

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovatelství

**Denisa Olejárová**

Aktivizácia detského pacienta v nemocničnej starostlivosti

*Bakalárska práca*

Praha 2021

Autor práce: **Denisa Olejárová**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.**

Oponent práce: **PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.**

Dátum obhajoby: **2021**

## **BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM**

OLEJÁROVÁ, Denisa. *Aktivizácia detského pacienta v nemocničnej starostlivosti*.  
Praha: Karlova univerzita, 2. lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, 2021. 93 strán.  
Vedúca bakalárskej práce: PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.

## **ABSTRAKT**

Bakalárska práca na tému „Aktivizácia detského pacienta v nemocničnej starostlivosti“ je zameraná na zisťovanie aktivít vykonávaných vo FN Motol, zameriavali sme sa na pracovníkov, ktorí dané činnosti vykonávajú a aké pomôcky používajú, rovnako aj na spokojnosť personálu s možnosťami aktivít. Práca je rozdelená na teoretickú a empirickú časť.

Teoretická časť je zameraná na charakteristiku detského veku, rozoberá rolu sestry na detskom oddelení, detského pacienta a komunikáciu s detským pacientom. V závere teoretickej časti sú popísané rôzne možnosti aktivít a rola dobrovoľníkov na oddeleniach.

Empirickú časť tvorí prieskumové dotazníkové šetrenie, ktoré bolo zamerané na sestry pracujúce vo FN Motol na lôžkových oddeleniach v detskej časti.

Na základe dotazníkového šetrenia, kde sme zisťovali úroveň, formu, spokojnosť a pomôcky využívané na aktivizáciu pacientov, sme vyhodnotili proces aktivizácie pacientov vo FN Motol ako nadmieru uspokojivý s požadovanými minimálnymi úpravami v rámci rôznych oddelení nemocnice.

## **KLÚČOVÉ SLOVÁ**

Aktivizácia, detský pacient, nemocničná starostlivosť, dieťa, aktivity, klauni, dobrovoľníci

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis on the topic "Activation of a child patient in hospital care" is focused on finding out the activities performed in the Motol University Hospital, we focused on employees who perform the activities and what tools they use, as well as staff satisfaction with the possibilities of activities. The work is divided into theoretical and empirical part.

The theoretical part is focused on the characteristics of childhood, discusses the role of the nurse in the pediatric ward, the pediatric patient and communication with the pediatric

patient. At the end of the theoretical part, various possibilities of activities and the role of volunteers in the departments are described.

The empirical part consists of a survey questionnaire survey, which was focused on nurses working in the Motol University Hospital in the wards in the children's section.

## **KEY WORDS**

Activization, child patient, hospital care, child, activities, clowns, volunteers

# ZADÁVACÍ PROTOKOL

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Denisa Olejárová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Aktivizácia detského pacienta v nemocničnej starostlivosti**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

NÁHRADNÍ ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE - ZMĚNA VEDOUCÍ PRÁCE.

Seznam odborné literatury:

SIKOROVÁ, Lucie. Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024735931.

SIKOROVÁ, Lucie. Dětská sestra v primární a komunitní péči. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 9788024735924.

HAVLÍK, Radomír a Jaroslav KOŤA. Sociologie výchovy a školy. Vyd. 3. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788026200420.

HOFBAUER, Břetislav. Děti, mládež a volný čas. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-927-5.

NEWELL, Šimon J. a Jonathan C. DARLING. Lecture notes. Ninth edition. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2014. ISBN 978-1-118-81448-2.

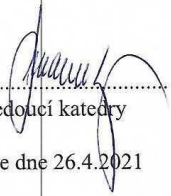
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, MPH, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Javůrková Alena, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 26.4.2021

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

  
.....  
Vedoucí katedry

V Praze dne 26.4.2021

  
.....  
Děkan

Univerzita Karlova  
2. lékařská fakulta  
Děkanát (5)  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

## **PREHLÁSENIE**

Prehlasujem, že som bakalársku prácu spracovala samostatne pod vedením PhDr. Šárky Tomovej, MPH, Ph.D., Ph.D., uviedla všetky použité literárne a odborné zdroje a dodržiavala zásady vedeckej etiky.

Ďalej prehlasujem, že rovnaká práca nebola použitá pre získanie pre získanie iného alebo rovnakého akademického titulu.

V Prahe 30.4 2021

.....Olejárová.....



## **POĎAKOVANIE**

Ďakujem pani doktorke PhDr. Šárke Tomovej, MPH, Ph.D, PhD za vedenie mojej bakalárskej práce a za jej mimoriadnu trpezlivosť, cenné rady a ochotu, ktorú mi poskytovala počas písania tejto práce.

## ZOZNAM SKRATIEK

apod.	a podobne
cm	centimeter
č.	číslo
g	gram
h	hodina
JIP	jednotka intenzívni péče
napr.	napríklad
ORL	otorinolaringológia

# OBSAH

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>13</b>
1.1. Ciele bakalárskej práce.....	14
<b>2. TEORETICKÁ ČASŤ PRÁCE.....</b>	<b>15</b>
2.1. Charakteristika detského veku.....	15
2.1.1. Prenatálny vek.....	15
2.1.2 Novorodenecký vek.....	15
2.1.3 Kojenecké obdobie.....	16
2.1.4 Batoľací vek.....	17
2.1.5 Predškolský vek.....	18
2.1.6 Školský vek.....	20
2.1.7 Adolescencia.....	22
2.2 Detský pacient.....	23
2.2.1 Rola sestry na detskom oddelení.....	23
2.2.2 Potreby dieťaťa.....	24
2.2.3 Potreby hospitalizovaného dieťaťa.....	25
2.3 Komunikačný proces.....	25
2.3.1 Komunikácia s chorým dieťaťom.....	26
2.4 Aktivizácia detského pacienta.....	28
2.4.1 Pohybové aktivity.....	29
2.4.2 Hra.....	30
2.4.3 Canisterapia.....	32
2.4.4 Arteterapia.....	33
2.5 Dobrovoľníci v nemocničnej starostlivosti.....	34
2.5.1 Klauni.....	35
2.6 Prehľad skôr realizovaných štúdií na túto tému.....	36
<b>3. EMPIRICKÁ ČASŤ PRÁCE.....</b>	<b>38</b>

3.1 CIELE EMPIRICKEJ ČASTI PRÁCE A PRACOVNÉ HYPOTÉZY .....	38
3.1.1 Ciele empirickej časti.....	38
3.1.2 Pracovné hypotézy.....	38
3.2 Metodika šetrenia.....	39
3.2.1 Metodika vlastného šetrenia.....	39
3.2 Materiál.....	39
3.3 Organizácia vlastného šetrenia a spracovanie dát.....	40
3.4 Výsledky vlastnej práce.....	40
3.5 Výsledky štatistického vyhodnotenia.....	61
<b>4. Diskusia.....</b>	<b>70</b>
<b>5. Záver.....</b>	<b>78</b>
<b>6. Referenčný zoznam.....</b>	<b>80</b>
<b>7. Zoznam príloh.....</b>	<b>85</b>
<b>8. Prílohy.....</b>	<b>85</b>

# 1. ÚVOD

Rozhodli sme sa, že sa bakalárska práca bude zaoberať aktivizáciou detského pacienta v nemocničnej starostlivosti. Keďže je pobyt v nemocničnom zariadení pre dieťa veľkou záťažou, je potrebné, aby zdravotnícky personál poznal správny prístup a všetky dostupné prostriedky a možnosti, ako detskému pacientovi uľahčiť pobyt počas hospitalizácie. Pre uľahčenie hospitalizácie je preto potrebné zabezpečiť naplnenie základných ľudských potrieb, medzi ktoré patrí aj potreba vzdelávať sa alebo hrať sa. Na starostlivosti o detského pacienta sa preto v nemocnici nepodieľajú len zdravotnícky pracovníci, ale aj pedagógovia, rodičia, herní terapeuti, či dobrovoľníci. Pôsobenie a vplyv prostredia môže na pacientovi zanechať stopy a utvárať budúce postoje na vnímanie vlastného zdravia. Každý pacient je iný, preto aj pri detskom pacientovi musíme rozlíšiť, akým spôsobom je potrebné s pacientom komunikovať. Nikdy nesmieme pacienta nútiť k spolupráci, často na utvorenie lepšieho vzťahu medzi personálom a dieťaťom je nápomocný rodič, alebo rôzne aktivity vykonávané na oddelení, ktoré sú dôležité, aby sme zamedzili strach a nedôveru v neznáme prostredie.

## 1.1. Ciele bakalárskej práce

Cieľom predloženej bakalárskej práce je zhodnotiť možnosti a činnosti vykonávané za účelom aktivizácie detského pacienta. Práca s detským pacientom môže byť často problematická, je preto dôležité dbať na správnu komunikáciu, prístup a empatiu tak aby boli správne naplnené všetky potreby pacienta, ale aj potreby personálu starajúceho sa o detských pacientov.

- Priniest' prehľad relevantných poznatkov z literárnych a časopisových zdrojov, vzťahujúcich sa k riešenej problematike.
- Riadnym spôsobom zmapovať problematiku a pripraviť dotazník vlastnej konštrukcie.
- Zmapovať druhy aktivít, ktoré sa vykonávajú na jednotlivých oddeleniach s detským pacientom v FNM.
- Posúdiť možnosti pre aktivizáciu u detí herným terapeutom na detských klinikách v FNM a v hracom centre detskej časti FNM.
- Zmapovať počet a zameranie osôb, ktoré sa zameriavajú aktivizáciu detských pacientov v FNM.
- Zistiť u sestier pracujúcich s detským pacientom skúsenosti a návrhy pre aktivizáciu u detí v nemocničnom prostredí.
- Dotazník zadať cieľovej skupine respondentov Fakultnej nemocnice Motol.
- Získané dáta z dotazníkového šetrenia utriediť, spracovať a štatisticky vyhodnotiť.
- Porovnať získané informácie s výsledkami skôr realizovaných štúdií.
- Zovšeobecniť závery vlastnej práce a stanoviť doporučenie pre prax.

## 2. TEORETICKÁ ČASŤ PRÁCE

### 2.1. Charakteristika detského veku

Hlavným prejavom zdravia dieťaťa je fyziologický rast a vývoj. Je preto nevyhnutné, aby sme každý pokrok dieťaťa vedeli správne posúdiť. Vývoj dieťaťa vieme rozdeliť na somatický, ktorý sa delí na kvalitatívny a kvantitatívny. Kvalitatívny rast sleduje zmeny v chovaní a dospievaní a kvalitatívny pozoruje zmeny vo výške, váhe a telesných rozmeroch. Psychomotorický vývoj sa zameriava na rozvoj kognitívnych, motorických, rečových a sociálnych schopností. Každá z týchto schopností sa rozvíja v závislosti na chronologickom veku (Stožický, 2016).

#### 2.1.1. Prenatálny vek

Je to obdobie, ktoré delíme do dvoch častí. Začína sa počatím a končí pôrodom. Prvá doba prenatálneho veku je embryonálna a trvá približne 8 týždňov. V embryonálnej dobe dochádza k vzniku základnej hrubej anatomickej štruktúry. Medzi 12. až 40. týždňom tehotenstva je fetálna perióda, kedy dochádza k zrýchlenému rastu, rovnako sa začínajú vytvárať funkcie orgánov. Plod môže byť schopný života mimo maternicu po 24. týždni (Stožický, 2016).

Za fyziologických podmienok prenatálny vek trvá 40 týždňov. Počas prvých 3 týždňov prebieha organogenéza, čo znamená že sa vytvárajú jednotlivé systémy a orgány, kedy je plod najcitlivejší na rôzne škodliviny, infekcie, lieky, poškodenia. Toto obdobie končí po 12. týždni, kedy by už mala byť rada životne dôležitých orgánov založená, a nežiaduce vplyvy už vývoj orgánov toľko neovplyvnia. Do konca tehotenstva plod dorastie približne do dĺžky 50 cm a hmotnosti 2500 – 4000 g. Pôrodom dochádza k ukončeniu prenatálneho obdobia a prerušením pupočníka začína samostatný, postnatálny život človeka (Klíma, 2016).

#### 2.1.2 Novorodenecký vek

*„Za živé narodené dieťa je podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) považovaný každý plod, ktorý po vybavení z tela matky javí známky života a váži 500 g a viac, alebo plod s hmotnosťou nižšou ako 500 g, ktoré prežije viac ako 24 h.“* (Stožický, 2016, s. 34).

Pôrod a prvé týždne po narodení sú jedným z kľúčových období života. Novorodenecké obdobie je od narodenia až po 28. dňa života. Jeho súčasťou je užšie novorodenecké obdobie od narodenia po 7. deň života a neskoré obdobie od 8. do 28. dňa života. Pôrodom sa zásadne menia podmienky pre život jedinca, ktorý bol dovtedy chránený a živený telom matky. Ide o dobu prispôsobovania sa novému prostrediu. Kľúčové momenty sa nadchádzajú počas prvých 10 minút adaptácie, kedy sa po pôrode stanovuje Apgar skóre v 1., 2., 10. minúte, potom po dvoch hodinách od pôrodu a nakoniec po 7 dňoch adaptácie. Dôležitá súčasť tohto obdobia je stály, bezprostredný kontakt dieťaťa s matkou, veľmi významný pre harmonický vývoj dieťaťa aj pre posilňovanie dostatočnej tvorby mlieka (Klíma, 2016).

Prejavy novorodenca sú závislé od jeho biorytmu, väčšinu dňa novorodenec prespí. Už prvý mesiac vie jedinec rozoznať zmeny chladu, tepla, reagovať na dotyky a zmeny polohy. Prevláda uňho obmedzenosť zrakového vnímania, kedy je schopné reagovať na podnety vzdialené 20 – 30 cm. Tendencia vnímať svoje okolie a reagovať naň plačom, alebo využívanie sacích pohybov, nie sú na rozdiel od reflexov viazané na špecifické podnety ako napr. upozornenie plačom, ak je hladné, niečo ho bolí. Plač je najčastejšia reakcia novorodenca, keď chce na seba upútať pozornosť, keď mu niečo nevyhovuje (Vágnerová, 2012).

### **2.1.3 Kojenecké obdobie**

Prebieha od narodenia do konca 1. roku života. Je to obdobie kedy dochádza k najintenzívnejšiemu rastu a psychomotorickému vývinu. Na telesný rast potrebuje až 1/3 energie, ktorú prijíma. Ostatná prijatá energia sa spotrebováva ako bazálny metabolizmus, ale aj na telesný a psychický vývin dieťaťa, ktorá sa okolo 1. roku stáva hlavným stimulom ako pre motorický vývin tak aj psychický. V tomto období dochádza až k zdvojnásobeniu telenej hmotnosti, na konci obdobia môže byť až trojnásobná. Jeho telesná dĺžka môže taktiež vzrásť až o polovicu oproti pôrodnej dĺžke (Klíma, 2016).

V treťom mesiaci sa postupne rozvíja hrubá motorika, kedy dieťa je schopné zdvihnúť končatiny alebo hlavičku nad podložku. Jemná motorika ešte nie je vyvinutá, nedokáže ešte uchopiť predmet. Otáča sa za zvukom, spoznáva a usmieva sa na svoju matku (Krejčířová, Řičan, 2006).



Dieťaťu sa zlepšuje zraková ostrosť do pol roka, kedy sa periférne videnie zlepšuje do 3. mesiaca, čo znamená, že je schopné rozlíšiť predmety od 12 do 50 cm, 6 mesačné dieťa si vie zafixovať predmety zo vzdialenosti 1 meter (Vágnerová, 2012).

V ôsmom až desiatom mesiaci má istý sed, začína liezť po štyroch. Ďalej sa vyvíja kliešťový úchop, začína manipulovať s drobnými predmetmi. Pri socializácii vzniká abstraktné myslenie, vznikajú prvé zmysluplné slová, rozvoj druhej signálnej sústavy, kedy si dieťa spája slovo s predmetom (Krejčířová, Řičan, 2006).

Rast a vývoj je teda podmienený dostatočným množstvom prijatej energie, zraním jednotlivých systémov (hlavne CNS) a dostatočným a priateľským správaním rodinných príslušníkov (Klíma, 2016).

#### **2.1.4 Batol'ací vek**

Batoliace obdobie sa delí na dve časti: 1. mladší batol'ací vek (do 2. rokov), 2. starší batol'ací vek (od 2 do 3 rokov) (Klíma, 2016).

Od dosiahnutia prvého roku života klesá intenzita rastu. Prírbytok na váhe u dieťaťa je v rozmedzí 2 – 3 kg za rok, telesná výška sa môže zmeniť v 2. roku o 11 cm, v 3. roku približne o 9 cm. V tomto období dochádza aj ku znižovaniu chuti do jedla, čoho výsledkom je aj ubúdanie subkutánneho tkaniva, ktorého maximum dieťa dosiahne v 8. až 9. mesiaci (Stožický, Sýkora, 2015).

V tomto období prevažuje vývoj psychický nad motorickým. Charakteristický je pohyb, rozširovanie priestoru záujmu, zvedavosť, mimoriadna a trvalá aktivita. Získané motorické schopnosti sa pozvoľna ďalej rozvíjajú, v psychickom vývoji sa začína uplatňovať abstraktné myslenie. Medzi hlavné prvky vývoja batol'at'a patrí začlenenie do kolektívu rodiny a vrstovníkov, základné hygienické návyky (Klíma, 2016).

Na začiatku batoliaceho obdobia začínajú chodiť, postupne sa učia chodiť po schodoch, najskôr vykračujú hore a len jednou nohou, neskôr vykračujú hore striedaním oboch nôh, naučia sa behať, kopať do lopty. Na konci batoliaceho obdobia sú deti pohybovo pomerne zručné a môžu sa zúčastniť jednoduchších pohybových a rekreačných aktivít (Blatný, 2016).

Okolo 18. mesiaca má dieťa istú chôdzu, dokáže siahnúť pre predmet a zdvihnúť ho alebo vystúpiť na schod. Dokáže samo jesť lyžičkou, pije z hrnčeka, udrží v dlani ceruzku. Vie napodobniť zvuky zvierat, rozumie zákazom, dokáže sa hlásiť na nočník, hrá sa s deťmi, ale hra nemá prvky spolupráce. Približne vo veku 2. rokov dokáže ísť samo do schodov alebo zo schodov s pomocou, vie si obliecť napr. ponožky (Krejčířová, Řičan, 2006).

V druhom roku života stále prevláda napodobovanie dospelých. Až do konca druhého roku sa väčšinou dieťa aj v prítomnosti iných detí hrá samo. Hra je zo začiatku jednoduchá, kedy sa hrá s medvedíkom, uspáva ho. Postupne nastupujú napodobovacie hry, kedy sa hrá na predavača, hra na matku a dieťa s bábikou (Stožický, Sýkora, 2015).

Období medzi 2 – 3 rokom si zvládne zapnúť gombík, ceruzku drží medzi prstami, pri chôdzi do schodov strieda nohy, pri behu dochádza k tzv. „letovej“ fáze, kedy sa obidve končatiny nachádzajú nad povrchom. Používa 100 – 200 slov, povie jednoduchú riekanku. Udrzuje čistotu, ku koncu obdobia aj v noci. Začína sa hrať spoločne aj s inými deťmi rôzne úlohy v rámci spoločenskej hry (Krejčířová, Řičan, 2006).

### **2.1.5 Predškolský vek**

Je to obdobie zhruba od 3. do 6. roku života. Táto fáza nie je určená len fyzickým vývinom, ale veľký posun má všeobecne vo vývine hlavne koniec tohto obdobia, kedy dieťa nastupuje do školy, teda sa dieťa sociálne posúva. V širokom slova zmysle vieme ako predškolský vek označiť obdobie života dieťaťa od narodenia až po nástup do školy (Kelnárová, Matějková, 2010).

V predškolskom veku je tempo rastu najnižšie za celý detský vek. Na telesnej váhe priberie dieťa približne 2 kg a do výšky vyrastie približne o 7 – 8 cm. Ďalej dieťa zvláda bez problémov chôdzu v rôznych terénoch, dokáže skákať do diaľky s rozbehom, ale aj z miesta, zvládne urobiť kotrmelce alebo skákať na jednej nohe (Stožický, Sýkora, 2015).

Na začiatku tohto obdobia je telesná stavba disproporčná, kedy sú krátke končatiny, hlavne nohy v pomere k veľkej hlave a dosť predĺženému trupu, postupne sa stavba tela zoštíhľuje, čo súvisí s postupným znižovaním podkožného tukového väziva a

predlžovaním končatín. Dieťa ešte nie je schopné namáhavejších alebo dlhotrvajúcich výkonov, pretože svalstvo dieťaťa je ešte chabé. Vďaka postupujúcej osifikácii zápästných kostí vzrastá schopnosť jemných pohybov prstov (Kelnárová, Matějková, 2010).

*„Dôležitým vývojovým bodom je dosiahnutie školskej zrelosti, respektíve pripravenosti, a to po stránke somatickej, psychickej a sociálnej. Táto školská zrelosť je individuálna a musí ju posudzovať kolektív odborníkov“ (Kukla, 2016, s. 845).*

V tomto období je charakteristický rozvoj druhej signálnej sústavy, chápaním abstraktných pojmov. Dieťa si uvedomuje vlastné „JA“, postupne sa vytvárajú medziľudské vzťahy, ktoré nevznikajú len v rodine, ale aj v kolektíve vrstovníkov. Vývoj sebakontroly predbieha rozvoj znalostí a schopností (Klíma, 2016).

Pozornosť je v predškolskom období nestála. Zatiaľ nie je schopné pozornosť úmyselne prenášať alebo ju rozdeľovať. V priebehu tohto veku sa však úmyselná pozornosť vytvára.

Podľa Vágnerovej (2000) má fantázia v tomto období harmonizujúci charakter. Považuje ju za dôležitú pri utváraní citovej a rozumovej rovnováhy. Dieťa pociťuje občas potrebu prispôbiť si realitu svojim potrebám a interpretovať ju bez ohľadu na objektívnu skutočnosť. V detskej fantázii sa môžeme stretnúť s viacerými situáciami, ako napr. animizmom, kedy verí v duchov a nadprirodzené bytosti, alebo antropomorfizmom, čo znamená prenášanie ľudských vlastností, rysov, myslenia a jednaní na iné objekty, napr. zvieratá. Pamäť sa vyvíja veľmi rýchlo a vyznačuje sa plasticnosťou, čo umožňuje dieťaťu získavať individuálne skúsenosti.

Primárne si dieťa nevytyčuje cieľ niečo si zapamätať aby to mohlo neskôr zreprodukovať.

Až ku koncu obdobia pozorujeme vývin úmyselnej pamäte. Zapamätať si niečo naspamäť zámerne sa objaví neskôr ako úmysel niečo si pripomenúť. Behom predškolského obdobia sa zdokonaľuje vývin reči. Výslovnosť trojročného dieťaťa je ešte nedokonalá a niektoré hlásky nahrádza inými alebo ich nevyslovuje presne. Okolo tretieho roku nastáva štádium logických pojmov, kedy sa označenia, ktoré boli úzko spojené s konkrétnymi javmi sa pomocou abstrakcie stávajú všeobecným označením, teda sú to slová s určitým obsahom. Sú to náročné myšlienkové operácie, pri ktorých dochádza často k vývojovým poruchám reči, ako napr. opakovanie slov, slabík, hlások. Na prelome 3. a 4. roku dochádza k

intelektualizácii reči, kedy už vyjadruje svoje myšlienky s obsahovou aj informačnou presnosťou (Kelnárová, Matějková, 2010).

Predškolský vek je obdobím iniciatívy, kedy výraznými prvkami sú aktivita a seba presadzovanie sa. Účelné aktivity sú veľmi dôležité pre správny rozvoj v tomto veku. Na rozvoji poznávacích procesov závisí proces rozvoja chápania noriem chovania. Dieťa sa potrebuje identifikovať s chovaním autority. Všeobecne považujú tieto deti ako správne chovanie práve také, za ktoré si zaslúžia odmenu, teda chápe normy emočne. V tomto období si už uvedomuje pravidlá, ktoré musí dodržiavať alebo obmedzenia, a v dôsledku ich porušenia cíti pocit viny. Dieťa je schopné zhodnotiť vlastné chovanie. Jeho sebahodnotenie je sprostredkované názorom druhých. Súčasťou jeho identity je osobné teritórium, ľudia a veci, ktoré k nemu patria (Ficová, 2020).

Nazývame to aj obdobím hier a fantázie, kedy sa zdokonaľuje reč, jemná aj hrubá motorika. Viazanosť na rodinu sa postupne znižuje a začína sa rozvíjať osobnosť jedinca. V tomto období sa začína dieťa začleňovať do kolektívu, čo je dôležitá súčasť socializácie. Častá je otázka „Prečo?“. Zároveň tu spadá aj obdobie vzdoru, ktoré je najsilnejšie v 4. roku života. Dieťa sa hrá s ostatnými členmi kolektívu, nie len samostatne (Stožický, Sýkora, 2015).

Dieťa je vo fáze vývoja, kedy je preň charakteristické názorné myslenie, ktoré ešte stále úplne nezachycuje prvky reality a nerešpektuje zákony logiky. Stále v ňom prevláda subjektívny prístup. Objavujú sa aj fantazijné modifikácie reality. Harmonizujúci význam majú fantazijné prvky v myslení. Jeho mysleniu chýba komplexný prístup a stále je to útržkovité myslenie. Predškolské dieťa má svoj pohľad na svet, ktorý vieme zachytiť v jeho kresbách, komunikácií a hrách (Ficová, 2020).

Socializácia predškolského dieťaťa prebieha predovšetkým v rodine. Najskôr si dieťa osvojuje základné normy chovania, podľa ktorých neskôr vystupuje a s ktorými sa stotožňuje. Hra tvorí významnú úlohu v socializačnom procese. Ako uvádza Vágnerová (2000), hra sa považuje za činnosť, ktorú vykonávajú s radosťou a prináša deťom uspokojenie sama o sebe, či už ide o činnosť príjemnú alebo nepríjemnú (Kelnárová, Matějková, 2010).

### 2.1.6 Školský vek

Pre deti je nástup do školy faktor, ktorý pre nich predstavuje značnú záťaž. Postupne sa na nich zvyšuje nátlak v podobe stúpajúcich nárokov na vzdelávanie a pracovné činnosti. Školský vek a teda obdobie základnej školy vieme rozdeliť na 3 podskupiny:

- Ranný (mladší školský vek) – od nástupu do školy 6 – 7 rokov do 8 – 9 rokov.
- Stredný školský vek – od 8 – 9 rokov do 11 – 12, je to obdobie začiatku dospievania, počas tohto obdobia dieťa postupuje na druhý stupeň základnej školy.
- Starší školský vek – pokračuje v strednom školskom veku, a trvá približne do 15 rokov, teda do ukončenia základnej školy (Kelnárová, Matějková, 2010).

Mladší školský vek je charakterizovaný nástupom dieťaťa do školy, kedy dochádza k radikálnej životnej zmene. Okolo jedenásteho roku sa začínajú objavovať prvé známky pohlavného dozrievania. Je to obdobie, ktoré je z hľadiska vývinu človeka relatívne emocionálne aj osobnostne stabilné (Pugnerová, 2019).

Vývoj pohybových a ostatných schopností je závislý na telesnom raste. Behom tohto obdobia je väčšinou rovnomerne plynulý, na rozdiel obdobia pred ním a po ňom, kedy je rast mierne urýchlený. Významne a súvisle sa behom celého obdobia zlepšuje jemná aj hrubá motorika. Pohyby sú rýchlejšie a svalová sila je väčšia. Nápadná je zlepšená koordinácia všetkých pohybov celého tela. S tým súvisí vyšší záujem o pohybové hry a športové výkony, ktoré si vyžadujú obratnosť, vytrvalosť a silu. Závisí na tom však aj zlepšený výkon pri učení, písaní, kreslení (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V období ranného školského veku začínajú deti myslieť inak ako predtým. Rozvíjajú sa určité vývojovo podmienené zmeny, ktoré im umožňujú zvládnutie učiva v škole, zároveň ich rozumové schopnosti pomáha ďalej rozvíjať škola. Podľa Piageta (2010) spočíva podstata nového vývoja myslenia v tom, že dieťa je schopné uviesť obe dimenzie do vzájomného vzťahu, v mysli ich podržať súčasne, kedy môže chápať identitu, zvratnosť a spojenie rôznych myšlienkových procesov do jednej sekvencie. Pamäť žiaka sa neustále zlepšuje. Žiaci mladšieho veku si dokážu trvale zapamätať to, načo upriamia svoju pozornosť. Plastickosť nervovej sústavy napriek tomu podmieňuje schopnosť mechanického zapamätávania, ktoré v tomto vekovom období stále prevláda nad logickým.

Postupný rozvoj myslenia vedie k rozvoju logickej pamäte, ktorá je zvlášť intenzívna v záverečnej fáze tohto veku (Kelnárová, Matějková, 2010).

Starší školský vek je obdobím rastu a akcelerácie, kedy sa aktivizuje činnosť pohlavných žliaz, dochádza k veľkým psychickým a sociálnym zmenám. Nastáva zmena z detského habitu na habitus dospelého človeka (Kukla, 2016).

Je to obdobie, ktoré vieme definovať ako jedno z najnáročnejších a najzložitejších. Môže byť nazývané rôzne, ako napr. pubescencia, skorá a stredná adolescencia alebo druhé detstvo. V českom jazyku sa najčastejšie používa termín dospievanie. Jeho typickými rysmi sú prejavy vzdoru a konflikty minimálne medzi dvoma generáciami. Kognitívny vývoj je spojený so zmenou uvažovania. Ako uvádza J. Piaget (2010) nastupuje obdobie formálnych logických operácií.

Puberta je vek, kedy sa zákonite uvoľňujú väzby k rodine a posilňujú sa vzťahy medzi rovesníkmi. Takéto odpútavanie od rodiny je jedným zo základných znakov dospievania. Toto obdobie môže byť sťažené u postihnutých detí, alebo u detí ťažko chorých (Krejčířová, Říčan, 2006).

Dieťa sa nachádza vo fáze realizmu, kedy deti mávajú väčšinou snahu vyhovieť dospelým aj pri iných činnostiach, ako len uspieť v liečbe. Pri liečbe môže byť pre nich motiváciou predstava možnosti zlepšiť svoju výkonnosť a zdatnosť. V tomto veku je dôležitá aj skupina vrstovníkov, akými sa obklopujú. Možnosť dostatočného kontaktu s inými deťmi je nevyhnutná pre rozvoj sociálnych schopností, kedy sa nachádzajú v období osvojovania rôznych sociálnych rolí a aj vlastnej sexuálnej identity (Krejčířová, Říčan, 2006).

### **2.1.7 Adolescencia**

Je to obdobie zmien somatických, psychických, sociálnych. V tomto období sa vytvára prechod medzi detstvom a dospelosťou. U dievčat toto obdobie začína prvou menštruáciou (12 – 14 rokov) a u chlapcov s prvým výronom semena (1 – 2 roky neskôr). Dochádza k výrazným telesným aj psychickým zmenám, dokončuje sa vývoj druhotných pohlavných znakov. Spomaľuje sa rastová akcelerácia, ktorá u dievčat končí medzi 16 – 18 rokom a u chlapcov okolo 20 roku (Klíma, 2016).

Adolescenciu vieme rozdeliť aj podľa vývinu sexuálnych znakov na skoré, stredné a neskoré. Tieto štádiá sú definované podľa primárnych a sekundárnych pohlavných znakov. Prvým znakom je typické pubické ochlpenie u dievčat aj chlapcov a vývoj prs u dievčat a vývin genitálií u chlapcov (Stožický, Sýkora, 2016).

Charakteristické zmeny, ku ktorým dochádza pri dospievaní sú:

1. Dokončenie pohlavného dozrievania, vrátane druhotných pohlavných znakov.
2. Dokončenie telesného vzrastu .
3. Vyrovnávanie sa s novou úlohou vlastného tela a osobnosti a začlenenie sa v tomto kontexte do spoločnosti.
4. Nutnosť zvoliť si budúce povolanie.
5. Potreba samostatnosti a nastavenia si vlastného systému hodnôt.
6. Snaha pripraviť sa na samostatnosť v ekonomickej a sociálnej sfére, nájsť si schopného životného partnera a založiť fungujúcu rodinu (Klíma, 2016).

V tomto období sa dokončuje identita jedinca a vzťahy v rodine sa naďalej oslabujú. Do popredia sa dostávajú sexuálne otázky – pre dospievajúcich môžu byť stredom záujmu, aj keď sú často hanblivé sa pýtať otázky ohľadom tejto témy a takmer nikdy o tom nerozprávajú v prítomnosti svojich rodičov. Hľadajú svoje miesto v spoločnosti, postavenie a orientácia k vzťahom svojich najbližších. Nutnosť zvoliť si správne svoje povolanie, potreba osamostatniť sa od rodiny, nájsť si partnera, to sú všetko deje s ktorými sa musia vysporiadať (Krejčířová, Říčan, 2006).

## **2.2 Detský pacient**

Keď je dieťa prijaté do zdravotníckeho zariadenia na hospitalizáciu, prichádza do nového prostredia, ktoré nepozná. Ak nie je možná prítomnosť rodiča s dieťaťom na oddelení, dostáva sa do situácie, kedy je odlúčené od svojej rodiny a kamarátov. Tým pádom sa naruša jeho citový vzťah, v ktorom nachádza oporu a citové uspokojenie. Pacient má menej priestoru na hranie, priestoru na pohybové aktivity a je do určitej miery sociálne izolované (Ondřiová, Magurová, 2016).

Pre deti je príjem do nemocnice komplexne náročná životná situácia. Preto je potrebné aby zdravotnícki pracovníci poznali potreby dieťaťa a zvládali ich adekvátne naplňovať. Dôležitým aspektom kvalitnej starostlivosti v nemocnici je úzka spolupráca s rodičmi. V ideálnom prípade má jeden rodič sprevádzať dieťa počas celej hospitalizácie v nemocnici a podieľať sa pri ošetrovaní (Sikorová, 2011).

### **2.2.1 Rola sestry na detskom oddelení**

Ošetrovateľskú starostlivosť na detskom oddelení vykonávajú predovšetkým detské sestry, resp. všeobecné sestry, so špecializovanou spôsobilosťou vykonávať prácu detskej sestry. Detská sestra sa podieľa na všetkých aspektoch ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa, ale aj o jeho rodinu. Cieľom starostlivosti je hlavne podpora rastu a zdravého vývoja dieťaťa. Hlavným záujmom sestry pri vykonávaní činností by malo byť blaho dieťaťa a rodiny (Sikorová, 2011).

Choroba sa u každého dieťaťa prejavuje inak. Počas hospitalizácie môže prežívať bolesť, nepríjemné pocity a musí komunikovať s cudzími ľuďmi. Sestra je práve tá osoba z celého zdravotníckeho tímu, ktorá trávi s dieťaťom najviac času, preto je dôležité nadobudnúť dôveru medzi dieťaťom a detskou sestrou, čo môže priaznivo ovplyvniť proces adaptácie pacienta na oddelení (Plevová, Slowik, 2010).

### **2.2.2 Potreby dieťaťa**

Všetky deti, zdravé či choré, majú väčšinu potrieb spoločných, či sa jedná o potreby telesné alebo psychické. Podľa rady psychológov hrajú kľúčovú úlohu vo vývoji dieťaťa niekoľko prvých rokov života, pretože v žiadnej inej etape života sa človek nevyvíja tak rýchlo a nie je taký závislý na okolí. Prvoradou úlohou rodičov a ďalších starajúcich sa osôb je naplňovať tieto potreby. Podľa K. E. Allena a L. R. Marotze (2002) vieme tieto základné potreby rozdeliť na telesné, psychické, potreby učenia, úcty a sebavedomia (Sikorová, 2011).

V prípade, že niektorá z potrieb nie je naplňovaná v dostatočnej miere, na jedincovi sa začnú prejavovať príznaky nedostatku, pocity núdze alebo obmedzovania. Ak jedinec pociťuje nedostatok potreby, alebo mu chýbajú aktivity, ktorými by naplňoval svoje potreby, môže sa u jedinca vyskytnúť stav frustrácie. Keďže dieťa, nevie vyjadriť svoje emócie, častokrát tento stav dokážeme dopozorovať na základe zmeny v jeho emočnom správaní



alebo pri zmenách v komunikácii. K zmenám dochádza aj v oblasti sociálnych vzťahov alebo poznávacích procesov (Šamánková, 2011).

K telesným potrebám patrí: teplo, ošatenie, starostlivosť o zuby, čistota, spánok. Medzi psychické potreby patrí, napr. láska, dôslednosť, bezpečie a dôvera, recipročná výmena, správne očakávanie dospelých. Potreba učiť sa zahŕňa získavať komunikačné schopnosti, prístup k adekvátnym hracím materiálom, hry podľa chuti dieťaťa, potreba vzoru chovania, umožniť robiť chyby bez trestu. Potreba úcty a sebavedomia: ústretové prostredie, ocenenie drobných úspechov, podpora kladného sebahodnotenia. K biologickým potrebám patrí hlavne potreba potravy, základy hygieny, stimuly podporujúce detský organizmus, potreba zdravého vývoja (Sikorová, 2011).

Pri neuspokojovaní a nerešpektovaní potrieb dieťaťa, dochádza ku stavu, ktorý sa nazýva deprivácia. Termín deprivácia je užívaný obvykle v spojení s psychikou (psychická deprivácia). Je to pojem, ktorý definuje stav, kedy dieťaťu nie sú uspokojované základné životné potreby v dostatočnej miere, a postačujúco dlhý čas, môže dôjsť k poškodeniu jeho psychického zdravia (Šamánková, 2011).

### **2.2.3 Potreby hospitalizovaného dieťaťa**

Špecifiká chápania ľudských potrieb v nemocnici:

- Hodnotiť problémy a priority v ošetrovaní a liečení chorého.
- Vedieť posúdiť pravidelne meniace sa potreby.
- Posilniť edukáciu.
- Pomôcť chorému pochopiť podstatu ochorenia.
- Ukázať chorému svoju snahu o pochopenie.
- Pomôcť pri orientácii v liečbe aj ochoreniu pacientovi, ale aj rodine.
- Pomôcť chorému vo vyhľadávaní nových cieľov.
- Pomôcť pri hľadaní spôsobu prijatia faktu ochorenia (Šamánková, 2011) .

Potreba mať pri sebe blízkeho človeka je pre maloletého pacienta základ na zníženie strachu z neznámeho prostredia. Pre dieťa je najčastejšie matka základným zdrojom pocitu istoty a bezpečia. Bolesť a strach z ochorenia pre dieťa nemusí byť väčší stresujúci faktor, ako keď je odlúčené od matky. Deťom sa má hovoriť pravda. Keďže každé dieťa je iné, aj pri predávaní informácii by sme ku každému jedincovi mali pristupovať individuálne, pretože každé dieťa reaguje inak, má inú výchovu, zázemie. Na deti by sme mali hovoriť pomaly, zrozumiteľne, pomáha výrazná mimika a gestikulácia. U menších detí môžeme doplniť hovorené slovo kresbou alebo hrou, alebo obrázkami (Sikorová, 2011).

## **2.3 Komunikačný proces**

Pre medicínu má komunikácia zásadný význam. Pri vykonávaní ošetrovateľskej praxe sa priamo stretávame s chorým človekom, nie chorobou. Dôležitým faktorom nie je len hovoriť, ale aj aktívne počúvať a získavať dôležité informácie, od ktorých závisí zdravie a život pacienta (Janáčková, Weiss, 2008).

Sociálna komunikácia tvorí v ošetrovateľskej starostlivosti teoretickú základňu v komunikácii. Komunikácia prebieha medzi sestrou a pacientom neustále, patrí sem aj neverbálna komunikácia, ktorá má rovnakú váhu ako verbálna komunikácia. Sestra je s pacientom v neustálej interakcii, preto všetky slová ktoré povie, musí dôsledne zvážiť, keďže nevhodne zvolené slová môžu výrazne narušiť vzťah medzi personálom a pacientom (Zacharová, 2016).

Medzi základné predpoklady úspešnej komunikácie patrí empatia. Je to schopnosť vcítania sa do duševného zdravia inej osoby. Vďaka empatii vieme lepšie vnímať pacientove pocity, dávame mu najavo naše pochopenie a je to pre nás možnosť pacienta lepšie spoznať (Beran, 2000).

Nato aby komunikačný proces vznikol musia byť splnené 3 základné podmienky. Tou najdôležitejšou je chcieť komunikovať, pretože pacienta nemôžeme nútiť do rozhovoru. Druhou podmienkou je aby pacienti vedeli komunikovať a posledným krokom, aby s nami mohli komunikovať (Zacharová, 2016).

### **2.3.1 Komunikácia s chorým dieťaťom**

Aby sme vedeli komunikovať s dieťaťom je potrebné mu porozumieť, poznať jeho psychický vývin a rozdiely v komunikácii pre jednotlivé vývinové obdobia. Vo všeobecnosti platí, že čím je dieťa mladšie, tým viac uprednostňuje neverbálnu

komunikáciu. Pri verbálnej komunikácii je potrebné zvážiť, čo všetko môžeme dieťaťu povedať a je potrebné postupovať veľmi citlivo (Matejček, Klégrová, 2011).

Na dosiahnutie úspešnej spolupráce s dieťaťom je dôležitá správna komunikácia. Zdravotnícky pracovník, ktorý spolupracuje s dieťaťom, nie je pre neho len jeho ošetrovateľ, ale osoba, na ktorú sa môže spoľahnúť, a ktorá mu nahrádza rodinu alebo kamarátov (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pre komunikáciu s chorým dieťaťom platí dvojnásobne, že je potrebné naslúchať nie len sluchom, ale aj zrakom (signály neverbálnej komunikácie) a zvlášť srdcom (prejavovať empatiu) (Matejček, 2001).

Veľkú úlohu pri komunikácii s detským pacientom zohráva práve neverbálna komunikácia:

1. V oblasti mimiky je dôležitý očný kontakt a úsmev.
2. Pri postoji je dobré hlavne na začiatku zvoliť rovnakú výšku na úrovni dieťaťa (podrepnúť, vzájomne sa posadiť).
3. Je dobre všímať si gestá dieťaťa a komunikovať s ním aj na tejto úrovni. Niekedy je vhodné zrkadlenie, inokedy priama komunikácia pomocou gest ako vzájomných signálov.
4. Dôležitý je dotyk, ktorým môžeme dieťa ukládať, ale aj rozrušiť. Pohladenie, podržanie za ruku, vodenie za ruku a pod. sa môžu stať rovnako súčasťou starostlivosti.
5. Zdrojom komunikácie je aj vonkajší vzhľad, kedy aj uniforma môže u dieťaťa vyvolať príjemný dojem, ak je vhodne upravená.
6. Významnú úlohu hrá aj úprava prostredia, ktoré je vždy zdrojom podnetov. Úplne nevhodné sú anatomické nákresy na stenách a biela sterilita. Snažíme sa o čo najdomáckejšiu a najzábavnejšiu úpravu svojho pracoviska a využívame toho pri nadväzovaní kontaktov s detským pacientom (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pri ošetrovaní dieťaťa je dôležité zapájať do komunikácie aj dieťa, aby malo pocit, že je tiež aktérom situácie. Dôležité je nadväzovanie kontaktu s dieťaťom, aj keď na nás nereaguje tak, ako by sme chceli. Snažíme sa o komunikáciu, pýtame sa ho rôzne otázky,

požiadať ho o dovoľenie vykonať nejaký výkon. Dôležitá je trpezlivosť a stále zachovať pokoj a netlačiť na dieťa, aby s nami komunikovalo (Matejček, 2001).

Najčastejšími chybami pri komunikácii a získavaní dôvery medzi dieťaťom a zdravotníckym personálom sú:

1. Ak berieme dieťa ako malého dospelého.
2. Nadmerný autoritatívny prístup – na krátke obdobie to môže mať žiaduci efekt, ale v celkovom ponímaní to spôsobuje u dieťaťa stres, napätie, a môže mať negatívny vplyv na spoluprácu.
3. Vyslovovanie klamstiev, zľahčovanie situácie.
4. Devalvácia emocionálnych prejavov ( plaču, hnevu, strachu).
5. Ignorancia detských otázok, alebo nejasné odpovede na otázky, napr. „Tomu by si neporozumel.“
6. Prejavy ľútosti (Venglářová, Mahrová, 2006).

## 2.4 Aktivizácia detského pacienta

Detský pacient aj v nemocnici potrebuje svoj priestor na hru a rôzne aktivity, ktoré môže podniknúť. Zároveň sa vytvára aj potreba porozumieť okolitému svetu, ale aj vlastnému telesnému fungovaniu. Myslenie je veľmi rozmanité, typicky magické a pri veľkej fantázii ľahko vzniká pocit viny. Tam, kde lekárske zákroky nie sú pre dieťa pochopiteľné, môže si to dieťa vysvetliť, že je to trest pre jeho zlé chovanie. Vysvetľovanie a dostatočné informovanie dieťaťa je tak nevyhnutné. V mnohých nemocniciach preto dnes pracujú herní terapeuti, ktorí sa vo svojej práci s deťmi aj na túto problematiku cielene zameriavajú (Krejčířová, Říčan, 2006).

Obrovské, zvláštne a anonymné miesta vzbudzujú pri deťoch v nemocnici často pocity osamelosti, smútku, znepokojenia, unudenia a vystrašenosti. Poskytovanie voľnočasových a zábavných aktivít prináša pozitívny zážitok z nemocnice pre deti, najmä pre tie, ktoré vyžadovali pravidelný a predĺžený pobyt v nemocnici. Objavili sa štyri organizačné témy: rozmanitosť aktivít, spoločné priestory, technologická zábava a zdroje. Vykonávanie kombinácie aktivít, keď boli v nemocnici, poskytlo malým deťom pocit kontroly a zmiernilo ich nudu. Dostupnosť rôznych aktivít pomáha uspokojiť rôzne rekreačné záujmy detí počas celého života a ponúka im alternatívne možnosti prispôsobenia sa rôznym schopnostiam, postihnutiam a záujmom. Malé deti požadujú rozmanitosť ľahko dostupných, nezávisle prístupných, vekových, pohlavných a vývojovo vhodných rekreačných a zábavných zariadení bez problémov integrovaných do celého nemocničného prostredia. Takéto aktivity boli neoceniteľné pre vytváranie pozitívnych zážitkov z nemocníc pre deti bojujúce s nudou, obohatením možnosti voľby a kontroly a pocit zníženia izolácie prostredníctvom rozšírenej socializácie. Keď sú v nemocnici malé deti, chcú sa cítiť sociálne prepojené s internou nemocničnou komunitou aj s vonkajším svetom. Technológie môže pomôcť rozšíriť spektrum sociálneho prepojenia detí v nemocniciach – doma, v škole a vo vonkajšom svete (Lambert, Coad, Hicks, Glacken, 2016).

Pre deti je hospitalizácia stresujúcou udalosťou, ktorá je pre nich jedinečná. Pri vývoji intervencií, ktoré znižujú obavy detí a posilňujú ich stratégie zvládania, je potrebné použiť individualizovanejší prístup. Hra je veľmi dôležitým nástrojom, ktorý pomáha deťom pochopiť svet, ktorý ich obklopuje a uľahčuje tak vznik konfliktov a frustrácií. Doba hospitalizácie, ak je to možné, by nemala prerušiť herné rutiny v živote dieťaťa, pretože herné činnosti môžu dieťaťu pomôcť identifikovať podobnosť s jeho životom

mimo nemocnice, čo mu uľahčí adaptáciu na pobyt v nemocnici (Potazs, De Varela et al., 2012).

#### **2.4.1 Pohybové aktivity**

*„Všetky deti pre svoj zdravý vývoj potrebujú predovšetkým počas prvých rokov rozvíjať tieto tri zložky: pohyb, emócie a zmysly,“* (Poláková, 2019, s. 15).

Pohyb je jedným zo základných prejavov živej hmoty. Pohybové učenie je vnímané ako špecifická forma učenia, ktorú je jedinec schopný zvládnuť a opakovane vykonávať. Krištofič ďalej uvádza: „Pohybové učenie, respektíve proces vytvárania pohybových návykov na základe kognitívnych (poznávacích) a riadiacich procesov, je fyzická aj duševná činnosť, ktorej výsledkom je dosiahnutá úroveň pohybovej inteligencie. To sa prejavuje vo všeobecnej rovine kvalitou a šírkou spektra osvojených pohybových funkcií,“ (Krištofič, 2006, s.15).

Na rozvoj fyziologických funkcií a formovaní tela má pohyb podstatný vplyv. Nedostatok pohybu nie je pre telo zdravé a môžeme to zaradiť medzi patologické vplyvy na ľudské zdravie. Deti získavajú v predškolskom veku svoje prvé pohybové skúsenosti. Je to veľmi dôležitá fáza, počas ktorej sa rozvíja hrubá motorika. Ďalej je pre nich charakteristický veľký kĺbový rozhl'ad (Krištofič, 2006).

Jednou zo základných životných aktivít nutných pre priaznivý vývoj detského organizmu je dostatok pohybovej aktivity. V batoliacom a predškolskom období takmer všetok jeho čas naplňuje množstvo spontánneho pohybu, ktoré trvajú niekoľko sekúnd až minút v rôznej intenzite, postupne s pribúdajúcim vekom klesá, ale spontánny pohyb býva časom doplnený pohybom riadeným. Na jednej strane je táto zmena prejavom dozrievania, pokiaľ však dochádza k väčšiemu úbytku spontánnej aktivity, je potrebné brániť takémuto vývoju, pretože rozsah energetického výdaja pohybom by nemal klesať. Dôvodom úbytku pohybu môžu byť externé faktory, kde patrí nedostatok motivácie, a taktiež aj málo možností aktívneho pohybu. Z tých vnútorných príčin, ktoré ovplyvňujú pohybové činnosti detí môžu byť patologické stavy a poruchy vývoja somatického alebo psychického charakteru. V prvých rokoch života sa pohybová aktivita naplňa prostredníctvom hier, nie je potrebné mu do toho príliš zasahovať, stačí ho len usmerňovať a stimulovať nové pohybové možnosti. Vo vyššom veku asi od 10. roku sa už zameriavajú určitým smerom, dostávajú určitý obsah podľa motivácie, prevažujú hry vo voľnom teréne, beh za určitým

cieľom, lezenie, jazda na bicykli, v zime hry v snehu, väčšinou to všetko prebieha neorganizovane (Máček, Radvanský, 2011).

#### **2.4.2 Hra**

Zmyslom každej hry je rozvíjať vnímanie, chápanie sveta a hlavne vyvíjať osobnosť dieťaťa. Herné činnosti sú dynamické a aktívne. Dieťa pri hre precvičuje a rozvíja okrem iného aj duševne a telesné schopnosti.. Základom dobrej hry je predovšetkým zábava. Aj mala radosť a zadosťučinenie z hry má svoje opodstatnenie. Hlavný zmysel v hrách je, že každá činnosť dokáže rozvíjať inú stránku ľudskej osobnosti, precvičuje určité vlastnosti (Haviřová, 2005).

Herné aktivity umožňujú deťom vyjadriť svoje pocity a získať kontrolu nad stresujúcimi skúsenosťami tým, že si môžu vytvárať, resp. prerobiť udalosti vo svojom živote a dáva im možnosť vykonávať ich podľa seba, čo je dôležitý faktor, ktorý pomáha deťom v stresových situáciách (Nabors, 2013).

Hra môže odhaliť, ako sa deti vyrovnávajú so stresom. Môže tiež ovplyvniť rovnováhu medzi deťmi a ich prostredím a môže predstavovať proces, pomocou ktorého môžu deti kontrolovať nepredvídané udalosti a ovplyvňovať výsledky. Je to neštruktúrovaná hra, ktorá predovšetkým umožňuje deťom ovládať udalosti, nápady a vzťahy. Okrem toho je neštruktúrovaná hra jednou z mnohých aktivít, ktoré sa dajú prispôbiť širokému vekovému rozsahu, fungujúc ako užitočná stratégia na podporu zdravia a pohody (Potasz, De Varela et al., 2012).

Pre deti nie sú vo všeobecnosti hry zložité, konajú na základe inštinktívnych pocitov. Hry sa vyznačujú dobrovoľnosťou a spontánnymi činnosťami, ktoré sú veľmi dôležité pre psychické zdravie, preto je lepšie zaradiť do denného programu detí väčší priestor pre hru, keď sú hospitalizované a dovoľuje im to ich zdravotný stav. Z negatívnych emócií, ktoré deti prežívajú pri hospitalizácii najviac prevažuje úzkosť, ktorá môže byť zdrojom zhoršenia fyziologického, ale aj psychického zdravia. Existuje predpoklad, že počet hospitalizácií môže výrazne ovplyvniť úroveň úzkosti a emočné reakcie detí. Florence Nightingaleova, zakladateľka moderného ošetrovateľstva zdôraznila významnú podstatu hry pre hospitalizované deti (LI, William, 2016).

Podľa toho, v akej situácii sa s dieťaťom hráme a čo tým chceme docieľiť môžeme hry rozdeliť:

- Normatívna hra je činnosť, ktorá vzniká spontánne, dieťa má z nej radosť a aktívne sa jej venuje, ako napr. čítanie kníh, hranie spoločenských hier.

- Lekárska hra umožňuje bližšie pochopiť a skúmať lekársku tému. Pri tejto hre zdravotník ukazuje dieťaťu rôzne predmety ako papier, pastelky, alebo aj jednoduché lekárske predmety ako napr. obväz.

- Terapeutické herné činnosti napomáhajú deťom a sú implementované tak, aby pomohli deťom myslieť a vyjadrovať sa cez ťažké udalosti, napr. môže nakresliť alebo napísať, čo ho trápi (Burns-Nader Sherwood, Hernandez-Reif, 2014).

Iné rozdelenie nám ponúkajú Trkadlec a Tůma, venujúci sa aktívnym športovým činnostiam mládeže, ktorý uvádzajú, že podľa toho v akom vzťahu sú tvorené podmienky (rozdelenie hráčov, postupnosť plnenia úloh, ohraničenie času a pod.) a vlastný obsah činností, rozlišujeme:

- Prípravné cvičenia hovoria o opakovanom vykonávaní úlohy, za účelom zdokonaľovania jeho prevedenia.

- Herné cvičenia umožňujú opakované vykonávanie daného riešenia hernej situácie. Dá sa vykonávať súťažnou formou.

- Prípravné hry majú súvislý herný dej, ktorého konečným cieľom nie je prevedenie nejakého pohybového výkonu, ale schopnosť detí stanoviť si pohybové úlohy na základe neustále sa meniacej situácie a reagovať na ňu (Trkadlec, Tůma, 2010).

„Nezastupiteľné miesto v tíme pediatrických pracovísk má herný špecialista „hospital play- specialist“. Jedná sa o vyštudovaného odborníka, ktorého úlohou je pomôcť dieťaťu porozumieť novej situácii, eliminovať strach, úzkosť, napätie a zároveň posilňovať jeho dôveru a spoluprácu so zdravotníkmi. Herného špecialistu je potrebné odlišovať od zdravotného klauna, špeciálneho pedagóga, pedagóga pre materské a základné školy, dobrovoľníka. Terminologicky je u nás herný špecialista často označovaný nesprávnym názvom herný terapeut či herný pracovník“ (Hlaváčková, Urbanová, Škvrňáková, 2005).

Dostupnosť rozmanitých aktivít a priestorov na interaktívne trávenie voľného času, zábavu, hry a učenie boli neoceniteľné pre zlepšenie pobytu v nemocnici malých detí. Takéto aktivity boli neoceniteľné pre vytváranie pozitívnych zážitkov v nemocnici pre



deti, bojom proti nude, obohatením možnosti voľby a kontroly a znížením pocitu izolácie prostredníctvom rozšírenej socializácie. Detskí účastníci považovali centralizované priestory voľného času za dôležité, aby sa mohli zhromažďovať a socializovať (Lambert, Coad, Hicks, Glacken, 2014).

Na oddelení sú okrem maloletých pacientov, ktorých primárne vieme zamestnať hraním rôznych hier, hračkami, čítaním rozprávok alebo kreslením, nachádzajú sa tam aj staršie deti, ktoré majú požiadavky na rozmanitosť ľahko a nezávisle prístupných, vekových, vývojovo a pohlavne vhodných rekreačných a zábavných zariadení, ktoré sa dajú bez problémov do nemocničného prostredia integrovať. Tieto aktivity môžu deti vnímať ako významné pre vytváranie pozitívnych zážitkov v nemocnici pre deti bojom proti nude, obohatením možnosti voľby a kontroly, a zlepšenie socializácie pomocou menšieho pocitu izolácie. Aj napriek tomu, že sú deti hospitalizované, chcú sa cítiť sociálne prepojené s internou komunitou nemocníc, ako aj s vonkajším svetom. Pomocou technológií sa dokáže rozšíriť spektrum sociálneho prepojenia detí v nemocniciach, doma, škole a vonkajšom svete (Lambert, Coad, Hicks, Glacken, 2014).

### **2.4.3 Canisterapia**

Canisterapia je odvodená z latinských slov canis (pes) a terapia (liečba). Je to špeciálny typ liečby, pri ktorej sa využíva etiológia a fyziológia psa. Jeho podstatou je teda využívanie chovania, tvaru, veľkosti, vlastností a pohybov psov. Táto stále sa rozvíjajúca metóda je najviac používaná v oblasti fyzioterapie, kde sa využíva napr. pri polohovaní alebo iných rehabilitačných postupov (Ungerová, 2008).

Použitie zvieratá v terapii môže byť prospešné, pretože z pozorovania vyplýva, že zvieratá majú prirodzenú tendenciu vytvárať si väzby s ľuďmi. Dobré trénované zviera na terapiu hľadá náklonnosť a interakciu s klientom. Zvieratá poskytujú príjemnú a bezpečnú atmosféru, ktorá môže byť nezávislá od terapie a pomáha klientom prijať rôzne intervencie, ktoré vykonáva ošetrovateľský tím. Interakcie so psom môžu slúžiť na uskutočnenie konkrétneho fyzického terapeutického cieľa a umožňujú zvieratám využívať ich jedinečnú schopnosť, kedy sa venujú klientovi a to spôsobuje zvýšenie záujmu o fungovanie duševného zdravia. V súčasnosti sa zvieratá zoznamujú s ľuďmi, ktorí bojujú s nejakým ochorením v opatrovateľskom dome alebo v nemocnici. Asistovaná terapia so psom je využívaná ako doplnok fyzikálnej terapie tým, že pacient chodí so psom, hádže mu loptu. V tejto súvislosti sú aktivity zamerané na zlepšenie svalovej sily a zlepšenie

kontroly jemnej motoriky. Na zlepšenie duševného zdravia je dieťa povzbudzované k tomu, aby jemne hladilo a hovorilo so zvierat'om, čo môže znižovať úzkosť, zvyšovať pocit spojenia so živou bytosťou, redukovať osamelosť a rozvíjať rôzne zručnosti (Nimer, Lundahl, 2015).

Canisterapia ma význam aj v rámci socioterapie, konkrétne pri výchove detí a mládeže na školách a ďalších zariadeniach, ktoré slúžia na výchovu alebo vzdelávanie. Je to terapia, ktorá využíva pozitívne pôsobenie psa na zdravie človeka. Spadá do sociálnej terapie, kde je jej úlohou rozvíjať alebo získavať potrebné schopnosti, ktoré pacient behom ochorenia alebo v dôsledku handicapu stratil. Rovnako sa využíva ako podporná psychoterapeutická metóda pri riešení rôznych situácií, kedy iné metódy pri nadväzovaní kontaktu s pacientom zlyhávajú (Ungerová, 2008).

Poskytuje prístup pre motivačný, výchovný, oddychový alebo terapeutický prospech zameraný na zvýšenie kvality života pacientov. Odohráva sa v rôznych terapeutických prostrediach a je vedená špeciálne školeným pracovníkom za použitia špeciálne vybraného psa (Tomáš, Marková, 2014).

#### **2.4.4 Arteterapia**

Arteterapia je proces, ktorého cieľom je ovplyvniť dysfunkčné chovanie, prežívanie a komunikáciu klienta prostredníctvom výtvarného výrazu. Má schopnosť liečiť ľudskú psychiku prostredníctvom samotného tvorivého procesu a na základe slovnej interpretácie diela, ktoré v tomto procese vznikne. Základnou metódou arteterapie je spolupráca v terapeutickom vzťahu medzi klientom a terapeutom. Existujú rôzne prístupy v arteterapii, rôzne definície a rôzne arteterapeutické školy. Výtvarný prejav poskytuje základný reálny prejav, čo sa priamo v danom arteterapeutickom procese deje (Jedlička, 2015).

V arteterapii sa ako prostriedok poznania a ovplyvnenia psychiky využíva výtvarný prejav, ktorý je terapeuticky významný ako vlastný proces výroby, tak aj výsledný artefakt, s ktorým sa dá ďalej pracovať. Spracovanie výtvarnou formou umožňuje zobrazit' vnútorné prežívanie, pozrieť sa na nich s odstupom času alebo aj z iného uhlu. Môže prebiehať ako terapie individuálna alebo aj skupinová (Tomáš a Marková, 2014).

Výtvarný prejav v arteterapii môžeme nazvať aj kresba. Kresba je dôležitou činnosťou, ktorá odráža subjektívny prístup ku svetu, emočné postoje a úroveň rozvoja poznávacích procesov. U detí v období tesne pred nástupom do školy by mala kresba

prejsť od fáze, kedy odrážala pre dieťa najdôležitejšie znaky zobrazovaného objektu, ku fáze, kedy odráža skutočný tvar a podobu zobrazovaného objektu (Ficová, 2020).

Kresba je formou semiotickej funkcie, ktorá má vo vývojovom rade miesto medzi obraznou predstavou a symbolickou hrou. Podobne ako symbolická hra má kresba v sebe svoj cieľ a je sprevádzaná funkčnou radosťou. S obraznou predstavou zdieľa snahu napodobniť skutočnosť. Luquet ukázal, že detské kresby do veku osem až deväť rokov sú v podstate realistické, ale že dieťa najskôr kreslí to čo vie o sebe alebo o predmete, až potom graficky znázorňuje to, čo na nej vidí. Realizmus kresby prechádza rôznymi fázami. Čmáranice, ktoré odhaľuje dieťa behom prvej kresby sa nazýva náhodný realizmus. Za touto fázou nasleduje nepochopený realizmus, je to fáza, kedy dieťa nie je schopné syntézy, kladie prvky vedľa seba a nekoordinuje ich v celok. Nasleduje obdobie intelektuálneho realizmu, kedy už kresba znázorňuje v podstate pojmové vlastnosti predlohy, bez ohľadu na zrkovú perspektívu. Napríklad tvár človeka má z profilu nakreslené dve oči, pretože panák na obraze má dve oči. Po tejto fáze nastupuje zrkový realizmus, kedy kresba už zachycuje to, čo je vidieť z hľadiska určitej perspektívy. Profil ukazuje len to, čo je z profilu aj vidieť (Piaget, Inhelder, 2010).

## **2.5 Dobrovoľníci v nemocničnej starostlivosti**

Dobrovoľníctvo je jav, ktorý ľudskú spoločnosť sprevádza už niekoľko tisíc rokov. Jeho význam v rôznych dobách kolísal, v niektorých časoch bolo v očiach verejnosti neviditeľné a tieto aktivity z veľkej miery v rukách mocných. Na opačnej strane dobrovoľnícky entuziazmus bol veľmi oceňovaný a mal kľúčový význam pre fungovanie či vzostup spoločnosti.

Jednotný význam slova dobrovoľníctvo by sme hľadali veľmi ťažko. Avšak ako uvádzajú Dekker a Halman vo všetkých definíciách vieme nájsť tri spoločné prvky, ktoré charakterizujú rolu dobrovoľníkov. Medzi tie hlavné prvky teda patrí, že dobrovoľníctvo je nepovinné, neplatené a je v prospech iných ľudí. Taktiež hovoria o tom, že individualizácia je s najväčšou pravdepodobnosťou najvýznamnejšia hodnotová premena, ktorá v súčasnosti ovplyvňuje dobrovoľníctvo. Ak by sme sa chceli pozrieť na definíciu iného človeka na tému dobrovoľníctva, napr. pán Penner uvádza, že dobrovoľnícka činnosť je dlhodobá, plánovaná a slobodne zvolené prosociálne chovanie v prospech cudzích osôb, ktoré sa odohráva v kontexte organizácie.

Z hlavných charakteristických prvkov je veľmi dôležitá nezisková perspektíva, ktorá je považovaná ako dominantný prístup pri skúmaní dobrovoľníckych aktivít. Na dobrovoľné aktivity vieme nahliadať aj z perspektívy občianskej spoločnosti. Z tejto pozície je dobrovoľník vnímaný ako „agent“ sociálnej zmeny, často bojujúci voči nespravodlivosti, za humanitné ideály a práva znevýhodnených skupín obyvateľstva. Ďalšia perspektíva je voľnočasová, ktorá hovorí o komplexnom prístupe, ktorý má ambície pokryť všetky oblasti dobrovoľníctva. Rozlišujeme 3 základné kategórie trávenia voľného času: 1. seriózne voľnočasové aktivity, 2. príležitostné aktivity a 3. projektové aktivity. Model troch perspektív skúmania dobrovoľníctva nevyklučuje, že sa jednotlivé perspektívy prekrývajú, stále ale všetky tri perspektívy predstavujú osobitý pohľad na hranice a podstatu fenoménu dobrovoľníctva.

Avšak aj tu sa líšia názory, ktoré hodnoty sú považované za atribúty dobrovoľníckej účasti, podľa jednotlivých perspektív. Nezisková perspektíva vníma dobrovoľníctvo ako nezištný dar, preto zdôrazňuje hodnoty altruizmu, lásky k blížnemu a humanizmu. Občianska perspektíva chápe hodnoty dobrovoľníctva ako občiansku cnosť a poukazuje hlavne na našu zodpovednosť voči komunite, na hodnoty solidarity, vzájomnej pomoci a svojpomoci, reciprocitu, ideálov rovnosti a spravodlivosti, ktorých porušenie je považované za morálne neúnosné. Voľnočasová perspektíva nám dovoľuje vnímať dobrovoľníctvo ako príjemné trávenie voľného času, prípadne ako seriózne plánovanú voľnočasovú aktivitu, pričom táto perspektíva znázorňuje hodnoty sebarealizácie, kreativity, sebavyjadrenia, zábavy, relaxácie, voľnosti a skutočného zápalu pre vec (Frič, Pospíšilová, 2010).

### **2.5.1 Klauni**

Existuje viacero spôsobov ako odpútať pozornosť dieťaťa a poskytnúť mu možnosti na zábavu aj v nemocničnom prostredí. V ošetrovateľskom tíme sa nachádza aj personál, ktorí sa práve zameriava na zlepšenie psychickej pohody dieťaťa hospitalizovaného v nemocničnom prostredí. Ak máme detského pacienta, pri ktorom nie je možná neustála prítomnosť rodiča alebo blízkej osoby, je pravdepodobné, že dieťa s nami odmietne spolupracovať. Preto sú dôležití členovia ošetrovateľského tímu, ktorí dokážu nadviazať kontakt s dieťaťom, odvieť jeho pozornosť a zmenia jeho vnímanie nemocničného prostredia (Woodbury-Farina, Antongiorgi, 2014).

Zaradenie nemocničného klauna má často pozitívne hodnotenie, avšak hodnotiť terapeutický účinok klauna môže byť zložité. „Klaunovanie” je multimodálny zásah, ktorý môže mať vplyv na zdravotné ťažkosti, postupy, fungovanie rodiny a tímy zdravotnej starostlivosti. Klauni pomáhajú deťom prispôbiť sa nemocničnému prostrediu a môžu odvádzať pozornosť od demystifikácie, bolestivých alebo desivých postupov prostredníctvom „dávok zábavy“, ktoré dopĺňajú tradičné klinické zákroky (Finlay, Baverstock, Lenton, 2014).

Na detských oddeleniach sú často dôležitou súčasťou ošetrovateľského tímu klauni. Prítomnosť klaunov v nemocničnej starostlivosti sa v poslednej dekáde výrazne zvýšil. Veľa detí je počas svojej hospitalizácie vystavené prítomnosti klaunov na oddelení. Klauni sú braní ako profesionáli, ktorí sú zároveň rešpektovaní poskytovatelia doplnkovej starostlivosti a integrovaní členovia ošetrovateľského tímu, ktorí sú schopný prevziať svoju úlohu pri starostlivosti o pacienta (Koller, Gryski, 2008).

Humor sám o sebe nie je v spoločnosti braný tak seriózne, ako by sa mal. Má mnoho pozitívnych účinkov v každodennom živote pacientov, preto je nevyhnutné, aby ich využívali aj klinickí pracovníci. Na zlepšenie terapeutickkej aliancie slúži aj oslabenie viacerých indexov stresu. Ďalej sú poskytované aj rady ako rozvíjať humor a prezentujú sa Freudovské racionálne emotívne terapie, ako aj príklady toho, ako využívať hernú terapiu (Woodbury-Farina a Antongiorgi, 2014).

Klauni zabávajú ľudí už niekoľko storočí, avšak aplikovať takýto druh humoru a pripojiť ho do ošetrovateľskej starostlivosti sa začalo používať až pri zvýšenom záujme profesionálnych zdravotníkov, ktorí sa zaujímajú o pacientovo blaho z fyzického, ale aj z psychického hľadiska, ako nám vo svojom článku hovorí Battrick a Glasper (2007). Psychická pohoda pacienta je veľmi dôležitý faktor, ktorý môže pacientovi zlepšiť zdravotný stav, alebo ho dostať do štádia, kedy ho jeho vlastná psychika natoľko ovplyvní, že sa jeho zdravotný stav nemusí zlepšovať, ale jeho psychický stav môže liečebný proces aj zhoršovať. Zvlášť u detí je dôležitá hra, smiech a pozitívny postoj pri hospitalizácii, aby sa predchádzalo hospitalizačnému syndrómu (Koller, Gryski, 2008).

## **2.6 Prehľad skôr realizovaných štúdií na túto tému**

V tejto kapitole uvádzam prehľad skôr realizovaných štúdií, ktorých téma je rovnaká alebo podobná téme, ktorou sa zaoberá táto bakalárska práca.

HANÁKOVÁ, Kateřina. Aplikace technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici u dětí mladšího školního věku. Olomouc, 2009. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.

MASÁČKOVÁ, Veronika. Vliv herní terapie na děti předškolního věku. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

MEDVEDOVÁ, Hana. Metaanalýza výsledků závěrečných prací zabývajících se tématem herní terapie. Zlín, 2018. Rigorózní práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií..

RUBÁKOVÁ, Denisa. Komunikace s dlouhodobě hospitalizovaným dítětem v předškolním věku. Brno, 2019. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

### **3. EMPIRICKÁ ČASŤ PRÁCE**

V empirickej časti bakalárskej práce sa zaoberáme kvantitatívnym výskumom aktivizácie detského pacienta v nemocničnej starostlivosti vo FN Motol. Ako prvé sú uvedené ciele a hypotézy. Ďalej je popísaná metodika práce, materiál a organizácia vlastného šetrenia. Na záver budú prezentované výsledky anonymného dotazníkového šetrenia na základe odpovedí sestier z FN Motol.

#### **3.1 CIELE EMPIRICKEJ ČASTI PRÁCE A PRACOVNÉ HYPOTÉZY**

##### **3.1.1 Ciele empirickej časti**

- Cieľ 1: Zmapovať druhy aktivít, ktoré sa vykonávajú na jednotlivých oddeleniach s detským pacientom v FNM.
- Cieľ 2: Zistiť u sestier pracujúcich s detským pacientom skúsenosti a návrhy pre aktivizáciu u detí v nemocničnom prostredí.
- Cieľ 3: Dotazník zadať cieľovej skupine respondentov Fakultnej nemocnice Motol.
- Cieľ 4: Získané dáta z dotazníkového šetrenia utriediť, spracovať a štatisticky vyhodnotiť.
- Cieľ 5: Porovnať získané informácie s výsledkami skôr realizovaných štúdií.
- Cieľ 6: Zovšeobecniť závery vlastnej práce a stanoviť doporučenie pre prax.

##### **3.1.2 Pracovné hypotézy**

Na základe vyššie uvedených stanovených cieľov boli formulované pracovné hypotézy. Platnosť týchto hypotéz bola overená vykonaním prieskumového šetrenia a vyhodnotená v empirickej časti tejto bakalárskej práce.

- H1: Vieme predpokladať, že veková kategória sestier od 40 rokov vplýva na ochotu spolupracovať s ne zdravotníckym personálom.
- H2: Vieme predpokladať, že množstvo pomôcok na oddelení ovplyvňuje počet vykonávaných aktivít s deťmi na oddelení.
- H3: Vieme predpokladať, že neprítomnosť zdravotníckeho personálu znižuje počet vykonávaných aktivít s pacientami na oddelení.

- H4: Vieme predpokladať, že dĺžka vykonávanej praxe ovplyvňuje množstvo herných aktivít, ktoré vykonávajú.
- H5: Vieme predpokladať, že existuje súvislosť medzi typom oddelenia a spokojnosťou personálu s možnosťami aktivizácie pacientov.
- H6: Vieme predpokladať, že existuje súvislosť medzi typom oddelenia a dostatočným množstvom pomôcok na aktivizáciu pacientov.

### **3.2 Metodika šetrenia**

V tejto časti bude detailne popísaná metodika vlastného šetrenia a stavba dotazníka.

#### **3.2.1 Metodika vlastného šetrenia**

Cieľom anonymného šetrenia je objasniť, akým špecifickým spôsobom sestry na lôžkových oddeleniach v nemocnici využívajú rôzne aktivity na zlepšenie zvládania hospitalizácie detských pacientov so zameraním na deti v predškolskom a mladšom školskom veku. Pre bakalársku prácu bol vytvorený anonymný neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Vid' príloha č.1. Dotazník bol zostavený z 25 položiek, ktorý bol určený pre zdravotnícky personál v FN Motol. Prvé 4 položky v dotazníku špecifikujú respondentov. Ďalšia časť dotazníka sa zaoberá všeobecnými otázkami o aktivizácii a pomôckach na oddelení. Tretia a štvrtá časť sa zameriavajú na špecifické aktivity vykonávané na oddelení s ohľadom aj na vek pacienta a osôb, ktorý sa podieľajú na aktivizácii pacientov mimo zdravotnícky personál. 11 položiek v dotazníku zahŕňa odpovede len s jednou výberovou možnosťou. 10 položiek v dotazníku zahŕňa možnosti s viacnásobným výberom, pričom v 8 položkách mohli respondenti vložiť aj vlastnú odpoveď.

Distribuovaných bolo celkom 140 dotazníkov v detskej časti FN Motol. Z celkového počtu dotazníkov sa 39 nedalo použiť. Použitelných dotazníkov sa vrátilo 101. Celková návratnosť použitelných dotazníkov je teda 72,1 %.

Spracované odpovede sú zaznamenané v grafickom znázornení.

### **3.2 Materiál**

Prieskum v FN Motol prebiehal od 18.12.2021 do 29.3.2021. Respondentmi pre neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie sa stali všeobecné, detské a praktické



sestry, pracujúce v detskej časti FN Motol. Celkovo sa do prieskumu zapojilo 101 respondentov.

Vo Fakultnej nemocnici v Motole sa do prieskumu zapojili sestry z nasledujúcich oddelení: Klinika ušná, nosná a krčná 2. LF UK a FN Motol, Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Klinika detskej chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Detské kardiocentrum 2. LF UK a FN Motol, Klinika detskej hematológie a onkológie 2. LF UK a FN Motol, Klinika detskej neurológie 2. LF UK a FN Motol. Iné kliniky sa do dotazníkového šetrenia nezapojili.

### **3.3 Organizácia vlastného šetrenia a spracovanie dát**

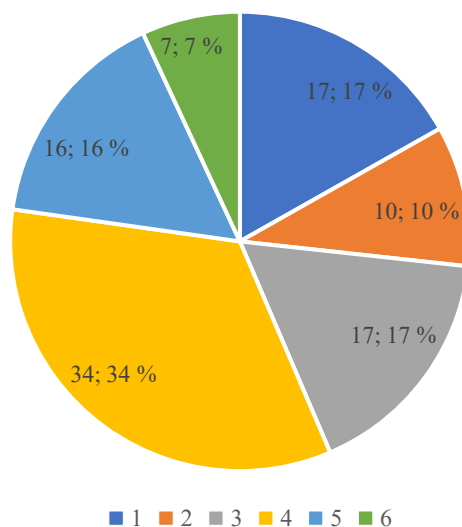
Pred začatím distribúcie anonymných neštandardizovaných dotazníkov vlastnej konštrukcie bolo nutné požiadať o schválenie žiadosti námestníčku pre ošetrovateľskú starostlivosť v FN Motol. Žiadosť o schválenie aj dotazník sú súčasťou prílohy, vid' príloha č. 1 a č. 2. Potom boli dotazníky distribuované v papierovej forme vrchným a staničným sestram vyššie zmienených oddelení, vždy v takom počte, ktorý odpovedal počtu zamestnaných sestier. Na niektorých oddeleniach predali dotazníky priamo vrchné alebo staničné sestry, na ostatné oddelenia boli doručené osobne a odovzdané na vyplnenie. Anonymita bola zachovaná. Vyplnené dotazníky som osobne prevzala od vrchných, resp. staničných sestier.

Dáta z dotazníka boli zaznamenané do dátového listu, ktorý bol vytvorený v programe Microsoft Excel, kde boli prenesené do grafického znázornenia. Na štatistickú analýzu, vzhľadom na stanovené hypotézy a povahu dát, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality, ETA korelačný koeficient, Cramerovo V a Spearmanov korelačný test. Každý z týchto testov sme použili pri jednotlivých hypotézach v súlade s povahou konkrétnych dát objavujúcich sa v danej hypotéze. Štatistickú analýzu sme vykonávali v programe SPSS 22.

### **3.4 Výsledky vlastnej práce**

V tejto kapitole empirickej časti bakalárskej práce sú uvedené výsledky anonymného neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie, ktoré boli distribuované sestram v detskej časti FN Motol. Nasledujúce obrázky nám prinášajú informácie o výsledkoch vlastného šetrenia. Otázky sú zoradené podľa poradia v akom boli uvedené v dotazníku.

### Vek respondentov



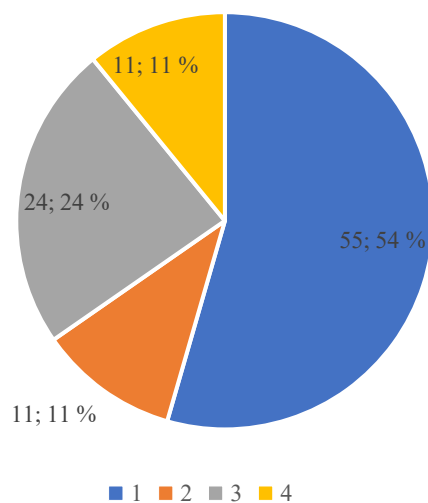
Obrázok 1 Vek; 1. 18 – 25, 2. 26 – 29, 3. 30 – 39, 4. 40 – 49, 5. 50 – 59, 6. 60

Tabuľka 1 Priemerný vek respondentov

<b>Aritmetický priemer</b>	40,02
<b>Smerodatná odchýlka</b>	12,31
<b>Maximálna hodnota</b>	63
<b>Minimálna hodnota</b>	20

Na Obrázok 1 vidíme grafické znázornenie vekovej kategórie respondentov, ktorí sa zúčastnili dotazníkového šetrenia. 17 respondentov (17 %) sa nachádza vo vekovej kategórii 18 – 25 rokov. Vo veku 26 – 29 vyplnilo dotazník 10 respondentov (10 %). 17 respondentov (17 %) je vo vekovej kategórii 30 – 39 rokov. Respondentov vo veku od 40 – 49 rokov bolo 34 (33 %). Vo vekovej kategórii 50 – 59 rokov bolo 16 respondentov (16 %). Vo vekovej kategórii 60 rokov boli 7 respondenti (7 %). Z hľadiska veku dosiahla vzorka priemer 40,02 roku. Najmladší respondent mal 20 rokov a najstarší 63 rokov.

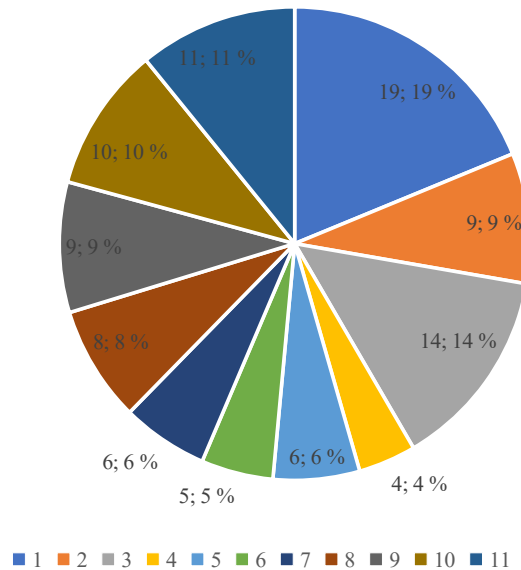
### *Dosiahnuté vzdelanie*



Obrázok 2 *Dosiahnuté vzdelanie*; 1. stredoškolské s maturitou, 2. vyššia odborná škola (VOŠ), 3. vysokoškolské vzdelanie I. stupeň, 4. vysokoškolské vzdelanie II. Stupeň

Z dotazníkového šetrenia zhrnutého na obrázku 2 nám vyplýva, že 55 respondentov (54 %) ukončilo stredoškolské vzdelávanie s maturitou. Vyššie vzdelanie na vyššej odbornej škole získalo 11 respondentov (11 %). Vysokoškolské vzdelanie ukončilo spolu 35 respondentov (35 %). Z toho 24 respondentov (24 %) ukončilo vzdelanie na I. stupni VŠ a 11 respondentov (11 %) ukončilo vzdelanie na II. stupni VŠ.

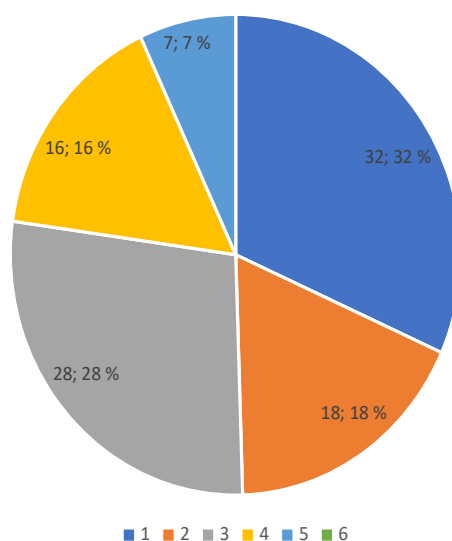
### Pracovisko v FN Motol



Obrázok 3 Pracovisko v FN Motol; 1. Detské ORL, 2. Detská JIP, 3. Detská chirurgia, 4. Detská gastroenterológia, 5. Detská endokrinológia, 6. Nefrológia, 7. Pneumológia, 8. Detské kardiocentrum, 9. Klinika detskej hematológie a onkológie, 10. Pediatria, 11. Detská neurológia

Na obrázku 3 sú graficky znázornené oddelenia, kde prebehlo dotazníkové šetrenie, rovnako je zobrazené množstvo dotazníkov, ktoré sa nám z konkrétnych pracovísk podarilo od respondentov získať. Z oddelenia ORL sme vyzbierali najviac dotazníkov od respondentov z celkového množstva rozdáných dotazníkov a to je 19 dotazníkov (18 %). Z oddelenia detskej JIP je to 9 dotazníkov (9 %), z detskej chirurgie sme získali 14 dotazníkov (14 %), z detskej gastroenterológie sme získali 4 dotazníky (4 %), čo predstavuje najmenší počet získaných dotazníkov z oddelení, na detskej nefrológii sme získali dotazníky od 5 respondentov (5 %). Z Detskej endokrinológie aj pneumológie sme získali zhodný počet dotazníkov a to 6 (6 %). Na oddelení detského kardiocentra sa nám od respondentov vrátilo 8 dotazníkov (8 %), z kliniky detskej hematológie a onkológie sme získali 9 dotazníkov (9 %). Na oddelení pediatrie sme vyzbierali dotazníky od 10 respondentov (10 %). Z oddelenia detskej neurológie nám respondenti vrátili 11 dotazníkov (11 %).

### Roky praxe



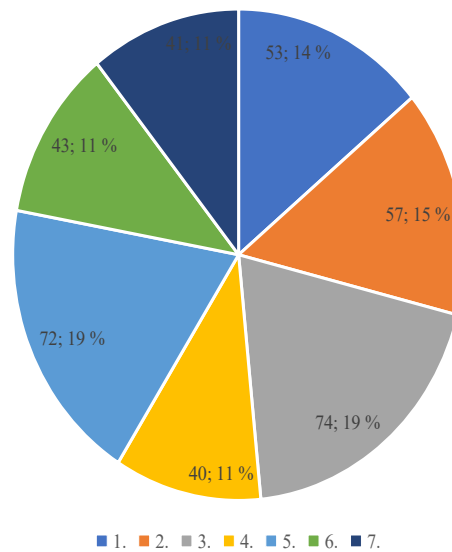
Obrázok 4 Roky praxe; 1. 1 – 9, 2. 10 – 19, 3. 20 – 29, 4. 30 – 39, 5. 40 – 49, 6. 50 – 59

Tabuľka 2 Roky praxe

<b>Aritmetický priemer</b>	18,37
<b>Smerodatná odchýlka</b>	12,61
<b>Maximálna hodnota</b>	44
<b>Minimálna hodnota</b>	1

V otázke č. 4 sme zisťovali u respondentov dĺžku ich praxe v zdravotníckom zariadení. Najviac, a teda 32 respondentov (31 %) vykonáva prax po dobu 1 – 9 rokov. 28 respondentov (28 %) uviedlo, že v zdravotníctve vykonávajú prax 20 – 29 rokov. Od 10 – 19 rokov vykonáva svoju prax 18 respondentov (18 %). 16 respondentov (16 %) pracuje v zdravotníckom zariadení 30 – 39 rokov. 7 respondentov (7 %) má prax v zdravotníckom zariadení od 40 – 49 rokov. Žiaden z respondentov nemá prax viac ako 50 rokov.

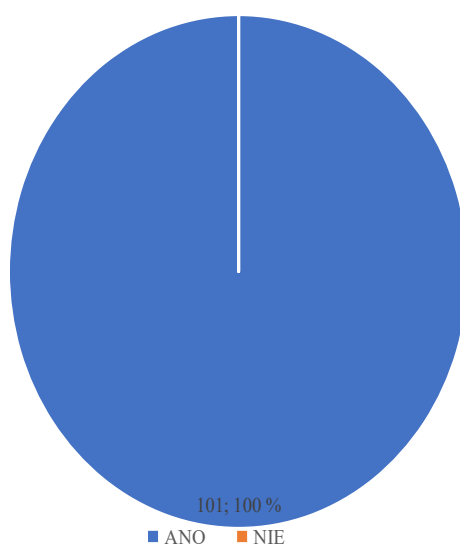
### Aktivizácia dieťaťa



Obrázok 5 Aktivizácia dieťaťa; 1. Prevencia voči hospitalizmu, 2. Odpútanie pozornosti dieťaťa od ochorenia, 3. Snaha zabaviť dieťa hernými aktivitami, 4. Viest' dieťa k pohybu aj na oddelení, 5. Zapojenie dieťaťa do tvorivých činností, 6. Obnovenie činnosti- zaktivizovanie, 7. Úlohy, ktoré nútia vyvíjať určitú aktivitu alebo snahu

Otázka č. 5 z dotazníka bola zameraná na zistenie, čo podľa personálu na oddelení znamená pojem aktivizácia dieťaťa. Na výber mali respondenti zo 7 možností, z ktorých mohli zaškrtnúť viacero odpovedí. Z obrázku nám vyplýva, že 74 odpovedí (19 %) získala možnosť číslo 3: Snaha zabaviť dieťa hernými aktivitami. 72 označených odpovedí (19 %) hovorí o tom, že aktivizácia znamená úlohy, ktoré zapájajú dieťa do tvorivých činností. 57 odpovedí (15 %) uvádza možnosť číslo, ktorá znamená: Odpútanie pozornosti dieťaťa od ochorenia. Možnosť číslo 1: Prevencia voči hospitalizmu, získala 53 odpovedí (14 %). 43 odpovedí (11 %) zvolilo možnosť číslo 6: Obnovenie činnosti, zaktivizovanie. Ďalších 41 respondentov (11 %) označilo možnosť číslo 7, ktorá uvádza, že pojem aktivizácia znamená úlohy, ktoré nútia vyvíjať určitú aktivitu a snahu. Možnosť č. 4 získala 40 označení (11 %), ktorá uvádza odpoveď: Viest' dieťa k pohybu aj a oddelení.

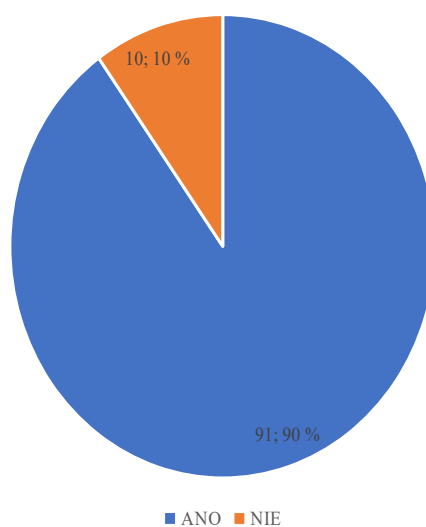
### *Deti na oddelení*



Obrázok 6 *Deti na oddelení; 1. Áno, 2. Nie*

V otázke č. 6 sme sa snažili zistiť, či sa na oddelení, kde respondenti vykonávajú svoju prácu, nachádzajú deti predškolského a mladšieho školského veku, ktoré sú schopné hernej terapie. 101 respondentov (100 %), teda všetci, ktorí sa zúčastnili tohto dotazníkového šetrenia, nám odpovedali, že sa na ich oddeleniach nachádzajú deti schopnej hernej terapie v uvedených vekových kategóriách.

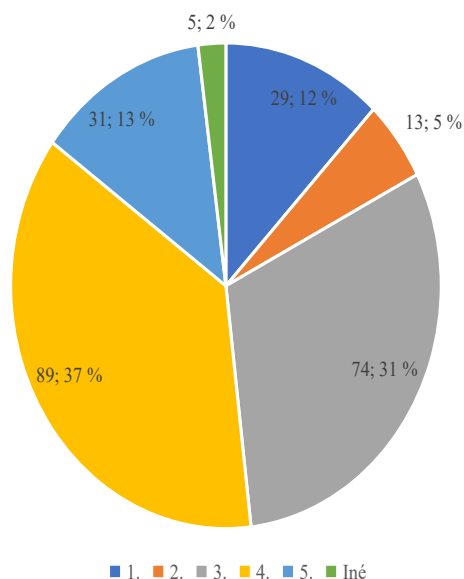
### *Množstvo pomôcok na oddelení*



Obrázok 7 *Množstvo pomôcok na oddelení; 1. Áno, 2. Nie*

Na obrázku 7 je znázornená spokojnosť respondentov s množstvom pomôcok na aktivizáciu pacienta na oddelení. Podľa 80 respondentov (89 %) sa na oddelení nachádza dostatočné množstvo pomôcok na aktivizáciu, ale 10 respondentov (11 %) vyjadrilo nesúhlas s dostatočným množstvom pomôcok na oddelení.

*Aktivity na oddelení*

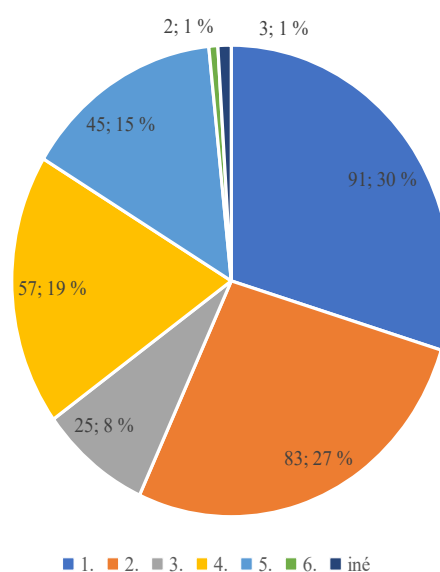


Obrázok 8 *Aktivity na oddelení; 1. Arteterapia, 2. Canisterapia, 3. Čítanie rozprávok, 4. Hranie hier, 5. Výber hier je na dobrovoľníkoch, 6. Iné*

Otázkou č. 8 sme sa zamerali na konkrétne aktivity, ktoré respondenti vykonávajú s pacientami na oddelení. Najväčšie množstvo odpovedí a to 79 (36 %) získala možnosť 4: Hranie hier. 74 odpovedí (31 %) získala možnosť číslo 3 a tou je čítanie rozprávok. 31 zvolených odpovedí (13 %) nám udáva, že výber aktivít je na dobrovoľníkoch. Arteterapia získala 29 odpovedí (12 %). 13 odpovedí (5 %) nám ukazuje, že na oddelení prebieha canisterapia. Najmenej označovanou odpoveďou je možnosť číslo 6, kde mohli respondenti napísať iné aktivity vykonávanú na oddelení. Táto možnosť získala 5 odpovede (2 %), kde boli uvedené spev, lego, počítač, tablety, video rozprávky.



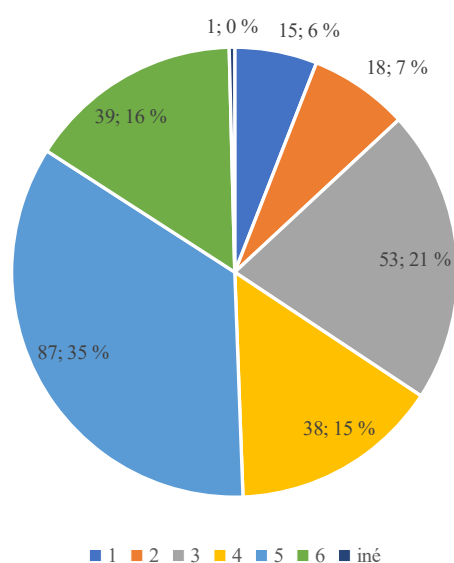
### Pomôcky používané na aktivizáciu



Obrázok 9 Pomôcky používané na aktivizáciu; 1. Hračky, 2. Knižky, 3. Zdravotnícky materiál, 4. Lego, 5. Elektronické pomôcky (tablet, telefón), 6. Žiadne, 7. Iné

Na obrázku 9 Najviac označovanou odpoveďou bola možnosť číslo 1: Hračky, ktorá získala 91 odpovedí (30 %). Knižky, ktoré predstavujú možnosť číslo 2 bola označená v 83 odpovediach (27 %). 57 odpovedí (18 %) nám uvádza, že pri aktivizácii sa používa lego. Zdravotnícky materiál je podľa dotazníkového šetrenia používaný v 25 odpovediach (8 %). Z celkového počtu odpovedí len 2 odpovede (1 %) nám vykazujú, že personál pri svojej práci žiadne pomôcky na aktivizáciu nepoužíva. 3 respondenti (1 %) používajú iné pomôcky ako vyššie uvedené, napr. skladanie origami, pastelky, puzzle.

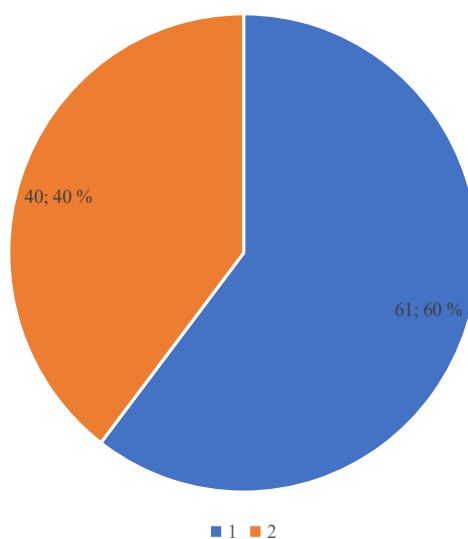
### *Aktivity na odbúravanie strachu*



Obrázok 10 *Aktivity na odbúravanie strachu*; 1. Arteterapia, 2. Canisterapia, 3. Plyšové hračky, 4. Čítanie knižiek, 5. komunikácia s deťmi, 6. Hranie hier, 7. Iné

V otázke, ktoré druhy aktivít podľa respondentov najviac pomáhajú pacientom pri odbúravaní strachu, uvedenej na obrázku 10, sme získali výsledky, kde najviac označovanou odpoveďou v počte 87 (35 %) je prostá komunikácia s deťmi. Plyšové hračky bola možnosť, ktorá získala 53 odpovedí (21 %). Hranie hier bola označená možnosť 39-krát (16 %). 38 odpovedí (15 %) nám ukazuje, že čítanie knižiek respondenti vnímali ako vhodnú aktivitu pri aktivizácii. Arteterapiu označili ako odpoveď 15-krát (6 %) a canisterapia bola ako odpoveď vybraná 18-krát (7 %), ako vhodné aktivity pri odbúravaní strachu u detských pacientov. Iba jeden respondent (0 %) zvolil aj vlastnú odpoveď.

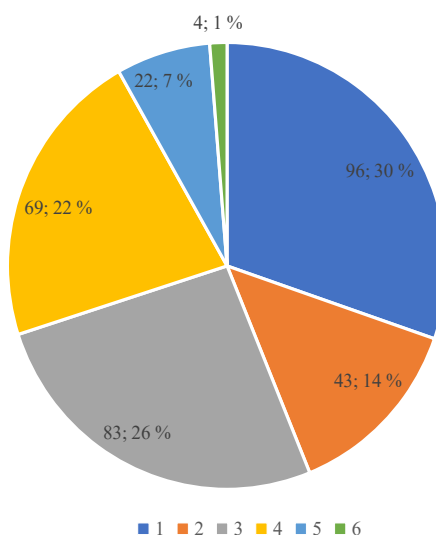
### *Dobrovoľníci v FN Motol*



Obrázok 11 *Dobrovoľníci v FN Motol; 1. Áno, 2. Nie*

Na otázku, či sa respondenti stretávajú na oddelení aj s dobrovoľníkmi z dobrovoľníckeho centra v FN Motol odpovedalo 61 respondentov (60 %), že áno. Ostatných 40 respondentov (40 %) uviedlo, že sa s dobrovoľníkmi na oddelení nestretávajú.

### *Nezdravotnícky personál na oddelení*

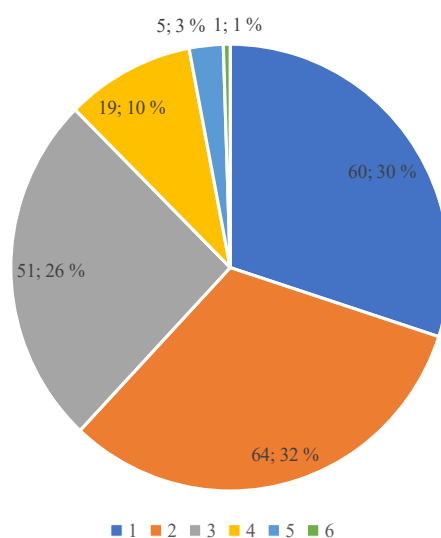


Obrázok 12 *Nezdravotnícky personál na oddelení; 1. Klaun, 2. Herní terapeut, 3. Učiteľka materskej škôlky, 4. Učiteľka zo základnej školy, 5. Dobrovoľníci, 6. Iné*

V otázke č. 12, zobrazenej na obrázku 12 sme sa pýtali, či respondenti využívajú na oddelení možnosť aktivizácie v spolupráci s nezdravotníckym personálom, kde si mohli

vybrať viacero možností. Z uvedeného obrázku vyplýva, že respondenti si 96-krát (30 %) zvolili možnosť klaunov na oddelení, 83 zvolených odpovedí (26 %) znamená, že respondenti spolupracujú s učiteľkami z materskej škôlky a 69 respondentov (22 %) s učiteľkami zo základnej školy. Herného terapeuta pri aktivizácii využíva 43 respondentov (14 %). 22 respondentov (7 %) uvádza odpoveď, že využíva aj dobrovoľníkov pri aktivizácii pacientov. 4 respondenti (1 %) uviedlo možnosť inú, kde uvádzali spev a traja respondenti uviedli bábky.

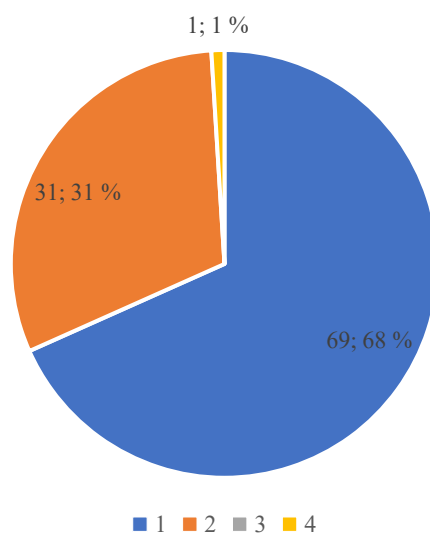
*Aktivity dobrovoľníkov na oddelení*



Obrázok 13 *Aktivity dobrovoľníkov na oddelení; 1. Výtvarné práce, 2. Predstavenia v rámci hrania klaunov, 3. Spoločenské hry, 4. Spoločné stretnutie detí na oddelení, 5. Canisterapia, 6. Iné*

Na obrázku 13 vidíme otázku, kde sme zisťovali, aké aktivity vykonávajú dobrovoľníci na zlepšenie stavu pacientov. 64 odpovedí (32 %) uvádza, že dobrovoľníci sa snažia zlepšiť stav pacientov pomocou hrania predstavení s klaunami. 60 odpovedí (30 %) uviedlo výtvarné práce ako vykonávané aktivity dobrovoľníkov. Spoločenské hry (možnosť číslo 3) označili respondenti celkovo v 55 odpovediach (25 %). Dobrovoľníci na oddeleniach organizujú aj spoločné stretnutie detí na oddeleniach, čo nám vyplýva z 19 označených odpovedí č. 4 (9 %). Canisterapia je možnosť č. 5, ktorú respondenti označili v 5 odpovediach (3 %). Iná odpoveď bola 1 (1 %), kde uvádzali vychádzky do parku.

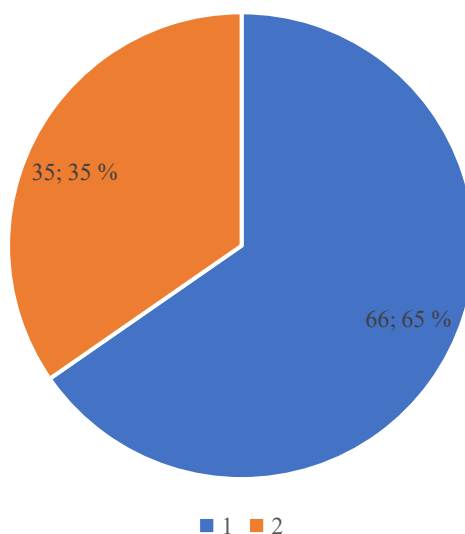
### Zaradenie externých pracovníkov



Obrázok 14 Zaradenie externých pracovníkov; 1. Positívne, 2. Veľmi pozitívne, 3. Nevidím v tom zmysel, 4. Nesúhlasím s ich prítomnosťou na oddelení

V otázke č. 14 sme zisťovali ako respondenti vnímajú zaradenie externých zdravotníckych pracovníkov (klaun, dobrovoľník) do ošetrovateľského procesu. 69 respondentov (68 %) vnímajú zaradenie externých pracovníkov pozitívne. Veľmi pozitívne vníma externých pracovníkov 31 respondentov (31 %). Žiadny z respondentov neuviedol možnosť nevidím v tom zmysel. 1 respondent (1 %) nesúhlasí s prítomnosťou externých pracovníkov na oddelení.

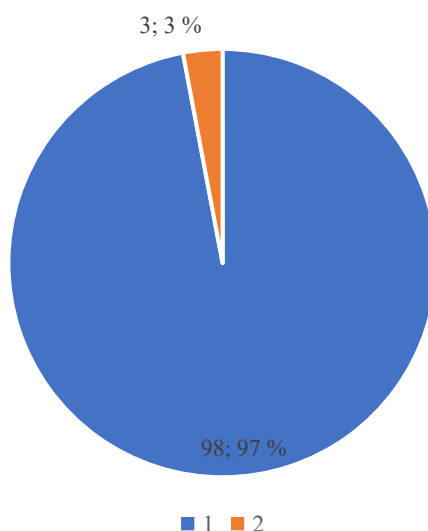
### Spolupráca s nezdravotníckym personálom



Obrázok 15 Spolupráca s nezdravotníckym personálom; 1. Áno, 2. Nie

V otázke č. 15 sme sa respondentov pýtali, či spolupracujú pri výkone s nezdravotníckym personálom (klaun, herní terapeut, dobrovoľník) pre zmiernenie strachu pacientov. 66 respondentov (65 %) uviedlo, že spolupracujú s nezdravotníckym personálom. Naopak 35 respondentov (35 %) nespolupracuje pri výkone svojej práce s nezdravotníckym personálom.

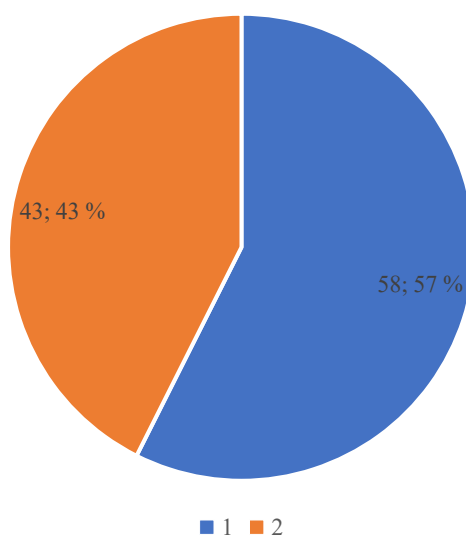
#### *Vplyv spolupráce na detských pacientov*



Obrázok 16 *Spolupráca s nezdravotníckym personálom; 1. Áno, 2. Nie*

Na obrázku 16 je graficky znázornená otázka, kde sme zisťovali, či respondenti vnímajú spoluprácu s klaunami, hernými terapeutmi alebo dobrovoľníkmi ako pozitívny vplyv na detských pacientov. Podľa 98 respondentov (97 %) má táto spolupráca na detských pacientov pozitívny vplyv. Len 3 respondenti (3 %) nevnímajú spoluprácu s klaunami, hernými terapeutmi alebo dobrovoľníkmi pozitívne.

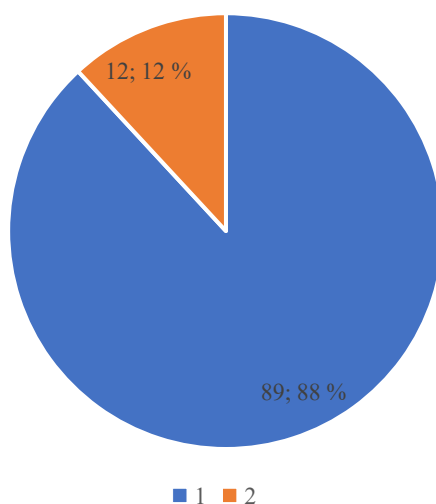
### Negatívna reakcia na klaunov



Obrázok 17 Negatívna reakcia na klaunov; 1. Áno, 2. Nie

V otázke č. 17 sme zisťovali skúsenosti respondentov s negatívnou reakciou na klaunov u dieťaťa alebo u jeho rodiča. 58 respondentov (57 %) má skúsenosti s negatívnou reakciou na klaunov. 43 respondentov (43 %) sa s negatívnou reakciou na klaunov nestretlo.

### Účasť rodičov pri aktivitách

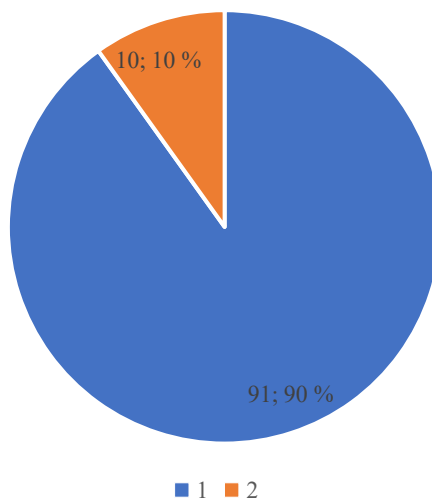


Obrázok 18 Účasť rodičov pri aktivitách; 1. Áno, 2. Nie

Na obrázku č. 18 je graficky znázornená otázka, kde sme zisťovali, či sa rodičia zúčastňujú na aktivitách pre deti. 89 respondentov (88 %) uviedlo, že sa rodičia zúčastňujú

na aktivitách spolu deťmi. Naopak 12 respondentov (12 %) uviedlo, že sa rodičia nezúčastňujú pri vykonávaní rôznych aktivít spolu s deťmi na oddelení.

*Spokojnosť s možnosťami aktivizácie*

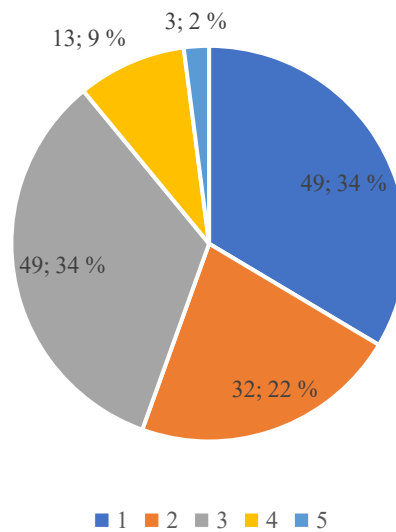


Obrázok 19 *Spokojnosť s možnosťami aktivizácie; 1. Áno, 2. Nie*

Na obrázku 19 vidíme grafické znázornenie otázky, či sú respondenti spokojní s možnosťami aktivizácie pacienta na oddelení, kde vykonávajú svoju prácu. 91 respondentov (90 %) pociťuje spokojnosť s možnosťami aktivizácie na oddelení. Naopak 10 respondentov (10 %) nevyjadruje spokojnosť s možnosťami aktivizácie na svojom oddelení.



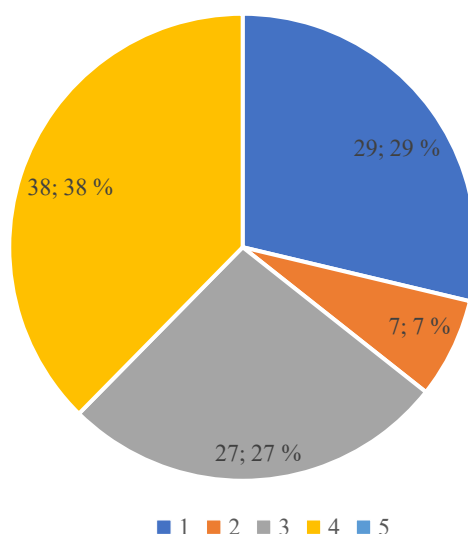
### Vlastné návrhy na zlepšenie aktivizácie



Obrázok 20 Vlastné návrhy na zlepšenie aktivizácie; 1. Aktívnejšie zapájanie sa rodičov, 2. Doplnenie viacerých hier pre deti na oddelenie, 3. Pravidelnejšia návšteva učiteliek, klaunov, herných terapeutov, 4. Umožnenie prístupu detí v mladšom školskom veku na internet, 5. Iné

V otázke č. 20 sme zisťovali vlastne návrhy respondentov pre vylepšenie aktivizácie detských pacientov na oddeleniach. Respondenti si mohli vybrať viacero možností, poprípade doplniť vlastný návrh. 49 odpovedí (34 %), ktoré si respondenti zvolili, by uvítalo pravidelnejšiu návštevu učiteliek, klaunov, herných terapeutov. Aktívnejšie zapájanie sa rodičov ako možnosť č. 1 získalo 49 odpovedí (33 %). K zlepšeniu aktivizácie pacientov by podľa 32 zvolených odpovedí (22 %) pomohlo doplnenie viacerých hier pre deti na oddelenie. 13 odpovedí, ktoré predstavujú možnosť č.4 (9 %) by uvítalo umožnenie prístupu detí v mladšom veku na internet. 3 odpovede (2 %) boli vložené ako vlastný návrh.

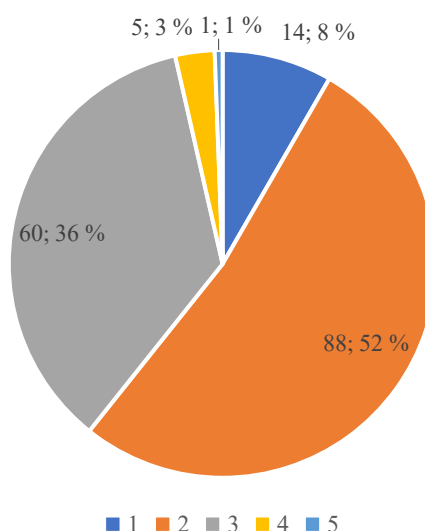
### Čas strávený aktivizáciou



Obrázok 21 Čas strávený aktivizáciou; 1. 1x do dňa, 2. 1x do týždňa, 3. Viackrát za deň, 4. Viackrát za týždeň, 5. Nevenujú sa vôbec

Na obrázku 21 je graficky znázornené, koľko času do týždňa vykonávajú nejakú formu aktivizácie na oddelení. 1x do dňa trávia čas deti aktivizáciou podľa 29 respondentov (29 %). Podľa 7 respondentov (7 %) sa na ich oddelení venujú deti aktivizácii 1x do týždňa. 27 respondentov (27 %) uvádza, že sa deti na ich oddelení venujú aktivizácii viac krát za deň. 38 respondentov (37 %) uvádza, že sa venujú aktivizácii pacientov viac krát za týždeň. Žiadny z respondentov neuviedol, že sa na jeho oddelení nevenujú aktivizácii pacientov.

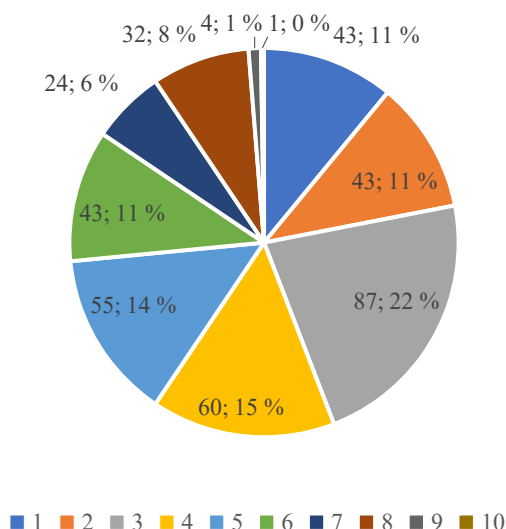
### *Efekt hernej terapie podľa veku*



Obrázok 22 *Efekt hernej terapie podľa veku; 1. Deti batoliaceho obdobia (1-3 rokov), 2. Deti predškolského veku (4 - 5 rokov), 3. Deti mladšieho školského veku (6 - 12 rokov), 4. Deti staršieho školského veku (13 - 15 rokov), 5. Staršie deti (16-18 rokov)*

V otázke 22 sme zisťovali, v ktorom vekovom období je podľa respondentov, aktivizácia pacientov najefektívnejšia. Respondenti so mohli zvoliť aj viacero možností. 88 odpovedí (52 %) získala možnosť, že najväčší efekt má aktivizácia pre deti predškolského veku (4 – 5 rokov). Deti mladšieho školského veku (6 – 12 rokov) ako možnosť č.3 získalo 60 odpovedí (36 %). 14 odpovedí (8 %) nám predstavuje možnosť č.1, ktorá predstavuje deti batoliaceho obdobia (1 – 3 rokov). Podľa 5 zvolených možností (3 %) má herná terapia vplyv aj na deti staršieho školského veku (13 – 15 rokov). Len jedna odpoveď (1 %) nám vyjadruje, že existuje vplyv hernej terapie aj na staršie deti (16 – 18 rokov).

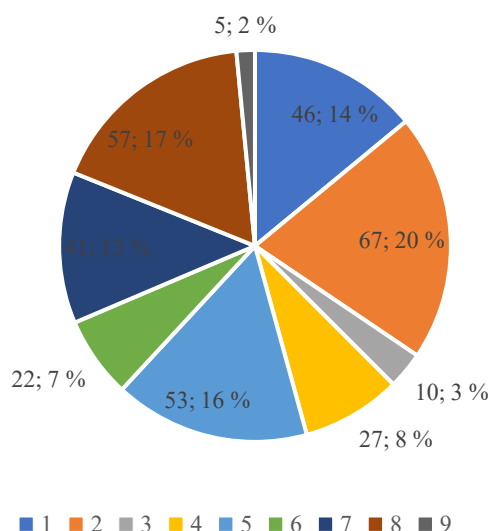
### Aktivity vo veku od 4 – 5 rokov



Obrázok 23 Aktivity pre deti vo veku od 4 - 5 rokov; 1. Lego, 2. Spoločenské hry, 3. Kreslenie, 4. Hry s klaunami, 5. Plyšové hračky, 6. Skladanie puzzle, 7. Pozeranie filmov, 8. Čítanie rozprávok, 9. Hry na mobilnom telefóne, tablete, 10. Iné

Na obrázku 23 vidíme grafické znázornenie používania rôznych pomôcok pri aktivizácii detí vo veku od 4 – 5 rokov na oddeleniach. Najčastejšou aktivitou je kreslenie, ktorú uvádza 87 zvolených odpovedí (22 %). 60 odpovedí (16 %) uvádza hry s klaunami, 55-krát (14 %) zvolená možnosť č.5 uvádza používanie plyšových hračiek, 43 zvolených odpovedí (11 %) uvádza, že s pacientami používa pri aktivizácii lego, 43-krát zvolená možnosť č. 2 a č. 6 (11 %) hovorí o používaní spoločenských hier a skladaní puzzle, 32 zvolených (8 %) odpovedí udáva čítanie rozprávok, 24 odpovedí (6 %) nám ukazuje, že aj pozeranie filmov je v rámci aktivizácie používaná metóda, 4 respondenti (1 %) využívajú pri pacientoch hry na mobilnom telefóne, tablete. Bola uvedená aj 1 iná odpoveď, kde respondent uviedol bábky.

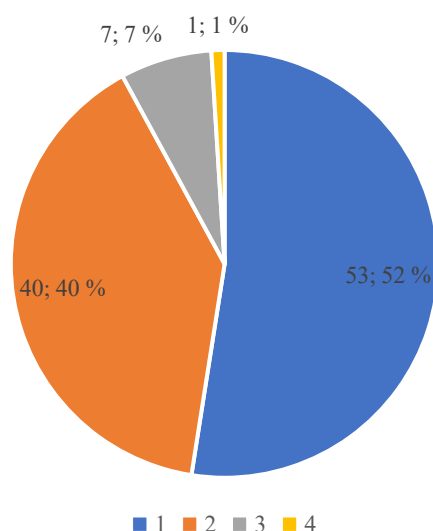
### Aktivity pre deti vo veku od 6 – 12 rokov



Obrázok 24 Aktivity pre deti od 6 - 12 rokov; 1. Lego, 2. Spoločenské hry, 3. Plyšové hračky, 4. Hry s klaunami, 5. Pozeranie filmov, 6. Čítanie rozprávok, 7. Skladanie puzzle, 8. Hranie hier na telefóne, tablete, 9. Iné

Na obrázku 24 vidíme grafické znázornenie vykonávaných aktivít na oddelení s deťmi vo veku od 6. – 12. rokov. Najvykonávanejšou aktivitou sú spoločenské hry. Táto aktivita bola označená 67-krát (20 %). 57 odpovedí (17 %) predstavuje možnosť č. 8 a to hranie hier na telefóne, tablete. Možnosť č. 5 a teda pozeranie filmov bola označená ako odpoveď 53-krát (16 %). Lego ako pomôcku používanú pri aktivitách na oddelení si zvolili 46-krát (14 %). 41 odpovedí (13 %) vykazuje skladanie puzzle. 27 odpovedí (8 %) zahŕňa do aktivizácie pacientov na oddelení hry s klaunami. 22 odpovedí (7 %) získala možnosť čítania rozprávok. Plyšové hračky boli ako odpoveď zaznamenané 10- krát (3 %). Iné pomôcky pri aktivizácii používa 5 respondentov (2 %).

### Spokojnosť s organizáciou voľného času



Obrázok 25 Spokojnosť s organizáciou voľného času; 1. Áno, 2. Skôr áno, 3. Skôr nie, 4. Nie

Na obrázku 25 vidíme spokojnosť dieťaťa a jeho rodiča s organizáciou voľného času na oddelení. 53 respondentov (52 %) pociťuje spokojnosť dieťaťa a jeho rodiča s organizáciou voľného času, 40 respondentov (40 %) odpovedalo skôr áno, 7 respondenti (7 %) skôr nepociťujú spokojnosť s organizáciou voľného času a 1 (1 %) respondent vyjadril nespokojnosť s organizáciou voľného času.

### 3.5 Výsledky štatistického vyhodnotenia

Na základe stanovených cieľov bolo vymedzených 5 pracovných hypotéz. Na ich vyhodnotenie sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality, ETA korelačný koeficient, Cramerovo V a Spearmanov korelačný test, na základe ktorých sme posúdili prijateľnosť daných hypotéz.

**Hypotéza 1:** Vieme predpokladať, že veková kategória sestier od 40 rokov vplyva na ochotu spolupracovať s nezdravotníckym personálom.

Tabuľka 3 Kontingenčná tabuľka relatívnej četnosti; Spolupráca s nezdravotníckym personálom

	Áno		Nie		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
<b>Respondenti</b>	66	65,3	35	34,7	101	100

Na základe povahy premenných, pre testovanie hypotézy 1 použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 1 sme predpokladali, že existuje štatisticky významný vzťah medzi vekom sestier a ich ochotou spolupracovať s nezdravotníckym personálom. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili Eta korelačný koeficient.

Tabuľka 4 *Eta test; Spolupráca s nezdravotníckym personálom \* Vek*

		Hodnota	
Nominal by Interval	Eta	Vek Dependent	0,132

1H0: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom sestier a ochotou spolupracovať s nezdravotníckym personálom.

1HA: Existuje štatistická významná súvislosť medzi vekom sestier a ochotou spolupracovať s nezdravotníckym personálom

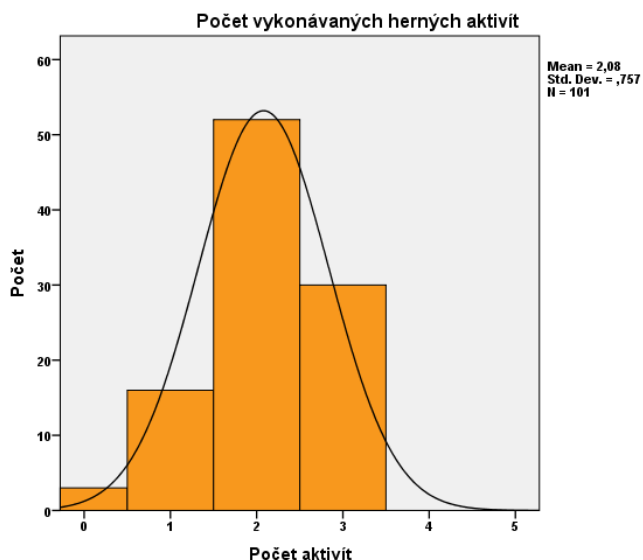
Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 3 môžeme vidieť, že medzi vekom sestier a ochotou spolupracovať s nezdravotníckym personálom sa nezistil žiadny vzťah. Hodnota ETA korelácie bola 0,132. Hodnota nám hovorí o sile vzťahu (korelácie). Tá nadobúda hodnotu od -1 po 1. Čím je hodnota bližšia k -1 alebo 1, tým je vzťah silnejší. Ak je to hodnota blízka 0, vzťah je slabý alebo žiadny. V našom prípade je hodnota korelácie 0,132, čo predstavuje žiadny vzťah. Zistili sme teda, že vek s ochotou spolupracovať s nezdravotníckym personálom spolu nesúvisí.

Hypotéza 1 sa nepotvrdila.

**Hypotéza 2:** Vieme predpokladať, že množstvo pomôcok na oddelení ovplyvňuje počet vykonávaných aktivít s deťmi na oddelení.

Tabuľka 5 *Kontingenčná tabuľka relatívnej četnosti; Dostatočný počet potrebných pomôcok*

	Áno		Nie		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
<b>Respondenti</b>	91	90,1	10	9,9	101	100



Obrázok 26 Závislosť počtu pomôcok k počtu vykonávaných herných aktivít

2H0: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi množstvom pomôcok na oddelení užívaných k herným aktivitám a počte vykonávaných herných aktivít u detí.

2HA: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi množstvom pomôcok na oddelení užívaných k herným aktivitám a počte vykonávaných herných aktivít u detí.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 5 a obrázku 26, môžeme pozorovať, že 90,1% sestier považuje počet pomôcok pre aktivizáciu pacienta na pracovisku za dostatočný a len 9,9 za nedostatočný. Priemerná hodnota počtu vykonávaných herných aktivít na pracovisku je 2,08 aktivity.

Na základe povahy premenných, pre testovanie hypotézy 2 použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 2 sme predpokladali, že existuje štatisticky významný vzťah medzi vnímaním dostatočnosti pomôcok pre aktivizáciu pacienta na pracovisku a počtom vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili Eta korelačný koeficient.

Tabuľka 6 *ETA test; Dostatočnosť pomôcok pre aktivizáciu pacienta na pracovisku \* Počet vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku*

		Hodnota	
Nominal by Interval	Eta	Počet aktivít Dependent	0,167



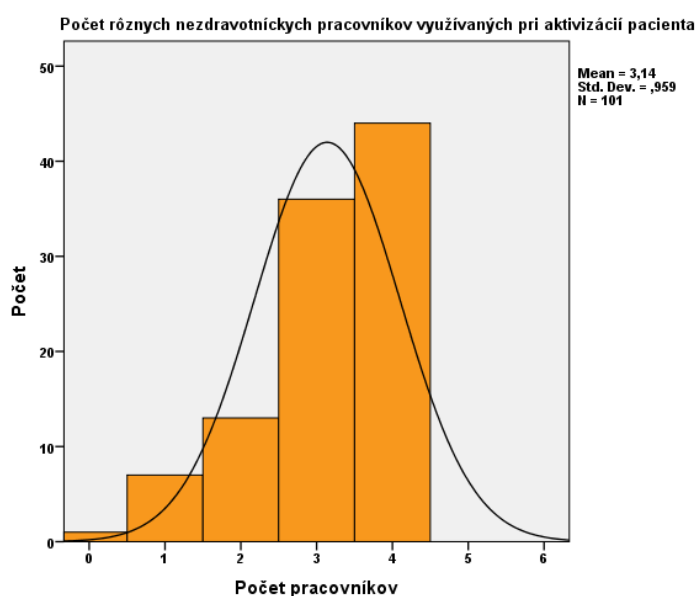
Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 6 môžeme vidieť, že medzi vnímaním dostatočnosti pomôcok pre aktivizáciu pacienta na pracovisku a počtom vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku sa nezistil žiadny vzťah. Hodnota ETA korelácie bola 0,167.

Hypotéza 2 sa nepotvrdila.

**Hypotéza 3** Vieme predpokladať, že neprítomnosť nezdravotníckeho personálu znižuje počet vykonávaných aktivít s pacientami na oddelení.

Tabuľka 7 Nezdravotnícky personál pri aktivizácii

<b>Aritmetický priemer</b>	3,14
<b>Smerodatná odchýlka</b>	0,59
<b>Maximálna hodnota</b>	4
<b>Minimálna hodnota</b>	0



Obrázok 27 Závislosť počtu pracovníkov k aktivizácii pacienta

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 7 a obrázku 27, môžeme pozorovať, že priemerná hodnota počtu typov nezdravotníckych pracovníkov využívaných pri aktivizácii pacienta je 3,14.

Stanovené štatistické hypotézy boli nasledovné:

3H0 Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi počtom vykonávaných herných aktivít u detí a neprítomnosti nezdravotníckeho pracovníka alebo herného terapeuta na oddelení.

3HA Existuje štatisticky významná súvislosť medzi počtom vykonávaných herných aktivít u detí a neprítomnosti nezdravotníckeho pracovníka alebo herného terapeuta na oddelení.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie hypotézy 3 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality.

Tabuľka 8 *Test normality*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	Df	Sig.
<b>Počet vykonaných herných aktivít</b>	0,270	101	0,000
<b>Počet rôznych typov nezdravotníckeho personálu</b>	0,251	101	0,000

Ak je hodnota v stĺpci Sig menšia ako 0,05 tak vieme, že meraná skupina nemá normálne rozloženie a teda ak aspoň jedna z dvojice skupín nemá normálne rozloženie, musíme pre výpočet hypotézy použiť neparametrické testy.

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 8, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 3 použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 3 sme predpokladali, že existuje štatisticky významný vzťah medzi počtom typov nezdravotníckeho personálu využívaného pri aktivizácii pacientov a počtom vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 9 *Spearmanov korelačný test; Počet typov nezdravotníckeho personálu využívaného pri aktivizácii pacientov \* Počet vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku*

<b>Correlation Coefficient</b>	0,139
<b>Sig (2-tailed)</b>	0,167
<b>N</b>	101

Pozrieme si hodnotu v riadku Correlation Coefficient. Ak je tam hodnota blížiac sa k 1 alebo -1, tak korelácia alebo teda vzťah je silný. Ak sa hodnota blíži k 0 tak je žiadny. V našom prípade je hodnota 0,139 a to znamená žiadny vzťah. Následne sa pozrieme aj na Sig. (2-tailed), ktoré nám potvrdzuje štatistickú nevýznamnosť, keďže je hodnota väčšia ako 0,05. Zistili sme teda, že počet typov nezdravotníckeho personálu

využívaného pri aktivizácii pacienta nesúvisí s počtom herných aktivít vykonávaných u detí na pracovisku.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 9 môžeme vidieť, že medzi počtom typov nezdravotníckeho personálu využívaného pri aktivizácii pacienta a počtom vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku sa nezistil žiadny vzťah. Hodnota Spearmanovej korelácie bola 0,139.

Hypotéza 3 sa nepotvrdila.

**Hypotéza 4** Vieme predpokladať, že dĺžka vykonávanej praxe ovplyvňuje množstvo herných aktivít, ktoré vykonávajú.

4H<sub>0</sub>: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi dĺžkou praxe sestier a množstvom herných aktivít, ktoré vykonávajú.

4H<sub>A</sub>: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi dĺžkou praxe sestier a množstvom herných aktivít, ktoré vykonávajú.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie hypotézy 4 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality.

Tabuľka 10 *Test normality*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	Df	Sig.
Počet vykonaných herných aktivít	0,270	101	0,001
Dĺžka praxe	0,119	101	0,001

Ak je hodnota v stĺpci Sig menšia ako 0,05 tak vieme, že meraná skupina nemá normálne rozloženie a teda ak aspoň jedna z dvojice skupín nemá normálne rozloženie, musíme pre výpočet hypotézy použiť neparametrické testy.

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 10, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 4 použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 4 sme predpokladali, že existuje štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou praxe sestier a počtom vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 11 *Spearmanov korelačný test; Dĺžka praxe \* Počet vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku*

<b>Correlation Coefficient</b>	0,277
<b>Sig (2-tailed)</b>	0,005
<b>N</b>	101

Pozrieme si hodnotu v riadku Correlation Coefficient. Ak je tam hodnota blížiac sa k 1 alebo -1, tak korelácia alebo teda vzťah je silný. Ak sa hodnota blíži k 0 tak je žiadny. V našom prípade je hodnota 0,277 a to znamená slabý vzťah. Následne sa pozrieme aj na Sig. (2-tailed), ktoré nám potvrdzuje štatistickú významnosť, keďže je hodnota menšia ako 0,05. Hodnota korelácie je kladné číslo, preto ide o pozitívnu koreláciu a teda čím dlhšia prax, tým viac aktivít. Zistili sme teda, že dĺžka praxe slabo pozitívne súvisí s počtom herných aktivít vykonávaných u detí na pracovisku.

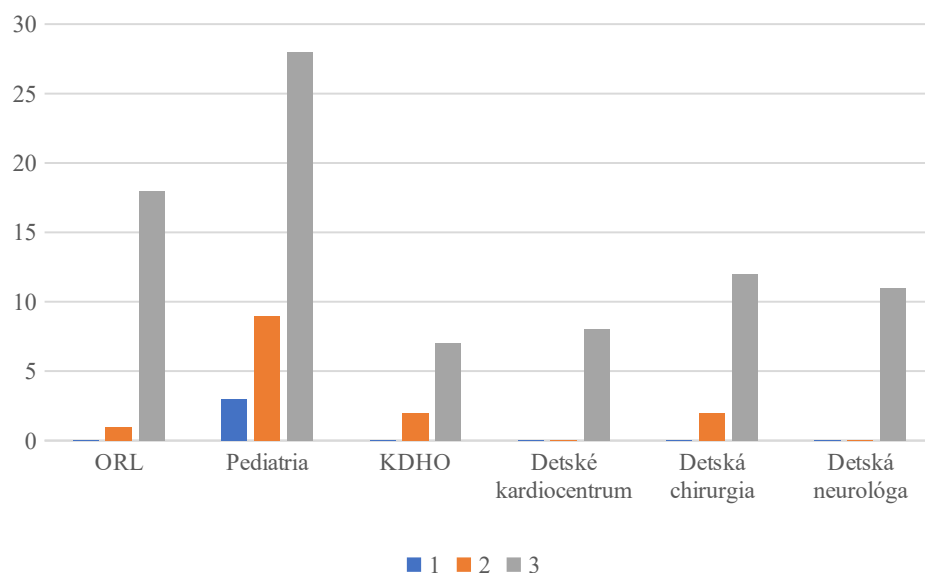
Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 11 môžeme vidieť, že medzi dĺžkou praxe sestier a počtom vykonávaných herných aktivít u detí na pracovisku sa zistil slabý pozitívny štatisticky významný vzťah. Hodnota Spearmanovej korelácie bola 0,277.

Hypotéza 4 sa potvrdila.

**Hypotéza 5** Vieme predpokladať, že existuje súvislosť medzi typom oddelenia a spokojnosťou personálu s možnosťami aktivizácie pacientov.

Tabuľka 12 *Oddelenie \* Spokojnosť s vybavením a možnosťami herných aktivít detí*

		Spokojnosť s vybavením a možnosťami herných aktivít detí			Spolu
		Nízka	Priemerná	Vysoká	
Oddelenie	Detské ORL	0	1	18	19
	Pediatrica	3	9	28	40
	KDHO	0	2	7	9
	Detské kardiocentrum	0	0	8	8
	Detská chirurgia	0	2	12	14
	Detská neurológia	0	0	11	11
<b>Spolu</b>		3	14	84	101



Obrázok 28 Oddelenie a spokojnosť s vybavením a možnosťami aktivizácie.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 12 a obrázku 28 vidíme, že na každom oddelení bola najviac zastúpená vysoká spokojnosť s vybavením a možnosťami herných aktivít detí.

Stanovené štatistické hypotézy boli nasledovné:

5H0: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi typom oddelenia a spokojnosti personálu s vybavením a možnosťami herných aktivít detí

5HA: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi typom oddelenia a spokojnosti personálu s vybavením a možnosťami herných aktivít detí.

Je potrebné otestovať normalitu rozloženia premenných, ktoré budú zastúpené vo vzorke. V preklade, či testované dáta majú rozloženie podľa Gaussovej krivky alebo nie. V tomto prípade však nominálna premenná Oddelenia a poradová premenná Spokojnosti nezodpovedajú spojitém premenným a teda automaticky použijeme neparametrický test.

Na základe povahy premenných, pre testovanie hypotézy 5 použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 5 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi oddelením a spokojnosťou s vybavením a možnosťami herných aktivít detí. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili neparametrický test Cramerovo V.

Tabuľka 13 Cramerovo  $V$  \* Oddelenie a spokojnosť s vybavením a možnosťami aktivizácie

	Hodnota	Approx. Sig.
<b>Cramer's V</b>	0,250	0,243
<b>N of Valid Cases</b>	101	

Stĺpec Value nám hovorí o sile vzťahu. Nadobúda hodnotu od -1 po 1. Čím bližšie k 1 alebo -1, tým silnejší vzťah. Čím bližšie k 0, tým je vzťah slabší až žiadny. Následne sa pozrieme na Approx. Sig. Ak je tam hodnota menšia ako 0,05 vtedy vieme, že vzťah je aj štatisticky významný. V našom prípade môžeme vidieť, že hodnota korelácie je 0,25 čo je slabý vzťah. V druhom stĺpci je hodnota 0,243 a keďže je táto hodnota viac ako 0,05, tento výsledok nie je štatisticky významný. Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 13 môžeme vidieť, že sa nepotvrdil štatisticky významný vzťah medzi typom oddelenia a spokojnosťou s vybavením a možnosťami herných aktivít detí. Hodnota korelácie Cramerovho  $V$  bola 0,25.

Hypotéza 5 sa nepotvrdila.

## 4. DISKUSIA

Neštandardizovaný dotazník, ktorý bol určený pre sestry na lôžkových oddeleniach detskej časti FN Motol, bol zostavený z 25 položiek. Na začiatku dotazníka respondenti odpovedali na identifikačné otázky. Z odpovedí na prvú položku, kde sme sa respondentov pýtali na ich vek nám vyplynulo, že v detskej časti nemocnice prevažne pracujú zdravotníci vo vekovej kategórii 40 – 49 rokov, ktorí tvorili 33 % zo všetkých respondentov. Ďalšou položkou, ktorá patrí k identifikačným otázkam bolo dosiahnuté vzdelanie respondentov. V tejto položke sa preukázalo, že najviac respondentov dosiahlo vzdelanie stredoškolské s maturitou. Títo respondenti tvorili až 55 % zo všetkých respondentov. Nečakala som, že z dotazníkového šetrenia nám vyplynie o toľko väčšie percento respondentov so stredoškolským vzdelaním s maturitou. Domnievala som sa, že na detských oddeleniach v súčasnej dobe pracujú zdravotné sestry s vyšším vzdelaním v obore detská sestra, prípadne so špecializáciou detskej sestry. Predpokladám, že vyšší podiel percenta so stredoškolským vzdelaním súvisí aj s vyšším vekom sestier, ktorí sme zisťovali v už zmienenej položke č. 1, ako aj s položkou č. 3, kde sme sa pýtali na odpracované roky praxe v zdravotníckom zariadení, kde sme zistili, že najviac a to 28 % respondentov pracuje v zdravotníckom zariadení 20 – 29 rokov. Daná veková kategória aj roky praxe nám naznačujú, že absolventi zdravotníckych škôl pred začatím svojej praxe ukončili svoje vzdelanie ako všeobecné alebo detské sestry, preto sa domnievam, že ich vzdelanie bolo natoľko postačujúce, že počas svojej práce nepociťovali potrebu vyššieho vzdelania. V položke č. 2 sme sa pýtali respondentov, na akom oddelení aktuálne pracujú, a teda nám to dalo aj bližší prehľad o tom, koľko použiteľných dotazníkov sa nám z jednotlivých oddelení vrátilo. Tu sa nám ukázalo, do akej miery s nami pri vyplňaní dotazníkov sestry na oddeleniach spolupracovali. Na oddelenia sme rozniesli toľko dotazníkov, koľko sme získali od vrchných alebo staničných sestier informáciu, že sa tam nachádza sestier. Na oddelení ORL som bola milo prekvapená, že návratnosť použiteľných dotazníkov bola nad 85 %, kedy sa nám od sestier vrátilo 19 z 22 dotazníkov. Naopak z oddelenia detskej gastroenterológie sa nám vrátili len 4 dotazníky, čo je oproti iným oddeleniam neporovnateľne menej. Nie je veľmi ľahké, posúdiť prečo vznikli takéto veľké rozdiely v počte odovzdaných dotazníkov z jednotlivých oddelení. Rozhodujúcim faktorom boli podľa môjho názoru nedostatočný čas pre sestry poskytnutý k vyplneniu dotazníkov, vzhľadom na ich vyťaženosť prácou, alebo ich nesúhlas so zapojením sa do tohto dotazníkového šetrenia.

Ďalšou položkou č.5 v dotazníku sme sa snažili od respondentov zistiť, čo vlastne podľa nich znamená pojem aktivizácia. Ako tomuto pojmu rozumejú a čo si vlastne pod nim vedľa predstaviť. V tejto položke sme dali respondentom na výber z viacerých možností, kde si mohli zvoliť aj viac odpovedí, podľa toho, s ktorou odpoveďou sa najviac stotožňujú. Pri vyhodnocovaní otázky som zistila, že pri jednotlivých možnostiach je približne rovnaké množstvo odpovedí, teda väčšina respondentov volila rovnaké možnosti, ktoré sa zhodovali viackrát. Najviac odpovedí získali možnosti, z ktorých vyplýva, že podstatou hospitalizácie je zabaviť dieťa hernými aktivitami alebo jeho zapojenie do tvorivých činností. Po hlbšej analýze týchto dvoch možností som dospela k názoru, že podľa respondentov znamená pojem aktivizácia hlavne nejakú činnosť, pohyb alebo tvorivú činnosť, ktorú môžu deti skutočne vykonávať, čiže aktivizácia pre nich hlavne znamená nejakú aktivitu, čo vyplýva aj z názvu. Možnosti ako prevencia voči hospitalizmu a odpútanie pozornosti od ochorenia nemusia na prvý dojem evokovať pocit spojenia s pojmom aktivizácia, pretože na prvý pohľad to spolu nemusí súvisieť. Túto možnosť si respondenti volili v menšej miere ako predošlé dve možnosti. Ja sa však domnievam, že každá možnosť nadväzuje na druhú, pretože hospitalizmus je stav, kedy dieťa negatívne reaguje na hospitalizáciu, môže strácať záujem o okolie uzatvára sa do seba a pod. Podobný stav vieme a musíme u dieťaťa riešiť rôznymi spôsobmi. Jedným z nich je aj aktivizácia, kedy dávame dieťaťu dostatočné podnety, aby sa zbavovalo strachu z neznámeho prostredia, aby aj vyvíjalo nejakú aktivitu na oddelení a zabránili tak zhoršovaniu stavu pacienta, či už formou hier, aktivity s pracovníkmi, kreslenie, ale aj čítanie knižiek rozhovory apod. Možnosti ako viesť dieťa k pohybu aj na oddelení, obnovenie činností alebo úlohy, ktoré nútia vyvíjať nejakú aktivitu si respondenti vybrali najmenej, ale tiež to bolo vo veľmi podobných počtoch. Tu mohlo byť dôvod podobných odpovedí aj možná podobnosť s formuláciou predchádzajúcich najviac označovaných možností. Pri spätnom hodnotení mohli respondenti z uvedených posledných možností nadobudnúť dojem, že uvedené odpovede boli ponúknuté z veľmi širokého hľadiska a nevedeli z daných možností prísť na to, čo nimi chceme povedať.

Napriek všetkému vieme z tejto položky o zisťovaní znalosti pojmu aktivizácie vyhodnotiť, že respondenti na základe odpovedí vnímajú pojem aktivizácia veľmi podobne, a to najmä z hľadiska aktívneho vykonávania nejakej aktivity.

V položke č. 7 sme sa zamerali na spokojnosť respondentov s množstvom pomôcok, ktoré sú potrebné na oddelení pre dostatočnú aktivizáciu detí. Názory respondentov sa líšili



aj podľa oddelení, ale rozdielna spokojnosť s množstvom pomôcok bola rozdielna aj medzi respondentmi z jedného oddelenia, kde sa nám dokázalo, ako na každom oddelení sa pozerajú na aktivizáciu pacienta z rôzneho uhľá pohľadu. Nespokojnosť vyjadrovali respondenti na oddeleniach detskej jednotky intenzívnej starostlivosti, kde miera nespokojnosti s pomôckami dosiahla 33,3 %, teda nespokojnosť vyjadrili 3 z 9 respondentov. Miera nespokojnosti na oddeleniach ORL, detskej gastroenterológie, detskej endokrinológie, na pneumológii a pediatrii bola podstatne nižšia, ale aj na týchto oddeleniach sa našli respondenti, ktorým množstvo pomôcok nevyhovuje. Oddelenia, kde boli respondenti spokojní s množstvom pomôcok bolo spomedzi 11 oddelení len 5 a to detská chirurgia, nefrológia, detské kardiocentrum a klinika detskej hematológie a onkológie. Dôvodom spokojnosti na týchto oddeleniach môže byť fakt, že tieto oddelenia kardiocentra a onkológie sú verejne prezentované rôzne zbierky a nadácie, ktoré sú mediálne podporované.

Ďalšou položkou, ktorá nás po vyhodnotení dotazníkového šetrenia zaujala, bola otázka, kde sme zisťovali názor respondentov, ktoré aktivity na základe ich skúseností majú pozitívny vplyv na odbúravanie strachu počas hospitalizácie v nemocnici. Z dotazníkového šetrenia vyplynulo, že najviac používanou metódou pre odbúravanie strachu je prostá komunikácia s deťmi, na odvrátenie pozornosti, aby deti prišli na iné myšlienky a lepšie spolupracovali so zdravotníckym personálom a vytvoril sa tam aj dôvernejší vzťah medzi pacientom a personálom, preto súhlasím s respondentmi o potrebe komunikácie pre odbúravanie strachu pacientov v nemocnici. Avšak veľmi málo respondentov používa ako vhodný spôsob pre zmiernenie strachu arteterapiu a canisterapiu. Tieto dve metódy získali najmenší počet odpovedí, čo môže spôsobovať viacero faktorov. Z pohľadu sestier môže byť canisterapia byť náročná z časového aj priestorového hľadiska. Rovnako je potrebný aj personál, špeciálne vyškolený na daný druh terapie. V FN Motol vykonáva tieto aktivity tím z dobrovoľníckeho centra a teda vykonávanie canisterapie je ovplyvňované aj prítomnosťou dobrovoľníkov na oddelení. Nízky výskyt arteterapie aj canisterapie môže byť spôsobený aj časovou náročnosťou, kedy je náročné spojiť čas potrebný na vykonanie ošetrovateľských činností s časom, kedy sa deti musia pripraviť alebo premiestniť na miesto, kde sa vykonáva canisterapia alebo aj arteterapia. Zvlášť týmto aktivitám by som ale venovala zvýšenú pozornosť pri ich častejšom začleňovaní do aktivít detí na oddelení. Tieto aktivity sú zároveň aj mediálne podporované, kde sú vyzdvihované aj priaznivé účinky na psychický stav detí. Autorky Čepková a Sasáková (2015) vo svojom článku, kde skúmali benefity aplikovania canisterapie a arteterapie, nielen v rámci nemocnice ale aj do

bežného života kde výsledok ich výskumu hovorí o zlepšení neverbálnej komunikácie, uvoľnení svalových spazmov, pozitívne vplyva na zlepšení komunikácie, pacienti pri využívaní arteterapie sa môžu naučiť komunikovať aj pomocou výtvarných schopností, zlepšuje socializáciu, upokojuje. Vo svojom článku ďalej uvádzajú, že arteterapia a canisterapia sa dajú aj skombinovať. Na základe daných informácií sa domnievam, že častejšie zaradenie daných druhov terapie by mohlo významne zlepšiť aktivizáciu a pobyt pacienta v nemocnici.

V položke č. 12 sme sa zamerali na nezdravotnícky personál, jeho zastúpenie na oddelení, zaujímala nás spolupráca zdravotníckeho personálu pri aktivizácii detí s týmito pracovníkmi. Respondenti si mohli zvoliť viacero pracovníkov, s ktorými spolupracujú a ktorí sa u nich na oddelení podieľajú pri aktivizácii pacientov. Mohli si zvoliť možnosti ako klaun, učiteľka z materskej alebo základnej školy, herný terapeut a dobrovoľníci. Najväčšie množstvo odpovedí získali klaun a učiteľky z materskej a základnej školy. Aj počas mojej praxe na daných oddeleniach som sa stretla s učiteľkami aj z materskej aj základnej školy, kde som sa naozaj presvedčila, že skutočne ich prítomnosť na oddelení vyplní značnú časť dňa pre pacientov, ktorým zdravotný stav dovoľuje vzdelávať sa. Klaunov označilo značné množstvo respondentov, rovnako aj ich prítomnosť na oddeleniach si zamestnanci chválili ako spestrenie hospitalizácie. Naopak, čo sa týkalo možností herný terapeut a dobrovoľníci, je značne viditeľné, že s týmito pracovníkmi respondenti podľa dotazníkového šetrenia momentálne nespupracujú. V súčasnej situácii (koronavírus) je obmedzená možnosť prítomnosti dobrovoľníkov na oddelení, preto prevažnú časť rôznych aktivít preberajú klauni, rovnako sa využíva možnosť bábkového divadla, ktorého sa deti môžu zúčastniť. Minimálne zapájanie sa herného terapeuta do procesu aktivizácie pacientov na oddeleniach považujem ako neprospešné pre pacientov. Medvedová Hana (2008) vo svojej rigoróznej práci uvádza, že práca herného terapeuta má veľký prínos pre deti, dospelých a zdravotníkov. Najväčší význam má herná terapia pri uvoľňovaní a prejavovaní emócií. Zároveň však hovorí o tom, že herní špecialisti na detských oddeleniach chýbajú, kedy sú do tejto funkcie obsadzovaní zamestnanci nemocnice, ako detské sestry, učiteľky a pod. To potvrdzuje aj práca Masáčkovej Veroniky (2006), ktorá píše o plánoch herných aktivít, na ktorých sa podieľajú špeciálni pedagógovia, rodičia, niekedy aj samotné deti. Vo svojej práci odporúča, aby každá nemocnica mala svojho vlastného herného špecialistu. Domnievam sa, že prítomnosť kvalifikovaného herného terapeuta na detských oddeleniach by rovnako zlepšilo aktivity na oddeleniach. Niekoľko respondentov uviedlo, že využívajú na oddelení tzv. bábkové

divadlo. Prvotne som nevidela prínos maňušiek a ich vplyv na deti. Po hlbšej analýze výsledkov iných prací som dospela k záveru, že predsa len maňušky a hry s nimi môžu pozitívne ovplyvniť náladu pacientov. Ako príklad by som uviedla výsledky šetrenia v práci Hanákovej Kateřiny (2009), ktorá vo svojej práci hovorí že: „*Hra s maňuškami je najsugestívnejšou formou dramatickej hry prevažne u detí predškolského a mladšieho školského veku. Dieťa sa môže skryť za maňušku a lepšie tak odkryje svoje obavy, úzkosti a potlačované emócie. Herní špecialista môže zmenšiť strach zo zákroku, ktorý plynie hlavne z toho, že deti nevedia, čo sa s nimi bude diať*“.

Zároveň sme sa v položke č. 14 zaujímali, ako zdravotnícky pracovníci vnímajú zaradenie externých pracovníkov do ošetrovateľskej starostlivosti. 99 % zdravotníkov uviedlo spokojnosť a pozitivitu pri tejto otázke, avšak 1 respondent vyjadril svoj nesúhlas so zaradením takéto typu pracovníkov na oddelení. Zdravotnícky personál nemusí súhlasiť s prítomnosťou externých pracovníkov na oddelení z dôvodu malého priestorového vybavenia na oddelenia. Niekedy prítomnosť externých pracovníkov môže narúšať chod oddelenia, jeho nastavený režim, resp. režim pacienta, kedy je dôležité prispôbiť výkony aj čas aktivitám, ktoré tento priebeh môžu narušiť, rovnako nadbytočný počet pracovníkov na oddelení môže u zdravotníckych pracovníkov vyvolávať pocit napätia. Napriek tomu vysoká prevaha spokojnosti respondentov so zaradením externých pracovníkov do aktivít na oddelení má podľa môjho názoru veľmi pozitívny vplyv na pobyt pacientov na oddelení, z hľadiska času, ktorý im dokážu venovať, zlepšiť ich vnímanie stráveného času na oddelení a priviesť ich na iné myšlienky. Ich zaradenie môže aj uľahčiť prácu zdravotníkom, kedy dochádza k situáciám, že sa pri vyťaženosti svojej práce nedokážu postarať o aktivity pacientov. V položke č. 15 sme chceli zistiť, či zdravotnícky personál aj aktívne spolupracuje s externými pracovníkmi, a teda či pri vykonávaní svojej práce využíva priamu prítomnosť nezdravotníckeho personálu. Napriek tomu, že vysoké percento respondentov uviedlo ich súhlas s prítomnosťou nezdravotníckeho personálu na oddelení je percento respondentov, ktorí využívajú ich prítomnosť priamo pri výkone ošetrovateľských aktivít je podstatne menšie, a to 66 %. Z toho vyplýva, že respondenti súhlasia s prítomnosťou nezdravotníckeho personálu na oddelení, ale preferujú ich samostatnú prácu a aktivity s pacientom, kedy svoje výkony vykonávajú samostatne v súkromí pacienta bez cudzích osôb prítomných pri pacientovi. Ďalšou pozoruhodnosťou bol nepomer medzi spokojnosťou so spoluprácou s nezdravotníckym personálom, ktorú vykazuje 97 % a počtom respondentov, ktorí skutočne spolupracujú s nezdravotníckym personálom, ktorá nám vykazovala už spomínaných 66 %. Tu som sa pozastavila nad tým, či respondenti skutočne pochopili podstatu aktívnej spolupráce pri pacientovi medzi

zdravotníckym a nezdravotníckym personálom. Respondenti mohli vyjadriť svoju spokojnosť s prostou prítomnosťou nezdravotníckeho personálu na oddelení a ich starostlivosť o aktivity a psychické pohodlie pacientov ako nezávislú spoluprácu o pacienta.

Medzi nezdravotnícky personál patria aj klauni, ktorí sa nachádzajú na oddeleniach, o čom sme sa presvedčili aj podľa odpovedí respondentov v položke č. 12. Chceli sme vedieť, či sa vyskytla aj negatívna reakcia detských pacientov pri prítomnosti klaunov na oddelení. Prekvapivý bol výsledok dotazníkového šetrenia, kedy sa s negatívnou reakciou detí stretla skoro polovica zúčastnených respondentov, a to 44 %. Očakávala som, že pri vysokej spokojnosti s prítomnosťou klaunov na oddelení, bude menej negatívnych reakcií na klaunov. Z osobných skúseností viem predpokladať, že išlo skôr o mladšie deti, ktoré sú všeobecne vystresované z nemocničného prostredia, sú vystrašené, smutné a nechápu, čo sa môže všetko okolo nich diať. O to horšie reakcie sú u detí, ktoré sú hospitalizované bez rodičov, ktoré nemajú pocit bezpečia a istoty pri prítomnosti blízkej osoby, čo sa ale stáva málokedy. Keďže je osoba pre nich neznáma, prezlečená v oblečení, ktoré nepoznajú, pociťujú strach z neznámeho, ktorí sa vo väčšine prípadov prejavuje plačom a odmietaním týchto osôb v ich blízkosti. Všeobecne sa uvažuje o priaznivých účinkoch klaunov, naše šetrenie však odhalilo aj ich odmietanie.

Nasledujúce položky č. 23 a č. 24 sa zameriavali na aktivity pre deti v konkrétnej vekovej kategórii a to vo veku od 4 – 5 rokov a vekovej kategórii od 6 – 12 rokov. Respondenti si mohli zvoliť z viacerých ponúkaných možností, v prípade iného návrhu ho mohli doplniť slovom. Zaujímalo nás ako respondenti odlišujú aktivity vykonávané s deťmi z hľadiska ich veku a schopností. Vo všeobecnosti boli pri oboch vekových kategóriách rovnaké možnosti, ale pri vyhodnocovaní dotazníkového šetrenia je viditeľná zmena počtu odpovedí v jednotlivých možnostiach. Vo vekovej kategórii od 4. do 5. rokov volili respondenti skôr aktivity ako kreslenie, skladanie puzzle, hranie spoločenských hier, plyšové hračky alebo lego. S týmito aktivitami jednoznačne súhlasíme. Napríklad hranie spoločenských hier alebo stavanie lega môže podporiť deti pre tímovú hru a spoluprácu, sú viac začlenené v kolektíve. Skladanie puzzle je výbornou pomôckou na odpútanie pozornosti dieťaťa od okolia. Rubáková Denisa (2019) sa vo svojej práci zaoberala rôznymi pomôckami pre deti v nemocnici. Puzzle považuje za skvelý prostriedok a aktivitu pre deti, na zmenu pozornosti dieťaťa od vyšetrení a ochorenia. Môže sa učiť nové farby, zvieratá, precvičovať pamäť a slovnú zásobu. Plyšové hračky sú takisto dobrou pomôckou

pre rôzne hry v tomto veku. Rovnako čítanie rozprávok je výborná aktivita pre deti či už v nižších lebo vyšších vekových kategóriách. Deti v predškolskom veku ešte pravdepodobne čítať nevedia preto môže túto úlohu prevziať ako zdravotnícky, tak aj nezdravotnícky personál na oddelení. Čítanie rôznych príbehov môže pôsobiť pre deti upokojujúco a môže rozvíjať jeho predstavivosť. Vyskytli sa aj respondenti, ktorí preferujú na oddelení pozeranie filmov alebo hranie hier na telefóne alebo tablete. Podľa nášho názoru používanie elektronických pomôcok vo vekovej kategórii od 5 do 6 rokov nie je vhodný spôsob pre aktivizáciu detí, pretože podporovať u detí návyk na časté trávenie za počítačom alebo telefónom nie je vhodné v tomto skorom veku. Výnimka sa dá napríklad uplatniť napríklad pri pozeraní alebo počúvaní rozprávok, ale určite by som to nepraktizovala na dennej báze. Až na používanie elektronických pomôcok súhlasím so zvolenými aktivitami respondentov a hodnotím ich ako vhodné v danej vekovej kategórii.

Pri výbere vhodných aktivít pre deti vo vyššom veku a to od 6 do 12 rokov respondenti volili rovnaké možnosti, avšak najpočetnejšou skupinou zvolených možností neboli prevažne hračky ako pri predchádzajúcej skupine. Pri tejto vekovej kategórii boli preferované spoločenské hry, pozeranie filmov, hry na tablete a telefóne a až následne sa do aktivít zapájajú aj hračky ako puzzle, lego alebo plyšové hračky, ktoré v tejto kategórii sú používané najmenej. Rovnako aj pri tejto vekovej kategórii si myslím, že spoločenské hry vhodne volenou aktivitou pre deti. Dá sa povedať, že popri spoločenských hrách sú elektronické pomôcky ako telefóny, tablety alebo pozeranie filmov preferované spôsoby respondentov ako zabaviť pacientov na oddelení. Ostatné pomôcky ako hračky, lego a puzzle boli vybrané v zmenšenej miere. Používanie elektronických pomôcok by som ani pri tejto vekovej kategórii nebrala ako preferovaný spôsob aktivizácie. Súhlasím s tým, že pre školou povinné deti je internet a elektronika dôležitá, aby v nemocničnom prostredí ostali v spojení so svojimi blízkymi osobami a kamarátmi, ale dôležité je kontrolovať množstvo času stráveného na internete, aby sa vedeli sústrediť aj na svoju liečbu a netrúvali príliš veľa voľného času na internetových stránkach. Vhodne volenými aktivitami by som teda povedala, že pri tejto vekovej kategórii sú spomínané spoločenské hry, skladanie puzzle, hranie lega ako klasické hry, ktoré sú vhodné ako pre menšie tak aj pre staršie deti. Čo sa týka internetu a elektronických pomôcok súhlasím s tým, že sú vhodnejšie pre staršiu vekovú kategóriu. Avšak túto formu zábavy by som neuznávala ako jednu z najčastejších vykonávaných aktivít.

Súčasťou našej empirickej časti bolo aj vyhodnotenie štatistických hypotéz, kde sme skúmali vzťah medzi niektorými otázkami v dotazníku a ich vzájomné ovplyvňovanie. Celkovo sme testovali 5 hypotéz, z ktorých sa jedna potvrdila. Pri hypotéze 1 sme predpokladali, že existuje štatisticky významný vzťah medzi vekom sestier a ich ochotou spolupracovať s nezdravotníckym personálom. V tejto hypotéze sme zistili, že vek sestier nemá vplyv na ich ochotu spolupracovať s nezdravotníckym personálom. Preto nám aj z dotazníkového šetrenia vyplýva, že ochota spolupracovať je individuálna záležitosť každej sestry a nemôžeme to brať ako pravidlo. Stále prevažuje ochota k spolupráci ako neochota sa podieľať na aktivizácii s nezdravotníckym personálom. V štatistickej hypotéze č. 2 sme predpokladali, že množstvo pomôcok na oddelení ovplyvňuje počet vykonávaných aktivít s deťmi na oddelení. Aj v tejto hypotéze sme na základe štatistického vyhodnotenia zistili, že počet vykonávaných aktivít nie je ovplyvnené množstvom pomôcok na oddelení. Rovnako sa nepotvrdila ani hypotéza, kde sme predpokladali, že neprítomnosť nezdravotníckeho personálu znižuje počet vykonávaných aktivít s pacientami na oddelení. Na základe vyhodnotenia tejto hypotézy vieme, že prítomnosť nezdravotníckym pracovníkov nie je nevyhnutná pre vykonávanie rôznych druhov aktivít s pacientami na oddelení. Avšak v hypotéze č.4 sme zistili pozitívny štatistický vzťah medzi dĺžkou vykonávanej praxe a jej vplyvom na množstvo vykonávaných herných aktivít, čo znamená, že naša hypotéza sa nám potvrdila. Z tejto hypotézy vyplýva, že čím dlhšie zdravotnícky pracovníci vykonávajú svoju prax, tým ich záujem o vykonávanie rôzneho počtu aktivít klesá. Hypotéza č.5, kde sme zisťovali vzťah medzi oddelením a spokojnosťou s vybavením a možnosťami herných aktivít detí sa nepotvrdila, z čoho vyplýva, že neexistuje vzťah medzi jednotlivými typmi oddelenia, z ktorého respondenti vyjadrovali ich spokojnosť s možnosťami hernej aktivity na ich oddelení spolu nesúvisí.

## 5. ZÁVER

Bakalárska práca sa zaoberala Aktivizáciou detského pacienta v nemocničnej starostlivosti. Hlavným cieľom tejto práce bolo zmapovať všetky aktivity na detských oddeleniach, ktoré sa vykonávajú vo FN Motol. Zisťovali sme aké pomôcky sa využívajú pri aktivizácii, kto sa zaoberá aktivitami pacientov na oddeleniach a spokojnosť zdravotníkov s možnosťami aktivizácie na jednotlivých oddeleniach. Na základe stanovených cieľov sme sformulovali hypotézy. Domnievame sa, že stanovené ciele bakalárskej práce sme splnili.

Ak by sme mali spätne zhodnotiť chyby v realizácii výskumného šetrenia, zamerali by som sa viac na zapojenie rodičov do organizácie aktivít na oddeleniach, rovnako by som doplnila otázku, kde by som sa snažila dozvedieť, ako si respondenti vysvetľujú pojem herný terapeut, keďže som pri vyhodnocovaní dotazníkového šetrenia nadobudla dojem, že tento pojem si nemusia vysvetľovať správne. Zároveň by som do dotazníkového šetrenia zapojila viacero nemocníc a porovnala výsledky medzi nimi.

Na základe výsledkov z dotazníkového šetrenia sme dospeli k názoru, že aktivizácia pacientov vo FN Motol je dostačujúca pre detských pacientov. Našlo sa minimum zdravotníckych pracovníkov, ktorí nie sú spokojní s možnosťami aktivít na oddelení. Negatíva, ktoré sme na základe nášho výskumu našli, bolo relatívne časté používanie elektronických pomôcok pre deti aj v predškolskom, aj v mladšom školskom veku. Sme toho názoru, že deti v zmienených vekových kategóriách, hlavne v predškolskom veku nepotrebujú na odpútanie pozornosti a zaktivizovanie dané pomôcky vzhľadom k ich veku. Častejšie návštevy učiteliek, dobrovoľníkov a herného terapeuta na oddeleniach by sme považovali za vhodnejšie a rovnako aj respondenti vyslovili tento názor.

Úlohami rodičov pri hospitalizácii dieťaťa na oddelení a ich aktívnu účasť pri vykonávaných činnostiach vykonávaných na oddeleniach alebo aj mimo neho by sme odporúčali na hlbšie preskúmanie v budúcich prácach, pretože si myslíme, že prítomnosť rodičov a ich účasť je nesmierne dôležitá pre pohodlie a ochotu dieťaťa.

Záverom vieme poukázať na dôležitosť aktivizácie na detských oddeleniach pre zlepšenie hospitalizácie pacientov, zabránenie hospitalizmu a celkovo priaznivé účinky na stav pacientov pri vykonávaní rôznych činností. Je potrebné aby sa aj v tejto oblasti naďalej zdravotnícky pracovníci vzdelávali a aby konkrétne činnosti vykonávali pracovníci

s dostatočnou kvalifikáciou. Vo FN Motol až na pár zmiených výhrad je forma aktivizácie pacientov na veľmi dobrej úrovni, s rôznorodými možnosťami aj pomôckami.



## 6. REFERENČNÝ ZOZNAM

BERAN, Jiří. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 8071699322.

BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.

BURNS-NADER, Sherwood a Maria HERNANDEZ-REIF. Facilitating play for hospitalized children through child life services. *Children's Health Care* [online]. 2014, 45(1), 1-21 [cit. 2020-09-21]. ISSN 0273-9615. Dostupné z: doi:10.1080/02739615.2014.948161

ČEPKOVÁ, K a N SASÁKOVÁ. Interconnection of canis therapy and art therapy. *Folia veterinaria*. 2015, 59(2), 148-152. ISSN 0015-5748.

FICOVÁ, Lenka Theodora. *Hry na rozvoj dílčích funkcí u dětí: optické a akustické vnímání, jemná motorika a prostorová orientace*. Praha: Grada, 2020. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-1045- 2.

FINLAY, Fiona, Anna BAVERSTOCK a Simon LENTON. Therapeutic clowning in paediatric practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2014, 19(4), 596-605 [cit. 2020-11-29]. ISSN 1359-1045. Dostupné z: doi:10.1177/1359104513492746

FRIČ, Pavol a Tereza POSPÍŠILOVÁ. *Vzorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na začátku 21. století*. Praha: Agnes, 2010. ISBN 978-80-903696-8-9.

HANÁKOVÁ, Kateřina. Aplikace technik terapie hrou v rámci herní práce v nemocnici u dětí mladšího školního věku [online]. Olomouc, 2009 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/sg158o/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.

HAVÍŘOVÁ, Jana. *Společenské hry: pro děti od 6 do 11 let*. Praha: Grada, 2005. Výchova a vzdělávání. ISBN 80-247-0825-6

HLAVÁČKOVÁ, E., Urbanová, J. AND Škvřňáková, J. Herní terapie v českých nemocnicích. *Pediatr. praxi*, 2015, vol. 16, iss. 3, p. 198-200.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.

KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.

KOLLER, Donna a Camilla GRYSKI. The Life Threatened Child and the Life Enhancing Clown: Towards a Model of Therapeutic Clowning. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2008, 5(1), 17-25 [cit. 2020-09-21]. ISSN 1741-427X. Dostupné z: doi:10.1093/ecam/nem033

KRIŠTOFIČ, Jaroslav. *Pohybová příprava dětí*. Praha: Grada, 2006. Děti a sport. ISBN 80-247-1636-4.

KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.

LAMBERT, V., J. COAD, P. HICKS a M. GLACKEN. Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health and Development* [online]. 2014, 40(2), 195-204 [cit. 2020-11-29]. ISSN 03051862. Dostupné z: doi:10.1111/cch.12016

LAMBERT, V., J. COAD, P. HICKS a M. GLACKEN. Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health and Development* [online]. 2014, 40(2), 195-204 [cit. 2021-01-30]. ISSN 03051862. Dostupné z: doi:10.1111/cch.12016

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

LI, William H. C., Joyce Oi Kwan CHUNG, Ka Yan HO a Blondi Ming Chau KWOK. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC*

*Pediatrics* [online]. 2016, 16(1) [cit. 2020-09-21]. ISSN 1471-2431. Dostupné z: doi:10.1186/s12887-016-0570-5

MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-695-3.

MASÁČKOVÁ, Veronika. Vliv herní terapie na děti předškolního věku [online]. Brno, 2006 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/gf3wq/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Dagmar OPATŘILOVÁ.

MATĚJČEK, Zdeněk a Jarmila KLÉGROVÁ. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

MEDVEDOVÁ, Hana. Metaanalýza výsledků závěrečných prací zabývajících se tématem herní terapie [online]. Zlín, 2018 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/y4c3np/>. Rigorózní práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.

NABORS, Laura, Jennifer BARTZ, Jessica KICHLER, Rebecca SIEVERS, Rebecca ELKINS a Jordan PANGALLO. Play as a mechanism of working through medical trauma for children with medical illnesses and their siblings. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* [online]. 2013, 36(3), 212-224 [cit. 2020-09-21]. ISSN 0146-0862. Dostupné z: doi:10.3109/01460862.2013.812692

NIMER, Janelle a Brad LUNDAHL. Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis. *Anthrozoös* [online]. 2015, 20(3), 225-238 [cit. 2021-02-15]. ISSN 0892-7936. Dostupné z: doi:10.2752/089279307X224773

OLCHAVA, Petr. *Zdravé a nemocné dítě: od početí do puberty*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1847-7.

ONDŘIOVÁ, I. a D. MAGUROVÁ. Špecifiká hospitalizmu u dětského pacienta. *General Practitioner / Praktický Lekar* [online]. 2016, 96(6), 272-274 [cit. 2020-09-22]. ISSN 00326739.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Vyd. 5. Přeložil Eva VYSKOČILOVÁ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-798-5.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.

POLÁKOVÁ, Petra. *Jak rozvíjet pohyb, emoce a smysly: pozorné a spokojené dítě*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0760-5.

POTASZ, Clarisse, Maria Jose Vilela De VARELA, Luciane Coin De CARVALHO, Lucila Fernandes Do PRADO a Gilmar Fernandes Do PRADO. Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012, **20**(1), 71-79 [cit. 2021-01-30]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.3109/11038128.2012.729087

PUGNEROVÁ, Michaela. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0532-8.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1049-5.

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3592-4.

SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3593-1.

STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2997-1.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

TŮMA, Martin a Jiří TKADLEC. *Hry s míčem pro děti*. 2., dopl. vyd. Ilustroval Jan SCHICKER. Praha: Grada, 2010. Děti a sport. ISBN 9788024734897.

UNGEROVÁ, Darina. Canisterapie v praxi. Kontakt. 2008, roč. 10, příl. 2, s. 99- 101. ISSN 1212-4117.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024621531.

RUBÁKOVÁ, Denisa. Komunikace s dlouhodobě hospitalizovaným dítětem v předškolním věku [online]. Brno, 2019 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/hku7y/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Dagmar OPATŘILOVÁ.

## 7. ZOZNAM PRÍLOH

**Príloha 1:** Dotazník

**Príloha 2:** Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia v FN Motol

## 8. PRÍLOHY

Príloha 1:

Vážene kolegyne a vážení kolegovia,

volám sa Denisa Olejárová a som študentkou 3. ročníka oboru Všeobecná sestra na 2. Lekárskej fakulte Univerzity Karlovej. Rada by som vás požiadala o vyplnenie dotazníka, ktorý sa týka mojej bakalárskej práce na tému *Aktivizácia detského pacienta v nemocničnej starostlivosti*, so zameraním na deti v predškolskom veku ( 4. až 5. rok života) a deti v mladšom školskom veku (obdobie od 6. do 12. roku života). Cieľom mojej práce je zistiť aké metódy sa využívajú na jednotlivých oddeleniach pre zabezpečenie rôznych aktivít detských pacientov. Dotazník je celý anonymný.

Ďakujem Vám za Váš čas.

1. otázka

Uveďte prosím váš vek ?

2. otázka

Aké je vaše najvyššie dosiahnuté zdravotnícke vzdelanie?

3. otázka

Uveďte konkrétne pracovisko (oddelenie) , kde vykonávate svoju prácu ?

4. otázka

Ako dlho pracujete v zdravotníckom zariadení ?

5. otázka

Čo podľa vás znamená pojem aktivizácia dieťaťa?..... (zaškrtnite aj viac možností)

- Prevencia voči hospitalizmu (negatívna reakcia na hospitalizáciu)

- Odpútanie pozornosti dieťaťa od ochorenia
- Snaha zabaviť dieťa hernými aktivitami
- Viest' dieťa k pohybu aj na oddelení
- Zapojenie dieťaťa do tvorivých činností
- Obnovenie činnosti, zaktivizovanie
- Úlohy, ktoré nútia vyvíjať určitú aktivitu a snahu

#### 6. otázka

Nachádzajú sa na vašom oddelení deti mladšieho školekého a predškolského veku, ktoré sú schopné hernej terapie?

- Áno
- Nie

#### 7. otázka

Nachádza sa podľa vás na vašom oddelení dostatočné množstvo pomôcok pre aktivizáciu pacienta?

- Áno
- Nie

#### 8. otázka

Aké aktivity vykonávate s pacientami na vašom oddelení ? (môžete vybrať aj viac možností)

- arteterapia
  - canisterapia
  - čítanie rozprávok
  - hranie hier
  - výber aktivít je na dobrovoľníkoch
  - iné .....
- (doplňte)

#### 9. otázka

Aké pomôcky využívate pri aktivizácii dieťaťa? (môžete vybrať viacero možností).

- Hračky
- Knižky
- Zdravotnícky materiál

- Lego
  - Elektronické pomôcky (tablet, telefón)
  - Žiadne
  - Iné .....
- (doplňte)

10. otázka

Ktoré druhy aktivít podľa vás najviac pomáhajú deťom pri odbúravaní strachu ? (možete vybrať viacero možností).

- Arteterapia
  - Canisterapia
  - Plyšové hračky
  - Čítanie knižiek
  - Komunikácia s deťmi
  - Hranie hier
  - Iné .....
- (doplňte)

11. otázka

Stretávate sa na vašom oddelení aj s dobrovoľníkmi z dobrovoľného centra v Motole ?

- Áno
- Nie

12. otázka

Využívate na vašom oddelení možnosti aktivizácie pacienta v spolupráci s nezdravotníckym personálom ? Ak áno, akým spôsobom ?

- Klauni
  - Herní terapeut
  - Učiteľka materskej škôlky
  - Učiteľka zo základnej školy
  - Dobrovoľníci
  - Iné.....
- (doplňte)



13. otázka

Akými aktivitami pomáhajú zlepšiť stav pacienta dobrovoľníci na vašom oddelení ?  
(môžete vybrať viacero možností).

- Výtvarné práce
  - Predstavenie v rámci hrania klaunov
  - Spoločenské hry
  - Spoločné stretnutie detí na oddelení
  - Canisterapia
  - Iné .....
- (doplňte)

14. otázka

Ako vnímate zaradenie externých pracovníkov (klaun, dobrovoľník) do ošetrovateľského procesu ?

- Pozitívne
- Veľmi pozitívne
- Nevidím v tom zmysel
- Nesúhlasím s ich prítomnosťou na oddelení

15. otázka

Spolupracujete pri výkone vašej práce s nezdravotníckym personálom, pre zmiernenie strachu pacienta ? (klaun, herní terapeut, dobrovoľník)

- Áno
- Nie

16. otázka

Myslíte si že spolupráca s klaunami, hernými terapeutmi alebo dobrovoľníkmi pozitívne vplýva na detských pacientov ?

- Áno
- Nie

17. otázka

Stretli ste sa niekedy s negatívnou reakciou na klaunov u dieťaťa alebo jeho rodiča ?

- Áno
- Nie

18. otázka

Zúčastňujú sa pri aktivitách pre pacientov aj ich rodičia?

- Áno
- Nie

19. otázka

Ste spokojná s možnosťami aktivizácie pacienta na vašom oddelení ?

- Áno
- Nie

20. otázka

Máte nejaké vlastné návrhy, ktorými by ste zlepšili aktivizáciu detí na oddelení ?

- Aktívnejšie zapájanie sa rodičov
- Doplnenie viacerých hier pre deti na oddelenie
- Pravidelnejšia návšteva učiteliek, klaunov, herných terapeutov
- Umožnenie prístupu detí v mladšom školskom veku na internet
- Iné .....(doplňte)

21. otázka

Koľko času do týždňa sa venujú deti na vašom oddelení určitej forme aktivizácie ?

- 1x do dňa
- 1x do týždňa
- Viac krát za deň
- Viac krát za týždeň
- Nevenujú sa vôbec

22. otázka

Pre akú skupinu detí je podľa vás herná terapia najefektívnejšia ?

- Deti batolacieho obdobia (1-3 rokov)
- Deti predškolského veku (4-5 rokov)
- Deti mladšieho školského veku (6-12 rokov)
- Deti staršieho školského veku (13-15 rokov)
- Staršie deti (16-18 rokov)

23. otázka

Ktoré aktivity podľa vás najlepšie vplyvajú na deti vo veku od 4. do 5. rokov ?

- Lego
  - Spoločenské hry
  - Kreslenie
  - Hry s klaunami
  - Plyšové hračky
  - Skladanie puzzle
  - Pozeranie filmov
  - Čítanie rozprávok
  - Hry na mobilnom telefóne, tablete
  - Iné.....
- (doplňte)

24. otázka

Ktoré aktivity podľa vás najlepšie vplyvajú na deti vo veku od 6 -12 rokov ?

- Lego
  - Spoločenské hry
  - Plyšové hračky
  - Hry s klaunami
  - Pozeranie filmov
  - Čítanie rozprávok
  - Skladanie puzzle
  - Hranie hier na telefóne, tablete
  - Iné.....
- (doplňte)

25. otázka

Pocítujete spokojnosť dieťaťa a jeho rodiča s organizáciou voľného času na oddelení ?

- Áno
- Skôr áno
- Skôr nie
- Nie

**Denisa Olejárová**  
**bakalárský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra**  
**2. lékařská fakulta UK**  
**kontaktní email: denisa.olejarova@szspp.sk**

X-X

V Praze, dne 18. prosince 2020

**Vážená paní**  
**Mgr. Jana Nováková, MBA**  
**Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči**  
**Fakultní nemocnice v Motole**  
**V Úvalu 84/1**  
**150 06 Praha 5 – Motol**

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření**

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací k tématu „Aktivizace dětského pacienta v nemocniční péči“ u zaměstnanců Fakultní nemocnici v Motole v rozsahu přiloženého dotazníku. V případě zájmu Vám zjištěné informace poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Denisa Olejárová  
studentka 3. ročníku, Všeobecná sestra  
2. LF UK a FN Motol

X-X

**Vyjádření vedoucího bakalářské práce:**

***Žádosti vyhovět doporučuji.***

V Praze, dne 18. prosince 2020



PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D., MPH  
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol  
vedoucí bakalářské práce

X-X

**Stanovisko náměstkyně pro ošetrovatelskou péči:**

***S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.***

V Praze, dne

Mgr. Jana Nováková, MBA  
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči