené návštěvy	5	5
Návštěva klaunů	5	5
Příjemný personál	5	5
Barevné pokoje	7	7
CELKEM	99	100

Graf. č. 18 Máš nějaký nápad co by mohlo zpříjemnit pobyt dítěte v nemocnici?



Komentář: 28 dětí (29%) nemá žádný nápad, co by dětem mohlo pobyt v nemocnici zpříjemnit. 16 dětí (16%) uvedlo, že by chtěly v nemocnici mít počítač. 12 dětí (12%) by chtělo v nemocnici lepší jídlo. 12 dětí (12%) navrhovalo, že by v nemocnici chtěly mít TV. 7 dětí (7%) se zmínilo, že by chtěly mít v nemocnici barevné pokoje. 6 dětí (6%) uvedlo, že by chtěly mít v nemocnici hračky. 5 dětí (5%) by chtělo mít v nemocnici neomezené návštěvy. 5 dětí (5%) navrhlo, že by chtěly, aby je chodili navštěvovat klauni. 5 dětí (5%) by chtělo příjemný personál v nemocnici. 3 děti (3%) napsaly, že by chtěly mít v nemocnici internet.

8 KAZUISTIKA

Kazuistika je podrobná studie jedné osoby. Vybraná osoba musí mít vlastnosti, které chce výzkumník sledovat. Výzkumník musí mít teoretické vědomosti o problematice a praktické zkušenosti. Mít informovaný souhlas zkoumané osoby. Motivovat zkoumanou osobu, abychom mohli od ní získat úplné a pravdivé informace (Kutnohorská, 2009).

Případovou studii formou kazuistiky jsem prováděla v měsíci lednu a únoru. Se svojí sestřenicí a tetou jsem se sešla celkem dvakrát. Podklady pro kazuistiku jsem získala formou rozhovoru. Kazuistika je zaměřena na osobní anamnézu, průběh onemocnění, psychický stav sestřenice, současný zdravotní stav sestřenice a informace, které mi řekla teta týkající se psychické náročnosti a omezení sociálních kontaktů z jejího pohledu.

8.1 Případová studie o sestřenicí

Pro kazuistiku pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala svoji sestřenicí Zuzku. S., která se narodila 17. 11. 1989 v Ostravě. V současné době studuje na Univerzitě Palackého v Olomouci obor molekulární a buněčná biologie.

Informace jsem získala od Zuzky a od její maminky. Se Zuzkou a její maminkou jsem se sešla celkem třikrát. Během rozhovoru jsem si zapisovala vše důkladně do počítače. Časově to bylo velmi náročné, protože Zuzka musela často dlouho přemýšlet a vzpomínat, jak postupně její nemoc a léčba probíhala.

Zuzka si pamatuje, jako by to bylo dnes, kdy chodila na základní školu do matematické třídy a každý rok na podzim se třídou jezdila na soustředění. Víkend před odjezdem na soustředění si hrála se svojí sestřenicí a ošklivě se bouchla do ruky a na druhý den se jí vytvořila velká modřina, po které má dodnes skvrnu. Po návratu z týdenního soustředění se jí modřina vůbec neměnila. Když se večer koupala, tak jí mamka přinesla do koupelny osušku a zděsila se, protože na zádech a nohou měla velké množství malých modřinek. Její mamka měla známou v krevním centru ve Fakultní nemocnici v Ostravě - Porubě, tak se tam hned ráno vydaly. V nemocnici jí udělali několik krevních testů včetně testů srážlivosti. Aniž by se nadála, ležela během hodiny na dětské jednotce intenzivní péče. Druhý den odpoledne jí odebrali vzorek kostní dřeně a během několika hodin byla stanovena diagnóza – leukémie. Protože se daný typ v Ostravě neléčí, ještě tentýž den, 16.

10. 2001, ji převáželi vrtulníkem do Prahy. Z důvodu mlhy nad vysočinou se však museli vrátit zpět do Ostravy. Další den ráno ji pak převážela sanitka do Fakultní nemocnice v Motole. Celou dobu pořádně nevěděla co se s ní děje.

Po příjezdu do Motola na oddělení dětské hematonekologie si Zuzka připadala, jako by přijela do jiného světa, protože jediné, co viděla, byly děti bez vlasů a na přístrojích. Po několika hodinách dorazili její rodiče a tehdy je viděla poprvé v životě plakat. Jediné, na co se v té chvíli ptala, bylo, jestli půjde brzy domů a zda bude doma na své narozeniny. Pokaždé ji rodiče odpověděli, že to asi ne, a že musí být statečná, protože je vážně nemocná a musí se vyléčit. Až mnohem později se Zuzka dozvěděla, že než rodiče přišli k ní na pokoj, byli u ošetřujícího lékaře MUDr. V. V, který rodičům sdělil, že Zuzka má akutní myeloidní leukémii typu M3 (promyelocitární leukémii), pro dítě jednu z nejzákeřnějších. Rodiče se tehdy také dozvěděli, že do té doby byla úspěšně vyléčena pouze jedna jediná pacientka. Také byli lékařem upozorněni na to, že s velkou pravděpodobností vůbec nepřežije víkend.

I přes prognózy lékařů víkend přežila, ale největší boj s nemocí Zuzku teprve čekal. Musela podstoupit čtyři několikadenní bloky chemoterapie, 10 lumbálních a stejně tolik sternálních punkcí. Pak následovalo ozařování hlavy. Po celou dobu hospitalizace s ní byla matka, každý víkend přijížděl i otec. Po několika týdnech přišla o své krásné kudrnaté husté vlasy, a tím se zařadila mezi ostatní nemocné děti. První týdny se kvůli velkému riziku krvácení vůbec nesměla hýbat. Z prvních dvou měsíců si toho moc nepamatuje, protože dostávala silné léky proti bolesti a zvracení. Přesto trpěla silnými bolestmi břicha a hlavy. Také zvracela i dvacetkrát do hodiny. Popraskaly jí oční žilky, takže místo bílého bělma měla oči červené. Ještě dnes si její otec občas vzpomene, jak trpěla a říkala, „že chce zemřít“.

Dva měsíce nejedla a byla na umělé stravě. Pak začala pomalu jíst. I tak se občas stalo, že za den nesnědla víc než půlku konzervované jahody. Za toto období zhubla ze 44kg na 34kg.

Ze dne na den musela Zuzka opustit rodinu, kamarády, ale také školu. Se svojí rodinou a kamarády komunikovala pouze telefonicky. Kamarádi jí posílali spoustu dárků

a přání. Díky své ctizádosti, pomoci učitelů základní školy, kam chodila, a díky učitelům, kteří pracují v nemocnici, dokončila šestý ročník základní školy. Chvilu v nemocnici jí zpřijemnil občasné návštěvy známých osobností, například Michala Davida, Petra Koláře, Lucie Bílé, Venduly Svobodové atd. Domů se poprvé dostala 23.12.2001, ale už 25.12. se musela vrátit zpět do Motola. Silvestr i Nový rok strávila s rodiči v nemocnici. Večer jim zpřijemnil zpěvák Dan Nekonečný. Když se ho zeptali, proč tráví Silvestr v nemocnici, tak vysvětlil, že pro něho je každý den Silvestr. Po posledním bloku chemoterapie podstoupila čtyřtýdenní ozařování hlavy, kdy několikrát zvracela a bolela ji hlava. Dne 29.3.2002, po půl roce v nemocnici, se vrátila domů. Poté byla v udržovací léčbě, která trvala 1,5 roku. Celou dobu v nemocnici a ještě půl po návratu domů musela dodržovat nízkobakteriální stravu. Nesměla mezi lidi, ona a celá její rodina musela dodržovat hygienický režim, což obnášelo pravidelné umývání rukou dezinfekcí a nošení ústenek. V září 2002 se vrátila do sedmé třídy na základní školu. Nástupu do školy se bála, protože rok mezi kamarády nebyla a měla vlasy 0,5cm dlouhé. Naštěstí ji kamarádi přijali. Základní školu Zuzka ukončila v roce 2005 a bylo to pro ni velmi náročné, protože často bývala unavená a nemocná. Dostala se na gymnázium a poprvé se zamilovala.

V dubnu, po přijímacích zkouškách na střední školu, při pravidelné kontrole, na kterou chodila do FN v Porubě na kliniku dětské hematooonkologie jednou za měsíc, se objevily nejasnosti v krevním obraze a opět musela podstoupit vyšetření kostní dřene. V kostní dřeni byly přítomny blasty (rakovinné buňky). Hned musela s rodiči odjet do Prahy, kde byla hospitalizovaná. Znovu jí byla vyšetřena kostní dřeň. Výsledky ale dopadly dobře, a byla propuštěna s tím, že lékaři v ostravské nemocnici udělali pravděpodobně chybu. Stejná situace se však opakovala v srpnu, kdy už se bohužel o žádné chybě mluvit nedalo a lékaři jí sdělili větu, které se ona i její rodina celé čtyři roky obávala. „Nemoc se vrátila.“

Zuzka si pamatuje, když se dívala z nemocničního okna v Motole, venku přšelo, a když tentýž MUDr. V.V. sdělil, že má tentokrát myelodysplastický syndrom (MDS) a bude muset podstoupit transplantaci kostní dřene co nejdříve, nejlépe do 3 měsíců. Připadalo jí, jako by její tělo zůstalo, ale ona byla úplně někde jinde. První její myšlenka nebyla jen, že může umřít, ale že si bude muset vším projít znovu. Hned ten den musela

znovu podstoupit odběr kostní dřeně z pánevních kostí pod celkovou narkózou pro přesné stanovení

diagnózy. Vzorky pak byly odeslány do Dánska. Další den mohla odjet domů. Lékaři jí nasadili Lanvis, což je chemoterapeutikum v tabletách. Jednou týdně docházela na kontrolu do porubské Fakultní nemocnice a jednou za měsíc do FN v Motole. Pak nastalo dlouhé období čekání, kdy se hledal dárce kostní dřeně. V říjnu jim lékaři poprvé sdělili, že našli dárce. Pocházel ze Skotska, ale protože se nedostavil k odběru, ke kterému byl vyzván, byl vyhodnocen jako „nezodpovědný“ a vyřazen z evidence. Legislativa v této oblasti je ve světě velmi přísná. Dalším možným dárce měla být paní z plzeňského registru dárců kostní dřeně, která však nebyla nejvhodnější. Podle HLA znaků, kterých je 10, je nejvhodnějším dárce ten, který má shodných 10 znaků s příjemcem (pacientem). Z. se svou dárkyní měla 7 shodných znaků z 10, a to je minimální shoda, kterou lékaři akceptují, pokud není nalezen vhodnější dárce. Další nevýhodou dárkyně byl nejen její vyšší věk, v březnu toho roku byla vyloučena z registru dárců kostní dřeně z důvodu dosažení 55 let, ale také to, že měla za sebou tři těhotenství.

V prosinci se Zuzce rapidně zhoršil krevní obraz, a proto byl termín transplantace urychlen a stanoven na leden 2006. Od září až do prosince chodila do školy podle toho, jak jí to krevní obraz dovoľoval.

30.12. 2005 nastoupila do FN Motol v Praze na hematologické oddělení. Druhý den jí znovu, po 4 letech, museli zavést centrální žilní katétr. Poté byla převezena na transplantační jednotku, kde jí byla na 11.1.2006 stanovena transplantace. Byl zahájen tzv. přípravný režim, dostávala silnou chemoterapii, která jí postupně ničila vlastní kostní dřeň, aby v den transplantace počet vlastních krevních buněk byl téměř na nule a mohla jí být transplantována kostní dřeň od dárkyně (alogenní transplantace), o které jsem se zmínila dříve.

Znovu Zuzka přišla o vlasy, ale jejich ztrátu neřešila tolik, jako před těmi 4 lety. Tentokrát už věděla, že jí čekají mnohem horší věci. Po chemoterapii opět zvracela a měla další potíže s tím spojené. Po jedné z dávek chemoterapie jí přestávala fungovat játra. Léky na léčbu jsou příliš drahé a museli čekat na schválení pojišťovny. Naštěstí pojišťovna reagovala rychle a ještě tentýž den léky schválila.

V období přípravy na transplantaci byla Zuzka v méně sterilní části. Transplantační jednotka je totiž rozdělena na méně sterilní část a přísně sterilní část, ve které ležela v době transplantace a po ní do té doby, než se nová kostní dřev „přihojí“ a začne produkovat vlastní krvinky. Po celou dobu hospitalizace s ní byla matka, ale otec ani jiné návštěvy za ní nemohli. Několik dní před transplantací neměla žádnou imunitu a její krevní obraz měl hodnoty pouze v několika jednotkách. Ve sterilním boxu se musela dodržovat velmi přísná hygienická pravidla. Box měl vlastní klimatizaci s hepa filtry, dovnitř mohl pouze lékař a zdravotní sestra. Aby se riziko nákazy snížilo na minimum, veškeré práce spojené s úklidem boxu a péčí o Zuzku vykonávala její maminka. Ložní prádlo a také pyžamo bylo sterilní. Osobní hygiena byla realizována tak, že jí maminka omývala desinfekčním mýdlem a destilovanou vodou. Dovnitř se mohly přinášet pouze sterilní věci. Zuzka si pamatuje, že si s sebou mohla vzít pouze věci, které se daly vysterilizovat, například mobil mohla mít zabalený v igelitu.

Den transplantace, označovaný jako den 0, nijak zvlášť nevnímala, nebyl ničím zvláštním, den jako každý jiný. Byla to středa 11.1.2006. Na oddělení byl jeden lékař a jedna sestra. Kolem 5. hodiny odpoledne měla její mamka možnost jet pro kostní dřev do laboratoře, která je v budově u nemocnice na Homolce. Zde se ještě dřev upravuje těsně před podáním příjemci. Dřev pak v přepravním boxu je převezena houkající sanitkou na transplantační jednotku. Zhruba o půl sedmé přijela její mamka s kostní dřev. Vše mají natočené na CD disku. Natáčení zorganizovala se souhlasem rodičů nemocniční psychologka. Ve chvíli, kdy sestřička přinesla kostní dřev, vypadalo to jako sáček s plazmou. Za necelou hodinu jí nakapala jako cokoliv jiného. Bylo po transplantaci. To nejtěžší jí teprve čekalo. Dny po transplantaci jsou označovaný jako +1, +2, +3 atd. Je to období čekání, než se kostní dřev dárce „přihojí“. V období, kdy neměla žádnou imunitu, musela Zuzka brát kortikoidy, kapala jí umělá výživa a také léky proti bolesti. Díky tomu, že byla již „zkušeným pacientem“, mohla si část morfia dávkovat sama. Nemohla jíst, co by chtěla, jediné co mohla, byly v troubě přepečené obyčejné BEBE sušenky, piškoty, přesnídávky a nutridrinky. Málokdy dokázala sníst celý piškot, protože trpěla silnou mukozitidou (která způsobila zánět dutiny ústní až po tlusté střevo) a nechutenstvím. Měla však období, kdy díky kortikoidům, které způsobují velkou chuť k jídlu, své rodiny se po telefonu neustále vyptávala, co měli k obědu a k večeři, co budou mít k obědu a večeři. Nejhorší pro ni byly pořady o vaření v televizi. Několik dní po samotné transplantaci začala

mít problémy s dýcháním, protože už od dětství trpí těžkým astmatem, dokonce jí hrozil převoz na ARO. Týden byla na řízeném dýchání. Dále se jí, díky neshodě s dárkyní, projevila akutní reakce štěpu proti hostiteli (GVHD) ve formě kožní reakce. Tato akutní fáze přešla bohužel v chronickou kožní reakci štěpu, kterou trpí dodnes. Projevuje se to opakujícími záněty kůže a sliznic, především řídkými a jemnými vlasy a lámavými nehty. Zhruba 14. den došlo k „přihojení“ kostní dřeni. Nejprve se začaly tvořit lymfocyty, pak erytrocyty a nakonec trombocyty. Měsíc po samotné transplantaci se vrátila na méně sterilní část transplantační jednotky, na kterou se strašně těšila. Nejen proto, že mohla (pokud měla v pořádku krevní obraz) vycházet z pokoje, osprchovat se, projít se po chodbě nebo se jít pobavit za ostatními pacienty do herny (místnost s počítačem apod.). Také jí mohl po dlouhé době navštívit tatínek. Samozřejmě to znamenalo i to, že začala dohánět studijní povinnosti díky učitelům, kteří za ní docházeli, protože chtěla dokončit první ročník gymnázia. Příliš v oblibě neměla fyzioterapeuty, kteří se snažili zlepšit její fyzickou kondici, protože víc jak měsíc nevstala z postele, a proto každý pohyb byl pro ni velmi náročný. I když už byla na méně sterilní části transplantační jednotky, tak jí stále nebylo příliš dobře. Neustále zvracela, v noci nemohla spát, dostávala prášky na spaní a po celou dobu hospitalizace trpěla silnými migrénami. Přes to všechno už toto období bylo pro ni psychicky pozitivnější díky většímu kontaktu s lidmi a rodinou. S kamarádkou (pacientkou) si přály vidět herce Sašu Rašilova, který jim toto přání splnil a přišel si jednou odpoledne s nimi a s rodiči popovídat. Celkově jí čas ubíhal pomalu, dny pro ni byly stereotypní a vůbec nepřemýšlela nad tím, kdy půjde domů. Aby ji domů vůbec pustili, musela začít jíst a vypít 3 litry tekutin denně. Ze začátku se to pro ni zdálo být nemožné, protože předtím vypila maximálně 1 dcl za den, ale vytvořila si „harmonogram“, kdy každou hodinu musela vypít 2 dcl tekutin a zhruba do 14 dnů jí nedělalo problém vypít 3 litry.

Před Velikonocemi byla konečně propuštěna domů. Zpočátku musela dvakrát týdně dojíždět na kontroly do Prahy, postupně se termín kontrol prodlužoval, až jezdila 1x za měsíc a od třetího roku pak jen jednou za půl roku. Na kontrole jí vždy odebrali krevní obraz. Zhruba 180 dnů po transplantaci přestala brát imunosupresiva (Cyklosporin A), která brala od transplantace, nejprve intravenózně a poté v tabletkách. Při každém výročí (rok, dva...po transplantaci) musí absolvovat spoustu vyšetření (EKG, spirometrii, oční, gynekologii atd.) a sternální punkci. Následkem transplantace také ztratila paměťovou

imunitu a musela všechna očkování podstoupit znovu. Do dvou let po transplantaci byla často nemocná. Díky individuálnímu studijnímu plánu gymnázium dokončila v termínu.

Na poslední kontrole k pátému výročí byla v Praze ve FN Motol 4.2.2011 a na další kontrolu se chystá až za rok.

I přesto, že Zuzka vyhrála boj s rakovinou, má celoživotně mnoho následků, jako je katarakta, reprodukční problémy, chronická GvHD, těžké astma a následky spojené se silnou chemoterapií a ozařováním.

Závěrem Zuzka zmínila, že tato životní zkušenost ji ovlivnila a poznamenala na celý život. Když říká, že jí tato zkušenost poznamenala na celý život nemyslí to jen ve špatném slova smyslu, ale také v tom dobrém. Např. když má nějaké problémy a nebo jí čeká zkouška ve škole, tak si vždy připomíná, že zažila horší chvíle. Na rozdíl od některých dětí, které v nemocnici poznala a bohužel boj s rakovinou prohrály, takovou možnost jako jít na zkoušku už mít nebudou. S touto zkušeností čerpá ve škole a nyní začala pracovat v laboratoři hematookologie v rámci její bakalářské práce. Když dochází do laboratoří hematookologie, tak se často setkává s pacienty, kteří čekají na výsledky. Vždy když kolem nich prochází, tak se dokáže vcítit do těchto pacientů a umí si představit, jak se zrovna cítí. Vše teď vidí z druhé strany. Vždy byla v roli pacienta a nyní je osoba, která pracuje se vzorky kostní dřeně a periferní krve. A až dnes ví, co se vlastně děje s odebraným vzorkem a jak se stanovuje diagnóza. Pro lidi se kterými pracuje je toto rutinní záležitost. Když se řeší stanovení diagnózy, tak ví jaké to bude pro samotného pacienta, kterému se při vyslovení jeho diagnózy obrátí život vzhůru nohama. Zuzce se také život převrátil vzhůru nohama a nemoc jí a její rodinu přiměla se dívat na svět jinýma očima a přehodnotit základní hodnoty života. Každý, kdo se seznámí se Zuzčiným příběhem, tak Zuzku obdivuje, ale obdiv nepatří jen jí, ale i její rodině, především jejím rodičům, bez kterých by tento životní převrat nezvládla. Jak jednou řekla : „ Zdravý člověk má přání mnoho, ale nemocný jen jedno.....“.

Teta často slýchala ve svém okolí, že někdo onemocněl rakovinou. Nikdy nevěřila, že se to stane v naší rodině a že onemocní její jediné dítě. Když se v říjnu roce 2001 dozvěděla o nemoci dcery, nemohla diagnóze uvěřit. Byl to šok. Pořád čekala, že někdo z lékařů přijde a omluví se, že došlo k chybě. Dokonce první měsíc v motolské nemocnici ani nevybalovala kufř. Nastalo období, ze kterého si celou řadu věcí teta pamatuje naprosto

přesně, ale některé věci si prostě nepamatuje. Myslí si, že je ze své mysli vytěsnila. Byla vděčná, že mohla být se Zuzkou v nemocnici po celou dobu léčení. Nebylo to vůbec pro tetu jednoduché. Bylo opravdu těžké vysvětlit dvanáctiletému dítěti, že bojuje o život. Navíc první týdny se Zuzka uzavřela do sebe a s nikým nemluvila. Teta jen seděla u postele a dělala, co bylo potřeba. V období první léčby byla Zuzka v naprosté izolaci. Na pokoji byla sama, nesměla vycházet. Ostatní děti na oddělení znala jen podle jména.

Nejhorší pro tetu jako matku byl vždycky její pohled, když procházela něčím hodně bolestivým. Jako by četla výčitku, že mohla něco takového dopustit.

Přesto zpětně musí teta říct, že je toto období velmi sblížilo. Navíc jí přesvědčilo, že její výchova sklízela své ovoce. Zuzce vždycky říkala pravdu, snažila se nelitovat ji. Snad i proto si během celé léčby zachovala svou slušnost a zdvořilost.

Když onemocněla podruhé, obě věděly, do čeho jdou a co je čeká. Bohužel. Věděly, že vše bude mnohem horší než poprvé. A taky, že šance nejsou příliš vysoké. Ale uvědomovaly si, že transplantace dává, i když minimální, přece jen šanci na další život. Při druhé hospitalizaci, která byla mnohem kratší než první, byla Zuzka už starší. Mělo to i své výhody. Jednak už věděla, čeho se vyvarovat a mnohem lépe využívaly společný čas. Taky naprostá izolace trvala jen necelé dva měsíce, pak už mohla do návštěvní místnosti a tam měla svou kamarádku.

Když někdo řekne, že vše zlé je k něčemu dobré, nezbyvá než souhlasit. Myslí si, že dceřina nemoc je sblížila. Nejen je dvě, ale celou rodinu. Nedovede si představit, jak by to celé zvládla bez pomoci rodiny.

Zuzčina nemoc jim změnila život. Změnil se i žebříček hodnot. Zuzky si velmi váží. Ne za to, že onemocněla, ale jak to vše zvládla. Díky své ctizádosti nikdy nepřerušila školu. I přesto, že byla často nemocná zvládla gymnázium a zvládá i studium na vysoké škole. Nikdy si nestěžovala a nemoc nezneužívala. Pokud ji nemoc změnila, pak jen k lepšímu.

9 DISKUZE ZÁVĚRU

Výzkum byl prováděn u dětí ve věku od 11 do 15 let na 8letém gymnáziu v Ostravě.

Dotazník mi vyplnily jen děti, které byly někdy hospitalizovány v nemocnici. Celkem jsem získala 99 dotazníků.

Mým cílem bylo zjistit jaké jsou zkušenosti dětí s hospitalizací v nemocnici, jak dlouho, kde a s čím byly děti nejčastěji hospitalizovány, zda s nimi byl během hospitalizace někdo z rodičů nebo rodinných příslušníků a co v nemocnici nejvíce postrádaly.

Cíl č. 1 – Zjistit zkušenosti dětí s hospitalizací v nemocnici. Ke zjištění tohoto cíle jsem nedala přímou otázku do dotazníku, jaká byla zkušenost dětí s hospitalizací, ale jaké zkušenosti mají děti s hospitalizací jsem se pokoušela vyvodit z otázky č. 11, zde se ptám, zda si děti přály, aby s nimi někdo byl v nemocnici. Z této otázky usuzuji, že děti které si přály rodiče mít u sebe, zřejmě hospitalizaci prožívaly hůř a dále se domnívám, když si děti nepřály mít nikoho u sebe v nemocnici, že byly docela klidné a rodiče nepostrádaly. Dále jsem usuzovala z otázky č. 13, zda děti měly s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman. Usuzuji, že děti, které si s sebou do nemocnice vzaly svou hračku a nebo talisman, tak se lépe na pobyt adaptovaly. Současně s tím jsem přesvědčena, že jim to napomáhalo i k rychlejšímu a úspěšnějšímu průběhu léčby. Děti, které si do nemocnice nevezaly svou oblíbenou hračku nebo talisman, možná nemají hračku nebo talisman, ke které by měly citový vztah a nebo jim to nedovolal nemocniční řád. Otázka č. 14, která zjišťovala co dětem nejvíce chybělo v nemocnici, byla další z otázek, která mohla být vodítkem. Děti nejvíce do dotazníku uváděly, že jim chyběli kamarádi a rodina. Z toho usuzuji, že odloučení od rodičů může přinést to, že dítě bude hůř snášet pobyt v nemocnici, bude plačtivé, smutné. Posledním vodítkem byla otázka č. 15, zde jsem se ptala, zda mají děti nějaký nápad, co by mohlo zpříjemnit pobyt dítěte v nemocnici. Nejvíce děti odpovídaly, že nemají žádný nápad, co by jim zpříjemnilo pobyt v nemocnici. Pokud si něco přály, tak počítač, televizi a lepší jídlo.

Cíl č. 2 – Zjistit, jak dlouho byly děti nejčastěji hospitalizovány v nemocnici. Tento cíl jsem zjišťovala za pomoci otázky č. 6. Nejčastěji byly děti hospitalizované v nemocnici do 1 týdne 48% dětí, 31% dětí bylo nejčastěji hospitalizováno v nemocnici 1 – 2 týdny a do 1 měsíce bylo dětí hospitalizováno v nemocnici 13%.

Cíl č. 3 – Zjistit, na jakém oddělení byly děti nejčastěji hospitalizovány. Tento cíl se mi podařilo zjistit z otázky č. 4. Děti byly nejčastěji hospitalizovány na oddělení chirurgie, dětské JIP a na dětském oddělení.

Cíl č. 4 – Zjistit s jakým úrazem nebo nemocí děti nejčastěji ležely v nemocnici. Tento cíl jsem zjistila z otázky č. 7. Z důvodu úrazu byly nejčastěji děti hospitalizovány s otřesem mozku, zlomeninou dolní končetiny a zlomeninou horní končetiny. Z důvodu nemoci byly děti nejčastěji hospitalizovány kvůli trhání mandlí, teplotám a alergickým reakcím.

Cíl č. 5 – Zjišťoval z otázky č. 8 zda s dětmi byl během hospitalizace někdo z rodičů nebo rodinných příslušníků. S 54% dětí nebyl nikdo z rodičů ani rodinných příslušníků během hospitalizace v nemocnici a nejčastěji s dětmi nemohli být rodiče v nemocnici z důvodu pracovního vytížení. U (46%) dětí byl v nemocnici někdo z rodičů, anebo rodinných příslušníků, nejčastěji s nimi byla v nemocnici maminka.

Cíl č. 6 – Zjistit, co děti nejvíce postrádaly v nemocnici. Tento cíl jsem zjišťovala za pomoci otázky č. 14. Nejvíce dětem v nemocnici chyběli kamarádi, rodina, domov, dobré jídlo a počítač.

V kazuistice jsem se zabývala opakovanou dlouhodobou hospitalizací Zuzky. Zjistila jsem, že velmi důležitou roli hraje rodič, který je po dobu hospitalizace dítěte přítomen. Z kazuistiky je viditelné, že rodič není jenom psychická podpora dítěte, ale také je důležitou podporou zdravotnického personálu, protože umí mnohé dítěti vysvětlit a jednat s ním. Významnou roli také hrají návštěvy nejen rodiny, ale např. i známých osobností se kterými by se dítě normálně nesetkalo. Význam návštěv má ten, že dítě aspoň na chvíli zapomene na svoji nemoc a problémy s tím spojené. Dítě by nemělo zůstat izolováno od okolního světa od kamarádů a spolužáků. Pokud není možnost návštěv je dobré komunikovat s dítětem pomocí emailů, telefonů, anebo dopisů. Z kazuistiky je viditelné, že taková životní zkušenost dokáže člověku změnit pohled na život a ne jen jemu, ale i celé rodině.

ZÁVĚR

V rámci mé bakalářské práce jsem rozdala dotazníky, které byly určené dětem, které byly hospitalizovány v nemocnici. Dohromady jsem získala 99 dotazníků. U dětí byl zjišťován věk, pohlaví, kolikrát ležely naposledy v nemocnici a kolik jim bylo let, jak dlouho ležely v nemocnici, zda ležely v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci a o jaký úraz, a nebo nemoc se jednalo, zda s dětmi byl někdo z rodičů a nebo rodinných příslušníků v nemocnici, zda měli s sebou v nemocnici svou oblíbenou hračku nebo talisman, co dětem nejvíce chybělo v nemocnici a jestli mají nápad co by mohlo zpříjemnit pobyt dětí v nemocnici. Získané informace od dětí jsem vyhodnotila pomocí tabulek a grafů.

Z výsledků výzkumu jsem zjistila, že děti nejčastěji ležely v nemocnici jedenkrát a to s procentuálním zastoupením 50%. Nejvíce dětí a to 20% mi odpovědělo, že si nepamatují na jakém oddělení ležely naposledy, což chápu vzhledem k tomu, že se vyskytují v neznámém prostředí, které jim přináší strach. Také zajímavé bylo, že děti nejvíce ležely na dětském, ORL, infekčním, chirurgickém oddělení atd. Objevily se také mezi nimi oddělení, které byly méně procentuálně zastoupené ARO a hematologická klinika. Věkové zastoupení dětí, které ležely v nemocnici bylo největší v rozmezí od 13 let do 9 let. Nejvíce dětí a to 48% ležely v nemocnici do 1 týdne z čeho můžu usuzovat, že krátkodobý pobyt dítěte v nemocnici je méně stresující než dlouhodobý pobyt. Nejčastěji děti ležely v nemocnici kvůli trhání mandlí, otřesu mozku, zlomeninám HK a DK, což si myslím, že jsou nejčastější důvody hospitalizace dětí v nemocnici. Více jak polovina dětí v nemocnici ležely bez doprovodu rodičů kvůli toho, že rodiče museli chodit do práce.

Další část výzkumu byla kazuistika o mé sestřenici, která byla dvakrát dlouhodobě hospitalizována v nemocnici. Já sama jsem ráda, že souhlasila a našla si čas, aby mi poskytla veškeré informace týkající se její nemoci, průběhu léčby, psychického stavu a současného zdravotního stavu. Některé informace co jsem se dozvěděla byly pro mě nové. Možná to bude i tím, že jsem byla malá a rodiče mě nechtěli zbytečně zatěžovat starostmi. Některé vzpomínky mám jak vyryté do kamene a pamatuji si je, jako by to bylo dnes. Například si moc dobře pamatuji, jak mi maminka podruhé sdělila informaci, které jsem se vždy obávala, že Zuzce se nemoc vrátila. Bylo to pro mě docela těžké období, protože jsem nastupovala do prvního ročníku na střední školu, kde vše bylo pro mě nové

a musela jsem mé myšlenky, které byly většinu času směřované na Zuzku, přesměrovat na školu. Nikdy jsem se sestřenicí o její nemoci nebavila tak otevřeně, jak teď při psaní této kazuistiky. Bude to nejspíš tím, že nikdy na to nebyla ta vhodná doba a také vím, že Zuzka nechtěla se vracet vzpomínkami do minulosti. Napsáním této kazuistiky jsem chtěla poukázat na toto onemocnění, které může dostat kdokoliv nejen v dětském věku, ale také v dospělosti. Laická veřejnost je často málo informována o tomto onemocnění, které je někdy ve filmech prezentované v idealizované formě, která realitě neodpovídá. Skutečnou realitu znají kromě odborníků pouze rodiny v kterých se toto onemocnění vyskytlo.

Při zpracovávání mé bakalářské práce mě napadala řada dalších oblastí a otázek, kudy by se mohl ubírat další výzkum v této oblasti. Jednou z nich byla například otázka případného rozdílného chování a jednání u dlouhodobě hospitalizovaných dětí se stejnou diagnózou a věkem. Toto zkoumání však již přesahuje rámec mé bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DOBROVODSKÁ, L. Terapie bolesti u dítěte v: *Florenc*, ročník III, Praha: Galén spol. s.r.o., číslo 2/2007, str. 68–69, ISSN 1801–464X.
- [2] GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku : vývoj dítěte krok za krokem, děti a hračky, očkování, když přijde nemoc, obezita - prevence a řešení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 139 s. ISBN 978-80-247-2030-2.
- [3] KLUGEROVÁ, J., PRÁZOVÁ, I., VACÍNOVÁ, T. *Jak vypracovat Bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009. 52 s. ISBN 978-80-86723-72-3.
- [4] KOLUCHOVÁ, J. A KOL. *Přehled patopsychologie dítěte II*. Praha: SPN, 1989. 107 s.
- [5] KOTKOVÁ, L. Pooperační bolest v dětském věku v: *Florenc*, ročník VI, Praha: Galén spol. s.r.o., 11/2010, str. 18 – 20, ISSN 1801-464X.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [7] KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM, 2001. 179 s. ISBN 80-214-1844-3.
- [8] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [9] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- [10] LANGMEIER, J. MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum, 1974. 397 s.
- [11] LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. 432 s. ISBN 978-80-7367-710-7.
- [12] LIŠKA, V. *Zpracování a obhajoba bakalářské a diplomové práce*. 1. vyd. Praha 4: Professional Publishing, 2008. 94 s. ISBN 978-80-86946-64-1.
- [13] MARTINKOVÁ, V., VALENTOVÁ, M. *Metodika výchovné péče u dětí : studijní opora pro studenty Ošetrovatelství kombinované formy studia*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 29 s. ISBN 978-80-7318-746-0.

- [14] MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 2003. 108 s. ISBN 80-7178-853-8.
- [15] MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1989. 335 s.
- [16] MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a tělesně postižených dětí*. Praha: SPN, 1970. 102 s.
- [17] PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. 52 s. ISBN 80-210-1551-9.
- [18] RAPČÍKOVÁ, T. Význam uspokojování potřeby bezpečia a istoty u hospitalizovaných dětí v: *Florenc*, ročník IV, Praha: Galén spol. s.r.o., číslo 3/2008, str. 118 - 119, ISSN 1801-464X.
- [19] ROGGE, J.-U. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-237-8.
- [20] ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- [21] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [22] VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. 184 s. ISBN 80-7178-830-9.
- [23] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
- [24] VYMĚTAL, J.A KOLEKTIV. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada, 2007. 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1.
- [25] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A kol.	A kolektiv
Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
Atd.	A tak dále
DK	Dolní končetina
EKG	Elektrokardiogram
FN	Fakultní nemocnice
GVHD	Reakce štěpu proti hostiteli
HK	Horní končetina
HLA	Antigeny lidských bílých krvinek z anglického názvu Human leukocyte antigens
JIP	Jednotka intenzivní péče
MDS	Myelodysplastický syndrom
Např.	Například
ORL	Otorinolaryngologie – ušní, nosní, krční
Popř.	Popřípadě
Resp.	Respektive
Tj.	To je

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Kolik ti je let?

Tabulka č. 2 Jsi holka nebo kluk?

Tabulka č. 3 Kolikrát jsi ležel/a v nemocnici?

Tabulka č. 4 Na jakém oddělení jsi ležel/a naposledy v nemocnici?

Tabulka č. 5 Kolik ti bylo let, když jsi ležel/a v nemocnici?

Tabulka č. 6 Vzpomínáš, jak dlouho jsi ležel/a v nemocnici?

Tabulka č. 7 Ležel/a jsi v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci?

Tabulka č. 8 Z důvodu úrazu

Tabulka č. 9 Z důvodu nemoci

Tabulka č. 10 Když jsi ležel/a v nemocnici byl tam s tebou někdo z rodičů?

Tabulka č. 11 Kdo z rodičů nebo z rodiny byl s tebou v nemocnici?

Tabulka č. 12 Střídali se rodiče a rodinní příslušníci po celou dobu co jsi byl/a v nemocnici?

Tabulka č. 13 Přál/a sis aby s tebou někdo v nemocnici byl?

Tabulka č. 14 Víš proč s tebou v nemocnici nikdo nebyl?

Tabulka č. 15 Pokud si odpověděl na otázku č. 12 ano, tak dopiš proč?

Tabulka č. 16 Měl/a jsi s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman?

Tabulka č. 17 Co ti nejvíce chybělo, když jsi byl/a v nemocnici?

Tabulka č. 18 Máš nějaký nápad co by mohlo zpříjemnit pobyt dětí v nemocnici?

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Kolik ti je let?

Graf č. 2 Jsi holka nebo kluk?

Graf č. 3 Kolikrát jsi ležel/a v nemocnici?

Graf č. 4 Na jakém oddělení jsi ležel/a naposledy v nemocnici?

Graf č. 5 Kolik ti bylo let, když jsi ležel/a v nemocnici?

Graf č. 6 Vzpomínáš, jak dlouho jsi ležel/a v nemocnici?

Graf č. 7 Ležel/a jsi v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci?

Graf č. 8 Z důvodu úrazu

Graf č. 9 Z důvodu nemoci

Graf č. 10 Když jsi ležel/a v nemocnici byl tam s tebou někdo z rodičů nebo rodiny?

Graf č. 11 Kdo z rodičů nebo z rodiny byl s tebou v nemocnici?

Graf č. 12 Střídali se rodiče a rodinní příslušníci po celou dobu co jsi byl/a v nemocnici?

Graf č. 13 Přál/a sis aby s tebou někdo v nemocnici byl?

Graf č. 14 Víš proč s tebou v nemocnici nikdo nebyl?

Graf č. 15 Pokud si odpověděl na otázku ano, tak dopiš proč?

Graf č. 16 Měl/a jsi s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman?

Graf č. 17 Co ti nejvíce chybělo, když jsi byl/a v nemocnici?

Graf č. 18 Máš nějaký nápad co by mohlo zpříjemnit pobyt dětí v nemocnici?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I – Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P II – Prohlášení

Příloha P III – Prohlášení

Příloha IV – Dotazník


Příloha V – Fotografie sterilního boxu

Příloha VI – Fotografie Zuzky během léčby

Příloha VII – Fotografie Zuzky a její maminky v nemocnici

Příloha VIII – Fotografie Zuzky, jak vypadá dnes

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

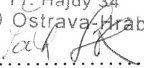
Jméno a příjmení studenta	Eva Staníčková
Téma bakalářské práce	Specifika chování a prožívání hospitalizovaného dítěte
Skupina respondentů	Studenti osmiletého Gymnázia
Pracoviště	Gymnázium, Ostrava

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 5.1.2011

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Gymnázium, Ostrava-Hrabůvka,
příspěvková organizace
Fr. Hajdy 34 2
700 30 Ostrava-Hrabůvka

2.ř.

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P II: PROHLÁŠENÍ

Tímto, já Zuzana Staničková, stvrzuji svým podpisem, že Eva Staničková studentka 3. ročníku, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru všeobecná sestra, získala veškeré informace a fotografie o mé nemoci s mým souhlasem. A také souhlasím s tím, aby tyto informace a fotografie použila při psaní bakalářské práce a prezentovala je při její obhajobě. Souhlasím i se získáním informací o mé nemoci od moji maminky, pani Šárky Staničkové.

v Ostravě dne 15. 1. 2011

Zuzana Staničková

Podpis

PŘÍLOHA P III: PROHLAŠENÍ

Tímto, já Šárka Staničková stvrzuji svým podpisem, že Eva Staničková studentka 3. ročníku, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru všeobecná sestra, získala veškeré informace o nemoci mé dcery za účelem sepsání kazuistiky k bakalářské práci s mým souhlasem, souhlasím tedy s tím, aby byly prezentovány v bakalářské práci i při její obhajobě.

V Ostravě dne 15.1.2011

Šárka Staničková
.....

Podpis

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Eva Staníčková a jsem studentkou Institutu zdravotnických studií, Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru všeobecná sestra. V rámci státních závěrečných zkoušek vypracovávám bakalářskou práci na téma „ Specifika chování a prožívání hospitalizovaného dítěte “. Obracím se na Tebe s prosbou o pomoc při získávání potřebných informací a prosím Tě o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní. Veškeré Tebou poskytnuté informace budou zpracovány v rámci mé bakalářské práce a nebudou zneužity k žádným jiným účelům.

Děkuji Ti, že jsi při svém náročném studiu našel/a čas k vyplnění tohoto dotazníku.

Eva Staníčková

Pokyny k vyplnění dotazníku :

Tebou vybrané odpovědi, prosím, zakroužkuj.

Tam, kde jsou tečky, prosím, uveď slovní odpověď.

1) Kolik ti je let?

.....

2) Jsi holka nebo kluk ?

.....

3) Kolikrát jsi ležel/a v nemocnici?

a) jednou

b) dvakrát

c) víckrát

d) pokud víš přesně kolikrát dopiš

4) Na jakém oddělení jsi ležel/a naposledy v nemocnici ?

.....

5) Kolik ti bylo let když jsi ležel/a naposledy v nemocnici ?

.....

6) Vzpomínáš, jak dlouho jsi ležel/a v nemocnici ?

a) do 1 týdne

b) 1 – 2 týdny

c) do 1 měsíce

d) víc jak měsíc

7) Ležel/a jsi v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci ? Napiš o jaký úraz nebo nemoc se jednalo?

.....
.....
8) Když jsi ležel/a v nemocnici byl tam s tebou někdo z rodičů nebo z rodiny ?

- a) ano
- b) ne

Pokud si odpověděl/a na tuto otázku ano, tak odpověz na otázku č. 9, 10

Pokud si odpověděl/a na tuto otázku ne, tak odpověz na otázku č. 11, 12

9) Kdo z rodičů nebo z rodiny byl s tebou v nemocnici ?

- a) mamka
- b) tatka
- c) babička
- d) děda
- e) pokud jiná osoba dopiš.....

10) Střídali se rodiče a rodinní příslušníci po celou dobu co jsi byl/a v nemocnici?

- a) ano
- b) ne

11) Přál/a sis aby s tebou někdo v nemocnici byl ?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlel/a jsem o tom

12) Víš proč s tebou v nemocnici nikdo nebyl?

- a) ne
- b) ano – dopiš proč.....

.....
.....
13) Měl/a jsi s sebou v nemocnici svoji oblíbenou hračku nebo talisman?

- a) ano
- b) ne

14) Co ti nejvíce chybělo, když jsi byl/a v nemocnici ?

.....
.....
15) Máš nějaký nápad co by mohlo zpříjemnit pobyt dětí v nemocnici ?

.....
.....

PŘÍLOHA P V: FOTOGRAFIE STERILNÍHO BOXU



PŘÍLOHA P VI: FOTOGRAFIE ZUZKY BĚHEM LÉČBY



**PŘÍLOHA P VII: FOTOGRAFIE ZUZKY A JEJÍ MAMINKY
V NEMOCNICI**



PŘÍLOHA P VIII: FOTOGRAFIE ZUZKY, JAK VYPADÁ DNES

