

# UČEŠĆE RODITELJA U HUMANIZACIJI BORAVKA DECE U BOLNICI

## PARTICIPATION OF PARENTS IN THE HUMANIZATION OF CHILDREN'S STAY IN HOSPITALS

Dragica Ranković<sup>1</sup>, Ljiljana Jovčić<sup>1</sup>, Verica Trbović<sup>1</sup>, Danijela Jezdimirović<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola

### SAŽETAK

Uspješno lečenje deteta ne zavisi samo od stepena težine bolesti, već i od odnosa prema bolesti i njenom lečenju. S tim u vezi, pored lečenja i zdravstvene nege deteta, neophodno je pružanje psiho-socijalne podrške, koja je istovremeno potrebna i njihovim roditeljima, kroz dostupnost informacija i savetovanje. Imajući u vidu specifičnost bolničkog konteksta, smatra se da deca obolela od hroničnih bolesti imaju veći nivo svesnosti i razumevanja u odnosu na populaciju iste starosne dobi vanbolničkog okruženja. Roditelji i zdravstveni radnici prvi uočavaju koncept humanizacije dece na hospitalizaciji i daju veći značaj osobenostima dece sa hroničnim bolestima u odnosu na onu koja imaju neko akutno hitno stanje. Iako je zakonskim okvirom regulisana zdravstvena zaštita dece u pogledu donošenja odluka, roditelji se tradicionalno smatraju ključnim akterima pri donošenju odluka u ime deteta, prvenstveno, jer znaju šta je najbolje u njegovom interesu. Posebna pažnja u ovom radu je usmerena na pozitivne efekte uključivanja roditelja, kao članova zdravstvenog tima, u psihološkoj pripremi dece za hospitalizaciju ili za neke druge medicinske procedure koje ih u bolničkom kontekstu očekuju.

**Ključne reči:** roditelji, deca, hospitalizacija, psihosocijalna podrška

### UVOD

Bilo da se radi o zdravlju ili bolesti, duh i telo su nerazdvojni [1]. Pomoć i podrška u vidu psiho-socijalne intervencije u najširem smislu, obuhvata sve one postupke čiji je osnovni cilj uspostavljanje emotivne ravnoteže [2,3]. Boravak u bolnici tokom akutnih medicinskih procedura izaziva negativna osećanja kako kod roditelja, tako i kod dece. Naime, deca različito reaguju na bolnički kontekst, kao što su: nepoznato mesto, ljudi, bolnička hrana, odeća, "izloženost i pregled delova tela od strane nepoznatih osoba", upotreba medicinskih izraza od strane lekara i medicinskih sestara [2]. Povišena uznemirenost i anksioznost roditelja kao i sve prethodno navedeno, predstavlja različite "aspekte bolničkog iskustva koji kod dece mogu proizvoditi stres" [4]. U kom

### SUMMARY

Successful treatment of a child depends not only on the severity of the disease, but also on the child's attitude towards the disease and its treatment. In this regard, in addition to the treatment and health care of the child, it is necessary to provide psycho-social support, which is also needed by their parents, through the availability of information and counseling. Having in mind the specificity of the hospital context, it is considered that children suffering from chronic diseases have a higher level of awareness and understanding in relation to the population of the same age in the outpatient environment. Parents and health workers are the first to notice the concept of humanization of children in hospitals and give more importance to the characteristics of children with chronic diseases compared to those who have an acute emergency. Although the legal framework regulates children's health care in terms of decision-making, parents are traditionally considered key actors in decision-making on behalf of the child, primarily because they know what is best in his interest. Special attention in this paper is focused on the positive effects of involving parents, as members of the health team, in the psychological preparation of children for hospitalization or for some other medical procedures that await them in the hospital context.

**Key words:** parents, children, hospitalization, psychosocial support

stepenu će hospitalizacija kod deteta ostaviti psihološke, bihevioralne i socijalne efekte zavisi, pre svega, od starosne dobi deteta, težine uspostavljanja dijagnoze, dužine hospitalizacije i lečenja [2,4,5].

### PARTICIPACIJA RODITELJA U ADAPTACIJI DECE NA BOLNIČKO OKRUŽENJE

Početakom šezdesetih godina prošlog veka, iz okvira zdravstvene psihologije počinje da se razvija bihevioralna intervencija koja pomaže deci i roditeljima u efikasnijem savladavanju medicinskih procedura. Proučavanja u bihevioralnoj medicini sve više se okreću porodično-sistemskoj paradigmi kao osnovnom okviru pružanja podrške porodici i deci na bolničkom lečenju, koji se ogleda kroz programe promocije zdravlja, zdravstvenog

**Autor za korespondenciju:**

Dragica Ranković

Adresa: Kostolačka 58/13

e-mail: draga.rankovic@yahoo.com

Rad primljen: 24.02.2022; Rad prihvaćen: 04.05.2022.

Tabela 1. Porodični sistemski protokol za pedijatrijske konsultacije [9,12]

Konsultativni koraci	Ciljevi	Konkretni koraci
Pridruživanje	Definisati konsultativna pitanja; Formirati fokusno pitanje u prvom konsultativnom koraku.	Planiranje rada sa porodicom; Interakcije i očekivanja; Identifikacija terapijske trijade; Izgradnja poverenja, npr. pitanjem „Kako vam mogu biti od pomoći?“
Fokusiranje	Odrediti savetnika; Postavljanje hipoteze; Utvrđivanje neophodnih resursa; Fokus na rešenje problema.	Uključiti terapijsku trijadu pri definisanju problema; Definisati uloge i funkcije terapijske trijade; Razmotriti mogućnost da se uključe i drugi pomagači i pružaoci podrške.
Saradnja	Međusobna saradnja između učesnika terapijske trijade u donošenju rešenja; Primeniti aktivnost - zamena uloga u procesu međusobnog upoznavanja.	Zajedno sa roditeljima postaviti realistične ciljeve; Definisati očekivanja kao i uslove sprovođenja postupaka ili tretmana.
Ishod	Ispitati mišljenja roditelja, pacijenata i medicinskog tima o ishodima terapijskih tretmana i postupaka; Donošenje zajedničkih odluka o sledećim koracima.	Zajedno sa roditeljima evaluirati plan rada; Osiguravanje stalne veze između članova trijade.

ponašanja i savladavanje stresnih situacija prouzrokovanih bolešću [1]. Naime, psihološka priprema ima za cilj da "olakša pristup informacijama, podstakne ispoljavanje emocija i uspostavi poverenje između deteta/roditelja i medicinskog osoblja" [6].

Bolest deteta, koja može biti dugotrajna, neizlečiva ili dramatičnog ishoda, ostavlja trajne posledice na sve članove porodice, koje mogu dovesti i do raspada porodičnog sistema usled nemogućnosti roditelja da uspostave emotivnu ravnotežu, narušenu posledicama novonastale situacije [3,7].

Hospitalizacija za odraslu osobu, a naročito za dete, izaziva osećaj bespomoćnosti i nesigurnosti. Upravo iz tih razloga, medicinski tim usmerava svoj rad ka kreiranju programa za pripremu dece za hospitalizaciju, radi prevladavanja stresa prouzrokovanog bolešću. Uključivanje roditelja u zdravstvene procedure prvi su uvideli članovi tima zdravstvene nege u pedijatriji. Većina roditelja preuzima odgovornost za konsekvence nastale usled hospitalizacije deteta [8]. Analizom relevantnih izvora potvrđeno je da anksioznost kod roditelja korelira sa nedovoljnom količinom informacija u vezi sa zdravljem svog deteta [8,9]. Na osnovu toga roditelji imaju potrebu da budu uključeni u sve segmente odlučivanja koje se odnose na njihovo dete tokom hospitalizacije.

Značaj uspostavljanja saradnje medicinskog tima i roditelja hospitalizovane dece ogleda se kroz ostvarivanje sledećih zadataka [7, 9,10]:

1) pružanje podrške roditeljima da se nose sa emocionalnim izazovima prilikom saznanja da im je dete hospitalizovano;

2) razvijanje pouzdanih odnosa, kako bi se obezbedila uspešna kolaboracija tokom trajanja lečenja hospitalizovane dece;

3) razvoj strategije rešavanja konflikata unutar porodice i između porodice i drugih grupa sa kojima dete stupa u direktne kontakte i interakcije, a to su: tim za zdravstvenu negu i nastavnici bolničkih škola.

Bez obzira na prirodu i trajanje bolesti, pružaoci zdravstvene nege postaju deo detetovog direktnog okruženja u toku hospitalizacije. Intervencije porodične terapije i teorije ekološkog razvoja, fokusiraju se na izgrađivanje terapijske trijade (dete, porodica, zdravstveni tim), koja ima za cilj da poveže pacijenta, porodicu i zdravstveni tim u procesu poboljšanja adaptacije deteta na hospitalizaciju [9,12]. S tim u vezi, otvara se polje primene ekosistemskog pristupa u aktivnostima, terapijske trijade koja se realizuje kroz četiri načela (Tabela 1): pridruživanje, fokusiranje, saradnja i ishod [9,12].

1) Pridruživanje predstavlja uspostavljanje i održavanje terapijskog odnosa. U porodičnoj terapiji, proces izgrađivanja odnosa sa članovima porodice često se naziva pridruživanje. Konkretni koraci terapijske trijade u načelu pridruživanja jesu planiranje rada sa porodicom, njihova međusobna interakcija, kao i moguća očekivanja članova trijade u terapijskim porodičnim aktivnostima.

2) Fokusiranje kao konsultativan korak terapijske trijade u rešavanju problema, predstavlja međusobnu saradnju pacijenata, roditelja i zdravstvenog tima u toku sprovođenja postupaka i tretmana. Sprovođenje terapijskih postupaka i tretmana rezultira definisanjem uloge i funkcije terapijske trijade, određivanjem savetnika u pružanju podrške roditeljima i njihovoj deci za vreme hospitalizacije. Fokus savetovanja se stavlja na rešavanje problema koji je direktno relevantan, sa već definisanim konsultativnim pitanjem na početku same terapijske trijade.

3) Saradnja predstavlja timsko/saradničko donošenje odluka za dobrobit svih učesnika terapijske trijade. Naime, održavanjem zajedničke odgovornosti za rešavanje problema, podstiče se kompetencija svih učesnika za pronalaženje rešenja.

4) Ishod predstavlja evaluaciju urađenog u terapijskoj trijadi. Jedan od merila ishoda je zadovoljstvo učesnika i svih saradnika u aktivnostima trijade [9,12].

Aktivna primena konsultativnih koraka terapijske trijade doprinela je kreiranju protokola američkog Nacionalnog instituta za istraživanja onesposobljenosti i rehabilitacije, koji obuhvata intervencije usmerene ka porodici kroz tri komponente, od kojih svaka sadrži definisane ciljeve rada [1]:

1) Edukativna komponenta – prepoznavanje problema i perspektiva porodice u vezi sa bolešću; pospešivanje veza između učesnika koji imaju analogne porodične uloge u vezi sa bolešću; uvođenje i objašnjavanje koncepta „stavljanje bolesti na svoje mesto” i „porodični identitet“.

2) Komponenta porodični problem - opisivanje i procena aspekta porodičnog života, koji je narušen nakon bolesti; struktuiranje povratne informacije od drugih članova grupe; pomoć porodici da artikuliše suštinske karakteristike sopstvenog identiteta; razvijanje strategija za održavanje konkretnog porodičnog identiteta uz prilagođavanje bolesti.

3) Afektivna komponenta - uvođenje koncepta „porodični emocionalni stil”; diskusija i procena prednosti i nedostataka različitih „porodičnih emocionalnih stilova” u prevazilaženju bolesti.

U relevantnoj literaturi zajedničko za sve programe, od edukacije do psihoterapije u pružanju pomoći porodicama obolelog i hospitalizovanog deteta, jeste da budu usklađeni sa individualnim osobenostima deteta, kao što su "uzrast, razvojni stadijum, i prethodno iskustvo" [1,6,13,14]. Isti autori navode kao primer da deca do dve godine nemaju razvijenu predstavu o vremenu i da decu treba pripremiti na bolničko okruženje neposredno pre hospitalizacije. Ono što se savetuje roditeljima u prevazilaženju stresa usled nepoznatih intervencija kod deteta jeste korišćenje tehnike preusmeravanja pažnje, odnosno, omogućiti detetu da neometano donosi odluke koje nisu u suprotnosti sa lečenjem (na primer, prilikom uzimanja krvi dozvoliti detetu da bira ruku) [2]. Sa decom, uzrasta od tri do šest godina, pre prijema u bolnicu, potrebno je razgovarati i objasniti im ceo tok hospitalizacije, uz korišćenje različitih slikovnih materijala (slikovnice, priče, flajeri prilagođeni deci i njihovoj bolesti) [14]. Takođe, igre uloga kao jedan vid igre, smatraju se adekvatnim načinom pripreme dece na hospitalizaciju, koju roditelji mogu primenjivati u igri. Preporučuje se da deca uzrasta od tri do šest godina prilikom odlaska u bolnicu odaberu igračku koju će poneti sa sobom za vreme hospitalizacije radi lakše adaptacije na bolničko okruženje [14]. Kada je reč o deci uzrasta od sedme do dvanaeste godine, isti autor savetuje da se adaptacija na bolničko okruženje može postići kroz uputstva primerena detetovom uzrastu i socijalnoj zrelosti. Preporučuje se korišćenje

različitih sredstava poput pisanih materijala, različitih igara, video snimaka/razgovor sa vršnjacima istog iskustva u cilju suočavanja sa anksioznošću. Roditelji u sardnji sa medicinskim timom pružaju detetu bolji uvid u prirodu njegove bolesti, način lečenja, boravak u bolnici, kao i procedurama koje ga očekuju. Bez obzira na uzrast deteta, od roditelja se očekuje visok stepen tolerancije, prihvatanja i postavljanje u poziciju obolele osobe [2,14].

## ZAKLJUČAK

Bolnički kontekst predstavlja negativno životno iskustvo čak i kad su uslovi hospitalizacije idealni, zbog toga se sve više ističe podrška u vidu psiho-socijalne intervencije, gde se posebno stavlja akcenat na obolelu decu i njihove roditelje. Hospitalizacija deteta ima emocionalne posledice, ne samo na dete, nego i na njegovu porodicu. Nega fokusirana ka deci i porodici pomaže da se bolničko okruženje učini prijatnim, smanji nivo stresa i anksioznosti kod obe interesne grupe, što dovodi do boljeg opšteg psihičkog stanja deteta tokom hospitalizacije, bržeg oporavka i kraćeg vremenskog perioda u bolnici [12]. Stoga je potrebno da trijada (dete, porodica, zdravstveni tim) razvije integrisane aktivnosti za dobrobit deteta. Porodica treba da bude prihvaćena i saslušana od medicinskog tima, kako bi se identifikovale njihove preporuke radi humanizacije nege deteta.

## LITERATURA

- Berger D. *Zdravstvena psihologija. II izdanje. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2002.*
- Klikovac T, Kisić T. *Priprema deteta za boravak u bolnici. Priručnik za roditelje. NURDOR. Beograd: Tukan print; 2011.*
- Genc A, Pekić J, Matanov J. *Coping, optimism, and general self-efficacy as predictors of psychophysical health. 2013;6(2):155-74.*
- Dukić O, Milić Lj, Okanović P, Srdanović Maraš J, Krstić T. *Redukovanje preoperativne anksioznosti kod dece: uloga roditeljskog ponašanja. Primenjena psihologija. 2014; 7(1): 87-112.*
- Nabors L, Cunningham F, Lang M, Wood K, Southwick S, Stough O. *Family Coping During Hospitalization of Children with Chronic Illnesses. Journal of Child and Family Studies. 2017; 27(5): 1482-91.*
- Prugh DG, Staub EM, Sands HH, Kirschbaum RM, Lenihan EA. *A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness. American Journal of Orthopsychiatry. 1953; 23(1): 70-106.*
- Zebrack BJ. *Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. Cancer. 2011; 117(10): 2289-94.*
- Coyne I. *Children's participation in consultations and decision-making at Health service level: A review of the literature. International Journal of Nursing Studies 2008; 45(11): 1682-9.*
- Kazak A, Simms S, & Rourke M. *Family systems practice in pediatric psychology. Journal of Pediatric Psychology. 2002; 27: 133-43.*
- Janin MMH, Ellis SJ, Lum A, Wakefield CE, & Fardell JE. *Parents' perspectives on their child's social experience in the context of childhood chronic illness: A qualitative study. Journal of Pediatric Nursing. 2018; 42: 10-8.*
- Jadwiga B, Danuta Z. *Parents' from Poland coping with the illness of a child Preliminary research. Cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the coping health inventory for parents - polish version. Journal of Pediatric Nursing. 2022 :69-77.*
- Lozanović D, Radivojević D. *Podrška uzajamnom odnosu porodice i deteta u ranom detinjstvu. Vodič za zdravstvene radnike i saradnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Udrženje pedijatara Srbije; 2017.*
- Kain ZN, Mayers L, Wang SM, Carmico LA, Krivutza MA, Hofstadtern MB. *Parental presence and sedative premedication for children undergoing surgery. A hierarchical study. Anesthesiology. 2000; 92: 939-45.*
- Kolak Ž, Šešić A, Matijević V, Bartolović J, Kovačić-Parcela D, Hajdaš M, et al. *Dječja igra u humanizaciji boravka djece u bolnici. Fizikalna i rehabilitacijska medicina. 2013; 25(1-2): 42-9.*