

11. *Macan J.* Procjena preosjetljivosti dišnog sustava i kože tijekom prethodnih pregleda. (Magistarski rad). Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1998.
12. *Memme T, Nielsen NH.* Epidemiology of allergic contact dermatitis. U: Scheynius (ur). Postgraduate course in allergological aspects of dermatology. Stockholm: EAACI-IAACI, 1994:37–48.
13. *Kaplan AP.* Urticaria and angioedema. U: Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW (eds). Allergy. Principles & Practice. 5th edition. St. Louis: Mosby Year Book, 1998:1104–122.
14. *Blumenthal M, Bonini S.* Immunogenetics of specific immune responses to allergens in twins and families. U: Marsh DG, Blumenthal M (eds). Genetic and environmental factors in clinical allergy. Minneapolis: University Minnesota Press; 1990:132–42.
15. *Solomon VR, Platts-Mills TAE.* Aerobiology and inhalant allergens. U: Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW (eds). Allergy. Principles & Practice. 5th edition. St. Louis: Mosby Year Book, 1998:367–403.
16. *Platts-Mills TAE.* Allergens. U: Frank MM, Austen KF, Claman HN, Unanue ER (eds). Samter's Immunologic Diseases. Boston: Little & Company, 1995:1231–56.
17. *Kanceljak-Macan B, Macan J, Plavec D.* Alergeni vanjskih i unutarnjih prostora i dišni sustav. Arh Hig Rada Toksikol 2000;51(3):321–33.
18. *Behrendt H, Kramer U, Schafer T, Kasche A, Eberlein-Konig B, Darsow U, Ring J.* Allergotoxikology – a research concept to study the role of environmental pollutants in allergy. ACI International 2001;13:122–8.
19. The European Environmental and Contact Dermatitis Research group (EECDRG). The European standard series. Contact Dermatitis 1995;33:145–8.
20. *Macan J, Milković-Kraus S.* Profesionalne alergijske bolesti kože i njihova prevencija. Sigurnost 1996;38(3):237–43.
21. *Ring J.* Allergy and Modern Society: Does «Western Life Style» Promote the Development of Allergies? Int Arch Allergy Immunol 1997;113:7–10.
22. *Paoletti P, Baldacci S, Simoni M, Biavati P, Carozzi L, Pedreschi M, Modena P, Vellutini M, Diviggiano E, Ballerin L, Viegi G, Sapigni T, Giuntini C.* Tobacco smoking and allergy. U: Godard PH, Bousquet J, Michel FB (ur): Advances in allergology and clinical immunology. Carnforth: Parthenon Publishing Group Ltd 1992;349–58.
23. *Kanceljak-Macan B, Plavec D, Pavlović M, Štilinović L.* Prevalencija pokazatelja atopije u odrasloj populaciji Zagrebačke županije. Liječ Vjesn 1996;118:259–63.
24. *Bjorksten B.* Risk factors in early childhood for the development of atopic diseases. Allergy 1994;49:400–7.
25. *Gereda JE, Leung DYM, Thatayatikom A, Streib JE, Price MR, Klennert MD, Liu AH.* Relation between house-dust endotoxin exposure, type 1 T-cell development, and allergen sensitization in infants at high risk of asthma. Lancet 2000;355:1680–3.
26. *Schwartz DA.* The role of TLR4 in endotoxin responsiveness in humans. Journal of Endotoxin Research 2001;7:389–93.
27. *von Mutius E.* Infection: friend or foe in the development of atopy and asthma? The epidemiological evidence. Eur Respir J 2001;18:872–81.
28. *Reed CE, Milton DK.* Endotoxin-stimulated innate immunity: A contributing factor for asthma. J Allergy Clin Immunol 2001;108:157–66.
29. *Michel O, Kips J, Duchateau J, Vertongen F, Robert L, Collet H, Pauwels R, Sergysels R.* Severity of asthma is related to endotoxin in house dust. Am J Resp Crit Care Med 1996;154:1641–6.
30. *Kanceljak-Macan B, Macan J.* Suvremeni način života i alergijske bolesti. Medicus 2000;9:73–7.
31. *Nakano Y, Nakamura S, Hirata M, Harada K, Ando K, Tabuchi T, Matunaga I, Oda H.* Immune Function and Lifestyle of Taxi Drivers in Japan. Industrial Health 1998;36:32–9.
32. *Kiellman NIM.* Prevention of allergy. Myth or reality? U: Godard PH, Bousquet J, Michel FB (eds): Advances in allergology and clinical immunology. Carnforth: Parthenon Publishing Group Ltd 1992;401–14.
33. *McNally NJ, Phillips DR, Williams HC.* The problem of atopic eczema: aetiological clues from the environment and lifestyles. Soc Sci Med 1998;46(6):729–41.
34. *Salvaggio JE.* The impact of allergy and immunology on our expanding industrial environment. J Allergy Clin Immunol 1990;85:689–99.
35. *Godnić-Cvar J, Kanceljak-Macan B, Žuškin E.* Profesionalna bronhalna astma. Školska knjiga, Zagreb, 1994.
36. *Kanceljak-Macan B.* Profesionalna bronhalna astma. Medicus 1997;6:61–5.
37. *Milković-Kraus S, Macan J.* Can pre-employment patch testing help to prevent occupational contact allergy? Contact Dermatitis 1996;35:226–8.
38. *Kanceljak-Macan B, Macan J, Buneta L, Milković-Kraus S.* Sensitization to non-pyroglyphid mites in urban population of Croatia. Croatian Med J 2000;41:54–7.
39. *Macan J, Kanceljak-Macan B, Žuškin E, Milković-Kraus S.* Sensitization to storage mites in urban working environment. Arh hig rada toksikol 1998;49:27–32.
40. *Macan J, Kanceljak-Macan B.* Prevalence of sensitization to Dermatophagoides pteronyssinus in several industrial populations. Arh hig rada toksikol 1995;46:399–404.
41. Prevention of allergy and asthma. Interim report. WHO/IAACI Meeting, Geneva 1999. ACI International 2000;12:288–301.
42. *Milković-Kraus S, Žarković-Muselinović N.* Pre-employment screening for contact dermatitis among the pupils of a metal industry school. Contact Dermatitis 1991;24:342–4.
43. *Kanceljak-Macan B, Macan J, Plavec D, Milković-Kraus S.* Preemployment screening for atopic respiratory and skin disorders. U: XVI European Congress of Allergology and Clinical Immunology – EAACI 95. Basomba A, Hernandez F de Rojas (eds.) Proceedings II, Monduzzi editore, Bologna 1995:893–7.
44. *Macan J, Milković-Kraus S.* Značaj asimptomatske senzibilizacije dišnog sustava pri prethodnim pregledima. Mostarinsia 1999;10:65–70.
45. *Macan J, Kanceljak-Macan B.* Profesionalne alergijske bolesti dišnog sustava i njihova prevencija. Sigurnost 1997;39(1):21–30.
46. *Macan J, Kanceljak-Macan B.* Alergija na lateks – opasnost od gumenih osobnih zaštitnih sredstava. Sigurnost 1998;40(4):295–301.

## SUVREMENI PRISTUP BOLNIČKOM ZBRINJAVANJU DJECE

### CONTEMPORARY APPROACH TO CHILDREN'S HOSPITALIZATION

ZORA ZAKANJ, JOSIP GRGURIĆ, EMIL PARAVINA\*

**Deskriptori:** Djeca u bolnici – psihologija; Hospitalizacija

**Sažetak.** Cilj je ovoga rada prikazati način hospitalizacije djece u nas i u svijetu, s naglaskom na suvremenim spoznajama i nastojanjima za stvaranje što humanijeg odnosa prema hospitaliziranom djetetu. To se prije svega odnosi na stvaranje uvjeta za što kraći boravak djeteta u bolnici; na zalaganje za prava djeteta na roditelja tijekom boravka u bolnici; na smanjenje psihičke i fizičke boli djeteta te na ostale sadržaje za djecu u bolnici. Ovakav pristup djetetu u bolnici podupire ideju holističkog pristupa bolesnomu djetetu i otvara put suradnji svih profila stručnjaka zdravstvenih i društvenih usmjerenja u pomoći djetetu u bolnici.

\* **Klinika za pedijatriju, Klinika za dječje bolesti Zagreb** (mr. sc. Zora Zakanj, dr. med.; prof. dr. sc. Josip Grgurić, dr. med.), **Savez društava »Naša djeca« Hrvatske, Zagreb** (Emil Paravina, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Mr. sc. Z. Zakanj, Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klaićeva 16, 10000 Zagreb

Primljeno 20. lipnja 2002., prihvaćeno 21. siječnja 2003.

**Descriptors:** Child, hospitalized – psychology; Hospitalization

**Summary.** The article presents children's hospitalization in the Republic of Croatia and in the world, with the accent on contemporary awareness and efforts in humanization of children's hospitalization. First of all, that means shorter children's hospitalization; pledge on the rights of parent's cooperation in medical care and all treatments; reduction of physical and emotional pain of the children, and also other different contents for children in hospital. Such approach to the children in hospital requires the interdisciplinary approach, with participation of all experts in sick children and their family care.

Liječ Vjesn 2003;125:87–91

Prema Konvenciji o pravima djeteta, pravo na zdravlje jedno je od temeljnih prava djeteta,<sup>1</sup> posebno ako se radi o djetetu koje je bolesno i kao takvo ima potrebu za boravkom u bolnici. Narušeno fizičko zdravlje djeteta koje je najčešći uzrok boravku djeteta u bolnici, uz neizostavnu prisutnu fizičku traumu, dovodi i do psihičkih posljedica za dijete, ako mu se tijekom hospitalizacije uskraćuje pravo na roditelje.

Holistička medicina globalni je trend u medicinskoj skrbi i ona ne uključuje samo ostvarivanje najviših mogućih standarda u dijagnostici i liječenju već i posebnu brigu za bolesno dijete od početka bolesti, preko smještanja u bolnicu, sve do ozdravljenja. Posljednjih pedesetak godina razvijaju se novi pristupi djetetu u bolnici, koji nastoje učiniti bolničku sredinu što više prijateljskom za dijete, vodeći posebnu brigu o indikacijama za hospitalizaciju, o načinima zbrinjavanja djece u dnevnim bolnicama, o neograničavanju posjeta, o zajedničkom boravku roditelja i djece u bolnici te o ostalim sadržajima prihvatljivim djeci, a koji će umanjiti strah od hospitalizacije.<sup>2</sup>

Kada se govori o pravu djeteta na roditelja u bolnici, to ne znači samo dopustiti posjete roditelja bolesnomu djetetu, već znači zajednički boravak roditelja i bolesnog djeteta što je vremenski više moguće. Krajem 70-ih godina u literaturi se navodi potreba zajedničkog boravka majka-dijete, dok noviji navodi problem sagledavaju puno šire i govore o potrebi smještaja majka-otac-dijete.<sup>3</sup>

Zdravstveni djelatnici uključeni u pedijatrijsku skrb, prema novim zahtjevima i postavkama rada s djecom, a vodeći računa o pravima djeteta, trebali bi biti educirani o tome kako pristupiti djetetu i roditelju, kako poštovati osobni dignitet djeteta i roditelja; o brizi za dijete i roditelja u bolnici; o načinima davanja informacija roditelju na način koji će razumjeti i prihvatiti; o kvaliteti pedijatrijske zdravstvene skrbi; o emocionalnim potrebama bolesnog djeteta i njegove obitelji; voditi brigu o tome da bolesno dijete ima potrebu za rastom, igrom i učenjem; o tome kako dijete i roditelja uključiti u način donošenja odluka.<sup>4</sup>

Osim zdravstvenih djelatnika, o svojim pravima tijekom boravka u bolnici, trebala bi na adekvatan način biti upoznata i sama djeca te njihovi roditelji, ali i liječnici koji se u okviru primarne zdravstvene zaštite brinu za dijete, da upoznaju roditelje i djecu s njihovim pravima kao pacijenta; da ih prema potrebi i indikaciji upute na bolničko liječenje gdje će biti u stalnom kontaktu s liječnikom koji liječi dijete u bolnici te da nakon izlaska djeteta iz bolnice posvete posebnu pažnju fizičkom i psihičkom oporavku djeteta.<sup>5</sup>

U brizi za zdravlje djece važnu ulogu ima bolničko liječenje djece, osobito djece kojoj je potrebna intenzivna medicinska skrb, koja se u današnjim uvjetima ne može osigurati u djetetovoj prirodnoj sredini – obitelji.

Prve bolnice za djecu pojavljuju se početkom 19. stoljeća, a prva dječja bolnica bila je *Hospital des enfants malades* u Parizu, osnovana 1802. godine. U početku je broj hospitalizirane djece bio vrlo malen, gotovo zanemariv, u odnosu na broj odraslih koji su liječeni u bolnici, a djeca su hospitalizirana na odjelima zajedno s odraslima. Većinom se hospitaliziraju samo siromašna i socijalno deprivirana djeca, higijena je u ustanovama u kojima su se liječila djeca bila na vrlo niskoj razini, javljale su se česte i smrtonosne bolničke infekcije, a bilo je i

relativno malo stručnjaka osposobljenih za patologiju dječje dobi<sup>6</sup> pa je razumljivo kakve su posljedice na psihičko zdravlje djeteta proizlazile iz ovakvog pristupa prema djetetu u bolnici.

Dva stoljeća kasnije, na kraju 20. stoljeća, pokušavaju se odstraniti negativni utjecaji hospitalizacije, odnosno stvoriti što humaniji odnosi u postupku prema djetetu u bolnici.<sup>7</sup> U jedinicama pedijatrijske intenzivne njege osoblje dopušta stavljanje fotografije roditelja uz uzglavlje djeteta, a istraživanje Macnaba i suradnika je pokazalo da roditelji to čine nesvjesno, ostavljajući poruku o želji stalnog boravka uz dijete i vjerovanju da će mu to pomoći u prevladavanju stresa vezanog uz boravak u jedinici intenzivnog liječenja. Osoblje je također sklono takvim gestama roditelja, uz napomenu da ostvaruje puno bolju komunikaciju i privrženost među takvim roditeljima.<sup>8</sup>

U 20. stoljeću prihvaćena je Deklaracija o pravima djece, a 1989. godine i Konvencija o pravima djeteta, kao svojevrsni putokaz za odnos prema djeci. Promicanje ideje »otvorene bol-

Tablica 1. *Lista o pravima djeteta u bolnici (Britansko udruženje za dobrobit djece u bolnici; Lista je uključena u sklopu Europskog parlamenta na zasjedanju u Strasbourgu, u svibnju 1998. godine)*

Table 1. *List of Rights of the Child in Hospital (British Association for Children in Hospital Welfare; the List is involved on the meeting of The European parliament in Strasbourg, in May, 1998)*

1. Djeca trebaju biti primljena na liječenje u bolnicu ako briga za bolesno dijete ne može biti provedena u njegovoj obiteljskoj sredini.
2. Hospitalizirana djeca imaju pravo da su uz njih njihovi roditelji, kad god je to u interesu djece. Zato je potrebno osigurati roditeljima mogućnost zajedničkog bivanja s djecom u bolnici, pomagati im i poticati ih da ostanu kod djece kako bi mogli sudjelovati u njezi djeteta, moraju biti odgovarajuće informirani o djelatnosti dječjeg odjela, a zdravstveni radnici moraju poticati brigu za njihovu djecu.
3. Djeca i/ili njihovi roditelji moraju imati pravo suodlučivanja o medicinskim zahvatima. Svako dijete treba biti osigurano od nepotrebnih pretraga, kirurških zahvata te drugih radnja koje mogu prouzročiti osjećaj tjelesne ili psihičke neugode.
4. Djeca se moraju tretirati s osjećajem poštovanja njihove ličnosti.
5. O djeci mora voditi brigu adekvatno osposobljeno osoblje koje je upoznato i s tjelesnim i s duševnim potrebama djece različite dobi.
6. Djetetu u bolnici treba osigurati mogućnost upotrebe vlastite odeće i drugih osobnih predmeta.
7. Liječenje djece treba se provoditi na dječjim odjelima na kojima su djeca jednake dobi.
8. Djecu treba liječiti u sredini (okolini) koja je tako opremljena da može zadovoljiti potrebe djeteta i koja odgovara standardu sigurnosti i nadzora.
9. Djeca moraju imati mogućnost za igru, relaksaciju i učenje, prilagođeno dobi i zdravstvenom stanju.

nice« rezultiralo je 1986. godine donošenjem Povelje o pravima djece u bolnici, u kojoj je definirana i Lista o pravima djeteta u bolnici (tablica 1).

### Potrebe hospitaliziranog djeteta

Hospitalizacija djeteta uzrokuje brojne emocionalne i socijalne promjene u obitelji, dovodeći do promijenjenih odnosa u obitelji i potrebe prilagođavanja roditeljske uloge novona-

staloj situaciji.<sup>9</sup> Javljaju se nove potrebe u obiteljima kojima do tada nije pridavana pažnja, a u kontekstu zdravog djeteta bile su nevažne.<sup>10</sup> U nekoliko istraživanja rabila se tzv. Likertova skala, koncipirana na percepciji važnosti pojedinih momenata u bolničkom liječenju djece.<sup>11</sup> Upitnike su prema Likertovoj skali popunjavali posebno očevi, a posebno majke. Među pojedinim momentima bolničkog zbrinjavanja djece najviša se važnost, prema Likertovoj skali, pridaje odnosu zdravstvenog osoblja prema bolesnom djetetu i njegovim roditeljima, kao i dosljednom, točnom i potpunom načinu informiranja roditelja. Na drugom je mjestu prema važnosti mogućnost zajedničkog boravka s djetetom ili otvorene mogućnosti posjeta bolesnom djetetu. U ocjenjivanju su očevi pokazivali veću osjetljivost i postavljali veće kriterije nego majke.<sup>12</sup>

Među najčešće spominjanim i najviše vrednovanim momentima u hospitalizaciji djece i u drugih autora spominje se davanje detaljne i pravodobne informacije roditelju, sa spremnošću zdravstvenog djelatnika da roditelja pažljivo sasluša i prema potrebi ponovi informacije važne za roditelja, a koje će ga umiriti.<sup>13</sup> Autori smatraju da je informacija o bolesnom djetetu najviše rangirana između svih ostalih momenata, jer osim same informacije oslikava način pristupa, komunikacije i empatije s roditeljem bolesnog djeteta te se u procesu razgovora zdravstvenog djelatnika i roditelja cijela obitelj postepeno oslobađa straha, dobivajući dojam sigurnosti i povjerenja u osoblje.

Što se tiče djece koja se rehospitaliziraju, uočen je drugačiji redoslijed prioriteta. Yiu i suradnici su primijetili da roditelji djece oboljele od malighnih bolesti na prvome mjestu žele više razumijevanja za svoje potrebe kao roditelja kronično bolesnog djeteta, zatim razumijevanje straha od ponovne hospitalizacije. Slijedi potreba za pružanjem organizirane stručne pomoći, a tek na četvrtome mjestu jest potreba pružanja informacije o zdravstvenom stanju djeteta.<sup>14</sup> Roditelji kronično bolesne djece općenito smatraju da je pažnja i skrb za njihovu djecu tijekom hospitalizacije još nedostajna<sup>15</sup> te da s obzirom na trend što kraćih hospitalizacija često manjka stručna pomoć nakon otpusta djeteta iz bolnice.<sup>16</sup> Stoga se predlaže uspostavljanje integracije i komunikacije između dječjih bolnica i odjela s primarnom zdravstvenom zaštitom djece, kako bi se premostio prazan prostor u zbrinjavanju kronično bolesnog djeteta.

Što se tiče prepuštanja odluke o liječenju djeteta na roditelje, Hallstrom smatra da su roditelji bolesnog djeteta u stresnoj situaciji, prožetoj izrazitim strahom za ishod bolesti djeteta, te je u takvoj situaciji nerealno očekivati da će njihova odluka doista biti korisna za dijete. Istraživanje koje je proveo sa suradnicima pokazalo je da roditelji žele sudjelovati u donošenju odluka u smislu liječenja djeteta, ali da su različito motivirani, a katkada i nedovoljno emocionalno stabilni za donošenje prave odluke. Stoga sugerira da s roditeljima treba komunicirati profesionalno i što je moguće otvorenije, kako bi mogli bolje i ispravnije sudjelovati u odlučivanju.<sup>17</sup>

Posebno je osjetljivo pitanje hospitalizacije dojene djece iz više razloga. Potreba za hospitalizacijom bolesnog dojenčeta često dovodi do prekida dojenja, jer se u mnogim sredinama ne može osigurati *rooming-in*, kako bi majka i dojenče bili jedno kraj drugog i kako bi majka mogla dojiti dijete na zahtjev. Stoga se majka i dijete vrlo često odvajaju, što u mnogim situacijama prekida dojenje. Uzimajući u obzir imunosne aspekte majčina mlijeka, vrlo se često susrećemo s problemom pogoršanja osnovne bolesti u dojenčeta zbog prekida dojenja. Osim imunosnog, tu su i druge neosporne prednosti majčina mlijeka, koje posebno treba respektirati kada se radi o bolesnom dojenčetu.

Najnovija istraživanja pokazuju da stavljanje dojenčeta na prsa tijekom bolnih zahvata, npr. vađenja krvi, znatno umanjuje bol u djeteta, odnosno da dojenje ima analgetski učinak na

novorođenčad.<sup>18</sup> U istraživanje su bile uključene dvije skupine novorođenčadi. Prva skupina dojena je prilikom uboda lancetom i vađenja krvi, a kontrolna skupina djece bila je podvrgnuta istim testovima uz standardnu bolničku njegu. Kao mjerilo intenziteta boli u obzir su uzeti simptomi kao što su plač, grimase lica i brzina srčane akcije, koji su praćeni prije, za vrijeme i nakon vađenja krvi u obje skupine. Autori su pokazali da se u dojenčadi dojene za vrijeme vađenja krvi plakanje smanjilo za 91%, dok su bolne grimase reducirane za 84%.

### Akcija humanizacije dječjih bolničkih odjela u svijetu i u nas

Sadašnje stanje glede bolničke skrbi i liječenja djece pokazuje brojne neprimjerene postupke prema djeci u bolnicama<sup>19-22</sup> koji su i danas rasprostranjeni diljem svijeta, a među njima su i:

- odvajanje djece od roditelja, osobito tijekom izvođenja invazivnih postupaka,
- ozračje u bolnici koje nepovoljno djeluje na dijete,
- uskraćivanje sredstava protiv boli zbog straha od navikavanja,
- uskraćivanje djetetu i roditeljima obavijesti i objašnjenja o bolesti i načinu njezina liječenja,
- uporaba pomagala za imobilizaciju djece pri izvođenju invazivnog postupka, bez obzira na to je li postupak bolan ili nije, ili ga dijete takvim doživljava,
- neprimjerena uporaba bolnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

Djecu primaju u bolnicu ne samo zbog zdravstvenih nego vrlo često i zbog socijalnih činitelja, primjerice: loši uvjeti stanovanja u obitelji iz koje dijete dolazi, veći broj djece u obitelji (5 i više), socijalna neadaptacija obitelji na pojavu bolesti djeteta, dijete u emigraciji, dijete rastavljenih roditelja, mentalna ili socijalna zaostalost roditelja, dob majke (mlađa od 19 ili starija od 40 godina), ovisnosti roditelja, neregulirani rad majke izvan kuće, neželjeno dijete. Djeca s navedenim socijalnim činiteljima hospitaliziraju se češće, i kao takva, sa već prisutnim nekim od rizičnih činitelja, još se dodatno traumatiziraju čestim hospitalizacijama. Među zdravstvenim uzrocima češćih hospitalizacija djece su određena trajna i kronična stanja i bolesti koja i inače zahtijevaju uobičajenu pojačanu skrb. Populacija te djece znatno je osjetljivija te se, kao i kod nepovoljnih socijalnih činitelja, česte hospitalizacije pridružuju kao negativni utjecaj ionako osjetljivoj dječjoj populaciji.

Slijedeći današnje civilizacijske stavove o pravima djece u Republici Hrvatskoj, 1984. godine Savez društava »Naša Djeca« Hrvatske organizirao je okrugli stol s ciljem da potakne veću humanizaciju bolničkog liječenja djece, da uspostavi nove odnose između zdravstvenih djelatnika, roditelja, članova volonterskih udruga i djece kao pacijenata. U Šibeniku je 1989. godine organiziran i Drugi simpozij socijalne pedijatrije s glavnom temom »humanizacija dječje bolnice«.

Na mnogim našim dječjim odjelima počelo se razmišljati i djelovati u smislu promjene tog stanja, ali više na spontanoj nego programskoj osnovi. Zbog toga je Savez društava »Naša djeca« Hrvatske, na svojoj tematskoj skupštini 1997. godine dao ponovni poticaj za programirani pristup bolničkog liječenja djece. Nakon toga, neposredne akcije u praksi i povezivanje s Hrvatskim društvom za preventivnu i socijalnu pedijatriju doveli su do izrade programa i propozicija za njegovu izvedbu. Tom se programu priključuje i Hrvatska udruga medicinskih sestara – pedijatrijska sekcija.<sup>23</sup>

U svijetu postoje brojne inicijative i akcije za humanizaciju bolničkog liječenja djece. UNICEF i Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) pokrenuli su 1989. godine diljem svijeta

inicijativu za što veće prihvaćanje dojenja, to je sada već poznata, a i kod nas uvedena akcija »Bolnice (rodišta) – prijatelji djece«. <sup>24</sup> Dobro prihvaćanje inicijative ohrabrilu je i oblikovanje novih programa koji imaju širi kontekst. Naime, u mnogim dijelovima svijeta nova saznanja na području medicine i kirurgije ne vode dovoljno računa o potrebama djece u cjelini, već postoji tendencija k usmjeravanju pozornosti samo na tijelo i bolest, zanemarujući pritom učinke liječenja na djetetove emocije i na to kako će se ono ubuduće osjećati. <sup>25,26</sup> Stoga mnoga djeca proživljavaju psihičke traume, <sup>27,28</sup> što ne samo da nije nužno već može ostaviti i trajne posljedice. Takvi postupci nisu u skladu s intencijama Konvencije UN-a o pravima djeteta.

Na tim osnovama izrastao je novi program – Inicijativa za prijateljski pristup djetetu. UNICEF je predložio novu strukturu kombiniranog pristupa djetetu, u obliku probnog ispitivanja u Engleskoj, a priključilo se još nekoliko zemalja. <sup>29</sup> Novom strukturom prijateljskog pristupa djeci želi se unijeti suvremeni pristup prema djeci u svim zdravstvenim sredinama u kojima borave djeca: od rodišta, dječjih odjela, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a i na razini zajednice.

U oblikovanju akcije u Hrvatskoj uzeti su u obzir dosadašnji svjetski civilizacijski trendovi za umanjivanje posljedica hospitalizacije djece, posebno prijedlog programa koji je učinjen u Engleskoj. Taj je program prilagođen našim uvjetima i mogućnostima te dopunjen našim idejama i smjernicama, koje na tim osnovama udružuju zdravstvene djelatnike i članove društava »Naša djeca« u zajedničkom nastojanju za što potpuniju realizaciju navedenih ciljeva i programa ove akcije.

Nakon niza odgovora i promišljanja formuliran je program »Za osmijeh djeteta u bolnici«. Cilj je ove akcije promicanje i primjena humanizacije bolničkog liječenja djece. Program se sastoji od 12 zahtjeva, prikazanih na tablici 2. Bolnice koje ispune te uvjete mogu nakon ocjene dobiti prestižni naslov »Dječji bolnički odjel – prijatelj djeteta«.

Tablica 2. Kriteriji koje je potrebno zadovoljiti u programu akcije »Dječji bolnički odjel – prijatelj djeteta«

Table 2. Criteria which should be filled out in the program of the action »Children's Hospital Departments – Children's Friendly«

1. Izrada i objava godišnjeg plana o sudjelovanju u ovoj akciji. Workout and announcement of the annual plan for participation in this action.
2. Prihvatanje djeteta u bolnicu samo kad je to za dijete najbolje rješenje. Admission of the child into hospital provided it is the best solution for the child itself.
3. Maksimalno skraćivanje boravka djeteta u bolnici. Maximal shortening of the child's stay in hospital.
4. Holistički pristup liječnika bolesnomu djetetu. The doctor's holistic approach to the sick child.
5. Sestrinska skrb o bolesnom djetetu – dopunska edukacija medicinskih sestara. Nursing care of the sick child-additional training of the practical nurses.
6. Primjena suvremenih medicinskih standarda za boravak djeteta u bolnici. Application of modern medical standards for the child's stay in hospital.
7. Pristup svakom djetetu kao pojedincu s njegovim vlastitim potrebama. Individual approach to each child, respecting individual needs.
8. Omogućiti svakodnevni posjet roditelja bolesnomu djetetu. Parent's daily visits to the sick child should be made possible.
9. Sudjelovanje roditelja u njezi i liječenju djeteta. Encouragement of parental participation in the nursing and treatment of the child.
10. Pedagoški i kulturno-zabavni sadržaji za djecu u bolnici. Pedagogical, cultural and entertainment contents for children in hospital.
11. Igra i aktivnosti koje djeca sama odabiru i u njima sudjeluju. Games and activities that children themselves choose and participate in them.
12. Oplemenjivanje i funkcionalnost bolničkog ambijenta. Creating an improved and functional hospital environment.

Tablica 3. Prijavljene dječje bolnice i odjeli u akciji »Dječji bolnički odjeli – prijatelji djece«

Table 3. Submitted children's hospital and departments in the action »Children's Hospital Departments – Children's Friendly«

1. Bjelovar	18. Varaždin – kirurgija
2. Čakovec	20. Vinkovci
3. Dubrovnik	21. Virovitica
4. Gospić	22. Vukovar
5. Karlovac	23. Zadar
6. Knin	24. Zagreb – Klinika za dječje bolesti Klaičeva
7. Koprivnica	25. Zagreb – Spec. bolnica za zaštitu djece s neuromotornim smetnjama
8. Nova Gradiška	26. Zagreb – Klinika za infektivne bolesti
9. Ogulin	27. Zagreb – Spec. bolnica za psihijatriju djece i mladeži
10. Osijek	28. Zagreb – Rebroy – dječja kirurgija
11. Požega	29. Zagreb – Rebroy – pedijatrija
12. Pula	30. Zagreb – Srebrnjak
13. Rijeka	31. Zagreb – Šalata – ORL
14. Sisak	32. Zagreb – Šalata – pedijatrija
15. Slavonski Brod	33. Zagreb – Šalata – ortopedija
16. Split	34. Zagreb – Vinogradska
17. Šibenik	
18. Varaždin – pedijatrija	

Provođenje akcije ne zahtijeva nedostizna financijska sredstva, već ponajprije promjenu stava i odnosa uprave bolnice, liječnika i medicinskih sestara, ostalog osoblja i vanjskih suradnika prema djeci koju treba zdravstveno zbrinuti te prema roditeljima koji su motivirani za što skorije ozdravljenje svog djeteta.

Posebna je vrijednost ove akcije što zdravstveni djelatnici u njezinoj realizaciji imaju potporu i aktivnu angažiranost članova društava »Naša djeca«, koji svojim društvenim volonterskim radom dragocjeno pomažu da se što cjelovitije ostvaruje program humanizacije bolničkog liječenja djece.

Ciljevi i program akcije, kao i službeni početak, obilježen je 19. svibnja 1999., kada je u Klinici za dječje bolesti Zagreb, upriličen sastanak za ravnatelje dječjih bolnica, rukovoditelje dječjih odjela, te predstavnike društava »Naša djeca« iz gradova ili općina u kojima se nalaze dječje bolnice ili dječji bolnički odjeli, a uvodno predavanje imao je prof. dr. David Southall, predsjednik udruženja *Child Advocacy International* iz Engleske.

Prema podacima s terena može se reći da je akcija »Za osmijeh djeteta u bolnici« za sada vrlo dobro prihvaćena u dječjim bolnicama i odjelima te se primjećuju važni pomaci. O tome svjedoči i činjenica da su se gotovo svi dječji bolnički odjeli prijavili za sudjelovanje u ovoj akciji (tablica 3).

Positivne promjene zapažaju se u bolničkim prostorima u kojima djeca borave, i kojima su upravo djeca najzadovoljnija. S provođenjem akcije svakim je danom upoznato sve više roditelja, tako da su i inicijative roditelja u smislu uključivanja u skrb o njihovu bolesnom djetetu sve izraženije. Česta su i njihova pitanja i želje o tome da zajedno s djecom borave na odjelu, posebno ako se radi o novorođenčadi ili dojenčadi koja je još na prsima; da ostanu uz dijete koliko žele; da dijete otprate i budu uz njega tijekom dijagnostičkog ili terapijskog zahvata; da pomognu u njezi i hranjenju djeteta i sl. ... Medicinsko osoblje, roditelji i djeca, primijetili su prisutnost i aktivno uključivanje volontera koji daju novu dimenziju boravku djeteta u bolnici.

Pokretanjem ove akcije priključili smo se suvremenim trendovima u hospitalizaciji djece, a multidisciplinarni pristup ovom problemu svakako će pomoći hospitaliziranoj djeci, njihovim roditeljima i sveukupnoj zajednici.

### Zaključci

Hospitalizacija djeteta je *traumatski doživljaj* za dijete i njegovu obitelj, koji može ostaviti posljedice na zdravlje djeteta.

Prema Konvenciji o pravima djeteta, valja voditi brigu da se djetetom smatra osoba do navršene 18. godine života te prema toj činjenici koncipirati principe bolničkog zbrinjavanja djece. Roditelji i djeca *prepoznaju ključne trenutke* u hospitalizaciji koje bi valjalo prilagoditi i roditeljima i djeci, kako bi se nepoželjne posljedice hospitalizacije djeteta umanjile. Pravo na roditelja jedno je od temeljnih prava djeteta koje valja poštivati i pri smještanju djeteta u bolnicu. To se posebno odnosi na *majke koje doje djecu*, kao i na *kronično bolesnu djecu* koja imaju posebne potrebe. Gdje je to moguće, valja omogućiti svoj djeci *zajednički boravak* po principu majka-dijete, ili majka-otac-dijete. Zdravstveni djelatnici trebali bi se *dotadno educirati* o pravima djeteta kao pacijenta i zalagati se za njihovo poštivanje i provođenje. U rad s bolesnim djetetom treba *uključiti i druge stručnjake*: psihologe, defektologe, socijalne radnike, pedagoge, radne terapeute i sve profile vezane uz što ugodniji boravak djeteta u bolnici.

## LITERATURA

- United Nations General Assembly. Convention of the Rights of the Child. New York, NY: United Nations; 1989.
- Vavili F. Children in Hospital: a design question. World Hosp Health Serv 2000; 36:31-9.
- Oberlander R. Parent care units bring home to the hospital. Hospitals 1980;54:81-5.
- Homer CJ, Marino B, Cleary PD, Alpert HR, Smith B, Crowley Ganser CM, Brustovicz RM, Goldmann DA. Quality of care at a children's hospital: the parent's perspective. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:1123-9.
- Johnson A, Lindschau A. Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. Pediatr Nurs 1996; 22:99-102.
- Grgurić J. Povijest bolničkog liječenja djece. U: Priručnik za provedbu programa humanizacije bolničkog liječenja djece »Za osmijeh djeteta u bolnici«, ur: Grgurić J, Paravina E, Graf-His, Zagreb, 2001.
- Shields L, Nixon J. »I want my mummy«. Changes in the care of children in hospital. Collegian 1998;5:16-23.
- Macnab AJ, Emerton-Downey J, Phillips N, Susak LE. Purpose of family photographs displayed in the pediatric intensive care unit. Heart Lung 1997; 26:68-75.
- Farrell M. The effect of a child's hospitalization on the parental role. Prof Nurse 1995;10:561-3.
- Terry DG. The needs of parents of hospitalized children. Child Health Care 1987.16:18-20.
- Snowdon AW, Kane DJ. Parental needs following the discharge of a hospitalized child. Pediatr Nurs 1995;21:425-8.
- Delaney KR, Engels-Scianna B. Parent's perceptions of their child's emotional illness and psychiatric treatment needs. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 1996;9:15-24.
- Kristensson-Hallstrom I, Elander G. Parent's experience of hospitalization: different strategies for feeling secure. Pediatr Nurs 1997;23:361-7.
- Yiu JM, Twinn S. Determining the needs of chinese parents during the hospitalization of their child diagnosed with cancer: an exploratory study. Cancer Nurs 2001;24:483-9.
- McGrath P. Treatment for childhood acute lymphoblastic leukaemia: the father's perspective. Aust Health Rev 2001; 24:135-42.
- Smith L, Daughtrey H. Weaving the seamless web of care: an analysis of parent's perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. J Adv Nurs 2000;31:812-20.
- Hallstrom I, Runeson I, Elander G. An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. Nurs Ethics 2002;9:202-14.
- Gray L, Miller L, Philipp B, Blass EM. Breastfeeding Is Analgesic in Healthy Newborns. Pediatrics 2002;109:590-3.
- Kristensson-Hallstrom I, Nilstun T. The parent between the child and the professional – some ethical implications. Child Care Health Dev 1997; 23(6):447-55.
- Coyne IT. Parenthood in care: parents views of participation in their hospitalized child's care. J Clin Nurs 1995;4(2):71-9.
- Neill SJ. Parent participation. Findings and their implications for practice. Br J Nurs 1996;5(2):110-7.
- Chan L, Russell TJ, Robak N. Parental perception of the adequacy of pain control in their child after discharge from the emergency department. Pediatr Emerg Care 1998;14(4):251-3.
- Grgurić J, Zakanj Z, Paravina E. Pokretanje inicijative »Dječji bolnički odjeli – prijatelji djece«. Paediatr Croat 2000;44:81-3.
- Grgurić J, Zakanj Z. Rezultati promicanja dojenja u Republici Hrvatskoj tijekom proteklog razdoblja. Paed Croat 1999;43(suppl 2):95-6.
- World Health Organization. The Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). Geneva, Switzerland: World Health Organization, Child and Adolescent Health Department; 2000.
- Charles R. An evaluation of parent-held child health record. Health Visit 1994;67(8):270-2.
- Hayes VE, Knox JE. The experience of stress in parents of children hospitalized with long-term disabilities. J Adv Nurs 1984; 9 (4):333-41.
- Gill KM. Health professionals attitudes toward parent participation in hospitalized children's care. Child Health Care 1993; 22 (4):257-71.
- Southall DP, Burr S, Smith RD, Bull DN, Radford A, Nicholson S. The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI): Health Provision in Accordance With the UN Convention of the Rights of the Child. Pediatrics 2000;106:1054-64.

\* \* \*

## Vijesti News

Glavni odbor Hrvatskoga liječničkog zbora  
Povjerenstvo za odličja i priznanja Hrvatskoga liječničkog zbora  
raspisuje

### NATJEČAJ

#### za odličja i priznanja Hrvatskoga liječničkog zbora u 2003. godini

Na temelju Pravilnika o odličjima i priznanjima Hrvatskoga liječničkog zbora, usvojenog 23. travnja 2002. godine, prijedlozi podružnica i stručnih društava Hrvatskoga liječničkog zbora za odličja i priznanja Zbora, dostavljaju se Glavnom odboru HLZ-a, Povjerenstvu za odličja i priznanja, najkasnije do 31. listopada 2003. godine, s ispunjenim upitnikom za predlaganje odličja. Kasnije pristigli i nepotpuni prijedlozi neće se uzeti u razmatranje.

Odličja i priznanja bit će usvojena i objavljena na 112. redovitoj godišnjoj Skupštini Hrvatskoga liječničkog zbora 26. veljače 2004.

Upitnici za predlaganje odličja mogu se podići u Tajništvu HLZ-a u Zagrebu.