

## Znanje medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi za medicinske postupke

(Nurses' knowledge towards influence of hospitalization on children and preparation for medical procedures)

Mirna Kostović Srzentić, Željka Gavran

Katedra za zdravstvenu psihologiju, Zdravstveno veleučilište, Zagreb  
KB "Sestre Milosrdnice", Zagreb

### Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati znanje i stavove medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi za medicinske postupke. U ispitivanju je sudjelovalo 30 medicinskih sestara iz dva dječja odjela, u dobi od 21 do 51 godine, 20 sa srednjom, a 10 s višom školom, različite duljine staža. Anonimno ispitivanje je provedeno uz pomoć upitnika koji je osmišljen za potrebe ovog istraživanja. Upitnik se sastojao od 30 tvrdnji za koje su ispitanici trebali procijeniti jesu li točne ili netočne. Rezultati su pokazali da medicinske sestre imaju relativno dobro znanje o utjecaju hospitalizacije. Međutim, dok za neka područja o hospitalizaciji djece sve sestre daju točne odgovore (primjerice prepoznaju važnost stalnog boravka majke u bolnici, ulogu igre i crteža u izražavanju osjećaja djece i slično), za druga dio sestara ne posjeduje dovoljno znanja i ima negativne stavove (primjerice, ne uvažavanje individualnih potreba djece, nedostatak znanja o dobno-specifičnim obilježjima psihološke pripreme djece za medicinske postupke). Utvrđeno je da medicinske sestre s višom školom pokazuju bolje znanje i stavove od sestara sa završenom srednjom školom te da ne postoji povezanost između duljine radnog staža na dječjem odjelu i postignutog broja bodova na upitniku.

**Ključne riječi:** hospitalizacija djece, psihološka priprema za medicinske postupke, znanje i stavovi medicinskih sestara

### Abstract

The aim of the study was to examine nurses' knowledge and attitudes towards influence of hospitalization on children and preparation for medical procedures. The sample included 30 nurses from two pediatric units, aged 21 to 51 years, 20 with secondary school education and 10 with higher education, with different length of work experience. For the purpose of this study, anonymous questionnaire was developed. The questionnaire consisted of 30 items and participants had to answer if they think they were true or false. Results showed that pediatric nurses have relative good knowledge about the effects of hospitalization on children. However, on some issues all nurses gave correct answers (for example, the importance of mother staying with child in hospital, role of play and drawing in expression of feelings), but some proportion of sample gave wrong answers and negative attitudes on other issues (for example, not recognizing individual needs of children, lack of knowledge about age-dependent psychological preparation for medical procedures). It was found that nurses with higher level of education have better knowledge comparing to nurses with lower level of education and no correlation between length of work experience and results on questionnaire was found.

**Key words:** hospitalization of children, preparation for medical procedures, nurses' knowledge and attitudes

**Članak je recenziran.**

### Uvod

Hospitalizacija djeteta uz pozitivni - liječenje same bolesti - ima i negativni utjecaj na dijete koji se odražava na njegovu osobnost. Liječenje djeteta u bolnici poseban je oblik zdravstvene zaštite uz koji se vežu i posebni psihološki i socijalni problemi (1). Svako odvajanje djeteta od roditelja za njega je zastrašujuće, zabrinjavajuće i tužno. Osim odvajanja malog djeteta od roditelja, neugodnost situacije pojačavaju i dodatni problemi vezani uz simptome bolesti, naročito doživljavanje boli, neugodne dijagnostičke i terapijske postupke te neugodnost bolničke okoline koji vode osjećaju tjeskobe.

Sredinom dvadesetog stoljeća, zdravstveni djelatnici i svi stručnjaci koji rade s djecom shvatili su da

hospitalizacija može dovesti do toga da dijete nakon liječenja, iako tjelesno zdravo, pati od psihičkih posljedica hospitalizacije. Do tada je bilo uobičajeno da djeca odlaze u bolnicu potpuno neinformirana o tome što se s njima događa i što ih čeka, da ih roditelji rijetko i vremenski kratko posjećuju (2). Djeca nisu imala mogućnosti za igru, a hospitalizacija je trajala znatno duže nego danas.

Suvremena humanizacija bolničkog liječenja djece teži ostvarivanju individualnog pristupa svakom djetetu s mogućnošću svakodnevnih posjeta roditelja, pripomoći roditelja u njezi i liječenju te uključivanja pedagoških i kulturno – zabavnih sadržaja i igre tijekom boravka u bolnici. Arhitektura modernih dječjih bolnica također ima zadatak da djetetu učini boravak u bolnici ugodnijim. Sobe su vedrih boja, zidovi ukrašeni veselim crtežima, u sklopu odjela postoje igraonice s puno igračaka i igara na raspolaganju (3).

Kako bi se negativni utjecaji hospitalizacije sveli na najmanju moguću mjeru, nužno je provoditi pripremu djece i njihovih roditelja za boravak u bolnici i medicinske postupke tijekom njega te raznim pristupima humanizirati i olakšati boravak u bolnici. Prvi korak u ostvarivanju navedenog je da su sami zdravstveni djelatnici, a naročito medicinske sestre, upoznati s:

- **postupkom i mogućim načinima pripreme djece i roditelja za boravak u bolnici;**
- **razdobljima kroz koja prolaze djeca tijekom prilagodbe** na bolničku sredinu (razdoblje protesta, razdoblje očaja i razdoblje prividne prilagodbe) (4)
- **najčešćim reakcijama te načinima suočavanja sa stresom djece različite dobi**
- **posljedicama hospitalizacije, pojavom i simptomima hospitalizma** (svi psihološki i tjelesni poremećaji uzrokovani dugotrajnim boravkom u bolnici ili drugoj ustanovi kao što su sklonost plaču, apatičnosti i potištenosti, motorička smirenost ili hiperaktivnost, zaostajanje u tjelesnom i/ili psihičkom razvoju, regresivna razvojna ponašanja, loše zdravstveno stanje i slično) te njegovoj prevenciji
- **simptomima separacijske tjeskobe** - tjeskobe zbog odvojenosti od roditelja ili skrbnika, primjerice malo dijete je bez stvarnog razloga zabrinuto da će neka nesreća zadesiti blisku osobu ili da će ta osoba otići i više se neće vratiti; kada nije s osobom za koju je najviše vezano, dijete je apatično, tužno, povlači se iz društva, teško se koncentrira na rad ili igru i slično
- **skupinama djece koja su posebno osjetljiva na hospitalizaciju** - primjerice jedinci i mlađa djeca, djeca koja inače loše reagiraju na strane osobe, koja već imaju traumatska separacijska iskustva primjerice tek su pošla u školu ili se rodilo se novo dijete u obitelji, djeca čije majke prigodom odlaska u bolnicu otvoreno iskazuju prekomjernu zabrinutost ili nezainteresiranost, djeca koja negativno reagiraju na pokušaje odraslih da s njima komuniciraju (4)
- **važnosti boravka roditelja s djetetom** u bolnici i njihovog uključivanja u njegu djeteta te **važnosti uspješne komunikacije medicinskih sestara s roditeljima** (2, 3, 5)
- **važnosti uključivanja igre** (6, 7, 8) te **pedagoških i kulturno-zabavnih** sadržaja tijekom boravka u bolnici (6, 8)
- **ulozi medicinskih sestara u olakšavanju prilagodbe djeteta na bolničku sredinu:** individualna prilagodba skrbi i komunikacije svakom djetetu, naročito s obzirom na njegovu razvojnu dob i potrebe
- **važnosti provođenja psihološke pripreme** djece za sve medicinske postupke, naročito kada je preporučljivo provoditi pripremu s obzirom na dob djeteta
- **raznim metodama i intervencijama koje se koriste u pripremi** - primjerice usmeno i pismeno pružanje informacija, demonstracije, terapija igrom, tehnike odvratanja pažnje, modeliranje uz pomoć vršnjaka, trening vještina suočavanja – relaksacija, vođena imaginacija, pozitivne misli i drugo (9).

U istraživanju Barabana i suradnika koje je provedeno na Odjelu za dječje bolesti Kliničke bolnice Osijek postavljeno je pitanje roditeljima što je dijete plašilo u bolnici (1). Najučestaliji odgovori su se odnosili na postupke dijagnostike i liječenja (vađenje krvi, injekcije, infuzija, toplomjer, snimanja i drugo), a zatim su slijedili odgovori koji se odnose na osjećaje djeteta i roditelja u novoj okolini (rastanak od roditelja, odlazak roditelja, samoća, strah od nepoznatih osoba). Iz navedenog proizlazi da svi postupci dijagnostike i liječenja predstavljaju manji stres za dijete ako se za njih adekvatno psihološki pripremi te da priprema treba biti svakodnevna i provoditi se i za najjednostavnije postupke koji se čine bezazlenima kao što je mjerenje temperature ili vađenje krvi. Postavlja se pitanje jesu li zdravstveni djelatnici obavezni i educirani pripremiti dijete za sve postupke koji se provode te znaju li medicinske sestre kako se djeca osjećaju i reagiraju na hospitalizaciju.

Svrha psihološke pripreme za medicinske postupke je smanjiti djetetovu uznemirenost, tjeskobu, strah i bol tijekom i nakon provođenja određenog postupka. Ona olakšava djetetovu prilagodbu na situaciju te poboljšava suradnju. Priprema uključuje davanje informacija o svrsi i postupku pojedine pretrage kako bi dijete znalo što ga očekuje, bolje se pripremi i lakše podnijelo sam postupak (10). Prije nego se odluči o načinu davanja informacija, treba dobro procijeniti djetetovo znanje i razumijevanje situacije. U pripremi treba koristiti razumljive riječi, primjerene djetetovu uzrastu i sposobnosti razumijevanja. Važno je izbjegavati zastrašujuće riječi pa primjerice umjesto izraza "to će peći" bolje je reći "neka djeca kažu da nakon ove pretrage osjećaju toplinu u ruci". Potrebno je dati točan redoslijed događanja, način na koji će se izvoditi i zašto se izvodi, koliko će medicinski postupak otprilike trajati i hoće li boljeti. Pri tom je dobro koristiti riječi ohrabrenja, skretanje pozornosti i druge postupke pripreme djeteta za medicinski postupak.

Važno je reći djetetu što se od njega očekuje tijekom postupka, a medicinska sestra treba naglasiti da razumije njegov strah i zabrinutost i da će sve učiniti da se ono bolje osjeća. Neki od najčešćih strahova koje doživljavaju djeca su: strah od nepoznatog i tjeskoba, strah od boli, strah od povrede tijela, strah od injekcije i strah od anestezije. Dijete i roditelji mogu se plašiti različitih pretraga (pa i „bezbolnih“ poput ultrazvučnog pregleda) samo zato što ne znaju zbog čega se one provode, kako izgledaju uređaji pomoću kojih se provode te koliko neke pretrage oslikavaju težinu bolesti.

Dobar primjer kako laganje ili neobjašnjavanje imaju kao posljedicu još veći djetetov strah i gubitak povjerenja, istinita je situacija kada djetetu koje je išlo na operacijski zahvat – osteosintezu - nije rečeno da ide na operaciju, već da ide na pregled, snimanje, kako se "ne bi nepotrebno plašilo". Dijete se nakon operacije probudilo zbunjeno, preplašeno i u boli. Kada je uistinu trebalo ići na snimanje, upalo je u šok od straha i nitko ga nije mogao razuvjeriti da neće opet ići na operaciju. Do kraja bolničkog liječenja dijete je bilo izrazito plašljivo i nesuradljivo (11). Istraživanja pokazuju da je pružanje iskrene informacije i o pozitivnim i o negativnim aspektima medicinskog postupka preduvjet za razvijanje odnosa povjerenja između djeteta i zdravstvenih djelatnika (9).

Prilagodba skrbi i način komunikacije s djecom tijekom boravka u bolnici ovisi o njihovoj dobi odnosno kognitivnoj i emocionalnoj zrelosti, pa je važno da zdravstveni djelatnici svoj pristup prilagode razvojnoj fazi i individualnim potrebama djeteta. Jedan od ključnih čimbenika o kojima ovisi kako i kada se treba provoditi priprema za medicinske postupke i operaciju je dob djeteta.

**Dojenčad i malu djecu do 2. godine** potrebno je pripremiti za stresno iskustvo, pretragu ili operaciju *neposredno pred događaj tj. tijekom procedure* jer još nemaju razvijen pojam o vremenu. Može se koristiti tehnika preusmjerenja pažnje (držati čvrsto nekog za ruku, gledati u nešto, pjevati i slično. Kako bi dijete steklo osjećaj kontrole, dobro je omogućiti male odluke koje nisu u sukobu s liječenjem i ne štete zdravlju (primjerice prilikom vađenja krvi neka izabere ruku ili ako uzima lijek s kojim će ga pićem popiti).

**Priprema djece predškolske dobi od 3. do 6. godine** radi se najčešće u vidu kratkog razgovora prije postupka, a predškolicima može odgovarati i ranija intervencija (tjedan dana prije samog postupka). Dječja pitanja su koristan pokazatelj razumijevanja i spremnosti za proceduru. Moguće intervencije u pripremi su: preusmjerenje pažnje tijekom stresne situacije, kratko i jednostavno objašnjenje, slikovni materijali o bolesti ili odlasku u bolnicu, preoperativni razgovori, igranje uloga, bliskost sa zdravstvenim osobljem, prisutnost najdraže igranke.

U pripremi za medicinske postupke djece **školske dobi od 7. do 12. godine** moguće intervencije su: davanje informacija (kratki verbalni opis procedure s terminima prilagođenim djetetu), pisani materijali o bolesti ili odlasku u bolnicu, igranje uloga (uključujući opis očekivanih osjetnih iskustava), snimke vršnjaka sa sličnim iskustvima i trening nošenja sa stresom. Pružanje informacija se radi prvi put *tjedan dana prije procedure*, a za djecu koja su izrazito tjeskobna ili za onu djecu koja već imaju iskustva vezana uz liječenje može se trening suočavanja sa stresom provesti i nekoliko tjedana prije.

Kod pripreme **adolescenata** za medicinske pretrage ili operaciju moguće je koristiti sljedeće intervencije: davanje informacija, uključujući opis očekivanih osjetnih iskustava, snimke vršnjaka sa sličnim iskustvima i trening nošenja sa stresom. Informiranje adolescenata treba započeti *čim je donesena odluka* o operaciji ili drugom medicinskom postupku. Savjetovanje s vršnjacima potrebno je omogućiti u svako doba.

Pružanje skrbi za hospitalizirano dijete nadilazi samo provođenje medicinskih aspekata liječenja. Ono zahtijeva od medicinske sestre i drugih zdravstvenih djelatnika da zauzmu aktivnu ulogu u psihološkim i emocionalnim potrebama djeteta. Zanimljivo istraživanje provedeno o tome kako hospitalizirana djeca doživljavaju sestre i njihovo ponašanje pokazuje da djeca preferiraju sestre koje se: smiju i koriste lijepe riječi (pozitivni stav/ raspoloženje), pružaju mjere suzbijanja boli (fizička pomoć), omogućavaju zabavu i humor u skladu s dobi djeteta, pružaju osjećaj sigurnosti i zaštite, osiguravaju hranu i lijekove (temeljne potrebe), odnose se s njima kao s individuama (priznanje) te pružaju podršku i utjehu (12).

Iz svega navedenog važno je da su medicinske sestre educirane iz područja ove problematike kako bi se negativne psihološke posljedice hospitalizacije svele na najmanju moguću mjeru.

### **Cilj istraživanja**

Potaknuti činjenicom da su medicinske sestre osobe s kojima djeca najčešće započinju i završavaju svoju hospitalizaciju, provode najviše vremena te često provode ili sudjeluju u provođenju mnogih medicinskih postupaka, željeli smo ispitati njihovo znanje i stavove o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi za medicinske postupke.

Ciljevi ovog istraživanja su:

1. Ispitati znanje i stavove pedijatrijskih medicinskih sestara uz pomoć upitnika konstruiranog za potrebe ovog istraživanja ("Upitnik o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi djece za medicinske postupke").

2. Provjeriti postoji li značajna razlika u znanju medicinskih sestara s obzirom na stupanj obrazovanja (završena srednja škola ili viša škola) te postoji li povezanost između duljine radnog staža na dječjem odjelu i postignutog broja bodova na upitniku znanja o utjecaju hospitalizacije i pripremi djece za medicinske postupke.

## Metode

Ispitivanje je provedeno na dva dječja odjela, Odjelu gastroenterologije u KB "Sestre milosrdnice" i Odjelu kardiologije u KBC Zagreb uz prethodni dogovor s glavnim sestrama tih odjela. Oba odjela skrbe za djecu od rođenja do osamnaeste godine života.

Ispitanice su bile 30 medicinskih sestara koje rade na ta dva odjela, srednje (N = 20) i više stručne spreme (N = 10), u dobi od 21 do 51 godine, različite duljine staža.

Ispitivanje je bilo anonimno i svi su ispitanici pristali sudjelovati u njemu. Provedeno je uz pomoć upitnika koji je osmišljen za potrebe ovog istraživanja i nije standardiziran ("Upitnik o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi djece za medicinske postupke"; dio pitanja iz upitnika već se duže vrijeme koristi u edukaciji viših medicinskih sestara na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, a dio novih osmišljen je za ovo istraživanje). Upitnik se sastoji od 30 tvrdnji kojima se ispituje znanje i stavovi vezani uz problematiku hospitalizacije djece (prilagodba djece i najčešće reakcije na hospitalizaciju, posljedice odvajanja od roditelja, skupine koje su naročito osjetljive na hospitalizaciju, uloga roditelja, prilagodba skrbi i komunikacije sestara individualnim potrebama djeteta) i pripreme za medicinske postupke, naročito s obzirom na dob djeteta. Ispitanici su trebali procijeniti jesu li, po njihovom mišljenju, navedene tvrdnje točne ili netočne.

## Rezultati

Medicinske sestre su procijenile svih 30 tvrdnji, svaku tvrdnju zasebno, kao točnu ili netočnu. Točno procijenjena tvrdnja boduje se s 1 bodom, a netočno procijenjena s 0 boda, pri čemu nije bilo negativnih bodova. Mogući najmanji rezultat na ovom upitniku iznosio je od 0, a najveći 30 bodova.

Prvi cilj ovog istraživanja bio je ispitati znanje i stavove pedijatrijskih medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije i pripremi djece za medicinske postupke. Deskriptivna statistika rezultata u upitniku prikazana je u Tablici 1.

Tablica 1. Rezultati deskriptivne statistike ukupnog broja bodova postignutog u upitniku na uzorku od 30 medicinskih sestara

Aritmetička sredina (M)	22.63
Standardna devijacija (SD)	3.056
Minimalni rezultat	18
Maksimalni rezultat	30
Totalni raspon (TR)	12

Prema tome, iz Tablice 1 se može vidjeti da sestre u prosjeku postižu 22.6 boda na ovom upitniku (od mogućih 30), odnosno u prosjeku rade 8 grešaka.

U daljnjoj analizi, izdvojili smo tvrdnje na koje su sve medicinske sestre točno odgovorile (u Tablici 2), kao i tvrdnje na kojima je najveći broj ispitanika griješio (Tablica 3), kako bi mogli procijeniti u čemu su ispitanici dobro educirani, a na kojim područjima imaju slabije znanje i najviše negativnih stavova.

Tablica 2. Tvrdnje na koje su sve medicinske sestre (N = 30) točno odgovorile

Redni br.	Tvrđnja	Točan odgovor bi trebao biti
3.	Majke bi u većini slučajeva mogle pomagati medicinskim sestrama u obavljanju nemedicinske njege u bolnici.	T
14.	Hospitalizacija i njene posljedice biti će lakše i kratkotrajnije, a izlječenje brže ako s malim djetetom u bolnici boravi majka.	T
17.	Posao medicinske sestre je da razgovara s djecom, da se brine o tome kako se osjećaju i da savjetuje roditelje u vezi djetetovog boravka u bolnici.	T
24.	Igra i crtež mogu biti dobri načini da djeca izraze svoje osjećaje.	T
29.	Kod prijema u bolnicu dijete treba upoznati s bolničkim odjelom i prostorijama.	T

T – točna tvrdnja

N – netočna tvrdnja

Tablica 3. Tvrđnje u upitniku na koje je najveći broj ispitanika netočno odgovorio

Redni br.	Tvrđnja	Točan odgovor bi trebao biti	Broj ispitanika koji su pogriješili	Postotak (%)
19.	Dijete školske dobi (7 – 14 god.) najbolje je pripremiti za neku pretragu ili operaciju neposredno prije postupka.	N	14	46,7
7.	Djeca se nakon nekog vremena provedenog u bolnici naviknu na bolničku sredinu i više ne tuguju za roditeljima.	N	13	43,3
4.	Za dobru prilagodbu djeteta na bolničku sredinu i za komunikaciju s djecom u bolnici nije odgovorno medicinsko osoblje, već to puno više ovisi o odgoju djeteta, ponašanju roditelja i ostalim faktorima.	N	13	43,3
18.	Bez obzira na razlike u ponašanju i navikama koje su stekli kod kuće treba inzistirati da se u bolnici sva djeca ponašaju jednako.	N	12	40
22.	Vrlo malom djetetu od npr. dvije godine najbolje je ništa ne reći prije nego što će ići na neku pretragu kako se ne bi još više uplašilo.	N	12	40

S obzirom na drugi postavljeni cilj, t-testom za male nezavisne uzorke ispitano je postoji li statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara sa završenom srednjom ( $M_1 = 21.6$ ,  $SD_1 = 1.87$ ) i višom školom ( $M_2 = 24.7$ ,  $SD_2 = 3.94$ ). Iako su uzorci mali (10 sestara s višom, a 20 sa srednjom stručnom spremom), t-test je bio značajan ( $t = 3.02$ ,  $df = 28$ ,  $P < 0,01$ ). Utvrđeno je da medicinske sestre s višim stupnjem obrazovanja pokazuju bolje znanje od sestara sa srednjom stručnom spremom. Sestre sa srednjom stručnom spremom rade u prosjeku 8 grešaka na upitniku, a sestre sa završenom višom školom 5 grešaka.

Također, izračunat je Spearmanov koeficijent rang korelacije kako bi se ispitalo postoji li povezanost između duljine radnog staža na dječjem odjelu na cijelom uzorku ( $N=30$ ) i postignutog broja bodova u upitniku znanja o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi za medicinske postupke. Dobiveni rezultat je pokazao da ne postoji povezanost između duljine radnog staža i znanja o hospitalizaciji i priprema za medicinske postupke (koeficijent rang korelacije nije bio značajan;  $\rho = -0,14$ ,  $t = -0,76$ ,  $df = 12$ ,  $P > 0.01$ ).

## Rasprava

Prvi cilj ovog istraživanja bio je ispitati znanje i stavove medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije i pripremi djece za medicinske postupke uz pomoć upitnika konstruiranog za potrebe ovog istraživanja. Rezultat pokazuje da medicinske sestre imaju relativno dobro znanje o utjecaju hospitalizacije i pripremi djece za medicinske postupke te rade u prosjeku 8 grešaka (od mogućih 30). Međutim, dok za neka područja o hospitalizaciji i prilagodbi skrbi i komunikacije djeci različite dobi medicinske sestre imaju visok stupanj znanja, za druga dio sestara ne posjeduju dovoljno znanja odnosno ima negativne stavove.

U daljnjoj analizi razmatrana je točnost odgovora ispitanika na pojedine tvrdnje. Najprije su izdvojene tvrdnje na koje su sve medicinske sestre točno odgovorile (Tablica 2). Iz njih je vidljivo da medicinske sestre pokazuju visok stupanj educiranosti o važnosti uključivanja majke u skrb oko hospitaliziranog djeteta. Sve ispitanice prepoznaju potrebu i važnost stalnog boravka majke u bolnici kraj bolesnog djeteta („tzv. „rooming in“). Također, znaju da je dio njihovog posla razgovarati s djecom, brinuti se o njihovim osjećajima i savjetovati roditelje u vezi djetetove hospitalizacije. Također imaju znanje o tome da su igra i crtež dobri načini da djeca izraze svoje osjećaje te da pri prijemu djeteta u bolnicu dijete trebaju upoznati s bolničkim odjelom i prostorijama što je vrlo ohrabrujuće jer se u prošlosti nije tako razmišljalo. U spomenutom istraživanju Barabana i suradnika iz 2004. na pitanje što djetetu najviše olakšava boravak u bolnici roditelji su najviše navodili da je to njihova prisutnost, a onda sadržaji kojima dijete može zadovoljiti svoje osjećajne i društvene potrebe (1). Rezultati dobiveni ovim istraživanjem pokazuju da sve medicinske sestre koje su sudjelovale u ovom istraživanju upravo na slična pitanja daju točne odgovore (prepoznaju primjerice važnost boravka majke s djetetom te korištenje igre i crteža u radu s djecom) iz čega se može pretpostaviti da svojim znanjem i pozitivnim stavovima olakšavaju djeci boravak u bolnici (iako se u ovom istraživanju nije pitalo provode li zaista te postupke u praksi što bi također u budućim istraživanjima trebalo provjeriti).

Međutim, pokazalo se da postoje i tvrdnje na kojima je velik broj ispitanika griješio (Tablica 2), a iz kojih je vidljivo da nešto manje od polovice ispitanih medicinskih sestara (43%) sebe ne smatra odgovornima za prilagodbu djeteta na bolničku sredinu i za komunikaciju s djecom u bolnici. Iako djetetova prilagodba ovisi o puno faktora - osobnosti i temperamentu samog djeteta, roditeljima, prethodnom iskustvu liječenja ili negativnim separacijskim iskustvima, pristupu liječnika, prisutnosti druge djece na odjelu i drugim čimbenicima, ipak veliki utjecaj na prilagodbu tijekom svakodnevne skrbi za male pacijente imaju i sestre, što je vrlo važno da osvijeste.

Dio ispitanika u provedenom istraživanju smatra da se djeca nakon nekog vremena provedenog u bolnici naviknu na bolničku sredinu i više ne tuguju za roditeljima. To je krivi stav, jer je činjenica da se djeca (pogotovo kod duljih hospitalizacija) samo prividno prilagode, a čežnja za roditeljima je zatomljena ali i dalje prisutna. Nerijetko se posljedice odvajanja zbog hospitalizacije očituju tek kad se dijete vrati kući (4). Uvjeti i organizacija rada na odjelima koji skrbe za djecu trebala bi biti takva da se, koliko je to moguće, svakom djetetu pristupa individualno, pri čemu bi medicinske sestre mogle procijeniti kako se dijete osjeća i koje su njegove potrebe.

Određeni broj sestara (40%) također smatra da se u bolnici treba inzistirati da sva djeca trebaju ponašati jednako bez obzira na razlike, pri čemu je moguće da tako i pristupaju djeci. Međutim, to je odraz krivog stajališta jer se djeci treba, koliko je moguće više, prilagoditi skrb po uzoru na njihovu razvojnu dob, stupanj razumijevanja i navike i ponašanja koje su stekli kod kuće, osobito kod predškolske djece koja su ovisna o dnevnim ritualima (primjerice odlazak na spavanje). O takvim bi činjenicama sestre trebale biti educirane i koliko je moguće prilagoditi se svakom djetetu. U praksi je medicinskih sestara najčešće vrlo malo u odnosu na broj pacijenata, pa je takav pristup često i teže izvediv.

Što se tiče pripreme djece za medicinske postupke, dobiveni su rezultati da više od 40% medicinskih sestara ne zna kada se treba provoditi priprema djece za medicinske postupke. Ključan čimbenik u odluci kada pripremiti dijete za zahvat ili medicinsku pretragu je sama dob djeteta odnosno stupanj razumijevanja i razina psihičkog razvoja. Na tom području bila bi potrebna dodatna edukacija medicinskih sestara i drugih zdravstvenih djelatnika te uvođenje određenih protokola za pripremu djece određene dobi na svakom odjelu. Potreba za dodatnom edukacijom sestara koje skrbe za djecu spominje se i u inozemnim istraživanjima, primjerice da većina sestara koje skrbe za djecu nije prošla trening komunikacije s djecom (13).

Drugi postavljeni cilj bio je provjeriti postoji li statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara sa završenom srednjom i višom školom. Rezultati su pokazali da medicinske sestre s višim stupnjem formalnog obrazovanja pokazuju bolji rezultat od sestara srednje stručne sprema, iako obje skupine pokazuju relativno dobro znanje. Rezultati su nadalje pokazali da ne postoji povezanost između duljine radnog staža i postignutog broja bodova na upitniku znanja. Može se pretpostaviti da znanje i stavovi na ovom području ovise o drugim čimbenicima, od kojih su vjerojatno važni način organizacije odjela i uvjeti rada, stavovi nadređenih, stupanj edukacije sestara (iako se radi o malom uzorku, u našem istraživanju se pokazalo da sestre s višom razinom obrazovanja imaju i veći stupanj znanja) i drugi. U istraživanju iz 2006. koje je provedeno na 206 zdravstvenih djelatnika pedijatrijskih odjela, stavovi o uključivanju roditelja u pedijatrijsku bolničku njegu se također nisu razlikovali s obzirom na duljinu radnog iskustva ispitanika, kao ni vrstu profesije, ali su djelatnici na onkološkom odjelu imali najviše iskustava i pozitivnih stavova za uključivanje roditelja u skrb za djecu (14). Navedeno ide u prilog tome da stavovi, znanje i postupci djelatnika često ovise o organizaciji i uvriježenoj praksi pojedinog odjela i/ili bolnice.

## **Zaključak**

1. Istraživanje je pokazalo da medicinske sestre raspolažu relativno dobrim znanjem o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi za medicinske postupke. Međutim, dok za neka područja o hospitalizaciji djece sve sestre daju točne odgovore, kod značajnog broja ispitanica prisutan je za određena područja nedostatak znanja i negativni stavovi, naročito prema individualnom pristupu djeci te nedovoljna informiranost o dobno-specifičnoj pripremi djece za medicinske postupke te pristupima i metodama pripreme. Za tu je problematiku potrebna dodatna ciljana edukacija čime bi veći broj malih bolesnika bio pripremljen za medicinske postupke, a negativne psihološke posljedice hospitalizacije svele na najmanju moguću mjeru.
2. Utvrđeno je da medicinske sestre s višom razinom obrazovanja rade u prosjeku manje grešaka od sestara srednje stručne sprema na upitniku znanja i stavova o hospitalizaciji i pripremi djece za medicinske postupke. Rezultati su pokazali da ne postoji povezanost između duljine radnog staža na dječjem odjelu i postignutog broja bodova na upitniku znanja.
3. Ovim istraživanjem dobiveni su samo rezultati prikupljeni na malom uzorku ispitanika. U budućim istraživanjima na većem uzorku medicinskih sestara koje skrbe za djecu bilo bi potrebno provjeriti koji sve čimbenici i kako utječu na znanje i stavove medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije i pripremi djece za medicinske postupke - kao što su primjerice dob, spol, razina formalnog obrazovanja u sestrinstvu te specifičnih edukacija i tečajeva, godine staža, vrsta odjela na kojem rade ili patronažne skrbi, težina oboljenja hospitalizirane djece, uvjeti rada (posebice omjer sestara na broj djece), organizacija odjela i bolnice, stav nadređenih te postojanje drugih stručnih profila u ustanovi ili odjelu koji se bave psihološkim i pedagoškim aspektima skrbi za djecu (psihologa, pedagoga, radnih terapeuta). Znanje i stavove na ovom području bilo bi zanimljivo ispitati i kod drugih profila zdravstvenih djelatnika. Također, osim stavova i znanja bilo bi potrebno provjeriti kako se oni odražavaju na samo ponašanje i pristupe u skrbi za djecu (primjerice provode li se zaista postupci pripreme za medicinske postupke), zadovoljstvo djece i roditelja te ishod liječenja.

## **Literatura**

1. Baraban D, Mandić Z, Majdandžić M. Stupanj zadovoljstva roditelja bolničkom skrbi djece. *Paediatrica Croatica* 2004; 48 (3); 14-24.
2. Lansdown R. *Children in hospital – A guide for family and carers*. New York: Oxford University Press Inc, 1996.
3. Roganović J. Roditelji – suradnici u liječenju, *Narodni zdravstveni list*, siječanj – veljača 2006. <http://www.zzzjzpgz.hr/nzl/37/bolnica.htm> (1. 9. 2007.).
4. Havelka M. *Zdravstvena psihologija*. 2. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
5. Espezel HJE, Canam CJ. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44 (1); 34-41.
6. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži. *Prava djece i roditelja u bolnici*. Zagreb: A. G. Matoš. 2002.
7. Hall C, Reet M. Review: Enhancing the state of play in children's nursing. *Journal of Child Health Care* 2000; 4 (2); 49-54.
8. Paravina E. Cilj, program i način provedbe akcije Za osmijeh djeteta u bolnici: U: Grgurić J, Paravina

E, ur. Za osmijeh djeteta u bolnici: priručnik za program humanizacije bolničkog liječenja djece, 2. izd. Zagreb: Savez društava Naša djeca Hrvatske, Koordinacijski odbor akcije Za osmijeh djeteta u bolnici; 2001; 16-19.

9. Dahlquist LM. Decreasing children's distress during medical procedures. In session: Psychotherapy in practice 1997: 3 (1): 43-54.
10. Klinika za pedijatriju KBC Zagreb. Vodič za roditelje: Vaše dijete mora u bolnicu – što sad? [http://www.kbc-zagreb.hr/doc/naputci/Klinika%20za%20pedijatriju/Klinika%20za%20pedijatriju\(obje\).doc](http://www.kbc-zagreb.hr/doc/naputci/Klinika%20za%20pedijatriju/Klinika%20za%20pedijatriju(obje).doc) (1.9.2007.).
11. Perković L. Dijete u bolnici – psihičke posljedice hospitalizacije. Fizioterapija 2003.; 2: 16 -20.
12. Schmidt C, Bernaix L, Koski A, Weese J et al. Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors. MCN, American Journal of Maternal Child Nursing 2007, 32 (6), 336-342.
13. Kammer M. Better care for children in hospital (Healthcare Commission review). Paediatric Nursing, 2007, 19 (3), 26-27.
14. Ygge BM, Lindholm C, Arnetz J. Hospital staff perceptions of parental involvement in pediatric hospital care. Journal of Advanced Nursing, 2006, 53 (5), 534-542.

**Kontakt podaci:**

mr.sc. Mirna Kostović Srzentić, psiholog

Katedra za zdravstvenu psihologiju, Zdravstveno veleučilište, Zagreb

telefon: 01 5495 926;

e-mail: [mirna.kostovic-srzentic@zvuh.hr](mailto:mirna.kostovic-srzentic@zvuh.hr)

Željka Gavran, prvostupnica sestrinstva

KB „Sestre Milosrdnice“, Zagreb