

Medicinska psihologija bolesnog djeteta

Kosec, Mirjana

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:357122>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

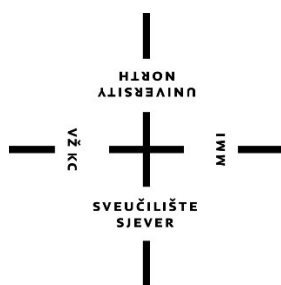
Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-13**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





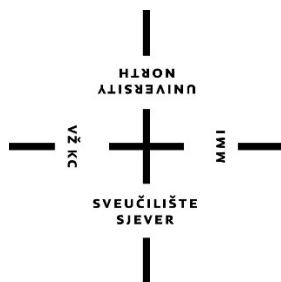
Sveučilište Sjever

Završni rad br. XX/MM/2015

Medicinska psihologija bolesnog djeteta

Mirjana Kosec, 4941/601

Varaždin, prosinac 2015. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. XX/MM/2015

Medicinska psihologija bolesnog djeteta

Student

Mirjana Kosec, 4941/601

Mentor

Štefanija Munivrana

Varaždin, studeni 2015. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Mirjana Kosec	MAT. ČIT. BROJ	4941/601
DATUM	20.08.2015.	KOLLOVIUM	Klinička medicina II
NASLOV RADA	Medicinska psihologija bolesnog djeteta		
MENTOR	Štefanija Munivrana, dr. med.	ZVANIČ.	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	Irena Canjuga, mag. med. techn., predsjednik		
	Štefanija Munivrana, dr. med., mentor		
	Andreja Bogdani, prof., član		
	Jurica Veronek, mag. med. techn., zamjenski član		

Zadatak završnog rada

BR.	636/SS/2015
-----	-------------

OPIS

Detašan opis zadatka: značenje i doživljaj bolesti se razlikuju u djece različitih dobnih skupina. Djeca predškolske i rane školske dobi razumiju bolest površno i na konkretnoj razini te obično gledaju na bolest kao odgovor na njihovo loše ponašanje ili kršenje pravila. Djeca od 6 do 11 godina razlikuju sebe od vanjskih događaja koji uzrokuju bolest, dok djeca od 11 godine obično razumiju fiziološke procese i mehanizme bolesti, vezu uzroka i simptoma.

Što se tiče reakcija akutno bolesnog djeteta djeca do 2 godine su dosta razarmirana, odanija čvrstoćama dok starija djeca pokazuju iritaciju, kontakt i interes za okolinu, te su poslušnija nego obično. Često reaktivna na bolest, je i regresivno ponašanje. Reakcije kronično bolesnog djeteta se razlikuju prema dobi djeteta, a djeteta osim na bolest reagiraju na odvajanje zbog hospitalizacije, liječenja ograničenja, socijalnu izolaciju, ovisnost o drugima, strah od liječenja, bolova i ishoda bolesti.

Obitelji bolesnog djeteta također prolazi više faza: šok i gubitak, odbijanje, srednja i prijelazna. Dobra prilagodba obojici znači pružanje emocionalne potpore djetetu i blizu je za dobro funkcioniranje i ostvarenje dobre kvalitete života. U slučaju neizlječive bolesti i smrti reakcija djeteta se razlikuje prema dobi s time da je važno napomenuti da dijete do 2 godine na poznavaju pojmu smrti.

Hospitalizacija djeteta je štetna za emocionalni razvoj djeteta zbog odvajanja od roditelja, straha od boli, izloženosti nepoznatom, nesigurnosti i gubitku kontrole. Ovo je važna komunikacija između liječnika, bolesnika i njegove obitelji, te podržavanje svega i uputa o liječenju.

U radu je potrebno:

- opisan značenje i doživljaj bolesti u djetinjstvu, razliku akutne i kronične bolesnog djeteta te posebnim naglaskom na regresivno ponašanje; bolesno dijete i obitelj, razlika neizlječivo bolesne djece i njezga ponašanje smrti, djeteta u bolnici, komunikaciju između liječnika i bolesnika te važnosti pridržavanja savjeta i uputa o liječenju.
- opisan važnosti medicinske osome psihološke edukacije bolesnika i njegove obitelji prema gore navedenim točkama.
- citirati književnu literaturu.

ZADATOK PRIJENOS

16.10.2015.



Mirjana Koscić

Predgovor

Medicinska psihologija grana je psihologije koja se bavi proučavanjem te razjašnjavanjem utjecaja različitih psihičkih stanja i doživljaja na razvoj, tijek i ishod bolesti, odnosno mentalno funkcioniranje pacijenata, kao i liječnika te zdravstvenih radnika. Uže područje medicinske psihologije čine i proučavanje udjela psihičkih faktora u održavanju zdravlja te načini suočavanja sa samom bolešću, pri čemu veliku ulogu igraju primjena psiholoških znanja te vještina u svakodnevnoj zdravstvenoj praksi. Medicinska uloga igra veliku ulogu u prevenciji, a ujedno i liječenju bolesti te poprima sve veći značaj u današnje vrijeme, pri čemu uz fiziološke, biološke, patološke i ostale vidove zdravlja igra glavnu ulogu.

Posebnu kategoriju u medicinskoj psihologiji čini psihologija bolesnog djeteta. Svako odvajanje djeteta od roditelja za samo je dijete pomalo traumatično i zastrašujuće iskustvo. Time je sam odlazak u bolnicu za dijete još više zastrašujući, jer osim što se dijete odvaja od roditelja, u bolnici se susreće s raznim problemima vezanim uz samu bolest te različite postupke vezane uz dijagnozu, a potom i terapiju. Još jedan razlog opterećenja za djecu je izloženost nepoznatoj okolini te strah od boli.

Sažetak

Svrha završnog rada "Medicinska psihologija bolesti djeteta" je doživljaj bolesti djece različitih dobnih skupina. Dok djeca predškolske te rane školske dobi bolest razumiju samo površno i na bolest gledaju kao odgovor na njihovo loše ponašanje odnosno kršenje pravila, djeca od 8 - 11 godina razdvajaju sebe od uzročnika bolesti. Djeca od 11 godina već obično razumiju fiziološke procese bolesti te vezu uzročnika i samih simptoma bolesti.

Što se tiče samih reakcija djeteta, razlikujemo reakcije akutno te reakcije kronično bolesnog djeteta. Pritom su akutno bolesna djeca do 3 godine često razdražljiva i više ovisnija o roditeljima od starije djece. Kronično bolesna djeca na bolest reagiraju različito, ponajviše ovisno o dobnj skupini. Reakcija kronično bolesnog djeteta sastoji se od reakcije na bolest, a osim toga i od reakcija na odvajanje od roditelja radi hospitalizacije, tjelesnih ograničenja, ovisnost o drugima, strah od liječenja, strah od bolova te ishoda liječenja. Sama hospitalizacija je štetna za emocionalni razvoj djeteta te je prilikom hospitalizacije vrlo važna komunikacija između liječnika i roditelja. Prilikom bolesti djeteta veliku ulogu igra i obitelj, koja također prolazi kroz više faza - šok i tjeskoba, odbijanje, srdžba te prilagodba, pri čemu dobra prilagodba znači bolju kvalitetu života te ujedno veću emocionalnu podršku djetetu. U slučaju da dijete boluje od neizlječive bolesti čija je posljedica smrt, reakcija djeteta različita je od jedne do druge dobne skupine. Pritom djeca do 2 godine ne poznaju pojam smrti.

Temelje završnog rada "Medicinska psihologija bolesnog djeteta" čine značenje doživljaja bolesti u djetinjstvu, reakcije akutno i kronično bolesnog djeteta na bolest, reakcije djece koja boluju od neizlječivih bolesti te dječje poimanje smrti, korelacija bolesnog djeteta sa obitelji, komunikacija obitelji i liječnika te važnost pridržavanja uputa o liječenju te važnost medicinske sestre u liječenju bolesti djeteta.

Ključne riječi: *dijete, kronična bolest, akutna bolest, maligna bolest, hospitalizam, liječnik, koncept bolesti i smrti*

Sadržaj

Predgovor	I
Sažetak	II
Sadržaj.....	III
1. Uvod.....	1
2. Razvojna psihologija.....	3
2.1. Kognitivistički razvoj	3
2.2. Teorija kognitivnog razvoja J. Piageta	3
2.2.1. Piagetova četiri razvojna razdoblja	5
2.3. Senzomotoričko razdoblje	5
2.3.1. Šest podstupnjeva senzomotoričkog razdoblja	6
2.3.1.1. Prvi stupanj: Vježbanje refleksa (od rođenja do 1.mjeseca života)	6
2.3.1.2. Drugi stupanj: Razvoj shema (od 1. do 4.mjeseca)	6
2.3.1.3. Treći stupanj: Postupci otkrivanja (od 4. do 8.mjeseca)	6
2.3.1.4. Četvrti stupanj: namjerno ponašanje (od 8. do 12. mjeseca)	7
2.3.1.5. Peti stupanj: novost i istraživanje (od 12. do 18. mjeseca)	7
2.3.1.6. Šesti stupanj: mentalno predočavanje (od 18. do 24.mjeseca)	7
2.4. Predoperacijsko razdoblje	8
2.5. Razdoblje konkretnih operacija	8
2.6. Formalno razdoblje.....	9
3. Značenje i doživljaj bolesti djece.....	10
3.1. Predoperacijska faza	10
3.2. Faza konkretnih operacija.....	11
3.3. Faza formalnih operacija	11
4. Dijete u bolnici.....	12
5. Hospitalizacija djece	13
5.1. Obitelj i hospitalizacija djeteta	16
6. Reakcije akutno i kronično bolesnog djeteta	17
6.1. Obitelj i kronično bolesno dijete	18
7. Reakcije neizlječivo bolesne djece	20
8. Koncept smrti kod djece različitih uzrasta	21
8.1. Poimanje smrti kod djece do dvije godine	21
8.2. Poimanje smrti kod djece od dvije do četiri godine	21
8.3. Poimanje smrti kod djece od četiri do sedam godina	22
8.4. Poimanje smrti kod djece od sedam do deset godina	22
8.5. Poimanje smrti kod djece od deset do dvanaest godina	22
9. Komunikacija između liječnika i bolesnika te važnost pridržavanja savjeta i uputa o liječenju.....	23

10. Uloga medicinske sestre prilikom edukacije bolesnika i njegove obitelji	25
11. Zaključak.....	28
12. Literatura	29
Popis tablica	30

1. Uvod

"Medicinska psihologija bolesnog djeteta" veoma je širok pojam koji se ne može opisati u tridesetak stranica. Psihologija je jedna od disciplina, čiji je osnovni zadatak očuvanje i poboljšanje zdravlja i bolesnikove kvalitete života. Pritom je psihologija bolesnog djeteta zasebna grana, koju karakteriziraju brojne specifičnosti upravo zbog činjenice što su je glavno težište djeca.[1]

Kako su djeca najveće blago svih roditelja, želja je svakog roditelja da ono ima mirno i bezbrižno djetinjstvo, rasterećeno od svih briga. No, često glavnu prepreku u sretnom djetinjstvu djece predstavljaju različite bolesti.

Kako bi bolje shvatili način razmišljanja djece, ponajprije se mora proučiti razvojna psihologija djeteta s težištem na kognitivističkom pristupu. Kognitivistički pristup se temelji na činjenici da su osnovne sposobnosti kognitivne. Tako kognitivni razvoj predstavlja razvoj složenih misaonih procesa poput mišljenja i rješavanja problema. Jedan od najvažnijih predstavnika teorije kognitivističkog razvoja djece je Jean Piaget, koji smatra da je kognitivni razvoj posljedica međudjelovanja biološkog sazrijevanja živčanih struktura i spontanog djetetovog djelovanja i istraživanja pojava u svijetu oko njega. Jean Piaget kognitivistički razvoj djeteta dijeli na četiri razvojna razdoblja: senzomotoričko, predoperacijsko, konkretno i formalno.[2] U senzomotoričkom razdoblju djeteta spoznaje svijet kroz izravno djelovanje, koje se odražava u senzomotoričkim shemama. Tijekom ranog djetinjstva te sheme postaju sve složenije i povezanije i djeteta počinje shvaćati stalnost predmeta. Tijekom predoperacijskog razdoblja djeteta može rješavati probleme pomoću predočavanja, umjesto izravnim djelovanjem. Djetetovu misao u tom razdoblju karakteriziraju egocentrizam i centracija. Tijekom konkretnog razdoblja djeteta počinje shvaćati različite oblike konzervacije, klasifikacije i odnosnog rasuđivanja te je djeteta u mogućnosti operacijski nadvladati ograničenja predoperacijskog mišljenja. U formalnom razdoblju djetetovu misao karakterizira hipotetičko – deduktivnog rasuđivanja.

Nakon upoznavanja s teorijom kognitivističkog razvoja J. Piageta, rad se nastavlja sa značenjem doživljaja bolesti djece. Značenje i doživljaj bolesti djeteta razlikuje se od jedne do druge dobne skupine te prvi susret s bolešću kod djeteta i njegovih roditelja pobuđuju snažne emocionalne reakcije. Reakcije djeteta na bol su različite te prvenstveno ovise o razini psihičkog razumijevanja koji prekriva tjelesnu bol. S obzirom na uzrast, mala djeca pokazuju tendenciju da tjelesnim doživljavanjima pripišu vanjski razlog, poput kažnjavanja. Mala djeca često ne vide razliku između bolova izazvanih samom bolešću te onih koji su nužni kako bi se izliječila sama bolest, odnosno boli izazvane operativnim zahvatima.

Djeca predškolske i rane školske dobi razumiju bolest površno, za njih je bolest odgovor na njihovo loše ponašanje. Djeca od osme do jedanaeste godine razlikuju sebe od vanjskih događaja koji su uzrok bolesti. Nakon jedanaeste godine, dijete počinje shvaćati fiziološke procese bolesti.

Ukoliko je dijete bolesno u toj mjeri da je potrebna hospitalizacija, dolazi do stresa i kod djeteta i kod roditelja. Dijete je pod emocionalnim pritiskom radi promjene okoline, neugodnih terapijskih postupaka, neizvjesnosti te dijete na to reagira psihološkim reakcijama. Ukoliko dijete ima akutnu bolest, narušava mu se svakodnevnica. Na akutnu bolest djeca do tri godine reagiraju razdražljivo. Starija djeca su poslušnija i usmjerenija na svoje tijelo i manje zainteresirana za okolinu. Često dolazi do regresivnog ponašanja. Kronično bolesno dijete reagira osim na bolest i na odvajanje zbog hospitalizacije na tjelesna ograničenja, vlastitu ovisnost o drugima, strah od postupaka liječenja, strah od bolova te ishoda bolesti. Ukoliko dijete boluje od maligne bolesti, ono prolazi kroz pet faza, a njegova je reakcija na smrt u skladu s fazom kognitivističkog razvoja. Svako dijete shvaća smrt u skladu sa svojom dobnom skupinom, no unatoč nižem stupnju shvaćanja smrti djeca na nju imaju karakterističnu reakciju. Novorođenčad nije na kognitivnoj razini razumijevanja apstraktnih pojmova, pa ona ne mogu ni razumjeti smrt. Mlađa djeca od dvije do četiri godine ne razumiju da smrt nije trenutačna već da je njen učinak vječan. Oni smrt shvaćaju kao nešto reverzibilno. Djeca od četvrte do sedme godine također često vide smrt kao trenutno i reverzibilno stanje. Ponekad se znaju osjećati krivima za smrt osobe jer vjeruju da su njihove misli ili pak osjećaji utjecali na smrt osobe. Djeca od sedme do desete godine počinju shvaćati da je smrt trajna i nereverzibilna. Oni često smrt vide kao neko biće, poput čudovišta ili duha, dok djeca u predpubertetskoj fazi počinju razumijevati biološki i emocionalni aspekt smrti i bolje razumijevaju činjenice, nego emocionalnu stranu gubitka voljene osobe.

Prilikom bolesti djece veliku ulogu igraju liječnici, medicinske sestre i ostalo bolničko osoblje. Komunikacija između medicinskog osoblja, djeteta i obitelji jedan je od temelja za uspješno liječenje djeteta. Ona je nužna za shvaćanje djetetova stanja. Osim toga, jasna komunikacija i upute liječnika o liječenju imaju velik utjecaj na uspješnost ili pak neuspješnost liječenja, a samim time i na kvalitetu bolesnikovog (djetetovog života). Zbog toga komunikacija liječnika te komunikacija medicinske sestre s djetetom i njegovom obitelji čine završna dva poglavlja ovog završnog rada.

2. Razvojna psihologija

Razvojna psihologija je jedna od teorijskih disciplina u okviru psihologije. "Razvojna psihologija se bavi promjenama u ponašanju i sposobnostima koje se događaju s napredovanjem razvoja." [3]

Zadatak razvojne psihologije je spoznaja općih zakonitosti razvoja, odnosno shvaćanje i razumijevanje dječjeg razvoja u svakom trenutku njihovog razvoja te specifičnosti i individualne razlike u razvoju, odnosno otkrivanje uzroka koji dovode do promjena u ponašanju, što uključuje određivanje korelacije i uzročno-posljedične veze između ponašanja djeteta i djetetovog genskog naslijeđa ili pak fizičke i socijalne okoline u kojoj dijete živi i odrasta. Područje djelovanja razvojnih psihologa je proučavanje promjena u svim fazama životnog ciklusa.

Razvojna psihologija obuhvaća brojne teorije razvoja, pri čemu je težište ovog rada na kognitivističkom razvoju djece.

2.1. Kognitivistički razvoj

Kognitivistički pristup temelji se na činjenici da su osnovne sposobnosti kognitivne te da se one rukovode dječjim ponašanjem. Pod pojmom kognicija podrazumijevaju se "viši mentalni procesi pomoću kojih ljudi pokušavaju shvatiti i prilagoditi sebi svijet u kojem žive: *mišljenje, rasuđivanje, učenje i rješavanje problema*." [4]

Kognitivni razvoj obuhvaća razvoj složenih misaonih procesa poput rasuđivanja, mišljenja, uočavanja i rješavanja problema te kreativnog stvaranja. Početkom 20. stoljeća u razvojnoj psihologiji neovisno su se pojavile dvije utjecajne struje razmišljanja o činiteljima koji potiču taj razvoj. Predstavnici jedne struje drže da je rani kognitivni razvoj posljedica međudjelovanja biološkog sazrijevanja živčanih struktura i spontanog djetetovog djelovanja i istraživanja pojava u svijetu oko njega. Utemeljitelj ovakvog umjerenog nativističkog pristupa švicarski je psiholog Jean Piaget. Druga struja zastupa mišljenje da u misaonom razvoju ključnu ulogu imaju odnosi djeteta s odraslim osobama u njegovoj okolini koje mu pomažu u spoznavanju i tumačenju zbivanja. Najutjecajniji predstavnik ove struje je ruski psiholog Lav Vigotski. [5]

2.2. Teorija kognitivnog razvoja J. Piageta

Piagetov pristup jedan je od najvažnijih pristupa u području razvojne psihologije, čiji je temelj kognitivno-razvojni pristup. Kao temeljni izvori Piagetovog pristupa navode se biologija i filozofija, koje su u velikoj mjeri imale utjecaj na njegov rad. Glavni cilj Piagetovog rada bilo je proučavanje djece, odnosno, davanje odgovora na temeljna filozofska pitanja poput porijekla spoznaje, djetetovog poimanja prostora, vremena i uzročnosti, broja i količine.

Ideje o strukturi i funkcioniranju inteligencije Piaget je preuzeo iz biologije, čije je temeljno načelo - *načelo organizacije*, koje govori da organizam nije slučajan skup stanica, tkiva i organa, već sustav visokog stupnja strukture.[2] Upravo je ta struktura glavni predložak Piagetove teorije, pri čemu Piaget smatra da se načelo organizacije odnosi i na ljudsku inteligenciju. Temeljna organizacija je bit inteligencije, tvrdi Piaget, te se ona može očitovati u različitim kognitivnim strukturama koje dijete stvara tijekom razvoja.[2]

Kao drugo temeljno biološko načelo navodi se *adaptacija*. Svi organizmi se prilagođavaju okolini u kojoj je preživljavanje neophodno. Pritom biolozi pokušavaju otkriti koji su to prilagodbeni mehanizmi potrebni za preživljavanje. Prema Piagetu, inteligencija je također jedna od prilagodbenih pojava, koja možda igra glavnu ulogu u prilagodbi izazovima novog okruženja. Ta prilagodba se zbiva pomoću dva nadopunjavajuća procesa – *asimilacije* i *akomodacije*. [2] U dodiru s okolinom ljudi asimiliraju tu okolinu u vlastite postojeće kognitivne strukture, odnosno, pokušavaju je tumačiti u skladu s onim što već znaju i razumiju. Drugim riječima, asimilacija je zapravo težnja razumijevanja novih iskustava na temelju već postojećeg znanja. Istodobno, te se strukture stalno akomodiraju kako bi bile usklađene s okolinom te kako bi ljudi mogli razumjeti nove činjenice i nova iskustva. Kognitivni se razvoj odvija kroz bezbroj procesa asimilacije i akomodacije.

Još jedan pojam iz biologije značajan je u Piagetovoj teoriji – *razvoj*. Statika nije jedna od karakteristika organizama, već se organizmi mijenjaju dinamički, tijekom života jedinke, no i tijekom povijesti vrsta. Stoga je u biologiji nužno ponajprije opisati, a zatim i objasniti promjene koje su nastale. Prilikom razvoja djeteta dolazi do mijenjanja inteligencije, a zadaća je psihologa objašnjavanje tih promjena. Za Piageta ne postoji jedinstvena organizacija ili skup kognitivnih struktura koje određuju dječju inteligenciju. Prilikom razvoja, djeca stvaraju kvalitativno različite strukture koje im postupno omogućavaju bolje razumijevanje svijeta. Te strukture Piaget naziva *razvojnim stupnjevima*.

Piaget dječji razvoj dijeli na četiri razvojna razdoblja, prikazanih u tablici 1.

2.2.1. Piagetova četiri razvojna razdoblja

RAZDOBLJE	DOB (godine)	OPIS
Senzomotoričko	0 - 2	Dijete spoznaje svijet kroz izravno djelovanje. To djelovanje odražava se u senzomotoričkim shemama. Tijekom ranog djetinjstva te sheme postaju sve složenije i povezanije. Dolazi do decentracije a dijete počinje shvaćati stalnost predmeta.
Predoperacijsko	2 - 6	Dijete može rješavati probleme pomoću predočavanja, umjesto izravnim djelovanjem. Mišljenje je brže, učinkovitije, pokretljivije i više socijalno uklopljeno. Djetetovi početni pokušaji predočavanja pokazuju određena ograničenja kao što su egocentrizam i centracija.
Konkretno	6 - 12	Pojava operacija omogućava djetetu operacijsko nadvladavanje ograničenja predoperacijskog mišljenja. Operacije su sustavi unutrašnjeg mentalnog djelovanja koje se nalazi u podlozi logičkog rješavanja problema. Dijete počinje shvaćati različite oblike konzervacije, klasifikacije i odnosnog rasuđivanja.
Formalno	12 - odraslo	Daljnji razvoj operacija dovodi do operacijske sposobnosti hipotetičko–deduktivnog rasuđivanja. Misao započinje s pretpostavkom i kreće se sustavno i logično prema stvarnosti. Primjer takvog logičkog rasuđivanja jest znanstveno rješavanje problema.

Tablica 1. *Piagetova četiri razvojna razdoblja*[2]

2.3. Senzomotoričko razdoblje

Prvi stupanj Piagetove teorije čini senzomotoričko razdoblje, koje traje od rođenja pa do druge godine života. U toj fazi dijete spoznaje svoju okolinu prvenstveno na osnovi motoričkih radnji, ali i preko senzornih doživljaja preko senzornih organa – oka, uha etc. Za senzomotoričku inteligenciju na ovom stupnju važne su aktivnosti poput igri imitacija te vlastitih novih igara. U početku je dijete ovisno o refleksnim shemama koje su mu urođene, a pred kraj razdoblja polako uspijeva oponašati i integrirati informacije. Dijete počinje shvaćati stalnost objekta – ono je u stanju predočavati predmete.

2.3.1. Šest podstupnjeva senzomotoričkog razdoblja

Senzomotoričko se razdoblje, prema Piagetu, sastoji od šest podstupnjeva. Dob djeteta u svakom od šest podstupnjeva se uzima kao grubi prosjek te ne igra toliko važnu ulogu kao redoslijed izmjene pojedinih stupnjeva, za kojeg se pretpostavlja da vrijedi za svu djecu.

2.3.1.1. Prvi stupanj: Vježbanje refleksa (od rođenja do 1. mjeseca života)

Prema Piagetu, prilagodbene mogućnosti ponašanja novorođenčeta ograničene su na jednostavne, biološki determinirane refleks te automatske reakcije na podražaje iz okoline, poput hvatanja predmeta koji mu se stave u ruku. Te automatske reakcije na podražaje iz okoline su rezultat ponašanja te se one tek neznatno mijenjaju u razdoblju vježbanja refleksa.

2.3.1.2. Drugi stupanj: Razvoj shema (od 1. do 4. mjeseca)

Tijekom drugog stupnja stvaraju se kognitivne strukture najranijeg djetinjstva – *senzomotoričke sheme*. Pod pojmom *senzomotorička shema* podrazumijevaju se uvježbani i uopćeni sklopovi ponašanja pomoću kojih dijete raspoznaje svijet oko sebe, poput "sheme hvatanja", kad dijete hvata gotovo svaki predmet s kojim je u dodiru. Posebice je to djelovanje izraženo tijekom najranijeg djetinjstva, kad je doslovce vidljivo.

Središnje pitanje Piagetove teorije je da li i u kojoj mjeri aktivnost igra ulogu u razvoju inteligencije te za Piageta u svakom razvojnom razdoblju inteligencija uključuje neki od brojnih načina djelovanja na okolinu. [2] Tijekom drugog stupnja, dolazi do dvije vrste promjena shema. Tako, primjerice, pojedinačne sheme postaju sve savršenije – dijete tijekom odrastanja postaje sve vještije i prilagođenije okolini. Osobne se sheme razvijaju tijekom čitavog ranog djetinjstva.

Druga promjena do koje dolazi je usklađivanje početno neovisnih shema u veće cjeline te one počinju uključivati i osjetilne kanale poput vida, sluha, dodira, okusa ili mirisa. Primjerice, kad dijete čuje zvuk, ono se okreće prema njegovu izvoru te tako usklađuje sluh sa vidom.

2.3.1.3. Treći stupanj: Postupci otkrivanja (od 4. do 8. mjeseca)

Treći stupanj karakterizira jasnije zanimanje djeteta za vanjski svijet. Dolazi do mijenjanja shema od usmjerenosti na djetetovo tijelo prema otkrivanju okoline. Ta povećana svijest djeteta manifestira se, primjerice, kroz otkrivanje djeteta da neki postupci vode ka ponavljanju zanimljivih događaja. Osim toga, dijete počinje razvijati spoznaju o tome, kako i što učiniti da bi

se postigao određeni cilj. Na trećem stupnju razvoja, postupci koje je dijete razvilo katkad se primjenjuju neprikladno, što opisuje pojam *magična uzročnost*.

U dobi od 7 mjeseci i 7 dana dijete gleda u limenu kutiju koja se nalazi na jastuku pred njim, predaleko da bi je dohvatilo. Ja na trenutak bubnjam po njoj u ritmu koji ga nasmijava, i zatim mu pružam ruku (na udaljenosti od 2 cm pred njim). Dijete je načas pogledalo, zatim se okreće prema kutiji, onda trese rukom dok gleda prema kutiji (zatim se skuplja, udara pokrivač, trese glavom, tj. upotrebljava sve raspoložive postupke). Očito je da želi da se pojava ponovi. [6]

Takva Piagetova zapažanja zapravo otkrivaju koliko je na trećem stupnju shvaćanje uzročnosti ograničeno.

2.3.1.4. Četvrti stupanj: namjerno ponašanje (od 8. do 12. mjeseca)

Tijekom četvrtog podstupnja, dijete najprije opaža svoj cilj te nakon toga razmišlja kako ostvariti taj isti cilj, što ukazuje na prvo *namjerno ponašanje* djeteta. Prema Piagetovoj analizi, namjerno ponašanje uključuje sposobnost da razdvoji sredstvo od cilja – dijete je sposobno upotrijebiti jednu shemu koja mu služi kao sredstvo da bi došao do druge sheme koja predstavlja cilj. Prilikom namjernog ponašanja dolazi i do reakcija na prepreke koje se nalaze na putu prema cilju, poput neke stvari koja se nalazi na putu do igračke koju dijete želi. Piaget smatra da je takvo namjerno ponašanje znak dječje inteligencije, te govori o tom dostignuću kao o "prvom stvarnom inteligentnom obrascu ponašanja. [6]

2.3.1.5. Peti stupanj: novost i istraživanje (od 12. do 18. mjeseca)

Tijekom petog stupnja, dijete otkriva nova sredstva pomoću aktivnih istraživanja. Dijete počinje sistematski mijenjati svoje ponašanje te samim time stvara nove učinke i sheme. Sam napredak djeteta u petom stupnju očituje se ponajprije prilikom rješavanja nekog problema – dijete otkriva nova rješenja za neke probleme, primjerice, da se štap može upotrijebiti za guranje nekog predmeta. Osim toga, djeca su na petom stupnju sklona aktivnom eksperimentiranju. Primjer aktivnog eksperimentiranja je bacanje predmeta uvijek iznova te gledanje tih predmeta kako padaju.

2.3.1.6. Šesti stupanj: mentalno predočavanje (od 18. do 24. mjeseca)

Napredak do kojeg dolazi tijekom šestog stupnja sposobnost djeteta da predoči nešto – dijete je sposobno planirati aktivnosti iznutra, što ujedno označava i kraj senzomotoričkog razdoblja.

Dijete je osim toga sposobno predočiti si simbolje i predmete iznutra. Djeca tijekom šestog stupnja koriste predmete na simboličkoj razini (plastična čaša koja služi kao brodić)

2.4. Predoperacijsko razdoblje

Predoperacijsko razdoblje traje od druge do šeste godine djetetova života, čiji je početak karakteriziraju brojne promjene u djetetovom funkcioniranju. Ključne promjene do kojih dolazi su usvajanje hodanja, usvajanje govora, verbaliziranje djetetovih misli i korištenje jezika. Osnovna karakteristika predoperacijskog razdoblja je egocentrično mišljenje djeteta – dijete promatra svijet samo iz svoje perspektive, no pritom ne shvaća da nemaju svi istu perspektivu kao i ono samo. Tipične karakteristike djetetovog mišljenja predoperacijskog razdoblja su *centriranje* – dijete nije u mogućnosti u svijesti zadržati istovremeno promjene dvije dimenzije, misao je osim toga *konkretna* - usmjerena na predmete u djetetovoj blizini ili pak povezana sa situacijom u kojoj se dijete nalazi. Osim tih karakteristika, djetetovu misao karakterizira i *finalizam*, odnosno težnja djeteta da propitkuje razloge sa "zašto", ono također shvaća stvari kao žive, što označava *animizam*. Dijete je u toj fazi podložno *artificijalizmu* te vjeruje da je sve stvari stvorio i sagradio Bog.

2.5. Razdoblje konkretnih operacija

Razdoblje konkretnih operacija traje od šeste pa sve do dvanaeste godine djetetova života. Karakteristika tog razdoblja je razvoj strategija te pravila kojima dijete objašnjava i istražuje svijet koji ga okružuje. Dijete također stiče mogućnost logičkog razmišljanja te konzervacije na djetetu poznatim sadržajima. Pod pojmom *konzervacija* podrazumijeva se spoznaja o postojanosti predmeta – dijete postaje svjesno da, ukoliko se predmetu ništa ne oduzme ili ne doda, predmet se ne mijenja.[2] Drugim riječima, dijete shvaća da mijenjanjem poretka ili razmještanjem predmeta oni ostaju isti. Dijete s vremenom uči primjenjivati konzervaciju na brojevima, obujmu, duljini, težini ili pak ostalim faktorima. U fazi konkretnih operacija dijete razvija sposobnost *serijacije*, odnosno sposobnost nizanja predmeta prema nekom od obilježja predmeta te je u stanju klasificirati ih i logički razvrstati, što obilježava pojam *klasifikacija*. Također, dijete usvaja i načelo *tranzitivnosti* – ono je sposobno zaključiti o nekom odnosu između dva predmeta na osnovi znanja o odnosu ta dva predmeta prema trećem predmetu. zaključivanja o odnosu između dva predmeta na osnovi znanja o njihovom odnosu prema trećem predmetu.

2.6. Formalno razdoblje

Formalno razdoblje traje od dvanaeste godine nadalje. Karakteristika ove faze je mogućnost odvajanja djeteta od vidljivih problema te je ono u stanju rješavati hipotetičke probleme, pa su tako glavna dostignuća ove faze hipotetsko deduktivno zaključivanje te sustavno rješavanje problema. To mu omogućuje razvoj apstraktnog mišljenja. Ono što obilježava ovu fazu je mogućnost djeteta da se odvaja od aktualnih i vidljivih problema te da može rješavati i hipotetičke probleme, pa su stoga glavna postignuća ove faze hipotetsko deduktivno zaključivanje i sustavno rješavanje problema. To je moguće zbog razvoja apstraktnog mišljenja. U ovoj se fazi stvara osnova za psihosocijalni razvoj.

3. Značenje i doživljaj bolesti djece

Značenje i doživljaj bolesti djeteta razlikuje se od jedne do druge dobne skupine. Prvi susret s bolešću djece te njihovih roditelja dovodi do burnih emocionalnih reakcija.

Reakcije djeteta na bol su različite te prvenstveno ovise o razini psihičkog razumijevanja koji prekriva tjelesnu bol. S obzirom na uzrast, mala djeca pokazuju tendenciju da tjelesnim doživljavanjima pripišu vanjski razlog, poput kažnjavanja. Mala djeca često ne vide razliku između bolova izazvanih samom bolešću te onih koji su nužni kako bi se izliječila sama bolest, odnosno boli izazvane operativnim zahvatima.

Djeca predškolske i rane školske dobi razumiju bolest površno i na konkretnoj razini. Za njih je bolest odgovor na njihovo loše ponašanje odnosno kršenje pravila. S druge strane, djeca od osme do jedanaeste godine razlikuju sebe od vanjskih događaja koji su uzrok bolesti. Nakon jedanaeste godine, dijete počinje shvaćati fiziološke procese i mehanizme bolesti te vezu uzroka i simptoma.

Brojna istraživanja pokazuju kako se svijest o zdravlju djeteta mijenja s vremenom. Jedno od najznačajnijih istraživanja je istraživanje Normandeau i suradnika (Normandeau, Kalnins, Jutras i Hanigan, 1998).[7] Istraživanje je pokazalo kako mlađa djeca poprilično jednostavno definiraju zdravlje, starija djeca daju detaljnije odgovore na pitanja o zdravlju. Prilikom istraživanja dječjeg poimanja bolesti proučavalo se kako se razvijaju pojmovi o zdravlju kroz određena razvojna razdoblja kao i to da djeca često bolest doživljavaju kao kaznu. Tako se razlikuju odgovori djece u predoperacionoj fazi, fazi konkretnih operacija i fazi formalnih operacija, što djelomično odgovara Piagetovim fazama kognitivnog razvoja.

3.1. Predoperacijska faza

U predoperacijskoj fazi djeca svoju bolest često objašnjavaju magičnim odgovorima (npr. *čudovište mi je ušlo u bušu*). Djeca u toj fazi stvaraju uzročnu vezu između vanjskog izvora bolesti i tijela kao da je ta veza nešto magično. Riječ je o takozvanoj *fenomenološkoj razini* (*Srčani udar je kad padneš na leđa*). Na *razini zaraze* djeci izvor zaraze predstavlja neka osoba ili objekt koji se nalazi u blizini, no koji nije u kontaktu s bolesnom osobom. Tako djeca vodene kozice vide kao točkice po tijelu koje dobivamo od osoba kraj kojih prolazimo. U toj fazi su očiti centracija i egocentrizam djeteta. Sukladno tome, djetetovo je razumijevanje u predoperacijskoj fazi nepotpuno.

3.2. Faza konkretnih operacija

U fazi konkretnih operacija djeca još uvijek mogu smatrati da loše ponašanje te kontakt s mikrobima uzrokuju bolesti – to je *razina kontaminacije*. Kasnije, na *razini internalizacije*, djeca razlikuju unutarnje od vanjskog te izvore bolesti vide i traže izvan tijela, poput mišljenja da se prehlade kad izađu van bez kape. Djeca u fazi konkretnih operacija razumiju da dolazi do nekih događaja u tijelu, no nisu sigurni što se to točno događa – za njih je izvor bolesti fizički kontakt i ne događa se sama od sebe. Uzrok prehlade vide, primjerice, u klicama iz zraka. U toj fazi djeca shvaćaju uzrok i posljedicu bolesti te radi toga izbjegavaju kontakt s nekim predmetima. Također dolazi do usvajanja reverzibilnosti te djeca shvaćaju da se zdravi ljudi mogu razboljeti, isto kao što i bolesni ljudi mogu ozdraviti.

3.3. Faza formalnih operacija

U fazi formalnih operacija, djeca počinju razumjeti fiziološke procese, takozvanu *fiziološku razinu*. Djeca postaju svjesna raznih procesa unutar tijela. Shvaćaju i da se bolest može tretirati na različite načine te da bolest može imati više uzroka. Također shvaćaju da neki postupci mogu utjecati na zdravlje odnosno bolest. Tijekom najnaprednije, *psihofiziološke razine*, djeca su svjesna utjecaja misli i osjećaja na funkcioniranje tijela. Djeca su sposobna razmišljati na psihofiziološkoj razini i razumiju povezanost između bolesti i psiholoških pojava koje su im apstraktne, poput povezanosti stresa i bolesti.

4. Dijete u bolnici

Svako odvajanje djeteta od njegovih roditelja za samo je dijete tužno, bolno i zastrašujuće. Pritom odlazak u bolnicu vodi do promjene svakodnevnog načina života djeteta, pri čemu se ne mijenja samo djetetova svakodnevna rutina, već je ona popraćena i dodatnim problemima koje zadaju simptomi bolesti, novo bolničko okruženje te često neugodni terapijski postupci. Često je odlazak djeteta u bolnicu popraćen i neugodnim emocionalnim stanjima radi odvajanja od primarnog okruženja, straha od ishoda liječenja bolesti te samih postupaka koji vode ka izlječenju bolesti.

Djeca specifično shvaćaju bolest te je njihov odnos prema liječenju drugačiji od shvaćanja bolesti kod odraslih. Uz to, bitno se razlikuje i njihovo ponašanje tijekom liječenja.

Što se tiče same hospitalizacije, postoji niz čimbenika koji razlikuju hospitalizaciju djece od hospitalizacije odraslih. Reakcija djeteta na hospitalizaciju ponajviše ovisi o dobi djeteta, odnosno o stupnju kognitivnog razvoja djeteta. Ovisno u stupnju kognitivnog razvoja u kojem se dijete nalazi, ono u skladu sa time razvija svoje poimanje bolesti te reagira na bolest i popratnu terapiju. Osim toga, o dobi djeteta ovisi i reakcija na odvajanje od roditelja i stupanj prilagodljivosti bolničkom okruženju.

Doživljaj bolesti djece izravno je povezan s konceptom shvaćanja vlastitog stanja. Tako mala djeca predškolske i rane školske dobi sve što im se događa povezuju sa svojim ponašanjem. Zbog toga oni često bolest doživljavaju kao kaznu za svoje ponašanje. Od osme do jedanaeste godine djeca bolest shvaćaju u okvirima zaraze, dok djeca starija od jedanaest godina shvaćaju fiziologiju bolesti.

Djeca starosti od 6 mjeseci do četiri godine smatraju se najosjetljivijima na hospitalizaciju.[8] Ukoliko majka nije zajedno s djetetom te starosti u bolnici ili pak ga ne posjećuje svakodnevno, dijete prolazi kroz tri faze prilagodbe na bolničku okolinu: fazu prosvjeda, fazu očajanja i fazu prividne prilagodbe. Zaključak je, da što je dijete mlađe, ono će teže podnijeti razdvojenost od svojih roditelja. Upravo je razdvojenost djeteta od roditelja najveći izvor stresa u hospitalizaciji djeteta i čest je uzrok poteškoća u djetetovom psihološkom i emocionalnom razdoblju. Zbog toga su posljedice hospitalizacije proporcionalno veće s time što je dijete manje. Da bi psihološke i emocionalne poteškoće uzrokovane razdvajanjem djeteta od roditelja bile minimalne, hospitalizacija male djece mora se odgoditi. Ukoliko odgoda hospitalizacije nije moguća, s djetetom u bolnici treba boraviti i majka.

Osim razdvojenosti djeteta od roditelja, još je nekoliko faktora koji utječu na stres uzrokovan hospitalizacijom. Prije svega to su strah od boli i povreda, izloženost dotad nepoznatoj okolini i događajima te strah i nesigurnost zbog ishoda liječenja.

5. Hospitalizacija djece

Hospitalizam je opći pojam za sve psihološke i tjelesne poremećaje uzrokovane dugotrajnim boravkom u bolnici ili drugoj ustanovi. U psihološkom smislu hospitalizam je sindrom negativnih psiholoških učinaka koji se javljaju osobito kod male djece koja borave u instituciji duže vrijeme ili odrastaju u specijalnim domovima za djecu.[1]

Kao što piše u Konvenciji o pravima djeteta, pravo na zdravlje je temeljno pravo djeteta.[8] Kako je dijete bolesno i narušenog fizičkog zdravlja, to zahtijeva boravak djeteta u bolnici, tj. njegovu hospitalizaciju. No, uz fizičku traumu, dijete doživljava i psihičke traume zbog odvajanja od roditelja. Tendencija u suvremenoj hospitalizaciji djeteta je da se uz adekvatnu brigu od strane bolničkog osoblja, u brigu uključuju i roditelji. To se provodi tako što su omogućeni neograničeni posjeti, ako to stanje djeteta omogućuje, zajednički boravak roditelja i djeteta u bolnici te ostali sadržaji koji su prihvatljivi djeci te im umanjuju strah od hospitalizacije.

Zdravstveni djelatnici koji su u neposrednom kontaktu s djetetom moraju biti educirani o tome kako pristupiti djetetu, kako brinuti od djetetu, shvatiti emocionalno stanje djeteta, shvatiti potrebe djeteta za igrom, rastom, učenjem, ali i u taj odnos znati uključiti roditelja te ga uputiti i savjetovati kako pomoći bolesnom djetetu na fizičkom, ali i psihičkom oporavku djeteta. Kako hospitalizacijom djeteta uzrokuje emocionalne i socijalne promjene u obitelji, tom problemu treba pristupiti s oprezom te roditeljsku ulogu prilagoditi novonastaloj situaciji. Kako se odlaskom djeteta u bolnicu događaju promjene u svakodnevnom načinu ponašanja djeteta, dolazi do njihove neugodnosti. Ako se djetetu pristupi na neadekvatan način od strane bolničkog osoblja, ali i roditelja, posljedice mogu biti trenutne, ali se javljati i kasnije.

Razlozi koji predstavljaju stres djetetu prilikom hospitalizacije djeteta su:[8]

1. Odvajanje od roditelja
2. Strah od boli
3. Povrede tijela

Kako bi se traume od gore navedenih stanja ublažile, valjda pripremiti dijete prije same hospitalizacije. Stres koji se javlja na djetetovu psihi tijekom boravka u bolnici su:

- Nepoznata okolina
- Nejasna očekivanja i ograničenja
- Gubitak kontrole i kompetencije
- Simptomi bolesti
- Neugodni dijagnostički i terapijski postupci

Vrlo je teško predvidjeti reakciju djeteta na hospitalizaciju, no postoje indikatori koji ukazuju na to da su neke skupine djece osjetljivije te se na osnovi tih indikatora može predvidjeti i reakcija djeteta na hospitalizaciju. Djeca koja su osobito osjetljiva na odvajanje tijekom hospitalizacije su muška djeca, posebice jedinci i mlađa djeca. Najosjetljivija skupina djeteta je starosti između 6. mjeseci i 4. godine.[8] Nadalje, osjetljiva djeca su i djeca slabije emotivne povezanosti s majkom, djeca koja su duže vremena hospitalizirana, povučena djeca, djeca majki koje otvoreno pokazuju veliku zabrinutost i nezainteresiranost, jedinci, djeca koja loše reagiraju na njima strane osobe, djeca koja rijetko posjećuju druge te djeca koja već imaju traumatska iskustva uzrokovana odvajanjem.

Umanjenje stresa se osigurava uvažavanjem djetetovih navika, pružanjem jasnih uputa, uvažavanje potrebe djeteta za sudjelovanjem u njegovom liječenju te što je najbitnije, pružanje osjećaja sigurnosti.

Faktori o kojima ovise reakcije na hospitalizaciju su različiti. U te faktore spada dob djeteta kojemu je potrebna hospitalizacija, spol, djetetove osobine ličnosti, vrsta bolesti djeteta te težina bolesti, neugodnost simptoma koje dijete ima, vrsta liječenja koja će se provoditi, bolničko okruženje i osoblje te sami odnos zdravstvenih djelatnika prema djetetu, ali i njegovim roditeljima.

Faze prilagodbe, tj. psihološke reakcije djece na hospitalizaciju su sljedeće: [9]

1. *Razdoblje protesta* koje se javlja odmah nakon odvajanja, i u prvih nekoliko dana, a manifestira se plakanjem, hiperaktivnošću, odbijanju osobe koja mu želi pomoći i prosvjedovanjem te traženje majke.
2. *Razdoblje očaja* koji se javlja kod kraće hospitalizacije i manifestira se kada se u prvoj fazi nije dovelo roditelja pa se dijete motorički smiruje, ima pasivne i depresivnije reakcije, apatično je, javljaju se problemi s hranom i spavanjem te postaje povučeno i potišteno.
3. *Razdoblje prividne prilagodbe* javlja se kod duže hospitalizacije, a očituje se ravnodušnošću djeteta, zainteresiranost za okolinom, prihvatanje tuđe pomoći, ne pretjerana povezanost s majkom, prihvaća igranje i ponudenu suradnju od strane osoblja.

Prva faza psiholoških reakcija traje najkraće, druga nešto duže, dok treća dolazi najkasnije i traje do završetka hospitalizacije.

Pokazatelji razdvojenosti koji se javljaju s obzirom na dob djeteta kad se dogodila hospitalizacija podijeljeni su na 3 razdoblja:[9]

- Tijekom prve godine djeteta javlja se anaklitička depresija što pokazuje potištenost, manja aktivnost djeteta, gubitak apetita i poteškoće kod spavanja, pad imuniteta, a često se javlja i gubitak težine. Ako se dijete brzo vrati u obiteljsko okruženje, ovi simptomi nestaju.
- Od druge do treće godine se javlja veliki protest zbog odvajanja od roditelja i obiteljskog okruženja, posebice se to javlja ako dijete odrasta u stabilnoj obiteljskoj atmosferi i okolini. Javlja se neprekidan plač i uznemireno regresivno ponašanje. Kod djece koja nisu imala dobru roditeljsku brigu, ne javljaju se ove reakcije jer su djeca „naviknuta“ biti sama.
- Od treće godine nadalje javljaju se dvije situacije, a to je da djeca imaju veću mogućnost razumnog shvaćanja njihovog trenutnog stanja i razlozi zbog kojeg su hospitalizirani, ali i pokazuju veći stres prilikom odvajanja od roditelja te su osjetljiviji.

Kao što je u uvodu poglavlja navedeno, bitno je naglasiti da većine poteškoća i simptoma nema ako je roditelj s djetetom u bolnici cijelo vrijeme, ili barem dio vremena, ako se koristi kratki period hospitalizacije ili neka vrste dnevne bolnice. Roditelj mora djetetu pokušati strpljivo, detaljno i jasno objasniti i pripremiti ga za bolnicu. U pripremnoj fazi veliku ulogu imaju roditelji, ali i roditelji trebaju dobiti točne i jasne informacije od strane medicinskog osoblja. Dijete, ali i roditelj koji imaju manji strah od hospitalizacije, bolje razumiju postupke i skloniji su suradnji i pridržavanju uputa. Dakle priprema djeteta treba krenuti od medicinskog osoblja, preko roditelja i zatim ponovo u bolnici u zajedničkom djelovanju roditelja i medicinar. Kada se dijete nađe u bolnici doživljava stres koji medicinsko osoblje treba svesti na najmanju moguću mjeru i to stvaranjem odnosa povjerenja kako bi se dijete osjećalo sigurno, a ne ugroženo. Osoblje treba djetetu pristupiti mirno i tihim glasom te strpljivim odnosom. Kako se prilikom boravka djeteta u bolnici narušava njegova svakodnevna rutina, to mu, ako fizičko stanje dozvoljava, mora biti omogućeno i dalje kroz uključivanjem u igre u bolnici. Tim postupkom se djetetu subjektivno skraćuje vrijeme u bolnici, stvara se imaginarno stanje svakodnevice, mogućnost stvaranja transformacije straha i negativnih osjećaja. Smetnje se mogu javiti i nakon izlaska iz bolnice, a to su poremećaji u prehrani, spavanju, ali i ponašanju. Javlja se anksioznost te strah od ponovnog odvajanja. Sve negativne posljedice nakon bolnice valja sustavno dovesti u normalu i čim prije dovesti uz potporu roditelja, u normalu.

Kako bi se ublažile posljedice uzrokovane hospitalizacijom, ako je ikako moguće, odgoditi hospitalizaciju do djetetove pete godine, provoditi kliničku obradu kroz dolazak djeteta u dnevne bolnice, omogućiti stalan boravak roditelja kod djeteta i otvorene posjete. Dijete treba biti

informirano i psihički pripremljeno na medicinske postupke koji slijede. Dijete treba osjećati sigurnost, a roditelji i medicinsko osoblje treba pružati emocionalnu podršku te povjerenje.

5.1. Obitelj i hospitalizacija djeteta

Boravak u bolnici stresno je za dijete. Stres uzrokovan ostankom i boravkom u bolnici ne može se izbjeći, no određenim postupcima i pripremom djeteta na boravak u bolnici taj se stres može znatno umanjiti. Od iznimne je važnosti što bolje pripremiti dijete na hospitalizaciju. Istraživanja pokazuju kako priprema djeteta na odlazak u bolnicu i terapije bolesti kroz koje će prolaziti znatno smanjuju djetetovu tjeskobu, smanjuje doživljaj boli te povećava spremnost djeteta na suradnju. Osim toga, informirano dijete češće se brže oporavlja i kraće ostaje u bolnici.

Ukoliko je odlazak djeteta u bolnicu planiran, roditeljima se preporučuje dovoljno rano informiranje djeteta s time da će morati ostati u bolnici te mu pojasniti razloge zašto, kao i obavijestiti ga o tome koliko će otprilike dugo ostati u bolnici. Pritom se djetetu ne trebaju davati lažna obećanja u vezi s duljinom boravka u bolnici, zbog toga što dijete u slučaju duljeg boravka u bolnici može izgubiti povjerenje u roditelje i medicinsko osoblje, što sa sobom povlači negativnu reakciju na prilagodbu u bolnici. Preporučaju se što detaljniji opisi bolnice, soba u kojima će boraviti, medicinskog osoblja koje će se brinuti za njega. Ukoliko će dijete prolaziti kroz bolne postupke terapije, od velike je važnosti iskreno ga informirati o tome – dijete će lakše podnijeti očekivane postupke, nego one koji su mu nepoznati i neočekivani. Potrebno je djetetu opisati intenzitet boli, jer će ga neočekivani i veći intenzitet boli više boljeti nego što boli kad je takva bol očekivana. Boravak u bolnici olakšava i ohrabrivanje djeteta – djetetu je potrebno reći koliko će ga često roditelji posjećivati i provoditi vremena sa njime. Tuga pri odlasku nakon posjete je normalna, no daleko od manja od one do koje dolazi ako roditelji ne posjećuju ili pak rjeđe posjećuju svoje dijete. Ako je moguće, prilikom duljeg boravka djeteta u bolnici, poželjno je da s njime u bolnici boravi i roditelj, pogotovo kod djece mlađeg uzrasta.

Ukoliko je odlazak djeteta u bolnicu neplaniran, nije moguće informirati dijete o tome što slijedi i što ga čeka u bolnici. Zbog toga je od velike važnosti djetetu objasniti zašto se tu nalazi i zbog čega je tu. Važno je saslušati dječje strahove i brige te mu pružiti adekvatnu utjehu i ohrabriti ga.

6. Reakcije akutno i kronično bolesnog djeteta

Na samom početku ovog dijela rada, najprije se mora definirati što znači akutno, a što kronično bolesno dijete. Pridjev akutan vuče porijeklo od latinske riječi *acus*, što znači igla.[10] Dakle, akutno znači nešto što u kratkom vremenu izaziva oštru bol, kao što je npr. ubod igle. Kada se spominje akutna upala, to znači da je to vrlo oštra upala koja je popraćena izraženim znakovima upale. Pod te znakove spadaju bolovi, crvenilo, otok, toplina, itd. Takvo akutno stanje ne trpi odgađanje, vrlo je uznemiravajuće i valja poduzeti brze i konkretne korake u rješavanju takvog stanja. Pridjev kroničan dolazi od latinske riječi *chronos*, što znači vrijeme.[10] Dakle nešto što je kronično je vezano za vrijeme i što traje neko duže vrijeme. Karakteristike kronične bolesti su svi kao i kod akutnog stanja, ali su mnogo blaži, a često se svi simptomi i ne moraju javiti i postojati. Ponekad se na spomen riječi kronično, smatra da je to neizlječivo ili da se može izliječiti, ali nije isključena mogućnost njenog povratka.

Sad kad su se pojasnili pojmovi akutno i kronično, mogu se i pojasniti i reakcije na takva stanja bolesti. Kod akutno bolesnog djeteta dolazi do narušavanja svakodnevnog života koji je popraćen smanjenom tjelesnog aktivnošću, smanjuje se apetit i produljuje se odmor. Djeca do 3 godine sa akutnom bolešću su često razdražljiva i netolerantna te su ovisnija o roditeljima od njihovim zdravim vršnjaka. Kod starije djece se opaža veća poslušnost od uobičajenog, veća usmjerenost na njihovo tijelo i tjelesne potrebe, a pokazuju i manji kontakt i interes za okolinu.[11] Često se javlja i tzv. regresivno ponašanje kojim djeca nesvjesno traže pomoć, a označava i promjenu njihovog ponašanja. To su takva stanja kad se javljaju neki oblici u ponašanju koja su bila karakteristična za neke ranije savladane razvojne faze djeteta. Tako se javlja nemogućnost kontrole mokrenja pa dijete opet mokri u krevet ili ponovo ima potrebu za dudom, iako u prethodnom razdoblju nije imalo potrebu za njom. Još jedan poremećaj je i ponovo puzanje, iako je dijete savladalo motoričku sposobnost hodanja, a i teže se odvajaju od roditelja. Djeca različito reagiraju na promjenu okoline te prolaze kroz krizu i adaptiraju se s manjim ili većim poremećajima ponašanja.

Kod ovakvih stanja potrebno je pratiti djetetovo ponašanje i konzultirati se sa stručnim osobama poput odgajatelja, psihologa, psihoterapeuta i ostalih stručnjaka. Konzultiranjem će se djetetu omogućiti povratiti stanje koje je prethodilo bolesti i u kojem se dijete osjećalo sigurno. Valja mu omogućiti ljubav roditelja i bliže okoline i imati strpljenja s njim kroz to razdoblje ponašanja kako bi se djetetu omogućio što manje bolan povratak u normalno stanje i ponašanje. Ako roditelj pokazuje pretjeranu pažnju može izazvati i kontra efekt tako što se može produžiti regres i nakon samog prestanka bolesti djeteta, također pretjerana zabrinutost roditelja utječe

negativno na ponašanje djeteta pa u skladu s uputama liječnika i ostalih zdravstvenih djelatnika, valja naći neku sredinu kod pokazivanja ljubavi prema bolesnom djetetu.

Kronično bolesno dijete reagira osim na bolest i na odvajanje zbog hospitalizacije na tjelesna ograničenja, vlastitu ovisnost o drugima, strah od postupaka liječenja, strah od bolova te ishoda bolesti. Reakcije koje pokazuje kronično bolesno dijete dijele se u skupine po godinama. Dijete koje je mlađe od 2 g. reagira kroz plač, ljuljanje i nemir. Od 2. do 4. godine dijete regredira na ranije ponašanje, dok dijete od 6, 7 godina može već razumjeti bolest pa ga treba sustavno uključivati u tijek njegove bolesti i zbrinjavanja.[12] Kod starije djece javlja se gubitak kompetentnosti i manjak samopouzdanja. Kod njih je vrlo bitna i uloga roditelja koji moraju imati ulogu psihologa. Kod kroničnih bolesti javlja se tjeskoba, tuga, nestrpljivost i srdžba na sebe, roditelje i okolinu, a mogu prouzročiti i emocionalne smetnje te smetnje ponašanja. Kod rješavanja problema bolesti i ponašanja valja osigurati kvalitetne uvjete života i rada. Kod kronično bolesnog djeteta treba uključiti cijeli lanac osoba, od roditelja, učitelja, psihologa, itd. i djetetu ulijevati puno samopouzdanja kako bi se što bezbolnije integriralo u društvo i okolinu.

6.1. Obitelj i kronično bolesno dijete

Prilikom spoznaje obitelji o kroničnoj bolesti svog djeteta, ono je pod teretom velikih briga. Nakon što se početni stres, koji predstavlja snažnu traumu, prebrodi, roditelje muče brojna pitanja, zabrinutost, strah i nepoznanice o samoj bolesti. Kronična bolest djeteta dovodi do promjena u dotadašnjem funkcioniranju obitelji – ono se mijenja te prilagođava bolesnom djetetu. Pritom veliku ulogu ima težina kronične bolesti te njena priroda, osobnost djeteta i reakcije djetetove obitelji.

Najčešće kronične bolesti koje mogu više ili manje onesposobiti dijete su šećerna bolest, kronični bronhitis, epilepsija, bolesti lokomotornog sustava, Chronova bolest, srčane bolesti ili pak leukemija.

Problemi s kojima se susreću kronično bolesna djeca su mnogostruki – kronično bolesna djeca su vezana za stalno održavanje kontakata s liječnicima i medicinskim osobljem, često borave u bolnici te su podvrgnuti raznim tretmanima liječenja. Osim toga, često moraju kontinuirano uzimati lijekove te pohađati programe rehabilitacije. Zbog toga im je potrebna posebna pažnja. Negativan utjecaj na sam razvojni tijek bolesti mogu imati i poseban položaj u školi, društvu te zajednici, zbog čega veliku ulogu u razvojnem tijeku bolesti igra razumijevanje bolesti djeteta obitelji, vršnjaka i šire zajednice.

Kod kronično bolesne djece često se primjećuje *pseudozrelost*. Pseudozrelost je neprimjerena ozbiljnost djeteta, koja nije primjerena njegovoj dobi. Do nje dolazi radi situacije u kojoj se dijete nalazi. Pseudozrelost često predstavlja obrambeni mehanizam djeteta – ona

predstavlja njegovu zaštitnu masku kojoj je uzrok strah. Kronično bolesnom djetetu život se iz temelja mijenja, dijete biva ograničeno, mijenjaju se njegove navike, postaje ovisno o roditeljima a često i o liječnicima i medicinskom osoblju. Zbog toga kronično bolesno dijete može imati slabije samopouzdanje i kompleks manje vrijednosti, koje uzrokuje bolest. To pogotovo dolazi do izražaja ukoliko je dijete radi bolesti ograničeno u aktivnostima koje provode ostala djeca.

Djeca školskog uzrasta često se srame svoje bolesni i svjesni su svojih ograničenja. Ono često pokušava prikriti svoju bolest radi straha od razdvajanja od svojih vršnjaka, što može dovesti do opiranja liječenju. To se najčešće odnosi na adolescente, koji bolest u toj fazi razvoja mogu doživjeti kao osjećaj manje vrijednosti.

Djeca koja boluju od iste kronične bolesti nemaju istu reakciju na nju, niti se na nju isto prilagođavaju. prilagodba i reakcija razlikuju se od djeteta do djeteta. Za većinu djece vrijedi da postaju manje samostalni i ovisniji o roditeljima te postaju nesigurniji. No, sve navedene reakcije na kroničnu bolest mogu biti prolazne te djetetu nakon uspješnog suočavanja sa bolešću i popratnim stresom može rasti samopouzdanje i vjera u samog sebe, za što je preduvjet zdraviji psihološki mehanizam obrane.

Prva reakcija obitelji na kronično bolesno dijete je šok, za koji je potrebno vrijeme da prođe. Priroda roditelja nije okarakterizirana pripremljenošću na bolesno dijete. Za roditelje je bolest djeteta uvijek traumatična, ponajviše radi povezanosti roditelja s djecom i važnosti koju oni za njih predstavljaju. Reakcija roditelja na bolest djeteta ponajviše ovisi o sociokulturnim ovisnostima njihovog života. Najveći broj roditelja nakon prvotnog šoka poduzima sve što je moguće da pomognu djetetu, dok manji broj roditelja očajava i ne poduzima ništa ili pak se suočava s depresijom ili agresijom. Briga za bolesno dijete je bolja time što su roditelji psihički zdraviji te imaju jaku emocionalnu vezu s djetetom. Često dolazi do prezaštićenosti djece što ih sputava u emocionalnom razvoju prilikom stjecanja emocionalne zrelosti. Bolest može utjecati na više načina na kvalitetu života obitelji – često je jedan od roditelja primoran zapostaviti svoju karijeru te se posvetiti djetetu. Osim toga, bolest često može biti veliki financijski teret obitelji, što također smanjuje kvalitetu života obitelji.

7. Reakcije neizlječivo bolesne djece

Neizlječivo bolesna djeca iznimno su teška tema zbog toga što tako ozbiljna bolest predstavlja veliko emotivno opterećenje za obitelj, ponajviše time ako od neizlječive bolesti boluje dijete. Roditelji su prisiljeni voditi razgovore s djetetom radi objašnjavanja situacije što je izrazito bolno za roditelje, ponajviše zbog toga što bi djetetovo djetinjstvo trebalo biti bezbrižno. Dijete je primorano naučiti se nositi s osjećajem straha, tuge i bespomoćnosti. Prilikom iznošenja informacija djetetu, najvažnije je obratiti pažnju na dob djeteta. Bitno je djeci priopćiti istinu, no na način na koji je djeca mogu shvatiti te ih pripremiti na sve moguće ishode. Dok maloj djeci ne treba iznositi previše detalja, sa starošću djece se proporcionalno povećava i zahtijevanje za čim više informacija.

Emocionalna reakcija djeteta ovisi o puno stvari. Najprije o tome kako mu se vijest priopćava. Pritom je važno odabrati dobar trenutak za priopćavanje, kad je dijete mirno i staloženo. Djecu je potrebno uvjeriti da je normalno osjećati strah i nesigurnost i da će obitelj biti cijelo vrijeme uz dijete.

Izražavanje osjećaja djeteta nije nužno verbalno, ono se često očituje i kroz ponašanje. Tako se neka djeca počinju ponašati više nezrelo nego što jesu dok neka djeca krive same sebe za bolest. Na djetetovo pitanje o umiranju potrebno je odgovoriti iskreno i umirujuće, u skladu s dobi djeteta. S djetetom treba razgovarati u kontinuitetu te razgovarati o njegovim strahovima. Najgore je ignorirati djetetovu znatiželju o bolesti i odbiti dijete.

Ukoliko dijete umire od maligne bolesti, ono prolazi kroz 5 faza:[11]

1. Dijete zna da je ozbiljno bolesno
2. Dijete zna da je ozbiljno bolesno, no misli da će se oporaviti
3. Dijete zna da je trajno bolesno, no misli da će se oporaviti
4. Dijete zna da je trajno bolesno i da se neće oporaviti
5. Dijete je svjesno da umire

Dok dijete do druge godine života ne razumije pojam smrti, djeca od druge do pete godine se ne boje smrti radi uvjerenja da osoba koja umre i dalje živi. Tijekom šeste godine dijete smrt vidi kao povratnu, poput sna. Kasnije dijete vjeruje da je smrt konačna, no i da se ona može izbjeći. Nakon devete godine dijete smrt smatra kao nepovratnu i neizbježnu, o čemu je riječ u 8.poglavlju.

8. Koncept smrti kod djece različitih uzrasta

Prije se smatralo da djeca ne razumiju koncept smrti pa tako da ni ne tuguju nakon gubitka voljene osobe, no danas je poznato da iako tuga djece zna izgledati drugačije od tuge odraslih osoba, djeca su jednako pogođena emocionalno i psihički na gubitak voljene osobe. Do reakcije dolazi uvijek, iako se ponekad čini da reakcije nema. U situaciji suočavanja djeteta s gubitkom voljene osobe, bitno je voditi računa o djetetovoj starosti i njegovom konceptu i shvaćanju smrti. Mala djeca prilikom smrti bliske osobe pokazuju najrazličitiju lepezu osjećaja. No, prilikom tugovanja su sve reakcije djece normalne. Zbog toga je od velike važnosti poznavati njihove načine izražavanja tuge i osjećaja, kako bi im mogli pružiti adekvatnu podršku u tom fragilnom periodu. Pritom su djetetu najvažnije najbliže osobe, poput roditelja, baka i djedova te ostalih najbližih članova obitelji.

8.1. Poimanje smrti kod djece do dvije godine

Kako bebe nisu na kognitivnoj razini razumijevanja apstraktnih pojmova, one ne mogu ni razumjeti smrt. Djeca te dobi su nakon gubitka voljene osobe svjesne odvajanja od te osobe. Osim toga, ono reagira i na emocije odraslih koji je okružuju, kao i na promjenu svakodnevne rutine, poput hranjenja. Na te promjene dijete reagira protestom, iritabilnošću, učestalim plačem, poremećenim ritmom spavanja ili pak gubitkom težine.

8.2. Poimanje smrti kod djece od dvije do četiri godine

Mlađa djeca od dvije do četiri godine ne razumiju da smrt nije trenutačna već da je njen učinak vječan. Oni smrt shvaćaju kao nešto reverzibilno. Pa tako, ako dijete postavi pitanje kad se baka vraća i dijete dobi odgovor da se baka više neće vratiti, ono može kroz nekoliko sati opet postaviti isto pitanje. No, u tom periodu djeca pokušavaju shvaćati što znači kad nekog ili nečeg nema, najčešće kroz igru skrivanja. Djeca te dobi su u razvojnoj fazi u kojoj oblikuju svoju temeljnu privrženost i uče povjerenju, što ih čini posebno osjetljivima na odvajanje i odbijanje drugih, pa tako njihove reakcije na gubitak mogu biti velikog intenziteta. Kao i bebe, djeca ove dobi također su osjetljiva na emocionalno stanje i reakcije odraslih koji ih okružuju, pa ukoliko osjete tugu roditelja, reagiraju na različite načine. U najčešće reakcije spadaju plač, zbunjenost, noćne more, regresivno ponašanje ili pak serije bijesa.

8.3. Poimanje smrti kod djece od četiri do sedam godina

Djeca od četvrte do sedme godine također često vide smrt kao trenutno i reverzibilno stanje.[13] Ponekad se znaju osjećati krivima za smrt osobe jer vjeruju da su njihove misli ili pak osjećaji utjecali na smrt osobe, što označava pojam *magično mišljenje*. Magično mišljenje je vjerovanje djeteta da se sve vrti oko njih te da mogu imati kontrolu nad svime što se događa. Zbog tog načina razmišljanja, djeca često povezuju događaje koji nemaju veze jedan sa drugim. Ako, primjerice, kupe igračku na dan smrti bliske osobe, mogu to shvatiti kao uzrok smrti bliske osobe, tim više ako im se pravi razlog smrti ne objasni. Djeca te dobi često postavljaju pitanja o smrti, poput onog što se događa kad umreš. Iskazivanje tuge kod njih se najčešće manifestira kroz igru i crtanje, a nekad se mogu ponašati i kao da se ništa nije dogodilo, što odrasli shvaćaju kao djetetovo prihvatanje gubitka. Ipak, to što djeca ne pokazuju reakciju na gubitak često znači da nisu spremni na suočavanje s tako velikim događajem. Ukoliko reakcija ima, to su najčešće tuga, ljutnja, poremećen ritam spavanja, poteškoće s prehranom, regresija i strah od toga da ih i drugi ne napuste.

8.4. Poimanje smrti kod djece od sedam do deset godina

Djeca od sedme do desete godine počinju shvaćati da je smrt trajna i nereverzibilna. Oni često smrt vide kao neko biće, poput čudovišta ili duha. Postavljaju puno pitanja u vezi sa smrću jer ih zanimaju detalji smrti. Svjesni su činjenice da smrt može pogoditi bilo koga, no nemaju u vidu da se smrt može dogoditi i članovima njihove obitelji. U većini slučajeva smrt povezuju sa starijim i bolesnim ljudima. Kao i mlađa djeca, mogu shvatiti smrt kao kaznu, što može dovesti do osjećaja tjeskobe ili pak straha. Čim su djeca starija, tim su više svjesni sebe i okoline i izražavaju brigu za zdravlje bliskih osoba. Oni imaju malo razvijenije mehanizme suočavanja sa smrću nego mlađa djeca. Svoje osjećaje često izražavaju igrom, a na smrt reagiraju putem šoka, nevjerice, depresije, regresije i poremećajima spavanja i prehrane.

8.5. Poimanje smrti kod djece od deset do dvanaest godina

Djeca u predpubertetskoj fazi smrt shvaćaju kao i djeca od sedme do desete godine, uz razliku da djeca u predpubertetskoj fazi razvijaju vlastiti identitet. Ona su ovisnija o vršnjacima nego o roditeljima. Počinju razumijevati biološki i emocionalni aspekt smrti i bolje razumijevaju činjenice, nego emocionalnu stranu gubitka voljene osobe. Zbog toga često skrivaju emocije uzrokovane gubitkom, da ne bi bili drugačiji od svojih vršnjaka. Uobičajene reakcije na smrt su izljevi bijesa, razdraženost, poremećen ritam spavanja i prehrane, povlačenje, a ponekad i fizički bolovi poput glavobolje.

9. Komunikacija između liječnika i bolesnika te važnost pridržavanja savjeta i uputa o liječenju

Roditelji se ponekad moraju suočiti sa činjenicom da je djetetu potrebna hospitalizacija, te se dijete mora podučiti tome da odlazak liječniku ne predstavlja nužno nešto neugodno. Osnova za pozitivna iskustva s liječnicima su ugodan, ljubazni i ljudski pristup djetetu i roditeljima prilikom posjeta u ambulantu. Na taj se način djetetu umanjuje strah od bolničkog osoblja i medicinskih postupaka, čime trauma prilikom hospitalizacije djeteta postaje manja. Povjerenje između liječnika i pacijenta uspostavlja se kroz obavješćavanje roditelja i djeteta o tijeku pregleda, o nužnim tretmanima poput uzimanja uzoraka ili pak primjeni lijekova. Liječnik osim toga mora objasniti djetetu zbog čega ono mora dobiti injekciju i nakon primanja injekcije ga pohvaliti ako je dijete bilo dobro. Ukoliko je dijete nemirno i plače, mora postojati doza razumijevanja.

Što je dijete mlađe, jasniji mu je način komunikacije putem neverbalne komunikacije. Ohrabrivanje djeteta i smješkanje od velike su pomoći u komunikaciji s djetetom – tako dijete razumije da je liječnik zainteresiran za ono što dijete priča. Osim toga, u komunikaciji s djetetom važno je i zadržavati kontakt očima, postavljati mu kratka i jasna pitanja te ne kritizirati dijete.

Prilikom komunikacije liječnika s roditeljima, poželjno je da su prisutna oba roditelja i da je razgovor direktan i iskren. Informacije o bolesti djeteta roditeljima priopćuje liječnik zbog toga što je on najbliži djetetu. Prilikom komunikacije s roditeljima, liječnik mora pokazati svoju stručnost i stvoriti osjećaj povjerenja. Obitelj djeteta je također dio procesa rehabilitacije, budući da je obitelj djetetova sredina. [14]

Tajna uspjeha liječenja krije se u pravilnom odabiru djelotvornog lijeka, no i u kvalitetnom pridržavanju uputa liječnika o pravilnom uzimanju terapije. Liječnik i ljekarnik zaduženi su za to da bolesnom djetetu odnosno njegovim roditeljima pojasne djelovanje i doziranje lijeka tako da ta informacija bude razumljiva. Uz to, motiviranje bolesnog djeteta i njegovih roditelja na ustrajnost tijekom liječenja također igra veliku ulogu. Roditelji prilikom liječenja djeteta igraju veliku ulogu jer su oni od esencijalne važnosti za suradnju bolesnog djeteta s liječnikom tijekom procesa liječenja. Psihološka znanja liječnika uvelike utječu na oporavak bolesnog djeteta – bolesno dijete je motiviranije i liječenje samim time postaje uspješnije, smanjuje se duljina liječenja čime se ubrzava oporavak.

Dijete tijekom liječenja ovisi o odraslima iz svoje okoline i o njihovom pridržavanju upute liječnika. Zbog toga liječnik treba detaljno objasniti roditeljima moguće nuspojave lijeka i kako uočiti iste te kako postupiti ukoliko dođe do nuspojava, učestalost davanja lijeka djetetu, duljinu uzimanja terapije, te o predstojećoj kontroli kod liječnika. [15] Pritom se roditelji posebno moraju

pridržavati upute liječnika o učestalosti uzimanja lijeka te o duljini trajanja terapije. Nepridržavanje uputa liječnika o terapiji može samo pogoršati stanje djeteta te naru iti njegovo zdravlje.

10.Uloga medicinske sestre prilikom edukacije bolesnika i njegove obitelji

Medicinske sestre su najbrojniji članovi zdravstvenog osoblja i upravo one provode najviše vremena s bolesnicima. Jedna od glavnih uloga medicinske sestre je savjetodavna uloga, kako prema pacijentu tako i prema njegovim roditeljima. Edukacija pacijenta i obitelji je jedan proces tijekom kojeg ona organizirano pomaže pacijentu i njegovoj obitelji kako bi bili upoznati s promjenama koje uzrokuje određena bolest i da zajedno što uspješnije savladaju nastale poteškoće. Medicinska sestra ima i ulogu motivatora jer svojim poticanjem pacijenta na sudjelovanje u procesu liječenja, omogućuje veću mogućnost potpunog i bržeg ozdravljenja. Također, pozitivnim verbalnim informacijama o napredovanju tijeka oporavka, omogućuje se bolesniku oslobađanje od osjećaja bespomoćnosti i manje vrijednosti.

Medicinska sestra ima dužnost bolesniku i njegovoj obitelji omogućiti dostupnost informacija o trenutnom stanju, i to u svakom trenutku. Valja ih i upoznati sa narednim postupcima liječenja koji će biti izvedeni te ih upoznati i pripremiti na takav tijek oporavka. Ako je dijete dobro upoznato i pripremljeno, osnaženo je na upravljanje samim procesom bolesti. Ako dijete nije u toj dobi da shvati takav tijek bolesti, treba veću pažnju pridati obitelji te njih educirati. Ako se dobro i poučno upravlja procesom bolesti, to rezultira manjim brojem bolničkih dana i poboljšanjem kvalitete života.

Educiranost samog djeteta i roditelja je esencijalna stavka koja stoji u zadacima medicinske sestre. Podaci pokazuju, da je ishod liječenja mnogo bolji ako se pacijent na vrijeme informira i educira o svojoj bolesti. Kod educiranja i informiranja se javlja problem jer pacijenti dolaze iz različitih etničkih i socioekonomskih krugova te imaju različite prioritete u samom procesu zdravstvene njege. Zbog toga, medicinske sestre trebaju biti stručno osposobljene, ne samo za udovoljavanje osnovnih ljudskih potreba pacijenata, nego i osposobljena za adekvatnu komunikaciju s pacijentom i njegovom obitelji. Moraju biti izuzetno profesionalne, a svojim toplim i srdačnim odnosom prema svim bolesnicima pružiti im neposrednu fizičku, ali i možda bitniju, psihičku podršku. Medicinske sestre moraju i jasno razlučiti koja je njihova kompetencija u njihovom djelovanju kako ne bi prešle svoj okvir djelovanja i prešle u područje liječničke kompetencije. Uloga sestre je i prepoznati psihička stanja i faze djetetova ponašanja te odlučiti kako postupiti s njim. Brzo prepoznavanje određenog ponašanja i reagiranja s adekvatnim postupcima, sprečava mogućnost dubljeg problema kod psihe djeteta. Važno je za sve da educiranje provodi školovana medicinska sestra koja je upoznata s obilježjima djetetove bolesti, njegovih potreba i ponašanja. Nekad se javljaju i problemi s roditeljima koji ili previše ili premalo govore, koji „sve znaju“, prekidaju druge, itd. Tada na scenu stupaju osobine sestre koja

treba biti tolerantna, dobronamjerna i strpljiva kako bi i sestre i roditelji bili u službi što bržeg i bezbolnijeg oporavka bolesnog djeteta.

Medicinska sestra trebala bi dobro vladati komunikacijskim vještinama., prije svega trebala bi biti empatična. Kod prijema u bolnicu male djece do 3. godine bitna je neverbalna komunikacija jer će malo dijete bolje reagirati na topli pogled i zagrljaj nego na izgovorene riječi. Treba prihvatiti izljeve agresije i to uzeti pod normalno ponašanje za tu dob te takvo stanje treba smiriti mirnim i toplim glasom, a nikako ga ne povisivati. Bitno je roditelje savjetovati da malo dijete još nema pojam o vremenu pa takvo dijete nije potrebno prije pripremati za odlazak u bolnicu već neposredno prije hospitalizacije. Također je potrebno uputiti roditelje kako se ponašaju npr. da ne pokazuju preveliku tugu ili strah, jer mala djeca su sklona imitirati roditelje.

Djeca predškolske dobi mogu reagirati agresijom, regresijom ili pak protestom kao reakcijom na stres. Takvu djecu potrebno je pripremiti dan prije na hospitalizaciju, naravno ukoliko se ne radi o teškoj akutnoj bolesti. Ona već verbalno izražavaju svoje potrebe i frustracije. Vole imati osjećaj kontrole nad sobom i nad situacijom u kojoj se nalaze te su ovisni o ritualima. Medicinska sestra može dozvoliti djetetu da prividno odlučuje o sebi te zahtjeve preinačiti u natjecanje.

Djeca školske dobi već imaju iskustva u sučeljavanju sa stresovima npr. ispit u školi, zbog toga već imaju razvijen obrambeni mehanizam, moguća je somatizacija (glavobolje, tikovi, bolovi u trbuhu), iako rijetko moguća je i depresija. Tada empatičnost sestre igra veliku ulogu. Treba dozvoliti da takvo dijete izrazi svoje emocije kroz igru, crteže i sl. Treba poticati samozbrinjavanje, odlučivanje ali i pomoći kada to traži. Tu djecu potrebno je psihički pripremiti tjedan dana prije hospitalizacije, naravno ako se ne radi o teškoj akutnoj bolesti.

Djeca u adolescentnoj dobi žele ostvariti vlastiti identitet. U stresnim situacijama važna im je kontrola i odgovornost za vlastiti život. Žele biti u svemu kao njihovi vršnjaci. Takvu djecu treba psihički pripremiti za hospitalizaciju čim se ukaže potreba za njom, naravno to ne vrijedi ako se radi o teškoj akutnoj bolesti. Važno je uspostaviti dobru komunikaciju, te podržati sličnost sa vršnjacima, ali je i izrazito bitno ukazati na vrijedne razlike, pogotovo ako se radi o nekoj kroničnoj bolesti. Medicinska sestra trebala bi obratiti pozornost na znakove sklonosti ka smoubojstvu (agresija, nagle promjene u ponašanju, oproštajna pisma etc.). Potrebno je planirati zdravstvenu njegu zajedno sa djecom adolescentne dobi te ih poticati na kreativne planove sučeljavanja sa stresom.

Medicinska sestra koja radi sa bolesnom djecom svojim dobrim komunikacijskim vještinama može postići bolju komunikaciju sa pacijentom što dovodi do boljeg zadovoljstva malih pacijenata, a time i do bolje motiviranosti za brže ozdravljenje.

11. Zaključak

Tijekom razvoja, svako dijete prolazi kroz četiri kognitivistička razvojna razdoblja, koje je u svoj djelu "Child Psychology: The Modern Science" opisao J. Piaget. To su senzomotoričko, predoperacijsko, konkretno i formalno razdoblje. Svako od tih razdoblja karakteriziraju neke kognitivne sposobnosti djeteta, koje se manifestiraju u djetetovom shvaćanju bolesti te njegovim reakcijama na bolničko okruženje, medicinsko osoblje i hospitalizaciju. Za djecu je hospitalizacija emotivno opterećenje radi promjene okoline. Pritom mala djeca predškolske i rane školske dobi bolest povezuju sa svojim ponašanjem i često je doživljavaju kao kaznu za svoje ponašanje. Od osme do jedanaeste godine djeca bolest shvaćaju u okvirima zaraze, dok djeca starija od jedanaest godina shvaćaju fiziologiju bolesti. Djetetova reakcija na hospitalizaciju sastoji se od tri faze: razdoblja protesta, razdoblja očaja i razdoblja prividne prilagodbe. Prilikom hospitalizacije djeteta veliku ulogu igraju njegovi roditelji te medicinsko osoblje, koji putem komunikacije moraju umiriti dijete i ohrabriti ga, kako bi emocionalne posljedice hospitalizacije bile čim manje. Ukoliko dijete ima akutnu bolest, narušava mu se svakodnevnica. Na akutnu bolest djeca do tri godine reagiraju razdražljivo, starija djeca su poslušnija i usmjerenija na svoje tijelo i manje zainteresirana za okolinu. Često dolazi do regresivnog ponašanja, odnosno javljanje nekih oblika u ponašanju koji su bili karakteristični za ranije faze, poput mokrenja u krevet. Kronično bolesno dijete reagira osim na bolest i na odvajanje zbog hospitalizacije na tjelesna ograničenja, vlastitu ovisnost o drugima, strah od postupaka liječenja, strah od bolova te ishoda bolesti. Dijete koje je mlađe od 2 g. reagira kroz plač, ljuljanje i nemir. Od 2. do 4. godine dijete regredira na ranije ponašanje, dok dijete od 6, 7 godina može već razumjeti bolest pa ga treba sustavno uključivati u tijek njegove bolesti i zbrinjavanja. Kod starije djece javlja se gubitak kompetentnosti i manjak samopouzdanja.

Koncept smrti kod djece razlikuje se prema dobnim skupinama. Dijete do druge godine života ne razumije pojam smrti, djeca od druge do pete godine se ne boje smrti, a tijekom šeste godine dijete smrt vidi kao povratnu. Nakon devete godine dijete smrt smatra kao nepovratnu i neizbježnu

Prilikom bolesti djeteta veliku ulogu igra medicinsko osoblje – liječnici i medicinske sestre. Njihova je uloga kroz komunikaciju približiti roditeljima i djetetu bolest, umiriti ih, no isto tako i ne okolišati s dijagnozom. Oni su izvor informacija za roditelje i dijete, te je ključ uspješnog liječenja upravo u njihovoj komunikaciji. Zadaća roditelja je da se drže uputa o liječenju zadanih od liječnika i medicinskih sestara, jer u njima leži uspješnost samog liječenja. Pridržavanje uputa tako rezultira manjim brojem bolničkih dana i većom kvalitetom života.

12. Literatura

- [1] Havelka, M.: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002.
- [2] Mardešić, D., suradnici: Pedijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2003., str.255-265
- [3] Vasta, R., Miller, S., Haith, M.: Child Psychology: The Modern Science, Third Edition, Willey, 1998
- [4] Tatalović Vorkapić, S.: Razvojna psihologija: Rani i predškolski odgoj i obrazovanje, Učiteljski fakultet u Rijeci, Rijeka, 2013, str.31
- [5] Vizek Vidović, V., Rijavec, M., Vlahović-Štetić, V., Miljković, D.: Psihologija obrazovanja, IEP - Vern, Zagreb, 2003
- [6] Piaget, J., Cook, M.: The Origins of Intelligence in Children, International Universities Press, New York, 1952
- [7] https://ldap.zvu.hr/~mirna/Pojmovi%20o%20zdravlju%20i%20bolesti_TEKST_NOVO2007.htm
- [8] Hospitalizacija – prezentacija Pukljak Iričanin, Z.: Katedra za zdravstvenu psihologiju. Zdravstveno veleučilište
- [9] Psihološke reakcije djeteta na hospitalizaciju. Priprema djeteta za dijagnostičke postupke. Igra u bolničkim uvjetima – prezentacija Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti
- [10] http://os-gripe-st.skole.hr/upload/os-gripe-st/images/static3/915/attachment/Anic,_Klaic,_Domovic_-_Rjecnik_stranih_rijeci-Prepravljeni.pdf
- [11] Medicinska psihologija djeteta – prezentacija – Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
- [12] <http://www.zdrav-zivot.com.hr/izdanja/parkinsonova-bolest/obiteljski-zivot-i-kronicno-bolesno-dijete/>
- [13] <http://www.cuvarkuca.hr/preporuka/koncept-smrti-kod-djece-razlicitih-uzrasta>
- [14] Koordinacijski odbor akcije "Za osmijeh djeteta u bolnici": Komunikacija zdravstvenih djelatnika u promicanju zdravlja djece, Stubičke Toplice, 2004., str. 8-10, 45-48
- [15] Ficnar, B.: Racionalna farmakoterapija u pedijatriji - uvod. Paediatr Croat., 2001. 115-118

Popis tablica

Tablica 1. Piagetova četiri razvojna razdoblja	5
---	---



**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, _____ (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom _____ (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, _____ (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom _____ (*upisati naslov*) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

(vlastoručni potpis)