

Psihološka priprema djeteta za hospitalizaciju i posthospitalno liječenje

Oman, Anamarija

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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:176:048999>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Anamarija Oman

**Psihološka priprema djeteta za hospitalizaciju i
posthospitalno liječenje**

Završni rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Anamarija Oman

**Psihološka priprema djeteta za hospitalizaciju i
posthospitalno liječenje**

**Psychological preparation of the child for hospitalization and
treatment of formal**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Slavica Kozina, prof. psih.

Split, 2016.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Djeca- posebna skupina u zdravstvu	2
1.1.1. Najčešći razlozi hospitalizacije	4
1.2. Komunikacija s djecom.....	5
1.2.1. Verbalna komunikacija	6
1.2.2. Neverbalna komunikacija	6
1.3. Reakcije na hospitalizaciju	7
1.3.1. Najosjetljivije skupine djece	8
1.4. Posthospitorna integracija u svakodnevni život	8
2. CILJ RADA	10
3. RASPRAVA.....	11
3.1. Hospitalizam.....	11
3.1.1. Faze hospitalizacije	12
3.1.2. Priprema hospitalizacije prema djetetovoj dobi	12
3.2. Privrženost i vrste privrženosti	13
3.2.1. Anksioznost i strah zbog odvajanja.....	17
3.2.2. Neprijateljska nastrojenost	18
3.3. Uloga sestre u pedijatrijskoj njezi	18
3.3.1. Psihološki pristup.....	19
3.3.2. Sestrinske intervencije i dijagnoze	19
4. ZAKLJUČAK.....	21
5. SAŽETAK.....	23
6. SUMMARY	24
7. LITERATURA	25
8. ŽIVOTOPIS.....	26

1. Uvod

Liječenje djeteta i njegova hospitalizacija, zahtjevan je oblik zdravstvene zaštite uz koji se, osim stručnih, javlja niz psiholoških i socijalnih problema. Problem kod hospitalizacije se krije u tome što se čovjek osjeća tjeskobno radi izolacije od svakodnevnog života, bezvoljno, mora ovisiti o skrbi drugih te mu je svakodnevni životni ritam narušen. Djeca kao osjetljiva skupina osjećaju strah i tjeskobu znatno više od odraslih pojedinaca zbog bolnih terapijskih postupaka, dijagnostike te odvojenosti od poznate okoline i obitelji. Prateće događaje koji se boravkom u bolnici pojavljuju djeca teže razumiju zbog razine psihosocijalnog i emotivnog razvoja. Djeca predškolske dobi najintenzivnije proživljavaju negativne emocije zbog odvojenosti od obitelji te nedostatka svakodnevnih aktivnosti. Čak se javlja vjerovanje kako je boravak u bolnici kazna za neposluh ili ostalo loše ponašanje.

Postoje čak i uvjerenja kako boravak u bolnici nije zastrašujući te ne predstavlja prijetnju djetetovom psihičkom zdravlju i razvoju, kako posjeti ili česta prisutnost roditelja dodatno pridonose uznemirenosti djeteta i kako igra za bolesno dijete nema bitnu ulogu u prilagodbi kod procesa liječenja. U povijesnom razvoju liječenja djece postoje različite zabilješke gdje su do početka prošlog stoljeća bolnice i sirotišta bili svrstavani pod istu skupinu. Bolesna djeca su bila hospitalizirana zajedno s odraslim pojedincima. Do nedavno su posjeti roditelja, te ostale obitelji bolesnoj djeci bili ograničavani na kratak vremenski period dnevno. Sudjelovanje roditelja u higijeni djece tokom hospitalizacije, hranjenje, igra te uobičajen boravak tijekom dana i praćenje na različite preglede i dijagnostičke postupke nije bilo opravdano nekom svrhom. Danas je sve više zastupljeno mišljenje kako psihološke poteškoće djeteta kao pacijenta u bolnici, ali i njegovog roditelja/skrbnika, mogu pridonijeti otežanoj suradnji u procesu liječenja, a razina tjeskobe roditelja i samim time posljedično razina tjeskobe djeteta može usporiti brzinu njegova oporavka te otežati povratak životnoj svakodnevici nakon hospitalizacije. Postoje i poneki važeći pravni dokumenti kao što je Povelja o pravima djece u bolnici i Lista o pravima djeteta u bolnici (Europski parlament, 1988. godine), Otavska deklaracija o pravima djeteta na zdravstvenu zaštitu (Svjetska medicinska udruga, 1999. godine) koji određuju načela boravka djece u bolnici. Psihološke potrebe

djece zadovoljavaju posebni programi i akcije gdje hospitalizirana djeca uključena u takvo što pokazuju smanjenu količinu uznemirenosti i veću suradljivost.

Hospitalizacijom su najviše pogođena djeca u dobi od prve do četvrte godine kada je najintenzivniji razvoj privrženosti, a nešto rjeđe starija školska djeca (1).

Što može uznemiriti dijete u bolnici:

- separacija od roditelja
- nepoznata okolina i ljudi/osoblje
- različite rutine
- pretrage
- neobični mirisi, hrana i zvukovi (2)

1.1 Djeca- posebna skupina u zdravstvu i roditelji kao pacijenti

Što se tiče djece u zdravstvu, ne samo da ih ne treba stavljati u istu skupinu s odraslima, već oni zbog svoje specifičnosti i velikih potreba zahtijevaju svoju posebnu kategoriju.

Pri iznenadnom, neplaniranom odlasku djeteta u bolnicu način prijema usmjeren na umanjivanje straha olakšat će odvajanje i djetetu i roditelju. Liječnik treba razjasniti roditeljima zbog čega je hospitalizacija neophodna i kako će se dijete liječiti. Ako je ikako moguće, isto je potrebno rastumačiti i djetetu. Majci treba omogućiti dovoljno vremena da smjesti dijete u krevet, a ni u kom slučaju ne odvajati je grubo “da bi dijete manje plakalo”. Dijete koje ostane samo u bolnici često nalazi utjehu u dragoj igrački ili nekom drugom predmetu koje je ponijelo od kuće. Donedavno su se pedijatri protivili čestim posjetima bolesnoj djeci. Taj stav bazirao se na sljedećim postavkama: roditelj može unijeti infekciju na bolnički odjel, posjet roditelja uzbuđuje dijete koje bi se samo prije prilagodilo životu u bolnici, roditelji često donose neadekvatnu hranu, dijete je lakše pregledati i dati mu terapiju u odsutnosti majke, općenito se dakle lakše ophoditi prema djetetu kada je samo. Danas je stav prema posjetima djetetu u bolnici

potpuno drukčiji. Omogućeni su duži (tijekom popodneva ili cijelog dana) posjeti roditelja i najbližih članova obitelji. Plač djeteta kod odlaska shvaća se kao neizbježan znak žalosti za osobom na koju je dijete emocionalno vezano. Dobra medicinska sestra svojim znanjem, iskustvom i intuicijom pronalazi riječi i geste kojima će utješiti žalosno dijete. Zdravstveni djelatnik u bolnici obično predstavlja roditeljsku figuru za dijete koje je odvojeno od roditelja. Strogost liječnika i zanimanje isključivo za tjelesnu bolest djeteta otežava utješnu identifikaciju liječnika s roditeljem. Važno je da roditelji održavaju vezu s istim liječnikom. Razgovori s roditeljima trebaju biti dovoljno dugi i raznovrsni, i odvijati se u atmosferi povjerenja. Liječnik koji razumije teškoće roditelja, njihov osjećaj krivnje, preosjetljivost i agresivnost, stvara povoljnu klimu za liječenje djeteta. U modernim dječjim bolnicama rade specijalni profili psihoterapeuta (engl. "child life workers") koji se bave psihičkim problemima bolesnog djeteta i njegovih roditelja i brinu se za povoljnu atmosferu na bolničkim odjelu. Arhitektura modernih dječjih bolnica također ima zadatak da djetetu učini boravak u bolnici ugodnijim. Sobe su vedrih boja, zidovi ukrašeni veselim crtežima, u sklopu odjela postoje igraonice s puno igračaka i igara na raspolaganju. Dugotrajan boravak u bolnici kronično bolesnog djeteta zahtijeva osobito mnogo pažnje. Dijete predškolske dobi uključuje se u aktivnosti slične onima u vrtiću. Za školsku djecu organizirana je nastava, individualna - na bolesničkom krevetu, ili s malom grupom - u školskoj sobi. Omladinska dob, zbog specifičnosti uzrasta i potreba mladih, zahtijeva posebnu atmosferu prilagođenu problemima puberteta i adolescencije (1).



Slika 1. Djeca se osjećaju sigurnije uz predmet koji su ponijeli iz kuće ili bliske okoline

Preuzeto: <http://cdn.sheknows.com/articles/2010/03/Numbers/child-in-hospital-with-doll.jpg>

1.1.1. Najčešći razlozi hospitalizacije

Uzroci boravka u bolnici uvelike se razlikuju između dojenčadi i djece odrasle dobi. Kod dojenčadi je zabilježen blagi porast ukupne stope hospitalizacija uz oscilacije po godinama. Vodeće dvije skupine uzroka su stanja iz perinatalnog razdoblja i bolesti dišnog sustava (naravno oscilacije po dobi). Treća vodeća skupina bolesti su zarazne bolesti, a od 2009. godine to su kromosomske abnormalnosti i svakojaki deformiteti čija je stopa znatno porasla. U ovoj skupini javlja se velik porast broja hospitalizacija zbog prirođenih deformiteta srčanih septuma koje su s trećeg mjesta u došle na prvo mjesto u 2012. Od najranije dobi do punoljetnosti ukupne stope hospitalizacija zabilježile su porast. Vodeće dvije skupine tegoba, bez značajnijih promjena i odstupanja, su bolesti dišnog sustava i ozljede. Nakon toga, na nekakvom trećem i četvrtom mjestu izmjenjuju se razna stanja s tegobama probavnog sustava i zaraznim bolestima. Tijekom cijelog razdoblja, vodeća dijagnoza u hospitalizacijama od dišnih bolesti su bolesti tonzila, a među ozljedama prevladavaju najviše ozljede glave. Po statistikama uočavamo da prevladavaju hospitalizacije dječaka u odnosu na djevojčice (8).

1.2. Komunikacija s djecom

Komunikacija je najvažnija stavka u psihoterapiji, tj. spona kvalitetnom pristupu djeci da bi što lakše prihvatili hospitalizaciju.

Osnova dobre komunikacije s malim pacijentima i njihovim roditeljima jest topao pristup sestree, tj. bolesničkog osoblja. Sestra uglavnom zauzima najveću ulogu za vrijeme boravka u bolnici jer uz tjelesnu skrb pruža emocionalnu i psihološku njegu.

- Verbalna komunikacija treba biti prilagođena uzrastu, poželjna je upotreba žargona i fraza, poznavanje dječjih interesa, stil izražavanja potrebno je prilagoditi da vas dijete ili adolescent razumije, treba voditi računa i o neverbalnoj komunikaciji da bi uspješno unaprijedili odnos s djetetom.

Dok su u prvom kontaktu ljudi skloniji o drugoj osobi donijeti zaključak na osnovi tzv. hallo efekta. Na temelju fizičkog izgleda, stava, položaja tijela skloni smo stvoriti pozitivan ili negativan stav. Takvo razmišljanje može odvesti komunikaciju i njen napredak u krivom smjeru. Cilj komunikacije je prenijeti važne informacije, dobiti povratnost istih, omogućiti izražavanje osjećaja te pomoći djetetu da razumije okolinu i situacije (9).

1.2.1. Verbalna komunikacija

Verbalna komunikacija uključuje pisani i govorni jezik. Razgovor je proces slušanja i govorenja. Verbalna komunikacija je pod kontrolom naše svijesti dok je neverbalna djelomično, a uvelike ovisi o okruženju i utjecaju okoline.

No najveće značenje u poruci ima neverbalna komunikacija (govor i položaj tijela, udaljenost sugovornika, pogled...)

Najveća greška što se same djece tiče je ta, ako se do njih ne prodre „isprve“, pokušati im nametati komunikaciju prilagođenu odraslima. U komunikaciji s njima treba biti jasan, konkretan, iskren i pokazati im poštovanje (uvažiti djetetove misli i osjećaje). Izbjegavati kritiziranje, pokazivati nestrpljivost i nervozu. Bez obzira na dob, djeca su jako osjetljiva na tonove i toplinu upućenih riječi (9).

1.2.2. Neverbalna komunikacija

Po nekim statistikama učinci neverbalne komunikacije su četiri puta djelotvorniji od verbalnih. Osjećaji i reakcije prema drugim ljudima se ne temelje na onome što govore već na onome što čine. Svi ljudi na jednak način izražavaju emocije, najčešće izrazom lica. Više od polovice informacija u neverbalnoj komunikaciji daje izraz lica, posebno u izražavanju osjećaja. Mimikom se koristimo kada su riječi neprikladne i na taj način otklanjamo ili ublažavamo pogreške u komunikaciji. Geste su usklađene s govorom i predstavljaju važnu dopunu osjećajnim izrazima lica. Važan su dio našeg verbalnog iznošenja tako da ponekad nesvjesno gestikuliramo čak i kad s nekim razgovaramo telefonom. Tijelo također šalje znakove. Govor tijela poseban je kanal neverbalne komunikacije, a uključuje držanje tijela, dodirivanje, orijentaciju tijela, kimanje glavom i rukovanje. Dodir pokazuje naklonost, bliskost, katkad dominiranje, dok je orijentacija tijela važna za socijalnu interakciju. Na primjer, okretanje leđa nekome u društvu znači da nismo zainteresirani za komunikaciju. S obzirom na to da se često nađemo u situaciji kada ne želimo pokazati svoje osjećaje, govor tijela nam katkad više šteti.

Vrlo je važan oblik neverbalne komunikacije vizualna komunikacija. Gledanje i kontakt očima povezani su s temom razgovora, s tjelesnom bliskošću, sa spolom osoba u interakciji i s obilježjima ličnosti.

Princip reflektiranja jedan je od najvažnijih psiholoških principa ophođenja s ljudima. Radost jednog sugovornika izaziva u drugome istu emociju, galama izaziva galamu...

Što se tiče udaljenosti tj. osobnog prostora, važno je znati da je to pokazatelj intimnosti, dominacije. Ljudima s kojima smo bliski ćemo rado dozvoliti da nam se približe dok ljudima s kojima smo na određenoj distanci, nisu nam dragi ili slično, ćemo se osjećat nelagodno.

Zone udaljenosti označavaju stupanj bliskosti. Intimna udaljenost do 30 cm, osobna od 30 cm-1 m, socijalna distanca od 1 m- 3 m, javna distanca više od 3 m (9).

Jedna zanimljivost: Prema američkom istraživanju za razvoj djeteta i kasnije uspješnost u školi važna je neverbalna komunikacija sa roditeljima u dobi već od nekoliko mjeseci. Djeca čiji roditelji koriste neverbalnu komunikaciju imaju bogatiji vokabular.

1.3. Reakcije na hospitalizaciju

Manja djeca doživljavaju hospitalizaciju kao promjenu dnevnog rasporeda, te se ne osjećaju ugroženima ako su zbrinute njihove temeljne potrebe. Dob kada dijete najviše doživljava odvojenost od roditelja jesu predškolska djeca. Do tada djeca ne razumiju točno zašto se moraju odvojiti od roditelja, niti im njihov stupanj razvoja omogućuje da podnesu separaciju uz pomoć adekvatnih mehanizama prilagodbe.

Većina djece odvojene od roditelja prolazi kroz tri faze prilagodbe na bolničku okolinu:

- fazu protesta,
- očajanja,
- prividne prilagodbe.

Najviše poteškoća zbog hospitalizacije imaju manja djeca koja su više puta boravila u bolnici, a posljedice su znatno teže i dugotrajnije što je dijete duže odvojeno od kuće. Jedno iskustvo hospitalizacije koje traje manje od tjedan dana može dovesti do pojave blažih prolaznih, ali i dugotrajnijih smetnji.

Iz toga se vidi kolika je korist od skraćivanja trajanja hospitalizacije djece dobrom organizacijom rada u bolnici (7).

1.3.1. Najosjetljivije skupine djece

U prosjeku postoje poneke skupine djece koje teže prihvaćaju hospitalizaciju zbog svoje pojačane osjetljivosti na razdvajanje. To su: muška djeca, jedinci, mlađa djeca i djeca iz višegeneracijskih kućanstava, djeca slabije emotivne povezanosti s majkom, djeca koja su dugo hospitalizirana, djeca koja se boje stranaca, djeca koja već imaju traumatska separacijska iskustva, djeca majki koja otvoreno pokazuju prekomjernu zabrinutost ili nezainteresiranost (6).



Slika 2. Pojedine skupine djece su vidno osjetljivije i teže prilagodljive

Preuzeto: http://www.jutarnji.hr/multimedia/dynamic/00355/bolnica_355547S1.jpg

1.4. Posthospitalna integracija u svakodnevni život

Da bi se dijete što uspješnije i brže vratilo normalnoj svakodnevnicu nakon izlaska iz bolnice važno je savjetovati roditelje da dijete potaknu i pomognu mu da priča onoliko koliko je spremno o tom iskustvu, da izrazi svoje osjećaje kroz razgovor, igru ili crtanje, te ga pritom mirno i pažljivo slušati i uvažiti svaku njegovu emociju. Također je važno da se dijete što prije vrati u svakodnevnu životnu rutinu i uključi u uobičajne aktivnosti i obveze. Treba voditi računa o tome kako su djetetu i dalje potrebne iste odgojne mjere kao i prije hospitalizacije bez pretjeranog popuštanja u odgoju. Djetetu će to pružiti psihološke sigurnost i stabilnosti koje su bile narušene tijekom boravka u bolnici. Pretjerana zaštita na račun bolesti i hospitalizacije mogu omesti djetetovu prilagodbu u svakodnevnom životu, dodati otežati povratak istom kao i uzrokovati poteškoće u društvenom životu djeteta.

Nakon hospitalizacije djeca osjećaju veću potrebu za fizičkim kontaktom i pažnjom, iskazivanju ljubavi. Česte su reakcije povećane tjeskobe pri odvajanju od roditelja, nemiran san, razdražljivost te čak i noćno mokrenje. Takve su situacije najčešće prolaznog karaktera, i uz roditeljsku podršku, pravilnim postupanjem s djetetovim emocijama te strpljenjem i razumjevanjem bi trebale u kraće vrijeme nestati. Naravno

ako negativne emocije potraju te i dalje onemogućuju djetetu povratak svakodnevnom životu, ili se naposljetku pojačavaju, svakako je potrebno potražiti savjet stručnjaka. Iako je hospitalizacija stresno i emocionalno zahtjevno iskustvo i za djecu i za roditelje, u većini slučajeva djeca u kratkom vremenskom razdoblju prebrode i oporave se od tog događaja (3).



Slika 3. Važno je da se djeca što prije vrate svakodnevnim obavezama

Preuzeto:

<http://djecja-psihijatrija.hr/wp-content/uploads/Slika-%C5%A1kola-225x150.jpg>

2. Cilj rada

Cilj ovog rada je:

- opisati kako pripremiti djecu na bolnički tretman bez dugotrajnijih posljedica koje bi se očitovale na djetetovo ponašanje
- intervencije i važnost uloge medicinske sestre koja omogućuju prilagodbu djeteta na separaciju od roditelja i ublažavanje separacijskog straha, a u skladu su sa stupnjem psihološkog razvoja djeteta
- proces što lakše posthospitalne integracije u svakodnevni život

3. Rasprava

Za dobru i uspješnu prilagodbu djeteta na bolničku sredinu i sami proces liječenja najvažniji je odnos zdravstvenog osoblja prema djeci te komunikacija koja je ujedno i glavno „oružje“.

Kod djece, ovisno o uzrastu, potrebno je koristiti različite načine komunikacije. Hospitalizacija je složen proces koji se sastoji od mnogo komponenata koji svaki zasebno treba prilagoditi djetetovom karakteru i okolini iz koje potječe.

3.1. Hospitalizam

Pedesetih godina prošloga stoljeća engleski pedijatri opisali su niz posljedica u djeteta zbog odvajanja od roditelja, odnosno lišenosti majčinske njege za vrijeme boravka u bolnici, jaslicama, dječjem vrtiću ili drugim kolektivima. Spitz je tu pojavu, koju je zapažao najčešće u djece smještene u bolnicu, nazvao hospitalizam. Jačinu traume zbog odvajanja od majke ovisi o dobi djeteta, o individualnoj osjetljivosti djeteta na separaciju, o trajanju odvojenosti i prilikama u novoj sredini. Najviše su pogođena djeca u dobi od 1 do 4 godine, rjeđe dojenčad i djeca od 4 do 6 godina, a najrjeđe školska djeca. Trajanje separacije proporcionalno je s jačinom smetnji – što je odvajanje dulje, to su posljedice teže. Hospitalizam se razvija postupno, od lakših i općepoznatih oblika otpora djeteta pri separaciji do povlačenja u osamljenost.

Simptomi hospitalizma:

- sklonost plaču
- apatičnost i potištenost
- poremećaji higijenskih navika
- motorička smirenost ili hiperaktivnost (napadi bijesa, nedruštvenost)
- zaostajanje u psihičkom razvoju (razvoju govora i mišljenja, tepanje i mucanje)
- loše zdravstveno stanje (sklonost infekcijama, poremećajima u prehrani)

U dojenačkoj dobi dijete je potišteno, loše spava i gubi na težini. U dobi od 2 do 3 godine dijete je najčešće uznemireno, plače, odbija hranu i medicinsko osoblje, ima

poteškoće sa spavanjem i kontrolom sfinktera te s govorom. Nakon pete godine dijete smanjuje osjetljivost na odvajanje od roditelja (6).

3.2. Faze hospitalizacije

Faza protesta se javlja tijekom samog prijema djeteta u bolnicu kad se dijete odvaja od roditelja. Ova faza je osobito česta kod male djece, naročito ako je dijete nepripremljeno na hospitalizaciju. No unatoč tome, ne znači da će svako dijete razviti hospitalizam. Dijete iz straha i očaja gura, udara, grebe medicinsko osoblje. Takva reakcija je instinktivna obrana, no djetetu treba prići nježno i strpljivo. Taj prvi odnos medicinske sestre prema djetetu od velike je važnosti hoće li dijete razviti hospitalizam.

Faza očajavanja se javlja zbog osjećaja bespomoćnosti i napuštenosti te čak kao i osjećaj krivnje (neposluh prema roditeljima). U ovoj fazi, poznata i kao depresivna, dijete se povlači u sebe, izbjegava igru i zabavu. Svijet djeteta u ovoj fazi postaje ograničen i „taman“.

Faza prividne prilagodbe je češća kod dužih hospitalizacija te u toj fazi djetetovo ponašanje se čini svakodnevnim, dijete komunicira s okolinom, prihvaća situaciju no posljedice su uočljive po povratku kući (7).

3.1.2. Priprema za hospitalizaciju prema djetetovoj dobi

Prilagodba skrbi i način komunikacije s djecom tijekom boravka u bolnici ovisi o njihovoj dobi odnosno kognitivnoj i emocionalnoj zrelosti, pa je važno da zdravstveni djelatnici svoj pristup prilagode razvojnoj fazi i individualnim potrebama djeteta.

Dojenčad i malu djecu do 2. godine potrebno je pripremiti za pretragu ili operaciju neposredno pred događaj jer nemaju razvijen pojam o vremenu. Može se koristiti tehnika preusmjeravanja pažnje (držati čvrsto nekog za ruku, gledati u nešto, pjevati i slično). Kako bi dijete dobilo priliku za osjećaj kontrole u novonastaloj situaciji, svakako se preporuča omogućiti nekakve sitne ali značajne odluke koje nisu u sukobu s

liječenjem (primjerice prilikom vađenja krvi izabrati ruku ili ako uzima lijek s kojim će ga pićem popiti, koje boje će biti čaša i sl).

Priprema djece predškolske dobi od 3. do 6. godine obavlja se u obliku kraćeg razgovora prije obavljanja postupka (nekoliko dana do tjedan). Dječja pitanja su kvalitetan i dobrodošao pokazatelj razumijevanja i spremnosti za proceduru. Neke od intervencija za što bolju pripremu su: preusmjeravanja pažnje, kratka, jednostavno i jasna objašnjenja, slikovni materijali o odlasku u bolnicu, načinima liječenja, o samoj bolesti i edukaciji o istoj, preoperativni razgovori, igranje te zasigurno najvažnije, bliskost sa zdravstvenim osobljem te najjednostavnije, prisutnost najdraže igračke. Uz navedeno je dobro poticati dijete na postavljanje pitanja.

Kod pripreme za medicinske postupke kod djece školske dobi od sedme do dvanaeste godine intervencije su: davanje informacija (kratki verbalni opis procedure s terminima prilagođenim djetetu), pisani materijali o bolesti ili odlasku u bolnicu, snimke vršnjaka sa sličnim iskustvima i poticaje razgovora u svrhu što lakšeg nošenja sa stresom. Što se tiče pružanja informacija uobičajeno je davati ih prvi put tjedan dana prije procedure, a za djecu kod koje je izraženija tjeskoba ili pak ona djeca koja već imaju iskustva vezana uz liječenje preporuča se provoditi razgovore te ih suočavati s boravkom u bolnici i nekoliko tjedana prije.

Kod pripreme adolescenata za medicinske pretrage, operaciju ili slično, preporučljivo je koristiti sljedeće intervencije: davati konkretne i jasne informacije, uključujući opis očekivanih iskustava i novonastalih emocija, snimke vršnjaka sa sličnim iskustvima, ili jednostavno nabrajati primjere djece koja su prošla kroz slična iskustva. Informiranje adolescenata treba započeti čim je donesena odluka o operaciji ili drugom medicinskom postupku. Savjetovanje s vršnjacima potrebno je i važno omogućiti. Pružanje skrbi zahtijeva od medicinske sestre i drugih zdravstvenih djelatnika da zauzmu aktivnu ulogu u psihološkim i emocionalnim potrebama djeteta. Istraživanje koje je provedeno o tome kako hospitalizirana djeca doživljavaju sestre i njihovo ponašanje pokazuje da djeca preferiraju sestre s pozitivnim stavom i pristupom te one koje se smiju i koriste lijepe riječi, omogućavaju zabavu i veselje u skladu s dobi djeteta, pružaju osjećaj sigurnosti i zaštite u nepoznatoj okolini djeteta te se odnose prema njima s uvažavanjem njihove osobnosti i potreba, te im pružaju podršku i utjehu (4).

3.2. Privrženosti i vrste privrženosti

Pojam *privrženost* odnosi se na odnos između dviju osoba koje imaju jake emocionalne veze i trude se održati svoje odnose.

U užem smislu, odnosi se na jaku emocionalnu vezu između djeteta i onoga tko se brine o njemu, najčešće roditelja ili skrbnika.

Privrženost se pokazuje kroz sreću, radost i sl. kada je dijete s roditeljem, odnosno kroz strah, neugodu i sl. kada se odvaja od roditelja, ili u traženju utjehe u roditelju kada je u nepoznatoj ili opasnoj situaciji.

Dijete, ovisno o reakcijama odrasle osobe kojoj je privrženo, može razviti zdravu (sigurnu) privrženost ili nekvalitetnu privrženost (tzv. izbjegavajuću ili anksioznu). Okolina koja osigurava djetetu stalnost nazočnosti jedne odrasle osobe i roditelj koji zadovoljava djetetovu potrebu za toplim fizičkim kontaktom i pruža mu osjećaj ugone i nježnosti, šalje poruku da je dijete sigurno.

Majka ili drugi skrbnik koji je psihološki nedostupan i ne reagira na emocionalne potrebe djeteta, potiče u djeteta razvoj izbjegavajuće privrženosti, dok okolina koja ponekad odgovara na dječje potrebe za blizinom i emocionalno je dostupna, a ponekad je nedostupna i kažnjavajuća, razvija u djeteta tzv. anksioznu privrženost.

Ispitivanjem se došlo do karakteristika djece koja su razvila sigurnu, izbjegavajuću ili anksioznu privrženost.

Sigurna privrženost

- Djeca koriste odraslu osobu kao bazu iz koje istražuju svijet,
- Sigurna su u majčinu ljubav
- Na odvajanje od majke reagiraju s manje straha
- Pokazuju više istraživačkih ponašanja
- Bolje rješavaju probleme
- Imaju bolje vršnjačke odnose
- Kad odrastu, sretniji su u vezama, veze duže traju, imaju povjerljive prijatelje

Izbjegavajuća privrženost

- Djeca ne vole kontakt kožom-na-kožu, grljenje, maženje
- Takva djeca pokazuju malo ili nimalo opreznosti pred strancima i postaju uznemireni tek kad ostanu sami
- Pokazuju manjak suradnje, istraživalačkog ponašanja i empatije
- Izbjegavaju emocionalne odnose.

Anksiozna privrženost

- Djeca su nesigurna i bojažljiva
- Sve odrasle figure doživljavaju kao nepouzdana

U jednom istraživanju primijenjena je tehnika koja je kasnije postala najkorištenija za ispitivanje privrženosti. Prvo majka i dijete ulaze u nepoznatu sobu i dijete se pušta da istražuje, zatim ulazi nepoznata osoba i majka napušta prostoriju, na kraju se majka vraća i stranac odlazi, uz još nekoliko puta ponavljanja iste sheme.

Djeca različito reagiraju, a njihove reakcije se umnogome razlikuju, no razlika je u stupnju povezanosti uz majku i tipu povezanosti. Jednogodišnjaci koji su bili sigurno privrženi, svoje su majke doživljavali kao baze za istraživanje svijeta, istraživali su samostalno povremeno se vraćajući u njihovo krilo, kad je majka otišla reagirali su na njen odlazak kao na stresnu situaciju, a čim se majka pojavila potražila su njenu utjehu. Ona djeca koja su razvila izbjegavajuću privrženost, ne plaču kad mama odlazi, izbjegavaju je kad se vrati i čini se da su na nju ljuta. Anksiozno privrženost djeca na mamin povratak reagiraju s dvostrukim porukama, istovremeno tražeći njenu blizinu, ali i fizičkom agresijom i slično (5).

Tijek razvoja privrženosti

„0-6 tjedana – faza predprivrženosti:

- Dijete prepoznaje miris i glas majke (skrbnika), ali podjednako reagira na sve osobe u svojoj okolini
- Dijete okolini upućuje različite "signale privlačenja" (grljenje, praćenjem pogledom, smiješak)

- Dijete se umiruje i utješi kad ga se primi u naručje, gladi i govori mu se tihim glasom, ali mu je još svejedno koja to osoba radi

6 tjedana- 6 (8) mjeseci – faza nastajanja privrženosti:

- Dijete počinje iskazivati drugačije reakcije prema "najvažnijoj osobi" (skrbniku) nego prema ostalima
- Više gukanja i upućivanja smiješaka usmjerava prema skrbniku nego prema ostalima
- Brže se umiruje i prestaje plakati u naručju skrbnika
- Još ne pokazuje nikakav strah ili prosvjed pri odvajanju od skrbnika

6 (8) mjeseci -18 (24) mjeseca – faza jasno izražene privrženosti:

- Započinju znakovi izražene privrženosti u obliku prosvjeda zbog odvajanja i straha od nepoznatih ljudi. Taj razvoj znakova privrženosti povezan je s djetetovim ostalim razvojnim postignućima: s uspostavljanjem pojma postojanosti predmeta (pamćenje skrbnikova lika), razvojem emocije straha i s usavršenim kretanjem puzanjem, koje mu omogućuje slijeđenje skrbnika
- Skrbnik može najbolje i najbrže utješiti i umiriti dijete uznemireno zbog odvajanja, i to već samom svojom nazočnošću i dodirom
- Dijete pokazuje sigurnost i hrabrost istraživanja okoline u blizini skrbnika

18 mjeseci- 2 (3) godine – faza recipročnog odnosa:

- U spoznajnom razvoju započinje primjena predodžbi i govora (unutarnjih reprezentacija) te dijete postupno počinje razumijevati privremenost odvajanja, osobito ako mu skrbnik kratko i jasno rastumači razlog odvajanja i kako će dijete i s kim provoditi vrijeme odvojenosti. Prosvjed zbog odvajanja postupno se smanjuje i većina djece s navršene tri godine može podnijeti privremenu odvojenost od skrbnika“ (11).

Za dijete, razvoj privrženosti najvažniji je oblik razvoja u okviru emocionalno-socijalnog razvoja. Osjećaj sigurnosti koji je nastao iz odnosa između majke (ili oca) i

djeteta stvara osnovno povjerenje i nepovjerenje u odnosima i definira vjerovanje djeteta o tome kako će okolina reagirati na njegove potrebe.

Djeca koja su razvila sigurnu privrženost znatijeljnija su, spoznajno bolje razvijena i socijalno kompetentnija, njihov razvoj ide u smjeru sve veće nezavisnosti i uspostavljenog povjerenja u skrbnika i okolinu.

3.2.2. Anksioznost i strah zbog odvajanja

Separacijska anksioznost je strah napuštanja sigurnosti emocionalno bliskih osoba ili doma djeteta te je kod hospitalizacije posebno izražena. Gotovo sva djeca imaju periode kada se ne žele odvojiti od svojih roditelja pri odlasku na liječenje, no to ne znači da oni tada razvijaju patološku separacijsku anksioznost.

Roditelj i medicinsko osoblje treba imati na umu da je određen stupanj nelagode pri odvajanju prirodan te tome pristupiti smireno i strpljivo. Strepnja zbog ovakve vrste odvajanja je bliža depresiji nego klasičnom strahu. Separacijska anksioznost u patološkom smislu najčešće se javlja u djece koja su posebno osjetljiva na odvajanje od za njih bitnih osoba (majke, oca, bake ...) ili od prostora stana/kuće. Postoje čak tvrdnje da odustnost takve vrste anksioznosti upućuje na poremećen razvoj, kao djeca odgajana u bezličnim institucijama na kraju će imati odsutnost reakcija na svakog tko pokaže za njih neku sklonost i pozitivne emocije, to jest emocionalno su nedostupni.

Pokušaj odvajanja djeteta rezultira pojavom simptoma koji nam ukazuju da se radi o pojačanoj separacijskoj anksioznosti.

Za razliku od razvojno "normalne", patološku separacijsku anksioznost karakteriziraju:

- ekstremna nelagoda zbog separacije koja u ekstremnom obliku dostiže panične razmjere,
- morbidne brige o potencijalnoj opasnosti koja prijete obiteljskom integritetu,
- ekstremno izražena potreba i zahtijevanje djeteta da ponovno bude s osobom kojoj je privržen.

Kad je odvojeno od roditelja, dijete doživljava jaku pobuđenost autonomnog sustava (tahikardiju, bolove u trbuhu, glavobolje, mučninu, povraćanje). Dijete se boji da će se dogoditi nešto katastrofično, strašno. Djeca se često žale na tjelesne simptome (glavobolju ili bolove u trbuhu, mučninu i povraćanje) koji su praćeni izbjegavanjem surađivanja.

Djeca koja imaju pojačanu separacijsku anksioznost često su zakinuta za normalni društveni razvoj. Kasnije se ne uključuju se u slobodne aktivnosti, ne odlaze u vrtić, ne mogu prisustvovati rođendanu ako s njima nije i roditelj i slično (5).

3.2.3. Neprijateljska nastrojenost

Neprijateljstvo je posljedica neuspjele prilagodbe iako se neprijateljstvu posvećuje manje pažnje nego li anksioznosti. Kod prvog susreta nakon odvajanja često se dogodi da dojenče ili dijete ne obraća pažnju na roditelje i nakon toga postaje srdito, ljutito tijekom kraćeg ili duljeg perioda. Dojenčad i mala djeca nisu sposobna shvatiti razlog odvajanja ni realnost situacije te su usmjereni na osjećaj da trebaju majku a nje nema. U njihovim očima ona je loša i na nju je ljutnja usmjerena. Ovdje najbolje vidimo kako privrženost uvijek dolazi i sa dozom negativnih emocija. Osjećaj ljubavi prati i strah, srdžba, strepnja. Kada negativne komponente nadvladaju nastupa poremećen razvoj privrženosti.

3.3. Uloga medicinske sestre

Osim uobičajenih zadataka medicinske sestre što se provode tijekom hospitalizacije, je također, i skrb o djetetovim navikama i njegovoj rutini. Prije svega medicinska sestra pri dolasku djeteta na hospitalizaciju predstavlja sponu pri kvalitetnoj prilagodbi djeteta na postupke liječenja i ostalo osoblje. Roditelji bi trebali upoznati medicinsku sestru s navikama djeteta. Medicinska sestre preuzima ulogu zamjenskog roditelja, no treba biti oprezan jer vezivanje za jednu sestru otežava smjenski rad. U hospitalizaciji djeteta najvažnija uloga sestre je da omogući što bezbolniju prilagodbu,

spriječiti hospitalizam i skрати vrijeme prilagodbe. Djetetu treba postepeno objašnjavati instrumente, pretrage te sve što ga zanima. Pri tome je važno da je sestra iskrena prema djetetu i srdačna, te da mu ulijeva povjerenje.

3.3.1. Psihološki pristup

Kao što je već naglašeno, rad s djecom osim znanja i iskustva zahtjeva osobnost medicinske sestre koja uključuje: nježnost, pouzdanost, povjerljivost, prikladnost vrijednosti i stavova.

Kod prilaženja djetetu osim verbalne komunikacije, važna je jako i neverbalna. Položaj tijela, ruku, kontakt očima, osmijeh, sve su stavke koje dijete uočava, jer ga i najmanji detalj može razdražiti ili oraspoložiti.

Kod pristupa djetetu važno je prije svega upitati roditelja ili skrbnika o karakteru djeteta, i procijeniti cjelokupnu situaciju. Djetetu treba dati posebnu važnost kakvu i zaslužuje te se nipošto ne ponašati kao da djeteta nema niti umanjivati njegove tegobe i strah. Djetetu treba prići smireno s osmijehom na licu te mu se predstaviti i strpljivo pokušavati uspostaviti komunikaciju. Te sestra treba roditeljima pokazati sobu u koju će dijete biti smješteno.

3.3.2. Sestrinske intervencije i dijagnoze

Prilikom prijema na odjel medicinska sestra mjeri: tjelesnu temperaturu, tjelesnu dužinu-visinu, tjelesnu težinu, obim glave i prsnog koša i vitalne znake. Sve dobivene podatke unosimo u temperaturnu listu. Mjerenje tjelesne težine vrši se kako na prijemu tako u daljem boravku djeteta u bolnici. Dojenče se važe svaki dan i to ujutro prije obroka golo i stavi na izvaganu pelenu. Dobivena vrijednost se odbija od ukupne težine. Ovo se odnosi na dojenčad uzrasta od 0 –12 mjeseci. Starija djeca se važu na prijemu i jednom tjedno, a po potrebi i svakodnevno.

Mjerenje tjelesne dužine dojenčeta izvodi se u Pirquetovu koritu. Dijete se polegne u korito na pelenu, drži se fiksirana glava, zatim se ispruže noge, pomjeramo pomoćnu

dasku do stopala, te očitamo dužinu. Veću djecu mjerimo na vagi koja ima visinometar na slijedeći način: dijete stane okrenuto leđima uz visinometar sa normalno uzdignutom glavom i sastavljenim nogama jedna uz drugu odnosno stopalima te se očita visina.

Mjerenje respiracija vrši se dok dijete spava ako je malo ili u mirnom stanju kod veće djece, u toku jedne minute. Mjerenje pulsa vrši se na svakoj površinskoj arteriji koja prilježe uz čvrstu podlogu kosti. Mjerimo ga najčešće na arteriji radijalis, arteriji karotis ili arteriji temporalis, a vršimo jagodicama drugog, trećeg i četvrtog prsta, uz kontrolu sata, brojanjem otkucaja u jednoj minuti.

Također svakodnevno pratimo stolicu, te unos/iznos tekućina (10).

Moguće sestrinske dijagnoze kod djece su:

1. Strah
2. Tjeskoba
3. Smanjeno podnošenje napora
4. Socijalna izolacija
5. Nesanica
6. Smanjen unos hrane
7. Bol

4. Zaključak

Djeca su skupina u zdravstvu koja zahtijevaju poseban odnos i pristup te uz dijete dobivamo i roditelja kao pacijenta. Kvalitetna priprema djeteta na hospitalizaciju uvelike skraćuje simptome hospitalizma te omogućuje bolju prilagodbu djeteta da bi mu boravak u bolnici bio što manje potresan sa što boljom integracijom u svakodnevni život.

Komunikacija kojom medicinska sestra uspostavlja odnos je glavno sredstvo i oružje kojom može „pridobiti“ dijete te joj treba posvetiti najviše pažnje.

Najidealniji način za dodatnu prilagodbu je primanje majki skupa s djecom, tj. osnivanje odjela gdje bi majke mogle biti cijelo vrijeme s djecom te na takav način olakšati i osoblju i djeci. Postoje istraživanja da takav potez poboljšava opće zdravstveno stanje djeteta, smanjuje proces prilagodbe i ublažava psihičke tegobe.

Svako (naglo) odvajanje djeteta od majke ostavlja posljedice na razvoj djeteta te što je dijete manje posljedice su veće.

Najteže posljedice odvajanja u ranijoj dobi su hospitalizam i anaklitička depresija.

Važan savjet medicinske sestre roditeljima:

- „Djecu možete upoznati s bolnicom, s time što ga očekuje i pretragama sukladno njegovoj kronološkoj dobi i na način da primjerice kupite igračke (stetoskop, toplomjere, zavoje...) i upoznate ga s medicinskim postupcima, možete čitati slikovnice ili knjige o boravku djeteta u bolnici.
- Recite djetetu kako će boravak u bolnici biti ograničenog trajanja i da će se vratiti kući čim ozdravi. Naglasite kako ćete ga redovito posjećivati. Uključite ga u pripremu stvari, ponesite drage igračke, predmete i stvari kojima se može zabaviti. Nekada odrasli imaju potrebu „prevariti“ mlađu djecu primjerice uvjeravajući ga da ga određeni postupak neće boljeti, ili bježe iz posjeta djetetu u bolnici pod izgovorom da idu samo na nekoliko minuta u trgovinu i slično, sve sa namjerom da dijete ne bi plakalo. Kako bi dijete imalo povjerenje u odrasle i da bi imalo osjećaj kontrole i sigurnosti, iznimno je važno da ne obmanjujete dijete.

- Roditelj se ne treba bojati djetetovog plakanja, nego ga prihvatiti kao uobičajenu reakciju na po dijete stresnu situaciju. Djetetu treba dopustiti da izrazi uznemirenost, strah i tugu.
- Pokušajte ne iskazivati vlastitu uznemirenost pred djetetom, kako ne bi zaključilo da je bolnica opasno mjesto za njega. Trudite se zajedničko vrijeme u bolnici provesti u igri, čitanju i razgovoru o svakodnevnim stvarima“ (2).

5. Sažetak

Bolesno dijete dolaskom u bolnicu mijenja svakodnevno okruženje. Zdravstveni djelatnik koji dolazi u dodir sa malim pacijentom trebao bi poznavati načela psihologije djeteta i uzeti u obzir sve komponente. Novim istraživanjima dolazimo do spoznaje kako pristupiti djetetu, razumjeti njegovo ponašanje te predviđanje reakcija koje se mogu pojaviti. Treba uzeti u obzir da su djeca jako osjetljiva te se psihologija zdravog djeteta razlikuje od psihologije bolesnog. Medicinska sestra je glavna poveznica između dobre prilagodbe djeteta i procesa hospitalizacije te sve što uz nju dolazi.

Važno je savjetovanje roditelja te kako probuditi njihovu svijest da doprinesu što uspješnijem liječenju djeteta.

Također nakon hospitalizacije važno je ukazati roditeljima na djetetov povratak svakodnevnici i obavezama. Popuštanje na račun bolesti čini malu osobu dodatno zbunjenom i teže prilagodljivom.

6. Summary

Sick child coming to the hospital is changing daily environment. The health worker who comes into contact with a small patient should know the principles of the psychology of the child and take into account all the components. The new research comes to know how to approach a child, understand his behavior and predict the reactions that can occur. It should take into account that children are very sensitive and the psychology of a healthy child is different from the psychology of the sick. The nurse is the main link between good adaptation of the child and the process of hospitalization and all that comes with it.

It is important to counsel parents and to awaken their consciousness to contribute to successful treatment of the child. Also after hospitalization it is important to point out to parents on the child's return and lifestyle commitments. The easing on account of disease makes a person a little further confused and difficult customizable.

7. Literatura

1. D. Baraban, Z. Mandić, M. Majdandžić. Stupanj zadovoljstva roditelja bolničkom skrbi djece. Zagreb 2004. Preuzeto: 13.12.2015. Dostupno na: <http://www.paedcro.com/hr/265-265 ; 1>
2. Križan V. Kako djetetu olakšati bolničko liječenje. Poliklinika za zaštitu djece. Zagreb 2013. Preuzeto: 13.12.2015. Dostupno na: <http://www.poliklinika-djeca.hr/za-roditelje/stresni-dogadaji/kako-djetetu-olaksati-bolnicko-lijecenje/>
3. Prvčić I., Rister M. Dijete u bolnici- što može pomoći? Zagreb 2004. Preuzeto: 16.12.2015. Dostupno na: <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/551/1/>
4. Kostović Srzentić M., Gavran Ž. Znanje medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi za medicinske postupke. Katedra za zdravstvenu psihologiju, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2009. Preuzeto: 17.12.2015. Dostupno na: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/770/737>
5. Vrsaljko J., Gjurković T. Vrste privrženosti između roditelja i djeteta. Zagreb 2013. Preuzeto: 20.12.2015. Dostupno na: <http://www.roditelji.hr/jaslice/razvoj/vrste-privrzenosti-između-roditelja-djeteta/>
6. Puljak Iričanin Z. Hospitalizacija. Katedra za zdravstvenu psihologiju, Zagreb. Preuzeto: 02.01.2016. Dostupno na: <https://ldap.zvu.hr/~zrinka/PDFzaweb/HOSPITALIZACIJAzaWEB.pdf>
7. Čančar Antolović I. Djeca i bolničko liječenje. Preuzeto: 02.01.2016. Dostupno na: <http://www.pjesmicezadjecu.com/zdravlje/djeca-i-bolnicko-lijecenje.html>
8. Rodin U., Mujkić Klarić A., Ivičević Uhernik A., Štefančić V., Meštrović J., Gereš N. Hospitalizacije djece u Hrvatskoj u razdoblju 2003.-2012. godine. Dubrovnik 2014. XI.kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva i Hrvatske udruge medicinskih sestara. Preuzeto: 03.01.2016. Dostupno na: <http://bib.irb.hr/prikazirad?rad=729921>
9. Centar za komunikaciju. Komunikacija za roditelje. Preuzeto: 05.01.2016. Dostupno na: <http://www.zivotna-skola.hr/vjestine/komunikacija.html#2>
10. Vasić N. Priručnik za pedijatrijske medicinske sestre. Sarajevo 2003. Preuzeto 10.01.2016. Dostupno na: <http://pedijatrija-sa.ba/pdf/prirucnikzapedsestre.pdf>

11. Bosanac D. Privrženost. Preuzeto: 07.01.2015. Dostupno na:
www.pbl.hr/Datoteke/Privrzenost.aspx

8. Životopis

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Anamarija Oman
Datum i mjesto rođenja: 22.08.1991. Split
Adresa: Ulica kneza Domagoja 11
Telefon: 095/ 846- 0478
E mail: anamarija.oman@windowslive.com

OBRAZOVANJE:

Osnovnu školu završila u Trogiru 2006.godine.
Srednju Zdravstvenu školu smjera farmaceutski tehničar 2010. u Splitu.
Položila stručni ispit za farmaceutskog tehničara 2012. godine.
Iste godine upisala Sveučilišni studij, Odjel zdravstvenih studija, smjer sestrinstvo kao redovni student.

VJEŠTINE:

Poznaje rad na računalu te ga aktivno koristi.
Od stranih jezika se koristi engleskim jezikom.