

VÝZNAM PRÁCE HERNÍHO SPECIALISTY S KINEZIOTERAPEUTICKOU SPECIALIZACÍ U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH DĚTÍ

Marie BLAHUTKOVÁ, Jana DLOUHÁ

Úvod

Pobyt dítěte v nemocnici znamená vždy velkou psychickou zátěž, zejména pokud je dítě vážně nemocné. Tato zátěž představuje mnoho bolesti, stres z prostředí, strach z bílého pláště (někdy přerůstá ve fobii), nečekanou samotu, strach z budoucnosti (nevědomí příštího) a někdy také poruchy příjmu potravy, které s uvedeným souvisejí, zejména nechutenství. Všechny tyto příčiny mají za následek postupnou změnu osobnosti dítěte. Mnohdy se pak stává, že z dříve veselého človíčka je pojednou zamyšlený, zasmušilý, trpící člověk, který většinou vypadá starší, než je jeho skutečný biologický věk. Nemoc přichází většinou nečekaně, a pokud se rozvine, bývá v dětství často příčinou vzniku negativních emocí, stresů a frustrací. Někdy se již v dětském věku objevují prvky anxiозity. Tyto projevy jsou často patrné u závažných dětských onemocnění, ke kterým patří zejména onkologická onemocnění. Léčba ve zdravotnických zařízeních je u onkologicky nemocných pacientů nezbytná. I když dnešní nemocnice umožňují rodičům pobyt s dětmi v nemocnici a usilují o snížení nutné hospitalizace dítěte, je vždy pobyt v takovém zařízení včetně lékařských zákroků pro dítě velmi stresující. U dětských pacientů se můžeme setkat s nepříznivým vlivem negativních vlastních zkušeností dítěte s bolestivými zásahy lékaře nebo s vlivem negativních informací, které dítěti nahánějí strach, i když se třeba nezakládají na pravdě. Dítě si tak do nemocnice přináší řadu zkušeností, které nashromáždilo v předcházejících letech (Křivohlavý, 2002). Nemocniční personál přispívá k léčbě řadou netradičních přístupů, které se dříve v nemocnicích nemohly uskutečňovat. Teprve moderní přístupy k pacientům pomohly v zavedení herních specialistů, kteří mohou s dětmi pracovat po celou dobu pobytu v nemocnici. Herní specialista by měl být na každém dětském oddělení a jeho náplní práce je přítomnost u dětských lůžek a příprava zaměstnání v průběhu léčby. Hlavním prvkem práce je herní činnost. Řada herních specialistů absolvovala školení v kinezioterapii, zejména v psychomotorických aktivitách, které lze v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení uplatňovat.

Pojem „psychomotorika“ znamená úzké spojení psyché (duševních procesů) a motoriky (tělesných procesů). Tuto vzájemnou souvislost můžeme pozorovat téměř neustále na sobě i na druhých lidech, např. držení těla, výrazy obličeje atd. (Hermová, 1994). Psychomotorika je forma pohybové aktivity, která je založena na prožitku z pohybu. Vede k poznávání vlastního těla, okolního světa i prožitkům z pohybových aktivit. Ke svému působení využívá jednoduché herní činnosti, činnosti s nářadím i náčiním, kontaktní prvky a různé relaxační techniky (Blahutková, 2001).

Psychomotorika rozvíjí rovnoměrně fyzickou, psychickou i sociální stránku každého jedince. Prostřednictvím herních pohybových aktivit má na zřeteli vyladování psychofyziologického stavu člověka. Je formou aktivního odpočinku, procesem regenerace a vhodnou aktivitou ke kompenzování duševní námahy (Adamírová, 2000). Cílem herních pohybových aktivit z oblasti prožitkovosti je bezděčné prožívání radosti z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení a vytvoření bio-psych-socio-spirituální pohody člověka (Blahutková, 2003). Součástí psychomotorických činností jsou relaxační techniky, masáže a psychostimulace. Psychomotorické hry se od běžných her odlišují zejména používáním netradičních pomůcek, netradičních přístupů, respektují možnosti osobnosti, využívají prvky relaxace, a odlišují se také tím, že zde není vítězů ani poražených. Vítězem je jednoduše každý, kdo se zúčastní (Hermová, 1994). Hra působí zvláště v dětském věku velmi pozitivně a její působení lze pozorovat také i u nemocných dětí. Psychomotorické hry ovlivňují prostřednictvím pozitivních přístupů a prožitků negativní emoce dětí, často je oslabují a působí na jejich zmírňování. Při hře se vytváří uvolněné prostředí, děti odbourávají strach a více se projevuje jejich osobnost, hovoří o svých prožitcích a zážitcích, nebojí se otevřít vůči okolí, více komunikují s nemocničním personálem, lépe snášejí další léčbu. Po herních činnostech jsou schopny nemocné děti lépe spolupracovat, více důvěřují okolí, zvyšuje se jejich schopnost zvládnání zátěží a tím se zkracuje také pobyt v nemocničním prostředí.

Psychomotorika má velký vliv na kladné prožívání nemocného dítěte a podporuje optimisticky pro léčbu. Zejména ve vztahu do budoucnosti. Pro optimistické ladění z pohledu kauzálního lze počítat s tím, že očekávání nadlehčuje tíži současných problémů a vytváří příznivější podmínky pro hledání nápravy a její realizaci. Je tedy součástí léčby (Matějček, 1992). Tyto principy přispívají ke zvyšování kvality života nemocného dítěte. Zejména v těch situacích, když se rodič nebo oba rodiče podílejí systematicky na spolupráci s herním specialistou a jsou schopni reagovat na požadavky nemocného dítěte které později vedou urychlování procesu uzdravení.

Vybraná kazuistika

Ke spolupráci jsme byli požádáni rodinou nemocné dívky, která v 10 letech onemocněla akutní leukémií. Celá spolupráce se začala odvíjet teprve po složité komunikační bariéře, kterou vytvořilo neporozumění ze strany vedení nemocnice. Po seznámení s rodinnou anamnézou a po základní komunikaci s rodiči dítěte jsme dostali svolení k návštěvě nemocničního zařízení. Velmi ochotně nás přijal nemocniční personál včetně ošetřující lékařky i primářky oddělení. Ta souhlasila se spoluprací, o metodu práce herního specialisty projevila velký zájem, podmínkou

však byl souhlas ředitele nemocnice. Ten po konzultaci neprojevil ochotu spolupracovat, tudíž jsme museli počáteční experiment ukončit. Po dobu hospitalizace dítěte jsme provedli pouze vstupní pohovor a dále jsme spolupracovali zvenčí pouze s rodiči a prarodiči. Spolupráce byla obtížná zejména proto, že otec od rodiny odešel a s manželkou se rozvedl, konzultace jsme museli provádět odděleně. Protože byla nemocná dívka součástí třídy ve které jsme prováděli psychologické testování osobnosti, měli jsme k dispozici vstupní šetření s výsledky testů osobnosti v době, kdy byla jmenovaná v dobrém zdravotním stavu. Po prvním ukončení hospitalizace jsme navštěvovali nemocnou v domácím prostředí, provedli jsme postupně psychologickou analýzu osobnosti s využitím stejné testové baterie a začali jsme využívat psychomotorické hry. Zjistili jsme, že došlo k totálním změnám v některých charakteristikách osobnosti, nemocná se přestala zajímat o svoje okolí, nekomunikovala, nechtěla se s nikým setkávat, přestala jíst a většinu času proplakala. Naše první intervence se zaměřila na rodinu. Spolupráce s rodinou byla na velmi dobré úrovni a již po prvním měsíci spolupráce se dívka začala postupně vracet ke svým dřívějším zájmům. Následovala další hospitalizace a posléze transplantace kostní dřeně, což představovalo pro rodinu obrovskou psychickou zátěž. Po celou dobu jsme s rodinou pravidelně spolupracovali, později jsme získali možnost navštěvovat nemocnou i s rodiči u lůžka. Rodiče i prarodiče jsme k lůžku pustili vždy po dohodě s lékařem až po jejich uklidnění a důrazně jsme požadovali pouze pozitivní přístupy. Schopnost zvládat tyto přístupy bylo velmi náročné, proto se naše intervence zaměřila v tomto období také na bližší psychologickou rodinnou intervenci. Po ukončení druhé hospitalizace dívky jsme pokračovali velmi obezřetně v psychomotorických činnostech a v další spolupráci v rodinném prostředí. Spolupráci po celou dobu zajišťovala stejná osoba. V této době nás oslovila znovu ošetřující lékařka s žádostí o spolupráci s dalšími dětskými pacienty. Vzhledem k neochotě vedení nemocnice jsme hledali cestu, jak se k dětem přiblížit. Tuto možnost spolupráce nám otevřela teprve ředitelka školy při dětské nemocnici, která se s projektem herního specialisty setkávala při své profesní praxi. Vybrané studentky, které projevíly zájem o práci dobrovolného dětského herního specialisty, začaly pravidelně docházet do nemocnice a začaly spolupracovat s ošetřujícím personálem a s nemocnými dětmi.

Naše nemocná dívka v té době prodělávala chemoterapii, kterou zpočátku velmi obtížně snášela. Vytvořilo se však mezi námi dosti silné pouto a již byla schopná o svých potížích otevřeně hovořit. Setkávali jsme se s velkou otevřeností i vůči rodině, otec navštěvoval dívku i doma a bývalí manželé spolu začali znovu komunikovat. Podařilo se nám ve spolupráci situaci stabilizovat a po ukončení chemoterapie jsme zařadili dívku do kurzu psychomotoriky v rámci výuky na Pedagogické fakultě MU pro studenty speciální pedagogiky. Kurzy s dívkou navštěvovali pravidelně rodiče nebo babička a v této době se její osobnost začala postupně znovu měnit. Po celou dobu dívka nenavštěvovala školní docházku, učitelka docházela do rodiny a ošetřující lékařka kurzy psychomotoriky povolila. V závěrečné lekci kurzu byl s dívkou přítomen otec a v diskusi se sama přihlásila a všem účastníkům kurzu sdělila svoje počáteční a aktuální pocity, prožitky a dojmy. Tato sdělení byla natolik závažná, že nás donutila celou spolupráci zveřejnit a po souhlasu rodiny o ní otevřeně hovořit. V současné době je slečně 16 let, studuje střední školu, je zdravá, pouze

je neustále pod lékařským dohledem. Otec se k rodině vrátil a znovu se s maminkou oženil. Rodina je funkční.

Výzkum

Cílem naší práce bylo zjišťování vlivu herního specialisty na změny osobnosti onkologicky nemocných dětí v oblasti temperamentu, extroverze a neuroticizmu, aspirace a pozornosti a dále vlivu na některé dimenze života onkologicky nemocných dětí, zejména na jejich kvalitu života, interpersonální vztahy a na rozvoj komunikačních schopností.

K výzkumu jsme použili testovou baterii testů osobnosti, která byla ovlivněna vstupními daty z měření třídy ve které by zařazena také později onkologicky nemocná dívka. Proto jsme použili pro základní vyšetření stejné testy osobnosti:

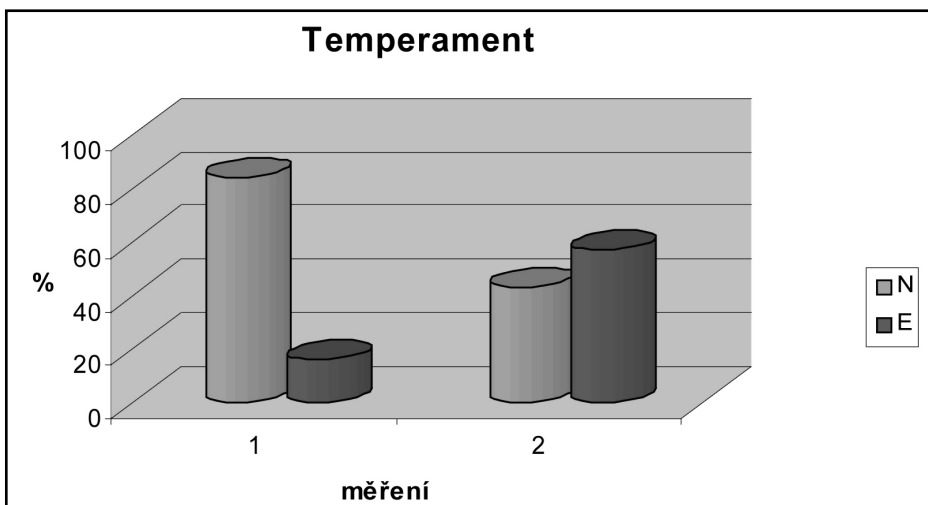
- J. E. P. I. (Eysenck, 1973)
- Test temperamentu (Belov, 1971)
- Kvocient úrovně aspirace (Meili, 1965, Blahutková, 1996)
- Pozornost (Bakalář, 1993).

K těmto testům jsme následně přiřadili ještě:

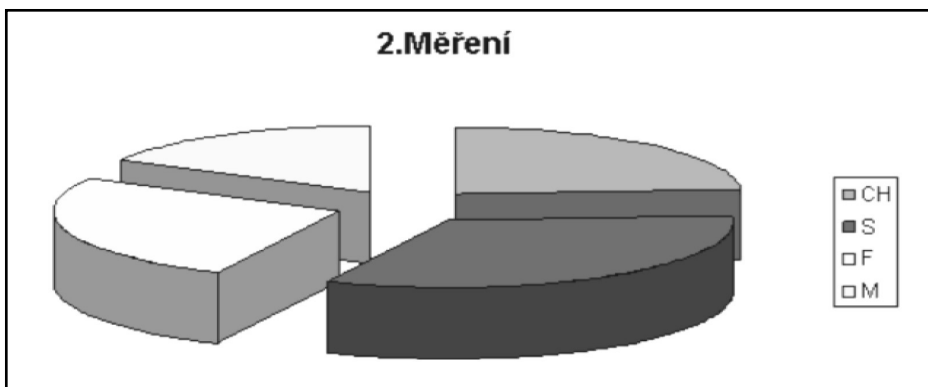
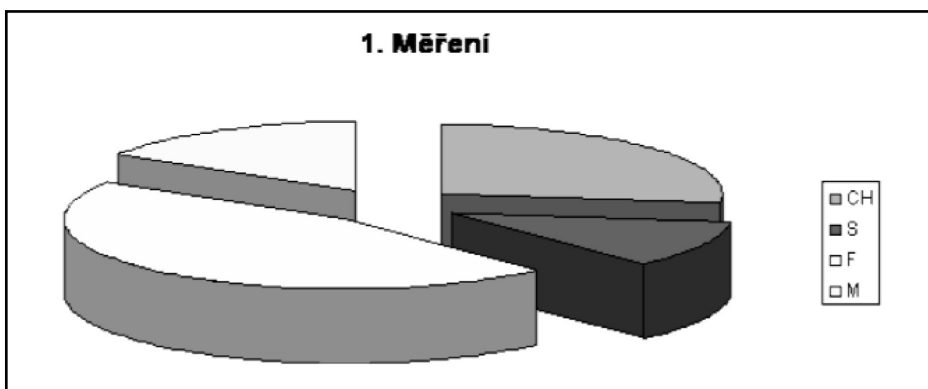
- SEQoL (Křivohlavý, 2001)
- Test stresu (Selye, 1993).

Naše výsledky ukazují na značný vliv práce herního specialisty na pozitivní rozvoj osobnosti onkologicky nemocného dítěte, ale také na příspěvek této práce pro kvalitu života onkologicky nemocných dětí. Uvádíme pouze dílčí výsledky naší práce v oblasti temperamentu a aspirace.

V průběhu onemocnění došlo u onkologicky nemocného dítěte k velkému posunu směrem k neuroticizmu, dívka se uzavřela do sebe, přestala komunikovat s okolím, velmi často plakala a odmítala příliš spolupráce i s nemocničním personálem. Hlavní přínos v pozitivním obratu spatřujeme zejména v zájmu rodiny spolupracovat s psychologem a tím pomoci i v léčbě nemocného dítěte. Důležitým prvkem v léčbě byl zájem otce, který již s rodinou nežil. Při spolupráci s herním specialistou se vytvořil mezi nemocnou dívkou a specialistou velmi pozitivní až přátelský vztah a tím bylo možné usměrňovat některé postupy v léčbě a současně se zlepšovala i komunikace s nemocničním personálem (obr. 1). V oblasti temperamentu se nemocná dívka začala projevovala melancholicky bez zjevného zájmu o okolí, její dřívější pohodová nálada se objevovala zřídka a více se uzavírala do sebe. Nebyla schopná spolupracovat ani navazovat přátelské styky s dalšími nemocnými dětmi, nejevila zájem o okolí ani o sebe a veškerou pozornost obracela na setkání s otcem. Vytvořila se mezi nimi velmi silná vazba, kterou později začala vnímat také matka a umožňovala otcí návštěvy doma. Po ukončení chemoterapie a další intervenci herního specialisty se začala postupně nemocná dívka vracet ke komunikaci a ke kolektivu, začala navazovat přátelské vztahy a opět se vrátila k původním zájmům (obr. 2)

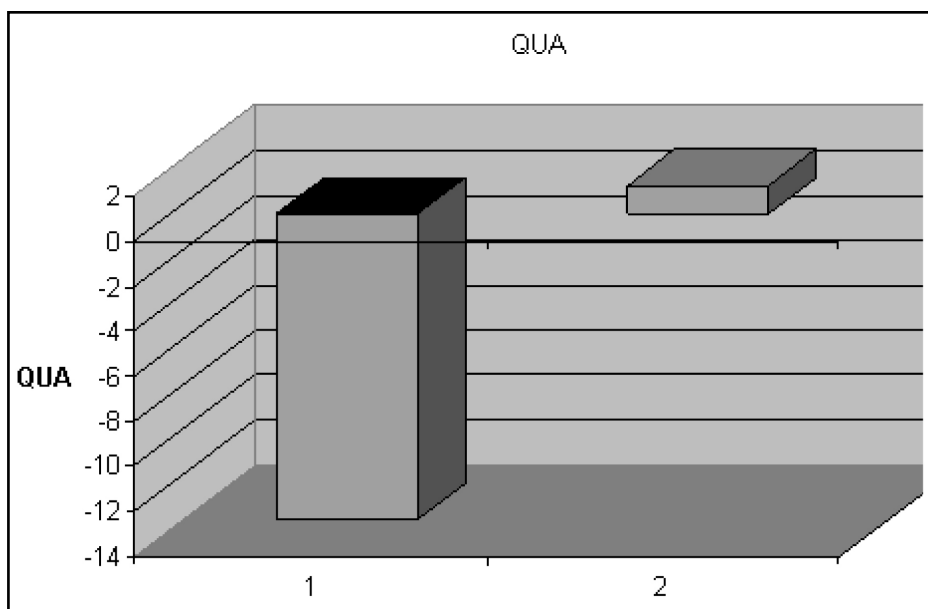


Obr. 1: Změny osobnosti u vybrané osobnosti v průběhu práce herního specialisty



Obr. 2: Změny temperamentu v průběhu práce herního specialisty

Největší rozdíly jsme zaznamenali v oblasti aspirací. Nemocná dívka nevykazovala prakticky žádnou snahu o dosahování jakéhokoli výsledku, nebyla ochotná se bavit ani o možnostech svého uzdravení. Svět pro ni zčernal, obviňovala samu sebe z onemocnění, chyby hledala v sobě a snažila se dávat najevo nezájem o vlastní já a nezájem o okolí. V průběhu spolupráce jsme značnou část herních činností zaměřovali na poznávání sebe sama na rozvoj vnímání sebe i okolí a hlavní pozornost jsme věnovali následným sebereflexím. Např. v průběhu chemoterapie došlo k vypadání vlasů a této době se odmítala nemocná s vlastním obrazem v zrcadle ztotožnit. Teprve po psychotherapii se začala postupně přijímat. Obrat k lepšímu nastal po ukončení hospitalizace a při domácích herních činnostech – rodina nemocné část psychomotorických pomůcek zakoupila, pomohl také sponzorský dar v podobě psychomotorických vozíků. Po skončení léčby se aspirace postupně zvyšuje (obr. 3).



Obr. 3: Změny v aspiraci u nemocného dítěte

Závěry

Celá naše práce přinesla řadu zjištění, které mohou být platné pro širší využití, proto bychom s nimi chtěli seznámit širokou veřejnost, zejména, lékaře, pedagogy, vychovatele, psychology, ale i management nemocnic abychom podpořili zkvalitnění péče o onkologicky nemocné děti. Základní cíl práce byl experimentálně ověřen a zjistili jsme, že práce herního specialisty u onkologicky nemocných dětí má velký význam. Přínosem je jeho práce také v podpoře rodiny, při komunikaci s nemocničním personálem, ale i při práci s okolím dítěte (širší rodina, spolupacienti, kamarádi). Dalším přínosem naší práce jsou současné možnosti spolupráce se základní školou při dětské

nemocnici, kde prostřednictvím studentských praxí umožňujeme přímo v nemocničním prostředí realizovat práci začínajícím herním specialistům a učitelkám pomáháme při jejich nelehké práci v nemocničním prostředí. Současně se ukazuje pozitivní spolupráce i s lékaři a nemocničním personálem, kteří se o tuto práci zajímají a chválí si pozitivní přístupy dětských pacientů, ale i jejich příbuzných po dobu hospitalizace nemocných dětí.