



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



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

**ZBORNİK PREDAVANJ**

**OTROK, DRUŽINA, BOLEZEN IN  
ZDRAVSTVENI DELAVCI – SKRB  
ZA DRUGE IN SKRB ZASE**

LJUBLJANA, 30. MAJ 2014



# UVODNIK

*Spoštovane kolegice in kolegi!*

*Otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci je spomladanska tema, s katero želimo izpostaviti dinamiko procesov, ki nastajajo v družini, ko zboli otrok. Zase najbolj vemo, kako se odzivamo na nenačrtovane izzive, ki nam jih niza življenje. Medicinske sestre se, tako, kot ostali zdravstveni sodelavci dnevno srečujemo s stisko staršev, ki z bolnim otrokom obiščejo pediatrično ambulanto, ali pa celo bolnišnico, kjer pogosto ostanejo z njim. Kako pristopiti, da bi bili starši kar najbolj pomirjeni in zato bolj sodelujoči, otrok pa čim manj prestrašen? Kako se približati mladostniku, ki se sam sooča z burnimi spremembami v svojem življenju?*

*Poznamo filozofijo in moderne metode dela v pediatrični zdravstveni negi, kot je filozofija zdravstvene nege usmerjene v družino in načela netravnatske obravnave? Morali bi.*

*Se dovolj zavedamo pravic otroka? Jih res upoštevamo? Se trudimo kaj spremeniti? Morali bi se.*

*Strokovno znanje je tisto, ki nam da samozavest, da boš delal strokovno in boš družini in otroku nudil kakovostno in varno oskrbo. Pa vendar je komunikacija tista, ki vzpostavlja odprt odnos, možnost sodelovanja in deluje pomirjujoče in zaupanja vredno. Pa imamo medicinske sestre dovolj znanja v profesionalni komunikaciji? Menim, da ne. Morda imamo veliko izkušenj, ki nam pomagajo. Komunikacija zahteva različne spretnosti, dobro teoretično osnovo ter močno in stabilno osebnost.*

*Upam, da bo današnje srečanje osnova pri odkrivanju potreb vseh nas, ki sodelujemo v tem procesu obravnave otroka in družine ter medicinskih sester, ki smo ob tem pogosto nemočne.*

*Spoštovane kolegice in kolegi, želim vam novih znanj, dobre razprave, pogumnih idej in željo po sodelovanju,*

**Majda Oštir,**

*predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji*

Ljubljana, 30. maj.2014



## **PETEK, 30. MAJ 2014**

- 8.00 – 9.00 **Registracija**
- 9.00 – 9.10 **Pozdravni govor, Majda Oštir, predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji**
- 9.10 – 9.45 **Razvojno - psihološke značilnosti otrok in mladostnikov s kronično boleznijo**  
*Vesna Krkoč, univ.dipl.psih., spec.klin.psihologije; dr.Petra Lešnik Musek, univ.dipl.psih., spec.klin.psihologije*
- 9.45 – 10.20 **Soočanje družine s kronično boleznijo otroka in vloga zdravstvenih delavcev**  
*dr. Ivana Kreft Hausmeister, univ.dipl.psih.*
- 10.20 – 10.30 **Odmor**
- 10.30 – 11.05 **Psihološka priprava otrok in mladostnikov na zdravstvene posege**  
*Mag. Martina Bürger Lazar, univ.dipl.psih., spec.klin.psihologije, Mag. Mateja Gorenc, univ.dipl.psih., spec.klin.psihologije*
- 11.05 – 11.35 **Prilagoditve pristopov zdravstvenega osebja pri otrocih z razvojnimi motnjami in motnjo v duševnem razvoju**  
*Katja Stres Kaučič, univ.dipl.psih., Vedrana Đurašin, univ.dipl.psih.*
- 11.35 – 12.10 **Komunikacija z otrokom s posebnimi potrebami**  
*Barbara Korošec, logopedinja*
- 12.10 – 12.30 **Razprava**
- 12.30 – 13.30 **Odmor za kosilo**
- 13.30 – 13.55 **Pravice otrok in mladostnikov**  
*Biserka Marolt Meden, univ.dipl.soc.*
- 13.55 – 14.15 **Netravmatska obravnava otrok in mladostnikov**  
*Majda Oštir, dipl.m.s., QSM*
- 14.15 – 14.35 **Mladostnik na prepihu**  
*Julija Pelc univ.dipl.psih., svetovanje*



14.35 – 14.55 **Predstavitev dejavnosti Mladinskega klimatskega zdravilišča Rakitna**

*Željka Dvorski Cifrek, zdravstveni tehnik, koordinatorica zdravstvene službe*

14.55 – 15.10 **Socialne pravice otrok in mladostnikov - kako lahko pomaga socialna delavka**

*Nataša Uranker, socialna delavka*

15.10 – 15.20 **Razprava**

15.20 – 15.40 **Odmor**

15.40 – 18.30 **Učne delavnice**

**Kako prisluhniti telesu in ga uspešno razbremeniti**

*asist. dr. Katja Dular, univ.dipl.psih.*

**Kako poskrbeti zase v skrbi za druge**

*Darja Potočnik, univ.dipl.psih*

18.30 **Zaključek srečanja**

## **SPLOŠNE INFORMACIJE:**

**PROGRAMSKI ODBOR:** Majda Oštir, dipl.m.s.; Vesna Krkoč, univ.dipl.psih., spec.klin.psihologije; asist. dr. Maja Kodrič, univ.dipl.psih. , Darja Potočnik, univ. dipl.psih

**ORGANIZACIJSKI ODBOR:** Andreja Ljubič, dipl.m.s.; Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ.dipl.org.; Andreja Doberšek, dipl.m.s.; Majda Oštir, dipl.m.s.; Minja Petrovič, prof. z dr.vzg.; Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org., Gabrijela Gabor, dipl.m.s, Doroteja Dobrinja, dipl.m.s; Gordana Rožman, dipl.m.s.

**PRESEDNICA SEKCIJE:** Majda Oštir





## **I. SKLOP**

## **PREDAVANJA**







# RAZVOJNOPSIHOLOŠKE ZNAČILNOSTI OTROK IN MLADOSTNIKOV S KRONIČNO BOLEZNIJO

*dr. Petra Lešnik Musek, univ.dipl.psih., spec.klin.psihologije*  
*Vesna Krkoč, univ.dipl.psih., spec.klin.psihologije*

## **KLJUČNE BESEDE:**

kronična bolezen, otroci in mladostniki, razvojnopsihološke značilnosti, razvojne naloge in potrebe.

## **UVOD**

Kronično bolezen (v nadaljevanju KB) lahko definiramo kot telesno ali psihično stanje, ki ovira vsakodnevno delovanje posameznika najmanj za tri mesece, ali zahteva več kot enomesečno hospitalizacijo.

Z vidika otrokovega in mladostnikovega razvoja so poleg vrste bolezni pomembne tudi njene posledice. Otrok in mladostnik s KB potrebuje poleg medicinske oskrbe v primerjavi z zdravimi vrstniki tudi psihološko podporo, različne prilagoditve in pomoč tako v domačem okolju kot v vrtcu / šoli.

Pri otrocih s KB so psihološke težave in psihiatrične motnje približno dvakrat pogostejše kot med zdravimi otroki. Večje tveganje za razvoj motenj (3.4- krat) imajo otroci s pridruženo gibalno oviranostjo in otroci z nevrološkimi boleznimi. Pri najtežjih somatskih obolenjih je komorbidnost še višja. Kljub temu moramo poudariti, da večina otrok s KB ne kaže posebnih težav ali motenj. Avtorji, ki proučujejo odzivanje otrok na KB se, od ugotavljanja oviranosti in negativnih posledic bolj usmerjajo v raziskovanje zaščitnih dejavnikov. Le te delimo na dejavnike okolja (družina, vrtec, šola, ekonomski status, organizacija zdravstvene oskrbe...) in osebne dejavnike (spodobnosti oz. kompetence, temperament otroka, sposobnost spoprijemanja s stresom...). Z njimi lahko pojasnimo, zakaj večina otrok s KB kaže precejšnjo mero »odpornosti« in se dobro prilagaja bolezni.

Otrokov razvoj poteka skozi kvantitativno in kvalitativno različna razvojna obdobja, v katerih se sooča s posameznimi razvojnimi nalogami. Njihovo uspešno razreševanje omogoča nadaljnje napredovanje v razvoju. V nasprotnem primeru lahko pride do zastoja ali nazadovanja v razvoju, kar pomembno vpliva na posameznikovo celostno delovanje.

V prispevku predstavljamo značilnosti in naloge v posameznih razvojnih obdo-



bjih otroka in mladostnika, ki so ključne za razumevanje razvojnih potreb otrok s KB, obenem pa predstavljajo izhodišče za izbor ustreznih ukrepov in pristopov pri obravnavi.

## **OBDOBJE DOJENČKA (OD 1- 12 MESECEV)**

### **RAZVOJNE ZNAČILNOSTI**

V prvem razvojnem obdobju se pri otroku v relativno kratkem času zgodijo številne spremembe na različnih področjih razvoja. Na področju grobe motorike sledimo razvoju kontrole glave, obračanju iz hrbta na bok in obratno, samostojnemu sedenju, plazenju in hoji. Na področju drobne motorike dojenček raziskuje svoje roke, posega po predmetih in prijema igrače.

Po Piagetovi teoriji kognitivnega razvoja govorimo v tem obdobju o senzomotorni stopnji mišljenja, pri kateri se dojenček na okolje najprej odziva na enostaven, refleksen način, ki ga uporablja v stiku z novimi dražljaji. Zaradi zadovoljstva ponavlja dejavnosti na lastnem telesu in začne z njimi delovati na okolje zunaj sebe. Zanimati ga začnejo posledice njegovih dejanj. Sledimo razvoju stalnosti predmeta – razumevanju, da predmet obstaja, četudi ga ne zaznavamo oz. ne delujemo nanj. Gre za predstavo o odsotnem predmetu ali pretekli dejavnosti.

Na področju govora pri dojenčku najprej opažamo jok, gruljenje, cviljenje, vokaliziranje, glasovne kombinacije vključno z bebljanjem in rabo prvih besed.

Na čustveno socialnem področju je dojenček postavljen pred nalogo razvoja sposobnosti zaupanja do ljudi in okolice. Starši, ki so konsistentni, skrbni in ljubeči pri zadovoljevanju otrokovih potreb, mu omogočajo razvoj zaupanja. Med otrokom in starši se oblikuje močno naklonjen recipročen odnos, ki ga imenujemo navezanost. Otroku omogoča oblikovanje trajnega čustvenega odnosa z referenčno osebo in služi kot osnova za oblikovanje vseh kasnejših odnosov z drugimi ljudmi. Ob ločitvi od staršev/znanih oseb otrok doživlja separacijsko anksioznost. V odnosu do neznanih ljudi pa postane previden, zadržan.

### **TEŽAVE OTROK S KB V OBDOBJU DOJENČKA IN PREDLOGI UKREPOV**

KB lahko zmanjša otrokovo zanimanje za okolje. Vpliva na dojenčkovo fiziološko ravnovesje, ki je predpogoj za razvoj na drugih področjih. Zaradi bolezni je dojenček lahko izpostavljen pomanjkanju stimulacije, kar lahko posledično vodi k stagnaciji in zaostankom v razvoju sposobnosti. Doma in v bolnišnici je zato pomembno, da dojenčku zagotavljamo ustrezno in raznoliko stimulacijo (npr. vidno, slušno, taktilno, kinestetično, vestibularno) in mu omogočimo raziskovanje predmetov, igrač.



Dolgotrajnejše hospitalizacije, pri katerih je otrok daljši čas ločen od staršev, ki mu tako ne morejo zagotavljati konsistentne skrbi in nege, lahko vplivajo na razvoj navezanosti ter na razvoj občutka nezaupanja pri otroku. Obenem mu lahko KB ter doživljanje bolečine, povezano z njo, vzbujata občutek nemoči. Glede na to je potrebno dojenčku omogočiti konstantno prisotnost enega od staršev v času hospitalizacije in spodbujati stik (fizični in čustveni) med starši in otrokom.

Otrokova KB pri starših nemalokrat vzbujata občutke krivde, žalost in jezo, ki lahko vplivajo na razvoj navezanosti in otrokove sposobnosti odzivanja ter soočanja z boleznijo. Starši potrebujejo s strani zdravstvenih delavcev pomoč pri razbremenjevanju in spodbujanju občutka kompetentnosti.

## **OBDOBJE MALČKA (1-3 LET)**

### **RAZVOJNE ZNAČILNOSTI**

Malček je v primerjavi z dojenčkom že bolj motorično kompetenten. Obvlada samostojno hojo, tek in poskoke. Spretnější je na področju drobne motorike (obvlada pincetni prijem, sestavlja kocke, niza predmete na vrstico,...) in napreduje na področju grafomotoričnih spretnosti, ki se odražajo v spontanem čečkanju, imitiranju in prerinovanju različnih likov.

Na področju mišljenja prej omenjeni senzomotorni stopnji po 2. letu sledi preoperativna stopnja mišljenja. Zanj je značilen hiter razvoj simbolnih reprezentacijskih funkcij (govora, simbolne igre, slikovne in prostorske predstave). Zaradi sposobnosti reprezentacije - sposobnosti miselne predstave predmetov, dejavnosti in dogodkov se otrok v mišljenju oddalji od konkretnega predmeta, aktivnosti. Še vedno pa je malček egocentričen pri zaznavanju sveta, osredotočen na posamezen vidik in sklepa iz posameznega na posamezno. Značilen je tudi pojav magičnega mišljenja.

Na področju govora malček hitro usvaja besede in jih povezuje v stavke. Razumevanje besed je večje od števila besed, ki jih pove. Obseg pozornosti je ozek (naenkrat si zapomni dve do tri navodili). Pojavi se sposobnost pretvarjanja oz. simbolna igra.

Na področju psihosocialnega razvoja je osrednja malčkova naloga razvoj občutka avtonomije, obvladovanja (»sam/a bom«). V nasprotnem primeru se razvijeta sram in dvom.

Na čustvenem področju opažamo povečanje izrazov za posamezna temeljna čustva. Poleg njih otrok doživlja in izraža še druga, bolj specifična čustva (npr. sram, krivdo, ponos,...).



Ker se sposobnost samoregulacije čustev šele razvija so v otrokovem vedenju pogosto prisotni izbruhi jeze, togote. Vedenjski izbruhi so še posebej prisotni ob utrujenosti in frustraciji. Otrokovе čustvene reakcije tako pozitivne kot negativne so intenzivne.

### **RAZUMEVANJE BOLEZNI:**

Povezuje se z otrokovo stopnjo kognitivnega razvoja. Otrok pojasni bolezen z enim simptomom (npr. »da te boli trebušček«). Vzrok boleznι pripiše nekemu zunanjemu predmetu oz. situaciji, nepovezani s telesom (npr. »da se prehladiš na počitnicah«).

Otrok lahko bolezen pojmuje kot kazen za neprimerno vedenje.

### **TEŽAVE OTROK S KB V OBDOBJU MALČKA IN PREDLOGI UKREPOV**

Pri malčkih je zaradi večje spoznavne kompetentnosti strah pred bolečino in poškodbo telesa intenzivnejši kot pri dojenčku. Intenzivnejše je nesodelovanje, protesti (fizični in verbalni) in upor. Prisotni so vedenjski izbruhi. Starši zato večkrat potrebujejo pomoč pri razvijanju otrokove frustracijske tolerance.

Zaradi KB, njenih posledic in načinov zdravljenja lahko pride do regresa vključno z izgubo novo pridobljenih spretnosti. Ob hospitalizacijah se poveča otrokov strah pred ločitvijo od staršev. Otrok začasno prekine s poznano rutino in rituali, ki so mu zagotavljali varnost in predvidljivost v domačem okolju. Zaradi KB ima lahko začasno omejeno ali celo odsvetovano gibanje, kar mu predstavlja velik izvor stresa. Zato je pomembna prisotnost in vključenost staršev v obravnavo. Pomembno je spodbujanje malčkovega raziskovanja okolja, gibalnih dejavnosti, rutin in ritualov ter samoizražanja (npr. s simbolno igro, v kateri bo lahko izrazil čustva in podoživel svojo bolezen in medicinske postopke, ki jim je izpostavljen ipd.).

Starši so lahko zaradi otrokove KB pretirano zaščitniški in težje postavljajo zahteve in meje, zato jih je treba k temu spodbujati. Za oblikovanje otrokove avtonomnosti je pomembno, da malčka podpiramo v iniciativnosti in neodvisnosti. Omogočiti mu je potrebno enostavne izbire v situacijah, ko je to mogoče.

## **OBDOBJE ZGODNJEGA OTROŠTVA (OD 3 - 6 LET)**

### **RAZVOJNE ZNAČILNOSTI**

Predšolski otrok je usvojil številne grobogibalne spretnosti (sonožno poskakovanje, samostojno hojo po stopnicah, vožnjo s kolesom). V sklopu drobne motorike zaveže vezalke in riše enostavne like. Napreduje tudi na področju predbralnih in predpisalnih spretnosti ( npr. kaže interes za črke in jih poskuša posnemati).



V tem obdobju je otrok še vedno na Piagetovi predoperativni fazi mišljenja, za katero so značilni porast simbolnega izražanja, osredotočenost na zaznavne, zunanje značilnosti predmetov, egocentrizem, animizem in centriranje - usmerjenost na en vidik situacije. Sledimo porastu domišljjskega - magičnega mišljenja. Proti koncu obdobja postaja otrok bolj sposoben zaznavanja več dejavnikov hkrati, ki vplivajo na situacijo. Ustreznejše je tudi razumevanje odnosa vzrok – posledica (npr. zbolíš, če si ne umivaš rok) ter časovnih pojmov (prej – potem). Govor v tem obdobju postane razumljiv, tekoč in slovnično pravilen.

Predšolski otrok kaže velik interes za določene teme, kot so: rojstvo, smrt, družina. Pojavljajo se strahovi pred temo, višino, živalmi, smrtjo. Prisotno je intenzivnejše soočanje z jezo.

V tem obdobju je v ospredju razvoj iniciativnosti. Če pri razreševanju te razvojne naloge otrok ni uspešen, doživlja občutke krivde. Ob stresnih situacijah se lahko pojavijo čustvene težave ter pridružene težave na področju socialnega, motoričnega razvoja in učenja.

Predšolski otrok je zelo dovzeten za pohvalo in grajo, kar je pomembno vodilo pri vzgoji.

#### **RAZUMEVANJE BOLEZNI:**

Predšolski otrok bolezen še vedno opiše z določenim simptomom in pogosto zamejnjuje vzrok in posledico. Npr. misli, da je bolan, ker bruha in ne obratno, da bruha, ker je bolan. Kasneje v tem obdobju začne uporabljati pojem »naležljivosti« za vzrok bolezni, čeprav ga še ne razume dobro. Ve, da lahko dobi norice, če se dotika drugega otroka, ki ima izpuščaje.

Zaradi porasta magičnega mišljenja otrok pogosto razume bolezen kot kazen za neprimerno vedenje. Tak način razmišljanja je lahko prisoten tudi v kasnejših razvojnih obdobjih vse do mladostništva in zahteva takojšnje ukrepanje, da otroku ne povzroča dodatnega stresa.

#### **TEŽAVE OTROK S KB V PREDŠOLSKEM OBDOBJU IN PREDLOGI UKREPOV**

Hospitalizacije povezane s KB lahko pri otroku sprožajo strah pred ločitvijo, zato je pomembna prisotnost in vključenost staršev v proces zdravljenja in ob hospitalizacijah. Ob posegih lahko predšolski otrok doživlja strah pred izgubo kontrole in občutek lastne nemoči. Ima lahko močan strah pred telesnim pohabljanjem ali vdorom v telo (npr. pred injekcijo, operacijo), zato je pomembno, da so starši ob invazivnih posegih ob otroku. Pred tem pa je starše potrebno educirati o pripravi otroka na bolečino.



Otrokove stiske se lahko odražajo v regresu bodisi funkcij in/ali vedenja. Pojavi se lahko agresivno vedenje (fizično, verbalno), jeza, usmerjena na starše, vedenjski izbruhi. Otrok lahko reagira tudi z umikom, razočaranjem, ravnodušnostjo in postane še bolj odvisen od drugih.

Zaradi KB ima lahko otrok premalo izkušenj za razvoj samospoštovanja, samovrednotenja in občutek obvladovanja, zato naj bo čimbolj vključen v proces zdravljenja. Konkretno mu je treba razložiti potek in pomen preiskav. Aktivno naj sodeluje pri jemanju zdravil, dietah,.. Potrebno mu je dati možnost izbire v situacijah, ki to dopuščajo. Spodbujamo izražanje otrokovih čustev skozi igro, pogovore o strahovih v zvezi z boleznijo.

Čeprav ima lahko predšolski otrok zaradi KB manj izkušenj z vrtcem, mu je potrebno zagotoviti socialne interakcije z vrstniki in vključenost v različne prostočasne dejavnosti.

## **OBDOBJE SREDNJEGA OTROŠTVA (OD 7 - 12 LET)**

### **RAZVOJNE ZNAČILNOSTI**

V obdobju srednjega otroštva se razvijajo vse kompleksnejše gibalne spretnosti, tako na področju grobe kot drobne motorike (npr. igranje nogometa, med dvema ognjema, ples, igranje klavirja, risanje...).

Na področju miselnega razvoja se otrok postopoma oddaljuje od zaznavnega in začena reševati konkretne probleme na logičen način. Po Piagetovi teoriji kognitivnega razvoja je to faza konkretnih operacij. Otrok razume pomen niza aktivnosti glede na neko zaporedje in zmore razmišljati reverzibilno (na miselni ravni si predstavlja obratni proces). Pojavi se razumevanje alternativnih pogledov na problem in različnih vidikov drugih oseb. Obseg pozornosti se poveča na dvajset do petištirideset minut. Razvoj mišljenja omogoča tudi boljše sposobnosti upoštevanja pravil.

V zgodnjem osnovnošolskem obdobju otroci razvijejo to, čemur Erikson pravi občutek delavnosti. Spoznavati začnejo odnos med vztrajnostjo in zadovoljstvom ob opravljenem delu. V nasprotju s tem se lahko pri otroku razvije občutek manjvrednosti. Otrokov socialni prostor se širi in interakcija z vrstniki postane še pomembnejša. Značilno je oblikovanje istospolnih vrstniških skupin, v odnosu do katerih je otrok dokaj konformen. Razvijata se sodelovanje in tekmovalnost. Ob vsem tem otrok razvija samopodobo in samospoštovanje. Sposoben je vse večjega samozavedanja.

Težave pri obvladovanju razvojnih izzivov v tem obdobju vodijo do nizkega samo-



spoštovanja in občutkov neobvladovanja dejavnosti. Namesto želje po večji neodvisnosti in samostojnosti postane otrok negotov in/ali ambivalenten.

### **RAZUMEVANJE BOLEZNI:**

Otroci razvijejo bolj diferencirane ideje o znakih in vzrokih bolezni. Zavedajo se vzrokov za določene bolezni. Rečejo npr., da zboliš, ker poješ bakterije, ki so na umazanih rokah. Sposobni so razumeti zdravstveno - vzgojne ukrepe (npr. umivanje rok pred jedjo, koristnost telesne vadbe za zdravje telesa). Razumevanje bolezni že bolj povezujejo z dogajanjem v telesu. Še vedno pa lahko mislijo, da so krivi za bolezen, ker npr. niso jedli zelenjave....

### **TEŽAVE OTROK S KB V OBDOBJU SREDNJEGA OTROŠTVA IN PREDLOGI UKREPOV**

Otroka s KB lahko mučijo različni strahovi vezani na bolezen in zdravljenje: strah pred ločitvijo od pomembnih drugih (staršev), pred občutkom izgube kontrole (negotovost zaradi bolezni), pred vdorom v telo, pred telesno poškodbo in bolečino (posebej pred invazivnimi postopki v predelu trebuha in genitalij), strah pred boleznijo, nezmožnostjo zaradi bolezni in strah pred smrtjo. Otrok se lahko počuti, da je drugačen od drugih.

Otroci s KB so pogosteje deležni pretirano zaščitniške vzgoje, ki dodatno omejuje njihove telesne in socialne dejavnosti, kar lahko vodi k odtujenosti, umaknjenosti od vrstnikov ter socialni izoliranosti.

Pri otroku se lahko pojavi strah pred neobvladovanjem določene aktivnosti (npr. šole, interesnih dejavnosti, druženja), kar lahko vodi v regres oziroma manjšo samostojnost, nezmožnost zaključiti naloge oz. dejavnost ali umik. Občutki oviranosti (frustracije) lahko vodijo v slabše čustveno razpoloženje, depresivnost in znižano samospoštovanje, lahko pa se kažejo kot jeza in vedenjske težave.

V bolnišnici ni več potrebna stalna prisotnost staršev. Pomembno pa je, da starši sodelujejo ob sprejemu v bolnico in pri bolečih posegih. Mlajšim šolarjem lahko preko igre na temo zdravnikov posredujemo informacije v zvezi z boleznijo. Pomemben je pogovor oziroma dialog z otrokom, v katerem preverimo, kaj otrok ve o bolezni, kako se počuti, kaj opaža. Na ustrezen način mu razložimo postopke zdravljenja. Ob koncu pogovora pa preverimo, kaj je razumel in kaj ga morda še skrbi. Potrebno mu je zagotoviti možnosti za izražanje sebe.

Obiskovanje šole naj bo kljub bolezni čim bolj redno. Pri tem je pomembno sodelovanje med zdravstvenim strokovnim timom in šolo, da je otrok deležen ustrežne pomoči in prilagoditev. Potrebno je spodbujati intenzivnejše in pogostejše odnose z vrstniki (sodelovanje v različnih skupinskih, interesnih dejavnostih), saj s tem bolnemu otroku pomagamo pri razvijanju medosebnih stikov in prijateljstev. Omo-



gočamo mu samopotrjevanje na področjih, kjer je uspešen. Potrebno ga je spodbujati tudi pri postopnem prevzemanju odgovornosti (npr. pri vsakdanjih opravilih, upravljanju z denarjem, pri vodenju svoje bolezni).

## **OBDOBJE MLADOSTNIŠTVA (12 - 18 + LET)**

### **RAZVOJNE ZNAČILNOSTI**

Na področju kognitivnega razvoja je v tem obdobju značilen prehod na mišljenje s pomočjo formalno – logičnih operacij. Zaznamuje ga pojav deduktivnega in abstraktnega sklepanja, zmožnosti predstavljanja različnih pogojev in možnosti ter oblikovanje hipotez o logičnih rešitvah glede na različne kombinacije posameznih dejavnikov. Izboljša se sposobnost konceptualizacije in predvidevanja prihodnosti. Mladostnik je sposoben tudi boljšega vpogleda v svoje doživljanje in vedenje (introspektivne sposobnosti). Čeprav je sposoben razumeti stališča in perspektivo drugih, je še vedno močno osredotočen na lastne ideje in doživljanje, kar imenujemo mladostniški egocentrizem.

Osrednje vprašanje na področju socialnega in čustvenega razvoja v adolescenci je vprašanje identitete. Identiteta se nanaša na doživljanje svojih prepričanj, sposobnosti in teženj v skladni podobi o sebi. Po Eriksonu mora v tej fazi mladostnik oblikovati identiteto, v primeru nerazrešene faze pa se pojavi identitetna kriza. Adolescent se mora prilagajati burnejšim telesnim spremembam, ki so značilne za to obdobje. Pojavi se potreba po druženju z nasprotnim spolom, oblikuje se spolna identiteta. Pogosta je zaskrbljenost zaradi zunanjega videza in privlačnosti. Krepi se vloga vrstniške skupine, manjša pa se odvisnost od staršev.

Zaradi mladostniškega egocentrizma lahko mladostnik močneje doživlja svoje težave in je nanje preveč osredotočen. Čustvovanje je intenzivnejše in bolj spremenljivo. Pogostejše je burno reagiranje in vedenjski izbruhi.

### **RAZUMEVANJE BOLEZNI:**

Mladostnik lahko razloži bolezen skozi specifične fiziološke procese. Tako npr. pove, da pride pri pljučnem raku do prehitre delitve celic, kar je povzročilo kajenje. Starejši mladostnik že razume kompleksnejšo prepletenost dejavnikov bolezni. Mladostnik s sladkorno boleznijo npr. razume vpliv diete, vnosa inzulina, pa tudi zdravega načina življenja in spoprijemanja s stresom na obvladovanje bolezni.

Težave otrok s KB v obdobju mladostništva in predlogi ukrepov zdravstveni obravnavi

Pri mladostnikih se pogosteje kakor v prejšnjih razvojnih fazah srečamo s slabšim sodelovanjem pri zdravljenju, zavračanjem zdravljenja (terapij, zdravil) ali dolo-





čenih medicinskih postopkov. Mladostnik lahko bolezen zanika in pogosto ne upošteva načel zdravega življenjskega sloga.

V mladostništvu je še vedno prisoten strah pred telesno bolečino in poškodbo. Zaskrbljeni so zaradi zunanjega videza in učinkov medicinskih postopkov na telo (npr. kožne spremembe, sprememba telesne teže,...). Mladostnik želi biti »normalen«, enak drugim vrstnikom. Kronična bolezen vpliva tudi na oblikovanje identitete. Zaradi bolezni se lahko na tem področju počuti ogroženega, negotovega (dvoimi v svoje sposobnosti za šolanje, poklic, spolno življenje...). Skrbi ga sprejetost s strani vrstnikov.

Priporočljivi so pogovori o telesnem videzu, spolni vlogi, načrtih za prihodnost ter podajanje ustreznih informacij v zvezi s spolnostjo. Razumeti in upoštevati je potrebno tudi mladostnikove seksualne potrebe.

Pri nekaterih mladostnikih se lahko pojavi tvegano vedenje, npr. zloraba drog, alkohola, promiskuitetno vedenje. Po drugi strani pa so mladostniki s KB pogosteje pretirano odvisni od staršev ali imajo slabše možnosti za druženje in mladostniško raziskovanje. Nekateri se zaradi občutkov manjvrednosti ali nespretnosti v socialnih stikih umaknejo iz medvrstniških odnosov. Pogosteje v primerjavi z zdravimi vrstniki lahko razvijejo depresivnost in anksioznost.

Zdravstveno osebje mora razumeti mladostnikovo jezo ali slabše sodelovanje pri zdravljenju kot razvojno normalen odziv. Kljub vse večji samostojnosti in težnji po neodvisnosti, je potrebno mladostnika še vedno spodbujati pri učenju skrbi zase in obvladovanju bolezni, saj njegova motivacija pogosto ni dovolj stabilna in dolgotrajna. Upoštevati moramo njegovo potrebo po neodvisnosti in mu omogočiti možnost izbire pri odločanju. Pridobiti moramo tudi njegov pristanek na preiskave in postopke. Pri zdravstveni negi je v tem obdobju še posebej pomembno upoštevanje potrebe po intimnosti in zagotavljanje zasebnosti.

Tudi v tem obdobju je potrebno spodbujati izobraževanje in redno vključevanje v šolski proces. Poleg tega mladostnik potrebuje vrstnike in prijatelje, ki imajo poleg razvojne tudi podporno vlogo.

## ZAKLJUČEK

Zaradi sovplivanja različnih dejavnikov je težko opredeliti, na katera področja otrokovega in mladostnikovega razvoja kronična bolezen najbolj vpliva. Pri tem avtorji ugotavljajo, da nekatere oblike otrokove in mladostnikove telesne prizadetosti neposredno onemogočajo pridobivanje določenih spretnosti (npr. motorična oviranost otrok s cerebralno paralizo, govorno jezikovni primanjkljaji gluhih



otrok).

Otrokov razvoj, njegovo učenje spretnosti in pridobivanje znan, so lahko oteženi tudi zaradi posrednih vplivov, npr. zaradi pomanjkanja spodbud s strani staršev, ponavljajočega izostajanja iz šole, nizkih pričakovanj ipd.

V posameznih razvojnih obdobjih imajo različni dejavniki, povezani z zdravljenjem KB, različno vlogo in pomen. Tako so dojenčki in malčki močno občutljivi na ločitve, ki lahko porušijo normalen proces razvoja navezanosti. Pri šolskih otrocih je v ospredju njihova zmožnost sodelovanja v šoli. Pri tem se pojavljajo pomembne razlike med spoloma. Medtem ko so dečki bolj občutljivi na slabše zmožnosti potrjevanja pri športnih aktivnostih, so deklice bolj občutljive za pomanjkanje podpore v vrstniški skupini, zato pogosteje odreagirajo s socialno anksioznostjo.

V mladostništvu je v ospredju pridobivanje samostojnosti, pripadnost vrstniškim skupinam in preizkušanje na področju intimnih odnosov. Mladostnik se najtežje sooča z boleznimi, ki vplivajo na njegov videz.

Pri otrocih in mladostnikih s KB je potrebno podpirati strategije soočanja z boleznijo upoštevaje njihovo raven sposobnosti v posameznih razvojnih obdobjih. Pri tem je zelo pomembna poučenost otrokovega okolja (staršev, bolnišničnega osebja, vzgojiteljev, učiteljev) o ustreznih razvojno psiholoških pristopih glede na raven otrokovega/mladostnikovega razvoja. Pomembno je, da njihove razvojne potrebe upoštevamo tudi pri organizaciji zdravstvene dejavnosti in bolnišnične oskrbe. Zadolžna podpora okolja je namreč pomemben varovalni dejavnik, ki blaži delovanje stresorjev, pozitivno vpliva na proces zdravljenja in celostni (telesni in psihični) razvoj otroka in mladostnika.

**LITERATURA IN VIRI:**

1. Carr A. *Somatic problems*. In: Carr A. *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. 2nd ed. East Sussex: Routledge, 2006; 585-660.
2. Hatherill S. *Psychiatric Aspects of Chronic Physical Illness in Adolescence*. *CME*, 2007; 25: 212-14.
3. Keenan T. *An Introduction to Child Development*. London: Sage Publications, 2002.
4. Mrazek DA. *Psychiatric Aspects of Somatic Disease and Disorders*. In: Rutter M et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th ed. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2008: 810-827
5. Payne S and Walker J. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy, 2002.
6. Pleterski Rigler D. *Moj otrok mora ostati v bolnišnici*. Zveza prijateljev mladine Slovenije, Forum za pravice otrok v bolnišnici. Ljubljana, 2009.
7. Schaffer HR. *Introducing Child Psychology*. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing, 2004.
8. Theofanidis D. *Chronic Illness In Childhood*. *Health Science Journal*. 2007; 1 (2). Dosegljivo na : [http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02\\_rev01.pdf](http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev01.pdf)
9. Vrba L. *Kronično bolan otrok*. V: Neubauer D, Kopač Š. *Zbornik predavanj iz otroške nevrologije*. Medicinski razgledi. Ljubljana, 1998: 271-274
10. Zupančič M. *Socialni razvoj dojenčka in malčka*. V Umek LM in Zupančič M. *Razvojna psihologija*. Znanstveno raziskovalni inštitut FF, Ljubljana: Rokus 2004; 255-277.
11. Zupančič M. *Zaznavni in spoznavni razvoj dojenčka in malčka*. V Umek LM in Zupančič M. *Razvojna psihologija*. Znanstveno raziskovalni inštitut FF, Ljubljana: Rokus, 2004; 186-214.



# SOOČANJE DRUŽINE S KRONIČNO BOLEZNIJO OTROKA IN VLOGA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

*dr. Ivana Kreft Hausmeister, univ.dipl.psih.  
Pediatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za nefrologijo*

## **POVZETEK**

Kronična bolezen je bolezen, ki traja vsaj 3 mesece in ko za razliko od akutne bolezni ni možnosti ozdravitve. Posameznik se bo tako moral naučiti živeti s kronično boleznijo in stalnim zdravljenjem, s katerim bo lahko vzdrževal svoje zdravstveno stanje ali zaviral napredovanje bolezni. Ko se kronična bolezen zgodi otroku, pa ima le-ta posledice na celotni družini in povzroči večje spremembe, lahko pa tudi težave v življenju otroka in njegove družine. Pogosto otroci, mladostniki in starši poročajo o občutku skrčene kakovosti življenja, ki je posledica spremenljive psihofizične učinkovitosti, pogostih hospitalizacij, bolečin in strahov, negotovosti o poteku bolezni, morebitnih neugodnih stranskih učinkov zdravlil in izostankov v šoli. Za družino bolezen pomeni stalen stres, saj morajo uskladiti vsakdanje obveznosti z zdravljenjem in se pogosto soočiti tudi s tem, da bo bolezen kljub zdravljenju napredovala.

## **KLJUČNE BESEDE:**

kronična bolezen, spoprijemanje, prilagoditev, družina

## **PROCES PRILAGAJANJA NA KRONIČNO BOLEZEN**

V trenutku, ko otrok izve za diagnozo kronične bolezni, se začne tudi proces prilagajanja na bolezen, zdravljenje in spremembe, ki jih takšna diagnoza prinese. Poleg otroka s kronično boleznijo pa gredo skozi proces prilagajanja tudi drugi člani njegove družine. Proces lahko primerjamo z žalovanjem, v katerem si sledijo faze šoka, zaničanja, strahu, žalosti, jeze, tesnobe, krivde ali poravnavanja in na koncu sprejetja, saj gre pravzaprav za žalovanje za zdravjem in načinom življenja zdravih ljudi. V življenju celotne družine pa to pomeni, da morajo člani družine priznati izgubo in reorganizirati svoje vloge, navade, pravila in odnose v družini. Pri otroku in njegovih svojcih se lahko porajajo občutki izgube samostojnosti in varnosti, občutek odvisnosti od zdravstvenega osebja, nemoč, žalost in različni strahovi – tudi strah pred smrtjo. Velika večina na koncu tega procesa bolezen sprejme kot del svojega življenja.

Sprejemanje bolezni lahko opredelimo kot zavedanje bolezni in njene dolgotrajnosti. Vključuje sprejemanje na čustveni (imeti tudi pozitivna čustva), vedenjski (skrb



zase na področju zdravil, prehrane, nege in drugih navodil) in kognitivni ravni (odsotnost pretirane okupacije z boleznijo in neprestanega razmišljanja o bolezni). Otrok s kronično boleznijo in njegovi svojci naj bi spremenili določene navade, ki jih zaradi bolezni ne morejo več imeti in sprejeti zdravljenje v vsakdanje življenje.

Obstaja vrsta različnih dejavnikov, ki vplivajo na potek procesa prilagajanja na kronično bolezen, kot so dejavniki, povezani z lastnostmi otroka (npr. starost otroka, njegov temperament, intelektualne sposobnosti) in lastnostmi družine (npr. družinski odnosi in dinamika, verovanje, struktura družine, načini spoprijemanja s stresom), ter lahko delujejo kot varovalni dejavniki ali dejavniki tveganja. Posameznik, ki meni, da ima večjo podporo v družini in pri prijateljih ter ocenjuje, da lahko obvladuje stres, se bo bolj uspešno prilagodil na življenjske spremembe, ki jih zahteva kronična bolezen. Za družino v procesu prilagajanja je prav tako pomembna socialna podpora. Nezanemarljivi pa so tudi dejavniki povezani z bolnišničnim okoljem, kot na primer pravila bolnišničnega okolja in komunikacija med družinskimi člani in zdravstvenim osebjem.

## **DELOVANJE DRUŽINE KRONIČNO BOLNEGA OTROKA**

Družina je več kot samo vsota različnih posameznikov. Družina so posamezniki, ki živijo skupaj, so v intimnem odnosu in so pomembne osebe drug za drugega. Sestavljena je iz posameznikov, odnosov med temi posamezniki in vzorcev njihovih interakcij. Znotraj družine pa deluje več podsistemov, in sicer starševski podsistem, ki neguje otroke in jih vzgaja, partnerski podsistem, katerega naloga je omogočati družini varnost in hkrati otrokom predstavlja model za učenje o partnerskih odnosih, ter podsistem sorojencev, ki omogoča, da se otroci preizkusijo v pogajanju in tekmovalnosti, hkrati pa med njimi dovoljuje navezanost.

Sistemska teorija simptom posameznika razume kot signal za družinske težave in ne kot patologijo posameznika, zato so tudi težave enega člana pravzaprav težave celotne družine. Minuchin, družinski terapevt, je družine v terapiji obravnaval kot družine v procesu prilagajanja in ne kot patologijo. Patologija, pravi, se pojavi takrat, ko se družine želijo upreti neizogibnim spremembam, tako da povečajo meje z zunanjimi sistemi. Večina družin je v svoji osnovi duševno zdravih in dobro delujočih. Kronična bolezen pa ni običajna situacija, zato tudi določene odzive pri družinah lahko razumemo kot povsem naraven odziv.

Pomoč otrokom s kronično boleznijo in njihovim družinam naj bi bila usmerjena v ustrezno prilagoditev na bolezen, zato da bi lahko nadaljevali vsakodnevno življenje ob najmanjšem možnem vplivu zdravljenja, kar pomeni omogočiti spreminjanje družine in hkrati ohranjati njeno ravnotežje, tako da bo družina lahko nadaljevala svoje delovanje. Cilj je družina, v kateri vsak opravlja svojo družinsko



vlogo in kjer vsi medsebojno usklajujejo vsakodnevne aktivnosti z zdravljenjem (šola, vrtec, konjički, služba, družjenje). Da bi to dosegli, se mora bolan in negovan otrok razvijati v mladostnika, ki starosti primerno prevzema naloge zdravljenja in kasneje postane samostojen odrasli, ki sam nadzoruje zdravljenje. To pa je mogoče le, če starši opuščajo direktivnost in je mladostnik pripravljen prevzeti naloge zdravljenja. Nema lokrat pa se starši oklenejo vloge negovalca in otrok vloge bolnika. Zgodí se tudi, da se mama in otrok povežeta v diado znotraj družine in tvorita koalíciju proti drugim družinskim članom, ki sporočajo, da sta pretirano vpletena, in prav tako lahko izoblikujejo svoje zavezništvo. V veliki meri je s tem povezana kakovost partnerskega odnosa. Partnerski odnos je v prvih letih soočanja s kronično boleznijo na preizkušnji. Običajno je, da mame in očetje uporabljajo različne strategije pri spoprijemanju z boleznijo otroka, zato toliko težje ohranijo medsebojno povezanost in razumevanje. Izkazalo se je, da so zanikanje v večji meri uporabljali očetje kot matere, matere pa so v večji meri uporabljale vero in iskanje informacij. Raziskave poročajo, da se je partnerstvo pokazalo kot bolj zadovoljjujoče, če sta partnerja uporabljala enake strategije, osredotočene na čustva in komplementarne strategije, osredotočene na problem. Velika večina staršev je ocenila, da se partnerski odnos ni spremenil po otrokovi diagnozi (41%) ali da se je celo izboljšal (55%), kar je za družine zagotovo spodbuden podatek.

Ker so družinski člani povezani in njihove reakcije vplivajo drug na drugega, naj naše intervencije vključujejo vse družinske člane. Prav tako pa se zdravljenje pogosto izvaja v družinskem okolju, na primer ko otroci jemljejo zdravila, imajo predpisano ustrezno prehrano ali se izvaja drugo zdravljenje na domu. Zato tudi razumem obravnavo otroka s kronično boleznijo kot obravnavo celotne družine, saj se vsi družinski člani soočajo s spremembami od diagnoze naprej. Sistemska teorija definira družino kot živ sistem, ki ni zaprt za zunanje vplive, temveč ima prepustne meje in torej lahko na ta sistem vplivamo tudi od zunaj.

## **VLOGA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV V PROCESU SOOČANJA DRUŽINE Z OTROKOVO KRONIČNO BOLEZNIJO**

Ko se srečamo z otrokom s kronično boleznijo na ambulantnih kontrolah ali ob hospitalizacijah, so zdravstveni delavci pogosto osredotočeni na njegovo zdravstveno stanje. Zaradi narave dela se lahko zgodí, da zdravstveno osebje otroka in starše sprašuje le še o simptomih (npr. Te še srbi?), čeprav bi mnogo več izvedeli iz bolj odprtih vprašanj (npr. Kako se počutiš danes?). Otrok s kronično boleznijo ni le telesno, ampak tudi psihosocialno ogrožen. Sooča se ne le s telesnimi tegobami, temveč tudi s čustvenimi težavami, na primer s strahovi, depresivnostjo, tesnobo, težavami v medosebnih odnosih. Lahko je družina zaradi izpada dohodka in povečanja stroškov v finančni stiski.



Kronična bolezen vpliva na otrokovo psihološko prilagoditev, njegovo aktivnost in stopnjo delovanja na več pomembnih življenjskih področjih, in sicer pri zdravstveni oskrbi, šolanju in družanju. Zato je pomembno, da načrtujemo intervencije na vseh pomembnih področjih, ki bi lahko bila prizadeta, oziroma za pomembne ljudi in sisteme, kot so starši, družina, šola, vrstniki ipd. Prav zato naj pri pomoči otroku in družini sodelujejo različni zdravstveni delavci (zdravnik, medicinske sestre in zdravstveni tehniki, klinični psiholog, socialni delavec itd.), lahko pa družine napotimo po pomoč tudi k društvom in drugim organizacijam, ki delujejo izven bolnišnice. Zdravstveni delavci lahko otroku in družini pomagamo pri prilagajanju na bolezen, tudi tako da vzpostavimo jasno komunikacijo z njimi, zagotovimo neposredno in jasno komunikacijo med seboj, prilagajmo zdravljenje šolanju otroka, aktivno vključimo otroka v proces zdravljenja in na prehodu v odraslost načrtujemo intervencije za tranzicijo.

Intervencije, kot so edukacija o bolezni in zdravljenju, učenje obvladovanja stresa ter bolečine, podporne skupine, so uspešen način za izboljšanje psihološkega, socialnega in vedenjskega delovanja družinskih članov. Prav tako pa je lahko za družino in bolnega otroka ugodno, če jih vključimo v proces odločanja in pri zdravljenju upoštevamo njihove potrebe, vrednote in močna področja. Pogosto skrb za otrokovo zdravljenje v večji meri prevzamejo mame, medtem ko očetje prevzamejo finančno skrb za družino, vendar pa je za družinsko dinamiko pomembno, da ob spremembah zdravljenja ali zdravstvenega stanja otroka na pogovor povabimo oba.

Vsaka družina se različno in na svoj način prilagaja na kronično bolezen, tudi različno dolgo. Če imamo občutek, da traja proces prilagajanja predolgo, da je proces pretirano intenziven, ali opažamo pri posamezniku izrazito tesnobo in depresivnost, pa v takem primeru družina potrebuje tudi pomoč kliničnega psihologa ali psihiatra. Nemalokrat se zgodi, da kdo od družinskih članov zavrača terapevtsko ali drugo pomoč. V ozadju pa se lahko skriva strah pred občutki krivde, in sicer tudi takrat ko iz našega zornega kota razlogov za krivdo ni. Tako je na primer mama hudo bolne mladostnice po več srečanjih zaupala, da se čuti kriva za to, da je njena hči zbolela, ker bi morala prej opaziti telesne spremembe in ukrepati. Hkrati se je na mentalni ravni zavedala, da s tem ne bi spremenila izida in bi hči vseeno zbolela.

Zdravstveni delavci smo pogosto deležni intenzivnih čustev otrok ali svojcev (npr. žalosti ali jeze). Ko se to zgodi, je pomembno, da takšnih občutkov ne razumemo kot nevhvaležnost ali žalitev, temveč kot del njihovega procesa prilagajanja na življenje s kronično boleznijo. Za otroka ali starša v začetku procesa prilagajanja na bolezen je še posebej pomembno, da čuti, da so njegovi občutki normalni in da lahko z nami o tem spregovori ali svoja čustva celo izrazi. Takrat jim dajmo občutek, da so nam pomembni, tako da si vzamemo čas za pogovor z njimi.



## ZAKLJUČEK

Ko se kronična bolezen zgodi otroku, ima le-ta posledice na celotni družini in povzroči večje spremembe, lahko pa tudi težave v življenju otroka in njegove družine. Ker kronična bolezen ni običajna situacija, lahko tudi določene odzive pri družinah razumemo kot povsem naraven odziv. Vsaka družina se različno in na svoj način prilagaja na kronično bolezen, tudi različno dolgo. Če imamo občutek, da traja proces prilagajanja predolgo, da je proces pretirano intenziven, ali opažamo pri katerem od družinskih članov izrazito tesnobo in depresivnost, pa v takem primeru družina potrebuje tudi pomoč kliničnega psihologa ali psihiatra.

Zdravstveni delavci lahko otroku in družini pomagamo pri prilagajanju na bolezen, tudi tako da vzpostavimo jasno komunikacijo z njimi, zagotovimo neposredno in jasno komunikacijo med seboj, prilagajmo zdravljenje šolanju otroka, aktivno vključimo otroka v proces zdravljenja in na prehodu v odraslost načrtujemo postopno tranzicijo.

### LITERATURA IN VIRI:

1. Alderfer, M. A. (2006). *Use of Family Management Styles in Family Interventions Research*. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23 (1), 32–35.
2. Brophy, C. J. in Mitchell, E. M. (1990). *Children with Chronic Illness*. *Journal of Psychotherapy and The Family*, 6 (3), 129–149.
3. Carr, A. (2006). *Grief and bereavement*. V Carr, A. (ur.), *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology* (druga izdaja, pp. 1087–1121). London: Routledge.
4. Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R. in Gsel, A. (2004). *The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up*. *Psychology, Health & Medicine*, 9 (4), 456–475.
5. Drotar, D. (2006). *Psychological interventions in childhood chronic illness*. Washington: American Psychological Association.
6. Eiser, C. (1990). *Chronic Childhood Disease. An introduction to Psychological Theory and Research*. Cambridge University Press.
7. Goodheart, C. D. in Lausing, M. H. (1997). *The Family and Chronic Illness*. V Goodheart, C. D. in Lausing, M. H. (ur.), *Treating people with chronic disease:*





- A psychological guide.* Washington: American Psychological Association.
8. Graves, K. N. in Shelton, T. L. (2007a). *Family Empowerment as a Mediator between Family-Centered Systems of Care and Changes in Child Functioning: Identifying an Important Mechanism of Change.* *Journal of Child and Family Studies* (16), 556–566.
  9. Imao, M. (2004). *The process of mourning work in chronic illness: Examination of stage and chronic sorrow models.* (angleški prevod). *Japanese Journal of Developmental Psychology*, 15 (2), 150–161.
  10. Jesper, J. (2010). *Družine s kronično bolnimi otroki.* Ljubljana: Inštitut za sodobno družino Manami.
  11. Kazak, A. E. in Nachman, G. S. (1991). *Family research on childhood chronic illness : pediatric oncology as an example.* *Journal of family psychology*, 4 (4), 462–483.
  12. Kempler, W. (1994). *Načela obiteljske geštalt terapije.* Zagreb: Alinea d.o.o.
  13. Kirby, A. in Wright, S. J. (1999). *Deconstructing conceptualization of »adjustment« to chronic illness.* *Journal of Health Psychology*, 4 (2), 259–272.
  14. Marovic, S. in Snyders, F. (2008). *Addressing Complexities of Medical Noncompliance in Serious Childhood Illness: Collaborating at the Interface of Providers, Families, and Health Care Systems.* *Families, Systems, & Health*, 26 (3), 237–249.
  15. McCormack, A., Norrish, S., Parker, L. in Frampton, I. (2010). *Consulting with young people about healthcare. Part 2: experience of long-term health conditions.* *Pediatric Health*, 4 (2), 167–175.
  16. Midence, K. (1994). *The effects of chronic illness on children and their families: An overview.* *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 120 (3), 311.
  17. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Cambridge: Harvard University Press
  18. Pearl Ben-Joseph, E. (2007). *Dealing with a health condition [elektronska verzija]*, 2009, [http://kidshealth.org/teen/your\\_mind/problems/deal\\_chronic\\_illness.html](http://kidshealth.org/teen/your_mind/problems/deal_chronic_illness.html).
  19. Pleterski Rigler, D. (ur.) (2009). *Moj otrok mora ostati v bolnišnici.* Ljubljana: Zveza prijateljev mladine.
  20. Rakovec-Felser, Z. (2002). *Zdravstvena psihologija.* Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.
  21. Rakovec-Felser, Z. (2009). *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja* (I.natis ed.). Maribor: Založba Pivec.
  22. Rivett, M. in Street, E. (2009). *Systems theory.* V Rivett, M. in Street, E. (ur.), *Family therapy - 100 key points and techniques.* London: Routledge.
  23. Zelikovsky, N. in Vereb, R. (2004). *Psychological Considerations in Renal Disease.* V Kaplan, B. S. in Meyers, K. E. C. (ur.), *Pediatric nephrology and urology.* Pennsylvania: Elsevier Mosby.



# PSIHOLOŠKA PRIPRAVA OTROKA IN MLADOSTNIKA NA BOLEČE ZDRAVSTVENE POSEGE

*Mag. MATEJA GORENC, univ.dipl.psih., spec.klin.psih.*

*Klinični oddelek za alergologijo, revmatologijo in klinično imunologijo,  
Pediatrična klinika Ljubljana*

*Mag. MARTINA BÜRGER LAZAR, univ.dipl.psih., spec.klin.psih.<sup>2</sup>*

*Klinični oddelek za hematologijo in onkologijo, Pediatrična klinika Ljubljana*

## **POVZETEK**

Bolečina je subjektivno, kompleksno in dinamično doživetje, ki ni odvisno le od patofiziološkega sprožilca, zato so tudi odgovori nanjo povsem individualni. Na otrokovo doživljanje bolečine vplivajo tako biološki, kot tudi duševni in socialni dejavniki.

Bolečih in/ali neprijetnih zdravstvenih posegov, kot so cepljenje, zbadanje ob odvzemu krvi, zdravljenje zob ipd., je deležna večina otrok in mladostnikov. Predšolski otroci in mlajši šolarji lahko postanejo zaskrbljeni in prestrašeni že ob neprijetnih posegih, kot sta npr. oralno ali rektalno merjenje telesne temperature ter zobozdravstveni pregled. Zgodnje izkušnje z bolečino igrajo pomembno vlogo pri oblikovanju vzorcev odzivanja nanjo. Neustrezno ali nezadostno lajšanje bolečine v otroštvu lahko dolgoročno vodi v manj učinkovito spoprijemanje z bolečino v odrasli dobi. Ob bolečih zdravstvenih posegih lahko pride tudi do postravmatskega stresnega sindroma (izogibanje ljudem, krajem in stvarim, ki otroka spominjajo na travmatičen dogodek; moten spanec in nočne more; otrok se težko pomiri). Otrokom s kroničnimi zdravstvenimi obolenji se invazivni zdravstveni postopki, kot so jemanje krvi in punkcije, pogosto zdijo hujši kot sama kronična bolezen. Zato je pristop zdravstvenega osebja dolgoročnega pomena še zlasti pri tistih otrocih, ki so pogosto deležni invazivnih zdravstvenih posegov.

## **KLJUČNE BESEDE:**

bolečina; otrok; psihološki vidiki bolečine; ocenjevanje bolečine; kognitivno-vedenjske tehnike

## **DEJAVNIKI DOŽIVLJANJA BOLEČINE PRI OTROKU**

### **RAZVOJNA STOPNJA OTROKA**

Otrokovo razumevanje pomena bolečine se s starostjo spreminja in je odvisno od stopnje njegovega kognitivnega razvoja. Z zorenjem se otrok vse bolj uči nadzirati



svoja čustva in vedenje in s tem tudi svoj odziv na bolečino.

Pri **novorojenčku in otroku do 2. leta starosti** lahko sklepamo na bolečino le po fizioloških odzivih (npr. spremenjena hitrost dihanja in srčnega utripa, spremembe krvnega pritiska, potne dlani, potreba po dodatnem kisiku) in po spremembah v obnašanju otroka (npr. jok, izraz na obrazu, spremembe v položaju in gibanju otroka, spremenjen ritem spanja, neješčnost, nezanimanje za okolico in igro). Malčki ob bolečini lahko postanejo zelo tihi in mirni ali pa zelo aktivni in agresivni. Starši poročajo, da se otrok obnaša drugače kot običajno. Na začetku govornega razvoja lahko otrok občutek bolečine le potrdi ali zanika. Kasneje pogosto uporabi le eno besedo za opis bolečine (»av, bi bi«). Po **18. mesecu** starosti otrok že razume, da njegovo bolečino lahko zmanjša zdravilo ali objemi in poljubi staršev. Otrok med **2. in 4. letom** bolečino lahko razume tudi kot kazen, ker npr. ni bil priden. Ne zna si predstavljati, kaj pomeni, da bo nekaj trajalo samo minuto ali da bo samo malo bolelo. Pozornost je še slabše razvita, zato si najverjetneje ne bo zapomnil informacij ali navodil s strani zdravstvenega osebja. V tem obdobju je že sposoben poročati, koliko ga boli. Med **4. in 7. letom** otrok še vedno težko razume, da je boleč poseg zanj koristen, kajti osredotočen je le na dejstvo, da ga boli. Med **7. in 12. letom** otrok lahko zanesljivo opiše, kje je bolečina lokalizirana. Lahko že poroča, da se zaradi bolečine slabo počuti, da je nesrečen ali da mu gre na jok. Včasih pa tudi zanika bolečino, ker želi pokazati svoj pogum. Zmožen je že pokazati tudi nekaj samokontrole. Po približno **12. letu** je v ospredju preokupiranost z zunanjim izgledom, zato mladostniki še težje prenesejo medicinske postopke, ki vplivajo na njihov videz. Mladostnike najbolj skrbi, kako bodo ob doživljanju bolečine lahko ohranili občutek nadzora. Zato da bo mladostnik odkrito poročal o tem, kako doživlja bolečino, moramo pridobiti njegovo zaupanje.

## TEMPERAMENT

Obstajajo precejšnje razlike med otroki v odzivanju, zato je potrebno razviti individualiziran pristop k otrokovim potrebam. Nekateri otroci zdravstvenega posega sploh ne doživljajo kot grožnjo. Ključni element v otrokovi zmožnosti spoprijemanja z medicinskimi posegi je otrokov občutek lastnega nadzora nad situacijo.

## PRETEKLE IZKUŠNJE Z BOLEČINO

Na otrokovo zaznavo in doživljanje bolečine pomembno vplivajo tudi njegove pretekle izkušnje z bolečino, ki so lahko pozitivne ali negativne. Pretekle izkušnje z negativnim predznakom, vodijo v doživljanje zaskrbljenosti in strahu pred vsemi nadaljnjimi zdravstvenimi posegi. Otroci zelo hitro namreč razvijejo pogojni anksiozni odziv na boleče medicinske posege (npr. ob ponovnem jemanju krvi se otrok že ob prihodu v ambulantno odzove s pretiranim strahom). Na pogoste in ponavljajoče se medicinske posege se otroci v splošnem ne navadijo, temveč se njihova občutljivost še povečuje.



Otrokovo neuspešno spoprijemanje z bolečimi posegi pripelje do upada samozaupanja in zaupanja, da se je zmožen z njimi soočiti tudi v prihodnje. Takšni odzivi so na eni strani posledica občutka zmanjšanja lastne avtonomije in nadzora, po drugi strani pa posledica nerazumevanja pomena situacije zaradi otrokove nižje kognitivne razvojne stopnje. Zato se otroci v pričakovanju zdravstvenih posegov neredko odzovejo s silovitim jokom, bruhanjem in motnjami spanja. Posledice pogostih bolečih posegov so lahko tudi anksioznost, frustracija, jeza, žalost in depresivnost. Nekateri avtorji pa poročajo celo o izgubi apetita, motnjah spanja, učnih težavah, slabših socialnih veščinah in samodekstruktivnem vedenju. Raziskave kažejo, da pri otrocih, ki so bili večkrat izpostavljeni bolečim zdravstvenim posegom, obstaja tudi večje tveganje za razvoj neustreznega razmišljanja in izogibanja zdravstveni oskrbi v odraslosti.

### **VEDENJE IN PRIČAKOVANJA STARŠEV TER ZDRAVSTVENEGA OSEBJA**

Bolj kot prisotnost ali odsotnost staršev ob bolečem posegu pri otroku, je pomembno to, kaj starši med posegom počnejo. Stopnja zaskrbljenosti in strahu pri starših ob bolečih zdravstvenih posegih je namreč povezana z otrokovo stopnjo zaskrbljenosti in strahu in s tem tudi z otrokovo učinkovitostjo pri uporabi strategij obvladovanja bolečine. Starši so pogosto zaskrbljeni ne samo zaradi otrokovega stresa, temveč tudi zaradi dvoma v lastne zmožnosti podpore otroku pri bolečih izkušnjah. Otrokom pri obvladovanju bolečine pomaga predvsem preusmerjanje misli (pogovor o drugih temah, humor in usmerjanje otroka k tehnikam obvladovanja bolečine). Medtem ko tolažba, opravičevanje in kritiziranje ni koristno, ker usmerja otrokovo pozornost na lasten stres ali grozeče vidike zdravstvenega posega. Tolažbo in opravičevanje lahko otrok razume kot znak, da so starši zaskrbljeni ali da imajo informacije, da se bo zgodilo nekaj hudega. Med starševskimi vedenji, ki spodbujajo otrokov stres med bolečimi posegi, je najpogostejše tolaženje. Gre za komentarje, ton govora in izraz na obrazu, ki so povezani z bolečim posegom in usmerjeni na otroka z namenom pomirjanja glede zdravstvenega stanja ali poteka bolečega posega (»Ne skrbi! Držim te za roko! V redu ti gre! Saj zmoreš!«).

V intervencije za obvladovanje bolečine je zato potrebno vključiti tudi pomoč staršem za obvladovanje lastne zaskrbljenosti. Zavedati se je potrebno tudi tega, da starši lahko uporabljajo boleče posege kot vzgojno sredstvo za grožnje s kaznijo (npr. »Če ne boš pridno jedel tablet, te bom peljala k zdravniku, ki ti bo dal injekcijo.«), kar pripomore k razvoju otrokove zaskrbljenosti v odnosu do pričakovanega zdravstvenega posega.

Pomembna so tudi stališča in pričakovanja staršev ter zdravstvenega osebja do bolečine in obvladovanja bolečine. Veliko jih je namreč prepričanih, da si otroci ne zapomnijo bolečine, da otroci bolečino čutijo manj intenzivno kot odrasli in da so otroci preveč ranljivi, da bi njihovo bolečino lajšali s pomočjo zdravil. Veliko otrok



bo zanikalo bolečino zaradi strahu, da bodo s tem razočarali svoje starše ali zaradi strahu pred protibolečinsko injekcijo. Mnogo zdravstvenih delavcev tudi verjame, da lahko bolj točno ocenijo otrokov občutek bolečine, kot otrok sam. Podcenjevanje in neustrezna obravnava bolečine pri otroku lahko pušča takojšnje in dolgoročne razvojne in psihobiološke posledice. Nekateri otroci se npr. določenemu posegu zelo upirajo, drugi pa bolečino mirneje, navidezno ravnodušno prenašajo. Vendar to še ne pomeni, da prve bolj boli, druge pa manj.

Kadar se soočamo z manj sprejemljivim ali celo motečim vedenjem otroka, lahko njegovo bolečino podcenjujemo. Če je otrok ves čas jezen, poln pritožb, njegove zahteve lahko neustrezno označimo kot pretirano zahtevnost, znake neugodja in bolečino pa spregledamo. Na našo občutljivost za otrokovo bolečino vplivajo osebne izkušnje z bolečino, naša osebna zrelost in strokovna usposobljenost.

### **OCENJEVANJE BOLEČINE**

Za ocenjevanje akutne ali kronične bolečine so danes v klinični praksi na voljo številne lestvice, kot so vizualna analogna skala (VAS), numerična skala (NRS), grafična skala (GRS), skala obrazov (»Wong-Baker« ali »Oucher«), numerično-besedne skale, vizualni analogni bolečinski termometer, barvni bolečinski termometer, ocenjevanje z žetoni (»Poker Chip Tool«), barvna lestvica (»Eland Color Tool«), risanje bolečine, besedne ocenjevalne lestvice, bolečinski dnevnik (»Adolescent Pediatric Pain Tool«) in še druge. Pri mlajših otrocih lahko uporabimo lestvice z veselimi in žalostnimi obrazi ali kvantitativne lestvice, od najenostavnejših z dvema stopnjama ali tremi (npr. »boli« ter »ne boli«, ali »rahla, srednja in velika« bolečina). Na vprašanje, »Koliko te sedaj boli?«, lahko otrok odgovori tudi z dvigom enega, dveh ali treh prstov, če nimamo na voljo posebne lestvice. Z njimi lahko ocenjujemo ne le stopnjo bolečine, temveč tudi strah pred njo oz. določenimi zdravstvenimi posegi. Včasih je le-ta še močnejši od bolečine same.

### **PSIHOLOŠKE PRIPRAVA NA BOLEČE ZDRAVSTVENE POSEGE V PEDIATRIČNI KLINIČNI PRAKSI**

V mnogih raziskavah so potrdili učinkovitost psiholoških priprav bolnika, ni pa standardne metode, ki bi bila za vse otroke enako primerna. Psihološke pristope in tehnike je vsakič potrebno prilagoditi otrokovim osebnim značilnostim. Namen psiholoških postopkov ni le lajšanje bolečine, temveč tudi vplivanje na otrokov občutek lastne učinkovitosti v spoprijemanju s posegi.

### **INFORMIRANJE OTROKA**

Informacije o poteku posega (vrstni red dogodkov), opisu tega, kako se bo otrok verjetno počutil, kaj bo videl in slišal in napotki, kako naj se otrok med posegom vede, zmanjšujejo stres, ker zmanjšajo negotovost in nepredvidljivost in povečajo



vzburjenje, kar pomaga posamezniku, da se pripravi na postopek. Otroku zagotovimo ravno toliko informacij (ne premalo, ne preveč) kot jih lahko prenese, kajti preobremenjenost z informacijami je lahko prav tako neugodna kot pomanjkanje le-teh. Zelo koristna je uporaba knjižic in slikanic z navodili, v katerih je zdravstveni poseg opisan in ilustriran. Otroku naj ne bi nikoli prikrivali resnice o bolečini med posegom, če želimo ohraniti njegovo zaupanje še v prihodnje. Z bolečimi zdravstvenimi postopki se nekateri pacienti spoprijemajo tako, da aktivno iščejo informacije o postopku in se na ta način nanj pripravijo.

Nekateri pa se izogibajo kakršnim koli informacijam o postopku in so v komunikaciji z zdravstvenim osebjem zelo pasivni. Tem koristi bolj pogosto in intenzivno izpostavljanje informacijam o postopku. Kratke enkratne psihoedukativne intervencije lahko še povečajo otrokovo občutljivost na boleč postopek, zato lahko doživljajo večji nivo bolečine, kot če ne bi dobil nobenih informacij. Pomembno je oceniti, ali otrok običajno uporablja bolj aktiven ali pasiven pristop pri obvladovanju stresnih situacij. Če otrok nakazuje, da raje sploh ne bi razmišljal o bolečem posegu, si moramo vzeti več časa, da otrok premaga tendenco k izogibanju.

### **PODPORNE (SUPPORTIVNE) INTERVENCIJE**

Te intervencije so usmerjene k ustvarjanju čim boljše psihosocialne oskrbe otroka in njegovih staršev. Zavedati se moramo, da večina staršev najbolje pozna svojega otroka, zato so poleg otroka tudi starši dejavni sogovorniki v procesu zdravljenja. Pomembno je, da starši sodelujejo pri odločanju glede postopkov, za kar je potrebno sprejemajoče zdravstveno okolje. Nekateri starši želijo imeti čim več podatkov o posegu, drugi pa morda ob preobilici podatkov postanejo pretirano zaskrbljeni. Ponudi naj se jim možnost izbire, kako bi si želeli sodelovati v zdravstvenem procesu. Zato da so starši otroku med posegom v oporo, jih lahko tako kot otroka naučimo sprostitvenih tehnik (npr. tehnike globokega dihanja ali preusmerjanja misli). Koristno je, če otrok lahko sam odloči, katero tehniko za obvladovanje bolečine bi pri njem uporabili in/ali da izbere način samega posega, kadar je to sprejemljivo (npr. v kateri prst ali roko se ga zbode pri odvzemu vzorca krvi). Pomembno je, da se zdravstvenih posegov, ki so neprijetni in bolijo, ne izvaja v igralnih in sprostitvenih prostorih zdravstvenega zavoda. Pomembno je tudi, da so zdravstveni delavci, medtem ko izvajajo poseg pri otroku mirni, zaupljivi in da lahko nadzirajo svoje odzive. Otroka nikoli ne vrednotimo negativno in se mu ne opravičujemo za to kar počnemo med posegom. Izogibamo se pogovorom z ostalimi prisotnimi (zdravstvenim osebjem, starši, študenti), ki bi otroka med posegom dodatno spravljali v stisko (npr. pogovor o možnih neugodnih stranskih učinkih ali zapletih).

### **KOGNITIVNE INTERVENCIJE**

Z njimi vplivamo na otrokove misli in predstave. Pri predšolskih otrocih se najbolje obnesejo tehnike t.i. »**veččutnega preusmerjanja pozornosti**« (ang. multi-sen-



sory distraction). Veččutne, starosti in razvoju primerne igrače, kot so npr. zvočna knjiga s tipkami, ki zahteva poleg vidnega in slušnega procesiranja še otrokovo motorično dejavnost, lahko zmanjša kapaciteto otroka za procesiranje bolečinskih signalov. Pri predšolskih otrocih je pri preusmerjanju pozornosti učinkovito tudi pihanje milnih mehurčkov, uporaba zvočnih knjig in glasbenih pravljic, video iger ter risank. Pri mlajših šolarjih in mladostnikih pa tudi štetje, abeceda v obratnem vrstnem redu, poslušanje zvočnih knjig ter poslušanje glasbe po lastni izbiri z uporabo slušalk.

S tehniko »vodene domišljije« (ang. guided visual imagery) pomagamo otroku, da s predstavljanjem barv, zvokov, vonjev, okusa ter prijetnega vzdušja v neki situaciji ali prostoru, preusmeri pozornost stran od bolečine oz. posega. V svetu pogosto in uspešno uporabljana tehnika je tudi **hipnoza**. Pri posegih kot so aspiracija kostnega mozga, lumbalna punkcija ter mikcijski cistouretoogram, se je hipnoza izkazala za vsaj toliko učinkovito kot tehnike preusmerjanja pozornosti.

### VEDENJSKE INTERVENCIJE

Usmerjene so v spreminjanje otrokovega vedenja. Najpogosteje uporabljani tehniki sta »globoko dihanje s trebušno prepono« ter »postopno mišično sproščanje«. **Tehnika globokega dihanja** je dokaj enostavna. Z njo zmanjšamo mišično napetost, sproščamo trebušno prepono in usmerimo otrokovo pozornost na dihanje. Ob bolečini otroci namreč pogosto dihajo zelo plitvo ali pa zadržujejo dih. Otroku sugeriramo predstave, da z vsakim izdihom iz telesa preženejo napetost in strah. To daje otroku občutek samonadzora in zniža njegovo zaskrbljenost. **Postopno mišično sproščanje** pa je še zlasti primerno za mladostnike. Pri tej tehniki se postopno izmenjuje zategovanje in sproščanje posameznih mišičnih skupin.

### KOGNITIVNO VEDENJSKE INTERVENCIJE

Pri tistih otrocih, ki so zaskrbljeni že mnogo pred določenim posegom, se najbolj obnese vedenjsko-kognitivna tehnika »**sistematične desenzitizacije**«. Otroka se postopno izpostavlja načrtovanemu medicinskemu posegu s pomočjo predstavljanja samega posega in/ali pa otrok s pomočjo lutke preigrava navidezni zdravstveni poseg. Lahko se uporabi tudi sistem nagrajevanja, kjer otroka nagradimo za vsak uspešen korak izpostavljanja s simboli (sončki, zvezdice, smeškoti), s katerimi otrok lahko dobi nagrado po izpeljanem bolečem posegu. Sistem nagrajevanja je najbolj uspešen, če si otrok sam vnaprej izbere želeno nagrado in se tekom celotnega postopka spodbuja pričakovanje nagrade. **Kognitivno-vedenjski trening** pa se osredotoča na vlogo misli v otrokovem počutju. Otroku se skuša pomagati prepoznati, kakšne vrste razmišljanje prispeva k negativnemu počutju ali doživljanju bolečine, in ga nato nadomestiti z razmišljanjem, ki spodbuja dobro počutje. Istočasno se lahko prepleta tudi več tehnik. »Pozitivno samopripravljanje« (npr. »vem, kaj moram narediti«, »to sem že dal skozi«) se lahko dopolnjuje s tehniko



»ustavljanja misli« in s »pozitivnimi podkrepitevami« (npr. z nagradami).

### TELESNE INTERVENCIJE

Med telesne metode lajšanja bolečine spadajo dotik, masaža, obkladki (vroči, hladni). Zlasti dotik je še kako pomemben za dojenčke in malčke, ki se govorno še ne sporazumevajo. Zajema božanje, pestovanje, zibanje, masažo dlani, hrbta, stopal, glave in trebuha. Kadar se je otroka med posegom potrebno dotikati, je pomembno, da so naše roke ogrete.

Mnogi starši in zdravstveni delavci intuitivno uporabljajo pristope, ki otroku pomagajo blažiti bolečino in tudi otroci se običajno zavedajo, da jim to res pomaga. Prav tako je pomembno, da otroka seznanimo s tem, kako si lahko tudi sam pomaga, ko ga boli. S tem mu pomagamo pri procesu spoprijemanja z bolečino in načini obvladovanja zanj stresnih situacij, povezanih z bolečino.

### ZAKLJUČEK

Zdravstveni posegi so lahko za otroka zelo stresna izkušnja. Zdravstveni delavci različnih strok smo dolžni v čim večji meri blažiti bolečino, ki jo otrok doživlja. Zato je poleg farmakološke priprave otroka na zdravstvene posege, pomembna tudi uporaba različnih psiholoških pristopov, ki pomagajo blažiti distress in jakost zaznane bolečine. Ni standardne metode, ki bi bila za vse otroke enako primerna. Izbira prave in učinkovite mora temeljiti ne le na invazivnosti in trajanju samega posega, temveč tudi na osebnih značilnostih otroka. To pa zahteva veliko prilagodljivost ter strokovno dobro usposobljeno in za potrebe otrok in staršev dovolj občutljivo osebo.

### LITERATURA IN VIRI:

1. Franck LS, Greenberg CS in Stevens B. Acute pain in children. *Pediatric Clinics of North America* 2000; 47, 3.
2. Bürger Lazar M, Anžič J. Prepoznavanje in ocena bolečine pri otroku z rakom. V: Gregorič A. (ur.) XV. srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo. Zbornik predavanj. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 2005.
3. Young KD. Pediatric Procedural Pain. *Ann Emerg Med* 2005; 45,2:160–71.
4. Payne S in Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy, 2002: 160–84.
5. Ross DM, Ross SA. Childhood pain. *Current Issues, Research, and management*. Baltimore-Munich: Urban & Schwarzenberg, 1988: 251–93.
6. Hester NO. Assessment of acute pain. V: Green AA, Platt MPW, Lloyd-Thomas AR. *Stress and pain in infancy and childhood. Clinical paediatrics*, 3,3. London, Philadelphia, Sydney, Tokyo, Toronto: Bailliere Tindall, 1995: 561–77.
7. McGrath PJ, Beyer J, Cleelad C, Eland J, McGrath PA, Portenoy R. Report of





- the subcommittee on assesment and methodologic issues in the management of pain in childhood cancer. *Pediatrics* 1990; 86: Suppl 2: 814–17.
8. McGrath PJ in Unruh AM. *Pain in children and adolescents*. Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier, 1987: 133–41.
  9. Treadwell MJ, Franck LS, Vichinski E. Using quality improvement strategies to enhance pediatric pain assessment. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14,1: 39–47.
  10. McGrath PJ, Frager G. *Psychological Barriers to Optimal Pain Management in Infants and Children*. *The Clinical Journal of Pain* 1996; 12: 135–41.
  11. Hamilton A in Zeltzer L. *Psychological approaches to procedural pain*. V: Green AA, Platt MPW, Lloyd-Thomas AR. *Stress and pain in infancy and childhood*. *Clinical paediatrics*, 3,3. London, Philadelphia, Sydney, Tokyo, Toronto: Bailliere Tindall, 1995: 601–18.
  12. WHO. *Cancer pain relief and palliative care in children*. Switzerland, England, USA: WHO and International Association for the Study of Pain, 1998.
  13. Spirito A, Kazak AE. *Effective and Emerging Treatments in Pediatric Psychology*. Oxford: University Press, 2006: 63–86.
  14. Slifer KJ, Tucker CL, Dahlquist LM. *Helping Children and Caregivers Cope With Repeated Invasive Procedures: How are We Doing?* *J of Clin Psych in Med Settings* 2002; 9,2: 131–52.
  15. Accardi MC, Milling LS. *The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review*. *J Behav Med* 2009; 32: 328–39.
  16. Blount RL, Zermpsy WT, Jaaniste T, Evans S, Cohen LL, Devine KA in Zeltzer LK. *Management of Pediatric Pain and Distress*. V: Roberts MC in Steele RC, Ur. *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: The Guilford Press, 2009: 171–188.
  17. Gerick SM. *Pain Management in Children: Developmental Considerations and Mind-body Therapies*. *Southern Medical Journal* 2008; 98, 3: 295–302.
  18. Lioffi C in Franck LS. *Psychological interventions for acute pediatric pain*. V: Macintyre PE in Walker SM in Rowbotham DJ, Ur. *Clinical Pain Management: Acute Pain*, 2nd Edn., London: Hodder Arnold, 2003: 308–323.
  19. McMurtry CM, McGrath PJ, Chambers CT. *Reassurance can hurt: Parental behavior and painful medical procedures*. *J Pediatr*. 2006; 148(4): 560–1.
  20. Carr A. *The handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. London: Routledge, 1999: 499–568.
  21. Snell CMS in DeMaso dr. *Adaptation and Coping in Chronic Childhood Physical Illness*. In: Shaw DR in De Maso DR, eds. *Textboook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. London: American Psychiatric Publishing, 2010: 21–32.
  22. Bürger Lazar M. *Psihološki vidiki in priprava otroka na zdravstvene posege*. *Slov Pediatr* 2010; 17: 101–106.



# PRILAGODITEV PRISTOPOV ZDRAVSTVENEGA OSEBJA DO OTROK Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI IN MOTNJAMI V RAZVOJU

*Katja Stres Kaučič, univ.dipl.psih.*

*Vedrana Đurašin, univ.dipl.psih.*

*Služba za otroško in mladostniško psihiatrijo, Pediatrična klinika v Ljubljani*

## POVZETEK

Namen prispevka je predstaviti značilnosti otrok z duševnimi motnjami in motnjami v duševnem razvoju. Opisane so jasne razlike v diagnosticiranju in funkcioniranju enih in drugih. Poudarek prispevka je v prilagoditvah v pristopu tima zdravstvene nege, ko gre za otroke iz obeh skupine. Bolj podrobno sva želele predstaviti motnjo avtističnega spektra (MAS) in prilagoditve pri obravnavi ter sva opisale smernice kako pristopiti otroku in mladostniku, ki kaže ima duševne in vedenjske težave.

## KLJUČNE BESEDE:

motnje v duševnem razvoju, duševne motnje, pristop zdravstvenega osebja, motnja avtističnega spektra (MAS).

## UVOD

Pri obravnavi otroka v zdravstveni ustanovi je potrebno prilagoditi pristop zdravstvenega osebja glede na otrokove razvojne, vedenjske in osebnostne posebnosti. Otroci z razvojnimi motnjami potrebujejo v zdravstveni ustanovi zaradi svojih značilnosti poseben pristop in obravnavo. Vloga medicinske sestre pri tej obravnavi je zelo pomembna.

## OTROCI Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU

Motnja v duševnem razvoju je nevrološko pogojena razvojna motnja. Poznamo tudi druge razvojne motnje: motnja v razvoju govora, motnja v razvoju gibalnih sposobnosti, specifične učne težave, pervazivne razvojne motnje (spektroavtistična motnja). Motnja v duševnem razvoju nastopi pred dopolnjenim osemnajstim letom starosti in se kaže v pomembno nižjih intelektualnih sposobnostih ter pomembnih odstopanjih prilagoditvenih spretnosti.

Pri otrocih z motnjami v duševnem razvoju ugotavljamo:

- pomembno znižano splošno intelektualno funkcioniranje ter znižane prilagoditvene spretnosti.
- motnje v duševnem razvoju se lahko pojavljajo skupaj z drugimi razvojnimi



motnjami.

-

Glede na motnje v duševnem razvoju ločimo:

- otroke z lažjo motnjo v duševnem razvoju (IQ med 50 in 69). Otroci imajo znižane sposobnosti za učenje in usvajanje splošnih znanj. Ob individualnem pristopu ter prilagoditvami v učnem procesu lahko dosežejo temeljna šolska znanja, ter se usposobijo za manj zahtevno poklicno delo in samostojno socialno življenje. Mentalna starost od 9 do 12 let pri odraslih;
- otroke z zmerno motnjo v duševnem razvoju (IQ med 35 in 49). Otroci imajo posamezne sposobnosti različno razvite. Svoje potrebe in želje sporočajo, pri tem lahko potrebujejo podporno ali nadomestno komunikacijo. Posebno podporo potrebujejo pri vključevanju v socialno okolje. Usposobijo se lahko za enostavna, nezahtevna opravila, sicer pa potrebujejo podporo in različno stopnjo pomoči. Mentalna starost od 6 do 19 let pri odraslih;
- otroke z težjo motnjo v duševnem razvoju (IQ med 20 in 34). Otroci se lahko usposobijo za najenostavnejša opravila. Razumejo enostavna sporočila in navodila ter se ustrezno odzovejo nanje. Orientirajo se v ožjem okolju, vendar pri tem potrebujejo varstvo in vodenje. Pri skrbi zase potrebujejo pomoč drugih. Pogosto imajo težave v gibanju, druge razvojne motnje in bolezni. Mentalna starost manj od 3 do 6 let pri odraslih;
- otroci z težko motnjo v duševnem razvoju (IQ pod 20). Otroci se lahko usposobijo le za sodelovanje pri posameznih aktivnostih. Redko razvijejo osnove govora in sporazumevanja. Prav tako sta omejeni zaznavanje in odzivanje na zunanje dražljaje. Potrebujejo stalno nego, varstvo, pomoč in vodenje. Omejeni so v gibanju, večinoma imajo težke dodatne motnje, bolezni in obolenja. Mentalna starost manj kot 3 leta pri odraslih.
- Delo z otrokom in adolescentom je predvsem delo z družino. Duševna motnja namreč prinese stisko v celotno družino in družina največkrat nima dovolj informacij, da bi se s takšno motnjo soočila.

## MOTNJA AVTISTIČNEGA SPEKTRA

V zadnjem času izredno hitro narašča število otrok z motnjo avtističnega spektra (MAS). V populaciji naj bi šlo za 1% šoloobveznih otrok s to motnjo. Vsaka medicinska sestra se sreča z otrokom s MAS vsaj enkrat v svoji karieri. Osnovni diagnostični kriteriji za opredelitev motnje avtističnega spektra so prisotne težave na področju recipročne socialne komunikacije in socialne interakcije in usmerjeno, ponavljajoče vedenje, interesi ali aktivnosti. Lahko se pojavlja senzorna preobčutljivost na določene dražljaje (premalo ali preveč občutljivi na zvok, dotik, okus, vonj...).

Zdravstveno osebje se mora posebej pripraviti za pregled otroka z MAS. Zdra-



vstveno osebje mora biti v prvi vrsti strokovno, kreativno in sproščeno pri pregledu otroka z MAS.

Zelo pomembno je, da se sestra, ki obravnava otroka z razvojno motnjo seznanji z njegovimi posebnostmi v vedenju in čustvovanju. Otroci z razvojnimi motnjami so med seboj zelo različni, različno reagirajo na različne dejavnike v okolju. Pomembno je, da sestra opravi kratek intervju s starši, kjer se seznanji z morebitnimi posebnostmi otroka, komunikacijo, morebitnimi strahovi, senzornimi posebnostmi in katere so tiste dejavnosti, ki otroka pomirjajo.

Intervju s starši naj obsega osnovne informacije o:

- način komunikacije otroka (verbalno ali neverbalno);
- socialne spretnosti;
- senzorne posebnosti (preobčutljivost oz. premajhna občutljivost na posamezne dražljaje). Lahko so bolj občutljivi na dotik, težava pri pregledu, jemanju krvi oz. merjenju krvnega pritiska. Lahko jih zmoti kakšen nenaden zvok, vonj ali okus. Lahko dajejo v usta tudi stvari, ki niso hrana, se jih dotikajo in na takšen način spoznavajo;
- druge vedenjske posebnosti (strahovi);
- opredeliti otrokova močna področja (kaj ima rad, ljube igrače, posebni interesi), kar je lahko v pomoč pri samem pregledu in motivaciji za sodelovanje ter navezovanje stika z otrokom. Npr. otroka, ki zanimajo dinosavri ali avtomobili nam lahko med samim pregledom našeje katere vrste dinosavrov pozna oz, katere avtomobile pozna, takolahko preusmerimo njegovo pozornost na nekaj prijetnega. Pri mlajših si lahko pomagamo z igračami;
- opredeliti je potrebno strategije, ki so pri posameznem otroku učinkovite;
- potrebno se je seznaniti z morebitnim neprilagojenim vedenjem (agresivnim vedenjem) ali s posameznimi stereotipijami. S starši se dogovorimo kako ta vedenja obravnavajo doma.

Pri mlajših otrocih lahko predhodna priprava otroka na preiskavo zelo pozitivno vpliva na samo preiskavo. Doma se lahko starši z otrokom predhodno pogovorijo kako bo preiskava potekala, pogledajo sliko instrumentov, ki bodo uporabljeni. Otroku lahko prinese tudi kakšno igračo od doma, da se z njo potolaži.

Priporočljiva je mirna, tiha soba za pripravo na poseg. Potreben je čim bolj umirjen in sproščen pristop zdravstvenega osebja. Kadar je preveč direktiven pristop, lahko otrok reagira s strahom, umikom, v vedenju lahko izkazuje stisko.

Lahko se pojavijo težav pri prilagajanju na novo okolje, spremembe (strah pred novim) oz. strah pred neznanim. Pri mlajših otrocih lahko zdravstveni tehnik najprej pokaže postopek obravnave na starših (mami), šele nato pri otroku. Potrebno



je nuditi otroku čas, da se prilagodi na novo situacijo. Pri seznanjanju si lahko pomagamo z otrokovo ljubo igrarčo, ki ga pomirja in sprosti otrokovo napetost ter preusmeri pozornost. Priporočljivo je, da je osebe med pregledom sproščeno in prijazno, priporočljiv je nevsiljiv pristop. Najprej s starši naredimo intervju, da se sprostijo in da se seznanijo s postopkom pri tem je pomembno, da je osebe do otroka čim bolj indirektni. Počakamo, da se navadi na nov prostor, na nove ljudi. Otroka lahko spodbudimo k sodelovanju pri pregledu, tako da ga pohvalimo za pogum, ter na koncu nagradimo (štampljke, nalepke). Kadar je otrok preveč obremenjen lahko uporabimo tehniko preusmerjanaj pozornosti, tako da otroka vprašamo o njemu ljubih hobijih, da nam zapoje najljubšo pesem.

## **RAZLIKE MED DUŠEVNIMI BOLEZNIMI IN MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU**

V širši populaciji pa tudi med strokovnjaki še vedno ostaja zmeda v razlikovanju duševnih motenj in motenj v duševnem razvoju. Gre za dve različni bolezni oz. motnji. Poznavanje razlik pa je ključnega pomena za izbiro primerne obravnave. Duševne bolezni sodijo med bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega vedenja in prizadetosti spoznavanja ter spomina. Zaradi teh simptomov je bolnik prizadet, njegovo funkcioniranje je slabše, manj učinkovito rešuje vsakdanje probleme. Duševna motnja pri različnih ljudeh poteka različno, nekatere prizadene v manjšem obsegu, druge pa težje.

Pri motnjah v duševnem razvoju gre za stanje, ki traja vse življenje. Ljudje, ki so duševno bolni, potrebujejo zdravstveno nego ter medicinsko in psihično terapijo. Na splošno pri teh osebah ne gre za okvaro intelekta, kar pomeni, da lahko zaživijo neodvisno, ko je njihova duševna težava odpravljena oziroma pod nadzorom. Ljudje z motnjami v duševnem razvoju niso bolni, razen če ne zbolijo za ostalimi skupnimi boleznimi. Da bi bili zmožni živeti v družbi, potrebujejo lahko razumljive informacije, izobraževanje in usposabljanja.

PO MKB-10 klasifikaciji duševne in vedenjske motnje razvrščamo v podkategorije:

- 1.1 (F00–F09) Organske, simptomatske duševne motnje
- 1.2 (F10–F19) Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi
- 1.3 (F20–F29) Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje
- 1.4 (F30–F39) Razpoloženske (afektivne) motnje
- 1.5 (F40–F48) Nevrotske, stresne in somatoformne motnje
- 1.6 (F50–F59) Vedenjski simptomi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki



- 1.7 (F60–F69) Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi
- **1.8 (F70–F79) Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)**
- **1.9 (F80–F89) Motnje duševnega (psihološkega) razvoja**
- 1.10 (F90–F98) Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci
- F99) Neopredeljena duševna motnja

## PRVI STIK IN KONTAKT Z BOLNIKOM

Naš namen ni spremeniti posameznika, ampak pomagati ga pripeljati do spremembe vedenja, ki ga v tem trenutku ovira ali ogroža. Poskušamo vzpostaviti spoštljiv, razumevajoč in empatičen odnos. Vedno se postavimo v nevtralno pozicijo, pri kateri izključimo lastne predsodke, prepričanja, opredelitve, usmerjenost in začnemo komunikacijo iz nevedenja. To pomeni, da damo čas in prostor sogovorniku, da sam poda svojo plat zgodbe. Aktivno poslušamo. Reflektiramo kaj smo slišali, preverjamo, če smo prav razumeli (»a sem te prav razumel/a?«). Pri podajanju informacij je potrebno prilagoditi način glede na posameznika (starost, razumevanje, psihično stanje). Ponudimo možnost za dodatne informacije. Če je le možno, ponudimo možnost izbire (»na kateri roki lahko izmerim pritisk?«; »do kosila morava vzeti kri, bi sedaj ali čez pol ure?«). Pri podajanju izbire dati jasno vedeti, da lahko poda svoje mnenje in ga bomo (če je možno) upoštevali, vendar mu jasno razložiti da ne more on/a odločiti. Izogibajmo se argumentiranju, dolgim razlagam in prerekanju saj lahko peljejo v merjenje moči, kar ni na namen.

## KAKO PRISTOPITI?

Od prvega stika je lahko odvisen cel proces nadaljnje obravnave. Poskušamo biti pozorni na lastno držo, ki naj bo sproščena vendar odločna in samozavestna. Poskušamo vzpostaviti očesni kontakt s katerim pokažemo razumevanje, empatijo in sporočilo, da smo tukaj z namenom, da bi pomagali. Glas naj bo umirjen, razločen in ustrezne intonacije. Postavljamo odprta vprašanja (NE: a si utrujen? AMPAK: kako se počutiš?). Vprašaj za strinjanje, vendar obdrži namen (npr. »moram ti izmeriti pritisk, a se strinjaš da to takoj narediva, da si potem prost«). Razložimo posledice vedenja, če ni pripravljen za sodelovanje (»če ne moremo izmeriti pritisk, ti ne moremo pomagati in ne moreš iti domov«). Ponudimo povratno informacijo, če je le možno pohvalimo vedenje in se zahvalimo za sodelovanje.

## NA KAJ MORAMO BITI POZORNI?

Od naše strokovne ocene posameznika je lahko odvisen cel potek obravnave. Želimo dobiti vpogled v njegove razvojne potrebe in zmožnosti ter razumeti njegove trenutne psihološke, kognitivne in socialne potrebe. Oceno podamo na podlagi



opazovanja, razgovora s posameznikom in njegovimi skrbniki.

Pri oceni otrok in mladostnikov bodimo pozorni na:

- **splošni vtis:** zunanja urejenost, ustreznost oblačil (vedno dolgi rokavi), neprijetni telesni vonj, prisotnost brazgotin (zapestja, podlahteh, nadlahteh, trebuh, stegna), pokrivalo na glavi, sončna očala, tetovaže, piercingi.)
- **orientiranost:** v času (del dneva, datum, mesec, leto, starost), v prostoru (bolnišnica, država, šola, dom), v socialni situaciji (avtoriteta, vrstniki, družinski člani, stanje bolezni/počitka).
- **govor:** hiter, počasen, upočasnjen, v zlogih, razumljiv, razločen, ustrezno odgovarja na zastavljena vprašanja, ne komunicira.
- **mišljenje:** ustrezno, rigidno, zmedeno, govori izčrpno, potrebuje podvprašanja, blodnjav, prisotnost halucinacij, skladnost in jasnost v izražanju, obsesivne misli (moram..., če ne...).
- **razpoloženje:** vesel, žalosten, prestrašen, razdražljiv, jezen, apatičen, tesnoben, evforičen, empatičen, vznemirjen, obupan.
- **vedenje:** obrazna mimika/ pogled (nezaupljiv, sumničav, prestrašen, jokav, sumničav, razgiban, brezizrazen), komunikacija (zaupljiv, sodelovalen, brez distance, ima rdečo nit, dialog, monolog, samoiniciativen), očesni stik je lahko ustrezen (med pogovorom vzpostavi, s pogledom vabi v interakcijo, sodeluje s pogledom) ali ni stika (redko pogleda, kratkotrajno, le, če kaj potrebuje).
- **agresivno vedenje:** razdražljiv, pretirano živahen, ne upošteva meje, grozi fizično in / ali verbalno, nasilen do drugih predmetov ali oseb.

## FORMULIRAMO PRIDOBLEJENA SPOZNAVANJA

Naslednji korak je integrirati vsa spoznanja, pridobljena v procesu ocenjevanja, jih prepoznati v okviru znanih strokovnih dejstev in znanstvenih teorij ter trenutnega bolezenskega stanja. Pridobljena spoznanja lahko ustno razložimo vodji primera ali jih oblikujemo in posredujemo v pisni obliki kot sestrski zapis, poročilo. Iz prakse vemo, da na podlagi kvalitetnih sestrskih zapisov lahko izberemo najboljši tip terapevtskega procesa, medikamentozne terapije in na splošno ocene posameznikovega stanja. Pri otrocih in mladostnikih, kjer se nam poraja sum, da bi lahko šlo za duševno ali vedenjsko motnjo, je zapis zgoraj opisanih značilnosti funkcioniranja ključnega pomena. Saj nam zagotavlja poleg dolžnosti tudi občutek varnosti in strokovnosti.

## POTEK OBRAVNAVE

Je osrednja naloga vsakega zdravstvenega delavca. Načrtujemo kakšno vrsto preiskav, nege in terapije lahko pri posamezniku zastavimo. Ravnati se po kliničnih



smernicah in navodilom strokovnega tima. Razmišljamo koga vključiti v proces obravnave (samo posameznika, starše, druge strokovnjake, prostovoljce).

## **EVALVACIJA OBRAVNAVE**

Ob zaključku obravnave ponovno ocenimo učinkovitost in primernost uporabljanih pristopov. Lahko še enkrat na kratko opišemo psihično stanje v katerem je posameznik bil odpuščen v pisni obliki. Ocenjujemo, v kolikšni meri so se simptomi izboljšali oz. poslabšali. S kom je posameznik odšel, kdo je bila odgovorna oseba. Poskrbimo za prenos informacij za nadaljnje korake. Ponudimo kontakt v primeru poslabšanja stanja.

## **ZAKLJUČEK**

Pregled otroka v zdravstveni ustanovi je lahko tako za otroka kot za starše zelo stresen in neprijeten dogodek. Boleči posegi lahko povzročijo pri otroku dolgotrajne neprijetne izkušnje. Ustrezen pristop in strokovna obravnava s starni zdravstvene osebe lahko vpliva na pozitivno izkušnjo pri otroku in starših. Ozaveščanjem in usvajanjem opisanih spretnosti pri obravnavi otrok z duševno motnjo in motnjah duševnega razvoja lahko pripomoremo k bolj učinkovitejši obravnavi posameznika in pomagamo sebi, kot strokovnjaku izvajati delo odgovorno, strokovno in korektno.



**LITERATURA IN VIRI:**

1. *American Psychological Association (APA)*. Citirano 25.4.2014. Dosegljivo na: <https://www.apa.org/>
2. *Caring for Children and Adolescents With Autism Who Require Challenging Procedures* (Margaret C. Souders, Denise DePaul, Kathleen G. Freeman, Susan E.), *Disclosures Pediatr Nurs*. 2002;28(6)
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. New York: American Psychological Association, 2013.
4. Kodrič, J. (2010). *Psihološko ocenjevanje otrok z motnjo v duševnem razvoju*
5. *MKB-10: Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995.
6. Mohorko Fajfar, V. (2009). *Vloga medicinske sestre v centru za otroke z motnjo v duševnem razvoju*. Univerza v Mariboru, *Diplomsko delo*.
7. Starovasnik Ž. B. *Smernice za klinično psihološko delo v celostni rehabilitaciji*. *Rehabilitacija*, L XIII, supl. 1. 2014
8. *Zavod RS za zaposlovanje*. Citirano 22.4.2014. Dosegljivo na: <http://www.ess.gov.si/>
9. Blažević S. *Nekatera znanja in veščine, ki se uporabljajo pri delu z odvisnimi od psihoaktivnih snovi*. In: *Svetovanje in motivacijske tehnike za delo s pacienti*. Zbornik predavanj 2012; 6-14.
10. Tressure J. *Motivational interviewing*. *Advances in Psychiatric Treatment* (2004); 10: 331-337.



# KOMUNIKACIJA Z OTROKOM S POSEBNIMI POTREBAMI

*Barbara Korošec, spec.klin.logopedije  
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča  
Otroški oddelek za (re)habilitacijo otrok  
[barbara.korosec@ir-rs.si](mailto:barbara.korosec@ir-rs.si)*

## **POVZETEK**

Oviranost na področju komuniciranja se pri otrocih z motnjo v razvoju pogosto (s posebnimi potrebami) izraža skozi različne oblike neprilagojenega vedenja, ki je velikokrat edini komunikacijski kod, ki so ga uspeli izoblikovati in na katerega se okolica dosledno odziva. Z učenjem in razvijanjem nadomestnih in dopolnilnih strategij komunikacije kot je uporaba komunikacijskih gest, imajo možnost nadgraditi in spremeniti svoje komunikacijsko vedenje ter ga oblikovati v smeri funkcionalne komunikacije. Otroci, ki se lahko aktivno vključujejo v proces komunikacije, bodo glede na razvojne možnosti ta proces ob smiselnem usmerjanju nadaljevali in nadgrajevali ter se približevali formalnim in širše sprejemljivim oblikam komuniciranja, kolikor je v njihovi moči.

## **KLJUČNE BESEDE:**

komunikacija, otrok s posebnimi potrebami, nadomestna in dopolnilna komunikacije, večšine komunikacije

Komunikacija je katero koli dejanje, s katerim človek posreduje ali sprejme sporočilo druge osebe. Lahko je namenska ali nenamenska, lahko vsebuje konvencionalne ali nekonvencionalne znake, človek jih lahko posreduje v lingvistični ali nelingvistični obliki.

Vsi ljudje komuniciramo. Učinkovitost komunikacije pa je odvisna od številnih dejavnikov posameznika in okolja. Človekova sposobnost, da svoje misli posreduje svojim bližnjim, je neprecenljiva. Ko tega ne moremo razviti ali nismo več sposobni govoriti, se šele zavemo, kako težko se znajdemo v vsakodnevnem življenju. Pogosto so posledice različnih bolezni ali poškodb osrednjega živčevja pri odraslih ali otrocih govorno-jezikovne motnje. Pri otrocih lahko cerebralna paraliza, motnje avtističnega spektra ali druge razvojne motnje pomembno vplivajo na sam razvoj govorno-jezikovne komunikacije.

Otroci uporabljajo jezik z različnim namenom. Z njim želijo izraziti svoje potrebe, pridobiti in izmenjati zanj pomembne informacije ter z njim razvijati in vzdrževa-



ti socialno interakcijo. V procesu komunikacije so radi aktivni, s pomočjo jezika skušajo vplivati na svoje bližnje in širše okolje. Da lahko razvijajo funkcionalno komunikacijo in komunikacijske veščine morajo razumeti jezik in se ga naučiti uporabljati v interakciji z drugimi. Znale in za otroka pomembne situacije usmerjajo njegovo pozornost na verbalna sporočila že zelo zgodaj v razvoju. Situacijsko govorno razumevanje se začne razvijati kmalu po devetem mesecu otrokovega rojstva in do konca prvega leta lahko otrok razume približno pedeset besed, ki niso neposredno povezane s trenutnim dogajanjem (1). Ob razvoju komunikacijskih funkcij in komunikacijskih veščin se otroci kmalu naučijo vplivati na okolje s prvimi besednimi izrazi, ki jih postopoma oblikujejo v svoj besednjak.

Otrok z motnjo v razvoju (s posebnimi potrebami) težje razvija in usvaja zgodnje kognitivne in socialne veščine, ki podpirajo razvoj komunikacijskih funkcij. Logopedi v procesu rehabilitacije oseb z motnjo na področju govorno-jezikovne komunikacije ocenjujejo stopnjo težav na tem področju in načrtujejo program obravnave. Takoj, ko se zgodnja komunikacijska vedenja težje interpretirajo, je pomembno pokazati staršem in otroku učinkovitejše poti (2). S tem, ko mu pokažemo učinkovitejše nadomestne načine sporazumevanja, lahko pomembno vplivamo na razvoj komunikacije in otrokovo celostno funkcioniranje. Tako je pri otroku z razvojno motnjo in s težavami na področju govorno jezikovne komunikacije eden izmed temeljnih ciljev obravnave poiskati ustrezen način komunikacije. Otrokov govor je lahko popolnoma nerazumljiv za druge ali pa govorno jezikovne komunikacije sploh ni razvil. Pri razvoju komunikacije potrebuje primerne spodbude. Če mu ne pomagamo razvijati učinkovitejše komunikacije, obstaja velika verjetnost, da se nauči prevzeti pasivno vlogo v procesu komunikacije ali razvija neprilagojeno vedenje, s pomočjo katerega vzbuja pozornost (3). Najpogosteje uporabljeno vedenje je jok. Otrok z motnjo v razvoju lahko uporablja jok kot znak nečesa, česar ne želi in sicer tudi takrat, ko si česa močno želi. Otroku zato pomagamo razviti nadomestno strategijo komunikacije, ki je bolj učinkovita (4).

Omogočimo mu izražanje njegovih lastnih potreb na bolj učinkovit način, kar ga motivira za učenje naprej, predvsem pa mu zagotavlja večjo socialno vključenost v domačem in širšem okolju. Nadomestna in dopolnilna komunikacija podpira ali nadomesti govorno-jezikovno komunikacijo. Sistemi so vedno individualno prilagojeni, lahko vključujejo komunikacijske geste (npr. odkimavanje z glavo), kretnje (npr. pa-pa...) in slikovne simbole (npr. fotografije ali slike objektov) ali kombinacijo izbranih načinov. Slikovni simboli so lahko posamezni ali pa so urejeni v komunikacijskih knjigah oziroma komunikacijskem pripomočku (5).

V komunikaciji z otrokom, ki ima težave na področju govorno jezikovne komunikacije smo pogosto v zadregi. Morda ne vemo, kako vzpostaviti komunikacijo, smo previdni, se izognemo klepetu z njim. Vendar je pomembno le, da si vzamemo



čas in pridobimo informacijo o tem, kako poteka strategija nadomestne komunikacije. Proces komunikacije nato prilagodimo posameznemu otroku ter tako ustvarimo priložnost, da ga razumemo in z njim komuniciramo. S tem, ko se podučimo in prilagodimo proces komunikacije, ustvarimo pogoje, da ima tudi otrok s težavami v razvoju možnost na drugačen način izraziti svoje želje, čustva in osnovne potrebe. V kolikor nam sam otrok ne pokaže načina startegije nadomestne komunikacije, nam potrebne informacije največkrat lahko podajo starši ali skrbniki ali pa jih pridobimo z opazovanjem otroka v komunikaciji s starši.

Nekaj splošnih napotkov pa je vedno dobrodošlih, ko vstopamo v proces komunikacije z otrokom z razvojno motnjo. Pomembno je, da pridobimo otrokovo pozornost, ko nanj naslovimo vprašanje, z njim vzpostavimo očesni kontakt in mu ob začetku morda postavimo vprašanje tako, da nam lahko odgovori z Da/Ne odgovorom. Lahko se z otrokom tudi sami v naprej dogovorimo, kako nam bo pokazal, da se z nami strinja ali ne. Morda bo to pogled, pomežik, stisk roke ali slikovni simbol. Naslednja možnost vzpostavljanja aktivne komunikacije je, da mu ponudimo način, da lahko sam izbere aktivnost, bodisi pokaže z roko, očmi, dogovorjeno vokalizacijo ali mu sami pomagamo izbrati. Komunikacija ima lahko različne oblike in načine. Ko vzpostavimo neverbalno namensko komunikacijo, ki lahko poteka tudi brez v naprej pripravljenih komunikacijskih pripomočkov, lahko skupaj z otrokom zgradimo svoj način nadomestnega sporazumevanja. Pomembno je, da smo v procesu komunikacije usmerjeni k otroku in smo potrpežljivi, saj nam nadomestna strategija komunikacije lahko vzame nekoliko več časa. Ko se trudimo približati otroku, ga lahko s pomočjo vprašanj vodimo in tako pokažemo, da nas zanima, kaj nam želi sporočiti, kar je najpomembnejši del procesa medsebojne komunikacije.

#### LITERATURA IN VIRI:

1. *Benedict H. Early lexical development: Comprehension and production. Journal of Child Language* 1979; 6, 183-200
2. *Shane H.C., Bashir A.S. Election criteria for the adoption of an augmentative communication system: Preliminary considerations. Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1980; 45, 408 – 414
3. *Pennington I L, Goldbart J., Marshall J., Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy, Published Online: 21 JAN 2009.*
4. *Light J. Interaction involving individuals using augmentative and alternative communication systems: State of the art and future directions. 1988, Augmentative and Alternative Communication*, 4, 66-82.
5. *Beukelman RD, Mirenda P. Augmentative and Alternative Communication: Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults. Maryland: Paul H, Brooks Publishing Co.1993.*



# PRAVICE OTROK IN MLADOSTNIKOV, PREDVSEM NA PODROČJU ZDRAVSTVA

*Biserka Marolt Meden, univ. dipl. soc.*

## POVZETEK

Otrokove pravice na področju zdravstva moramo poznati vsi; ne samo tisti, ki delamo v zdravstvu, ampak tudi vsi tisti, ki odločajo o obsegu pravic in pa seveda starši ter otroci in mladostniki.

Čeprav imamo danes zdravstvo za otroke in mladostnike na splošno še dobro urejeno, prihaja do nepotrebnih kršitev. Vsi moramo opozarjati na kršitve otrokovih pravic in predlagati rešitve, ki vodijo k temu, da so pri vseh dejavnostih v povezavi z otroki glavno vodilo koristi slednjih.

Ko govorimo o pravicah otrok na področju zdravstva nam je osnovno vodilo 24. člen Konvencije o otrokovih pravicah, ki jo je sprejela **Generalna skupščina Združenih narodov z resolucijo št. 44/25 20. novembra 1989**, v katerem je zapisano, da države pogodbenice priznavajo otrokovo pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja in do storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo. Države pogodbenice si bodo prizadevale zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za pravico do takega zdravstvenega varstva.

Zelo dobro so urejene in zapisane pravice bolnih otrok v bolnišnicah – v **EACH** listini (s podrobnimi obrazložitvami), ki je tudi vodilo za delo združenja EACH, katerega temeljna načela v Sloveniji uresničuje Združenje za pravice bolnih otrok.

Pravice bolnih otrok zapisane v EACH listini so večinoma splošne pravice za področje zdravstva, zato ne veljajo samo za zdravljenje v bolnišnici, ampak za vse nivoje zdravstvene obravnave otrok od primarnega (ambulantnega) do sekundarnega in terciarnega (ambulantnega in hospitalnega).

## KLJUČNE BESEDE:

pravica, otrok, mladostnik, zdravstvo

## UVOD

Pogosto pravice razvrščamo v tri sklope:

- državljanske in politične pravice;
- ekonomske in socialne pravice (v katere sodijo pravica do dela, izobrazbe,



zadovoljivega življenjskega standarda, hrane, bivališča in nenazadnje zdravstvene oskrbe);

- okoljske, kulturne in razvojne pravice.

Vse pravice so enako pomembne, saj so del celote. Če je ogrožena ena, so s tem ogrožene vse.

Odbor Združenih narodov za pravice otroka je že pred več kot desetimi leti ugotovil, da je Slovenija dobro poskrbela za zakonodajni in splošni normativni okvir otrokovih pravic na vseh področjih, **slabša pa sta uresničevanje sprejetih obveznosti in učinkovitost ukrepov za izvajanje sprejete zakonodaje.**

**Zato je tako pomembno, da poznamo pravice otrok, da smo pozorni, da jih ne kršimo, da opozarjamo na kršitve otrokovih pravic in predlagamo rešitve, ki vodijo k temu, da so pri vseh dejavnostih v povezavi z otroki glavno vodilo koristi slednjih.**

Govorimo torej o

- splošnih pravicah otrok na področju zdravstva, ki zagotavljajo določeno raven zdravstvenega varstva v družbi in dostopnosti zdravstvenih storitev (odvisne so od razvitosti družbe in zmogljivosti njenega zdravstvenega sistema), in o
- individualnih pravicah, ki so povezane s temeljnimi človekovimi pravicami.

## 1. SPLOŠNE PRAVICE

Nedvomno splošne pravice otrok in mladostnikov v zdravstvenem sistemu v Sloveniji določajo oziroma determinirajo:

- Ustava Republike Slovenije,
- Zakon o zdravstveni dejavnosti,
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- Pravila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije RS,
- ter ostali zakoni in podzakonski akti (kot n. pr. ZUJF, ZIPRS ...)

### **USTAVA REPUBLIKE SLOVENIJE, 23. 12. 1991, 56. ČLEN (PRAVICE OTROK):**

Otroci uživajo posebno varstvo in skrb. Človekove pravice in temeljne svoboščine uživajo otroci v skladu s svojo starostjo in zrelostjo.

Otrokom se zagotavlja posebno varstvo pred gospodarskim, socialnim, telesnim, duševnim ali drugim izkoriščanjem in zlorabljanjem. Takšno varstvo ureja zakon. Otroci in mladoletniki, za katere starši ne skrbijo, ki nimajo staršev ali so brez ustrezne družinske oskrbe, uživajo posebno varstvo države. Njihov položaj ureja



zakon.

V Zakonu o zdravstveni dejavnosti in Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ni povsod ustrezno zapisano posebno varstvo za otroke in mladostnike, a napovedujejo novo zakonodajo in takrat se bomo potrudili za vključitev ustreznih zakonskih opredelitev varstva otrokovih pravic.

### **ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH (ZPACP)**

Vse univerzalne pravice veljajo za vse paciente enako – otroci nimajo prednosti.

#### **3. ČLEN**

Med načeli ZPACP je posebej izpostavljeno: varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, **zlasti otroka**, ...

Pravica do enakopravnega dostopa do zdravstvene oskrbe in pravica do enakopravne obravnave – 7. člen - gre za splošno prepoved diskriminacije.

Najprej bo sprejet tisti pacient, za katerega se ugotovi, da je najbolj ogrožen oziroma najprej potrebuje zdravstveno oskrbo.

Če za npr. tri bolnike (dveletni otrok, petdesetletna ženska in devetdesetletni moški) ugotovite enako stopnjo nujnosti zdravstvene oskrbe – so sprejeti po vrstnem redu prihoda, ker če bi dali prednost otroku, ravnamo v nasprotju s prepovedjo diskriminacije.

**8. ČLEN ZPACP, KI GOVORI O VARSTVU OTROK IN DRUGIH OGRÖŽENIH SKUPIN**, pa predvideva nekatere posebne pravice za otroke, ki so opredeljene kot aktivna skrb države in jih določajo drugi predpisi. Otrokom naj bi bila pri zdravstveni oskrbi namenjena dodatna pozornost in skrb.

#### *Pravica do stalnega spremstva*

V skladu s četrnim odstavkom 8. člena ima otrok pravico do stalnega spremstva, razen kadar to ni v njegovo korist. V ospredju je načelo največje zdravstvene koristi za pacienta – 3. člen.

#### *Pravica do nastanitve*

Prednost pri nastanitvi se presoja glede na starost otroka, krajevno oddaljenost, posebne potrebe otroka in njegovo zdravstveno stanje.

#### *Stroški nastanitve*

Po Konvenciji so otroci do 18. let. Brezplačno bivanje ob otroku je zagotovljeno samo do dokončanega 6. leta starosti.



Starši nimajo možnosti bolniškega dopusta, kar je nerazumljivo.

### **35. DO 38. ČLENA ZPACP - SPOSOBNOST ODLOČANJA O SEBI**

- Od 35. do 38. člena ZPACP je predviden režim in osnovno je zapisano v **35. členu**, ki velja le za otroke: Kadar otrok ni sposoben privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, se sme ta opraviti le, če ga dovolijo njegovi starši oziroma skrbnik.

*Starostna meja za priznanje sposobnosti odločanja o sebi*

- Orientacijska starostna meja je 15 let in ni togo določena, saj zdravnik oceni, če je mlajši otrok dosegel primerno stopnjo zrelosti. Dopustno pa je tudi nasprotno.
- Tudi posvetovanje s starši ni obvezno – o tem, ali je to potrebno ali smiselno, odloči zdravnik.

*Način odločanja staršev*

- Pri odločanju sodelujeta oba starša in zahteva se privolitev obeh.
- Redke izjeme (če starš ni znan, ni znano prebivališče, če mu je odvzeta roditeljska pravica ...).

*Institut nadomestnega soglasja*

- Nadomestno soglasje v nenujnih zadevah (npr. slikanje rame) poda konzilij, če se ne doseže soglasja s staršema.
- Merilo za odločanje o nadomestnem soglasju je največja korist otroka.
- V primerih tveganega zdravljenja z zdravili starša napotijo na center za socialno delo, da jima pomagajo doseči sporazumno rešitev.
- V ospredju je najboljša zdravstvena korist otroka.
- Pomemben je tudi 8. odstavek 35. člena, ki govori o tem, da se tudi, če otrok nima priznane sposobnosti odločanja o sebi, upošteva v največji možni meri njegove želje, potrebe, če jih je sposoben izraziti in če razume njihov pomen in posledice ...

### **36. ČLEN**

Niti starši, niti skrbnik pa nimajo pravice zavrniti nujne medicinske pomoči.

Varovanje poklicne skrivnosti in razpolaganje z zdravstveno dokumentacijo – 45. člen

- Bolnik s 15 leti določi komu, kdaj in katere informacije o zdravstvenem stanju sme, mora ali ne sme zdravnik ali druga oseba, ki jo zdravnik pooblasti, sporočiti. Enako velja za zdravstveno dokumentacijo.
- So izjeme, ko je mlajšemu otroku priznana sposobnost odločanja o sebi.

Ločevati je treba med:

- razkritjem informacij o zdravstvenem stanju in
- razpolaganjem z zdravstveno dokumentacijo
- če bolnik ne določi posebnega režima razkrivanja informacij o zdravstvenem stanju ali seznanjanju z zdravstveno dokumentacijo, se uporablja 45. člen





ZPACP – precejšnji nabor oseb, zato se priporoča sprejem režima ob sprejetju v bolnišnico.

Vložitev zahteve za prvo obravnavo kršitve bolnikovih pravic 47. člen in drugi

- Lahko jo vložijo starši, vendar mora otrok, ki ima sposobnost odločanja, z njo soglašati
- Ni pa potrebno soglasje obeh staršev pri vložitvi zahteve za prvo obravnavo
- Vsekakor pa so postopki preveč zapleteni in za otroke bi morali biti vsi postopki brezplačni.

## KOMENTAR

Pričakovali smo, da bo v zakonu jasno zapisano, da je zdravstvo za vse otroke in mladostnike v Sloveniji v celoti brezplačno, ker to nikjer drugje ne piše, a se to ni zgodilo. V zakonu **pravica do pediatra** sploh ni omenjena. Zakon o pacientovih pravicah bi moral uporabniku zdravstvenih storitev zagotoviti možnost pridobitve **neodvisnih informacij ter svetovanja izven sistema zdravstvenega varstva v RS (drugo mnenje) in tudi izven sistema zastopnikov pacientovih pravic**, še preden bi se pacient odločil za pomoč zastopnika. Pravice bolnih otrok v bolnišnici so opredeljene v Listini **EACH**, ki je zavezujoča za Slovenijo, vendar temeljne pravice iz te listine niso prisotne v nobenem od zakonov s področja zdravstva. Zato menim, da bi morali Zakon o pacientovih pravicah dopolniti s členom, v katerem bo pisalo, da imajo tudi bolni otroci in mladostniki v Sloveniji vse pravice, ki so navedene v Listini EACH.

Dodati bi morali tudi poseben člen, v katerem piše, da ima v primeru, če so čakalne dobe za različne posege oziroma zdravljenje predolge, pacient pravico, da takoj **uveljavi zdravljenje v tujini in ima pravico tudi do spremljevalca enega od staršev ob spremljevalcu medicinske stroke**. V zakonu bi moralo biti tudi zapisano, da plačilo pritožbenega postopka za otroke in mladostnike oziroma njihove pooblaščenca ne velja in je **postopek tako kot zdravljenje v celoti brezplačen**.

## 2. INDIVIDUALNE PRAVICE

Ko govorimo o otrokovih pravicah na področju zdravstva oziroma o individualnih pravicah, se opiramo predvsem na naslednje dokumente:

- Splošna deklaracija o človekovih pravicah.
- Konvencija o otrokovih pravicah.
- Pravice otrok v bolnišnicah (Magna Charta – listina s prve evropske konference o pravicah otrok v bolnišnici, Leiden 1988; to listino je za svoj cilj prevzelo Evropsko združenje za otroke v bolnišnicah European Association for Children in Hospital – EACH in tudi drugi).
- Razlage Listine EACH iz leta 2001.



**Človekove pravice** so pravice vseh nas in so zapisane v Deklaraciji o človekovih pravicah, v raznih konvencijah ter v Ustavi Republike Slovenije.

**Pravice otrok in mladih** do osemnajstega leta starosti so poleg teh zaradi svoje pomembnosti zapisane še posebej predvsem zato, ker sta otroku zaradi njegove telesne in duševne nezrelosti potrebna posebna skrb in varstvo ter ustrezno pravno varstvo, tako pred kakor po rojstvu. Potreba po takem posebnem varstvu je bila navedena v Ženevski deklaraciji o otrokovih pravicah iz leta 1924 in priznana v Splošni deklaraciji o človekovih pravicah ter v statutih specializiranih agencij in mednarodnih organizacij, ki imajo na skrbi blaginjo otrok. Ker človeštvo dolguje otroku najboljše, kar premore, je **Generalna skupščina Združenih narodov 20. novembra 1959 z resolucijo št. 1386 (XIV)** sprejela in razglasila Deklaracijo o otrokovih pravicah, ki je bila predhodnica Konvencije o otrokovih pravicah.

#### **KONVENCIJA O OTROKOVIH PRAVICAH**

**Sprejela jo je Generalna skupščina Združenih narodov z resolucijo št. 44/25 20. novembra 1989.** Veljati je začela 2. septembra 1990 v skladu z 49. členom. Za našo temo sta pomembna naslednja dva člena.

#### **1. ČLEN**

Za namene omenjene konvencije je otrok vsako človeško bitje, mlajše od osemnajst let, razen če zakon, ki se uporablja za otroka, določa, da se polnoletnost doseže že prej.

#### **24. ČLEN**

1. Države pogodbenice priznavajo otrokovo pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja in do storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo. Države pogodbenice si bodo prizadevale zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za pravico do takega zdravstvenega varstva.

2. Države pogodbenice si bodo prizadevale za popolno uresničitev te pravice in bodo še posebej sprejele ustrezne ukrepe:

- a) za zmanjšanje smrtnosti novorojenčkov in otrok;
- b) za zagotovitev potrebne zdravniške pomoči in zdravstvenega varstva vsem otrokom, s poudarkom na razvoju osnovnega zdravstvenega varstva;
- c) za boj proti boleznim in podhranjenosti, tudi v okviru osnovnega zdravstvenega varstva, med drugim z uporabo razpoložljive tehnologije in zagotovitvijo dovolj hranljivih živil in čiste pitne vode, upoštevanje nevarnosti in tveganja onesnaženega okolja;
- d) za zagotavljanje ustreznega zdravstvenega varstva matere pred porodom in po njem;
- e) za zagotavljanje, da so vsi družbeni sloji, še posebej starši in otroci, obveščeni,



- da imajo dostop do izobraževanja in podporo pri uporabi osnovnega znanja o otrokovem zdravju in prehrani, o prednostih dojenja, higieni in asanaciji okolja ter preprečevanju nesreč;
- f) za razvoj preventivnega zdravstvenega varstva, svetovanja za starše ter izobraževanja in storitve v povezavi z načrtovanjem družine.
3. Države pogodbenice bodo z vsemi učinkovitimi in ustreznimi ukrepi odpravljale tradicionalne navade, ki škodujejo zdravju otrok.
4. Države pogodbenice se zavezujejo, da bodo podpirale in pospeševale mednarodno sodelovanje, da bi polagoma dosegle popolno uresničitev s tem členom priznane pravice. V tem pogledu bo posebna pozornost posvečena potrebam držav v razvoju.

## **LISTINA EACH**

EACH – European Association for Children in Hospital (Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah) je krovna organizacija za članska združenja, ki skrbijo za otroke pred hospitalizacijo, med njo in po njej. Trenutno ima EACH osemnajst članskih združenj iz šestnajstih evropskih držav in iz Japonske.

## **ZAKAJ JE BIL EACH USTANOVljen?**

V petdesetih letih so raziskave psihologov in pediatrov pokazale, da je oskrba, ki so jo dobili otroci v bolnišnicah, slabo vplivala na njihovo čustveno in psihično počutje. Zlasti skoraj popolna ločitev otrok od družine, ki je bila takrat nekaj običajnega, je povzročala čustvene motnje različnih razsežnosti, ki so lahko imele dolgoročne posledice. Zato so začeli uvajati precejšnje spremembe, ki so spodbujale večjo udeležbo družinskih članov pri skrbi za bolne otroke. Te spremembe je sčasoma podprlo tudi zdravstveno osebje.

Leta 1961 so najprej v Združenem kraljestvu, nato pa še v mnogih drugih evropskih državah začeli ustanavljati prostovoljna združenja za dobro počutje otrok v bolnišnicah. Ta so svetovala staršem/skrbnikom in jih podpirala, obveščala pa so tudi zdravnike, medicinske sestre in druge zdravstvene strokovnjake ter z njimi sodelovala.

Leta 1988 se je dvanajst teh združenj sestalo v Leidnu (Nizozemska) na prvi evropski konferenci. Tam je bila pripravljena Leidenska listina – Magna Charta pravic otrok v bolnišnicah, ki v desetih točkah opisuje pravice otrok v bolnišnicah (današnja Listina EACH). Leta 1993 je bil ustanovljen EACH kot krovna organizacija nevladnih, neprofitnih združenj, ki skrbijo za dobro počutje otrok v bolnišnicah in uresničujeta Listino EACH.



Od sprejetja omenjene listine leta 1988 se je zavedanje o tem, kaj je treba storiti v povezavi z otroki in zdravstvom, bistveno okrepi. Čedalje močnejši gospodarski pritiski vplivajo tudi na politike zdravstvenega varstva in položaj otrok v zdravstveni oskrbi. V mnogih evropskih državah so bili zato že uvedeni ali pa se uvajajo standardi kakovosti za bolnišnice.

Združenja, včlanjena v EACH, skrbno spremljajo vsa ta dogajanja. Ugotovila so, da bi bilo koristno Listini iz leta 1988 dodati podrobnejše razlage, ki se imenujejo **Razlage k Listini EACH**. Te dokazujejo, da so člani Listine še vedno zelo aktualni, in razlagajo pomen posameznih členov v luči današnjega položaja otrok v zdravstvenem varstvu. **Članska združenja so Razlage k Listini EACH preučila in sprejela na 7. evropski konferenci EACH v Bruslju decembra 2001**. Institucije in posamezniki, ki se posvečajo pravicam otrok, lahko pomagajo EACH s prizadevanji, da bi zdravstvene oblasti in vlade sprejele načela Listine EACH. To bo zagotovilo najboljšo mogočo oskrbo bolnih otrok.

Pri izvajanju Listine EACH v vseh evropskih državah je treba poleg tega upoštevati, da:

- na zdravstveno varstvo vplivajo spreminjajoči se gospodarski pogoji in omejitve,
- je zdravstveno varstvo od države do države drugače organizirano.

**Pozivamo starše**, naj zagotovijo podporo in skrb, ki jo potrebujejo njihovi otroci, ali poskrbijo za tako podporo in skrb. **Pozivamo javne delavce**, naj ustvarijo okvir, znotraj katerega bodo starši lahko dejavno sodelovali pri oskrbi svojega otroka v bolnišnici. **Pozivamo tiste, ki skrbijo za bolne otroke**, naj se seznanijo s pravicami otrok v bolnišnici in ravnajo v skladu s temi pravicami.

## LISTINA EACH IN RAZLAGE K LISTINI EACH

### 1. ČLEN

Otroci so sprejeti v bolnišnico samo takrat, če oskrbe, ki jo potrebujejo, ni mogoče enakovredno zagotoviti doma ali v ambulanti.

- Pred sprejemom otroka v bolnišnico je treba preučiti vse ustrezne oblike oskrbe na domu, v ambulanti ali primerljive oblike zdravljenja, da se najde najustreznejša rešitev.
- Pravice bolnih otrok je treba upoštevati ne glede na to, ali so v domači ali bolnišnični oskrbi.
- Redno je treba preverjati obliko oskrbe v skladu z otrokovim stanjem, da se ne bi po nepotrebnem podaljševalo bivanja v bolnišnici.
- Staršem je treba zagotoviti vse potrebne informacije, pomoč in podporo, če se otrok zdravi doma ali ambulantno.



## 2. ČLEN

Otroci v bolnišnici imajo pravico, da imajo vseskozi ob sebi svoje starše ali nadomestne skrbnike\*\* Pravica vseh otrok, da imajo v bolnišnici vseskozi ob sebi svoje starše, je sestavni del oskrbe otrok v bolnišnici.

- Če starši ne morejo ali niso pripravljeni igrati dejavne vloge pri skrbi za otroka, ima otrok pravico, da to vlogo prevzame nadomestni skrbnik\* ki ga otrok sprejema.
- Pravica otrok, da imajo vseskozi ob sebi svoje starše, vključuje okoliščine, ko potrebujejo ali bi lahko potrebovali svoje starše, npr.:
  - ponoči, ko se otrok lahko zbudi;
  - med posegi in/ali pregledi z lokalno anestezijo ali brez nje, z narkozo ali brez nje;
  - med dajanjem anestezije ali takoj po prebujanju;
  - med stanji kome ali polzavesti;
  - med oživiljanjem, ko je treba staršem ponuditi polno podporo.

## 3. ČLEN

### 1) Vsem staršem se zagotovi namestitvev, pomoč in spodbuda, naj ostanejo.

- Osebe, ki je odgovorno za sprejem otroka v bolnišnico, vse starše povabi, naj ostanejo, in sicer brez določanja kakršnih koli posebnih meril.
- Osebe staršem svetuje, jih spodbuja in podpira pri odločitvi, da ostanejo z otrokom v bolnišnici, pri čemer upošteva njihove domače okoliščine.
- Bolnišnice zagotovijo dovolj ustreznih prostorov in infrastrukture za sprejem staršev skupaj z bolnimi otroki. To vključuje postelje s kopalnico, dnevne prostore, jedilnice in prostor za hrambo osebnih stvari.

### 2) Starši nimajo dodatnih stroškov ali nižjega dohodka.

- Starši naj ne bi imeli nobenih dodatnih stroškov, ko ostanejo v bolnišnici s svojim otrokom. Morali bi imeti pravico do:
  - brezplačnega prenočevanja,
  - brezplačne ali subvencionirane prehrane.
- Starši, ki ne morejo v službo ali opravljati obveznosti doma, ne bi smeli imeti nižjega dohodka zaradi:
  - bivanja v bolnišnici s svojim otrokom;
  - celodnevne nege svojega otroka v bolnišnici;
  - dejstva, da za njihove zdrave otroke doma skrbijo druge osebe.
- Treba je zagotoviti pomoč, če finančne okoliščine staršem preprečujejo bivanje ali obisk v bolnišnici (npr.: potni stroški in drugi izdatki).
- Starši bi morali imeti pravico do plačanega dopusta med otrokovo boleznijo, da ne bi imeli nižjega dohodka.



### 3) Da bi lahko starši sodelovali pri oskrbi svojega otroka, jih je treba poučiti o urniku dela na oddelku in spodbuditi njihovo dejavno udeležbo.

Osebe bi morale olajšati dejavno udeležbo staršev pri oskrbi otroka z/s:

- zagotavljanjem popolnih informacij o negi otroka in urniku dela na oddelku;
- dogovorom o tem, katere elemente nege bi radi prevzeli starši;
- podpiranjem staršev pri dejavni negi otroka;
- sprejemanjem odločitev staršev;
- pogovorom o spremembah, ki bi bile potrebne, kadar pomoč staršev otroku ne pomaga pri okrevanju.

## 4. ČLEN

### 1) Otroci in starši imajo pravico do informiranosti na način, ki ustreza njihovi starosti in ravni razumevanja.

- Pri informiranju **otrok** je treba:
  - upoštevati starost in raven razumevanja ter otrokovo razvojno stopnjo;
  - razumeti otrokov trenutni položaj;
  - upoštevati njegovo sposobnost, da informacije razume in izrazi svoje mnenje;
  - spodbujati postavljanje vprašanj, zagotoviti odgovore nanje in tolažiti otroka, ko izrazi zaskrbljenost ali strah;
  - vključiti ustrezno pripravljeno besedno, avdiovizualno ali pisno gradivo, podprto z nazornimi modeli, igrami ali drugimi načini predstavitve;
  - če je le mogoče, informacije posredovati v navzočnosti staršev.
- Pri informiranju **staršev** je treba:
  - govoriti jasno in razumljivo;
  - upoštevati trenutni položaj staršev, predvsem njihove občutke strahu, žalosti, krivde, zaskrbljenosti ali stresa zaradi otrokove bolezni;
  - spodbujati postavljanje vprašanj;
  - zadovoljiti potrebo po informiranosti z usmerjanjem do drugih virov informacij in podpornih skupin;
  - staršem zagotoviti neomejen dostop do celotne pisne ali slikovne dokumentacije v povezavi z boleznijo njihovega otroka.
- Ne sme se uporabiti otroka ali njegovih sorojencev, da pojasnjujejo staršem.
- Pri informiranju **otroka in staršev** je treba:
  - zagotavljati informacije od sprejema do odpusta bolnika;
  - vključiti informacije o negi po odpustu;
  - informacije zagotoviti v varnem in zasebnem okolju, brez stresa in časovnih pritiskov;
  - izbrati izkušenega člana osebja, ki zna dobro komunicirati;
  - povedano ponoviti tolikokrat, kot je treba, da se zagotovi razume-



- vanje;
- preveriti, ali so otrok in starši pravilno razumeli zagotovljene informacije.
- Otroci imajo pravico izraziti svoja mnenja in pod pogojem, da so dovolj sposobni razumeti vso zadevo, tudi prepovedati, da bi starši imeli dostop do njihove zdravstvene dokumentacije. V takih primerih mora osebje zelo skrbno oceniti položaj in otroku zagotoviti zaščito, svetovanje in podporo. Prav tako mora bolnišnično osebje zagotoviti ustrezno svetovanje in podporo za starše, ki mogoče potrebujejo psihološko in socialno pomoč ter nasvete.

## 2) Zagotoviti je treba korake za ublažitev telesnega in čustvenega pritiska.

- Za ublažitev telesnega in čustvenega pritiska ter bolečin, ki jih doživljajo otroci, je treba sprejeti preventivne ukrepe, ki morajo:
  - biti prilagojeni individualnim potrebam otroka;
  - zagotavljati informacije in programe za pripravo otrok in staršev na bivanje v bolnišnici ne glede na to, ali gre za načrtovano zdravljenje ali nujen primer;
  - zagotavljati predhodne informacije o načrtovanih posegih;
  - spodbujati nepretrgane stike s starši, sorojenci in prijatelji;
  - ponujati možnosti za igro in rekreativne dejavnosti, prilagojene otrokovi starosti in razvoju;
  - zagotavljati učinkovito in sodobno blažitev bolečin, s čimer se odpravi ali omeji bolečina pri zdravstvenih posegih med pregledi, intervencijami, pred operacijami in po njih;
  - zagotavljati dovolj dolga obdobja počitka med posegi;
  - nuditi podporo staršem otrok, ki prejemajo paliativno oskrbo;
  - preprečevati občutke osamljenosti in nemoči;
  - odpraviti ali omejiti okoliščine ali dejanja, ki jih otrok opiše kot stresna;
  - prepoznati izražene ali neizražene strahove ali skrbi otroka in poskrbeti za ustrezno ravnanje;
  - upoštevati, da se otrok lahko vznemiri, ker je osamljen, ali se odzove na stanje drugih bolnikov, in poskrbeti za ustrezno ravnanje;
  - poskrbeti za mirne in ustrezno opremljene sobe, kamor se otroci in starši lahko umaknejo;
  - omejiti rabo prisile.
- Za lajšanje neizogibnih telesnih ali čustvenih pritiskov, bolečine in trpljenja otrok in staršev bi bilo treba poskrbeti za:
  - načine obravnavanja bolečih situacij ali posegov, ki jih doživljamo kot negativne;
  - podporo staršem in njihovo zaščito pred prevelikimi pritiski, ki jih doživljajo pri negi svojega otroka;



- stike s socialnimi službami, psihologi;
- stike, če starši ali otroci to želijo, z duhovnikom, skupinami za samopomoč; skupinami za pomoč bolnikom/staršem in kulturnimi skupinami.

## 5. ČLEN

### 1) Otroci in starši imajo pravico do informacij, da lahko obveščeni sodelujejo pri vseh odločitvah, povezanih z njihovim zdravstvenim varstvom.

- Pravica do sodelovanja pri zdravstvenem varstvu otroka od osebja zahteva, da:
  - otroku in staršem zagotovi ustrezne informacije o trenutnem zdravstvenem stanju otroka, predlaganih oblikah, tveganjih in prednostih zdravljenja ali terapije in njenih ciljnih ter ukrepnih, ki jih namestitev sprejeti;
  - zagotovi ustrezne informacije o alternativnih oblikah zdravljenja;
  - svetuje staršem in jih podpira, da lažje ovrednotijo predlagane načine zdravljenja;
  - upošteva in uporabi znanje, izkušnje, opise in opažanja o splošnem zdravstvenem stanju ali trenutnem stanju otroka, ki jih zagotovijo otrok ali starši.
- Predhodna obveščenost o vseh ukrepnih, ki jih je treba sprejeti, je prvi pogoj za dejavno udeležbo otrok in staršev pri odločanju.

### 2) Vsak otrok je zavarovan pred nepotrebni zdravstvenimi posegi in preiskavami.

- V tem kontekstu se oceni kot nepotreben vsak zdravstveni poseg ali preiskava, ki otroku nič ne koristi.

## 6. ČLEN

### 1) Otrokom se zagotovi oskrba skupaj z drugimi otroki, ki imajo enake razvojne potrebe, in se jih ne sprejme na oddelke za odrasle.

- Oskrba otrok skupaj z drugimi otroki, ki imajo enake razvojne potrebe, vključuje, vendar ni omejena na:
  - počitek,
  - zabavo,
  - skupne ali podobne dejavnosti,
  - dejavnosti za otroke iz mešanih starostnih skupin,
  - ločene sobe in dejavnosti glede na starost in spol,
  - posebna prizadevanja za ločeno namestitev adolescentov,
  - zaščitne ukrepe za otroke s specifičnimi boleznimi.
- Treba je upoštevati posebne potrebe adolescentov, tako da se jim zagotovi ustrezna infrastruktura in priložnosti za rekreacijo.





- Treba se je izogniti kakršni koli obliki rasnega razlikovanja otrok, zlasti kulturni segregaciji.
- Oskrba otrok na oddelku skupaj z odraslimi ni dopustna, kar pomeni, da:
  - se otrok ne sprejema ali oskrbuje na oddelkih za odrasle;
  - se odraslih ne sprejema ali oskrbuje na oddelkih za otroke;
  - je treba zagotoviti ločene zmogljivosti za obravnavo otrok in odraslih na mestih, kot so sprejem, nujna pomoč, operacijske dvorane, klinike in ambulate, laboratoriji in sobe za terapijo.

## 2) Za obiskovalce otrok v bolnišnici ni starostnih omejitev.

- Ur obiskov za sorojence in prijatelje se ne sme omejevati na podlagi starosti obiskovalca, temveč glede na stanje bolnega otroka in zdravje obiskovalcev.

## 7. ČLEN

**Otroci imajo priložnost za igro, rekreacijo in izobraževanje v skladu s svojo starostjo in stanjem, njihovo okolje je zasnovano in opremljeno tako, da zadovoljuje njihove potrebe, ki jih zadovoljuje tudi osebje.**

- Ko so otroci v bolnišnični oskrbi, imajo pravico do okolja, ki zadovoljuje potrebe otrok vseh starosti in v vseh položajih. To se nanaša tudi na ambulate ali druge lokacije, kjer potekajo zdravljenje in pregledi otrok.
- Možnosti za igro, rekreacijo in izobraževanje naj:
  - bodo na razpolago v obliki ustreznega gradiva za igro;
  - zagotavljajo dovolj časa za igro vseh sedem dni v tednu;
  - upoštevajo sposobnosti vseh starostnih skupin v ustanovi;
  - spodbujajo ustvarjalne sposobnosti vseh otrok;
  - omogočajo nadaljevanje že dosežene ravni izobrazbe.
- Zagotoviti je treba dovolj ustrezno usposobljenega osebja, ki lahko zadovolji potrebe otrok po igri, rekreaciji in izobraževanju, ne glede na zdravstveno stanje in starost otrok. Vsi člani osebja, ki prihajajo v stik z otroki, morajo razumeti potrebe otrok po igri in rekreaciji.
- Arhitektura in notranja oprema takega okolja mora vključevati ustrezno opremo za vse starostne skupine in vrste bolezni, ki se zdravijo v ustanovi. Okolje mora omogočati prilagajanje potrebam različnih starostnih skupin in ne sme biti osredotočeno samo na eno starostno skupino.

## 8. ČLEN

**Za otroke skrbi osebje, ki je ustrezno usposobljeno, da se odzove na telesne, čustvene in razvojne potrebe otrok in družin.**

- Od osebja, ki skrbi za bolne otroke, se zahtevajo posebna strokovna usposobljenost, večina in občutljivost. Samo s takimi kvalifikacijami lahko zadovolji posebne potrebe otrok in njihovih staršev.
- Vse bolnišnice ali drugi izvajalci zdravstvenega varstva, ki sprejemajo otro-



ke, morajo zagotoviti, da bo otroke pregledovalo, zdravilo in oskrbovalo osebje s posebno pediatrično izobrazbo, znanjem in izkušnjami.

- Če mora otroka zdraviti zdravnik, ki ni pediater, lahko tako zdravljenje poteka samo v sodelovanju z osebjem, ki je posebej usposobljeno in kvalificirano za delo z otroki.
- Sposobnosti in občutljivost osebja se ohranjajo na visoki ravni z ustreznim usposabljanjem in trajnim izobraževanjem.
- Poznavanje in upoštevanje potreb družin je prvi pogoj za podporo staršem pri skrbi za njihovega otroka in po potrebi za organizirano podporo ali alternativne načine oskrbe otroka, kar zmanjša pritisk na družino.
- Kvalificirano osebje je sposobno prepoznati vse oblike zlorabe otrok in se ustrezno odzvati.
- Člani osebja podpirajo starše, še zlasti v kritičnih okoliščinah, ki jih mora preživljati otrok. To se nanaša predvsem na okoliščine, ki ogrožajo življenje.
- Če otrok umira ali umre, je treba otroku in njegovi družini zagotoviti vso potrebno podporo, skrb in pomoč, ki jo potrebujeta, da se soočita s položajem. Osebje bi moralo biti posebej usposobljeno za ravnanje z ljudmi, ki žalujejo. Podatke v povezavi z otrokovo smrtjo je treba podajati sočutno, previdno, zasebno in osebno.

## 9. ČLEN

### **Tim, ki skrbi za otroke, zagotovi nepretrgano oskrbo.**

- Nepretrgana oskrba vključuje nepretrgano zdravljenje otroka in nepretrgano skrb tima, ki zanj skrbi.
- Nepretrgana oskrba mora potekati v bolnišnici in pozneje doma ali v ambulantni. To je mogoče doseči tako, da vsi vpleteni sodelujejo in delujejo kot tim.
- Timsko delo zahteva omejeno in določeno število oseb, ki sodelujejo kot skupina, njihova dejanja pa temeljijo na dopolnjujočih se znanjih in doslednih merilih oskrbe s poudarkom na dobrem telesnem, čustvenem, socialnem in psihološkem počutju otroka.

## 10. ČLEN

### **Otroke se obravnava obzirno in razumevajoče. Vedno se upošteva njihova zasebnost.**

- Obzirnost in razumevanje pri ravnanju z otroki zahtevata, da:
  - jim priznamo pravico do tega, da so otroci;
  - upoštevamo njihovo dostojanstvo, mnenja, potrebe, individualnost in razvojno stopnjo, ob tem pa posebno skrb posvetimo morebitni prizadetosti ali posebnim potrebam;
  - pokažemo, da je osebje pripravljeno na pogovor;
  - ustvarimo prijateljsko in zaupno vzdušje;
  - upoštevamo versko prepričanje in kulturno ozadje otroka in družine.



- Ne glede na starost ali razvojno stopnjo je treba vedno zaščititi zasebnost otrok, kar mora vključevati:
  - zaščito pred telesnim izpostavljanjem;
  - zaščito pred obravnavanjem in vedenjem, ki zmanjšuje samospoštovanje ali otroka smeši ali ponižuje;
  - pravico do osebnega umika, do samote;
  - pravico do zasebne komunikacije z osebjem;
  - pravico do nemotenega druženja z ožjimi družinskimi člani in prijatelji.

### **VARUHNJA ČLOVEKOVIH PRAVIC RS**

Leta 2002 je bila pri varuhu človekovih pravic Republike Slovenije ustanovljena posebna skupina, ki deluje na področju **varstva pravic otrok in mladih**. Za to področje je pristojen varuhinjin namestnik Tone Dolčič.

Lahko pokličete na **brezplačni telefon 080 15 30**, lahko pošljete elektronsko pošto na naslov [info@varuh-rs.si](mailto:info@varuh-rs.si) ali navadno pošto na naslov **Dunajska 56, 1109 Ljubljana, p. p. 2590**, lahko pa varuha človekovih pravic RS v Ljubljani **kar obiščete**.

## **3. CIVILNA DRUŽBA**

### **Zveza prijateljev mladine Slovenije**

#### **UNICEF Slovenija**

Nacionalni odbor za zdravje otrok

### **VODNIK PO ZDRAVSTVENIH PRAVICAH OTROK, MLADOSTNIC IN MLADOSTNIKOV**

Vodnik je UNICEF Slovenija praviloma izdajal vsako leto. Na voljo je tudi na spletni strani UNICEF Slovenija [www.unicef.si](http://www.unicef.si). Vodnik je odličen pripomoček za vse, ki želijo vedeti, katere pravice imajo otroci in mladostniki in na kakšen način jih lahko uresničijo. Napisan je na razumljiv način in imeti bi ga morala vsaka družina.

### **ZDRUŽENJE ZA PRAVICE BOLNIH OTROK IN MLADOSTNIKOV**

**Listina EACH z razlagami** je temeljno vodilo za delo Združenja za pravice bolnih otrok in mladostnikov, ki smo ga ustanovili poleti 2006. Omenjeno združenje je nevladna organizacija civilne družbe – prostovoljno, samostojno, nepridobitno združenje fizičnih oseb, ki so se povezale zaradi reševanja strokovnih in socialno-humanitarnih problemov na področju skrbi za otroke pred, med in po zdravljenju doma in/ali v bolnišnicah.

Več na spletni strani [www.pravicebolnihotrok.si](http://www.pravicebolnihotrok.si)  
[biserka.meden@gmail.com](mailto:biserka.meden@gmail.com)



## **Pobude, ki jih je Združenje za pravice bolnih otrok skušalo uresničiti oziroma jih želi uresničiti:**

### **ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE OTROK IN MLADOSTNIKOV**

Ugotovljeno je bilo, da verjetno v tem trenutku otroci in mladostniki v Sloveniji zaradi humanega delovanja zdravstvenih delavcev niso prikrajšani za nobeno zdravstveno storitev, tudi če njihovi starši niso zavarovani, ker jim n. pr. delodajalec ne plačuje prispevkov. Združenje to ravnanje zaposlenih v zdravstvenih ustanovah seveda pozdravlja, a zahtevamo, da se ta problem nemudoma sistemsko uredi, in sicer s predlogom za spremembo zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju po hitrem postopku : da so otroci takoj, ko to potrebujejo, deležni storitev brezplačne zdravstvene oskrbe (kurativa in preventiva in ne samo urgencia) ne glede na kakršnokoli zavarovanje staršev – pri delodajalcu ali kot občani ...

- **Enemu od staršev hudo bolnega otroka naj se omogoči koriščenje bolniškega dopusta, ko je z otrokom v bolnišnici ...**
- **Mladostniki do dopolnjenega 18. leta starosti na otroških oddelkih bolnišnic v Sloveniji**
- **Pravica do izobraževanja na vseh otroških oddelkih slovenskih bolnišnic in učna pomoč kroničnim bolnikom na domu**
- **Šolska medicinska sestra**
- **Spremljevalec**
- **Pravica do pediatra in šolskega zdravnika**
- **Pediatrična dežurna služba**
- **Zaščita pred nepotrebnimi preiskavami**
- **Dostopnost do dragih zdravil**
- **Ukinitev vseh nadstandardnih storitev n. pr. ortodonta (in druge)**
- **Primerne čakalne dobe za otroke in mladostnike**

### **ZAKLJUČEK**

Izvajanje desetih točk Listine EACH zahteva nov pristop v usposabljanju zdravnikov in medicinskih sester, ki skrbijo za bolne otroke. Zdravstveno osebje mora otroke in njihove družine/skrbnike obravnavati kot enoto ter otroke sprejeti kot enakopravne partnerje na vseh področjih zdravstvenega varstva. Otroke je treba obravnavati z razumevanjem in sočutnostjo, pri tem pa zadovoljiti njihove razvojne potrebe. Zanje mora v okolju, prilagojenem njihovim potrebam, skrbeti osebje, usposobljeno za delo z otroki.

Ker smo že večkrat ugotavljali, da je stanje na področju zagotavljanja pravic do zdravstvenega varstva dobro, se večinoma trudimo, da bi takšnega tudi ohranili. Prav civilni družbi se moramo zahvaliti za uspešno animiranje javnosti, da smo pravočasno preprečili omejevanje določenih pravic otrokom in mladostnikom (za-



gotovitev osebnega zdravnika pediatra, brezplačna zdravila ...).

Večkrat ugotavljamo, da ohlapne ali preživele formulacije (v posameznih zakonih ali podzakonskih aktih oziroma pravilnikih) omogočajo, da prihaja do kršitev pravic otrok, zato smo nemalokrat izrazili željo, da se v vse ključne dokumente (tudi v Ustavo Republike Slovenije) zapiše, da je zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov v Sloveniji tudi brezplačno.

Želimo biti vključeni v pripravo novih zakonov s področja zdravja.

**V novo zakonodajo, ki jo vlade napoveduje, naj bi zapisali:**

- **Otroci imajo prednost**
- **Otroci imajo pravico do brezplačnega zdravstvenega varstva**

**Naloga nas vseh je seznanjanje vseh o pravicah bolnih otrok in mladostnikov.**

## **VIRI IN LITERATURA**

1. *Ustava Republike Slovenije.*
2. *Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije 15/2008.*
3. *Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije 36/2004.*
4. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni listi Republike Slovenije: 9/1992, 13/1993, 9/1996, 29/1998, 6/1999, 56/1999,*



- 99/2001, 42/2002, 60/2002, 11/2003, 126/2003, 20/2004, 62/2005, 76/2005, 100/2005, 21/2006, 72/2006, 114/2006, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 118/2008).
5. *Prvi koraki, metodični učbenik za poučevanje človekovih pravic*. Amnesty International Slovenije, 1999.
  6. *Konvencija o otrokovih pravicah*. Slovenski odbor za UNICEF, 2009.
  7. *Magna Charta za pravice otroka v bolnišnici*. Leiden, 1988.
  8. *Končina Peternel M. Pomoč otrokom, ko starši odpovedo*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1998.
  9. *Otrokove pravice v Evropi*. Informacijsko-dokumentacijski center Sveta Evrope pri NUK v Ljubljani in ZPMS.
  10. *Pravni vidiki otrokovih pravic*. Uradni list Republike Slovenije, 1992. Več avtorjev, uredila dr. Alenka Šelih.
  11. *Kornhauser P. Sodobna hospitalizacija otroka. 11. Derčevi dnevi*, zbornik, 1989.
  12. *Kornhauser P. Pravice otroka tudi v bolnišnici*. UNESCO glasnik, avgust 1994.
  13. *Mikuš Kos A. Pravice otroka v bolnišnici. Otrok in družina*, 11/1993.
  14. *Bečan T. Kakšno šolo potrebuje bolni učenec*. Predavanje, 1999.
  15. *Dovjak Plešej M, Dolčič T. Pravice in dolžnosti pacientov*. Ljubljana: Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave, 1998.
  16. *Stališča Slovenskega odbora za UNICEF s posvetov Dobro zdravstvo otrokom in mladostnikom in Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov v Sloveniji ob prelomu tisočletja*.
  17. *Peterka Novak J. Pravice otroka v bolnišnici*. Seminarska naloga.
  18. *Peterka Novak J. Pomembnost vključevanja svojcev – staršev v proces zdravstvene nege na Pediatrični kliniki v Ljubljani*. 7. posvetovanje o teoriji in praksi zdravstvene nege, Dobrna, 1999.
  19. *Začetno poročilo RS o sprejetih ukrepih za uresničevanje Konvencije o otrokovih pravicah*, Vlada RS, Ljubljana, 1997.
  20. *Situacijska analiza o položaju otrok in njihovih družin*, Slovenski odbor za UNICEF, 1996.
  21. *Letna poročila varuha človekovih pravic*.
  22. *Bivanje otrok in mladostnikov v bolnišnicah*, Zbornik 2004, Ustanova za novo pediatrično kliniko v Ljubljani.
  23. *Pleterski Rigler D. Pravice otroka v bolnišnici*. ISIS, maj 2005.
  24. *Goršek A. Stalna prisotnost enega od staršev med hospitalizacijo – otrokova pravica*. Pravna praksa, marec 2007.
  25. *Moj otrok mora ostati v bolnišnici*, ZPMS 2009.
  26. *Brcar P et al. Vodnik po zdravstvenih pravicah otrok, mladostnikov in mladostnic*, UNICEF Slovenija, 2009.
  27. *Brulc U. Kaj zakon o pacientovih pravicah prinaša otrokom*, Slovenska pediatrija, 2010; 17: 167 – 177.



# NETRAVMATSKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV

*Majda Oštir, dipl.m.s.*

## **POVZETEK**

Medicinske sestre se morajo zavedati stresnih situacij, ki jih doživljajo bolni otroci in njihove družine. Prizadevati si morajo, da v okviru standardov zdravstvene nege zagotovijo postopke in intervencije, ki so varne in učinkovite. Medicinske sestre v pediatriji uporabljajo različne tehnike priprave otroka in družine na poseg. Netravmatska obravnava zahteva najprej odgovore na vprašanja kot so kdo, kdaj, kaj, kje, kako in zakaj, vse v izogib izpostavljanju otroka in družine fiziološkemu (nenespanost, preobčutljivost, izpostavljenost preveliki svetlobi ali temperature...) ali psihološkemu (strah, anksioznost, jeza, razočaranje, žalost, sram, krivda...) distresu. Glavna načela netravmatske obravnave so: preprečevanje oziroma zmanjševanje ločevanja otroka od svojcev, promoviranje, vzpodbujanje in zagotavljanje možnosti kontrole v procesu zdravljenja in zdravstvene nege in preprečevanje telesnih poškodb in bolečine. Znanje je tisto, ki medicinski sestri omogoča izvajanje načel netravmatske obravnave. Eden od elementov komunikacije medicinske sestre v pediatriji je pogajanje za stopnjo vključevanja staršev v zdravstveno nego otroka.

## **KLJUČNE BESEDE:**

otrok, družina, netravmatska obravnava, medicinska sestra, komunikacija

## **UVOD**

Pravica otroka je, da naj bi bil sprejet v bolnišnico le takrat ko je to potrebno, saj ločitev od staršev otroku pomeni zastrašujoč in žalosten dogodek. Poleg same ločitve od staršev ga obremenjujejo tudi neprijetni simptomi bolezni ter neprijetni diagnostični in terapevtski posegi. Kadar hospitaliziran otrok, ne najde primernega nadomestka svoje mame oz. staršev, reagira z značilno reakcijo. Spitz jo je poimenoval hospitalizem. Izraz je dobil ime po bolnišnici, ker so tam najpogosteje opazili to reakcijo (Kos, 2001). Prof. dr. Marij Avčín je bil začetnik humanizacije hospitaliziranih otrok pri nas in je dejansko odprl vrata otroške bolnišnice v Ljubljani tudi staršem bolnih otrok. Že leta 1951 je v ljubljansko mestno otroško bolnišnico povabil učiteljico, ki je uvedla šolanje bolnih otrok. Od tedaj naprej se je šolsko delo na otroških oddelkih ljubljanske bolnišnice zelo razmahnilo in razvilo (Čeplak Štivan, Zupanič Slavec, 2011). V prispevku želim predstaviti način obravnave otrok in mladostnikov v bolnišnici, ki omogoča dobro psihofizično počutje, tako bolnih otrok, kot njihovih družin. Tako obravnavo imenujemo netravmatska in je



del zdravstvene nege usmerjene v družino.

## PREGLED LITERATURE

V petdesetih letih so raziskave psihologov in pediatrov pokazale, da je oskrba, ki so jo dobili otroci v bolnišnicah, slabo vplivala na njihovo čustveno in psihično počutje. Zlasti skoraj popolna ločitev otrok od družine, ki je bila takrat nekaj običajnega, je povzročala čustvene motnje različnih razsežnosti, ki so lahko imele dolgoročne posledice. Zato so začeli uvajati precejšnje spremembe, ki so spodbujale večjo udeležbo družinskih članov pri skrbi za bolne otroke, in te spremembe je sčasoma podprlo tudi zdravstveno osebje (EACH, 2002).

Leta 1961 so se najprej v Združenem kraljestvu, nato pa še v mnogih drugih evropskih državah začela ustanavljati prostovoljna združenja za dobro počutje otrok v bolnišnicah, ki so svetovala staršem/skrbnikom in jih podpirala ter obveščala zdravnike, medicinske sestre in druge zdravstvene strokovnjake ter z njimi sodelovala. Leta 1988 se je dvanaest teh združenj sestalo v Leidnu na Nizozemskem, na prvi evropski konferenci. Na tej konferenci je bila pripravljena »Leidenska listina«, ki v desetih točkah opisuje pravice otrok v bolnišnicah (današnja Listina EACH). Leta 1993 je bilo ustanovljeno Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah – EACH (European Association for Children in Hospital), kot krovna organizacija nevladnih, neprofitnih združenj, ki skrbijo za dobro počutje otrok v bolnišnicah in uresničujejo Listino EACH (EACH, 2002).

Približno v istem času je generalna skupščina Združenih narodov sprejela Konvencijo o otrokovih pravicah. Združeni narodi so s sprejetjem Konvencije o otrokovih pravicah v svet poslali pomembno sporočilo - da so otroci osebnosti z vsemi pravicami človeka, ki pa potrebujejo posebno skrb in zaščito. Konvencija opredeljuje štiri glavna načela: pravica do življenja in razvoja, pravica do nediskriminacije, pravica do sodelovanja, načelo otrokovih koristi, ki je glavno vodilo pri vseh dejavnostih in odločitvah (Unicef, 2009). V 24. členu morajo države podpisnice zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za tako zdravstveno varstvo (Unicef, 2009). Od sprejetja Listine leta 1988 se je zavedanje o tem, kaj je treba storiti v zvezi z otroki in zdravstvom, bistveno okrepilo. Poleg tega so tudi izkušnje potrdile pomen tistega, čemur danes pravimo »oskrba, pri kateri sodeluje družina«. Na drugi strani čedalje močnejši gospodarski pritiski vplivajo tudi na politike zdravstvenega varstva in položaj otrok v zdravstveni oskrbi. V mnogih evropskih državah so bili zato že uvedeni ali pa se uvajajo standardi kakovosti za bolnišnice (EACH, 2002). Obdobje otroka in mladostnika je precej ranljivo področje, zato to skupino prebivalstva v zdravstvu obravnavamo kot rizično skupino. Sprejete listine, deklaracije in zakoni kažejo ozaveščenost prebivalstva, ki ugotavlja, da je potrebno urediti področje otrokovih pravic tako na splošno kot v zdravstvu. Na področju





zdravstvene nege v pediatriji je bilo leta 2003 ustanovljeno Združenje evropskih organizacij pediatrične zdravstvene nege in sicer z namenom opozarjati na posebnosti zdravstvene nege v pediatriji ter zagotavljati upoštevanje otrokovih pravic ter modernih smernic, ki zagotavljajo boljšo obravnavo otroka in mladostnika. V to združenje je vključena tudi Sekcija ms in zt v pediatriji.

### **OTROK IN MLADOSTNIK V BOLNIŠNICI**

Otrok lahko zbolí v vsakem razvojnem obdobju, bodisi akutno ali kronično. Za dojenčke, otroke, in mladostnike so značilni zdravstvenimi problemi povezani s posebnostmi rasti in razvoja ter načinom življenja, ki vplivajo na njihovo telesno, duševno, duhovno in družbeno zdravje. Danes zaradi napredka medicine na področju diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in tehnike preživi veliko otrok z nizko porodno težo, prirojenimi nepravilnostmi, hudo akutno zboleli in kronično bolni, pri katerih se razvijejo zapleti bolezni, zgodaj v življenju posameznika, redko pa se končaja s smrtjo (Brčar, 2006).

V otroški dobi lahko bolečina in bolezen otežujeta otrokov razvoj. Najbolj občutljivi so otroci v starosti od šestih mesecev do štirih let. V povprečju so fantki bolj občutljivi od deklet. Pomembna pa je tudi dolžina bivanja v bolnišnici, saj so posledice hospitalizacije težje, če je otrok daljše obdobje ločen od matere (Kos, 2001). Vsaka bolezen v otrokovo življenje vnaša spremembe. V času bolezni se spremeni ves dnevni red, igra in prehrana, spremeni se doživljanje in vedenje. Kako bo otrok doživljal bolezen in kako se bo vedel, je odvisno od številnih dejavnikov; od resnosti obolenja, od trajanja bolezni, od otrokove starosti, od kraja zdravljenja (doma ali v bolnišnici), od odnosa staršev do njegove bolezni in predvsem od otrokovih osebnostnih lastnosti. Pri marsikaterem otroku pa se v času bolezni, zlasti težjih in dlje trajajočih, pojavijo posebna, za otroka neprijetna duševna dogajanja. Najpogosteje se pojavita strah in bojazen. Strah pred realno nevarnostjo je večkrat utemeljen. Otrok, ki je večkrat bolan in si je v prejšnjih boleznih nabral veliko negativnih izkušenj, se že vnaprej boji vsega hudega. Otroci v pubertetnem obdobju vedo, da so nekatera obolenja smrtno nevarna ali pa povezana s hudimi bolečinami, kar vzbuja strah, kaj bo, če zbolijo za tako boleznijo. Bojazni, ki jih otrok doživlja v času bolezni, so pogojene in odvisne od preteklih izkušenj, ki si jih je otrok nabral v odnosu z ljudmi. Strah in bojazen sta tudi različna v različni starosti. Do šestega leta starosti prevladuje strah pred ločitvijo od matere in zaradi tega je za otroka v tem obdobju najhujše zlo, če mora na zdravljenje v bolnišnico. Otrok med šestim in desetim letom starosti ne trpi toliko zaradi ločitve od staršev, boji pa se bolečih posegov, povezanih z njegovo boleznijo. Otrok po desetem letu starosti se pri doživljanju bolezni približuje odraslemu, lažje prenaša bolečine, pojavi pa se strah pred realnimi možnimi posledicami obolenja in strah pred smrtjo. Poleg strahu in bojazni spremlja otrokovo bolezen pogosto tudi občutek krivde. Napačno ravnanje z otrokom lahko povzroči trajnejše posledice v otrokovem razvoju. Kako bo otrok



doživljal svoje obolenje, je v veliki meri odvisno od tega, kako bolezen doživljajo njegovi starši (Švanjcer, 1988).

### **NETRAVMATSKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV**

Zdravstvena nega usmerjena v družino (ZNUD) je osnovno načelo pediatrične zdravstvene nege, ki poudarja dinamičen odnos med družinskimi člani in zdravstvenimi delavci ter poskuša ohraniti normalno delovanje družine, ko otrok zbolí. Čeprav so prednosti ZNUD v pediatrični zdravstveni negi pogosto izpostavljene, je težko dokazati, kako oblika dela vpliva na izboljššan rezultat pri obravnavi otroka in družine (Corlett J, Twycros A, 2006 a). Prednosti v zdravstveni negi v pediatriji se kažejo v zmanjševanju stresa pri družinah hospitaliziranega otroka, prepoznavanju potreb staršev in njihovem vključevanju in sodelovanju v procesu obravnave otroka in zadovoljstvu z zdravstveno nego (Al Momani, 2010).

Načela netravnatske obravnave vključujejo:

- preprečevanje oziroma zmanjševanje ločevanja otroka od svojcev,
- promoviranje, vzpodbujanje in zagotavljanje možnosti kontrole v procesu zdravljenja in zdravstvene nege
- preprečevanje telesnih poškodb in bolečine (Winkelstein, 2005).

Iz načel netravnatske obravnave izhaja tudi filozofija zdravstvene nege usmerjene v družino (ZNUD), ki prepoznava družino kot konstanto v otrokovem življenju (Winkelstein, 2005, Shields, 2006). Tri komponente ZNUD so spoštovanje, sodelovanje in podpora (Winkelstein, 2005). V osnovi v družino usmerjena skrb zajema šest konceptov: komunikacija, izmenjava informacij, možnost izbire, spoštovanje, partnerstvo in izpostavljanje prednosti družin (UVMC). Pričakovanja staršev v vlogi skrbi za bolnega otroka v bolnišnici in odnosi z medicinsko sestro so se dramatično razvila v zadnjih 40 letih. Če so starši prej pričakovali, da bodo ločeni od svojih otrok in prepustili odgovornost za otroka medicinskemu osebju, sedaj pričakujejo, da bodo ostali s svojim otrokom in se v veliki meri vključili v zdravljenje in zdravstveno nego (Newton, 2000). Če je bilo v 80 – tih letih prejšnjega stoletja še vedno popolnoma normalno, da je bil otrok v bolnišnici sam, brez staršev, je danes to dogodek, ki je izjema. Prisotnost staršev nalaga zdravstvenim delavcem nove naloge. Ne gre samo za stalno opazovanje in nadzorovanje, ampak tudi za novo obliko dela, saj si starši skrb za otroka delijo z zdravstvenimi delavci.

Eden od ključnih procesov, ki omogoča dober partnerski odnos, je pogajanje med medicinsko sestro in starši oziroma dobre tehnike komunikacije, ki omogočajo obema stranema, da dosežejo dogovor o stopnji vključenosti v zdravstveno nego, glede na zdravljenje in načrt zdravstvene nege. Prav zaradi pomanjkanja dobre komunikacije, strokovnih pričakovanj in uveljavljanja moči in kontrole, pride do nesporazumov na tem področju, kar pa zavira partnerski odnos ter onemogoči izva-



janje zdravstvene nege usmerjene v družino (Corlett , Twycross 2006 a). Vse to je lahko rezultat še večje anksioznosti in nezadovoljstva pri starših, ki so že tako v stresu zaradi bolnega otroka. Večkrat se zgodi, da zdravstveni delavci, ki so seveda strokovnjaki s potrebno strokovno izobrazbo, prevzamejo popolno kontrolo nad otrokom in staršem ne dajo priložnosti za sodelovanje, saj imajo za to potrebno moč. To običajno pripelje do nepotrebnih konfliktnih situacij, od katerih nobena stran nima koristi (Corlett , Twycross 2006 b). Medicinska sestra v pediatriji ima torej moč in možnost, da se odloči za primeren pristop in izbere tehniko pogajanja. Res pa je, da za to potrebuje znanje, veščine in seveda čas.

Bolečina je pogosta izkušnja otrok, ki so sprejeti v bolnišnico. Kljub naraščajočim raziskavam na področju obravnave bolečine ob bolečih diagnostično terapevtskih postopkih, je še vedno neprimerno obravnavana (Stinson et al, 2008). Otroške stiske, ki so nastale ob zdravstveni obravnavi otrok, so povezane s poročanjem odraslih o bolečini in strahu in negativnimi izkušnjami ob bolečih in neznanih postopkih v zgodnjem obdobju otroštva (Maclaren, Cohen, 2007). Znatno napredek na področju obravnave bolečine je bil dosežen v zadnjih nekaj letih. Bistveno vprašanje ni več ali otrok čuti bolečino, ampak kako jo obvladati oziroma preprečiti. Znano je, da tudi uporaba nefarmakoloških tehnik lahko zmanjša bolečino. Tehnika distrakcije oziroma odvratanje pozornosti med bolečimi postopki se je izkazala za učinkovito v številnih raziskavah, je enostavna, vendar se ne uporablja rutinsko (Carlson, Broome, Vessey, 2000). V različnih raziskavah ugotavljajo, da je najbolj pogosto izpostavljena bolečina ob odvzemu krvi, oz. nastavitvi intravenoznega kanala. V raziskavi Hands, Round and Thomas, 2010 so potrdili, da je smiselna uporaba topičnega anestetika, dober rezultat, pa je pokazala uporaba tehnik distrakcije in terapije z igro. Poudarjajo, da je zelo priporočljiv multidisciplinaren pristop zdravstvenih delavcev. Strategije za izboljšanje obravnave bolečine bolnih otrok ob izvajanju bolečih postopkov so se osredotočile na preprečevanje nepotrebne zaskrbljenosti otrok in staršev in zmanjševanje bolečine. Te strategije vključujejo tehnike za zmanjšanje bolečine, kot so priprava otrok in staršev, prisotnost staršev ob izvajanju postopkov in vzdrževanje mirnega in pozitivnega vzdušja. Ti ukrepi so pogosto vzajemno delovali z analgetičnimi sredstvi in imeli dolgoročne koristi za bolne otroke (Cregin, et al., 2008). Starši, ki otroka spremljajo, mu pomenijo varno zavetje in zmanjšujejo strah pred neznanim ter občutek popolne nemoči. Prizadevati si moramo, da v okviru standardov zagotovimo postopke in intervencije, ki so varne in učinkovite. Ob tem se moramo truditi za zagotavljanje čim manj travme in bolečine. Medicinske sestre v pediatriji uporabljamo različne tehnike priprave otroka, mladostnika in družine na poseg, od pogovora, razlage, demonstracije in igre, ki v otrokovem življenju igra veliko vlogo, pa vse do priprave prostora. Časovni interval, ki ga medicinska sestra porabi za enega otroka je daljši kot je običajno za ta poseg, predvsem pa individualno določen, saj zajema čas priprave prostora, otroka, staršev in pripomočkov za delo. Medicinska sestra pri dojenčku



in malčku, včasih pa tudi pri večjih otrocih, ne more sama izvesti odvzema krvi, saj le ti otroci ne sodelujejo pri postopku. Ne gre samo za sledenje smernicam, ki jih sicer uporablja cela Evropa, ampak tudi za zagotavljanje varnosti otroku ter kakovosten odvzem in transport bioloških vzorcev, ter kakovostno izvajanje ostalih testov. Asistent medicinski sestri pri odvzemu krvi ne morejo biti starši otroka, saj jih to postavlja v nezavidljiv položaj, ki ga otroku težko razložijo, sami pa so zmedeni, saj jih strah in bolečina otroka popolnoma ohromi. Asistent je lahko diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehnik, bolničar ali študent zdravstvene nege, če je za to delo prej poučen in usposobljen. V protokole in smernice na področju pediatrije, pa bi bilo potrebno vključiti uporabo tehnik za preprečevanja bolečine, kot so tehnike preusmerjanja pozornosti, igró in uporabo drugih nefarmakoloških sredstev.

## RAZPRAVA

Bolezen v otroškem ali mladostniškem obdobju lahko predstavlja za družino velik stres. V zadnjih 40 letih se je pojmovanje otrokove hospitalizacije precej spremenilo. Netravmatska obravnava postaja eden od kazalnikov kakovosti v pediatričnih zdravstvenih ustanovah, saj zagotavlja upoštevanje otrokovih pravic. Danes je popolnoma pričakovano, da bo ob otroku eden od staršev, ki mu bo nudil čustveno podporo ter zagotavljal varnost v smislu skrbi za družino. Medicinske sestre v pediatriji morajo razumeti pomen prisotnosti staršev ob otroku v bolnišnici, hkrati morajo to tudi promovirati in starše motivirati, da ostanejo ob otroku. Vendar to pomeni tudi zagotavljanje primernih pogojev za bivanje staršev, kar je precej olajšal Zakon, ki pravi, da mora biti staršem otrok do 6. leta starosti omogočeno bivanje ob otroku in hkrati predvideva tudi brezplačno prehrano zanje. Sobivanje omogočamo vsem staršem otrok, ne glede na starost, če to želi otrok ali starši. Vendar sama nastanitev staršev ob otroku še ne zagotavlja netravmatske obravnave. Corlett in Twycross v svojem članku navajata, da napačen pristop zdravstvenega osebja lahko privede do nesporazumov, kar pa onemogoča partnerski odnos, ki je temelj netravmatske obravnave. Spodbujanje procesa partnerstva, v katerem naj bi bila družina aktivno vključena v soodločanje o svojem zdravju in zdravstvenem varstvu, izpodriva dosedanji tradicionalni pristop, kjer zdravniki in medicinske sestre odločajo o tem, kaj je dobro in prav za posamezno družino ali posamezne člane družinske člane. Prepoznavanje potreb otroka in njegove družine predstavlja nove izzive za zdravstvene delavce v pediatriji, ki smo morda v tej koreniti spremembi pridobili premalo teoretičnih znanj, zato naša dejanja temeljijo predvsem na bogatem izkustvenem znanju. Kljub napredku medicine še vedno uporabljamo dokaj invazivne metode zdravljenja, zato je bolečina v pediatriji še vedno problem. Kot zelo dobro orodje za preprečevanje le te so se izkazale tehnike distrakcije oziroma odvráčanja pozornosti. Cregin s sodelavci navaja, da vzdrževanje mirnega in pozitivnega vzdušja pripomore k zmanjševanju bolečine. Znanje in spretnosti medi-



cinske sestre je tisto, ki omogoča vzdrževanje takega vzdušja v kritičnih situacijah. Pa vendar menim, da je čas, da v želji izboljšanja obravnave otrok, mladostnikov in njihovih družin, da ugotovimo katera so tista znanja, ki jih še potrebujemo, da bomo lahko sledili spremembam in novim modernim smernicam v pediatriji.

## **ZAKLJUČEK**

Pravice otrok in mladostnikov so zapisane v več listinah, konvenciji in zakonih. Zdravstvene ustanove in zdravstveno osebje se moramo pravic dobro zavedati in poskrbeti, da bodo ob obravnavi otrok in mladostnikov upoštevane. Netravmatska obravnava je prav tako ena od pravic. Ne samo otrok in mladostnikov, ampak tudi njihovih staršev. Omogoča kakovostno obravnavo v procesu zdravljenja, saj zahteva individualen pristop. Ob upoštevanju načel netravnatske obravnave, je le ta tudi varna, saj zahteva načrtovanje ter pripravo, ki omogoča varne postopke.

**VIRI IN LITERATURA**

1. Al-Momani MM. *Establishing family centred care in pediatric unit in Jordan: quality improvement*. *Singapore Nursing Journal*, 2010; vol 32(2):34-42.
2. Brčar P. *Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2006; Dostopno na: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=kategorija&k=4>, (10.2.2013)
3. Carlson L, Broome M, Vessey A. *Using Distraction to Reduce Reported Pain, Fear, and Behavioral Distress in Children and Adolescents: A Multisite Study*. ; *J Soc Pediatr Nurs* 2000;5(2): 75-85.
4. Corlett J, Twycross A. *Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research*. *J Clin Nurs*. 2006 a;15(10):1308-16.
5. Corlett J, Twycross A. *Negotiation of care by children's nurses: lessons from research*. *Paediatr Nurs*. 2006 b;18(8):34-7.
6. Cregin R, Rappaport S, Montagnino G, Sabogal G, Moreau H, Abullarrage J. *Improving pain management for pediatric patients undergoing nonurgent painful procedures*. *Am J Health Syst Pharm* 2008; 65: 723-727.
7. Čepлак Štivan M, Zupanič Slavec Z. "Marij Avčin (1913-1995) - pediater in literat." *Zdravniški vestnik*. 2011;80(5):427-432; dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-OH2YEPK5>, (10.2.2013)
8. Unicef. *Konvencija o otrokovih pravicah*. Ured. Vojnovič M, Otavnik A, Pleško A. Ljubljana : UNICEF Slovenija, 2009;dostopno na: <https://unicef.blob.core.windows.net/uploaded/documents/KOP.pdf>, (24.2.2013).
9. Listina EACH; dostopno na: [www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/pdf/.../each\\_listina.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/.../each_listina.pdf), (14.4.2013)
10. Kos F. **PSIHIČNO DOŽIVLJANJE HOSPITALIZACIJE**, Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo. 2001; dostopno na: [http://baza.svarog.org/pedagoske\\_znanosti/otroci\\_v\\_bolnisnici.php](http://baza.svarog.org/pedagoske_znanosti/otroci_v_bolnisnici.php), (10.2.2013).
11. Hands C, Round J, Thomas J. *Evaluating venepuncture practice on a general children's ward*. *Pediatric nursing*; March 2010, Volume 22 ; 2.
12. Maclaren JE, Cohen LL. *Interventions for pediatric procedure-related pain in primary care*. *Paediatr Child Health* 2007; 12(2): 111-116.
13. Newton MS. *Family centred care: current realities in parent participation*. *Pediatr nurs*, 2000; 26: 164-169.
14. Stinson J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. *Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting*. *Pain Res manag* 2008; 13(1): 51-57.
15. Ščavničar E. *Celotna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 101-111.
16. Švajncer M. *Hospitaliziran otrok v procesu zdravstvene nege – naloge kontinuirane nege*. *Zdrav Obzor* 1988;22: 155-168.
17. Winkelstein M. *Perspectives of pediatric nursing*. In: Hockenbery M.J.et al, eds. *Wongs essentials of pediatric nursing, seventh edition*. Mosby, 2005; 1-22.



## MLADOSTNIK NA PREPIHU

*Julija Pelc, univ.dipl.psih., spec.psih.svet., certificirana EuroPsy psihologinja  
Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna, Rakitna 96, 1352 Preserje  
[julija.pelc@mkz-rakitna.si](mailto:julija.pelc@mkz-rakitna.si)*

### POVZETEK

Obdobje mladostništva je čas prehoda iz otroštva v relativno odraslost, skozi katerega posameznik osebnostno dozoreva. Zaznamuje ga nestalnost, konfliktnost, neravnovesje, kritičnost, vznesenost ali pomanjkanje energije, melanholičnost in zapiranje v intimni svet misli in občutenj. Mladostnik se uči različnih spretnosti in vedenj in tako udejanja razvojne naloge v odnosu do sebe, vrstnikov, dosega čustveno neodvisnost, oblikuje socialne in spolne vloge, odnos do dela in izbire poklica, pripravlja se na partnerstvo in družino ter oblikuje lastne vrednote. Krmariti mora med različnimi potrebami, željami ter realnimi možnostmi. Vsakdanja nihanja med več polarnostmi so del vsakega odraščanja. Pasti sodobne družbe, neurejeni družinski odnosi, konflikti navznoter in navzven ter morebitni travmatski dogodki sprožajo težave na področju čustvovanja, vedenja, storilnosti. Le-te lahko ogrozijo mladostnikov razvoj in prerastejo v duševne motnje. V teh primerih mladostnik in družina potrebujejo kakovostno in učinkovito pomoč v šoli, družini in znotraj zdravstvenih institucij. Odgovornost vsakega od nas, ki se z njimi na tej poti srečujemo, je, da delujemo strokovno, hitro odzivno in odgovorno.

### SUMMARY

The period of adolescence is a time of transition from childhood to relative adulthood through which an individual's personality matures. It is characterized by instability, conflict, imbalance, criticism, enthusiasm or lack of energy, melancholy and closing into the intimate world of thoughts and feelings. Youngster learns different skills and behaviors, and thus realizes the developmental tasks in relation to himself, his peers, reaches emotional independence, develops social and gender roles, attitudes toward work and career, prepares on partnership and family and develops his own values. He must navigate between different needs, desires and realizable options. Daily changes between several polarities are part of every growing up. Pitfalls of modern society, disordered family relationships, conflicts internally and externally and potential traumatic events give rise to problems in the field of emotion, behavior and performance. These can compromise adolescent's development and grow into mental disorders. In such cases adolescent and his family need a quality and efficient help in school and within health care institutions. It is a responsibility of each and every one involved to act professionally, to be responsive and responsible.



### **KLJUČNE BESEDE:**

obdobje mladostništva, razvojne naloge mladostnika, pet polarnosti, vloga staršev, mladostnikovi klici na pomoč, psihične motnje v obdobju mladostništva, stik z mladostnikom, supervizija.

### **KEYWORDS**

the period of adolescence, adolescent's developmental tasks, five polarities, the role of parents, adolescent's calls for help, psychological disorders in adolescence, contact with adolescent, supervision.

### **UVOD**

Razvoj celotne družbe domuje na prepihu sprememb, ki jih prinaša razvoj znanosti, tehnologije, vrednot, razsežnost in dostopnost do informacij, ipd. Zdi se, kot da današnja mladina nosi »glavo na prodaj«, meja vstopanja v prve spolne odnose se znižuje, pojavi motenj hranjenja segajo v rosno otroštvo, ulično popivanje je del vsakdana, internetni seks pa oblika »varne spolnosti«. Vsiljujejo se vprašanja, kam gre ta svet? V kaj drvimo? Ali »prave« vrednote še živijo? Kdo bo zajezil mladostnike, ki jih v tem preprišnem svetu premetava, da udarjajo ob nevarne čeri in pasti sodobnega časa?

Tudi če se ozremo v zgodovino, vidimo, da je čas mladostništva praviloma vedno izstopal. Sokrat, ki je učil s še danes uveljavljenim metodičnim spraševanjem, je govoril o nemogoči mladini, ki dela hrup in ne spoštuje odraslih: *»Naša mladina je slabo vzgojena, brije norce iz avtoritete in ne kaže nobenega spoštovanja do starejših ... Naši otroci danes ne vstanejo, če v sobo vstopi starejši, odgovarjajo svojim staršem in klepetajo, namesto da bi delali.«* (Forget, 2002). Ko sem bila sama otrok, smo odraslim rekli: »Hvala«, in na avtobusu starejšim spontano odstopili sedež. Danes zrem v mladostnike, ki prostodušno sedijo v polnem avtobusu, ob njih pa stoji od življenja utrujena babica.

Kaj v teh zgodbah manjka? Ali nismo morebiti odrasli preveč osredotočeni samo na en vidik, vidik negativnih odstopanj in napak? So na drugi strani tudi mladi, ki kljub nevihtam mladostništva znajo biti sočutni, so vljudni, usmerjeni k cilju, pripravljene na učenje novih veščin, vključeni v skupnost, ustvarjalni, zapuščajo svet otroštva in z radovednostjo vstopajo v svet odraslih? Projekcija želje odraslih ali tudi realnost? In kje smo v tej zgodbi odrasli, odgovorni za razvoj otrok, mladostnikov in odnosov, v katerih živimo? O vrednotah samo govorimo ali jih tudi živimo?

### **OPREDELITEV POJMA PUBERTETA IN ADOLESCENCA**

Puberteta je obdobje telesnega in spolnega dozorevanja, s pojmom adolescenca





(mladostništvo) pa označujemo obdobje prehoda iz otroštva v relativno odraslost, kjer posameznik psihično, osebnostno dozoreva. Pojem adolescenca izhaja iz latinskega izraza »adolescere«, kar pomeni vzrasti, dospeti do godnosti. Mladostništvo je čas intenzivnega duševnega razvoja, ki praviloma poteka burno in nepredvidljivo, na trenutke »psihologično«: »Mladost je norost, čez vodo skače tam, kjer je most«.

## ZNAČILNOSTI OBDOBJA MLADOSTNIŠTVA

Intenzivno dozorevanje spremlja labilna in nepredvidljiva odzivnost avtonomnega živčnega sistema ter številne druge telesne spremembe, ki močno posežejo v posameznikovo doživljanje in v samopodobo. V večini primerov do sprememb prihaja hitro in nepričakovano, starše in otroke ulovijo nepripravljene. Zvečer je šel spat kot otrok, zjutraj se prebudi v obleki mladostnika. Novejše raziskave možganov kažejo, da je puberteta drugo najbolj intenzivno obdobje razvoja možganov, v katerem približno 85 odstotkov mladostnikov ni sposobno razmišljati o posledicah svojih dejanj (Juul, 2010). Odločitve, ki jih sprejemajo, so tako manj kakovostne, saj povezave v frontalnem režnju, ki je odgovoren za ustrezno sklepanje in predvidevanje posledic, v tem obdobju ne delujejo dobro. Tako mladostnikova nespretnost pri odločanju in ponavljajoče se napake ne izvirajo le iz neposlušnosti, samosvojesti in uporništvu, kar je pogosta razlaga odraslih, temveč so posledica biološkega dejstva; procesa hitre rasti in porajajočih se strukturnih sprememb v možganih mladostnika.

Obdobje mladostništva omogoči razcvet miselnih sposobnosti, prehod na logično abstraktni nivo razmišljanja. Mladostnik ima zaradi razmaha moralnega razvoja izrazito poudarjeno potrebo po pravičnosti, v svoji vznesenosti in občutkih vsemočnosti bi reševal probleme sveta, rasizma, ekologije, revščine v Afriki, vojn in nasilja ipd. Hkrati so mladostniki zelo kritični do sebe in do okolice. Z iskanjem šibkosti pri odraslih lažje zdržijo lastne občutke negotovosti. Ob tem se soočajo z notranjimi nasprotji in s konflikti, ki so izvor neravnotežja in predstavljajo gonilo razvoja.

Za mladostnike je značilno, da so čustveno preobčutljivi. Zapirajo se v subjektivni svet misli, občutij in razpoloženj, varujejo svojo pravico do intimnosti, ki jo morajo spoštovati tudi odrasli. Slednje za odrasle ni lahka naloga. Vajeni so, da s pozicije moči in iz odprtosti kontakta z radoživim otrokom, poznajo skoraj vsak njegov korak, slednjo misel, zgodbo. Težko sprejmejo, da so vrata mladostnikove sobe nenadoma zaprta, celo zaklenjena, v kolikor kot starši ne spoštujejo pravil spoštljivega in dostojnega vstopanja v njegov osebni prostor.

Mladostnik v intenzivnem procesu oblikovanja osebnosti odkriva svoj jaz, ki ga



kaže v besedi in podobi skozi jezik kljubovanja. Doživljanje nasprotij in konfliktov, ki se krešejo navzven v medosebnih odnosih z vrstniki, s starši, z vzgojitelji in učitelji ter navznoter, v odnosu do sebe, zahteva stalno soočanje in (samo)uravnavanje, kar za mladostnika pogosto ni lahka naloga.

## RAZVOJNE NALOGE MLADOSTNIKA

Mladostnik se na poti k odraslosti sooča z večjo ali manjšo krizo identitete. Rojstvo identitete se zgodi z védenjem in zavedanjem: »To sem jaz!« Predstavlja posameznikovo doživljanje njegove celovitosti, enkratnosti, ob sočasni različnosti od drugih. Za zdravo psihično funkcioniranje v odrasli dobi mora udeležiti tudi druge razvojne naloge (Horvat 1989):

- Separacija in individualizacija.
- Doseganje čustvene neodvisnosti od staršev, zrejši in enakopravnejši odnos s starši in z avtoritetami nasploh.
- Ustvarjanje zrejših odnosov z vrstniki (oblikovanje vrstniške/skupinske identitete).
- Oblikovanje spolne vloge in spolne identitete.
- Sprejemanje in obvladanje svojega telesa.
- Pripravljanje na zakonsko družinsko življenje. Socialno učenje: vživeti se v drugega, izražanje lastnih čustev, sposobnost reševanja konfliktov.
- Oblikovanje odnosa do dela, priprava na poklic.
- Oblikovanje lastnega sistema vrednot in načel.
- Doseganje družbeno odgovornega vedenja in opravljanje družbeno odgovorne dejavnosti.

Mladostnik odraščanje doživlja z velikim notranjim nemirom in izkustvom razosebjanja, ko sebe in svoje telo čuti kot nekaj tujega (Forget, 2002). Porajajoče stiske so lahko velike pri vsaki od razvojnih nalog, zato je ključnega pomena tudi ustrezna prisotnost odraslih. To odraslim sporočajo tudi mladostniki sami, čeravno tega nujno ne kažejo navzven. V starših želijo imeti zaupanja vrednega sogovornika, prijateljstvo pa naj bo rezervirano za njihove prijatelje, vrstnike. Praviloma mladostniki, pri katerih starši v odnosu z njimi zavzamejo mesto prijatelja, doživljajo še večje stiske in konflikte. »Midve z mamo sva prijateljici. Mama mi je vedno govorila o svojih stiskah in težavah v odnosu z očetom ... Ne morem ji reči, naj tega ne govori meni. Itak ne zaleže in podpirata me pri študiju.« Mame in očeta ni bilo zanjo, ko se je, še kot mladostnica, znašla na pragu misli na smrt, sama prosila za psihiatrično pomoč in še več let kasneje premaguje depresijo, potrebo po samopodškodovanju in postopoma z voljo dograjuje pozitivno samopodobo in samozavest, ki ji omogočata, da uspešno in hitreje prebrodi sedaj že redke panične napade in občutke brezizhodnosti.



Starši se morajo v odnosu z mladostnikom naučiti zares poslušati in tudi slišati. Ostati morajo steber, ki nudi oporo, varnost, zaščito, ustrezne meje, zahteve, spodbudo in zaupanje ter nenazadnje: veselje biti z njim.

Vzgoja z zgledom, s starševsko ozaveščenostjo ali neozaveščenostjo prisotnostjo, poteka že od rojstva. Če starši k »ta pravi« vzgoji ali žal, celo prevzgoji, pristopijo šele v obdobju mladostništva, tudi sami pri sebi naletijo na niz ovir in občutkov nemoči. Mnogi mladostniki so namreč zares težko vodljivi. Bolj kot starši odraščajočega vežejo nase, manj kot mu dopuščajo odraslosti in odgovornosti, večja bo njegova potreba po odkriti ali prikriti konfliktnosti. Z njo želi doseči zdravo mero povezanosti v odnosu s starši. Pri tem uporništvu napačno zamenja z občutkom samostojnosti (Juul, 2010). V takšnih primerih je dobro poiskati pomoč strokovnjaka.

Čustveno ločevanje od staršev je za mladostnika nujno, da bi lahko v celoti razvil svojo individualnost, samostojnost ter kakovostni partnerski odnos. Opustiti mora dosedanji odnos do avtoritete in s starši vzpostaviti drugačen odnos. Brez njihovega sodelovanja to ni možno. Juul (prav tam) navaja, da se starši morajo odreči nekdanji vlogi očeta in matere in najti pot do sproščenega vzdušja v odnosu z otrokom, ki bo dopuščal več zaupanja, manj nadzora in več svobode. Starši naj bi postali razumevajoči sopotniki v mladostnikovem življenju. Prav dobri kontakti so tisti, zaradi katerih se počutimo dobro. Predstavljajo osnovo za oblikovanje pozitivne samopodobe in samospoštovanja, ki pomembno določata kakovost našega bivanja. Podpirata nas pri uresničevanju želja in ciljev, izpolnitev le-teh pa mladostniku lahko vrača zadovoljstvo in srečo.

## PET POLARNOSTI MLADOSTNIŠTVA

Prepogosto se dogaja, da so odrasli, starši in strokovni delavci, osredotočeni predvsem na to, kar mladostnik kaže navzven. Pomemben je tudi tisti del, ki »manjka«, ostaja zakrit, celo mladostniku še nedostopen. Carrell (2002) govori, da je mladostnikov svet prežet s polarnostmi: žalost poznamo, ker nam je znano veselje. Ozaveščenost opazovanje, poznavanje razvojnih značilnosti mladostnika, njegovih odzivov, osnovnih potreb in pomembnih odstopanj, odraslim omogoča, da lahko z njim oblikujejo pristnejši odnos. Mladim lahko pomagajo na način, ki jim ne odvzame občutka moči, da bolje razumejo sebe in morebitno stisko, ki jo doživljajo. Na ta način jim odrasli pomagajo ohranjati dostojanstvo ter krepiti zavedanje, da je na drugem polu videnege še en del resnice. Na situacije je pomembno pogledati z več perspektiv.

Pet polarnosti (Carrel 2002) :

1. Upor proti kontroli odraslih - potreba po usmerjanju.
2. Potreba po bližini - strah pred intimnostjo.



3. Pritisk na meje in testiranje meja - razumevanje meja kot znakov skrbi.
4. Razmišljanje o prihodnosti - usmerjenost na sedanost.
5. Spolno zrel – kognitivno nepriljubljen na seksualne izkušnje.

Iskanje ravnovesja in ozaveščanje obeh skrajnosti od mladostnika zahtevata veliko energije in porajata intenzivna čustva. Žorž (1997, 2011) proces, v katerem posameznik organizira in simbolizira svoja stališča o sebi in svetu okrog sebe, imenuje polarizacija. V tem procesu se vtisi, informacije, izkušnje, zaznave in doživljanja razvrščajo in vrednotijo, najbolj pogosto na lestvici med obema skrajnostima. V sredici obdobja, ki ga označuje kaotičnost, spremenljivost in nestalnost, vzpostavljanje ravnovesja med obema poloma ni lahka naloga. Upiranje kontroli pri mladostniku torej ne izključuje potrebe po usmerjanju. Želi si tudi bližine in hkrati ga je intimnosti strah. Žorž (prav tam) meni, da lahko človek doseže svoje ravnotežje le ob obstoju in zavedanju obeh polov. *»Ko bi mi mama vsaj kdaj rekla, da naj pridem domov do določene ure! Dobila sem občutek, da ji je vseeno zame.«* Takšno je bilo razmišljanje mladostnice, ki ji je mama povsem zaupala in ji dopuščala veliko samostojnosti in odgovorne svobode, saj ni bila »težavna« mladostnica. Postavljanje meja bi v tem kontekstu mladostnica razumela kot izraz materine skrbi do nje.

Težavno vedenje mladostnika ima lahko različne vzroke in je predvsem izraz potrebe po moči, svobodi, po uveljavljanju svojega jaza, lahko pa je tudi izraz klica na pomoč.

## MLADOSTNIKOVI KLICI NA POMOČ

Mladostnikovo problematično vedenje v odraslem pogosto vzbuja nestrinjanje in odpor, kar povečuje razdaljo v odnosu. Predstavlja klic na pomoč, ki pa je mladostnik praviloma ne sprejema odprtih rok. Pogosto se ji celo vztrajno upira, ker ne (u)vidi razloga zanjo. Sprejeti pomoč lahko tudi pomeni, da pri sebi zmanjša občutek, da sam obvladuje svoje življenje. Na ta način nima zadovoljene potrebe po moči, ki je ena od temeljnih mladostnikovih potreb. Ob pritiskih staršev lahko doživlja, kot da mu je odvzeta tudi svoboda odločanja. Za učinkovito pomoč mlademu je pomembno, da odrasli najprej sami razčistijo svoj odnos do pomoči in ustvarijo pogoje, v katerih bo mladostnik razumel in začutil, da cilj odraslih ni potisniti ga v popravljalnico napak. Pomembno je, da uvidi, da iti po pomoč, v resnici pomeni »iti po moč«. To pomenljivo besedno zvezo že leta uporablja psihologinja Čačinovič Vogrinčič. Gre za koncept soustvarjanja pomoči (Čačinovič Vogrinčič, 2008), v katerega mladostnika ne potisnemo, temveč ga vanj povabimo. Na ta način razumljen preusmerjen klic na pomoč, v resnici predstavlja pot do moči. Več moči kot v svojih rokah drži odrasli, več nemoči ohranja pri mladostniku.



Mladostniki opozarjajo nase z naslednjimi vedenji (Forget, 2002):

1. Nasprotovanje, ki je upor temu, da bi bil mladostnik predmet staršev. Praviloma nasprotujejo idealu, ki ga starši gojijo o svojem otroku.
2. Poudarjanje individualnosti z zanikanjem. Ko reče »ne« drugemu, reče »da« sebi.
3. Preverjanje trdnosti temeljev in stalno preizkušanje meja.
4. Prehod k dejanjem. Mladostnik z dejanji pokaže, svoje nestrinjanje, vrednote. Odmakniti se želi ujetosti v scenarij starševskih želja. Forgetova (prav tam) meni, da mora mladostnik svojo željo povezati tudi s seksualnostjo, kar mu je bilo kot otroku prepovedano; pomembno je sprejeti seksualno življenje in videti sebe tudi kot plod neke posebne seksualnosti, spolnega življenja svojih staršev.
5. Razkazovanje svoje identitete. Znake identitete najde v odnosih z drugimi, kjer išče elemente, ki ga opredeljujejo, označujejo in mu omogočajo, da se reši negotovosti. Mladostnik potrebuje zunanjo strukturo, da bi lažje gradil notranjo.
6. Izražanje skozi podobo: posebna oblačila, frizure, barve, znamke ipd., s čimer izkazujejo pripadnost določeni skupini.
7. Identifikacija z željo, z osebo, ki je ideal in posnemanje značilnosti oboževane osebe (tetoviranje ipd.).

Mladostnikovo odzivanje narekuje niz dejavnikov v njem samem in v okolju, ki ga obdaja (starši, prijatelji, šola). Usklajevati mora med lastnimi željami, ki jih pogosto niti še ne prepozna ter med uporom do predstav in želja svojih staršev. Ti morajo v njegovo dobro opustiti idealizirano podobo o otrocih, saj niso takšni, kakršne so si slikali na platnu prihodnosti. Princip realnosti je tako na preizkušnji za starše in za odrasčajoče.

Za nekatere mlade je mladostništvo čas, ko jim predvsem primanjkuje volje, energije, načrtov, želja, osebnega hrepenenja, občutka smiselnosti. V brezcilnosti se mladostnik predaja pasivnosti, nemoči, občutku, da gre življenje mimo njega in da nanj nima vpliva. Težko ga je spodbuditi, da gre med ljudi, med vrstnike, v naravo, izpod odeje ali od računalnika v dejavnejše sobivanje. Soočanje s spremembami pri sebi, odnosih v družini in med vrstniki, s konflikti, z neuspehom v šoli ali visokimi zahtevami do sebe, lahko postane prezahtevno. Še posebej, če se v proces odraščanja vrinejo izkušnje nasilja, čustvenih in fizičnih zlorab.

Mladi v stiski potrebujejo pomoč, kadar so problemi preveliki, rešitev v oddaljeni prihodnosti, jih problemi eksistencialno ogrožajo, jim primanjkuje izkušenj ter nimajo znanja in veščin za njihovo razreševanje.

Znano je, da sposobnost oblikovanja kakovostnih medosebnih odnosov pri mladostniku krepi pozitivno samopodobo. Sposobnost realne samoocene, samozaveda-



nja in empatije je osnova trdnega samospoštovanja, pozitivne vrednostne sodbe o sebi. Posameznik z osebnostnim dozorevanjem sčasoma vse bolj zmore ločevati med tem, kakšen hoče biti, kakšen naj bi bil, kakšen mora biti in kakšen bi rad postal. Pri tem mu pomaga poznavanje njegovih prednosti in slabosti, zavedanje, kako jih dojema okolica, razumevanje njegovih čustev in čustvenih odzivov drugih ter občutek, da je vreden ljubezni.

Zaupanje vase in kakovostno odločanje o svojem življenju lahko pri mladostniku ovirajo tudi manj očitne travmatske izkušnje, ki jim odrasli nujno ne pripisujemo toliko moči: doživetje ponižanja pred razredom, razkritje družinskih skrivnosti, sram zaradi alkoholizma v družini, življenje v dolgotrajni revščini, grožnje staršev z ločitvijo, s samomorom, prisotnost duševne bolezni v družini, ipd. (Mrgole, 2014). V soodvisnosti z drugimi dejavniki lahko mladostniki razvijejo različne oblike čustvenih motenj.

## NEKATERE PSIHIČNE MOTNJE V OBDOBJU MLADOSTNIŠTVA

Psihične težave v mladostništvu lahko pomembno ogrozijo mladostnikov osebni razvoj, zadovoljstvo v vrstniških odnosih in družini. Vplivajo na učni uspeh, prekinitev šolanja, nezadovoljstvo z življenjem. Mladostniki se pogosto soočajo z depresijo, anksiozno motnjo, različnimi oblikami fobij, motnjami hranjenja, s prisilnimi mislimi in z dejanji, odvisnostmi, itd. Strokovnjaki ocenjujejo, da približno 20 odstotkov mladostnikov potrebuje strokovno obravnavo, žal pa mnogi ostanejo brez nje (Mravlje, Kuhar, 2007). Za pravočasno in učinkovito pomoč mladostnikom je za začetek pomembno poznavanje simptomov in zaznavanje sprememb, za sam proces pa tudi ustrezna diagnostična in psihoterapevtska znanja.

Žalost in potrtnost sta sicer mladostnikovi običajni spremljevalki. Brezup, otožnost in črnogledost se kažejo na različne načine, v mladostništvu so ta doživljanja lahko tudi bolj površinska in obvladljiva, povezana z običajnim telesnim zorenjem in intenzivnimi hormonskimi spremembami (Tomori, 1983)

Ena od najpogostejših psihičnih motenj v adolescenci je **depresija**. Zaradi običajnih značilnosti obdobja mladostništva kot so: intenzivnost čustvovanja, nihanje razpoloženja, občutljivost, vzdražljivost, impulzivnost, lahko znake porajajoče se depresije celo spregledamo. Kaže se lahko tudi v preobleki odklonskega vedenja, razdražljivosti, v šolskem neuspehu, zlorabi alkohola in drog, v samopoškodbenem vedenju. Simptome depresije tako prepoznavamo na področju razpoloženja in čustvovanja, vedenja, mišljenja in spomina, telesnih znakov, motenj fizioloških funkcij, značilnih senzacij v telesu, kot so: bolečine v mišicah in sklepih, tiščanje v prsih, glavobol itd.. Depresiven mladostnik lahko pogosto razmišlja o življenju ali smrti, o smiselnosti prizadevanj glede izobraževanja, išče odgovor na vprašanje,



čemu sploh živeti, ipd. Takšni mladostniki so pogosteje oblečeni v oblačila črne barve, pišejo značilno poezijo in prozo ter imajo druge pridružene težave. Ob krhki in zmotni predstavi o sebi, nizkem samospoštovanju in okoliščinah, ko se nakopiči več problemov hkrati, se stanje depresije poglobi, misel na samomor pa intenzivira in skupaj z morebitnim poskusom predstavlja mladostnikov resen klic na pomoč. Odrasli se moramo zavedati, da je pri depresivnih mladostnikih nevarnost samomora pomembno večja. (Mravljec, Kuhar 2007).

Avtorja (prav tam), Tomori (1983) opažajo, da mnogo mladostnikov pestijo tudi **anksiozne motnje**. Pri tem lahko doživljajo notranji nemir, grozo, strah pred neznanim. Občuteno ga spodbuja, da se tem situacijam izogiba. Kadar se sooča s konkretnimi strahovi, govorimo o **fobijah**. Pojavlja se lahko strah do določenih živali, naravnih pojavov, do zaprtih ali odprtih prostorov, pred višino, potovanjem z javnim prevozom, z letalom, pred šolo, itd.). Znajdenje in uveljavljanje med vrstniki lahko ovira strah pred tem, ali mu bo to uspelo, kako ga vidijo in kakšno mnenje si o njem ustvarjajo vrstniki in drugi odrasli. Ta strah lahko stopnjuje tudi mladostnikova egocentrična drža. Mladostnik s **socialno fobijo** se tako izogiba družbi in krajem, kjer lahko sreča veliko ljudi. **Panična motnja** je lahko posledica nepričakovanega, nenadnega hudega strahu, ki se sproži brez povezave z določeno situacijo. Povzroči jo lahko tudi dolgotrajni stres, hud napor ali zastrašujoča izkušnja. Posledično je mladostnik zmeden, njegovo ravnanje pa lahko tudi nerazsodno.

Mladi lahko stiske izražajo tudi v obliki **motenj hranjenja**, med katerimi sta, kakor navajata Mravljec in Kuharjeva (2007) najpogostejši anoreksija nervoza in bulimija nervoza. Motnje lahko prehajajo ena v drugo, omenjenima dvema se lahko pridruži še kompulzivno prenažanje, sledimo pa tudi pojavom otrokreksije, predvsem pri moških pa še bigoreksije. Prepoznavanje posameznih motenj v začetnem obdobju ni vselej očitno, saj jih mladostniki lahko dolgo časa prikrivajo z vzdrževanjem primerne teže. Dobro je, da se tudi šole vse bolj pogosto odzivajo na izstopajoče vedenje mladostnikov ter v razmišljanje vključujejo starše in strokovnjake. Mladostnik za kakovostno premoščanje resnejših ovir potrebuje široko socialno mrežo pomoči.

## STIK Z MLADOSTNIKOM

Pri delu z mladostnikom je pomembno, da se z njim srečamo, »tam, kjer je«. Kakovost stika je povezana tudi s sledenjem spodaj navedenim načelom (Pelc, 2014 povzeto <http://www.gita.si/>; Žorž, 1997) :

osebni odnos in dialoški dialog (mladostnik **je subjekt** in ne objekt obravnave), opazujemo **prekinitve kontakta**;

- osredotočenost na **sedanji trenutek**, kjer se na edinstven način srečata preteklost in prihodnost;
- krepitev **kvalitete zavedanja** »tu in sedaj«;



- **vzpostavljanje in utrjevanje stika s seboj in z okoljem;**
- krepitev **odgovornosti;**
- celostna **naravnost;**
- spodbujanje **naravne težnje za uresničenje potencialov** (videti tudi dobro).

Naša odgovornost je, da soustvarjamo odnos in okolje, kjer se nam bodo mladostniki lahko pridružili. Uspeli bomo le, če bomo v odnos vstopali s spoštljivo držo, z nevedno radovednostjo, dejavnim poslušanjem in odnosom vključevanja. »Resnično srečanje« je torej predpogoj, da soustvarimo priložnost, da lahko vplivamo, pomagamo, usmerjamo in učimo. Ustvariti moramo odnos, v katerem se mladostnik čuti varnega in v katerem se bo zmožogel pogovarjati o svojih občutkih in čustvih, potrebah in željah, kjer bo lahko v sedanjem trenutku prepoznaval svoje vzorce in se opogumil, da prevzame odgovornost zase. Pri tem smo spoštljivi, predvidljivi, meje so jasno prepoznane. Ni potrebno, da sprejmemo vedenje mladostnika, s katerim se ne strinjamo. V pomanjkanju časa, ki nas pesti, je težko zagotavljati ustrezne pogoje, da se zares poslušamo in slišimo. A rešitev ni v še več časa, temveč v tem, kako ga zagotavljamo in na kakšen način v njem delujemo.

Ko se srečujemo z mladostnikom poklicno, prihajajo v ospredje tisti cilji, ki so za določeno situacijo in vrsto obravnave pomembni. Med njimi omenimo, da je dobro mladostniku v stiski (Pelc, 2014):

- povrniti občutek sebe;
- pomagati, da okrepi sebe - pomagati postaviti meje;
- pomagati k integraciji različnih delov sebe;
- podpreti, da se počuti bolj miren v življenju glede samega sebe in vzpostavlja boljši stik z okoljem in ljudmi;
- opolnomočiti - imeti stik z različnimi čustvi, tudi z agresivno energijo in najti notranjo oporo za uspešno samouravnavanje;
- izraziti čustva na ustrezen način;
- razviti veščine za prenašanje stresa;
- razviti načine, da neguje in pomaga sebi.

S svojo držo, z vrednotami in dejanji lahko doprinesemo, da se človek razvije v osebo, ki zna in zmore osmisliti življenje, čutiti uspeh in zadovoljstvo, zmore zaupati in se boriti, biti sočutna in hkrati neodvisna. Pomagalo jim bo, meni Čačinovič Vogrinčič (2013), če bomo pri otroku in mladostniku načrtno razvijali sposobnost za ravnanje z ljubeznijo, za soočanje s konflikti in jezo ter jih učili soustvarjanja rešitev.

Ključ do sočloveka je v osebnem stiku. Še posebej v odnosu z mladostniki je pomembno, da vstopamo v odnos iskreno, pristno, neposredno, z držo, da je pred nami dober človek, s spoštljivim ustavljanjem pred mejami, ki nam jih postavlja



v odnosu, z učinkovitim prepoznavanjem merjenja moči in s sposobnostjo umikanja iz kontakta z namenom, da bi lahko s te točke zagotavljali ponovno zблиžanje. Zato je pomembno poznati faze sporazumevanja, slediti procesu pogovora na besedni in nebesedni ravni, načinom prekinjanja stika v odnosu, funkciji obrambnih mehanizmov (več v Pelc, 2009, Žorž, 2005). Po Juulu (2010) je osebna govorica »izražanje občutij in misli nekega človeka v razmerju do drugega človeka in je vedno izraz določenega trenutka«. V njej govorjenje za drugega spremenimo v govorjenje drugemu. Skrbeti moramo, da v pogovoru vsak govori zase, odrasli pa mladostniku pomaga, da je njegov glas slišan. Strokovni delavec mora odigrati vlogo, ki mu je dana z mestom, ki ga ima v službi, ne le kot opazovalec, temveč iz »perspektive moči« (Čačinovič Vogrinčič, 2013), skozi dialog, v katerega vstopamo odprto in zavzeto.

## **SUPERVIZIJA**

Urnvananje odnosov z mladostniki je že samo po sebi zanimivo, vznemirljivo in nepredvidljivo, kakršen je tudi njihov čas odraščanja. Stiske zaradi morebitnih dolgotrajnih bolezni ali drugih travmatskih izkušenj komunikacijo z njimi otežijo. Širok spekter različnih težav na področju čustvovanja, vedenja, ki lahko rezultirajo v psihičnih motnjah, zahtevajo od strokovnih delavcev paleto znanja in veščin. Včasih tudi vse to znanje ne pomaga. Vsako srečanje je unikatno, vsak od nas pa konec koncev le človek, tudi utrujen, preobremenjen, neznajden, kdaj prestrašen, neveden. V nekaterih trenutkih se srečamo z mladostnikom le kot človek s človekom. Takšno srečanje je lahko zelo pristno, podporno in osvobajajoče, za mladostnika tudi pomiri in opogumi. A na dolgi rok ni dovolj, v kolikor drža strokovnega delavca ni takšna z vsem znanjem vred, integrirana v celoto, identiteto strokovnega delavca. Le-ti se morajo naučiti poskrbeti zase, za lastno čustveno razbremenjevanje, pridobivanje novih strokovnih znanj, nadgradnjo že naučenega. Delo z ljudmi zahteva nenehno urnvananje in samorazvoj. Pomembno je, da strokovni delavci razvijajo sposobnost zavedanja lastnega odzivanja, čustvovanja, mišljenja, prepoznavanja in samournvananja kontratransfernih odzivov ter črpanja naučenega iz osebne moči brez zlorabe moči, da bi mladostnikovo neposrednost, konfliktnost in morebitno izzivalno vedenje ne jemali v prvi vrsti osebno. Strokovni delavec mora vedeti, kje najde zase podporo znotraj in zunaj sebe, mora poznati način, kako ohranjati stik z lastnimi viri moči, osebne zadovoljstva, duhovne širine in strokovnega dialoga, tudi z vključitvijo v supervizijsko skupino. Pri delu z ljudmi smo strokovni delavci sami »orodje«, s katerim delamo. Supervizija bi morala postati strokovni standard in privilegij modrih ljudi.

## **ZAKLJUČEK**

Iz opisanega je razvidno, da je čas mladostništva intenzivno in zahtevno obdobje prehoda od otroštva k odraslosti. Isti simptomi imajo lahko različne vzroke, zato je k diagnostiki mladostniških težav potrebno pristopiti strokovno, poglobljeno in celostno.



Pomembno je, da strokovni delavci pravočasno prisluhnemo staršem, učiteljem in vzgojiteljem ter predvsem uspešno prepoznavamo sporočila, ki nam jih mladostniki posredujejo skozi podobo, dejanja in besedo. Mladostnik je ranljiv in občutljiv, v različnih situacijah se lahko znajde v večji zadregi, rad hodi po robu. Odrasli lahko z netaktnim, zbadljivim, s pretirano igrivim, z malomarnim vstopanjem v odnos z njim, sprožimo močne občutke jeze, razvrednotenja ali sramu. Tak način ima za posledico neželjeno prekinitvev stika, poveča razdaljo, s tem pa možnost, da bi bili izbrani za zaupno osebo. S tem izgubimo priložnost, da bi lahko mladostniku v stiski pomagali in ga po potrebi usmerili v pravočasno in ustrezno obravnavo. Strokovni delavci bi moral delovati tako, da bi šibkejšemu v odnosu, kar mladostnik kljub svoji glasnosti je, še posebej, ko gre za mlade z dolgotrajno boleznijo, nenadnim zapletom ali s porajajočo se ali že razvito psihično motnjo, omogočili stik, ki daje ustrezno spodbudo, pomiritev in usmeritev. Seveda nas pred tem mladi človek lahko preizkuša z izzivalnim in konfliktnim vedenjem, da preveri, koliko zdržimo in, ali zmoremo postaviti mejo, ki jo išče, želi in potrebuje. Ko ohranjamo svoje in njegovo dostojanstvo, mu izražamo tudi spoštovanje. V mnogih primerih je to dovolj, da se vrača, ker pravi ali občuti: »Pa, ajd, saj se spleča!«



### LITERATURA IN VIRI:

1. Carrell, S. (2002). *Skupinske aktivnosti za mladostnike*. Inštitut za psihologijo osebnosti. Ljubljana.
2. Čačinovič Vogrinčič, G. et al. (2013). *Otrokov glas v procesu učenja in pomoči*. Zavod Republike Slovenije za šolstvo. Ljubljana.
3. Čačinovič Vogrinčič, G. (2008). *Soustvarjanje v šoli: učenje kot pogovor*. Zavod Republike Slovenije za šolstvo. Ljubljana.
4. Forget, J. M. (2002). *Poti adolescence*. OKA, otroška knjiga. Ljubljana.
5. Horvat, L. (1989). *Razvojna psihologija*. Državna založba Slovenije. Ljubljana.
6. Juul, J. (2010). *Družine z najstniki*. Didakta. Radovljica.
7. Mrgole, A., Mrgole, L. (2014). *Izštekan najstniki in starši, ki štekajo*. Zavod Vežal. Kamnik.
8. Mravlje, G., Kuhar., I. (2007). *Rakiško srečanje pediatrov, šolskih in družinskih zdravnikov: Motnje hranjenja in čustvene motnje pri otrocih in mladostnikih ter predstavitev novega programa Mladinskega klimatskega zdravilišča rakitna*. Interno gradivo.
9. Pelc, J. (2006). *Od samopodobe k identiteti*. V: Vzgoja (V žarišču: Samopodoba in samospoštovanje), VIII, 32: 5–8.
10. Pelc, J. (2009). *Ravnanje strokovnih delavcev pri ravnanju z otroki z manj sprejemljivimi oblikami vedenja*. V: Tašner V. (ur.) *Brez spopada: kultur, spolov, generacij*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Ljubljana: 345 - 362
11. Pelc, J. (2014). *Resnična srečanja*. V: Lojk, B. (ur), 2. *Strokovno srečanje Vzgoja v očeh psihoterapevta*. Ljubljana: 99 – 116.
12. Tomori, M. (1983). *Pot k odraslosti*. Cankarjeva založba. Ljubljana.
13. Žorž, B. (1997). *Stiska je lahko tudi izživ*. EDUCA. Nova Gorica.
14. Žorž, B., (2011). *Teorija polja v psihoterapiji otroka in mladostnika*. Interno gradivo.
15. Žorž, B., (2005). *Poslušati ali svetovati: priročnik za samopomoč in svetovanje v vsakdanjem življenju*. Celjska Mohorjeva družba. Celje.



## KO SE ŽIVLJENJE ZAROTI PROTI TEBI

*Julija Pelc, univ.dipl.psih., spec.psih.svet., certificirana EuroPsy psihologinja  
Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna, Rakitna 96, 1352 Preserje  
[julija.pelc@mkz-rakitna.si](mailto:julija.pelc@mkz-rakitna.si)*

Stiske mladostnikov so lahko zelo očitne, a jih včasih ne uspemo odtegniti od nevarnosti. Lahko jih ne prepoznamo, občasno nas omejujejo pravne poti. Vselej pa smo mi tisti, ki izberemo, da se odgovorno ustavimo v stiku z njimi in z interesom zazremo v njihovo zgodbo. Ne glede na poklic, ne glede na položaj. Na tak način se lahko z mladostnikom tudi zares srečamo.

Dobra tri leta se nisem videla z dekletom, ki je danes v obdobju pozne adolescence, zgodnjih dvajsetih. Vesela sem bila njenega vztrajanja, da se tokrat zares srečava. Pogosto sem mislila nanjo in se spraševala, kaj se ji dogaja. Ukvarjala sem se tudi z vprašanjem, ali goji do mene zamero. Vedela sem, da ji nisem mogla biti »kot mama«, kakor me je v času, ko jo je razočarala krvna mama, kasneje pa je konfliktno izgubila še skrbnico, poimenovala sama. Priznam, lažje mi je bilo, ko sem slišala, da v sebi ne nosi zamere. In hkrati sem vedela, da bi lahko zamerila; bila je še vedno otrok, ko ji nisem mogla uresničiti pričakovanj in potreb. Iskala sem ravnovesje, kako biti prisotna kot človek in se hkrati ne zaplesti v nerešljiv položaj resničnega razočaranja. Nisem ji bila terapevtka. Nisem bila več njena šolska psihologinja, »le nekdo« in ne »samo nekdo«, ki pozna globino njene bolečine, zgodbo deklice, ki je v hrepenenju, da pride do mame, doživela novo travmatsko izkušnjo spolne zlorabe, ob tem pa izgubila še iluzijo upanja, da bo nekoč deležna prav matine pozornosti in ljubezni. Razočarana je iskala potrditve tudi v odnosih s fanti. Bila je razpeta med vključenostjo v glasbo in željo po šolskem uspehu, doživljanjem ponosa nad svojimi uspehi, ki so ji vračali drobce pozitivne samopodobe, ter sprejetostjo med vrstnike. Pripadnost je iskala v družbi, ki ji je omogočala dostop do »trave«. Stisko, ki jo je čutila ob vseh razočaranjih, je zmanjševala tudi z rezanjem. Postala je plen moškega pohlepa, varnost je čutila v odnosih s starejšimi moškimi. Izpostavljena je bila nevarnostim. Nekajkrat je poskušala ubežati krempljem naslade in groze manipulacij, nazadnje ji je uspelo. Dolgo časa nisem vedela, kje živi in kako živi. Moja vloga zaščitnika se je spremenila. Če mi je prej strokovna pozicija nalagala, da sem bila sopotnik skozi obravnavo suma zlorabe in v drugih težkih trenutkih, sem sedaj lahko le opazovala odmik in počakala, da se morda nekoč sama javi. Na srečo je zbrala moč in se uspešno odmaknila iz primeža. Ponovno se je srečala z mladostniško ljubeznijo, s katero danes deli skupen dom. Še vedno jo spremlja preteklost in breme, za katerega bi potrebovala pomoč. Nekaj časa je želela preteklost pustiti za seboj. Tudi spomin name. Ob misli, da



bi me poklicala, ni zmogla, ker sem bila del pretekle zgodbe. Zgodbe, v kateri je skoraj izgubila tudi sebe. A se je ponovno našla, sedaj je močnejša. Pozna želje, hrepenenje, postala je tudi bolj realna, stopajoč po težji poti. Želi zaključiti šolanje, le še nekaj izpitov ima. Šola in zaključek imata zanjo pozitivno vrednost. Išče trenutke, v katerih lahko občuti zadovoljstvo, uspeh in ponos. Sedaj ima, pravi, kar si je vedno želela. Ceni, kar ima. Ne izreče vsega. Ima tudi osebo, fanta, s katerim se spoštujeta, s katerim lahko deli stisko in je ob njej, imata nekaj skupnih kvadratnih metrov podnajemniškega stanovanja in: mucko. Uči se kuhati, v odnosih je previdna, še odmaknjena. Zaznam ljubečo pozornost do partnerja. Ima priložnostno delo za majhen zaslužek, ki ji ravno zaradi preteklih doživetij predstavlja poseben izziv, s katerim se sooča. Spet ima upanje, da jima ta mesec ne bo zmanjkalo za kruh. Ima zavedanje, da ne bo bežala pred preteklostjo, da lahko izbere, komu kaj pove, da se lahko odloča. Opazuje, na kakšen način drugi vstopajo v odnos z njo, raziskuje, kaj jo moti in obremenjuje, kaj je njen delež. Ponosna je, da je zbrala moč in še pravočasno odšla. Zgodilo se je marsikaj, preveč da bi vse povedala v prvi urici snidenja po dolgem času. Življenje jo je učilo, je rekla: »Vzela sem lekcijo!« Odločena je, da je ne bo več ponovila, se vrnila na staro pot.

Ob najinem zadnjem snidenju pred več kot tremi leti je bila mladostnica, ki se je soočala s sodnimi postopki v zvezi s travmo, z bolečimi odnosi z mamo in njenim parterjem, vrstniškimi odnosi, s samopoškodbami, z drogo. Izgubila je podporo najbližjih in postala žrtev novih zlorab. Danes ve, kakšen je njen cilj, kaj si želi in česa ne. Je samokritična, nekoliko preplašena, vztrajna, dobrosrčna. Ali se kot taka tudi že čuti? Ve, da se mora še učiti in da še ne pozna vseh odgovorov. Ponosna sem nanjo. Razmišljam ponovno, ali so bili strokovni ukrepi na različnih nivojih res optimalni? Ta zgodba je lahko poduk »stroki«, mladim in odraslim. Naj ostane konec še naprej srečen.



## **PREDSTAVITEV DEJAVNOSTI MLADINSKEGA KLIMATSKEGA ZDRAVILIŠČA RAKITNA**

*Željka D. Cifrek, ZT, koordinator zdravstvene službe,  
Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna, Rakitna 96, 1352 Preserje,  
[zeljka.dvorski-cifrek@mkz-rakitna.si](mailto:zeljka.dvorski-cifrek@mkz-rakitna.si)*

### **POVZETEK**

Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna ima tradicijo pri obravnavi otrok z obolenji dihal. V skladu s potrebami današnjega časa je razvilo tudi program primarne in sekundarne preventive, namenjen otrokom in mladostnikom s povečanim tveganjem za razvoj čustvenih motenj in motenj hranjenja. Za tiste mlade osebe, ki so jih že pestile čustvene motnje in motnje hranjenja, se izvaja program reintegracije in rehabilitacije, ki jim pomaga okrepiti doseženo zdravje in stopati na poti k odraslosti. Pomembno mesto ima tudi Šola lulanja. Zdravilišče je odprto tudi za dodatne programe, kjer se mladi lahko učijo različnih učnih in vzgojnih vsebin.

### **KLJUČNE BESEDE:**

zdravilišče, bolezni dihal, čustvene motnje, motnje hranjenja, šola lulanja, vloga medicinske sestre

### **UVOD**

Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna (MKZ Rakitna) je edino srednjegorsko klimatsko zdravilišče v Sloveniji z osemdesetletno tradicijo. MKZ Rakitna že desetletja pomaga izboljševati zdravje otrok in mladostnikov v okviru zdraviliškega programa na področju respiratornih obolenj. Kljub sodobnim oblikam medikamentozne terapije ima zdraviliško klimatsko zdravljenje tudi danes pomembno mesto pri ohranjanju in izboljševanju respiratornega zdravja.

### **ZDRAVILIŠKI PROGRAM ZA OTROKE Z BOLENJI DIHAL**

Program je namenjen otrokom starim od 0 do 18 let, ki imajo kronične bolezni dihal (astma, bronhilitise, bronhitise, cistično fibrozo...).

Predlog za zdraviliško zdravljenje poda izbrani osebni zdravnik in pošlje na enoto Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). O utemeljenosti predloga odloči imenovani zdravnik ZZZS na osnovi medicinske in druge dokumentacije. Veljavnost odločbe je 30 dni. Zdraviliško zdravljenje otrok traja po pravilih ZZZS predvidoma do 21 dni.



V času zdraviliškega zdravljenja se otroci udeležujejo različnih aktivnosti kot so dihalne vaje, kreativne delavnice, športne aktivnosti, med njimi vaje za vzdržljivost, telesne vaje, krajši in daljši sprehodi in izleti, tekmovanja v igrah z žogo, štafetnih igrah, tenisu, športnem plezanju in lokostrelstvu,...

Pri zdravstveno-vzgojnem delu predstavlja najpomembnejši del »šola astme«. Starši in otroci se poučijo o naravi in poteku bolezni, odkrivanju zgodnjih znakov poslabšanja bolezni in pravilnem ukrepanju ob njih, merjenju PEF-a in pravilnem jemanju zdravil ter o pomenu telesne aktivnosti in zdravega načina življenja.

V družbi vrstnikov, ki jih pestijo podobne težave, otroci in mladostniki spoznajo, da je dihalnim težavam navkljub mogoče živeti lepo, polno in aktivno življenje. To nam dokazujejo generacije otrok, staršev in starih staršev, ki se radi vračajo na Rakitno.

Kakovost življenja posameznika in družine pa lahko kaj hitro zaznamujejo tudi druge težave, ki v času hitrih družbenih sprememb stopajo v ospredje. Klinične izkušnje, ki jih potrjujejo statistični podatki v okviru izvedenih epidemioloških študij kažejo, da v zadnjih letih število oseb z motnjami hranjenja in čustvenimi motnjami narašča tudi pri nas. Na opisano stanje se je ob podpori skupine strokovnjakov odzvalo MKZ Rakitna ter oblikovalo dva nova programa, ki poleg samostojne strokovne obravnave hkrati kakovostno dopolnjujeta že obstoječe oblike pomoči, v katere so vključeni posamezni otroci in mladostniki:

1. Zgodnja obravnava otrok s povečanim tveganjem za razvoj čustvenih motenj in/ali motenj hranjenja (program primarne in sekundarne preventivne)
2. Rehabilitacija in/ali reintegracija oseb z motnjami hranjenja in čustvenimi motnjami (program terciarne preventivne).

## **PROGRAM ZGODNJA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV S POVEČANIM TVEGANJEM ZA RAZVOJ ČUSTVENIH MOTENJ IN MOTENJ HRANJENJA**

Program je poznan kot **Šola zdravega odraščanja**, namenjen je otrokom in mladostnikom od 6. do 26. leta, ki se srečujejo z različnimi stiskami in težavami, ki lahko nerešene v kasnejšem obdobju pomembno ovirajo zdrav osebni razvoj.

Cilj programa je usmerjen k izboljšanju samopodobe in utrjevanju zdravih vzorcev funkcioniranja v skupini. Zajema razvoj in krepitev socialnih spretnosti, učenje asertivnosti, razvijanje občutka pripadnosti različnim socialnim skupinam, nižanje neustreznih ambicij in perfekcionizma, prepoznavanje in sprejemanje svojih realnih zmožnosti in dejanskih potreb, krepitev samokontrole, razvijanje kritičnega presojanja in veščin reševanja problemov, podporo pri iskanju notranjega



ravnovesja in iskanju smisla, učenje uspešnejšega prepoznavanja, ubesedenja in uravnavanja čustev in stisk ter učenje razbremenitvenih tehnik in aktivnosti, ne nazadnje pa tudi podporo pri separaciji od staršev ter spodbujanje starosti primerne samostojnosti.

Delo poteka v skupinah do devet udeležencev, po določenem urniku v trajanju dveh tednov. Program sestavljajo: pogovorne skupine, ustvarjalne delavnice, različne športne aktivnosti, aktivnosti s pomočjo konj, aktivnosti s psi, zdravstvena vzgoja, obiskovanje pouka bolnišnične šole, individualni razgovori, popoldanski tabori. Ob koncu programa poteka skupina za svojce s kasnejšo možnostjo vključitve družine v družinsko terapijo. Otroke in mladostnike spremljajo vzgojitelji, psihologi, zdravniki, zdravstveni tehniki.

Indikacije za sprejem so oblike vedenja, doživljanja in čustvovanja, ki odstopajo od običajnih glede na razvojno obdobje, v katerem je otrok ali mladostnik. Pri tem še ni možno postaviti diagnoze čustvene motnje ali motnje hranjenja (ne gre za polno razvito klinično sliko), a so že prisotni simptomi, ki napovedujejo možnost razvoja v smeri duševne motnje (subklinična slika).

Razvoj težav je običajno povezan z več dejavniki, ki izvirajo v otroku ali mladostniku in njegovem okolju. Te težave so po navadi povezane z oz. se kažejo kot izločenost iz skupine vrstnikov ali slabše socialne spretnosti, travmatski dogodek, specifična družinska situacija (nefunkcionalni odnosi znotraj družine, razveze, otroci v rejništvu), pretirano ukvarjanje s svojim videzom, neustrezni prehranjevalni vzorci, prenašanje, zavračanje hrane, slabo prepoznavanje lastnih potreb in potreb drugih, pomanjkanje motivacije za delo in učenje, kontinuiran stres povezan s šolo, težave v odnosih z vrstniki in avtoritetami, zastavljanje previsokih ciljev, perfekcionizem, anksioznost, različni strahovi, pretirana otožnost, razdražljivost, nizka samopodoba...

Kontraindikacije za sprejem so: akutna psihoza in blodnjavost, akutno samomorilno in samopoškodbeno vedenje, zloraba in odvisnost od dovoljenih in nedovoljenih psihoaktivnih snovi ter zdravil, polno razvita vedenjska motnja, organska oškodovanost in razvojni deficiti, pri katerih otrok ni zmožen sodelovanja v skupini, ITM < 17,5 kg/m<sup>2</sup> in znižana kostna gostota pri anoreksiji.

## ŠOLA LULANJA

Program je namenjen otrokom, starejšim od pet let, ki nimajo osvojenega vzorca dnevnik mikcij. Namen Šole lulanja je naučiti otroka pravih mikcij na ne-obremenjujoč, zanj prijeten način, s pozitivno stimulacijo, brez kakršnihkoli neprijetnih občutkov.





Otroci se učijo primerne pitja tekočin, rednega in popolnega praznjenja mehurja, sproščenosti med mikcijo in telovadnih vaj za mišice medeničnega dna. Otroka s starši sprejme zdravnik, v nadaljnji obravnavi pa večinoma sodelujejo medicinske sestre, vzgojiteljice in učiteljice. Pomembno vlogo ima tudi psiholog, ki pomaga graditi otrokovo samopodobo, poleg njega pa še fizioterapevt in športni pedagogi s ciljem okrepiti mišice medeničnega dna. V prvem tednu je poudarek na učenju pitja in rednega in pravilnega lulanja, v drugem tednu pa na zabavnih rekreativnih športnih aktivnostih. Ves čas izpolnjujejo dnevnik pitja, lulanja in kakanja. Zadnji dan prejmejo diplome, medalje in nagrade. Napotnico za Šolo lulanja lahko izda samo pediater specialist nefrolog in otroka prijavi preko ambulante Kliničnega oddelka za nefrologijo Pediatrične klinike v Ljubljani.

Ob odpustu se otroci in njihovi starši pogovorijo z zdravnikom. Doma nadaljujejo s pisanjem dnevnika in z v programu naučenimi veščinami do kontrolnega pregleda pri nefrologu.

## **PROGRAM REINTEGRACIJE IN REHABILITACIJE MLADOSTNIKOV S ČUSTVENIMI MOTNJAMI IN/ALI MOTNJAMI HRANJENJA**

Namenjen je mladostnikom do 26. leta, ki so že zaključili ambulantno ali bolnišnično specialistično psihiatrično obravnavo čustvenih motenj in/ali motenj hranjenja in potrebujejo dodatne spodbude in podporo pri zaključevanju razvojnih procesov, navadno pa tudi pomoč pri ponovnem vključevanju v vsakodnevno življenje. Mladi se po zaključenem psihiatričnem zdravljenju, ko simptomatika motenj izzveni, pogosto soočajo z izzivi, značilnimi za razvojno obdobje mladostništva, kot so: osamosvajanje, zaključevanje šolanja in poklicna orientacija, priprava na partnerstvo in družino. Pogosto potrebujejo dodatno strokovno podporo pri izpeljevanju teh procesov in utrjevanju zdravih vzorcev funkcioniranja. Program reintegracije je namenjen tej skupini mladih z namenom, da se podpre njihov osebni razvoj in zmanjša možnost recidiva motnje.

Program traja od šest tednov do treh mesecev. Vključuje terapevtsko delo (terapevtske skupine, individualni pogovori, gibalno-plesna terapija, terapija s pomočjo konj, psihodrama, vedenjsko kognitivna terapija), zdravstveno vzgojo, kreativne delavnice in šport.

Indikacije za vključitev v program so mladostniki, ki se dalj časa zdravijo zaradi razvite motnje hranjenja in čustvovanja, nimajo samomorilnih misli, samo-poškodbenega vedenja, niso akutno psihotični, imajo ITM  $>17.5 \text{ kg/m}^2$ , imajo bolnega družinskega člana, so neuspešni pri študiju, socialno izolirani, nespretni pri navezovanju stikov...



Poleg navedenega, v MKZ Rakitna najdejo mesto tudi vrtci in šole, kjer lahko svoje programe dopolnijo z rakiško ponudbo športnih, naravoslovnih, kreativnih, zdravstvenih in psiholoških vsebin.

## VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Pri vseh omenjenih programih je medicinska sestra pomemben član strokovnega tima. Raznolikost programov od medicinske sestre zahteva specifična znanja tako s področja zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in psihosocialne podpore otrokom, mladostnikom in njihovim staršem. Omenjene vloge se medsebojno prepletajo in dopolnjujejo, zato se od medicinske sestre pričakujeta fleksibilnost in odzivnost na potrebe delovnega procesa in posameznih otrok in mladostnikov. Le-ti medicinsko sestro izberejo kot zaupno osebo, ki ji povedo svoje stiske, bolečino, razočaranja, strahove, hrepenenja ipd. Odložijo breme, da bi lahko zadihali med vrstniki. Medicinska sestra se znajde v vlogi poslušalca in svetovalca, nemega opazovalca in vendar nekoga, ki se mora odzvati strokovno, odgovorno, po potrebi zaščitno, predvsem pa človeško, z odprtim srcem, toplo besedo, sočutnim pogledom in vzgledom. Ponuditi mora oporo in v takšnih primerih tudi most do drugih sodelavcev v strokovnem timu, ki nadalje ukrepajo s ciljem opolnomočenja ne le otrok, ampak tudi staršev. Mnogokrat je skozi otrokov jok ali trmo moč prepoznati stisko starša. Usmerjen pogovor, primeren nasvet in razbremenitev lahko pomirijo starše, umirjen odrasli pa lahko na takšen način deluje tudi na svojega otroka. Da bi lahko medicinsko osebje udejanjalo vse te naloge, potrebuje paletu znanj s področja razvojne psihologije, psihopatologije in psihiatrije. Poznavanje orodij sporazumevanja, zmožnost empatije in strokovna kompetentnost olajšajo pot do ljudi, večine reflektiranja lastnega dela in dela v strokovnem timu pa utrjujejo pot do sebe. In kje najti svoj mir? V polnjenju lastnega vrelca osebnega zadovoljstva, prepoznavanju svojega poslanstva, utrjevanju močnih področij in razvijanju točk rasti ter soustvarjanju v strokovnem timu z vizijo.

Mladinsko klimatsko zdravilišče ima svojo vizijo: je kraj, kjer »otroci dobijo priložnost«, z njimi pa tudi vsi vključeni.

## ZAKLJUČEK

V prispevku smo spoznali pestrost delovanja MKZ Rakitna, ki izvaja bolnišnično in zdraviliško dejavnost. Programi s področja preventive čustvenih motenj in motenj hranjenja so pomemben doprinos h kakovostni obravnavi otrok in mladostnikov za celotno državo, saj so po svoji vsebini v slovenskem prostoru nekaj posebnega. MKZ Rakitna se nahaja v neokrnjeni naravi, kamor se z veseljem vračajo otroci z obolenji dihal in tudi predšolski in šolski otroci v sklopu taborov. Nenehno skrbimo za strokovni razvoj programov in približevanje potrebam tistih, ki so jim



namenjeni. Naše vodilo so strokovnost, timsko sodelovanje, srčnost in posluh za sočloveka in živali, ki so naši zvesti pomočniki.

**VIRI IN LITERATURA:**

Interno gradivo Mladinskega klimatskega zdravilišča Rakitna: [www.mkz-rakitna.si](http://www.mkz-rakitna.si)





## **II. SKLOP**

# **UČNE DELAVNICE**





# KAKO PRISLUHNITI TELESU IN GA USPEŠNO RAZBREMENITI

*asist. dr. Katja Dular, univ.dipl.psih.*

*Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije- Soča,*

*Linhartova 51, 1000 Ljubljana,*

*[katja.dular@gmail.com](mailto:katja.dular@gmail.com)*

## **POVZETEK**

Zaposleni v zdravstvu se dnevno srečuje z več desetimi bolniki, ki imajo poškodovano, bolno, oslabiljeno telo. Ob tem pa je zlasti medicinska sestra, tehnik najbolj neposredno v stiku z njihovimi telesi ob negi, hranjenju, oblačenju, itd. Ob tem zaposleni uporabi najboljše možno orodje- svoje zdravo telo in lastne regulatorne čustvene mehanizme, da čimbolje poskrbi za bolnika. Ob tem pa pogosto razbremenijo tudi bolnikov čustveni svet. Nemalokrat zaposleni pozabi poskrbeti za svoje telo. Po letih kroničnega stresa (predajanje, skrb za druge) je telo pogosto spremenjeno v delovanju živčevja in nima več energetske in drugih rezerv. Ko je zdravstveni delavec v stiku z ljudmi, ki so bili na takšen ali drugačen način travmirani (nezgoda, izvedo za kronično bolezen, operacijo,...) tudi sami na svojem telesu opažajo sekundarne znake travmiranosti. Posameznikova prilagoditev na kronični stres pa postane manj silovita in manj učinkovita. Gre za tako imenovane vplive kroničnega stresa, z izredno neprijetnimi in prepoznavnimi znaki tako v miselnem, čutenjskem svetu, kot tudi v najbolj opaznih vedenjskih in fizioloških odzivih. V želji, da bi zdravstveno osebje spoznalo učinkovite tehnike za prepoznavanje in zmanjševanje vplivov stresnih dejavnikov na telo, je pripravljen prispevek. Predstavljene so različne tehnike razbremenjevanja in zlasti v zdravstvenih ustanovah, vedno pogosteje uporabljena učinkovita metoda medicinska hipnoza.

## **KLJUČNE BESEDE:**

telo v stresu, kronični stres, tehnike sproščanja, medicinska hipnoza

## **UVOD**

### **VPLIV STRESORJEV NA TELO**

Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor posameznika, ki se poskuša prilagoditi in privaditi notranjim in zunanjim pritiskom (stresorjem). Stresor pa je dogodek, situacija, oseba ali predmet, ki ga posameznik doživi kot stresni element in katerega rezultat je stres. Stresor začasno zamaje ravnovesje posameznika in njegov odziv je povsem normalno odzivanje na neobičajno stanje. Stresni odziv pa je splošni adaptivni odgovor, ki je povezan z biokemičnimi in fiziološkimi spre-



membami v organizmu z namenom, da se ohrani homeostaza organizma in da se ohrani preživetje (1).

Odziv po katerem poteka stresni odziv delimo v faze, ko je v začetni- alarmni fazi telo vznurjeno, spodbujeno je delovanje simpatičnega dela vegetativnega živčnega sistema, ki pripravi telo na »boj ali beg«. Reakcija »boj ali beg« je signal, da smo v nevarnosti. Gre za hitro reakcijo, kot da bi pritisnili na gumb, ki vključi delovanje simpatičnega živčnega sistema, le-ta prevzame krmilo v svoje roke, pri čemer je parasimpatični sistem začasno ustavljen. V telesu pride do čustvenih, kemičnih in fizioloških sprememb, ki se kažejo v pospešenem bitju srca, hitrem, plitvem in nepravilnem dihanju, poveča se količina glukoze v krvi, moč mišic, mrzle dlani in stopala, »nemirnem« želodcu in občutku strahu ali ogroženosti. V naslednji fazi stresa (F. aktivnega prilagajanja -prilagoditve), pa se vključujejo telesni mehanizmi parasimpatičnega živčnega sistema, ki poskušajo normalizirati telesne procese v prvotno stanje: zmanjša utrip srca, razširi krvne žile, po katerih potuje hrana do vitalnih organov, in pospeši procese prebave. Aktivirajo se sistemi, ki spodbujajo in obnavljajo energetske zaloge v telesu (1,2).

V primeru, da obremenjujoča situacija traja in ni razrešena, pa pride posameznik v fazo izčrpanosti, ki se odraža na telesni ravni (glavobol, motnje spanja, prebavne težave, upad odpornosti, hitro, plitvo in nepravilno dihanje, mrzle roke in nog, zakrčene mišice, bolečine, psihosomatske bolezni), kognitivni (motnje usmerjanja pozornosti, spomina, nenehno premišljevanje), čutenjski (razdražljivost, nemoč, brezup, nima samozaupanja, napetost, depresivnost) in vedenjski ravni (prenagljene reakcije, neorganiziranost, nenadzorovani izbruhi, poseganje po drogah) (4).

Stres in stresorji niso za vse ljudi enaki in enako težko (ali lahko) rešljivi, pač pa ju določajo posameznikova osebnost, njegove izkušnje, energetska opremljenost, okoliščine, v katerih se pojavijo, ter širše in ožje okolje, v katerem nekdo živi. Pomembna je tudi življenjska naravnost posameznika in trdnost ter kakovost medosebnih odnosov z ljudmi, ki nas obdajajo. Tako bo določen dogodek za nekoga predstavljal stresor, za drugega pa dobrodošlo spodbudo v življenju.

Določena količina stresa je nujno potrebna za normalno življenje. Znano je, da nastane problem tam in takrat, ko je stresnih situacij preveč za posameznika, so preveč zgoščene, intenzivne, premočne ali predolgo trajajo. Telesne reakcije so seveda prepletene s psihičnimi odzivi, ki so lahko čustvene, kognitivne in vedenjske narave. Človek je zaradi ogroženosti, neprijetnih sprememb čustveno prizadet in obremenjen s težkimi občutki (jeza, nemoč, brezup, krivica). V takšnih primerih lahko stres vodi tudi v bolezenska stanja, med drugim lahko tudi v depresijo in tesnobo. Po ugotovitvah 70- 80 % ljudi obiskalo osebnega zdravnika zaradi bolezni povezanih s stresom (4)!





Vsi stresorji niso le škodljivi in tako ločimo med pozitivnim eustresom (naše sposobnosti so večje od zahtev) in negativnim distresom (zahtevnosti so večje do naših sposobnosti). Pri stresu ločimo predvsem stanja akutnega stresa in stanja kroničnega stresa. Ker je stresni odziv obsežna reorganizacija telesnih funkcij in ima hkrati visoko prioriteto v hierarhiji fizioloških odzivov, zato dolgotrajni stresni odzivi postanejo nevzdržni za ohranjanje homeostaze in posameznikovega telesnega in duševnega zdravja. Posameznikova prilagoditev na kronični stres pa postane manj silovita in manj učinkovita. In zaradi narave stresnega odzivanja se zdravstveni delavec trajneje prilagodi na svoj stres, kar povzroči tudi spremenjene osebnostne lastnosti (zaradi mnogih konfliktov postane že preventivno napadalen, jezen, ogrožen). Gre za tako imenovane vplive kroničnega stresa, z izredno neprijetnimi in prepoznavnimi znaki tako v miselnem, čutenjskem svetu, kot tudi v najbolj opaznih vedenjskih in fizioloških odzivih. Učinek stresnih dejavnikov pa je vedno odvisen od posameznikovih konstitucijskih posebnosti, od izkušenj v zgodnjem otroštvu ter od sedanje življenjske situacije v kateri je. Pri delu z ljudmi se pogosto pojavlja kronični stresni odziv ter tudi sindrom izgorevanja (kumulativna stresna motnja), saj so zaposleni zaradi reševanja problemov bolnikov prisiljeni odpraviti reševanje lastnih težav. Sproži se zaradi razkoraka med posameznikovimi pričakovanji, predstavami, ideali (iz časa šolanja) in realnimi možnostmi in omejitvami, s katerimi se kasneje srečuje (1-4).

## STRATEGIJE SPOPRIJEMANJA S STRESOM

Kot že rečeno, se v stresni situaciji odzovemo z mislimi, čustvi, vedenjem in telesom. Pri premagovanju stresa so zelo koristne tehnike sproščanja, ki so lahko zelo učinkovite, če jih izvajamo redno. Poudarek je na njihovem rednem izvajanju, saj delujejo podobno kot redna telesna vadba: dokler jo izvajamo, so učinki vidni in se razširijo na različna področja našega delovanja. Takoj ko ocenimo, da situacija ni več nevarna, spremembe v možganih povedo telesu, naj se sprosti in se pomiri. Ta »sprostitvena reakcija« vključuje počasnejše dihanje in umirjeno bitje srca, ter občutek ugodja. Ljudje, ki zgodaj razvijejo »sprostitveno reakcijo« in druge načine obvladovanja stresa, se ne počutijo tako nemočni in imajo več izbire pri odgovoru na stres.

V našem telesu je okoli 680 mišic in ko dobijo ukaz, da naj se pripravijo na nevarnost (boj ali beg), večina njih to tudi stori in se aktivirajo. Napete mišice se utrudijo in zato bolijo. Dolgotrajen stres tako lahko posledično povzroči različne težave: glavobol, bolečino v vratu, prsih, ramenih,... Vsak od nas ima najbolj občutljivi del telesa, kjer se ga napetost še posebej krčevito oprime in le s težavo popusti. Pri nekaterih je to glava, pri drugih križ, pri tretjih pa nek drugi del telesa.

Ena od pomembnih strategij spoprijemanja s stresom, ki nam pomaga, da dose-



žemo večji nadzor nad dogodki in s tem tudi večjo odpornost proti stresu, je tudi načrtovanje našega odziva. Nekatere stresne situacije lahko že vnaprej predvidimo (npr.: šef ne bo zadovoljen z našim poročilom, prošnja za delovno mesto bo zavrnjena, družina potrebuje 30 min za odhod od doma, zamudil/a bom avtobus...) in se tako lahko pripravimo na naše možne odzive.

Da bi se posameznik zmozel učinkovito spoprijeti s travmatično situacijo se mora naučiti ločiti preteklost od sedanjosti in pa razlikovati med tem, kaj je v njegovi moči kontrole in kaj ne. Nad zunanjimi, objektivnimi dogodki imajo posamezniki žal le malo kontrole in zato želja po kontroliranju zunanjih dogodkov povzroča anksioznost, frustracije in ob tem tudi bolečino. Edina učinkovita kontrola, ki jo lahko posameznik pridobi je kontrola nad lastnimi mislimi, nad bolečimi čustvi in lastnimi obrambnimi mehanizmi. Seveda pa je za to potreben čas in pogosto terapevtska pomoč strokovnjakov.

Dejavniki, ki imajo velik vpliv na odpornost posameznika proti stresu pa so tudi uravnotežena prehrana, redna telesna vadba in kakovosten spanec. Redna telesna vadba dobrodejno vpliva na naše počutje (ob vadbi se sproščajo "hormoni sreče") in krepi našo odpornost proti stresu.

Preventivno deluje tudi načrtovanje življenja. Zlasti je pomembno, da ne pozabimo na spodbudne dejavnosti, pristočasne aktivnosti, ki jih izvajamo zaradi nas samih. Ravnoesje med tem, kar nekdo mora narediti in med tem, kar želi ali hočete je tudi tisto, ki prispeva k boljšemu zdravju. Harmonična razporeditev obremenitve (stresa) in sprostitve v življenju je pomembna. Zato je pomembno skrbeti za lastno razbremenjevanje v različnih nam prijetnih dejavnostih (npr. popoldanski sprehod, masaža, sproščujoča kopel, izlet ob vikendu, glasba, koncerti, vrtnarjenje) (1, 3)

## TEHNIKE RELAKSACIJE

Ko govorimo o tehnikah sproščanja je dobro poznati 2 različni vrsti anksioznosti. Kognitivna anksioznost predstavlja mentalno komponento, ki jo povzročijo negativna pričakovanja o neuspehu, negativna samoocena, premiki pozornosti. Somatska komponenta pa je na drugi strani del, ki je neposredno povezan z avtonomnim živčnim sistemom. Kognitivna anksioznost se prepozna kot skrb, negativni samogovor, motnje pozornosti in neprijetne vizualizacije, medtem ko se somatska anksioznost kaže kot hitro bitje srca, zadihanost, tresoče se roke, težave z želodcem, napete mišice i dr. (6).

Za obvladovanje napetosti v telesu imamo na razpolago številne relaksacijske oz. sprostilne tehnike. Med najpogosteje uporabljenimi tehnikami sproščanja so različne oblike samosugestije, dihalne tehnike, hipnoza in avtohipnoza, nekatere beha-



vioristične tehnike (npr. tehnika sistematične desenzitizacije), biofeedback metoda sproščanja, Jacobsonova metoda progresivne relaksacije, razne oblike meditacije ter avtogeni trening. Seveda pa ne smemo pozabiti vsakodnevnih aktivnosti, ki imajo že same po sebi sprostilni značaj. Takšno je npr. tuširanje v vroči vodi ali savnanje, lahen tek ali sprehodi, včasih pa tudi že samo običajna zabava v prijetni družbi. Če želimo v delovnem okolju zdravo bivati moramo v trenutkih največjih telesnih in psihičnih obremenitev znati poskrbeti za sprostitev, sicer se količina stresa povzpne čez mejo tolerance, kar se pričenja odražati v težavah v vsakodnevem življenju, na različnih področjih (7, 8).

### **1. DIHALNE TEHNIKE**

Dihalne tehnike danes predstavljajo najpogostejši način sproščanja napetosti. Pravzaprav se vsak sam zaveda, da lahko z umirjanjem dihanja povzroči ugoden in sprostilen vpliv na svoje telo in misli. Čeprav dihalne tehnike pravzaprav izhajajo iz joge, imajo poleg sprostilnega tudi še globlji pomen. Gre za enostavne, praktične tehnike, ki jih zelo lahko vključimo v svoje življenje (pred sestanki, pred izpitom,...). Dobra preskrba s kisikom v posamezniku pospeši kroženje krvi in omogoča večjo mobilizacijo energije, zato se tudi počutimo močnejše, čutimo več svežine. Večina ljudi pogosto diha samo prsno, pozablja pa na poglobljeno trebušno dihanje. Še posebno v stresnih dogodkih postaja dihanje še plitvejše in še manj učinkovitejše. Bistvo uporabe dihalnih tehnik v vsakodnevem življenju je, da se naučimo kako umiriti in sprostiti dihanje. Tako se naučimo kako poteka pot dihanja in da gre dih skozi telo v vsak najmanjši del, ga napolni z energijo in umiri ter nas pripravi za stanje (naj)boljše koncentracije. Na drugi strani pa ima pomanjkanje kisika vpliv na povečano utrujenost, padec koncentracije, pomanjkanje aktivacije, občutek teže v telesu in pogosto neprijetna, depresivna razpoloženja (7,8).

### **2. JACOBSONOVA METODA PROGRESIVNE RELAKSACIJE**

V nemškem prostoru je bila daleč najbolj popularna tehnika sprostitve avtogeni trening, v angleško govorečih okoljih pa je precejšnji odmev doživela tehnika progresivne relaksacije E. Jacobsona. Cilj postopne relaksacije oz. sprostitve je, da se naučimo sistematično sprostiti celotno telo, s čimer doseže tudi uskladitev delovanja vegetativnega živčnega sistema. Sprostitev v klasični obliki poteka v naslednjih stopnjah: 1. sprostitev v rokah, 2. sprostitev v nogah, 3. dihanje, 4. sprostitev v čelu in 5. sprostitev govornih organov.

Proces sproščanja poteka na način, da del telesa najprej intenzivno napnemo, nato pa počasi popuščamo. Ob vsem tem se moramo osredotočiti na občutke ob aktiviranju napetosti in na občutke sproščanja. Tehnika s sprostitvijo odstranjuje parcialne napetosti in tudi splošno togost kot posledico nekih čustvenih težav oz. motenj (6).



### 3. TEHNIKA VIZUALIZACIJE

Danes je v športu morda najpogosteje uporabljena tehnika vizualizacije. Vizualizacija je oblika mentalnega predstavljanja. Gre lahko samo za predstavljanje nekega objekta ali pa aktivnosti, nastopa, treninga ipd. Uporabljamo jo lahko kot tehniko priprave na stresne dogodke (predstavljanje začetka tekme, predstavljanje dogodkov ob dosojeni enajstmetrovki ali prostih metih v zadnjih sekundah ipd., npr. priprava na soočanje z vlogo favorita, ko vsi od tebe pričakujejo vrhunsko igro, ali ko je potrebno braniti neke že dosežene rezultate) (7).

### 4. ČUJEČNOST (MINDFULNESS)

Čuječnost lahko opredelimo kot nepresojajoče, sprejemajoče zavedanje svojega doživljanja v sedanjem trenutku. V čuječnem stanju se posameznik zaveda svojih misli, čustev in razpoloženja ter telesnih občutkov kakor tudi zunanjega dogajanja (npr. zvokov, oblik, barv, vonjev, okusov in različnih dogodkov) takih, kot so, brez da bi se svojemu doživljanju izogibal ali pred njim bežal (9). Koncept je v strokovno javnost prodril predvsem preko budističnega izročila. Tudi pri čuječnosti gre za specifičen način usmerjanja pozornosti in se jo je zmožen naučiti vsakdo. Raziskave ugotavljajo pestro paleto pozitivnih učinkov na različnih področjih, vključujoč zmanjševanje stresa, povečanje kakovosti življenja, izboljšanje na področju različnih psihopatoloških motenj (anksioznosti, depresije, ...), izboljšanje partnerskih odnosov, povečano imunsko odpornost in celo daljše življenje (10).

### 5. MEDICINSKA HIPNOZA, AVTOHIPNOZA

Medicinska hipnoza, avtohipnoza, sugestija in avtosugestija so vedno pogosteje uporabljene tehnike relaksacije tudi zdravstvenih ustanovah (protibolečinske ambulante, anesteziologi, zobozdravstvene ambulante, rehabilitacijski programi).

Medicinska hipnoza je med drugim definirana kot posebno psihološko stanje z določenimi fiziološkimi lastnostmi, ki navidezno spominjajo na spanje in označujejo funkcioniranje posameznika v stanju zavesti, ki ni podobno budnosti (11). Hipnozo lahko opredelimo tudi kot posebno stanje spremenjene zavesti, v katerem je posameznik zelo dovzeten za sugestije. Terapevt medicinske hipnoze skuša s pomočjo sugestij vplivati na zaznave, čustva, mišljenje in vedenje hipnotizirane osebe. Gre za to, da je hipnotizirana oseba vodena s strani terapevta medicinske hipnoze s ciljem, da bi odzivi pripeljali do sprememb v doživljanju, zaznavanju, čutenju, čustvovanju, mišljenju in vedenju (16).

Hipnotično stanje se lahko vzpostavi v procesu relaksacije, s preusmeritvijo pozornosti, z disociacijo, z željami in pričakovanji. Vse to je pogojeno s posameznikovo zmožnostjo, da si predstavlja različne stvari. Medicinsko hipnozo si lahko predstavljamo kot stanje intenzivne relaksacije in koncentracije, pri katerem se zavest- mišljenje oddalji od vsakodnevnih skrbi. V tem sproščenem stanju lahko



podzavest kreativno odgovarja na sugestije in fantazije. Lahko se osredotočiš na stvari, ki jih želiš spremeniti in na načine, kako lahko to najbolje storiš, sproščeno, brez poglobljenih in tesnobnih razmišljanj. Hipnoza je naravno ponavljajoč fenomen in jo je doživel že skoraj vsakdo v različnih dnevnih situacijah kot je gledanje televizije, poslušanje glasbe, pri avtomatični vožnji po cesti z avtom, ob gledanju skozi okno vozečega vlaka itd.(11, 12). Pogosti miti o medicinski hipnozi so, da gre za spanje, komi podobno stanje, stanje budnosti ali nekaj nadnaravnega. Prav nasprotno, hipnoza je stanje usmerjene pozornosti in možgansko valovanje je bolj podobno budnemu stanju kot spanju, telo pa je sproščeno (13).

V uvodu terapevt medicinske hipnoze predstavi sam postopek, v katerem bo s pomočjo sugestij spodbudil imaginacijo oz. vizualizacijo pri osebi. Nato sledi hipnotična indukcija, ki jo lahko doseže večina ljudi s pravilno motivacijo in pravilnimi stališči do nje. Ljudje se lahko naučijo tudi avtohipnoze, kjer oseba sama uporablja hipnotske postopke (10).

Mehanizem preko katere hipnoza spreminja posameznikove ovire, blokade je takšen, da imamo v sproščnem stanju sposobnost/zmožnost občutiti stvari drugačne kot so v budnem stanju. In ko vidimo ali mislimo drugače o nečem, potem je učinek na nas drugačen Tako so ugotovili, da ko pridobimo kontrolo nad svojimi mislimi preko medicinske hipnoze lahko učinkovito pomagamo telesu pri ozdravitvi. S hipnozo hitreje in jasneje dobimo vpogled v negativne/ nezaželjene/ škodljive odnose, načine s katerimi škodujemo sebi, svojemu telesu, npr. slabe vzorce prehranjevanja in jih spremenimo v zdrave navade prehranjevanja, gibanja, vedenja, čustvovanja. Tako posledično okrepiamo motivacijo za bolj zdrav način življenja (14, 15).

V Sloveniji je leta 1962 v klinične namene pričel z uvajanjem hipnoze prof. dr. Marjan Pajntar, ki jo je uporabljal kot orodje za zmanjševanje bolečin pri porodu (12). Vse pogosteje pa so jo pričeli uporabljati tudi v terapijah pri različnih psihičnih, psihosomatskih obolenjih ter mnogih drugih področjih. S hipnozo v športu sta pričela psihologa dr. Rojšek in dr. Tušek, na področju psihoterapije je hipnoterapijo promoviral klinični psiholog Stanislav Bras. Kasneje je Pajntar uporabo razširil na delo v rehabilitaciji, kjer je raziskoval vpliv hipersugestije v hipnozi na nevro-mišično dejavnost pri zdravih ljudeh in bolnikih z različnimi lokomotornimi težavami (17). Z ustanovitvijo Društva za medicinsko hipnozo Slovenije leta 2007, se je pričelo strokovno izobraževanje za pridobitev naziva hipnotizer in hipnoterapevt za zdravstvene delavce in predstavljanje znanstvenih dognanj na področju medicinske hipnoze in hipnoterapije ter znanstveno in raziskovalno delo.

O učinkovitosti medicinske hipnoze je bilo narejenih najmanj 500 raziskav o učinkovitosti hipnoze (18). Za metaanalitske študije je metodološko ustreznih 125 štu-



dij, kjer ugotavljajo pozitiven učinek medicinske hipnoze na zdravljenje številnih težav, ki se pojavljajo v medicini, psihiatriji in psihoterapiji (19): blaženje in odprava akutnih ter kroničnih bolečin; blaženje in odprava bolečine, stresa in nelagodja pri medicinskih in zobozdravstvenih posegih ter porodih; zniževanje generalizirane anksioznosti, napetosti in stresa; sproščanje mišične napetosti, odprava nespečnosti; spopadanje z odvečno telesno težo; obvladovanje psihosomatskih težav; odprava odvisnosti (kajenje).

## ZAKLJUČEK

Večino sprostitvenih tehnik se je potrebno naučiti in le njihovo redno izvajanje zagotovi učinek, ki nam koristi. Obstajajo različne možnosti učenja tehnik, od individualnih srečanj, skupinskih oblik vadb, delavnic. Pogosto udeleženci prejmejo splošna navodila/posnetke za izvajanje vaj ter posnetke narejene za vsakega posameznika. Določene sprostitvene tehnike se posameznik lahko nauči tudi v sklopu različnih vadb (npr. joga, tai chi, meditacijske skupine), ki so namenjene za zdrave posameznike brez specifičnih zdravstvenih težav. Za posameznike s specifičnimi simptomi povezanimi s stresnimi dejavniki (anksioznosti, nespečnost, psihosomatske bolezni), se vedno pogosteje uporablja medicinska hipnoza, čuječnost in ostale sprostitvene tehnike, ki ob vključevanju ostalih psihoterapevtskih pristopov kažejo najboljše rezultate o zmanjšanju simptomov (8, 18,19)

Vsekakor lahko zdravstveni delavec napetosti v vsakdanjem življenju obvladuje tako s pomočjo sprostitvenih tehnik in tudi na druge načine. K razbremenjevanju posameznika je precej odločujoče jasno in pozitivno mišljenje, telesna pripravljenost in zdrav način življenja (prehrana, športna/gibalna dejavnost, izogibanje uživanju drog...). Poleg tega je pomembno tudi sproščanje (npr. skupni trenutki z bližnjimi, obisk kina, gledališča, druženje s prijatelji). Bistveno je, da poznamo odzive svojega telesa na stres in da preventivno delujemo v smeri prepoznave kdaj smo v stresu, se učimo obvladovanja ter krepimo vire odpornosti: pozitivna samopodoba, splošna telesna pripravljenost in zmožnost da se sprostimo.

## VIRI IN LITERATURA:

1. Ihan, A. (2013). *Stresni odziv in doživljanje bolečine*. V D. Marn- Vukadinović (ur.) *Kronična nerakava bolečina v vratu. Učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce* (str. 40-47). Ljubljana,
2. *Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča*.
3. Zihrel, S. (1997). *Stresne motnje in obvladovanje stresa*. V B. Brinšek in V.



- Stamos (ur.) Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji (str. 38-47). Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.*
4. Ihan, A. (2014). *Telo v stiski. V D. Ganc (ur.). Zbornik predavanj: ODNOSI NA KRŽIŠČU*
  5. SODOBNEGA ČASA. V kongres zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije z mednarodno udeležbo . II.-12. april 2014. Ljubljana, Teološka fakulteta.
  6. Rakovec- Felser, Z. (2009). *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja. Razumeti in biti razumljen. Maribor, Založba Pivec.*
  7. Lawler, J. (2006) *.Behind the Screens: Nursing, Somology, and the Problem of the Body. Sydney, Sydney University Press.*
  8. Tušak, M., Faganel, M. (2004). *Jaz – športnik: samopodoba in identiteta športnikov. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.*
  9. Tušak, M., Tušak, M. (1997). *Psihologija športa. Ljubljana: Filozofska fakulteta.*
  10. Vickers, A., Zollman, C. in Payne D.K. (2001). *Hypnosis and relaxation therapies. West Journal of Medicine, 175(4), 269–272.*
  11. Černetič, M. (2011). *Where id was, there shall... Mindfulness be-nonjudgmental awareness and psychotherapy. Kairos, 5(3-4), 23-36.*
  12. Černetič, M. (2005). *Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. Psihološka obzorja, 14(2), 73-92*
  13. Hammond Corydon D. *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor. Smlednik: Jesej; 2013.*
  14. Pajntar, M. [www.hipnoza-pajntar.si](http://www.hipnoza-pajntar.si)
  15. Kralj, T. (2014). *Učinek je tudi v naših rokah (Katja Dular). Medicina in ljudje, apr/jun, št.2. str. 38-39.*
  16. Dular, K. (2013). *Medicinska hipnoza : [predavanje na VI. študijskem dnevu Zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije »Skozi okno supervizije«, Ljubljana, 9. november 2013]. Ljubljana.*
  17. Soršak, S. (2013). *Hipnoterapija v svetovalnem delu. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.*
  18. Rossi EL., Rossi, KL. (2006). *The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis. Volume 48, 4. 263-278.*
  19. Pajntar, M., Zajec, J., Štefančič, M., Drugovič, M., Hrovatin, B., Vidic, A. 1979. *Hipnoza v rehabilitaciji lokomotornega sistema - Hipnoza pri pacientih z bolečino v križu. Ljubljana: Raziskovalna skupnost Slovenije, 1-36.*
  20. Pajntar, M., Areh, I., Možina, M. 2013. *Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav? Kairos, 7(1/2): 19- 31.*
  21. *The British Psychological Society. (2001). The Nature of Hypnosis: A report prepared by a Working Party at the request of The Professional Affairs Board of the British Psychological Society. Leicester, UK: The British Psychological Society.*



## KAKO POSKRBE TI ZASE V SKRBI ZA DRUGE

*Darja Potočnik Kodrun, univ.dipl.psih.*

### POVZETEK

Poznavanje asertivnega vedenja je pri delavcih zdravstvene nege pomembno, saj predstavlja pomemben temelj in bistveno prvino medosebnega odnosa. Tudi študije v glavnem poudarjajo in potrjujejo potrebo medicinskih sester po učenju asertivnih veščin, saj le-te delujejo kot zaščita pred emocionalno izčrpanostjo, stresom in izgorelostjo, ki je pogosto omenjena posledica dela na delovnem mestu medicinske sestre. Učenje novega načina odzivanja in novih načinov vedenja v profesionalnih situacijah ni preprosto in je dolgotrajen proces. Morali bi razmisliti o spodbujanju asertivnega vedenja že med študenti in tudi med zaposlenimi delavci zdravstvene nege, morda tudi z vpeljavo treningov asertivnosti v učni program ter v dodatno strokovno usposabljanje zaposlenih.

### KLJUČNE BESEDE:

asertivnost, pasivnost, agresivnost, zdravstvena nega, kognitivno vedenjska terapija

### ASERTIVNOST – POJEM IN KONSTRUKT

Asertivnost. Ta beseda se v vsakdanjem govoru le redko uporablja, saj je tujka, za katero marsikateri narod – tudi slovenski -, nima svojega domačega izraza. Mnogo pogosteje uporabljamo druge, večini bolj poznane besede za oblike vedenja, ki se lahko približajo asertivnemu vedenju (**odločnost, nepopustljivost, samozavest, sočutnost in odprtost za potrebe, interese in omejitve drugih**). Vendar je asertivnost mnogo širši pojem – je vse naštetu in še veliko več. Mnogo ljudi enači asertivnost s samozavestjo in celo agresivnostjo, vendar gre za popolnoma različne značajске poteze. Asertivnost je pravo nasprotje agresivnosti in mnogo širši pojem kot samozavest. A ni tako težko doumeti, zakaj obstaja toliko dvoumnosti, povezanih s konceptom asertivnosti, kajti teoretiki in strokovnjaki navajajo različne definicije asertivnega vedenja (Rungapadiachy, 2003). Za lažje razumevanje asertivnega vedenja je dobro razumeti nasprotno vedenje, neasertivnost, s katerim smo v lahko določenih življenjskih obdobjih večkrat v stiku.

Ljudje pogosto napačno razumejo asertivno vedenje: tiste, ki se vedejo asertivno, zaznavajo kot agresivne; tisti, ki se vedejo agresivno, pa sebe dojemajo kot asertivne. Tako v razmišljanju in vedenju ljudi lahko še vedno zaznamo iracionalno razmišljanje v smislu »biti agresiven pomeni biti asertiven« ali »asertivno vedenje





je brezbržno in neprimerno za zdravstvo«. A nobena od definicij- nekaj jih bomo našli v nadaljevanju- ne izpostavlja agresivnosti ali brezbržnosti.

Alberti in Emmons (1970) asertivnost opredeljujeta kot vedenje, ki posamezniku omogoča, da deluje v skladu s svojim interesom, da se postavi zase brez nepotrebne tesnobe, da svoja občutja izrazi brez neprijetnega občutka ali da uveljavlja svoje pravice, ne da bi ob tem zanikal pravice drugih.

Asertivnost je lastnost posameznika, ki omogoča, da se zavestno sooča s stvarnostjo, bolje obvladuje svoje vedenje, si daje priložnost za samouresničenje ter lažje komunicira z okolico. **Asertivni ljudje** si v medsebojnih odnosih krepijo samozaupanje in zadovoljstvo, neasertivni pa doživljajo pomanjkanje zaupanja v lastne misli, občutke, prepričanja in mnenja ter se v neprijetnih medosebnih situacijah raje sploh ne izpostavijo. Pogosto se dogaja, da imajo ljudje negativne občutke o sebi po tistem, ko so bili v interakciji z nekom. Lahko se počutijo izkoriščene, ali pa se jim zdi, da so bili pregrobi. Še posebej neprijetno je tistim, ki bi najraje »pobegnili stran«, samo da se lahko izognejo manj prijetnim situacijam.

Asertivno se vedejo ljudje, ki se zavedajo svojih vrlin in pomankljivosti ter se kljub temu sprejemajo in se s prijaznostjo, strpnostjo in dobrim poznavanjem svojih potreb, interesov in čustev, ki jih ne skrivajo pred drugimi, trudijo presežati lastne omejitve. **Asertivnost torej pomeni učinkovito izmenjavo naših misli in občutkov v socialnih situacijah na način, ki tudi upošteva in dopušča mnenje drugih.** Takšno spoznanstvo obenem predstavlja ključ do zadovoljstva v medosebnih odnosih, kjer si asertivni ljudje krepijo samozaupanje in zadovoljstvo. Z dosegom takšnega vzorca obnašanja tovrstno zadovoljstvo doživljajo na vseh področjih življenja. Šele ko spoštujemo sebe, lahko spoštujemo druge! Zato asertivno komuniciranje deluje in je garancija za zadovoljstvo in samouresničenje, saj dodatno krepi samozavest, samozaupanje, zadovoljstvo s seboj in življenjem (Erlah in Žnidarec, 2004).

Asertivnost je izraz, ki poleg zaupanja v svoje sposobnosti, spoštovanje samega sebe, pomeni tudi in predvsem učinkovito komunikacijo. Egan (1977) je bil prvi, ki je asertivnost umestil na polje komunikacije, in pravi, da biti asertiven pomeni uporabiti veščine v praksi. Torej je **asertivno vedenje** poseben način učinkovite komunikacije z drugimi; gre za vedenje oz. obnašanje, ko verbalno in neverbalno, jasno ter samozavestno izrazimo drugim svoje potrebe, želje in občutke brez kršenja njihovih pravic. Šele pri asertivnosti se v polni meri izraža poleg besednega tudi nebesedno sporočanje, ki ga ozavestimo in namenoma poudarimo. Z besedami oblikujemo namreč le vsebino pripovedi, ki tvori približno desetino komunikacije. S kretnjami telesa, rok in nog, z mimiko obraza in usmerjanjem pogleda izrazimo odnos, kar pomeni polovico komunikacije, ostalo pa se nanaša na doživljanje, ki



ga izražamo z načinom govora. Ta vključuje hitrost, ritem, glasnost, barvo glasu, poudarjenost, pa tudi dolžino razgovora, telesno držo med pogovorom, razdaljo od sogovornika, spoštljivost, obzirnost, morebitno dotikanje sogovornika itd. Pri asertivnem načinu sporazumevanja želimo namreč še posebej poudariti nebesedno in besedno izražanje. Pri besednem izražanju se asertivnost kaže v težnji po razumljivosti. Jasno in čvrsto misel je možno izraziti z enostavnimi besedami, kratkimi in povezanimi stavki, preglednimi pojasnili, na zanimiv način in z jasnim namenom. Za gostobesednostjo, dolgoveznostjo, strokovnimi izrazi, tujkami in nejasno izgovorjavo se običajno skriva neiskrenost ali pa neznanje (Ščuka, 2006).

Ker znamo vedno bolj prisluhniti svojim potrebam in občutkom, znamo tudi nenasilno in brez zadrege znati reči NE, kadar so kršene naše pravice ali pravice drugih. Vsakič, v primeru krivičnosti do nas, ko popuščamo, se zmanjšuje možnost, da bi se oseba nasproti nas naučila obnašati spoštljivo. **Naša pravica in dolžnost je, da jih naučimo pravičnosti, poštenosti ter spoštovanja.** Z asertivno komunikacijo pa v drugih, še tako problematičnih posameznikih, zbudimo zaupanje, saj vedo, da se lahko zanesejo na nas. Poleg tega jim predstavljamo zgled za vedenje, ki ga bodo čez čas mogoče tudi sami začeli razvijati.

## ASERTIVNOST IN DRUGI NAČINI SPORAZUMEVANJA

### ASERTIVNOST JE ALTERNATIVA PASIVNOSTI, AGRESIVNEMU VEDENJU TER MANIPULACIJI V ODNOSU.

Koncept pasivnosti/ponižnost predpostavlja, da posameznik pri svojem vedenju kaže pomanjkanje samozavesti, kar pripelje do kršitve njegovih pravic. Klasičen primer takega vedenja je nezmožnost odgovoriti z »ne« na neko prošnjo. Back in Back (1991) povzemata, da gre pri pasivnosti za izražanje lastnih potreb, želja, mnenj, občutkov in prepričanj na način, pri katerem izstopajo opravičevanje, skromna plahost ali samozatiranje. Pasivna oseba torej drugemu dovoli, naj bo po njej, čeprav bo pri tem sama oškodovana. Npr. težko ji je prositi prijatelja tudi za najmanjšo uslugo, sosedi ji vse noči uničijo s preglasno glasbo, znanci ji ne vračajo stvari, ki so si jih sposodili, v restavraciji brez ugovora pojedjo jed, ki jim jo natakar prinese namesto njihovega naročila, ure in ure iščejo pravo ulico namesto, da bi vprašali prvega mimoidočega... in verjetno lahko tudi sami dodate še polno vedenj na zgornji seznam. Znotraj sebe besni, vendar navzven ničesar ne izrazi. Ni izključeno, da se po določenem času zaradi nevzdržnih razmer raje odločijo za zamenjavo službe/družine kot pa za to, da bi se postavili zase (Miljkovič in Rijavec, 2009).

Še pogosteje se s konceptom asertivnosti povezuje agresivnost/gospodovalnost. Toda pri agresivnosti gre, v nasprotju z asertivnostjo, za izraženo pomanjkanje spoštovanja do drugih ter za zadovoljevanje lastnih potreb na račun drugih in očitno kršenje njihovih pravic. Primeri takega vedenja so: besedno žaljenje; fizična



zloraba; vedenje na način, ki odkriva občutek nadrejenosti in večvrednosti nasproti drugim, in sarkazem kot oblika posredne agresivnosti (Rungapadiachy, 2003).

Načini sporazumevanja (Škuka, 2006):

<b>PONIŽEN</b>	<b>ASERTIVEN</b>	<b>GOSPODOVALEN</b>
govor je tih in plašen	glasen in miren govor	govor je kričav, hiter
izražanje je nejasno	jasno in razumljivo izražanje	zahteve z žuganjem
pogled je uprt v tla	pogled je uprt v oči	predrzen pogled zviška
geste so skromne	geste so sproščene	geste so sunkovite, izzivalne
živčnost in nemir	umirjenost	razburjenost in ihtavost
zavrtost in zardevanje	čustvena odprtost	trda in toga čustva
nasmešek je zadregljiv	sproščen nasmeh	neizprosna zadrtost
pretirana skromnost	primerna samozavest	nastopaštvo
previdna razdalja	ustrezna bližina	predrzna vsiljivost
izmikanje dotiku	čvrsto rokovanje	pokroviteljsko trepljanje

Načela asertivnega vedenja:

1. Nesprejemljivim zahtevam drugih se upirajte odločno, vendar ne nasilno.
2. Izrazite lastne zahteve, mnenja in čustva, vendar s spoštljivostjo do drugih.
3. Branite lastne pravice, ne da bi pri tem kršili pravic drugih.
4. Dogovarjajte se le za rešitve, ki so sprejemljive za obe strani.
5. Preverite mejo in območje stika, lasten položaj ter odnos do drugih.
6. Iščite oporo v sebi in ne računajte na pomoč (mnenje) drugih.
7. Odločite se za »hočem-nočem«, ne za »moram« ali »zaradi ljubega miru«.
8. Ne dovolite, da bi bila vaša gonilna sila načelo "bodite popolni", saj se boste gnali za nedogljivim ciljem.
9. Ne dovolite, da bi bilo vase vedenje gonilo "zadovoljite druge", kajti takoj ko drugi ne bodo zadovoljni z vami, bo to sprožilo občutke manjvrednosti.
10. Prevzemite odgovornost za to, kar rečete, tako da uporabljate "jaz" stavke.
11. Prevzemite odgovornost za svoja občutja in drugim dovolite, da so gospodarji svojih občutij.
12. Če morate potolažiti druge, storite to z dejstvi in informacijami.
13. Med vašim besednim in nebesednim vedenjem naj vlada skladnost. Recite, kar mislite, in mislite, kar rečete.
14. Vedite se kot "pokvarjena plošča". Vse, kar je treba, kadar druga oseba vztraja pri svojem, je, da ponavljate besede, ki izražajo vašo odločitev.

Prednosti asertivnosti so: ker smo poštene in odkriti, smo deležni spoštovanja drugih; razvijamo samospoštovanje; zadovoljujemo lahko svoje lastne potrebe; obvladujemo lastne občutke; imamo občutek neodvisnosti. Ena izmed temeljnih človekovih pravic je namreč pravica, da reče ne; da izrazi svoje mnenje in



prepričanja; da občasno naredi napako; da se odloči po svoje (Rungapadiachy, 2003). Torej ne pomeni kategorični »ne«, pomeni pa da naredimo tako, kot se nam zdi prav, da nam ob tem ni neprijetno. Je bistvenega pomena pri spoprijemanju s stresom in preprečevanju izgorevanja, povezano pa je tudi z nižjo stopnjo depresivnosti (Tovilović, 2005).

Tudi druga vedenja lahko prinesejo določene koristi. Če smo pasivni se morda izognemo konfliktu; odobravamo druge; drugi nas sprejemajo, ker vzbujamo vtis prijaznosti in zanesljivosti. Prednosti agresivnosti so: izrazimo lahko občutke jeze; manj je možnosti, da bi drugi kršili naše pravice; pogosteje dobimo, kar hočemo; imamo občutek večvrednosti; ignoriramo vedenja drugih.

Pretirano nastopaštvo ali prehuda ponižnost povzročata motnje v dinamiki medsebojnih odnosov, ki jih obravnavamo kot zastoj v sporazumevanju. Obema sogovornikoma manjka prav asertivnost. Če je npr. bil eden od sogovornikov v otroštvu pod nenehnim pritiskom dominantnih oseb (staršev, vzgojiteljev, vrstnikov), ki mu niso dovoljevale proste izbire, se ni naučil upirati in zase sprejemati vzorcev, ki bi mu omogočali svoboden razvoj osebnosti. Ni se torej naučil predelovati informacij. Ostal je plah in naiven in informacije od zunaj še vedno prevzema v celoti, brez kritične predelave. Lahko pa so vzroki drugačni: preobčutljivi in plašni posamezniki se dominantnih ljudi bojijo in ta strah rešujejo tako, da se z njimi spojijo oz. zlijejo in so jim povsem vdani. V obeh primerih je meja med sogovornikoma zabrisana in odnos med njima nejasen, ko se eden od obeh po nepotrebnem vdano podreja drugemu (Ščuka, 2006).

Slabo razvita asertivnost vodi v agresivno nadvlado in nasilje ali pa v podredljivost in odmaknjenost – osamitev. Pri oblikovanju prepričanja, da smo vredni spoštovanja, razumevanja, udejanjanja svojih potreb, je bistveno:

- dober občutek lastne vrednosti oz. dobra samopodoba;
- izkušnja (informacija), da je asertiven način vedenja zdrav in pravilen;
- pogum in junaštvo, da vedenje prakticiramo.

**Kdor se hoče naučiti asertivnosti, mora upoštevati pravila ustvarjalne komunikacije.** Asertivnost vodi v pravičnost. **Za manipulativne in neiskrene posameznike asertivnost ni primerna, saj jo izrabljajo.**

**Poštenost in medsebojno zaupanje** je osnovni pogoj ustvarjalnega sporazumevanja. Če želim napraviti nekaj skupno, za vse sprejemljivo, mora biti predvsem skladno in jasno. Poštenost in medsebojno zaupanje pa omogoča le dobronamernost, empatija in medsebojno razumevanje. Ko so namere drugačne, gre za zavajanje (manipulacijo). Če naj uporabimo kot izhodišče za predstavitev obeh pojmov Gestalt, V. Ščuka (2006) povzema:



Komunikacija spodbuja oblikovanje jasne predstave o nečem, razčiščuje z namenom uvida in dogovora. Usmerja pozornost na bistvo dogajanja zaradi jasnega prepoznavanja polja.

Manipulacija si prizadeva preprečiti uvid in prepoznavanje bistva. Namenoma zamagljuje polje dogajanja in želi preusmeriti pozornost, da bi bile predstave meglenе, neprepoznavne.

## **OPTIMALNA ASERTIVNOST - SINTEZA ODLOČNOSTI IN EMPATIJE**

Potrebno je ohraniti dober stik. Za to, da dosežemo optimalno raven asertivnosti, je potrebno povečevati postopno in zvezno, vendar pa dovolj hitro, da dosežemo namen. Poleg tega velikokrat drugega doživljamo kot oviro oz. nasprotnika pri uresničevanju svojega zadovoljstva, ne pa kot potencialnega sodelavca (Iršič, 2011).

Pomembno je ohranjati harmonijo in dobro razumevanje z drugimi. Da se dosega to stanje, si mnogo ljudi zmotno predstavlja, da se to dosega edino s potrpežljivostjo in podrejanjem. V resnici je prav in pošteno, da se potrebe in želje vsakogar, izrazijo na sprejemljiv in hkrati dovolj močan način. To je na način, ki je med agresivnostjo in ponižnostjo. Veliko ljudi tega ne zna, ker se tega ne v šoli, in ne kje drugje, ne uči. Problem je, da to storijo preveč agresivno (aktivno ali pasivno) in so zato zavrnjeni, ali pa niti ne storijo, ker bi bili preveč agresivni oz. so se že naučili, da so zavrnjeni. V družinah in v vsakdanjih situacijah, se je možno večinoma naučiti le vedenja, ki bodisi izhaja iz prepričanja: »Uspelo mi jih bo prepričati, le s pritiskom«, ali pa iz prepričanja: »Potrebno je potrpeti in se prilagoditi, pa bo vse dobro.« Pri zdravih osebnostih in odnosih so meje dobro postavljene in jasne, drugje pa ne. Spoštovanje meja drugih je bistveno povezana s spoštovanjem lastnih meja. Asertivnost je ključ za vzpostavljanje zdravih meja. Veliko lažje je izkoristiti nekoga, ki je omahljiv in podložen, kot nekoga, ki je samozavesten in odločen. Ne dovolite, da vas izkoriščajo ali ustrahujejo nadrejeni. Ohranite pozitivno in trdno samopodobo, četudi niste (in ne morete biti) vedno najboljše volje. Vi si postavljate svoje meje in vi odločate o tem, kdaj boste komu ali nečemu rekli: »Ne«.

Ni nujno, da boste z asertivnim vedenjem vedno dosegli svoje. Pomembno je, da imate realna pričakovanja in zahteve in da se zavedate, da boste včasih zmagali, drugič pa spet ne. Profesionalnost se pogosto vrti okoli sklepanja kompromisov. Pripravljeni morate biti na pogajanja. Dobro je, da vem, da imam pravico do samozavestnega in odločnega vedenja (Erlah in Žnidarec, 2004).



## KDAJ ASERTIVNO DELOVATI?

Zdrava samopodoba vključuje to, da zmorem povedati svoje mnenje tudi takrat, kadar se razlikuje od mnenja drugih, da si upam povedati, kadar se s čim ne strinjам. To ni lahko in včasih se bojimo, da bomo zato izgubili prijatelje ali da se bomo drugim ljudem zamerili ...

Kdaj asertivno delovati? Predvsem takrat, kadar so kršene naše pravice ali pravice naših bližnjih. Če se ne postavimo za tisto, kar je prav, s tem delamo krivico sebi in drugim. Ljudje, ki so večinoma podredljivi, pričnejo sčasoma druge (nezavedno) obtoževati, da so krivični. S tem pa jih še bolj potiskajo v krivičnost. Potrebno se je zavedati, vsakič, ko popuščate, če je nekdo krivičen do vas, se zmanjšuje možnost, da bi se ta oseba naučila obnašati spoštljivo. Oseba z agresivnim ali krivičnim vedenjem, z vsako izkušnjo, ki ji omogoča dosegati to, kar ona hoče in želi, pridobi prepričanje, da je tako prav. Da je ona nekaj posebnega. Da so drugi tisti, ki so se dolžni prilagajati, njim se pa ni treba. Kadar drugim omogočamo oz. dopuščamo, da so agresivni ali krivični, s tem tudi njim škodujemo. Naša pravica in dolžnost je, da jih naučimo pravičnosti, poštenosti ter spoštovanja (Erlah in Žnidaršič, 1999). Če imate težave z nečim ali z nekom, to čim prej neposredno izpostavite. Ne šušljajte o tem z vsakim, ki pride mimo, ne pritožujte se sodelavcem ali tožarite na svojem blogu. Raje se odpravite do tistega, s katerim se grdo gledate, da čim prej rešite zagato.

## ASERTIVNOST KOT IZZIV ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Pomembno ali še pomembnejše pa je vprašanje, ali se dovolj poudarja tudi asertivnost medicinske sestre. Pregled in iskanje znanstvenih člankov na to temo kaže, da je v tej smeri narejenih izredno malo raziskav. To je izjemno nenavadno, saj se pogosto poudarja (Ellis, Miller, 1993; Pines, 2003), da je za zdravstvene delavce kot tudi za vse, ki delajo z ljudmi, izredno pomembno, da so asertivni in da znajo poskrbeti za svoje zdravje in svoje pravice. Z večjo asertivnostjo, ko znamo reči »ne«, namreč zmanjšamo stresorje, kar je izredno pomembno tudi za zmanjševanje izgorelosti med medicinskimi sestrami, ki je povezano z naravo njihovega dela (Caldwell, Weiner, 1981; Duquette et al., 1994; Landsbergis, 1998). Tudi novejša raziskava nakazujejo in potrjujejo povezavo med asertivnostjo medicinskih sester in pojavom izgorelosti, predvsem pri začetnicah (Suzuki in dr., 2006). Avtorji ugotavljajo, da so faktorji, ki vplivajo na izgorelost ravno nizka stopnja asertivnosti in pomanjkanje podpore s strani starejših sodelavk.

Malo je tudi empiričnih podatkov in raziskav o uporabi asertivnih veščin med medicinskimi sestrami. V splošnem rezultati študij kažejo pomanjkanje asertivnosti in asertivnih veščin pri medicinskih sestrah (Addis, Gamble, 2004; McCartan,



Hargie, 2004). Zdravstvena nega je dolgo veljala za tipično ženski poklic, kjer so medicinskim sestram pripisovali stereotipno žensko, to je pomočniško vlogo, in je zato asertivno vedenje med medicinskimi sestrami dolgo veljalo za manj izrazito kot v drugih po izobrazbi primerljivih poklicih. Nekateri avtorji (Timmins in McCabe, 2005) pravijo, da medicinske sestre drugim pogosto dopuščajo izražanje mnenja, manj vešče pa so z izražanjem svojega lastnega mnenja; prav tako se težko odločijo, da bi prosile za uslugo oz. izrazile neko prošnjo. Zanimivo je, da avtorja v nadaljevanju navajata, da se je odgovornost do pacientov/klientov izkazala kot dejavnik, ki vzpodbuja asertivno vedenje.

Kakšen je torej odnosu med asertivnostjo in zdravstveno nego? McCartan in Hargie (2004) sta raziskovala povezavo med asertivnostjo in negovalnimi veščinami. Ugotavljata, da tako pozitivno kot negativno asertivno vedenje ni povezano z veščinami negovanja ter da prisotnost negovalnih lastnosti ne more biti razlog za neasertivnost pri medicinskih sestrah. Na drugi strani imamo tudi podatke, ki kažejo, da je večina medicinskih sester asertivnih (Kilkus, 2008). V študiji je bilo vključenih 500 medicinskih sester, pri čemer naj bi bila višja asertivnost opažena pri starejših medicinskih sestrah in tistih z višjo stopnjo izobrazbe.

Tudi slovenski raziskovalci so ugotovili, da študentke Fakultete za vede o zdravju ne izkazujejo statistično značilno nižje asertivnosti v primerjavi s študentkami drugih fakultet, zajetih v raziskavo. Ugotovili so tudi, da starejše študentke v primerjavi z mlajšimi študentkami ne izkazujejo statistično značilno višje asertivnosti (Ličen in Plazar, 2013).

Če se ne znamo postaviti za lastne pravice, tudi težko branimo pravice druge osebe. Neasertivna oseba v pacientih oziroma klientih ne vzbuja zaupanja, pravzaprav lahko vzbuja celo nezaupanje. Agresivna oseba na drugi strani bo pacientom vzbudila strah do te mere, da bosta ohromljena njegova rast in razvoj. Submisivna/pasivna oseba, ki nudi pomoč, pa lahko v pacientu oziroma klientu vzpodbudi dvom o njeni učinkovitosti (Rungapadiachy, 2003).

Asertivnost vključuje sposobnost pravilnega ravnanja s čustvom jeze. Pri pasivnem odzivu, če se le da, to čustvo odmaknemo, ga potlačimo, se mu izmikamo. Toda čustvo je energija in energija, ki ni uporabljena postane nekoristna. In enako je s čustvi: energija jeze, ki ni sprejeta, izražena in uporabljena postane nekoristna in pogosto škodljiva. Ta energija se kotali v naši psihološki pokrajini brez zdrave usmeritve in izkoristka. Energija čustva jeze je za odločnost ključna. Je gorivo, ki daje odločnosti pogon. Poznamo pa tudi drugačen odziv. Nema lokrat se zgodi, da odločnost postane neke vrste »diktator«. Oseba svojo čustveno energijo uporabi za doseganje ciljev, kar je dobro. Toda način, ki ga uporablja ne vključuje in ne upošteva drugega človeka. Sila, ki potiska k delovanju je brezbržna do svoje okolice.



Takšna oseba sicer nima težav z izražanjem jeze, ima pa kar nekaj težav z izražanjem ljubečega načina delovanja (Grdina, 2013).

Asertivnost je sposobnost sinteze odločnosti in ljubezni, kajti ljubezen je tista, ki zmore sočutje, razumevanje, sprejemanje, empatijo, spoštovanje drugega in zmore energijo odločnosti izraziti na način, ki ne bo ogrožala njega samega in njegove okolice. Odločnost pa je tista, ki zmore narediti korak naprej, slediti viziji, poslanstvu, cilju, načrtu, svojemu notranjemu hrepenenju po drugačnemu načinu življenja, delovanja, vzgoje in rasti. Brez odločnosti ostajamo na mestu. Sicer polni ljubezni in empatije, toda brez moči, da bi to delili naprej in sledili svojim sanjam (Grdina, 2013).

Sobesednika bomo zmogli nagovoriti po predstavljenih načelih le, če se pred tem rešimo lastnih vedenjskih vzorcev in predsodkov, ki nas spremljajo od otroštva dalje. Težave se največkrat kažejo v našem odnosu do nadrejenih, ki posegajo v naš življenjski prostor, pa tudi v odnosu do nedoraslih ali kakokoli ogroženih (bolnih), ko mi posegamo v njihov življenjski prostor. Pomembno je, da ostane meja med obema jasna in da s posegi ne rušimo spoštovanja osebnostne nedotakljivosti sobesednika oz. vsakogar, s katerim stopamo v odnos. Tudi ko gre za zdravstveno nego, učni odnos ali za izražanje pozornosti, naklonjenosti in intimne bližine (Ščuka, 2006).

Starši, ki bi radi zadrževali svoje otroke »v vati« in ostali z njimi še naprej v konfluenci so v isti zmoti kot strokovni delavci v zdravstveni negi ali v pedagogiki, ki zadržujejo »v vati« svoje bolnike ali učence z izgovorom, da so ubogi, nemočni in potrebni pomoči, ki jim jo seveda nudijo »dobri, pametni in humani« pomočniki. Pomoči potrebni naj bi seveda bili pomočnikom »večno hvaležni«... To je krut in brezsrčen odnos do otroka oz. sočloveka v stiski, saj mu ne dovolijo odrasti in zahtevajo, da živi zanje, ne zase (Ščuka, 2006). Psihoterapevt V. Ščuka tudi piše, da ko želi prepričati, da naj vsak živi zase, ne za druge, ni niti krut, niti brezsrčen, ampak realen. Če želimo dobro sebi, sodelavcem in varovancem, jih nagovarjamo asertivno. S tem jih navajamo na zdrav način sporazumevanja, ki predvsem vključuje enakopravnost in zrelost pri delu, učenju, skupnih opravilih, medsebojni pripadnosti, veselju in medsebojnem spoštovanju.

Dokazano je (Ellis in Miller, 1993), da trening asertivnosti, ki so ga obiskovale medicinske sestre, tako zmanjša občutek emocionalne izčrpanosti kot tudi poveča občutek pripadnosti organizaciji in utrdi vztrajanje pri tem delu. Rezultati študij (Lee, Crockett, 1994) nedvoumno kažejo na učinkovitost asertivnih treningov pri soočanju s stresom pri medicinskih sestrah kot tudi v splošni populaciji (Jovanovski, 2006). Osebe tudi po štirih mesecih po treningu poročale o manj neasertivnem vedenju, o manj depresivne in aksiozne simptomatike, o višjem samospoštovanju





in zadovoljstvu. Udeleženci so doživljali manj osamljenosti, strahu pred ocenjevanjem in manj zunanje kontrole (Tovilovič, 2006).

Veliko lažje je biti asertiven, če se zavedate, da ste zelo pomemben člen tima, v katerem delate. Vaša prisotnost in doprinos imata visoko vrednost. Gotovo vas niso zaposlili zato, da bi se gibali nekje v ozadju. Poskrbite za to, da bo vaš glas slišan in vaša podoba opazna. Ne bojte se biti asertivni. Samo malo je potrebno, da se na delovnem mestu počutite boljše in da ostalim postane jasno, s kakšno osebo imajo opravka.

## SE TOREJ DA ASERTIVNO DRŽO NAUČITI?

Iz nekaterih definicij asertivnosti lahko razberemo, da avtorji vidijo asertivnost kot »naučeno vedenje«. Asertivnost vidijo kot medosebno veščino, ki se je lahko naučimo oz. se je zopet (na)učimo (Hull, Schroeder, 1979; St. Lawrence et al., 1985). Willis in Daisley (1995) poudarjata, da asertivnost ni osebna lastnost. Glede na to, da govorimo o obliki obnašanja, je asertivnost naučena in se je lahko naučimo. Obstajajo »zametki« vrojene asertivnosti, ki so vidni pri otroku okoli drugega leta starosti, ko se otrok uči reči »ne«. Tako obnašanje je redko spodbujano in podkrepljeno in je zato pogosto izgubljeno. Asertivnost je tako potrebno ponovno odkriti in se je naučiti. Agresivnost in pasivnost sta formi vedenja, s katerima imajo ljudje manj težav. Vsakdo se je namreč sposoben obnašati pasivno in agresivno, a večina ljudi ima tendenco k eni vrsti vedenja. Očitno je, da asertivnost predstavlja največji izziv. Vsi imamo sposobnost asertivnega vedenja, a moramo se ga učiti dlje kot druge oblike vedenja. Vse tri oblike vedenja so naravne, pomembno je le, da v posamezni življenjski situaciji izberemo tisto obliko vedenja, ki je zanj konstruktivna (Erlah in Žnidarec, 2004).

**Trening asertivnosti** temelji na kognitivno vedenjski teoriji in je ena izmed metod in načinov krepitev moči oz. notranjih virov vsakega posameznika, saj mu omogoča dosegati in uresničevati cilje na način, ki je koristen zanj in neškodljiv za druge. Cilj treninga asertivnosti je naučiti se umetnosti globlje komunikacije in aktivnega pristopa k življenju. Pripomore k večjemu zavedanju lastnih sposobnosti in razvija zavest o lastnih zmožnostih. Pri tem pa je ključnega pomena upoštevanje potreb drugih.

Asertivnost se da torej naučiti, vendar ne z danes na jutri, pač pa z veliko volje in vztrajnosti. **Zelo pomembna je popolnoma odkritost do samega sebe in sprejemanje svojih vrlin in pomanjkljivosti ter mirno vlaganje truda v preseganje lastne omejitve.** Moramo se zavedati kdo smo, kar dosežemo z rednim gojenjem stika s svojim jazom, ki je vir naše moči, ljubezni in miru, atributov, brez katerih je težko biti asertiven (Erlah in Žnidarec, 2004).



Tako bodo tisti z močnejšo osebnostjo in s hitrimi odločitvami, morali dati večjo težo razvoju empatije, strpnosti in sočutnosti. K pasivnosti nagnjeni posamezniki pa bodo ravno nasprotno morali krepiti občutek lastne moči, iniciativnost, odločnost in samozavest. Kdor se zateka k manipulacijam, pa predvsem iskrenosti.

Asertivnega vedenja se naučite na seminarjih, z branjem knjig s področja komunikacije, z opazovanjem in posnemanjem ljudi, ki so uspešni v konstruktivnem izražanju svojih potreb, z iskanjem vedno novih rešitev... **Pri razvijanju asertivnosti je dobro, če imamo koga iz naše okolice, ki nam je lahko za zgled in nas na tej poti vzpodbuja in nam stoji ob strani.** Lahko je to sodelavec, sorodnik ali sosed. Ne nazadnje nam je lahko v pomoč tudi kakšna organizirana delavnica namenjena temu razvoju. Cilj tega učenja (treninga) je izboljšati ali povsem spremeniti tiste oblike dosedanjega načina komuniciranja, ki so za posameznika moteče in težko sprejemljive, a se jih nikakor ne moremo otresti (Ščuka, 2006). Ni pomembno kdaj v življenju se odločimo usmeriti k pravi, boljši poti, ki nas bo popeljala k osebnemu zadovoljstvu in zadovoljstvu s svojim življenjem, važno je da se.

## ZAKLJUČEK

**Asertivnost** z enim stavkom pomeni učinkovito izmenjavo naših misli in občutkov v socialnih situacijah na način, ki upošteva in dopušča mnenje drugih. Torej je pomembna komponenta življenjskih spretnosti, ki bi se je moral vsakdo naučiti. Potreba po asertivni delovni sili je najbrž največja prav na področju zdravstva. Koncept nege in pomoči predpostavlja, da oseba, ki neguje ali nudi pomoč, varuje zdravje in dobro počutje pacienta ali klienta (Rungapadiachy, 2003; Černelič Bizjak, 2009). Vsak je sam odgovoren za kakovost sporazumevanja. Namen enakopravnosti je predvsem dogovarjanje, učenje, spoznavanje drugih in sebe, samopotrjevanje in veselje do druženja. Gre torej za težnjo po razvijanju osebnosti in hkrati po razvijanju skupnosti. **Asertivnost** je kot način sporazumevanja dobra rešitev za ohranjanje osebnostne celovitosti. Slovenski jezik ne premore ustrezne domače besede, kar kaže na dosedanje pomanjkljivo rabo tega načina sporazumevanja med nami. Training asertivnosti dobiva ključno vlogo v zmanjševanju vse bolj prisotne posledice današnjega načina življenja, to je stresa (Zarevski in Mamula, 1998). Tudi študije v glavnem poudarjajo in potrjujejo potrebo medicinskih sester po učenju asertivnih veščin, saj le-te delujejo kot zaščita pred emocionalno izčrpanostjo, stresom in izgorelostjo, ki je pogosto omenjena posledica dela na delovnem mestu medicinske sestre (Černelič Bizjak, 2009).

Delavnica asertivnosti - Kako poskrbeti zase v skrbi za druge- bo imela večji poudarek na praktičnem delu. Udeleženci delavnice se bodo naučili, kaj asertivnost pomeni in kako se razlikuje od ostalih načinov odzivanja in delovanja. Udeležence bomo spodbudili k spoštljivemu vedenju do drugih ljudi, pri čemer pa ne zanema-



rino lastnih potreb, želja in čustev. Spoznali bomo, kako se asertivni stil komunikacije kaže v medosebnih odnosih, predvsem v komunikaciji z drugimi ljudmi, osvetlili pa bomo tudi neverbalne vidike asertivnosti ter zmanjševali kognitivne in čustvene vsebine, ki preprečujejo asertivno obnašanje. Naš trening je namenjen spoznavanju načel komuniciranja za doseganje plus plus pozicije. Kako doseči, kar želim, a ne na račun druge osebe? Kako dovoliti, da drugi dosežejo svoje, ne da bi se mi moral ukloniti in žrtvovati svoje cilje?

Viri in literatura:

1. Addis, J., Gamble, C. (2004). Assertive outreach nurses' experience of engagement. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 11(4):452–60.
2. Andersen M, Abullarade J, Urban N. Assertiveness with physicians is re-



- lated to women's perceived roles in the medical encounter. *Women Health*. 2005;42(2):15–33.
3. Back, K. in Back, K. (1991). *Asertivnost na delu*. London: McGraw- Hill.
  4. Černelič Bizjak, M. (2009). *Asertivnost in zdravstvo*. Obzornik zdravstvene nege; Letn. 43, št. 1
  5. Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B., Beaudet, L. (1994). *Factors relating to nursing burnout: a review of empirical knowledge*. *Issues Ment Health Nurs*. 1994;15(4):337–58.
  6. Ellis, B.H., Miller, K.I. (1993) *The role of assertiveness, personal control, and participation in the prediction of nurse burnout*. *J Appl Commun Res*. ;21(3):327–42.
  7. Erlih, Petrovič R. in Žnidarec Demšar, S. (2004). *Asertivnost. Zakaj jo potrebujemo in kako jo pridobimo*. Nazarje: Argos.
  8. Grdina, R. (2011). *Asertivnost v praksi- sinteza odločnosti in ljubezni*. Šolski razgledi
  9. Iršič, M. (2011). *Optimalna asertivnost*. Spletni vir
  10. Kilkus, S. (2008). *Assertiveness among professional nurses*. *J Adv Nurs*. 2008;18(8):1324–30.
  11. Lee, S., Crockett, M. S. (1994). *Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan, Republic of China*. *Issues Ment Health Nurs*.;15(4):419–32.
  12. Ličen, S. in Plazar, N. (2013). *Razlike v asertivnem vedenju med študentkami zdravstvene nege in študentkami drugih fakultet : primerjalna študija*. *Obzornik zdravstvene nege = Slovenian nursing review- Letn. 47, št. 2*.
  13. McCartan, P.J. in Hargie, O. (2004). *Assertiveness and caring: are they compatible?* *J Clin Nurs*. ;13(6):707–13.
  14. Miljkovič D. in Rijavec, M. (2009). *Razgovori sa zrcalom*. Zagreb: Psihologija samopouzdanja.
  15. Rungapadiachy, Dev. M. (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu. Teorija in praksa*. Ljubljana: Educy
  16. Tacol, A. (2011). *Postavimo se zase- 9. Korak do boljše samopodobe*. Spletna svetovalnica: *To sem jaz*
  17. Tovilović, S. (2005). *Asertivni terning: efekti tretmana, održivost promena I udeo terapeuta u terapijskom ishodu*. *Psihologija Vol. 38 (1)*
  18. Timmins, F. in McCabe, C. (2005). *Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace*. *J Adv Nurs*. 51(1):38–45.
  19. Suzuki, E., Kanoya, Y., Katsuki, T. in Sato, C. (2006) *Assertiveness affecting burnout of novice nurses at university hospitals*. *Jpn J Nurs Sci*. 3 (2)
  20. Ščuka, V. (2006). *Asertivnost v komunikaciji*. *Gradivo na 3. strokovnem srečanju socialnih delavcev domov za stare slovenije*. *Skupnost socialnih zavodov slovenija*
  21. [www.asertiven.si](http://www.asertiven.si)







### **III. SKLOP**

**PONAVLJAMO**







# OTROKOVE PRAVICE V BOLNIŠNICI

*Andreja Doberšek, dipl.m.s. s spec.znanji  
Splošna bolnišnica Celje – otroški oddelek*

## POVZETEK

Otrokove pravice so tudi človekove pravice, zrelosti in starosti primerne. Uresničevanje in spoštovanje pravic otrok in mladostnikov posebej v času bolezni in hospitalizacije ni le obveza zaradi zakonov in predpisov, temveč zavest vsakega zdravstvenega delavca in sodelavca. Le ti morajo delati vedno v korist otroka in mladostnika ne glede na okoliščine v katerih se nahajajo.

Otroci niso pomanjšani odrasli, zato jih je potrebno upoštevati in sprejemati kot subjekt. Bolni otroci in mladostniki si v bolnišnici zaslužijo varnost, skrb in zdravstveno obravnavo ne glede na to na katerem oddelku so obravnavani. Pravice so enako pomembne za vse otroke.

Zdravstveni delavci in sodelavci v slovenskih bolnišnicah se zavedajo, da le z dobrim teoretičnim znanjem in praktičnimi izkušnjami lahko uresničijo in spoštujejo pravice hospitaliziranih otrok in mladostnikov, ter njihovih staršev.

## KLJUČNE BESEDE:

otrok, mladostnik, konvencija, spoštovanje, pravice otrok in mladostnikov, medicinska sestra.

## UVOD

V današnji družbi se o človekovih/ otrokovih pravicah veliko govori, le te pa so primerne posameznikovi starosti in zrelosti saj izhajajo iz spoštovanja posameznika v družbenem okolju kot tudi z vidika njegovega osebnega življenja. Vsak človek ima pravico izbrati svoj stil življenja, ki mu najbolj ustreza, ima pravico vzgajati svoje otroke kot se mu to zdi primerno in se ima pravico družiti z ljudmi po lastni presoji. Svoboda posameznika je možna samo ob upoštevanju drugih načel, kot so delati dobro, biti pošten in pravičen.

Otroci so še posebej občutljiva populacija, ki potrebuje posebno varstvo. Starši so prvi, ki skrbijo za varstvo in pravice svojih otrok, saj otrok zaradi svoje duševne nerazvitosti ni sposoben za samostojno življenje. Starši so tisti, ki oblikujejo otrokovo osebnost in delujejo za otroka zlasti v pravnem življenju. Zdravje otroka je prav gotovo največja sreča in največja vrednota za vsakega starša, čeprav se tega



mnogi ne zavedajo. Skrb za otroka in njegovo družino je bistvenega pomena v času otrokove bolezni, še zlasti v času hospitalizacije.

Uveljavitev temeljnih človekovih pravic pomeni bistveno novo kvaliteto v zgodovini pravnega mišljenja in prakse. Osrednjega pomena za varstvo človekovih pravic je zavedanje ljudi in njihovo razumevanje, katere pravice imajo, kakšna je njihova vsebina in kako jih lahko uveljavljajo. K temu pa pripomoreta le kakovostna vzgoja in izobraževanje za človekove pravice.

Zdravstveni delavci in sodelavci v slovenskih bolnišnicah spoštujejo in uresničujejo pravice hospitaliziranih otrok, podobno kot v državah v Evropi in v svetu.

## ZGODOVINA

Že v petdesetih letih so psihologi in pediatri raziskovali vpliv hospitalizacije na otrokovo / mladostnikovo počutje. Ugotovili so da je bivanje in zdravljenje v bolnišnici zelo slabo vplivalo na otrokov / mladostnikov čustveni in psihični razvoj. Takrat je bilo normalno, da so bili otroci v času hospitalizacije ločeni od staršev in družine. Temu so sledile čustvene motnje z dolgoročnimi posledicami.

Potreba po posebni skrbi otroka je določena že v **Ženevski deklaraciji** o otrokovih pravicah iz leta 1924 in v **Deklaraciji o otrokovih pravicah**. Sprejeta je bila s strani Generalne skupščine 20.11.1959.

Leta 1988 je bila v Leidnu na Nizozemskem prva evropska konferenca dvanajstih združenj za pravice otrok v bolnišnicah. Pripravljena je bila listina imenovana **Magna charta**, ki v desetih točkah opisuje pravice otrok v bolnišnicah. To listino je za svoj cilj prevzelo Evropsko združenje za otroke v bolnišnici ( EACH ), ki je bilo ustanovljeno leta 1993 in si prizadeva za uresničevanje pravic, izboljšanje razmer v otroških bolnišnicah, ter zagotavlja boljše obveščanje staršev bolnih otrok o otrokovih pravicah.

Leta 1989 je bila sprejeta **Konvencija o otrokovih pravicah** ( KOP ), katero je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov. Govori o pomenu mednarodnega sodelovanja za izboljšanje življenjskih pogojev otrok v vseh državah, še posebej v državah v razvoju. Zavzema se za spoštovanje in uresničevanje otrokovih pravic po vsem svetu. Države podpisnice morajo zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za tako zdravstveno varstvo. Temeljna značilnost tega dokumenta je v tem, da izhaja iz stališča, da je otrok subjekt pravic katere mu lahko omejijo samo zaradi posebnih, izrecno navedenih razlogov, ki pa so odvisni od stopnje otrokovega razvoja in zrelosti.



**Ustava Republike Slovenije ( URS),** ( Ur.I.RS 33/1991) določa, da uživajo otroci posebno varstvo in skrb ter da uživajo človekove pravice in temeljne svoboščine v skladu s svojo starostjo in zrelostjo ( URS, 56.člen).

Namen **Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP)**, ki je v veljavi od leta 2009, je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ali drugimi zdravstvenimi delavci oz. sodelavcem.

Sprejete listine KOP, URS, Listina EACH, ZPacP in drugi predpisi in pravilniki zagotavljajo otrokom, mladostnikom in njihovim staršem med drugim pravice v zvezi z zdravstvom, zdravljenjem in hospitalizacijo. Države pa so dolžne izvajati vse sprejete zakonodaje, upravne in druge ukrepe za uresničitev priznanih otrokovih pravic. Vse te dokumente in listine morajo poznati tudi vsi zdravstveni delavci in sodelavci. Le ti morajo obravnavati otroke in mladostnike ter starše kot enakovredne partnerje v procesu zdravljenja in zdravstvene oskrbe.

## **OTROK IN HOSPITALIZACIJA**

Hospitalizacija otroku in njihovim staršem/ skrbnikom predstavlja veliko obremenitev in pogosto žalost. V današnjem času se otroka in mladostnika hospitalizira le v primerih, ko je to le nujno potrebno zaradi bolezni in zdravljenja. Hospitalizacijo odredi zdravnik. Zdravstveni delavci, posebej medicinske sestre smo poklicani, da s svojim pristopom in delom z bolnim otrokom ter prizadetih staršev zagotovimo prijazno in humano hospitalizacijo. Za doseganje humane hospitalizacije potrebujemo predvsem znanje iz psihofizičnega razvoja otroka in mladostnika ter poznavanje in doživljanje otroka v času bolezni. Govorimo o prijazni in odprti bolnišnici, tako za otroka, kot njegovega starša oz. skrbnika.

## **HUMANIZACIJA HOSPITALIZACIJE IN ODPRTOST BOLNIŠNIC**

Ko živimo mirno in zdravo življenje, se niti ne zavedamo kaj imamo. Kaj hitro pa se takšno stanje lahko v trenutku poruši, ko zbolimo sami oz. kdo drug od svojcev – otrok. Hospitalizacija otroka je zelo neprijetna in težka, tako za otroka, kot za celo družino. Kakšno desetletje nazaj starši oz. skrbniki niso imeli možnosti da ostajajo ob bolnih otrocih čez noč ob njihovih posteljih. Danes je enemu od staršev bolnega otroka ob njegovi postelji omogočeno spremstvo do dopolnjenega šestega leta starosti tudi brezplačno čez noč.

Prvi, ki se je zavzemal za humanizacijo hospitalizacije je bil zdravnik Marij Avčin, kateri je odprl vrata otroške bolnišnice v Ljubljani.



Pod pojmom humanizacija hospitalizacije razumemo:

- **Odprto bolnišnico**, ki omogoča sožitje malega bolnika s starši v času bivanja v bolnišnici, (Jasno moramo napisati in povedati, da je vsak hospitaliziran otrok do dopolnjenega šestega leta starosti, upravičen do stalne prisotnosti enega od staršev in obiskov do obiskov ostalih sorodnikov seveda primerno njegovemu zdravstvenemu stanju ( Bratanič,2004, str.8)).
- **Racionalno diagnostiko, terapijo in zdravstveno nego** (zagotovljena sodobna oprema za zdravljenje),
- **Pravilno indikacijo za napotitev otroka v bolnišnično zdravljenje**,
- **Kratko ležalo dobo** (organizirano zdravljenje),
- **Pediatrični režim na otroškem bolnišničnem oddelku**,
- **Zdravstveno vzgojno delo s starši oz. skrbniki** (vključevanje v samo zdravljenje ).

**Vse naštetu se v zadnjih letih v Sloveniji upošteva in uresničuje. Pravimo, da zdravstveni in socialni zavodi postajajo »odprtiki«.**

Kaj to pomeni;

- da lahko starši časovno neomejeno hodijo na obiske
- na obiske lahko prihajajo tudi drugi člani družine.

In kaj je še zelo pomembno;

- da imajo sodobne bolnišnice dovolj velike bolniške sobe,
- dovolj prostorov za učenje postopkov zdravstvene nege in zdravljenja.

S prisotnostjo staršev se je povečal občutek dodatne kontrole nad delom in zdravljenjem. Primerna pa je prisotnost staršev tudi zaradi uspešnega izvajanja zdravstvene vzgoje otrok in tudi njihovih staršev ( Peterka-Novak,2004,str.11).

## MAGNA CHARTA

V Celjski bolnišnici si prizadevamo za strokovno, kakovostno in učinkovito individualno zdravstveno obravnavo. Vsakdo si zasluži, da ga obravnavamo spoštljivo, skrbno in varno ne glede na spol, raso, versko pripadnost, ekonomski in družbeni položaj, izobrazbo, narodnost, spolno usmeritev ali način plačevanja naših storitev. Magna charta – otrokovih pravic je bila sprejeta v SB Celje leta 1994.

Listino je potrebno razumeti v naslednjem kontekstu:

- vse pravice morajo biti v korist otrok in spodbujati njihovo blaginjo,
- pravice se nanašajo na bolne otroke, ne glede na njihovo bolezen, spol raso...
- je skladna z ustreznimi zavezujočimi pravicami, določenimi v KOP in se nanaša na otroke od 0 do 18 let,
- razlage so bile pripravljene kot pomoč za izvajanje Listine EACH.



## PRAVICE OTROK

### 1. SPREJEM OTROKA V BOLNIŠNICO

- **otroci so sprejeti v bolnišnico samo takrat , če oskrbe, ki jo potrebujejo, ni mogoče enakovredno zagotoviti doma ali v ambulanti.**

(otroka se **obravnavata individualno** glede na njegovo zdravstveno stanje,...)

### 2. OTROCI V BOLNIŠNICI IMAJO PRAVICO,

- **da so njihovi starši oz. skrbniki ves čas ob njih,**

(pravica otrok je da imajo ob sebi ves čas enega od staršev / skrbnikov,...)

### 3. SOBIVANJE STARŠEV V BOLNIŠNICI

- **vsem staršem se zagotovi namestitev, pomoč in spodbuda,naj ostanejo;**

(spodbujanje staršev pri odločitvah,da ostanejo z otroki v bolnišnici, pri čemer pa upošteva njihove domače okoliščine),

- **starši nimajo dodatnih stroškov ali nižjega dohodka ; starše je treba poučiti o urniku dela na oddelku in spodbuditi njihovo dejavno udeležbo.**

( Starši nimajo nikakršnih stroškov za prenočitev in prehrano ob sobivanju z otrokom,...)

### 4. OBVEŠČANJE (DODATNA POJASNILA)

- **otroci in starši imajo pravico do informiranosti na način, ki ustreza njihovi starosti in razumevanju;**

(potrebno je upoštevati starost in raven razumevanja, ter otrokovo razvojno stopnjo – topla beseda tolažbe, avdiovizualna sredstva, pisno gradivo....)

- **zagotovijo se koraki za ublažitev telesnega in čustvenega pritiska.**

### 5. SOUDELEŽBA PRI ODLOČITVAH

- **otroci in starši imajo pravico do informacij, da lahko obveščeni sodelujejo pri vseh odločitvah,povezanih z njihovim zdravstvenim varstvom;**

(zagotoviti ustrezne informacije o trenutnem zdravstvenem stanju otroka, predlaganih oblikah, tveganjih in prednostih zdravljenja in njenih ciljih in ukrepih,..)

- **vsak otrok je zavarovan pred nepotrebnimi zdravstvenimi posegi in preiskavami.**

(nepotreben je vsak zdravstveni poseg ali preiskava , ki otroku nič ne koristi)

### 6. OSKRBA SKUPAJ Z VRSTNIKI

- **otrokom se zagotovi oskrba skupaj z drugimi otroki, ki imajo enake razvojne potrebe**



(organiziramo skupni počitek, igro – zabavo, upoštevamo potrebe adolescentov, izogibamo se razlikovanju otrok)

- **in se ne sprejmejo na oddelke za odrasle**  
(potrebno je zagotoviti ločene zmogljivosti za obravnavo otrok in odraslih bolnih),
- **za obiskovalce otrok v bolnišnici ni starostnih omejitev**  
(ure obiskov se ne smejo omejevati na podlagi starosti obiskovalca, temveč glede na stanje bolnega otroka in zdravje obiskovalca).

## 7. IGRA, REKREACIJA, ŠOLANJE

- **otroci imajo možnost za igro, rekreacijo in izobraževanje v skladu s svojo starostjo in stanjem, njihovo okolje je zasnovano in opremljeno tako, da zadovoljuje njihove potrebe, ki jih zadovoljuje tudi osebje**  
(zagotoviti ustrezno osebje na oddelku ki bo zagotovilo otroku ustrezno igro, rekreacijo in izobraževanje – VZGOJITELJ in UČITELJ).

## 8. USTREZNO OSEBJE

- **za otroke skrbi ustrezno osebje, ki je ustrezno usposobljeno, da se odziva na telesne, čustvene in razvojne potrebe otrok in družin**  
(osebje s pediatrično izobrazbo, znanjem in izkušnjami, dajanje podpore staršem tudi ob najtežjih trenutkih – smrti otroka,...).

## 9. NEPREKINJENA OSKRBA

- **tim, ki skrbi za otroke, zagotovi nepretrgano oskrbo.**  
(nepretrgano delo ki poteka v bolnišnici se mora nadaljevati tudi v domači ambulanti, kot tudi v domači oskrbi).

## 10. OBRAVNAVANJE OTROK

- **otroci se obravnavajo obzirno in razumevajoče. Vedno se upošteva njihova zasebnost**  
(priznamo jim pravico da so otroci, upoštevamo njihovo dostojanstvo, mnenja, potrebe, individualnost in razvojno stopnjo,... ustvarimo prijateljsko in zaupno vzdušje in upoštevamo versko prepričanje in kulturno ozadje otroka in družine).

## ZAKLJUČEK

Pot do popolnega spoštovanja otrokovih pravic v bolnišnici je bila tudi v Sloveniji dolga. Zapisane pravice niso dovolj, iz njih je potrebno speljati dejanja, postopoma jih je potrebno uresničevati in vsak dan v praksi izboljševati. 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 EACH- Magna charta natančno določa pravice otrok, ki se zdravijo v bolnišnicah in jih moramo zdravstveni delavci v največji možni meri upoštevati ter zagotavljati.

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.

## VIRI IN LITERATURA

1. Balažic, J. et al. *Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem*. Ljubljana: GV Založba, 2009
2. Batellino, T. *Sodelovanje staršev pri zdravljenju otrok, mladostnic in mladostnikov*. V: Marolt-Meden, B, Stvarnik, M.( ur.). *Bivanje otrok in mladostnikov v bolnišnicah*. Ljubljana: Ustanova za novo pediatrično kliniko, 2004:7.
3. Hoyer, S. *Zdravstvena nega otroka*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1994
4. Hoyer, S. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v LJUBLJANI, Visoka šola za zdravstvo, 2005.
5. Korošec, D. e tal. *Pacientove pravice*. V: Korošec, D.( ur.). *Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem*. Ljubljana: GV Založba, 2009: 25-60.
6. Novak, B, Korošec, D. *Pacientove pravice*. V: Korošec, D.(ur).*Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem*.(66-260) Ljubljana: GV Založba, 2009:66-260.
7. Pajnkihar, M. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999.





















# **ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE**

**ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH  
TEHNIKOV SLOVENIJE**



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

Pediatrična klinika Ljubljana, 30. maj 2014

Predsednica sekcije medicinskih sester  
in zdravstvenih tehnikov v Pediatriji  
Majda Oštir