

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE  
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN  
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV  
SLOVENIJE



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN  
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV  
V PEDIATRIJI**

ZBORNIK PREDAVANJ

**KOMUNIKACIJA IN KAKOVOST  
V PEDIATRIČNI  
ZDRAVSTVENI NEGI**

PORTOROŽ,  
25. in 26. oktober 2007

Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

## **KOMUNIKACIJA IN KAKOVOST V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI**

### **Organizacijski odbor:**

Ivica Brumec  
Andreja Černetič  
Andreja Doberšek  
Doroteja Dobrinja  
Jožica Mikec  
Majda Oštir  
Minja Petrovič  
Beisa Žabkar

**Izdala:** Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Vidovdanska 9, Ljubljana

Tisk in prelom: Lotos d.o.o. Postojna

Naklada: 200 izvodov

Koper, oktober 2007

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-053.2-083(063)

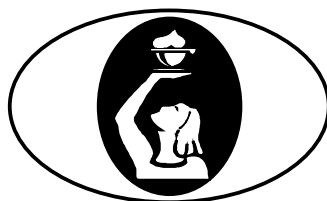
ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.  
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.  
Strokovni seminar (2007 ; Portorož)

Komunikacija in kakovost v pediatrični zdravstveni negi :  
zbornik predavanj / [Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije], Portorož, 25. oktober 2007. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih

tehnikov v pediatriji, 2007

ISBN 978-961-91314-7-3

1. Gl. stv. nasl.  
235481088



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE-  
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN  
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV  
SLOVENIJE

**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV  
V PEDIATRIJI**



## **KOMUNIKACIJA IN KAKOVOST V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI**

*»Ko se medicinska sestra nasmjeji,  
se otrok nič več ne boji.  
Ko medicinska sestra  
otroka lepo nagovori,  
se otroku srce razveseli.«  
Lea Žabkar*

Grand hotel Bernardin  
PORTOROŽ,  
25. in 26. oktober 2007



**KAZALO:**

<b>PROGRAM</b>	<b>4</b>
<b>I. SKLOP: KAKO ZAGOTOVITI KAKOVOSTNO ZDRAVSTVENO NEGO OTROKA IN MLADOSTNIKA</b>	<b>7</b>
<b>Kakovost in zdravstvena nega v Splošni bolnišnici Novo mesto</b> <i>Zlata Rebolj, dipl.m.s.</i>	<b>9</b>
<b>Zadovoljstvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter kakovost dela na Pediatrični kliniki v Ljubljani</b> <i>Majda Oštir, viš.med.ses.</i>	<b>11</b>
<b>So naši bolni otroci in njihovi starši deležni kakovostne zdravstvene nege?</b> <i>Barbara Kegl, univ.dipl.org., Ivica Brumec, dipl.m.s.</i>	<b>18</b>
<b>Dvig kakovosti pediatrične zdravstvene nege z individualizirano razvojno oskrbo otroka in mladostnika</b> <i>Albina Gubanc, dipl.m.s.</i>	<b>23</b>
<b>Merila za ocenjevanje kakovosti v enoti intenzivne terapije</b> <i>Minja Petrovič, prof.zdrav.vzg., Matjana Koren, dipl.m.s.</i>	<b>27</b>
<b>II. SKLOP: KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI OTROKA IN MLADOSTNIKA</b>	<b>31</b>
<b>Vpliv psihosocialnih faktorjev na komunikacijo in medsebojne odnose med otrokom, starši in medicinsko sestro</b> <i>Dr. Majda Pajnkihar, mag. Jadranka Stričević</i>	<b>33</b>
<b>Razvoj govora pri otroku</b> <i>Mojca Kralj, dipl.m.s., prof.def.</i>	<b>36</b>
<b>Posebnosti komunikacije v enoti intenzivne terapije</b> <i>Nataša Kuralt, dipl.m.s.</i>	<b>45</b>
<b>Komunikacija zdravstvenih delavcev z otrokom in mladostnikom s posebnimi potrebami</b> <i>Katja Godnič, del.ter.</i>	<b>50</b>
<b>Pomen komunikacije z doječimi materami</b> <i>mag. Bernarda Drobnik Renko, spec.klin.psih.</i>	<b>57</b>
<b>Komunikacija kot eden izmed dejavnikov, ki vplivajo na dolžino dojenja</b> <i>Mojca Jereb Kosi, dr.med, spec ped., Marjana Kugonič, dipl.m.s.</i>	<b>62</b>



<b>I. SKLOP: MOTIVACIJSKI DEJAVNIKI ZA KAKOVOSTNO ZDRAVSTVENO NEGO V ZDRAVSTVENI NEGI OTROKA IN MLADOSTNIKA</b>	<b>71</b>
<b>Motivacijski dejavniki za kakovostno zdravstveno nego med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami</b>	<b>73</b>
<i>Jožica Rešetič, dipl.m.s., univ.dipl.org., spec.</i>	
<b>Komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in uporabniki-starši in otroci</b>	<b>79</b>
<i>Gordana Rožman, dipl.m.s.</i>	
<b>Prvi stik medicinske sestre in otroka v ambulanti</b>	<b>81</b>
<i>Darja Plank, prof.zdrav.vzg.</i>	
<b>Beseda je konj?</b>	<b>86</b>
<i>Matej Kocjančič, zt</i>	
<b>Pregled Magne karte in upoštevanje pravic otrok in staršev na pediatričnih oddelkih slovenskih bolnišnic</b>	<b>88</b>
<i>Mateja Hren, viš.med.ses., univ.dipl.org.</i>	
<b>Pomen negovalnega tima pri kontinuirani edukaciji staršev in/ali bolnikov z epilepsijo</b>	<b>94</b>
<i>Judita Kolenc, viš.med.ses., univ.dipl.org., Milena Rogelj, dipl.m.s.</i>	
<b>BELEŽKE</b>	<b>100</b>



## **PROGRAM: ČETRTEK 25.10.2007**

**Povezovalka programa: *Beisa Žabkar***

8.30 - 9.30 Registracija

9.30 - 9.40 Otvoritev strokovnega srečanja in pozdravni govor predsednice sekcije

### **I. SKLOP: KAKO ZAGOTOVITI KAKOVOSTNO ZDRAVSTVENO NEGO OTROKA IN MLADOSTNIKA**

**Moderatorke: *Majda Oštir, Zlata Rebolj, Minja Petrovič***

9.40 - 10.10 Kakovost in zdravstvena nega v Splošni bolnišnici Novo mesto  
*Zlata Rebolj, dipl.m.s.*

10.10 - 10.30 Zadovoljstvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter kakovost dela na Pediatrični kliniki v Ljubljani  
*Majda Oštir, viš.med.ses.*

10.30 - 10.50 So naši bolni otroci in njihovi starši deležni kakovostne zdravstvene nege?  
*Barbara Kegl, univ.dipl.org., Ivica Brumec, dipl.m.s.*

10.50 - 11.10 Dvig kakovosti pediatrične zdravstvene nege z individualizirano razvojno oskrbo otroka in mladostnika  
*Albina Gubanc, dipl.m.s.*

11.10 - 11.30 Merila za ocenjevanje kakovosti v enoti intenzivne terapije  
*Minja Petrovič, prof.zdrav.vzg., Matjana Koren, dipl.m.s.*

11.30 - 11.50 Razprava in sklepi

11.50 - 12.20 Odmor za kavo

### **II. SKLOP: KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI OTROKA IN MLADOSTNIKA**

**Moderatorki: *Majda Pajnkihar, Mojca Kralj***

12.20 - 12.40 Vpliv psihosocialnih faktorjev na komunikacijo in medsebojne odnose med otrokom, starši in medicinsko sestro  
*Dr. Majda Pajnkihar, mag. Jadranka Stričević*

12.40 - 13.00 Razvoj govora pri otroku  
*Mojca Kralj, dipl.m.s., prof.def.*

13.00 - 13.20 Posebnosti komunikacije v enoti intenzivne terapije  
*Nataša Kuralt, dipl.m.s.*

13.20 - 13.40 Razprava in sklepi

13.20 - 14.30 ODMOR ZA KOSILO

### **II. SKLOP: KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI OTROKA IN MLADOSTNIKA**

**Moderatorki: *Mojca Kralj, Marjana Kugonič***

14.30 - 15.00 Komunikacija zdravstvenih delavcev z otrokom in mladostnikom s posebnimi potrebami  
*Katja Godnič, del.ter.*



- 15.00 - 15.40 Pomen komunikacije z doječimi materami  
*mag. Bernarda Drobnik Renko, spec.klin.psih.*
- 15.40 - 16.10 Komunikacija kot eden izmed dejavnikov, ki vplivajo na dolžino dojenja  
*Mojca Jereb Kosi, dr.med, spec ped., Marjana Kugonič, dipl.m.s.*
- 16.10 - 18.00 Sestanek izvršilnega in razširjenega odbora  
20.00 SLAVNOSTNA VEČERJA

## **PROGRAM: PETEK: 26.10.2007**

**Povezovalka programa: *Doroteja Dobrinja***

### **I. SKLOP: MOTIVACIJSKI DEJAVNIKI ZA KAKOVOSTNO ZDRAVSTVENO NEGO V ZDRAVSTVENI NEGI OTROKA IN MLADOSTNIKA**

**Moderatoriki: *Jožica Rešetič, Darja Plank***

- 9.00 - 9.20 Motivacijski dejavniki za kakovostno zdravstveno nego med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami  
*Jožica Rešetič, dipl.m.s., univ.dipl.org., spec.*
- 9.20 - 9.40 Komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in uporabniki-starši in otroci  
*Gordana Rožman, dipl.m.s.*
- 9.40 - 10.00 Prvi stik medicinske sestre in otroka v ambulanti  
*Darja Plank, prof.zdrav.vzg.*
- 10.00 - 10.20 Beseda je konj?  
*Matej Kocjančič, zt*
- 10.20 - 10.40 Razprava in sklepi  
10.40 - 11.20 Odmor s kavo
- 11.20 - 11.40 Pregled Magne karte in upoštevanje pravic otrok in staršev na pediatričnih oddelkih slovenskih bolnišnic  
*Mateja Hren, viš.med.ses., univ.dipl.org.*
- 11.40 - 12.00 Pomen negovalnega tima pri kontinuirani edukaciji staršev in/ali bolnikov z epilepsijo  
*Judita Kolenc, viš.med.ses., univ.dipl.org., Milena Rogelj, dipl.m.s.*
- 12.00 - 12.20 Razprava in sklepi  
12.30 Zaključek srečanja

**ORGANIZACIJSKI ODBOR: *Ivica Brumec, Andreja Doberšek, Andreja Černetič, Doroteja Dobrinja, Jožica Mikec, Majda Oštir, Minja Petrovič in Beisa Žabkar.***

**Predsednica sekcije  
Beisa Žabkar**







**I. SKLOP**

**KAKO ZAGOTOVITI  
KAKOVOSTNO ZDRAVSTVENO  
NEGO OTROKA IN MLADOSTNIKA**





# KAKOVOST IN ZDRAVSTVENA NEGA V BOLNIŠNICI NOVO MESTO

*Zlata Rebolj, dipl.m.s.  
Splošna bolnišnica Novo Mesto*

## 1. UVOD

### 1.1. Izzivi za bolnišnico

Bolnišnice imajo pomembno vlogo pri zdravljenju in preprečevanju bolezni in pospeševanju zdravlja. S svojim delovanjem vplivajo tudi na okolje, v katerem so umeščene. Vedno večje potrebe in pričakovanja državljanov ter širšega okolja, hiter razvoj tehnologije in konkurenčnost ponudbe zdravstvenih storitev zahtevajo od bolnišnice, da se nastalim razmeram hitro prilagodi. Ugotavljamo, da živimo v času nenehnih sprememb, kar velja za posameznika, kot tudi za organizacijo. Demografske spremembe, zlasti staranje prebivalstva, povečujejo potrebe prebivalstva po zdravstveni oskrbi.

Bolnišnice skrbijo za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo ter jo nenehno izboljšujejo. Svoje delovanje merijo in ga primerjajo z vnaprej pripravljenimi standardi, da lahko izpolnjujejo svoje poslanstvo. Predpogoj za učinkovitost organizacije je zavzetost in aktivnost vseh zaposlenih. Vsak posameznik mora prevzeti odgovornost za svoje delo in zaupati svojemu znanju in uspešnosti. Energijo je potrebno usmerjati v reševanje problemov in ne v iskanje krivcev. Za nove naloge in izzive potrebujemo nova znanja. Poslovanje organizacije se lahko izboljšuje samo s stalnim izobraževanjem zaposlenih. Organizacija, ki sprejme logiko poslovne odličnosti, je sposobna zagotoviti prožnost delovanja in poslovanja, ki ji omogoča hitro odzivanje na spremembe v okolju ter prilagajanje novim zahtevam uporabnikov.

### 1.2. Pomen sistema kakovosti za organizacijo

Kakovost storitve mora biti vedno skrbno načrtovana in ne sme biti nikoli prepuščena naključju. Biti mora rezultat skrbnega načrtovanja, brezhibne izvedbe in stalnega nadzora. Zato je potrebno v organizacijsko zgradbo vgraditi sistem kakovosti. Sistem kakovosti je sredstvo za izvajanje politike kakovosti in doseganje postavljenih ciljev. Bistvo sistema kakovosti je, da vse dejavnosti, ki vplivajo na kakovost storitve, sistemsko planiramo, izvajamo, nadzorujemo in dokumentiramo. Vsak udeleženec v procesu, kot tudi organizacijska enota, mora vedeti, kje je njegovo mesto v sistemu, kaj so njegove naloge in odgovornosti in kako mora delati. Standardi kakovosti spodbujajo uveljavljanje procesnega pristopa pri razvijanju, izvijanju in izboljševanju učinkovitosti sistema vodenja kakovosti z namenom, da bi se z izpolnjevanjem zahtev uporabnikov (bolnikov) povečalo njihovo zadovoljstvo.

### 2.3. Zahteve standarda ISO 9001 : 2000

Organizacija mora vzpostaviti, dokumentirati, izvajati in vzdrževati sistem vodenja kakovosti ter nenehno izboljševati njegovo učinkovitost.

Standard ima tudi zahteve glede dokumentacije, odgovornosti vodstva, vodenja virov, realizacije procesov in merjenja, analize in izboljšave.

## 2. UVAJANJE KAKOVOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

### 2.1. Kdaj smo v bolnišnici pričeli uvajati celovito uvajanje kakovosti TQM

V letu 1997, ko je vodstvo bolnišnice sprejelo vizijo in strategijo razvoja bolnišnice z opredelitvijo vrednot in ciljev, smo pričeli z uvajanjem celovitega upravljanja kakovosti. Strategija razvoja je bila narejena na osnovi vrednostne analize poslovanja (SWOT) – z ugotavljanjem prednosti, slabosti, poslovnih možnosti in nevarnosti ter z analiziranjem različnih razvojnih poti. Pomembni datumi pri uvajanju sistema celovitega upravljanja kakovosti v splošni bolnišnici Novo mesto so:

- 1990 – izvedeno prvo samoocenjevanje z vprašalnikom po kriterijih priznanja Republike Slovenije za poslovno odličnost ( PRSPO ),
- 2000 – priprava in sprejem Strateškega poslovnega načrta za obdobje 2000 do 2004,



- 2000, 2001 – sodelovanje v pilotskem projektu priznanja RS za PO,
- 2002 – strateška poslovna konferenca in revidiranje SPN ter sprejetje strateških usmeritev za obdobje 2002 – 2006,
- 2002 – svet zavoda je sprejel sklep za uvedbo sistema vodenja kakovosti po standardu ISO 9001 : 2000,
- 2005 – uvedba spremljanja obveznih kazalcev kakovosti.

## **2.2 Program projekta uvedbe sistema kakovosti po standardu ISO 9001 : 2000**

Mednarodni standard ISO 9001 : 2000 spodbuja uveljavljanje procesnega pristopa pri razvijanju, izvajanju in izboljševanju učinkovitosti sistema vodenja kakovosti. Z izpolnjevanjem zahtev uporabnikov sistem kakovosti zagotavlja večje zadovoljstvo uporabnikov. Za realizacijo projekta je bila v bolnišnici imenovana projektna skupina s 23 člani. Določene so bile naloge in roki za njihovo izvedbo. Direktorica bolnišnice je izdala ustrezna pooblastila in odgovornosti članov. V pomoč nam je bilo tudi zunanje svetovalno podjetje. Za izvedbo takega projekta je potrebno vključevanje vseh zaposlenih v izobraževanje in uvajanje potrebnih sprememb. V letu 2003 in 2004 smo zaključili oblikovanje organizacijskih predpisov, standardov in navodil. Pripravili in sprejeli smo poslovnik kakovosti. Vse organizacijske predpise smo vpeljali v delovne procese. Organizirali smo tudi izobraževanje za notranje presojevalce kakovosti. V letu 2005 in 2006 smo opravili notranjo presojo in izvedli korektivne ukrepe. Imeli smo tudi zunanjo presojo za poslovno odličnost. Smo prva slovenska bolnišnica, ki se je odločila za uvedbo sistema kakovosti 9001 : 2000 v celotnem zavodu.

## **2.3. Pregled prepoznavnih procesov za katere smo izdelali pripadajoče izvedbene dokumente**

Izvedbene dokumente smo izdelali za: strateško načrtovanje, pravilnik o notranji organizaciji, vodenje človeških virov, obvladovanje informacijskega procesa, interne strokovne standarde, protokole in arhiviranje dokumentacije. Tudi za procese povezave z uporabniki smo izdelali izvedbene dokumente kot so: shranjevanje bolnikove lastnine, reševanje pritožb, obvladovanje procesa operacij, procesi zdravstvenih storitev ( klinične poti ).

Imamo izdelano dokumentacijo za procese merjenja, analiziranja in izboljševanja.

## **3. ZAKLJUČEK**

Za uspešno vgrajevanje sistema kakovosti v delovno organizacijo je potrebna temeljita sprememba v razmišljanju zaposlenih. Vsak zaposleni mora nenehno razmišljati o tem, kako bo izboljšal svoje delo. Prevezeti mora odgovornost za svoje delo in zaupati svojemu znanju, sposobnostim in uspešnosti. Izboljšave pri delu morajo postati vrednota kulture v delovni organizaciji. Kakovost ni tisto, kar razglaša delovna organizacija. Kakovost so potrebe in pričakovanja uporabnika.



# ZADOVOLJSTVO MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV TER KAKOVOST DELA NA PEDIATRIČNI KLINIKI V LJUBLJANI

*Majda Oštir, viš.med.ses.  
UKC Ljubljana, SPS-Pediatrična klinika*

## IZVLEČEK

Zadovoljstvo medicinskih sester kot element kakovosti managementa, pomembno vpliva na produktivnost zdravstvene nege, na zadovoljstvo bolnikov ter posledično zmanjšuje stroške zdravljenja in zdravstvene nege. Nezadovoljstvo pri delu lahko povzroča nizko delovno storilnost, slabšo produktivnost odhajanje zaposlenih, absentizem in je zelo drago za delovno organizacijo. V članku je prikazana vloga medicinske sestre in pregled zadovoljstva medicinskih sester ter dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo. Na Pediatrični kliniki Ljubljana sem v septembru 2007 opravila raziskavo na temo zadovoljstva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki so najbolj nezadovoljni s slabim plačilom, ki ga dobijo za opravljeno delo, neustreznimi delovnimi razmerami ter premajhnim številom kadra. Na nezadovoljstvo ne delovnem mestu pa v zadnjem času vplivajo tudi velike zahteve in pričakovanja svojcev bolnih otrok ter njihove žaljive in neumestne pripombe.

***Ključne besede: medicinska sestra, zadovoljstvo na delovnem mestu, kakovost***

## UVOD

Temeljno poslanstvo zdravstvenih delavcev, zlasti zdravnikov in medicinskih sester, je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni in nudenje zdravstvenih uslug vsem tistim, ki jih potrebujejo. Gre za izjemno občutljivo območje delovanja zdravstvenih delavcev, saj se srečujejo z ljudmi v najbolj občutljivih obdobjih njihovega življenja, kot so: rojstvo, smrt, bolezni, trpljenje in drugih življenjskih stiskah (Poredoš, 06). Zadovoljstvo medicinskih sester kot element kakovosti managementa, pomembno vpliva na produktivnost zdravstvene nege, na zadovoljstvo bolnikov ter posledično zmanjšuje stroške zdravljenja in zdravstvene nege. Zadovoljstvo pri delu je definirano kot vsi občutki, ki jih ima zaposleni na splošno o službi. Vsebuje plačo, delo, nadzor, možnosti, pogoje in organizacijsko sestavo. Zadovoljstvo na delovnem mestu je izpolnitev in nagrada, ki izhaja iz dela samega. Ni samo denar, nagrade in dopust, ampak tudi dobri občutki, ki jih zaposleni dobi z opravljanjem dela, saj izkoristi vire zadovoljstva, ki jih delo prinaša. Dobri občutki in s tem tudi zadovoljstvo na delovnem mestu lahko izhajajo iz visoke delovne storilnosti, kvalitetnega dela, učenja novih veščin, sodelovanja v timu, podpirajočih sodelavcev, možnosti osebne rasti in sprejemanja pohval (Zupančič, 01). Nezadovoljstvo pri delu lahko povzroča nizko delovno storilnost, slabšo produktivnost odhajanje zaposlenih, absentizem in je zelo drago za delovno organizacijo. Ostajanje zaposlenih na delovnem mestu je pomemben kazalec zadovoljstva z delom (Zupančič 01, cit. po Shader, Broome, Ellen, Nash).

## MEDICINSKA SESTRA IN NJENA VLOGA

Medicinska sestra je odgovorna za avtonomne naloge zdravstvene nege. Odgovorna je za zdravstveno nego, ki jo izvaja. Kontinuirano se mora izobraževati v managementu, v klinični praksi in v izobraževalnem delu. Mora biti dobro strokovno izobražena, njeno sodelovanje v zdravstvenem varstvu mora biti cenjeno in sodelovanje v zdravstveni skupnosti enakopravno. Sodeluje z drugimi profesionalci, ko je to potrebno. (Kneisel, 2003, cit. po Salvage)

Medicinske sestre lahko ob svojem vsakdanjem delu posredujejo informacije in napotke, ki ljudem omogočajo, da sami in brez dodatne profesionalne pomoči v pretežni meri poskrbijo za varovanje lastnega zdravja. Delo medicinske sestre je izredno zahtevno, zato, ker mora oceniti potrebo posameznika po neposredni ali dolgoročni zdravstveni negi, čustveni opori in ponovnem učenju (Kneisel, 2003, cit. po Henderson). Dolžnost vsake medicinske sestre je, da prispeva po svojih možnostih in sposobnostih k razvoju stroke, da uveljavimo sodobno zdravstveno nego, njene temeljne elemente in pravila delovanja, ki bodo obvezujoči za vse, ki strokovno delujemo.

Vloga medicinske sestre se je v zadnjih desetletjih krepko spremenila in na te spremembe so vplivali



številni dejavniki. Ta proces je bil nujen in tudi potreben. S tem so se namreč odprle možnosti bolj celovite obravnave v zdravstvenem varstvu na različnih ravneh. Vstop novih znanj, veščin in usposobljenosti, ki jih je prineslo in jih še prinaša drugače opredeljeno izobraževanje medicinskih sester, pomeni priložnost za zdravstvo, da ponudi svojim uporabnikom nove oblike storitev in obravnave. To je pomembno tako zaradi spremljanja trendov na področju strokovnega razvoja v posamezni stroki, kot tudi zaradi izzivov, ki jih prinaša prihodnost – od zgodnje intervencije in promocije zdravja, pa vse do odgovorov na izzive demografskega prehoda pozne faze, kateremu smo priča tudi v Sloveniji. (Albreht, 2006)

## **DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA ZADOVOLJSTVO NA DELOVNEM MESTU**

Zdravstvena nega si počasi utira pot k profesionalizaciji in vedno bolj zadošča sodilom, kot so: teorija, družbene vrednote, izobraževanje do akademske stopnje, avtonomija stroke, pripadnost stroki, nova profesionalna druženja ter kodeks etike. Bistveni problem, ki vpliva na zadovoljstvo posredno je, da medicinskim sestram ni dana avtoriteta in avtonomija, ki sta ključna elementa profesionalizacije. Medicinske sestre opravljajo zelo raznolika in raznovrstna dela. V raziskavi, ki je bila narejena v ZDA so ugotovili, da medicinska sestra v enem tednu opravi 97 različnih opravil. (Bohinc, 1999).

Po Herzebergovi teoriji največje zadovoljstvo pri delavcih povzročajo tako imenovani notranji dejavniki, kot so: delovni dosežki, priznanje za opravljeno delo, delo samo po sebi, odgovornost pri delu, napredovanje, osebna rast. Največje nezadovoljstvo pa povzroča odsotnost tako imenovanih zunanjih dejavnikov, kot so: ustrezna politika in upravljanje v organizaciji, ustrezno vodenje, odnosi z nadrejenimi, delovne razmere, plača, odnosi s sodelavci.

Butler in Parson (Zupančič, 01) navajata kot vzroke zadovoljstva medicinskih sester pri delu, delovne dosežke, zadostno število zaposlenih, samostojnost pri delu, spoštovanje poklica, zagotovljeno varstvo otrok, soodločanje pri delu, sodelovanje pri odločanju in načrtovanju urnika, poklicna rast, kakovostna oskrba bolnikov ter zagotavljanje nadzora. Kot vzroke nezadovoljstva navajata: prekomerna odgovornost, neustrezno osebje, preveč dela s papirji, slabi odnosi z zdravniki, slaba komunikacija, slab nadzor in neustrezna plača.

Blegen (Zupančič, 01) navaja 13 dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo medicinskih sester. Deli jih na spremenljivke osebnih lastnosti, kot so starost, izobrazbe, delovna doba, mesto kontrole, ter organizacijske spremenljivke, kot so: komunikacija z nadrejenimi, obveznosti, stres, samostojnost, identifikacija, rutinsko delo, komunikacija s sodelavci, nepristranskost in profesionalnost. Bohinc, Gradišar, Iršič, 99, navajajo raziskavo Irinove, ki je ugotovila, da je zadovoljstvo medicinskih sester odvisno od stopnje obremenitve pri delu. Večji vpliv imajo vsebina dela, delovno okolje, značilnosti dela, jasno definirane vloge, povratne informacije o delu ter stopnja rutinskega dela, manjši vpliv pa odnosi, vodenje, stres, možnost napredovanja ter odločanje.

Na zadovoljstvo medicinskih sester vpliva tudi starost. Zupančič (cit. po Mc Nesse,-Smith, 00) navaja, da so najbolj zadovoljne medicinske sestre v srednjem odraslem obdobju (38-59 let). Prav tako je zadovoljstvo povezano s stopnjo razvojne faze. Najvišje je na začetku kariere, nato upade in se ponovno večja od 31-40 leta, nato ponovno upade in pred upokojitvijo ponovno naraste.

Vpliv na zadovoljstvo na delovnem mestu ima tudi položaj v službi. Robie in sodelavci (Zupančič, 01) so v svoji raziskavi ugotovili, da z rastjo položaja v službi raste tudi zadovoljstvo na delovnem mestu. Blegen (Bohinc, Gradišar, Iršič, 99) pa ugotavlja, da vodilne medicinske sestre občutijo večje zadovoljstvo pri delu, ker imajo večjo možnost kontrole vsebine dela.

Raziskava o spremembah dejavnikov zadovoljstva na delovnem mestu pri medicinskih sestrah Tovey in Adams, 99 (Zupančič 01) pokaže, da nove vloge, funkcijski konflikti, slaba varnost zaposlitve, opažanje nižjih standardov zdravstvene nege, veliko dela s papirji, ter izkušnje pri delu, konstantno in hitro spreminjajo delovno okolje, vse to pa vpliva na zadovoljstvo oziroma na nezadovoljstvo na delovnem mestu.

## **ZADOVOLJSTVO MEDICINSKIH SESTER NA DELOVNEM MESTU V SLOVENIJI**

Management zdravstvene nege posveča raziskovanju kakovosti delovnega življenja, zadovoljstvu in motiviranju medicinskih sester, vse večjo pozornost. Številne raziskave o merjenju kakovosti dela in življenja medicinskih sester so pokazale, da je potrebno povečati stopnjo zadovoljstva medicinskih sester



(Bohinc, Gradišar, Iršič, 99).

Zaletelova (Kneisel, 2003) ugotavlja, da je za medicinske sestre pomembno samostojno delo, timsko delo, medsebojni odnosi, pridobivanje novega znanja, pohval ter spoštovanje delavcev in bolnikov. Osebni dohodek ni najpomembnejši, vendar z njim večina ni zadovoljna.

Bekšova, 1997 (Kneisel, 2003) v raziskavi o zadovoljstvu med 120 medicinskimi sestrami v Kliničnem centru Ljubljana in kot dejavnike nezadovoljstva navaja: neustrezno vodenje, neustrezen delovni kolektiv, težke delovne pogoje ter premajhno socialno pomoč.

Plankova, 1998 (Kneisel, 2003) v raziskavi, v Splošni bolnišnici Celje, na vzorcu 233 medicinskih sester, izpostavlja dejavnike, ki bilahko izboljšali zadovoljstvo na delovnem mestu: višji osebni dohodek, bolje ovrednoteno nočno in nedeljsko delo, boljši odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki, večje število kadra, boljši delovni pripomočki ter možnosti za strokovno izobraževanje.

Grabnar in Košak, 1998 (Kneisel, 2003) ugotavljata, da sta glavna vzroka nezadovoljstva medicinskih sester na delovnem mestu slaba organizacija dela in slabi medsebojni odnosi v negovalnem in zdravstvenem timu.

Barovnica (Kneisel, 2003) v raziskavi, kjer je bilo vključenih 127 oseb v Bolnišnici Golnik, navaja, da medicinske sestre z več izobrazbe čutijo večjo odgovornost in s tem tudi večje zadovoljstvo na delovnem mestu.

Bohinc s sodelavci, 1999, v svoji raziskavi, v kateri je sodelovalo 115 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v petih slovenskih bolnišnicah, ugotavlja, da so glavni vzroki nezadovoljstva medicinskih sester naslednji: preobremenjenost z delom, za dobro delo ne dobijo ustreznih pohval, priznanj, premalo je možnosti strokovnega izobraževanja in majhen je vpliv pri reševanju problemov. Raziskava je tudi pokazala, da le slaba polovica medicinskih sester prihaja na delo z veseljem in da opravljajo tudi dela, ki niso v njihovem delokrogu. Glavna vzroka nezadovoljstva na delovnem mestu sta slaba organizacija dela in slabi medsebojni odnosi v negovalnem in zdravstvenem timu.

### **KAKOVOST DELA, VLOGA POSAMEZNIKA TER MOTIVACIJSKI DEJAVNIKI**

Danes delavci niso več le izvajalci nalog, saj hitre in nepredvidljive spremembe v okolju in na trgu zahtevajo veliko fleksibilnosti, tako podjetij kot tudi delavcev. Ti postajajo kreativni nosilci uresničevanja poslovne politike in doseganja strateških ciljev. Lahko rečemo, da je človek ključni faktor za povečanje produktivnosti in učinkovitosti, tehnologija pa le pripomoček, da opravi delo hitreje, bolj kakovostno, seveda, če jo je pripravljen uporabljati. Kakovost je v najširšem smislu odličnost človeka. Seveda na kakovost vpliva poleg človeka tudi material, sredstva za delo, tehnologija in razne druge okoliščine. Kakovost je v najširšem spektru rezultat človekovega dela, znanja, sposobnosti, vzgoje in motivacije za kakovost. Ustrezno motiviran človek je namreč sposoben narediti veliko stvari in kakovostno, toda neprimerno več naredi, če ustrezno deluje s svojimi sodelavci, zato dajemo pri kakovosti velik poudarek na osebni in še posebej skupinski razvoj. (Florjančič, Novak, 2002)

Pot do kakovostnejšega dela je v veliki meri odvisna od človeka kot posameznika ter človeka, ki deluje v skupini. Zato je pomembno ugotoviti, kaj ljudi motivira in jih spodbuja h kakovostnejšemu delu. Pri motivaciji je vedno potrebno upoštevati materialni in nematerialni pristop. Velikokrat se izkaže drugi kot pomembnejši, saj človeka težko ali celo ne moremo »kupiti« z materialnimi dobrinami. Možno pa je človeka izobraziti, vzgojiti, pravilno usmeriti in še mnogo drugih spodbud motivira človeka za večjo učinkovitost. Tudi materialna stimulacija bo bolj učinkovita, če je v njej vgrajena tudi motivacija pohval in podobno. Materialna in nematerialna motivacija sta med seboj povezani in medsebojno odvisni. Ni materialne motivacije brez nematerialne in obratno.

Florjančič in Novak, 2002, v svoji raziskavi, v javnem slovenskem podjetju, ugotavljata, kateri motivacijski dejavniki zaposlene pri njihovem delu, najbolj motivirajo. Na podlagi pridobljenih rezultatov sta prišla do zaključka, da na pomembnost motivacijskih dejavnikov vpliva tako starost, kot izobrazba in položaj delavca. Starost različno vpliva na potrebe in motive delavca za boljše delo. Razlike med mlajšo in starejšo generacijo so razumljive, saj imajo mlade generacije zaradi ustvarjanja svojega doma večje potrebe po materialni varnosti. Za vodilne delavce so pomembnejši dobri odnosi s sodelavci in dobri delovni pogoji, saj morajo kot vodje skrbeti za ustrezno komunikacijo z delavci in za skupinsko delo, medtem, ko je za druge zaposlene najpomembnejši dejavnik plača in zagotovljena stabilna in varna prihodnost.



## ORGANIZACIJA PEDIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA

Pediatrična klinika Ljubljana je del Univerzitetnega Kliničnega centra Ljubljana. Pediatrična klinika se sestoji iz 3 Kliničnih oddelkov ter 7 Služb in sicer: Klinični oddelek za nevrologijo, Klinični oddelek za nefrologijo s hemodializo, Klinični oddelek za endokrinologijo, Služba za alergologijo in revmatologijo, Služba za hematologijo, Služba za gastroenterologijo, Služba za kardiologijo, Služba za neonatologijo, Služba za pedopsihiatrijo in Služba za pljučne bolezni. V okviru vseh kliničnih oddelkov in služb delujejo specialistične ambulante ter različne dejavnosti funkcionalne diagnostike, ki poteka tako hospitalno kot ambulantno. Zaposlenih je 174 zdravstvenih tehnikov in 46 medicinskih sester. Na Kliniki sicer delujejo še Sprejemna ambulanta, Služba za fizioterapijo, lekarna, higienik, dietetik, laboratorij, tehnične službe, kuhinja z mlečno kuhinjo, služba za transport in spremstvo bolnikov, služba za higieno prostorov in opreme ter ostale podporne službe. V letu 2006 je bilo v hospitalu obravnavanih 11147 bolnih otrok in mladostnikov, opravljenih 38886 ambulantnih pregledov ter 9609 diagnostičnih posegov v okviru funkcionalne diagnostike.

## RAZISKAVA O ZADOVOLJSTVU MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NA PEDIATRIČNI KLINIKI V LJUBLJANI

### RAZISKOVALNI INSTRUMENT

Kot raziskovalni instrument sem uporabila anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz treh delov. V prvem delu so bile trditve o splošnem stanju in počutju zdravstvenih delavcev na bolnišničnih oddelkih, drugi del je bil sestavljen iz trditve v obliki Likertove lestvice stališč in tretji del so bili podatki o starosti, delovni dobi ter izobrazbi. Anketni vprašalnik je prirejen po vprašalniku A. Kneisel, 2003.

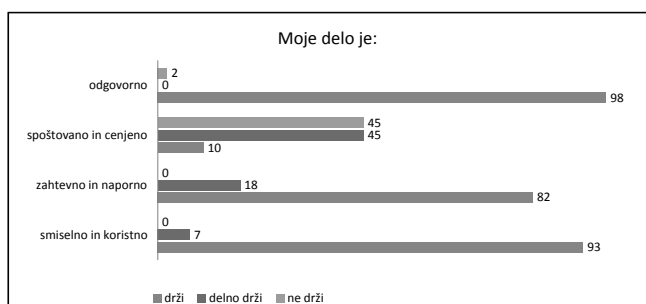
### MATERIALI IN METODE

Sodelovanje anketirancev je bilo prostovoljno, anketni vprašalnik je bil anonimen. Pri obdelavi podatkov je bila uporabljena deskriptivna statistična metoda. V raziskavo je bilo vključenih 190 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

### REZULTATI RAZISKAVE

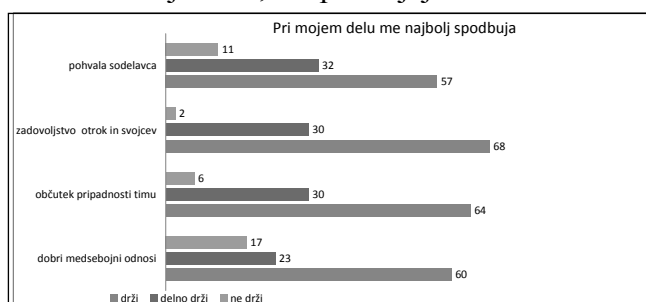
Vrnjenih anket je bilo 44, to je 23%. Sodelovalo je 75% zdravstvenih tehnikov in 25% medicinskih sester. 75% sodelujočih je bilo s srednješolsko izobrazbo, 25% pa visokošolsko.

Tabela 1. Zaznavanje dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.



Medicinske sestre in zdravstveni tehniki v 93% menijo, da je njihovo delo smiselno in koristno, v 82% zahtevno in naporno ter v 98% odgovorno. Samo 9% jih meni, da je njihovo delo spoštovano in cenjeno, 45% pa se jih delno strinja s tem.

Tabela 2. Dejavniki, ki spodbujajo medicinske sestre in zdravstvene tehnike

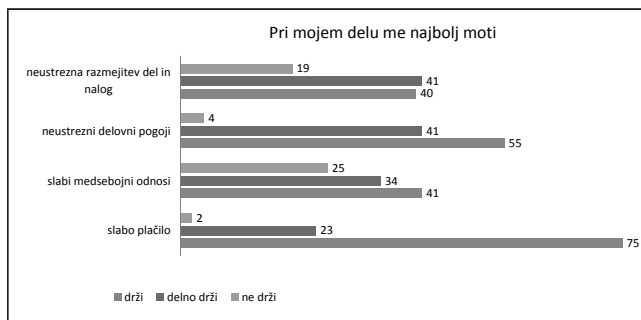


Dejavnik, ki medicinske sestre in zdravstvene tehnike najbolj spodbuja pri delu je zadovoljstvo otrok in njihovih svojcev in sicer v 68%, sledijo pa občutek pripadnosti timu, dobri medsebojni odnosi in pohvala sodelavca.



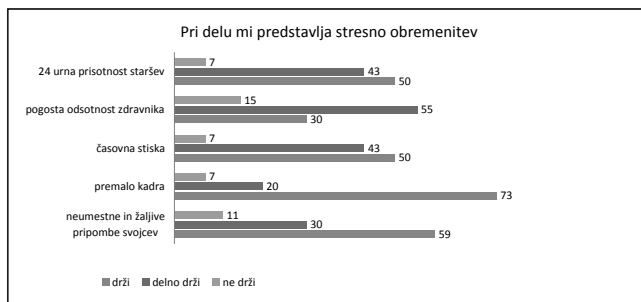


Tabela 3. Dejavniki, ki motijo pri delu



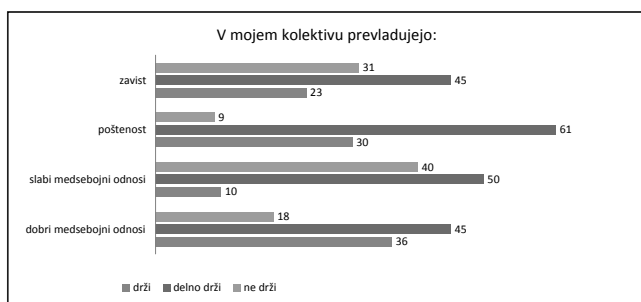
Najbolj moteč dejavnik predstavlja v 75% slabo plačilo, v 55% sledijo neustrezni delovni pogoji.

Tabela 4. Dejavniki stresa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov



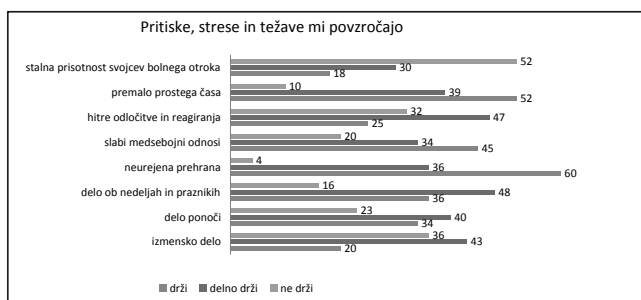
Največji stresni dejavnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike je v 73% premalo kadra za zagotavljanje zdravstvene nege bolnih otrok, in kar v 59% neumestne in žaljive pripombe svojcev. Moteča je tudi pogosta odsotnost zdravnika v 55%.

Tabela 5. Odnosi v timu



Dobri medsebojni odnosi prevladujejo v 36%, v 45% pa to delno drži, slabi medsebojni odnosi pa so prisotni v 50%.

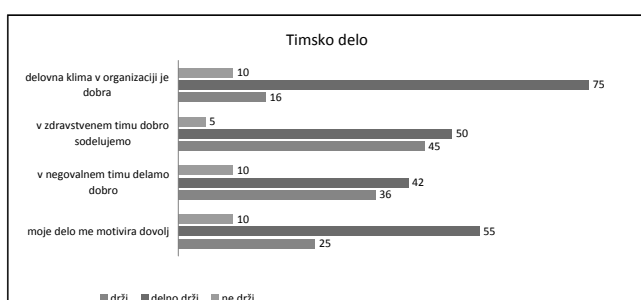
Tabela 6. Stresni dejavniki, ki povzročajo največ težav



Neurejena prehrana kar v 60% je na prvem mestu, sledijo pa premalo prostega časa v 52%, in slabi medsebojni odnosi v 45%.

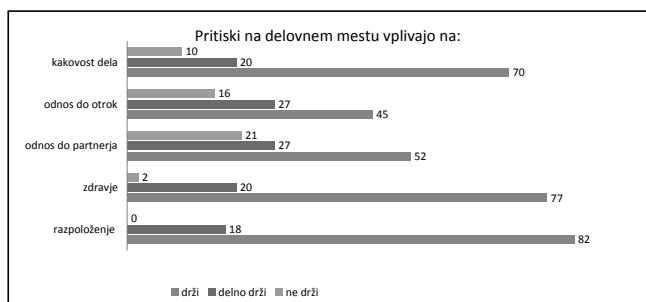
24 urna prisotnost svojcev bolnega otroka, na bolniškem oddelku, kar v 52% ni moteča za zdravstvene tehnike in medicinske sestre.

Tabela 7. Timsko delo, delovna klima in motivacija



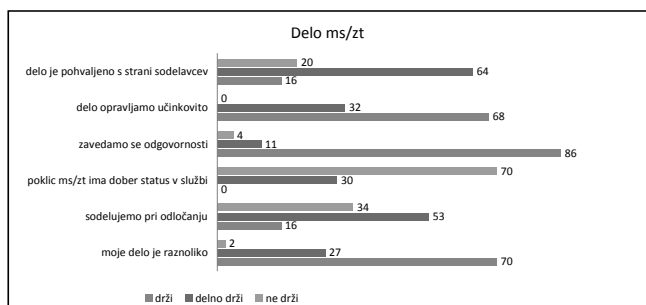
Približno polovica anketiranih meni, da v zdravstvenem in negovalnem timu dobro delamo in sodelujemo, druga polovica pa meni, da to samo delno drži. Samo 10% jih meni, da klima v delovni organizaciji ni dobra. Enak procent tudi ni dovolj motiviran za delo.

Tabela 8. Vpliv pritiskov na delovnem mestu



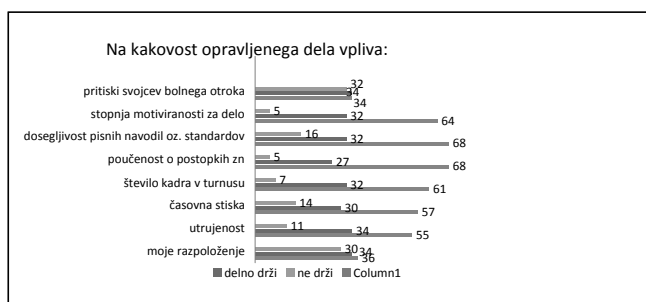
Pritiski na delovnem mestu najbolj vplivajo na razpoloženje zaposlenih in sicer v 82%, zdravje v 77% ter kakovost dela v 70%. Približno polovica anketiranih meni, da pritiski vplivajo na odnos do partnerja in otrok.

Tabela 9. Pogled na delo medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika



Medicinske sestre in zdravstveni tehniki se zavedajo odgovornosti pri svojem delu v 86%, delo vidijo kot raznoliko v 70% in v 68% delo opravljajo učinkovito. Kar 34% jih meni, da ne sodelujejo pri odločanju. Delo je s strani sodelavcev pohvaljeno v 16%, v 64% pa to delno drži. Kar 70% anketiranih meni, da poklic medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika nima dobrega statusa v družbi.

Tabela 10. Dejavniki, ki vplivajo na kakovost opravljenega dela



Nakakovostdelanajboljvplivatapoučenostopostopkih in posegih zdravstvene nege ter dosegljivost pisnih navodil in sicer v 68%, sledi stopnja motiviranosti za delo v 64%, ter število kadra v turnusu, časovna stiska in utrujenost. Približno tretjina pa jih meni, da na kakovost dela vpliva razpoloženje in pritiski svojcev bolnih otrok.

## RAZPRAVA

Za sodobno obvladovanje sprememb in za razvijanje kakovosti v zdravstvu je izredno pomembna usmerjenost k človeku – medicinski sestri, k učinkoviti rabi človeških virov, motivaciji, izobraževanju in razvijanju novih vrednot. V zadnjem času se tudi v Sloveniji opravlja vse več raziskav na področju zdravstvene nege, zadovoljstva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, medsebojnih odnosov, kar vse pripomore k rasti stroke zdravstvene nege in zadovoljstvu medicinskih sester.

Raziskava o zadovoljstvu je bila opravljena v septembru 2007 na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Uporabila sem anonimen anketni vprašalnik, sodelovanje anketiranih je bilo prostovoljno. Sodelovalo je 44 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Večina anketiranih se strinja, da je njihovo delo smiselno in koristno ter zahtevno in naporno. Samo desetina meni, da je delo spoštovano in cenjeno. Četrtnina meni, da so za svoje delo dovolj motivirani, polovica pa se s tem delno strinja. Pri delu je najbolj moteče slabo plačilo za opravljeno delo ter neustrezne delovne razmere. Dejavniki, ki prispevajo k stresnim obremenitvam so naslednji: premalo kadra za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege otrok, neumestne in žaljive pripombe svojcev bolnih otrok, časovna stiska in vedno večje zahteve svojcev bolnih otrok. Za tretjino anketiranih je problem tudi pogosta odsotnost zdravnika.

Tretjina anketiranih meni, da prevladujejo dobri medsebojni odnosi, samo desetina meni, da so slabi. Tretjina jih meni, da v negovalnem timu delajo skupaj kot dobro organizirana skupina. V organizaciji ima delovna klima pomemben vpliv na vedenje in obnašanje posameznih članov. Samo 16% anketiranih se strinja, da je klima v delovni organizaciji dobra, 75% pa se jih s tem delno strinja. Pritiski na delovnem



mestu najbolj vplivajo na razpoloženje in zdravje zaposlenih, kar tri tretjine pa jih meni, da vpliva na kakovost opravljenega dela.

Večina anketiranih meni, da na kakovost opravljenega dela najbolj vpliva poučenost o postopkih in posegih zdravstvene nege, dosegljivost pisnih navodil oziroma standardov ter stopnja motiviranosti za delo in število kadra v turnusu.

## ZAKLJUČEK

Zadovoljstvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je kompleksen večdimenzionalni problem, ki pa ima pomemben vpliv na celovito zagotavljanje kakovosti v zdravstvu. Nezadovoljstvo na delovnem mestu je rezultat več različnih dejavnikov, ki pa kot skupen rezultat vplivajo na slabo motiviranost za delo. Nezadovoljstvo negativno vpliva na samospoštovanje in ugled medicinske sestre ter slabša kakovost zdravstvene nege. Kakovost delovnega življenja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je potrebno izboljšati s sistemskimi spremembami v organizaciji dela.

## Literatura in viri

1. Bohinc M, Gradišar M, Iršič A. Zadovoljstvo medicinskih sester kot element managementa v zdravstveni negi. V: 18. Posvetovanje organizatorjev dela; Evropska skupnost in management, ured. Vukovič G. Portorož, 1999; Fakulteta za organizacijske vede v Kranju, Fakulteta Maribor, 1999; 637-644.
2. Kvas A, Seljak J. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2004.
3. Florjančič J, Novak V. Z motivacijo kadrov do boljše kakovosti. V: 21. Znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved; Management in evropska unija, ured. Vukovič G., 2002; 3-10.
4. Zupančič R. Zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu. V: Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo, 2001; Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, ured. Klemenc M, Pahor M. 2001; 96-107.
5. Ramšak Pajk J, Pagon M. Osebna prizadevanja kot dejavnik in posledica zadovoljstva medicinskih sester. V: 21. Znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved; Management in evropska unija, ured. Vukovič G., 2002; 1436-1444
6. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Zbornik z recenzijo; Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; ured. Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J; 2006
7. Kneisel A. Zadovoljstvo medicinskih sester – dejavnik kakovosti delovnega okolja v urgentnem kirurškem bloku. Diplomaska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2003.



## ALI SO NAŠI OTROCI DELEŽNI KAKOVOSTNE ZDRAVSTVENE NEGE

*Barbara Kegl, dipl.med.sr., univ.dipl.org., predavateljica; barbara.kegl@gmail.com*

*Univerza Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede*

*Ivica Brumec, dipl.med.sr.; ivica.brumec@sb-mb.si*

*Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za pediatrijo*

### IZVLEČEK

Otroci in starši so aktivno vključeni v zdravstveno obravnavo in so sposobni oceniti mnoge vidike kakovostne pediatrične zdravstvene nege s stališča uporabnika zdravstvenih storitev. Čeprav ne morejo oceniti vseh vidikov zdravstvene nege in zdravljenja, so njihova stališča dragocen prispevek k dobrim medsebojnim odnosom, komunikaciji, podajanju informacij in ne nazadnje tudi organizaciji dela na oddelku. S pomočjo anketnega vprašalnika sva poskušali ugotoviti in določiti pričakovanja in zadovoljstva otrok ter staršev s pediatrično zdravstveno nego in s pomočjo raziskave ugotoviti ali so le- ta tekom hospitalizacije bila izpolnjena.

***Ključne besede: otrok, starši, kakovost, pediatrična zdravstvena nega***

### 1. UVOD

Sodobna zdravstvena nega je zasnovana na konceptu individualizirane in k otroku ter staršem usmerjene zdravstvene nege. Cilj kakovostne pediatrične zdravstvene nege je vzpostaviti partnerski odnos med medicinsko sestro, otrokom in starši. V procesu zdravstvene nege je potrebno aktivno sodelovanje otrok, staršev in seveda vseh članov zdravstvenega in negovalnega tima. Najpomembnejšo vlogo, ki jo ima medicinska sestra kot zagovornica otroka in staršev, se opisuje kot humani člen in le-to se izkazuje v ljubezni, zaupanju, dostojanstvu in varnosti do otroka.

Pediatrična zdravstvena nega si prizadeva za dovoljevanje svobode otroku (prosto izraža potrebe), spodbuja starše, da ostajajo s svojim hospitaliziranim otrokom oz. da ga večkrat dnevno obiskujejo, zagotavljanje otroku prijaznega ozračja in okolja, ki poudarja spoštovanje in neodvisnost otroka, pomoč in spodbudo otroku ter staršem za sodelovanje v celotnem procesu zdravstvene nege, zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege in zdravstvena nega na domu, ki otroku zagotavlja, da je lahko obravnavan doma, če je to mogoče (Smith, 1995).

Od medicinske sestre, ki dela na področju pediatrične zdravstvene nege pa se zahteva in pričakuje, da ima visoko specializirana znanja ter spretnosti, in je hkrati:

- nosilka in izvajalka celostne zdravstvene nege;
- zagovornica otroka in staršev;
- posrednica informacij otroku in staršem;
- učiteljica;
- podpora otroku in staršem;
- svetovalka in koordinatorica;
- strokovna sogovornica v negovalnem in zdravstvenem timu (Pajnkihar, Kegl, 2007).

Vedno več medicinskih sester se pri svojem delu s pacienti pogosto sprašuje, ali naredijo za njih dovolj, ali izvajajo kakovostno zdravstveno nego. Vendar takšna pavšalna subjektivna ocena ni dovolj. Če medicinske sestre hočejo svoje delo opravljati res profesionalno, si morajo takšno vprašanje postavljati vedno znova v prizadevanju, da bi kakovost svojega dela nenehno izboljševale in tako prispevale k ohranjanju in izboljševanju zdravja pacientov. Pogosto se omenja kot merilo za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege



zadovoljstvo pacientov. Spremljanje izkušenj pacientov je kazalec pozitivne organizacijske kulture, ki se kaže z nenehnim uvajanjem izboljšav v organizaciji (Skela Savič, 2007). Analize zadovoljstva pacientov vplivajo v prihodnosti na primerno vedenje tako pacientov kot izvajalcev storitev v zdravstvu (Zastowny, 1995). Naš uporabnik storitev (pacient) je z člani negovalnega in zdravstvenega tima lahko v stiku krajši ali daljši čas. Ne glede na trajanje le-tega, pa si hitro ustvari mnenje o kakovosti izvedene storitve. Pacient ocenjuje kakovost predvsem po tem, kako so izvajalci (člani negovalnega in zdravstvenega tima) ravnali z njimi, kakšen odnos so imeli do njega, koliko so se mu izpolnila pričakovanja, ali so izvajalci po njegovem vredni zaupanja in ali je lahko prišel do oskrbe, ki jo je potreboval (Zaletel, 2007). Stopnja zadovoljstva pacientov je poleg zelenega merjenja izida, tudi legitimen način merjenja kakovosti. Naraščajoča stopnja zadovoljstva pacientov pomeni tudi boljšo pripravljenost in sodelovanje pacientov v postopkih zdravljenja in zdravstvene nege ter povečuje občutek izvajalcev storitev, da so delo dobro opravili (Skela Savič, 2007).

Sestavine kakovostne zdravstvene oskrbe so po Ovretveitu v Zaletel, 2007:

- visoka stopnja strokovnosti;
- učinkovita izraba (človeških, finančnih in materialnih) virov;
- čim manjše tveganje za pacienta;
- zadovoljstvo pacienta in
- (pozitiven) vpliv na njegovo zdravstveno stanje.

Kakovost v zdravstveni negi upošteva tri temeljne dimenzije: stroko, management in uporabnike zdravstvenih storitev, ki naj bodo v medsebojni soodvisnosti, pri tem pa izpostavlja zadovoljstvo pacientov kot bistveni kazalec kakovosti (Zaletel, 2007). Zagotavljanje kakovosti je proces, ki zajema sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje, in ko je potrebno, tudi izvajanje ukrepov za izboljševanje kakovosti. Če se odločimo za navedeno, si prizadevamo za čim višjo učinkovitost in čim boljše rezultate ob racionalni uporabi razpoložljivih virov. Pri tem želimo doseči sledeče cilje:

- izboljšanje/vzdrževanje zdravstvenega stanja otroka;
- izboljšanje/vzdrževanje funkcionalnih sposobnosti otroka;
- psihofizično ugodje otroka in
- zadovoljstvo otroka in staršev po opravljeni zdravstveni negi.

Ker so otrok in starši aktivni člani v procesu zdravstvene nege in jih obravnavamo humano, celovito in individualno, nas ti cilji spremljajo pri vseh aktivnostih v zdravstveni negi, ki jih opravljamo v dobro naših uporabnikov. Med aktivnosti medicinske sestre štejemo tudi postavljanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. V Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Maribor na Kliniki za pediatrijo je bilo do sedaj postavljenih za pediatrično zdravstveno nego 11 specifičnih standardov, ki se uporabljajo samo na področju pediatrične zdravstvene nege in številne standarde zdravstvene nege, ki se izvajajo na vseh oddelkih UKC.

## 2. METODE

### 2.1 Način zbiranja

V Univerzitetnem kliničnem centru Maribor na Kliniki za pediatrijo sva julija in avgusta 2007 izvedli raziskavo o pričakovanju staršev oz. zadovoljstva otrok in staršev z zdravstveno obravnavo v bolnišnični dejavnosti. Otroci in starši so na osnovi svojih izkušenj na Kliniki za pediatrijo ocenjevali delo članov negovalnega in zdravstvenega tima, s katerimi so se srečali v zdravstveni obravnavi v času hospitalizacije otroka. Pri raziskavi je bila uporabljena eksperimentalna raziskovalna metoda. Uporabili smo naključni vzorec hospitaliziranih otrok. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki so ga izpolnjevali starši ob končanem zdravljenju otroka v bolnišnici.

### 2.2 Opis kazalnika

V anketni vprašalnik za hospitalizirane otroke in starše smo postavili 27 vprašanj oziroma kazalcev



kakovosti iz dela in nalog medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov. Vsebina vprašanj je bila vezana na naslednja področja dela:

1. delo medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov :

- pogovor in podajanje informacij otroku in staršem s področja zdravstvene nege;
- izražanje spoštovanja do otrok in staršev kot enakopravnega partnerja v procesu zdravstvene nege;
- podajanje navodil o preprečevanju poslabšanja zdravstvenega stanja in zdravstvena vzgoja otrok in staršev;
- varovanje zasebnosti, upoštevanju domačega dnevnega ritma pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege;
- izražanje in zadovoljevanje potreb otrok;
- splošno zadovoljstvo otrok in staršev z delom medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov in zdravstvena nega v zavodu.

Starši so na vprašanja največkrat odgovarjali na lestvici od 1 do 4, kjer 1 pomeni nikoli (neželena stanje kazalca kakovosti) in 4 vedno (želena stanje kazalca kakovosti), za odgovor ne vem pa so izbrali število 5.

## 2. 3 Izvor podatkov in demografski podatki

V raziskavi je bilo razdeljenih 50 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 46. Izbranih je bilo naključnih 46 otrok in njihovih staršev od 242, kar znaša 19% vseh sprejemov otrok od 15. julija do 10. avgusta 2007. Glede na to, da sva uporabili majhen vzorec zajetih v raziskavo, bi bilo le-to treba ponoviti na večjem, da bi lahko bil reprezentativen. Ta vzorec nam daje le vpogled v pričakovanja staršev in ga ne moremo posploševati. Sodelovalo je 30 žensk in 16 moških. Raziskava je zajela vse tri oddelke na Kliniki za pediatrijo. Največ staršev ima srednješolsko izobrazbo (56%), sledijo visoko in univerzitetno izobrazbo (26%) in osnovnošolsko izobrazbo (18%).

Povprečno število dni hospitaliziranih otrok v raziskavi je 3-7 dni. Odstotek staršev, ki so bili hospitalizirani skupaj z otrokom najmanj 1 dan je 54%. V povprečju so bili starši z otrokom hospitalizirani 1 dan.

## 3. REZULTATI

Tabela 1: Kako so otroci in starši ocenjevali delo medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov

Vprašanja	V povprečju so starši odgovorili, da..
Ali imate starši zaupanje v člane zdravstvenega negovalnega tima ?	jim ponavadi zaupamo (54%)
Imate starši možnost dobiti odgovore na vprašaja s strani članov negovanega tima?	pogosto do vedno (71%)
Ali razumete informacije, ki vam jih je poslala medicinska sestra?	pogosto do vedno (69%)
Ste bili aktivno vključeni v zdravstveno obravnavo?	da (80%)
Ali medicinske sestre otroka in starše zdravstveno vzgajajo?	pogosto (47%)
Ali medicinske sestre zadovoljijo psihične, fizične in socialne potrebe otroka?	pogosto (52%)
Je vaš otrok v času hospitalizacije opazovan?	da (93%)
Ali je poskrbljeno za otrokov bolečino?	pogosto do vedno (71%)
Dobite starši informacije o tem, kaj se dogaja in kaj se bo dogajalo tekom zdravstvene obravnave?	pogosto (65%)
Ali medicinska sestra pri opravih na področju zdravstvene nege upošteva otrokov domači dnevni ritem?	pogosto (52%)
Ste dobili informacije, kako ravnati po odpustu otroka?	da (85%)
Ali vam medicinska sestra predstavi dnevni red aktivnosti na oddelku?	pogosto (54%)
Čakalni čas na oddelku za pregled otroka...	...je v povprečju 15 do 30 minut (39%).



#### 4. RAZPRAVA

Glede na dobljene podatke v raziskavi, sva le-te zgrupirali v naslednje skupine odgovorov, ki se nanašajo na pričakovanja staršev hospitaliziranih otrok in zadovoljstvo otrok in staršev z nudeno zdravstveno obravnavo. Odgovore, ki se nanašajo na pogovor in podajanje informacij otroku in staršem s področja zdravstvene nege je večina staršev odgovorila, da imajo pogosto oziroma vedno možnost dobiti odgovor na vprašanja in da so informacije, ki jih dobijo s strani članov negovalnega in zdravstvenega tima vedno razumljive. Prav tako so ocenili, da pogosto dobijo odgovor v zvezi z informacijami o tem kaj se dogaja in kaj se bo dogajalo v času zdravstvene obravnave. Prav tako jim medicinske sestre pogosto razkažejo oddelek, kamor je otrok sprejet, jim pokažejo kje se nahajajo stvari za osebno higieno otroka in jim razložijo dnevni red aktivnosti na oddelku. Glede na izražanje spoštovanja do otrok in staršev kot enakopravnega partnerja v procesu zdravstvene nege so starši odgovorili, da so medicinske sestre pri svojem delu vedno prijazne, da izražajo toplino in skrb za otroka. Prav tako pogosto upoštevajo starševske izkušnje in pogosto zadovoljijo otrokove psihične, fizične in socialne potrebe po zdravstveni negi. Tudi glede enakopravnega aktivnega partnerja v zdravstveni obravnavi so starši odgovorili pozitivno. Pri odgovorih glede zdravstvene vzgoje otrok in staršev v času hospitalizacije so starši pogosto odgovorili, da so jih člani negovalnega tima poučevali o zdravem načinu življenja, o negovanju otroka, o aplikaciji zdravil otroku itd. Prav tako so starši dobili informacije in navodila o preprečevanju poslabšanja zdravstvenega stanja po odpustu. Glede varovanje zasebnosti, upoštevanju domačega dnevnega ritma pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege so pogosto odgovorili, da so člani negovalnega tima pri svojem delu le-to upoštevali. Pozitivno so odgovorili tudi na to, da so otroka v času hospitalizacije člani negovalnega tima kontinuirano opazovali in tudi za otrokovo bolečino je bilo vedno poskrbljeno. Iz odgovorov glede splošnega zadovoljstva otrok in staršev z delom medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov ter zdravstveno nego so pogosto odgovorili, da so bili v času hospitalizacije zadovoljni in jim tudi ponavadi zaupajo.

#### 5. SKLEP

V pediatrični zdravstveni negi so pacienti stari od 0 pa do 19 let. Zato komunikacija poteka v glavnem med člani negovalnega in zdravstvenega tima ter starši. Zaradi tega so starši tisti posamezniki, ki so najbolj sposobni oceniti mnoge vidike kakovostne pediatrične zdravstvene nege. Spoznali sva, da so pričakovanja staršev otrok, ki so bili hospitalizirani v UKC Maribor na Kliniki za pediatrijo najbolj povezana z pridobivanje informacij o zdravstveni obravnavi, biti vzeti zares, imeti priložnost pogovarjanja o problemih, biti spoštovan, ... To so pomembna pričakovanja, ki so zrcalila starševske vrednote in njihovo zadovoljstvo v zvezi z nudeno pediatrično zdravstveno nego. Prejšnje raziskave so pokazale bistvene probleme povezane s kakovostno zdravstveno nego, v glavnem na na področju komuniciranja. Komunikacija med starši in med člani negovalnega ter zdravstvenega tima je sestavni del zdravstvene nege, ki zelo pomembno vpliva na pacientove izkušnje (Homer et al, 1999). Tudi Smith idr. (1995) so ugotovili, da je komunikacija s hospitaliziranim otrok in starši še posebej pomembna pri prvič hospitaliziranem otroku zaradi strahu, stresa, preobčutljivosti, večjih potreb po informacijah in znanju ter pomoči, da se lahko aktivno vključijo v proces zdravstvene nege in postavljajo vprašanja.

Pajnkihar (v Kraljič 2006) navaja, da je komunikacija pomembna sestavina vsakodnevnih človekovih interakcij in odločilno vpliva na zdravstveno nego. Zaupanje, spoštovanje, dostojanstvo, empatija in avtonomija pacienta s elementi, pomembni za dober medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom.

Vendar se pa starši morajo zavedati, da so dolžni upoštevati navodila članov negovalnega in zdravstvenega tima v času bivanja ob otroku v bolnišnici in spoštovati pravila lepega vedenja (Hren, Marolt Meden, 2007).

Kakovost pediatrične zdravstvene nege pomeni nuditi takšno zdravstveno obravnavo, ki uporabnikom pravočasno nudi vse tisto, kar potrebujejo in pričakujejo glede na zdravstveno stanje in počutje. V tem smislu smo dosegli cilj raziskovanja, saj je zadovoljstvo uporabnikov najpomembnejši kazalec kakovosti pediatrične zdravstvene nege in le-tega so bili starši in otroci na Kliniki za pediatrijo UKC Maribor deležni.



## Literatura in viri

1. Homer C.J., Marino B., Cleary P.D. et al. *Quality of care at a children's hospital: The parent's perspective. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 1999: 153, 1123-29*
2. Hren M., Marolt Meden B. *Priporočila za bivalne pogoje otrok in staršev na pediatričnih oddelkih v Sloveniji. www.unicef.si/FileBroker.aspx?Id (julij, 2007).*
3. Kraljič L., Pajnikihar M. *Pomen komunikacije in profesionalne kulture v zdravstveni negi ter njun vpliv na medsebojne odnose v zdravstvu. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2006.*
4. Pajnikihar M. *Razvoj koncepta "praksa, osnovana na znanstvenih dokazih" v pediatrični zdravstveni negi. Zbornik XVI. srečanja pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in III. srečanja medicinskih sester, 7-8 april 2006, Kongresni center hotela Habakuk v Mariboru. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 2006: 163-65.*
5. Pajnikihar M., Kegl B. *Koncept sodobne pediatrične zdravstvene nege. Zbornik XVII. Srečanja pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in IV. srečanja medicinskih sester, 13-14. april 2007, Kongresni center hotela Habakuk v Mariboru. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 2007: 149-53*
6. Skela Savič B. *Izkušnje bolnikov v bolnišnični obravnavi ali kako bolniki ocenjujejo delo zdravnikov in medicinskih sester.*
7. [http://onko-i.renderspace.si/uploads/kazalci\\_kakovosti/izkusnje\\_bolnikov.pdf](http://onko-i.renderspace.si/uploads/kazalci_kakovosti/izkusnje_bolnikov.pdf) (avgust, 2007).
8. Smith F. *Children's Nursing in Practice. The Nottingham Model. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1995.*
9. Zaletel M. *Kakovost v zdravstveni negi s standardi in kriteriji.*
10. [http://www.vsz.unilj.si/~naveza/vsebina/si/zdravstvena\\_nega/studijska\\_gradiva\\_oddelka\\_za\\_zdravstveno\\_61](http://www.vsz.unilj.si/~naveza/vsebina/si/zdravstvena_nega/studijska_gradiva_oddelka_za_zdravstveno_61) (avgust, 2007)
11. Zastowny T. *Patient satisfaction and Experience with Health Services and quality of care, Quality Management in Health Care. 1995: letnik 3, številka 3: 50-61.*





# DVIG KAKOVOSTI PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE Z INDIVIDUALIZIRANO RAZVOJNO OSKRBO OTROKA IN MLADOSTNIKA

*Albina Gubanc, dipl.m.s.  
Pediatrska klinika Ljubljana*

## POVZETEK

Članek predstavlja koncept individualizirane razvojne oskrbe, v katerem avtorica omenja dražljaje, ki jih otrok dobiva iz okolja in njihov vpliv na otroka. Nadaljnje opisuje značilnosti koncepta kot so individualizacija, upoštevanje razvojnega procesa in interakcija. Avtorica izpostavi določene pogoje, ki so potrebni za izvajanje individualizirane razvojne oskrbe: poznavanje otrokove rasti in razvoja; sodelovanje vseh akterjev, ki so v interakciji z otrokom, vključevanje otrokove družine in ustrezen sistem delitve dela. V sklepu ugotovi, da individualizirana razvojna oskrba pripomore k kakovostnejši zdravstveni negi.

**Ključne besede:** *Otrok, okolje, individualizirana razvojna oskrba, kakovost*

## 1. UVOD

Sodobna zdravstvena nega je usmerjena k pacientu in njegovim potrebam. Pacient je v središču dogajanj, za kar so potrebni različni pristopi k njegovi celostni obravnavi. S tem, da izbiramo različne pristope, postane skrb za pacienta individualizirana. Kakovostna zdravstvena nega temelji na zadovoljstvo pacienta in, v primeru pediatričnega pacienta, zadovoljstvo njegovih staršev. Starša sta otrokova najpomembnejša življenjska vzgojitelja, zato je pomembno, da medicinska sestra vzpostavi zaupen odnos do njiju. Individualizirana obravnava ter primeren odnos (naj bo to podporen ali partnerski) do pacienta in njegovih staršev, sta temelja individualizirane razvojne oskrbe.

## 2. INDIVIDUALIZIRANA RAZVOJNA OSKRBA

V zadnjih tridesetih letih se je razvil koncept individualizirane razvojne oskrbe z namenom, da se posamezniku zagotovi optimalna obravnava, ki upošteva njegove potrebe in zmožnosti ter poteka v vzajemni komunikaciji.

Psihologija Heidelise Als iz Bostona je razvila koncept, ki je prilagojen obravnavi nedonošenčka in bolnega novorojenčka. Alsova poudarja pomen zagotavljanja primernega bolnišničnega okolja in prepoznavanja stresnega vedenja novorojenčka. Predstavlja izhodišča za uvedbo ukrepov, ki zmanjšujejo oziroma preprečijo stresna vedenja. Ukrepi se izvajajo v okviru koncepta »Developmental care«.

V nemško govorečem področju je specialni pedagog Andreas Fröhlich patentiral izraz »Basalna stimulacija«. Stanje pacienta, kjer zdravstveno osebje deluje po tem konceptu so: nepokretnost, poškodba glave, umetna ventilacija, hipoksija, neorientiranost, šokovna stanja in za določen čas tudi nedonošenček in bolni novorojenček (Nydahl Bartoszek, 1998). Koncept deluje po principu zavestnega in ustvarjalnega spodbujanja senzorične stimulacije. Fröhlich pravi, da se po travmi ali šokovnem stanju zmanjša ali celo izgubi občutek lastnega telesa in s tem je tudi v nevarnosti izguba osebne integritete. Zdravljenje, oziroma izboljšanje stanja, je aktiven proces, ki zahteva tudi ustrezne senzorične dražljaje. Pomemben poudarek je na dotiku. Dotik naj bi predstavljal navezo stika, odnosa med pacientom in zdravstvenim osebjem in ne napad nanj z opravljanjem določenega posega.

Smoter individualizirane razvojne oskrbe je v sodelovanju vseh akterjev, da zmanjšajo in kontrolirajo dražljaje iz neposredne okolice in da skrbijo, da je rokovanje z otrokom skladno z njegovimi potrebami in zmožnostmi.



## **2.1 Vpliv okolja na otroka**

Otrok je v bolnišničnem okolju iztrgan iz, njemu dobro poznane, domačega okolja in je postavljen v tuje okolje, med tuje ljudi. Ob upoštevanju njegovega zdravstvenega stanja, je potrebno zagotoviti tiho in mirno fizično okolje. Raziskave dokazujejo pomembnost prisotnosti in dobrega počutja staršev, ki so ob svojem otroku (Wielenga in sod., 2006). Da se to doseže, je potrebno upoštevati lokacijo bolnišnice, njeno dostopnost in okoliščine, ki staršem pomagajo ali ovirajo preživljati čas s svojim otrokom. Potrebno se je vprašati, ali vstop v bolnišnico in na oddelek izraža dobrodošlico in deluje pomirjajoče ali pa otroka morda prestraši? Znotraj oddelka je pomemben njegov izgled, ki naj bo privlačen.

### **2.1.1 Posteljna enota**

Zagotoviti je potrebno dostop do postelje v vsakem trenutku. Starše se spodbuja, da dopolnijo posteljo z osebnimi predmeti od doma (pižama, ninica, plišasta igrača...). K posteljni enoti naj spada udoben stol, ki omogoča staršem lažje bivanje ob otroku. Prav tako je potrebno zagotoviti predal ali polico za osebne predmete (Als, 2000).

### **2.1.2 Svetloba**

Opremljenost sobe mora biti takšna, da otroku neposredna svetloba nikoli ne pada na obraz. Med spanjem je potrebno zagotoviti temo in možnost razsvetljave vsake posteljne enote posebej. Stalna in premočna svetloba privede do motenj spanja, pri nedonošenčkih pa pretirana svetloba lahko poleg motenj spanja, povzroči stresno vedenje (Moser Oehler, 1993).

### **2.1.3 Zvok**

Potrebno je nuditi mirno okolje, kjer se govori po tihem, se izogiba loputanju z vrati in klicanju sodelavcev. Monitorje in radijske sprejemnike je potrebno nastaviti na tihe, nežne tone in odmakniti telefon iz neposredne otrokove bližine. Raziskave so pokazale, da je v 90% povzročitelji motečega hrupa osebje samo. Pri nedonošenčkih so nekateri raziskovalci povezovali previsoko raven hrupa s stresnim vedenjem, okvaro sluha, pojavnostjo hipoksemije in celo spremembe v delovanju endogenih funkcij (Moser Oehler, 1993; Perlman, 2001).

### **2.1.4 Raven aktivnosti in stik z otrokom**

Vse aktivnosti naj potekajo v umirjenem vzdušju. Tudi nujne primere se skuša obravnavati z čim bolj umirjenimi gibi in tihem govorjenju. Pozornost je potrebno posvetiti k primernem položaju in legi otroka v postelji. Priporočena je lega v sproščeni fleksiji s potrebnimi podpornimi blazinami. Kader se oseba približa otroku, mora zagotoviti, da jo otrok najprej sliši in vidi, šele nato se oseba lahko dotakne otroka. Pogoste taktilne stimulacije neugodno vplivajo na spalni cikel otroka, pri nedonošenčku pa tudi na nekoordinirane gibe in nestabilnost vitalnih znakov (Moser Oehler, 1993). Potrebno je usklajevanje intervencij in jih po potrebi zmanjšati le na nujno potrebne.

## **2.2 Značilnosti individualizirane razvojne oskrbe**

### **2.2.1 Individualizacija**

Dejstvo je, da primerno rokovanje pospeši otrokov razvoj, zato je potrebno, da celoten zdravstveni tim individualizira potrebne aktivnosti in intervencije. Individualizacija narekuje obravnavo otroka kot edinstveno bitje. To zahteva sprotno spreminjanje intervencij glede na potrebe, ki jih izraža otrok in tako se upošteva njegova osebnost (Aita, Snider, 2003).

### **2.2.2 Upoštevanje razvojnega procesa**

Razvojni proces se začne ob spočetju in traja celo življenje. Vedeti moramo, da poteka razvoj pri vseh v enakem zaporedju, vendar je hitrost razvoja različna. Razvoj je tesno povezan z zorenjem osrednjega živčnega sistema. Pomemben je podatek, da vemo, da z nobeno vajo ne moremo pospešiti določeno sposobnost, če osrednji živčni sistem za to ni dovolj zrel. Človek se razvija v stalni interakciji z okoljem, zato je potrebno upoštevati številne dejavnike okolja, ki vplivajo na človekov razvoj. Predvsem je ta



vpliv pomemben od spočetja do poznega otroštva, saj je takrat človekov razvoj najhitrejši. Zaradi tega je otrokov organizem najbolj ranljiv in so posledice škodljivih dejavnikov okolja največje (Grčar, 2006). S poznavanjem in ocenjevanjem otrokovega razvoja in njegovih potreb, prilagajamo intervencije tekom hospitalizacije.

### 2.2.3 Interakcija

Vzajemno delovanje ali medsebojni vpliv je opazen v principu recipročnosti akcije-reakcija med otrokom in izvajalcem zdravstvene nege kot tudi med otrokom in njegovimi starši. Preko interakcije otrok izraža svoje potrebe v neposredno okolje (akcija), kar ima za posledico negovalne intervencije, ki so namenjene zadovoljevanju otrokovih potreb (reakcija). Interakcija je osnovana na sodelovanju in vzajemni komunikaciji udeležencev (Gubanc, 2007).

## 2.3 Pogoji za uvedbo individualizirane razvojne oskrbe

### 2.3.1 Poznavanje otrokove rasti in razvoja

Potrebno je osvajanje specifičnega znanja o rasti in razvoju pediatričnega pacienta, kar je nujno potrebno pri prepoznavanju znakov, ki jih otrok nakazuje in njegovih vedenj, ki jih kaže skozi interakcijo. Potrebe po poglobljenem znanju ne smejo biti le v domeni medicinske sestre, ampak celotnega zdravstvenega tima (Aita, Snider, 2003).

### 2.3.2 Sodelovanje vseh akterjev, ki so v interakciji z otrokom

Koncept zahteva multidisciplinarni pristop strokovnjakov in laikov. Beseda »oskrba« v tej miselni zvezi razširi pojem »skrb« v smislu sodelovanja strokovnjakov izven zdravstvenega tima in laičnih izvajalcev koncepta (npr. starši). Vsak od strokovnjakov poudarja svoj pogled na koncept. Tako psihologi poudarjajo vpliv čustvenih dejavnikov, na katere je potrebno biti pozoren pri obravnavi otroka. Sociologi poudarjajo pomen vključevanje celotne družine v koncept (Aita, Snider, 2003). Medicinske sestre postavljajo otroka kot osrednjega prejemnika individualne skrbi pri čimer so vključeni tudi starši. Alsova vidi v medicinski sestri koordinatorko, ki jo zdravstveni tim upošteva, glede časovnega načrtovanje potrebnih intervencij (Als, 2004).

### 2.3.3 Vključevanje otrokove družine

Sociolog VandenBerg poudarja dvojen pomen vključevanje družine v individualizirano razvojno oskrbo:

- Potrebna je delitev informacij med starši, medicinsko sestro in ostalim zdravstvenim osebjem glede prepoznavanja in spoznavanja specifičnih znakov in vedenj, ki pokažejo otrokove potrebe;
- Potreba staršev, da aktivno sodeluje pri nastajanju negovalnega načrta in njegovega izvajanja ter vrednotenja, saj to pripomore k vzpostavitvi partnerskega odnosa med njimi in izvajalci intervenciji, kar pripomore k bolj samozavestnemu ravnanju staršev in jim daje občutek ustreznosti (Aita, Snider, 2003).

Medicinska sestra naj bo družini v oporo, saj se starši nanjo zanesejo, hkrati medicinska sestra predstavlja vir potrebnega znanja.

### 2.3.4 Sistem delitve dela

Koncept individualizirane razvojne oskrbe potrebuje vsaj timski sistem dela z željo preiti na primarni model zdravstvene nege. Model primarne zdravstvene nege je sprejemljiv na oddelkih, kjer obstajajo potrebe po specializirani zdravstveni negi, ki zahteva posebna znanja (Kersinč, 1997). Omenjeni model pomaga medicinski sestri, da ugotavlja otrokove potrebe in mu zagotavlja zdravstveno nego toliko časa, dokler potrebe niso zadovoljene. To ji omogoča procesna metoda dela.

Pogosto se uporabljata teoretična modela Calliste Roy (Modrcin Talbott in sod., 2003) in M.E. Levine (Mefford, 2004). Adaptacijski model Royeve poudarja pomen načina in števila taktilnih stimulacij, ki vplivajo na adaptacijski nivo. Otrok se mora na nastale spremembe prilagoditi in dolžnost zdravstvenega tima je, da mu pri tem pomaga.



Levinova poudarja pomen ohranitve in vzdrževanje energije, ki jo otrok potrebuje za svojo rast in razvoj. Zato je potrebno nuditi primerno okolje in določiti intervencije, ki so pri otroku potrebne. Oba teoretična modela poudarjata pomen okolja na otroka.

### 3. RAZPRAVA

Težka bolezenska stanja kot so poškodbe glave, nezavest, neorientiranost ali fiziološko stanje kot je nedonošenost, zahtevajo posebno obravnavo posameznika. Koncept individualizirane razvojno oskrbe nam omogoča obravnavo otroka kot edinstveno bitje z namenom zadovoljevanja njegovih potreb. Kakovostna zdravstvena nega individualizirane razvojne oskrbe zahteva organizacijo neposrednega fizičnega okolja. Prav tako mora medicinska sestra imeti ustrezna specifična znanja o rasti in razvoju otroka, saj bo lahko le tako razumela otrokove meje in napredek v njegovem razvoju.

Številne študije, ki so bile opravljene predvsem pri nedonošenčkih, so pokazale, da takšna obravnava zniža število hospitalizacijskih dni, potrebe po umetni ventilaciji, ugodno vpliva na pridobivanje na telesni teži ter zaznan je boljši izid pri rezultatih testiranju umskega in gibalnega razvoja (Paro in sod., 2006). Raziskovalci navajajo večje zadovoljstvo in samozavest staršev (Wielenga in sod., 2006) in ugoden vpliv koncepta na celotno družino ter poudarjajo koristnost koncepta iz etičnega vidika.

Člana zdravstvenega tima, ki se zaveda možnost škodljivega vpliva okolja, zavezujeja že etična načela, kot sta dobronamernost in neškodljivost, k takšnemu ravnanju z otrokom, ki bo zanj čim manj stresno. Za medicinsko sestro naj bo skrb za otrokovo zadovoljstvo bistvo njenega delovanja. Zadovoljen otrok in njegovi starši je kriterij, ki opredeljuje kakovost zdravstvene nege.

### 4. SKLEP

Koncept individualizirane razvojne oskrbe vsebuje elemente sodobne zdravstvene nege, kar omogoča kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno delovanje zdravstvene nege.

### Literatura in viri

1. Aida M, Snider L. *The art of developmental care in the NICU: a concept analysis.* *J Adv Nurs* 2003;41: 223-32
2. Als H. *Newborn individualized care and assesment program. An edukacation and training program for health care professionals.* Boston: Havard Medical School, 2004.
3. Als H, McAnulty G. *Developmental care guildelines for use in the newborn intensive unit.* Boston:Havard Medical School, 2000.
4. Grčar M. *Shema za opazovanje novorojenčkovega vedenja. Diplomaska naloga.* Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, 2006.
5. Gubanc A. *Koncept »Developmental care« - uvajanje v klinično prakso zdravstvene nege. Diplomaska naloga.* Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2007.
6. Kersnič P. *Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije.* *Obzor Zdr N* 2003; 37: 183-7.
7. Mefford LC. *A theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing.* *Nursing Science Qarterly* 2004; 17: 260-66.
8. Modrcin Talbott MA, Harrison L, Groer MW, Younger MS. *The biobehavioral effects of gentle human touch on preterm infants.* *Nursing Science Qarterly* 2003; 16: 60-7
9. Moser Oehler J. *Developmental care of low birth weight infanrs.* *Advances in Clinical Nursing Research* 1993; 28:289-01.
10. Nydahl P, Bartoszek G. *Basale stimulation: Neue wege in der intensivpflege.* Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1998:5-7.
11. Paro Panjan D, Grčar M, Čerče M, Novosel Sever M, Bratanič B. *Ocenjevanje vedenjskih vzorcev in koncept individualizirane razvojne oskrbe novorojenčkov.* *Slov Pediatr* 2006; 13: suppl 197-202.
12. Perlman JM. *Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive care-Potential medical and neonatal enviromental risk faktors.* *Pediatrics* 2001; 108:1339-48.
13. Wielenga JM, Smit BJ, Unk KA. *How satisfeid are parents supported by nurses with the NIDCAP model of care for their preterm infant?* *Nurses Care Qual* 2006; 21: 41-8.



# MERILA ZA UGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V INTENZIVNI TERAPIJI

*Minja Petrovič, prof.zdrav.vzg., Matjana Koren, dipl.m.s.  
UKC Ljubljana, EIT-Pediatrični oddelek KRG strok*

## IZVLEČEK

Učinkovito in varno opravljeno delo zahteva tudi ukrepe za izboljšanje kakovosti. Ukrepe lahko sestavimo po opravljenih analizah. Medicinske sestre so pokazale določeno zanimanje za zagotavljanje kakovosti, imajo pa tudi znanja, ki jih moramo dograjevati. Pri medicinskih sestrah, ki so dlje časa v intenzivni terapiji, je potrebno sistematično obnavljati in dograjevati nova znanja za razvoj kakovosti. V enotah intenzivne terapije (EIT) uporabljamo drago opremo. Nabava te opreme gre v namen, da olajša delo zaposlenih, vsekakor pa vključuje tudi maksimalno izrabo te opreme. Za zagotavljanje kakovosti poleg znanja in opreme potrebujemo sestavljene protokole, ki bi nas zlasti v hitrih situacijah navajali na delo v katerem ne bi prihajalo do napak.

## UVOD

Zagotavljanje kakovosti v EIT pomeni sistematično vrednotenje našega dela. Učinkovito in varno opravljeno delo zahteva tudi ukrepe za izboljšanje kakovosti. Ukrepi naj se izvajajo načrtno, tako da dosežejo predpisano kakovost, zlasti v EIT, ko se delo opravlja hitro. Ker obravnavamo otroke v urgentnem stanju, pretežno nevarnost, da pride do napake, zlasti ko pri delu uporabljamo aparature in druge pripomočke. Zato ocena kakovosti vključuje: vrednotenje znanja, poznavanje razpoložljivih sredstev (oprema, materiali, kadri), pričakovanje ter oceno realno opravljenega dela.

## OCENA KAKOVOSTI

Pomembno področje kakovosti zagotavljajo medicinske sestre. Zastavimo si vprašanje, kako medicinske sestre vidijo kakovost. Zanima nas, ali kot izvajalci lahko zagotavljamo kakovost zdravstvene nege kot sestavni del urgentnega zdravljenja tudi v EIT. Zato smo sestavili vprašalnik, zajeli smo 30 medicinskih sester, redno zaposlenih v EIT. Vprašane medicinske sestre so izkušene, saj je 63% izmed njih imelo vsaj 10 let delovne dobe, 73% je mlajših od 40 let, kar kaže, da gre za izkušene medicinske sestre. Zastavili smo 8 vprašanj, ki so obravnavali videnje kakovosti v zdravstveni negi.

- Znanje: vse (100%) medicinske sestre se zavedajo, da je znanje o kakovosti pomembno za zagotavljanje kakovosti opravljene storitve.
- Oprema: večina (76%) medicinskih sester meni, da je za zagotavljanje kakovosti potrebna dobra oprema ter druge materialne možnosti, in da je pomembno obvladovanje te opreme, (64%) medicinskih sester pa poleg opreme in znanja vključuje še nadzor nad opravljenim delom
- Koliko delovnega časa uporabijo za izboljšanje bolnikovega počutja? Vse (100%) medicinske sestre zatrjujejo, da ves delovni čas namenijo k izboljšanju bolnikovega počutja, kar kaže, da so medicinske sestre zainteresirane za zagotavljanje kakovosti.
- Zadovoljstvo s svojim delom: večina (67%) medicinskih sester je zadovoljno s svojim delom, 25% je zelo zadovoljnih s svojim delom, le 1 medicinska sestra ni zadovoljna s svojim delom.
- Poučenost: večina (76%) vprašanih je menila, da so o kakovosti v zdravstveni negi dovolj poučene.
- Opredelitev kakovosti po protokolu: večina (66 %) medicinskih sester meni, da bi sestavljeni protokoli zagotavljali višjo raven kakovosti, 13% meni, da bi raven kakovosti kreirale same brez uvedenih protokolov, 11 medicinskih sester se do vprašanja ni opredelilo.
- Zadovoljstvo bolnikov: večina (89%) vprašanih meni, da prva dimenzija kakovosti predstavlja



zadovoljstvo bolnikov, 11% meni, da to zadovoljstvo predvsem zadeva medicinsko sestro.

- Dimenzija kakovosti v zdravstveni negi: 75% medicinskih sester razume kakovost kot maksimalno zadovoljstvo bolnika, predvsem vezano na njegovo dobro počutje, 25% pa vidi dimenzije kakovosti v materialnih možnostih ter v svojem osebnem zadovoljstvu.

Ugotavljamo, da medicinske sestre dobro poznajo kakovost, vedo, da so za zagotavljanje kakovosti potrebne načrtovane spremembe, razumejo potrebo po znanju, razumejo dogovore o zastavljenih ciljih. Prednostna naloga bi bila skupno sodelovanje pri oblikovanju problema in merjenju kakovosti.

Za uvajanje sistematičnega zagotavljanja kakovosti smo izbrali predmet obravnave: oprema in bolniki. Da bi merjenje postalo objektivno smo izbrali kazalce kakovosti, ki se nanašajo na opravljeno delo, uporabljeno opremo, opravljene aktivnosti pri bolniku ter varnost bolnika.

Cilji opazovanja:

- ovrednotenje kakovosti tudi v EIT
- upoštevati ekonomičnost
- zagotoviti varnost bolnikom

Spremljali smo 42 bolnikov. V dnevnem nadzoru smo po definiranih kazalcih vrednotili opravljene negovalne in medicinsko tehnične posege. Uporaba aparatur je vključevala:

- pravilno namestitev alarmov na monitorju in respiratorju,
- pravilna namestitev vlažilca na respiratorju,
- pravilna namestitev aspiratorja,
- sestavljenost dihalnega balona ustrezne velikosti, z ustrezno masko in nastavkom z varnostno zaklopko ter pretočnim merilcem za kisik
- pravilna raba perfuzorjev in infuzijskih črpalk za dovajanje vazoaktivnih zdravil.

Druga kategorija kazalcev se je nanašala na opravljene aktivnosti pri bolniku:

- Prehranjevanje - uporaba gastrične ter jejunalne cevke je vključevala pravilno zunanjo oznako, namestitev pravilne nalepke z opozorilom HRANA, kar preprečuje možno zamenjavo nastavitve.
- Preprečevanje nastanka razjede kože zaradi pritiska - je vključevala beleženje lege bolnika po negovalnem načrtu ter uporabi pripomočkov.
- Preprečevanje okužb je vključevala pravilno namestitev zaščitnih sredstev ter njihovo pravilno uporabo.

V analizi, ki smo jo opravili kaže, da 89% monitorjev, ki so bili priključeni pri kritično bolnih otrocih, so imeli vključene alarmne naprave.

Pravilna namestitev vlažilca na respiratorju vključuje napolnjenost vlažilca z demineralizirano vodo ter namestitev temperaturnega kazalca na 37°C in večina (56%) respiratorjev je izpolnjevala te pogoje. 22% respiratorjev ni imela možnosti nastavitve temperaturnega kazalca, kar kaže na zastarelost te opreme. 22% respiratornih vlažilcev ni bila pravilno nameščena.

99% aspiratorjev je imelo pravilno namestitev jakosti vleka na manometru ter pravilno namestitev konekta.

Pri vseh 42 bolnikih je bila pravilna namestitev pretočnega merilca za kisik s povezanim dihalnim balonom, le v enem primeru smo našli pomanjkljivost v opremi - neustrezna velikost maske, v enem primeru pa odsotnost nastavka na dihalnem balonu z varnostno zaklopko.

Pravilna raba perfuzorjev in infuzijskih črpalk ter ustreznost narekovanega zdravila je bila 100%.

Analiza druge kategorije kazalcev je pokazala večje pomanjkljivosti.

Pri prehranjevanju z gastrično in jejunalno cevko je le 66% imelo nameščeno nalepko z opozorilom HRANA. 22% hranilnih cevk je imelo zunanjo oznako, ki preprečuje izpad gastrične ali jejunalne cevke in le 33% je imelo dokumentirano dneve zamenjave le-teh.



Preprečevanje nastanka razjede kože zaradi pritiska: beleženje lege bolnika po negovalnem načrtu se kaže v 55% izdelanem negovalnem načrtu, 33% bolnikov je bilo nameščenih na blazine za preprečevanje nastanka razjede, 22% bolnikov ni bilo obravnavano po ustno dogovorjenem programu.

Preprečevanje okužb dosegamo s pravilno namestitvijo pripomočkov ter njihovo pravilno uporabo; v 88% smo zabeležili pravilno namestitev pripomočkov ter njihovo pravilno uporabo.

Končno oblikovane protokole izdelamo v pisni obliki. Posebno pozornost velja nameniti vsakodnevni razlagi in prenašanju priporočil za delo. Veljavnost protokola določa razvoj novih spoznanj, zato jih je potrebno vedno znova dopolnjevati. S protokolom ne predpisujemo idealno rešitev, kajti sestavljene so na podlagi razpoložljivih sredstev (opreme, znanja, možnosti in trenutnih pričakovanj) ter predstavljajo najvišjo mero varnosti, ki je pomemben del kakovosti.

Primer protokola: Vsi intubirani bolniki, ki so priključeni na respiratorje naj imajo:

- monitor z vključenimi alarmi,
- vlažilci pri respiratorju se napolnijo z demineralizirano vodo, nastavitev temperaturnega kazalca je na 37°C
- dihalne balone ustrezne velikosti skupaj z vrečko za kisik, z in brez varnostne zaklopke, obrazna maska naj ustreza velikosti otroka
- aspirator - nastavitev jakosti vleka na manometru je do 110 mm/Hg, konekt za aspiracijo vedno zaščitimo in namestimo v stenski konekt
- infuzijske črpalke ter perfuzorje: ob uri preverimo njihovo uporabo s preverjanjem zdravnikovih naročil
- prehranjevanje otrok po gastrični in jejunalni cevki: vedno označimo z zeleno nalepko HRANA, zabeležimo dneve menjave na temperaturnem listu ter vstavimo zunanjo oznako za preprečevanje izpada le-teh
- preprečevanje nastanka razjede kože zaradi pritiska: pri vseh bolnikih izdelamo negovalni načrt obračanja
- preprečevanje okužb: upoštevamo navodila Službe za preprečevanje bolnišničnih okužb Kliničnega centra Ljubljana.

## ZAKLJUČEK

Za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege morajo biti sporočila pri delu jasna. Pot do kakovosti in izboljšanja kakovosti lastnega dela je odprta vsakomur. Kakovost je treba najprej spoznati, s stalnim spremljanjem in ocenjevanjem lastnega dela ugotovimo izhodiščno stanje. Spremembe za zagotavljanje kakovosti niso vedno povezane s finančnimi sredstvi. Pobude posameznikov so sestavni vidik, ki lahko postanejo tudi del celotne kakovosti v zdravstveni negi.

## Literatura in viri

1. Sullivan E, Decker P. *Quality assurance and risk management. Effective management in nursing. The Benjamin publishing Company, INC 1992.*
2. Petrovič M, Okršlar E, Sosič K, Primožič J, Vidmar I. *Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi urgentne medicine. In: Bručan A, Gričar M. Urgentna medicina: izbrana poglavja 5: zbornik prispevkov, Portorož, 1999, 465-8.*







**II. SKLOP**

**KOMUNICIRANJE**

**V ZDRAVSTVENI NEGI**

**OTROKA IN MLADOSTNIKA**





# VPLIV PSIHOSOCIALNIH FAKTORJEV NA KOMUNIKACIJO IN MEDSEBOJNE ODNOSE MED OTROKOM, STARŠI IN MEDICINSKO SESTRO

*Viš.predav.dr. Majda Pajnkihar; majda.pajnkihar@uni-mb.si*  
*Viš.predav.mag. Jadranka Stričević; jadranka.stricevic@uni-mb.si*  
*Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede*

## POVZETEK

Otroci imajo različen pogled na svet, ki je odvisen od stopnje njihovega razvoja. To moramo upoštevati v komunikaciji z otrokom. Inter- in intrapersonalna komunikacija in medsebojni odnosi so jedro zdravstvene nege. Pri tem je potrebno upoštevati spoštovanje otrokovega dostojanstva, individualnosti in avtonomnosti. Na interakcije med posamezniki vplivajo osebnostne lastnosti in socio-kulturno okolje iz katerega prihajajo. Namen prispevka je poudariti vpliv psihosocialnih faktorjev na komunikacijo in medsebojne odnose med otrokom, starši in medicinsko sestro. V zdravstveni negi potekajo vsakodnevne interakcije med pacienti, medicinskimi sestrami, ostalimi zdravstvenimi profesionalci in širšim okoljem.

***Ključne besede: medsebojni partnerski odnosi, psihološki faktorji, socialni faktorji, otrok, starši, zdravstvena nega.***

## 1. UVOD

V zdravstveni negi pomagajo pri zadovoljevanju potreb pacienta dobra komunikacija ter znanje in spretnosti o medsebojnih odnosih. Posamezniki se morajo naučiti, kako oblikovati te odnose drug z drugim. V otrokovem zgodnjem življenju je pomembno, kako se zadovoljuje potreba po komunikaciji in medsebojnih odnosih, kar vpliva na njegovo kasnejše življenje. V zdravstveni negi otroka in mladostnika je pomembna inter- in intrapersonalna komunikacija, ki poteka v »občutljivem okolju«.

Pričakovano je, da medsebojni odnosi izžarevajo toplino, prijaznost in profesionalnost. Poudarjati morajo spoštovanje kot temeljno vrednoto zdravstvene nege in spoštovanje človekovega dostojanstva (Pajnkihar, 2003).

Medsebojni odnosi so ključnega pomena za optimalno in reflektivno profesionalno zdravstveno nego, še posebej, ker so velikokrat povezani z boleznijo in posledično z bolečino in trpljenjem. V procesu zdravstvene nege je osnovno prepričanje, da je posameznik integrirana celota psiholoških, duhovnih, intelektualnih, bioloških in socio-kulturnih komponent (Pajnkihar, Lahe, 2006). Sundeen idr. (1998) navajajo, da vrednote in karakteristike posameznikov izhajajo iz njihovih interakcij s socialnim in fizičnim okoljem. Dinamika posameznika je odvisna od njega samega in vzpodbud iz okolja, na katere se odziva.

## 2. SOCIALNI FAKTORJI, KI VPLIVAJO NA KOMUNIKACIJO

Medsebojni odnosi so temelj za vzpostavitev optimalne prakse, zato je potrebno razvijati profesionalne in humane medsebojne odnose. Čeprav menimo, da je komunikacija enostavna, pa je to področje bolj zapleteno. Za boljše medsebojno razumevanje je pomembno upoštevati socialne faktorje. Morrall (2003) opisuje starost, spol, družbeni razred, etničnost, družbeni status, jezik, moč in družbene vloge. Komunikacija in odnosi med zdravstvnim osebjem pomembno vplivajo na posameznike v zdravstvu. Pomembno vprašanje je, koliko svobode imajo udeleženci v komunikaciji in medsebojnih odnosih. Piramida predstavlja globalno, družbeno, organizacijsko, inter- in intraskupinsko ter inter- in intrapersonalno komunikacijo. Nadalje pomembni socialni faktorji so moč, bolezen in mediji. Posamezniki v interpersonalnih komunikaciji so na vseh področjih deležni izjemne pozornosti. Pomembno je upoštevati širši socialni kontekst in socialne karakteristike udeleženih posameznikov (McQuail, 2000, cit. v Morrall, 2003). Za medicinske sestre je pomembno, da se zavedajo, kako socialni faktorji vplivajo na njihov način komunikacije oz jo izkrivijo.



### **3. PSIHOLOŠKI FAKTORJI, KI VPLIVAJO NA KOMUNIKACIJO**

Komunikacija je skupek procesov. V zdravstveni negi otroka je pomembno upoštevati psihološke faktorje, ki vplivajo na komunikacijo in jih opisuje Hindle (2003). Pomemben poudarek daje na razvojne faktorje, ki vplivajo na komunikacijo. Pri tem je potrebno upoštevati vpliv dednosti oziroma vzgoje. Različni vzroki, ki vplivajo na komunikacijo, so še obrambni mehanizmi, vrednote, prepričanja in predsodki. Hindle (2003) opisuje kognitivni razvoj otroka, ki vpliva na interpersonalne odnose in komunikacijo. Povzema teoretika iz področja kognitivnega razvoja otrok Jean Piaget (1896-1980). V tem kontekstu daje pomembne odgovore tudi Maslowa teorija človekovih potreb.

V komunikaciji predstavljajo pomembno oviro komunikacijski filtri, ki jih lahko delimo na obrambne mehanizme, odnose, vedenja, vrednote, prepričanja in predsodke.

### **4. POMEN VERBALNE IN NEVERBALNE KOMUNIKACIJE ZA MEDSEBOJNE ODNOSE MED PACIENTOM IN MEDICINSKO SESTRO**

Osnovo za dobre medsebojne odnose predstavljata učinkovita besedna in nebesedna komunikacija, ki sta vselej rezultat prizadevanja medicinske sestre in pacienta. Na medsebojni odnos vplivajo osebne značilnosti obeh in je odvisen od stopnje njunega sodelovanja. Komunikacija je kompleksna aktivnost v interakciji in zajema inter- in intrapersonalne elemente.

Razumevanje procesa komunikacije med medicinsko sestro in pacientom omogoča šele poznavanje različnih teorij zdravstvene nege, ki zagotavljajo osnovo za profesionalno medsebojno komunikacijo v zdravstveni negi in v zdravstvu. Medicinske sestre skozi zgodovino v zdravstveni negi poudarjajo učinkovite interakcije med medicinsko sestro in pacientom. Tako Peplau poudarja pomen besedne in nebesedne komunikacije ter trdi, da je interpersonalni odnos med medicinsko sestro in pacientom jedro zdravstvene nege. Teorija King daje osnovo za interpersonalno in intrapersonalno komunikacijo. Watson v njeni teoriji podaja osnove za humano komunikacijo (Pajnikihar, 2003). Posameznike v procesu komunikacije v zdravstveni negi opisujeta Ellis in Gates (2003) ter posebej poudarjata razumevanje posameznikov, ki so zaradi bolezni, starosti ali drugih vplivov omejeni v komunikaciji. Najpogosteje uporabljene teorije v zdravstveni negi, ki opisujejo človeka in njegovo vedenje, so psihodinamična, behavioristična in humanistična teorija.

Besedna in nebesedna komunikacija sta v veliki meri pogojeni s človekovo kulturno in duhovno orientacijo. Pajnikihar (2003) navaja, da je koherentna in jasna besedna komunikacija enostavno razumljiva in sprejeta, medtem ko je nebesedna komunikacija razumljiva le v primeru, da so ljudje dovolj senzitivni in intelektualno radovedni, saj jim to omogoča dojetanje, sprejemanje in pozitivno odzivanje na specifično kulturno in čustveno izražanje s strani soljudi. Watson (1999) poudarja, da medsebojni odnos vpliva na oba udeleženca in je posledica umetnosti medsebojnega komuniciranja in izmenjave medsebojnih občutij.

### **5. SKLEP**

Komunikacija je kompleksni proces, ki vključuje inter- in intrapersonalne faktorje. Vsaka oseba je edinstven posameznik, ki na osnovi svoje edinstvenosti, vzgoje in izkušenj interpretira zunanji svet.



### **Literatura in viri**

1. Ellis, R, Gates, B. (2003). *The Person in Communication*. IN.R,B. Ellis, B, Gates, N. Kenworthy (2003). 2nd Edition. *Interpersonal Communication in Nursing. Theory and Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
2. Hindle, SA (2003). *Psychological factors affecting communication*. IN.R,B. Ellis, B, Gates, N. Kenworthy (2003). 2nd Edition. *Interpersonal Communication in Nursing. Theory and Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
3. Morrall, P (2003). *Social factors affecting communication*. IN.R,B. Ellis, B, Gates, N. Kenworthy (2003). 2nd Edition. *Interpersonal Communication in Nursing. Theory and Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
4. Pajnikihar, M. (2003). *Theory Development for Nursing in Slovenia*. PhD Thesis. Manchester: University of Manchester, The Faculty of Medicine, Dentistry, Nursing and Pharmacy.
5. (Pajnikihar, Lahe, (2006). *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege; Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtoniornosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom; Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor*.
6. Sundeen idr. (1998). *Nurse – Client Interaction. Implementing the Nursing Process*. 6th Edition. St Luis: Mosby.



## RAZVOJ GOVORA PRI OTROKU

Mojca Kralj, dipl.m.s., prof.def.

Psihiatrična klinika Ljubljana

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog

### POVZETEK

V teoretičnem prispevku so predstavljeni nekateri koncepti in teorije o govoru in njegovem razvoju. Prikazana je nevrofiziološka osnova govora, ki jo predstavljajo možgani in organi za govor. V nadaljevanju so podrobno opisane zakonitosti razvoja otrokovega govora po posameznih obdobjih in fazah od rojstva do šolskega obdobja, ko se nekje izoblikuje jezik in govor. Nakazan je pomen poznavanja razvoja govora v profesionalni stroki zdravstvene nege. Predlagane so tudi nekatere smernice za kvalitetnejše delo medicinske sestre z otrokom. Medicinska sestra, ki dela v pediatrični stroki lahko pomembno prispeva k spodbujanju razvoja otrokovih potencialov, zato je poznavanje razvojne psihologije nujna pri njenem delu.

**Ključne besede:** govor, otrok, razvoj govora, komuniciranje, zdravstvena nega

### 1. UVOD

Govorno komuniciranje je tisti del duševne funkcije in oblika vedenja, ki je dan samo človeku, da bi z njim lahko na različne načine govorjenja in izbiro besed izrazil svojo mišljenje in osebnost. Govor je pomembno sredstvo sporočanja in sprejemanja, s katerim najhitreje vzpostavljamo socialne in medosebne stike. Govorna beseda namreč predstavlja zunanjo manifestacijo notranjega življenja (Trstenjak, 1989). S sposobnostjo govora izražamo svoje misli, prepričanja, mnenja, namene, zaznavanja, občutenja in občutke, čustva, potrebe, želje in zahteve. Z govorom pridemo do najrazličnejših informacij, z njim lahko pokažemo rezultate lastnega presojanja, si dajemo duška, izzovemo reakcije pri drugih ljudeh in z njimi vzdržujemo stike.

Brez komuniciranja otrok ne more razviti svojih potencialov in ustreznega govora ter jezika. Pogoji za nastanek in razvoj govora so biološki, psihološki in sociološki faktorji. Sem prištevamo razvitost možganov, pokončno držo, proste roke s palcem, glasovni aparat, sluh in vid ter življenje v skupnosti (Kavčič, 1994). S pomočjo govora dosežemo, da lahko otrok oblikuje svojo predstavo o sebi in svetu. Psihologa Horvat in Magajna (1978) pravita, da otrok potrebuje govor, da se lahko spremeni iz egocentrika v socialno bitje. Otrokov govorni razvoj vpliva na njegovo vedenje in prilagajanje okolju in slednje povratno na nadaljnji razvoj govora (Horvat in Magajna, 1978).

Kadar medicinska sestra komunicira z otrokom, se med njima ustvarja medčloveški odnos. Izrečene besede medicinske sestre pri otroku, ki je bolan zbudijo pozitivne, negativne ali nevtralne čustvene pomene in asociacijske povezave. Bolan otrok je še posebej občutljiv na način komuniciranja in pristopa, saj se bojuje s strahom pred neznanim, bolečino in osamljenostjo. Zato se v času bolezni tudi ustavi ali nazaduje razvoj govora. Še posebej je to značilno za težke kronične bolezni malih otrok. Medicinska sestra je tista oseba v bolnišnici, katera preživi največ časa z njim, zato mu je lahko z ustreznim komuniciranjem v veliko pomoč in spodbudo. Naj bo medicinska sestra tista »učiteljica«, ki bo ugodno vplivala na razvoj otrokovega govora.

Za dober medosebni stik in kakovostnejše delo z »malim« bolnikom je potrebno imeti dobro razvite sposobnosti in spretnosti komuniciranja. Še posedaj so pomembne uspešne veščine komuniciranja z otrokom, ki pa niso odvisne samo od razvojne stopnje otrokovega govora, temveč tudi od empatije, vzpostavitve zaupanja, znanja in poznavanja otrokove narave razvoja.

V nadaljevanju podajam pregled domače in tuje literature o teoretičnih opredelitvah govora in njegovega



razvoja. Podrobno je predstavljen teoretični koncept zakonitostih govornega razvoja, ki so nam lahko v pomoč pri podajanju razvojnih mejnikov normalnega govora. V razpravi govorim o vlogi medicinske sestre pri razvoju otrokovega govora.

## 2. PREGLED LITERATURE

Razvoj govora so raziskovali različno strokovno usmerjeni raziskovalci, kot so psihologi, lingvisti, nevrologi, jezikoslovci, pedagogi, logopedi, defektologi in drugi. Zato je opredeljenih več različnih teorij razvoja govora in različno poimenovanih razvojnih faz govora, ki pa imajo tudi različno vsebino.

### 2.1 TEORIJE O RAZVOJU GOVORA

Ameriška behavioristično usmerjena psihologa Miller in Dolarda (v Horvat, Magajna 1978: 69) sta pisala, da je otrokovo prvo vokalno vedenje jok, ki se pojavi ob rojstvu. Jok je prirojen odziv na neprijetne in močne dražljaje iz okolja. Ko otrok joče, posežejo vmes odrasli, ki skušajo potolažiti otroka in odstraniti vzroke za jok. Zaradi takšnega vedenja odraslih, se otrokovo vokalno vedenje močno podkrepi. Otrok se tako nauči jokati tudi takrat, ko niso prisotni negativni dražljaji iz okolja. Vzporedno pa se tudi nauči odzivati na glasove in reagirati na besedo, ki jo izgovorijo odrasli. Kasneje naključno uporablja besede, dokler ni nagrajen ob pravilno uporabljeni besedi, ki podkrepi odgovor. Teorija se naslanja predvsem na predgovorno obdobje razvoja in ne opiše vseh zapletenih mehanizmov govora, zato deluje manj prepričljiva.

Ameriški behavioristični psiholog Skinner (1904-1990) je bil tudi usmerjen v podkrepitev vedenja. Menil je (v Skubic, 2004), da je jezik zbirka navad, ki se jih otrok nauči s posnemanjem okolja. Skinner je bil prepričan, da se otrok uči jezika s pomočjo pogojnih refleksov. Zanj sta pomembna dva pojma: spodbuda ali dražljaj in okrepitev. Spodbuda za otrokov jezik je njegovo izražanje, ki ima določen rezultat in deluje kot okrepitev. Če rezultat otroku ustreza ga ponavlja in okrepi ter obratno. Kritika teorije je, da še nihče ni mogel natanko potrditi, kaj je okrepitev za otroka, ki se uči svojega jezika (Skubic, 2004).

Ameriški lingvist Chomsky (1988) je menil, da je potrebno malo vpliva okolja in otrok se bo naučil materinega jezika. Govor more le slišati v okolju, ker se jezik uči na novo in nikakor ne s posnemanjem. Chomsky je kritiziral odrasle, ker v pogovoru z otrokom delajo napake, imajo nepopolno izreko, ne upoštevajo jezikovnih pravil ter prilagajajo govor otroku, ker mislijo, da ga ne razume. Zato je razvil teorijo, da ima človek prirojene mehanizme za razvoj govora. Vsak posameznik razvije svoj sistem pravil, ki je v resnici slovnica tega jezika. Zagovarjal je prirojene dispozicije za tako vrsto in obliko učenja. Menil je, da je od okolice odvisno le to, kateri jezik se bo otrok naučil. Avtor je pravil, da človeški razum narekuje vsem jezikom podobno organizacijo. Jeziki morejo biti razloženi s posebnimi dednimi mehanizmi za učenje jezika, ki vključujejo prirojeno vedenje o splošni naravi slovnice. Ti mehanizmi pa so znani kot sredstvo za učenje jezika. Avtor je sicer prikazal, da je otrok v procesu učenja jezika aktivni dejavnik, saj od okolice ne dobi sistemskih jezikovnih navodil (Krajnc, 1999) vendar danes vemo, da je pomemben dejavnik razvoja govora socialno okolje in posnemanje.

Ženevski psiholog Piaget (1968) je pravil, da poteka govorni razvoj od egocentričnega govora proti socializiranemu govoru. Bistvo egocentričnega govora je, da otrok, ko govori ne misli na poslušalce (npr. ponavlja zloge in besede in govori sam s sabo), torej nima funkcije vzpostavljanja stika z drugimi. Po Piagetu je egocentrični govor primarna oblika razvoja govora, nima komunikacijske funkcije, je samozadostni govor in vključuje eholalijo in monolog. Socializiran govor pa je usmerjen v okolje, kjer otrok pazi, kaj komu pripoveduje, ima sporočilno vrednost in predstavlja prilagajanje informacije, kritiko, zasmehovanje, zapoved, vprašanje in odgovor ter dramsko posnemanje. Avtor je menil, da mišljenje omogoča razvoj govora, torej se mišljenje razvija neodvisno od govora (v Marentič-Umek, 1990:51). Piaget je tako prišel do mnenja, da je jezikovni razvoj del splošnega kognitivnega razvoja (Piaget, 1989). Danes vemo, da sta razvoj mišljenja in govora močno prepletata in sta odvisna eden od drugega.



Nasprotje Piagetove teorije, da nastane egocentrični govor na osnovi nezadostne socializiranosti (Piaget, 1989), pa je teorija sovjetskega psihologa Vigotskega. Vigotski (1977) je trdil, da je govor primarno socialen in da se egocentrični govor pojavi kot posledica slabe razčlenjenosti in diferenciacije individualnega govora. Ne gre za otrokove egocentrične misli. Vigotski je opozoril na vlogo psiholoških orodij (znakov), ki jih otroku nudi kultura. Med temi orodij je najpomembnejši govor. Govor je eno temeljnih sredstev, ki omogočajo proces ponotranjenja mišljenja (v Crain, 1992 po Batistič Zorec, 2003). Po njegovem se mišljenje razvije pred jezikom. Vigotski je prišel do zaključka, da lahko egocentrični govor postane tudi sredstvo mišljenja v pravem pomenu besede ter da dobi funkcijo planiranja in reševanja problemov. Avtor pravi, da egocentrični govor ne izgine, ampak se pretvarja v notranji govor, ki nato preide v miselno aktivnost. Po njegovem je primarna funkcija govora sporočanje, družbena povezanost in delovanja človeka na okolje (Vigotski, 1977).

## 2.2 NEVROFIZIOLOŠKE OSNOVE RAZVOJA GOVORA

Sposobnost izražanja z govorom je zapleten psihofiziološki proces, ki se razvije pod vplivom bioloških, psiholoških dejavnikov in socialne sredine (Omerza, 1972). Za ustrezen razvoj govora so potrebni govorni organi in možgani z živčnimi povezavami. Človek nima posebej oblikovanega govornega organa. Med govorne organe uvrščamo tri sklope organov: dihalni (prepona, oprsje s pljuči in sapnik), fonacijski (grlo z glasilkami) in artikulacijski sklop (žrelnica, ustna in nosna votlina). Organ za tvorbo glasu so glasilke, ki z vibriranjem v grlu nastajajo toni človeškega glasu. Glas dobi svojo barvo v resonatorjih (grlo, žrelo, nosna in ustna votlina), katerih oblika vpliva na kakovost glasu in govora (Žnidarič, 1993). Prav tako je pomembno sprejemanje govora. To funkcijo opravlja uho z slušnim organom in slušnimi živčnimi potmi, ki potujejo v možganske centre. Pomemben organ za razvoj govora je še vid.

Kognitivni vidik jezikovo-govorne dejavnosti so možgani, ki vodijo in nadzirajo govor. Govor je v celoti voden iz obeh polobel možganov. V levi polobli so centri za semantične in logične znake govora in v desni so locirani estetski znaki govora. Govorna središča za govor in jezik sta v Brocovem in Wernickejevem območju. V Brocovem polju se delajo motorni obrazci za premikanje mišičja, ki sodelujejo pri govoru. V Wernickejevem področju pa delujejo senzorne funkcije (Žnidarič, 1993, Vodusek, 1992). Ko otrok ponavlja vedno iste glasove, zloge in besede, v možganih nastajajo vedno bolj trdnejše živčne povezave med motoričnimi in senzoričnimi središči. Tako nastajajo možnosti za reprodukcijo slšnih glasov.

## 2.3 RAZVOJNA OBDOBJA OTROKOVEGA GOVORA

Strokovnjaki ugotavljajo, da poteka govorno-jezikovni razvoj univerzalno preko določenih razvojnih stopenj (Slobin, 2001 v Marjanovič Umek, Fekonja, 2004). Tako delijo razvoj na več zaporednih krajših obdobj.

Horvat in Magajna (1987) opredelita razvoj govora kot razvoj oblikovanja glasov in proces rasti, ki se prične z nejasnimi, neopredeljenimi in naključnimi oblikami glasov in konča z jasnimi, nadzorovanimi in razumljivimi glasovi. Avtorja razdelita razvoj govora v dve fazi: predhodna oblika govora, ki vključuje vokalizacijo in fazo pravega govora, ko otrok prične povezovati določen pomen z določenimi glasovi.

Nemški psiholog Stern (1928) je opredelil zakonitosti razvoj otrokovega govora v štirih fazah: kričanje, ki ga opazimo ob rojstvu, bebljanje in okrog desetega meseca se pojavi faza posnemanja govora ter zadnja faza, ob enem letu otrokove starosti, je spontan govor. Prvo oglašanje otrok je krik, ki predstavlja refleksno reakcijo na spremembo impulzov. Krik je pomembna fiziološka in akustična komponenta za nadaljnji razvoj govora. Bebljanje je ritmiziranje s pari ali skupinami glasov in predstavlja motorično akcijo povezano s sesanjem, požiranjem, kjer se utrjuje sinhrona kinestetična povezava posameznih govornih organov. Posnemanje predstavlja ritmično, melodično, glasovno, zlogovno in besedno govorjenje. Spontan govor je povezan z določitvijo pomena posameznih besed in s prvo besedo.





Žerdinova (2003) povzema razvoj besednega jezika po Bojaninu (1985 v Žerdin, 2003), ki ima tri temeljne stopnje ali faze: predjezikovno, jezikovno in opismenjevalo fazo. Predjezikovna faza traja od rojstva pa do desetega meseca starosti in se imenuje primarna cirkularna reakcija, ker poteka v krogu medosebnega delovanja otrok-starši-otrok. Otrok se poigrava s svojimi deli telesa in govornimi organi. S kričanjem, premikanjem jezika, izdišnim zrakom in ustnicama oblikuje glasove. Bojanin (v Žerdin, 2003) pravi, da so na začetku razvoja govora glasovi otok vsega sveta enaki, pozneje pa se ohranijo le tisti, ki so značilni za otrokovo okolje. Starši so navdušeni nad govorno igro in spodbujajo otroka k tvorjenju glasov. Okrog desetega meseca se tvorjenje glasov previsi v ponavljanje zlogov in nato v nesmiselne besede. Otrok se s poslušanjem in posnemanjem odraslih ter z njihovo spodbudo uči izgovarjati skupine glasov. Posnema le tiste glasove, ki se pojavljajo v okolju. Jezikovna faza govornega razvoja se začne okrog desetega meseca, ko otrok besedo poveže z določenim predmetom, osebo ali okoliščino. Razvoja faza pa traja tja do šestega do desetega leta. V tej fazi se oblikuje govor in jezik, počasi se avtomatizira ter postane samodejno sredstvo ustnega sporočanja. Faza opismenjevanja se začne sistematično v šoli z učenjem branja in pisanja med šestim in sedmim letom starosti otroka ter se konča nekje pri dvanajstih letih, ko se branje in pisanje avtomatizirata.

Ruski psiholog Kornilov (1947) pa deli razvoj govora na pripravljalno predfonemično fazo, ki obsega prvo leto otrokovega življenja, obdobje oblikovanja govora, ki traja od enega do treh let, doba bogatenja govora in besednjaka, to je obdobje predšolskega otroka do vstopa v šolo in pa na šolsko dobo, kjer otrok pridobi veččine za pisanje, branje in govorjenje besede.

Med slovenskimi raziskovalci govora in njegovih motenj je logoped Omerza (1972). Govorni razvoj je razdelil podobno kot Kornilov na štiri glavna obdobja. Pripravljalna ali predfonematična doba obsega prvo leto otrokovega življenja. Drugo obdobje je doba začetnega oblikovanja glasovnega govora ali doba malčka, ki traja od prvega do tretjega leta otrokove starosti. Tretje obdobje je doba razvoja govora v predšolskem obdobju, ki traja od tretjega leta do vstopa v šolo, ko se hitro bogati govor in širi besednjak. Zadnje, četrto obdobje razvoja govora je šolska doba, v kateri se otrok nauči obvladovati branje in pisanje.

Avtorji so si skupnega mnenja, da med vsemi temi fazami in dobami ni točnih mej, ampak prehajajo kontinuirano in postopno druga v drugo in se včasih časovno pokrivajo.

## 2.4 ZAKONITOSTI RAZVOJA GOVORA

### 2.4.1 PRIPRAVLJALNO, PREDJEZIKOVNO OBDOBJE GOVORNEGA RAZVOJA

Prva faza razvoja vključuje krik in jok, vokalizacijo, bebljanje, slušno posnemanje glasov brez razumevanja njihovega pomena ter zgodnje zaznavanje in razumevanje govora. Faza se zaključi ob koncu prvega leta z pojavom prve besede.

Fazo obeležuje prvi otroški **krik** refleksnega značaja, ki nastane zaradi spremembe toplote in vdora zraka v pljuča. Glas, ki nastane ob krikju, je neopredeljen vokal, na katerega vpliva vsakokratna lega jezika in ustnic. Krik se počasi diferencira v izraze neugodja in ugodja. Ti izrazi so glasovno neopredeljeni in nastanejo instinktno v skladu z razpoloženjem (Omerza, 1972). Že nekaj minut po rojstvu se otrok orientira k človeškemu glasu, kar pokaže z čustvenimi izrazi na obrazu. Gre za prirojeno sposobnost za čustveni dialog z drugo osebo (Trevarthen, 1993 v Marjanovič Umek, Fekonja, 2004). Nekaj dni star otrok pa že daje prednost poslušanju ritma, intonacije in vzorcem glasov materinega jezika (Marjanovič Umek, Fekonja, 2004).

Ob rojstvu in v prvem mesecu življenja so otrokove sposobnosti omejene na **jok** ali kričanje, nekaj krajših glasov, kot so gruljenje, cviljenje, cmokanje, vzdih. Gruljenje vključuje predvsem samoglasnike, ki jih proizvaja relativno izolirano (Marjanovič Umek, Fekonja, 2004). Dojenček se izraža z glasovi, zlogi in s kretjnami. Otrok se najprej nauči razumeti govor, šele nato se ga nauči govoriti. Dojenček je že pri enem



mesecu sposoben kategorialnega zaznavanja. Gre za prirojeno sposobnost, ki je univerzalna za vse otroke, ne glede na kulturo in različnost jezikovnega okolja.

Pri zgodnjem zaznavanju govora je pomembna **faza vokalizacije**. Med dve in šest meseci otrok ustvarja glasove tako, da uporablja glasovne povezave npr. pa, ga, ba, ma (Marjanovič Umek, Fekonja, 2004). Prepoznamo jo po ponavljajočih se glasovih, ki predstavljajo čustvo ugodja ali neugodja. Dojenčki najprej posnemajo glasovne povezave samoglasnikov nato samoglasniško-soglasniške povezave in najmanj pogosto soglasnike (Marjanovič Umek, Fekonja, 2004).

Pri petih ali šestih mesecih (po Žnidarič (1993) že ob koncu drugega in začetku tretjega meseca) dojenček preide v **fazo bebljanja** ali čebljanja. Njegova vokalizacija je vse bolj celovita. Ponavlja več dvousničnih glasov in zlogov skupaj npr. ma-ma, ba-ba, pa-pa (Clark in Clark, 1977; Ferguson, 1983; Goodluck, 1993; Reich, 1986 v Marjanovič Umek, Fekonja, 2004). Pri tem nastajajo besede, ki pa še nimajo pomena. Bebljanje je bolj celovita vokalizacija, pri katerem dojenček uporablja ritmično artikulirane povezave zlogov samoglasnikov in soglasnikov v različnih zaporedjih. Tako otrok čeblja. Kombinacije glasov so vedno bolj gladke in ponavljajoče (babi-babi). Tako ritmično ponavljanje zlogov izzove ugodne kinestetične občutke, ki pa vodijo v ponavljajočo se igro samogovorov čebljanja z menjajočim se ritmom in melodijo (Omerza, 1972). S tem se nauči koordinirano uporabljati mišice govoril. Dojenček star okoli deset in enajst mesecev pa beblja v stavkih, ko kombinira več nerazumljivih besed in jih izraža z deklarativnimi, vprašalnimi in vzklikajočimi oblikami (Reich, 1986 v Marjanovič Umek, Fekonja, 2004). Otrok začne v drugi polovici prvega leta posnemati govor odraslih, tako, da vse, kar sliši poskuša posneti, skupaj z mimiko in kretnjami. Temu pojavu rečemo **eholalija** (Omerza, 1972; Žnidarič, 1993, Marjanovič Umek, Fekonja, 2004). S instinktivnim posnemanjem postajajo glasovi jasnejši in natančnejše opredeljeni. Proti koncu prvega leta se hitro razvija slušno dojetje, zato se razumevanje govora izboljša. S poslušanjem in posnemanjem se začne prebujati zavest (Žnidarič, 1993).

Zgodnja vokalizacija, gruljenje in bebljanje ni pod vplivom okolja, saj tudi gluhi otroci vokalizirajo, prav tako dojenček v svojem okolju ne sliši modela bebljanja (Karmiloff in Karmiloff-Smith, 2001; Lenneberg, Nichols in Rosenberger, 1964 v Marjanovič Umek, Fekonja, 2004).

Pri osmih do desetih mesecih uporablja geste in kretnje (npr. kazanje nečesa, delati se, da komunicira z drugimi). V komuniciranju uporablja protoimperativne geste, s katerimi želi usmeriti pozornost na predmete in dejanja in protodeklarativne geste, s katerimi želi vzbuditi pozornost drugega, da vzpostavi stik in povezavo (Karmiloff in Karmiloff-Smith, 2001 v Marjanovič Umek, Fekonja, 2004). Dojenčkove geste pogosto spremlja neposreden očesni stik z osebo, s katero komunicira, kasneje pa doda tudi različne oblike vokalizacije.

Ob vsakdanjih življenjskih aktivnostih odrasli uporabljajo iste besede in izraze čustev. S tem se postavlja pri otroku pogojni refleks med povedanim in izvršenim opravilom. Na ta način se otrok razvija in vzstavlja zvezo med predmeti in dejanji ter med poimenovanji z besedami (Žnidarič, 1993). Tako se ob prvem letu pri otroku pojavi **prva beseda** kot kodiran znak, ki ima pomen (Omerza, 1972). Torej ima smiselno zvezo med besedo in predmetom ali osebo.

## 1.4.2 DOBA ZAČETNEGA OBLIKOVANJA GLASOVNEGA GOVORA

Doba nastopi po prvem letu starosti in predstavlja proces prisvajanja izrazov, ki so povezani z najosnovnejšimi potrebami in čustvi otroka (Omerza, 1972). Vsak izraz označuje celotno situacijo. Na začetku imajo prve besede, ki so navadno samostalniki, mnogo pomenov in se v različnih časovnih zaporedjih spreminjajo, tako da posamezna beseda doživi več predhodnih faz v svoji izreki (Omerza, 1972). Tako označuje stvari in osebe z eno in isto besedo, ki pa je različno modulirana in obarvana. Prve besede pomenijo misli in stavke in jih imenujemo **enobesedni stavki**. Še vedno ostaja eholalija. Otrokov besednjak hitro raste, hkrati pa so lahko prisotne velike individualne razlike med otroki (Bloom, Tinker in Margulis, 1993; Carey, 1978;



Miller, 1986 v Marjanovič Umek in Fekonja, 2004). Za otroški govor v tem obdobju je značilna zveza besed z določeno časovno-gibalno situacijo. Čustvenost predvsem izraža z vokali v raznih niansah, s katerimi kaže svoje želje in razpoloženja. Otrok iz dneva v dan sliši mnogo besed, ampak osvoji le tiste, ki ga zanimajo in jih pogosto sliši ter asociira z osebo, predmetom ali dejanjem (Omerza, 1972). Glavna vsebina otrokovih pogovorov, besed in izrazov je iz domačega okolja, torej iz njegovih doživljajskih situacij in so odraz njegovih interesov, želja in potreb.

Pomemben mejnik v govornem razvoju nastane med petnajstim in dvajsetim mesecem starosti. Govor se kvalitativno spreminja, ker malček že vsebinsko zazna predmete, torej se začne obdobje pravega govora. Otrok postaja vedno bolj radoveden, vse otiplje in ogleda. Nastopi zanimanje za poimenovanje predmetov, ljudi in živali. Gre za tako imenovano **poimenovalno funkcijo govora**, ki ji sledi prva vprašalna doba z vprašalnicami (Kaj je to?) (Omerza, 1972, Marjanovič Umek in Fekonja, 2004). Nelsonova (1973 v Žnidarič, 1993, Marjanovič Umek in Fekonja, 2004) je navedla kategorije besed, ki so vezane na otrokov besednjak v tem obdobju: akcijske besede, ki so povezane z dejavnostmi drugih (daj, pa-pa, pojdi, pogledj), splošni samostalniki in stvari, ki se gibljejo (živali, mama, avto), ali besede, s katerimi lahko otrok nekaj dela (mleko, sok, žaga), povedna določila in besede, ki opisujejo nekaj (umazan, velik, lep), osebno socialne besede, ki označujejo medosebne odnose (prosim, hvala želim, da, ne) in funkcijske besede (kaj, kje, zakaj).

V starosti od osemnajstega meseca dalje po do drugem letu starosti se začne otrokov govorni razvoj pospešeno razvijati na pomenski, skladišnji in besedoslovni ravni (Marjanovič Umek, 1990). Otrok stari dve leti, začnejo povezovati besede v stavke, gre za tako imenovani **telegrafski govor**. Na različne načine kombinira in premika dve ali tri besede z določenimi pravili in jih povezuje v enostavne stavke. Ko otrok uporablja od 50 do 100 besed, zmora prehod na **dvobesedne stavke** (Marchman, Bates, 1994 v Marjanovič Umek in Fekonja, 2004). Pri gradnji stavkov okoli posameznih besed začne upoštevati pravilo ključnih besed, ki jim doda serijo drugih besed, imenovane odprte besede. Na prehodu med drugim in tretjim letom starosti malček vedno bolj obvlada različne jezikovne oblike in preide na **pregibni govor**. S to kvalitativno spremembo se začnejo v otrokovem govoru vse bolj odražati realni odnosi. Približno v tem času pa se pojavi elementarna oblika mišljenja (Omerza, 1972). V obdobju od dveh do štirih let začne oblikovati cele stavke, kombinira besede in izpopolnjuje slovnično obliko. Otrok je vedno bolj občutljiv za obliko, pomen in funkcijo stavka. Ustvarjati se začne različna pot za govorno izražanje, ki je značilna za vsakega posameznika (Marjanovič Umek, Fekonja, 2004).

### 3.3.3 TRETJA DOBA GOVORNEGA RAZVOJA ALI PREDŠOLSKO OBDOBJE

V obdobju od treh do sedem let starosti se govor razvije zelo hitro in v medsebojni povezavi s slovničnimi pravili ter sporazumevalno funkcijo, hkrati pa tudi v kontekstu drugih psihičnih funkcijah, kot so razvoj čustev, socialnih interakcij, mišljenja (Marjanovič Umek in Fekonja, 2004). Besede in stavki se vedno bolj izpopolnjujejo in besednjak hitro raste. Izgovor se avtomatizira. Otrok začne pravilno uporabljati čase, vedno bolj obvladuje spregatev in sklanjatev. Začenja posploševati predmete, ki imajo skupne značilnosti, s tem, da postopoma razume, da ime ne pripada samo enemu predmetu. Pogosto govori sam s seboj, z igračkami, s čemer kaže notranji govor in s tem razumevanje. Ob koncu tretjega leta se pojavi »zakajček« in kako, kdaj, kar kaže na razvoj mišljenja. Stavki se vedno bolj podaljšujejo in poleg aktivnega besednjaka pozna tudi pasivni besednjak. Rad si izmišlja in pripoveduje zgodbe, kjer se prepleta resničnost in domišljija (Omerza, 1972, Žnidarič, 1993).

Ob koncu predšolskega obdobja otrok pravilno sliši vse glasove materinega jezika, ne meša jih med sabo in obvladuje njihovo izgovorjavo. Prav tako ima jasno predstavo o glasovni sestavi besede in glasovno analizo besede (Horvat, Magajna, 1987).



#### 1.4.4. GOVORNI RAZVOJ V OBDOBJU ŠOLANJA

Z govorom otrok že izraža samega sebe, pridobiva znanje in se socializira. Vsebinsko se pogloblja in v njem se kaže celotna osebnost, s tempom govora, njegovim temperamentom, intonacijo in ritmom. V začetku šolanja se avtomatizira še pisanje in branje (Žnidarič, 1993).

#### 2.5 MEJNIKI GOVORNEGA RAZVOJA

Iz zakonitosti razvoja govora lahko izpeljemo različne skale, razvojne korake in mejnike govornega razvoja, ki jih avtorji predstavljajo v literaturi (Vladislavljevič, 1981; Zupanc, 2001; Marjanovič-Umek, 1990; Apel, 2004; Žurbe, Mastjukova, 1998 v Posokhova, 1999; Ivić, Novak, Atanacković, Ašković, 2002) ter odstopanja v razvoju, ki kažejo na določene težave in motnje (Škarič, 1988; Šikić, Ivičević-Desnica, 1988). Ti mejniki prikazujejo orientacijske norme razvoja, gre za statistično povprečje starosti, pri katerih se pojavljajo največji mejniki v razvoju. Pomembno je vedeti, da je povsem normalno odstopanje od povprečja ter jih ne uporabljajmo za ugotavljanje normalnosti razvoja. Vedno upoštevati individualnost in edinstvenost otroka.

#### 6.6 TEŽAVE V GOVORNEM RAZVOJU

Logoped je strokovnjak za jezik in govor ter za korekcijo motenj in težav v govoru in njegovem razvoju. Razlikujemo govorne motnje in razvojni zaostanki, ki so izvor v možganih ter govorne hibe, kjer gre za napake v govornih organih in njihovih funkcijah. Predstavljam le najpomembnejše motnje govora, ki se lahko pojavljajo v otroštvu. Če medicinska sestra opazi motnjo ali zaostanek v razvoju govora je pomembno, da takega otroka usmeri v logopedsko diagnostiko in obravnavo.

Govorne motnje in hibe nastajajo zaradi različnih vzrokov: a) govorni zaostanek in posebnosti, ki so posledica gluhotе in naglušnosti, slepote in slabovidnosti; b) razvojni zaostanki in motenja govora kot posledica duševne manjrazvitosti, nespodbudnega socialnega okolja, dolgotrajne kronične bolezni v prvem in drugem letu otrokovega življenja, avtizma, možganske poškodbe (cerebralna paraliza, razvojna disfazija, disartrija); c) razvojni govorno-jezikovni zaostanki zaradi minimalne možganske disfunkcije (hiperkinetični sindrom z motnjami pozornosti, disleksija, nediferencirana lateralizacija); č) govorne motnje zaradi duševnih bolezni (psihoza), in selektivnega mutizma d) slabša govorna izraznost zaradi anksioznosti, depresije, plašnosti in socialne zavrtosti; e) govorne motnje zaradi nevroloških okvar (motorična in senzorična afazija in motorična apraksija in afazija), f) motnje izreke glasov (dislalija), motnje ritma in tempa (jecljanje); g) druge govorne motnje in hibe (brbotnaje, nosljanje, zajčja ustnica in volčje žrelo).

### 3. RAZPRAVA

Otrokov temeljni vir pridobivanja znanja o jeziku je govor, ki ga sliši okoli sebe. Odrasli z dojenčkom in malčkom komunicirajo drugače kot v medosebnem komuniciranju z odraslimi, ne glede na to, ali se tega zavedajo ali ne. Ponavadi se otroku ne pritožujemo zaradi preobremenjenosti pri delu ali slabe plače. Če pa to že počnemo, od njega ne pričakujemo razumevanje in odgovora. Poglavitna razlika komuniciranja z otrokom je v naravi govora, ki ga mu namenimo. Pri komuniciranju uporabljajo omejen in poseben besednjak (npr. bušček-trebušček, bubati-boleti, ajati-spati), krajše stavke z manj besed, višji glas, pretirano intonacijo, poudarjamo šumnike, uporabljamo pomanjševalnice in ljubkovalne besede, slabšalnice, govorimo pootročeno, več ponavljamo, govor je bolj razčlenjen in počasen (Prebeg-Vilke, 1995). Z nekaterimi načini govora, ki so podani zgoraj, otroku po nepotrebem postavljamo dodatne ovire za razvoj govora. Otrok, s katerim govorimo pravilno in brez pomanjševalnic imajo neprimerno več priložnosti, da hitreje obvladajo osnovne človekove govorice (Žnidarič, 1993). Le modificiran in poenostavljen govor odraslih ugodno vpliva na razvoj otrokovega govora, ker mu ga olajšamo in ima učinek govornih vaj.



Do otoka, ki je bolan smo zaščitniški, pokroviteljski, mu skušamo pomagati tako, da delamo in govorimo namesto njega. Kljub temu, da je otrok bolan, se je pomembno zavedati misli Russella (1990), ki pravi, da je potrebno z otrokom ravnati kot z zavedajočim se, učečim in razvijajočim se središčem ustvarjalnega uma in pokazal bo, da je to res.

Pogosto se vprašamo, kako naj ravnamo z otrokom, da bo razvil svoje potencialne in govor? Medicinska sestra pomembno prispeva k razvoju jezika in govora že v porodnišnici, ko se novorojenček rodi. Z ustreznim rokovanjem (**handling**) otroku omogočimo razvoj motorike in govora, saj govorni razvoj poteka vzporedno in prepletajoče z motoričnim in kognitivnim razvoj.

Medicinska sestra, ki opravlja zdravstveno nego pri »malem« bolniku naj ves čas govori in pripoveduje, kaj počne. Večina otrok se boji bolečine in medicinsko tehničnih posegov. Pomembno je, da pridobimo otrokovo zaupanje in tudi priljubljenost. Verjamem, da z dramskim pripovedovanjem pravljic in zgodb preusmerimo njegovo pozornost in »zakrijemo« bolečino. Pri tem naj medicinska sestra upošteva otrokov ritem in intenzivnost medosebnega stika in komuniciranja.

Mlajši otrok je bolj dovzeten za pomoč pri učenju govora v paru z odraslim. Otroku odrasel služi kot model, z besedami opisuje, komentira, opominja, napoveduje, vpliva na otrokovo zavedanje samega sebe in pomaga pri oblikovanju pojmov (Hibon, 1994 v Skubic, 2004). Otroku je potrebno ponuditi možnost, da lahko v komuniciranju sodelujejo. Tako pridobiva izkušnje, ki so pomembne za razvoj otrokovega mišljenja. Odrasli so tisti, ki oblikujejo in organizirajo sporazumevalno mrežo z življenjskimi pravili, odnosi in skupnimi doživetji. Zato je pomembno, da zna medicinska sestra ustvariti okoliščine, ki spodbujajo h govoru. Spodbudi naj zanimanje, kako je sestavljen aparat ali brizgalka, kako se prilepi obliž. Ustvarja naj pogoje, ki spodbujajo izmenjavo govora (fizična bližina govorcev, možnost, da se otroci opazujejo in primerjajo med sabo). Medicinsko tehnični poseg otroku predstavimo kot igro. Otrok naj izvede poseg na lutki ali igrači in v obliki govorne igre preigrava dogodek. Na takšen način psihološko pripravimo otroka na poseg in ob enem razvijamo govorno ustvarjalnost.

Vsaka beseda in pogled odraslih izzoveta v otroku reakcijo, ki ima lahko posledice za njegov nadaljnji razvoj. Za spodbujajoč razvoj je pomembno, da otrok zaupa odraslemu, da se zaveda naše naklonjenosti in prijateljstva, da mu ne vzbujamo strahu ter ga ne kaznujemo in da smo mu pripravljene pomagati. Zato pa je potreben čas, ki mu ga namenimo, kar pa je največja in najtežja izpolnjena zahteva. Otrok je hvaležen odraslim za vsak čas, v katerem bo občutil, da ste popolnoma njegovi in da ste pripravljene poslušati, tolažiti, ko vam govori o svojih tegobah in radostih.

V nadaljevanju predstavljam nekaj oblikovanih smernic, ki so prirejene po Žnidarič (1993) za področje pediatrične zdravstvene nege. Smernice bodo spodbujale otrokov razvoj in medicinski sestri bodo pomagale pri kvalitetnejšem delu z otrokom:

Ko otrok čeblja, ga pozorno poslušamo in mu odgovarjamo s pravilnim govorom odraslega. Dajmo otroku priložnost, da nekaj pove in ga pri tem ne prekinjamo. Če otrok nekaj želi, počakajmo, da pove do konca. Ne ponavljamo tega govora za njim. Popačeno besedo popravimo z pravo besedo. Dudko naj ima v ustih čim manjkrat, s tem mu omogočimo, da vadi svoja govornila. Učite otroka razgibavanja govoril in mišic obraza, pravilnega dihanja in pihanja. Ob pogovoru uporabljajmo vsakdanje besede brez pomanjševalnic. Jezik naj bo preprost, razumljiv, počasen, da ga bo otrok lahko posnel. Otroku preprosto pripovedujmo o vsem, kar delamo in o tem, kar se dogaja okrog nas. Otroku razlagajmo lastnosti predmetov, ki jih opazuje. Izogibajmo se pedagoškemu in direktnemu učenju govora, ker ga to lahko dodatno frustrira in zavira njegov govorni razvoj. Če otrok zaradi bolezni ne govori ali govorni razvoj kasni, ga ne silimo k komuniciranju. Ne uporabljajte ukazov, kot so povej že, ponovi to, nalašč nočeš sodelovati, poreden si, ker nočeš povedati, kje te boli in druge negativne pripombe. Izogibajte se kritiziranju, omaloževanju, zasmehovanju, pridiganju in primerjanju z drugimi otroki. Pripovedujte mu zgodbe in pripovedke. Če nakaže, da želi v naročje, to spodbujajte, saj je to velika nagrada dobrega zaupanja. Igrajte se z otrokom in začnite z igrami, ki jih obvlada in so mu všeč. Preden začnete z posegi, mu povejte, kaj delate ter ga



pripravite na to. Ne bodite obupani, če otrok ne sodeluje pri posegu. Dovolite mu, da kaj predlaga. Z otrokom bodite dosledni in prijateljski. Odkrito izrazite svoja čustva in namene. Otroka upravičeno in pravilno pohvalite za vsak že najmanjši uspeh. Otroka spodbujate k samostojnosti in mu pomagajte toliko, kot je to potrebno. Če je jezen in noče sodelovati, mu to dovolite, takrat ne silite vanj. Če je potrebno nekaj urgentno narediti, opravite delo hitro in profesionalno. Nato ga potolažite in dovolite mu jokati. Dobro opazujte otrokovo vedenje. Vse kar delate, delajte igrave, z veseljem in s prepričanjem, da boste uspeli. Pri svojem delu izkoristite svojo fantazijo, enkratnost, iznajdljivost, izvirnost in izjemnost. Otroku bodite vzgojitelj in vzornik. Poskrbite za svoje čustvovanje, potrebe, želje, živite zdravo in dobro obvladujte stres. Učite se večšin komuniciranja, socialnih večšin in asertivnost in dobro poznajte samega sebe. Ko ne zmorete več, si to priznajte, se umaknite in poiščite pomoč. **Naučite se pravilnega rokovanja - heandling otroka in spoznajte Bobathove tehnike.**

### Literatura in viri

1. *Batistič Zorec M. (2003). Razvojna psihologija in vzgoja v vrtcih. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.*
2. *Chomsky N. (1988). Znanje jezika. O naravi, izviri in rabi jezika. Ljubljana: Mladinska knjiga.*
3. *Horvat L., Magajna L. (1987). Razvojna psihologija. Ljubljana: Državna založba Slovenije.*
4. *Kavčič D. (1994). Besedna in telesna komunikacija. Psihološka obzorja, št. 3-4. str. 49-59.*
5. *Krajnc S. (1999). Razvoj govora predšolskih otrok. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.*
6. *Kornilov K.N. (1947). Psihologija za učiteljska. Ljubljana: Državna založba Slovenije.*
7. *Marjanovič Umek L., Fekonja U. (2004). Govorni razvoj dojenčka in malčka. V: Zupančič M. Marjanovič Umek L. Razvojna psihologija. Ljubljana: Znanstveno raziskovalni inštitut Filozofske fakultete.*
8. *Omerza Z. (1972). Govorne napake. Ljubljana: Državna založba Slovenije.*
9. *Prebeg-Vilke M. (1995). Otrok in jezik: materinščina in drugi jezik naših otrok. Ljubljana: Sanjska knjiga.*
10. *Piaget J. (1968). Six Psychological Studies. New York: Vintage Books.*
11. *Piaget J. (1989) The language and thought of Child. Lonod: Roulledge Regan Paul, New York: Humanities Press.*
12. *Skubic D. (2004). Pedagoški govor v vrtcu in prvem razredu devetletne osnovne šole. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.*
13. *Stern W. und C. (1928). Die Kindersprache. Lebniz.*
14. *Trstenjak A. (1989). Skozi prizmo besede. Ljubljana: Slovenska matica.*
15. *Vodušek B. D. (1992). Višja živčna dejavnost. Med razgl 31:369-400.*
16. *Vigotski L. (1977). Mišljenje i govor. Beograd: Nolit.*
17. *Žerdin T. (2003). Motnje v razvoju jezika, branja in pisanja: kako jih odkrivamo in odpravljamo. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše; Društvo Bravo.*
18. *Žnidarič D. (1993). Otrokov govor. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo in šport.*



# POSEBNOSTI KOMUNIKACIJE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE OTROKA

*Nataša Kuralt, dipl.m.s., Matjana Koren, dipl.m.s.  
UKC Ljubljana, EIT-Pediatrični oddelek KRG strok*

## IZVLEČEK

Avtorici v prispevku prikažeta pomembnost dobre medosebne komunikacije na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo (KOOKIT). Medicinske sestre so že od samega sprejema otroka v enoti za intenzivno terapijo (EIT) vez med njim in starši. Že ob prvem stiku z otrokom se z njim pogovarjajo, se ga dotikajo in ga pomirjajo. Starše spodbujamo k najhitrejšem ponovnem vzpostavljanju komunikacije z njihovim otrokom. Kot primer pa je v prispevku prikazana izkušnja mame, katere hčerka se je zdravila v EIT.

## UVOD

Dobra komunikacija je nepogrešljiv element učinkovitega sodelovanja med otrokom, starši in medicinsko sestro. Cilj komunikacije je doseči zadostno zaupanje tako s strani otroka kot staršev. Zdravstveno osebje naj bo pozorno na medosebno komunikacijo, tako z otrokom kot tudi z njegovimi starši.

## KOMUNIKACIJA IN NJENE OSNOVE

Osnova uspešne komunikacije je razumeti sebe, razumeti sogovornika, spoštovati ljudi in poslušati.

Da je komunikacija uspešna, moramo imeti:

- zaznavne sposobnosti
- kognitivne sposobnosti
- vedenjske sposobnosti
- emocionalne sposobnosti

Za uspešno komunikacijo je potrebno, da se zdravstveni delavci naučimo poslušati in gledati sogovornika, hkrati pa uporabljati druga čutila s katerim bomo komunicirali v okolju. Ustrezno čustveno reagiranje in sposobnost točnega presojanja prilagodimo situaciji v kateri se nahajamo mi, naši sodelavci in mali bolniki.

Načini komunikacije, ki jo zdravstveni delavci uporabljamo v EIT otrok temelji na besedi. Besede so namenjene staršem in bolnim otrokom. Pomemben je ton, barva glasu, glasnost govora, hitrost in razločnost povedanega.

V EIT je nebesedna komunikacija stalno prisotna in je enako zastopana kot besedna komunikacija. Kritično bolne in poškodovane otroke stalno opazujemo, imamo z njimi očesni stik, se jih dotikamo. Z njihovo telesno držo zaznavamo stanje v katerem se nahajajo. Čas, ki ga preživimo z njimi je nemerljiv. Fiziološke reakcije in celoviti zunanji videz otrok nam pove veliko. Obstaja nešteto situacij, ko je prisoten tudi molk. Ko se izteka otrokovo življenje, se srečujemo z žalostjo njegovih staršev, ni besede s katero bi jih lahko potolažili. Pri tem uporabljamo tudi molk kot obliko komunikacije. Takrat jih le poslušamo, se jih dotikamo in molčimo. To pomeni, da smo zdravstveni delavci zmožni poslušanja in odzivanja.

## POMEN KOMUNIKACIJE ZA OSEBNOSTNI RAZVOJ

Med medosebnim komuniciranjem in psihomotornim razvojem otroka je znanstveno dokazana povezava (Brečko, 1998). Psihomotorni razvoj otroka je odvisen od neposredne medosebne komunikacije med njim in tistim, ki ga neguje.



Po Maslowu naj bi človek s komuniciranjem najprej zadovoljeval potrebe nižjega reda šele ko so te potrebe zadovoljene nastopi težnja po zadovoljevanju potreb po ljubezni, naklonjenosti, socialnem ugledu.

Otroci s komuniciranjem zadovoljujejo predvsem fiziološke potrebe in potrebe po varnosti, odrasli pa z njim zadovoljujejo predvsem potrebe višjega reda.

## **KOMUNIKACIJA S STARŠI KRITIČNO BOLNIH OTROK**

Otrokova bolezen vpliva na starše in jih lahko osebnostno spremeni. Porušijo se njihova pričakovanja, pojavita se strah in občutek krivde.

Alsova omenja štiri stopnje skozi katere gredo skoraj vsi starši hudo bolnih otrok:

Na začetku se pojavi strah pred izgubo otroka. Ta strah je pogosto zelo realističen in ga ne bi smeli zanikati. Predvsem bi se morali starši o tem pogovarjati, ker bi jim bilo potem lažje. Vendar smo ljudje različni in v podobnih okoliščinah različno reagiramo. Nekateri starši se želijo približati otroku, drugi se umaknejo. Ko otrok prebrodi krizo in se izkaže, da bo živel nastopi strah zaradi dolgotrajnih posledic in negotove prihodnosti. Tu se pojavi tudi samoobtoževanje, depresija in jeza.

Naslednja faza v ponovnem doseganju starševske samozavesti se začne in tudi pospeši z vključevanjem staršev v nego otroka. Starši se tako začnejo bolj zavedati svoje vloge, začnejo upati in bolj opažajo napredek v otrokovem razvoju.

Na osnovi tega, ponovno pridobljenega zaupanja in samozavesti, so starši pripravljene videti otroka kot individuum. To je stopnja, ko starši sprejmejo otroka, so ponosni nanj (Velikonja, 1995).

Starši napredujejo skozi omenjene faze prav zaradi pogostega opazovanja otroka, spoznavanja razvojnih sprememb in sledenju otrokovega zdravstvenega stanja.

## **PRIKAZ PRIMERA**

Pogovor z mamo deklice (H.A.), ki je že dlje časa hospitalizirana v EIT na KOOKIT.

Pri pogovoru z mamo sem uporabila tehniko intervjuja (voden pogovor) in tudi spontano komunikacijo med samo hospitalizacijo otroka. Vprašanja so bila odprtega tipa.

Pogovor sva opravili v EIT ob deklici, ki je veselo brčala v maminem naročju, kljub temu, da je bila nazalno intubirana. Za čas najinega pogovora deklica ni potrebovala podpore respiratorja.

H.A. je leto dni stara deklica, ki je bila že večkrat hospitalizirana na našem oddelku oziroma v EIT. Pri starosti 2 mesecev so pri deklici diagnosticirali VSD z mezokardio, ASD in pljučno arterijsko hipertenzijo. Oktobra 2006 je bila prvič operirana na srcu. Opravljena je bila kirurška bandaža pulmonalne arterije. Pooperativni potek se je zapletel z endokarditisom na trikuspidalni zaklopki. Kljub uspešni operaciji je deklica slabo pridobivala na telesni teži. Zaradi dihalne stiske je bila ponovno sprejeta v EIT januarja 2007. Takrat je ostala na oddeku 3 mesece zaradi hranjenja s prilagojenim in kalorično obogatenim mlekom. Zadnji sprejem v EIT je bil julija 2007 zaradi operacije, kjer je bila narejena kompletna korekcija srčne napake. Naslednji dan, ko je bila ekstubirana je pričela težko dihati, tako da je morala biti ponovno intubirana. Napravili so ji UZ prepone, na katerem je bilo vidno, da sta obe preponi negibni. Tudi EMG je potrdil, da možnost okvare freničnih živcev ni izključena. Deklica naj bi potrebovala traheostomo, ker se okvara živcev popravlja 6-8 tednov ali več.

## **INTERVJU:**

**1. Z deklico ste že nekaj časa hospitalizirani na našem oddelku. Ali mi lahko poveste nekaj o vaši izkušnji ob njenem rojstvu in ko ste izvedeli da ima srčno napako?**

A. se je rodila v 38. tednu nosečnosti s pomočjo carskega reza. Bila je majhna vendar sprva ni imela večjih težav. Potem sem izvedela da ne pridobiva dovolj na telesni teži in zdravnica je ob pregledu slišala šum na





srčku. Tako sva dobili napotnico za pregled pri kardiologu na Pediatrični kliniki. Ko sem izvedela da ima A. srčno napako, sprva nisem vedela kaj to pomeni zanjo in kaj jo vse čaka.

**2. Nato ste bili napoteni na otroško kirurgijo za sprejem za operativni poseg. Kakšne imate prve vtise in kakšna so bila vaša pričakovanja z našim oddelkom?**

Velikih oz. posebnih pričakovanj nisem imela, no le to da bo A. ozdravela. Pravzaprav nisem vedela kaj naj pričakujem. Ob prihodu na KOOKIT se spomnim čakalnice v kateri so se otroci veselo igrali na toboganu. Nato naju je medicinska sestra poklicala v sprejemno ambulanto. Dala sem vso dokumentacijo, med. sestra pa me je seznanila s celim sprejemom, zdravnica pa je pregledala A. in na kratko povedala sam potek zdravljenja. Ko sva bili že v sobi na oddelku je prišel kirurg in mi res lepo razložil sem potek operacije ter me seznanil z možnimi komplikacijami. Ko sem slišala vse komplikacije me je za trenutek obšel strah, vendar sem se tolažila, da se to nam ne bo zgodilo.

**3. Ste bili s predstavitvijo oddelka zadovoljni. Ste imeli občutek, da veste kam ste prišli in kakšen oddelek je to?**

Mislím da ja. Med. sestra mi je pokazala sobo in mi razložila kje dobim vse stvari za nego A. V sobi sem imela veliko prostora ker sva bili sami. Do operacije sem sama, no s pomočjo sester skrbela za A. Bila sem namreč sprejeta na drugem oddelku kot doječa mama.

**4. Vi ste bili lahko sprejeti na drugem oddelku. Se vam zdi da je to dobra prednost, oz. nujna stvar za vse mame.**

Seveda. Sama si ne predstavljam, da ne bi bila sprejeta. Kajti doma smo daleč in se ne bi morala voziti vsak dan domov. Pa tudi ne bi morala iti stran od nje v tem času. Že tako sem se počutila zelo nemočno ampak bila sem vsaj z njo in jo lahko božala, kajti sprva si drugega tudi nisem upala takoj po operaciji. Edina slabost tega je da sem bila sprejeta na drugem oddelku in sem bila v sobi skupaj z bolniki. Vem da je težko in da ni prostora ampak v sobi polni bolnikov se je težko spočiti. Imam srečo, da sem bila vsako hospitalizacijo sprejeta.

**5. Kaj se spominjate na dan operacije?**

Tisto noč nisem nič spala. Ostala sem v sobi pri A. in sem bedela ob njej. Zjutraj je prišla najprej sestra in mi prinesla reči da sem A. umila. Nato je prišla se ena sestra, ki je povedala, da bo odšla ona iskati A. v operacijsko po operaciji in da bodo pripravili prostor zanjo v EIT. Takrat me je malo stisnilo, kajti videla sem da gre zares. A. sem lahko pospremila do vhoda v operacijski blok. Nato pa so sledile zame najdaljše ure čakanja.

**6. Po končani operaciji je bila sprejeta v EIT. Kako ste si predstavljali EIT in kaj ste doživljali ob prihodu v EIT?**

A. sem čakala v čakalnici. Po hodniku sem videla da sestre peljejo posteljo z veliko aparaturami in vedela sem, da je to za A. Sestra me je ogovorila in rekla da naj tu počakam in da bom A. lahko takoj na hitro videla. Trajalo je nekaj časa da so se vrnili in nato šok zame. Na postelji je čisto spremenjena ležala A. V ustih je imela cevko in vse okrog po postelji so bile same cevke. Zdravnica je rekla da je vse uredi in da naj malo počakam da A. namestijo v EIT in da bom nato lahko šla k njej. Malo sem si oddahnila ampak sem se še vedno cela tresla. Ko sem prišla v EIT sem kar malo obnemela. Vse je piskalo, vsi so nekaj hiteli delati in A. je bila obdana z veliko aparaturami. Med. sestra mi je povedala kaj so določene aparature in mi rekla da jo lahko pobožam. To mi je bilo takrat najboljše, da se jo lahko dotaknem. Kaj sem pa pričakovala pa ne vem, vem pa da ne to kar sem potem videla. Zame je bilo to neznano področje. Tako sem se počutila ob prvem sprejemu, kasneje je bilo vse drugače, bolj mirno sem vse doživljala.



## **7. Kaj pa naslednje dni, ko je bila A. v EIT, ste bili zadovoljni z informacijami in s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem?**

Vsak dan je bilo bolje. Vsak dan so se stvari spreminjale. Zdravnik je enkrat ali dvakrat dnevno govoril z menoj in mi povedal njeno stanje. Tudi kirurg je govoril z menoj, bil je zadovoljen z operacijo. Medicinske sestre pa so bile čisto skozi zraven nje. Vse so mi sproti povedale in res lepo so negovale A. Na vsako moje vprašanje sem dobila odgovor, četudi je bilo verjetno moje vprašanje včasih malo čudno.

## **8. Po vašem pogovoru vidim da ste bili zadovoljni. Kaj pa sedanja hospitalizacija, ki traja že drugi mesec?**

Kaj naj rečem. A. je sedaj že stara znanka vsega osebja. Lepo je videti, da jo vse med. sestre poznajo in prav tako A. njih. Z njo se pogovarjajo, smeji in jo zabavajo. Imela je celo praznovanje prvega rojstnega dne v EIT. Včasih se mi zdi da jo marsikatera sestra pozna bolje kakor jaz. Točno vedo kaj ji paše in kaj ne. Na to da se je po operaciji zapletlo, pač ne moremo nič ampak le čakati. Upam pa vsak dan da bo diafragma začela nazaj delati in da A. ne bo potrebovala traheostome in respiratorja. Enkrat takoj na začetku sem povedala da nočem da ji naredijo traheostome in sem bila zelo vesela ker so to upoštevali. Vem sicer da so lahko druge težave zaradi tubusa ampak ravno te dni nas A vse preseneča. Danes je že več kot dve uri odklopljena od respiratorja in nima nobenih težav. Zelo sem srečna in upam da bo lahko čimprej ekstubirana in da bo lahko odšla domov.

## **9. Tudi mi vsi, ki smo deklico negovali se veselimo njenega uspeha in smo presenečeni, da sedaj deklica diha sama. Tudi jaz ji želim čimprejšnji odhod iz enote za intenzivno terapijo. Zahvaljujem se vam, da ste delili z nami svoje izkušnje in mi zaupali vajino zgodbo.**

### **REZULTATI IN RAZPRAVLJANJE**

Ko sprejmemo otroka v EIT Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, se zdravstveni delavci usmerimo k reševanju otrokovega življenja. V EIT sprejmemo otroke, ki so kritično bolni in nam njihovo zdravstveno stanje narekuje, da izvajamo medicinsko tehnične posege ter rešujemo otrokovo življenje.

Med izvajanjem standardnih medicinskih in negovalnih postopkov medicinska sestra otroka opazuje, se ga dotika in se z njim pogovarja.

Ko je otrokovo zdravstveno stanje stabilno in je negovalno urejen pokličemo starše k otroku. Pred prihodom v EIT so starši seznanjeni z zdravstvenim stanjem otroka. Prvi pogovor z njimi opravi zdravnik.

Medicinska sestra pa se ob otroku pogovarja s starši v okviru svojih kompetenc. Staršem na enostaven način razloži okolje, ki obdaja otroka. Pri večini staršev opazimo strah zato jih spodbujamo, da se otroka dotikajo in se z njim pogovarjajo. Starši so ob sprejemu zelo prizadeti, zato jih vedno poslušamo in jim tudi po potrebi ponovimo določene informacije. Damo jim dovolj časa, da sprejmejo zdravstveno stanje otroka. Iz prikazanega primera lahko vidimo, da je mati bolne deklice doživela strah po dekličini operaciji. To opisuje kot šok. Na postelji je videla čisto spremenjeno hčerko. Ker je deklica bila intubirana in priključena na respirator, nam to opiše, da je deklica imela neko cevko v ustih in da so okrog nje in na postelji ležale same cevi. Ko je dobila razlago o zdravstvenem stanju otroka, se je malo oddahnila, čeprav se je še vedno vsa tresla. Pove nam, da je obnemela, ko je vstopila v EIT. Videla nas je kako hitimo in vsi nekaj delamo. Hčerko skoraj, da ni videla, obdajale so jo same aparature. Tudi drugi avtorji opisujejo, da starši velikokrat ob prvem obisku v EIT doživljajo otroka povsem drugače. Ker otroka obdajajo aparature, se ga ne upajo dotikati in jih je strah. Vidijo pa medicinsko sestro, ki se suvereno dotika otroka in aparatur. Starši dobijo občutek, da otrok ni več njihov. Zato medicinska sestra, v primeru naše deklice, v prvem kontaktu po operaciji enostavno razloži okolje v katerem se nahaja otrok. Dekličino mamo spodbuja, da se je dotika, da jo lahko poboža in jo ljubkuje. Mati je v intervjuju povedala, da ji je bilo to najboljše, da se lahko dotika svojega otroka.



## ZAKLJUČEK

Medicinske sestre stalno spremljamo starše hudo bolnih otrok. Naša dolžnost je, da z veliko zavzetostjo skušamo staršem olajšati bivanje v EIT. V proces dela bi bilo še potrebno dodelati model spremljanja staršev od sprejema do odpusta otroka iz EIT. Zato potrebujemo nekaj organizacijskih sprememb in dodatna znanja.

### Literatura in viri

1. *Rungapadiachy Dev. M.: Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy, 2003.*
2. *Velikonja V, Grgurevič J, Žemva B. Izkušvena družinska terapija – teorija in praksa v Sloveniji. Ljubljana: Quatro d.o.o.1995.*
3. *Latkovič B. Bolnik in zdravnik – partnerja v komunikaciji. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije, 2002.*
4. *Brečko D. Kako se odrasli spreminjamo? Socialna komunikacija in osebni razvoj. Radovljica: Didakta, 1998.*
5. *Petrovič M, Jakomin M, Primožič J. Izobraževanje staršev za stalno oskrbo kronično bolnega otroka na domu – prikaz primera. Zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev MS in ZT, 2003: 25-27.*



# KOMUNIKACIJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV Z OTROKOM IN MLADOSTNIKOM S POSEBNIMI POTREBAMI

*Katja Godnič, del.ter.  
Zdravstveni dom Koper, Delovna terapija*

## IZVLEČEK

Namen prispevka je predstaviti, kako je komunikacija pomembna v medsebojnih odnosih.

Pri normalnem razvoju otroka opazimo vzporedni razvoj na telesnem in duševnem področju. Normalno gibanje je pomemben komunikacijski sistem, osnova za perceptivno-kognitivni, socialni in emocionalni razvoj.

V raziskavi avtorica prikaže, kako uporabniki zdravstvenih storitev ocenjujejo komunikacijo z zdravstvenimi delavci in dobi izhodišča in predloge kako komunikacijo izboljšati.

Dobljena izhodišča s pridom uporabi in poda priporočila za komunikacijo v zdravstvenih ustanovah (po WHO) in predstavi specifičnosti komunikacije z otroki in mladostniki s posebnimi potrebami. V prispevku še predstavi kdo so otroci in mladostniki s posebnimi potrebami in vlogo staršev, ki jih je potrebno vključiti saj njihovi otroci velikokrat sami nimajo sposobnosti participacije.

Samozavedanje (spremeniti sebe) je omenjeno, kot možna rešitev za vse, ki imajo težave pri komunikaciji ali kakršni koli interakciji z drugimi.

Če nam je bilo do sedaj vodilo v življenju: » Ne delaj z drugimi tako, kakor nočeš, da delajo s tabo. « Se preoblikuje v: » Delaj z drugimi tako, kot želiš, da bi drugi ravnali s tabo. «

***Ključne besede: neverbalna komunikacija, otroci in mladostniki s posebnimi potrebami, zdravstveni delavci, samozavedanje, dotik***

## UVOD

Komunikacija predstavlja povezavo med ljudmi. » Nemogoče je ne komunicirati « (Watzlawick, 1971); če so v določenem kontekstu dve ali več oseb, je tudi komunikacija; to se zgodi tudi, če se dva subjekta ne pogovarjata, ker sporočata da » ne želita komunicirati «. Lahko pa se srečamo z osebo, ki z nami želi komunicirati pa ima pri tem omejitve, takrat je naša naloga, da smo dobri opazovalci in najdemo rešitev, kako k njej pristopiti.

Medtem, ko je večina avtorjev osredotočila pozornost na verbalno komunikacijo in so bili zgrajeni pragmatični modeli (npr. izvornik, sprejemnik, kanal, motnje ipd.) je pogosto zanemarjena pomembnost neverbalne komunikacije. Po ameriških virih študij (Mental Research Institute di Palo Alto) je količina komunikacijskega sporočila pri odraslem osebk 75% ne verbalna in »samo« 25% verbalna. Pri majhnemu otroku je verjetno, da odstotek neverbalne dodatno narašča inverzno - proporcionalno glede na starost. Enako narašča pri otroku in mladostniku s posebnimi potrebami.

Le optimalno razvite govorno – jezikovne sposobnosti omogočajo otroku in mladostniku s posebnimi potrebami učinkovito vzpostavljanje, oblikovanje in ohranjanje medsebojnih odnosov ter pozitivno vplivajo na vključevanje v proces izobraževanja, vključenost v okolje, razvoj celostne osebnosti in kvaliteto življenja.

Ko govorimo o otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami ne smemo pozabiti na njihove starše, ki imajo pogosto občutek, da so »servis«, ki je sicer v pomoč otroku in strokovnemu delavcu, le redko pa doživijo, da se kdo iskreno zanima za njih, njihove probleme in stiske in jim prisluhne (15).

### **Raziskovalni problem**

Izhajala sem iz stališča, da je odnos zdravstvenih delavcev do vseh enak. Zato sem z raziskovalnim problemom skušala ugotoviti, kako na splošno doživljajo in ocenjujejo komunikacijo z zdravstvenimi delavci osebe, ki nimajo posebnih potreb, kje vidijo največ težav in kakšne rešitve vidijo za izboljšanje komunikacije.

Glede na to da sem proučevala komunikacijo pri otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami, so mi bili dobljeni rezultati izhodišče za izboljšanje komunikacije tudi z njimi.



### Cilji raziskave

- ▶ Ugotoviti kvaliteto komunikacije z zdravstvenimi delavci
- ▶ Ugotoviti kaj je najbolj moteče pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci
- ▶ Dobiti vpogled v možne rešitve s strani uporabnikov

### Raziskovalno vprašanje

»Kako ocenjujete komunikacijo in najpogostejše težave pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci ?«

### METODE

Za raziskavo je bila narejena kvantitativna metoda dela. Izvedli smo anonimni anketni vprašalnik s tremi temeljnimi vprašanji: Kako bi ocenili komunikacijo z zdravstvenimi delavci? Kaj vas pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci najbolj moti? in Kakšne predloge imate, da bi jo izboljšali?

Sodelovalo je 44 naključno izbranih odraslih oseb iz obalnega območja Slovenije v starostnem obdobju od 18 do 66 let (povprečna starost 37 let), sodelovalo je 9 moških in 35 žensk. 17 anketiranih ima otroke mlajše od 18 let (uporabljajo tudi pediatrične storitve).

Zbrani podatki so bili računalniško obdelani in urejeni v grafične prikaze in tabele. Uporabili smo uporabniško programsko opremo urejevalnik besedil Word in za delo z grafikoni Excel.

### REZULTATI



Grafikon 1: Ocena komunikacije z zdravstvenimi delavci

Tabela 1: Najpogostejše težave v komunikaciji z zdravstvenimi delavci

Kaj vas pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci najbolj moti ?	Odstotek
1. Vzvišan odnos (odrezavost, aroganca, neprijaznost, cinizem, ignoranca, nedoslednost, ipd.)	38 %
2. Ne vzamejo si časa za pogovor	35 %
3. Slabo poslušajo in nimajo potrpljenja	19 %
4. Preveč rutine	8%



Ostali manj pogosti odgovori :	
▶ premalo so čustveni	
▶ nedosegljivi – po telefonu	
▶ prednost imajo veze in poznanstva	
▶ izražajo se preveč strokovno	
▶ njihovo nezadovoljstvo in odnos do dela	
▶ predolge čakalne dobe	
▶ ne priznajo svojih napak	

Tabela 2 : Predlogi za izboljšanje komunikacije z zdravstvenimi delavci

Kakšne predloge imate, da bi jo izboljšali ?	Odstotek
<b>1. Prijaznost in človeški odnos, ter medsebojno sodelovanje</b>	<b>52 %</b>
<b>2. Da bi se bolj posvetili pacientom</b>	<b>21 %</b>
<b>3. Zvišanje plač oziroma nagrade</b>	<b>15 %</b>
<b>4. Povečanje števila zaposlenih</b>	<b>12 %</b>
Ostali manj pogosti odgovori :	
▶ večji nadzor nad njihovim delom	
▶ da bi nosili odgovornost za svoje delo	
▶ krajše čakalne dobe	
▶ več telefonskih linij – tajnic	
▶ boljša organiziranost	
▶ vsi enaki, ne glede na veze in poznanstva	

## RAZPRAVA

S pomočjo raziskave sem ugotovila, da je komunikacija z zdravstvenimi delavci dobra 47 % oziroma zadovoljiva 39 %, kar ni ravno pohvalno. 7% izbranih je odgovorilo zelo dobra in ravno toliko, da je slaba, kar se lahko izniči.

Dana anketa je bila izvedena morda malo preveč splošno, in na majhnem vzorcu vendar kaže na odraz ljudi do zdravstva in zdravstvenih delavcev, ki ga lahko dnevno zasledimo v medijih. Dobljeni rezultati so dobro izhodišče za spremembo. Do nas so uporabniki kritični. Imajo prav? Med najpogostejše »motnje« pri komunikaciji z nami so pripisali: Vzvišen odnos (odrezavost, aroganca, neprijaznost, cinizem, ignoranca, nedoslednost, ipd), Ne vzamejo si časa za pogovor, Slabo poslušajo in nimajo potrpljenja, Preveč rutine. Najpogostejši predlogi za izboljšanje pa so bili: Prijaznost in človeški odnos, ter medsebojno sodelovanje, Da bi se bolj posvetili pacientom, Zvišanje plač oziroma nagrade, Povečanje števila zaposlenih.

Komunikacija z osebo s posebnimi potrebami zahteva veliko več, najpomembnejša so ravno omenjena področja.

Otroci in mladostniki z motnjo v telesnem in duševnem razvoju so včasih skrivnosten svet. Kdor jim želi priti blizu, jih mora biti sposoben razumeti in vstopiti v njihov svet preko neverbalne komunikacije kot je izraz obraza, izraz kretenj, položaj telesa, telesni stik, dotik, vedenje v prostoru, ritem in hitrost vedenja, gib v prostoru, obleka in drugi efekti zunanjega sveta (14).

Otroci in mladostniki z najtežjo motnjo v duševnem razvoju pa svojih potreb ne znajo izraziti. Izražajo jih z za njih značilnim vedenjem nekateri z jokom, drugi z asocialnimi oblikami vedenja in na ta način okolje opozorijo in s tem vzpodbudijo k odkrivanju tega vedenja – komunicirajo (14).

Za njih si **moramo** vzeti čas. Poleg verbalne komunikacije je pri delu z njimi pomembna tudi neverbalna komunikacija: molk, pogled, poslušanje,... tudi tako lahko z njimi komuniciramo in pokažemo, kaj z njimi čutimo. Ali je naš odnos pristen ali ne, običajno hitro sami ugotovijo. Besede lahko lažejo, pogled, dotik



pa nas izdajata. Lahko rečemo, da nas »skenirajo« - nas spremljajo, gledajo in poslušajo, kako se do njih vedemo. Stojijo, sedijo ali ležijo in opazujejo, saj imajo za to dovolj časa (1).

Kdor najde pot v njihov svet in najde stik - komunikacijo z njimi, je odkril sebe in pri komunikaciji s komer koli ne bo imel težav.

## KDO SO OTROCI IN MLADOSTNIKI S POSEBNIMI POTREBAMI

### Določa jih zakon.

#### Sem prištevamo, otroke in mladostnike:

- \* z motnjami v duševnem razvoju,
- \* slepi in slabovidni,
- \* gluhi in naglušni,
- \* z govornimi in jezikovnimi motnjami,
- \* gibalno ovirani,
- \* dolgotrajno bolni,
- \* tisti, ki imajo primankljaje na posameznih področjih učenja,
- \* s čustvenimi in vedenjskimi motnjami,
- \* z učnimi težavami in posebej nadarjeni (6,7).

## KOMUNIKACIJA

### Ne učimo se je (10)

Komunikacija se razvija postopoma, skozi več stopenj, najprej z jokom, govorico telesa, smehom, nato z glasovi besedami in njihovimi povezavami. Otroku moramo dati možnost, da se izrazi, da vzpostavlja komunikacijo (2).

### Težja je, kot si mislimo (10)

Pri otrocih z nevrološko prizadetostjo je razvoj sposobnosti sporazumevanja spremenjen, upočasnen ali v celoti zavrt. Vrsta in stopnja motenj je odvisna od obsega in mesta okvare(3).

Pri otrocih in mladostnikih, ki imajo moteno govorno – jezikovno komunikacijo v tolikšni meri, da z njo ne morejo nadomestiti svojih napredujočih potreb po komunikaciji, razvija logoped govorno – jezikovne sposobnosti s tehnikami in sistemi podporne in nadomestne komunikacije:

- PCS – slikovno komunikacijski simboli avtorice Mayer – Johnson, ki jih uporablja v različnih oblikah
- Minspeak – jezikovni sistem organizacije besednjaka z uporabo večpomenskih ikon,
- Komunikacijski pripomočki, ki podpirajo enega ali več sistemov podporne in nadomestne komunikacije (stikala, komunikatorji) (4).

### Predstavlja povezavo med ljudmi (10)

#### Ne moremo je spremeniti, dokler ne spremenimo sebe (10)

Spremeniti sebe pomeni **samozavedanje**, pomeni biti v stiku z lastnimi mislimi, čustvi in dejanji – torej, da se zavedamo svojega obstoja. Če smo kot strokonjaki, ki nudimo pomoč sposobni prepoznati svoje vrednote, posebnosti, stališča, močne in šibke plati, predpostavke in prepričanja kot nekaj, kar je edinstveno in moje, bomo imeli podoben odnos do teh stvari tudi pri drugih ljudeh. Ko skrbimo za nekoga in mu nudimo pomoč, moramo situacijo videti iz njegovega zornega kota, saj nam to omogoči boljše razumevanje problema. Če ocenjujemo položaj drugega človeka s svojega zornega kota, je naša slika zabrisana. Bistvo nudenja oskrbe in pomoči je torej sposobnost videti stvari skozi pacientov (klientov, otrokov, starševski,...) referenčni okvir. To pa dosežemo le s samozavedanjem.(6)



## SODELOVANJE S STARŠI

Starši so ravno tako del tima ko govorimo o otrokih in o otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami. Preko njih komuniciramo tudi z otrokom, zato jim moramo biti na voljo.

Rojstvo otroka z motnjo v duševnem in telesnem razvoju je zlasti za starše pravi šok in običajno zelo različno reagirajo. Odziv staršev je odvisen od značilnosti njihove osebnosti in od vplivov okolja. Vsi občutijo bolečino, žalost, obup, osebno prizadetost, strah in nemoč, le da si eni opomorejo hitreje drugi počasneje ali nikoli. Otrok z zmerno, težjo in najtežjo motnjo ni mogoče obravnavati izolirano od svojcev. Poznavanje teorij vedenja je zelo pomembno v smislu preusmerjanja staršev iz določenega vzorca, v katerem škodujejo svojemu otroku z motnjo v duševnem razvoju, sorojencem in konec koncev sebi. Sodelovanje med družino in strokovnimi delavci naj bi vodilo k spodbudi, podpori ter razvoju otroka in njegove osebnosti (9).

## DOTIK

Dotik predstavlja najintimnejšo obliko komunikacije med ljudmi, spremlja nas od spočetja do zadnjih trenutkov življenja. Ima pomembno vlogo pri razvoju in socialni interakciji posameznika in pomeni veliko več kot samo organ za prepoznavanje predmetov v okolici. Pravica posameznika je da se dotika in je dotikan. Uporabljamo ga v zdravilne namene: masaža, taktilne stimulacije otroka, metode pestovanja otroka.

Medicinski dotik vključuje fizični pregled, odvzem krvi, jemanje raznih meritev, stetoskopska priskava, hranjenje na silo, transfuzije, pritrnitev cevk, zamenjava položaja, perkusija prsnega koša, dihanje na masko, oživljanje.

28. tedenski nedonošenček že lahko razlikuje med dotikom in bolečino. Lahek dotik vzpodbuja gibanje, boleč dotik je razlog za jok in poskus umika.

Ohranjanje profesionalne distance, obenem pa izvajanja pristnega in toplega dotika, bo zdravstveni delavec sposoben ob dobrem poznavanju lastnega čustvovanja, ozaveščanju lastnih občutkov in spodbujanju samozavesti s strokovnim znanjem.(13)

### Na kratko priporočila WHO glede komunikacije v zdravstvenih ustanovah:

1. **Komunikacija** naj se dogaja v ustreznem okolju (urejenost okolja, mir, zasebnost,...).
2. Pozdravljanje in ogovarjanje bolnika (otroka) in njegovih svojcev z vljudnimi in prijaznimi besedami.
3. **Aktivno poslušanje**, s katerim pokažemo, da je naša pozornost namenjena sogovorniku, postavljamo mu vprašanja, dajemo mu povratne informacije, ki pričajo o tem, da ga poslušamo, da nas zanima, kaj nam želi povedati.
4. **Empatija, spoštovanje, zanimanje toplina in podpora**: te prvine so osnove dobre in zadovoljive komunikacije. Vendar so velike razlike med ljudmi glede teh sposobnosti, gre bolj za osebno naravnost zdravstvenega delavca kot za znanje ali veščino.
5. **Jezik**: Zelo pomembno je kakšen besednjak uporabljamo. Ta mora biti za sogovornika razumljiv, ne smemo uporabljati tujk. Ne smemo uporabljati besed, stavkov, ki lahko brez potrebe zastrašijo bolnika ali njegove svojce. Včasih so navodila nejasno izražena. Kar je za zdravstvene delavce samoumevno, je lahko nepoznano bolniku ali staršem bolnega otroka. Enostavnost in jasnost navodil močno zmanjšujeta stisko bolnika, obenem pa olajšata delo zdravstvenemu delavcu.
6. **Nebesedne komunikacije**: Te vključujejo očesni kontakt, telesno bližino, držo, izraz obraza. Z njimi običajno več povemo kot z besedami. Zdravstveni delavci, ki prihajajo po naravi svojega dela v bližje stike z bolnikom, morejo vedeti, da izražajo s svojo celotno motoriko tudi svoj odnos do bolnika.
7. **Sodelujoč odnos**: Način in vsebina razgovora z bolnikom in njegovimi starši ali drugimi svojci kažejo na to, koliko gradijo zdravstveni delavci na partnerskem sodelovanju, koliko spoštujejo in cenijo možen in dejanski prispevek bolnika in njegovih svojcev v procesu zdravljenja. Neposredno in posredno izraženo povabilo k sodelovanju sopolgojuje motivacijo bolnika in svojcev za dejavno





sodelovanje v procesu zdravljenja.

8. **Zaključevanje pogovora in poslavljanje:** Nekatri bolniki in svojci bi se pogovarjali v nedogled, za kar zdravstveni delavci nimamo časa. Marsikdaj moramo znati zaključiti razgovor na vljuden in hkrati odločen način. Trenutek poslavljanja, denimo po hudih preiskavah ali po zdravljenju v bolnišnici je zelo pomemben tako za bolnika in njegove svojce, kot za zdravstvene delavce. To, kar izrečemo ob slovesu in kako se pri tem vedemo, je nekakšna zaključna poteza, ki znatno obarva spomin na človeka, ustanovo in zdravljenje.
9. **Molk:** V kriznih situacijah nekateri ljudje molčijo ali potrebujejo veliko časa, da kaj izrečejo. Včasih je težko prenašati molk drugega. Običajno zdravstveni delavci ob molku bolnika ali svojcev pričnemo pospešeno zapolnjevati medosebni prostor z lastnim govorjenjem, ne damo porabnikom dovolj časa za predelavo informacij, za oblikovanje vprašanj ali izrekanje ugovorov. Ob molku moramo znati počakati, pa tudi na diskreten način spodbujati sogovornika, da izreče, kaj ga teži ali zanima.
10. **Spodbuda, pohvala, motivacija:** Šele, ko smo bili kdaj sami bolniki, se najbrž zavemo, kako pomembna je vsaka pozitivna beseda, ki jo izrečejo zdravstveni delavci. Navsezadnje so oni za bolnika in svojce najbolj pomembni zunanji presojevalci zdravstvenega stanja, prizadevanja za ozdravljenje in ustreznosti zdravstvenega vedenja. Zato so pozitivna sporočila z motivacijskega in čustvenega vidika neprecenljive vrednosti za bolnika in njegove svojce.(5)

Pri upoštevanju zgoraj napisanega se zdravstveni delavci ne smemo izgovarjati na čas, ki je potreben za kvalitetsko komunikacijo. Slednjega je vedno premalo, zato pa se moramo potruditi, da je komunikacija kvalitetna.

## SPRETNOSTI KOMUNIKACIJE Z OSEBAMI S POSEBNIMI POTREBAMI

Osebe, ki so nas vzgajale, zlasti starši in vzgojitelji, naj bi nas naučile spretnosti komuniciranja tudi z osebami s posebnimi potrebami. Laikom lahko toleriramo. Vsekakor pa je nedopustno, da tega ne obvlada sleherni zdravstveni delavec. Če smo razumevajoči in sočutni do nekoga, nas razlike zblížajo z njim. Način, kako vzgojitelji in starši govorijo o ljudeh s posebnimi potrebami, vpliva na to, kako otrok gleda nanje.

Že otroka je potrebno naučiti, da so osebe s posebnimi potrebami ljudje kot drugi, le da se v svojem življenju srečujejo s težavami, ki jih drugi nimajo in imajo zato posebne potrebe. Ko govorimo o osebi s posebnimi potrebami se je potrebno izogibati izrazom, ki jih razvrednotijo, kot npr. izraz prizadet otrok, naj se nadomesti z izrazom – otrok s posebnimi potrebami. Pri komunikaciji z osebo s posebnimi potrebami naj se jo ogovarja neposredno, ne preko spremljevalcev. Če oseba za gibanje uporablja voziček, se k njej sklonimo, da poteka komunikacija iz oči v oči, ravno tako je pomembno, da se tako približamo otroku. Pozorni moramo biti, če oseba potrebuje pomoč pri transportu in jo ponudimo. V primeru, da ima oseba govorne težve, si moramo zanj vzeti več časa, še žlasti, če se sporazumeva s pomočjo nadomestne komunikacije npr. s tablo, mapo s simboli ali s komunikatorjem. Nikoli ne govorimo namesto te osebe ali ji vsiljujemo odgovore. Po potrebi ji postavimo krajša vprašanja, da komunikacija hitreje teče. Značilnosti dobre komunikacije so: pozorno poslušanje, sočutno poslušanje, premislek pred izjavo, sporazumevanje tudi s telesno govorico, obziren govor primeren okoliščinam, molk ob pravem času (10).

## SKLEP

Strokovni delavci, ki se ukvarjamo z otroci in mladostniki z motnjo v duševnem in telesnem razvoju smo se za to odločili zavestno, starši (družina) pa se v takšni situaciji znajdejo nehote. Že ko smo se odločali za ta poklic smo vedeli, da ne bo enostavno.

Od odnosa zdravstvenih delavcev, do otroka in staršev otroka, je odvisen njihov odnos do nas.

Dober odnos je predpogoj za timsko delo v korist otroka.

Podatki v raziskavi so me sprva presenetili, nato pa sem ugotovila, da niso daleč od resnice. Mislim, da bi podobne podatke lahko zasledili v večini panog (upravne enote, šolstvo, sociala, ipd), kar kaže na nek fenomen v težavah oz. pomankljivosti komunikacije na sploh. Pa vendar ne gre iskati izgovorov



in posploševanj. Če začnemo tako, bomo iskali krivca drugod, sami pa ne bomo naredili nič, da bi komunikacijo izboljšali.

Smo zdravstveni delavci ! Zazrimo se vase, vsak posameznik ve, da se je odločil za poklic, kjer naj nebi bilo etično ravnanje omejeno zgolj na delovno mesto, postati mora del tebe, da te osrečuje – in ob tebi druge. Za takšno delo se je potrebno pripravljati, vzgajati in »graditi« na sebi vsak dan; takšno delo nebi smelo postati služba ampak poseben način življenja.

*Vedno obstaja delček sveta, ki ga lahko popravimo  
- sami sebe.*

**Gabriel Marcel**

### **Literatura in viri**

1. Pjerina MAHOR, *Temelji medicinke etike in deontologije*, Zavod republike slovenije za šolstvo in šport, Ljubljana 1993
2. Hermina DAMJAN, *Otroške nevrolohije*, zbornik predavanj, *Medicinski razgledi*, Ljubljana 1998; 362 -367
3. Hermina DAMJAN, *(Re)habilitacija otrok z okvaro živčevja*, zbornik predavanj *11. dnevi rehabilitacijske medicine*, Inštitut republike Slovenij za rehabilitacijo, Ljubljana 17. in 18.marec 2000; 21 – 30
4. Klavdija KRUŠEC, *Medicinska sestra pri delu z otroki s posebnimi potrebami v Centru za usposabljanje invalidnih otrok Janka Premrla Vojka Vipava*, Vipava 9.marec 2007, *Zbornica zdravstvene in babiške nege*, Ljubljana 2007 (38 – 45)
5. Anica MIKUŠ KOS, *Sodelovanje s svojci obolelih otrok*, Tipograf Maribor 1996; 7 -18
6. Dev. M. RUNGAPADIACHY, *Medosebna komunikacija v zdravstvu*, Educy Ljubljana 2003
7. *Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami*. Uradni list republike Slovenije 3/2007
8. *Zakon o osnovni šoli*, Uradni list republike Slovenije 23/2005
9. Anita OSTRŽ, Mojca STERLE, *2. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, Pojem okupacije v delovni terapiji*, Portorož 27.-29.marec 2003, ZDTS Ljubljana 2003; 159 – 164
10. Anka AUERSPERGER, Marijana MARKOVIČ, *3. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, Delovna terapija in okolje*, Radenci 8.-10. junij 2006, ZDTS Ljubljana 2006; 55 – 63
11. Richard H.GREEN, *Nov način komunikacije*, Alpha center, Ljubljana 1993
12. Milena Rogelj, *Otrok in mladostnik z nevrološko boleznijo*, ZZNS Pediatrična sekcija, Bled, 6.in7. april 2000; 39 – 45
13. Lea ŠUC, *1. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, Delovni terapevt in klient*, Maribor 17.-19.maj 2001, ZDTS Ljubljana 2001; 67 – 74
14. Silva BAJDE, *1. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, Delovni terapevt in klient*, Maribor 17.-19.maj 2001, ZDTS Ljubljana 2001; 75 -85
15. Matej PELJHAN, Breda LESKOVŠEK, *Defektologica slovenica, Specialna in rehabilitacijska pedagogika*, Centerkontura, Ljubljana, september 2004; 65 - 67



# SVETOVANJE IN KOMUNIKACIJA Z DOJEČIMI MATERAMI

Mag. Bernarda Drobnik Renko, spec.klin.psih.  
Splošna bolnišnica Celje

## IZVLEČEK

V prispevku je obravnavan odnos med zdravstvenim delavcem in materjo dojenčka, zlasti v smislu svetovanja materi glede dojenja otroka. Odnos med zdravstvenim delavcem ter materjo je profesionalni odnos, hkrati pa tudi človeški odnos, v katerem veljajo etična in profesionalna načela.

Pri svetovanju materam veljajo načela učenja odraslih ter komunikacijske zakonitosti, s pomočjo poznavanja katerih lahko izboljšamo učinkovitost tovrstnega svetovanja.

Predstavljene so metode in tehnike učinkovite komunikacije med doječo materjo ter zdravstvenim osebjem, ki je v vlogi svetovalca za dojenje oz. hranjenje otroka kot so tehnika informiranja, poslušanja, postavljanja vprašanj, reševanja problemov, povzemanja ipd.

**Ključne besede:** dojenje, matere, svetovanje, komunikacija

## 1. UVOD

Zdravstveni delavci v pediatriji so pogosto tudi v vlogi svetovalcev glede hranjenja otroka, bodisi z dojenjem oz. z nadomestki materinega mleka. Za ustrezno svetovanje je v prvi vrsti pomembno bogato znanje o dojenju. Komunikacija s starši v pediatrični ambulanti je v osnovnih aspektih podobna komunikaciji s pacienti v zdravstvu nasploh. Svetovanje doječim materam je do neke mere tudi specifično v tem smislu, da gre za neke vrste posrednost: svetovanje materi, da bo ravnala čim bolj v korist otroka. Matere so glede hranjenja otroka pogosto negotove in občutljive in glede na uspešnost hranjenja otroka včasih presojujejo celo lastno materinsko sposobnost.

Svetovanje prevečkrat razumemo kot dajanje nasvetov. Dober svetovalac je tisti, ki daje malo nasvetov in rešitev, ampak človeka usmerja na poti do rešitve problema. Če je potrebno, lahko ponudimo predloge (npr. možnosti so...).

Pri komunikaciji s starši moramo izhajati iz predpostavke, da ima vsakdo ima pravico do svojih misli, čustev, stališč in ravnanja. Spoštovanje nekoga kot osebe je predpogoj sprejemanja in profesionalnega odnosa (Nelson-Jones, 1996). Mati ima pravico, da se odloča v skladu s svojimi sposobnostmi, vrednotami in načeli (npr. da doji na določen način ali sploh ne doji).

Mater ne moremo in ne smemo siliti v to, da bi dojile tako dolgo in na tak način, kot bi bilo priporočljivo. Skušajmo odstranjevati ovire, ki preprečujejo, da bi matere dojile, kot želijo. Materam ponudimo toliko informacij, da bodo lažje izbrale primeren način hranjenja in ravnanja z otrokom.

## 2. METODE

S temo sem se začela ukvarjati potem, ko je v zadnjih letih s promocijo dojenja postalo le – to neke vrste sinonim za kvaliteto materinstva. S ciljem poviševanja števila doječih mater ter podaljševanja trajanja dojenja je zdravstveno osebje včasih matere preveč sililo k dojenju ali uporabljalo svetovalne tehnike, ki niso bile učinkovite. Vse to lahko ima prav nasproten učinek od zelenega.

Sama pri svojem delu s starši poled drugih uporabljam zlasti metode poslušanja, aktivnega poslušanja, reševanja problemov ter informiranja.

### Svetovalne spretnosti

Svetovalne spretnosti ter tehnike učinkovite komunikacije so nujno orodje pri delu svetovalca za dojenje. Uporaba teh veščin omogoča materam podporo in učenje, ki sta v pomoč pri razvijanju njihovega zaupanja



v svoje materinstvo in dojenje. Stopnja podpore in nasvetov, ki jih svetovallec nudi materi, je odvisna od svetovalčevega pristopa. Odrasle osebe pri učenju potrebujejo občutek, da imajo kontrolo nad situacijo in rezultatom. Zato pristop, ki uvaja sodelovanje matere in svetovalca za dojenje, pospešuje proces učenja in rasti pri materi. Tak pristop tudi povečuje verjetnost, da bo mati pripravljena sprejeti nasvete svetovalca. Dobro razumevanje učinkovitih svetovalnih veščin in strategij komunikacije svetovalcu za dojenje pomaga pri izobraževalnem in podpornem delu z materami (Lauwers, 2002).

### Učenje odraslih

Matere, zlasti prvorodke, se ob otroku na neformalen način naučijo ogromno novih vsebin – o razvoju, hranjenju, negi ipd. zato je smiselno, da pri komunikaciji z materami zdravstveni delavci upoštevajo načela učenja odraslih.

- Matere se bodo največ naučile, če bodo aktivne. Zato je pristop »učiti se« boljši kot »biti poučevan.« Svetovallec in mati skupaj izdelata »načrt« rešitve problema.
- Smiselno je napredovati v tempu, ki ga narekuje otrok.
- Ustvarjanje klime, primerne za učinkovito učenje:  
Svetovallec skuša ustvariti pozitiven vtis:
  - izraža zaupanje vase,
  - pripravljen je za izmenjavo znanja in izkušenj,
  - sposoben je vzpostavljati primerne odnose z ljudmi,
  - pripravljen se je prilagajati,
  - ima smisel za humor,
  - ima bogato znanje,
  - izraža navdušenje (entuziazem),
  - deluje naravno (neformalno),
  - izraža spoštovanje do ljudi, ki jim svetuje,
  - vzpostavlja pogoste očesne kontakte,
  - njegova govorica telesa je pozitivna,
  - njegov izgled je čist in urejen,
  - njegov govor je glasen in razločen.
- Individualizacija svetovalčevega pristopa k vsaki diadi mati-otrok: (specifičnost vsake matere in otroka, materino družbeno in osebno okolje, svetovallec uporablja jezik, ki je podoben materinemu, se prilagodi materinim interesom in smislu za humor, gradi svoje aktivnosti glede na reakcije matere).
- Oцени materino pripravljenost za učenje:
  - a. učenje je učinkovitejše, če svetovallec izkoristi »za učenje najprimernejši trenutek«,
  - b. pri izbiri primerne trenutka za učenje upošteva materino in otrokovo zdravje ter fizično počutje, materino zaupanje vase in čustveno stanje.
- Ravni učenja: besedno posredovanje informacij, slikovne ponazoritve, diskusija, izkustveno učenje.

### Komunikacija s starši

Komunikacija je oddajanje in sprejemanje sporočil.

Sprejemanje sporočil temelji na kombinaciji treh dejavnikov:

1. 7 % informacij posredujejo izgovorjene besede (vsebina govora).
2. 38 % informacij posreduje ton glasu.
3. 55 % informacij posreduje govorica telesa.

- Vsebina govora:

Izogibamo se negativni terminologiji in negativnim predstavam, ki jih lahko izzovejo besede (npr. besedi ampak, morate). Za pogovor o neustreznih postopkih mater izbiramo besede in fraze, ki ne



prizadevajo njihovega zaupanja vase. Izogibamo se besedam, ki ocenjujejo dejanja kot uspešna/neuspešna, prav/narobe. Izogibamo se nejasnim sporočilom. Obogatimo besedna sporočila z demonstracijo, pisnimi navodili in vizualnimi ponazorili, kar vse prispeva k boljšemu razumevanju.

- Ton glasu:

Način govora naj ustvarja prijetno, toplo, nekoliko humorno atmosfero.

Primerna je zmerna glasnost govora (ne preglasno ne pretiho).

Primerna je zmerna hitrost govora (ne prehitro ne prepočasi).

Primerna je srednja višina tona. Glas naj se ne povišuje, čeprav je svetovalec jezen ali vznemirjen.

- Govorica telesa:

Zajema razpon od zavestnih gibov do nezavednega reagiranja.

Lahko je značilna za določene kulture, zato se je treba prilagoditi udeleženkam, s katerimi delamo.

Nasmeh:

Ustvarja toplo in vzpodbudno vzdušje.

Sprosti udeležene matere in vzpodbuja nasmeh tudi pri njih.

Očesni kontakt:

Oči so v procesu izmenjave informacij najpomembnejši sestavni del govornice telesa.

Izraža svetovalčevo željo po komuniciranju.

Ustvarja toplo, varno in vzpodbudno klimo.

Učinkovito vpliva na ljudi.

Priporočljivo ga je vzdrževati najmanj 85 % časa.

Nesposobnost vzpostavljanja očesnega stika negativno vpliva na ljudi.

Drža telesa:

Sproščena in naravna drža ustvarja toplo in vzpodbudno klimo:

Svetovalec sedi ali stoji vzravnano, s celimi stopali na tleh.

Roke so spuščene ob telesu (če sedi, so na kolenih).

Odrta drža telesa kaže na človekovo odprtost v komunikaciji.

Prekrižane roke ali noge izražajo nezainteresiranost in čustveno distanco.

Oddaljenost od matere: zavzeti je treba položaj, ki ni niti preblizu niti predaleč od matere – pri tem upoštevamo reakcije matere.

Višina (nivo), na katerem oseba stoji ali sedi, izraža, kdo ima večji vpliv in nadzor nad situacijo.

Če je svetovalec/svetovalka po višini na istem nivoju kot mati, ima le-ta občutek kompetentnosti in zaupanja vase

Dotik.

Lahko ustvarja toplo in vzpodbudno klimo

Svetovalec/svetovalka ga uporabi v pravem trenutku in v pravem kontekstu

Mamo je potrebno vprašati, če dovoli dotik dojke ali otroka

## Nekatere svetovalne tehnike in spretnosti

### 1. Informiranje matere:

- Svetovalec pojasnjuje, kako kaj deluje in kakšni so vzroki.
- Korigira napačne predstave in ravnanja.
- Svetuje ustrezne vire pomoči.
- Primer: »Ko Vaš otrok doji, to stimulira živčne končiče, kar vzpodbudi proizvodnjo mleka. Zato ...«.



## 2. Poslušanje:

- Pasivno poslušanje: omogoča svetovalcu pridobiti informacije, potrebne za razjasnitev obravnavane situacije. Omogoča opazovanje matere in otroka. Svetovalec naj ob tem vzdržuje očesni stik, odprto držo, mirne geste, premori molka ali besede »Da« ali »Mhm«
- Aktivno poslušanje (poslušanje z razmišljanjem): svetovalec/svetovalka s svojimi besedami pove, kako je ona razumela, kar je mati želela povedati.

## 3. Postavljanje odprtih vprašanj:

- Uporabljajo se vprašanja, na katera ni mogoče enostavno odgovoriti z »da« ali »ne«
- svetovalec/svetovalka naj postavlja vprašanja, ki se začenjajo z »Kdo, kaj, kdaj, kje, zakaj, kako, kako veliko, kako pogosto...«
- Primer: Namesto vprašanja »Ali vaš otrok doji dovolj pogosto?« raje vprašajmo »Kolikokrat v 24 urah doji vaš otrok?«

## 4. Osredotočanje (fokusiranje):

- tehnika je koristna, kadar mati načne neko drugo temo
- svetovalec/svetovalka se drži teme, kar omogoča, da razišče oz. strne različne aspekte teme in jo pripelje do povzetka
- pri ponovitvi se osredotoči na en bistven poudarek
- Primer: »Povejte mi kaj več o ...«

## 5. Reševanje problemov:

- Svetovalec pomaga materi, ki ima konkreten problem.
- Najprej je treba problem jasno definirati.
- Preiskati je treba možnosti, kaj bi še lahko bil problem.
- S potrjevanjem in zavračanjem možnih problemov je treba voditi mater do tistega problema, ki ga želi rešiti.
- Namesto na vse možne se omejita na dve ali tri rešitve.
- Določita časovni načrt za realizacijo.
- Spremljata realizacijo, da bi preverila, ali je načrt realen oz. ali so potrebna dodatna navodila.

## 6. Pomirjanje:

- Svetovalec/svetovalka nudi materi pogled »z druge strani«
- materi pomaga videti situacijo kot normalno
- materi daje vedeti, da se bo situacija izboljšala

## 7. Interpretacija

- je uporabna, kadar svetovalec/svetovalka natančno razume, kaj je bilo povedano
- z besedami izrazi čustva, ki jih je mati izrazila
- Primer: »Skrbi Vas, da Vaš otrok ne bi dobil dovolj mleka!«

## 8. Odkrivanje močnih točk:

- svetovalec/svetovalka pomaga materi k odkrivanju močnih točk nje same in njenega otroka
- zmanjšuje pomen negativnih dejavnikov (npr. materinih težav ali šibkosti)
- priklic prijetnih spominov
- Primer: »To ste izpeljali resnično dobro!«

## 9. Povzemanje:

- svetovalec/svetovalka naredi povzetek pomembnih ugotovitev
- preleti bistvene poudarke in poudari najpomembnejše informacije
- ponovi načrt aktivnosti, če je bil dogovorjen
- svetovalcu/svetovalki daje povratno informacijo, da je pravilno razumel/a mater



- najbolj učinkovito je, kadar povzetek naredi mati (npr. »Poglejmo: zato, da bi imeli čim več mleka, ste naredili kaj?«)

### 3. PREGLED LITERATURE

Pregledala sem veliko strokovne literature s področja dojenja ter s področja psihologije ter andragogike, a gre očitno za interdisciplinarno področje, zato nisem našla veliko člankov. Priročniki in revije o dojenju se osredotočajo predvsem na fiziološke in biokemične vidike dojenja, na tehnike in pripomočke za učinkovito dojenje, na morebitne bolezni matere in otroka, ki ovirajo dojenje, ipd. S področja komunikacije z bolniki je veliko literature, a se le redko ukvarja s specifičnim področjem svetovanja doječim materam, ki niso bolne in ki iščejo nasvete v korist otroka. Še največ tovrstnih vsebin sem zasledila v gradivih mednarodnega usposabljanja za svetovalce za laktacijo (International Board Certified Lactation Consultant, IBCLC), ki zadnja leta poteka tudi v Sloveniji.

### 4. RAZPRAVA

Ocenjujem, da je večina zdravstvenih delavcev ob ustrezni strokovni usposobljenosti z vidika svoje specialnosti premalo izobražena na področjih odnosa z bolniki, etike dela z bolniki, komunikacije, reševanja problemov v interakcijah, dela s posebnimi kategorijami pacientov. Poleg poznavanja splošnih načel komunikacije in ravnanja z ljudmi bi bila potrebna tudi specifična znanja (npr. ravnanje s konfliktnimi pacienti, kako postavljati pacientom meje, kako pomirjati razburjene paciente in zaskrbljene svojce ipd). Osebe zdravstvene nege se običajno najprej sreča s takšnimi situacijami. Usposobljenost s tega področja je potrebna tudi v funkciji preprečevanja stresa in izgorelosti pri zdravstvenih delavcih.

### 5. SKLEP

Mednarodno usposabljanje za svetovalce za laktacijo zadnja tri leta pripravlja usposabljanja za mednarodne pooblaščené svetovalce tudi pri nas in med vsebinami so tudi svetovalne spretnosti. Pričakujemo lahko, da se bodo udeleženci izobraževanja, ki je obsežno in izkustveno, dobro usposobili za vlogo svetovalcev doječim materam.

Na vseh ravneh zdravstva bi bilo potrebno več dodatnega strokovnega usposabljanja s področja ravnanja, odnosa in komuniciranja z bolniki in sicer v izkustveni in kontinuirani obliki, po možnosti z predstavitvijo svojih primerov. tovrstne oblike učenja so najbolj učinkovite in vplivajo na spremembo človekovih ustaljenih ravnanj in navad. To je namreč področje, od katerega je v veliki meri odvisno zadovoljstvo pacientov, pa tudi zdravstvenega osebja.

#### Literatura in viri

1. Hill P.D., Aldag J.C., Chatterton R.T., Zinaman M. Psychological Distress and Milk Volume in Lactating Mothers. *Western Journal of Nursing Research*, 2005, 27 (6), 676-693.
2. Lawrence R. *Breastfeeding: A Guide for Medical Professionals*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1994.
3. Lauwers J. *Counseling Skills*. V: Walker M (ed.). *Core curriculum for lactation consultant practice*, 2002.
4. Walker M, ed. *International Lactation Consultant Association: Core curriculum for lactation consultant practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2002.



## KOMUNIKACIJA KOT EDEN IZMED DEJAVNIKOV, KI VPLIVAJO NA DOLŽINO DOJENJA

*Mojca Jereb-Kosi, dr. med., spec. pediatrije, Marjana Kugonič, dipl. med. sestra  
JZ Zdravstveni dom Celje, Otroški dispanzer*

### IZVLEČEK

#### Izhodišča

Kljub dokazom o koristi dojenja za zdravje matere in otroka, ostaja odstotek dojenih otrok v starosti 6 mesecev pod zastavljenim ciljem. Največji upad dojenja se pojavi v prvih štirih tednih po porodu. Skrb za zdravo rast in razvoj otrok od rojstva dalje izvajamo zdravniki specialisti pediatri in splošni zdravniki s strokovnimi sodelavci na primarni ravni v skladu s programom preventivnih sistematičnih pregledov.

#### Metode

Uporabljena je bila analiza kratkega anketnega vprašalnika. V vzorec so bile zajete matere otrok, ki so v času opravljanja raziskave pripeljale svojega otroka na preventivni sistematični pregled pri starosti dveh do štirih mesecev v Zdravstveni dom (ZD) Celje. Z vprašalnikom smo želeli preveriti njihovo zadovoljstvo s svetovanjem ob namenskem pregledu v starosti dveh mesecev in ugotoviti, ali so matere prepričali o pomembnosti dojenja za zdravje otroka.

#### Rezultati

V anketi sodelujoče matere so bile zadovoljne z dobljenimi informacijami pri svetovanju v otroškem dispanzerju.

- 57 % mater je pred porodom pričakovalo, da bo otroka dojilo vsaj 12 mesecev, saj imajo zelo pozitivno stališče do dojenja in menijo, da je materino mleko najkvalitetnejša hrana za otroka.
- 48 % mater, ki so sodelovale v anketi, je samo dojilo, 25 % otrok je bilo hranjenih po steklenički, 13 % otrok je bilo dojenih z dodajanjem adaptiranega mleka, 4 % so že uživali gosto hrano.
- Večina mater namerava dojit vsaj 6 mesecev, samo 3 % jih je mnenja, da bodo dojile manj.
- Samo 57 % mater, ki so sodelovale v anketi meni, da otrok do 6 mesecev ne potrebuje druge hrane, kar 30 % jih meni, da bo otrok potreboval dopolnilno prehrano prej.
- Na vprašanje o smiselnosti dojenja po odhodu v službo jih le 48 % meni, da je to potrebno tudi po izteku porodniškega dopusta.

#### Zaključki

Dojenje dokazano otroku zagotavlja najboljše zdravje in razvojne ter psihosocialne učinke. Vsi, ki izvajamo preventivne sistematične preglede otrok v prvem letu življenja, bi se morali za kvalitetno svetovanje za dojenje stalno izobraževati in spremljati rezultate svojega dela.

***Ključne besede: spodbujanje dojenja, preventivni sistematski pregledi, zdravnik v osnovnem zdravstvenem varstvu, svetovanje***

### ABSTRACT

#### Background

Despite growing evidence of the benefits of prolonged breastfeeding for mother and infant health, the rate of breastfeeding at infant age of 6 month remains below the goal. The greatest decrease in the breastfeeding rate occurs during the first 4 postpartum weeks.

#### Methods

Short questionnaire analysis method was used to conduct the survey. The sample included mothers whose babies have come to routine preventive health check at the age of two to four months in Otroški dispanzer





Celje. The aim of the survey was to check their satisfaction with consultations at the babies age of two months and to determine the effectiveness of breastfeeding promotion in our institution.

## Results

Mothers who took part in the survey were generally satisfied with the information they received during routine check-ups.

- As a result of their positive attitude towards breastfeeding and knowledge of the benefits for the infant, 57 % of the mothers were planning during their pregnancy to breastfeed for at least 12 months.
- 48 % of the mothers have exclusively breastfed their babies, 25 % of the infants were bottle-fed, 13 % were breastfed and received milk formula and 4 % were already eating solid food.
- Most of the mothers plan to breastfeed for at least 6 months; only 3 % want to cease earlier.
- Only 57 % of the mothers, who have taken part in the survey, believe that exclusive breastfeeding covers all the needs of an infant during the first 6 months, 30 % plan to introduce additional food before the infant reaches that age.
- 48 % of the mothers plan to continue breastfeeding after returning to work.

## Conclusions

Breastfeeding ensures the best possible health as well as the best developmental and psychosocial outcomes for the infant. Every health care worker who conducts routine preventive visits up to the age of one year should continue his education and monitor his work in order to provide the best possible counsel.

**Key words:** *breastfeeding promotion, routine preventive visit, primary care physician, counseling*

## UVOD

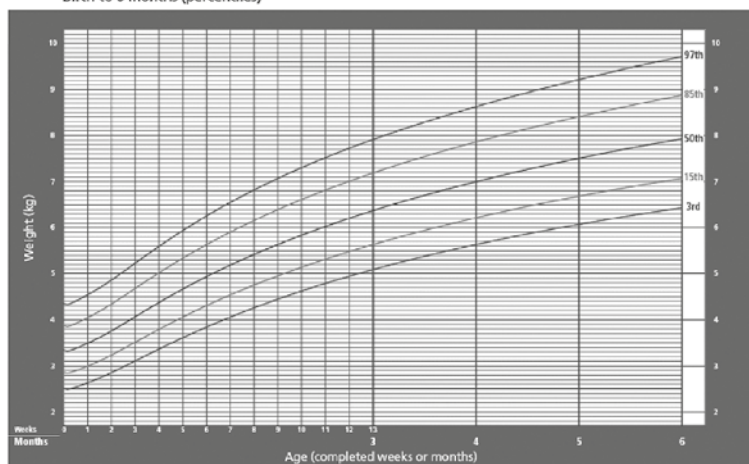
Rast in razvoj otrok od rojstva dalje spremljamo zdravniki specialisti pediatrije in splošni zdravniki s svojimi sodelavci v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1). Namen teh pregledov je ocena telesne rasti in razvoja, ugotavljanje telesnega in duševnega zdravja, omogočanje optimalnega razvoja, izvajanje ukrepov za ohranitev in krepitev zdravja ter odkrivanje negativnih socialnih dejavnikov in nezdravih življenjskih navad v družini. Individualno svetovanje o prehrani je ena najpomembnejših zdravstveno vzgojnih vsebin teh pregledov. Pomen dojenja za zdravje otrok je v navedenem dokumentu premalo poudarjen. V Sloveniji zadnjih deset let Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja (NOSD) uspešno uveljavlja priporočila pediatričnih strokovnih združenj, Svetovne zdravstvene organizacije in Unicefa, naj bodo otroci izključno dojeni prvih šest mesecev, nato pa ob ustrezni dopolnilni prehrani vsaj do enega leta in še dlje.

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, WHO) je letos aprila objavila standarde rasti dojenčkov in otrok do petega leta starosti, ki naj bi jih uporabljali po vsem svetu. Temeljijo na dolgotrajnem spremljanju otrok in dojenčkov, ki so se prehranjevali skladno s sprejetimi mednarodnimi prehrabnimi

standardi, torej so bili dojeni prvih šest mesecev. Standardi jasno kažejo, da se lahko vsi otroci, ne glede na raso, enako dobro razvijajo, če imajo primerno prehrano. Z njihovo pomočjo lahko tudi zgodaj odkrijemo težave s prehranjevanjem, ki pestijo populacije po celem svetu, zlasti podhranjenost in debelost (2). Standardi so dosegljivi na spletni strani WHO ([www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth)). Za ilustracijo objavljam percentilni krivulji rasti telesne teže za dečke in deklice v starosti 0 – 6. mesecev.

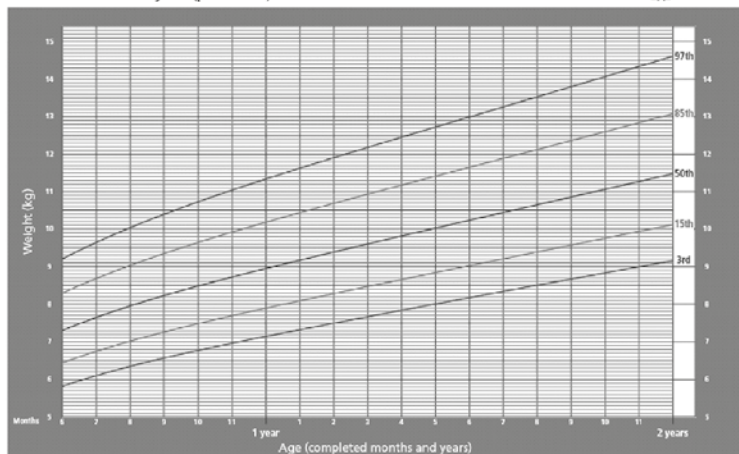
### Weight-for-age BOYS

Birth to 5 months (percentiles)



**Weight-for-age GIRLS**

6 months to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Kljub dokazom o koristi dojenja za zdravje matere in otroka, ostaja odstotek dojenih otrok v starosti 6 mesecev pod zastavljenim ciljem (3, 4). Največji upad dojenja se pojavi v prvih štirih tednih po porodu (5). Vzroki za to so kompleksni. Matere, ki bolj zgodaj prenehajo z dojenjem, večkrat poročajo o pomanjkanju zaupanja v svojo sposobnost dojenja, težavah z dojenjem zaradi bolečih bradavic ali nezadostnem sesanju dojenčka, občutku, da imajo premalo mleka in o pomanjkanju spodbujanja s strani zdravstvenega osebja v zgodnji poporodni dobi (5).

Prvi preventivni obisk pri zdravniku v osnovnem zdravstvenem varstvu bi bilo potrebno svetovati prej kot v starosti enega meseca (6). Opazovalne študije nakazujejo, da lahko dodatno usposobljen zdravnik med sistematičnimi preventivnimi obiski s spodbujanjem dojenja in strokovno podporo pri premagovanju težav doseže, da se zviša delež izključno dojenih otrok (7, 8). Za uspešno delo potrebujemo ustrezno izobraževanje in praktične izkušnje.

Ameriška akademija za pediatrijo (AAP) je februarja 2005 posodobila priporočila za dojenje zdravih donošenih otrok (6), ki jih lahko smiselno uporabljamo tudi pri nas. Pediatri naj spodbujanja, zaščite in podpore dojenju ne izvajajo le v svojih ambulantah, temveč širše, v bolnišnicah, zdravstvenih izobraževalnih ustanovah in v širši skupnosti, da bo dojenje sprejeto kot kulturna norma. Odločna drža pediatrov glede dojenja ima osnovo v številnih objavljenih dokazih o boljšem zdravju in hitrejšemu razvoju dojenih otrok in njihovih mater. Priporočila so strnili v naslednjih točkah:

1. Pediatri in drugi zaposleni v zdravstvu naj priporočajo materino mleto za vse otroke, pri katerih ni kontraindicirano. Staršem naj nudijo celovite, sodobne informacije glede prednosti in tehnik dojenja in jim tako omogočijo informirano odločitev o dojenju.
  - Kadar ni možno neposredno dojenje, naj bo otrok hranjen z izbrizganim materinim mlekom. Ob ugotovitvi kontraindikacije za dojenje presodimo, če ni morda samo začasna in v tem primeru priporočimo črpanje mleka za ohranjanje laktacije. Vsaka odločitev za prekinitev dojenja mora biti skrbno pretehtana ob upoštevanju prednosti dojenja in tveganjih v primeru hranjenja z nadomestki.
2. Praksa obporodne nege naj vzpodbuja začetek in ohranjanje dojenja.
  - Za uspešno dojenje je pomembno izobraževanje obeh staršev pred porodom in po njem. Materi sta podpora in vzpodbujanje očeta v veliko pomoč pri začetku dojenja in med morebitnimi kasnejšimi težavnimi obdobji.
3. Zdravim novorojenčkom je potrebno takoj po porodu omogočiti neposreden kožni stik z materjo, dokler ni vzpostavljeno prvo hranjenje.
4. Nadomestki (voda, oslajena voda, mlečna formula in druge tekočine) za novorojenčka niso priporočljivi, razen če zdravnik presodi, da obstaja za to medicinska indikacija.
5. Uporaba dude za dojenčka med uvajanjem dojenja ni priporočljiva; uporabljajo naj jo šele, ko je dojenje že dobro vzpostavljeno.
  - Pri nekaterih dojenčkih lahko uporaba dude oteži vzpostavitev dojenja, pri drugih pa lahko pokaže na težave z dojenjem, ki zahtevajo dodatno oskrbo.
  - To priporočilo se ne nanaša na uporabo dude za oralno stimulacijo in spodbujanje sesanja pri negi nedonošenčkov in drugih novorojenčkov, ki zahtevajo posebno nego.
6. Matere naj prve tedne dojijo 8- do 12-krat na dan in ponudijo dojko vsakič, ko otrok nakaže lakoto. Jok je pozen znak lakote. Vzpostavljanje dojenja je uspešnejše, če je možno 24-urno sobivanje matere in otroka v porodnišnici. Ob vsakem podoju naj doji iz obeh dojk, začenja naj vsakič na drugi. Nezahtevnega dojenčka je potrebno prve tedne zbujati za hranjenje, če so od zadnjega podoja minile



štiri ure.

- Število hranjenj se lahko zmanjša na 8-krat dnevno, ko je dojenje dobro vzpostavljeno, toda otrok lahko frekvenco spet poveča med zagoni rasti, ali ko si želi več mleka.
7. Usposobljeni negovalci naj dvakrat dnevno formalno ocenijo in zabeležijo dojenje, vključno s položajem, sesanjem in prenosom mleka.
    - Materine beležke o številu in trajanju podojev, uriniranju in odvajanju otroka med bivanjem v porodnišnici in v prvih dneh doma lahko pomagajo pri oceni dojenčkovega napredovanja.
  8. AAP priporoča, da vse dojene novorojenčke, stare od 3 do 5 dni, pregleda pediater. Pregled naj obsega: beleženje telesne teže, klinični pregled z oceno hidracije in zlatenice, pregled materinih dojk, oceno dojenja. Izguba tel. teže za več kot 7% porodne teže nakazuje možne težave pri dojenju, to pa zahteva dodatno oceno dojenja.
  9. Dojeni otroci naj bi imeli drugi ambulantni pregled v starosti 2 ali 3 tednov. Namenjen je nadzoru pridobivanja teže in dodatni podpori materi.
  10. Pediatri in starši naj se zavedajo, da izključno dojenje zadošča za optimalen razvoj in rast v prvih 6 mesecih življenja in nudi dodatno zaščito pred driskami in okužbami dihalnih poti. Dojenje naj se nadaljuje vsaj do starosti enega leta in dalje, dokler si to želita mati in otrok.
    - Dodatno hrano, bogato z železom, je potrebno uvesti postopno, ko je otrok star približno 6 mesecev. Nedonošenčki, prelahki in slabokrvni dojenčki lahko potrebujejo dodajanje železa že pred to starostjo. Železo lahko dodajamo tudi med izključnim dojenjem. Včasih bo potrebno začeti z uvajanjem dopolnilne prehrane že po četrtem mesecu, nekateri dojeni otroci pa je ne sprejmejo pred osmim mesecem.
    - V prvih šestih mesecih materino mleko navadno zadošča za zadostno hidracijo dojenčka tudi v vročih podnebnih razmerah, zato dodajanje drugih tekočin večinoma ni potrebno.
    - Daljše trajanje dojenja ugodno vpliva na zdravje in razvoj otroka in matere (še posebej s podaljševanjem obdobja neplodnosti in s tem omogoča optimalen interval med obdobji nosečnosti).
    - Zgornja meja trajanja dojenja ne obstaja, prav tako ni dokazov o psihološki škodljivosti nadaljevanja dojenja v 3. letu starosti ali še dlje.
    - Dojenčki, mlajši od enega leta, ki niso več dojeni, naj ne dobivajo kravjega mleka. Hranjeni naj bodo z mlečnimi formulami, obogatenimi z železom.
  11. Vsi dojeni otroci naj začnejo v prvih dveh mesecih življenja uživati 200 IU vitamina D na dan. Z vnosom nadaljujemo, dokler poraba hrane za dojenčke, bogate z vitaminom D, ne preseže 500 ml na dan.
    - Materino mleko sicer vsebuje manjše količine vitamina D, toda te niso dovolj velike za preprečevanje pojava rahitisa. Izpostavljanje otroka UV B žarkom bi sicer omogočilo zadostno sintezo vitamina, vendar je kratkoročno (opekline) in dolgoročno (kožni rak) tveganje preveliko, da bi svetovali izpostavljanje otroka soncu. Uporaba krem z zaščitnim faktorjem zmanjša sintezo vitamina D v koži.
  12. V prvih šestih mesecih naj otrok ne dobiva dodatnega fluora. Do 3. leta starosti svetujejo dodajanje glede na koncentracijo fluora v pitni vodi, zobnih pastah in drugih virih.
  13. Vzpostavljanje dojenja je uspešnejše, če mati in otrok spita čim bližje skupaj.
  14. Kadar je potrebna hospitalizacija doječe matere ali dojenčka, moramo omogočiti nadaljevanje dojenja, če to ni možno, pa hranjenje otroka z izbrizganim materinim mlekom.

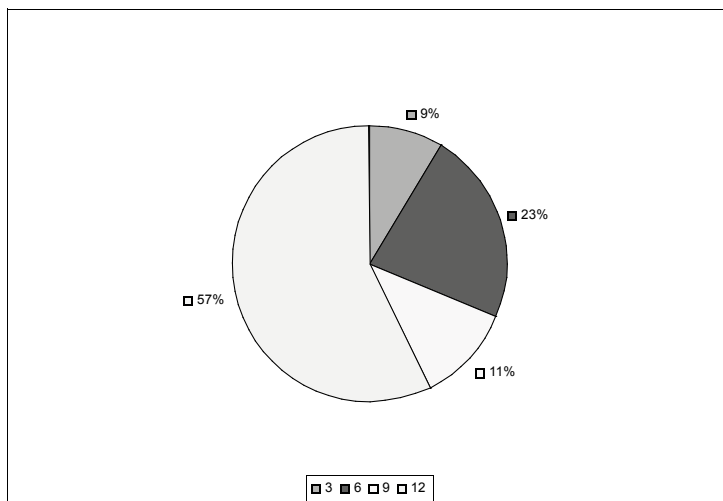
## Metode

Uporabljena je bila analiza kratkega anketnega vprašalnika. V vzorec so bile zajete matere otrok, ki so v času opravljanja raziskave pripeljale svojega otroka na preventivni sistematični pregled pri starosti dveh do štirih mesecev v Zdravstveni dom (ZD) Celje. Z vprašalnikom smo želeli preveriti njihovo zadovoljstvo s svetovanjem ob namenskem pregledu v starosti dveh mesecev, ki ga v našem dispanzerju izvajajo diplomirane medicinske sestre in ugotoviti, ali smo matere prepričali o pomembnosti dojenja za zdravje otroka.

## Rezultati

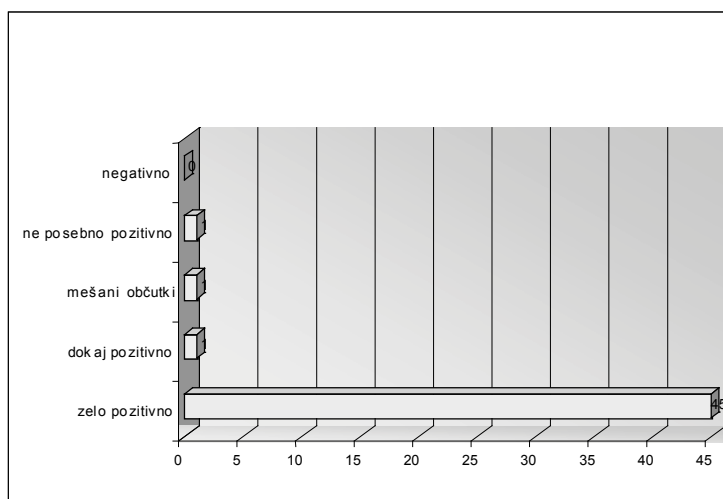
Anketne vprašalnike je ustrezno izpolnilo 47 mater otrok, starih dva do štiri mesece, v času od februarja do marca 2006, ki so prišle na sistematski preventivni pregled. To je bil praviloma njihov drugi obisk v posvetovalnici, vse so obiskovale šolo za starše v našem ZD. Vse so rodile v novorojencem prijaznih porodnišnicah (NPP).

V anketi sodelujoče matere so bile vse razen ene zadovoljne z dobljenimi informacijami. Stare so bile od 21 do 39 let, 70 % jih je zaposlenih, polovica jih je rodila prvorojenca. Otroci so bili stari dva do štiri mesece.

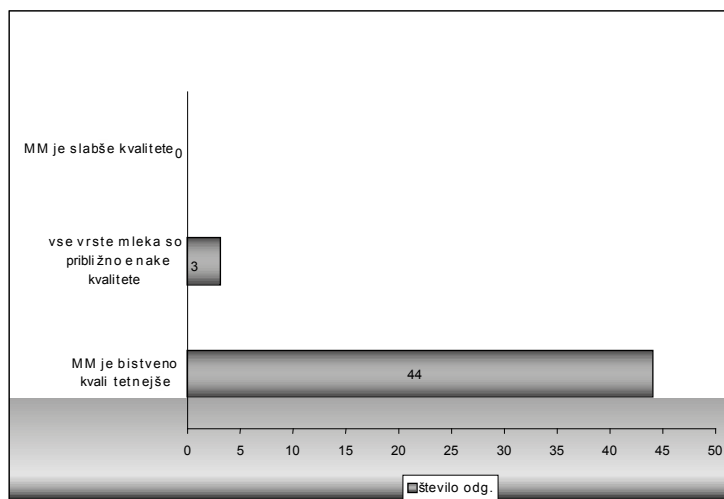


Graf 1. Pričakovanja glede trajanja dojenja(v mesecih).

Pred porodom je 57 % mater pričakovalo, da bo otroka dojilo vsaj 12 mesecev (graf 1), saj imajo zelo pozitivno stališče do dojenja (graf 2) in menijo, da je materino mleko najkvalitetnejša hrana za otroka (graf 3).

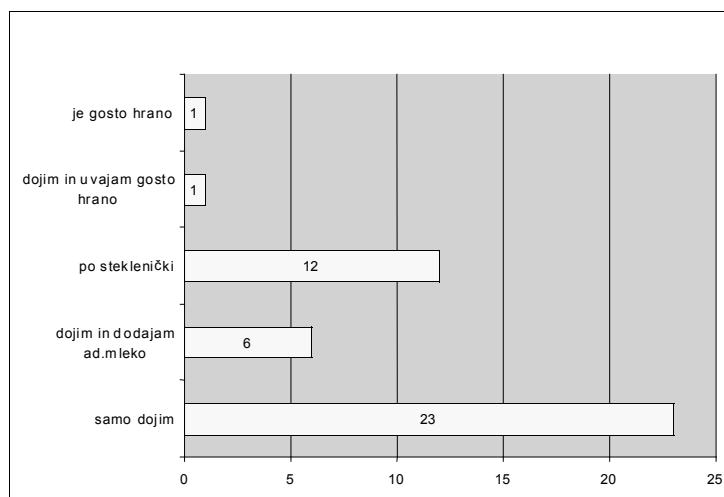


Graf 2. Mnenje mater o pomembnosti dojenja.



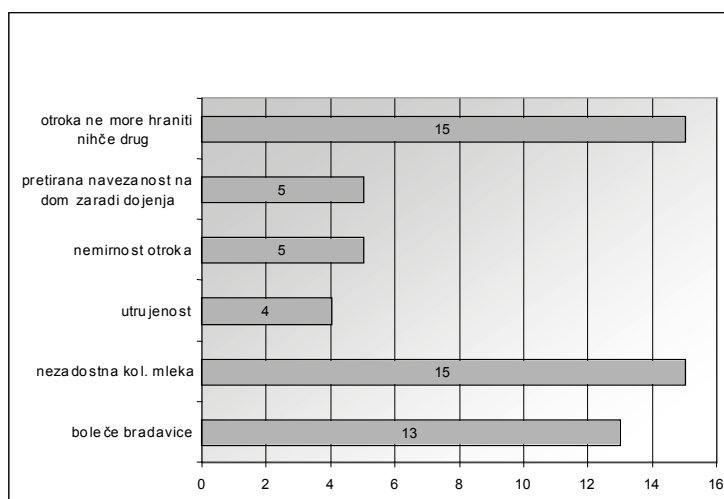
Graf 3. Mnenje o kvaliteti materinega mleka.

Matere so teoretično dobro poučene o pomenu dojenja za zdravje, niso pa še vse pripravljene dojiti toliko časa, kot jim priporočamo.



Graf 4. Načini trenutnega hranjenja otroka.

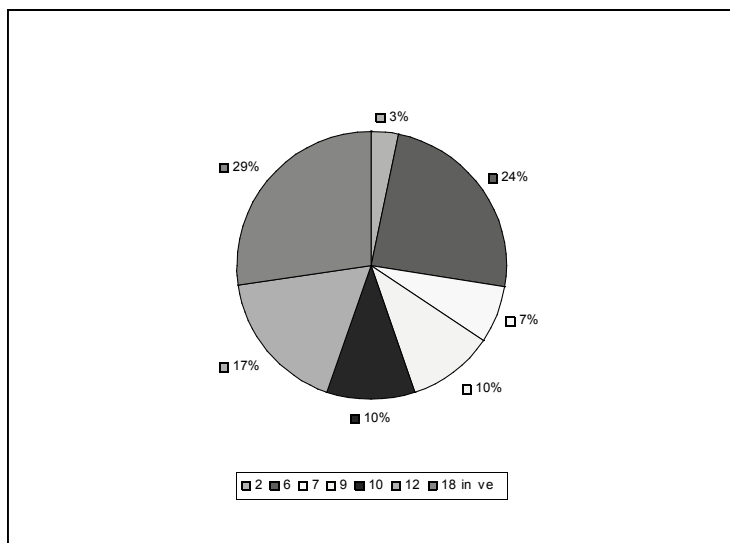
Samo dojilo je 48 % mater, ki so sodelovale v anketi, 25 % otrok je bilo že hranjenih po steklenički, 13 % otrok je bilo dojenih z dodajanjem adaptiranega mleka, 4 % so že uživali gosto hrano (graf 4).



Graf 5. Težave, s katerimi se matere srečujejo pri dojenju

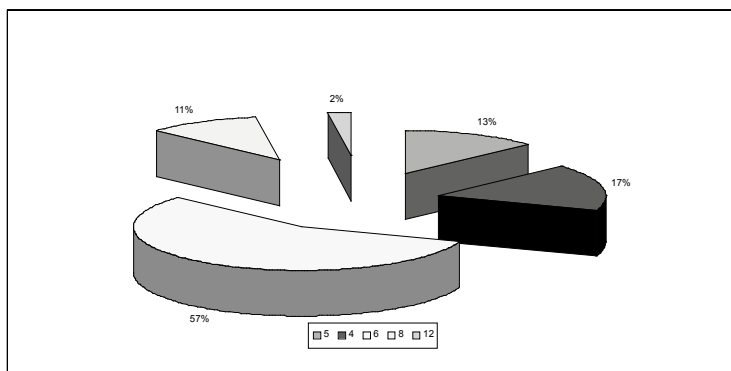


V anketi sodelujoče matere najpogosteje skrbi, da imajo premalo mleka, moti jih, ker otroka ne more hraniti nihče drug, težave jim povzročajo tudi boleče bradavice (graf 5). To so znani razlogi, ki lahko privedejo do prehitre opustitve dojenja (5, 8). Za uspešnejše svetovanje ob teh težavah bo potrebno stalno dodatno izobraževanje vseh, ki svetujemo staršem.



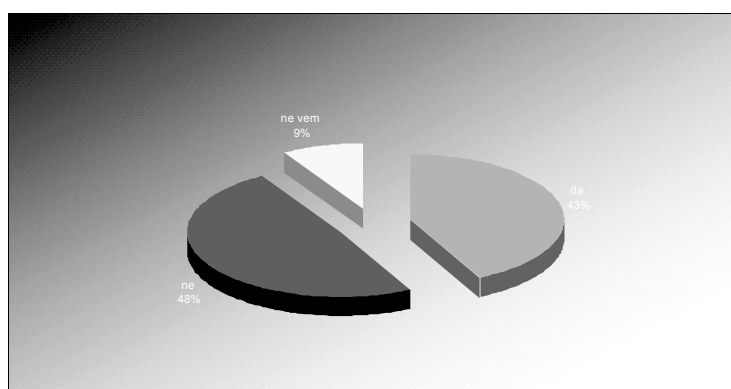
Graf 6. Nameravan čas dojenja (v mesecih).

Večina mater namerava dojiti vsaj 6 mesecev, samo 3% jih je mnenja, da bodo dojile manj (graf 6).



Graf 7. Mnenje o primerni starosti otroka do kdaj naj bo samo dojen (v mesecih).

Samo 57% mater, ki so sodelovale v anketi meni, da otrok do 6 mesecev ne potrebuje druge hrane, kar 30% jih meni, da bo otrok potreboval dopolnilno prehrano prej (graf 7).



Graf 8. Mnenje o dojenju po odhodu v službo.



Na vprašanje o smiselnosti dojenja po odhodu v službo jih le 48% meni, da je to potrebno tudi po izteku porodniškega dopusta (graf 8).

Te ugotovitve so nas razočarale. Ob usklajenem svetovanju, ki ga izvajamo v zadnjih letih v ginekoloških dispanzerjih, šolah za starše, porodničnicah, patronažnem varstvu v domačem okolju in otroških dispanzerjih, za starše nismo bili dovolj prepričljivi. Vedno bolj spoznavamo, da je svetovanje za zdravje kompleksen proces.

V ZD Celje smo individualno svetovanje o pomenu dojenja, ki ga izvajamo ob vsakem preventivnem sistematičnem pregledu v prvem letu otrokove starosti, dopolnili s pogovorom v manjši skupini staršev, ki je postal del namenskega pregleda v starosti dveh mesecev. To je manj formalna oblika izmenjave mnenj kot predavanja ali individualno svetovanje zdravstvenega delavca ob rutinskem sistematičnem pregledu. Staršem, ki obiskujejo naš dispanzer, želimo nuditi podporo pri razvijanju zaupanja v uspešno dojenje in starševstvo.

Pomembno je, da poteka zdravstvena vzgoja za dojenje kot interaktivna dejavnost, s kombinacijo različnih oblik in metod dela, ki morajo biti prilagojene materam in njihovim partnerjem.

Nosilci zdravstvene vzgoje se moramo zavedati, da pri svojem delu, predvsem pri svetovalnem delu v skupinah svetujemo zdravim ljudem, ki pa izhajajo iz različnega delovnega ali življenjskega okolja, ter tudi z različnimi značilnostmi življenjskega obdobja.

Matere oz. starše moramo pri svetovalnem delu pravilno informirati o prednostih dojenja, spoštovati njihova stališča in jih s spodbujanjem in podporo voditi do uspešnega dojenja. Pri svojem delu uporabljamo literaturo z razumljivimi, a ne predolgimi informacijami, posredujemo jim članke v ženskih in družinskih revijah ter naslove internetnih strani o dojenju, prehrani...V svoje delo vključujemo metode kot so: razgovor, demonstracija, delo z besedilom, igranje vlog in druge.

Dve naši dipl. med. sestri se dodatno izobražujeta, da bosta kot svetovalki za laktacijo IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) še dopolnili naša prizadevanja v spodbujanju, podpiranju in promociji dojenja.

## Zaključki

Dojenje dokazano otroku zagotavlja najboljše zdravje in razvojne ter psihosocialne učinke. Vsi, ki izvajamo preventivne sistematične preglede otrok v prvem letu življenja, bi se morali za kvalitetno svetovanje za dojenje stalno izobraževati in spremljati rezultate svojega dela.

## Literatura in viri

1. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni 1998. Ur l RS 19/98
2. WHO. WHO Child Growth Standards. 2006; Dosegljivo na ([www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth)).
3. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD003517.
4. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millenium. *Pediatrics* 2001; 110: 1103-09.
5. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associate with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003; 112: 108-15.
6. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496-506.
7. Taveras EM, Ly R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Opinions and practices of cliicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113(4). Dosegljivo na: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/4/e283](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/4/e283).
8. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau P, Schelstraete C et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clincians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115: 139-46.







**I. SKLOP**

**MOTIVACIJSKI**

**DEJAVNIKI ZA KAKOVOSTNO**

**ZDRAVSTVENO NEGO V ZDRAVSTVENI**

**NEGI OTROKA IN MLADOSTNIKA**





# MOTIVACIJSKI DEJAVNIKI ZA KAKOVOSTNO ZDRAVSTVENO NEGO MED DIPLOMIRANIMI IN SREDNJIMI MEDICINSKIMI SESTRAMI

*Jožica Rešetič, dipl.m.s.; univ.dipl.org., spec.  
Splošna bolnišnica Novo Mesto, Otroški oddelek*

## POVZETEK

Naloga v začetku predstavi materialno in nematerialno motivacijo, v drugem pa odgovori na postavljeni cilj, ki se nanaša na motivacijo med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Novo mesto. Celostna naloga pa govori o motivaciji za kakovostno zdravstveno nego med medicinskimi sestrami. Pri tem gre za vprašanje, ali so diplomirane in srednje medicinske sestre predane svojemu delu in koliko se prizadevajo doseči zastavljene cilje zavoda, pa čeprav so ti še tako preprosti, kot je na primer želja po večjem zaslužku, dobrih medsebojnih odnosih in zadovoljstvu pri delu.

**Ključne besede:** *kakovost; motivacija; medicinska sestra*

## UVOD

Motiviranje (Možina, 1990) je en izmed pomembnih procesov v upravljalni funkciji pripravljanja izvajanja, je proces spodbujanja delavcev z določenimi sredstvi, da bodo z zadovoljstvom in z lastnim pristankom opravili dane naloge. Rozman, Kovač in Koletnik (1993) menijo, da je motivacija zbujanje potreb ali pa zavesti o potrebi ob sočasnem nakazovanju možnih rešitev za njihovo zadovoljevanje. Podobnega mnenja sta Florjančič in Paape (2002), ko govorita, da je motivacija zbujanje hotenj (motivov) človeka, da bi z delovanjem zadovoljeval (svoje) potrebe oziroma dosegal cilje, Menim, da motivacija ni neodvisna od družbe in okolja, ampak je družbeno pogojena.

Lipičnik (1998) poudarja, da za uspešno delo mora biti človek motiviran. Le zadovoljen posameznik lahko osebno raste ter je optimalno ustvarjalen v organizaciji, ki je naravnana k odličnosti. Zato poskušamo z uporabo različnih motivacijskih teorij vplivati na posameznika ali skupino za doseganje boljših rezultatov dela in osebnega zadovoljstva. Menim, da je ljudi z močno potrebo lažje motivirati kot tiste, pri katerih je ta potreba manjša.

Z raziskavami so že večkrat potrdili (Kutzschenbach, 2000), da so zanimivost dela, odgovornost pri delu, interes ter priznanje velikokrat pomembnejši kot sama plača. Med pomembne motive uvrščamo tudi: možnost napredovanja, zavest o pomembnosti našega dela, razumevanje nadrejenih in njihovo spoštovanje do dela, ki ga opravljajo. Torej so poleg motivov, ki vplivajo na učinkovitost in kakovostno storitev dela, zelo pomembni tudi sami odnosi med osebami v delovni skupini, še posebno odnos med nadrejenim in podrejenim.

Poleg znanja, spretnosti in navad (Uhan, 1999) je za uspešno opravljanje kateregakoli poklica oziroma česar koli v življenju potrebna motivacija. To velja še posebej za vodilni, vodstveni in strokovni kader na ključnih področjih. Če želimo uspešno motivirati sebe in druge (Denny, 1997), se moramo z motivacijo seznaniti, jo poznati, uresničevati ter neprestano ohranjati osnove večšine motiviranja. Poznati moramo motivacijske dejavnike in njihov vpliv na ljudi oziroma na zaposlene. Uhan (1999) poudarja, da če veste, kaj motivira ljudi, imate na razpolago najmočnejše orodje za ravnanje z njimi. Menim, da so motivatorji v rokah voditeljev, vprašanje je le, če jih znajo uporabiti.

Predmet proučevanja seminarske naloge je pomembnost vpliva motivacije na opravljanje kakovostne zdravstvene nege med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Novo mesto. Tako kot v ostalih zavodih se tudi v Splošni bolnišnici Novo mesto srečujemo s pomanjkanjem motivacije med medicinskimi sestrami. Odločilni dejavnik je prav gotovo kakovost medsebojnih odnosov, upoštevanje produktivnosti in raznolikosti posameznika v zavodu.

Namen te seminarske naloge je predstavitev materialne in nematerialne motivacije, ker sta med



seboj tesno povezani in medsebojno odvisni. Cilj seminarske naloge je s pomočjo intervjuja pridobiti oceno dejanskega stanja motivacije med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami ter preučiti glavne motivacijske dejavnike. S teoretičnim znanjem s področja človeških virov, medsebojnih odnosov in motivacije ter z empirično raziskavo na podlagi intervjuja bom podala podrobnejšo analizo oziroma interpretacijo glede na vprašanja, ki bodo zajeta v intervjuju.

Da bi dosegla želeni cilj, sem izvedla intervju je s tremi diplomiranimi in tremi srednjimi medicinskimi sestrami na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto, sicer pa so se vprašanja nanašala na materialno in nematerialno motivacijo. Na začetku naloge sem na kratko predstavila in opredelila motivacijo. V nadaljevanju je opisan konkretni primer raziskave. Sledi obdelava in analiza glede na vprašanja v intervjuju. Na osnovi le-teh bom skušala podati priporočila za dvig motivacije med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami za kakovostno zdravstveno nego.

## 1. MOTIVACIJA

Motivacijo (Everard in Moris, 1996) lahko opredelimo kot »doseganje rezultatov z ljudmi« ali »dobliti iz ljudi najboljše«. Hkrati govorita, da je druga definicija nekoliko bolj priljubljena, kajti »najboljše« kar lahko ljudje ponudijo, ni nujno označeno z »rezultati«, ki jih na začetku želimo, ne smemo pa se oddaljiti od skupnih ciljev. Možina (1990) poudarja, da je motivacija ciljno opredeljena. Hkrati meni, da motivacija pomeni nekoga pripraviti do tega, da bo storil nekaj, kar si bo sam zaželel. Iz literature Lipičnik (1998) je razvidno, da je temelj vsake motivacije upanje. Menim, da je upanje je potem merilo za motiviranost ljudi. Na upanju temeljijo učinki in upanje je »gorivo, ki poganja motor«. Značilnosti motiviranega posameznika je, da motiviran človek govori o prihodnosti, kaj bo naredil ali kaj načrtuje. Preteklost uporablja le kot izkušnjo za prepoznavanje in spreminjanje priložnosti v uspeh (Denny, 1997). Zelo važno s stališča organizacije je, da so izvrševalci nalog oziroma dela visoko motivirani za kakovostno delo. Visoka motiviranost nikakor ni enostavno dosegljiva, zato je to velik problem managerjev. Motivirani ljudje bodo v organizaciji pokazali večji uspeh pri delu in bodo produktivnejši, samo delo pa bo kakovostnejše opravljeno.

### 1.1. Materialna in nematerialna motivacija

Florjančič in Paape (2002) govorita, da je treba pri motivaciji vedno upoštevati materialni in nematerialni pristop. Hkrati menita, da se izkaže drugi pomembnejši, saj človeka težko ali celo ne moremo »kupiti« z materialnimi dobrinami. Za večjo učinkovitost je možno človeka izobraziti, vzgojiti, pravilno usmeriti.... Tudi materialna stimulacija je bolj učinkovita, če je v njej motivacija tekmovanj, pohval, nagrad.... Menim, da bi težko strogo razdvojili oba pristopa in tudi izkušnje Florjančič in Paape (2002) govorijo, da kjer je zanemarjen eden ali favoriziran le eden, ni bilo optimalnih učinkov. Posledično sem ugotovila, da sta materialna in nematerialna motivacija med seboj tesno povezani in medsebojno odvisni. Ni materialne motivacije brez nematerialne in obratno.

Oblike materialne motivacije

Florjančič in Paape (2002) govorita, da je za kakovost, produktivnost in uspeh dela pomembna tudi materialna motivacija. Denny (1997) meni, da človek bo kot osnovni nosilec vsega dogajanja, od kreiranja prek realizacije in eksploatacije, pa tudi regulacije v celotnem procesu dosegel zaželene rezultate, če bo za svojo učinkovitost tudi primerno motiviran. Menim, da se kompleksna vloga človeka pri uresničevanju kakovosti mora pomembno izražati tudi v stimulativnem sistemu. Model kakovostne norme povezuje količino in kakovost. Mayer (1998) poudarja, da v modelu »kakovostne norme« je delavec normalno nagrajen s plačo in denarjem, če dosega normo kakovosti, stimulatивно nagrajen za boljšo kakovost in destimuliran tudi za količino pri slabi kakovosti, kar naj delavca, ki slabo dela, motivira za boljše delo ali pa prisili, da preneha z delom.

#### 1.2.1. Denar

Kresal (2001) govori, da je najpomembnejša značilnost denarja njegov simbol moči. Simbol moči denarja ni povezana samo z njegovo tržno vrednostjo. Ljudem pomeni tisto, kar si o njem predstavljajo. Za delavce je sicer denar še vedno dobro staro orodje motivacije, vendar je zanje izjemno pomembna



kot motivacijski dejavnik tudi njihova delovna skupina, torej mnenje sodelavcev in zadovoljstvo na delovnem mestu (Krapše, 1999). Denar sam ni vzpodbuda, razen če ima prejemnik nezadostne prihodke za svoje nujne potrebe. Denar postane glavna motivacija (Kresal, 2001), če ga ni dovolj za zadovoljevanje nujnih vsakodnevnih potreb oziroma za vsakdanje življenje.

### 1.2.2. Plača

Plača (Bizjak, 1999) zaposlenega je del končne cene (strošek) oz. vrednosti prodanega izdelka, storitve, usluge ipd. v dogovorjenem času. Kresal (2001) pravi, da delavec prejema kot protivrednost za opravljeno delo nagrado – plačo. Plače (Žnidaršič, 1996) so v vsakem obdobju in v vsakem okolju izjemno pomemben socialni, gospodarski in motivacijski dejavnik.

Denny (1997) meni, da zaposleni pričakujejo, da bodo od zavoda dobili približno tolikšno vrednost, kolikršno so zavodu dali. Če ima zaposleni občutek, da daje zavodu več, kakor od zavoda dobiva v obliki plače, se v njemu porodi občutek, neenakosti. Uhan (1999) govori, da je plača, odkar se je v človeški zgodovini pojavila kot nadomestilo za opravljeno delo, vedno predmet pozornosti. Hkrati pravi, da za tistega, ki plačo prejema, je praviloma premajhna, za drugega, ki plačo izplačuje, previsoka, a za razne združbe, vključno z državo, nevaren razlog za nastajanje sporov in tudi najhujših socialnih nemirov. Politika plač pa mora upoštevati tudi motivacijo za kakovost, tako da so zaposleni v zdravstveni negi v celotnem delovnem procesu materialno stimulirani za nenehno izboljšanje kakovosti na področju zdravstvene nege.

## 1.3. Oblike nematerialne motivacije

Verjamem, da poleg materialne motivacije kakovosti in povezovanja kakovosti z nagrajevanjem ne smemo zanemariti raznih izredno učinkovitih oblik nematerialne motivacije kot so medsebojni odnosi in zadovoljstvo pri delu. Lipičnik (1998) poudarja, da je nematerialna motivacija bolj učinkovita predvsem z izobraževanjem ter vzgojo in razvijanjem človeka kot ustvarjalca in potrošnika. Iz literature Florjančič in Paape (2002) je razvidno, da je za nematerialno motivacijo pomembno tudi organizacijsko obnašanje, še posebno tuja literatura, ga navaja in podrobneje obdeluje.

### 1.3.1. Medsebojni odnosi

Možina in Merkač (1990) govorita, da je bilo že v dvajsetih letih tega stoletja prvič ugotovljeno in predstavljeno, da so medčloveški odnosi v delovni skupini zelo pomembni in odločilno vplivajo na motivacijo zaposlenih, s tem pa na delovno uspešnost in kakovost posameznika ter produktivnost celotne skupine. Človek je družbeno bitje in ima stalno potrebo po druženju, spoštovanju, prijateljstvu, ljubezni in nasploh po sodelovanju z drugimi ljudmi. Keenan (1995) pravi, da ljudje vstopamo v medsebojne odnose, medsebojno komuniciramo in se medsebojno potrebujemo. Za vzdrževanje medsebojnih odnosov ljudje potrebujemo tako priložnosti za dajanja, kot tudi za prejemanje podpore.

Možina, Bernik, Merkač in Svetic (2000) pravijo, da s tem, ko opravljamo delo stopamo v medsebojne odnose. Na delo in vsakodnevno vodenje zaposlenih v zavodu bistveno vplivajo njegovo čutje, odnosi s sodelavci, stališče do zavoda, nenapisana pravila vodenja in to, da se teh pravil drži, njegovi predsodki o zavodu ter dogajanja med sodelavci. Lipičnik (1998) poudarja, da seznanjanje s cilji in njihovo uresničitev je gotovo pomemben dejavnik pri vzpostavljanju dobrih medosebnih odnosov in povečevanju motivacije. Napako naredim, če pozabimo, da so ljudje najbolj motivirani za delo s takimi cilji, ki so jih oblikovali skupaj in se jim zato čutijo zavezani.

### 1.3.2. Zadovoljstvo pri delu

V Vili (1994, po Herzbergu, 1966) so higienski faktorji zelo pomembni pri ustvarjanju zadovoljstva pri delu. Ljudi je treba navdušiti, motivirati in jih prepričati o koristnosti novih zamisli in strategij, da izboljšajo kakovost dela in s tem povečajo zadovoljstvo pri delu. Če hočemo, da bi bili ljudje motivirani (Možina, 1990), jim moramo omogočiti zadolžitve v tistih dejavnostih, ki jim prinašajo zadoščenje, hkrati jih moramo zavarovati pred nepotrebnimi stvarmi, ki se lahko vmešajo med izpolnjevanje njihovih nalog. Denny (1997) meni, da se ljudje kar najbolj požrtvovalno posvetijo delu, kadar so nanj ponosi in kadar jih izpolnjuje z zadovoljstvom. Podobnega mnenja je Keenan (1995), ki pravi, če želimo,



da bi dela dajala zadovoljstvo, morajo imeti delavci občutek, da delajo nekaj koristnega. Tudi sama sem mnenja, da moramo ljudem zagotoviti pravo mero samostojnosti. Pomembno je tudi, da zaposleni dobijo povratno informacijo, kako dobro delajo, kje bi lahko svoje delo še izboljšali, kar jim daje nadaljnjo spodbudo.

## 2. REZULTATI RAZISKAVE

### 2.1. Metodologija dela

Raziskava je način, kako teoretična spoznanja ustrezajo dejstvom. Najprej sem določila problem raziskave – vpliv motivacije na kakovostno zdravstveno nego. Na podlagi tega sem določila predhodne faze raziskave, kot so čas opravljanja raziskave in določitev respondentov med katerimi bom izvedla intervju. Uporabljena je bila metoda direktnega in podrobnega intervjuja. Po Lipičniku (1998) pri direktnem intervjuju vprašamo po vseh formalnih podatkih, pri podrobnem, pa intervjuvanec odgovarja na vprašanja, ki nas zanimajo. Seznam vprašanj je bil že vnaprej pripravljen in se je nanašal na motivacijo med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami. Vsi odgovori so bili skrbno zapisani. Za sodelovanje v raziskavi so bili vsi zaproseni v letošnjem januarju.

### 2.2. Potek dela

Med vsemi metodami raziskav se najpogosteje uporablja pogovor ali intervju. Intervju je pomemben predvsem zato, ker z njim prvič navežemo osebni stik s kandidatom in pridemo do mnogih podatkov. Na intervju sem se skrbno pripravila in si pripravila vprašanja. Sestava intervjuja je temeljila na postavljenih ciljnih seminarske naloge. Pred začetkom pogovora sem pripravila na intervju tudi kandidata, tako da je bil sproščen in pripravljen na pogovor. Predstava intervjuja, ki se nanaša na motivacijo predstavljenih respondentov, bo v nadaljnji analizi. (glej intervju v prilogi)

### 2.3. Opis respondentov

Respondenti so po tri diplomirane in tri srednje medicinske sestre med tridesetim in štiridesetim letom starosti. Vse medicinske sestre so ženske s srednjo in visoko izobrazbo ter zaposlene na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. Opravljajo različna dela in naloge, od enostavnih del do nadziranja in vodenja posameznih delovnih skupin enot oziroma oddelkov. Pričakovati je, da diplomirane in srednje in medicinske sestre poleg poznavanja svojega področja dela poznajo tudi področje motivacije in zadovoljstva zaposlenih v zavodu in nenazadnje sistem nagrajevanja in inovativnosti.

### 2.4. Rezultati intervjuja in predlogi

Obdelava in analiza sta opravljeni glede na vprašanja v intervjuju. Opravljena je bila oblika kvalitativne analize vsebine. Florjančič in Paape (2002) menita, da s kvalitativno raziskavo dosežemo statistično zanesljivo izmerjeno sliko motivacije med medicinskimi sestrami na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. Šele po večkratni interpretaciji odgovorov sem dobila celovito sliko. Odgovori se niso bistveno razlikovali na jezikovni in slogovni ravni ter po obsegu. Večina odgovorov je bila kratkih in so obsegali le nekaj stavkov. Preverljivost odgovorov je zaradi zapisa možna.

V nalogi bodo predstavljeni rezultati analize izjav, ki so jih podale diplomirane in srednje medicinske sestre. Zaradi majhnega vzorca respondentov ne morem posploševati svojih opažanj.

### 2.5. Predstavitev primera

Besedila odgovorov so bila oštevilčena in dobesedno pretipkana. Diplomiranim medicinskim sestram sem zastavila naslednja vprašanja iz priloženega intervjuja. (glej odgovore v prilogi)

### 2.6. Razprava

Večina vprašanih medicinskih sester meni, da je delo v bolnišnici zanimivo, vendar za svoje delo niso dovolj plačane. Iz intervjuja je razvidno, da diplomirane medicinske sestre nimajo dovolj časa, da kvalitetno opravijo delo, medtem ko ga imajo srednje medicinske sestre nekaj več. Diplomirane medicinske sestre nimajo pisnih pooblastil za svoje delo, srednje medicinske sestre pa menijo, da ga



imajo le v nekaterih primerih. V tem sklopu lahko zaključim, da se izjave diplomiranih in srednjih medicinskih sester bistveno ne razlikujejo.

Zaskrbljujoči so odgovori v drugem sklopu vprašanj, kjer diplomirane medicinske sestre menijo, da odnosi med sodelavkami ne temeljijo na sodelovanju in zaupanju, medtem ko pa sta pri srednjih medicinskih sestrah sodelovanje in zaupanje temeljna koncepta medsebojnega spoštovanja. Odnosi med diplomiranimi sestrami niso spoštljivi, medtem ko pa so ti odnosi pri srednjih medicinskih sestrah še kar spoštljivi. Iz odgovorov je razvidno, da se za skupne cilje zavzemajo vse srednje medicinske sestre, medtem ko pa se diplomirane medicinske sestre ne zavzemajo za skupne cilje, ali pa se za njih zavzemajo samo posameznice. Med diplomiranimi sestrami ne vlada sproščen odnos, pri srednjih medicinskih sestrah pa je odnos sproščen, ni pa ustvarjalen. V tem sklopu lahko zaključim, da so odnosi med srednjimi medicinskimi sestrami bistveno boljši kot pa med njihovimi diplomiranimi kolegicami.

Odgovori na tretja vprašanja me ne presenečajo, saj so tako diplomirane kot srednje medicinske sestre odgovorile, da za svoje delo niso primerno plačane in niso zadovoljne s svojo plačo. Njihova plača je nižja od primerljivih zavodov. Inovativnost je neopazna in ni nikoli nagrajena. V tem sklopu lahko zaključim, da se odgovori med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami bistveno ne razlikujejo. Menim, da mora vodstvo bolnišnice in odgovorni manager za zdravstveno nego posvetiti več pozornosti plačam in inovativnosti zaposlenih. Predvsem zato, da bodo ti bolj motivirani za doseganje rezultatov in ciljev zavoda.

### 3. SKLEP

Menim, da je motiviranost medicinskih sester za kakovostno zdravstveno nego velikega pomena. Visoko motivirane medicinske sestre bodo v zavodu pokazale večji uspeh pri delu, samo delo pa bo opravljeno bolj kakovostno.

Iz razprave, ki sem jo opravila po izvedenem intervjuju med medicinskimi sestrami na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto je možno sklepati, da spoštovanje, soodločanje, ugodna delovna klima, primerna plača ter vpljudni medsebojni odnosi motivirajo skoraj vse udeležence v delovnem procesu za doseganje večjega delovnega učinka in skupnih ciljev. Dejstvo je, da se dobri medsebojni odnosi ne razvijejo sami od sebe, ampak se je zanje potrebno potruditi, jih zavesno graditi, razvijati in urejati. Verjamem, da sem dosegla zastavljeni cilj, zato predlagam, da za dobre medsebojne odnose, zadovoljstvo pri delu in primerne plače, zavod ne upošteva le zakonske ureditve, temveč tudi močne vodilne osebnosti in sposobne kadre, ki bodo oblikovali ekipe, motivirali ljudi in ustvarjali klimo za demokratizacijo odnosov.

V prihodnosti je potrebno kader še bolj izobraziti na področju motivacije in skozi nova pridobljena znanja uresničevati njene zakonitosti, kar bi lahko privedlo do popolnega zadovoljstva tako kolektiva kot tudi posameznikov v zdravstveni negi. Nekdo je zapisal: »Kakovost se začne in konča z izobraževanjem. Izobraževanje je srce kakovosti.« Pri dobrem, pravilnem (materialnem in nematerialnem) motiviranju zaposlenih v zdravstveni negi je še dovolj možnosti za obogatitev dela in dinamični razvoj kakovostne zdravstvene nege.



## PRILOGE

### Priloga A: Vprašanja za intervju

#### INTERVJU PRI TREH DIPLOMIRANIH IN TREH SREDNJIH MEDICINSKIH SESTRAH

##### 1. zadovoljstvo pri delu

- moje delo je zanimivo,
- za delo sem primerno plačana,
- imam dovolj časa, da kvalitetno opravim delo,
- imam dovolj pooblastil za opravljanje svojega dela.

##### 2. medsebojni odnosi zaposlenih

- odnos med sodelavkam temelji na sodelovanju in zaupanju,
- sodelavke imamo med seboj spoštljiv odnos,
- vse se zavzemamo za uresničevanje skupnih ciljev,
- med zaposlenimi vlada sproščen in ustvarjalen odnos.

##### 3. nagrajevanje in plača

- za svoje delo sem primerno nagrajena,
- s svojo plačo sem zadovoljna,
- moja plača je primerljiva s plačami podobnih zavodov,
- moja inovativnost je ustrezno nagrajena.

#### Literatura in viri

1. Bizjak, Franc. *Oblikovanje plače nekoliko drugače*. Ljubljana: ITEO, 1999.
2. Denny, Richard. *O motivaciji za uspeh*. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1997.
3. Everard, Bertie in Geoffrey Morris. *Uspešno vodenje*. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo, 1996.
4. Florjančič, Jože in Bjorn Paape. *Organizacija in management*. Kranj: Moderna organizacija, 2002.
5. Keenan, Kate. *Kako motiviramo*. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1995.
6. Krapše, Štefan. *Samoocenjevanje kakovosti zdravstvenega zavoda- metodologija priznanj RS za poslovno odličnost*. Ljubljana: Dedalus, 1999.
7. Kresal, Barbara. *Pravna ureditev plače*. Ljubljana: Bonex založba, 2001
8. Kutzschenbach, Claus. *Suvereno vodenje ljudi in organizacij*. Ljubljana: CTU – Center za tehnološko usposabljanje, 2000.
9. Lipičnik, Bogdan. *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
10. *Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport*, 1998.
11. Mayer, Janez. *Ustvarjalni tim*. Ljubljana: Dedalus, 1998.
12. Možina, Stane. 1990. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1990.
13. Možina, Stane. Štefan Ivanko, Bogomir Kovač, Rudi Rozman in Bogdan Lipičnik. *Management nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta, 2002.
14. Možina, Stane. Jurij Bernik, Marjana Merkač in Aleša Svetič. *Osnove managementa*. Portorož: Visoka strokovna šola za podjetništvo, 2000.
15. Možina, Stane in Marjana Merkač. *Vodenje podjetja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1990.
16. Rozman, Rudi. *Jure Kovač in Franc Koletnik. Management*. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1993.
17. Uhan, Stane. *Načrtovanje plač*. Kranj: Moderna organizacija, 1999.
18. Vila, Antun. *Organizacija in organiziranje*. Kranj: Moderna organizacija, 1994.
19. Žnidaršič Kranjc, Alenka. *Ekonomika in upravljače neprofitne organizacije*. Postojna: Dej, 1996.





# KOMUNIKACIJA MED IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN UPORABNIKI-STARŠI IN OTROCI

*Gordana Rožman, dipl.m.s.*

*Splošna bolnišnica Novo mesto, Otroški oddelek*

## IZVLEČEK

Za nadaljnje odnose in vzpostavitev zaupanja je zelo pomemben prvi stik ob sprejemu na oddelek med medicinsko sestro, otrokom in njegovimi starši.

## 1. UVOD

V razvoju medicine je bila največja miselna zabloda, da je otrok le majhen odrasel. Otrok se bistveno razlikuje od odraslega, saj raste in se razvija. Odrasel človek je samostojno bitje, otrok pa je odvisen od odraslih. Drugačna je otrokova anatomija in fiziologija telesa.

Za otroka je neprijeten vsak odhod iz domačega okolja. Še posebej to velja za bolnišnico, saj predstavlja strah in neugodje, tako zanj kot tudi za starše. Srečujejo neznane osebe, kar povečuje njihovo negotovost. Tudi starše so zaskrbljeni in svojo negotovost prenašajo na otroka. Otrokovo razpoloženje ob prihodu v bolnišnico je odvisno tudi od individualnih razlik med otroki (temperamenta, narave bolezni, pretekle izkušnje iz bolnišnic, okolja v katerem živi, vzgoje, sposobnosti prilagajanja). Najbolj so ranljivi otroci od 6 mesecev do 4. leta starosti.

### Reakcije akutno bolnega otroka

Večina akutnih bolezni – to so nenadna kratkotrajna obolenja z izrazitimi znaki – povzroči pri otroku predhodne motnje vsakodnevnega življenjskega ritma, ki se kažejo kot pomanjkanje apetita, nespečnost, zmanjšana telesna aktivnost, nerazpoloženost. Majhni otroci postanejo razdražljivi, sitni in so zelo odvisni od staršev. Večji otroci se ne zanimajo za okolico in svojo pozornost usmerjajo na svoje telo in telesne spremembe. Pogosta reakcija na bolezen je tudi želja po pozornosti okolice, zlasti če starši kažejo prekomerno zaskrbljenost za zdravje svojega otroka.

Staršem je potrebno omogočiti, da so čim več ob otroku v bolnišnici, saj je njihov strah manjši. Tako se vzdržuje zveza med starši in otrokom ter povečuje zaupanje do dela zdravstvenih delavcev. Pomembno je, da se takrat, ko so obiski pri otroku, zares ukvarjajo z njim in ne s čim drugim. Med obiski lahko medicinske sestre zberejo še dodatne informacije o otroku, izkoristijo čas za zdravstveno vzgojno delo in čustveno pomoč staršem. Med obiski se lahko starši aktivno vključujejo v izvajanje zdravstvene nege.

### Sprejem otroka na otroški oddelek splošne bolnišnice Novo mesto

Kakovostna zdravstvena nega se začne s strokovnim in prijaznim sprejemom ter namestitvijo otroka v bolniško sobo. Ob prvem stiku je pomembno, da jih medicinska sestra pozdravi, se predstavi in prijazno nagovori. S primerno komunikacijo dosežemo medsebojno zaupanje in spoštovanje.

- Medicinska sestra na oddelku sistematično zbere podatke o otrokovem stanju glede na življenjske aktivnosti (sestrska anamneza). Otroku takoj namestimo identifikacijsko zapestnico.
- Otroku in staršem razloži dnevni red in jim pokaže prostore na oddelku. Dobijo zloženko otroškega oddelka (za telefonsko številko, za informacije... - glede na to, da je ob sprejemu preveč informacij).
- V kopalnici medicinska sestra skupaj s starši izmeri otrokovo težo in višino, ugotavlja možne negovalne probleme in ga preobleče. Vse to zabeležimo na negovalni list.
- Sledi namestitev v bolniško sobo. Medicinska sestra izmeri naročene vitalne funkcije.
- Na posege je potrebno otroka in starše psihično pripraviti. Pri tem je treba upoštevati njihovo sposobnosti razumevanja.



## **Predstavitev ankete**

Sprejem otroka v bolnišnico predstavlja velik stres za vso družino. Da bi jih lažje razumeli in ugodili njihovim potrebam, sem izvedla kratko anketo. Anketo so prejeli starši s skupaj z zloženko.

Vprašanja, ki sem jih zastavila, so bila:

1. Ali je bil vaš otrok že kdaj prej v bolnišnici? (da, ne);
2. Starost vašega otroka (0-1, 1-3, 4-6, 7-10, 11-18);
3. Koliko časa je minilo od vstopa v zdravstveni dom do namestitve v bolniško sobo?;
4. Vaši občutki pri sprejemu otroka v bolnišnico (strah, nezaupanje, jeza, negotovost, utrujenost);
5. Vedenje osebja ob sprejemu (pomirjujoče, prijazno, uradno, ukazovalno);
6. Kaj pričakujete, želite od osebja (zdravnik, medicinska sestra) pri sprejemu otroka v bolnišnico.
- 7.

## **2. REZULTATI IN RAZPRAVA**

Od 25 razdeljenih anket, je prišlo nazaj 10 izpolnjenih, kar predstavlja 40% vseh odgovorov.

1. Prvič je otroški oddelek obiskalo pet otrok, pet otrok pa je bilo že hospitalizirano pri nas.
2. Starost otroka : trije dojenčki, štirje so bili stari od 1 do 3, dva od 4 do 6 in eden od 11 do 18.
3. Čas, ki so ga potrebovali od vstopa v zdravstven dom do bolniške postelje, je trajal od 45 minut, nekateri pa so celo potrebovali 4 ure.

To si lahko razlagamo s tem, da so čakali že na izvide v zdravstvenem domu ali pa so iz okolice Novega mesta.

4. Najpogostejši občutki staršev ob sprejemu so bili strah, negotovost in utrujenost.
5. Osebje otroškega oddelka je ob sprejemu delovalo pomirjujoče in prijazno.
6. Kaj pričakujejo starši od osebja, so odgovorili: strokovnost, prijaznost, razumevanje. Predvsem pa želijo izvedeti kaj se bo z otrokom dogajalo v bolnišnici – kakšna bo terapija.

## **3. ZAKLJUČEK**

Zelo težko je, ko otrok zbolí, včasih tako, da mora v bolnišnico. Bolnišnični zdravljenje je za otroka in za celo družino zelo stresna situacija. Pomembno je, da si starši in medicinske sestre medsebojno zaupajo in sodelujejo, kajti to vpliva na hitrejše okrevanje otroka.

Rezultati ankete so potrdili, da so starši in otroci ob prihodu na oddelek utrujeni, strah jih je in negotovi, ker ne vedo, kaj se bo dogajalo z otrokom. Zato je pomembno, da je medicinska sestra pri sprejemu strokovna, pomirjujoča. Reakcija staršev je različna. Nekateri veliko sprašujejo, drugi so tiho. Medicinska sestra mora komunikacijo prilagoditi glede na situacijo, jim dati občutek varnosti in upoštevati neverbalno komunikacijo.

Odprtost bolnišnice za starše, zelo pozitivno vpliva na otroke in starše. Starši so na ta način aktivno vključeni v zdravstveno nego svojega otroka, opazijo spremembe na otroku, želijo več informacij. Medicinska sestra naj izvaja zdravstveno nego kvalitetno, kajti njeno delo je nenehno pod budnim očesom staršev.

## **Literatura in viri**

1. Pirnar M. *Vpliv medicinske sestre na počutje otroka v bolnišnici*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2004.
2. Zorec J. *Zdravstvena nega zdravega in bolnega otroka*. Maribor: Obzorja, 2005: 89-98.
3. Trstenjak J. *Pomoč otroku in staršem ob sumu na hematoonkološkem obolenju*. V: *Sodobni vidiki zdravstvene nege in zdravljenje otrok s hematoonkološkimi obolenji*. Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije-Pediatrične sekcija. Ljubljana: 18. in 19. marec 2004: 47-9.
4. Kuzma M. *Ko otrok zbolí*. Dostopno na internetu: <http://www.moj.otrok.net/zboli.htm>, 07.09.2004.



# PRVI STIK MEDICINSKE SESTRE IN BOLNIKA V AMBULANTI

Darja Plank, vms - prof. zdrav. vzg.  
Splošna bolnišnica Celje, Služba za zdravstveno nego

## IZVLEČEK

Medicinska sestra/zdravstveni tehnik (v nadaljevanju MS/ZT) je oseba, ki se prva sreča s človekom, ki potrebuje zdravstveno oskrbo ali uslugo. Prvi stik z ustanovo in / ali osebo je odločilnega pomena o predstavi in kasnejšem oblikovanju mnenja. Ustvarjanje odnosa se začne ob prvem srečanju, s pogledom, dotikom roke in informacijo. Poleg sposobnosti komunikacije mora imeti MS/ZT tudi ostale veščine psihosocialnega vedenja.

**Ključne besede:** *Medicinska sestra/zdravstveni tehnik, pacient, čakalnica, ambulanta*

## UVOD

Prvi stik z drugo osebo se zgodi zelo hitro (30 sek do 4 min) in je navadno črno – bele barve (dober ali slab) in ga kasneje dopolnjujemo. V prvih trenutkih si ustvarimo močan vtis o osebi, ki jo prvič vidimo. Značilnosti drugih ljudi si s pomočjo čutil in občutkov »zabeležimo« v nekaj trenutkih v naslednjem zaporedju: barva kože, spol, lasje, starost, postava, višina, očesni kontakt, obleka, obrazna mimika, kretnje in gibanje.

Prvi stik medicinske sestre in bolnika se običajno zgodi v čakalnici. Čakalnica je prostor, kamor človek vstopi s svojo fizično, psihično, socialno ali duhovno stisko in je eden od delovnih prostorov medicinske sestre. Ravno v tem prostoru se med zdravstvenimi delavci in bolniki začne medsebojni odnos. Zadovoljstvo bolnikov je zelo pomembno za uspešnost in učinkovitost dela v zdravstvu. Merjenje zadovoljstva ni samo instrument kakovosti, ampak tudi cilj zdravstvenega varstva. Z vzpostavljanjem stika omogočimo pretok idej, mnenj ali drobcev informacij, ki so vsebina komunikacije. V komunikaciji ni pomembno samo trenutno doživljanje ampak tudi tisto, kar se je zgodilo v preteklosti in počiva v spominu, pa tudi tisto kar se bo morda zgodilo v prihodnosti in oblikuje naša pričakovanja.

MS/ZT potrebuje poleg osnovnega bontona, strokovnega znanja, načel etičnega odločanja, osebne odgovornosti tudi sposobnost empatije, altruizma, besedne in nebesedne komunikacije, konstruktivnega reševanja konfliktov, pozitivno samopodobo,...

## Empatija

Empatija je ena od človekovih osnovnih značilnosti, ki omogočajo socialno vedenje, posameznikovo fiziološko ali/in afektivno reakcijo na opazovanje določene osebe, čustvovanje v drugega. Pojavijo se lahko različne stopnje medosebne odzivnosti – Indeks medosebne odzivnosti IRI (Davis, 1980):

- \* zavzemanje perspektive – težnja po gledanju na situacijo z vidika drugih,
- \* fantazija – vživljanje v namišljene osebe s pomočjo identifikacije,
- \* empatična skrb – občutja, sočutja, skrbi in naklonjenosti osebam, ki so v težavah,
- \* osebna prizadetost – občutja anksioznosti, napetosti, panike v določenih situacijah ali pogledu na trpečo osebo.

Empatija je ena izmed lastnosti človeka, ki jih ljudje bolj pogosto pripisujejo ženskam kot moškim. Ta stereotip se je najverjetneje razvil iz širšega prepričanja, da so ženske bolj skrbne, ljubeče in interpersonalno orientirane kot moški, kar je posledica tradicionalnih vlog spolov. Rezultati različnih raziskav so bili povezani z metodo merjenja empatije. Razlike med spoloma so kazale večjo empatičnost žensk pri uporabi metode samoporočanja, poročanja drugih, psiholoških meritev ali meritvami gest. Razlike med spoloma so bile torej večinoma posledica uporabe metod. Nasprotno pa je bilo le malo razlik med spoloma odkritih



v raziskavah, kjer so empatijo odkrivali s pomočjo fizioloških meritev. Obstajajo razlogi, da se moški in ženske razlikujejo v tem, kako empatični bi radi izgledali pred drugimi. Emocionalnost in skrb sta dva dela stereotipne ženske vloge. Zato je verjetno, da se ženske raje prikazujejo bolj v empatični ter sočutni luči kot moški.

### **Zasebnost**

Vsak uporabnik zdravstvenih storitev ima pravico do zasebnosti (Splošna deklaracija o človekovih pravicah, načela Evropske skupnosti varstvu informacijske zasebnosti, Deklaracija o bolnikovih pravicah,...). MS/ZT zavezuje tudi Kodeks etike medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov.

Pri delu se srečujemo s tremi vrstami zasebnosti (Čebulj, 1990):

- \* zasebnost v prostoru, ki se nanaša na željo posameznika biti sam, ločen od fizične prisotnosti drugih ljudi v določenem prostoru;
- \* zasebnost osebnosti, ki pomeni svobodo misli, prepričanja in izražanja le-teh;
- \* informacijska zasebnost, kar pomeni, da lahko človek zadrži informacijo o sebi, kadar hoče, oz. podatki ne smejo in ne morejo biti razkriti tistim, ki jim niso namenjeni.

### **Altruizem**

Številni avtorji izenačujejo termin »altruizem« s terminom »prosocialno vedenje«. Prvi v altruistično obnašanje vključujejo sleherno obnašanja, ki pomeni pomoč ene osebe drugi(m) osebi(am). Drugi pa iz definicije altruizma izključuje pomoč iz egoističnih pobud (npr. pričakovanje, da nam bo pomoč vrnjena) in poudarjajo čustveno motivirano pomoč (npr. pomoč iz sočutja). Izredno pomembno vlogo, kot pogoj za, in tudi med samim altruističnim dejanjem, igra socialna odgovornost. S tem razumemo nudenje pomoči ljudem, ki so od nas odvisni. Norma socialne odvisnosti ni formalna, je zgolj osebno prepričanje posameznika, da bo v določenem trenutku nudil pomoč tistemu, ki jo potrebuje. Če ta vrsta odgovornosti spada med osebne norme posameznika, bo do altruističnega dejanja skoraj zagotovo prišlo.

### **Komunikacijski proces**

Proces komunikacije se zamišlja kot elementarni proces, ki se začne v najzgodnejšem obdobju človekovega življenja. Pri človeku je najvažnejše sredstvo komunikacije jezik, ki ga projiciramo na razne oblike - govor, pisava, mediji. Toda, tudi »najprimitivnejši« gibi imajo svojevrsten pomen v komunikaciji. Z besedno komunikacijo prenašamo informacijo, z nebesedno pa stališča, emocionalni odnos do dobljene informacije ali osebe s katero komuniciramo. Nebesedno komunikacijo izražamo s statičnimi in dinamičnimi znaki. Statični znaki so: oddaljenost telesa (intimna, osebna, socialna, javna), položaj telesa, nagibanje s telesom, dotik. Dinamični znaki so: mimika obraza, telesne kretnje in geste, pogled.

Pomanjkljivosti besedne komunikacije:

- vsak človek ima svoje lastne predstave, zato poslušajo skozi lastne filtre,
- informacije so pogosto popačene zaradi razlik v razumevanju (halo efekt),
- površnost v izgovorjavi, nedokončani stavki, posploševanje (saj veš...), hitrost govora in podobno vnašajo v komunikacijsko negotovost in dvome,
- razlike v razumevanju posameznih besed (narečja, tuji jeziki, tujke,...),
- slabo poslušanje (vpadanje v besedo, dokončevanje stavkov, slišimo samo del celote, precenjujemo ali podcenjujemo sogovornika,...).

Prednosti nebesedne komunikacije:

- dopolnjuje, razlaga verbalno komunikacijo,
- pojasnjuje besede,
- dodaja pomen besedam in ga natančno določa,
- vključuje čustva, ki se kažejo na obrazu, v glasu, v kretnjah, drži, pri hoji, v urejenosti, obvladovanju prostora,...),
- povezuje (skladnost besed in govorice telesa),
- razkriva besedno komunikacijo (prihaja vedno korak pred besedami),



- zbuja asociacije,
- nakazuje občutek simpatije ali antipatije.

Pogosto je ravno nebesedna komunikacija zelo uporabna pri delu MS/ZT v ambulanti. Velikokrat mora MS/ZT v proces triažiranja pacientov odločiti prav na podlagi nebesedne komunikacije.

Pomanjkljivosti nebesedne komunikacije:

- o pomanjkljivostih težko govorimo, saj nam večinoma služi kot pomoč na poti sporazumevanja.

Albert Mehrabian je ugotovil, da je sporočilo sestavljeno iz 7% besed, 38% glasu (barva in višina glasu, glasovna modulacija ter drugi zvoki) in 55% neverbalnih sestavin.

Ena najpomembnejših veščin uspešne komunikacije je poslušanje. Sluh je proces beleženja signalov v naših možganih, neodvisen od naše volje, poslušanje pa je zavedno, ki zahteva pozornost in zbranost. Z aktivnim poslušanjem pokažemo pacientu, da je naša pozornost ta trenutek namenjena njemu, postavljamo mu vprašanja, dajemo povratne informacije, ki ga prepričajo o tem, da ga poslušamo, da nas zanima, kaj nam želi povedati.

### **Konflikt**

Konflikti so sestavni del našega dela. Poznamo tri velike skupine konfliktov:

- konflikti v skupini – glede stanja, moči, interesov, vizije in poslanstva, načina vodenja, razporeditve dobrin,....,
- medsebojni konflikti – vrednostni sistem, želje, motivi, pričakovanja posameznikov,....,
- notranji konflikti posameznika – konflikti med željo in prepovedjo, prioriteti želja, strah, pred kaznijo, vrednotami in možnostjo,....

Pri delu z bolniki na vratih ambulante postajamo spretni poslovneži, ki uporabljamo vse spretnosti opazovanja, spoznavanja, reagiranja, komunikacije, strokovnega medicinsko-etičnega odločanja, strategije ter ostalih veščin, kajti srečujemo se z ljudmi, ki dramtizirajo, so otožni, trpeči, urejeni, preplašeni, domišljavi, dvoični, pasivno-agresivni, mistični, sumnjičavi, nezaupljivi, depresivno-manični, napadalni, zasvojeni, perverzni, ... Pod pojmom »poslovnež« si marsikdo predstavlja samo poklice ekonomistov, pravnikov, inženirjev in drugih strokovnjakov, vendar ga danes ne razumemo več tako ozko. Poslovnež je človek, ki je vključen v ustvarjalno življenje in ga sooblikuje. Tudi zdravstveni delavec je poslovnež, ki so mu naložene velike in zahtevne naloge. On ne ustvarja ali proizvaja predmetov za vsakodnevno rabo, njegovi izdelki niso razstavni eksponat. Zdravstveni delavec dela z ljudmi in za ljudi. V eni osebi mora združevati vloge vzgojitelja, strokovnjaka, zaupnika in avtoritete, vodnika in še marsikaj drugega. Zdravstveni delavec, ki vidi v svojem delu to plemenito poslanstvo ne hodi v službo in nima delovnega urnika – zanj je to življenjski slog.

### **KAKO RAZUMETI STISKO PACIENTA V ČAKALNICI? KAKO JO PREPOZNATI?**

Vsi odgovori in ključ do prepoznave pacientove stike so v besedi odnos.

Beseda odnos zveni nekoliko abstraktno, težko jo je ujeti v konkreten besednjak. Odnos je predvsem osebno doživetje, na prvi pogled neopredeljiv in nemerljiv pa vendar ga je možno predstaviti tudi s stvarnimi dogajanjem. Rezultat odnosa je globina prepoznave pacientove stiske.

Odnos zdravstvenega delavca do pacienta se kaže v:

- vedenju zdravstvenega delavca; ali pacientu ponudimo stol, ali pred pacientom po telefonu razpravljamo o osebnih stvareh, ali se odzovemo na klic pacienta ali ga pustimo čakati, ali ga pred drugimi sprašujemo o njegovem zdravstvenem stanju,...
- komunikaciji; besedni (ali pacienta pozdravimo, ko ga sprejmemo, ga vprašamo po počutju, ga



nazivamo z gospod ali gospa ali samo z imenom,...) in nebesedni (drža, mimika, ton glasu, ...)

- organizaciji zavoda; čakalna doba, okolje v katerem je čakalnica, ali je na voljo telefon, okrepčevalnica, prodajalna s časopisom, telefon, kakšna so pravila naročanja.

Ob stiku MS/ZT in pacient pride do posebnega srečanja med:

- tistim, ki ima znanja in pooblastila, torej tistim, ki je močnejši (položaj, sredstva s katerimi nudi pomoč in zdravljenje, življenjske situacije) in
- tistim, ki je bolan ali njegovimi svojci – torej človekom brez specifičnih znanj za obvladovanje svoje stiske, s človekom, ki pričakuje pomoč in je odvisen.

Gre torej za odnos, ki je hočeš – nočeš asimetričen in nekako potiska zdravstvenega delavca v »nadrejeni« položaj. Res je, da je v zadnjem desetletju filozofija v zdravstvu drugačna. Gradi na partnerskem sodelovanju med pacienti, svojci in zdravstvenimi delavci. Zdravstveni delavci prispevamo svoje poklicno znanje, organizacijske in tehnične zmožnosti, pacienti in svojci pa svojo psihično energijo, sodelovanje in motivacijo v procesu zdravljenja, ki jih prinaša bolezen ali invalidnost. Partnerski odnos je danes osnovno vodilo dogajanj med zdravstvenimi delavci, pacienti in njihovimi svojci. Pa vendarle je kljub tej novi filozofiji nesimetričnost prisotna. Koliko je pa prisotna je odvisno tudi od narave bolezni in prizadetosti, od osebnosti MS/ZT, zdravnika in pacienta. Druga bistvena sestavina odnosa MS/ZT in zdravnika do pacientova je sposobnost razumevanja, sočustvovanja, odzivanja na stiske pacientov in njihovih svojcev. Ta sestavina je bolj občutljiva, težje se jo je naučiti in je odvisna predvsem od individualnih lastnosti zdravstvenega delavca.

## ZAKLJUČEK

Neodtujljiva, brezpogojna, z rojstvom pridobljena pravica je, da ravnamo s človekom, kot z bitjem, ki ima dostojanstvo. To bomo dosegli tudi na ta način, da:

- oddajajmo vedno pozitivne valove (tudi pisno in po telefonu),
- bodimo pozitivni – tudi kadar smo v stiku z negativnimi osebami,
- se z ljudmi sporazumevamo po načelih poštenja, etike in morale,
- upoštevajmo izkušnje in druge dobre lastnosti sodelavcev,
- spoštujmo sodelavce zaradi strokovnosti,
- spopadamo se s problemi in en s človekom,
- ne zaničujmo smisla za humor,
- razvijajmo in negujmo prijateljski odnos do okolja in ljudi,
- ne delajmo razlik med sodelavci,
- ne spodbujajmo nastajanja konfliktov zaradi različnih osebnih pogledov,
- obvladujmo svojo slabo voljo in je ne prenašajmo na druge,
- spore rešujmo sproti,
- bodimo dobri poslušalci,
- vzdržujmo ravnovesje med domom in službo,
- komunicirajmo sproščeno
- z znanci se ne pogovarjajmo o službenih stvareh
- posredujmo naprej samo preverjene, točne in potrebne podatke
- negujmo pozitiven odnos do podjetje
- ne obrekujemo
- če zapustimo podjetje, ne rušimo zidov za seboj
- imamo vedno plan B in se ne pomilujemo.



### **Literatura in viri**

1. Bohinc M. Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 159-63.
2. Bohinc M, Gradišam M. Informacijska zasebnost pacientov v zdravstvu. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 239-42.
3. Črep S. Prvi stik medicinske sestre s pacientom v ambulantni splošne medicine – individuum ali številka. *Bolniku zdravje – medicinski sestri zadovoljstvo. Zbornik predavanj. Celje: Splošna bolnišnica Celje, 2003.*
4. Filej B. Profesionalna načela v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2001; 35: 71-4.
5. Payne S. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy, 2002.
6. Prelesnik U, Deželak Z. Analiza zadovoljstva pacientov in zaposlenih v zdravstvenem zavodu. *Obzor Zdr N* 2003; 37: 73-5.
7. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. *Obzor Zdr N* 1992; 26: 29-32.
8. Tomšič V. Stiska bolnika v čakalnici zdravstvenega doma. *Bolniku zdravje – medicinski sestri zadovoljstvo. Zbornik predavanj. Celje: Splošna bolnišnica Celje, 2003.*



## BESEDA JE KONJ?

Matej Kocjančič, zt

Splošna bolnišnica Novo Mesto, Otroški oddelek

Beseda je temeljni kamen komunikacije med zdravimi in primerno starimi pripadniki Homo sapiens-a. Poleg golega izgovarjanja vnaprej določenega zaporedja zlogov so bistvenega pomena tudi neverbalni znaki, katere pri tem oddaja naš prelepi obrazek in naši nikoli mirujoči udi. Odprtooki človek, za kakršnega se imam, pa lahko v času, v katerem naše generacije iz kisika proizvajajo ogljikov dioksid, kljub vesplošnemu dvigu izobrazbene strukture, z lahkoto opazi mnogoštevilne besedne siromake, kateri z besednim zakladom morskega konjička nagovarjajo širše množice. Z vsem dolžnim spoštovanjem do predhodnih rodov bom v nadaljevanju z nekaj primeri na laž postavil starodavni rek, da beseda ni konj.

Vem, da bom zvenel kot kakšen impotenten 50-letnik, ampak ne morem si kaj, da ne bi najprej potarnal nad današnjo mladino in nje izrazoslovjem. Sem dolgoletni uporabnik interneta, udeleževal sem se mnogih debat, forumov, klepetalnic in drugih ročnih gobezdal, bil sem med prvimi uporabniki mnogih danes veleuspešnih portalov. Kar sem opazil v teh desetih letih internetne kariere je, da nivo jezikovne kulture nezadržno pada. Vse več je ljudi, ki se jim zdi neizmerno zabavno, če pišejo v dobesedni prekmurščini, katere razvozlavanje povprečnemu Slovencu predstavlja nepremostljivo oviro. V zadnjem času so se razvile tudi določene jezikovne subkulture in povsem normalno je postalo, če na medmrežju naletiš na takle umotvor, ki sem ga samo za vas skopiral z ene naših spletnih strani:

»čao foŁK..etoo NiNćee dußŁaa NaŁogoo da oPišee aNitKoo mojoo dRagoo Łjußawiii ...sPŁjooH newem kje d začneem hehe...boM začela kje swa se mi2 sPozNaLee ja no tKoo jst pRidm u ŠoŁo pRwi DaN aNee i tKo pride aNitaa tKo čist weseŁa i mi ReĆee čao jst sM aNitaa HeeH i to je to FoŁK ja aNitKaa mi je soŠoŁkaa (i to na šuši)«  
Ne, ne, nimate prav, to ni poročilo iranskega predsednika o bogatenju urana, niti pismo indijskega zdravilca Janezu Drnovšku. To naj bi bil izdelek povprečne slovenske gimnazijke, in verjemite – obstajajo še slabši. Najbolj grozno se mi zdi, da je oldtimer, kakršen sem sam, dokaj hitro obsojen zaplankanosti, istospolne usmerjenosti in še česa samo zato, ker nagovarja take jezikovne nad-ljudi v vsaj približno pravilni slovenščini.

Drugi primer je multinacionalka, ki se ukvarja s hitro prehrano in ki skrbi za dovolj velik vnos nasičenih maščob v naše prekrasno, slovensko telo. Pred leti smo tudi v Rudolfovem dobili podružnico in moram priznati, da v bistvu rad zahajam tja. Kar je moteče, so gotovo prodajalci in politika poimenovanja artiklov. Sam se imam za dobrega znalca angleščine, pa imam kar precej težav, ko naročam »mkfreš čabata«, zmrazi pa me, ko slišim, da poštena kmečka punca čez šank s pristnim dolenjskim naglasom vpije »dabl čiz aut«. Kar mislim si, kako zmeden je dolenjski staroselec, ki zaide v to restavracijo. Slovenščina bi morala biti pogoj za odprtje takega lokala.

Nadalje se bom spotaknil ob retoriko naših ljubih politikov. Opazil sem, da si vsake toliko izmislijo neko na moč učeno besedo, katere pomen niti njim ni jasen, in jo potem drug za drugim s papagajskim naglasom ponavljajo, dokler se pač ne izrabi in si je potrebno izmisliti novo. Preprosti hranitelji državnega proračuna jih seveda s povešeno spodnjo čeljustjo ob 19:00 brezpogojno poslušamo in se delamo, da nam je vse popolnoma jasno. Nazadnje si je v ožjem krogu skupina levo-desnih izmislila, da Slovenija ni sproščena. V enem tednu je kompletna politična elita govorila samo še o nesproščenosti, in če si hotel koga užaliti, mu ni bilo treba več reči, da je neumnež ali kreten – enostavno si ga označil za nesproščenega.

Povsem drugačno taktiko ubirajo naši estradniki. Zgodi se, da si eden izmed njih enostavno izmisli, da je na primer »Kralj slovenskega popa«. To govori tako dolgo, da celo sam verjame, da je to res, in na koncu proda veliko število plošč in ima razprodane koncerte ter snema duete s Terezo Kesovijo, samo zaradi svoje izmišljene kraljevskosti. To, da njegovi teksti vsebujejo besede, ki jih v Slovarju slovenskega





knjižnega jezika ni, in da slovenščina niti ni njegov prvi jezik, ne zanima prav nikogar.

Zanimiva so tudi razna lepotna tekmovanja, kjer prsata dekleta v zbornem jeziku na vprašanje sumljivega srednjepolnika iz komisije rada odgovorijo, da bodo v primeru zmage storile vse, da bo na svetu zavladal mir. Za moj notranji mir bi gotovo storile največ, če bi uporabljale samo neverbalne znake komuniciranja. Nekako jim bolj pristojijo.

Besede so v dejavnosti, s katero se poskušamo preživljati, v resnici pa nam le pomaga pri shujševalni kuri naših prašičkov, bistvenega pomena na vseh nivojih. Zdravstvo je zaradi svoje specifičnosti še posebej občutljivo na komunikacijske nesporazume, predvsem zaradi razumljive brezpogojne sebičnosti pacientov in na drugi strani zaradi osebja, ki je razpeto med hudim stresom in apatičnostjo. V odnosu do pacienta ne sme biti prostora za osebne stiske službujočega individuuma, še manj pa sme biti nadrejeni položaj, v katerega smo postavljeni, ventil za reguliranje domače podrejenosti, kar se v praksi nemalokrat dogaja. Žal!

Zanimivejši del besednih prevratov pa se v zdravstvu vseeno dogaja v medsebojnem odnosu osebja. Naše ustanove so izredno zanimive, ker je kadrovska zasedba večinoma ženska, delež moških pa se dviguje sorazmerno s pomembnostjo položaja. Besede se v tej situaciji uporabljajo v izjemno različnih tonih. Starejše delavke, na primer, nagovarjajo mlajše z ostrimi besedami, mlajše delavke uporabljajo bojzljive besede, tiste pred penzijo govorijo mirne in počasne besede, starejši zdravniki govorijo z močnim glasom odločne in preudarne besede, mlajši zdravniki z višjim glasom kričijo na vse vpletene s kolericnimi besedami, zdravnice so v glavnem tiho, tehniki pa ne glede na resnost situacije izgovarjamo smešne in neprimerne besede. Vsi skupaj pa se neizmerno radi pogovarjamo o tistih, ki trenutno niso prisotni. Če beseda steče o hiperprsati kolegici, ki z dežurnim zdravnikom vara svojega zapitega moža, potem v sekundi pozabimo vsa nesoglasja in med nami zavlada silna harmonija. Bodimo vendar potrpežljivi in prijazni do soljudi na vseh nivojih našega življenja in uporabljajmo prijazne besede, še posebej v službi. Kako malo je treba, da pokažeš spoštovanje do sodelavca z navadnim in iskrenim »Dober dan«. Nekaterim pa se, kot kaže, zdi, da odgovornost do sočloveka pada sorazmerno z dvigom stopnje izobrazbe. Ali ni dovolj, da je denarno nadomestilo za naše delo različno? Je treba res nekoga zaničevati na nivoju osebnosti zaradi nižje izobrazbe? Globoko sram je lahko nekatere izmed nas.

Posebno poglavje so seveda tudi srečanja Društva medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov. Na teh manifestacijah se redno pojavi predavateljica ali več njih, ki podajanja besed na ta način ni vešča. Njeno predavanje zgleda tako, da v tresoči se roki drži tipkano stran tistega, kar mi gledamo na platnu, in nam z jecljajočim se glasom dobesedno bere besedo za besedo, stran za stranjo, v stilu: »pri dajanju zdravil najprej odvijemo pokrovček, ga položimo na mizico zraven pacienta, pazimo, da se nam ne odkotali z mizice na tla, potem vzamemo žličko s svojo desno roko, pogled je usmerjen v pacienta.....« Po eni uri takih litanij sem po navadi že pošteno jezen in razmišljam, da bi rajši videl, da mi okulist naredi artroskopijo štirice zgoraj levo, kot da bi dotično kolegico še kdaj slišal predavati. Saj ni kriva sama. Vsaj polovico krivde nosi šolski sistem, ki se mu zdi bolj pomembno, da se na pamet učimo, kdaj se je rodil Rainer Maria Rilke, kot da bi nas naučili pravilno in sproščeno govoriti pred množico ljudi. Del krivde pa gotovo nosi tudi usmerjanje predavatelja k prepisovanju iz že objavljenih del, čemur se strokovno reče »navajanje virov«. Ob povabilu na predavanje sem tudi sam prejel dve strani navodil, kako predavanje pripraviti. Seveda jih nisem niti prebral. Moj vir so moji možgani, in če bi izvrstnim strokovnjakom, ki jih imamo med sabo, pustili, da povedo svoje videnje strokovnih problemov, bi bilo to gotovo bolj poslušljivo in produktivno, kot pa branje nekakšnih ultra resnic, ki naj bi bile neomajne.

Beseda pomeni veliko – lahko nekoga užali, razveseli, zaradi besede lahko nekdo umre ali pa se zaradi nje nekdo rodi, lahko spreminja svet in podira meje. Zato mi verjemite na besedo: »**Beseda je konj**«.



# PREGLED MAGNE KARTE IN UPOŠTEVANJE PRAVIC OTROK IN STARŠEV NA PEDIATRIČNIH ODDELKIH SLOVENSКИH BOLNIŠNIC

Mateja Hren viš.med.ses., univ.dipl.org.  
Pediatrska klinika Ljubljana

## IZVLEČEK

Anketa za ugotavljanje spoštovanja pravic otrok v bolnišnici je potekala v letu 2006, in sicer v okviru delovne skupine za proučitev pravic staršev hudo bolnih otrok pri Nacionalnem odboru za zdravje otrok Unicefa Slovenije, kjer sem jo izvedla na pediatričnih oddelkih nekaterih slovenskih bolnišnic. Njen namen je bil ugotoviti, kako so zagotavljene pravice otrok v otroških bolnišnicah po Sloveniji in kako se izvajajo priporočila EACH-listine.

Na podlagi anketnih rezultatov sem ugotovila, da je največ odstopanj pri zagotavljanju pravice prisotnosti staršev pri otroku, zaradi slabih bivalnih pogojev.

**Ključne besede:** otrok, pravice, magna karta, anketa.

## UVOD

Potreba po posebni skrbi za otroka je določena že v Ženevski deklaraciji o otrokovih pravicah iz leta 1924 in v Deklaraciji o otrokovih pravicah. Generalna skupščina jo je sprejela 20. 11. 1959 ter priznala v splošni deklaraciji človekovih pravic (1). Otrokove pravice so sprva predstavljale del splošnih človekovih pravic, saj je veljalo, da je otrok nezrelo šibko in nemočno bitje, ki ga mora pravo (le-to oblikujejo odrasli) zaščititi. V teh pogojih je bil otrok predvsem (ali celo izključno) objekt varstva in pravic.

Spremembe na tem področju je postopoma prineslo obdobje od 60. let dalje. Te novosti je mogoče opazovati tudi v procesu sprejemanja prvega mednarodnega pravnega dokumenta Konvencije združenih narodov o otrokovih pravicah (v nadaljevanju **KOP**), posvečenega izključno pravicam otrok. Temeljna značilnost tega dokumenta – ki je za države, ki so ga podpisale in ratificirale, pravno zavezujoč – je v tem, da izhaja iz stališča, da je otrok subjekt pravic, te se mu lahko omejijo samo zaradi posebnih, izrecno navedenih razlogov. Ti so odvisni od stopnje otrokovega razvoja in zrelosti (2).

**KOP** (3, 4) je sprejela generalna skupščina Združenih narodov z resolucijo št. 44/25, dne 20. 11. 1989, v veljavo pa je stopila 2. 9. 1990. Slovenija je ratificirala KOP leta 1992 v 56. členu Ustave Republike Slovenije, kjer je določila otrokove pravice. Najpomembnejše določbe konvencije o otrokovih pravicah (nanaša se na otroke do 18. leta starosti) so (5):

- .. Obveznost držav, da s sprejetjem vseh ustreznih ukrepov zagotovijo varstvo otrok pred vsemi oblikami razlikovanja ali kaznovanja zaradi položaja, delovanja, izraženih mnenj ali prepričanj njihovih staršev, zakonitih skrbnikov ali družinskih članov (2. člen).
- .. Glavno vodilo pri vseh dejavnostih v zvezi z otroki morajo biti otrokove koristi (3. člen).
- .. Vsak otrok ima neomejeno pravico do življenja in razvoja (6. člen).
- .. Pravica otroka do svobode izražanja (12. in 13. člen).
- .. Pravica do svobode mišljenja, vesti in veroizpovedi ter do svobode združevanja in mirnega zbiranja (14. in 15. člen).
- .. Pravica otrok do zdravstvenega varstva in izobraževanja (24. in 28. člen).

Po 24. členu KOP je otrokom priznana pravica do najvišje ravni zdravstvenih standardov in storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo.

Podobno kot na področju otrokovih pravic, smo tudi na področju pravic bolnika pričeli razvoju, ki je tekkel po poti večjega poudarjanja in uveljavljanja pravic bolnih otrok.

Temeljni evropski mednarodnopravni dokument, ki obravnava pravice bolnikov, je Deklaracija o uveljavljanju bolnikovih pravic v Evropi (6).



Ta deklaracija za države članice SZO ni pravno zavezujoča. Predstavlja pravni akt, ki ga morajo zaradi njene pomembnosti v največji možni meri države članice spoštovati in izpolnjevati njena načela. Glavno vodilo te deklaracije je stališče, da so pravice bolnikov, del človekovih pravic in posebno opredeljuje nekatere bolnikove pravice kot izjemno pomembne (2):

- .. Spoštovanje bolnika kot posameznika in spoštovanje njegovega osebnega dostojanstva.
- .. Pravica do informiranosti.
- .. Privolitev.
- .. Zaupnost (tajnost) podatkov in varstvo zasebnosti.
- .. Standardi zdravstvene nege in zdravljenja.

Pravice bolnih otrok imajo določene posebnosti, saj se le-te nanašajo tudi na otrokove starše kot njegove zakonite zastopnike.

Podrobneje se s pravicami otrok ukvarja **Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah** (v nadaljevanju **EACH**), ki je bilo ustanovljeno leta 1993. EACH (7) je krovna nevladna organizacija, ki si prizadeva za uresničevanje pravic in izboljšanje razmer v otroških bolnišnicah ter zagotavlja boljše obveščanje staršev bolnih otrok o otrokovih pravicah. Pravice v bolnišnicah zdravljenih otrok, so prvič zapisane v **Listini o pravicah otroka v bolnišnici**, ki jo je leta 1986 izdalo britansko združenje za blagor otrok v bolnišnicah (NAWCH). Leta 1988 je bila sprejeta tudi s strani EACH v Leidnu na Nizozemskem kot Velika listina (**Magna charta** oziroma **Listina EACH**). V istem letu je bila vključena v sklepe Evropskega parlamenta in leto pozneje so njeno vsebino sprejeli v KOP (8).

Listina o pravicah otrok v bolnišnicah sicer ni zavezujoč pravni akt, kljub temu pa uživa veliko moralno in strokovno veljavo, saj so njeno vsebino podprle številne ugledne institucije, med njimi Konfederacija evropskih pediatrov ter Evropski parlament (7).

## IZHODIŠČA ANKETIRANJA

**Listina EACH** otrokom v bolnišnici zagotavlja deset temeljnih pravic:

1. Otroci so sprejeti v bolnišnico samo takrat, ko oskrbe, ki jo potrebujejo, ni mogoče enakovredno zagotoviti doma ali v ambulanti.
2. Otroci v bolnišnici imajo pravico, da so njihovi starši ali skrbniki ves čas ob njih.
3. Vsem staršem mora bolnišnica zagotoviti namestitev, pomoč in spodbudo, da ostanejo. Zaradi tega starši nimajo dodatnih stroškov ali nižjega dohodka. Da bi lahko starši sodelovali pri oskrbi svojega otroka, jih je treba poučiti o urniku dela na oddelku in spodbuditi njihovo dejavno udeležbo.
4. Otroci in starši imajo pravico do informiranosti na način, ki ustreza njihovi starosti in ravni razumevanja. Zagotovijo se koraki za ublažitev telesnega in čustvenega pritiska.
5. Otroci in starši imajo pravico do informacij, da lahko obveščeni sodelujejo pri vseh odločitvah, povezanih z njihovim zdravstvenim varstvom. Vsak otrok je zavarovan pred nepotrebni zdravstvenimi posegi in preiskavami.
6. Otrokom je treba zagotoviti oskrbo skupaj z drugimi otroki, ki imajo enake razvojne potrebe in jih ne smemo nameščati na oddelke za odrasle. Za obiskovalce otrok v bolnišnici ni starostnih omejitev.
7. Otroci imajo priložnost za igro, rekreacijo in izobraževanje v skladu s svojo starostjo in stanjem, okolje je zasnovano in opremljeno tako, da zadostuje njihovim potrebam, le-te pa jim zadovoljuje tudi osebje.
8. Za otroke skrbi osebje, ki je ustrezno usposobljeno, da se odzove na telesne, čustvene in razvojne potrebe otrok in družin.
9. Tim, ki skrbi za otroke, jim zagotavlja stalno oskrbo.
10. Otroke obravnavajo obzirno in razumevajoče. Osebje vedno upošteva njihovo zasebnost.

Na podlagi desetih pravic sem izvedla anketo na otroških oddelkih v bolnišnicah. Z njo sem želela preveriti poznavanje pravic med udeleženci zdravljenja in v kolikšni meri te pravice hospitaliziranih otrok v Sloveniji upoštevajo.



## MATERIALI IN METODA

Anketiranje sem izvedla prek treh različnih anketnih vprašalnikov. V prvem vzorcu so bili zajeti hospitalizirani otroci na otroških oddelkih po slovenskih bolnišnicah. Sodelovali so otroci med sedmim in 18. letom starosti. V primeru nerazumevanja ankete, so jim lahko pomagale vzgojiteljice, ne pa starši ali medicinske sestre.

Drugi vzorec so oblikovali starši hospitaliziranih otrok od rojstva do 18. leta starosti.

V tretjem vzorcu pa so bili zajeti zdravstveni delavci treh ključnih profilov: zdravstveni tehniki, diplomirane medicinske sestre in zdravniki.

Anketiranje je potekalo v izbranih bolnišnicah, in sicer na Pediatrični kliniki Univerzitetnega Kliničnega centra Ljubljana, Kliničnem oddelku za pediatrijo v Splošni bolnišnici (SB) Maribor ter na otroških oddelkih v SB Nova Gorica, SB Slovenj Gradec, SB Jesenice in SB Novo mesto ter na Ortopedski kliniki KC in Očesni kliniki KC.

Predhodno sem se obrnila na vodilne medicinske sestre teh klinik in oddelkov ter jih prosila za sodelovanje pri izvedbi ankete. Medicinske sestre so mi posredovale podatke o velikosti in zasedenosti enote, od katerih je bilo odvisno število poslanih anket posameznim enotam.

Ankete sem poslala po pošti vodilnim medicinskim sestram, ki so poskrbele, da so jih pravilno razdelile med anketirance ter jih zbrale in po pošti vrnile.

Število poslanih in vrnjenih anket je razvidno iz spodnje tabele (Tabela 1).

Tabela 1:

<i>VRSTA ANKET</i>	<i>ANKETE OTROCI</i>			<i>ANKETE STARŠI</i>			<i>ANKETE ZDRAVSTVENI DELAVCI</i>		
	<i>poslane</i>	<i>vrnjene</i>		<i>poslane</i>	<i>vrnjene</i>		<i>poslane</i>	<i>vrnjene</i>	
ŠT. ANKET	180	120	67 %	180	126	70 %	90	85	94 %

Število vrnjenih anket, razdeljenih po starosti anketiranih otrok, ankete staršev, razdeljene po starosti otrok in zdravstvenih delavcev po profilih (Tabela 2).

Tabela 2:

<i>VRSTA ANKET</i>	<i>ANKETE OTROCI</i>			<i>ANKETE STARŠI</i>			<i>ANKETE ZDRAVSTVENI DELAVCI</i>			
	<i>7–9 let</i>	<i>9–15 let</i>	<i>15–18 let</i>	<i>0–7 let</i>	<i>7–15 let</i>	<i>15–18 let</i>	<i>PROFIL</i>	<i>Z. T.</i>	<i>DMS</i>	<i>DR</i>
ŠT. ANKET	<b>29</b>	<b>60</b>	<b>31</b>	<b>85</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	ŠT. ANKET	43	26	16

Skupaj sem poslala 450 vprašalnikov. Anketianci so vrnili 331 anket (74 odstotkov).

Anketne vprašalnike sem obdelala glede na pravice bolnih otrok, omenjenih v listini EACH, in jih prikazala opisno z uporabo relativnih števil.



## REZULTATI ANKETNIH VPRAŠALNIKOV

Analiza anketnih vprašalnikov je pokazala, da se odgovori med posameznimi bolnišnicami bistveno ne razlikujejo, zato jih nisem obravnavala ločeno po posameznih bolnišnicah. Rezultate sem prikazala združeno, glede na posamezne pravice, ki naj bi jih imeli hospitalizirani otroci:

### 1. ZAŠČITA OTROKA PRED NEPOTREBNIMI HOSPITALIZACIJAMI

Starši so v 88% mnenja, da je bilo zdravljenje njihovega otroka v bolnišnici nujno. 44% otrok je bilo tudi predhodno naročenih za sprejem, tako da so jih lahko starši pripravili na hospitalizacijo.

### 2. PRISOTNOST STARŠEV OB OTROKU V BOLNIŠNICI

Starši so v 92% izrazili, da se jim zdi potrebno, da so v bolnišnici čim več z otrokom. Od tega je 63% staršev predšolskih otrok, 25% staršev šolskih in 3% staršev srednješolcev. Možnost štiriindvajseturnega bivanja v bolnišnici je izkoristilo 55% staršev vseh starostnih skupin, od tega 45% staršev predšolskih otrok.

Na vprašanje, ali si otroci želijo, da bi bili starši ves čas z njimi v bolnišnici, je 59% otrok odgovorilo pritrdilno (20% teh so otroci od 7 do 9 leta starosti in 3% srednješolcev).

Na vprašanje, ali si otroci želijo, da bi starši ponoči spali z njimi, so pritrdilno odgovorili samo v 24%, od tega 13% otrok starih od 7 do 9 let. Zdravstveni delavci so v 32% mnenja, da bi bilo treba časovno omejiti prisotnosti staršev ob otroku in 78% jih je odgovorilo, da omogočajo štiriindvajseturno bivanje ob otroku.

### 3. MOŽNOST SOBIVANJA STARŠEV IN SODELOVANJA PRI NEGI OTROKA

Večinoma se nočitev ob bolnem otroku in hrana staršem zaračunava, razen v primeru doječe matere, kjer stroške krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Cene v bolnišnicah so zelo različne in se gibajo od 15,86 evrov do 30,55 evrov. Zaradi prostorske stiske je hospitalizacija staršev ob otroku omejena zlasti v Pediatrični kliniki Ljubljana in na Kliničnem oddelku za pediatrijo SB Maribor. Dejstvo je, da v teh bolnišnicah nimajo urejenega sobivanja staršev v želeni meri in obliki, zato je ta problem večkrat izpostavljen. 94% staršev meni, da bi jim za bivanje z bolnim otrokom v bolnišnici moral pripadati plačan bolniški dopust. Zdravstveni delavci so v 73% izjavili, da jih starši razbremenijo pri negi in hranjenju hospitaliziranega otroka.

### 4. PRAVICA DO INFORMIRANOSTI

82% staršev meni, da imajo dovolj informacij o zdravljenju svojega otroka. Informacije se 93% staršev zdijo podane na razumljiv način.. Kako pa poznajo pravice otrok v bolnišnicah, t.i. magno charto? Samo 11% jih je odgovorilo, da jo pozna, 30% jo pozna delno in 59% je ne pozna.

Otroci poznajo pravice v 26%, 73% otrok pravic ne pozna, v 1% samo delno.

Med zdravstvenimi delavci pa pravice otrok pozna 66%, v 32% samo delno in 2% pravic otrok ne poznata.

### 5. SOUDELEŽBA PRI ODLOČITVAH

Na vprašanje, ali so bili starši seznanjeni s predlaganimi posegi, so bili odgovori v 93% pritrdilni.

Tudi otroci so v 8% odgovorili, da so jih zdravniki in medicinske sestre seznanili s posegi, 8% je to zanikalo, 11% jih ni vedelo in v 3% ni bilo odgovora.

Na vprašanje, ali so bili starši zraven v času posegov, so v 87% odgovorili pritrdilno, 9% staršev ni sodelovalo pri posegih in v 4% ni odgovora. Medtem ko so otroci na vprašanje, če so jih starši spremljali na preiskave, 49-odstotno odgovorili pritrdilno, v 49% nikalno, v 1% ni bilo odgovora in 1% otrok je odgovoril z včasih. Anketiranje med zdravstvenimi delavci je pokazalo,



da 91% osebja omogoča, da starši sodelujejo pri posegu.

#### 6. OSKRBA OTROK V BOLNIŠNICI IN OBISKI

Otroci so v 74% menili, da imajo dovolj družbe vrstnikov na oddelku in samo 49% otrok je izjavilo, da bivajo v sobi z vrstniki iste starosti. Na vprašanje, ali so jih obiskali njihovi prijatelji in sorojenci, so otroci v 83% odgovorili pritrdilno. Tudi starši so proti omejevanju obiskov. Glede na zdravstveno stanje otroka, bi 26% zdravstvenih delavcev omejilo obiske, saj menijo, da je bolnišnica preveč odprta. 65% jih meni, da je bolnišnica odprta za starše, 4%, da ne in 5% jih meni, da premalo.

#### 7. MOŽNOST ZA IGRO IN ŠOLANJE

Le 14% otrok je izjavilo, da jih bolnišnična šola moti, ker bi radi počivali. 83% jih meni, da jim šola krajša čas, jim pomaga nadoknaditi zamujeno snov in ob šoli pozabijo na bolezen. 3% otrok pa na to vprašanje niso odgovorili.

#### 8. USPOSOBLJENOST OSEBJA

Zdravstveni delavci so v 20% izjavili, da staršem ne nudijo dovolj čustvene podpore. 70% se jih zaveda, da so starši ob prihodu v bolnišnico zaskrbljeni. Zanimivo je to, da samo 27% zdravstvenih delavcev meni, da jim izobraževalni program omogoča dobro poznavanje psiholoških procesov.

#### 9. NEPREKINJENA OSKRBA

Na vseh anketiranih oddelkih izvajajo štiriindvajseturno oskrbo ustrezno usposobljeni timi za delo z otroki.

#### 10. OBRAVNAVA IN SPOŠTOVANJE ZASEBNOSTI

Večina otrok je zadovoljnih z varovanjem njihove zasebnosti. 88% jih je glede ustreznosti zasebnosti odgovorilo pritrdilno, 8% nikalno, 2% nista odgovorila in 2% anketirancev nista razumela vprašanja.

Glede prijaznosti osebja, je 98% otrok in 95% staršev zadovoljnih s prijaznostjo zdravnikov in medicinskih sester. 79% staršev meni, da psihosocialno ozračje bolnišnice ugodno vpliva na otroke.

Zdravstveni delavci v 98% menijo, da staršem omogočajo enakovreden odnos v komunikaciji in 100-odstotno so prepričani, da jih aktivno poslušajo.

## RAZPRAVA

Rezultati ankete kažejo, da je zagotavljanje nekaterih pravic še vedno na nezadostnem nivoju.

Predvsem me je presenetilo nepoznavanje Listine o pravicah otrok v bolnišnicah. Najmanj jo poznajo starši (samo 11%), otroci jo poznajo v 26%, zdravstveni delavci pa v 66%.

Na tem področju je treba bolj informirati vse vpletene v procesu zdravljenja. EACH-listina z razlagami, bi morala biti na oddelkih na voljo osebju in staršem. Pri sprejemu otrok na zdravljenje bi morali otrokom in staršem dati Listino EACH v pisni obliki.

Pomemben je tudi podatek, da 73 % zdravstvenih delavcev v času svojega rednega šolanja ne dobi dovolj znanja iz spoznavanja psiholoških procesov otroka, staršev in samega sebe.

Tako bi bilo potrebno ta znanja uvesti v program rednega izobraževanja, medtem ko bi zaposleni delavci pridobivali znanja in veščine v različnih delavnicah. Tako bi zdravstveni delavci lažje razumeli stiske, ki jih doživljajo starši ob hospitalizaciji otroka in bi jim posvetili še več pozornosti.



Prisotnost staršev ob otroku v času njegove hospitalizacije, je izkoristilo 92% staršev (predvsem starši predšolskih otrok). Samo 55% staršev je ostalo čez noč ob otroku (45% staršev predšolskih otrok). Za vzrok navajajo, da s to pravico niso bili seznanjeni, drugi vzroki pa so slabi bivalni pogoji (ležalniki, dostopnost do kopalnice ...), plačljivost njihove oskrbe, služba, v več primerih omenjajo prezasedenost oddelkov in nizko število ležalnikov za starše. Iz vsega navedenega je jasno, da si starši želijo boljših razmer za njihovo bivanje ob otroku, dnevni prostor oziroma čajno kuhinjo, več miru, manj otrok v sobi, več aktivnosti za otroke ...

Želja zdravstvenih delavcev in mnenje nekaterih staršev je, da je treba napisati pravila sobivanja oziroma hišni red ter bonton za starše.

Bolnišnično šolo so otroci v 83% pozitivno sprejeli in ima pomembno vlogo pri preživljanju njihovega časa v bolnišnici.

Otroci v bolnišnici pogrešajo predvsem družbo sovrstnikov in navajajo, da jim je dolgčas. Bivanje v bolnišnici bi jim popestrili z več igračami, predstavami, družabnimi igrami, televizijo, dostopom do interneta in podobnim.

## SKLEP

Otroci imajo v skladu s sprejeto Konvencijo o otrokovih pravicah, zagotovljeno najvišjo raven zdravstvenih standardov in storitev v vseh ustanovah za zdravljenje ter medicinsko rehabilitacijo. Listina pravic EACH – Magna charta natančno določa pravice otrok, ki se zdravijo v bolnišnicah, in jih moramo zdravstveni delavci v največji možni meri upoštevati ter zagotavljati. Na podlagi analize ankete smo spoznali, da v slovenskem prostoru še ne izpolnjujemo v celoti vseh pravic, ki so navedene v EACH-listini. Otroci in starši so večinoma zadovoljni s prijaznostjo zdravstvenih delavcev in s potekom zdravljenja, manj pa z bivalnimi pogoji na otroških oddelkih.

Pri uresničevanju pravic bolnega otroka se moramo zavedati, da je bolnišnica za otroka vendarle sama po sebi neprijazno okolje. Bolnišnično okolje otroci povezujejo z bolečino in neprijetnimi dogodki, ki jih ne razumejo, in jih običajno glede na stopnjo svojega duševnega razvoja tudi niso sposobni v celoti dojeti. Nepotrebno ločitev od staršev tako negativno čustveno dožemanje še poglobi. Poleg tega je prisotnost staršev ob otroku nujna tudi za zagotavljanje harmoničnega otrokovega razvoja.

## Literatura in viri

1. Berden A.: *Konvencija o otrokovih pravicah. V: Novejše tendence razvoja otroškega prava v evropskih državah – prilagajanje otroškega prava v republiki Sloveniji. Pravna fakulteta, inštitut za civilno, primerjalno in mednarodno zasebno pravo, 1997: 255–66.*
2. Šelih A.: *Pravice bolnega otroka in staršev – pravni vidik. Slovenska pediatrija 1998; suppl 2: 14–16.*
3. *Otrokove pravice v Evropi. Informacijsko-dokumentacijski center Sveta Evrope pri Narodni in univerzitetni knjižnici: Zveza prijateljev mladine Slovenije, 1999: 23–51.*
4. *Convention on the rights of the child New York. (<http://www.ohchr.org/english/bodies/crc>).*
5. *Zakon o ratifikaciji konvencije združenih narodov o otrokovih pravicah. Uradni list SFRJ – MP št. 15/90.*
6. *Prim. A Declaration on the promotion of patients rights in Europe, World Health Organization, Regional Office for Europe, Amsterdam, 1994.*
7. *Priscilla Alderson: European charter of children's rights. (<http://www.cirp.org/library/ethics/alderson/>).*
8. *Pleterski Rigler D.: Pravice otroka v bolnišnici. ISIS 5/2005: 42–44.*



# POMEN NEGOVALNEGA TIMA PRI KONTINUIRANI EDUKACIJI STARŠEV IN/ALI BOLNIKOV Z EPILEPSIJO

*Judita Kolenc, viš.med.ses., univ.dipl.org., Milena Rogelj, dipl.m.s.*

*Pediatrična klinika Ljubljana*

## IZVLEČEK

Epilepsija je kronična bolezen, ki prinaša poleg medicinskih tudi psihosocialne težave. Vpliva na vse družinske člane. Ena od nalog negovalnega tima je kontinuirana edukacija bolnikov in /ali njihovih staršev med hospitalizacijo. Medicinske sestre jih učijo prekinjati epileptične napade (bukalna aplikacija midazolama, rektalna aplikacija diazepama), prvo pomoč med napadi; informirajo o epilepsiji, o pomenu rednega jemanja antiepileptične terapije in natančnem opazovanju napadov; se pogovarjajo o problemih, ki so vezani na kronično bolezen; staršem pomagajo pri spoprijemanju z boleznijo in vzpodbujajo komunikacijo med bolniki in njihovimi svojci. Članek prinaša tudi opis dejavnikov, ki vplivajo na kognitivne sposobnosti pri otroku z epilepsijo.

***Ključne besede: epilepsija, edukacija, medicinska sestra, otrok, starši***

## UVOD

Epilepsija je pogosta nevrološka motnja. Svetovna zdravstvena organizacija jo opredeljuje kot «kronično bolezen možganov, ki je posledica različnih vzrokov in za katero so značilni ponavljajoči se napadi kot izraz pretiranega električnega proženja možganskih nevronov » (8)

Medicinska sestra se pri svojem delu vsakodnevno srečuje z bolniki z epilepsijo in njihovimi starši. Njihovo spremljanje je poseben izziv, saj bolezen poleg medicinskih problemov zajema tudi soočanje s psihosocialnimi težavami. Pomembno je strokovno znanje negovalnega tima, pregled nad situacijo, interdisciplinarnost (poleg zdravstvenega tima pri obravnavi bolnikov z epilepsijo sodelujejo tudi psihologi, šola, socialni delavec, skupine staršev, skupine za samopomoč) in kontinuiteta.

Najpomembnejša karakteristika epilepsije je izguba samokontrole. Pogosto izguba kontrole med napadi pomeni način razmišljanja: »če izgubim kontrolo nad sabo med napadom, jo tudi nad vsemi aspekti vsakodnevnega življenja«. Pogosto so psihosocialni problemi večji od epilepsije same. Zato je najpomembnejša naloga strokovne pomoči, da si bolnik povrne kontrolo nad življenjem. Če želimo, da bolnik nima kontrole le nad epilepsijo, ampak tudi nad življenjem, mora naša pomoč sloneti na načelih promocije zdravja.(13)

Pri vseh kroničnih obolenjih se pojavljajo psihosocialne težave, pri otrocih z epilepsijo jih je več (učne težave, čustvene motnje in drugo). Epilepsija lahko neugodno vpliva na celotno družino.

Obstaja razlika, kaj bolniki in njihovi svojci želijo vedeti o epilepsiji in kaj zdravstveno osebje misli, da bi morali vedeti. Razlike so tudi med osebjem (zdravniki, sestre).

Bolniki želijo več informacij o diagnostiki epilepsije, o zgradbi možganov, o dieti, ki bi lahko preprečila napade. Tisti, ki imajo en napad na mesec in več, želijo slišati več o prvi pomoči med napadom in doziranju protiepileptičnih zdravil, kakor tisti, ki imajo malo napadov.

Osebju je bolj pomembno informirati bolnike in njihove svojce o simptomih epilepsije, prvi pomoči pri napadih, dejavnikih, ki vplivajo na epilepsijo, o pomenu rednega jemanja zdravil, stranskih učinkih zdravil, večji poudarek dajejo tudi življenjskemu stilu bolnikov. (2)

Zaradi povečane potrebe po medicinskih sestrah s specialnimi znanji na določenih področjih zdravstvene nege, so v šestdesetih letih prejšnjega stoletja v ZDA začeli uvajati medicinske sestre specialistke (CNS - clinical nurse specialist). Anglija jih je uvedla leta 1987. Delujejo na področju onkologije, epilepsije, cistične fibroze, revmatologije, paliativne oskrbe, ... Vključujejo se v neposredno klinično delo z bolniki, so pomemben član multidisciplinarnega tima, izvajajo edukacijo bolnikov, družine in ostalega osebja,





ter se ukvarjajo z raziskovalnim delom. Sodelujejo z ostalimi profesionalci in se povezujejo z lokalnimi zdravstvenimi ustanovami.

**ESN (epilepsy specialist nurse)** – medicinska sestra, specialistka za področje epilepsije, deluje v različnih evropskih državah.

### **Švedska**

Bolniki so zahtevali bolj celostno in interdisciplinarno obravnavo, zato se je na Švedskem število pediatričnih sester za epilepsijo od leta 1990 povečevalo. Delujejo na medicinskem in psihosocialnem področju. Razvijajo dober osebni kontakt z bolnikom in njegovo družino, svetujejo na različnih področjih, kar pomaga premagati mnoge negativne posledice epilepsije za celotno družino. So pomemben član interdisciplinarnega tima.

### **Nemčija**

Edukacija med hospitalizacijo je pomemben del terapevtskega programa. S programom »Izobraževalne in pogovorne skupine med hospitalizacijo« so začeli leta 1999. Skupine potekajo dvakrat tedensko in so del programa, ki zajema tudi skupine za samopomoč, skupine pred in po operaciji, športne skupine,...(13)

**MOSES (the Mosular Service Package Epilepsy)** - edukacijski program za bolnike z epilepsijo in njihove svojce, poteka v nemško govorečih deželah. Razvil se je iz potrebe po večjem znanju o epilepsiji pri bolnikih in njihovih svojcih.

Cilj programa je: dvigniti nivo znanja o epilepsiji, boljše razumevanje bolezni, več samozaupanja, prevzemanje večje odgovornosti, podpiranje bolnikov, da postanejo strokovnjaki pri obvladovanju svoje bolezni.

Moduli programa MOSES: živeti z epilepsijo, epidemiologija, osnovno znanje o vzrokih in patofiziologiji epilepsije, vrste napadov, diagnostika (EEG, MRI, pomen opazovanja in opisa napadov, dokumentiranje), terapija, samokontrola, prognoza, psihosocialni vidiki, network (mreža naslovov, skupine za samopomoč).(9)

## **EDUKACIJA BOLNIKOV Z EPILEPSIJO IN/ALI NJIHOVIH STARŠEV NA KLINIČNEM ODDELKU ZA NEVROLOGIJO PEDIATRIČNE KLINIKE**

Medicinske sestre so stalno prisotne na bolniškem oddelku; neformalna komunikacija in edukacija poteka ves čas. Kontinuirano spremljajo otroke in njihove starše. Pomagajo jim spoznati njihove naloge in odgovornosti: otroka morajo razumeti, mu pomagati na področjih, kjer to pomoč potrebuje, predvsem ne smejo biti preveč zaščitniški, naučiti jih morajo prepoznati možne probleme v povezavi z napadi in težavami, ki jih otrok lahko ima zaradi bolezni. Pomembno je, da starši prepoznajo težavo, se z njo soočijo, adekvatno reagirajo in pristopijo k reševanju. Otrok ne sme ves čas čutiti, da je drugačen. O epilepsiji morajo govoriti odprto.

Zaradi bolezni ima otrok omejitve na nekaterih področjih, vendar naj bo poudarek na tem, kaj lahko dela in ne na tem, česa ne sme ali ne zmore.

Bolniki z epilepsijo ter njihovi starši se na bolniškem oddelku srečujejo z ostalimi bolniki, ki imajo epileptične napade, se med seboj pogovarjajo, izmenjujejo mnenja, izkušnje in težave. Vidijo različne oblike napadov, prvo pomoč med napadom, aplikacijo Stesolida ali Dormicuma, ter celosten pristop negovalnega tima.

Otroci so prestrašeni, potrebujejo podporo, varnost ter sprejetost. Pogosto čutijo potrebo po razgovoru z medicinsko sestro, predvsem v popoldanski ali nočni izmeni. Bolniku mora biti omogočeno, da izrazi strah in čustva.

NAMEN edukacije bolnikov z epilepsijo in/ali njihovih staršev:

- naučiti - prekinjati napade z bukalno aplikacijo midazolama, rektalno aplikacijo Stesolida,
- informirati – o epilepsiji, o prvi pomoči, o pomenu rednega jemanja antiepileptične terapije, o natančnem opazovanju napadov,



- pospeševati – komunikacijo med bolniki z epilepsijo in njihovimi svojci,
- vplivati – na aktivno spoprijemanje z boleznijo,
- pogovarjati se – o problemih, ki so vezani na kronično bolezen (strah,...),
- svetovati – o nemedicinskih aspektih epilepsije.

Otroci in njihovi starši z novo odkrito epilepsijo:

- več sprašujejo,
- potrebujejo več informacij, imajo visoka pričakovanja,
- sprašujejo nepovezano,
- včasih ne vedo, kaj bi radi vprašali
- pomembne so izkušnje, predhodno znanje staršev,
- način življenja staršev,
- način sprejemanja bolezni,
- ali poznajo kakega bolnika z epilepsijo.

## **BUKALNA UPORABA MIDAZOLAMA ZA PREKINJANJE EPILEPTIČNIH NAPADOV**

Različne študije so potrdile uspešnost midazolama, predvsem kot intravenskega sredstva za prekinjanje dolgotrajnih epileptičnih napadov ali celo epileptičnega statusa v otroškem in mladostniškem obdobju. Zadnja leta se bukalna aplikacija midazolama zdi najprimernejša. Uspešno ga uporabljamo na oddelku, ravno tako pa ga predpisujemo za uporabo zunaj bolnišnice (doma, v šoli, vrtcu,..) po predhodni ustrezni priučitvi staršev.

Vsi bolniki se vodijo na našem Kliničnem oddelku. Midazolam dajemo po določenem protokolu, na oddelku poteka posebna edukacija za starše, ki bodo prejeli to obliko terapije na domu.(3,4)

Edukacijo vodi ena od treh medicinskih sester, ki imajo dolgoletne izkušnje pri delu z bolniki z epilepsijo. Pomembno je široko poznavanje strokovnega področja epilepsije, širši vpogled v psihosocialne probleme teh bolnikov ter možnost sodelovanja z različnimi strokovnjaki. Edukacija poteka v obliki demonstracije in pogovora s starši in bolnikom hkrati (če je to mogoče). Vedno se razširi na vsa področja, ki zadevajo otroka in njegovo družino glede epilepsije. Če medicinska sestra ni specialist na tem področju, družini ne more učinkovito in zadovoljivo nuditi pomoči.

Za bukalno uporabo prekinjanja epileptičnih napadov uporabljamo Dormicum 50 mg/10 ml ali Midazolam Torex 15 mg/3 ml. Poslužujemo se posebnih nastavkov, ki omogočajo varen dostop do sluznice lica. Izdelano imamo zloženko, kjer so opisani vsi koraki, opremljeni s preglednimi slikami. Na zloženki so telefonske številke in e-mail naslov oddelka za potrebe staršev, ki imajo kakršna koli vprašanja glede njihovega otroka z epilepsijo. Zdravnik nevrolog vpiše v posebno rubriko dozo zdravila in se podpiše. Ampule Dormicuma vsebujejo 10 mililitrov zdravila, maksimalna doza odmerka pa je 3 mililitre. Posebna skrb edukacije je namenjena odmerku zdravila, ki je vedno manjši od celotne vsebine zdravila.

Iz dokumentacije, ki jo vodimo, je razvidno, da je bilo v edukacijo vključenih 188 bolnikov in njihovih staršev. Opravile smo jo tri medicinske sestre v prostorih KO za nevrologijo Pediatrične klinike v Ljubljani. Vse edukacije potekajo individualno, trajajo v povprečju 60 – 90 minut. Dogovor glede termina je vedno individualen.

Število ampul, ki jih starši dobijo domov, je odvisno od števila in intenzitete napadov. Zdravila starši dvignejo po predhodnem dogovoru.

Ugotovitve glede bukalne uporabe midazolama:

- Način uporabe je prijaznejši in sprejemljivejši od rektalne aplikacije diazepama.
- Zelo je primeren za bolnike s psihomotorno retardacijo, šolarje, mladostnike.
- Primeren je za bolnike, ki imajo veliko napadov.
- Način uporabe je prijaznejši predvsem v šolah, na javnih mestih,...
- Bolniki, ki nimajo veliko napadov in/ali ne potrebujejo pogostih intervencij z zdravili za prekinitev napada, niso tako večji aplikacije midazolama.
- Bolnikom, ki se veliko slinijo, lahko zdravilo izteče iz ust.
- Zdravilo ni pripravljeno v enkratni manjši dozi (kot Stesolid), zato preostanek po 14. dneh zavržemo.



- Pomembna je dobra edukacija z vključevanjem tem iz medicinsko negovalnega in psihosocialnega področja.

## OPAZOVANJE NAPADOV

Za bolnike z epilepsijo in njihove svojce je zelo pomembno, da znajo dobro opazovati napade, jih opisati ter adekvatno ravnati in nuditi prvo pomoč.

Pomembno je, kaj se je dogajalo pred, med in po napadu. Kje se je napad zgodil, kdaj in koliko časa je trajal, ter časovno zaporedje dogodkov.

**Opazovanje** pred napadom: obnašanje, sprožilni dejavniki; kaj se je dogajalo prav na začetku, aktivnosti otroka pred dogodkom.

Med napadom: ali so pojavi zajeli celotno telo, so bili simetrični, asimetrični? Katero stran telesa je napad zajel prav na začetku? So bili prisotni avtomatizmi? Ali je otrok padel? Je imel krče celega telesa? Je bil mlahav, ohlapen, tog ali trd? Je imel stisnjene zobe ali pesti? Je bila prisotna cianoza, bledica ali rdečica obraza? Se je potil?

Kakšna je bila raven zavesti? Se je odzival na vprašanja in zahteve? Če, do katerega trenutka? Je bil bister, orientiran ali zmeden? So bile zenice široke? Je oči obrnilo navzgor, levo ali desno? Je imel oči zaprte? Je mežikal ali se zastrmel? Je bila prisotna deviacija ustnega kota? Se je slinil? Se je med napadom ugriznil? Je bila slina krvava? Je bilo prisotno zvečenje, cmokanje? Je dihal normalno, glasno, oteženo? Je bila prisotna apnea? Inkontinenca blata ali urina?

Po napadu: je bil buden, zmeden, zaspan, utrujen? Je navajal glavobol? Je nerazločno ali zmedeno govoril? Je bil orientiran? Je navajal mišično utrujenost? Koliko časa? Se je napada spominjal? Se je med napadom poškodoval?(6,7)

**Sprožilni dejavniki**, ki lahko vzpodbudijo napad ali povečajo možnosti, da se le ta pojavi:

- Vidni dražljaji (svetlo – temni kontrast, utripajoča svetloba).
- Ciklus spanja in budnosti.
- Mesečni cikel.
- Hiperventilacija.
- Čustveno razburjenje.
- Vročica.
- Kronična utrujenost.
- Alkohol.
- Nenadna ukinitvev terapije.
- Redkeje: nenadni zvok, nepričakovan dotik ali prestrašenje, poslušanje glasbe, branje, pisanje, hranjenje, okušanje, računanje, potopitev v mrzlo vodo, gibanje,...(1,3)

## PRVA POMOČ

Namen prve pomoči med napadom je preprečiti možne poškodbe. Mnogo ljudi ne ve, kako reagirati in nuditi pomoč.

Primerna pomoč za osebo, ki je doživela epileptični napad, je odvisna predvsem od vrste in dolžine posameznega napada.

### **Tonično klonični krči**

- Ostanemo mirni.
- Če otrok stoji ali sedi, ga položimo na tla.
- Iz okolice odstranimo vse nevarne predmete.
- Pod glavo mu položimo mehko blazino,...
- Odpnemo mu obleko okrog vratu, odstranimo očala.
- Bolnika položimo v bočni položaj, vendar ne uporabljamo sile (med napadom otrok lahko bruha, se bolj slini).
- Natančno opazujemo napad, kaj se je dogajalo pred, med in po napadu, koliko časa je napad trajal.



- Otroka ne zapuščamo.

Med ali po napadu je lahko odsoten požiralni refleks, povečana salvacija in hipoton jezik. Zato obstaja pri otroku nevarnost aspiracije in obstrukcije dihalne poti.

Med napadom nikoli ne:

- uporabljamo sile, da bi sprostili spazme, ki se pojavljajo med napadom,
- na silo ne zadržujemo okončin,
- ničesar ne dajemo v usta, da bi razklenili stisnjeno čeljust,
- ne zlivamo tekočine v usta ali med napadom otroka hranimo,
- po napadu ne zbujamo otroka, ga ne tresemo, udarjamo, polivamo...
- ničesar ne pričakujemo od otroka.

Po napadu je otrok lahko utrujen, zaspan, upočasnen, ne odgovarja, ali pa počasi in s težavo. Lahko je nemiren. Opazuj in spremljaj otroka, ne delaj ničesar nepremišljenega. (1,5)

## PSIHOSOCIALNE TEŽAVE OTROK Z EPILEPSIJO

Psihosocialni učinek napadov je eden najpomembnejših razlogov, zaradi katerih skušamo preprečiti ponavljanje napadov: preplah, sram in zadrega, pretirana zaščita staršev, padec samozavesti, izguba družbe, prijateljev, vozniškega dovoljenja, službe. (12)

**Težave:**

- Kognitivno področje.
- Čustveno področje.
- Vedenje otroka – slabša pozornost.

Prisotnih je več učnih težav, predvsem pri branju, večja odsotnost iz šole, slabša pozornost.

**Dejavniki, ki vplivajo na kognitivne sposobnosti pri otroku z epilepsijo:**

- vzročni dejavniki (vrsta epilepsije),
- aktivnost epileptičnih napadov (začetek, pogostost, trajanje, vrsta, epileptični sindromi, EEG nenormalnost),
- stranski učinki PEZ (vpliv na kognitivne funkcije),
- dejavniki okolja (dom, šola),
- čustveni dejavniki (slaba samopodoba, nezrelost, odvisnost, zaskrbljenost, depresivnost, čustvene in nevrotične motnje),
- psihosocialni dejavniki (slabša samopodoba in samospoštovanje, vedenjske težave; dom in družina imata pomembno vlogo),
- kakovost življenja (občutek zadovoljstva na različnih področjih, lahko pomaga spremeniti pričakovanja, ga pripraviš na življenje z epilepsijo – spremembe in omejitve, ki jih bolezen prinese, pomaga pri zmanjševanju frustracij). Na kakovost življenja vplivajo medicinski, psihološki in socialni dejavniki.

Medicinska sestra mora poznati osnovne komponente odgovora družine na otrokovo bolezen in odgovor na krizo (preddiagnostična faza, takojšen odgovor na diagnozo, obvladovanje krize in obrambe). (10,11)

Iz izkušenj vidimo:

- Starši ne vedo, kako ravnati z otrokom, drugače ravnajo s sorojenci.
- Ne vedo, koliko in kako zahtevati od otroka.
- Bojijo se, da bodo oni sprožili epileptični napad.
- Na otroka vršijo pritisk (kam si šel, s kom si šel, ...).
- Pri manjšem otroku pogosto spijo v isti postelji, kljub temu da so že spali ločeno.
- Ne vedo, kako ravnati z vedenjskimi in čustvenimi težavami pri otroku.
- Strah jih je, če se med napadom kaj zgodi.
- Popuščajo mu na vseh področjih, tako da je otrok še bolj nesamostojen in odvisen, kakor je v določenem razvojnem obdobju zanj potrebno.



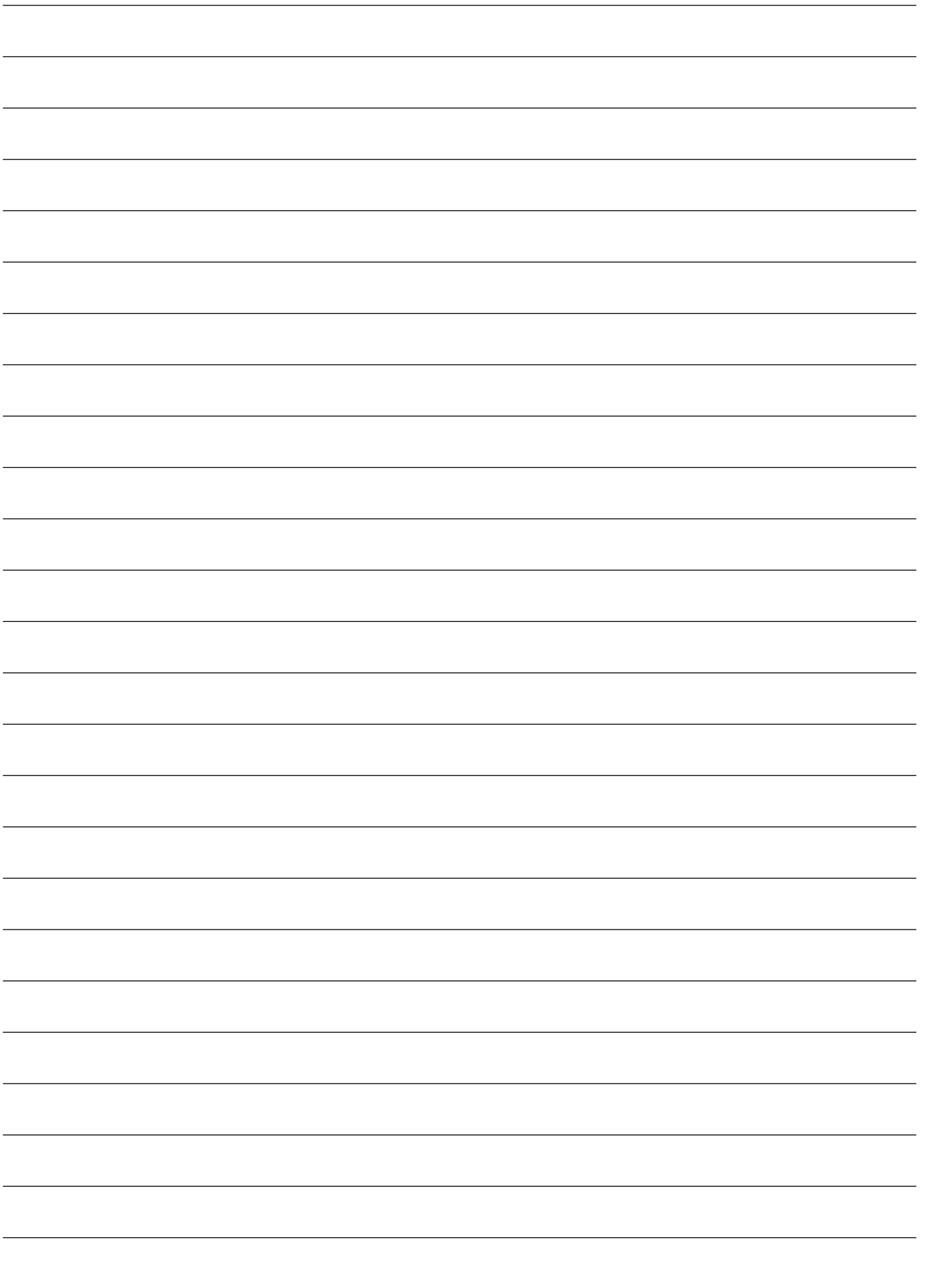
## SKLEP

Otroci z epilepsijo in njihovi starši se soočajo s kronično boleznijo, ki vpliva na njihovo življenje in lahko prinaša določene omejitve. Pomembna je edukacija bolnikov in/ali njihovih staršev že med bivanjem v bolnišnici. Informiranje in poučevanje o epilepsiji, vrsti napadov, prvi pomoči, antiepileptični terapiji, pomenu rednega jemanja zdravil, predstavlja le en vidik edukacije. Pomembna je kvaliteta življenja, življenjski stil bolnika in njegove družine. Bolnik ne sme imeti nadzora le nad epileptičnimi napadi, temveč tudi kontrolo nad svojim življenjem.

## Literatura in viri

1. Bielen I, Cvitanovič Šojat L, Durrigl V, Hajnšek Propadalo S, Hodoba D, Lušić I, Marušić Della Marina B, Paučić Kirinčić E, Poljaković Z, Sušak R, Šepić Grahovac D, Škarpa D, Vrca A. *Živeti z epilepsijo*. Ljubljana: Pliva d.d., 2001.
2. Choi Kwon S, Moo Yoo S, Ri Choi M, Kang DW, Kun Lee S. *The difference in perceptions of educational need between epilepsy patients and medical personnel*. *Epilepsia* 2001;42(issue6):785-789.
3. Frelih J, Kolenc J, Župančič N, Neubauer D. *Prekinjanje epileptičnih napadov z bukalno uporabo midazolama*. Klinični center Ljubljana. Zloženska.
4. Frelih J, Župančič N, Kolenc J, Rogelj M, Neubauer D. *Buccal midazolam use for acute treatment of seizures*. *Pediatr Croat* 2007;51 (supl 1):149-151.
5. <http://www.epilepsyfoundation.org/answerplace/Medical/firstaid/index.cfm>
6. <http://www.epilepsyfoundation.org/about/professionals/education/schoolnurse.cfm>
7. Ravnik IM, Neubauer D. *Diagnostika, razvrščanje in diferencialna diagnostika epileptičnih napadov*. Izbrana poglavja iz pediatrije. Ljubljana: Medicinska fakulteta UL, 1992:26-38.
8. Ravnik IM. *Diagnostika in razvrščanje epileptičnih sindromov otrok in mladostnikov*. Izbrana poglavja iz pediatrije. Ljubljana: Medicinska fakulteta UL, 1992:39-46.
9. Ried S, Specht U, Thorbecke R, Goecke K, Wohlfarth R. *MOSES: An educational program for patients with epilepsy and their relatives*. *Epilepsia* 2001;42(issue3):76-80.
10. Vrba L. *Psihološki problemi otrok z epilepsijami*. Izbrana poglavja iz pediatrije. Ljubljana: Medicinska fakulteta UL, 1992; 67-70.
11. Vrba L. *Psihosocialne težave otrok z epilepsijo*. Zbornik predavanj iz otroške nevrologije. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1998; 156 – 159.
12. Župančič N, Ravnik IM. *Zdravljenje otrok in mladostnikov z epilepsijo*. Izbrana poglavja iz pediatrije. Ljubljana: Medicinska fakulteta UL, 1992:47-60.
13. *14th International Bethel-Cleveland Clinic Epilepsy symposium. Nursing in epilepsy care. Program and abstracts*. Bielefeld: 2003.





# Novalac

Inovativna mleka vrhunske kakovosti

Vsak otrok potrebuje pravi obrok!

- 1 = za dojenčke od 0 do 5 mesecev starosti, ki jih matere ne morejo dojiti  
2 = za dojenčke od 5 do 12 mesecev starosti, ki jih matere ne morejo dojiti  
3 = za otroke od 1 leta do 3 let starosti



NOVO

### Allernova pri alergiji

Mleko z ekstenzivnim hidrolizatam kazeina, namenjeno dojenčkom, preobčutljivim za beljakovine kravjega mleka ali soje.



NOVO

### Novalac NF za večerni obrok dojenčka

Mleko s počasiprebavljivimi ogljikovimi hidrati za dolgotrajni občutek sitosti dojenčka.



NOVO

### Novalac 3 univerzalno mleko

Vsebuje povešano količino železa, kalcija in vitaminov za optimalno rast in razvoj otrok po 12. mesecu starosti.



### univerzalno mleko

Materinemu mleku prilagojeno mleko, ki zagotavlja pravilno rast in razvoj dojenčka.



### Novalac AC proti kolikam

Vsebuje lahkoprebavljive ogljikove hidrate in ustrezno prilagojeno količino laktoze, ki preprečuje nastanek kolik, plinov in vetrov.



### Novalac IT proti zaprtju

Mleko s povečano vsebnostjo laktoze za lajšanje in preprečevanje zaprtja pri dojenčkih.



### Novalac AR proti polivanju

Mleko, ki vsebuje koruzni škrob za optimalno zgoščevanje hrane v želodcu.

Brezplačna telefonska številka:  
**080 20 52**

Na voljo samo v lekarnah in specializiranih trgovinah.

 **M E D I S** zdrave vrednote

 UNITED PHARMACEUTICALS S.A.

[www.novalac.net](http://www.novalac.net)

Materino mleko je najboljša hrana za dojenčke. Mleka Novalac se uporabljajo samo po nasvetu strokovnjakov s področja medicine, farmacije ali prehrane ali druge strokovne osebe, ki je odgovorna za skrb matere in otroka.



# Novosti lahko plestejete na plstke na loki.



Svet vašega največjega bogastva bo sedaj še pestrejši: Frutek ima kar tri nove okuse.

**Kašica iz jabolk in banan z rižem** je namenjena otrokom po 4. mesecu starosti.

Vsebuje izključno naravno prisotne sladkorje, je odličen vir vitamina C in je popolnoma brez glutena. Ker je na voljo v 120 in 190-gramskem kozarčku hitro poteši malo ali veliko lakoto.

**Kašica iz krompirja in korenčka** je namenjena otrokom po 6. mesecu starosti, saj gre za okusno in zdravo zelenjavno kašico, z izključno naravnimi sladkorji, z veliko vitamina C in brez glutena. Otroške rokice lahko sežejo po 120 in 190-gramskem kozarčku.

**Sok iz jabolk, breskev in banan** je za malčke po 4. mesecu starosti, vsebuje pa veliko železa, izključno naravno prisotne sladkorje in nič glutena. Dobite ga v 125 ml steklenički - dovolj za dnevni odmerek zdravja.

[www.fructal.si](http://www.fructal.si)



Da bi iz majhnega zraslo veliko.

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE- ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE  
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI



se sponzorjem **iskreno zahvaljuje** za sodelovanje in podporo pri izvedbi strokovnega srečanja!



- Zdravstveni dom Koper
- Zdravstveni dom Postojna
- Splošna bolnišnica Izola
- Kolegicam izvršilnega in razširjenega odbora Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji
- DROGA KOLINSKA, d.d., Zastopstvo Milupa, Ljubljana
- FRUCTAL, d.d., Ajdovščina
- HIPPI d.o.o., Ljubljana
- ZEPTER SLOVENICA, d.o.o., program Nestle, Ljubljana
- LIBERO, d.o.o., Ljubljana
- HOFFMANN LA ROCHE, Bayer Pharma Health Care, Ljubljana
- MEDIS D.O.O. Brnčičeva 1-3, 1001 Ljubljana, Slovenija

Koper, 25. 10. 2007

Predsednica sekcije medicinskih  
sester in zdravstvenih tehnikov v  
pediatriji  
Beisa Žabkar



