



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ATRAVMATSKA OBRAVNAVA OTROKA IN
MLADOSTNIKA**

**ATRAUMATIC CARE OF CHILDREN AND
YOUTH**

Mentorica: Milinka Petrovič, pred.

Kandidatka: Suzana Tatić

Jesenice, oktober 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Milinki Petrovič, pred., za strokovno svetovanje, spodbudo in potrpežljivost pri pisanju diplomskega dela. Zahvalila bi se tudi recenzentki Marti Smodiš, pred., in lektorici Marjanci Šoško.

Posebno se zahvaljujem svoji družini, da so verjeli vame, me spodbujali, motivirali in podpirali tekom študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Atravmatska obravnava otrok in mladostnikov je veja zdravstvene nege, ki se osredotoča na varno in kakovostno obravnavo. Namen raziskave je opredeliti atravmatsko obravnavo, preučiti pravice, ki jih ima otrok tekom hospitalizacije, in vlogo, ki jo ima pri tem medicinska sestra.

Metoda: Raziskavo smo izvedli s pregledom literature v zbirkah podatkov CINAHL, PubMed, COBISS in spletnem brskalniku Google učenjak. Uporabili smo naslednje besedne zveze: »otroku prijazna bolnišnica«, »otrok in bolečina«, »netravmatska obravnava«, »zagotavljanje možnosti kontrole«, »atravmatska nega«, »otrok in bolnišnica«, »ločitev otrok od staršev«, »providing the pain of hospitalized children«, »children in hospital«, »parents included "and" children« in »the role of nurse«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje od 2007 do 2018, celotno besedilo člankov, jezik besedila slovenščina in angleščina. S ključnimi besednimi zvezami smo pridobili 63 potencialno ustreznih zadetkov in v končno analizo vključili 18 zadetkov.

Rezultati: V končno vsebinsko analizo smo vključili 18 zadetkov, ki so ustrezali vsem vključitvenim kriterijem. Hierarhično je najvišje na lestvici posamezna randomizirana klinična študija, sledi ji 10 sistematičnih pregledov literature in 7 kvalitativno zasnovanih študij. Identificirali smo 27 kod, ki smo jih glede na skupne lastnosti in njihove medsebojne povezave združili v 3 vsebinske kategorije, ki so: otrok in mladostnik, bolečina ter vloga medicinske sestre.

Razprava: Starši morajo biti seznanjeni z otrokovimi pravicami, katere lahko kot starši v bolnišnici koristijo. Seznanjeni morajo biti tudi otroci, ki svoje pravice uveljavljajo tekom hospitalizacije. Otroci so v času bolezni popolnoma odvisni od svojih staršev. Pri doživljanju bolezni, krize ali razočaranja je za njih čustvena in fizična bližina staršev izredno pomembna. V okviru standardov si moramo prizadevati zagotoviti varne in predvsem učinkovite postopke in intervencije. Prav tako pa moramo zagotoviti čim manjše travme in doživljanje bolečine.

Ključne besede: otroku prijazna bolnišnica, otrok in bolečina, medicinska sestra

SUMMARY

Background: Atraumatic care of children and adolescents is a branch of nursing which focuses on safe and high-quality treatment. The purpose of this research was to define atraumatic care, to examine a child's rights during hospitalization, and to examine the role of a nurse in this regard.

Methods: The research is based on a review of literature in databases CINAHL, PubMed, Cobiss and Google Scholar. The following search keywords were used: "child-friendly hospital", "child and pain", "non-traumatic care", "provision of control options", "atraumatic care", "child and hospital", "separation of children from parents", "providing the pain of hospitalized children", "children in hospital", "parents included" and "children" and "the role of nurse". The criteria for filtering search results were: publication date between 2007 and 2018, full-text articles in Slovenian or English. Keywords yielded 63 potentially relevant hits of which 18 were included in the analysis.

Results: The final content analysis included 18 hits which met all the inclusion criteria. Hierarchically, the most important was an individual randomized clinical study, followed by ten systematic literature reviews and seven qualitatively designed studies. We identified 27 codes which were divided into three categories based on their characteristics and interconnections: children and adolescents, pain, and the role of a nurse.

Discussion: Parents must be made aware of children's rights which they can exercise. That also goes for the children who exercise their rights during hospitalization. Children are fully dependent on their parents during the time of illness. When they experience illness, crisis, or disappointment, emotional and physical proximity to parents is extremely important to them. Within the framework of standards, we must strive to ensure safe and above all effective procedures and interventions. We also need to provide the least possible trauma and amount of pain.

Key words: child-friendly hospital, children and pain, nurse

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 PRAVICE OTROK.....	4
2 EMPIRIČNI DEL.....	7
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	7
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	7
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	7
2.3.1 Metode pregleda literature	7
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	8
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	9
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	9
2.4 REZULTATI	11
2.4.1 PRIZMA diagram.....	11
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	12
2.5 RAZPRAVA.....	24
2.5.1 Omejitve raziskave.....	31
2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	31
3 ZAKLJUČEK	32
4 LITERATURA	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Prizma diagram	11
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	12
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah	23

SEZNAM KRAJŠAV

EACH

Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah
(European Association for Children in Hospital)

1 UVOD

Atravmatsko zdravstveno nego večkrat opredeljujemo kot kakovostno zdravstveno nego, ki zadovoljuje potrebe skupin ali posameznikov (Tominšek, 2010). Takšna obravnava sprva potrebuje odgovore na zahtevana vprašanja, kot so: kako, kdaj, kje, kaj, kdo in zakaj, da bi se lahko izognili izpostavljanju otroka in družine fiziološkemu (preobčutljivost, nenaspanost, izpostavljenost preveliki količini svetlobe ali temperaturi) ali psihološkemu (jeza, razočaranje, žalost, anksioznost, sram, krivda, strah) distresu (Oštir, 2014).

Tominšek (2010) navaja, da je za izvajanje atravmatske zdravstvene nege potrebno, da so medicinske sestre strokovno usposobljene, kar nam pa ne zagotavlja njene kakovosti, saj je osnovana na podlagi raznih dejavnikov, ki nanjo vplivajo in jo pogojujejo. Ti dejavniki so: otrokova osebnost, stopnja spoznavnega razvoja otroka, sporazumevanje, starši oziroma otrokovi skrbniki ter dokumenti, v katerih sta opredeljeni vloga in način uresničevanja otrokovih pravic in njihovih staršev. Izredno pomembno vlogo ima tudi osebnost medicinske sestre ter merila in standardi zdravstvene nege.

Osnovno načelo zdravstvene nege v pediatriji je v družino usmerjena zdravstvena nega, ki temelji na dinamičnem odnosu med zdravstvenimi delavci in družinskimi člani ter ohranja normalno delovanje družin, kadar njihov otrok zboli (Oštir, 2014).

Oštir (2014) je opredelila tri temeljna načela atravmatske obravnave:

- preprečevanje oziroma zmanjševanje ločevanja otroka od staršev;
- promoviranje, spodbujanje in zagotavljanje možnosti nadzora v procesu zdravljenja in zdravstvene nege;
- preprečevanje telesnih poškodb in bolečine.

Del obravnave na področju pediatrične zdravstvene nege vključuje tudi starše. Otrok pripada svojim staršem in zavedati se moramo, da je naše delo odvisno od njihovega sodelovanja in privolitve (Tominšek, 2010). Prisotnost staršev pri obravnavi je njihova pravica, ki je prav tako izpisana v Magni Charti pri pravicah hospitaliziranih otrok. Prav tako imajo starši zagotovljeno možnost bivanja s svojimi otroki. Poleg dela z bolnim otrokom je s tem zdravstvenemu delavcu naložena nova naloga z dodatno odgovornostjo. Potrebno je imeti dovolj znanja o stroki, sposobnost razvite

komunikacije na visoki ravni, znati brežhibno opravljati postopke zdravstvene nege, ohranjati spoštljive medsebojne odnose, imeti potrpljenje in dovolj izkušenj za obvladovanje staršev, ki na povsem različne načine izražajo svojo napetost, strah in zaskrbljenost zaradi bolezni svojih otrok (Oštir, 2008). Sprejem otroka v bolnišnico predstavlja velik stres za družino (Kovač, 2015). Pediatri in psihologi so že v petdesetih letih preučevali vpliv hospitalizacije na otrokovo počutje. Raziskave so pokazale, da imata bivanje in zdravljenje v bolnišnici negativen vpliv na otrokov in mladostnikov psihični in čustveni razvoj. V tistem času je bilo normalno, da so otroke v času hospitalizacije ločili od staršev. To je pokazalo številne čustvene motnje z dolgoročnimi posledicami (Doberšek, 2012). Staršem moramo znati svetovati, jih podpirati in spodbujati, da ostanejo z otrokom v bolnišnici. Ustvariti je potrebno okvir, znotraj katerega lahko starši dejavno sodelujejo pri oskrbi. Zagotovimo jim popolne informacije o postopkih nege otroka, jih podpiramo pri sodelovanju in intenzivno vključujemo v zdravstveno nego (Tominšek, 2010). Starši doživljajo velik stres in anksioznost, medtem ko je njihov otrok v bolnišnici. Znaki in simptomi akutne stresne motnje prevladujejo pri starših otrok, ki so hospitalizirani na enoti za intenzivno nego (Smith McAlvin & Carew - Lyons, 2014). Kljub strahu in zaskrbljenosti je najpomembnejša vloga staršev, da so svojemu otroku v oporo. Če prenašajo svoj strah na otroka, je ta še bolj zaskrbljen in preplašen. Otroku bodo olajšali težke trenutke, če bodo umirjeni (Tominšek, 2010). Starši in medicinske sestre morajo tesno sodelovati in se dopolnjevati. Bolan otrok potrebuje predvsem emocionalno pomoč, nego in zdravljenje (Oštir, 2008).

Proces, ki zagotavlja dobro zdravstveno nego, narekuje medicinskim sestram upoštevanje načela holističnega pristopa k otroku in upoštevanje smeri individualnega razvoja. Zdravstveno nego definiramo kot stroko, katere osnova so spretnosti in znanje. Usmerjena je v ohranitev, vključuje povrnitev in vzdrževanje zdravja v tolikšni meri, kot je v danem času zdravljenja mogoče (Petrovič, et al., 2010). Sodobna zdravstvena nega je usmerjena k bolnim in zagotavljanju njegovih potreb. Skrb za pacienta postane individualizirana, kadar pri celostni obravnavi zahteva različne pristope. Z individualnim načrtovanjem zdravstvene nege lahko preprečimo občutke pomanjkanja kontrole. Ti izhajajo iz fizičnih in psiholoških ovir, ki vključujejo spremenjeno rutino

dnevni aktivnosti, omejevanje gibanja, ločitve od svojcev in odvisnosti od drugih. Individualizirana zdravstvena nega velja za sodobno zdravstveno nego, ki dviguje samospoštovanje in samozavest ter spodbuja motivacijo za njeno delovanje. Samostojnost spodbujamo glede na stopnjo razvoja, starost in bolezensko stanje otroka. Posege izvajamo z možnostjo soodločanja in spoštovanjem do pacienta (Oštir, 2008).

Bolečina je opredeljena kot subjektiven pojav. Kadar pacient toži o njej, zavezuje medicinsko sestro, da ta otroku vedno verjame, ne glede na to, ali je vzrok bolečine znan ali ne (Dickson, 2017). Poznamo številne faktorje, ki vplivajo na doživljanje bolečine: duševni, biološki in socialni, kot so vrsta in intenzivnost bolečine, stopnja intelektualnega razvoja in otrokova starost (Burger Lazar, 2015). Največji otrokov strah predstavlja bolečina, ki je posledica bolezni ali poškodbe. Otrokov strah in bolečina sta odvisna od številnih dejavnikov, na katere najbolj vplivajo pozitivne in negativne izkušnje iz preteklosti. Če se opredelimo na bolečino, ima pri tem velik pomen otrokov temperament in značaj. Zaradi te ob ponovitvi posega nekateri doživijo velik šok, medtem ko drugi to sprejmejo bistveno lažje (Novak, 2016). Znanje, ki opredeljuje zmanjšanje akutne bolečine pri otrocih, se v praksi izvaja, vendar še zmeraj ni idealno, saj veliko otrok v času hospitalizacije doživlja zmerno do hudo bolečino (Twycross, et al., 2013). Na tem področju je znan napredek pri obvladovanju bolečine, ki je bil dosežen v zadnjih nekaj letih. Ne sprašujemo se več, ali otrok občuti bolečino, temveč, kako jo preprečiti oziroma obvladati (Oštir, 2014). Schalkers & sodelavci (2014) navajajo, da največjo bolečino in strah otrokom povzročajo posegi, kot so: odvzem krvi, nastavitev intravenoznega kanala ter vstavljanje želodčne sonde. Lajšanje bolečine in obravnava le-te je ena izmed osnovnih človekovih pravic. Lahko jo lajšamo s farmakološkimi (zdravila) in nefarmakološkimi ukrepi, pri čemer medicinska sestra poseduje širok spekter spretnosti in znanj. Nefarmakološke metode, ki vključujejo interaktivne igre in igrače, dotik, masažo, aromaterapijo, relaksacijo, so pri otrocih prav tako bistvenega pomena. Pomembno je, da znamo prepoznati bolečinske odzive, ki se pri otroku kažejo s kričanjem, stokanjem, jokanjem, odklanjanjem hrane, strahom, mlatenjem z nogami in rokami, zakrivanjem obraza, regresijo v obnašanje in spremembo vitalnih znakov, pri katerih so vidna odstopanja ob bolečini (Ačko, 2012).

1.1 PRAVICE OTROK

Leta 1961 so se pričela ustanavljati prostovoljna združenja za ohranjanje dobrega počutja hospitaliziranih otrok. Najprej v Združenem kraljestvu, nato pa še v evropskih državah. Omogočala so podporo in svetovanje staršem, obveščanje zdravnikov, medicinskih sester in ostalih zdravstvenih strokovnjakov ter sodelovanje z njimi. Generalna skupščina Združenih narodov je sprejela »Konvencijo o otrokovih pravicah, v kateri so opredeljena štiri glavna načela. Načela narekujejo pravico do nediskriminacije, pravico do sodelovanja, pravico do razvoja in življenja ter načelo otrokovih koristi, ki je temeljno vodilo pri vseh odločitvah in dejavnostih. Zagovarja otroke kot osebnost s človekovimi pravicami, kateri potrebujejo posebno zaščito in skrb«. V 24. členu »Konvencije o otrokovih pravicah je pomembno opredeljeno, da noben otrok ne bo prikrajšan za tovrstno zdravstveno varstvo« (Oštir, 2014, p. 64).

Prva evropska konferenca dvanajstih združenj za pravice hospitaliziranih otrok je potekala leta 1988v Leidnu na Nizozemskem. Takrat je bila pripravljena listina, ki so jo poimenovali Magna Charta, katera zajema deset točk, ki opisujejo pravice otrok v bolnišnici. Listino je prevzelo leta 1993 ustanovljeno Evropsko združenje za otroke v bolnišnici, ki si prizadeva za izboljšanje razmer v otroških bolnišnicah, uresničevanje pravic in zagotovitev boljšega obveščanja staršev bolnih otrok o otrokovih pravicah (Doberšek, 2012). Vse pravice in ukrepi, omenjeni v listini, morajo biti v otrokovo korist in spodbudo njihove blaginje. Navedene pravice se nanašajo na bolne otroke, to pomeni tiste, ki se zdravijo ambulantno ali v bolnišnici, ne glede na prizadetost, vrsto bolezni ali otrokovo starost, razlog zdravljenja ali obliko zdravljenja, ki jim je potrebna (Tomažin, 2014).

Listina EACH (2002) opredeljuje 10 temeljnih otrokovih pravic v času hospitalizacije:

- sprejem otroka v bolnišnico; otrok je sprejet le takrat, kadar oskrbe ni možno več zagotavljati ambulantno ali v domačem okolju;
- pravica otroka, da ima tekom hospitalizacije vedno ob sebi enega od staršev;
- sobivanje starša z otrokom, zagotovitev namestitve, spodbujanje starša, da ostane pri otroku;

- dodatna pojasnila oziroma obveščanje, pravica do pridobitve informacij na ustrezen, staršem in otrokom razumljiv način. Upoštevanje ravni razumevanja, otrokove starosti in razvojne stopnje;
- sodelovanje pri odločitvah, z ustreznimi informacijami in obveščenostjo se lahko vključijo in soodločajo v povezavi z njihovim zdravstvenim varstvom;
- otrokom zagotoviti oskrbo z otroki, ki imajo podobne ali enake razvojne potrebe. Otrok se ne sprejema na oddelke za odrasle. Ure obiskov se omejujejo samo na podlagi stanja otroka;
- pravica in možnost do igre, izobraževanja in rekreacije;
- Zagotovitev ustreznega osebja. Usposobljenost, da se ustrezno odzove na otrokove čustvene, telesne in razvojne potrebe;
- zdravstveni delavci, ki skrbijo za otroka, mu zagotovijo nepretrgano zdravstveno obravnavo;
- obravnava otroka poteka obzirno z razumevanjem. Upoštevanje otrokovega dostojanstva, potreb, mnenj, individualna obravnava, ustvarjanje prijateljskega vzdušja, upoštevanje verskega prepričanja in kulturnega ozadja.

Medicinska sestra mora biti seznanjena z dejavniki, ki pogojujejo atravmatsko zdravstveno nego, saj profesionalnost njenega dela zahteva ustvarjanje pogojev za izvedbo otrokom prijazne, atravmatske zdravstvene nege (Tominšek, 2010).

Zdravstveni delavci si morajo prizadevati, da otroka zaščitijo pred bolečino, negativnimi čustvi in boleznijo. Soočajo se s številnimi ovirami in izzivi, ki predstavljajo skrb za to edinstveno populacijo otrok in njihovih družin (Morgan, 2009). Velik vpliv na počutje udeležencev, ki ga ustvarimo s trikotnikom starš-otrok-zdravstveni delavec, ima vzpostavitev zaupanja. Z medsebojnim obojestranskim sodelovanjem to lahko dosežemo (Smeh, 2016). Medicinska sestra mora biti pripravljena in sposobna staršem in otroku prisluhni, imeti spoštljiv odnos, se učinkovito sporazumevati in mora biti ob morebitnih nesoglasjih pripravljena doseči sporazum. Pri tem upošteva tri ključne komponente: svetovanje staršem, spodbudo in podporo pri odločitvi sobivanja z otroci v času njihove hospitalizacije (Tominšek, 2010).

Naloge in delo medicinskih sester so predvsem usmerjene v zadovoljevanje otrokovih fizičnih in psihičnih potreb, naš cilj pri obravnavi hospitaliziranega otroka pa je zdrav otrok in zadovoljen starš (Tomažin, 2014). Od nas je odvisno, kako bomo staršem prikazali izvajanje zdravstvene nege in skrb za njihovega otroka v bolnišnici. Njihov pogled na zdravstveno oskrbo se lahko razvije v pozitivni ali negativni luči. Kadar starše vključimo v oskrbo, moramo upoštevati njihovo napetost in zaskrbljenost glede tega, kako nuditi nepogrešljivo zdravstveno oskrbo svojemu otroku na takšni ravni, kot jo ima za to usposobljena medicinska sestra (Avis & Reardon, 2008).

Medicinska sestra mora imeti sposobnost prepoznave otrokovih lastnosti, ki so posledica njegovega splošnega razvoja in rasti, od tistih, ki so rezultat njegove bolezni, zdravstveno nego usmeriti k posamezniku in njegovim specifičnim potrebam, pri komunikaciji uporabljati preprost jezik, biti poštena, otroku zagotoviti zasebnost, upoštevati njegove želje, znati prisluhniti staršem, ceniti in spoštovati njihovo skrb, znanje in intuicijo, vzdrževati otrokovo okolje takšno, da se otrok počuti čim bolj domače, svoje delo naj ne opravlja rutinsko, za vsakega otroka posebej ugotovi, kaj je že storila in kaj bi še lahko, imeti mora jasen cilj, da se lahko otroku in celotni družini približa. S takšnim pristopom v trikotniku medsebojnih odnosov prispeva k boljšemu razumevanju njihovih potreb, težav, občutkov in prepričanj. Prav tako pa ne sme zanemariti svojega telesnega in duševnega zdravja, da bo lahko zagotavljala vse ostale otrokove potrebe (Anon., 2015)

Glede na pregledano strokovno literaturo in na podlagi izkušenj, pridobljenih v času opravljanja dela na področju zdravstvene nege otrok in mladostnikov, ugotavljamo, da literatura prikazuje različne čustvene reakcije otrok na hospitalizacijo. Vsak otrok je edinstven, zato je delo toliko zahtevnejše. Stremimo k temu, da bi bilo potrebno večje ozaveščanje staršev o njihovi vlogi v času, ko je otrok hospitaliziran. Zdravstvenim delavcem bi bilo potrebno omogočiti dodatna izobraževanja, da bi se lahko lažje soočali z vsakdanjimi izzivi, s katerimi se srečujejo v bolnišničnem okolju.

2 EMPIRIČNI DEL

Diplomsko delo je sestavljeno iz sistematičnega pregleda literature, v katerega so vključena tri raziskovalna vprašanja. Pregled literature je osnovan na podlagi pregleda literature drugih raziskovalcev in na podlagi analize raziskav.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je opredeliti atravmatsko obravnavo, pravice, ki jih ima otrok v času hospitalizacije, ter vlogo medicinske sestre pri hospitaliziranem otroku.

Cilj diplomskega dela:

C1: Opredeliti atravmatsko obravnavo.

C2: Predstaviti pravice, ki se navezujejo na otroka v času hospitalizacije.

C3: Preučiti vlogo medicinske sestre pri atravmatski obravnavi.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane literature smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

R1: Kaj je atravmatska obravnavo?

R2: Katere pravice ima otrok v času hospitalizacije?

R3: Kakšna je vloga medicinske sestre pri atravmatski obravnavi?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili sistematičen pregled literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Raziskovalni dizajn, ki smo ga uporabili v diplomskem delu, temelji na pregledu znanstvene in strokovne literature, pisane v angleškem in slovenskem jeziku.

V učnih bazah COBISS in spletnem brskalniku Google učenjak smo pridobili literaturo v slovenskem jeziku.

V Google učenjaku smo iskali z naslednjimi ključnimi besednimi zvezami: »otroku prijazna bolnišnica«, »otrok in bolečina«, »netravmatska obravnava«, »zagotavljanje možnosti kontrole«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje med 2007 in 2017, celotno besedilo člankov in jezik slovenščina.

V podatkovni bazi COBISS smo iskali s ključnimi besednimi zvezami: »atravmatska nega«, »otrok in bolnišnica« in »ločitev otrok od staršev«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje med 2007 in 2017, celotno besedilo člankov in jezik slovenščina.

Za iskanje literature v angleškem jeziku smo uporabili podatkovno bazo PubMed in CINAHL, prav tako smo za tujo literaturo vključili spletni brskalnik Google učenjak.

V podatkovni bazi PubMed smo iskali s ključno besedno zvezo: »providing pain of hospitalized children«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje med 2007 do 2017, celotno besedilo člankov in jezik angleščina.

V podatkovni bazi CINAHL smo iskali s ključnima besednima zvezama: »children in hospital«, »parents included "and" children«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje med 2007 do 2017, celotno besedilo člankov in jezik angleščina.

Preko spletnega brskalnika Google učenjak smo s ključno besedno zvezo: »the role of nurse« prav tako pridobili ustrezno literaturo z omejitvami: obdobje med 2008 do 2018, celotno besedilo članka.

V diplomsko delo smo vključili tudi starejšo literaturo (2002). Uporabili smo jo izključno zaradi pomembnosti podatkov.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Z iskalnimi ključnimi besednimi zvezami smo pridobili zadetke, ki smo jih pregledali in vnesli v PRIZMA diagram. Za uvrstitev zadetka v nadaljnjo analizo smo upoštevali vključitvene in izključitvene kriterije, kjer smo se osredotočili na aktualnost in vsebinsko ustreznost zadetka. Vključeni so bili članki z dostopnim celotnim besedilom. Skupno pridobljeno število zadetkov je bilo $n = 28884$. Nato smo pregledali $n = 256$ člankov za nadaljnjo analizo. Glede na naslov članka je bilo izključenih $n = 193$ zadetkov. Za raziskavo je začetna merila izpolnjevalo $n = 63$ zadetkov. Uporabili smo $n = 18$ člankov, ki so ustrezali ključnim kriterijem, in jih uporabili za pregled literature.

V tabeli 1 smo prikazali rezultate pregleda literature, ki prikazujejo iskalne ključne besedne zveze, število pridobljenih zadetkov in število izbranih zadetkov za pregled literature v polnem besedilu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	Children in hospital	1234	1
	Parents included "in" children	125	2
PubMed	Providing pain of hospitalized children	6	1
COBISS	Atravmatska nega	2	1
	Otrok "in" bolnišnica	74	3
	Ločitev otrok od staršev	1	1
Google učenjak	Otroku prijazna bolnišnica	798	2
	Netravmatska obravnava	704	2
	Otrok in bolečina	4010	2
	Zagotavljanje možnosti kontrole	1330	1
	The role of nurse in pediatrics	20600	2
Skupaj:		28884	18

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Uporabili smo kvalitativno analizo podatkov pri pregledu literature. Oblikovali smo vsebinske kategorije in uporabili tehniko kodiranja. Obdelavo podatkov smo predstavili v PRIZMA diagramu.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Literaturo smo izbrali glede na aktualnost problema, vsebinsko ustreznost ter dostopnost. Pregledni članki in raziskave, ki so temeljile na temi atravmatske obravnave otroka in mladostnika, smo vključili v pregled literature. Vključene so bile klinične raziskave in raziskave na dokazih podprte prakse, pri katerih je obravnavana kakovost zdravstvene oskrbe. V znanstvenoraziskovalnem delu smo s pomočjo hierarhije dokazov določili oceno kakovosti vključenih zadetkov, pridobljenih za končni pregled literature Polit & Beck (2008 cited in Skela Savič, 2009, p. 211).

Tabela 2: Hierarhija dokazov

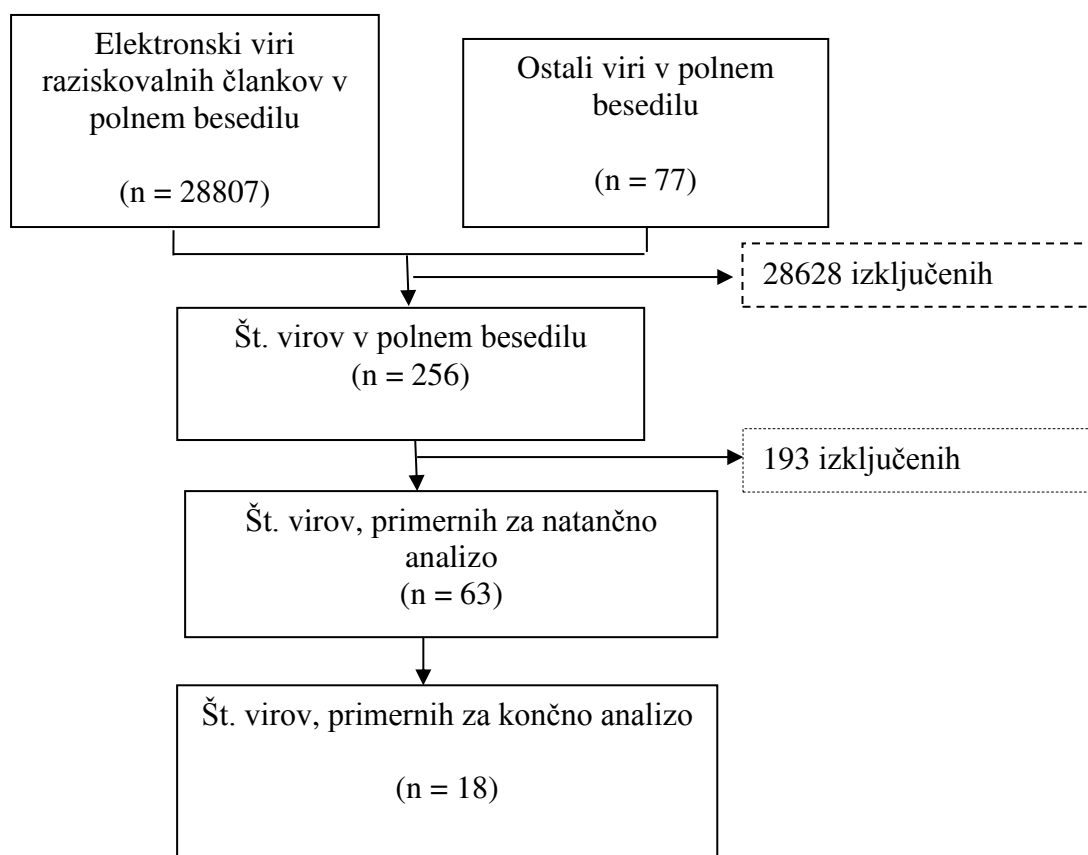
Nivo	Hierarhija dokazov
Nivo 1	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0 Sistematični pregledi nerandomiziranih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične študije Število vključenih strokovnih besedil = 1
Nivo 3	Sistematični pregledi korelacijskih/opazovalnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 4	Posamezne korelacijske/opazovalne študije Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 5	Sistematični pregledi opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij Število vključenih strokovnih besedil = 10
Nivo 6	Kvalitativno zasnovane študije Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: anketni vprašalnik = 5 Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina = 2
Nivo 7	Mnenja avtorjev Število vključenih strokovnih besedil = 0

Vir: Polit & Beck (2008 cited in Skela Savič, 2009, p. 211)

Iz tabele 2 je razvidno, da smo v končni pregled in analizo vključili 18 člankov. Hierarhično je najvišje na lestvici 1 posamezna randomizirana klinična študija, sledi ji 10 sistematičnih pregledov literature in 7 kvalitativno zasnovanih študij.

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRIZMA diagram



Slika 1: Prizma diagram

Slika 1 prikazuje natančen potek pridobljenega končnega števila zadetkov. S pomočjo ključnih besednih zvez smo pridobili $n = 28884$ elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu in $n = 77$ ostalih virov v polnem besedilu. Sprva smo izločili $n = 28628$ virov in nam je za nadaljnjo analizo ostalo $n = 256$ virov v polnem besedilu. Na podlagi pregleda naslovov smo izključili $n = 193$ virov in tako pridobili $n = 63$ virov za natančno analizo. Po podrobnejšem vsebinskem pregledu smo v končno analizo uvrstili $n = 18$ virov, ki so predstavljeni v tabeli 3.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 predstavlja oceno ključnih člankov, ki smo jih natančneje pregledali. Navedeni so podatki avtorjev, leto objave, raziskovalni dizajn, raziskovalni vzorec in ključna spoznanja.

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ačko	2012	Kvalitativna raziskava	30 članov negovalnega tima, zaposlenih na otroškem oddelku Slovenija	Z raziskavo so želeli ugotoviti sposobnost znanja o ocenjevanju jakosti bolečine pri otrocih, kako izkušene so medicinske sestre za svetovanje staršem glede odpravljanja bolečine pri otrocih in pa udeležbo tima na dodatnih izobraževanjih o ocenjevanju jakosti bolečine pri otrocih. Večina medicinskih sester je odgovorila, da imajo povsem zadovoljivo znanje o ocenjevanju jakosti bolečine pri otrocih, prav tako pa, da so si v času delovne dobe pridobile dovolj izkušenj za svetovanje staršem, kako in na kakšen način lahko otroku omilijo bolečino. Le 6 jih je menilo, da teh izkušenj nima in bi potrebovale dodatna izobraževanja na to temo. Glede na dejstva, da si velik odstotek želi in vidi potrebo po dodatnem izobraževanju, je presenetljiv rezultat, saj so se izobraževanja udeležile le 4 medicinske sestre. Menijo, da je potreba po dodatnih izobraževanjih nujna zaradi specifične vzroka bolečine pri posamezniku, želijo si znati pravilno odreagirati in nuditi otroku popolno zadovoljstvo z odpravljanjem bolečine.
Avis & Reardon	2008	Kvalitativna raziskava	12 staršev otrok s posebnimi potrebami	Zdravstvena oskrba otroka v času hospitalizacije temelji

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			Velika Britanija	<p>na načelu vključevanja družine v zdravstveno obravnavo, ki daje poudarek na razvoju partnerstva med medicinsko sestro – družino in otrokom. Vsi udeleženci v raziskavi so omenili pomen komunikacije z osebjem in vzpostavitvijo zaupanja. Eden od staršev je izpostavil svoj strah, s katerim se je soočal tekom celotne hospitalizacije njegovega otroka. Ni želel zapustiti otroka, saj se je bal, da bo v tem času zapostavljen s strani zdravstvenega osebja. Medicinske sestre so ugotovile njegovo potrebo po čustveni podpori, ga toliko bolj vpeljale in mu omogočile sodelovanje pri oskrbi. Potrdili so, da so jih medicinske sestre vključevale v proces zdravljenja in jih dodatno poučevale ter nudile številne informacije o morebitnih zapletih. To je pomenilo, da so bili starši deležni procesa zdravstvene oskrbe. V praksi so izvajali osebno higieno, aplicirali pripravljeno terapijo in otroku dali hrano. Menili so, da je njihova prisotnost pričakovana, da ne vidijo potrebe po pogajanjih z zdravstvenim osebjem.</p>
Burger Lazar	2015	Sistematični pregled literature	/	<p>Bolečino opredeljujemo kot subjektiven, dinamičen in kompleksen pojav. Pri delu se pogosto srečujemo z otroci in mladostniki, ki doživljajo kronično bolečino ali ponavljajoče se kronično bolečinsko stanje, v katerega vključujemo glavobol, bolečino v trebuhu, hrbtu, udih. Čeprav je obravnava praviloma standardna, se še vedno srečujemo z dvomi dualističnega razumevanja in pojmovanja v smislu: ali je</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>bolečina prava in ali je tovrstna bolečina prisotna le v otrokovi glavi. Tako stališče razmišljanja lahko privede do podcenjevanja in zanemarjanja otroka. Bolečino je potrebno obravnavati po biopsihosocialnem modelu. Tovrstni model nas uči, da razumemo spoznanje, da pod izraz bolečina spada vse tisto, kar nekdo čuti kot bolečino in da je bolečina prisotna, kadar koli nekdo reče, da je ta prisotna. Nekateri starši ne sprejemajo biopsihosocialnega modela in vztrajajo pri biomedicinski obravnavi. Otroke vodijo k zdravnikom ter vztrajajo pri preiskavah in zdravstvenih posegih. S tem se največkrat ujamejo v začaran krog nepotrebnih diagnostičnih preiskav in posegov, kot tudi prejetja nepotrebnih zdravil, medtem ko bi bili bolj učinkoviti psihološki ukrepi.</p>
Cugmas & Smeh	2018	Kvalitativna raziskava	84 staršev hospitaliziranih otrok Slovenija	<p>58 % staršev je poročalo, da so se otroci ob ponovni hospitalizaciji obnašali enako kot pri predhodni hospitalizaciji. 33,3 % je navedlo negativne odzive, ki so se kazale s kričanjem, strahom in jokom. 23,8 % jih je navedlo manj intenzivne negativne odnose, otrok je bil bolj zaupljiv, 23,8 %, da so bili otroci bolj seznanjeni s hospitalizacijo, 9,5 %, da otrok lažje premaguje strah z igro in ostalih 9,5 %, da je odziv otroka odvisen od bolečine, ki jo občuti tekom procesa. Sklepamo lahko, da otroci ne glede na predhodne hospitalizacije doživljajo distres in ponovne napore prilagajanja na to izkušnjo. Da bi poskušali čim boljše</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				odpraviti anksioznost, je pomembno, da zberemo čim več podatkov o predhodnih hospitalizacijah, deležnosti staršev ter o otroku samem.
Dickson	2017	Sistematični pregled literature	/	Medicinska sestra naj spodbuja mladostnika k prepoznavanju stresorjev, ki dodatno vplivajo na jakost bolečine. Prav tako mora otroka naučiti, kako naj se spopade in kakšne strategije lahko sam uporabi za lajšanje bolečine. Strategije lahko vključujejo vadbo, meditacijo. Drug način spodbujanja otroka in mladostnika temelji na neodvisnosti od drugih, znati morajo izraziti svoje skrbi in postaviti morebitna vprašanja, ne pa da bi starši govorili namesto njih. Naloga spodbujanja mladostnika v bolečini je izjemno težka. S spodbujanjem mladostnika k samooskrbi, medicinske sestre staršem olajšajo delo v tolikšni meri, dokler starš ne razvije spretnosti za izvajanje intervencij, razumevanja bolezni otroka in ostalih veščin, ki se jih nauči tekom hospitalizacije otroka. S tako vlogo medicinska sestra starša vodi in usmerja k spodbujanju prednosti mladostnika, da uporablja svoje sposobnosti in na ta način omeji prekomerno osredotočenost na bolečino.
Doberšek	2012	Sistematični pregled literature	/	Otroci imajo enake pravice kot odrasli. Razlikujejo se le glede otrokove starosti in njegove zrelosti. Spoštovanje in uresničevanje pravic ni le obveza zaradi predpisov in zakonov, ampak zavest zdravstvenega osebja. V Magni Charti je zapisanih 10 otrokovih pravic. Prva temeljna

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>pravica je sprejem otroka v bolnišnico, ki določa sprejem otroka v bolnišnico takrat, kadar oskrbe, ki jim je potrebna, ni mogoče zagotavljati doma ali v ambulanti. Druga pravica otroka je, da imajo svoje starše ves čas ob sebi. V tretji pravici govorimo o sobivanju staršev z otrokom. Zagotovimo jim namestitev, ponudimo pomoč in jih spodbujamo, da ostanejo pri otroku. Poučimo jih o sistemu delovanja na oddelku in jih aktivno vključujemo v oskrbo. Četrta pravica nam nalaga dolžnost obveščanja, tako starša kot otroka, na način, ki ustreza njihovem razumevanju in otrokovi starosti. S tem zagotovimo znižanje prisotnega čustvenega in fizičnega pritiska. Glede na ustrezno informiranost pa pri peti pravici obveščeni lahko sodelujejo in se vključijo pri odločitvah, ki so povezane z zdravstvenim varstvom. Otroci so zavarovani pred nepotrebni zdravstvenimi posegi in preiskavami, ki jim ne koristijo. Šesta pravica zagotavlja oskrbo skupaj z drugimi vrstniki, ki imajo podobne razvojne potrebe. Otrok se ne sprejema na oddelek za odrasle in obiskovalci otrok v bolnišnici nimajo starostnih omejitev. Sedma pravica omogoča otroku možnost za izobraževanje, rekreacijo in igro, v skladu z njegovo starostjo in zdravstvenim stanjem. Na oddelku zagotoviti ustrezno osebje, ki bo otroku to pravico zagotovilo – vzgojitelj in učitelj. Prav tako pa potrebujemo ustrezno zdravstveno osebje s pediatrično izobrazbo, ki se</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				bo, kot narekuje osma pravica, odzivalo na razvojne, telesne in čustvene potrebe družin in otrok. Z neprekinjeno oskrbo pri deveti pravici, mora tim zagotavljati nepretrgano obravnavo. Delo, ki ga izvajamo v kliničnem okolju, moramo nadaljevati kasneje tudi doma in v ambulantah. Zadnja, deseta pravica, pa se nanaša na obravnavo otrok. Otroke obravnavamo razumevajoče in obzirno. Zagotoviti jim moramo njihovo zasebnost. Upošteva se njihova razvojna stopnja in individualnost, ohranjamo dostojanstvo, uveljavljamo njihova mnenja, ustvarimo prijateljski odnos in smo pristni do njihovega kulturnega ozadja ter verskega prepričanja.
Kovač	2015	Kvalitativna raziskava	60 medicinskih sester in 60 staršev bolnih otrok Slovenija	Z otrokovimi pravicami, ki jih narekuje Magna Charta so v času bivanja v bolnišnici bolj seznanjene medicinske sestre (15 %). Starši se delijo v dve skupini, in sicer 12,2 % staršev ni seznanjenih ter 6,1 % povsem ni seznanjenih s pravicami. Da so pravice bolnih otrok pri nas zaščitene z zakonodajo, sta se zavedali obe ciljni populaciji. Medicinske sestre kar v 95 %, starši pa v 65 %.
Morgan	2009	Sistematični pregled literature	/	V nekaterih kliničnih okoljih ugotavljajo, da se medicinske sestre srečujejo s primeri, kjer vidijo pomanjkanje strokovnega znanja pri reševanju problematike in spretnosti za obvladovanje staršev v stiski. Kadar pride do nastale situacije, ne znajo pravilno pristopiti k problemu in ga rešiti. Bojijo se reči nekaj,

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				kar bi lahko bilo staršem neprimerno ali v določeni situaciji celo žaljivo.
Novak	2016	Kvalitativna raziskava	48 staršev predšolskih otrok Slovenija	Raziskava je dala slednje ugotovitve, v kolikšni meri se upošteva pravica sobivanja staršev z otrokom v času hospitalizacije. 27 (43 %) staršev je lahko bivalo z otrokom v bolnišnici v času hospitalizacije, 14 (25 %) je imelo pri otroku omejene obiske, ostalih 7 (13 %) pa je imelo na voljo neomejeno število obiskov. Večina bolnišnic v Sloveniji stremi k temu, da imajo starši možnost bivanja z otroci tekom hospitalizacije, saj s tem otroku omogočamo, da lažje prestane bivanje, ter se izognemo morebitnim psihičnim reakcijam in zmanjšamo posledice hospitaliziranosti.
Oštir	2008	Sistematični pregled literature	/	Glavno vlogo medicinske sestre v pediatriji predstavlja vzpostavitev terapevtskega odnosa. Filozofija zdravstvene nege družino prepozna kot stalnico v otrokovem življenju. Poznamo tri glavne komponente, ki so sodelovanje, spoštovanje in podpora. Kljub napredkom, ki smo jih v zadnjih letih dosegli na področju pediatrije, ta otrokom povzroča travme, vznemirjenje in bolečino. Otroci in starši se srečujejo s stresnimi faktorji in zdravstveno osebje se tega mora zavedati. Za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege bi bilo potrebno medicinsko osebje še bolj izobraževati na področju pediatrične oskrbe.
Oštir	2014	Sistematični pregled	/	Za izvajanje načel atravmatske obravnave

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		literature		<p>mora imeti medicinska sestra širok spekter znanja. Ključni element v pediatriji je komunikacija. Medicinski sestri omogoča pogajanje na stopnji, kjer starše vključuje v zdravstveno oskrbo njihovih otrok. Glavna pravica otroka je, da naj bi bil hospitaliziran le takrat, kadar je to res nujno potrebno. Ločitev otroka od starša predstavlja za otroka žalosten in zastrašujoč dogodek. Kadar privedemo otroka do te situacije, se ta odzove z značilno reakcijo. Atravmatska obravnava je obravnava, ki zagotavlja dobro psihofizično počutje bolnih otrok in prav tako njihovih družin. Je veja zdravstvene nege, ki je usmerjena v družino.</p>
Petrovič, et al.	2010	Sistematični pregled	/	<p>Naloga medicinske sestre je načrtovati zdravstveno nego hospitaliziranega otroka, prepoznati reakcije otrokovega organizma na bolezen ter opazovati odgovore organizma na ukrepe nadaljnega procesa izvajanja zdravstvene nege. V proces aktivno vključi starše in otroka, vendar je ona tista, ki bo ocenila, koliko starš in otrok pripomoreta k oskrbi. S svojim znanjem nadzira otrokovo stanje, izvaja ustrezne intervencije zdravstvene nege in otroka spodbuja k samooskrbi. Odgovornost medicinske sestre in njen prispevek k zdravstveni oskrbi sta zaradi specifičnosti bolezni bistveno večja kot prispevek starša in otroka. Razlika se kaže v sposobnosti in zmožnosti ter količini znanja.</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Schalkers, et al.	2014	Kvalitativna raziskava	Otroci in mladostniki med 6. in 18. letom starosti Slovenija	Pravica vsakega otroka v času hospitalizacije je tudi obveščenost o poteku zdravljenja, načrtovanju in postopkih izvajanja intervencij zdravstvene nege. Velik pomen v raziskavi so pripisovali prav temu. Želeli so si podrobno prejeti informacije, četudi so starši menili, da je to za njih zapleteno ali morda nerazumljivo. Dobro obveščeni otroci so bili na splošno zelo zadovoljni, saj so bili v določenih situacijah pripravljeni in so vedeli kaj pričakovati. Na drugi strani pa so otroci, ki so bili slabše obveščeni, izražali občutke nelagodja ali celo tesnobe. Izrazili so močno željo po ustreznem informiranju ob pravem času, namenu in postopkih medicinskih posegov, kot tudi priložnost postavljanja morebitnih vprašanj.
Smeh	2016	Kvalitativna raziskava	28 otrok s kronično boleznijo, 56 otrok z akutno boleznijo Slovenija	V procesu hospitalizacije se kažejo pomembne razlike v izražanju vedenj pri otrocih med različnimi obdobji. Ugotovljeno je, da negativne oblike vedenja najpogosteje pridejo do izraza tekom sprejema otroka v bolnišnico, najmanj pa ob odpustu otroka iz bolnišnice. Ugotavljali so, kako se kažejo razlike pri doživljanju hospitalizacije glede na starost in spol, prisotnost starša, vrsto bolezni in predhodne izkušnje s hospitalizacijo. Razlike so se pokazale med starostnima skupinama, med spoloma pa ni bilo odstopanj. Mlajši otroci se veliko težje prilagajajo na hospitalizacijo kot starejši, saj se pri mlajših v večji meri kažejo znaki psihičnega hospitalizma. Razlike se

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>kažejo predvsem tudi med skupino otrok s kronično boleznijo in tistimi z akutno boleznijo. Pri kronični boleznijo otroci pogosteje pokažejo odraz pozitivnega vedenja, kot so vključevanje v igro, pogovor z vrstniki in hitra prilagoditev na klinično okolje. Med negativnimi izrazi pa hitro pokažejo strah in samopoškodovalna vedenja, ki se odražajo le pri otrocih s kronično boleznijo. Pri skupini otrok z akutno boleznijo pa so pogosteje izražena le negativna vedenja. Ta se kažejo s protesti, kričanjem, jokom, zavračanjem osebja in povečano odvisnostjo od staršev.</p>
Smith McAlvin & Carew - Lyons	2014	Sistematični pregled literature	/	<p>Strah družinskih članov, ki niso hospitalizirani skupaj z otrokom in nimajo informacij v zadostni količini o poteku zdravljenja, negativno vplivajo na zdravstveno oskrbo otroka tekom hospitalizacije. S kritiziranjem medicinskega osebja zmanjšujejo uspešnost izvajanja intervencij zdravstvene nege, povečujejo stres med zaposlenimi in ovirajo izvajanje učinkovite oskrbe. Prisotnost starša med obravnavo zmanjšuje pojav anksioznosti tako otroku, kot njim, v primerjavi s starši, ki niso prisotni. Takšni starši doživijo posttravmatske motnje, ki se kažejo z znaki občutka krivde, občutka, da jim je spodletelo, hkrati pa se sprašujejo, če bi bil izid zdravljenja otroka drugačen ob njihovi prisotnosti.</p>
Tomažin	2014	Sistematični pregled literature	/	<p>Vse otrokove pravice so združene v listini Evropsko združenje za pravice otrok v</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>bolnišnicah. Govorimo o organizaciji, katera skrbi za otrokove pravice v času hospitalizacije, pred in po njej. Vse zbrane pravice, zapisane v listini, ki so sprejete na njeni podlagi, morajo spodbujati otrokovo blaginjo in biti v otrokovo korist. Nanašajo se na vse bolne otroke, tiste, ki so zdravljeni v bolnišnici, prav tako tiste, ki se zdravijo ambulantno. Niso opredeljene glede na njihovo vrsto bolezni, starost, kraj zdravljenja, prizadetost, obliko zdravljenja ali razlog, ki ga potrebujejo za zdravljenje. Sprejeta je za otroke, stare od 0 do 18let. Za nekatere cilje, ki so navedeni v listini, se poudarja, da še vedno niso uresničeni. Predvsem se to nanaša na pravico, da imajo otroci v bolnišnici tekom hospitalizacije lahko ob sebi enega od staršev. Ta je še zmeraj omejena na otrokovo določeno starost in njegovo bolezen. Navajajo tudi slabo skrb za adolescente. V manjši meri se upoštevajo spoznanja o psiholoških, socialnih in čustvenih potrebah otrok glede na otrokovo razvojno obdobje in starostno skupino. Zanimarja se nadzor v zvezi z bolečino. Nekaj bi bilo potrebno storiti tudi glede navodil, ki bi zdravstvenim delavcem omogočala dobro ravnanje z bolnimi otroki, pri katerih je možno odkriti znake zlorabe. Popolnoma neustrezno pa je otroka hospitalizirati na odrasli oddelek, kar je v nekaterih bolnišnicah še vedno prisotno.</p>
Tominšek	2010	Sistematični pregled	/	K otrokom usmerjena zdravstvena nega njihove

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		literature		potrebe upošteva na način, ki omogoči vzpostavitev partnerskega in demokratičnega odnosa. Partnerski odnos je v zdravstveni negi odnos, enakovreden in enakopraven do vseh objektov. Delo z otrokom v zdravstvu se zelo razlikuje od dela z odraslim človekom zaradi nenehnega spreminjanja otroka, ki se kaže kot posledica duševnega in telesnega razvoja ter otrokove rasti. Miselnost, da je otrok kot nepopisan list, se je spremenila. Otroka sprejemamo kot pristojno in malo bitje z lastno osebnostjo, ki jo je potrebno spoštovati.
Twycross, et al.	2013	Kvalitativna raziskava	59 strokovnjakov iz področja obravnavanja bolečine Velika Britanija	Študije so pokazale, da ocene bolečin niso dosledno ali vedno zabeležene. Trenutne smernice dobre prakse kažejo na to, da je bolečino po aplicirani protibolečinski terapiji potrebno znova oceniti in zabeležiti v sistem, vendar se v praksi to ne uporablja.

Pridobili smo 27 kod, ki smo jih glede na skupne lastnosti in njihove medsebojne povezave združili v 3 vsebinske kategorije. Te so: otrok in mladostnik, bolečina ter vloga medicinske sestre. Kategorije, kode in avtorji so prikazani v tabeli 4.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Otrok in mladostnik	»komunikacija«, »zaupanje«, »hospitalizacija«, »samooskrba«, »otrokove pravice«, »sobivanje staršev«, »stres«, »atravmatska obravnava«, »informiranost«, »anksioznost«	Avis & Reardon, 2008; Cugmas & Smeh, 2018; Dickson, 2017; Doberšek, 2012; Novak, 2016; Oštir, 2008; Oštir, 2014; Schalkers, et al., 2014; Smeh, 2016;

Kategorija	Kode	Avtorji
		Smith McAlvin & Carew - Lyons, 2014.
Bolečina	»jakost bolečine«, »odpravljanje bolečine«, »ocenjevanje bolečine«, »biopsihosocialni model«, »nadzor v zvezi z bolečino«, »beleženje bolečine«, »protibolečinska terapija«	Ačko, 2012; Burger Lazar, 2015; Tomažin, 2014; Twycross, et al., 2013.
Vloga medicinske sestre	»svetovanje«, »izobraževanje«, »vključevanje svojcev«, »čustvena podpora«, »poučevanje«, »spodbujanje«, »reševanje problematike«, »vzpostavitev partnerskega odnosa«, »načrtovanje zdravstvene nege«, »zagotavljanje zadovoljstva«.	Ačko, 2012; Avis & Reardon, 2008; Dickson, 2017; Morgan, 2009; Oštir, 2008; Petrovič, et al., 2010.

2.5 RAZPRAVA

S pregledom literature smo preučevali atravmatsko obravnavo otroka in mladostnika, pravice, ki se navezujejo na otroka v času bivanja v bolnišnici, ter vlogo medicinske sestre pri tem.

Glede na aktualnost problematike smo pri pregledu člankov ugotovili, da je literature na to temo zelo malo, kar je omejilo poglobitev raziskovanja v diplomskem delu.

Ugotovili smo, da se v pediatriji prednosti zdravstvene nege kažejo z odliko sposobnosti zmanjševanja stresa pri starših hospitaliziranega otroka, sodelovanju in vključevanju staršev pri samem procesu obravnave njihovih otrok, prepoznavanju njihovih potreb ter s končnim rezultatom zadovoljstva pri zdravstveni negi (Oštir, 2014). Želja vsakega starša je imeti zdravega otroka. Otrokov imunski sistem še zmeraj ni povsem razvit, prav zaradi tega je dovzetnost za bolezen toliko večja. Na tej točki pride do hospitalizacije, vendar lahko z zgodnjim odkrivanjem bolezenskih znakov hospitalizacijo preprečimo (Novak, 2016). S tujko poimenovan termin »hospitalizacija otroka«, pomeni sprejem otroka v bolnišnico, kar otroku psihološko predstavlja hitro in grobo ločevanje od staršev in iz domačega okolja (Cugmas & Smeh, 2018). Da bi preprečili oziroma zmanjšali ločevanje otrok od staršev, se je iz načel atravmatske obravnave razvila filozofija veje zdravstvene nege, katera starše prepoznava kot konstanto v življenju njihovih otrok (Oštir, 2014).

Otrok in odrasel človek se tekom procesa bolezni odzoveta različno. Smeh (2016) poudarja, da v času bolezni otrok potrebuje nekoga ob sebi. Deležen mora biti podpore nekoga, ki mu bo stal ob strani in pomagal razumeti njegove občutke in odzive na bolezen. Hospitalizacija ima slab vpliv na otroke, prav tako na njihove starše. Razlika je vidna le v tem, da se odrasla oseba s tem lažje spopade, saj je sposobna poskrbeti sama zase in ni odvisna od drugih, medtem ko med odraslim in otrokom obstaja vez, kjer je otrok popolnoma odvisen od starša (Novak, 2016). V pediatrični zdravstveni negi je osredotočenost na družino glavni koncept. Prisotnost staršev je pomembna sestavina, kjer starši pričakujejo, da se jih spodbuja in vključi v nego otrok pri vseh vidikih otrokove bolezni. Prisotnost starša je opredeljena kot prisotnost družinskega člana, ki omogoča vizualni ali fizični stik z otrokom med invazivnimi postopki tekom bivanja v bolnišnici (Smith McAlvin & Carew - Lyons, 2014). Otroku bolnišnica predstavlja okolje z novimi ljudmi, ki mu niso znani. Lahko, da je tekom predhodne hospitalizacije utrpel posledice stresa in pridobil negativne izkušnje, ali pa mu iz pripovedovanja bolnišnica predstavlja negativno okolje. Poleg bolezni, slabega počutja in zdravljenja, ki je zanj boleče, doživlja dodatno strah in zaskrbljenost zaradi nejasnega nadaljnjega postopka obravnave. Pride do sprememb v življenjski vsakodnevni rutini, dobiva drugačno hrano, omejen je pri gibanju in odvzete so mu običajne dejavnosti, ki so za otroka igra. Razlike pri prilagajanju na novo okolje se pri otrocih kažejo individualno. Otrok se lahko odzove z jokom, kričanjem, agresijo v obnašanju, medtem ko lahko drugi pokažejo veselje in so nasmejani. Obe skupini pa pozitivno sprejemata večjo pozornost kot običajno s strani staršev (Cugmas & Smeh, 2018).

Petrovič & sodelavci (2010) so ugotovili, da lahko slabosti hospitalizacije omilimo s programom dnevne bolnišnice za otroke. Tovrstni program vsebuje večji razpon negovalnih, terapevtskih in zdravstveno vzgojnih storitev. Potrebe po programu se kažejo iz predpostavke, da je hospitalizacija za otroka koristna le takrat, kadar je to izrecno potrebno, saj drugače postane za otroka nepotrebna in ga omejuje pri osebni rasti ter razvoju v njegovem domačem okolju. S tem želimo doseči večjo učinkovitost zdravljenja in čim prej otroka v domače okolje k družini.

V dnevno bolnišnico otrok pride na začasno opazovanje oziroma najdlje ostane v bolnišnici čez noč. Taka vrsta obravnave za otroka predstavlja manjši stres, saj je s tem skrajšana ločitev od staršev in ležalna doba. Kadar ti ukrepi niso izvedljivi in otroka morajo hospitalizirati, se v nekaterih bolnišnicah pripravijo programi za otroke pred sprejetjem v bolnišnico. Predhodno se obišče oddelek skupaj z medicinsko sestro, kjer dobijo odgovore na morebitna vprašanja in spoznajo ostalo zdravstveno osebje. Medtem se ocenjuje učinkovitost spoprijemanja družine z distresom, ki je povzročen z otrokovo boleznijo in potrebo po hospitalizaciji. V primeru slabe učinkovitosti ukrepamo z nudenjem posebne pozornosti, kot so oporne storitve posameznikov, terapije in pomoč socialne službe (Cugmas & Smeh, 2018).

Kovač (2015) navaja, da se o hospitalizaciji in bolezni otroci seznanijo in naučijo prek osebnih izkušenj in izkušenj družinskih članov. Otrokovo mišljenje ni pomanjšano mišljenje odraslega človeka, zato morajo odrasli poskušati razumeti, kako otrok bolezen doživlja in jo razume. Razvoj mišljenja in otrokov spoznavni razvoj se postopoma razvijata, dokler otrok ne spozna sveta okoli sebe in razume samega sebe.

Bolnišnice naj bi staršem omogočale sobivanje, saj je to temeljna pravica, ki je navedena v listini otrokovih pravic (EACH, 2002).

V listini omenjene pravice in vsi sprejeti ukrepi na podlagi le-te morajo spodbujati otrokovo blaginjo in delovati v njihovo korist. Listina se nanaša na otroke, stare od 0 do 18 let (Tomažin, 2014). Starši morajo biti seznanjeni z otrokovimi pravicami, ki jih lahko koristijo kot starši v bolnišnici, enako pa tudi otroci, ki svoje pravice uveljavljajo tekom hospitalizacije. S 83,7 % se kaže delež informiranja staršev z otrokovimi pravicami v času hospitalizacije, vendar šele takrat, kadar njihov otrok zboli, v malo manjši meri pa pri zdravstvenih delavcih (80 %). Lahko sklepamo, da se niti starši niti zdravstveno osebje s pravicami ne seznanijo prej. Glede na področje izvajanja dela bi bilo potrebno zdravstvene delavce ob pričetku dela s strani nadzornih medicinskih sester seznaniti z dokumentom Magna Charta, vendar je ta informacija bila posredovana le 23,3 % zdravstvenega osebja. Da morajo otroke v času zdravljenja obravnavati z razumevanjem in občutkom ter spoštovanjem njihove zasebnosti, je pravica, ki jo

zdravstveno osebje ocenjuje kot primarno in se kaže z 91,7 %. Osebje ni ozaveščeno glede zadnje pravice na lestvici, ki narekuje, da zdravljenje v bolnišnici in hospitaliziranje otroka uveljavimo le takrat, kadar zdravljenje otroka ni možno nadaljevati ambulantno ali v domačem okolju, kar se je pokazalo z 78,3 % (Kovač, 2015).

Vse pravice so zasnovane na podlagi lajšanja bolečin in neprijetnih občutkov zdravljenja. Pomembno je, da poleg uveljavljanja pravic starši ne pozabijo na upoštevanje svojih dolžnosti ter vzpostavitev čim boljših medsebojnih odnosov s strokovnimi delavci. Če bodo starši natančno seznanjeni s tem, kaj v bolnišnici smejo in česa ne, do sporov z zdravstvenim osebjem ne bo prišlo. Ozavestiti jih je potrebno, da zdravstveno osebje deluje v dobrobit in korist otroka. Po svojih najboljših močeh se trudijo, da bi otrok čim prej ozdravil in da mu pri tem nudijo popolno skrb za dobro počutje. Vsi ljudje se lahko zmotijo in naredijo napako, a v takih trenutkih staršem izbruhi jeze in agresije ne bodo pomagali, kvečjemu lahko situacijo le poslabšajo (Novak, 2016).

V zadnjih 40 letih so se pričakovanja staršev v vlogi skrbnika za zdravljenje bolnega otroka in vzpostavljanje odnosov z medicinskimi sestrami močno razvila in podkrepila. Kakor so prej skrb za proces zdravljenja prepustili medicinskemu osebju, sedaj pričakujejo, da se bodo v veliki meri vključevali v zdravstveno nego (Oštir, 2014). Negovalni načrt prilagajamo in izvajamo glede na posameznikove potrebe in cilje, ki so bili zastavljeni v sodelovanju s starši in otrokom. Otroku in staršem moramo zagotoviti možnost upoštevanja njihovih želja pri načrtovanju oskrbe. V načrtu opredelimo, kaj bo kdo naredil, kdaj, kje, kako in kaj vse bomo izvajali. Pri izvajanju same zdravstvene nege pa je najbolj pomembno, da bodo najprej zagotovljene otrokove fiziološke potrebe, v kar so vključene potrebe po hrani, kisiku, vodi, temperaturi, spanju, gibanju in izločanju. Nato poskrbimo za ostale vrednote, kot so potrebe po osebni rasti, pripadnosti, ljubezni in varnosti. Ugotavljamo, da omenjene potrebe, s katerimi se srečujemo, na najlažji način opravijo starši. Glede na vključevanje staršev moramo poskrbeti tudi za zdravstveno-vzgojno delo njih samih in poskrbeti za nadzor nad njimi (Ačko, 2012).

Otroški psihologi in psihiatri menijo, da so otroci v času bolezni popolnoma odvisni od svojih staršev. Pri doživljanju bolezni, krize ali razočaranja je za njih čustvena in fizična bližina staršev izredno pomembna. S tem je izpostavljeno načelo teorije navezovanja, ki se kaže s potrebo otroka po stiku s staršem, tolažbo ob spremljajoči bolezni in pomiritvijo, kar je za otroka normalen odziv (Kovač, 2015).

Oštir (2014) ugotavlja, da medicinske sestre s starši vzpostavimo kakovosten partnerski odnos z načinom pogajanja, v kar vključujemo tehnike komunikacije, ki obema stranema pripomoreta pri doseganju dogovora, v kolikšni meri bo starš sodeloval pri zdravstveni negi glede na postavljen načrt zdravstvene nege in proces zdravljenja. Do nesporazumov na tem področju prihaja prav zaradi slabo razvite komunikacije, velikih pričakovanj stroke in prevelike uveljavitve moči in kontrole medicinskih sester. Takrat se začne zavirati partnerski odnos ter s tem onemogočeno ustrezno izvajanje zdravstvene nege, ki je usmerjena v družino. Ačko (2012) spodbuja, da je načrt zdravstvene nege potrebno predelati z otrokom in starši, nato šele izvajati. V primeru, da tega ne storimo, otroku in staršem pokažemo, da njihovega sodelovanja ne potrebujemo, da jih v proces nismo vključili in da nimajo niti kontrole niti pravic o soodločanju pri oskrbi otroka.

Doberšek (2012) zagovarja pravico vsakega posameznika do izbire ustreznega življenjskega stila, vzgoje otrok na način, ki se posamezniku zdi najbolj primeren, in svobodni izbiri družbe. Potreba po posebnem varstvu se še posebej kaže pri otrocih, saj so občutljiva populacija. Zato so starši prvi, ki poskrbijo za varstvo in pravice svojih otrok, saj ti zaradi duševne nerazvitosti še niso sposobni za samostojno življenje.

Tomažin (2014) opredeljuje, da tekom hospitalizacije otroka pomembna dolžnost medicinski sestri nalaga, da svojo pozornost usmeri tudi na psihosocialno podporo, saj se pogosto pojavljata anksioznost in depresija. V zadnjem desetletju se je veliko spremenilo tako na družbenem kot na političnem področju. Prav na podlagi teh sprememb se je začel spreminjati tudi poklic medicinske sestre in s tem posledično zdravstvena nega. Sistem novitet spodbuja medicinske sestre k temu, da se za novosti zanimajo in jih v delo vključujejo. Avis & Reardon (2008) sta opisala stališča staršev

glede oskrbe in dojemanja medicinskih sester. Opažali so, da nekatere medicinske sestre niso posedovale elementa skrbi. Menili so, da nekatere medicinske sestre svoje delo opravljajo le zato, ker to morajo storiti tekom izmene. Pri tem se je pri starših začel pojavljati strah in skrb za njihovega otroka. Medicinskim sestram niso zaupali, otroka niso želeli zapustiti, saj niso želeli razmišljati o tem, kaj se bo zgodilo z njihovim otrokom, kadar sami ne bodo prisotni. Med drugim je ostala skupina staršev izrazila spoštovanje do medicinskega osebja. V času oskrbe so pri nekaterih medicinskih sestrah prepoznali empatijo, skrbnost in zanesljivost. S tem so si medicinske sestre pridobile njihovo zaupanje. Pozorni moramo biti na napetost, ki jo občutijo starši pri vključevanju v zdravstveno nego. Preučiti moramo njihovo znanje o otrokovih zdravstvenih potrebah, prav tako pa zaznati starševske lastne potrebe po informacijah in jim te zagotoviti v največji možni meri. Starši pričakujejo, da bo ravno medicinska sestra tista, ki bo zagotavljala trdnost in vez partnerskega odnosa. Na podlagi tega Oštir (2014) izpostavlja, da ima pediatrična medicinska sestra vso potrebno moč in možnost, da izbere ustrezen pristop. Seveda za to potrebuje čas, veščine in znanje.

Najpogostejši vzrok sprejema otroka v bolnišnico predstavlja bolečina. Kljub mnogim raziskavam se bolečina še vedno neprimerno obravnava (Oštir, 2014). Nadzor nad bolečino je pri otrocih in mladostnikih pogosto zanemarjen (Tomažin, 2014). Medicinska sestra je tista, kateri se pripisuje vloga nadzora, kadar otroci trpijo zaradi kakršne koli bolečine. Največkrat je medicinska sestra prva in zadnja, ki z obolelim otrokom in njegovim staršem stopa v stik. Poznati mora smernice in standarde zdravstvene nege ter imeti širok spekter znanja. Njen pristop mora delovati prijazno, dostopna mora biti za pogovor, znati mora svetovati v situacijah, ko se pri otroku pojavi bolečina, najbolj pomembno pa je, da pri otroku ne vzbuja strahov (Ačko, 2012).

Twycross & sodelavci (2013) navajajo, da priprava otroka na boleče postopke pomaga pri obvladovanju bolečine in je bila opredeljena kot najboljša v praksi. Raziskave so pokazale, da samo pripravo na svojo vlogo potrebujejo tudi starši. Veliko pripomorejo že z aktivno vlogo med samim postopkom, ki je za otroka boleč. Otrokove misli preusmerijo in s tem zmanjšajo občutek nemoči in skrbi. Oštir (2014) prav tako meni, da se je distrakcija oziroma odvrčanje otrokove pozornosti med bolečim postopkom v

številnih raziskavah pokazala kot učinkovita tehnika. Gre za enostavno tehniko, ki pa se rutinsko ne uporablja. Obvladovanje bolečin je v zadnjih nekaj letih znatno napredovalo.

Bistvenega pomena je, kako bolečino obvladamo in posledično preprečujemo, brez da bi se spraševali, ali otrok bolečino čuti in v kolikšni meri.

Nezadostno znanje številnih zdravnikov in medicinskih sester še danes znatno ovira lajšanje bolečine pri otrocih. Največja odstopanja se kažejo pri apliciranju protibolečinske terapije pri nedonošenih in majhnih otrocih, saj se starši bojijo učinka zdravil. V malo boljši meri se je pri manjših posegih izkazalo nefarmakološko ukrepanje, saj je varnejše in učinkovitejše od farmakološkega in nima stranskih učinkov. Študije so pokazale, da glukoza in saharoza, ki sta raztopini naravnih sladkorjev, bistveno zmanjšujeta odziv na bolečino (Ačko, 2012). Petrovič & sodelavci (2010) so z raziskavo potrdili, da se je časovno trajanje bolečine bistveno zmanjšalo pri otrocih, kjer so bili starši vključeni v proces nege in pridobili ustrezna navodila za lajšanje in odpravljanje bolečine. Na ta način so se medicinske sestre uspele sporazumeti z otroci in si pridobiti njihovo zaupanje. Toliko večje doživljanje bolečine se je izkazalo pri otrocih, ki so bili prepuščeni zdravstvenemu osebju ter posledično vplivu strahu pred neznanim.

Bolečina, ki jo je otrok sposoben ovrednotiti, je pogoj za obvladovanje in pravilno obravnavo. Na podlagi ovrednotene bolečine jo lahko z ukrepi obvladujemo in nadzorujemo. Prvotno določimo otrokove pretekle slabe in dobre izkušnje, da lahko ocenimo bolečino. Besede, ki jih otroci uporabljajo za opis bolečine, so različne, naloga medicinske sestre je te besede prepoznati. Poleg verbalnih in kognitivnih sposobnosti se upošteva še dejavnike okolja in socialno-kulturne dejavnike (Ačko, 2012).

Kljub vsem tehnikam, ki so napredovale za obvladovanje in zmanjševanje bolečin ob negovalnih in medicinskih postopkih, ni zmeraj možno preprečiti pojava bolečine pri otroku. Na zdravstvenemu osebju temelji zavedanje stresnih situacij, s katerimi se srečujejo bolni otroci in njihovi starši. V okviru standardov si moramo prizadevati za

zagotovitev varnih in predvsem učinkovitih postopkov in intervencij. Prav tako pa moramo zagotoviti čim manjše travme in doživljanje bolečine (Oštir, 2008).

2.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava se osredotoča na atravmatsko obravnavo otrok in mladostnikov tekom hospitalizacije, otrokove pravice v tem času in vlogo medicinske sestre pri tem. Splošno napisanega za atravmatsko nego, poleg omejitev, ki smo jim sledili, je bilo v slovenski literaturi zelo malo. Veliko je literature o sami bolečini in travmi, ki jo otrok doživlja v času bivanja v bolnišnici, malo pa o njenem odpravljanju oziroma se je v večini člankov vsebina ponavljala. Dodatna omejitev raziskave je vključenost gradiv, ki so bila dostopna le v celotnem delu in smo jih na podlagi tega izločili.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V diplomskem delu smo skozi sistematični pregled literature obravnavali aktualno problematiko, s katero se čedalje srečuje družba, zdravstveni sistem in zdravstveno osebje pri delu. Ugotovili smo, da sta v pediatriji bolečina in travma otrok prisotni v veliki meri in da z atravmatsko nego pripomoremo k boljši oskrbi ter doseganju zadovoljstva otrok in posledično njihovih staršev. Potrebna so dodatna izobraževanja zdravstvenih delavcev zaradi problematike, s katero se vsakodnevno srečujejo na delovnem področju, da v dani situaciji pravilno pristopijo k problemu in ga rešijo. Na temo atravmatske obravnave bi lahko natančneje raziskali vlogo medicinske sestre pri prepoznavanju stiske pri otrocih in ozaveščanju ter poučevanju staršev o otrokovi bolečini.

3 ZAKLJUČEK

Skozi pregled literature smo prišli do spoznanja, da je atravmatska obravnava otrok in mladostnikov prav tako ena od pravic, ki jih ima otrok tekom hospitalizacije. Osredotoča se na kakovostno in varno izvajanje intervencij zdravstvene nege in vsakega posameznika obravnava individualno. Otroci so tekom hospitalizacije čedalje bolj izpostavljeni stresnim dejavnikom, ki negativno vplivajo na obravnavo otroka v času zdravljenja. Zelo pomembno je, kako starši svojega otroka pripravijo na sam proces in mu s tem olajšajo bivanje v bolnišnici v tolikšni meri, da je otrok seznanjen s postopki, ki jih bomo izvajali. To je torej izhodišče, ki medicinski sestri narekuje, da ustvari partnerski odnos in obravnava otroka s sodelovanjem s starši. Študije so namreč tako pri nas kot drugod pokazale, da sistem, kjer starš sodeluje v obravnavi, daje precej učinkovitejše rezultate obravnave.

Ugotovili smo, da je bolečina pogost pojav, ki za otroka predstavlja negativno izkušnjo. Otroku, ki je bolečino občutil že v preteklosti, ta sedaj predstavlja toliko večji problem. Vsak otrok bolečino doživlja na drugačen način. Medicinska sestra mora znati oceniti, v kolikšni meri bo otrok znal opisati in izpostaviti svoj odnos do bolečine. Z raziskavo pa smo dokazali, da ne glede na to, kaj nam bo rekel, moramo otroku moramo verjeti in bolečino odpraviti, saj je to ena izmed otrokovih pravic. Na otrokove pravice ne smemo gledati kot na zakonsko opredeljeno listino, temveč so merilo in smernice, ki nam omogočajo možnost ustreznega in učinkovitega delovanja.

V diplomskem delu smo se osredotočili na problem, ki je prepoznan v današnjem času v naši družbi. Njegova prisotnost je čedalje večja, z ustreznim ukrepanjem pa lahko to zmanjšamo ali v precejšni meri preprečimo. Naša spoznanja lahko medicinskemu osebju pripomorejo pri ozaveščanju staršev o pomembnosti njihove vloge, prepoznavanju in upoštevanju otrokovih pravic in krepitvi medsebojnih odnosov. Glede na ugotovitev o pomanjkanju znanja pri zdravstvenih delavcih bi bilo potrebno omogočiti dodatna izobraževanja v tolikšnem obsegu, da bi se vsak znal spopasti s problemom in ga odpraviti na ustrezen način ter v največji možni meri. Kljub ugotovljenemu bi bilo potrebno izvesti še dodatne raziskave na temo prepoznavanja stiske pri otrocih ter ozaveščanja in poučevanja staršev o otrokovi bolečini.

4 LITERATURA

Ačko, D., 2012. *Bolečina pri otrocih: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Anon., 2015. *Posebnosti pri zdravstveni negi otroka*. [online] Available at: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/posebnosti-pri-zdravstveni-negi-otroka/> [Accessed 3 May 2018].

Avis, M. & Reardon, R., 2008. Understanding the views of parents of children with special needs about the nursing care their child receives when in hospital: a qualitative study. *Journal of Child Health Care*, 12(1), pp. 7–17.

Burger Lazar, M., 2015. Psihološki vidiki kronične in/ali ponavljajoče se bolečine pri otroku in mladostniku. *Slovenska pediatrija*, 22(1), pp. 81–88.

Cugmas, Z. & Smeh, A., 2018. Otrokov doživljanje bivanja v bolnišnici z vidika staršev in medicinskega osebja. *Revija za elementarno izobraževanje*, 11(1), pp. 19–38.

Dickson, S., 2017. Including parents in the treatment of pediatric complex regional pain syndrome. *Pediatric Nursing*, 43(1), pp. 16–21.

Doberšek, A., 2012. Otrokove pravice v bolnišnici. In: D. Plank & J. Uršič, eds. *Povezovanje teorije in prakse za večjo kakovost v zdravstveni negi. Celje, 12. oktober 2012*. Celje: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, pp. 33–42.

EACH, 2002. *Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah*. [pdf] EACH. Available at: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/mednarodna_porocila/each_listina.pdf [Accessed 29 August 2018].

Kovač, S., 2015. *Seznanjenost staršev in bolnišničnega osebja s pravicami otrok v bolnišnici: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Morgan, D., 2009. Caring for dying children: Assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatric Nursing*, 35(2), pp. 86–90.

Novak, I., 2016. *Vpliv hospitalizacije na predšolskega otroka: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.

Oštir, M., 2008. Pediatrična zdravstvena nega v Sloveniji – kje smo in kam gremo? In: D. Ščepanović & A. Černetič, eds. *Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika. Portorož, 23.–25. oktober 2008*. Koper: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 12–19.

Oštir, M., 2014. Netravmatska obravnava otrok in mladostnikov. In: M. Oštir, ed. *Otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci – skrb za druge in skrb zase. Ljubljana, 30. maj 2014*. Ljubljana: Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije, zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 63–69.

Petrovič, M., Koren, M. & Janičijević, Z., 2010. Dnevna otroška bolnišnica – da otrok ne bi bolelo. *Slovenska pediatrija*, 26(17), pp. 120–123.

Schalkers, I., Dedding, C. & Bunders, J., 2014. '[I would like] a place to be alone, other than the toilet' – Children's perspectives on paediatric hospital care in Netherlands. *Health Expectations*, 18(1), pp. 2066–2078.

Skela Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209–222.

Smeh, A., 2016. *Otrokovo doživljanje bolezni: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.

Smith McAlvin, S. & Carew - Lyons, A., 2014. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: A systematic review. *American Journal of Critical Care*, 23(6), pp. 477–485.

Tomažin, Š., 2014. *Vloga medicinske sestre pri obvladovanju stresa pri hospitaliziranih mladostnikih: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Tominšek, M., 2010. Atravmatska zdravstvena nega – nepogrešljiva pri obravnavi otroka in/mladostnika. *Slovenska pediatrija*, 26(17), pp. 94–100.

Twycross, M.A., MacLaren Chorney, J., McGrath J.P., Allen Finley, G., Boliver M.D. & Mifflin A.K., 2013. A Delphi study to identify indicators of poorly managed pain for pediatric postoperative and procedural pain. *Pain Research and Management*, 18(5), pp. 68–74.