



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI
OBVLADOVANJU STRESA PRI
HOSPITALIZIRANIH MLADOSTNIKI**

**NURSE'S ROLE IN STRESS MANAGEMENT
OF HOSPITALIZED YOUNG ADULTS**

Mentorica: Tanja Torkar, pred.

Kandidatka: Špela Tomažin

Jesenice, avgust 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Tanji Torkar, pred. za vso pomoč in hitre odgovore z zelo koristnimi napotki, predvsem pa za vse njene pozitivne besede, saj so mi dajale veliko motivacije za nadaljnje pisanje diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentkama doc. dr. Maji Sočan in mag. Katji Skinder Savić, pred.

Za lektoriranje se zahvaljujem podjetju Lektoriranje in jezikovno svetovanje, Jasmina Vajda Vrhunec, s. p.

Hvala tudi najboljši sošolki Tjaši za vso pomoč in čudovita tri leta skupnega študija ter vsem, ki so kakor koli pripomogli k nastanku tega diplomskega dela.

Posebna zahvala velja predvsem staršem in možu Luki, pa tudi sestrama, saj so mi ves čas študija in pisanja diplomskega dela stali ob strani, me podpirali in verjeli vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča. Adolescenca pomeni mladostništvo, zorenje in odraščanje. Hospitalizacija mladostnikom predstavlja zelo neprijetno izkušnjo, saj se borijo s strahom, ker ne vedo, kaj jih čaka v času hospitalizacije. Vloga medicinske sestre pri tem pa je, da že ob prvem stiku vzpostavi dobre medosebne odnose z otrokom in s tem zmanjšuje stres.

Cilj. Cilj diplomskega dela je bil raziskati, kako mladostniki doživljajo hospitalizacijo in ali so se ob tem znašli v stresni situaciji, ter ugotoviti, kakšen vpliv in vlogo imajo po njihovem mnenju pri tem medicinske sestre.

Metoda. Izvedli smo kvalitativno raziskavo, pri čemer smo za instrument zbiranja podatkov uporabili nestandardiziran polstrukturiran intervju. Podatke smo pridobili od šestih mladostnikov, ki so bili v zadnjih treh letih hospitalizirani v različnih bolnišnicah zaradi različnih bolezenskih stanj. Besedilo smo analizirali na osnovi kvalitativne metode. Oblikovali smo kode, ki smo jih združevali v kategorije.

Rezultati. Z besedili, pridobljenimi z individualnimi intervjuji šestih mladostnikov, smo pridobili osnovo za oblikovanje kod in nato kategorij. Pri analiziranju gradiva smo oblikovali osem kategorij: čustva, komunikacija, hospitalizacija, čas obiskov, bivanje v novem okolju, pravice mladostnikov, pomoč medicinske sestre v času hospitalizacije in mnenje o delu medicinskih sester v času hospitalizacije.

Razprava. Namen raziskave je bil predvsem ugotoviti, kako mladostniki doživljajo hospitalizacijo, ali jim to v življenju predstavlja stresno situacijo in kako po njihovem mnenju v času zdravljenja na to vplivajo medicinske sestre. Rezultati so pokazali, da je bilo mladostnike v času hospitalizacije strah ter so se počutili zelo neprijetno in zaskrbljeno. Mladostnikom torej hospitalizacija predstavlja stresno situacijo v njihovem življenju. Prav tako smo z raziskavo ugotovili in potrdili, da so medicinske sestre zelo pomembne za zmanjševanje stresa pri mladostnikih med hospitalizacijo, ti pa tudi ugotavljajo, da so medicinske sestre prezaposlene.

Ključne besede: mladostništvo, hospitalizacija, stres, pravice, komunikacija, medicinska sestra.

SUMMARY

Theoretical background. Adolescence is a period of youth, of maturing and growing up. Hospitalisation of adolescents is a very unpleasant experience, because they have to deal with the fear of not knowing what awaits them during hospitalisation. It is the role of nurses that they form good interpersonal relations with the child on the first day and by doing so reduce their stress level.

Goal. The goal of the thesis was to explore how adolescents perceive hospitalisation and whether they encounter stress, as well as determine the influence and role of nurses on stress management.

Method. We have implemented qualitative research, where the instrument of data collection was the unstandardised semi-structured interview. We obtained information from six adolescents, who have been hospitalised during the last three years in different hospitals for different medical conditions. We have analysed the interviews in terms of the qualitative method. We formulated codes and joined them into categories.

Results. The material obtained from individual interviews of six adolescents proved as a basis for establishing codes and subsequently categories. In analysing the material we defined eight categories: feelings, communication, hospitalisation, visiting hours, stay in the new environment, adolescent rights, help from nurses during hospitalisation and opinion on the work of nurses during hospitalisation.

Discussion. The purpose of the research was to determine how adolescents experience hospitalisation. Do they experience stress and how do nurses contribute to stress management during treatment. Results have shown that adolescents experience fear during hospitalisation and that they have also experienced discomfort and worry. Hospitalisation is therefore a stressful situation for adolescents. At the same time we have determined and confirmed through research that nurses play an important role for adolescents during hospitalisation and that in their opinion nurses are overworked.

Keywords: adolescence, hospitalisation, stress, rights, communication, nurse

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	STRES	3
2.2	ADOLESCENCA IN MLADOSTNIŠTVO	4
2.2.1	Stres pri otrocih in mladostnikih	6
2.2.2	Otroci in mladostniki v času hospitalizacije	6
2.3	PRAVICE OTROK IN MLADOSTNIKOV V BOLNIŠNICI.....	7
2.4	POMEN KOMUNIKACIJE PRI HOSPITALIZIRANEM OTROKU IN MLADOSTNIKU	9
2.5	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI HOSPITALIZIRANEM OTROKU IN MLADOSTNIKU	11
2.6	ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI PO VERGINIJI HENDERSON	13
2.6.1	Dihanje	14
2.6.2	Hranjenje in pitje	15
2.6.3	Izločanje in odvajanje.....	16
2.6.4	Gibanje in ustrezna lega	16
2.6.5	Spanje in počitek	17
2.6.6	Oblačenje in slačenje.....	18
2.6.7	Vzdrževanje normalne telesne temperature	18
2.6.8	Osebna higiena in urejenost	19
2.6.9	Izogibanje nevarnostim v okolju	20
2.6.10	Komuniciranje in izražanje čustev	20
2.6.11	Izražanje verskih čustev.....	21
2.6.12	Koristno delo, razvedrilo in rekreacija	21
3	EMPIRIČNI DEL	23
3.1	PROBLEMI IN CILJI RAZISKOVANJA	23
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	23
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	24
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	24

3.3.2	Opis merskega instrumenta	24
3.3.3	Opis vzorca.....	25
3.3.4	Opis postopka zbiranja in obdelave podatkov.....	25
3.4	REZULTATI	27
3.4.1	Kategorija čustva.....	27
3.4.2	Kategorija komunikacija	29
3.4.3	Kategorija hospitalizacija.....	30
3.4.4	Kategorija čas obiskov	31
3.4.5	Kategorija bivanje v novem okolju	32
3.4.6	Kategorija pravice mladostnikov	33
3.4.7	Kategorija pomoč medicinske sestre v času hospitalizacije.....	35
3.4.8	Kategorija mnenje o delu medicinskih sester v času hospitalizacije	36
3.5	RAZPRAVA	37
4	ZAKLJUČEK.....	42
5	LITERATURA	44
6	PRILOGA	1
6.1	INSTRUMENT.....	1

KAZALO TABEL

Tabela 1: Kategorija čustva	29
Tabela 2: Kategorija komunikacija	30
Tabela 3: Kategorija hospitalizacija	31
Tabela 4: Kategorija čas obiskov	32
Tabela 5: Kategorija bivanje v novem okolju	33
Tabela 6: Kategorija pravice mladostnikov	34
Tabela 7: Kategorija pomoč medicinske sestre v času hospitalizacije	36
Tabela 8: Kategorija mnenje o delu medicinskih sester v času hospitalizacije	37

1 UVOD

Bunc (2007) navaja, da beseda stres tistim, ki jo uporabljajo z medicinskega vidika, pomeni psihično obremenitev, fizično pa beseda stres pomeni pritisk sile na površino.

Otroci se na stres odzovejo drugače kot odrasli, saj na odziv vplivajo njihova starost, izkušnje in zrelost. Pojavijo se lahko popolnoma drugačni simptomi, s katerimi nam otrok pokaže, da je pod stresom, od običajnih, ki se pojavljajo pri odraslih (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006).

Psiholog Stanley Hall (1904, povz. po Nastran Ule, 2008) je prvi raziskal obdobje adolescence in ga tako tudi poimenoval. V obdobju adolescence se spreminja človekovo čustveno in fizično stanje. Adolescenca ali mladostništvo pomeni odraščanje in zorenje (Peterka Novak, 2005). V tem obdobju pride do telesnih, duševnih, čustvenih in spolnih sprememb, zaradi katerih otrok postane odrasla oseba. Največkrat je to obdobje zelo težko. Pri pogovoru z mladostnikom ali adolescentom je treba biti potrpežljiv. Velikokrat so zelo pogumni, vendar v sebi lahko skrivajo strah, kar nam pokažejo z nebesedno komunikacijo. V pogovoru moramo biti vedno odkriti (Peterka Novak, 2004 povz. po Perić, 2006).

Zaradi hospitalizacije in posledično stresa, ki ga ob tem doživi, se pri otroku ali mladostniku lahko pojavijo tudi motnje prilagajanja. Motnje prilagajanja so skupina heterogenih nepsihotičnih motenj, katerih skupne značilnosti so, da se pojavijo v kontekstu stresne situacije z različnimi posledicami, simptomi pa v večini primerov ne trajajo dolgo (Erić, 2010). Prav zato je pomembno dobro komuniciranje med zdravstvenim osebjem in pacientom, ker se tako vzpostavijo stiki in s tem medsebojno zaupanje (Pajnkihar, 1999). Dobra komunikacija tako vodi k nudenju boljše zdravstvene oskrbe (Rungapadiachy, 2003). Medicinske sestre po navadi s pogovorom otrokom nudijo podporo, jih opogumljajo, pri čemer se poslužujejo družabnega pogovora z njimi, medtem ko staršem največkrat podajajo informacije o negovalnih težavah njihovih otrok (Železnik, 2006).

Pri hospitaliziranem otroku so zelo pomembni osebnostni kazalci kakovosti, med katere spadajo dobro počutje otroka v bolnišnici, zaupanje otroka in staršev v zdravljenje, okolje, ki je otroku prijazno, odprta bolnišnica ter v bolnišnici zagotovljene vzgojne in šolske dejavnosti (Kržišnik, Batellino, 2010).

Zdravstvena nega mladostnika in otroka je zelo zahtevna, saj od medicinskih sester zahteva veliko znanja in izkušenj. Medicinske sestre se morajo zavedati, da otrok ni pomanjšan odrasel človek, in zato zdravstveno obravnavo prilagajati njihovi starosti. Vloga medicinske sestre je, da k bolnemu otroku, ki je pod stresom zaradi hospitalizacije, pristopi s primerno komunikacijo. Za boljše sodelovanje in počutje otroka mu ob sprejemu, seveda če to dopušča otrokovo zdravje, razkaže in predstavi oddelek ter hišni red. Njena naloga pa je vsekakor delati v korist otroka in mladostnika (Rožman, 2012).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 STRES

Življenje je kot čolniček sredi morja. Pluje po mirni vodi, vendar se včasih pojavijo nevihte in morje postane nemirno, visoki valovi pa takrat močno zamajajo čolniček sredi morja. Tako tudi v dokaj mirnem poteku življenja nenadni življenjski dogodki lahko zamajajo človeško ravnotežje. Ti nenadni življenjski dogodki predstavljajo stres, zato bi lahko rekli, da je posameznik tedaj v stresu (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006).

Beseda stres pomeni silo, napetost oziroma obremenitev in izhaja iz angleške besede stress. Izraz stres je prvotno povzet iz fizike in strojništva, saj daje pomen sili, ki deluje na neko površino. Strokovnjaki, ki se ukvarjajo s stresom, pa opisujejo besedo kot obremenitev, pri tem pa mislijo predvsem na psihično obremenitev. Vsak odziv organizma na stresogeni dejavnik danes opredeljujemo kot stres (Starc, 2007).

Bunc (2007) je zapisal, da beseda stres tistim, ki jo uporabljajo z medicinskega vidika, pomeni psihično obremenitev, fizično pa beseda stres pomeni pritisk sile na površino.

Slivar (2013) povzema, da stres pomeni stanje organizma, ki se mu poruši ravnotežje. Pojavi se takrat, kadar se posameznik ne more prilagoditi ali se obvladati pri soočanju z grozečimi dejavniki, ki jih občuti v sebi ali okolju.

Negativen ali slab stres pomeni, da nek dogodek škoduje posamezniku. Po navadi ga doživljamo z zelo intenzivnimi čustvi, kot so strah, nemoč, jeza, tesnoba (Dernovšek et al., 2006). Dejavnike, ki povzročajo stres ali stresorje, delimo na univerzalne stresorje (naravne nesreče, vojne) in individualne ali mikro stresorje, ki škodijo samo posamezniku in se nanje vsak posameznik odzove različno (Slivar, 2013).

O pozitivnem stresu govorimo takrat, ko nek dogodek posamezniku predstavlja izziv ter ga posameznik doživlja pozitivno in ga spremljajo pozitivna čustva (ibid., 2013). Življenje je nenehno spreminjanje, stres pa povzroči, da se organizem odzove na vsako

spremembo. Torej je stres tudi koristen, saj nam omogoča živeti v življenju, ki se stalno spreminja (Newhouse, 2000).

2.2 ADOLESCENCA IN MLADOSTNIŠTVO

Adolescenca ali mladostništvo je razvojno obdobje, ki se začne med enajstim in dvanajstim letom ter se konča med dvaindvajsetim in štiriindvajsetim letom starosti. Je obdobje med koncem otroštva in začetkom odraslosti. Obdobje adolescence ali mladostništva se začne s predpuberteto in puberteto. Puberteta je obdobje, v katerem sta pospešena telesni razvoj in razvoj reproduktivne zrelosti. V razvojni psihologiji pa pod puberteto poleg bioloških sprememb uvrščajo tudi psihološke spremembe adolescentov in mladostnikov (Zupančič, Svetina, 2004). Faza biološkega dozorevanja se pri današnji generaciji začne prej kot pri mladostnikih prejšnjih generacij (Biro, Dorn, 2005).

Tudi Poljšak-Škraban (2004) navaja, da je adolescenca doba pospešenega dozorevanja, ko se pri mladostnikih pojavijo telesne, hormonske in fiziološke spremembe. Vse te spremembe pa lahko povzročajo tesnobo, napetost, strese in čustveno nestabilnost ter povečujejo verjetnost za konflikte z avtoriteto.

Adolescenca pomeni mladostništvo, zorenje in odraščanje. V obdobje adolescence so pri mladostniku vključene telesne, duševne, čustvene in spolne spremembe. Te spremembe iz otroka naredijo odraslo osebo. To prehodno obdobje je včasih zelo težko razumeti (Peterka Novak, 2005 povz. po Perić, 2006).

Psihologi obdobje adolescence opredeljujejo kot prehod iz otroštva v odraslost prek osebne preobrazbe in njene identitete v puberteti. Duševne in telesne spremembe, ki se zgodijo v puberteti, vsak mladostnik občuti drugače. Vse je odvisno od mesta, ki ga ima mladostnik v družini, spola in okolja, v katerem živi in se šola. V obdobju adolescence se začne hitro spreminjati videz mladostnika, zaradi nepopolnosti telesnih sprememb pa mladostnik težko sprejme sebe takšnega, kot je, oziroma sam sebe nima rad. Za mladostnika v adolescenci postane zelo pomembno tudi druženje z vrstniki – gre za

ločevanje od družine in s tem doseganje samostojnosti. Druženje z vrstniki zagotavlja mladostniku podporo in ne ogroža ravnovesja v družini (Neyrand, 2003).

V adolescenci se začnejo pojavljati potrebe, ki so nove in jih v otroštvu ni bilo oziroma jih je otrok doživljal na drugačen način. Za mlade in za vse ljudi velja koncept hierarhije potreb. Mladostniki, ki so bili do nedavnega še otroci, ne potrebujejo več ljubezni, potrditve in naklonjenosti samo s strani staršev, temveč v tem času tudi s strani vrstnikov in okolja, v katerem živijo. V obdobju adolescence mladostnik potrebuje podporo in možnost, da določene stvari poskusi narediti sam, seveda pa pri tem še vedno potrebuje gotovost in varnost, pa tudi spoštovanje in naklonjenost ob morebitnih neuspehih (Poštrak, 2002).

Abraham G. Maslow (1954, povz. po Poštrak, 2002) je pripravil klasifikacijo potreb, iz katere lahko razberemo potrebe, ki so značilne za obdobje mladostništva ali adolescence, ter z njimi poskušamo zadovoljiti potrebe mladostnikov (Poštrak, 2002):

- potreba biti sprejet, potreba, da drugi spoštujejo in cenijo mladostnika, da ga obravnavajo kot sebi enakega;
- potreba po doseganju ciljev in vrednot ter uspehu;
- potreba po ljubezni in prijateljstvu, potreba biti ljubljen, varen in zaželen, potreba po brezpogojni ljubezni staršev, prijateljev in partnerja;
- potreba po pripadanju oziroma da se poistovetimo z nekim posameznikom, skupino, institucijo ali idejo;
- potreba po odvisnosti oziroma potreba po možnosti, da pri drugih iščemo in najdemo čustveno oporo, zaščito in ohrabritev, pomoč ali oprostitev;
- potreba po samostojnosti oziroma da se za stvari odločamo samostojno in jih samostojno tudi opravljamo – da se zanašamo predvsem na samega sebe;
- potreba po izkazovanju samega sebe, da pokažemo, da tudi mi lahko vodimo in obvladujemo probleme, da vplivamo na občutje in obnašanje drugih;
- potreba po razumevanju: potreba adolescenta, da lahko z bližnjimi (starši, prijatelji) deli svoja razmišljanja in probleme brez strahu, da bi se njegov položaj pri njih spremenil ali da bi zaradi tega izgubil njihovo naklonjenost.

2.2.1 Stres pri otrocih in mladostnikih

Otroci in mladostniki so najpogosteje pod stresom zaradi šolskih obveznosti in obremenitev, povezanih s šolo, zaradi samopodobe in telesnih sprememb med odraščanjem, težav s prijatelji, ločitve od staršev, kroničnih bolezni, težav v družini, smrti bližnjih, selitve, finančnih težav v družini, nesprejemanje vrstnikov, prve zaljubljenosti in drugih. Odziv na stresne dejavnike je pri otrocih drugačen kot pri odraslih. Od otrokove starosti, zrelosti in izkušenj je odvisno, kako se bo odzval na stresno situacijo. Ker otroci in mladostniki po navadi nimajo veliko izkušenj s soočanjem s stresnimi dogodki, lahko te intenzivne občutijo. Otrok lahko nek dogodek občuti kot zelo stresnega, odrasli osebi pa ta dogodek ne predstavlja stresne situacije, ali obratno. Odrasli so bolj sposobni ocenjevati stresne dogodke kot otroci. Ko je otrok pod stresom, se pri njem lahko pojavijo še naslednji simptomi: izogibanje stresnim dogodkom, motnje vedenja, večja odvisnost od odraslih, regresivno vedenje, slabša samopodoba, razdražljivost, učne težave in telesni znaki, za katere ni jasnega vzroka (bolečine v trebuhu, vročina, vrtoglavice, glavoboli, diareja) (Dernovšek et al., 2006).

2.2.2 Otroci in mladostniki v času hospitalizacije

Hospitaliziranim otrokom in njihovim staršem predstavlja hospitalizacija izredno stresno situacijo in zelo neprijetno izkušnjo, saj jih je strah, ker ne vedo, kaj jih čaka v času hospitalizacije. Vloga medicinske sestre pri tem pa je, da že ob prvem stiku vzpostavi dobre medosebne odnose z otrokom in tudi s starši ter s tem zmanjšuje stres (Rožman, 2012).

Medicinska sestra mora imeti pri delu z otroki in mladostniki predvsem strpen in profesionalen odnos. Osebnosti medicinske sestre jih lahko pritegnejo, lahko pa tudi ne, in zato vzpostavijo odklonilen odnos. Ob dejstvu hospitalizacije otrok, mladostnik in družina postanejo zaskrbljeni, žalostni, lahko tudi jezni, predvsem pa jih je strah. Otroci in mladostniki prihajajo iz različnih socialnih okolij in drugačnih družin, kar moramo upoštevati tudi s strokovnega vidika (Zorec, 2000).

Mladostniki, ki že razumejo, kaj se dogaja z njimi, lažje prenesejo hospitalizacijo kot mlajši otroci. Hitreje se navadijo na dnevno rutino in pridobijo občutek varnosti. Svoje želje in strahove izražajo besedno, se o njih pogovorijo, so tudi motorično spretnější in se lažje sami zaposlijo (Meško, 2002). Tudi Judež (2008) navaja, da se bo otrok na ločitev od staršev bolje odzval, če se bo zavedal, da stanje, v katerem se je tisti trenutek znašel, zahteva bolnišnično zdravljenje.

Michaud, Suris in Viner (2004) so mnenja, da je treba v času hospitalizacije upoštevati mnenja, želje, znanje in sposobnosti mladostnikov ter dejstvo, da se mladostnik nenehno spreminja in razvija. Za pridobitev natančne anamneze v obdobju mladostništva je treba imeti dobre komunikacijske veščine. Kadar mladostnika pregledujemo fizično, pa je treba pred tem dobro razmisliti o osebni integriteti in zasebnosti.

Coyne (2006) v svojem članku piše o izkušnjah otrok, ki so jih doživeli med hospitalizacijo. Otroci so opredelili vrsto strahov in skrbi, ki so se pojavile zaradi ločitve od staršev in družine, tujega okolja, zdravljenja in preiskav ter nezmožnosti samoodločanja. Nadalje avtor izpostavlja, da bi bilo treba ocenjevati in proučevati izkušnje hospitaliziranih otrok ter s tem v prihodnosti poskušati zmanjšati stres hospitaliziranih otrok.

2.3 PRAVICE OTROK IN MLADOSTNIKOV V BOLNIŠNICI

Rezultat prve evropske konference za pravice otrok v bolnišnici, ki je potekala v Strassbourgu, je bil leta 1988 sprejeta Magna charta, v kateri so bile zapisane temeljne pravice otrok v bolnišnici (Harih, Kegl, Pajnkihar, 2011).

Vse pravice otrok so zapisane v Listini EACH in v Vodniku po zdravstvenih pravicah otrok, mladostnic in mladostnikov. Kratica EACH pomeni European Association for Children in Hospital (Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah). Gre za organizacijo, ki skrbi za pravice otrok pred hospitalizacijo, med njo in tudi po njej. EACH, ustanovljena leta 1993, je organizacija nevladnih, neprofitnih združenj in

uresničuje Listino EACH. Združenje je pripravilo podrobnejše razlage o pravicah otrok v bolnišnici (Listina EACH, 2002).

Vse pravice, ki so omenjene v listini, in vsi ukrepi, ki so sprejeti na njeni podlagi, morajo biti v korist otrok in spodbujati njihovo blaginjo. Pravice se nanašajo na vse bolne otroke, to je tiste, ki se zdravijo v bolnišnici ali ambulantno, ne glede na njihovo starost oziroma vrsto bolezni, prizadetost, kraj zdravljenja, razlog zdravljenja ali obliko zdravljenja, ki jo potrebujejo.

Listina EACH se nanaša na otroke, stare 0–18 let. V njej poudarjajo, da nekateri cilji, ki so v njej navedeni, v Evropi še vedno niso uresničeni. Predvsem je to pravica, da imajo otroci lahko v bolnišnici ob sebi starše, saj se ta še vedno omejuje na določeno starost otroka, bolezen ali celo družbeni položaj družine. Poudarjajo tudi, da bolnišnice najpogosteje ne poskrbijo ustrezno za posebne potrebe adolescentov. Premalo se v bolnišnicah upoštevajo tudi spoznanja o čustvenih, psiholoških in socialnih potrebah otrok glede na starostne skupine in razvojna obdobja otrok. Pogosto se pri otrocih in mladostnikih zanemarljivo nadzor nad bolečino. Veliko bi bilo treba storiti tudi glede navodil, ki bi bila primerna za zdravstvene delavce pri ravnanju z bolnimi otroki in mladostniki, pri katerih se odkrijejo znaki zlorabe, ker teh še ne poznamo. Neustrezno pa je otroka oziroma mladostnika hospitalizirati na oddelke za odrasle, kar se v nekaterih bolnišnicah še vedno dogaja (ibid., 2002).

Peterka Novak (2005) navaja, da je najpomembnejša pravica vsakega otroka in mladostnika še vedno pravica, da ima v času hospitalizacije in zdravljenja ob sebi svoje starše. Otrok ali mladostnik tako dobi občutek, da ni zapuščen in prepuščen tujemu okolju. Od medicinskih sester ta pravica zahteva dodatna znanja in veščine ter jim nalaga nove obveznosti in dolžnosti.

2.4 POMEN KOMUNIKACIJE PRI HOSPITALIZIRANEM OTROKU IN MLADOSTNIKU

Komuniciramo lahko z besedami ali brez njih. Komunikacija brez besed pomeni že to, da smo navzoči oziroma da uporabljamo gibe in geste, katerih se lahko zavedamo ali pa tudi ne. Vsi nebesedni simboli, se pravi komunikacija brez besed, pa imajo močnejši odnosni vidik. Besedna komunikacija oziroma komunikacija z besedami jasno opiše dogajanje in vsebino (Kolenc, 2005).

Ule (2005) navaja, da je dobra komunikacija tista, ki presega sociokulturne, medosebne in ekonomske razlike ter pripomore k medsebojnemu sodelovanju, spoštovanju in zaupanju. Vse to je odvisno od zanimanja in sposobnosti medicinske sestre, življenjske situacije ter zdravstvenega stanja in osebnih značilnosti pacienta (Železnik, 2006).

Dobra komunikacija pomeni aktivno sodelovanje s pacientom in mu daje občutek, da je sprejet takšen, kot v resnici je. Pri pogovoru je pomembno usklajevati in obvladati besedno in nebesedno komunikacijo ter s tem dati pacientu občutek, da ga razumemo in tudi sprejemamo (Dumič, Pajnikihar, Brumen, 2006).

Kot navaja Koren Bravhar (2009), je zelo pomembno spoštovanje sebe in prevzemanje skrbi za svoj razvoj, predvsem pa spoštovanje in sprejemanje drugačnosti sočloveka, da bo naša komunikacija dobra in uspešna.

Pri pacientih, kot so otroci in mladostniki, je nebesedna komunikacija velikokrat pomembnejša od besedne. Tako kot odrasla oseba po mimiki obraza hitro ugotovi, ali je otrok ali mladostnik žalosten, tako tudi oni opazujejo in ocenjujejo odrasle osebe. Vsi otroci in mladostniki pa posnemajo odrasle in se od njih učijo, zato jim odrasli morajo biti vzor in vzgled. Več pozornosti je treba usmeriti v to, kako kaj naredimo, predvsem pa v to, kako govorimo. Za pridobitev dobrega odnosa si je vedno treba vzeti dovolj časa za pogovor v primernem prostoru, saj se bo kasneje treba vključevati tudi v izvajanje intervencij v zdravstveni negi (Perić, 2006).

Pogovor je zelo pomemben in zelo dobro vpliva na počutje pacientov in družine ter tudi na samo zdravljenje. Pomembno je, da imajo zdravstveni delavci, ki delajo na otroških oddelkih, dovolj znanja o komunikaciji in da to tudi učinkovito uporabljajo (Akgun Citak, Kilicarslan Toruner, Bora Gunes, 2013). Medicinska sestra veliko komunicira z otrokom, mladostnikom in njihovimi starši. Za vse to je treba imeti znanje, predvsem pa tudi izkušnje s komunikacijo. Komunikacija je aktivnost, ki je pomembna za vzpostavitev stika s starši in njihovimi bolnimi otroki ali mladostniki, omogoča pa tudi zadovoljevanje vseh potreb posameznika. Pomembno je, da medicinska sestra zna vzpostaviti stik s pravilno komunikacijo ter tako omogočiti pretok idej, informacij in mnenj, ki so vsebina komunikacije. Pri bolnih otrocih in mladostnikih ter njihovih starših se potreba po ustrezni informiranosti in komunikaciji vedno bolj povečuje. Ob vsem tem je vsekakor treba vzpostaviti odnos, v katerem bodo vsi udeleženci lahko sporočali svoje potrebe, želje in pričakovanje brez zadržkov (Perić, 2006). Medicinska sestra lahko z zagotovitvijo ustreznih informacij otroku in staršem zmanjša stres ter že s tem naredi prvi korak k dobremu medsebojnemu sodelovanju (Oštir, 2008). Otrok mora biti v bolnišnični obravnavi enakovreden član komunikacije, zato je treba poznati načine komunikacije otrok in mladostnikov v različnih starostnih obdobjih. Otrok oziroma mladostnik mora vedeti, kaj se z njim dogaja in zakaj se izvajajo določene negovalne intervencije (Perić, 2006).

Za pogovor z otroki in mladostniki si je treba vzeti dovolj časa ter potrpljenja za razlaganje. Velikokrat so zelo pogumni, vendar jih je lahko zelo strah, kar pokažejo z nebesedno komunikacijo. V pogovoru z njimi moramo biti zelo odkriti, saj jim ne moremo ničesar skriti. Če pri pogovoru uporabljamo strokovne izraze, jim jih je treba razložiti tako, da jih bodo razumeli (Peterka Novak, 2005 povz. po Perić, 2006).

Delo medicinske sestre v bolnišnici je tudi obveščanje staršev o stanju njihovega bolnega otroka. Medicinska sestra lahko staršem sporoča informacije o stanju njihovega otroka le z vidika zdravstvene nege (Zorec, 2000).

2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI HOSPITALIZIRANEM OTROKU IN MLADOSTNIKU

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) navaja, da mora biti medicinska sestra telesno, duševno, socialno in tudi duhovno zrela. Imeti mora temeljne lastnosti, kot so: strpnost, človekoljubnost, dobrohotnost, optimizem, spoštljivost, razumevanje, doslednost, sprejemanje drugačnosti, umirjenost in druge.

Zdravstvena nega mladostnika in otroka je zelo zahtevna, saj od medicinskih sester zahteva veliko znanja in izkušenj. Medicinske sestre se morajo zavedati, da otrok ni pomanjšan odrasel človek, in zato morajo zdravstveno obravnavo prilagajati njihovi starosti. Vloga medicinske sestre je, da k bolnemu otroku, ki je pod stresom zaradi hospitalizacije, pristopi s primerno komunikacijo. Za boljše sodelovanje in počutje otroka mu ob sprejemu, seveda če to dopušča otrokovo zdravje, razkaže in predstavi oddelek (sobo, kopalnico, igralnico itd.) ter hišni red. Njena naloga pa je vsekakor delati v korist otroka in mladostnika (Rožman, 2012).

Pomembna naloga medicinske sestre je, da med hospitalizacijo nekaj pozornosti nameni tudi psihosocialni podpori, saj se v obdobju adolescence pogosteje pojavljajo duševne težave, kot sta depresija in anksioznost (Caprilli et al., 2006).

Tako na družbenem kot na političnem področju je v zadnjem desetletju prišlo do velikih sprememb. Prav zato sta se tudi zdravstvena nega in poklic medicinske sestre začela spreminjati. Spremembe spodbujajo medicinske sestre, da se zanimajo za novosti pri svojem delu. Seveda pa ni sprememb brez napore iskanja novih znanj, optimizma in poguma, zato je zelo pomembno oziroma nujno, da poklic medicinske sestre in njeno delo, torej zdravstvena nega, postaneta vidna, kar bomo dosegli le s transparentnim in sodobnim načinom dela. Prav tako je pomemben tudi prehod iz tradicionalne zdravstvene nege k sistematični zdravstveni negi oziroma z rutinskega dela bi se bilo treba bolj usmeriti k individualnim in osebnim potrebam vsakega posameznika. Zelo pomembno je, da si medicinska sestra po končani splošni izobrazbi pridobi dodatna znanja s permanentnim izobraževanjem na različnih delovnih področjih (Zorec, 2001).

Medicinska sestra z neprestanim opazovanjem, poslušanjem, pojasnjevanjem, razlaganjem in brezpogojnim sprejemanjem vsakega bolnega otroka in mladostnika pomaga, da se znebijo neprijetnih občutkov in strahu ter tako napredujejo v osebni rasti in zorenju (Hajdinjak, Meglič, 2006). Hospitalizacija predstavlja velik stres tako za otroke, mladostnike kot za njihove starše, saj se vsi počutijo preplašeno in izgubljeno ter imajo veliko vprašanj glede zdravljenja in bivanja v bolnišnici. Prav zato je tukaj vloga medicinske sestre, da jim nudi podporo in razumevanje ter jih vodi in usmerja čez proces zdravstvene nege. Vsekakor pa, ko so otroci, mladostniki in starši pod stresom, medicinska sestra največ dela na dobrih medosebnih odnosih, saj so ti v času hospitalizacije še kako pomembni pri obvladovanju stresa pri otrocih, mladostnikih in njihovih starših (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Medicinska sestra, ki svojo samopodobo gradi s samoocenjevanjem in vrednotenjem socialne okolice ter je s svojo samopodobo zadovoljna, bo zadovoljna tudi z opravljenim delom v svojem poklicu in bo to prenašala tudi na ljudi, s katerimi dela (Koren Bravhar, 2009).

Medicinske sestre morajo biti strokovno usposobljene za opravljanje svojega poklica, vendar samo to še vedno ni dovolj za izvajanje kakovostne zdravstvene nege. V primarnem, sekundarnem ali terciarnem zdravstvenem varstvu starši ali otroci niso vedno zadovoljni z obravnavo. Prav zato je zelo pomemben odnos medicinske sestre tako do otroka kot do njegovih staršev. Medicinske sestre morajo ustvariti takšne razmere, ki bodo zagotavljale kakovostno zdravstveno nego in bodo tako starši kot otroci zadovoljni z odnosom zaposlenih in njihovim delom (Zorec, 2001).

- Medicinska sestra mora poskrbeti, da ustvari dober medosebni odnos med vsemi subjekti, ki so vključeni v zdravstveno nego.
- Pomembno je, da je medicinska sestra poučena o tem, kako uspešno in učinkovito komunicirati.
- Bolan otrok mora biti enakovreden drugim, čeprav najpogosteje v procesu zdravljenja ni v enakopravni vlogi.

- Vsaka medicinska sestra si mora prizadevati, da pri delu, ki ga upravlja, upošteva načela in vrednote zdravstvene nege.

- Naloge medicinske sestre so zagotavljanje in podajanje informacij ter informiranje staršev in otrok o njihovih pravicah in drugih predpisih, kot so: kodeksi, konvencije, členi, poročila, pravice in dolžnosti otrok v zdravstveni negi. Poznavanje teh dokumentov vpliva na profesionalno delo medicinske sestre in njeno filozofijo, ki zajema spoštovanje in zaščito otrok, spoštovanje staršev, sproščeno vzdušje, celovitost posameznika in počutje medicinske sestre (Zorec, 2001).

Običajno se šele takrat, ko zbolimo, zavemo, kako pomembno je od medicinske sestre slišati besede spodbude, pohvalo ali motivacijo. Ker je za pacienta in svojce medicinska sestra pomemben presojevalec zdravstvenega stanja, prizadevanj za ozdravljenje in ustreznosti zdravstvenega vedenja, so pozitivne besede z motivacijskega in čustvenega vidika najpomembnejše vrednosti za otroke in mladostnike kot tudi za njihove starše (Mikuš - Kos, 2005 povz. po Koren Bravhar, 2009).

Sadeghi in sodelavci (2012) poudarjajo, da je glavna naloga medicinske sestre zadovoljevanje pacientovih potreb. Delo in naloge medicinskih sester, ki so vključene v proces hospitalizacije otrok, so usmerjene k zadovoljevanju otrokovih psihičnih, socialnih in fizičnih potreb. Cilja obravnave hospitaliziranega otroka pa sta zdrav otrok in zadovoljni starši (Rožman, 2012).

2.6 ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI PO VERGINIJI HENDERSON

Verginija Henderson je opredelitev zdravstvene nege prvič predstavila leta 1955 v svojem delu Načela in praksa zdravstvene nege. V svoji teoriji v ospredje postavlja fiziološke potrebe človeka, vendar poleg tega omeni tudi psihološke in socialne potrebe posameznika. Torej je po njenem mnenju treba zadovoljevati pacientu potrebe z vseh treh področij, s čimer se mu omogoči razvoj zdrave osebnosti. Teorija Hendersonove je najbolj znana teorija zdravstvene nege po svetu (Hajdinjak, Meglič, 2006).

»Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu človeku pri aktivnostih, ki pomagajo ohranjati ali vrniti zdravje oziroma omogočajo mirno smrt in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to potrebno voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjakinja, ima pravico pobude samostojnega izvajanja in nadzora.« (Henderson, 1957 cit. po Pajnkihar, 1999).

Hendersonova je opredelitev zdravstvene nege dopolnila še s štirinajstimi osnovnimi življenjskimi aktivnostmi. Z dobrim opazovanjem in merjenjem lahko pri vsaki izmed teh življenjskih aktivnosti ugotovimo spremembe, ki se zgodijo, ko je otrok oziroma mladostnik pod stresom.

2.6.1 Dihanje

Kadar je mladostnik izpostavljen stresu, se v telesu poveča izločanje hormonov. Adrenalin in kortizol v telesu povzročata težave z dihanjem, visok krvni tlak, pospešen utrip in hiperventilacijo. Visok krvni tlak in srčna obolenja lahko celo ogrožajo življenja (Heller, Hindle, 2001).

Dihanje je življenjskega pomena, zato je treba ugotoviti in upoštevati otrokove navade, povezane z dihanjem.

Pri otrocih in mladostnikih je treba meriti frekvenco, ritem, način in globino dihanja. Prav tako je delo medicinske sestre opazovanje gibanja dihalnih organov, dihanja skozi nos in usta ter gibanja prsnega koša, tudi barva kože in sluznic je zelo pomembna. Lahko se pojavijo tudi spremembe pri dihanju, ki jih je treba prepoznati:

- Cheyne-Stokesovo dihanje: najprej plitvo, nato vedno globlje in hitrejše, sledi pa apnoična pavza;
- Kussmaulovo dihanje: počasno, oteženo, sopeče in globoko dihanje;
- dispnoe: poglobljeno, pospešeno in oteženo dihanje;
- kašelj: opazujemo, kdaj se pojavi in kaj ga izzove, ter način kašlja, ali je suh, dražeč, z izmečkom ali brez;
- bolečina: pri vdihu ali izdihu, lokacija;

- bolnik ne diha: oživljanje.

Poleg opazovanja otrok in mladostnikov je nujno, da pri dihanju medicinska sestra opazuje tudi njihovo okolje, temperaturo zraka, vlažnost in prezračenost prostora. Prepoznati mora, ali je pri otroku prisoten strah. Pomemben je pogovor s svojci, kadar pri otroku ni možno dobiti potrebnih informacij (Pajnkihar, 1999).

2.6.2 Hranjenje in pitje

Pri mladostnikih je treba biti pozoren, saj se v času stresa lahko pojavi pretirano prehranjevanje in prenajedanje ali stradanje oziroma hujšanje ali pa se pojavi tudi bruhanje. Tako dogajanje je treba opaziti in se o tem odkrito pogovoriti (Jeriček, 2007).

Tako kot dihanje sta tudi hranjenje in pitje življenjskega pomena, vendar se brez hrane in pijače da dlje preživeti kot brez dihanja. Hranjenje in pitje je pomembno za rast in razvoj organizma, obnavljanje celic, proizvodnjanje energije, dobro počutje, tvorbo protiteles ter sintezo hormonov in encimov.

Hranjenje in pitje je odvisno tudi od življenjskega obdobja:

- intrauterino obdobje: hranjenje prek placente;
- novorojenček: dojenje;
- dojenček: dojenje, navajanje na mešano prehrano;
- otrok: intenzivna rast in razvoj, pridobivanje spretnosti pri hranjenju;
- adolescent: večje potrebe po hrani, pomembnost izgleda, večja poraba telesne energije.

Pomembno je poznati navade glede otrokove in mladostnikove prehrane, kakšno hrano uživa, kakšen način priprave hrane mu ustreza, sestavo in čas obrokov, količino in vrsto hrane, ki jo otrok najraje uživa, ipd. Prehrana zelo vpliva tudi na zdravje. Pri otroku oziroma mladostniku mora medicinska sestra opazovati prehranjenost otroka, težo in težave, kot je bruhanje. Kadar od otroka ali mladostnika ne dobimo dovolj informacij, se pogovorimo tudi s starši oziroma svojci (Pajnkihar, 1999).

2.6.3 Izločanje in odvajanje

Kadar pride do pogostejših, zgoščenih in premočnih stresnih situacij, se pri mladostniku lahko pokažejo težave v prebavnih motnjah, najprej kot bolečine v predelu trebuha, kasneje pa lahko kot zaprtost ali diareja (Dernovšek, et al. 2006).

Izločanje in odvajanje je tesno povezano s hranjenjem in pitjem, odstranjevanjem produktov prebave. Nanaša se na mikcijo in defekacijo, izločanje z uriniranjem skozi uropoetski sistem, z defekacijo skozi prebavni sistem in potenjem skozi kožo in sluznico. Izločanje je močno povezano s prehrano, ki jo posameznik uživa, ter s količino zaužite prehrane in obrokov. Otrok se navadi in kontrolira izločanje in odvajanje, do motenj pa lahko pride zaradi stresa ali hospitalizacije, v starosti pa tudi zaradi ohlapnih mišic. Pri odvajanju sta pomembna tudi telesna aktivnost in položaj, v katerem otrok oziroma mladostnik odvaja. Na odvajanje pa vplivajo tudi sprememba okolja, pomanjkanje intimnosti in določene bolezni.

Naloga medicinske sestre je opazovanje izločanja in odvajanja ter sprememb, kot so obstipacija, diareja, inkontinenca, enepresija – nekontrolirano izločanje blata, fekalna inpaktacija – zasušitev blata, flatulenca – prisotnost plinov v prebavnem traktu. Osredotoči se mora tudi na barvo izločenega blata in urina, pri izločanju urina pa tudi na količino izločenega urina in čas izločanja. Prav tako se mora pogovoriti s svojci, kadar informacije niso dostopne s strani otroka (Pajnkihar, 1999).

2.6.4 Gibanje in ustrezna lega

Hospitalizirani otroci in mladostniki morajo imeti v bolnišnici prostor za igro, učenje in gibanje, seveda pa je vse to treba prilagoditi njihovi starosti. V takem prostoru mora biti primerno pohištvo, ki je varno in prijetno, prostor pa mora biti zračen, svetel, predvsem pa dovolj velik. Pomembno je, da se otroci in mladostniki sprostijo ter zabavajo. Za samo gibanje mora biti prostor opremljen s telovadnimi blazinami, žogami, gugalniki ipd. (Adamek et al., 2009).

Osnovni lastnosti živih bitij sta gibanje in premikanje. Gre za osnovno aktivnost, ki človeku pomaga pri opravljanju drugih aktivnosti. Z gibanjem spreminjamo telesno lego, hojo, ležanje, sedenje, stanje.

Tudi gibanje in lega sta odvisna od življenjskega obdobja:

- novorojenček: popolnoma odvisen od druge osebe;
- dojenček: sam spreminja lego, sedenje, ležanje, plezanje;
- predšolski otroci: porabijo veliko energije za gibanje in se ves čas gibajo;
- adolescent: porabi veliko energije za gibanje.

Gibanje je zelo pomembno za kakovostno življenje. Medicinska sestra prepozna navade otrok oziroma mladostnikov, ki so povezane z gibanjem, in njihov odnos do gibanja ter jih spodbuja pri vsakodnevnih aktivnostih. Njena naloga je tudi opazovanje otrok in mladostnikov med gibanjem, njihove drže telesa, položaja pri hoji, pomoči, ki jo potrebuje pri hoji ali pri gibanju v postelji, sprememb na koži ter pripomočkov, ki jih potrebuje kot pomoč pri gibanju (Pajnkihar, 1999). Sime (2007) navaja, da je gibanje zelo dobro za preventivo stresa ter lajšanje stresa pri otrocih in mladostnikih. Gibanje tako lahko pomaga odpraviti simptome stresa in napetosti.

2.6.5 Spanje in počitek

Zaradi bolečin, motoričnega nemira in razdražljivosti se pri otrocih in mladostnikih v času bivanja v bolnišnici pojavijo motnje spanja. Nespečnost in zgodnje zbujanje pa sta v bolnišnici lahko motena tudi zaradi hrupa. Otroci so nemirni zaradi bolezni in novega okolja, zato se tudi težje umirijo in zaspijo (Skinder Savić, 2009).

Življenjska aktivnost je bistvenega pomena za človeka, saj z njo naberemo dovolj moči za telesno in umsko delo. Tudi spanje je odvisno od življenjskega obdobja. Otrok potrebuje veliko spanja in počitka, ta potreba pa se z leti zmanjšuje. Odrasla oseba potrebuje sedem ur spanja in počitka dnevno, v starosti pa je potreba po spanju in počitku vedno manjša, večja pa je potreba po počitku kot po spanju.

Medicinska sestra se z otrokom oziroma mladostnikom in s starši pogovori ter poskuša ugotoviti navade, povezane z otrokovim spanjem in počitkom. Pozanima se predvsem o času spanja, ritmu in mikroklimi, v kateri otrok spi, pripravi na spanje, morebitnih težavah pri ali med spanjem. Tudi med spanjem otroka je delo medicinske sestre opazovanje le-tega in tako ugotavljanje objektivnih težav pri spanju. V času spanja je njena naloga zagotoviti mir in tišino (Pajnkihar, 1999).

2.6.6 Oblačenje in slačenje

Oblačenje in slačenje sta aktivnosti, ki naše telo ščitita pred zunanjimi vplivi ter pomagata pri vzdrževanju telesne temperature in higieni kože. Otrok je popolnoma odvisen od druge osebe, dokler z razvojem ne doseže samostojnosti pri oblačenju in slačenju. V starosti ti aktivnosti popuščata in človek ponovno potrebuje več pomoči (Pajnkihar, 1999).

Mladostniki pri oblačenju in slačenju nimajo težav ter so pri tej aktivnosti samostojni. Lahko pa se zaradi različnih bolezenskih težav, tudi pretiranega stresa, začnejo oblačiti letnemu času neprimerno. Naloga medicinske sestre je, da to opazi in otroku oziroma mladostniku razloži, zakaj tako oblačenje ni primerno in zakaj naj se obleče drugače. Ker obleka in videz višata samozavest, medicinska sestra ves čas hospitalizacije pri posameznikih opazuje tudi to aktivnost (Hrovat, Žagar, 2006).

Opazovati je treba bolnikov način oblačenja in ugotoviti težave, ki so povezane z oblačenjem in slačenjem. Prav tako se je treba z njim pogovoriti glede navad, težav, ki jih sam opaža, ter o sposobnosti samooskrbe pri aktivnosti (Pajnkihar, 1999).

2.6.7 Vzdrževanje normalne telesne temperature

V obdobju zviševanja temperature otrok drgeta, je bled, ima hladne ude in se slabo počuti. Ker ga mrazi, je naloga medicinske sestre, da zanj poskrbi, ga toplo pokrije in tako skrajša to fazo. Ko se temperatura zviša in doseže termostatsko točko, postane

otrok v obraz rdeč, koža je topla oziroma vroča, ne mrzi ga več in se malo bolje počuti. Takrat je treba začeti z zniževanjem povišane temperature (Rakar Radešček, 2009).

Normalna telesna temperatura je povezana z dobrim počutjem ter delovanjem psihičnih in fizičnih aktivnosti. Aktivnost je povezana z oblačenjem in slačenjem, saj je pomembno, da mladostnik prepozna vplive iz okolja in se temu primerno zaščiti. Viri proizvodnje temperature v telesu so prehrana, mišično delo, metabolizem telesa, vpliv tiroksina.

Vzdrževanje telesne temperature glede na življenjska obdobja:

- nedonošenček: zaradi nezrelosti občutljivejši na vplive okolja;
- novorojenček: je še nesposoben zaščititi se pred vplivi okolja;
- mali otrok: slabo oceni vplive okolja in toploto;
- mladostnik: skrbi sam zase, vendar je še neizkušen.

Medicinska sestra se pozanima o stilu otroka ali mladostnika, o tem, kakšna temperatura v okolju mu ugaja, kakšen je njegov način oblačenja, kakšne so prehranjevalne navade, koliko se giba, kako prenaša vročino poleti in mraz pozimi ter temperaturne razlike, ter ob tem opazuje bolnikovo kožo, barvo, potenje in dihanje ter meri telesno temperaturo (Pajnkihar, 1999).

2.6.8 Osebna higiena in urejenost

Redno vzdrževanje osebne higiene in urejenost pripomoreta k ohranitvi zdravja ter k dobremu počutju. Higiena pomaga pri preprečevanju infekcij. Otroci z razvojem osvojijo to aktivnost, ki je odvisna od vzgoje doma, v vrtcu, šoli (ibid., 1999).

Neurejenost onemogoča možnost socialnih stikov, urejena zunanost pa to povečuje. Socialni stiki pa so zelo pomembni za zmanjševanje stresa pri otrocih in mladostnikih. Prav zato medicinska sestra usmerja in nadzoruje mladostnike pri opravljanju osebne higiene (Hrovat, Žagar, 2006).

Prav tako je naloga medicinske sestre opazovanje otrokove in mladostnikove kože in sluznice ter vseh sprememb, ki jih opazi, možnosti gibanja bolnika, pripomočke, ki potrebuje za osebno higieno. Z njim se tudi pogovori o navadah, povezanih s higieno in urejenostjo, o tem, kako skrbi za higieno, v kakšnih okoliščinah živi in koliko je sposoben poskrbeti za osebno higieno (Pajnkihar, 1999).

2.6.9 Izogibanje nevarnostim v okolju

Najprej je treba nevarnost prepoznati, da se ji lahko nato uspešno izognemo in to preprečimo ali vsaj nekoliko omilimo ter tako poskrbimo za zdravje. Otrok ali mladostnik mora biti sposoben prepoznati nevarnost, pravilno oceniti razmere in se pravilno odločiti o načinu varovanja, pri čemer je pomembno vključevanje staršev ali medicinske sestre v to aktivnost, da otroka oziroma mladostnika poučijo in mu razložijo, kaj je nevarno in česa se ne sme početi, če sam tega ni zmožen prepoznati. To je aktivnost, ki se je učimo vse življenje, in sicer s pridobivanjem znanja v šoli ter iz medijev, ki pomagajo pri izogibanju nevarnostim v okolju. Mladostnik se varneje počuti doma kot v bolnišnici, zaradi nepoznavanja okolja pa se z nevarnostjo lahko sooči hitreje kot doma (ibid., 1999).

Pomembno je, da medicinska sestra ugotovi otrokovo oziroma mladostnikovo znanje in informiranost glede aktivnosti. Pridobiti mora podatke o tem, ali bo sam prepoznal vire škodljivosti, ali je sposoben razumevanja navodil in ali ima razvite čute, ki jih posamezni mladostnik potrebuje za izogibanje oziroma preprečevanje nevarnosti (ibid., 1999).

2.6.10 Komuniciranje in izražanje čustev

Potrebe po dobri komunikaciji in informiranosti tako otrok kot staršev se vse bolj povečujejo. Vsak želi sodelovati pri odločanju o svojem telesu ali o telesu svojih otrok in samem zdravljenju. Medicinska sestra se mora zavedati, da je tako otroke kot njihove starše strah, ker pridejo v neznano okolje med neznane ljudi, zato je še toliko pomembneje, da si vzamejo čas in se jim posvetijo (Perić, 2006).

Za posameznika je medicinska sestra zelo pomembna zaradi izmenjave informacij, izkušenj, znanj, učenja, potreb in občutkov. Za dobro in učinkovito komuniciranje je potrebno zaupanje. Besedna komunikacija vedno poteka z nebesedno, ki nam velikokrat pove več kot besedna.

Aktivnost je odvisna od starostnega obdobja, bolezni, prizadetosti, lahko pa samo od spremembe okolja. Oceniti je treba sposobnosti, ki so potrebne za komuniciranje, sluh, vid in govor ter pripravljenost za sodelovanje, s čimer pridobimo bolnikovo zaupanje (Pajnkihar, 1999).

2.6.11 Izražanje verskih čustev

Pomembno je zadovoljevanje potreb ljudem različnih verskih pripadnosti. Aktivnost je močno povezana s komunikacijo bolnika in se oblikuje med odraščanjem z vzgojo v družini, kjer imajo pomembno vlogo starši, z izobrazbo pa se v življenju posameznika to prepričanje lahko spreminja.

Medicinska sestra mora biti pozorna tudi na potrebe po verskem izražanju mladostnika oziroma njegovih staršev in mu omogočiti njihovo zadovoljevanje. Pomembna je individualna obravnava otroka, mladostnika in njegovih staršev (ibid., 1999).

2.6.12 Koristno delo, razvedrilo in rekreacija

Delo človeku omogoča pridobivanje sredstev za preživetje. Nanaša se tako na fizične kot na psihične napore. Delo ima glede na aktivnost zakonsko podlago. Je tudi aktivnost, ki krepi in utrjuje psihofizične lastnosti posameznika, je sredstvo navezovanja stikov in komuniciranja. Razvedrilo in rekreacija sta aktivnosti za sproščanje človeka ter vzdržujeta kondicijo, s čimer si posameznik nabere novih moči za delo in življenje. V otroštvu še ne moremo delati, se pa otrok aktivno pripravlja na delo in si pridobiva delovne navade. Navadno se otroci ukvarjajo s športom. Odrasli delajo in se ukvarjajo z rekreacijo ter tako poskrbijo za socialno varno starost (ibid., 1999).

Pri hospitalizaciji se poruši vsakodnevni ritem otroka in mladostnika, zato nekateri zelo težko prenašajo bivanje v bolnišnici. Treba je zagotoviti obiske staršev in svojcev, saj imajo pri tem pomembno vlogo, ker dobro poznajo otroka, mu omogočijo stvari, ki ga zanimajo in jih lahko opravlja tudi v bolnišnici. Če je le možno, je treba zagotoviti poslušanje radia, gledanje televizije in branje revij ali knjig, otroke in mladostnike pa je treba poskušati vključevati tudi v delovno terapijo ter tako omiliti pretirano dolgočasenje (ibid., 1999).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEMI IN CILJI RAZISKOVANJA

V empiričnem delu smo se osredotočili predvsem na mladostnike in njihovo doživljanje hospitalizacije, ker so ti bolj zreli za odgovarjanje in od njih lahko dobimo več podatkov kot od mlajših otrok, pri katerih bi morali vključiti tudi starše, ki pa ves čas hospitalizacije niso bili ob otroku. Namen raziskave, izvedene v diplomskem delu, je bil torej ugotoviti, kako so mladostniki z njihovega vidika doživljali hospitalizacijo in ali so se ob tem znašli v stresni situaciji. Zanimalo nas je, kako so se soočili s tem v stresnih situacijah v času hospitalizacije in kdo jim je stal ob strani ter jim najbolj znal pomagati. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako so v času hospitalizacije medicinske sestre vplivale na počutje mladostnikov in ali so bili mladostniki z njihovim delom zadovoljni.

Cilji:

- ugotoviti doživljanje hospitalizacije pri mladostnikih;
- ugotoviti pojavnost stresa v času hospitalizacije z vidika mladostnikov;
- opredeliti vlogo medicinske sestre pri obvladovanju stresa z vidika mladostnikov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zgoraj zastavljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako so mladostniki doživljali hospitalizacijo?
- Kako so mladostniki sprejeli hospitalizacijo in se z njo soočili?
- Kako stresna je za mladostnika hospitalizacija?
- Kako so se mladostniki odzvali na stresno situacijo v času hospitalizacije?
- Kako po mnenju hospitaliziranih mladostnikov medicinske sestre vplivajo na dobro počutje med hospitalizacijo?
- Kako so mladostniki zadovoljni z vlogo medicinske sestre med hospitalizacijo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Podatke smo zbirali in obdelovali na osnovi kvalitativne metode dela. Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) metodi raziskovanja. Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili nestandardiziran polstrukturiran intervju, za katerega je značilno, da je bolj odprt, poizvedovalni položaj med vpraševancem in raziskovalcem pa bolj prožen in manj formalen ter po navadi izpeljan z manj osebami. Raziskovalec pripravi nekaj bistvenih vprašanj odprtega tipa in jih postavi vsakemu vpraševancu posebej, vsa druga vprašanja pa oblikuje sproti med intervjujem (Vogrinc, 2008). Vire za analizo smo pridobili s pomočjo individualnih polstrukturiranih nestandardiziranih intervjujev mladostnikov, ki so bili hospitalizirani. Za oblikovanje teoretičnega dela diplomskega dela smo vire pridobili s pregledom domače in tuje literature. Za pridobivanje virov smo uporabljali tuje podatkovne baze: CINAHL, ERIC, PUBMED. Pri iskanju literature smo za pomoč uporabljali COBISS – virtualno knjižnico Slovenije in svetovni splet prek iskalnika Google. Ključne besede, ki smo jih uporabljali za iskanje domače literature, so bile: stres, mladostnik, pravice otrok, hospitalizacija, komunikacija, vloga medicinske sestre, življenjske aktivnosti. Pri iskanju tuje literature pa smo uporabili naslednje ključne besede: stress, communication, adolescent, role of nurse, hospitalization.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov v empiričnem delu smo uporabili polstrukturiran intervju z mladostniki, ki so bili hospitalizirani zaradi različnih bolezenskih stanj. Pripravili in uporabili smo odprta vprašanja, ki so jim sledila podvprašanja, ki so bila povezana s samim potekom intervjuja, temo in odgovori mladostnikov, z njimi pa smo želeli določeno temo raziskati in razumeti. Vprašanja, ki so bila zastavljena intervjuvancem, smo sestavili s pomočjo pregleda strokovne literature (Dernovšek, 2006; Rožman, 2012; Coyne, 2006; Perić, 2006; Zorec, 2001; Hajdinjak, Meglič, 2006). Šestim mladostnikom smo zastavili šest glavnih raziskovalnih vprašanj, oblikovanih s pomočjo zastavljenih ciljev:

1. Kako ste doživljali sprejem v bolnišnico?
2. Kako ste doživljali bivanje v bolnišnici?
3. Opišite dan v bolnišnici.
4. Kako ste doživljali čas obiskov?
5. Kakšno je vaše mnenje o medicinskih sestrah in delu, ki ga opravljajo?
6. V kakšno pomoč so vam bile med bivanjem v bolnišnici medicinske sestre?

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo naključni vzorec, v katerega smo vključili šest mladostnikov, hospitaliziranih v času mladostništva na različnih oddelkih zaradi različnih bolezenskih stanj. Preiskovance za intervju smo izbirali naključno preko poznanstev z njihovimi starši in prijatelji. Stike smo vzpostavili s pomočjo mobilnikov in interneta jih povprašali o sodelovanju ter jim okvirno razložili postopek in namen intervjuja prosili smo jih tudi za sodelovanje in jim odgovorili na vsa vprašanja. Pojasnili smo jim, da vse podrobnejše informacije prejmejo tudi ob intervjuju ter da se tudi takat še lahko odločijo za sodelovanje. Da so intervjuvanci lahko sodelovali v naši raziskavi so morali biti hospitalizirani v obdobju mladostništva ter od tega ni smelo preteči več kot štiri leta, pozorni smo bili tudi na to, da v letih pri preiskovancih ni bilo prevelike razlike saj bi bili nato rezultati lahko zelo različni. Nihče iz med vprašanih ni odklonil sodelovanja v raziskavi. Kot je že bilo omenjeno, smo intervjuvali šest mladostnikov: dve mladostnici in štiri mladostnike, stare 16–19 let, hospitalizirani pa so bili v zadnjih treh letih oziroma od leta 2011 do leta 2013. En mladostnik je bil ob hospitalizaciji star petnajst let, dva mladostnika šestnajst let in trije sedemnajst let. V bolnišnični oskrbi so bili od tri do šest dni. Vsi prihajajo iz Škofje Loke in Železnikov ter njune okolice, hospitalizirani pa so bili na različnih oddelkih v različnih bolnišnicah.

3.3.4 Opis postopka zbiranja in obdelave podatkov

Pred izvedbo intervjujev, ki smo jih izvedli v mesecih marcu in aprilu 2014, smo udeležence seznanili s potekom intervjuja in dobili njihovo dovoljenje za izvedbo, prav tako pa smo pridobili tudi pisna dovoljenja njihovih staršev zaradi njihove

mladoletnosti. Kriteriji za sodelovanje v naši raziskavi so bili, da so bili intervjuvanci v času hospitalizacije v obdobju mladostništva, da so lahko samostojno odgovarjali na zastavljena vprašanja ter da med njimi v starosti ni prišlo do prevelikih razlik. Pomembno nam je bilo tudi to da so bili hospitalizirani najmanj tri dni, nismo pa se omejevali na njihova bolezenska stanja in kraj hospitalizacije saj nas je zanimalo predvsem njihovo počutje in doživljanje hospitalizacije. Vsakemu smo obrazložili, kakšna je njegova vloga in da ima vsakdo pravico odkloniti pogovor. Razložili smo jim še namen intervjuja in to, da bodo odgovarjali na vprašanja odprtega tipa s podvprašanji, ki jim še vedno dopuščajo svobodnejše odgovore, v katerih lahko povedo svoja razmišljanja o izkušnji brez našega usmerjanja. Vsi intervjuji so anonimni, identiteta mladostnikov je skrbno varovana, pogovori pa zabeleženi in posneti tako, kot je potekal pogovor, s čimer so bili mladostniki seznanjeni pred začetkom intervjuja. Odgovori so bili uporabljeni le za namen diplomskega dela. Intervjuje smo opravili v popoldanskem času, v mesecih marcu in aprilu 2014, glede kraja in časa izvedbe pa smo upoštevali želje intervjuvancev. Pri štirih smo intervjuje izvedli na njihovem domu, po navadi v njihovih sobah, kjer je bil mir, pri dveh udeleženkah pa je bil intervju izveden na domu izpraševalca. V vseh šestih intervjujih ni nihče poimenovan imensko. Tudi v rezultatih, kjer smo uporabili citate mladostnikov, smo poskrbeli za njihovo anonimnost, in sicer tako da smo pred zapisi citatov označili intervjuje mladostnikov namesto poimensko kar s kraticami od M1 do M6. Črka M pomeni mladostnika, številka poleg črke pa zaporedno številko intervjuja. Pogovori so bili izvedeni v prijetnih mirnih prostorih z dovolj svetlobe, vprašanja smo postavljali razločno in razumljivo. Po vseh izvedenih pogovorih smo posnete intervjuje prepisali in začeli s postopkom kvalitativne analize besedil. S procesom kodiranja smo začeli z iskanjem kod v besedilu, kar pomeni, da smo podobnim dogodkom v empiričnem besedilu prepisovali podobne ali enake pojme. Večje skupne oziroma sorodne kode smo nato združili v kategorije. Teoretično razlago smo oblikovali tako, da smo s kodiranjem in kategoriziranjem besed iskali globlji pomen podatkov (Vogrinc, 2008). Intervju smo analizirali po postopkih, ki so značilni za kvalitativno raziskavo. Na število besed, ki smo jih vključili v kategorije se vnaprej nismo omejili. Sama analiza se je končala z odgovori na zastavljene cilje. Kode smo določali med samo analizo besedila in tako oblikovali abstraktne pojme iz empiričnih podatkov – uporabili smo induktivni pristop.

Med analizo smo razmišljali o podatkih in iskali globlji pomen, namen pa je bil dobiti bistvo in oblikovati teorijo. S tem postopkom smo pridobili vpogled v doživljanje mladostnikov med hospitalizacijo in njihov pogled nanjo.

3.4 REZULTATI

Pri analiziranju empiričnega gradiva smo oblikovali osem kategorij, ki se tudi smiselno povezujejo: čustva, komunikacija, hospitalizacija, čas obiskov, bivanje v novem okolju, pravice mladostnikov, vloga medicinske sestre in osebno mnenje.

V nadaljevanju so podrobneje opisane posamezne kategorije za njihovo lažje razumevanje. Poleg tega smo za natančnejšo razlago posamezne kategorije izpostavili najznačilnejše citate intervjuvancev iz empiričnega gradiva.

3.4.1 Kategorija čustva

Zaradi dejstva, da bo treba ostati v bolnišnici, in med samim bivanjem v bolnišnici so se pri mladostnikih pojavljala različna čustva. V kategoriji čustva smo združili kode strah, jeza, potrnost, žalost, tesnoba ter tudi sreča in veselje (tabela 1).

Mladostniki so ob poškodbi in bolezni najprej občutili strah, enako tudi, ko so izvedeli, da bo treba ostati v bolnišnici, nato pa se je ta strah stopnjeval v jezo.

M1: "Ko sem izpljunil, sem v izpljunku opazil kri. Prijatli so klicali rešilca. Občutek je bil grozen, težko je povedati, kok me je bilo takrat strah, ko te odpeljejo, pa ne veš, kaj se dogaja s tabo. Najbolj me je bilo strah, če mi bojo sploh loh pomagat glede na počutje."

M3: "Po poškodbi so bile res bolečine neznosne. Ko so mi slikali kolen, sem izvedela, da bom ostala v bolnišnici. Ko so me peljali v sobo, me je bilo res strah, pa kar stiskalo me je pri srcu, tesno mi je bilo, ni mi bilo jasno, kaj je zdaj, kaj je narobe, pa kdo bo z

mano v sobi, kaj bom sama v bolnici. Prav jezna sem bila nase, da sem se poškodovala.”

Bivanje v bolnišnici se ne more primerjati z običajnim dnevom mladostnika, ki je zagotovo zelo aktiven. Vsi so bili hospitalizirani prvič. Ko so sprejeli in razumeli, da morajo ostati v bolnišnici, pa so občutili potrnost in žalost, bilo jim je zelo dolgčas, saj so ostali sami, z njimi pa sami neznani obrazi.

M2: “Ja, najbolj mi je bilo dolgčas, skoz sem bil slabe volje. Itak sem imel samo poškodbo očesa, pa niti iz sobe nisem smel, da ga ne bi še prehladu. Zarad očesa nisem mogu skoz ležat, pol pa res nisem vedu, kaj nej počnem, brat tud nisem smev zarad napenjanja oči. Me je blo pa kr strah, če bom skoz tok slab vidu.”

M4: “Tok težko sem ležal cev dan v postelji, nisem vedel, kaj naj sam s sabo. Res mi je blo večina časa dolgčas, nimaš kj počet. Če so me klicali od doma, sem bil pol še žalosten, ker sem slišov, kok se majo dobr doma.”

Vse bolnišnice imajo tudi čas, ki je namenjen obiskovanju svojcev. Mladostniki so predvsem ob pričakovanju obiskov in obiskovanju najbližjih občutili srečo in veselje, ko so odhajali, pa tudi žalost.

M5: “Čas obiskov je bil neki najboljšega, ko vidiš domače. Komej sem čakal, da pridejo. Zmer so mi kj prinesl, pa pogovarjal smo se al pa smo šli na kavo. Prehiter je minil. Rad mam dom in domače, zato je bilo kr težko, ko so odhajal.”

M4: “Glede na dolgčas sem komaj čakal obiske. Vesel sem bil prjatlov, staršev pa sestre, da smo mal poklepetali, pa vedno so mi prinesl kakšno novo revijo. Bilo mi je hudo, ko so odhajal, jaz pa sem ostal v bolnišnic.”

Tabela 1: Kategorija čustva

Kategorija	ČUSTVA						
Kode	Strah	Jeza	Tesnoba	Žalost	Potrtoost	Veselje	Sreča

3.4.2 Kategorija komunikacija

Komunikacija med zdravstvenim osebjem in mladostnikom je zelo pomembna. Kode, ki označujejo kategorijo komunikacija, so predvsem pomanjkanje časa zdravstvenih delavcev in poudarek predvsem na komunikaciji, ki je nujna oziroma se tiče samega poteka zdravljenja, razlog pa naj bi bila prezaposlenost osebja, kar so opazili tudi mladostniki med bivanjem v bolnišnici. Zaradi pomanjkanja komunikacije pa pride tudi do negotovosti (tabela 2).

Med zdravljenjem ves čas poteka komunikacija med vsemi subjekti v bolnišnici, vendar pa so prisotni dejavniki, ki preprečujejo uspešnost komuniciranja. Mladostnike je motilo predvsem to, da niso dobili vseh potrebnih informacij o zdravstvenem stanju.

M6: “Motilo me je to, da sestre ne smejo nič povedati, na primer, kaj je narobe s tabo, kakšni so postopki za naprej, zdravniki itak sam neki na hiter povejo in je stvar zaključena, ti pa ostaneš tam z nešteto vprašanji. Sestre pa ti ne smejo nič povedati razen tistga, kar počnejo one, to so mi pa tko vse povedale.”

Komunikacija z mladostniki je bila povezana predvsem z njihovim zdravstvenim stanjem in je potekala le takrat, ko je bilo potrebno. Nekateri so opazili, da je tako najverjetneje zato, ker so medicinske sestre zelo zaposlene, kar pa ne vpliva dobro na mladostnike.

M2: “Ena si je celo vzela čas in poklepetala z menoj, z ostalimi pa samo, kar je bilo nujno, če sm kj potreboval, al pa so dala kakšna navodila.”

M1: “Ves čas so hodile od sobe do sobe, imel sem občutek, da so zelo zaposlene, da skoz hitijo, skoz se jim nekam mudi. Velikokrat so me preslišale, mogoče so pozabile, včasih sem imel občutek, da me majo že dovolj, pa jih raje nisem prosil kakšne stvari.”

Tabela 2: Kategorija komunikacija

Kategorija	KOMUNIKACIJA			
Kode	Pomanjkanje časa osebja	Nujnost	Negotovost	Prezaposlenost osebja

3.4.3 Kategorija hospitalizacija

Vsi intervjuvani mladostniki so bili hospitalizirani, čeprav jih večina ni pričakovala, da bodo morali ostati v bolnišnici. Kategorijo hospitalizacija lahko razložimo s kodami zdravstveno stanje, zaradi katerega je bil sprejem v bolnišnico potreben, ter bolečina in strah, ki pa sta bila pri večini zelo izrazita (tabela 3).

Pri poškodbah so mladostniki navajali nevzdržne bolečine in željo, da bi takrat te omilili v najkrajšem možnem času, zato ob sprejemu niso toliko razmišljali o tem, da je možnost, da bodo ostali v bolnišnici, predvsem pa prej nihče ni pomislil, za kako resno zdravstveno stanje dejansko gre. Ko so jim povedali, da bodo sprejeti na oddelek, in v času bivanja se je pri njih pojavil strah.

M4: “Bolečina je bila takrat neznosna. Odpeljal so me v dežurno ambulanto, ker kuj niso vedeli, kaj mi je, bolečine pa so bile neznosne. So me vprašal, če mi dajo kaj proti bolečinam. Ja, takoj sem bil za to. Dobil sem injekcijo v ramo, bolečina pa ni popustila. Sprejem je biv hiter, takoj so me odpeljali v operacijsko.”

M2: “Nisem pričakval, da bom ostal na očesni kliniki. Sem mislil, da grem na pregled, pa kakšno preiskavo, pa dam, mene so pa peljali kar v sobo. Ni mi blo jasen, kaj zdaj to pomeni. K sem pristav v sob, mi je bilo tesno in strah, če je res tako hudo.”

Mladostniki, ki so bili s svojim zdravstvenim stanjem seznanjeni že pred hospitalizacijo, po navadi so že nekajkrat pred tem obiskali osebnega zdravnika, so hospitalizacijo zelo dobro sprejeli.

M5: “Zlo me je bolel, pa še gnoj je tekel ves čas iz predela trtice. Komaj sem čakal, da dobim datum in grem na operacijo.”

M6: “Bolel me je ful, pa še osebni zdravnik mi je povedal, da je najverjetneje slepič, in mi dal napotnico, tako da sem že prej malo pričakovala, da bom ostala v bolnišnici.”

Tabela 3: Kategorija hospitalizacija

Kategorija	HOSPITALIZACIJA			
Kode	Bolečina	Zdravstveno stanje	Sprejem v bolnišnico	Strah

3.4.4 Kategorija čas obiskov

Čas, namenjen obiskovanju mladostnikov v bolnišnici, je zelo pomemben tako za mladostnika kot za njegove svojce in prijatelje. Za kategorijo čas obiskov so značilne kode pričakovanje, nato veselje ob prihodu bližnjih, sledijo pa pogovor, druženje in krajšanje časa, ki je mladostnikom minil zelo hitro in je bilo potrebno slovo od svojcev (tabela 4).

V celem dnevu je bilo največje pričakovanje obiskov svojcev in prijateljev. Vsi so se jih veselili, da so lahko malo poklepetali, predvsem pa je bil popoldan veliko krajši od dopoldneva zaradi druženja z njimi.

M1: “Obiski so super. Ko so prišli, je bilo fajen, da smo šli na kavo, pa sem jim povedal, kako je z mano, pa kako se majo oni, pa še zmer so mi kaj dobrega prinesli. Počutiš se res super, ker veš, da jim ni vseen zate.”

M2: “Obiski so mi zelo krajšali čas, vesel sem jih bil, da so me prišli pogledat, takoj je bil dan krajši. Če jih ni bilo, kar ni bilo konec dneva. Nisem imel nobene družbe, zato sem komaj čakal, da kdo pride, da smo mal govoril, pa šli naokrog popoldan, ker res nimaš kej počet tam.”

Čas obiskov pa je, kot vse lepe stvari, minil zelo hitro in se je bilo treba ponovno posloviti in sam ostati v sobi z neznanim osebami.

M4: “Bilo mi je hudo, ko so odhajali domov, jaz pa sem ostal v bolnici. Rad sem doma, pogrešal sem svojo psičko, zato je bilo res težko vstat, ko so odhajal.”

M3: “Ko so odhajal domov, bi takrat vse dala, da bi lahko šla z njimi. Takrat mi je bilo kar hudo, čeprav sem vedela, da pridejo naslednji dan spet.”

Tabela 4: Kategorija čas obiskov

Kategorija	ČAS OBISKOV					
Kode	Pričakovanje	Veselje	Pogovor	Druženje	Krajšanje časa	Slovo

3.4.5 Kategorija bivanje v novem okolju

Sprememba okolja in bivanje v njem je lahko zelo stresno, saj se je v novem okolju težje znajti, večina ljudi je tujih in nam je tudi zaradi tega neprijetno, lahko pa nam bivanje v novem okolju omogoči spoznati nove ljudi in navezati nove stike, mogoče celo izmenjati izkušnje. Kategorijo novo okolje smo določili iz kod dolgčas, pri katerem je pomembna zaposlitev mladostnika, nato pa vsekakor komunikacija tako z osebjem kot z drugimi pacienti (tabela 5).

Vsi mladostniki, ki so se soočili z bivanjem v novem okolju, so navajali velik dolgčas in zaposlovanje samega sebe z različnimi stvarmi, ki so jih imeli s sabo ali pa so jim jih kasneje prinesli svojci – tako so lažje preživeli čas v novem okolju.

M4: “Čez dan je bilo zelo dolgočasno, na telefonu sem igral igrice in preganjal dolgcajt. Prijatli so mi prinesli revijo, enkrat pa tudi križanko, ko so prišli na obisk. Prišlo jih je devet, takrat je čas hitro minil.”

M1: “Svojci so mi prinesli računalnik, kar je bilo res kul. Lohk sem biv na netu, pa še nekaj filmov sem pogledal, vmes po presledkih pa igral igrice. Če ne bi imel računalnika, ne vem, kaj bi počel sploh tiste dni, ko sem moral mirovati.”

Nekaterim čas hitreje mine med pogovorom s prijaznim osebjem ali s pacienti, s katerimi so bili ta čas skupaj v sobi. Seveda je to odvisno od vsakega posameznika, od tega, kako hitro lahko naveže stike s tujimi ljudmi.

M6: “Domači so mi prinesli knjigo za preganjanje dolgčasa, vendar jo nisem veliko brala, saj sta bili v sobi z menoj še dve punči, s katerima sem se res ujela, super sta bile. Veliko smo se pogovarjale, skupaj smo hodile popoldan na kavo, pa gledat televizijo, večina časa smo bile skupaj.”

M3: “Po nastanitvi v sobo in posteljo ter nekaj urah mi je postalo malo lažje, saj so bile medicinske sestre zelo prijazne. Ves čas so me spraševale, če sem v redu, pa če mogoče še kaj potrebujem. Pa še tako sem bila utrujena ...”

Tabela 5: Kategorija bivanja v novem okolju

Kategorija	BIVANJE V NOVEM OKOLJU				
Kode	Dolgčas	Zaposlitev	Komunikacija	Sobivanje	Osebj

3.4.6 Kategorija pravice mladostnikov

Večina mladostnikov niti pomislila ni, da imajo tudi oni določene pravice med hospitalizacijo. Njim je bila glavna stvar okrevati in zapustiti bolnišnico. Nekateri so že slišali za varuha pacientovih pravic, vendar pa o pravicah otrok in mladostnikov v bolnišnici niso znali prav veliko povedati. Kategorija pravice mladostnikov združuje

kode neznanje, neinformiranje o pravicah med hospitalizacijo, bolezen, strah in domotožje (tabela 6).

Za pravice otrok oziroma mladostnikov v bolnišnici niti slišali niso, vedeli oziroma slišali pa so nekaj o pacientovih pravicah. Kakšne so pravice otrok, niso znali povedati, prav tako niso slišali za Listino EACH.

M3: “Ne vem, katere so pravice otrok in mladostnikov v bolnici, mogoče, da imajo manjši otroci pri sebi starše, za starejše se mi pa sanja ne. Še nisem slišala za te pravice, tud takrat v bolnišnici ne. Jst sem tko sam čakala, kdaj grem lahko domov.”

M1: “Mmmm, ne vem, nobene. Nisem še slišal, tud za to listino ne. Vem pa, da se pacienti lahko obrnejo na eno osebo, če jim kaj ni všeč, ampak sej takrat je blo men važen sam to, da se pozdravim, da me neha bolet.”

Vsem je bilo pomembno zgolj to, da jim je čas v bolnišnici hitro minil, da se pozdravijo in kar se da hitro zapustijo bolnišnico ter se vrnejo domov.

M5: “Nimam pojma, jst sem samo čakal, da se mi rana zrihta, pa da mi povejo, kdaj lahko grem domov. O teh pravicah pa nisem dobil nobenih informacij. Že tko me je dost skrbel, če bo rana ok, da nisem niti pomislu na pravice.”

M2: “Sploh nisem razmišljal. Gibal sem se lohk, kasneje mi vsaj v sob ni blo treba bit cel dan, čakal sem pa, al bom še videl na ta oko, al bo vse v redu, pa čudn mi je blo, da sem zarad tega moral bit v bolnišnici.”

Tabela 6: Kategorija pravice mladostnikov

Kategorija	PRAVICE MLADOSTNIKOV				
Kode	Neznanje	Neinformiranje	Bolezen	Strah	Domotožje

3.4.7 Kategorija pomoč medicinske sestre v času hospitalizacije

Medicinske sestre so v bolnišnici nepogrešljiv subjekt zdravstvenega tima. Večino časa preživijo z mladostniki, jih negujejo, kolikor je potrebno, dajejo navodila, tudi ob negovanju in opravljanju intervencij, ter so tudi psihična podpora mladostniku, ki se je sam znašel v novem okolju. Kode, ki spadajo pod to kategorijo, so: negovanje, pomoč, pomanjkanje časa, pogovor, navodila in intervencije ter prijaznost (tabela 7).

Izvajanje intervencij zdravstvene nege, torej negovanje, je stalno delo medicinskih sester, sem pa vsekakor spada intimnost mladostnika, v katero pri tem delu posegajo. Mladostniku so bile pri tem prijazne medicinske sestre v veliko pomoč, predvsem tistim, ki so po navodilih zdravnika morali mirovati oziroma niso smeli iz postelje.

M4: "Ker nisem smel vstajati iz postelje, so mi ble medicinske sestre v veliko pomoč: nosile so mi hrano in pijačo, pomagale pri osebni higieni, čeprav je bilo neprijetn, so mi na srečo prinesle stvari, pa sem se potem umil kar sam. Nerodno mi je bilo edino prosit, ker sem v kratkem času dvakrat napolnil račko, pa nisem upal pozvonit, da bi jo spet odnesle. Drugače so včkrat vprašale, če še kj rabim."

M1: "Prinesle so inekcije, pa druga zdravila, pa za umivat, hrano, postiljale postle ... Ko sem bil ves čas v postelji, so mi bile v velko pomoč, saj sam nemoreš nič. Čeprav mi je blo pol že neprijeten ves čas zvonit, ker sem imel občutek, da so me že site."

Pri delu medicinskih sester pa vsekakor ne gre brez komunikacije, pogovora, ker so te ves čas zelo blizu mladostnika in posegajo tudi v njegov intimni prostor. Nekaterim mladostnikom so se medicinske sestre zdele zelo prijazne, drugim malo manj.

M6: "Z njimi sem se pogovarjala samo, kadar so mi kaj prinesle al pa so prišle merit tlak. Upoštevala sem navodila, ki so mi jih dala glede zdravstvenega stanja, pač sem naredila, kar so mi naročile. Da bi se pogovarjal karkol družga, se ne spovnem, lohka da nimajo časa al pa opravljajo samo svoje delo."

M3: “Pomagale so mi pri hoji do kopalnice in drugih stvareh, kar sem rabila. Če so pozabile, sem jih prosila še enkrat. Nekatere so bile bolj prijazne od drugih, zato sem večkrat vprašala ta prijazno sestro za informacijo. Za pogovor pa tko nimajo časa, pridejo in gredo, samo kar je nujno.”

Tabela 7: Kategorija pomoč medicinske sestre v času hospitalizacije

Kategorija	POMOČ MEDICINSKE SESTRE V ČASU HOSPITALIZACIJE					
Kode	Negovanje	Pomoč	Pomanjkanje časa	Pogovor	Navodila in intervencije	Prijaznost

3.4.8 Kategorija mnenje o delu medicinskih sester v času hospitalizacije

Kategorija osebno mnenje predstavlja mnenje hospitaliziranih mladostnikov o delu medicinskih sester, ki ga opravljajo, in mnenje o oskrbi, ki so jim jo nudile v času hospitalizacije, ter o tem, kakšne medicinske sestre bi si oni želeli v času bolnišničnega zdravljenja. Kode, ki spadajo pod to kategorijo, so: delo medicinskih sester, prijazen odnos, oskrba, razumevanje, podajanje informacij in upoštevanje želja (tabela 8).

Mladostniki zelo cenijo delo medicinskih sester, predvsem pa imajo občutek, da so zelo zaposlene oziroma da imajo preveč dela. Kljub temu jih je večina prijaznih in dostopnih za pomoč, motilo pa jih je, ker ne smejo dajati informacij o njihovem zdravstvenem stanju.

M5: “Sestre so ble zelo prijazne. Pomoč sem dobil, kadar sem jo rabil, pa za karkol. Včasih niso pršle kuj, sam razumem, da imajo velik dela tud z drugim bolniki. Brez njih bi blo zelo težko bivanje v bolnišnic, ker sem jih kr velikrat poklicov za pomoč.”

M6: “Delo medicinskih sestr se mi zdi zelo pomembno, sploh v bolnišnic, kjer zdravnike videš sam pri vizitah. Delo medicinske sestre je zagotov tud naporno, ampak ene so res prijazne pa potrpežljive, druge mal mnj, kod da jim je vse odveč, se jim ne da, so slabe volje al pa neprijazne.”

Mladostniki so izrazili tudi svoje želje o tem, kakšno medicinsko sestro bi imeli oziroma potrebovali v času zdravljenja v bolnišnici, kaj so pogrešali pri delu medicinskih sester oziroma kakšne bi morale biti po njihovem mnenju.

M2: “Medicinske sestre morajo biti predvsem prijazne, da dobiš občutek, da ti bo pomagala, ker je že tk dost težko, ko se znajdeš v bolnici. Mogoč bi morale imet več časa, da nebi ble tok zaposlene, pa če bi se kdaj kj pohecale, tud nebi blo nč narobi. Hiter se vid, katera je kul, pa katera ne.”

M3: “Pa sej so ful delavne pa pridne, sam če so zraven še nasmejane pa tko, jo je kuj laži prosit za pomoč, koker da je že tko vsa slabe volje. Sej ne more kj dost pomagat, to morš dat skoz, tk da men že to dost pomen, da so prijazne. Ena je bla res faca, se smo ji res nasmejaj, je kr polepšala dan.”

Tabela 8: Kategorija mnenje o delu medicinskih sester v času hospitalizacije

Kategorija	MNENJE O DELU MEDICINSKIH SESTER V ČASU HOSPITALIZACIJE					
Kode	Delo	Prijazen odnos	Oskrba	Razumevanje	Podajanje informacij	Upoštevanje želja

3.5 RAZPRAVA

Mladostniki v raziskavi navajajo različna čustva, ki so se pri njih pojavila v času hospitalizacije, predvsem pa izstopa strah – strah pred hospitalizacijo in bivanjem v novem okolju s tujimi ljudmi. Strah so občutili ves čas zdravljenja, tudi zaradi skrbi o samem poteku zdravljenja ter skrbi o izteku zdravljenja njihove bolezni ali poškodbe. Nekateri poleg občutka strahu v času hospitalizacije in njihovega zdravljenja opisujejo tudi pojav tesnobe. Tudi avtor Coyne (2006) v svojem članku piše o izkušnjah mladostnikov, ki so jih doživeli med hospitalizacijo. Mladostniki so opredelili vrsto strahov in skrbi, ki so se pojavile zaradi ločitve od staršev in družine, tujega okolja, zdravljenja in preiskav ter nezmožnosti samoodločanja. Nadalje avtor izpostavlja, da bi

bilo treba ocenjevati in proučevati izkušnje hospitaliziranih otrok ter s tem v prihodnosti poskušati zmanjšati stres hospitaliziranih otrok.

V raziskavi smo ugotovili, da je hospitalizacija za mladostnika vsekakor stresna, zelo pozitiven pa je za mladostnike v času hospitalizacije čas, ki je namenjen obiskovanju. Vsi so težko čakali, da so jih svojci prišli obiskat in jim prinesli stvari za razvedrilo. Ugotovili smo, da so bili tisti čas, ko so bili ob njih svojci ali prijatelji, srečni in zadovoljni. Pri hospitalizaciji se poruši vsakodnevni ritem mladostnika, zato nekateri zelo težko prenašajo bivanje v bolnišnici. Treba je zagotoviti obiske staršev in svojcev, saj imajo pomembno vlogo, ker dobro poznajo otroka, mu omogočijo stvari, ki ga zanimajo in jih lahko opravlja tudi v bolnišnici. Če je le možno se mora zagotoviti poslušanje radia, gledanje televizije in branje revij ali knjig, mladostnike pa bi bilo treba vključiti tudi v delovno terapijo, saj se tako omili pretirano dolgočasenje (Pajnkihar, 1999). Intervjuvanci tudi v naši raziskavi navajajo, da jim je bilo večino časa zelo dolgčas in da so bili veseli vsake revije, križank ali knjige, ki so jim jih prinesli svojci. Nekateri so imeli s sabo celo prenosni računalnik ali pametni telefon, ki jim je po njihovem mnenju zelo krajšal čas.

Avtorja Pelander in Leino - Kilpi (2004) v svojem članku ugotavljata, da na Finskem otroci od medicinskih sester pričakujejo, da pri svojem delu nosijo barvita oblačila, so človekoljubne, skrbne, da jim lahko zaupajo,, poskrbijo za razvedrilo in izobraževanje ter da imajo smisel za humor. Kot del dobrega počutja v bolnišnici pa otroci poudarjajo tudi vlogo drugih hospitaliziranih otrok. Mladostniki iz naše raziskave so mnenja, da potrebujejo v času hospitalizacije ob sebi poleg svojcev, ki so jih težko čakali, predvsem prijazne medicinske sestre oziroma medicinske sestre, ki so nasmejane in ne prezaposlene, nekateri pa so mnenja, da bi medicinske sestre morale imeti tudi smisel za humor, kar pomeni, da bi z mladostniki morale delati predvsem samo pozitivne osebe. Sobivanje z drugimi pacienti je bilo za nekatere mladostnike pozitivno, saj so sklenili nove prijateljske vezi, za druge pa bi bilo bolje, če bi bili v bolniški sobi sami. Medicinska sestra, ki svojo samopodobo gradi s samoocenjevanjem in vrednotenjem socialne okolice ter je s svojo samopodobo zadovoljna, bo zadovoljna tudi z opravljenim delom v svojem poklicu ter bo to prenašala tudi na ljudi, s katerimi dela

(Koren, 2009). To mladostniki zelo dobro občutijo in si že ob prvem stiku z medicinsko sestro ustvarijo vtis o njej. Hospitalizacija predstavlja velik stres tako za mladostnike kot za njihove starše. Vsi se počutijo preplašene in izgubljene ter imajo veliko vprašanj glede zdravljenja in bivanja v bolnišnici, zato je tukaj glavna vloga medicinske sestre, da jim nudi podporo in razumevanje ter da jih vodi in usmerja čez proces zdravstvene nege. Vsekakor pa, ko so mladostniki in starši pod stresom, medicinska sestra največ dela na dobrih medosebnih odnosih, saj so ti še kako pomembni za obvladovanje stresa pri mladostnikih in njihovih starših v času hospitalizacije (Hajdinjak, Meglič, 2006). Prav tako analize odgovorov intervjuvancev kažejo, da jim je zelo pomembno, da so medicinske sestre prijazne, ker jih tako med hospitalizacijo lažje prosijo za pomoč. Razumejo, da so zaposlene, pa vendar so medicinske sestre, s katerimi so imeli dober odnos, večkrat povprašali ali prosili za informacije ali pomoč kot tiste, ki so dajale mladostnikom občutek, da so slabe volje oziroma da se jim vedno mudi in so nezainteresirane za opravljanje svojega dela. Medicinska sestra z neprestanim opazovanjem, poslušanjem, pojasnjevanjem, razlaganjem in brezpogojnim sprejemanjem vsakemu bolnemu mladostniku pomaga, da se znebi neprijetnih občutkov in strahu ter tako napreduje v osebni rasti in zorenju (ibid., 2006). Mladostniki so delo medicinskih sester zelo pohvalili, predvsem negovanje, skrb za zdravila in njihovo zdravje ter vse, kar spada k njihovem delu oziroma njihovim nalogam, so pa imeli občutek, da je večina medicinskih sester prezaposlenih oziroma da nimajo dovolj časa za pogovor. Michaud, Suris in Viner (2004) so mnenja, da je treba v času hospitalizacije upoštevati mnenja, želje, znanje in sposobnosti mladostnikov ter dejstvo, da se ta nenehno spreminja in razvija. Za pridobitev natančne anamneze v obdobju mladostništva je treba imeti dobre komunikacijske veščine. Tudi Peterka Novak (2005, povz. po Perić, 2006) je mnenja, da si je za pogovor z mladostniki treba vzeti dovolj časa in potrpljenja. Velikokrat so zelo pogumni, vendar jih je lahko zelo strah, kar pokažejo tudi z nebesedno komunikacijo. V pogovoru z njimi moramo biti zelo odkriti, saj jim ne moremo nič skriti. Če uporabljamo tudi strokovne izraze, jim je te treba razložiti tako, da jih razumejo.

Mladostnike je v času sprejema med drugim skrbelo, s kom bodo v sobi in koliko oseb bo z njimi bivalo, zaradi česar jim je bilo neprijetno. Nekateri so se kasneje zelo dobro

znašli in so se ves čas hospitalizacije družili ter sklenili prijateljske vezi, nekateri pa ne, zato jim je bilo sobivanje z drugimi pacienti popolnoma odveč. Litkouhi in Geramipour (2012) ugotavljata, da mladostniki potrebujejo več zasebnosti kot mlajši otroci, zato imajo raje enoposteljne sobe, poleg tega pa so prednosti enoposteljnih sob tudi udobnejše spanje, možnost sobivanja s starši in umirjenost, slabost pa je v pomanjkanju socialnih interakcij.

Treba je omeniti omejitve raziskave, ki so značilne za kvalitativno metodo raziskovanja in lahko imajo vpliv tudi na naše rezultate. Intervjuvanci se med sabo niso poznali, prav tako niso vplivali na odgovore drugih, saj so bili intervjuji individualni in v sobi ni bil prisoten nihče drug, ki bi lahko vplival na njihove odgovore. Menimo, da so vsi podatki, ki so nam jih intervjuvanci podali, avtentični, ne vemo pa, ali so resnični. Vsekakor je dobra stran intervjuja tudi to, da smo intervjuvance lahko opazovali in spremljali njihovo mimiko oziroma nebesedno komunikacijo, ker smo že s tem lahko predvideli, kako so se v določeni situaciji počutili mladostniki. Omejitve intervjujev pa so lahko sram in neprijetnost pred resnično izpovedjo, predvsem ko so intervjuvani mladostniki odgovarjali na vprašanja, kaj so pogrešali v bolnišnici, saj se počutijo zelo odrasle in mogoče niso hoteli pokazati svoje prave plati. Seveda so to le naše domneve. Menimo, da bi bilo raziskavo smiselno narediti na še večjem vzorcu mladostnikov, ker bi tako lažje primerjali podatke in bi bila raziskava bolj smiselna. Ker pa se doba mladostništva po teoriji avtorjev (Zupančič, Marjanovič, 2004) začne med enajstim in dvanajstim letom ter traja vse do dvaindvajsetega a lo štiriindvajsetega leta starosti, menimo, da bi bilo smiselno raziskavo omejiti tudi na starostna obdobja mladostništva, ker bi se lahko odgovori mladostnikov pri dvanajstih letih zelo razlikovali od odgovorov mladostnikov pri dvaindvajsetih letih. Prav zato smo se tudi odločili in intervjuvali mladostnike, med katerimi ni bilo prevelike razlike v starosti. Mogoče bi bilo smiselno raziskovati in primerjati, kako hospitalizacijo doživljajo mladostniki oziroma mladostnice in ugotoviti razliko med spoloma.

Menimo, da smo z raziskavo dosegli namen in cilje, ki smo si jih zastavili v empiričnem delu. Poleg tega smo med iskanjem literature, tako tuje kot domače, ugotovili, da je zelo malo tuje in domače strokovne literature napisane o počutju mladostnikov med

hospitalizacijo z vidika mladostnika, več tuje in domače literature pa je bilo na voljo o tem, kaj strokovnjaki menijo o počutju mladostnikov v bolnišnici ter o tem, kaj je zanje dobro in kaj slabo.

4 ZAKLJUČEK

Obdobje adolescence ali mladostništva je obdobje, v katerem otrok postaja odrasla oseba. Za mnoge je to zelo težko obdobje, saj v tem času pride tako do fizičnih oziroma telesnih sprememb kot do psihičnih oziroma miselnih sprememb. Prav zato je še toliko pomembneje opazovati hospitaliziranega mladostnika, saj jih na prvi pogled vidimo kot odrasle osebe, ne vemo pa, kaj točno čutijo in kako sprejemajo novo okolje ter ljudi okoli sebe. Menimo, da bi bilo treba mladostnikom v času hospitalizacije nameniti več pozornosti.

V diplomskem delu smo si zastavili tudi določene cilje. Mladostniki pa so nam z opisom lastnih izkušenj v intervjujih podali informacije za odgovore na raziskovalna vprašanja. Z raziskavo smo ugotovili, da se mladostniki pri bolnišnični obravnavi srečujejo z različnimi čustvi, kot so: strah pred hospitalizacijo in potekom zdravljenja, tesnoba med hospitalizacijo, jeza, žalost in potrnost. Menimo, da so vsa ta čustva lahko vzrok ali pa močno vplivajo na povzročanje stresa mladostnikom v času hospitalizacije. Mladostniki so torej med hospitalizacijo izpostavljeni stresu. Zelo pozitivno je za mladostnike obiskovanje svojcev in prijateljev. Ugotovili smo, da so si v času hospitalizacije zelo želeli imeti ob sebi svoje bližnje in z njimi pregnati dolgčas. Vsekakor so bili med hospitalizacijo potrni in žalostni, nekateri tudi jezni, ker so morali ostati v bolnišnici, ob obiskih domačih pa so bili srečni in zadovoljni ter so pozabili na vse skrbi. Na počutje mladostnikov v bolnišnici vplivajo tudi medicinske sestre in drugi osebje ter njihova prijaznost in volja do pomoči, ki so jo mladostniki potrebovali. V raziskavi smo ugotovili, da si mladostniki želijo ob sebi predvsem prijaznih in nasmejanih medicinskih sester, ki so jim pripravljene pomagati, in take medicinske sestre so tudi večkrat prosili za pomoč, zagotovo pa je posledica tega preobremenjenost medicinskih sester, kar lahko potrdimo z raziskavo, saj so bili takega mnenja tudi intervjuvani mladostniki. Poleg tega, da so opazili prezaposlenost medicinskih sester, pa so bili z njihovim delom zelo zadovoljni. Medicinske sestre torej dobro opravljajo svoje delo, vendar pa so prijazne in ustrežljive medicinske sestre bolj obremenjene od neprijaznih. Menimo, da bi bilo treba na oddelkih, na katerih so hospitalizirani mladostniki, zagotoviti večje število medicinskih sester, ki bi imele več časa za

negovanje in pomoč ali pa samo za opazovanje mladostnikov, lahko pa bi si vzele tudi čas samo za pogovor z njimi. Tako bi čolniček na morju kljub nevihti zagotovo plul veliko bolj mirno, saj valovi ne bi imeli dovolj moči, da bi ga premočno zamajali (Dernovšek et al., 2006).

V okviru raziskave smo pridobili zelo veliko pomembnih informacij, vendar menimo, da bi bilo treba predvsem na področju doživljanja hospitalizacije z vidika mladostnikov izvesti še več raziskav, kar bi lahko bila osnova za načrtovanje zdravstvene nege s ciljem uspešnega obvladovanja stresa pri hospitaliziranih otrocih in mladostnikih.

5 LITERATURA

Adamek A, Ban S, Blaznik Galuf L, Boltar S, Cotič Pajntar J, Debevec O, et al. Koncept dela v bolnišničnih oddelkih vrtca. Predlog. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2009.

Akgun Citak E, Kilicarslan Toruner E, Bora Gunes N. Exploring Communication Difficulties in Pediatric Hematology: Oncology Nurses. 2013;14(9):5477-82.

Biro FM, Dorn LD. Puberty and adolescent sexuality. *Pediatric Ann.* 2005;34:777–84.

Bunc M. Beležka ob knjigi. Stres in bolezni. *Obzor zdr N.* 2007;41(7):167-168.

Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes J, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn`s disease: special situations. *Gut.* 2006;55(Suppl1):i36–i58. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1859996/> (10. 12. 2013).

Coyne I. Children`s experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care* 2006;10:326-336.

Dernovšek M, Gorenc M, Jeriček H. Ko te strese stres. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2006.

Dumić D, Pajnkihar M, Brumen M. Humana obravnava in vzajemno sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom med prvim srečanjem. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, Koban B, Železnik D, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj*, Maribor, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:61–6.

Erić L. Psihodinamična psihiatrija 2. Teorije strahu in stanja strahu. Ljubljana: Hermes IPAL; 2010:529.

Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.

Harih M, Kegl B, Pajnkihar M. Prilagajanje predšolskih otrok na zdravljenje v bolnišnici, njihove pravice in pomen bolnišničnega vrtca. In: Pevec M, Forštnarič-Klobasa B, Rudelič G, Brumen M, Pirš K, Prodan M, eds. Jetrne bolezni v otroški dobi; Aterosklerotična srčnožilna ogroženost otrok: zbornik predavanj, Maribor, 8. - 9. april 2011. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2011:35–41.

Heller R, Hindle T. Veliki poslovni priročnik. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2001.

Hrovat N, Žagar M. Zdravstvena nega mladostnika s psihično motnjo – prikaz problemov po temeljnih življenjskih aktivnostih. In: Čuk V, ed. Obravnava mladostnika s psihozo: zbornik prispevkov, Begunje, 15. junij 2006. Begunje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Psihiatrična bolnišnica; 2006:22-28.

Jeriček H. Ko učenca stresa stres in kaj pri tem lahko naredi učitelj. Priročnik za učitelje in svetovalne delavce. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007:20.

Judež M. Mamica, zakaj sem v bolnišnici sam? Revija za starše Otroci; 2008;22(2).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: 2005:7.

Kolenc J. Predlog modela komuniciranja s starši hudo bolnih otrok: [diplomsko delo]. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede. Univerza v Mariboru: 2005.

Koren Bravhar M. Komunikacija med medicinskimi sestrami in starši zdravljenih otrok: [diplomsko delo]. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede. Univerza v Mariboru: 2009:1-11.

Kržišnik C, Batellino T, eds. Pediatrična alergologija in revmatologija. Pediatrična pulmologija. Pediatrična gastroenterologija. Vroči temi. Novosti s področja pediatrične nutricionistike. Novosti s področja pediatrične gastroenterologije. Prirojene žilne malformacije. Novosti v intenzivni terapiji otrok in mladostnikov. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo; 2010:312.

Listina EACH (Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah). 2002. Dostopno na: http://www.pravicebolnihotrok.si/UserFiles/File/each_listina.pdf (3. 2. 2014).

Litkouhi S, Geramipour M, Litkouhi S. The Effect of Gender, Age and Nationality on the Personal Space Preferences in Children`s Hospitals among Iranian and German Children and Adolescents. 2012;14(8):460–5.

Meško J. Najprej varnost, nato dejavnost. Časnik šolski razgledi. 2002;LIII(16):19.

Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part2: healthcare provision. Arch Dis Child. 2004;89:943–9.

Nastran - Ule M. Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2008.

Newhouse P. Življenje brez stresa. Ljubljana: Tomark; 2000.

Neyrand G. (Ne)moč adolescentov. Ljubljana: Oka otroška knjiga; 2003:14–61.

Oštir M. Celostna obravnava otroka s kronično pljučno boleznijo. Slovenska pediatrija: revija združenja pediatrov Slovenije in združenja specialistov šolske in visokošolske medicine Slovenije. 2008;15(2):162–9.

Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 1999:51–117.

Pelander T, Leino - Kilpi H. Quality in pediatric nursing care: Children`s expectations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2004;27:139–51.

Perić, B. Komunikacija medicinske sestre z bolnim otrokom in njegovimi starši. In: Filej B. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev*, Maribor, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:125–7.

Peterka Novak J. Spretnosti in izzivi zaposlenih pri delu s starši bolnih otrok in mladostnikov. In: Tepeš B, ed. *Vizija pediatrične zdravstvene nege in novosti na področju besežiranja: zbornik predavanj*, Portorož, 10. - 11. junij, 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. 2005:45–50.

Poljšak Škraban O. *Obdobje adolescence in razvoj identitete. Izbrane teme*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani; 2004:7–11.

Poštrak M. *Subjekt in intersubjektivnost*. *Socialno delo*. 2002;41(5):249–71.

Rakar Radešček R. *Moj otrok ima vročino, kaj jo povzroči in kako ukrepamo*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2009:11.

Rožman G. *Odgovornost medicinske sestre in staršev pri zdravljenju otrok*. In: Berkopec M, ed. *Odgovornost v zdravstveni negi. 4 dnevi Marije Tomšič: Dolenjske toplice*, 19. – 20. januar, 2012. Dolenjske toplice: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto; 2012:66-67.

Rungapadiachy M. *Medosebna komunikacija v zdravstvu. Teorija in praksa*. Ljubljana: Educy; 2003.

Sadeghi N, Abdeyazdan Z, Motaghi M, Ziaei Rad M, Torkan B. Satisfaction levels about hospital wards environment among adolescents hospitalized in adult wards vs. pediatric ones. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17(6):430–3.

Skinder Savić K. Zdravstvena nega otroka s prirojeno srčno napako. *Obzor Zdr N.* 2009;43(1):53-56.

Sime WE, Lehrer PM, Wolfoolk RL. *V principles and Practice of stress Management. Exercise Therapy for stress Management.* New York: The Guilford Press; 2007:333–59.

Slivar B. Na poti k dobremu počutju. Obvladovanje stresa v šoli – teoretični vidik. Knjiga za ravnatelje in učitelje o obvladovanju stresa na ravni šole in na ravni posameznika. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2013.

Starc R. Stres in bolezni : od stresa do debelosti, zvišanih maščob, arterijske hipertenzije, depresije, srčnega infarkta, kapi in prezgodnje smrti. Ljubljana: Sirius; 2007:321.

Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005:10.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008:30.

Zorec J. Pomen komunikologije v zdravstveni negi hospitaliziranega otroka. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000:30–47.

Zorec J. Pomembni dokumenti v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2001;35(2):197–9.

Zupančič M, Svetina M. Socialni razvoj v mladostništvu. In: Marjanovič Umek L, Zupančič M, eds. *Razvojna psihologija.* Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete; 2004:115-6.

Železnik D. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, Koban B, Železnik D, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:36.

6 PRILOGA

6.3 INSTRUMENT

PRVI SKLOP VPRAŠANJ:

1. Koliko ste stari?
2. Kdaj ste bili hospitalizirani?
3. Koliko časa ste bili hospitalizirani?
4. Zakaj ste bili hospitalizirani?
5. Na katerem oddelku ste bili hospitalizirani?

DRUGI SKLOP VPRAŠANJ:

- 7 Kako ste doživljali sprejem v bolnišnico?
- 8 Kako ste doživljali bivanje v bolnišnici?
- 9 Opišite dan v bolnišnici.
- 10 Kako ste doživljali čas obiskov?
- 11 Kakšno je vaše mnenje o medicinskih sestrah in delu, ki ga opravljajo?
- 12 V kakšno pomoč so vam bile med bivanjem v bolnišnici medicinske sestre?

Priloga 1

Privolitev staršev mladostnikov za sodelovanje v raziskavi

Spoštovani,

sem Špela Pogačnik, študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, kjer pripravljam diplomsko delo z naslovom »Vloga medicinske sestre pri obvladovanju stresa pri hospitaliziranih mladostnikih«. Zaradi potrebe po zbiranju podatkov bi se rada pogovorila z vašim otrokom/mladostnikom. Pogovor bo zaupne narave, podatke pa bom uporabila izključno za namene pisanja diplomskega dela. Vsebina razgovorov bo objavljena anonimno in po posameznih sklopih. Prilagam tudi vprašanja, ki bodo osnova za pogovor. Prosim vas za podpis in s tem dovoljenje za pogovor z vašim otrokom.

Za razumevanje in pomoč se vam že vnaprej zahvaljujem.

Podpis: