

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

Sociální komunikace v průběhu hospitalizace dětí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. František Sýkora**

**Vypracovala:
Zuzana Filová**

Brno 2010

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Františku Sýkorovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce a v průběhu celého studia.

Zuzana Filová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Sociální komunikace v průběhu hospitalizace dětí zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 25. 3. 2010

Zuzana Filová

Osnova bakalářské práce

Úvod	2
1. Vymezení základních pojmů sociální komunikace	4
1.1 Verbální komunikace	4
1.2 Neverbální komunikace	5
2. Komunikace s dětmi předškolního věku	7
2.1 Charakteristika předškolního věku	7
2.2 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání	9
2.3 Dílčí závěr	11
3. Specifika komunikace v nemoci a hospitalizaci	12
3.1 Charakteristika prostředí nemocnice a činitelů v něm působících – FN Brno, pracoviště dětské medicíny	12
3.2 Hospitalismus – pojem, vysvětlení	13
3.3 Herní terapie, pomůcky, hračky	14
3.4 Komunikace lékaře s pacientem, komunikace v nemocnici	16
3.5 Náhradní formy komunikace u těžce postižených jedinců	17
3.6 Případové studie	24
3.7 Dílčí závěr	25
4. Dotazníkové šetření	27
4.1 Rozbor a srovnání výsledků	27
4.2 Dílčí závěr	37
Závěr	38
Resumé	40
Anotace	41
Seznam použité literatury	42

Úvod

Ve své bakalářské práci se zaměřím zejména na komunikaci dětí v předškolním věku a to v ne zcela přirozených podmínkách, při pobytu v nemocnici.

„Lidská společnost je v podstatě síť vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co to vlastně je toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je, že to je komunikace.“

(Argyle a Trower, 1979)

Může se přihodit každému z nás a dítěti též, že je na čas vytrženo ze svého přirozeného prostředí a je postaveno před novou skutečností, jakou je například pobyt v nemocnici. Akceptovatelná je situace, pokud dítě může v nemocnici pobývat s matkou nebo jiným rodinným příslušníkem, který je mu v novém prostředí oporou. Ne vždy je to však možné a tak se o to, aby dítě psychicky nestrádalo, musí postarat někdo jiný. Jsou to například učitelky mateřské školy a základní školy, které působí na všech odděleních nemocnice, lékaři, sestry a jiné osoby zde pracující.

Sociální komunikace patří neodmyslitelně k našemu životu a k procesu socializace člověka. V dnešní době, která nabízí nepřehledné množství komunikačních technologií a způsobů spojení mezi lidmi se jakoby vytrácí přirozená lidská potřeba spolu mluvit, být si nablízku, povzbudit se úsměvem, stiskem ruky a přátelským povzbuzením. Myslím si, že tyto hodnoty, které máme každý z nás k dispozici v sobě samém, bychom neměli opomíjet, ale naopak rozvíjet a předávat druhým.

Cílem bakalářské práce je v rovině teoretické zmapovat různé způsoby a typy sociální komunikace v prostředí nemocnice. V praktické části je cílem potvrdit popřípadě vyvrátit hypotézu o tom, zda dostatečná, přiměřená a vhodná sociální komunikace může přispět k celkovému navození dobré psychické pohody a nenarušit tak vývoj dítěte působením nepřirozeného a stresujícího prostředí. Popřípadě doporučení, vedoucí ke zlepšení sociální komunikace mezi rodiči a ostatními skupinami zaměstnanců v nemocnici. Výsledkem by měla být oboustranná spokojenost, jak na straně malých pacientů a jejich doprovodu, tak na straně lékařů, sester a ostatního personálu.

V dotazníkovém šetření jde o zmapování prostředí, ze kterého dítě do nemocnice přichází a to i ve vztahu k sociální komunikaci (počet dětí v rodině, návštěva předškolního zařízení aj.). Ve druhé části dotazníkového šetření jde o problematiku komunikace dospělých, doprovázejících dítě v nemocnici a to s personálem nemocnice, s lékaři, se sestrami, pracovníci recepce aj.

1. Vymezení základních pojmů sociální komunikace

1.1 Verbální komunikace

Komunikace posiluje nebo tlumí emoce a formuje postoje. Může popudit, provokovat, iniciovat i uchlácholit a zbrzdit člověka v jeho odhodlání. Dokáže přesvědčit o pravdě i věrohodně šířit lež.

Souvislost mezi komunikací a změnou životního stylu můžeme sledovat na rozvoji cestování, objevování světa. Lidé mají velké možnosti z nejrůznějších míst světa komunikovat se svými blízkými. Tyto možnosti snižují pocity opuštěnosti, stesk a úzkost a naopak podporují pocity sounáležitosti na dálku. Potřeba komunikovat, dělit se o zážitky a sdílet je, je jednou ze základních potřeb člověka. Může být naplňována i navzdory velkých vzdáleností. Kladem je již existence možnosti tuto potřebu uspokojit.

Komunikace má zpravidla svůj účel, smysl. Můžeme také hovořit o funkci, kterou chce splnit, nebo kterou mimovolně plní. Každá komunikační výměna plní většinou jednu nebo i více funkcí.

Funkce komunikování:

Informovat – předat zprávu, doplnit jinou, oznámit, prohlásit

Instruovat – navést, zasvětit, naučit

Přesvědčit – změnit nebo pozměnit u adresáta jeho názor.

Získat tak někoho na svou stranu.

Vyjednat – domluvit se, řešit, vyřešit a dospět k dohodě

Pobavit – rozveselit druhého, rozveselit sebe sama, rozptýlit¹

¹ Vybíral, Z. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2005 str. 21, 25, 31

Mluvením rozumíme vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí, popřípadě dorozumívání se jazykem. Základní jednotkou je zde slovo, proto hovoříme o slovní – verbální komunikaci. Fáze komunikace jsou – komunikační záměr, kódování, přenos informace, příjem informace, dekodování (pochopení obsahu), zpětná vazba – odpověď.

1.2 Neverbální komunikace

„Lidská tvář má velice bohatý komunikační potenciál. Je v prvé řadě důležitým scelovačem emocionálních stavů. Odráží vzájemné postoje lidí, kteří spolu jednají, poskytuje zpětnou vazbu v rozhovoru, tj. odpověď na to, co jsme druhému člověku řekli. Někteří badatelé se dokonce domnívají, že z hlediska komunikace je tvář vedle slova druhým nejdůležitějším prostředkem v mezilidském vztahu.“

(M.O.Knapp, 1978)

Označení *nonverbální komunikace* znamená mimoslovní komunikaci. Nejde však jen o mimickou stránku řeči, ale o celý komplex mimoslovních signálů – řeč těla. Sdělování probíhá výrazy obličeje (mimika), pohledy (řeč očí), pohyby (kinezika), fyzickými postoji (konfigurací všech částí těla). Dále jsou to gesta (gestika), sdělování dotykem (haptika), přiblížením nebo oddálením (proxemika), tónem řeči, popř. úpravou zevnějšku a životního prostředí.

Mimoslovně si sdělujeme:

- emoce - pocity, nálady, afekty
- zájem o sblížení – navázání intimnějšího styku
- snažíme se vytvořit u druhého dojem o tom, kdo jsem já
- snažíme se záměrně ovlivnit postoj partnera
- řídíme chod vzájemného styku

Sedm primárních emocí ve výrazech obličeje:

- štěstí – neštěstí
- neočekávané překvapení – splnění očekávání
- strach a bázeň – pocity jistoty

- radost – smutek
- klid – rozčilení
- spokojenost – nespokojenost, až znechucení
- zájem - nezájem¹

Účinné používání řeči těla je stejně rozhodující pro společenský úspěch jako schopnost používat plynně rodný jazyk. Ovládnutí jejích signálů můžeme ovládat téměř všechny výměny názorů, formální či neformální, intimní nebo veřejné. Signály řeči těla nám mohou pomoci stanovit, jestli člověk, se kterým jednáme je otevřený a extrovertní nebo příliš vážný a introvertní. Extroverti obvykle používají více gestikulaci a snaží se ovládnout větší prostor než introverti. Při setkání dávají přednost menšímu vzájemnému odstupu. Používají také více přímého zrakového kontaktu.

Symbols – jsou to signály, které mohou být přímo přeloženy do slova nebo slov v rámci konkrétně užívané významové oblasti (např. vztyčený palec – vše jde skvěle). Mnohé symboly jsou specifické pro určitou kulturu nebo oblast a nemohou být mimo ni přesně interpretovány. Počet používaných symbolů je v různých kulturách a prostředích různý.

Komunikace u dětí

„Až do věku tří let se děti spoléhají hlavně na mimoverbální komunikaci mezi sebou, takže ji umějí používat a interpretovat. Pak u nich převládne mluvený jazyk, a tak se řeč těla pod váhou slov celkově ztrácí. A přece, ač si nejsme vědomi jejího účinku, zůstáváme mu velmi otevřeni. Albert Mehrabian, profesor psychologie na Kalifornské univerzitě v Los Angeles, vypočítal, že pouze asi 7 % porozumění je odvozeno z toho, co je skutečně řečeno, 38 % pochází z tónu hlasu, kterým je to řečeno a 55 % ze signálů řeči těla.“²

¹ Nelešovská, A. Pedagogická komunikace v teorii a praxi. Praha: Grada, 2005, str. 46, 47

² Lewis, D. Tajná řeč těla. Praha: Publishing s.r.o, 1989, str. 18, 19, 20

2. Komunikace s dětmi předškolního věku

2.1 Charakteristika předškolního věku

Shrnutí obecných principů tradiční předškolní výchovy

- Dětství je považováno za plnohodnotnou součást života a ne pouze za „přípravu na dospělost“. Proto i výchova je chápána jako přínosná pro daný okamžik a nejen jako příprava a výcvik na pozdější období života.
- Důležité je dítě jako celek. Důraz je kladen na zdraví tělesné i duševní, stejně jako potřeba vnímat, přemýšlet, mít duchovní zážitky.
- Učení se nedá rozdělit, protože všechno poznání, vědění je vzájemně propojeno.
- Velký význam má vnitřní motivace, která ústí v činnost, k níž dává podnět dítě samo a také ji samo řídí.
- Důraz je kladen na sebekázeň.
- Vývoj dítěte lze rozdělit na specifická stádia.
- S výchovou a vzděláváním je potřeba začít u činnosti, kterou dítě ovládá, ne u takové, kterou nezná.
- Dítě má svůj vlastní vnitřní život, který projevuje jen za příznivých okolností a podmínek.
- Pro dítě jsou velmi důležití lidé, jak dospělí, tak děti, se kterými je v kontaktu.
- Výchova dítěte je chápána jako vzájemné ovlivňování dítěte a vnějšího prostředí, které zahrnuje ostatní osoby v jeho okolí a vědění samo o sobě.¹

Předškolní období trvá od 3-6 let. V současné době často až do sedmi let věku dítěte. Konec této fáze není určen jen fyzickým věkem, ale především sociálně, nástupem do základní školy.

Předškolní věk je charakteristický stabilizací vlastní pozice ve světě, diferenciací vztahu ke světu. V jeho poznávání dítěti pomáhá představivost, je to fáze fantazijního zpracování informací, které není ještě regulováno logikou. Dítě svou představu přizpůsobuje vlastním možnostem poznání a svým potřebám. Převládá egocentrismus, dítě ulpívá na svém pohledu, který pro něj představuje určitou jistotu. Předškolní věk

¹ Bruceová, T. Předškolní výchova. Praha: Portál, 1996, str. 19

bývá také označováno jako věk iniciativy, dítě má potřebu něco zvládnout a vytvořit. V sociální oblasti je typický přesah rodiny a rozvoj vztahů s vrstevníky. Jde o fázi přípravy na život ve společnosti. Dítě musí přijmout řád, který chování k různým lidem upravuje, musí se naučit prosadit i spolupracovat. To je důležité především ve vrstevnické skupině. Nejdůležitější činností v tomto období je hra.¹

Vývoj řeči dítěte

Je ovlivňován nejen vrozenými dispozicemi, ale také zdravotním stavem a sociokulturními podmínkami, ve kterých dítě vyrůstá. Okolo roku až roku a půl dítě začíná používat první slova. Nejčastěji jsou to podstatná jména. Nastává velký růst slovní zásoby. Na konci období zná asi 70-80 slov, užívá je ve smyslu jednoslovných vět, neskloňuje, nečasuje, slova jsou bez gramatické stavby. Mezi rokem a půl a dvěma roky začíná tvořit věty ze dvou slov. Okolo druhého roku ovládá 200-400 slov a je možné pozorovat pokrok v gramatické stavbě řečového projevu. Tvoří již tři až čtyř slovné věty. Okolo třetího roku věku se u dítěte projevuje snaha navazovat kontakt s dospělými osobami v nejbližším okolí. Učí se chápat komunikativní poslání řeči. V období kolem tří až tří a půl roku dokáže říci své jméno, zná již více než 1000 slov a začíná tvořit souvětí. Kolem čtvrtého roku již dokáže z paměti reprodukovat jednoduché říkanky. Mezi čtvrtým a pátým rokem věku by měl být řečový projev dítěte gramaticky správný a měl by již obsahovat všechny slovní druhy. Dítě již ovládá 1500-2000 slov. Co se týče výslovnosti, mohou ještě přetrvávat některé charakteristické nepřesnosti. V období pátého až šestého roku bez problémů dokáže vyprávět kratší příběh, zopakuje delší větu, spontánně spočítá a pojmenuje předměty kolem sebe, umí vytvořit skupinu předmětů. V tomto období již dítě zvládá výslovnost většiny hlásek, některé děti ještě nezvládají sykavky (s,z,c,š,ž,č) a vibranty (r,ř). V období zahájení školní docházky by dítě mělo používat při komunikaci okolo 3000 slov, mělo by chápat a plnit složitější příkazy.²

¹ Vágnerová, M. Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2008, str. 173

² Klenková, J., Kolbábková, H. Diagnostika předškoláka. Brno: MC nakladatelství, 2002

2.2 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Mateřská škola je legislativně zakotvena v rámci vzdělávací soustavy jako *druh školy*. V procesu vzdělávání i v jeho organizaci se proto řídí obdobnými pravidly jako školy ostatní.

Hlavní principy rámcového vzdělávacího programu

Akceptovat přirozená vývojová specifika dětí předškolního věku, umožňovat rozvoj a vzdělávání každého jednotlivého dítěte v rozsahu jeho individuálních možností a potřeb. Zaměřovat se na vytváření základů klíčových kompetencí, které jsou dosažitelné v etapě předškolního vzdělávání. Zajišťovat srovnatelnou pedagogickou účinnost vzdělávacích programů vytvořených a poskytovaných jednotlivými mateřskými školami. Vytvářet prostor pro rozvoj různých koncepcí a programů i pro individuální profilaci každé mateřské školy. Umožňovat mateřským školám využívat různých forem i metod vzdělávání a přizpůsobovat vzdělávání konkrétním regionálním místním podmínkám, možnostem a potřebám.

Úkoly předškolního vzdělávání

Doplňovat rodinnou výchovu a v úzké vazbě na ni pomáhat zajistit dítěti prostředí s mnohostrannými a přiměřenými podněty k jeho aktivnímu rozvoji a učení. Předškolní vzdělávání má usnadňovat dítěti jeho další životní i vzdělávací cestu. Na základě dlouhodobého a každodenního styku s dítětem i jeho rodiči může předškolní vzdělávání plnit i úkol diagnostický, zejména ve vztahu k dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Dětem, které to potřebují (dětem s nerovnoměrnostmi ve vývoji, dětem se zdravotním postižením, se zdravotním a sociálním znevýhodněním), má předškolní vzdělávání, na základě aktuální úrovně rozvoje dítěte i jeho dalších rozvojových možností, poskytovat včasnou speciálně pedagogickou péči a tím zlepšovat jejich životní i vzdělávací šance.

Cíle předškolního vzdělávání

Rámcové cíle – vyjadřují univerzální záměry předškolního vzdělávání.

Klíčové kompetence – představují výstupy, obecnější způsobilosti, dosažitelné v předškolním vzdělávání.

Dílčí cíle – vyjadřují konkrétní záměry příslušející té které vzdělávací oblasti. Jde o oblast biologickou, psychologickou, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální.

Dílčí výstupy – dílčí poznatky, dovednosti, postoje a hodnoty, které dílčím cílům odpovídají.

Klíčové kompetence jsou – kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální a kompetence činnostní a občanské.

Jazyk a řeč patří do oblasti psychologické. Pedagog u dítěte podporuje rozvoj řečových schopností a jazykových dovedností. Dále rozvoj komunikativních dovedností (verbálních i neverbálních) a kultivovaného projevu. Také zde jde o osvojování si některých poznatků a dovedností, které předcházejí čtení i psaní.

Pedagog dítěti nabízí například artikulační, řečové, sluchové a rytmické hry, hry se slovy, slovní hádanky, individuální a skupinovou konverzaci, rozhovory, vyprávění podle skutečnosti i podle obrazového materiálu. Dále se může vyskytovat ve vzdělávací nabídce poslech čtených či vyprávěných pohádek a příběhů, sledování filmových a divadelních pohádek a příběhů, přednes, recitace, prohlížení a „čtení“ knížek, užívání gest. Činnosti a příležitosti seznamující děti s různými sdělovacími prostředky (noviny, časopisy, knihy, audiovizuální technika).

Co dítě na konci předškolního období zpravidla dokáže – správně vyslovovat, ovládat dech, tempo i intonaci řeči. Dítě již pojmenuje většinou to, čím je obklopeno. Vyjadřuje samostatně a smysluplně svoje myšlenky, nápady, pocity, umí vhodně zformulovat věty. Umí vést rozhovor, domluvit se slovy gesty, improvizovat. Formuluje otázky, slovně reaguje. Učí se nová slova a aktivně je používá. Naučí se z paměti krátký text (reprodukuje říkanku, písničku nebo pohádku, zvládne jednoduchou dramatickou úlohu). Popíše situaci (skutečnou, podle obrázku). Chápe již slovní vtip a humor. Sluchově rozliší začáteční a koncové hlásky ve slovech, sleduje očima zleva doprava. Poznává napsané svoje jméno, také již poznává některá písmena, číslice nebo slova. Rozlišuje některé obrazové symboly (piktogramy, orientační a dopravní značky,

označení nebezpečí apod.), porozumí jejich významu i komunikativní funkci. Projevuje zájem o knížky, soustředěně dokáže poslouchat četbu, sledovat divadlo, film.

Rizika (co ohrožuje úspěch vzdělávacích záměrů pedagoga) – komunikačně chudé prostředí, málo příležitostí k samostatným řečovým projevům a slabá motivace k nim. Špatný jazykový vzor pro dítě. Časově a obsahově nepřiměřené využívání audiovizuální, popř. počítačové techniky, nabídka nevhodných programů. Nedostatečná pozornost k rozvoji dovedností předcházejících čtení a psaní. Omezený přístup ke knížkám. Dále pak necitlivé donucování dítěte k hovoru a nerespektování dětského ostychu vedoucí k úzkosti a strachu dítěte.¹

2.3 Dílčí závěr

Předškolní období je velmi důležitým úsekem a životě člověka. Dítě si v něm začíná uvědomovat samo sebe, začíná jednat samo za sebe. Velký význam má prostředí, v němž dítě vyrůstá a osoby, jež je ovlivňují. Zpočátku je to matka, později se okruh osob rozšiřuje. Velký rozvoj zaznamenává řeč, která se stává prostředkem dorozumění a začlenění dítěte do lidského světa. Je nutné dítěti poskytnout správné vzory, dostatek samostatnosti, ale i určitá pravidla, která je třeba dodržovat.

¹ Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2004

3. Specifika komunikace v nemoci a hospitalizaci

3.1 Charakteristika prostředí nemocnice a činitelů v něm působících – FN Brno, pracoviště dětské medicíny

Fakultní nemocnice Brno, pracoviště dětské medicíny, oslavila v roce 2008 významné výročí, 110 let od svého založení. Za dobu dlouhého vývoje prošla nemocnice celou řadou změn. Konečné stavební úpravy a rozšíření proběhly v posledních letech 20. století. Pracoviště dětské medicíny mělo v roce 2008 440 lůžek. V roce 1998 splynula Fakultní dětská nemocnice v Brně-Černých Polích s Fakultní nemocnicí Bohunice a s Fakultní porodnicí na Obilním Trhu v jeden ústav, nazývaný Fakultní nemocnice Brno. Tato nemocnice se stala největším zdravotnickým zařízením na Moravě.¹

Nemocnice není pro dítě ani pro dospělého člověka přirozeným prostředím. Aby se děti v nemocnici cítily dobře a léčba mohla být co nejuspěšnější, působí zde řada činitelů. Na prvním místě je to bezesporu lékařský personál, lékaři a sestry. Velkým posunem směrem kupředu je možná přítomnost rodinných příslušníků, kteří dětem pomáhají překonávat úskalí spojená s léčením. Již více než 50. let zde působí MŠ a ZŠ při fakultní nemocnici. Učitelky obou typů školských zařízení se též snaží pomáhat dětem při zotavování. V MŠ působí v současné době 13 učitelek, které pracují na více než dvaceti odděleních. Mezi učitelkami obou zařízení je těsná spolupráce. Chronicky nemocné děti, které se například léčí již od útlého věku se často do nemocnice vrací i ve věku pozdějším. Učitelky tak spolupracují, předávají si informace o dítěti, jeho potřebách i potížích. I když práce učitelek vychází z RVP pro příslušný typ škol, působí na děti i terapeuticky. S dětmi je nutné a žádoucí mluvit, chápat jejich potíže, snažit se jim v rámci svých možností poradit a pomoci. Nejinak je tomu i s rodiči, doprovázejícími děti v nemocnici. Často i oni potřebují psychickou podporu a zejména čas na vyslechnutí a sdílení vlastních problémů. Proto je přístup a práce učitelek v nemocnici odlišná od běžného typu MŠ a ZŠ. Na učitelky je také kladen požadavek studia speciální pedagogiky.

¹ Čejka, J. Dětská nemocnice, procházka historií. FN Brno, 2002, str. .50

V nemocnici, která se za poslední roky značně otevřela veřejnosti, působí i řada nadací a dobrovolníků. Jde o nadaci Krtek při onkologické klinice, dále nadace Modrý hroch, Motýlek, Niké, Debra. Častým návštěvníkem je také Zdravotní klaun. Tito všichni sem vstupují s tím, aby dětem pobyt v nemocnici co nejvíce zpříjemnili a pomohli jim na čas zapomenout na nemoc, která je sem přivedla.

3.2 Hospitalismus – pojem, vysvětlení

Hospitalismus postihuje lidi každého věku, nejvíce však děti a staré občany. Jedná se o souhrn duševních příznaků, které se zejména u dětí objevují následkem dlouhodobého pobytu v nemocnici (hospitalizaci). Děti trpí nedostatkem pevných citových vazeb, mění se jejich chování, jsou v porovnání s vrstevníky opožděny. Malé děti zaostávají nebo zapomínají návyky – oblékání, udržení tělesné čistoty, mluví hůř a méně. Nastává *regrese* – návrat na vývojově nižší úroveň. Děti citově reagují sklíčeností, pláčem nebo protesty, hrají si samy, nemluví. *Negativismus* – děti provádějí opak toho, co po nich požadujeme. Proces *adaptace* (přizpůsobení se) neprobíhá u každého stejně, je závislý na vlastnostech člověka, dědičných faktorech a na tom, jak je člověk připraven na adaptaci.

Prevencí je dostatek podnětů, vhodný přístup personálu nemocnice, možnost pobytu s rodičem. Projevy hospitalismu bývají klátivé pohyby v postýlce, stereotypy, otupělost. Dále odmítání jídla, pláč a negativní reakce na podněty. Dítě někdy odmítá mluvit, jde o tzv. *elektivní mutismus*.

Nutno zajistit dítěti dostatek podnětů formou hry, komunikace, četbou a prohlížením knížek. Ideální je situace, kdy dítě může pobývat v nemocnici s rodičem, který většinou přináší s sebou z domova jeho oblíbené hračky. Tak dítě neztrácí kontakt se známými a oblíbenými předměty. Pokud to není možné musí podněty obstarat personál nemocnice (sestry, učitelky, vychovatelky). Tomu by mělo být přizpůsobeno i vybavení na jednotlivých odděleních, pro děti od narození až do ukončení školní docházky.

Profesionální jednání při kontaktu s nemocným:

- komunikovat s nemocným, nepracovat mlčky
- motivovat, povzbuzovat a aktivizovat nemocného
- přizpůsobovat prostředí v rámci možností zařízení
- nevyměňovat si v přítomnosti nemocného informace
- projevit zájem o nemocného
- uspokojovat duchovní potřeby nemocného
- zajistit dostatečnou informovanost
- snažit se zajistit co nejširší kontakt s rodinou
- respektovat důstojnost a povahu nemocného
- poskytovat uvolnění a pocit bezpečí
- návštěvní hodiny kdykoli – jsou důležité pro psychický stav, návštěvu lze využít ke spolupráci na procesu uzdravování.¹

3.3 Herní terapie, pomůcky a hračky

Mateřská škola při dětské nemocnici v Brně vznikla v roce 1956 na podnět přednosta infekční kliniky MUDr. Klusky. Nemocnice se tak stala nejen místem léčby, ale i prostředím výchovy. Medicína a školství došly k poznání, že léčebný proces probíhá rychleji a příznivěji, je-li dítě v dobré psychické kondici a jeho myšlení je odpoutáno od nemoci. V roce 1961 měla mateřská škola čtyři třídy. Po roce 1990 byla škola zařazena do soustavy speciálních škol a přejmenována na Speciální mateřskou školu. Tento název měla až do roku 2005. Od 1. 9. 2005 opět změnila název na Mateřskou školu při FN Brno a je i nadále součástí sítě speciálních škol.²

Mateřská škola při FN Brno je největším zařízením svého typu v České republice a má širokou regionální působnost. V současnosti má třináct tříd a stejný počet učitelek, které vyučují na dvaceti dvou odděleních nemocnice. Podle typu onemocnění probíhá výuka podle Školního vzdělávacího programu u postýlek, ve skupině nebo se obě možnosti kombinují. Ze strany učitelek je nutné najít si co nejdříve cestu k dítěti, získat si jeho důvěru, odstranit bariéru strachu, úzkosti, negativismu

¹ www.zbynekmlcoch.cz/info/deti

² CD – 50 let výročí MŠ při FN Brno 1956–2006

a povzbudit ztracené sebevědomí. Proto se často využívají speciální techniky z oblasti ergoterapie, muzikoterapie, psychoterapie aj.

Od roku 1999 se s dětmi pravidelně provádí *herní terapie*. Každé dítě má svoji oblíbenou hračku a často se jí stává plyšový medvídek. Ten se stal také logem mateřské školy. Medvídek byl tak zvolen kamarádem a průvodcem předškolních dětí při jejich pobytu v nemocnici. Herní terapie v širším slova smyslu je veškeré otevírání se nemocnice veřejnosti. Pořádají se výstavy dětských výrobků, organizují zábavná odpoledne, oslavy MDD, divadelní představení v areálu nemocnice. Některé akce, jako například výstavy, probíhají i mimo areál nemocnice. Organizují se také návštěvy dětí z běžných mateřských škol na některých odděleních nemocnice. Herní terapie v užším slova smyslu je samotná příprava dětí na zákroky a vyšetření a jejich následné uvolnění. Tato oblast se dále rozděluje na herní terapii předzákrokovou a herní terapii pozákrokovou. Průvodcem je dětem plyšový medvídek, na kterém si mohou ukázat vyšetření která je čekají. Příprava se volí přiměřeně věku a rozumovým schopnostem dětí. Pokud není možné provést přípravu před zákrokem, jde to i po něm. Děti si tak odreagují nahromaděný stres například při hře na operaci nebo vyšetření medvídku. Používají při tom dětský lékařský kufřík. Z dalších pomůcek se používá fotoalbum, ve kterém je zachycený medvídek při různých úkonech prováděných v nemocnici a specifických pro jednotlivá oddělení. Fotografie jsou seřazeny od příjmu až do momentu propuštění domů. Z dalších speciálních pomůcek se používá pexeso, které vzniklo přímo v mateřské škole. Na obrázcích je opět medvídek v nejrůznějších situacích v nemocnici i mimo ni. Pro provádění herní terapie jsou k dispozici i jiné pomůcky, hračky a knížky, ve kterých se děti seznamují jednoduchou formou s činností jednotlivých orgánů v těle, péčí o svoje zdraví aj. Herní terapii zařazují učitelky individuálně do svého výchovně-vzdělávacího programu.

Ostatní pomůcky a hračky jsou v mateřské škole podobné jako v běžném typu tohoto zařízení, ale také specifické. Jiné hračky má například učitelka na očním oddělení. Je zde větší zásoba zvukových hraček a takových, které rozvíjejí hmat. Jinými hračkami jsou zásobena oddělení kde jsou děti převážně na postýlkách, jinak je tomu u dětí, které nemají příliš omezen pohyb. Zásoba a různorodost pomůcek a hraček musí být velká, protože děti hračky a činnosti často střídají a pobyt celý den na jednom místě nebo pokoji také vyžaduje změnu. Podle finančních prostředků školy a také zájmu

učitelek se sledují nové hračky, pomůcky, vhodné hry a knihy, které přicházejí na náš trh. Učitelky se účastní i speciálních seminářů, výstav nebo veletrhů s nabídkou různých kompenzačních pomůcek (Mefa, Rehaprotex).

Hlavním cílem a přáním všech učitelek mateřské školy je pomáhat nemocným dětem překonávat lépe dobu hospitalizace, udržet jejich psychickou a vývojovou úroveň na takovém stupni, aby se bez negativních následků mohly navrátit do svých domovů a mateřských škol.

3.4 Komunikace lékaře s pacientem, komunikace v nemocnici

„Lékař je zdravotnický profesionál. Ovládá svou tematiku a umí o ní hovořit svou řečí. Ta je však odlišná od řeči, kterou hovoří pacient, protože v ní je mnoho cizích (latinských) odborných termínů. Odborná terminologie vyžaduje přesných formulací a termínů a lékař se často snaží hovořit co nejpřesněji (lékařův žargon bývá obvykle jmenován na prvním místě, pokud se zjišťují těžkosti v sociální komunikaci pacienta s lékařem). Jedním s těžkých problémů v komunikaci lékaře s pacientem je tzv. *depersonalizace* (ztráta úcty, respektu k osobě pacienta). Klady a zápory v sociální komunikaci nejsou jen na straně lékaře. Je možné se s nimi setkat i na straně pacienta.. Pacienti, kteří se setkávají poprvé v životě s daným zdravotním problémem, patří k nejobtížnějším.“¹

Interakce v sociální komunikaci lékaře a pacienta

V rozhovoru nejde jen o to, co řekne jeden a co řekne druhý. Jde i o návaznost a nenávaznost odpovědí jednoho na otázky druhého, o vzájemné myšlenkové sepetí sdělovaného. Hovoříme zde o zpětné vazbě, která může být kladná i záporná. Jestli postup, který byl zvolený lékařem pomohl nebo ne. Negativní zpětná vazba je v interakci lékaře s pacientem častější. Když pacientovi nepomohlo, co mu lékař poradil, jde mu to ihned sdělit, stěžuje si aj.

¹ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, str .76

Výcvik v sociální komunikaci lékaře

Mnohé, co spadá do umění hovořit s pacientem, se dá cvičit. Hlavním faktorem je zde opravdový zájem o druhého člověka. V první řadě jde o výcvik nejjednodušších pravidel slušného chování (pozdrav, oslovení druhého člověka aj.) Hlavním momentem ve výcviku sociální komunikace lékaře s pacientem je však vzor chování a jednání toho, kdo je lékaři nadřízeným (primáře, asistenta, docenta). Obdobně je tomu také u sester. I tam má vzor největší váhu při usměrňování a ovlivňování jednání.

Výcvik sociální komunikace pacientů

Pomoc například v tom, že si pacient napíše před vstupem do ordinace tři věci, na které by chtěl lékaře upozornit, které by mu chtěl říci nebo na které by se chtěl zeptat. Takto je již na nadcházející rozhovor částečně připraven.¹

Při komunikaci s dětmi v nemocnici se někdy stává, že se s nimi nemůže komunikovat verbálně. Je to těžká situace zejména pro lékaře při vyšetřování, pokud není přítomen rodič, který by situaci okomentoval, popřípadě dítě by své pocity svěřilo jemu a on následně lékaři. Dále tato situace nastává u dětí cizinců, kteří neznají naši řeč a zdravotnický nebo i pedagogický personál není vždy schopen se v jejich řeči porozumět. Nejčastěji se jedná o děti z Ukrajiny, Vietnamu, ale i jiných států Evropy. Zde často za verbální projev nastupují hračky – dítě si vybere, co se mu líbí a přes hru, hračku probíhá komunikace. Učitelky MŠ v nemocnici mají ve svých plánech (ŠVP, TVP) zpracovanou část Multikulturní výchova, kde se postupně seznamují se zvláštnostmi různých národů. Často jsou to odlišnosti v navozování a průběhu komunikace. Podobná situace nastává pokud dítě ještě samo nemluví nebo je jeho řeč nesrozumitelná. Je proto nutné být pozorní ke všem jeho projevům a umět se v nich orientovat. Důvěra dětí ve zdravotnický i jiný personál v nemocnici je velmi důležitá.

3.5 Náhradní formy komunikace u těžce postižených jedinců

Dítě vstupuje do světa s výbavou, která mu od začátku umožňuje styk s lidským světem a vázanost ke „svým“ lidem. Specifický citový vztah k mateřské osobě a specifický strach z cizích lidí se u dítěte objevuje většinou v polovině druhého roku.

¹ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, str. 77

Například u nevidomých dětí k tomu ale dochází později. Pro orientaci v lidském světě nestačí jen kontakt sluchový, hmatový nebo pohybový, je k tomu třeba všech smyslů, přičemž zrakem dítě kontroluje své okolí zřejmě nejúčinněji. Aby dítě dosáhlo v náležité vývojové době takového vývojového stupně, jakým je citová vázanost k mateřské osobě a nedůvěra k cizím osobám, musí dojít k souhře podnětů. Jde o podněty, které jsou vysílané dítětem i matkou a přijímané jedním i druhým. Pokud například jedem smysl vypadne s oné souhry, není všechno ztraceno. Jenom cesta k onomu vývojovému stupni je delší a těžší. Je zde nutné dítě více poznávat a i více pomáhat.¹

Komunikace a hlavně mluvená řeč má velký význam pro rozvoj inteligence a celé osobnosti. Dítě prozkoumává své okolí do značné míry prostřednictvím řeči, seznamuje se s věcmi a pojmenovává je. Mnohostranné využívání mluvené i tělesné řeči, četné kombinace slov a dalších výrazů, umožňují osobní přístup při používání řeči a její rozvoj do individuální podoby. Řeč je tedy nejvýznamnějším prostředkem jak představit své vlastní JÁ.

Určité formy postižení ovlivňují svaly a jejich pohyb. Postiženy mohou být i méně viditelné svalové skupiny, např. svaly ovládající mluvidla. Důsledkem bývá natolik nejasná a zkreslená řeč, že je pro většinu lidí nesrozumitelná. Obtíže při tvorbě řeči mohou být buď přímým důsledkem postižení řečových svalů nebo se může jednat o sekundární projev, jako následek poškození jiných orgánů nebo systémů: ztráta sluchu, opožděný vývoj nebo těžké poškození vnímavosti mohou negativně ovlivnit sluch, řeč nebo intelektové funkce, které jsou nezbytně nutné pro správnou tvorbu řeči. Jiným případem je uzavřenost, komunikační bariéry. Extrémním případem naprostého uzavření je autismus. Děti postižené v celé komunikační oblasti nedostávají často možnost rozhodovat samy za sebe a tím i rozvíjet svoji vůli. Od pedagogů i od rodičů se v těchto případech vyžaduje, aby vytvořili komunikační základnu založenou na používání dorozumívacích pomůcek těm dětem, kterým pro jejich omezení vyjadřovacích možností na různých úrovních je odepřena běžná komunikace s jejich okolím.

¹ Matějček, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 1994, str. 103

Alternativní a augmentativní komunikace

Výběr komunikačního systému nebo jejich kombinace je vždy nutné posuzovat individuálně vzhledem k možnostem dítěte a ve vztahu k předpokládanému vývoji. Mezi jiné způsoby komunikace patří různé neverbální komunikační systémy. V zahraničí je používán termín augmentativní a alternativní komunikace. Augmentativní systémy zvyšují komunikační schopnosti tam, kde dítě (osoba) má určité existující dovednosti (např. nesrozumitelná nebo omezená řeč). Alternativní systémy se používají jako náhrada mluvené řeči. Uvedené způsoby mohou být dynamické nebo statické. Mezi dynamické, zahrnující gesta a znaky, patří prstová abeceda, zrková řeč pro neslyšící a Makaton.. Mezi statické systémy, kdy symboly jsou předkládány nemluvíci osobě ve dvou či trojrozměrné podobě, patří systém Bliss a piktogramy (obrázkový systém).

Výhody alternativních způsobů komunikace:

- snižují tendenci k pasivitě dětí, které mají speciální potřeby
- napomáhají rozvoji kognitivních jazykových dovedností
- umožňují dětem se samostatně rozhodnout
- rozšiřují možnosti pro komunikaci dětí se speciálními potřebami
- umožňují tomu, kdo má velké potíže při vyjadřování, aktivně se zúčastnit konverzace tam, kde byl pouze pasivním a často opomíjeným posluchačem

Nevýhody alternativních způsobů komunikace:

- jsou společensky méně využitelné, než mluvená řeč
- alternativní systémy vzbuzují pozornost veřejnosti
- je možno vidět problém i v určitém oddělení uživatele od té části veřejnosti, která tyto systémy neovládá
- zavedení alternativních systémů může být někdy považováno i za důkaz, že dítě nebude nikdy mluvit
- proces porozumění předchází před vyjadřovacím procesem, takže to trvá určitou dobu, než dítě začne využívat alternativní systém k vyjadřování¹

¹ Kubová, L. Alternativní komunikace. Praha: TECH-MARKET, 1996, str. 7-12

Děti s autismem

Děti s autismem nejsou schopny zvládnout úroveň vnímání symbolů, která odpovídá jejich intelektuálnímu věku. Ve věku tří let je kombinace slov velmi zřídka. Může opakovat fráze, ale nepoužívá kreativní jazyk. Má zvláštní rytmus, tón a přízvuk. Chybná artikulace se vyskytuje asi u poloviny dětí, které používají řeč a více než polovina nepoužívá jazyk smysluplně. Dítě bere rodiče za ruku a vede je k předmětům. Chodí na známé místo a vyžaduje určitý předmět. Ve věku čtyř let zřídka tvořivě kombinuje dvě nebo tři slova. Přetrvává echolálie a je zřídka používána komunikativně. Vyjadřuje přání. Ve věku pěti let nerozumí a nevyjádří abstraktní představy např. čas. Dítě nedokáže udržet konverzaci, nepoužívá správně osobní zájmena. Otázky klade jen zřídka a pokud je klade, často je opakuje. Abnormální je výška a rytmus hlasu. Přetrvává echolálie.

Forma komunikace s těmito dětmi musí být individualizovaná a nemusí být nutně pomocí slov. Mohou to být slova, předměty, jazyk těla, gesta, obrázky, fotografie, psaná nebo tištěná slova. Existuje zde nutnost augmentativní komunikace (komunikace s vizuální podporou) pro mluvící děti a klienty s autismem. V autistických třídách se učí, že obrázky či předměty uvádí určitou událost nebo činnost, mají svůj význam, že něco znamenají.¹

Děti se sluchovými vadami

Sluch je pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslů. Sluchové postižení představuje nejtěžší bariéru v komunikaci a následně se odráží do celého vývoje osobnosti. Mluva a sluch jsou při lidské komunikaci nejobvyklejšími nástroji. Důsledky těžkých sluchových vad jsou pro člověka nejzávažnější. Jak uvádí Sovák (1972), vada sluchu se negativně odráží ve třech základních oblastech:

- v oblasti poznávací (zahrnuje především různé formy pocitů, zvuků, představ)
- v oblasti vztahů k prostředí (zejména sociálnímu)
- v oblasti osobnosti (zasahující charakter, emotivní a volní sféru)

¹ Gillberg, Ch., Peeters, T. Autismus-zdravotní a výchovné aspekty. Praha: Portál, 2003, str. 18, 95

Z toho vyplývá, že se špatně utvářejí a pěstují mezilidské vztahy. Pro omezení komunikačních schopností člověk trpí společenskou izolací. Protože je narušena percepce řeči, je vývoj řeči omezen nebo blokován a nevyvíjí se řeč vnitřní. Mluva je při nedostatečné nebo chybějící sluchové kontrole deformována. Myšlení neslyšících dětí vzniká zcela nezávisle na řeči, není řečí formováno a utváří se jen v oblasti konkrétních jevů. Je proto statické a nepohotové.

U sluchově postižených se využívají různé náhradní formy komunikace. Daktylotika je prstová abeceda. Je to systém znaků tvořených různou polohou prstů jedné nebo obou rukou v prostoru. Prsty označují písmena, ne zvuky. Počet znaků je stejný jako počet písmen abecedy. Daktylotika se užívala již v minulosti (antika). Daktylní znaky se přizpůsobují potřebám specifiky abecedy země, ve které jsou užívány. Daktylotika podporuje verbální složku řeči a uplatňuje se již u dětí předškolního věku. Umožňuje zapamatování skladby slov a funkční dorozumění tam, kde pouze artikulace nestačí.

Nedokonalou náhradou slyšené řeči mluvené je odezírání. Jde o vnímání mluvené řeči zrakem a její chápání podle obrazů pohybů úst. Úspěšnost odezírání je do jisté míry závislá na vrozených schopnostech pro tuto činnost a na bohatosti slovní zásoby.

Vlastní znakový jazyk neslyšících, užívaný přímo při komunikaci neslyšících mezi sebou. Má svou vlastní syntaxi a gramatiku, odlišnou od mluveného jazyka. Znakový jazyk, který se shoduje při tlumočení se syntaxí slovního projevu. Je užíván zejména při tlumočnických službách (např. v televizi, při společenských akcích). V našich podmínkách hovoříme o znakované češtině.

Tzv. totální komunikace v sobě zahrnuje řeč, přirozená gesta, znakovou řeč, prstovou abecedu, odezírání, psaní a čtení. Patří sem i využívání sluchových zbytků, je zde nutné využívání sluchadel.

Slovní a neslovní komunikace se u neslyšících osob prakticky promítá v různých poměrech a závisí na tom, do jaké míry se naučili aktivně používat svoji slovní zásobu a zanedbatelný není ani fakt, jaké sociální skupině, komunitě neslyšící inklinují.

Dominantní se stává pro sluchově postiženého ta forma komunikace, která je z hlediska jeho individuality nejefektivnější.¹

Bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký, pedagogicko ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturována tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka. Předpokladem je také práce s autobiografií (individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulace, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Bazální stimulace je integrovatelná do klinické péče (intenzivní medicína, neonatologie, následná péče) a také do neklinické praxe (ústavy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života.

V roce 2005 byl v České republice založen Institut Bazální stimulace, na nějž přešla realizace certifikovaných kurzů, odborných konferencí a konzultační činnost pro odborníky i pro laiky. Bazální stimulace patří v současnosti v zemích EU k nejpobulárnějším ošetrovatelským konceptům v ošetrovatelství. Autorem konceptu je profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu.² Profesor Fröhlich pracoval s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. U dětí s těžkými změnami v oblasti vnímání nebylo možno navázat verbální komunikaci, protože jejich schopnosti v této oblasti byly velmi omezené nebo skoro žádné. Profesor vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání navázal velmi úspěšně komunikaci s těmito dětmi. Předpokladem pro vypracování konceptu bylo Fröhlichovo tvrzení, že i tyto děti jsou vzdělavatelné, a to alespoň v oblasti vnímání vlastního těla nebo nácviku různých

¹ Popelová, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998, str. 83, 92-95

² www.bazalni-stimulace.cz

pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy. Koncept bazální stimulace otevřel speciálním pedagogům cestu k jejich klientům a umožnil jim podpořit tyto děti a klienty v jejich vývoji a zkvalitnit jim prožívání života.¹

Pravidla komunikace s handicapovanými jedinci

S nedoslýchavým klientem: hovořit v klidném prostředí bez zvukového pozadí (kulisy). Mluvit pomalu, zřetelně, nekřičet. Mluvit ze vzdálenosti 0,5–1 metru.

S neslyšícím klientem: zřetelně artikulovat. Obličej musí být dobře osvětlen. Mluvit pomalu a používat jednoduché věty. Kontrolovat svou i klientovu neverbální komunikaci. Ptát se. Dávat čas a možnost oddechu. Pochválit klienta (nestydět se vyjádřit pochvalu neverbálně).

S nevidomým klientem: vyvarovat se projevů soucitu – nevidomí jsou zcela normální lidé. Jednat vždy přímo s nevidomým, i když má s sebou průvodce. Popisovat co a jak dělám v určité situaci. Informovat vždy předem o nepříjemném nebo bolestivém zákroku a současně vysvětlit, proč je nezbytný. Vytvořit přijatelné akustické prostředí, odstranit šумы a zdroje rušení. Nepohybovat se tiše po místnosti, dávat o sobě zřetelně vědět. Upravit prostředí, odstranit překážky a bariéry. Nevhodná je komunikace s nevidomými při zvukové kulise rádia nebo televize, kterou je nutno překřikovat.

S tělesně postiženým: pozorně klienta vnímat a věnovat mu čas. Pokud je klient na lůžku nebo na vozičku nestát nad ním, ale posadit se. Dodržovat běžnou konverzaci, i přes atypické projevy předpokládat normální inteligenci. Pomáhat vytvářet bezbariérové prostory. Nevytýkat skutečnosti, které se nedají ovlivnit (např. potřísnění oděvu při jídle apod.).

S mentálně postiženým klientem: přistupovat jako k ostatním, ale s větším taktem a větší trpělivostí. Mentálně postižený zasluhuje úctu a respekt jako jiní lidé. Obracet se především na klienta, i když je přítomen doprovod. Opakovat své otázky a instrukce

¹ Riedlová, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada 2007, str. 13

několikrát, kolikrát je to zapotřebí. Úroveň sdělení přizpůsobit možnostem klienta. Být trpěliví a tolerantní.¹

3.6 Případové studie

Pavlík a Evička

Pavlík se narodil jako druhé dítě. Měl staršího bratra. Od útlého dětství trpěl vážnými problémy s ledvinami, které vyústily až do nutnosti dialýzy. Na tu docházel vždy třikrát týdně na dobu asi čtyř hodin. Chlapec byl v té době v předškolním věku a společně s ním na dialýzu docházela ještě o něco mladší dívka. Děti chodily ve stejný den a tak se jim vždy kromě sestry, která dohlížela na přístroje, věnovala ještě učitelka mateřské školy. Děti nemohly navštěvovat běžnou mateřskou školu z důvodu nebezpečí infekcí, které jsou v předškolních zařízeních velmi časté. Příprava na školu tak probíhala vždy v době dialýzy v nemocnici. Často se stávalo, že pacienti v průběhu dialýzy spali a tak snáze překonávali dlouhých několik hodin, kdy museli setrvat prakticky bez větších pohybů. V těchto případech nebyli pacienti rušeni a nebyli jim nuceny žádné činnosti. V době docházky obou dětí se využívalo jejich přibližně stejného věku k různým činnostem. Děti spolu mohly soutěžit, hrát slovní hry a i jinak verbálně komunikovat. K dispozici měly pojízdné polohovací stolky, na kterých kreslily, hrály hry, prohlížely si dětské časopisy a knížky aj. Některé jednoduché úkoly na předškolní přípravu děti také dostávaly domů. Byla to různá bludiště, omalovánky, grafomotorická cvičení, pracovní listy. Spolupráce s maminkami, které vždy děti doprovázely, byla velmi dobrá. Docházelo tak i ke zpětné vazbě, kontrole jednoduchých úkolů a slovnímu hodnocení. Pro tyto děti Mateřská škola při fakulní nemocnici prakticky nahrazovala běžnou mateřskou školu. Dá se tak říci, že se děti přiměřeně svému zdravotnímu stavu, připravily na vstup do základní školy. V současné době jsou již obě děti po transplantaci ledviny a navštěvují základní školu v místě svého bydliště.

¹ Riedlová, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada 2007, str. 42, 44

Lucka

Lucinka se narodila jako druhé dítě, měla starší sestru. Rodina bydlela asi čtyřicet kilometrů od Brna. Lucka měla od útlého dětství různé zdravotní problémy, které vyústily v období kolem pátého roku věku až do operace mozkového nádoru. Pooperační prognóza nebyla příliš příznivá a dívka tak zůstávala po operaci stále v nemocnici na oddělení ARO. Byla zde ze strany zaměstnanců snaha po co největším přiblížení se normálnímu životu. Dívka měla podněty zprostředkované pouze pohledem z okna. Každý den za ní docházela rehabilitační pracovnice i učitelka mateřské školy s nabídkou různých činností. Docházka učitelky byla vždy na telefon, podle aktuálního zdravotního stavu. Rodiče, kteří pracovali na směny, dívku také téměř denně navštěvovali. Pokud to její zdravotní stav umožňoval, účastnila se i různých akcí, pořádaných pro děti v nemocnici. Jela na kočárku, s sebou měla sestru a učitelku MŠ. Lucka měla provedenu tracheotomii, to znamená, že bylo provedeno chirurgické otevření průdušnice, otvor v oblasti krku. Nemohla proto ani mluvit, pouze bezhlasně. Později byla přeložena na interní oddělení JIP, kde měla samostatný pokoj. Měla zde televizi, svoje hračky dovezené z domova, fotografie. Po ročním odkladu školní docházky tak v nemocnici nastoupila i do základní školy. Při učení bylo nutné postupovat pomalu, dělat přestávky, málo možností názorné práce. Zde úzce spolupracovala učitelka MŠ s učitelkou ZŠ. V nemocnici tak probíhalo úplně vše, velká část jejího života. Slavila tu svátky, narozeniny. Učitelka MŠ s ní byla v denním kontaktu více než tři roky. Byl to opravdu ojedinělý případ. Její život bohužel skončil v červenci 2002.

3.7 Dílčí závěr

Nemocnice je pro dítě nepřirozeným prostředím. Působí zde řada faktorů, z nichž mnohé se snaží pobyt v nemocnici dětem zpříjemnit a co nejvíce přizpůsobit běžnému životu. Mateřská škola zde funguje již více než 50 let. Učitelky disponují speciálními pomůckami, hračkami, ale i znalostmi speciální pedagogiky, které jim pomáhají pochopit a porozumět všem hospitalizovaným dětem a naučit se s nimi vhodně komunikovat.

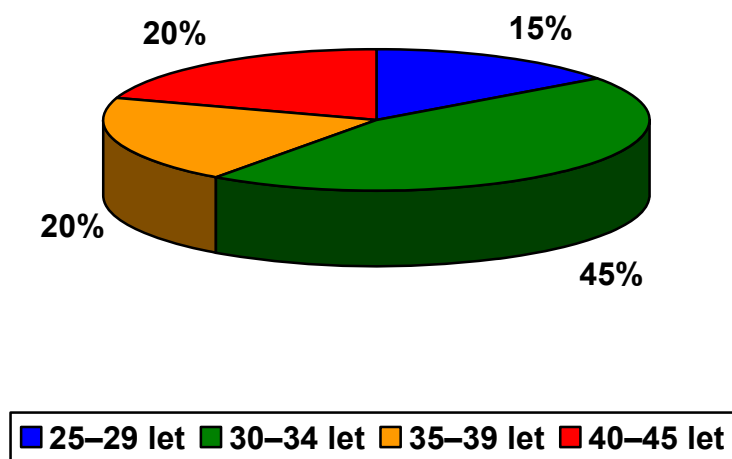
Z uvedených případových studií vyplývá, že u dětí s normálním intelektem, které jsou nějakým způsobem znevýhodněny oproti ostatním dětem (opakované hospitalizace, chronické onemocnění, nutnost omezení styku s ostatními dětmi), lze vhodným působením a vedením zamezit psychickému strádání a opoždění ve vývoji.

4. Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření bylo provedeno na interních odděleních FN Brno, pracoviště dětské medicíny. Jednalo se o oddělení 46 JIP, 48, 67 a 69. Šetření bylo dobrovolné a anonymní a bylo provedeno v měsíci červenci 2009. Dotazník byl určen rodičům, doprovázejícím dítě při hospitalizaci. Dotazník obdrželo 20 rodičů, nikdo z rodičů neodmítl vyplnění předloženého dotazníku, vráceno 20 dotazníků. První část byla věnována osobě rodiče – věk, pohlaví, vzdělání. Druhá část byla věnována rodině a dítěti ve vztahu k jeho temperamentu, komunikaci a pobytu v nemocnici. Další otázky byly k posouzení úrovně komunikace a spokojenosti s informacemi při pobytu v nemocnici. V poslední položce dotazníku mohli rodiče sami přispět svým nápadem, radou nebo doporučením, které by vedlo ke zlepšení komunikace a informovanosti v nemocnici.

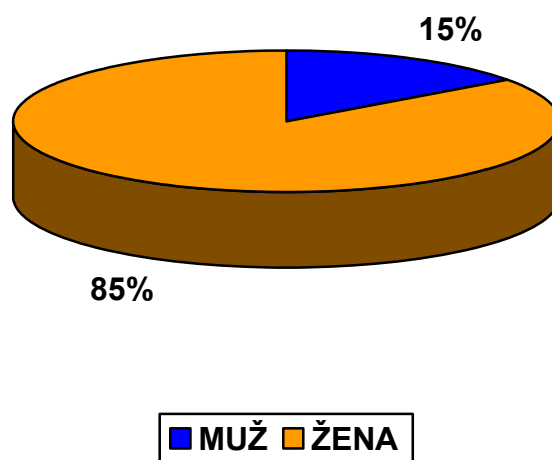
4.1 Rozbor a srovnání výsledků

Věk rodičů



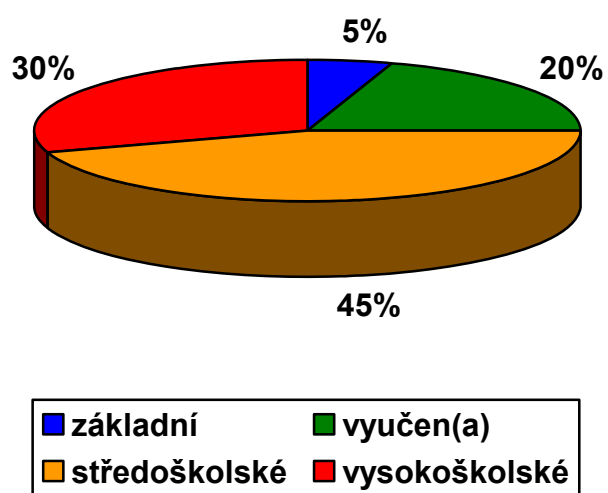
Největší počet rodičů byl ve věkové kategorii 30-34 let, nejmenší počet rodičů byl ve věkové kategorii 25-29 let.

Pohlaví rodičů



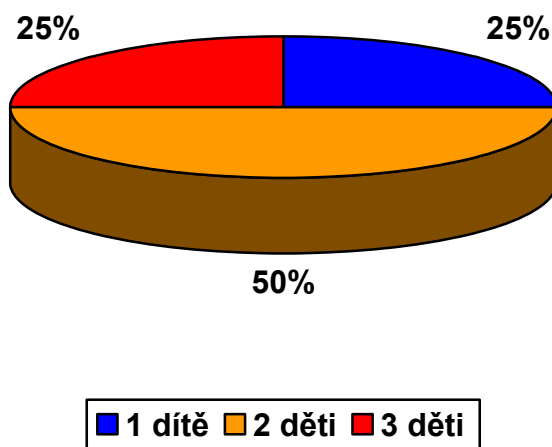
Převážná většina dotazovaných byly ženy.

Vzdělání rodičů



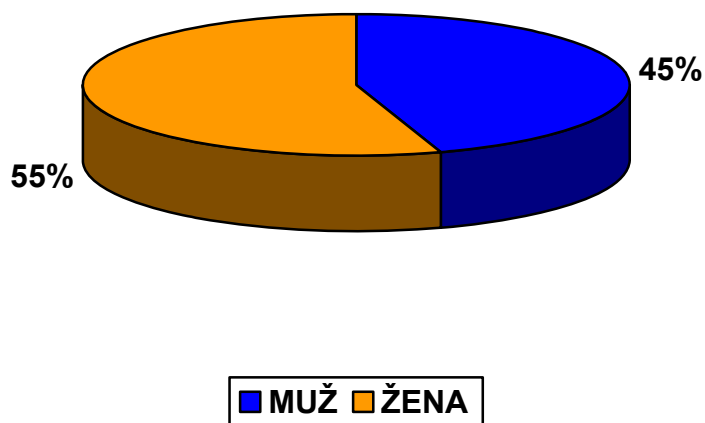
Největší skupina rodičů dosáhla středoškolského vzdělání, nejmenší základního vzdělání.

1. Počet dětí v rodině



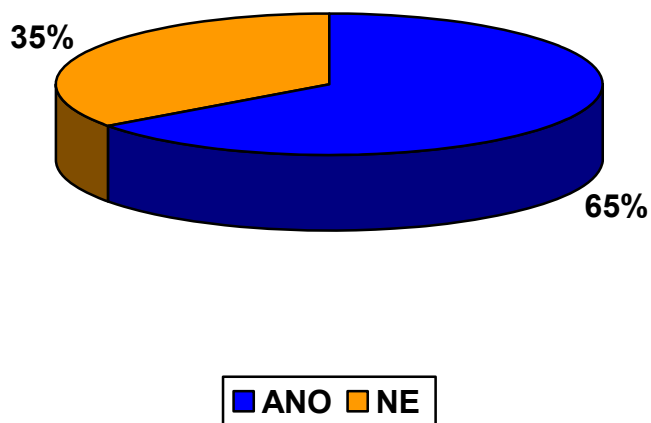
Polovina dotázaných měla v rodině dvě děti.

2. Pohlaví dítěte



Téměř vyrovnaný byl poměr chlapců a děvčat, děvčat bylo o něco více.

3. Návštěva předškolního zařízení



Více než polovina dětí navštěvovala mateřskou školu.

4. Charakterové, temperamentové vlastnosti dítěte:

Rodiče uváděli u této otázky i více vlastností u svého dítěte, někteří pouze jednu vlastnost, několik rodičů se k této otázce nevyjádřilo vůbec.

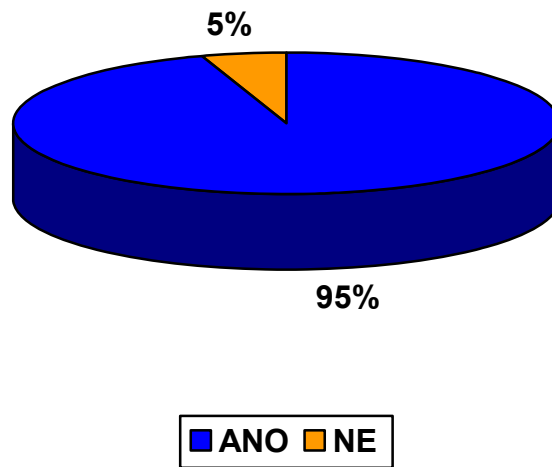
Nejčastěji uváděné vlastnosti svých dětí byly dítě je **živé, přátelské**.

Další vlastnosti byly dítě je **klidné, kamarádké, společenské, tvrdohlavé, veselé, hravé, temperamentní**.

Nejméně často rodiče uváděli, že jejich dítě je **vstřícné, upovídané, trpělivé, rozumné, mírné, aktivní, usměvavé, komunikativní, mírně nedůvěřivé, bystré, chytré**.

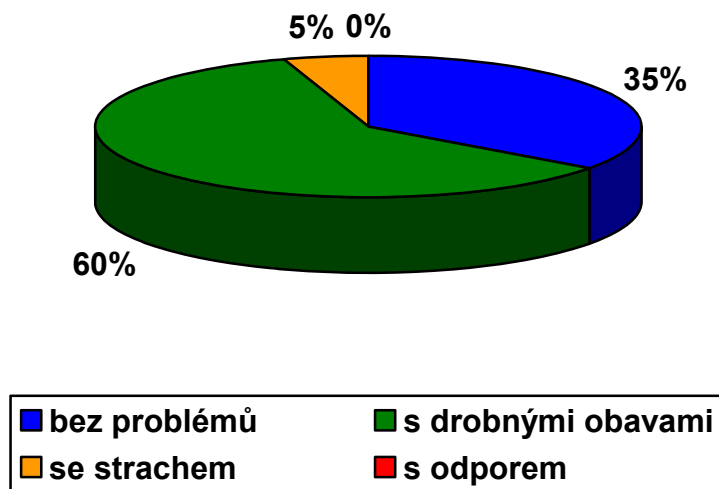
Uvedeny jsou všechny vlastnosti, které byly vyjmenovány rodiči.

5. Je vaše dítě komunikativní



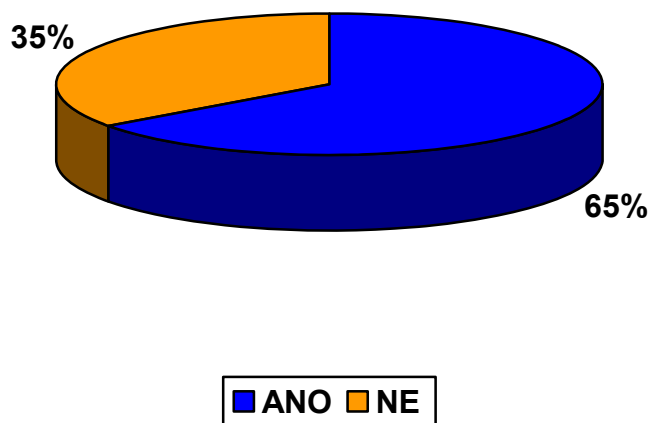
Téměř všechny děti rodiče uvedli jako komunikativní.

6. Návštěvy lékaře snáší vaše dítě



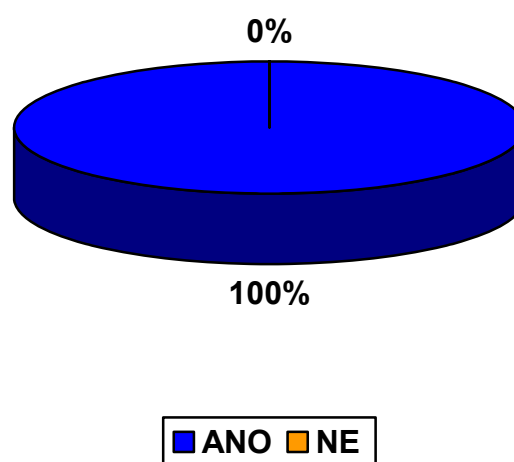
Dle rodičů více než polovina dětí snáší návštěvy lékaře s drobnými obavami.

7. Bylo již vaše dítě hospitalizováno



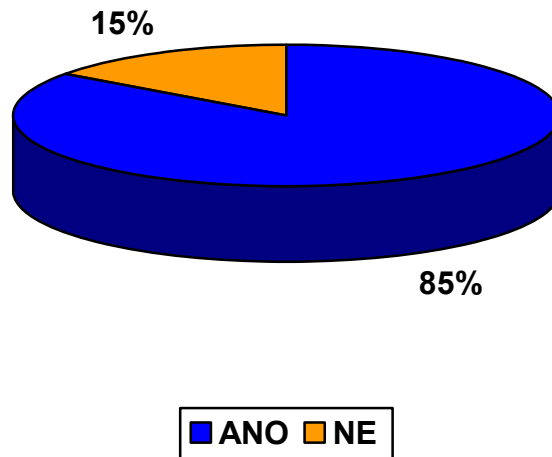
Více než polovina dětí již byla hospitalizována.

8. Zúčastnil(a) jste se spolu s dítětem pohybu po nemocnici



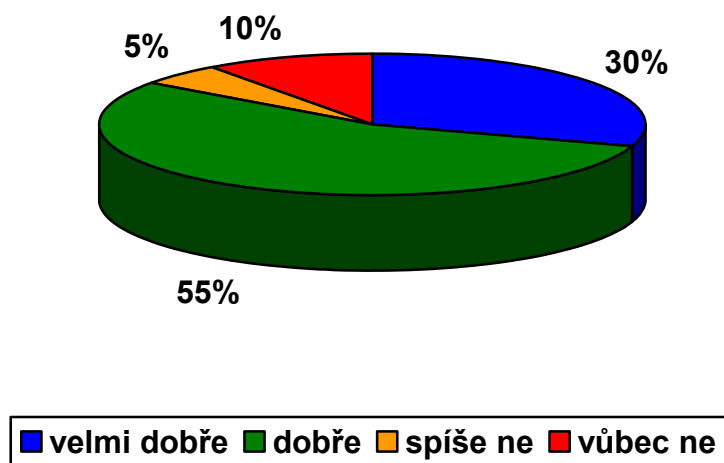
Všichni dotázaní rodiče byli přítomni při hospitalizaci svých dětí.

9. Mluvil(a) jste s dítětem o pobytu v nemocnici, připravoval(a) jste jej na pobyt?



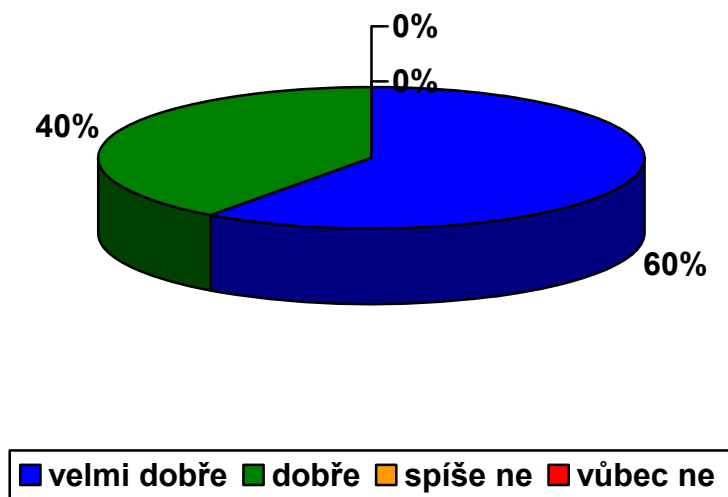
Více než tři čtvrtiny rodičů dítě na pobyt v nemocnici připravovali. U některých zřejmě nebyla příprava možná vzhledem k akutní hospitalizaci.

10. Jak jste se orientovali při příchodu do budovy nemocnice?



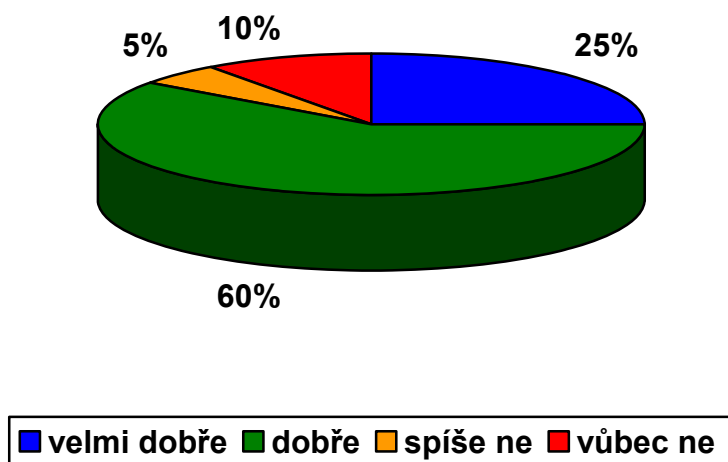
Více než polovina rodičů se při příchodu do nemocnice dobře orientovala.

11. Poradili vám pracovnice recepce, komunikovali s vámi, rozuměli jste jim?



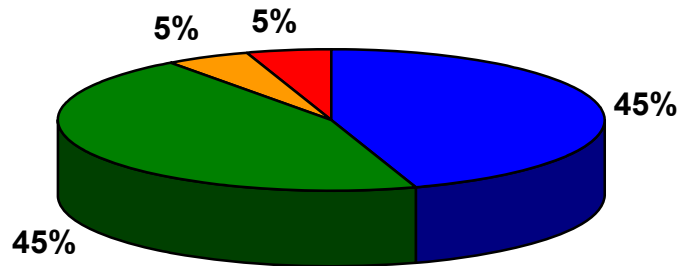
Více než polovině rodičů pracovnice recepce dobře poradily.

12. Jak vám byly při příchodu na oddělení předány základní informace týkající se oddělení, jeho chodu a orientace na oddělení?



Převážná většina rodičů dostala při příchodu na oddělení základní informace o chodu oddělení.

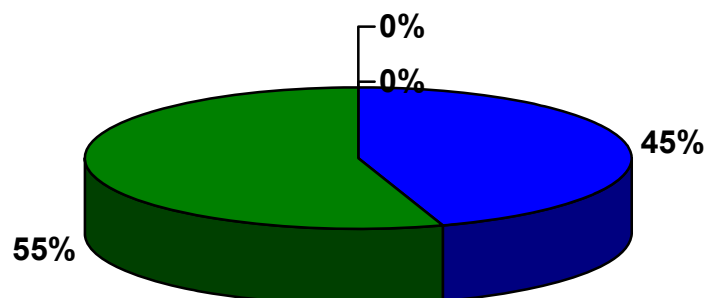
13. Byli jste v průběhu hospitalizace vašeho dítěte dostatečně informováni o průběhu léčby?



■ velmi dobře ■ dobře ■ spíše ne ■ vůbec ne

Většina rodičů byla dobře nebo velmi dobře informována o průběhu léčby svého dítěte.

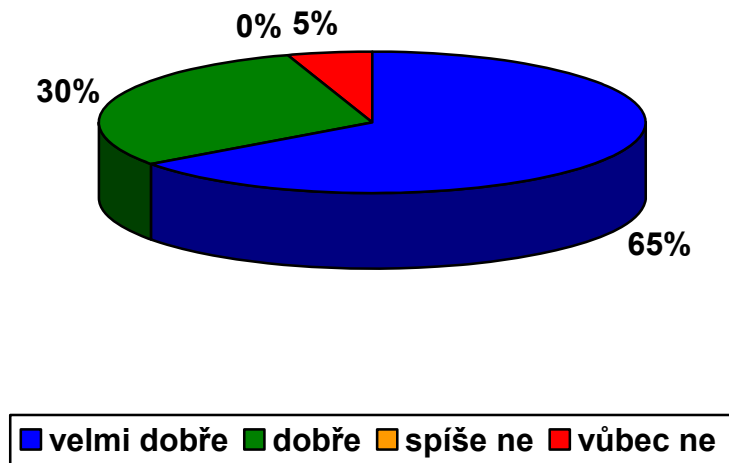
14. Při rozhovorech s lékaři jste jejich vyjadřování rozuměli?



■ velmi dobře ■ dobře ■ spíše ne ■ vůbec ne

Všichni dotazovaní rodiče rozuměli vyjadřování lékařů.

15. Bylo o vaše dítě v průběhu dne postaráno i co se týká zájmové, zábavné činnosti?



O většinu dětí bylo dle vyjádření rodičů dobře postaráno i co se týká zájmové činnosti.

16. Se kterou skupinou zaměstnanců se vám nejlépe spolupracovalo?

V odpovědích na tuto otázku rodiče uváděli i více skupin zaměstnanců, proto nelze jednoduše vyjádřit v procentech. Na prvním místě se ve spolupráci s rodiči a dětmi umístili zdravotní sestry, na druhém místě lékaři a učitelky, dále pak vychovatelky, pomocný personál a pracovnice recepce.

17. Se kterou skupinou zaměstnanců bylo nejtěžší komunikovat?

Na tuto otázku neodpověděla ani polovina dotázaných. V odpovědích uvedli pracovnice recepce, lékaře a pomocný personál.

18. Co byste sami doporučovali ke zlepšení komunikace a informovanosti v nemocnici?

Uvádím všechny návrhy, které doporučili rodiče. Neodpověděli všichni, pouze část dotázaných.

- někteří z rodičů by nic na stávajícím stavu neměnili, byli spokojeni
- objevil se názor, že by se měla zlepšit starost a péče o děti, které jsou umístěny na pokoji samy bez rodičů tak, aby se dovolaly sestry při řešení svých potřeb
- jeden rodič si musel u personálu často říkat o pití pro svoje dítě
- někteří rodiče uvedli, že byla drobná nedorozumění, ale jinak byli s komunikací spokojeni
- objevil se i požadavek na zlepšení chování sester
- byl uveden požadavek, aby učitelka mateřské školy byla celodenně na jednom oddělení
- byl vznesen návrh na lepší rozlišení jednotlivých skupin zaměstnanců (např. sestry, pomocný personál) tak, aby mezi nimi byla pro příchozí jednodušší a rychlejší orientace.

4.2 Dílčí závěr

Na uvedené otázky odpovídali rodiče, kteří byli přítomni při hospitalizaci svých dětí v době letních prázdnin, v červenci 2009. Rodiče měli individuální zkušenost s personálem na čtyřech interních odděleních FN Brno, pracoviště dětské medicíny, Černopolní 9.

Je třeba si uvědomit, že se rodiče nenacházeli ve standardní psychické situaci. Hospitalizace vlastního dítěte je neobvyklým negativním zásahem do života celé rodiny. Proto i některá rozhodnutí, hodnocení a reakce rodičů mohly být ovlivněny strachem o svoje dítě, stresem a obavami z dalšího vývoje nemoci. I přes tyto okolnosti, které mohly mít vliv na odpovědi k jednotlivým otázkám, se většina dotázaných rodičů vyjádřila k organizaci a chodu na vybraných odděleních kladně.

Závěr

Řeč, jako jeden z nejdůležitějších prostředků komunikace mezi lidmi, se výrazně rozvíjí v předškolním věku. Zpočátku převládá komunikace neverbální, ale s přibývajícím věkem se do popředí dostává komunikace verbální – řeč. Díky ní se tak dítě začleňuje do světa lidí.

Existuje více důvodů, kvůli kterým se řeč nerozvíjí, jak by bylo žádoucí. Může jít o nevhodné, na řeč chudé prostředí, ze kterého dítě pochází, nesprávné jazykové vzory nebo například necitlivé nucení dítěte do hovoru a nerespektování dětského ostychu.

Řeč se rozvíjí jinak a je třeba jiných způsobů komunikace (náhradních) také u jedinců s určitým handicapem. Vývoj řeči může být také narušen např. dlouhodobou hospitalizací. Ke zmenšení nebo vymizení strachu z vyšetření nebo zákroků také přispívá herní terapie, která je prováděna pedagogickými pracovníky v nemocnici. Z uvedených případových studií vyplývá, že pokud je i v prostředí nemocnice možno zajistit vhodnou péči a adekvátní spolupráci jednotlivých složek zaměstnanců (lékařů, sester, učitelů, vychovatelů), děti nemusí psychicky strádat a jejich vývoj se výrazně nenaruší. Je třeba se dětem intenzívně věnovat, pracovat s nimi, komunikovat a snažit se jejich pobyt v nemocnici co nejvíce přizpůsobit jejich potřebám a zájmům tak, aby nebyly úplně odtrženy od reálného světa. Velmi vhodná a žádoucí je též přítomnost rodičů v průběhu hospitalizace.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že rodiče svoje děti na hospitalizaci připravovali, pokud to bylo možné. Děti snášely vyšetření lékařů většinou s drobnými obavami, většina rodičů byla spokojena s komunikací s lékaři. Objevil se požadavek na zlepšení chování sester, také byla požadována přítomnost učitelky mateřské školy celodenně pouze na jednom oddělení. Byl vznesen návrh na rozlišení oděvů jednotlivých skupin zaměstnanců, z důvodu snadnější orientace mezi personálem. Názory a odpovědi rodičů mohly být ovlivněny současnou situací, v níž se nacházeli oni a jejich děti. I přes tyto okolnosti se většina dotázaných rodičů vyjádřila k organizaci a chodu na vybraných odděleních kladně. Jednalo se pouze o menší vzorek dotázaných

a tak zjištěné závěry nelze zobecnit, jsou platné pouze pro zúčastněnou skupinu dotázaných.

Domnívám se, že vhodná, přiměřená a dostatečná komunikace a informovanost rodičů a také dětí může kladně ovlivnit hospitalizaci a proces zotavování. Psychická pohoda je jedním z předpokladů úspěšného léčení.

Resumé

Tématem bakalářské práce je Sociální komunikace v průběhu hospitalizace dětí.

V první kapitole se práce zabývá verbální a neverbální komunikací, dále pak komunikací dětí, u kterých ve věku do tří let převládá neverbální komunikace.

Druhá kapitola charakterizuje předškolní období jako velmi důležitý úsek v životě člověka. Dítě si začíná uvědomovat samo sebe, velký význam sehrává prostředí, ve kterém vyrůstá a osoby, které je ovlivňují. V tomto období dochází k velkému rozvoji řeči, která se stává prostředkem dorozumění a začlenění dítěte do světa lidí. Nutné je poskytnutí správných vzorů, dostatek samostatnosti, ale i určení pravidel.

Třetí kapitola charakterizuje prostředí nemocnice a faktory, které zde na dítě působí. Zabývá se různými formami komunikace u těžce postižených jedinců. Vysvětluje pojmy hospitalismus a herní terapie, tak jak je prováděna pedagogickými pracovníky ve FN Brno. Uvádí se zde dvě případové studie, z nichž vyplývá, že u dětí s normálním intelektem, které pobývají opakovaně nebo dlouhodobě v nemocnici, lze vhodným působením a vedením zamezit psychickému strádání a opoždění ve vývoji.

Čtvrtá kapitola obsahuje dotazníkové šetření, které bylo provedeno s rodiči hospitalizovaných dětí. Někteří rodiče doporučovali zlepšit chování sester, zlepšit péči a starost o děti, které jsou na pokoji samy bez rodičů tak, aby se dovolaly sestry. Požadavek na výraznější odlišení oděvů jednotlivých skupin zaměstnanců. Většina dotázaných rodičů se vyjádřila kladně k organizaci a chodu na vybraných odděleních.

Anotace

Název bakalářské práce je *Sociální komunikace v průběhu hospitalizace dětí*. Předmětem v teoretické části je zmapování různých způsobů a typů sociální komunikace v prostředí nemocnice. Práce se zabývá vývojem komunikace u dětí předškolního věku. Dále pak způsoby komunikace u dětí s různým handicapem. Jsou zde uvedeny dvě případové studie dětí často a dlouhodobě hospitalizovaných.

V praktické části je uveden rozbor dotazníkového šetření, určeného pro rodiče pobývající s dítětem v nemocnici. Dotazník zaměřen na komunikaci s personálem nemocnice a na případné podněty, vedoucí k jejímu zlepšení.

Klíčová slova: komunikace, hospitalizace, dítě jako pacient, herní terapie

Annotation

The title of my bachelor's thesis is, "*Social communication during hospitalization of children.*" The subject of the theoretical part is to map out different ways and types of social communication in the hospital environment. The thesis explores the development of communication of preschoolers and the ways of communication of children who have different handicaps. There are two case studies of children who were frequently long-term hospitalized.

The practical part of this thesis contains an analysis of a survey aimed at parents who stay with their children in the hospital. The questionnaire is focused on the communication with hospital staff and on possible recommendations that would lead to its improvement.

Key words: communication, hospitalization, child as a patient, play therapy

Seznam použité literatury

1. BRUCEOVÁ, T. *Předškolní výchova*. Praha: Portál, 1996, ISBN 80-7178-068-5
2. ČEJKA, J. *Dětská nemocnice, procházka historií*, FN Brno, 2002
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1314-4
4. FRIEDLOVÁ, K. *Co je bazální stimulace*. www.bazalni-stimulace.cz. 27. 2. 2010
5. GILLBERG, CH., PEETERS, T. *Autismus- zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-856-2
6. KLENKOVÁ, J., KOLBÁBKOVÁ, H. *Diagnostika předškoláka*. Brno: MC nakladatelství, 2002
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0
8. KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace*. Praha: TECH-MARKET, 1996, ISBN 80-902134-1-3
9. LEVIS, D. *Tajná řeč těla*. Praha: Publishing s.r.o, 1989, ISBN 80-7219-004-0
10. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 1994, ISBN 80-7178-006-5
11. MLČOCH, Z. *Hospitalismus*. www.zbynekmlcoch.cz/info/děti/index.php. 27. 2. 2010
12. NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-0738-1
13. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, ISBN 80-85931-65-6

14. SMOLÍKOVÁ, K. a kol. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha, Výzkumný ústav pedagogický, 2004
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2008, ISBN 978-80-246-0956-0
16. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-998-4
17. *50 let výročí MŠ při FN Brno 1956–2006* (elektronická publikace na CD)