

Magdalena Jakubik¹, Agnieszka Kierys¹, Anna Bednarek²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego, wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego

Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych

Participation of the nurse in the adaptation of the child to hospital conditions

STRESZCZENIE

Hospitalizacja jest trudnym doświadczeniem dla dziecka. Wiąże się z dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym. Konieczność pobytu w szpitalu wymaga adaptacji dziecka do nowego środowiska. Pielęgniarka, jako osoba będąca najbliższą małego pacjenta, ma zasadniczy wpływ na jego prawidłowe przystosowanie się do warunków szpitalnych. Oddziaływanie na chore dziecko zależy od jego wieku i sposobów radzenia sobie w trudnej sytuacji. Przed pielęgniarkami na oddziałach pediatricznych stoi zadanie właściwego wprowadzania dziecka w rolę pacjenta, minimalizowania jego niepokoju i lęku oraz nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z nim oraz z jego rodzicami.

Celem pracy było ukazanie roli, jaką odgrywa pielęgniarka w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych.

Systematyczny przegląd piśmiennictwa medycznego w aspekcie specyficznych problemów wynikających z hospitalizacji dzieci.

Hospitalizacja pozbawia dziecko jego naturalnego środowiska, rozdziela go z rodziną, uniemożliwia dotychczasową aktywność życiową i wymusza przestrzeganie odgórnie narzuconego reżimu szpitalnego, ograniczając w konsekwencji jego swobodę i odbierając mu poczucie bezpieczeństwa. Samopoczucie dziecka w szpitalu zależy od wielu czynników, jak chociażby od stosunków psychospołecznych z personelem. Dziecko odczuwa, czy personel darzy go sympatią, czy rozumie jego problemy i potrzeby, okazuje cierpliwość, zainteresowanie, prawidłowo się z nim komunikuje (podejście humanistyczne, które sprzyja przystosowaniu się dziecka do warunków szpitalnych) czy też jest skoncentrowany wyłącznie na jego chorobie (podejście biologiczne).

Dzieciom i młodzieży podczas hospitalizacji należy stwarzać możliwość wyrażania przeżywanymi emocjami (rozmowa, wyrażenie obaw, zabawy, kontakt z rówieśnikami). Pielęgniarki powinny dbać o zaspokajanie potrzeb psychospołecznych dzieci znajdujących się na oddziałach pediatricznych. Kierunek oddziaływań pielęgniarek umożliwiający adaptację dziecka do warunków szpitala powinien uwzględniać wiek dziecka, etap rozwoju psychofizycznego, aktualny stan zdrowia, poziom wydolności organizmu oraz jego indywidualne potrzeby.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (4): 545–550

Słowa kluczowe: dziecko, pielęgniarka, adaptacja do warunków szpitalnych

ABSTRACT

The hospitalization is difficult experience for the child. He is connected with a great physical and psychological burden. The necessity of the stay in hospital requires the adaptation of the child to the new environment. The nurse as the staying person closest the short patient has the fundamental influence on of him correct adjustment to hospital conditions. The influence on the ill child depends from his age and ways of dealing with in the difficult situation. Before nurses on pediatric branches setting due leading the child into the soil of the patient, minimizing his anxiety and fear and establishing is standing and supporting the contact with it and with his parents.

Introduce the part nurse is playing which in the adaptation of the child to hospital conditions.

Systematic review of the medical writing in the aspect of peculiar problems resulting from the hospitalization of children.

The hospitalization is depriving the child of his habitat, he is separating him with the family, he is making the current energetic attitude to life impossible and he is forcing into obeying the top-down imposed hospital regime reducing his freedom in consequence and getting the sense of security back from him. The physical and mental state of the child at the hospital depends on many determinants, as even if from psychosocial relationships with the staff. The child is sensing whether the staff likes him, whether he understands his problems and needs, he

is showing the patience, interest, correctly is communicating with him (humanistic approach which is supporting the adjustment of the child to hospital conditions) whether is also concentrated exclusively on his illness (biological approach).

Children and young people during the hospitalization should have an opportunity to express survived emotions (conversation, saying its anxieties, games, contact with peers). Nurses should care for satisfying needs of psychosocial children at pediatric wards. Direction of influences of nurses enabling the adaptation of the child to conditions of the hospital should take the age of the child into account, level of development psychophysical, the current state of health, the level of the function of the organism and his individual needs.

Nursing Topics 2011; 19 (4): 545–550

Key words: child, nurse, adaptation to hospital conditions

Wstęp

Dziecko jest szczególnym podmiotem opieki pielęgniarskiej. Specyficzny rodzaj trudnego doświadczenia dla dziecka stanowi hospitalizacja, która powoduje nagłą zmianę w jego życiu i wyzwala silne reakcje lęku oraz niepokoju, które są uzależnione od różnych czynników. Pierwsze wrażenie dziecka na temat szpitala i kontaktu z personelem medycznym często rzutuje na jego dalszy stosunek do hospitalizacji oraz na przebieg leczenia.

Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie roli, jaką odgrywa pielęgniarka w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych.

Materiał i metody

Systematyczny przegląd piśmiennictwa medycznego w aspekcie specyficznych problemów wynikających z hospitalizacji dzieci oraz udziału pielęgniarki pediatrycznej w procesie adaptacji stanowił podstawowe źródło rozważań w niniejszej pracy. Analizę danych dokonano na podstawie przeglądu polskiej i zagranicznej literatury z zakresu pielęgniarstwa pediatrycznego. Skorzystano z kilku baz z autoryzowanym dostępem, subskrybowanych przez Bibliotekę Główną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie — Polska Bibliografia Lekarska, EBSO, ProQuest, Ibuk.pl z ostatnich 15 lat.

Wyniki

Autorzy zgadzają się z faktem, że szpital jest specyficznym środowiskiem, które przyporządkowuje dziecko do roli pacjenta i całkowicie uzależnia go od decyzji personelu medycznego. Hospitalizacja pozbawia dziecko jego naturalnego środowiska, rozdziela go z rodziną, uniemożliwia dotychczasową aktywność życiową i wymusza przestrzeganie odgórnie narzuconego reżimu szpitalnego, ograniczając w konsekwencji jego swobodę i odbierając mu poczucie bezpieczeństwa [1–6].

Pozbawienie dziecka jego naturalnego środowiska wywołuje wstrząs psychiczny, który przejawia się między innymi w zaburzeniach zachowania. Dziecko musi podjąć wysiłek adaptacyjny i przebudować mnóstwo utrwalonych stereotypów. Pielęgniarki we współpracy z zespołem terapeutycznym powinny czuwać nad odpowiednim przebiegiem tej adaptacji, by nie dopuścić

do izolacji i reakcji depresyjnych u dziecka. Właściwe zachowanie personelu medycznego zapobiega jatrogenności i ułatwia prowadzenie terapii [6].

Przykre przeżycia związane z hospitalizacją wiążą się między innymi z oddzieleniem dziecka od rodziców. Literatura podaje 3 stadia reakcji dziecka na rozłąkę z rodzicami, są to: stadium protestu, kiedy dziecko reaguje złością i płaczem na nieobecność rodziców, stadium rozpacz, gdy dziecko traci zainteresowanie otoczeniem, zamyka się w sobie, oraz stadium pozornego przystosowania, w którym dziecko obojętnie i ignoruje rodziców [3, 5, 7]. Jednym z naczelných zadań pielęgniarek na oddziałach pediatrycznych jest edukacja rodziców odnośnie przysługujących im praw i obowiązków w opiece nad dzieckiem w szpitalu oraz uświadomienie im praw dziecka [4]. Prawa te gwarantują następujące dokumenty: Europejska Karta Dziecka w Szpitalu z 1988 roku, Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z 30.08.1991 roku (z późniejszymi zmianami), Konwencja o Prawach Dziecka ratyfikowana w Polsce w 1991 roku [4, 8, 9].

Jednym z ważnych praw dzieci i rodziców jest prawo do pobytu rodziców/opiekunów z dzieckiem w szpitalu (system *rooming-in*) [5]. Badania przeprowadzone przez Sikorską [10] w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie wskazują, że tylko 40% rodziców zna niektóre prawa pacjenta, natomiast 60% nie umie wymienić żadnego z nich. W piśmiennictwie autorzy wielokrotnie zauważają, że dzieci, które są przygotowywane psychicznie przez rodziców do pobytu w szpitalu i są często przez nich odwiedzane łatwiej przystosowują się do warunków szpitalnych, szybciej zdrowieją i rzadziej ujawniają negatywne zmiany w zachowaniu po powrocie do domu [8, 9].

Dziecko konstruuje obraz szpitala i proces leczenia poprzez pryzmat pierwszego o nim wrażenia. Gdy dziecko spotka się z niemiłymi doświadczeniami przy pierwszym zetknięciu się ze szpitalem, wtedy stawia opór wobec leczenia i brakuje mu zaufania do personelu medycznego, dlatego tak ważna jest właściwa postawa pracowników medycznego w stosunku do dziecka i jego rodziców już w izbie przyjęć (życzliwość, opanowanie, spokój, okazywanie troski i zainteresowania, uśmiech, rzetelne przekazywanie informacji bez pozostawiania niedomówień, przyjazny dotyk). Informacje, które

dziecko uzyskuje na samym początku hospitalizacji rzutu na jego odczucia i sposób widzenia placówki oraz osób tam pracujących. Informacje te są stosunkowo trwałe i trudne do skorygowania [6].

Pierwsze dni pobytu dziecka w szpitalu są zawsze trudnym, przykrym i obciążającym psychicznie doświadczeniem nacechowanym stresem, lękiem, niepewnością i poczuciem zagrożenia [1, 3, 5, 6, 11]. Młodsze dzieci reagują intensywniej na hospitalizację niż dzieci starsze. Badania wskazują, że hospitalizacja dzieci jest najtrudniejsza od 18. miesiąca do 3.–4. roku życia, ponieważ w tym okresie dziecko przejawia silne, wręcz zaborcze, przywiązanie do matki i bezgranicznie jej ufa. Interpretuje ono wtedy nieobecność matki jako porzucenie [3, 5, 8]. Około 2. roku życia u dziecka nasilają się lęki separacyjne, dlatego długotrwały brak rodzica w szpitalu w tym okresie życia pozostawia trwałe zmiany w psychice dziecka [8]. W gestii pielęgniarek pracujących na oddziałach pediatrycznych leży intencja poznania i zrozumienia procesów emocjonalnych pojawiających się u dziecka w sytuacji hospitalizacji oraz odpowiedniego dostosowania swojego zachowania do tych reakcji.

Prowadzone badania wskazują, że najbardziej istotnym doświadczeniem dziecka kojarzonym z pierwszą hospitalizacją są zabiegi inwazyjne oraz własne reakcje emocjonalne (lęk, zaskoczenie, niepewność, płacz) związane z pobytem na oddziale [11]. Pielęgniarka powinna emocjonalnie przygotowywać dziecko do wszystkich zabiegów oraz uzyskać jego zgodę na ich wykonanie [3, 11]. Dziecko powinno mieć możliwość odreagowania negatywnych emocji (które są fizjologiczną reakcją na trudną sytuację), poprzez na przykład wypowiedzenie swoich obaw, lęków, oraz mieć możliwość zadawania pytań i uzyskania na nie odpowiedzi [5]. Obuchowska [12] podaje jeszcze inne stresogenne czynniki zakłócające przystosowanie się dziecka do warunków szpitala, są to: oddzielenie od rodziców, podporządkowanie się regulaminowi szpitalnemu, nuda i brak stymulacji. Organizowanie czasu wolnego oraz umożliwienie kontaktu z rówieśnikami stanowi dla dzieci niezwykle ważne aspekty hospitalizacji. Równie istotne jest zachęcanie starszych dzieci do nauki w przyszpitalnych szkołach podstawowych [5].

Właściwie sprawowana opieka pielęgniarska i umożliwienie dziecku stałego kontaktu z rodzicami są niezbędne do prawidłowego przebiegu procesu hospitalizacji [1, 13]. Wyniki badań Bilickiej i wsp. [1] wskazują, że mali pacjenci oraz ich rodzice oczekują od personelu pielęgniarskiego nie tylko manualnych zdolności, ale jednocześnie zrozumienia, wsparcia w trudnych chwilach oraz zwykłej życzliwości. Również Festini i wsp. [14] podkreślają istotne znaczenie cech osobowości danej pielęgniarki, jak uprzejmość, łagodność, a nawet poczucie humoru, a także zwracają uwagę na przyja-

zny ubiór pielęgniarki. Przybysz i wsp. [13] wskazują, że jednym z podstawowych zadań pielęgniarek na oddziale pediatrycznym jest organizowanie dziecku czasu wolnego. Jednocześnie badania tych samych autorów dotyczące jakości opieki pielęgniarskiej na oddziałach pediatrycznych sygnalizują, że najniższy poziom świadczonych usług pielęgniarskich dotyczy sposobu informowania pacjenta w stopniu zgodnym z jego życzeniem oraz sprawnego organizowania i dokumentowania opieki. Niedostatki w zakresie pielęgnowania najczęściej dotyczą również: zbyt wczesnego budzenia dzieci (np. w celu zmierzenia temperatury), braku informowania rodziców i dzieci o przysługujących im prawach, niewłączania rodziców i dzieci do opieki, braku psychicznego przygotowania dzieci do badań, deficytu dobrze zorganizowanej indywidualnej opieki pielęgniarskiej i niekorzystania z metody procesu pielęgnowania, nierealizowania edukacji zdrowotnej wobec dzieci i rodziców, zbyt małej ilości czasu poświęcanej dzieciom podczas nieobecności rodziców oraz braku organizowania wolnego czasu małym pacjentom [15].

Samopoczucie dziecka w szpitalu zależy od wielu czynników, na przykład stosunków psychospołecznych z personelem. Dziecko odczuwa czy personel darzy go sympatią, czy rozumie jego problemy i potrzeby, okazuje cierpliwość, zainteresowanie, prawidłowo się z nim komunikuje (podejście humanistyczne, które sprzyja przystosowaniu się dziecka do warunków szpitalnych), czy też jest skoncentrowany wyłącznie na jego chorobie (podejście biologiczne) [12, 15]. Pielęgniarki i inni pracownicy szpitala powinni zawsze traktować dziecko jako partnera terapii oraz zachęcać go do brania udziału w procesie leczenia. Ważne jest, aby pielęgniarki zapoznały się z przyzwyczajeniami dziecka, na przykład dotyczącymi karmienia, ulubionej maskotki i zabawki, by w ten sposób ułatwić dziecku przystosowanie się do nowego środowiska [3, 5, 15].

Istotnym aspektem adaptacji dziecka do hospitalizacji jest prawidłowa komunikacja personelu pielęgniarskiego z małym pacjentem. Właściwa komunikacja pielęgniarki z dzieckiem kształtuje jego pozytywny stosunek do procesu leczenia. Treść przekazywanych informacji jest niezwykle istotna, jak również „dostosowanie odpowiedzi na pytania dziecka do jego wewnętrznej potrzeby i niewykraczania poza nią” [15, 16]. Ważną rolę odgrywa należyte przygotowanie pielęgniarek do rozmowy z chorym dzieckiem. Dziecko powinno mieć możliwość stawiania pytań dotyczących pobytu w szpitalu. Poziom informacji przekazywanych dziecku musi być dostosowany do jego wieku, umysłowych możliwości i potrzeb w danej chwili [3]. Dziecko ma prawo posiadać wiedzę o charakterze, objawach i skutkach swojej choroby oraz o pożądanym sposobie zachowania się, ponieważ prawidłowo ukształtowany u niego obraz własnej choroby wpływa motywująco na

aktywne uczestniczenie w procesie leczenia [3, 12, 15]. Rozmowa z dzieckiem w ostrych stanach choroby oraz w schorzeniach prowadzących do postępującego kaleczenia czy śmierci musi być naznaczona delikatnością i wyczuciem. Ważne jest dostarczanie dziecku pozytywnych wrażeń i przeżyć, które odciągają jego uwagę od własnej choroby i dolegliwości z nią związanych [15]. Matecka [17] zwraca również uwagę na znaczenie kontaktu dotykowego w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem. Twierdzi ona, że właściwe posługiwanie się dotykiem (trzymanie za rękę, głaskanie) może redukować lęk i niepokój dziecka. Równie istotne są inne sygnały pozawerbalne, jak mimika, uśmiech, ton głosu, gestykulacja, postawa ciała, które w dużej mierze przyczyniają się do nawiązania kontaktu emocjonalnego z dzieckiem [3].

Czynnikami ułatwiającymi pielęgniarkę podtrzymanie relacji terapeutycznej z małym pacjentem, na które również zwraca uwagę Matecka [17] to cechy osobowości pielęgniarki (autentyczność, otwartość, wrażliwość, wysoka świadomość emocjonalna) oraz umiejętności (obserwacja, empatia, okazywanie ciepła emocjonalnego, dostarczanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, aktywne słuchanie, posługiwanie się komunikatem „ja” oraz wysyłanie komunikatów potwierdzających) [3]. W celu nawiązania dobrych relacji dziecka z personelem medycznym oraz zmniejszenia jego lęku przed szpitalem i wyeliminowania tak zwanego „syndromu białego fartucha” wprowadza się międzynarodowy projekt „Szpital pluszowego misia” przeznaczony dla dzieci w wieku 3–6 lat. Akcja ta zdaniem Lewickiej i Lewickiej-Rabskiej [15] cieszy się ogromnym powodzeniem. O istotnym znaczeniu zabaw w minimalizowaniu lęku u hospitalizowanych dzieci pisze również Beryl [18].

Wyniki badań naukowych oraz obserwacja dowodzą, że równie ważne jest nie tyle samo leczenie, co zaspokajanie potrzeb psychicznych dziecka [8]. Kompleksowe ujmowanie życia dziecka z dostrzeganiem jego naturalnych potrzeb rozwojowych sprzyja skutecznej terapii. Zaspokajanie potrzeby bezpieczeństwa, poprzez umożliwienie dziecku stałego kontaktu z rodzicami, powoduje prawidłowy rozwój osobowości [10, 19]. Dominującą aktywnością wieku przedszkolnego jest zabawa. Istotne jest właściwe dobieranie różnych form tej aktywności do psychofizycznych możliwości dziecka i jego aktualnego stanu zdrowia. Umożliwienie dziecku zabawy pozwala rozładować napięcie emocjonalne związane z hospitalizacją oraz łagodzi ból. Na oddziałach pediatrycznych powinny być zabawki i wyposażone miejsca do zabawy [15].

Pobyt dziecka w szpitalu naraża je na działanie tak zwanych czynników jatrogennych, które nasilają objawy chorobowe, a nawet powodują pojawianie się dodatkowych dolegliwości (np. typu nerwicowego). Jatrogenia to wszelkie zachowania personelu medycznego,

które cechują się obojętnością wobec dziecka i opóźniają proces powrotu do zdrowia, pozostawiając trwałe zmiany w psychice. Deficyt podmiotowego traktowania małego pacjenta, nietaktowne informowanie go o chorobie, nieuwzględnianie jego potrzeb i przeżyć psychicznych, koncentracja wyłącznie na chorobie dziecka, nadmierny reżim szpitalny — to tylko niektóre czynniki wpływające negatywnie na samopoczucie i stan zdrowia dziecka. Karygodne są błędy, jakie popełniają pielęgniarki w kontakcie z chorym dzieckiem, jak na przykład straszenie zabiegami, karmienie przemocą, zawstydzanie, upokarzanie czy też wypowiadanie złośliwych uwag [15].

Na prawidłową adaptację dziecka do sytuacji hospitalizacji mają również wpływ umiejętne stosowanie metody procesu pielęgnowania gwarantującej ciągłość i jakość opieki oraz wdrażanie i przestrzeganie standardów praktyki zawodowej pielęgniarek pediatrycznych uwzględniających potrzeby dzieci oraz ich rodziców [10, 20].

Dyskusja

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że rola pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych uzależniona jest od wieku dziecka. Okres niemowlęcy obejmuje 1. rok życia dziecka. Procesy rozwoju fizycznego i psychicznego w tym czasie są integralnie związane ze sobą. Prawidłowy rozwój może być zapewniony nie tylko poprzez racjonalne żywienie, ale także przez zaspokojenie najważniejszych potrzeb emocjonalnych u dziecka [7, 21–23]. Podstawą prawidłowego rozwoju psychofizycznego niemowlęcia jest pogodna, spokojna i serdeczna atmosfera oraz bliski, indywidualny kontakt z człowiekiem dorosłym. Już bezpośrednio po urodzeniu zaczyna kształtować się więź emocjonalna pomiędzy dzieckiem a matką. Badania wskazują na istotne znaczenie bezpośredniego kontaktu matki w pierwszych kilku godzinach po porodzie ze swoim dzieckiem poprzez bodźce wzrokowe i dotykowe, które wyzwalają macierzyński instynkt opiekuńczy [21, 24]. Zadania pielęgniarki ułatwiające adaptację do warunków szpitalnych będą dotyczyły zarówno rodziców, jak i dziecka. W tym okresie odnoszą się głównie do zapewnienia komfortu fizycznego oraz poczucia bezpieczeństwa poprzez rozmowę z rodzicami przygotowującą ich psychicznie do pobytu dziecka w szpitalu, zapoznanie z topografią oddziału, z prawami pacjenta. Pielęgniarka powinna również zachęcać rodziców do czynnego udziału w czynnościach pielęgnacyjnych i stwarzać warunki do całodobowego lub częstego kontaktu z dziećmi [1, 17, 24, 25].

W okresie poniemowlęcym (2.–3. rz.) nadal postępuje dalszy intensywny rozwój psychomotoryczny. Obserwuje się rozwój kontaktów społecznych przebiegający u dziecka w ścisłym powiązaniu z rozwojem życia

uczuciowego i motoryki układu ruchu. Charakterystyczny dla tego wieku jest wzrost pobudliwości nerwowej i emocjonalnej oraz rozdrażnienia [7, 21–23]. Pierwszym mechanizmem obronnym w sytuacji stresowej małego dziecka podczas hospitalizacji jest wycofanie, dlatego istotne znaczenie ma zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa. Pielęgniarka może zaproponować przyniesienie ulubionej zabawki czy przedmiotu, który będzie kojarzył się z rodzicami, redukując pojawiający się lęk. Również może towarzyszyć rodzinie w radzeniu sobie z rozstaniem, zachęcać do odwiedzin. Jeżeli jest to możliwe, należy utrzymać dotychczasowy (domowy) rozkład dnia, na przykład dotyczący snu w porze dziennej i nocnej [17, 26].

Granice wieku przedszkolnego określono na podstawie kryterium społeczno-wychowawczego, nie natomiast wyraźnych granic biologicznych pomiędzy poprzednim a następnym okresem rozwoju [2, 22]. Wiek przedszkolny w porównaniu z wcześniejszymi okresami rozwojowymi cechuje wzbogacanie i różnicowanie życia uczuciowego. „Myślenie magiczne” powoduje, że przedszkolaki postrzegają hospitalizację jako karę, a oddzielanie od rodziców — jako brak miłości. Postępowanie pielęgniarskie umożliwiające dziecku w tym okresie adaptację do warunków szpitalnych powinno polegać na zapewnieniu komfortu fizycznego i poczucia bezpieczeństwa (zezwoleń dziecku na kontrolowanie fizjologicznych funkcji własnego ciała), rozwijaniu funkcji poznawczych (wykorzystując zabawę jako redukcję lęku) [17].

Czas wieku szkolnego niesie ze sobą wiele nowych zadań i zmian rozwojowych, którym dziecko musi poddać [7, 21–23]. Pielęgniarka, mając na uwadze pierwszy kontakt z dzieckiem i zdobycie jego zaufania, powinna następnie zachęcać go do samodzielności, kontaktów z rówieśnikami oraz wyrażania swoich myśli za pomocą słów [17].

Dojrzewanie jest szczególnym okresem rozwoju dziecka. Zmiany biologiczne w tym czasie wywierają silny wpływ na życie psychiczne [17, 19, 21, 23, 27]. Pierwszym mechanizmem obronnym na sytuację trudną (hospitalizacja) jest zaprzeczenie i przeniesienie. Obawy nastolatka głównie dotyczą rozłąki z przyjaciółmi, ograniczenia niezależności, zmian w wyglądzie zewnętrznym. Szczególnym zadaniem pielęgniarki w tym okresie jest zapewnienie prawidłowego rozwoju psychospołecznego i emocjonalnego poprzez nawiązanie relacji z nastolatkiem, szczerą wobec niego, zachęcenie do współuczestniczenia w procesie leczenia [9, 17].

Wnioski

Każdy okres życia dziecka niesie ze sobą określone zadania dla pielęgniarki pediatrycznej istotne w zindywidualizowanej opiece nad dzieckiem i jego rodzicami

[28]. Reasumując dotychczasowe spostrzeżenia na temat udziału pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych, należy zwrócić uwagę na następujące przesłanki racjonalnej opieki nad dzieckiem w szpitalu, które jednocześnie stanowią podsumowanie analizowanych badań:

1. Dzieci i młodzież podczas hospitalizacji powinny mieć możliwość wyrażania przeżywanych emocji (rozmowa, wypowiedzenie swoich obaw, zabawy, kontakt z rówieśnikami).
2. Pielęgniarki powinny dbać o zaspokajanie potrzeb psychospołecznych dzieci na oddziałach pediatrycznych.
3. Praca pielęgniarek, umożliwiającą adaptację dziecka do warunków szpitala, powinna uwzględniać wiek dziecka, etap rozwoju psychofizycznego, aktualny stan zdrowia, poziom wydolności organizmu oraz jego indywidualne potrzeby.
4. Istotne jest informowanie przez pielęgniarki rodziców i dzieci o przysługujących im prawach.
5. Personel pielęgniarski we współpracy z zespołem terapeutycznym powinien organizować dzieciom czas wolny oraz często przebywać z nimi podczas nieobecności rodziców.
6. Należy dbać o pozytywne pierwsze wrażenie dziecka w kontakcie ze środowiskiem szpitalnym, ponieważ konstruktywnie wpływa ono na stosunek dziecka do hospitalizacji i całego personelu medycznego (sądy dziecka oparte na pierwszym wrażeniu na temat szpitala są stosunkowo trwałe).
7. Należy dążyć do polepszania jakości opieki pielęgniarskiej na poziomie sprawnego organizowania i dokumentowania opieki oraz informowania pacjenta w stopniu zgodnym z jego życzeniem.
8. Pielęgniarki powinny dbać o zachęcanie dzieci i rodziców do współuczestniczenia w procesie leczenia (koncepcja partnerstwa).
9. Personel pielęgniarski winien poznawać naturalne reakcje emocjonalne dzieci na sytuację hospitalizacji i prawidłowo na nie reagować.
10. Pielęgniarki powinny unikać czynników jatrogennych w pracy na oddziałach pediatrycznych.
11. Ważnymi aspektami w pomocy dziecku w przystosowaniu się do warunków i sytuacji hospitalizacji są informacja oraz komunikacja z dzieckiem w celu ukształtowania u niego prawidłowego obrazu własnej choroby.
12. Jakość opieki istotnie polepsza wdrażanie i przestrzeganie standardów praktyki zawodowej pielęgniarek pediatrycznych uwzględniających potrzeby dzieci i ich rodziców oraz stosowanie metody procesu pielęgnowania.
13. Zasadne jest wprowadzanie w placówkach medycznych międzynarodowego projektu „Szpital pluszowego misia” w celu minimalizowania lęku u dzieci przed szpitalem.

14. Nawiązanie i podtrzymanie relacji terapeutycznej z małym pacjentem ułatwiają pielęgniarsce jej cechy osobowości, takie jak: autentyczność, otwartość, wrażliwość i wysoka świadomość emocjonalna.
15. Hospitalizowane dzieci oraz ich rodzice oczekują od personelu pielęgniarskiego nie tylko precyzyjnych zdolności manualnych, ale również wsparcia emocjonalnego, życzliwości i zrozumienia.
16. Wsparcie emocjonalne i informacyjne dziecka przez pielęgniarki pozytywnie wpływa na jego przystosowanie się do warunków szpitalnych.

Piśmiennictwo

1. Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk T. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2009; 1: 13–16.
2. Rakowska-Rózewicz O. Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie pediatrycznym. Wyd. Czelej, Lublin 2001: 39–45.
3. Wosińska W. Psychologia życia społecznego. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2004: 62–73.
4. Kmita G. Wybrane metody wspierania wczesnych kontaktów pomiędzy rodzicami a hospitalizowanym noworodkiem. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2000; 4: 21–26.
5. Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 98–102.
6. Pawelczyk B. Zarys Pediatrii. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2005: 28–35.
7. Piskorz K. Dziecko w zdrowiu i chorobie. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999; 5: 21–24.
8. Krawczyński M. Propedeutyka pediatrii. PZWL, Warszawa 2009: 201–225.
9. Mack R., Giarelli E., Bernhardt B.A. The adolescent research participant: strategies for productive and ethical interviewing. *J. Pediatr. Nurs.* 2009; 24 (6): 448–457.
10. Sikorska B. Szpitale, rodzice, dzieci. *Magaz. Med.* 1996; 6: 3–6.
11. Papierkowski A., Szajner-Milart I. (red.). Choroby wieku rozwojowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000: 139–145.
12. Obuchowska I. (red.). Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005: 48–52.
13. Przybysz A., Drożdż Z., Pawlaczyk B. Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziałach pediatrycznych. *Pielęg. Pol.* 2001; 2: 14–15.
14. Festini F., Occhipinti V., Cocco M. i wsp. Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *J. Clin. Nurs.* 2008; 18: 32–36.
15. Lewicka R., Lewicka-Rabska A. Szpital pluszowego misia — poznańskie doświadczenia w zwalczaniu syndromu „białego fartucha” u dzieci. *Pielęg. Pol.* 2005; 2: 7–11.
16. Nowak A., Jarosz-Chobot P., Krajewska-Siuda E., Kohler B. Pierwsze dni na oddziale diabetologicznym w percepcji dzieci i młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1. *Diabetol. Dośw. Klin.* 2003; 1: 47–52.
17. Matecka M. Wsparcie emocjonalne i informacyjne jako formy oddziaływania pielęgniarki na stan psychiczny dziecka hospitalizowanego. *Pielęg. Pol.* 2004; 1/2: 19–23.
18. Beryl J.S. Importance of play for hospitalized children. *Nurs. J. India* 2007; 98, 10: 56–60.
19. Muscari M.E. *Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005: 45–62.
20. Puczkowska E., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B. i wsp. Ocena stopnia zadowolenia matek z opieki na oddziale pediatrycznym. *Pediatr. Pol.* 2005; 80, 3: 17–21.
21. Wolańczyk T., Komender J. (red.). Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. PZWL, Warszawa 2005: 23–68.
22. Borkowski W.M. Opieka pielęgniarska nad noworodkiem. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 1994: 39–58.
23. Obuchowska I., Krawczyński M. *Chore dziecko*. Nasza Księgarnia, Warszawa 1991: 48–55.
24. Mossakowska B., Mozoł K. Prawa dziecka hospitalizowanego. *Przegl. Pediatr.* 1998; 28: 3–5.
25. Sękowska Z. Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa 2001: 78–92.
26. Maciarz A. Dziecko w szpitalu. *Pielęgniarka i Położna* 1997; 8: 15–18.
27. Ścibor Z.A. Dziecko hospitalizowane i jego rodzina w świetle badań. W: *Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej (Materiały Pokonferencyjne)*. Warszawa 1998.
28. Roberts C.A. Unaccompanied hospitalized children: A review of the literature and incidence study. *J. Pediatr. Nurs.* 2010; 25 (6): 470–476.