

# Psihološka priprema djeteta za operacijski zahvat

---

**Nejašmić, Helena**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Split / Sveučilište u Splitu**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:669437>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-31**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVA

**Helena Nejašmić**

**PSIHOLOŠKA PRIPREMA DJETETA ZA OPERATIVNI  
ZAHVAT**

**Završni rad**

Split, 2021.

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVA

**Helena Nejašmić**

**PSIHOLOŠKA PRIPREMA DJETETA ZA OPERATIVNI  
ZAHVAT  
PSYCHOLOGICAL PREPARATION OF THE CHILD FOR  
SURGERY**

**Završni rad/Bachelor's Thesis**

**izv. prof. dr. Slavica Kozina, prof. psi.**

Split, 2021.

## TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu  
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
Sestrinstvo

**Znanstveno područje:** Biomedicina i zdravstvo  
**Znanstveno polje:** Kliničke medicinske znanosti

**Mentor:** izv. prof. dr. Slavica Kozina, prof. psi.

### PSIHOLOŠKA PRIPREMA DJETETA ZA OPERATIVNI ZAHVAT

Helena Nejašmić, 41421

**Sažetak:** Svako dijete je individualno i može reagirati na drugačije načine, pogotovo kada se pronade u nepoznatoj okolini kao što su odjeli za dječju kirurgiju. Dijete razvija anksioznost, strah, te ostale poremećaje. Cilj predoperativne pripreme je smanjiti razinu anksioznosti, spriječiti negativna ponašanja i emocije, uključiti obitelj i dijete poticati da izrazi svoje osjećaje kroz razne programe.

**Ključne riječi:** dijete, anksioznost, predoperativna priprema

**Rad sadrži:** 36 stranica, 1 sliku, 21 literaturne reference

**Jezik izvornika:** hrvatski

## **BASIC DOCUMENTATION CARD**

**BACHELOR THESIS**

**University of Split**  
**University Department for Health Studies**  
**Nursing**

**Scientific area:** Biomedicine and health  
**Scientific field:** Clinical medical sciences

**Supervisor:** Assoc. Prof. Slavica Kozina, PhD

### **PSYCHOLOGICAL PREPARATION OF THE CHILD FOR SURGERY**

Helena Nejašmić, 41421

**Summary:** Each child is individual and may react differently, especially when found in an unfamiliar environment such as pediatric surgery departments. The child develops anxiety, fear, and other disorders. The goal of preoperative preparation is to reduce the level of anxiety, prevent negative behaviors and emotions, involve the family and encourage the child to express their feelings through various programs.

**Keywords:** child, anxiety, preoperative preparation

**Thesis contains:** 36 pages, 1 figure, 21 references

**Original in:** Croatian

# SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY.....	II
SADRŽAJ.....	III
1. UVOD.....	1
1.1. KOGNITIVNI RAZVOJ DJETETA .....	1
1.1.1. Razdoblje protesta.....	2
1.1.2. Razdoblje očaja .....	2
1.1.3. Razdoblje prividne prilagodbe.....	3
1.2. „ATTACHMENT THEORY“ .....	3
1.3. PREDOPERATIVNA ANKSIOZNOST – REZULTATI ISTRAŽIVANJA .....	6
2. CILJ.....	7
3. RASPRAVA.....	8
3.1. PREDOPERATIVNA PRIPREMA .....	8
3.2. KOMUNIKACIJA S DJECOM U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA .....	8
3.2.1. Informacije vezane za operativni zahvat .....	10
3.3. PREDOPERATIVNI PRISTUP DJETETU .....	11
3.3.1. Anksioznost djeteta .....	12
3.3.2. Psihološke reakcije djece različite dobi na operativni zahvat.....	15
3.4. PREDOPERATIVNI PRISTUP U KOMUNIKACIJI S RODITELJIMA.....	18

3.5.	„PLAY“ INTERVENCIJE I OSTALI PROGRAMI ZA SMANJENJE ANKSIOZNOSTI U PREDOPERATIVNOM RAZDOBLJU KOD DJECE .....	19
3.5.1.	„Play“ intervencije ili terapijska igra.....	21
3.5.2.	„Crveni nosovi“ ili intervencije s klaunom .....	23
3.6.	ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREDOPERATIVNOJ PSIHOLOŠKOJ PRIPREMI DJETETA .....	24
3.6.1.	Sestrinske dijagnoze .....	25
4.	ZAKLJUČAK.....	26
5.	LITERATURA .....	27
6.	ŽIVOTOPIS.....	29

# 1. UVOD

Svaki pojedinac psihički reagira drugačije na hospitalizaciju, a te reakcije mogu biti uzrokovane razlikama poput spola, dobi, osobinama ličnosti, vrsti i težini bolesti, neizvjesnom ishodu operativnog zahvata ili bolesti, neugodnim simptomima, ponašanju zdravstvenog osoblja prema pacijentu i slično (1).

Zato kažemo da su djeca najosjetljivija skupina, pogotovo djeca koja se odvajaju od majke u dobi od šest mjeseci do četiri godine života. Također, dokazano je da muška djeca su osjetljivija te da će oni prolaziti kroz više psihičkih teškoća nego li djevojčice. Dužina hospitalizacije također igra bitnu ulogu (1,2).

## 1.1. KOGNITIVNI RAZVOJ DJETETA

Dijete je još uvijek u procesu rasta i razvoja, kako fizički tako i psihički. Oni percipiraju stvari drugačije od odraslih, pa tako imaju drugačija razmišljanja i o operativnim zahvatima.

Kako bismo razumjeli način na koji djeca vide hospitalizaciju i operativne postupke, trebamo znati osnove djetetova kognitivnog razvoja misli. Poznati teoretičar, Jean Piaget objašnjava kako djeca, dok rastu i razvijaju se, razmišljaju. Piagetova kognitivna teorija obuhvaća tri komponente, a to su:

1. Sheme
2. Procesi prilagodbe (prijelaz iz jedne u drugu fazu)
3. Faze kognitivnog razvoja koje se sastoje od:
  - a. senzomotoričkog (od rođenja do 2. godine života)
  - b. predoperativnog (od 2. do 7. godine života)
  - c. konkretnog operativnog (od 7. do 11. godine života)
  - d. formalno operativnog (od 12. godine života) (3).



Brojne studije pokazale su da hospitalizacije, posebno oni koji uključuju operaciju imaju i kratkoročne i dugoročne psihološke učinke i posljedice u ponašanju za djecu (1,3). Konkretno, dokazano je da su anestezija i kirurški zahvati povezani s novonastalim promjenama u ponašanju djece, uključujući povećanje tjeskobe, noćnih mora, problema s odlaskom na spavanje i poremećajima prehrane. (1,2). Nadalje, ako poremećaji spavanja i separacijska anksioznost traju od šest do dvanaest mjeseci nakon operacije, oni mogu utjecati na dječje reakcije na naknadnu medicinsku njegu i mogu ometati normalan razvoj, socijalizaciju i prilagodbu u školi (2).

Tijekom hospitalizacije, uočeno je da djeca iskazuju određena ponašanja i psihološke teškoće zajedno s reakcijama na boravak u bolnici. Prema John Bowlby-u i James Robertson-u, djeca prolaze kroz tri razdoblja prilagodbe (1,4).

Ta razdoblja su:

1. Razdoblje protesta
2. Razdoblje očaja
3. Razdoblje prividne prilagodbe (1,4).

#### **1.1.1. Razdoblje protesta**

Razdoblje protesta je karakteristično za djecu koja su tek primljena u bolnicu. Taj period obično traje nekoliko dana. Dijete odbija svoju novu sredinu reakcijama poput plača, vrištanja, bacanja po krevetu, neposluha, konstantno u potrazi za majkom ili drugim članom obitelji kako iz nove sredine otišao kući. Uočeno je da djeca koja se nalaze u ovoj fazi su prekomjerno aktivna i ne razume što se događa oko njih, zbunjeni su i uplašeni. (1,4).

#### **1.1.2. Razdoblje očaja**

Razdoblje očaja je period u kojem dijete biva sve smirenije, motorički i psihički. Dijete se povlači, postaje apatično. Bowlby i Robertson su utvrdili da djeca manje plaču, njihov vapaj je jednoličan i isprekidan (1,4).

Zdravstveni djelatnici često smatraju ova ponašanja kao ponašanja prilagodbe na hospitalizaciju i da roditelji ne bi trebali dolaziti u posjete kako se ne bi opet dijete uzrujalo. To je razmišljanje pogriješno, već bi se djetetu trebao omogućiti susret s obitelji i pružiti prilika da „izbace“ svoje negativne emocije koje jedino mogu pokazati roditeljima (4).

### **1.1.3. Razdoblje prividne prilagodbe**

U ovom razdoblju, djeca pokazuju veći interes za okolinom i čine se sretnija. Prilagođavaju se bolničkim uvjetima. Dijete usmjerava sada svoju pažnju na druge stvari kako bi zanemarilo negativne emocije koje doživljava. Isto tako, Robertson kaže da bi dijete ignoriralo svoju majku pri dolasku i jedva bi plakalo pri njenom odlasku. Kada bi se ovo stanje nastavilo, djeca bi se povukla u sebe i pokazivalo bi znakove velike psihološke traume (1,4). Dugotrajna odvojenost ostavlja duboke tragove u sjećanju djeteta. Djeca u dobi od 6 mjeseci do 5 godina imaju veću incidenciju regresije nego ijedna druga skupna (5).

## **1.2. „ATTACHMENT THEORY“**

„Attachment theory“ ili teorija privrženosti nastala je zajedničkim radom Johna Bowlby-a i Mary Salter Ainsworth. Povijesno, možemo reći da je nastala 1930-ih, s Bowlby-im interesom kako bi povezo majčinski gubitak ili deprivaciju te kasnije razvoj osobnosti. Suradnja dvoje istraživača započela je 1950-ih, nakon što je napravljen plan teorije privrženosti, oslanjajući se na etologiju, teoriju upravljanja i psiholanalitičkog mišljenja (6).

John Bowlby je primijetio poteškoće u razvoju djece koja su bila razdvojena od majki i smještena u njima nepoznatu okolinu tijekom prvih pet godina njihova života, najčešće zbog toga što je u to vrijeme bio Drugi svjetski rat (7,8). Upravo je on uveo prvi pojam privrženosti, naglasio je značaj povezanosti majke odnosno skrbnika i djeteta (7).

Mary Ainsworth najpoznatija je prema svojim istraživanjima o odnosima male djece i njihovih skrbnika, te je razvila metode kojima se procjenjuje kvaliteta povezanosti skrbnika i djeteta odnosno osjetljiv skrbnik koji prikladno odgovara na djetetove potrebe razvija s djetetom odnos sigurne privrženosti (8). „Suvremeni znanstvenici definiraju privrženost kao trajnu i snažnu emocionalnu povezanost opisanu u terminima traženja i održavanja bliskosti sa specifičnom osobom, posebno u stresnim okolnostima (7).“

“Proces započinje nedugo nakon rođenja, može biti uspostavljena s više osoba i u isto vrijeme, ali isto tako, može biti kvalitativno različita (7).“ Tri su opća stadija razvoja privrženosti, a to su:

1. Nediskriminativne socijalne reakcije: faza koja traje od rođenja, pa do drugog mjeseca života. Dijete u ovoj fazi nije usmjereno samo na majku već ima pozitivne reakcije prema svima (7,8). Primjećujemo da se dijete osmjehuje svima, gleda ih u oči, plače i fizički kontakt ostvaruje hvatanjem. Kada mu se tiho govori i primi u naručje, smiri se, ali nije bitno koja osoba ga umiruje ili tješi (8). Istraživanja su pokazala da rani kontakt ipak nije nužan pri ostvarivanju veze jer majke koje su odvojene od djece u prvim danima života zbog određenih razlog npr. bolesti, razvile su poslije snažan odnos sa svojom djecom (7).
2. Diskriminativne socijalne reakcije: faza je koja traje od drugog do sedmog mjeseca života, a okarakterizirana je povećanim interesom za skrbnika, ali i za druge osobe koje također pružaju pažnju. Dolazi do razvoja interakcijskih obrazaca između skrbnika i djeteta koji su za njih jedinstveni, zato se još i naziva faza nastajanja privrženosti (7,8). Dijete razvija takozvani „unutarnji radni model“ odnosno predodžbu skrbnika (8). Također, tijekom ovog razdoblja, dijete počinje razvijati doživljaj „sebe“ u odnosu na okolinu i ljude oko sebe samoga, ta da svojim postupcima djeluju na navedeno (7).
3. Usmjerenost privrženost: faza je koja traje od osmog mjeseca do druge godine života, gdje se pojavljuju ponašanja privrženosti koja su povezana s fizičkim i emocionalnim razvojem (7). S obzirom da je uspostavljena snažna veza između

skrbnika i djeteta, dođe li ono u njemu nelagodnu situaciju, prosvjedovat će ili pokazati strah, te će tražiti podršku i zaštitu (8).

Odnos između djeteta i skrbnika se u trećoj i četvrtoj godini se mijenja i dobiva kvalitetu partnerstva. Namjere i planove skrbnika dijete počinje razumjeti i utječe na njih odgovaranjem, zato kažemo da počinju u ovom razdoblju pregovori o uvjetima povezanosti, verbalno komuniciranje o istom te dogovorom se mogu postići ciljevi (7,8). U ovoj dobi, potiče se skrbnika da ostane s djetetom, kako bi se smanjila separacijska trauma, anksioznost te prevenirala određena negativna ponašanja koja bi utjecala na samu hospitalizaciju, ali i na postoperativni period.

Ispitivanje u nepoznatoj situaciji je jedna od najšire korištenih metoda za istraživanje privrženosti, a Mary Ainsworth je prva opisala 1969. godine. Utvrdila je da postoje tri obrasca reakcija kojima se može opisati način na koji reagira većina djece tijekom ispitivanja u nepoznatoj situaciji, a to su:

1. Anksiozno – izbjegavajuća privrženost (uznemireno dijete kada se odvoji od majke, a pri povratku je izbjegava; to dijete će se povući, neće imati povjerenja u druge i oslonit će se samo na sebe jer će imati osjećaj da nije vrijedno ničije pažnje ni ljubavi).
2. Sigurna privrženost (odvajanje od majke izaziva nezadovoljstvo, ali pri povratku dijete iskazuje sreću i veselje; odaje sliku djeteta koje se smatra dostojnim ljubavi i pažnje, te zna da se na majku može osloniti).
3. Anksiozno – opiruća privrženost (uznemireno je kada se nalazi u nepoznatoj situaciji, a posebno kada se odvoji od majke, a kada se majka vrati, pokazuje olakšanje uz ljutnju zbog odvajanja; majka će selektivno odgovoriti na potrebe djeteta, dok će ono razviti ponašanje koje se prepisuje kao pojačana kontrola kroz pojačanu bespomoćnost) (7).

Navedene obrasce reakcija možemo uočiti kod hospitalizirane djece i danas, jer ipak radi se o njima nepoznatim situacijama, nisu u „svojoj“ okolini, nisu okruženi s ljudima koje poznaju i kojima vjeruju već s neznancima, u sobi koja nije njihova. Zato je od

iznimne važnosti uključiti roditelja u sudjelovanje tijekom čitave hospitalizacije, izgraditi odnos povjerenja s djetetom.

### **1.3. PREDOPERATIVNA ANKSIOZNOST – REZULTATI ISTRAŽIVANJA**

Studija provedena u Sjedinjenim Američkim Državama imala je za cilj predvidjeti ponašanja i ishode anksioznosti kod djece prije operacije. Ova studija je bila prospektivna i longitudinalna studija, smještena u Sveučilišnoj dječjoj bolnici. Sudjelovalo je 163 djece, u dobi od dvije do deset godina zajedno s roditeljima. Rezultati istraživanja pokazali su da starija djeca i djeca anksioznih roditelja koja se do sada nisu susrela s adekvatnom zdravstvenom skrbi imaju veću razinu anksioznosti u periodu prije operativnog zahvata. Isto tako, djeca koja su imala prethodne hospitalizacije, ali nisu bili tada hospitalizirani niti prošli premedikaciju su bili zabrinutiji kada su se odvajali od roditelja prije nego li su otišli na operativni zahvat (9).

Ukupno 54% djece pokazalo je negativne emocije kroz dva tjedna praćenja, 20% njih pokazivalo ih je narednih šest mjeseci, do 7,3% narednih godinu dana. Noćne more, anksioznost, separacijska anksioznost, poremećaji prehrane i povećan strah od zdravstvenog osoblja, poglavito liječnika najčešće su emocije koje su djeca doživljavala kroz dvotjedno praćenje (9).

Zaključeno je da čimbenici poput anksioznosti majke, temperamenta djeteta, dobi djeteta i prethodnih zdravstvenih iskustava utječu na ponašanje djeteta prije operativnog zahvata (9).

## **2. CILJ**

Cilj ovog završnog rada je prikaz psihološke pripreme djeteta za operativni zahvat, zbog čega je psihološka priprema bitna te koje su njezine prednosti i opisati ulogu medicinske sestre u procesu pripreme djeteta.

## **3. RASPRAVA**

### **3.1. PREDOPERATIVNA PRIPREMA**

„Predoperativna priprema definira se kao postupak kojim se osigurava kvaliteta kirurškog zahvata i primjena anestezije, te smanjuje rizik koji je povezan s postupcima koji se provode, smanjuje se rizik u otkazivanju termina i mijenjanja operacijske liste (10).“

Procjenom medicinskog statusa bolesnika, okolnosti i informiranosti djeteta i njihovog roditelja postizemo najveći uspjeh. Na kraju, dijete mora biti medicinski sposobno za operativni zahvat i potpuno informirano. Kvaliteta planiranog operativnog zahvata upravo se osigurava predoperativnom pripremom (10).

Imamo tri cilja za ostvarivanje:

1. procjena predoperativnog rizika (detaljno znanje o djetetovoj temeljnoj sposobnosti)
2. smanjivanje predoperativnog rizika razvojem plana zdravstvene njege
3. edukacija djeteta i obitelji kako bi umanjili osjećaj anksioznosti (10).

### **3.2. KOMUNIKACIJA S DJECOM U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA**

Komunikacija u zdravstvu je ključna, ali vrlo često i zanemarena komponenta. Možemo reći da je komunikacija jedan od najčešćih „postupaka“ u medicini. Razlikuje se od svakodnevne komunikacije jer vrlo često se zadire u intimu osobe, priča se o privatnim stvarima koje možda nitko niti ne zna. Takva komunikacija nerijetko se dotiče tema poput nadanja, strahova koje dijete možda ima, zbog čega je zabrinuto, kakav je seksualan

obrazac i mentalno zdravlje. Isto tako, dotiče se „neugodnih tema“ poput zlostavljanja, neuspjeha, upotrebe nekakvih sredstava i terminalnih bolesti (11).

Djeca su osjetljiva na stresne situacije, izrazito kod hospitalizacije. Njihovo razmišljanje i procesuiranje informacija drugačije je od razmišljanja odraslih stoga je primjereno reći da se komunikacija treba prilagoditi djetetu. Bitno je da zdravstveni djelatnici koji rade na pedijatrijskim odjelima imaju komunikacijske vještine kojima se koriste u komunikaciji s djecom. Razgovor treba biti s točnim informacijama, primjeren dobi djeteta, minimalno prijeteći te individualiziran. U slučaju uznemirujućih vijesti, vješta komunikacija može omogućiti obitelji da se prilagodi novonastaloj situaciju, a s druge strane, loša komunikacija može potaknuti dugoročni bijes i nezadovoljstvo, izgubiti povjerenje u zdravstveni sustav i dovesti do pravnih posljedica (11, 12).

Eriksonova teorija razvoja ličnosti i Piagetove teorije kognitivnog razvoja najčešće se koriste u pedijatriji. Psihosocijalni sukob i vrsta mišljenja prisutni u svakoj razvojnoj fazi utječu na dječju percepciju zdravstvenih susreta, što posljedično dovodi do dobnih strahova, zabluda i drugih psihosocijalnih problema. Obrada informacija odnosi se na mnoge kognitivne procese poput primanja, asimilacije, tumačenja, pohrane, opoziva i primjene novih informacija specifičnih za nečije okolnosti. Za djecu u raznim zdravstvenim situacijama, nedostatak informacija može doživjeti kao prijeteću situaciju i može prouzročiti nevolju. Ako djeca razumiju što se događa, možda će se uspješnije nositi s uočenim prijetnjama povezanim s bolešću i hospitalizacijom (12).

Zdravstveni djelatnici trebaju odlučiti koliko, koje vrste informacija, kada će ih pružiti djeci i njihovim roditeljima. Roditelji imaju presudnu ulogu jer mogu pomoći zdravstvenom osoblju da lakše komuniciraju s djecom i djeci pomoći shvatiti nove informacije. Na djecu utječe tjeskoba roditelja, zato je važno sudjelovati i s roditeljima kako bi se negativne emocije umanjile što je više moguće (12).

Šest je osnovnih emocija prema Ekmanu i Friesenu, a to su: iznenađenje, strah, gađenje, bijes, sreća i tuga koja se pojavljuju na licu. Pedijatrijski djelatnici mogu se



usmjeravati i koristiti facijalnom ekspresijom djeteta, npr. ako dijete pokazuje strah, mimikom lica i toplim osmijehom možemo ublažiti osjećaj straha (12).

Prilikom svake komunikacije s djecom treba predstaviti, nasmiješiti i pružiti znak dobrodošlice, koristiti uobičajen ton glasa, pažljivo slušati i angažirati se u razgovoru, te pratiti neverbalnu komunikaciju djeteta npr. „Dobivanje šavova može biti zabrinjavajuće za neku djecu“, pokazat će zabrinutost ali i empatiju prema djetetu. Strategije poput davanja igračaka, igranja s djetetom ili nježnog dodira itekako utječu na stvaranje odnosa između novorođenčeta i manje djece. Medicinski žargon treba izbjegavati jer ga djeca ne razume, pokušati uključiti dijete da sudjeluje npr. prilikom uzimanja uzoraka krvi za laboratorij umjesto „ne miči ruku“ reći „sada je vrijeme da ruku držiš mirno“, na taj način ono ima osjećaj da aktivno sudjeluje (11, 12).

U jednoj provedenoj studiji, 51 pedijatrijska klinika snimala je svoje konzultacije te su one bile analizirane. Komunikacija liječnika bila je prvenstveno (84%) instrumentalna (npr. postavljanje pitanja, davanje informacija ili uputa), 13% afektivna (izražavanje zabrinutosti i briga) i 3% socijalna („small talk“). Sudjelovanje djece bilo je malo (4% razgovora u usporedbi sa 61% od strane liječnika); unatoč osviještenosti pedijatara da djeca trebaju imati veću ulogu i biti više uključena u pitanja koja se tiču njihove vlastite zdravstvene zaštite (12).

### **3.2.1. Informacije vezane za operativni zahvat**

Roditelji djece, koja idu na operativni zahvat, često žele znati odgovore na pitanja kao što su „Koliko traje operacija? Gdje će biti rez, i hoće biti vidljiv? Što je sa šavovima? Zašto ima iglu u ruci? Kako će dijete izgledati nakon operacije?“. Na ova pitanja, trebamo dati pravu informaciju (11).

Dijete treba informirati u skladu s njegovim osobinama ličnosti, dobi, razvoju ali i individualnim karakteristikama, kao i kulturi iz koje dolazi (1,9). Detalje operativnog zahvata treba prilagoditi kognitivnom razvoju djeteta, ali i roditelja, i sve informacije moraju biti točne i istinite. Komunikacija mora bi nježna, jednostavna i prilagođena dobi.

Operativni zahvat sam po sebi je invazivan postupak, i dijete može to shvatiti kao neku vrstu kazne (5,12).

Strah od nepoznatog je normalna pojava za svakog čovjeka, tako i za dijete. Pitanja poput „Što znači uspavati me?; Kako ćete me uspavati?; Hoću li se probuditi?; Hoću li umrijeti?; Morat ću biti gol?; Jeste li mi sve rekli?“ i mnoga druga pitanja su normalna pojava s kojima se susreću djelatnici kirurških odjela redovito (5). Zdravstveni djelatnici trebaju biti spremni na ova pitanja, pružiti djetetu odgovor i smiriti ga ukoliko procjeni da dijete pokazuje znakove zabrinutosti.

Roditelji žele detaljnije informacije o zdravstvenom stanju djeteta, pogotovo roditelji kronično bolesne ili terminalne djece. Također, žele informacije o ponašanju, stanju djeteta. Roditelje trebamo gledati kao partnere u dugoročnom procesu oporavka djeteta, dati im što više moguće pravodobnih informacija kako bi svi omogućili zajedničkim snagama brži i bolji oporavak djeteta (11).

Iz ovog možemo zaključiti da je terapijski razgovor ključ za pravilno i uspješno liječenje, gdje dijete i obitelj su pravilno informirani, stječe se povjerenje u zdravstvenu skrb i smanjuje se kirurški morbiditet (11).

### **3.3. PREDOPERATIVNI PRISTUP DJETETU**

Operativni zahvat i anesteziranje djeteta je stres koje dijete proživljava zajedno s obitelji. Anksioznost se u predoperativnom razdoblju može povećati pogrešnim informacijama, krivim predodžbama i predrasudama koje kruže u društvu (5, 9).

Razgovor je razmjena informacija, pa tako i u ovom slučaju. Djetetu želimo prenijeti informacije vezane za operaciju prilagođene njegovoj dobi. Sam proces razmjene informacija uključuje verbalne i neverbalne aspekte komunikacije, gdje neverbalna komunikacija nosi veliki dio, a to podrazumijeva brzinu govora, ton našeg glasa, odabir riječi, pokreti glavom, mimike i geste, ekspresije, kao i držanje tijela. Sve to ima svoju težinu u razgovoru te se da protumačiti (13).

Kada govorimo o djeci, imamo određena pravila u bontonu, a to su:

- razgovarati profesionalno
- ne govoriti djetetu da su njegovi osjećaji, brige ili razmišljanja djetinjasti
- ne smijati se djetetu, ako niste sigurni da dijete želi biti smiješno (Isto tako, ne pokušavajte biti djetetu smiješni i zabavni jer postoje granice zabave i profesionalnosti)
- ne zadirkovati dijete
- preporučuje se da manjoj djeci se pristupa s nižim tonom jer to djeluje umirujuće
- sa djecom starijom od 3 ili 4 godine ne razgovarati o skrbi u terminima koje mogu razumjeti, nikada razgovarati o njihovoj bolesti ili liječenju u njihovoj nazočnosti, i nije poželjno imati stalan kontakt očima jer na njih to djeluje uznemirujuće (13).

### **3.3.1. Anksioznost djeteta**

Preko 4 milijuna djece svake godine se operira u Sjedinjenim Američkim Državama, i procjenjuje se da 50% do 70% djece imaju ili razvijaju strah i anksioznost od operacije. Svake godine otprilike 2,5 do 3,75 milijuna djece pokazuje značajan strah i anksioznost (14). Dječja hospitalizacija sama po sebi je neugodno i teško iskustvo za dijete, kao i za obitelj jer se bolnica smatra kao neka vrsta suđenja, prisile i kazne u očima djeteta (15). Kada se djetetu pruži informacija da ide na operativni zahvat tada ono proživljava svoj prvi anksiozni trenutak. Vrlo je vjerojatno da će shvatiti da se nešto s njim događa, da će se nešto dogoditi što ga uključuje kao pojedinca (5).

Djeca se individualno razlikuju pri izražavanju svojih osjećaja, gdje neka djeca predoperativnu anksioznost izražavaju verbalno, kroz različite oblike ponašanja, od suptilnog do eksplicitnog (16). Ako dijete osjeti zabrinutost roditelja, ono može svoje emocije, strahove i fantazije kriti kako ne bi dodatno opteretilo već zabrinute roditelje, što

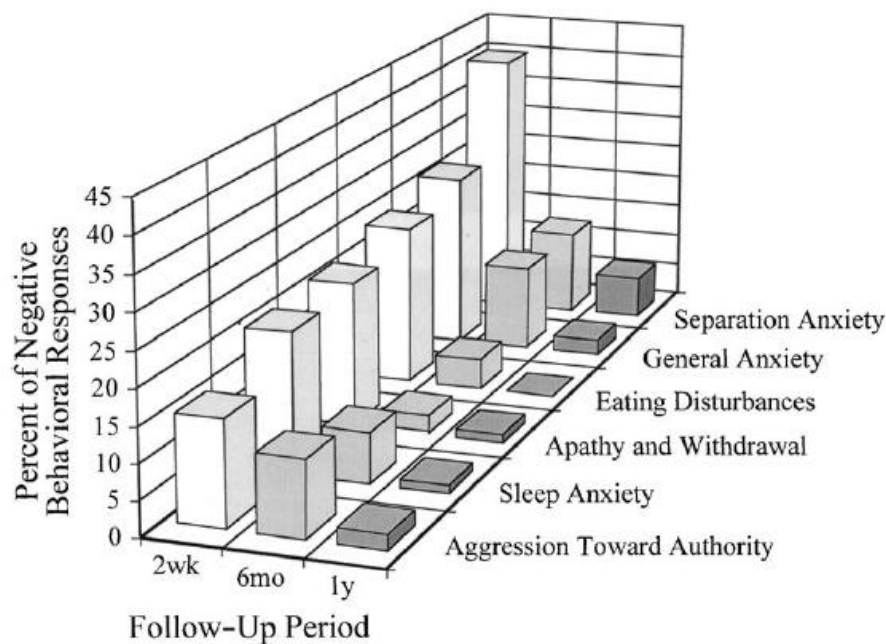
nekada zna biti loše za samo dijete. Djeca u dobi od 2. do 6. godine života imaju pet puta više vjerojatnosti da će razviti predoperativnu anksioznost (5).

Čimbenici koji utječu na razvoj predoperativne anksioznosti su:

- dob odnosno razvojna faza (emocionalna i kognitivna)
- temperament
- prošli susreti s medicinskim osobljem i okruženjem
- razina anksioznosti roditelja
- socijalna prilagodljivost
- stil suočavanja (suočavanje s nevoljama i kriznim situacijama, mehanizam sučeljavanja koji može biti aktivan ili pasivan)
- značaj bolesti ili zdravstvenog stanja (kako ga dijete percipira i tumači)
- nedostatak premedikacije (14,15,16).

Čimbenici koji utječu na razvoj predoperativne anksioznosti povezani s bolešću:

- priroda hospitalizacije: urgentna ili elektivna, duga ili kratka, prva hospitalizacija
- stupanj patnje koja prati zdravstveno stanje (bol, nelagoda, neugodni postupci, fizička ograničenja itd.)
- učestalost, trajanje i stupanj odvajanja djeteta od svoje prirodne okoline (15).



**Slika 1.** Promjene u ponašanju djece kroz određen vremenski period

Izvor: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11892508/>

Na Slici 1. možemo uvidjeti da poslije dva tjedna od operativnog zahvata, većina djece imala je barem jedan od tri negativna psihološka odgovora, a to je najčešće bila separacijska anksioznost, opća anksioznost te poremećaji prehrane (16). Do kraja prve godine, postoperativno, manje od 10% djece imalo je i dalje jedan od tri negativna psihološka odgovora, dok ni jedno dijete nije imalo više od četiri (16).

Važno je prepoznati djecu koja su u visokom riziku za razvoj predoperativne anksioznosti jer visoka anksioznost može dovesti do neželjenih promjena što psiholoških, što fizioloških. Dokazano je da postoperativno 60% djece na ambulantnom liječenju imaju negativna ponašanja 2 tjedna nakon operativnog zahvata. To utječe na buduću medicinsku skrb i njegu, ometa normalan razvoj i promjene u ponašanju poput poremećaja spavanja, poremećajima prehrane, enureze i sl., a isto tako, dokazano je da predoperativna anksioznost korelira s povećanim postoperativnim bolovima te povećanu potrebu za korištenje farmakoloških pripravaka poput analgetika (14, 16). Pored promjena ponašanja,

nekoliko studija je pokazalo da djeca imaju neuroendokrinološke promjene koje su povezane s anksioznosti uključujući kortizol, epinefrin, hormon rasta, kortikotropin, povećana aktivnost NK stanica (16).

Jedna od domena rada medicinske sestre je osigurati venski put, a upravo taj venski put je kod djece izvor anksioznosti jer dijete shvaća da se prekida integritet kože, da je to nešto strano i može to gledati kao vrstu kazne za neka loša ponašanja (5). Medicinska sestra svojim pristupom treba djetetu objasniti što je intravenska kanila, zbog čega se ona postavlja i koje su sve prednosti iv. kanile, ali da ta „edukacija djeteta“ bude što prilagođenija djetetovoj dobi i kognitivnom razvoju.

Najstresnija točka tijekom predoperativnog razdoblja za djecu je primjena anestezije (14). Kada djetetu govorimo da će biti „uspavano“, vidimo mnogo različitih reakcija, a većina zapravo ne razumiju zašto za operaciju trebaju „spavati“ i kako će se to uopće izvesti. Djeca naredbu poput „Idi u krevet!“ gledaju kao prijeteću, moguću kaznu, ili ako se sjete da je nekad njihov ljubimac bio „uspavan“. Djeca opisuju smrt kao spavanje (5). Moramo djetetu otkloniti sve sumnje i strahove, umiriti dijete i objasniti važnost anestezije kao postupka te mu pružiti odgovore na sva pitanja, ali paziti da ne izlazimo iz sestrinskih kompetencija.

Cilj predoperativne pripreme je smanjiti razinu anksioznosti, spriječiti neželjena ponašanja i emocije, smanjiti razinu stresa koje dijete proživljava, uključiti obitelj i dijete potaknuti da igrom tzv. „Play therapy“ iskazuje svoje emocije. Igram dijete stvara mehanizme suočavanja i prilagodbe, kako u predoperativnom razdoblju, tako i u postoperativnom (5).

### **3.3.2. Psihološke reakcije djece različite dobi na operativni zahvat**

Godišnje se samo u Sjedinjenim Američkim Državama operira 4 milijuna djece, a više od polovice razvija strah i anksioznost prije operativnog zahvata (14). Sama hospitalizacija kao i bolnička njega, invazivni postupci, proizvode značajne psihološke promjene i utječu na razmišljanje djeteta.

Govoreći općenito, starija djeca se bolje prilagođavaju bolničkim uvjetima, ali do sada, i dalje ne možemo sa sigurnošću reći kada je dijete spremno psihički za elektivni operativni zahvat. Pažnja je usmjerena na ublažavanje boli kod djece, tako da su u primjeni anestezija, minimalno invazivne metode kao i djeci prilagođeni materijali poput katetera. U posljednjem desetljeću, dolazi do sve veće uloge roditelja kao partnera u psihološkoj pripremi djeteta jer roditelj ima više informacija o stanju djeteta nego što je to u prošlosti bilo. Zbog ovog svega, možemo zaključiti kako se priprema djeteta kao i bolnička njega i tretman, promijenila u posljednjem desetljeću (13, 17).

Dijete u prvoj godini svojeg života trebaju minimalan podražaj iz okoline kako bi se dobila reakcija. Empirijska istraživanja su pokazala da djeca te dobi pokazuju dobru interakciju sa svojom okolinom. Djeca u dobi od 3 do 6 mjeseci, uz majku, mogu se povezati više drugih osoba, odnosno razumiju da im treba netko tko će ih razumjeti, dati povratnu informaciju, kome vjeruju i gdje se osjećaju sigurno. Separacijska trauma ili bilo kakva bolna procedura, govoreći u ovom slučaju operativni zahvat, potencijalno su opasni za dijete i izazivaju stres. U ovoj dobi, dijete ne govori i ne može izraziti svoje osjećaje, pa svoje emocije pokazuje na drugačiji način, kao što su poremećaji u prehrani, poremećaji spavanja, iritabilnost. Upravo zato se potiče roditelja da bude uz svoje dijete kako bi se smanjili traumatski osjećaji (9, 13, 18).

Druga i treća godina djetetova života dinamičan razvoj verbalnog, lokomotornog sustava, ali i razvoj djetetova ega. Dolazi do preuzimanja kontrole nad tjelesnim funkcijama npr. kontrola mokrenja i defekacije. Djeca u ovom razdoblju života su vrlo egocentrična, fokusiraju se na učenje, imitiranje ponašanja. Razvija se pamćenje i do kraja ovog razdoblja djeca nauče da roditelj nije tu uz njih, ali da će doći pri kraju dana, da će ići u vrtić i sl. Uz ove sve promjene, razvija se i empatija odnosno razumijevanje za druge (9, 13, 18).

U drugu ruku, informacije o liječenju, operativnom zahvatu se i dalje ne mogu usmeno reći jer dijete neće razumjeti. Stresne situacije poput bolnih zahvata, imobilizacije i separacije od roditelja su okidači da razvoj psiholoških promjena koja se manifestiraju u obliku poremećaja prehrane, boli u trbuhu, poremećaja spavanja, hiperaktivnosti i promjena

u ponašanju, poput agresivnosti ili iritabilnosti. Također, stresne situaciju utječu na kontrolu sfinktera, pa djeca gube kontrolu nad mokrenjem, defekacijom i imaju poremećaj govora (13, 18).

Razdoblje od 4. do 6. godine života opisano je kao razdoblje veće samostalnosti u odnosu na roditelje, odnosno, znaju da ih moraju čekati, ali isto tako da će se vratiti. Svoje emocije i empatiju više izražavaju, a igra s ulogama s drugom djecom postaje sve razvijenija. U ovom razdoblju, razvija se seksualni identitet. Mehanizam obrane se razvija kao odgovor na stresne situacije kao što je operativni zahvat i hospitalizacija. Potrebno je djeci pružiti informacije na adekvatan način, sukladno dobi kroz igru s ulogama. Reakcije na operativni zahvat i psihološke promjene su slične prethodnoj skupini. Djevojčice su više introvertirane, sramežljive i povlače se dok dječaci su skloni hiperaktivnosti (13).

Djeca u dobi od 7. do 12. godine odvajaju stvarnost od fantazije, odnosno bolje poimaju situaciju u kojoj se nalaze. Djeca počinju shvaćati neverbalnu komunikaciju i informacije koje im se pružaju trebaju biti iskrene i točne. Ovo razdoblje je ujedno i socijalno razdoblje gdje se dijete socijalizira. Djeca se počinju uspoređivati s drugima u svom društvu. Djeca u dobi od 9 godina često imaju brige i druge psihičke simptome, stoga moderna psihologija naziva ovaj period „Krizni period devetogodišnjaka“. Djeca tada razmišljaju o egzistencijalnim pitanjima poput smrti, bolesti, rata, ali mehanizam sučeljavanja i prilagodbe nije dovoljno razrađen. Djeca u ovoj dobi realnije shvaćaju situaciju u kojoj se nalaze, misleći u ovom slučaju na hospitalizaciju, zabrinuti su zbog svoje odsutnosti u društvu vršnjaka i gubljenja dnevne rutine. Dolazi do razvoja anksioznosti, depresivnosti, bolova u truhu, glavobolje, hiperaktivnosti, poremećaja pažnje, sekundarne enureze, inkontinencije i enkopreze (13, 18).

„Teenageri“ odnosno djeca od 12. do 18. godine razmišljaju o sebi. Psihološki cilj ovog razdoblja je potraga za vlastitim identitetom i formiranje sebe kao osobe. Roditelji više nisu jedina skupina kojoj se obraćaju za pomoć, sada se tu nalaze prijatelji, učitelji, osobe iz medija itd. Zdravstveno stanje koje ugrožava dijete ove dobi predstavljaju prijetnju njihovom identitetu, odnosno žele biti informirani kako bi zadržali svoj identitet. Roditelji



u ovoj dobi se mogu previše zaštitnički ponašati prema djetetu kada se radi o bolesti ili operativnom zahvatu. Kada govorimo o psihičkim promjenama, izražena je zabrinutost, stres, djevojčice imaju tendenciju biti emotivnije dok dječaci imaju sklonost promjenama ponašanja (13).

Možemo zaključiti da je predoperativna psihološka priprema presudna za smanjenje anksioznosti kod djece različite dobi, te da djeca ukoliko nisu pripremljena, nemaju podršku, razvit će negativna ponašanja i emocije.

### **3.4. PREDOPERATIVNI PRISTUP U KOMUNIKACIJI S RODITELJIMA**

Operativni zahvat je jednako prijeteći kako za dijete, tako i za roditelje. Potrebe djece se razlikuju u odnosu na potrebe odraslih, oni su ranjivija skupina i više podložni stresu jer nemaju samokontrolu, ne razumiju dovoljno, oslanjaju se na druge što doprinosi osjećaju bespomoćnosti, strahu i bijesu. Sukladno ovome, roditelji vide zabrinutost djeteta ili sami osjećaju zabrinutost i neizvjesnost, što se posredno prenosi na samo dijete (17, 19).

Čimbenici koji utječu na razvoj predoperativne anksioznosti kod roditelja:

- odnos roditelja i djeteta
- percepcija bolesti ili zdravstvenog stanja (kako prenijeti djetetu informaciju)
- stupanj podrške, ohrabrenja i pozitivan stav vezan za dijete
- prethodna suočavanja sa kriznim situacijama, poglavito zdravstvenim
- postojanje sustava podrške za roditelje
- ostali izvori stresa (15).

Provedeno je istraživanje gdje su se pratili roditelji djece koja su podvrgnuta operativnom zahvatu i proučavani su faktori koji utječu na razvoj anksioznosti i stresa u prva 24 sata. Studija je pokazala kako roditelji razvijaju značajnu razinu anksioznosti i stresa, uz ovo rečeno, rezultati pokazuju kako spol roditelja, tip operativnog zahvata, stupanj

obrazovanja roditelja i socijalna podrška igraju veliku ulogu u pridonnošenju razvoja anksioznosti i stresa (17). Zaključeno je da roditelji čija djeca idu na zahvate čiji oporavak kraće traje npr. tonzilektomija, povezuju se s poremećajima u adaptaciji kod djece. Isto tako, reopracije povećavaju distres kod djece te je uočeno da zahvat čini veći stres nego li sama bolnička njega (18).

Od iznimne je važnosti uključiti roditelje u pripremu i programe edukacije, kako bi se smanjila njihova tjeskoba, povećao osjećaj kontrole nad situacijom i kako bi djetetu mogli promovirati pozitivne učinke operativnog zahvata te smanjili negativna ponašanja i emocije u postoperativnom razdoblju (17, 19). Mnoge zemlje danas potiču da roditelji ostanu s djecom u bolnici, iako to nije bila praksa u prošlim desetljećima. Ovo se izrazito potiče kod mlađe djece kako bi se prevenirala separacijska trauma koja djeca mogu razviti ako ostanu sama. Također, roditelj je u mogućnosti utjecati na dijete prilikom nekih postupaka npr. venepunkcije za uzimanje uzoraka krvi za laboratorijske pretrage, gdje se dijete može bojati same igle, ali roditelj, kao osoba od povjerenja, može ohrabriti dijete i učiniti postupak bržim, boljim te manje traumatičnim (18).

### **3.5. „PLAY“ INTERVENCije I OSTALI PROGRAMI ZA SMANJENJE ANKSIOZNOSTI U PREDOPERATIVNOM RAZDOBLJU KOD DJECE**

Hospitalizacija za djecu predstavlja jedno stresno i prijeteće iskustvo, gdje djeca razvijaju emocije i stvaraju sjećanja koje će pamtili dugi niz godina poslije. Osjećaji poput nesigurnosti, ljutnje, anksioznosti, osjećaj nemoći i straha, razvijaju se kada dijete dolazi u novu sredinu gdje nisu svjesni svoje okoline i medicinskih postupaka. Pretjerana anksioznost može usporavati dijete u prilagodbi i sučeljavanju s medicinskim liječenjem, te smanjuje njihovu želju za sudjelovanjem i povećava negativne emocije prema zdravstvenim djelatnicima (20).

Nesvjesni dječji strah i maštanje o očekivanom napadu povezuju se s operativnim zahvatom kažu rani psihoanalitički izvještaji. Upravo „play“ terapija ili terapijska igra program kojim se djeca pripremaju psihički, sprječavaju se negativni učinci operativnog zahvata i rješavaju se potencijalna traumatska sjećanja za budućnost (20).

Djeca i igra su dva pojma koja idu jedno uz drugo, igra se dugo smatra vitalnim elementom za normalan rast i razvoj. Kroz igru djeca razvijaju vještine upravljanja sa samim sobom, ali i okoliša, te i počinju razumijevati ono što se događa oko njih, odnosno počinju razumijevati svijet oko sebe (21). Prema Eriksonu, igra je početak oblikovanja djetetovih sposobnosti i načina komunikacije (17).

Danas, u psihološkoj i medicinskoj literaturi zagovara se da djeca budu pripremljena za operativni zahvat. Procjenjuje se da 78% svih glavnih pedijatrijskih bolnica nude programe za djecu i njihove roditelje. Programi uključuju informacije, orijentacijski obilazak, podjela uloga koristeći lutke, lutkarske predstave, edukacija djece o načinima sučeljavanja sa stresom, relaksacijske vježbe za djecu i roditelje. Psihološka priprema zaživjela je već u 1960-ima, ali tek 1980. godine govorimo o efektivnim načinima pripreme djeteta koji uključuju modeliranje i uključenost roditelja, pripremu za život (gdje specijalisti olakšavaju sučeljavanje i pomažu pri razvijanju mehanizma prilagodbe za operativni zahvat, ali isto tako uključuju se i roditelji koji se educiraju da kroz igru, daju informacije, pružaju svom djetetu potporu i daju im instrukcije kako se pravilno suočiti s predstojećim zahvatom (16).

Florance Erikson, žena koja je prva uspostavila terapijsku igru, provela je istraživanje kod predškolske djece koji su sudjelovali u terapijskoj igri sa instrumentima, medicinskim priborom i sa lutkom za demonstraciju. Uočila je da djeca su bila smirenija, više suradljiva i bolja su izražavala svoje osjećaje vezane za hospitalizaciju. Terapijska igra uključivala je lutku i posjet operativnoj dvorani. Djeca kojoj je pružena terapijska igra osjećala su se bolje i bila su manje anksiozna (17).

Ne smijemo zaboraviti da programi pripreme trebaju biti individualizirani za svako dijete, odnosno, dvije varijable su najvažnije glede ishoda, a to su djetetova dob i vrijeme

programa pripreme u odnosu na dan operativnog zahvata. Dokazano je istraživanjima da djeca koja ima 6 i više godina imaju najviše koristi od programa pripreme ako su uključeni u njih 5 do 7 dana prije operacije, a najmanje koristi će biti ako je djetetu pružena priprema dan prije operativnog zahvata. Djeca mlađa od 3 godine možda negativno vide predoperativnu pripremu, upravo zbog tog jer nisu u mogućnosti razdvojiti realnost od fantazije (16). Za stariju djecu potreban je dulji interval između pripreme i operativnog zahvata kako bi imali dovoljno vremena za obradu novih informacija koje su im pružene tijekom postupka pripreme (14). Zato je vrlo važno prilagoditi program djetetovoj dobi kako bi program bio efektivan i poručio određene rezultate, a to je smanjenje predoperativne anksioznosti i bolje sučeljavanje sa stresom (16).

Kao jedna od komponenti koja može utjecati na djetetovu psihološku pripremu su prethodna iskustva sa zdravstvenim djelatnicima odnosno ranije hospitalizacije. Upravo ovi programi pripreme kod djece mogu pobuditi osjećaje i izazvati pretjerane emocionalne odgovore (npr. ljutnja, socijalna izolacija, anksioznost, tuga i sl.). Naime, istraživanjima je dokazano da djeca koja su prethodno imala doticaj sa bolničkim okruženjem, ne samo da ne smanjuju osjećaj anksioznosti već mogu i povećati ga, zbog toga što se prisjećaju loših iskustava. Stoga, u ovim slučajevima, intervencije trebaju biti maksimalno individualizirane sa vježbama sučeljavanja kombinirane sa stvarnom praksom (16).

Programi predoperativne pripreme obično uključuju nekoliko elemenata kao što je prijenos informacija prilagođen dobi, odlazak u posjet operacijskoj dvorani, lutkarsku predstavu, edukaciju djece i roditelja kako se suočiti sa stresom i opustiti (14).

### **3.5.1. „Play“ intervencije ili terapijska igra**

„Play“ terapija ili terapijska igra definirana je kao skup strukturiranih aktivnosti namijenjenih obrazovanju i psihološkoj pripremi djece za medicinski postupak kako bi se minimaliziralo njihovo potencijalno negativno iskustvo koje je povezano s hospitalizacijom (17).“

„Cilj terapijske igre je stvoriti emocionalni komfor i osigurati fizičku dobrobit djeteta koje ide na operativni zahvat, olakšati komunikaciju između zdravstvenih djelatnika i

roditelja, minimizirati djetetov osjećaj anksioznosti i smanjiti djetetove negativne emocionalne odgovore preoperativno i postoperativno (17).“

Upotreba igre kao dio programa psihološke pripreme djece u bolnicama kojima predstoji operativni zahvat nastala je kao ideja zbog toga što je igra vitalni dio djetetova života i na taj način se pruža osjećaj normalnosti, sigurnosti i sreće u okruženju koje njima strano kao što je bolnica i bolnički odjel (20, 21). Djeca kroz igru uče izražavati osjećaje, kontroliraju se i obrađuju informacije koje dolaze iz stvarnog svijeta u svom svijetu fantazija, također je važnost igre uočena pri manipulaciji s agresijom jer objekt s kojim se djeca igraju može biti uništen, prepravljen i naposljetku „oživljen“. Zagovara se ideja da djeca se igraju u bolnicama jer to omogućava predviđanje prijetećih događaja, pomaže u verbalizaciji i potiče razumijevanje djeteta, kako bi se ispravile pogrešno protumačene informacije. Sukladno ovim, djeca kroz igru imaju priliku razjasniti sve zablude i razumjeti sestrinsku skrb i liječnički rad, kako lakše podnositi bol i surađivati s medicinskim osobljem (20).

Intervencije koje obuhvaća terapijska igra su odlazak u operacijsku dvoranu gdje se djeca potiču da razgledavaju i susreću se s različitim instrumentima kojima se koristi medicinska sestra i kirurzi, vide kako radi srčani monitoring i čemu služe elektrode, pulsni oksimetar, pribor za venepunkciju zajedno s maskama za kisik te uče kako se to sve primjenjuje na lutki, djeca su dobila priliku vježbati na lutkama kirurške zahvate kako bi dobili osjećaj kontrole nad situacijom te kako bi im sav taj postupak postao pristupačniji i zanimljiviji (17, 19).

Mnogo je studija pokazalo pozitivan učinak terapijske igre. Jedna od studija provedena u Hong Kongu je pokazala učinkovitost terapijske igre i važnost uključenosti roditelja u psiho-edukacijsku pripremu (19). Ispitana su djeca u dobi od 7 do 12 godina (prema Piagetovoj teoriji o kognitivnom razvoju), sudjeluje jedan od roditelja te su ove intervencije trajale tjedan dana prije operativnog zahvata (19). Kontrolna skupina je dobila rutinsku pripremu s informacijama koja se sastojala od sastanka o predoperativnoj i postoperativnoj njezi, provodile su je medicinske sestre i sadržaj istog je bio standard

dnevne kirurgije. Dok u eksperimentalnoj skupini, djeca su bila u skupinama od pet djece u grupi, istraživač je bio odjeven u operacijsku odjeću te je zajedno s djecom i roditeljima obišao operacijsku dvoranu, gdje im je pokazao na lutci (njihove dobi) kako se postavlja venski put, stavlja maska za kisik, mjere vitalni znakovi, pokazani su im instrumenti, pulsni oksimetar i monitoring, te su naposljetku otišli u posjet „Recovery Roomu“. Cijela ova intervencija trajala je otprilike sat vremena. Cilj ove studije na kraju je postignut te djeca koja su imala ovakvu predoperativnu pripremu su osjećala manje negativnih emocija u odnosu na djecu iz kontrolne skupine. Djeca su u neprijetećoj okolini uspjela aktivno sudjelovati u ovim intervencijama, pružila su djeci osjećaj sigurnosti i zabave (19).

Druga studija, koja je poručila iste rezultate, sadržavala je komentare roditelja i djece. „Ne bojim se više venepunkcije nakon terapijske igre. Objašnjena mi je procedura tijekom intervencija. Nije me više strah štrcaljki. Čak su i zabavni, poput igračke. Napravila sam i lutku sa špricom.“ ili komentar poput „Ne bojim se više posjetiti liječnika. Mogu izraziti svoje osjećaje i postaviti im pitanja. Bio sam zatečen sa mojim posljednjim iskustvom u drugoj bolnici gdje nikoga nije bilo briga što sam mislio. Međutim, sada nisam pod stresom jer su mi pomogli nositi se s boli (21).“ Većina intervjuirane djece rekla je kako su im intervencije pomogle u ublažavanju tjeskobe, stekli su više znanja o svojoj bolesti i upoznali se s medicinskim procedurama od čega im je najvažnije bilo da većina medicinskih ili sestrinskih postupaka ne bi nanijeli bol, ili bi to bila bol koja bi se pojavila, ali isto tako nadzirala i kontinuirano pratila (21).

Naposljetku, jako pozitivnu povratnu informaciju od roditelja i djece vidimo u obje studije. Terapijska igra im je jako puno pomogla jer u nepoznatoj okolini se ipak zabavili i naučili nešto novo (21).

Možemo iz ovih studija zaključiti kako je bitno djeci pružiti igru u bolničkim uvjetima jer igra je vitalan dio njihovog života, pa tako i u vrijeme kada su bolesni.

### **3.5.2. „Crveni nosovi“ ili intervencije s klaunom**

Ova vrsta terapije modrena je i učinkovita metoda koja se koristi kako bi se smanjila razina predoperativne anksioznosti, ne samo kod djece već i kod njihovih roditelja (15).

Sve više studija pokazuje kako je učinkovita ova metoda pri predoperativnoj psihološkoj pripremi jer djeca kroz humor umanjuju osjećaj straha, stres i druge negativne emocije koje osjećaju (17).

Klaunovi-doktori su osobe educirane za rad s bolesnom djecom, starijim osoba te s djecom i mladima s teškoćama u razvoju. Sa svojim kostimima i rekvizitima posjećuju djecu na pedijatrijskim odjelima, te kroz zabavu djeci svakodnevno izmame osmijeh na lice (10).

Rezultati nekoliko studija pokazali su kako djeca koja su provodila vrijeme s klaunima-doktorima imaju manje razine anksioznosti, ali isto to se uočilo i kod roditelja (17). Smanjenje napetosti i tjeskobe upravo se povezuju s humorom i smijehom koji pružaju ovi umjetnici (10).

Zaključno možemo reći da djeca, a i njihovi roditelji, zabavom i humorom rješavaju se briga, smanjuju razinu stresa, poboljšava se njihovo suočavanje i promiče se postoperativni oporavak. Uz informativni pristup, „play“ terapiju i intervencije s klaunom pokazale su se kao djelotvorne intervencije u predoperativnom razdoblju djetetova boravka u bolničkim uvjetima.

### **3.6. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREDOPERATIVNOJ PSIHOLOŠKOJ PRIPREMI DJETETA**

Medicinska sestre je osoba koja je najčešće i najviše u doticaju s bilo kojim pacijentom. Ima kompetencije i završenu edukaciju, ali pored svega, mora imati empatiju i razumijevanje za djecu i roditelje kojima predstoji operativni zahvat.

Dobra komunikacija i suradnja unutar tima, dobar odnos između liječnika i medicinske sestre, obitelji i djeteta garancija su kvalitetne skrbi za dijete koje je hospitalizirano (10). „Uspješan program pripreme sastoji se od tri dijela, a to su: ljubav

prema usmjeravanju i savjetovanju, surađivanje, adaptacija pripremljenih programa za dijete i roditelje (15).“

Odluka o operativnom zahvatu, kao metodi liječenja, smatra se predoperativnom fazom, a ista završava kada dijete otiđe na operativni zahvat. Između početne i završne faze nalazi se toliko sestrinskih intervencija, kao što su: intervju, priprema za anesteziju, priprema za operativni zahvat (10).

Mnogi čimbenici utječu na djetetov odgovor na hospitalizaciju i operaciju. Uloga medicinske sestre je da razumije djecu, njihove potrebe i prilagoditi svoj pristup svakom djetetu, povezati sadašnje i potencijalne odgovore djeteta s dominantnim čimbenicima koji mogu uzrokovati neželjena ponašanja i emocije kod djece, te uz to sve prilagoditi se dobi djeteta i razvojnoj fazi (10, 15).

Medicinska sestra sa svojim komunikacijskim vještinama i znanjima procjenjuje psihosocijalno stanje djeteta. Zaključeno je da u predoperativnoj pripremi od velikog značaja je humor, „crveni nosovi“ zajedno s medicinskom sestrom i roditeljima pokušavaju smanjiti osjećaj anksioznosti kod djece kojoj predstoji zahvat kako bi bila što opuštenija i smirenija tijekom čitave hospitalizacije. Smijehom djeca otpuštaju energiju, ublažavaju napetost uzrokovana strahom (10).

Nadalje, procesom zdravstvene njege, medicinska sestra uočava aktualne i potencijalne probleme djeteta poput poremećaja prehrane, poremećaja spavanja, poremećaja mokrenja i slično. Pridržavajući se plana zdravstvene njege, postići će se zadani ciljevi i tako će se pomoći djetetu u problemima zdravstvene njege

### **3.6.1. Sestrinske dijagnoze**

Zdravstvena njega djeteta kojem predstoji operativni zahvat je specifična jer ima raspon od prvih mjeseci do 18.godine života. Ono s čim se najviše susrećemo tijekom hospitalizacije djeteta jest: strah, anksioznost, socijalna izolacija, poremećaj prehrane (manjkav unos), poremećaj spavanja (nesanica), smanjeno podnošenje napora, te bol.



## 4. ZAKLJUČAK

Psihološka priprema djeteta za operativni zahvat igra veliku ulogu kod djece koja se hospitaliziraju na odjelima dječje kirurgije. Proučavajući pretraživanu literaturu, može se zaključiti da adekvatna psihološka priprema kod djece može smanjiti razinu anksioznosti, te druge vrste poremećaja u ponašanju spriječiti ili pak njihovo trajanje umanjiti. Djetetu se treba prilagoditi individualno, sukladno razvojnoj fazi i karakteru.

Kroz povijest, roditelj nije bio značajan faktor u hospitalizaciji i pripremi djeteta, dok danas su stvari drugačije. Roditeljima se jednako pomaže kao i djeci, potiče ih se na sudjelovanje u hospitalizaciji i edukaciji djeteta, kako bi se razine stresa s obje strane umanjile.

Zaključno, psihološka priprema djeteta će biti uspješna ako je komunikacija kvalitetna između cijelog tima, a tim uključuje: dijete, kao centar zbivanja, roditelje i čitavo zdravstveno osoblje.

## 5. LITERATURA

1. Havelka M, Krizmanić M, Matulić V. Zdravstvena psihologija (2002). Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Jenkins BN, Kain ZN, Kaplan SH, Stevenson RS, Mayes LC, Guadarrama J, et al. Revisiting a measure of child postoperative recovery: development of the Post Hospitalization Behavior Questionnaire for Ambulatory Surgery. *Paediatr Anaesth.* 2015 Jul;25(7):738-45
3. Piaget J, & Cook, M. T. The origins of intelligence in children. New York, NY: International University Press; 1952.
4. Alsop-Shields L, Mohay H, Bowlby J, Robertson J. John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *J Adv Nurs.* 2001 Jul;35(1):50-8.
5. Zuckerberg AL. Perioperative approach to children. *Pediatr Clin North Am.* 1994 Feb;41(1):15-29.
6. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 1992, 28.5: 759.
7. Škrbac I. Razvoj privrženosti [Završni rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2012 [pristupljeno 10.09.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:639763>
8. Radić I. Razvoj sigurne privrženosti u ranom djetinjstvu i njena uloga u razvoju emocionalne kompetencije kod starijih adolescenata [Diplomski rad]. Split: Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet; 2020 [pristupljeno 11.09.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:172:758536>
9. Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV. Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996 Dec;150(12):1238-45.
10. Bačurin M. Uloga medicinske sestre u preoperativnoj pripremi djeteta za operativni zahvat u jednodnevnoj kirurgiji [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2020 [pristupljeno 14.09.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:905785>

11. Levetown M, Diekema DS, Antommaria AH, Fallat ME, Holzman IR, Leuthner SR, et al. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*. 2008 May;121(5):e1441-60.
12. Desai PP, Pandya SV. Communicating with children in healthcare settings. *Indian J Pediatr*. 2013 Dec;80(12):1028-33.
13. McGraw T. Preparing children for the operating room: psychological issues. *Can J Anaesth*. 1994 Nov;41(11):1094-103.
14. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA. Preoperative psychological preparation of the child for surgery: an update. *Anesthesiol Clin North Am*. 2005 Dec;23(4):597-614, vii
15. Bar-Mor G. Preparation of children for surgery and invasive procedures: milestones on the way to success. *J Pediatr Nurs*. 1997 Aug;12(4):252-5.
16. Kain ZN, Caldwell-Andrews A, Wang SM. Psychological preparation of the parent and pediatric surgical patient. *Anesthesiol Clin North Am*. 2002 Mar;20(1):29-44
17. Yahya Al-Sagarat A, Al-Oran HM, Obeidat H, Hamlan AM, Moxham L. Preparing the Family and Children for Surgery. *Crit Care Nurs Q*. 2017 Apr/Jun;40(2):99-107.
18. Hägglöf B. Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. *Acta Paediatr Suppl*. 1999 Nov;88(431):72-8.
19. Li HC, Lopez V, Lee TL. Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient Educ Couns*. 2007 Jan;65(1):34-41.
20. Athanassiadou, E., Giannakopoulos, G., Kolaitis, G., Tsiantis, J., & Christogiorgos, S. (2012). Preparing the child facing surgery: The use of play therapy. *Psychoanalytical Social Work*, 19(1-2), 91–100.
21. Li WHC, Chung JOK, Ho KY, Kwok BMC. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatr*. 2016 Mar 11;16:36.

## 6. ŽIVOTOPIS

### OSOBNI PODACI:

Prezime i ime: Nejašmić Helena

E-mail: [nejami.helena@gmail.com](mailto:nejami.helena@gmail.com)

Državljanstvo: Hrvatsko

Datum rođenja: 25. travnja 1998.

Spol: žensko

### RADNO ISKUSTVO:

Datum: 19. siječanj 2020. – 30. rujna 2021.

Zanimanje/radno mjesto: Zdravstveni studiji – fizički poslovi/ Klinika za neurologiju

Ime i adresa poslodavca: Klinički Bolnički Centar Split, Spinčićeva ul. 1, 21000, Split

Vrsta djelatnosti ili sektor: Ispomoć u klinici

Datum: 10. listopada 2019. – 31. prosinca 2019.

Zanimanje/radno mjesto: Fizički i blagajnički poslovi

Ime i adresa poslodavca: dm-drogerie markt d.o.o.. Kovinska 5a, HR - 10090 Zagreb.

Vrsta djelatnosti ili sektor: Ispomoć u trgovini

Datum: 28. siječnja 2019. – 02. listopada 2019.

Zanimanje/radno mjesto: Fizički i blagajnički poslovi

Ime i adresa poslodavca: BIPA d.o.o. Vodovodna 20/A, 10000 Zagreb

Vrsta djelatnosti ili sektor: Ispomoć u trgovini

**OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE:**

2005. – 2013. – obrazovanje u Osnovnoj školi don Lovre Katića, Solin

2013. – 2017. – obrazovanje u Turističko-ugostiteljskoj školi Split, smjer Hotelijersko-turistički tehničar

2018. – 2021. – obrazovanje na Sveučilištu u Splitu, Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija, preddiplomski smjer Sestrinstvo

**OSOBNJE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE:**

Materinski jezik: hrvatski

Društvene vještine i kompetencije: strani jezik – engleski, u govornom i pisanom obliku

Organizacijske vještine i kompetencije: sudjelovanje na projektu promocije i jačanja kompetencija strukovnih zanimanja za turizam 2016. godine, projekt „Embrace the Lace“, nagrađen projekt od strane Ministarstva turizma na „Danima hrvatskog turizma“ 2016. na Bolu, Brač

Računalne vještine i kompetencije: Korištenje MS Office programa

Vozačka dozvola: B kategorija