

# Vrtić u bolnici

---

**Vrbat, Valentina**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2017**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:812762>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-04-18**

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education -  
Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU – ODSJEK U PETRINJI**

**UČITELJSKI FAKULTET**

**ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

**PREDMET: PROBLEMI U PONAŠANJU DJECE**

**VALENTINA VRBAT**

**ZAVRŠNI RAD**

**VRTIĆ U BOLNICI**

**Petrinja**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**UČITELJSKI FAKULTET**  
**ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**  
**Petrinja**

**PREDMET: PROBLEMI U PONAŠANJU DJECE**

**ZAVRŠNI RAD**

**KANDIDAT: VALENTINA VRBAT**

**TEMA I NASLOV ZAVRŠNOG RADA: VRTIĆ U BOLNICI**

**MENTOR: izv.prof.dr.sc. Siniša Opić**

**Petrinja, ožujak 2017.**

## ZAHVALA

Od srca zahvaljujem mentoru dr. sc. Siniši Opiću koji mi je svojim stručnim vodstvom i kvalitetnom podrškom omogućio pisanje ovog rada. Posebna hvala i odgajateljici Dječjeg vrtića „Sunce“ u bolnici u Zadru, Franki Ročak, koja mi je svojom nesebičnom pažnjom i velikodušnim pristupom otvorila vrata za nove spoznaje koje sam stekla procesom istraživanja za svrhu ovog rada. Na kraju, zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima koji su me podržavali od samog početka pa do kraja.

## IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI ZAVRŠNOG RADA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam završni rad „Vrtić u bolnici“ izradila samostalno, isključivo se služeći znanjem koje sam stekla na Učiteljskom fakultetu u Zagrebu – Odsjek u Petrinji i navedenim izvorima podataka te uz stručno vodstvo mentora prof. dr.sc. Siniše Opića kojem još jednom srdačno zahvaljujem na utrošenom vremenu.

POTPIS: \_\_\_\_\_

## SADRŽAJ:

SAŽETAK.....

SUMMARY.....

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. UVOD.....                                                                                             | 1  |
| 2. HOSPITALIZIRANO DIJETE.....                                                                           | 3  |
| 3. UTJECAJ HOSPITALIZACIJE NA DIJETE.....                                                                | 4  |
| 3.1.NEGATIVNI UTJECAJ SEPARACIJE NA DIJETE.....                                                          | 4  |
| 3.2.NEGATIVNI UTJECAJ NEPOZNATE OKOLINE.....                                                             | 6  |
| 3.3.NEGATIVNI UTJECAJ PROCESA DIJAGNOZE I LIJEČENJA.....                                                 | 6  |
| 4. VAŽNOST IGRE DJETETA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE.....                                                     | 7  |
| 5. VRTIĆ U BOLNICI.....                                                                                  | 11 |
| 5.1. PROSTORNO I MATERIJALNO OKRUŽENJE VRTIĆA U BOLNICI.....                                             | 11 |
| 5.2. SOCIJALNO OKRUŽENJE VRTIĆA U BOLNICI.....                                                           | 15 |
| 5.3. SPECIFIČNE AKTIVNOSTI ZA RAD S HOSPITALIZIRANIM DJETETOM.....                                       | 17 |
| 6. PRIMJER KVALITETNOG RADA - ISTRAŽIVANJE ODGOJNO-OBRAZOVNOG<br>RADA U VRTIĆU U BOLNICI.....            | 19 |
| 6.1. ZADARSKI VRTIĆ U BOLNICI – OPĆE INFORMACIJE.....                                                    | 19 |
| 6.2. PROSTORNO, MATERIJALNO I SOCIJALNO UREĐENJE.....                                                    | 19 |
| 6.3. TIJEK RADNOG DANA.....                                                                              | 21 |
| 6.3.1. BILJEŠKE IZ DNEVNIKA PRAKTIČNOG RADA TIJEKOM TRODNEVNOG<br>POSJETA.....                           | 21 |
| 6.3.1.1.PRVI DAN.....                                                                                    | 21 |
| 6.3.1.2.DRUGI DAN.....                                                                                   | 22 |
| 6.3.1.3.TREĆI DAN.....                                                                                   | 23 |
| 6.4. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA.....                                                                          | 24 |
| 7. PARTNERSTVO RODITELJA, ODGAJATELJA I MEDICINSKOG OSOBLJA U<br>BOLNICI.....                            | 26 |
| 7.1. POBOLJŠANJE RODITELJSKOG ISKUSTVA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE<br>DIJETETA.....                          | 27 |
| 7.2. RODITELJSKA UKLJUČENOST U ODGOJNO-OBRAZOVNI SUSTAV VRTIĆA<br>U BOLNICI TIJEKOM HOSPITALIZACIJE..... | 28 |

|                   |    |
|-------------------|----|
| 8. ZAKLJUČAK..... | 30 |
|-------------------|----|

## SAŽETAK:

Hospitalizacija djeteta uglavnom je bolan i težak proces, pa treba izbjegavati svako nepotrebno smještanje djeteta u bolnicu. Ipak, onda kada je to potrebno i kada je život djeteta ugrožen te ono zahtijeva posebnu zdravstvenu njegu i nadgledanje, proces hospitalizacije je prijeko potreban i nužan. Kako dijete ne bi ostvarilo traumatu tijekom boravka u bolnici, koja zbog cjelokupnog neprirodnog okruženja pobuđuje osjećaj straha i panike, u bolnicama diljem svijeta, pa tako i Hrvatske, otvaraju se vrtići u bolnici. Zadatak vrtića u bolnici je humanizacija bolničkog procesa za dijete te omogućavanje emocionalne podrške djeci, ali i roditeljima. Nezamjenjivu ulogu u ostvarenju takvih ciljeva imaju stručni timovi čiji su dijelovi medicinsko osoblje i odgajatelji. Oni svojom podrškom, razumijevanjem i stručnošću mogu i trebaju osigurati što bezbolniji djetetov boravak u bolnici. Djeca se u svakoj instituciji trebaju osjećati sigurno, zaštićeno i na njih se treba djelovati s dozom visoke pozitivnosti.

U sklopu ovog rada provedeno je istraživanje na odjelu pedijatrije i u sklopu vrtića otvorenog u Općoj zadarskoj bolnici 2013. godine.

Ključne riječi: hospitalizacija djeteta, vrtić u bolnici, partnerstvo



## SUMMARY:

The process of hospitalization is almost always a painful and difficult process so any unnecessary hospitalization should be avoided. When it is necessary, however, and the life of a child is endangered in the way that it requires special medical care and supervision, the process of hospitalization is unavoidable. In order for the child to not feel traumatized during its stay in a hospital (since hospitals provide feelings of fear and panic because of their completely unnatural environment), hospital kindergartens are being opened in hospitals around the world, and also in Croatia. The goal of hospital kindergartens is the humanization of the medical process for the child as well as giving emotional support to the child, but also to the parents. For that goal to be accomplished, the role of medical staff and teachers is very important. With their support, understanding and professionalism they can assure that the child's stay in the hospital goes by almost painlessly. Children should feel safe and protected in every institution and they should always be treated with high levels of positive emotions.

As a part of this thesis, a research has been carried out at the pediatrics department and at the hospital kindergarten of the General Hospital of Zadar which has been opened in 2013.

Key words: child hospitalization, hospital kindergarten, partnership

## 1. UVOD

Dijete, kao osoba s potrebama i pravima koje zakonom ima mogućnost zadovoljavati i koristiti, treba biti shvaćeno cjelovito i njemu se treba pristupati holistički. Djetetov mentalni i fizički razvoj ima uvriježene i uobičajene faze koje mogu odudarati od kronološke dobi i vođeni njegovom razvojnom dobi možemo podupirati njegov daljni rast i razvoj. Onda kada djetetovo tijelo biva invazirano vanjskim okolinskom čimbenicima koji imaju negativni učinak na njegovo zdravlje, možemo reći da je dijete bolesno i ukoliko se takvo tjelesno opterećenje ne može riješiti ambulantno, postoji potreba za hospitalizacijom djeteta. Hospitalizirano dijete prolazi kroz višestruke promjene koje pogađaju njegov emocionalni, socijalni i kognitivni status te se susreće s velikom dozom faktora rizika koji potencijalno mogu narušiti njegovo poimanje sebe, ali i okoline. Uloga medicinskog osoblja, odgajatelja u vrtiću u bolnici, ali i roditelja i drugih stručnih suradnika je da olakšaju djetetu boravak u bolnici tako da se ono osjeća što je moguće bliže domu i obitelji, ali također da kroz svoj stručni pristup promovira daljnji kognitivni i tjelesni razvoj djeteta. Uloga bolnice je poboljšanje kliničke slike pacijenta, ali je nezanemariva činjenica koliko sama bolnica može utjecati na narušavanje mentalne slike djeteta ukoliko ne izlazi iz svojih okvira i ne posvećuje se drugim faktorima dječjeg razvoja kroz koja svako dijete neimnovno mora proći. Da bi dijete primilo svu moguću skrb tijekom liječenja bolesti nije dovoljno obavljati samo medicinske procedure koje su potrebne za liječenje njegove bolesti nego se koncentrirati i na sam emocionalni status djeteta koji mora nužno profitirati kroz cjelokupni boravak djeteta u bolnici. Kako bi se to moglo osigurati, potreban je stav cjelokupnog osoblja bolnice i svih zaposlenika koji ulaze u kontakt s djetetom, ali i cjelokupne okoline, koji promovira prihvaćanje djeteta kao osobe s posebnim potrebama i osebujnim mišljenjem te njegovu nemogućnost prihvaćanja određenih zahvata ili procedura u rangu odraslog čovjeka. Za hospitalizirano dijete, kao i za svako drugo dijete, najvažnija je igra. Ona se proteže kroz sva područja djetetova razvoja i kao takva mora biti osigurana od strane medicinske ustanove na prostornoj, materijalnoj i socijalnoj razini. Hospitalizirano dijete, samo u posve adekvatnoj ustanovi koja prihvaća osebujnost njegova rasta i razvoja, ali i emocionalni stres koji narušava poimanje svakodnevice, neće biti ugroženo emocionalno, socijalno i fizički ukoliko se na njegov aspekt rasta i sazvoja sagleda cjelovito. Prema tome, prostorno uređenje vrtića u bolnici mora nalikovati što je moguće više obiteljskom, pozivati dijete na komunikaciju, socijalizaciju i ekspresiju emocija. Materijalno uređenje takvog vrtića mora odgovarati

trenutnim razvojnim potrebama djeteta te sadržavati materijale koji će djetetu pomoći da dotakne zonu sljedećeg razvoja, samostalno, ali i uz pomoć odraslih. Socijalni aspekt vrtića u bolnici mora biti primjer dobrodošlice i prihvatanja, te mjesto u kojem je za dijete moguće izraziti sve svoje emocije, strahove i očekivanja.

## 2. HOSPITALIZIRANO DIJETE

Jinesh (2011) govori kako su često bolest i hospitalizacija prve krize s kojima se dijete mora susresti. Dijete tijekom svojih prvih godina je veoma osjetljivo na krizu koja ga pogađa tijekom bolesti i hospitalizaciju jer stres reprezentira promjenu od uobičajenog stanja organizma i okolinske rutine, a djeca imaju ograničen broj mehanizama s kojima se mogu boriti protiv stresora. Djetetove reakcije na te krize su često pod utjecajem njihove razvojne dobi, prethodnog iskustva s bolestima, separacijom od roditelja ili hospitalizacijom, vještinama koje su razvila protiv stresora, ozbiljnošću dijagnoze i sistema podrške koja im se pruža u adekvatnoj ili neadekvatnoj mjeri.

Coyne (2006) tvrdi kako bolničke usluge trebaju biti orjentirane na dijete, a s djetetom se treba konzultirati oko odluka i uključiti ih u sve aspekte brige koja im je na raspolaganju. Sagledavanjem dječjeg razumjevanja na ono što se u bolnici događa i dokumentiranje njihovih iskustava su glavne stavke kojima se institucija treba voditi kako bi djetetu mogla pružiti ostvarenje svih potreba, bilo da su one fizičke ili mentalne prirode, vezane uz samu bolest ili uz općeniti psihofizički razvoj djeteta. To je veoma važno za bolesnu djecu jer njihovi pogledi mogu biti previđeni zbog same bolesti, razvojnog statusa, ograničenih komunikacijskih vještina ili profesionalnog ponašanja odraslih u bolnici. Iako nema mnogo istraživanja posvećenih djeci i njihovim brigama, strahovima i lošim koncepcijama, a još manje istraživanja koja uključuju utjecaj izgleda bolnice i njezinog okoliša na dječje ponašanje, ipak moderno shvaćanje djeteta i svega za što je ono sposobno i što ono osjeća i doživljava bilo je dovoljan pokazatelj za oformljavanje bolničkih vrtića ili kraćih programa za hospitaliziranu djecu.

### 3. UTJECAJ HOSPITALIZACIJE NA DIJETE

Bonn (1994) govori kako značajan dio djece pati od nekog stupnja emocionalnog poremećaja zbog bolničkog iskustva. Dugotrajan i ponavljajući proces boravka u bolnici povećava šanse za kasnije probleme u emocionalnom i socijalnom razvoju. Separacija djeteta od poznate okoline tijekom prijema može biti uzrok velikih količina emocionalnog stresa. Mlađa djeca u starosti od šest mjeseci pa do četiri godine su najranjivija. Individualni faktori poput djetetovog temperamenta i inteligencije mogu pridonijeti razlikama u suočavanju sa stresom i također mogu imati veliki utjecaj na kratkoročne i dugoročne utjecaje bolnice. Djeca koja imaju otvoreniju osobnost i ekstrovertirana su, više i bolje surađuju s osobljem bolnice i pokazuju manje količine negativnih emocionalnih utjecaja nakon otpusta, dok introvertiranija djeca pokazuju veće doze emocionalne narušenosti i u nekim slučajevima trajni strah od budućeg prijma. Preparacija djeteta na proces hospitalizacije pokazala se kao iznimno dobra metoda za olakšavanje razine stresa kod djeteta prije samog prijma, ali i bilo kakva vrsta upoznavanja djeteta s onim što može očekivati ima pozitivan utjecaj na novine koje će morati proživjeti. U literaturi se navode tri negativna utjecaja hospitalizacije na dijete.

#### 3.1. NEGATIVNI UTJECAJ SEPARACIJE NA DIJETE

Mediline Plus (2016) donosi definiciju kojom govori kako je anksioznost zbog separacije razvojno doba djeteta u kojem je dijete anksiozno kada je odvojeno od svog primarnog skrbnika (uglavnom od majke).

Kako dojenčad raste, njihove emocije i reakcije na svijet koji ih okružuje uglavnom su predvidljive pa tako u dobi prije osmog mjeseca starosti, dojenčad je toliko kratko na svijetu da im nedostaje osjećaj onoga što je normalno i sigurno i ne razlikuju ga od osjećaja onoga što bi moglo biti potencijalno opasno. Kao rezultat, novine oko njih i ljudi koji ih okružuju ih ne plaše. Od osmog do četrnaestog mjeseca, djeca se često počinju plašiti kada upoznaju nove ljude ili kada posjećuju nova mjesta. Prepoznaju svoje roditelje kao poznate izvore sigurnosti. Kada se razdvoje od svojih roditelja, osjećaju se prijeteće i nesigurno. Strah od separacije je normalni stadij djetetova razvoja kako dijete raste i razvija se. Pomaže djetetu da ostane na životu (strah budi oprez), ali i uči dijete kako se treba nositi sa situacijama koje ga okružuju. Kako bi se dijete oslobodilo od straha od separacije potrebno je da se osjeća sigurno u

prostoru u kojem boravi, da vjeruje i drugim ljudima koji nisu njegovi roditelji i da vjeruje da će se njegovi roditelji vratiti. Strah od separacije, budući da je dio normalnog razvojnog tijeka, prestaje oko druge godine života, ali se može povratiti u trenucima stresa koji odlazak u bolnicu neimnovno pobuđuje. Većina djece će osjetiti strah od separacije kada su u nepoznatim okolnostima, a još više kada to uključuje invazivne postupke i mijenjanje ljudi s kojima se susreće na dnevnoj bazi. Kada su djeca u situaciji da se nalaze u bolnici i pod visokim su dozama stresa (kojeg uzrokuje bolest ili bol), ona traže utjehu, sigurnost i zaštitu od strane svojih roditelja. Budući da anksioznost može pogoršati bol, ostanak roditelja s djetetom treba prakticirati koliko je više moguće jer svaki dodatni kontakt djeteta s roditeljem može olakšati bol.

Coyn (2006) govori kako je separacija djeteta od obitelji i obiteljskih rutina, ali i svakodnevnih aktivnosti izvor velikog stresa za dijete. Djetetova zabrinutost zbog odvajanja od obitelji, ali i poznatih okolinskih čimbenika utječe na dijete u negativnom aspektu. Istraživanje koje je isti autor proveo proučavajući djecu odvojenu od obitelji govori o tome kako su djeca prijavila nedostatak određenih aspekata njihovog doma u smislu nedostajanja kućne udobnosti, atmosfere, majčinog kuhanja, ugodnog kreveta, njihove sobe, glazbe i kućnih ljubimaca. Autor istraživanja također navodi kako se mnogo djece nije svidjela bolnička hrana, ali i kako je hospitalizacija uzurpirala dnevne rutine djece koje su uključivale odlazak u vrtić, sportske aktivnosti, kontakt i komunikaciju s prijateljima i planirane odmore. Djeca su govorila o tome koliko im nedostaje njihov svakodnevni život, kontakti koje su ostvarivali u vrtiću, bavljenje sportom i drugo. Neka od djece smatrala su kako vrijeme sporo prolazi jer u bolnici nije bilo aktivnosti kojima su se mogli baviti, niti materijala kojeg su mogli iskoristiti za igranje.

Separacijski strah ne uključuje nužno samo aspekt odvajanja od roditelja i samog doma, nego i aspekt odvajanja od okoline i prijatelja. Djeca koja su imala slabiji kontakt s okolinom i manji doticaj s izvanjskim svijetom u obliku posjeta i ostalog, razvila su veće količine anksioznosti popraćene strahom od kompletne odcjepljenosti od prethodnog života. Taj slučaj posebno je zahvatio djecu koja su imala produženi boravak u bolnici i djecu koja su joj se često vraćala iz razloga što su na određenoj razini počinjala s novim procesom adaptacije na bolnicu, a taj proces je uključivao prihvaćanje dva života - jednog kojeg je dijete vodilo kada je bilo izvan bolnice i onog kojeg je dijete vodilo tijekom boravka u bolnici.

### 3.2. NEGATIVNI UTJECAJ NEPOZNATE OKOLINE

Coyne (2006) također naglašava kako su nepoznato okruženje i nesigurnosti izazvane raznim tretmanima izvor velike tjeskobe za dijete, iako je većina djece koja boravi u bolnici prethodno imala iskustvo s njom na duži ili kraći period vremena. Autor govori kako prethodno upoznavanje s bolnicom i njezinim rutinama može ili ne mora nužno smanjiti strah od hospitalizacije, ali je svakako preporučljivo raditi na pripremi djeteta za sam proces hospitalizacije te i oblike i metode liječenja. Negativni utjecaj nepoznate okoline najviše se kod djece očituje kao strah od nepoznatog, čudnog okoliša i samih profesionalaca koji ih liječe. Djeca su pokazala najveću odbojnost prema visokim stupnjevima glasnoće kroz različite odjele, jarka svjetla tijekom noći, preveliku toplinu prostora, nedostatak ustanova za igranje ili odvijanje bilo kakvih aktivnosti kojima su se željeli baviti i hrana koju su smatrali lošom.

### 3.3. NEGATIVNI UTJECAJ PROCESA DIJAGNOZE I LIJEČENJA

Djeca koja su bila dio istraživanja koje je Coyne (2006) proveo izrazila su niz strahova u vezi dijagnoze i samog procesa liječenja. Ukazali su na strahove od mogućih ozljeda, sakaćenja, boli i moguću smrt. Izrazili su također i veliko negodovanje i strah zbog mogućnosti boli koja će se pojaviti tijekom davanja injekcija, tijekom pravljenja krvnih pretraga i sličnih stvari. Neka djeca prisjećala su se svojih prethodnih iskustava koje su imali s boli i strahovali su od ponovnog proživljavanja iste boli. Kada su djeca opisivala tretmane dijagnoza i liječenja, koristila su termine poput: „ubadanja“, „bušenja“, „pikanja“, i „otvaranja“. Ovi termini ukazuju na osjećaje intruzije i gubitka što implicira na invazivne medicinske procedure koje invadiraju oboje privatnost i osobni tjelesni prostor djeteta. Djeca koja su trebala operaciju bila su veoma zabrinuta i uplašena zbog samog procesa operacije te ih je veoma plašila odjeća za operaciju, put u salu, čekanje u sali, sama operacija i buđenje nakon operacije u velikoj boli. Najveću zabrinutost pokazali su s postoperativnim učinkom koji ih je, po njihovom mišljenju, mogao ostaviti u stanju promjenjenog tjelesnog izgleda (da više nisu ono što su i tko su bili), da se neće moći kretati onako kako su navikli i željeli, da će ovisiti o tuđoj pomoći, ali i zbog gubljenja kontrole nad samima sobom.

#### 4. VAŽNOST IGRE TIJEKOM HOSPITALIZACIJE

Kolak i sur. (2013) posebno naglašavaju kako hospitalizirana djeca uživaju u istim dobrobitima igre kao i zdrava djeca, međutim, postoje neke dodatne dobrobiti igre koje hospitaliziranoj djeci mogu olakšati boravak u bolnici. Jedna od ključnih dobrobiti je svakako odvlačenje pažnje i razonoda. Djetetu se kroz igru može pomoći razumjeti, prihvatiti i naviknuti se na hospitalizaciju, a u igri se odražavaju dječji strahovi, napetosti i snovi. Hospitalizirana djeca se igrom izražavaju ako im nedostaje riječi ili ako ne mogu govoriti zbog invazivnih tretmana ili postupaka. Igra može i treba poboljšati suradnju između djece i osoblja bolnice, što svakako dovodi do lakšeg povjeravanja svojih osjećaja i briga medicinskom osoblju, pa samim time i otvara nove načine kako medicinsko osoblje može utješiti i umiriti dijete prije samog medicinskog tretmana.

U bolničkom okruženju igra se često koristi u vidu psihoterapije i ona otkriva djetetove unutarnje osobnosti na isti način kao bliski razgovor, samo s nedostatkom riječi. Dječji strahovi i dječje tjeskobe mogu se identificirati kroz igru, pa tako roditelji ili terapeuti i odgajatelji mogu ublažiti te tjeskobe tako što će otkloniti njihove uzroke. Naposljetku, igra potiče djetetovu socijalizaciju i pomaže djeci da se povežu s drugom djecom te da pomažu jedni drugima dok prolaze kroz komplicirane bolničke postupke i zahvate.

Koukourikos i sur. (2015) tumače kako su tijekom prijma u bolnicu, najvažnija stavka poboljšanje djetetove kliničke slike i redukcija psihološkog stresa. Kao rezultat toga, vrlo često je zanemaren aspekt same igre ili je u potpunosti isključen. Uloga igre i vrijednost igranja povećava se onda kada je dijete često hospitalizirano, najviše zbog kroničnog oboljenja ili invaliditeta zbog toga što vrlo odlučno doprinosi emocionalnom i mentalnom razvoju, ali i samopoštovanju i samouvjerenju. Terapijska igra definira se kao okvirne aktivnosti koje uzimaju u obzir djetetov psihosocijalni i kognitivni razvoj kako bi olakšala emocionalni pritisak hospitaliziranog djeteta. Druga definicija referira se na igru kao strukturiranu formu aktivnosti igranja koja su dizajnirana na temelju kronološke dobi djeteta, razvoj kognitivnih funkcija i zdravstvenog stanja djeteta kako bi ostvarila poticajni rast i razvoj cjelokupnog organizma djeteta.



Djetetova mogućnost igranja dok je u bolnici odražava se i kao odličan pokazatelj djetetovog psihičkog i mentalnog zdravlja u vrlo zahtjevnom okruženju i pokazuje da li je dijete sposobno nastaviti svoje uobičajene aktivnosti ili je bolest uznapredovala i dijete oslabljuje. Igra je forma komunikacije i samoizražavanja te daje mogućnost komuniciranja s obitelji, ali i medicinskim osobljem te djetetu pomaže kako bi se nosilo s velikim količinama emocija. Igra također pomaže djeci da se oslobode u nepoznatom okruženju, da lakše izraze svoje emocije i svoju zabrinutost, da se osjećaju ugodnije i da se upoznaju s liječničkim tretmanima koji će uslijediti. Plišani medvjedići često su prijelazni objekti koji djeci služe kako bi im olakšali boravak u bolnici, ali kako bi i bili pratioci tijekom cjepljenja i krvnih testova.

Medicinske sestre, terapeuti i odgajatelji mogu koristiti igru kao strategiju za hospitaliziranu djecu u tri glavna područja: tijekom svakidašnjeg boravka, tijekom pripreme za operaciju i invazivnih procedura, ali i tijekom priprema za duge i neugodne procedure.

Osim kraćih organiziranih boravaka u bolnicama diljem svijeta otvaraju se i bolnički vrtići koji nude zbrinjavanje djece tijekom boravka u bolnici pa oni uključuju i intenzivan rad odgajatelja u drukčijim uvjetima od standardnih vrtića, ali jednake kvalitete za svako dijete ponaosob.

Kako bi se ostvario pun potencijal terapijske vrijednosti igre potreban je snažan teorijski potporanj stručnjaka koji radi s hospitaliziranom djecom, stručnjaka koji oboje ima teorijske pretpostavke o psihofizičkim potrebama djeteta određene kronološke i razvojne dobi, ali i teorijski okvir koji se tiče samog humanističkog pristupa prema bolesnicima. Potrebna je također i velika doza entuzijazma za pristup takvom poslu, ali i volja da se osoba okupira samim djetetom i njegovim mislima, strahovima, željama i aspiracijama.

Igra u bolnici za dijete ima brojne ciljeve, a tijekom čitavog procesa ima veliku važnost i za sam oporavak djeteta te može biti veliki saveznik u poboljšanju kliničke slike. Igra za dijete osigurava povezivanje s poznatim, prijateljski nastrojenim okruženjem koji nalikuje na ono kod kuće, pomaže stvoriti kontinuitet svakidašnjih događanja, daje priliku djetetu da izrazi sve negativne emocije i razočaranje koje mogu pratiti bolnički prijem i hospitalizaciju. Igra pomaže djetetu da održi nivo samopoštovanja i povjerenja u samoga sebe te shodno tome da razvije osjećaj kontrole nad situacijama i osjeća se kao da vlada tom situacijom. Ona doprinosi dječjem razvoju kroz kognitivni, socijalni, emocionalni i govorno-izražajni aspekt te nudi potporanj za nova kreativna rješenja i pomirenja s određenim situacijama. Sama igra je izvor učenja djeteta na zabavan način. Gotovo u svim slučajevima hospitalizacije djeteta,

djeca podilaze invazivnim medicinskim procedurama koje uključuju stavljanje katetera, vađenje krvi i ostalog. Igra može pomoći takvim mladim pacijenima da osvijeste značenje tih procedura, ali i da se upoznaju s činjenicama koje će ukazati na proces procedure i kako se ona izvodi kako bi se umanjio strah i iščekivanje od same terapije. Ona također ohrabruje sudjelovanje roditelja, braće i sestara u cjelokupnom bolničkom tretmanu što nužno sa sobom povlači osjećaj bliskosti koje dijete ima s obitelji i koji ga veže uz osjećaje pripadanja obitelji i vlastitom domu. Takva forma igre pomaže i roditeljima koji se također oslobađaju stresa jer normalizacijom neprirodnog okruženja umanjuje se i njihov strah i iščekivanje koji vrlo često, ako ne i uvijek, prenose na vlastito dijete. Važna stavka koju sama igra osigurava je nemogućnost digresije u prethodno stanje, tj. u prethodno razvojno stanje u kojem je dijete bilo, smanjuje mogućnost povratka u vrijeme kada je dijete mokrilo u krevet ili je sisalo palac ako je to prestalo raditi prije same hospitalizacije. Igra svakako osigurava ispunjenje potisnutih želja kao forma potpune ekspresije anksioznosti, skrivenih potreba i straha te shodno tome omogućuje djetetu da se izrazi na posve prirodan i kreativan način koji mu stvara veliki osjećaj ugone.

Fokusirane tehnike igre koje se koriste kroz rad s hospitaliziranom djecom koriste se u svrhu pripremanja djeteta na operaciju ili druge neugodne medicinske procedure. Ponekad, prije samog prijema u bolnicu, djeca trebaju biti ohrabrena da se igraju s maskama, medicinskim uniformama, replikama injekcija, stetoskopima i drugim medicinskim pomagalicama. Plišani medvjedići i lutke mogu odlično poslužiti za demonstraciju određenih medicinskih poduhvata. Crtanje i slikanje mogu poslužiti onda kada je sama demonstracija nemoguća jer isključuju „živost“ samog procesa.

Terapijska igra je vrlo utjecajna kod reduciranja dječje anksioznosti i strahova od trenutka bolničkog prijma pa sve do postoperativnog dijela oporavka djeteta i otpusta iz bolnice te simultano s tim daje djetetu novi pogled na sam proces liječenja te mu osigurava lakši put pri ponovnom vraćanju u bolnicu ukoliko je to potrebno. Osim zaslužna za smanjenje stresa kod djece, terapijska igra zaslužna je i za zbrinjavanje negativnih učinaka rane dijagnoze anksioznosti. Bolničko okruženje veoma otežava uvjete za spontanu igru budući da je aspekt obitelji i poznatog okruženja gotovo nepostojeći, dnevne rutine su prekinute i u isto vrijeme dijete je pod rizikom od velikog broja bolničkih infekcija, medikacija i invazivnih medicinskih procedura.

Podrška koju pružaju odgajatelji u sklopu vrtića u bolnici je veoma važna najviše iz razloga što bolnički ambijent stvara djeci problem kod stvaranja spontanijih načina igre. Čak i onda

kada dijete pronade način za spontanu igru, ona je mnogo siromašnijeg karaktera nego onda kada ju obogaćuje odgajatelj svojim profesionalnim pristupom. U obzir se moraju uzeti svi parametri koji određuju koliko će terapija igrom biti uspješna, a oni uključuju određene granice koje se djetetu trebaju postavljati. Ako su granice previše restriktivne i ograničavaju dijete u njegovom načinu igre to izaziva frustraciju djeteta ili njegovo povlačenje u sebe, a ako su granice preslabe, one omogućuju da dijete razvije neprimjerene oblike ponašanja koji se smatraju nepoželjnim. Granice koje odgajatelj postavlja djetetu moraju pomoći osjećaju fizičke i psihičke sigurnosti oboje djeteta i odgajatelja, promovirati pozitivno mišljenje o drugim sudionicima bolničkog procesa, ali najviše djece, imaju zadatak osnaživati realnost, davati sigurnosti tijekom izražavanja negativnih emocija, promovirati osjećaj djeteta koji se tiče odgovornosti i kontrole i pospješiti razvoj i kontinuiranost te stabilnost komunikacije s drugim članovima. Granice također, ako su određene u pravilnom omjeru ravnoteže, zaštićuju sam prostor u kojem se igra i cjelokupni odgojno-obrazovni proces odvija. Istraživanja koje su proveli Koukourikos i sur. (2015) dala su rezultate koji pokazuju da su djeca koja su na pedijatrijski odjel primljena zbog zlostavljanja ili fizičkog nasilja nad njima kroz terapijsku igru razvila moć komunikacije s okolinom kroz svoja djela i aktivnosti, ne koristeći riječi i takvim pristupom uspjela okolini koja ih okružuje pokazati dijelove svoje osobnosti i izraziti svoje negativne emocije.

Kolak i sur. (2013) pišu kako je igra slobodna, spontana, sveprisutna i kompleksna dječja aktivnosti kroz koju dijete izražava svoje emocije, potrebe i poteškoće te je puno više od same zabave i u životu djeteta ima višestruko pozitivno značenje. Ona polazi iz djetetove unutarnje motivacije, a ne iz vanjskog poticaja te pridonosi fizičkom emocionalnom, socijalnom i spoznajnom razvoju djeteta. Kroz aktivno sudjelovanje, odnosno igru, dijete najbolje i najlakše uči te pokušava pronaći stvarni smisao svijeta, a igranje na mnogo različitih načina utječe na optimalan rast i razvoj. U igri djeca kroz eksperimente razvijaju znatiželju te rješavaju probleme metodom pokušaja i pogreške te vježbaju svoje usvojene vještine i uče nove. Igra također pomaže pri koordinaciji i rastu mišića, a djetetova energija se otpušta na zdrav način. Tijekom igranja djeca razvijaju komunikacijske, jezične i motoričke vještine, upotrebljavaju svoju maštu, simbolično mišljenje i intuiciju. Dobrobiti igre su za djecu neizmjerne i one koriste djeci svih dobnih uzrasta, a uskraćivanje igre može dovesti do potencijalnog kašnjenja u razvoju.

## 5. VRTIĆ U BOLNICI

Dječji vrtić Izvor (2014) spominje kako je odgojno-obrazovni rad vrtića u bolnici definiran vrstom bolesti, učestalošću boravaka u bolnici, mogućim funkcionalnim poteškoćama vezanim uz pokretljivost i sposobnost igre i učenja, te organizacijom medicinske skrbi u bolnici. Vrtić u bolnici svojom namjenom ne odudara od standardnih vrtića koji u svrhu promoviranja dječjeg rasta i razvoja svojom profesionalnošću osiguravaju uvjete za ostvarenje cjelovitog razvoja djeteta, ali za razliku od standardnog vrtića, uzima u obzir sve različitosti koje su posljedica drugačijeg prostornog, materijalnog i socijalnog okruženja.

Bolničko okruženje, vanjsko i unutarne, mnogo se razlikuje od svakodnevnog djetetovog poimanja onoga što smatra pozitivnim. Hladni, bijeli zidovi i veliki broj užurbanog medicinskog osoblja u odjeći istog karaktera, mnoštvo različitih metalnih instrumenata koji svojom pojavom plaše dijete, nisu nimalo primamljiv vizualni poticaj za dijete. Iz tog razloga vrtić u bolnici treba nalikovati što je više moguće prostoru koji se smatra adekvatnim za dijete, obilovati raznim, ali ne prenapadnim bojama, pozivati na igru i komunikaciju. Prostor vrtića u bolnici također treba nuditi materijale potrebne za nesmetani rast i razvoj djeteta, a materijali moraju biti adekvatno ponuđeni na temelju djetetove razvojne dobi kako bi uz njih moglo na vlastiti, sebi osebujan način, moglo manipulirati s njima i istraživati sve njegove funkcije. Možda najvažniji aspekt vrtića u bolnici se dotiče socijalne sfere. Socijalno okruženje koje vlada u odgojno-obrazovnoj ustanovi ovakvog tipa mora u svakom trenutku zračiti pozitivnim emocijama, razigranošću i prihvaćanjem. Socijalni aspekt ne uključuje samo medicinsko osoblje i odgajatelje već seže sve do komunikacije s roditeljima na relaciji roditelj-dijete, roditelj-odgajatelj, roditelj-stručni tim (medicinski i pedagoški).

### 5.1. PROSTORNO I MATERIJALNO OKRUŽENJE VRTIĆA U BOLNICI

Budući da je uloga vrtića, neovisno dijelom čega on nastaje, uvijek ista, tako je i sama prostorna organizacija vrtića u bolnici istovjetna s prostornom organizacijom i okruženjem u standardnim vrtićima koje pohađaju zdrava djeca. Prostorno okruženje vrtića u bolnici mora zadovoljavati potrebe djeteta kao da se ono nalazi u standardnom vrtiću i ono se mora shvatiti kao jednakovrijedna jedinka s istim pravima i potrebama kao da polazi u standardni vrtić.

Slunjski (2008) govori kako prostorna organizacija bitno određuje kvalitetu socijalnih interakcija djece međusobno, kao i djece s odgajateljem.

Zbog toga organizacija prostora vrtića općenito mora biti usmjerena promoviranju susreta, komunikacije i interakcija djece. Ona također treba omogućavati i slobodno kretanje, ali i nuditi razne oblike prilaza za djecu s invaliditetom koja su trajno vezana uz kolica, djecu koja teško hodaju ili uopće ne hodaju. Prostorna organizacija vrtića u bolnici mora osigurati kretanje sve hospitalizirane djece, kako bi se nesmetano mogli kretati samostalno ili uz pomoć odrasle osobe po prostoru i koristiti sve materijale koji su im ponuđeni.

Slunjski (2008) također naglašava kako prostorno okruženje vrtića treba biti ugodno i što više nalikovati obiteljskom, što je posebice važno za hospitaliziranu djecu koja su odvojena od obiteljskog i općenito poznatog okruženja. Vrtićko okruženje treba biti ugodno i djetetu slati poruku dobrodošlice. To se među ostalim može postići opremanjem vrtića „po mjeri“ obitelji, u kojoj svatko može pronaći mirno, udobno i sigurno mjesto za odmor, opuštanje, razonodu i druženje.

Mekani i udobni ležajevi, naslonjači, fotelje i strunjače mogu pomoći u ostvarivanju takve obiteljske atmosfere, te autorica naglašava također i važnost ugodnih boja, kao i mekih jastuka i tepiha. U takvu se atmosferu uklapaju i zelene biljke, vizualno ugodne slike i sve drugo što se može pronaći u tipičnoj sobi dnevnog boravka. Autorica stavlja naglasak i na činjenicu da ne treba posebno objašnjavati zašto se dijete u takvom okruženju osjeća bolje, ugodnije i prihvaćenije nego u samom prostoru bolnice koja odražava atmosferu hladne i nemaštovite institucije.

Dijete bi dobrodošlicu trebalo doživjeti već za vrijeme svog prvog susreta s vrtićem. Prvi dojam djeteta o vrtiću (a i svi kasniji) trebao bi biti prijateljski, tako da se u njemu poželi zadržati i s veseljem ponovo doći. Vrtić bi prije svega trebao biti mjesto radosnog boravka, odgoja i učenja djece neovisno o tome što je boravak hospitaliziranog djeteta u njemu ponekad kraći ili ponekad duži. Ugodno i toplo te prijateljsko okruženje vrtića pridonosi i kvaliteti življenja odraslih u njemu, a pridonosi i uspostavljanju partnerstva s roditeljima koja je iznimno važna kod slučajeva hospitalizirane djece, gdje oboje dijete i roditelji imaju mnoštvo prilika za negativno stjecanje trauma zbog dijagnoze, tijeka liječenja i prolongiranog vremena u ustanovi.

Okruženje vrtića djetetu treba omogućiti i zadovoljenje potrebe za privatnošću. Iako je hospitalizirano dijete pod posebnim statusom, treba upamtiti kako je ono prvenstveno dijete i

u trenucima u kojima ono uzima predah od tipičnih stresnih kliničkih testova i medicinskih terapija ono ima jednake potrebe i želje kao i zdravo dijete, a svako dijete, baš kao i odrasla osoba ima potrebu za privatnošću. Ono ponekad ima potrebu za privremenim izdvajanjem od ostalih i za kratkotrajnim osamljivanjem. Tako hospitaliziranoj djeci, kao i zdravoj djeci, treba osigurati prostor u koji se mogu povući onda kada osjećaju da im je potreban prostor za sebe. Za hospitalizirano dijete, odlazak u bolnici znači i svojevrsnu prilagodbu koja se odvija u mnogo neprirodnijim i otežanim uvjetima pa je prostor za odmak vrlo poželjna stavka u prostornom okruženju vrtića u bolnici jer se pogotovo hospitalizirana djeca ponekad poželevu povući i sa sigurne udaljenosti promatrati drugu djecu dok sami ne odluče s njima uspostaviti komunikaciju.

Prema Slunjski (2009) organizacija prostora svojevrsno je zrcalo načina na koji odgajatelji, ali i drugi odrasli percipiraju djecu. Pregrađivanje prostora unutar dnevne sobe pruža različite prednosti. Prostor podijeljen na manje prostorne cjeline djecu neizravno poziva na grupiranje u manje skupine, čime se pridonosi kvaliteti njihove komunikacije i suradnje, ali i omogućuje svakom djetetu ponaosob da se bavi aktivnošću koja ga u tom trenutku zanima te je ima prilike dijeliti s djecom koja imaju jednake ili slične interese. Komunikacija koja se zbiva unutar manje skupine djece mnogo je kvalitetnija nego ako su djeca cijelo vrijeme u velikoj skupini. Pregrađenost prostora također olakšava i njezino sadržajno osmišljavanje, pa tako omogućuje djeci lakši odabir između materijala kojima se žele služiti za slobodno istraživanje.

U organizaciji centara aktivnosti treba imati na umu nekoliko kriterija. U svakom centru aktivnosti treba imati dovoljno materijala. Samo dovoljna količina materijala koji su raznovrsni, može djeci različitih interesa osigurati poticajno okruženje. Materijali trebaju biti ponuđeni tako da je djetetu jasna logika njihova međusobnog kombiniranja i mogućeg korištenja. Ako je dijete u nemogućnosti samo baratiti predmetima kojima se želi koristiti, uloga odgajatelja je osigurati mu posredan rad s predmetom gdje će odgajatelj manipulirati s predmetom, ali uz nahođenje djeteta. U određenom centru trebaju biti materijali koji pripadaju samo njemu, a to znači da u likovnom centru trebaju biti samo pripadajući materijali za likovno izražavanje. Važno je pobrinuti se i o dodatnim materijalima poput instrumenata s kojima dijete može provoditi vlastito istraživanje nad materijalima jer se tako produbljuje sama aktivnosti, ali u svrha upotrebe materijala. Važan kriterij je i stalna dostupnost materijala djeci. Dobro ponuđeni materijali kojima se djeca mogu stalno koristiti, promoviraju

neovisnost djece. Svi materijali koji su previsoko, zatvoreni u ormarima i slično, ne pripadaju kategoriji dobro osmišljenih i ponuđenih materijala.

U organiziranju prostora vrtića treba biti svjestan činjenice da prostor koji nas okružuje utječe na to kako se osjećamo, kako razmišljamo i kako se ponašamo i zapravo dramatično utječe na kvalitetu našeg života. Sve što se u tom prostoru odvija i kakav on jest, može nam olakšati ili otežati poimanje ostalih čimbenika s kojima se susrećemo. Kod hospitaliziranog djeteta je to posebice važno, najviše iz razloga što su prilike za stvaranje negativnih emocija i općenitog stanja negativizma povećane i što je takvo dijete pod stalnim rizikom od ostvarivanja negativnih utjecaja okoline. Kvalitetno prostorno-materijalno okruženje nezaobilazna je pretpostavka kvalitete življenja, odgoja i učenja djece u bolnici i vrtiću. Zidovi, osim što moraju obilovati toplim i ugodnim bojama, trebali bi i prikazivati dječje likovne radove. Oni osim što šalju poruku kako se rad svakog djeteta cijeni, su i direktni pokazatelj pozitivnih emocija drugoj djeci koja u vrtić dolaze, ali i izvor sigurnosti roditeljima da će njihovo dijete novisno o zdravstvenom stanju u kojem se nalazi, biti tretirano kao zdravo dijete i njegov rast i razvoj neće patiti zbog situacije u kojoj se nalazi. Na zidovima se mogu nalaziti i lijepe fotografije ili umjetničke slike koje također mogu pridonjeti stvaranju konteksta određenog centra aktivnosti, ali i cjelokupnog ambijenta vrtića i bolnice.

Velika stavka u prostornoj organizaciji vrtića je činjenica da prostor mora odražavati visoki higijenski stupanj. Ulrich i Zimring (2004) govore kako je od kritične važnosti da dizajn prostorije u kojoj se nalaze pacijenti mora reducirati rizik od infektiranja pacijenta bolničkim bakterijama, ali i suzbiti količinu bakterija koje se prenose zrakom ili rukama. Prijenos bakterija odvija se zrakom i kontaktom rukama i nezaštićenim dijelovima tijela. Dizajn fizičkog okruženja mora promovirati maksimalnu sigurnost djeteta kako ono dok se liječi od jedne bolesti ne bi podleglo i drugoj koju je u mogućnosti zadobiti tijekom boravka s drugim pacijentima. Razina infekcije se smanjuje u prostorijama u kojima je vrlo dobra kvaliteta zraka i prostorijama koje su redovito provjetravane, u prostorijama gdje nema prevelikog broja djece, a djeca koja tamo borave se nalaze u manjim grupama. Odgajatelji koji su u dodiru s djecom trebaju držati do velike higijene ruku, a svi materijali u prostoriji se moraju čistiti na dnevnoj bazi. Također, prije svakog obroka, djecu treba poticati na pranje ruku u za to predviđenim sanitarijama koje moraju odgovarati veličini djece koja se smješta u vrtiće.

## 5.2. SOCIJALNO OKRUŽENJE VRTIĆA U BOLNICI

Ljubetić (2009) prikazuje kako ulaskom u prostor u kojem smo dočekani osmijehom prva emocija koju proizvodimo je uroda. Postavlja i pitanje zašto jedan prostor kod ljudi izaziva urodu iako je možda vizualno i materijalno siromašan, skućen, pretrpan igračkama ili premali dok drugi prostor koji je možda veći, smisleniji, ali i hladniji, izaziva osjećaj neugode. Obiteljsko ili poslovno ozračje određuje niz čimbenika i nije ga moguće spoznati izolirano od ostalih aspekata te zajednice čiji je sastavni dio. Da bismo spoznali cjelinu, nužno je upoznati njezine dijelove (podsustave, međudnose, komunikaciju i sl.). Ozračje je satkano od mnogo fino isprepletenih niti i istodobno djeluje na sve te niti. Ako se samo jedna nit ošteti, pomakne, istrgne ili promijeni boju, to više nije isto tkanje na koje smo se naviknuli.

Socijalno okruženje u koje dijete ulazi primjer je onoga što se u određenoj ustanovi događa, pa tako ako dijete ulazi u prostor koji mu stvara neugodu ne može se očekivati da će u tom prostoru pronalaziti prilike za ugodna osjećanja. Svi sudionici odgojno-obrazovnog procesa primjer su za učenje i posrednici koji će hospitaliziranom djetetu omogućiti prihvaćanje situacije u kojoj se nalaze, stoga je veoma važno da njihovo raspoloženje odgovara pozitivnim emocijama koje žele prenijeti na dijete. To ne znači nužno da svaka odrasla osoba koja ulazi u kontakt s bolesnim djetetom mora uvijek nužno biti sretna i prepuna entuzijazma. Ponekad sama doza ljudskosti i razumjevanja je dovoljna da dijete poveže tu osobu s izvorom sreće i pozitivnih osjećanja. Također, neka djeca loše reaguju na glasne i atraktivne pristupe odgajatelja, te preferiraju smirenije i kontroliranije riječi, a tek kasnije kad se opuste vrlo rado prihvaćaju sve šale i smijeh koje dijele s odgajateljem. Važno je zapamtiti da je većina hospitalizirane djece, bila ona rane predškolske dobi ili starija, u velikom strahu od novina s kojima se susreće, a taj strah se dodatno povećava kada su oni odvojeni od roditelja duži period vremena. Situacija bolničke vrtićke prilagodbe drastično se razlikuje od adaptacije zdravog djeteta u standardnom vrtiću, jer osim sfere prihvaćanja novih ljudi i prostora, dijete mora proći onu sferu prihvaćanja koje se odnosi na to da kad odlaze iz ovog vrtića ne idu kući, već u svoju bolničku sobu.

Socijalno okruženje zahvaća sve sudionike odgojno-obrazovnog procesa, a to uključuje i medicinsko osoblje koje svojim neposrednim ili posrednim pristupom prema djetetu također ostavlja duboki trag na njegovu mentalnu sliku. Tako medicinsko osoblje koje radi s djecom rane i predškolske dobi mora imati na umu da sve ono što prezentiraju djetetu mora odgovarati njegovoj dobi, moraju biti u stanju utješiti dijete i umiriti ga prije svakog zahvata (čak i onog najbezbolnijeg). Djetetovo poimanje svakog procesa u životu, mnogo je snažnije



od poimanja odraslog i osjećaj razboritosti i prihvatanja je mnogo teže postići. Ukoliko se ne poštuje takav način razmišljanja djeteta će vrlo brzo iz stanja tuge i straha poprimiti velike doze anksioznosti.

Budući da je vrlo važno kakav utisak ostavljaju odrasli na dijete, važno je i kako će ustanova za odgoj i obrazovanje predškolskog djeteta u bolnici promovirati socijalnu interakciju među djecom koja su hospitalizirana s obzirom da je to vrlo bitan, a možda i najbitniji aspekt kojim se vrtić u bolnici mora baviti.

Kennedy (2010) tvrdi kako svo osoblje zaduženo za hospitalizirano dijete, a pogotovo odgajatelji ponekad se smatraju manje važnim sudionicima u cjelokupnom bolničkom procesu. Autor također smatra kako njihov doprinos kliničkim procedurama može ishoditi mnogo efektivnijim djelovanjem. Iskustvo pacijenta je neraskidivo povezano s iskustvom osoblja. To ima potencijalni efekt da stvori pozitivan ishod, ali i onaj obrnuti.

Socijalna interakcija srodna je svim ljudima, djeci i odraslima i kao takva mora biti njegovana u svim uvjetima u kojima se dijete nalazi. Posebno je važna u slučajevima dugotrajne hospitalizacije djeteta, ponajviše iz razloga što je dijete tada odvojeno od roditelja, poznate okoline, prijatelja iz standardnog vrtića koji polazi i slično. Kvalitetan pristup razvoju socijalne interakcije kod djeteta polazi od činjenice da je svako poznanstvo s drugim djetetom visokovrijedna stavka koja se ne smije zanemariti. Iz običnog poznanstva može se izroditi dugotrajnije prijateljstvo, te takva vrst prijateljstva može boravak u bolnici učiniti mnogo staloženijim i pozitivnijim iskustvom za dijete.

Katz i McClellan (1999) tvrde da predškolska djeca ne uče socijalnu kompetenciju neposrednom poukom, nastavnim materijalima, predavanjima, zadacima iz radnih bilježnica i slično. Naglašavaju kako prilike za razvoj socijalnih umijeća određuju različiti kontekstualni i organizacijski čimbenici vrtića. Posebno ističu važnost igre kao prirodnog konteksta socijalnog razvoja i naglašavaju brojne prednosti druženja djece različite kronološke dobi, mlađe i starije.

Slunjski (2009) govori kako posebnu vrijednost imaju „mješovite grupe“, koje su vrlo česti slučaj u bolnicama budući da u bolnicu dolaze djeca pacijenti svih dobnih uzrasta. Takvi oblici druženja utječu na razvoj različitih socijalnih umijeća djece, ali i izrazito pogoduju njihovu učenju.

Vrtić u bolnici svu djecu pacijente treba očekivati dobrodošlicom, a od djece i njihovih roditelja ne treba očekivati prilagodbu na loše uvjete koji će se s vremenom promijeniti, nego im svojom kvalitetom, i to već od prvog dolaska djeteta u bolnicu i vrtić u bolnici, tu prilagodbu znatno olakšati.

### 5.3.SPECIFIČNE AKTIVNOSTI ZA RAD S HOSPITALIZIRANIM DJETETOM KAO DIO VRTIĆA U BOLNICI

Play England (2009) tvrdi kako djeca i mladi ljudi koji žive daleko od kuće ili posjećuju nepoznata i kontrolirana okruženja kao bolnice, ponekad iskuse strah, anksioznost i nedostatak komfora. Za tu djecu je posebno važno osigurati dobre prilike za igranje i izvođenje aktivnosti od strane odgajatelja i ostalog medicinskog osoblja.

Weir (2013) naglašava želje djece za dobivanje informacija koje su relevantne za njihov susret s zdravstvenim uslugama, uključujući sam proces liječenja i kako će se on odviti.

Groves i Weaver (2007) izdvajaju neke aspekte igre kao više bitne od standardnih aktivnosti kojima se bave zdrava djeca u vrtićima koje polaze kao dio redovnog programa, najviše iz razloga što se djeca pacijenti ne nalaze u istom materijalnom, prostornom i socijalnom okruženju gdje bi se nalazila inače da je bolest izostala. Autorice također izdvajaju tipove igara kojima se može obilježiti aktivnost djeteta u vrtiću o bolnici. Prvi tip je „neuredna igra“ koja može imati mnogo formi i gotovo uvijek je pozitivan pristup hospitaliziranom djetetu. Neuredna igra može biti odličan način da se iniciraju diskusije s djetetom, a aktivnosti poput crtanja i slikanja mogu redovito istaknuti svako osjećaj kroz koji dijete prolazi bio on pozitivan ili negativan. Nadalje, dijete kreira nešto osobno što može zadržati. Neki dobri primjeri za neurednu igru koje autorice navode odnose se na slikanje temperama i drugim oblicima tekuće boje, ljepljenje i rezanje, manipulacija slanim tijestom i masom od gustina i vode s dodatkom boje, plastelin, glinamol i tehnike otiskivanja bojom. Drugi tip je imaginativna igra i simbolička igra te igra uloga. Primjeri za to odnose se na oblačenje u odore medicinskog osoblja i kostime drugih zdravstvenih djelatnika, igra s lutkama i lutkarskim kućama, igračkama koje sadrže elemente bolnice, vlakovima i pripadajućim složivim željeznicama te plišanim igračkama. Pričanje priča i listanje slikovnica također ulaze u ovu kategoriju. Treći tip su konstrukcijske igre koje uključuju bilo kakvu aktivnosti koja podrazumijeva građenje nečega. Autorice spominju široki spektar kocaka kojima se može graditi, od velikih do minijaturnih formata koji moraju odgovarati dobi djeteta koje se s njima

služi. Fizička igra i tjelesne aktivnosti trebaju biti usko povezane s fizioterapijom djeteta i spadaju u četvrti tip bolničkih igara. U suglasju s fizioterapeutom djeteta, tjelesne aktivnosti treba osmišljavati na temelju dječjih želja i potreba, ali i razvojnih mogućnosti. Suitabilne aktivnosti uključuju bacanje i hvatanje lopte, udaranje lopte, pravljenje i bacanje papirnatih aviona te također trebaju uključivati balone i madrace za plesanje. Senzorna igra, kao peti tip igara prikladnih za hospitalizirano dijete, ima velike prednosti za djecu koja imaju posebne potrebe i uključuje senzoričku aktivaciju uz pomoć muzičkih instrumenata, glazbenih snimaka, snimaka dječjih priča, svjetlosnih uređaja, taktilnih igračaka, taktilnih mobilnih skulptura, bazena za igre s vodom i drugih. Interaktivne igre i igračke, kao posljednji tip igara, aktivno uključuju i angažiraju dječju pažnju te se sastoje od stolnih društvenih igara, slaganja puzzli, kompjuterskih igara, igrački tipa „akcija-reakcija“ i drugo.

Važno je također spomenuti da isti autori navode i vrste igara koje su primjerene s obzirom na dob djeteta. Kod beba u obzir dolaze multisenzorne zvučne, svjetlosne i taktilne igračke, igračke koje proizvode zvukove, stvaranje balona od sapunice i drugo. Mala djeca pronalaze zadovoljstvo i izvor učenja u interaktivnim igračkama i knjigama, dječjim računalima, ručnim računalnim igrama, čitanju priča i listanju slikovnica te drugo. Starija djece već pokazuju afinitete za određene aktivnosti i traže kompleksnije i zahtjevnije materijale pa oni uključuju stolne društvene igre, diskusije a temu dječjih interesa i hobija i interaktivne igre, ali i puzzle i kocke manjeg formata za građenje složenijih struktura.

Hogg (1990) naglašava i pristup djetetu tijekom aktivnosti i kako prva interakcija s djetetom treba biti pozitivnog karaktera, ali se moraju slijediti i određena pravila. Jezično izražavanje odgajateljima u svim slučajevima mora biti prikladno njegovoj razvojnoj dobi i odgajatelj bi trebao staviti i naglasak na riječi kojima se služe roditelji dok razgovaraju s djetetom kako bi mu što brže i bolje mogao prenjeti relevantnu informaciju. Svakom djetetu treba pristupati u razini očiju, što znači da se odgajatelj, kada razgovara s djetetom, treba sagnuti i gledati dijete u oči dok mu prenosi informaciju. Ne smije se zaboraviti niti neverbalni jezik – „body language“ i korištenje ruku kako bi se naglasila neka činjenica. To je važna sastavnica svake komunikacije s djetetom. Odrasli reagiraju na jezik tijela, i kada se tako ne čini, vrlo su ga svjesni. U istoj poziciji nalazimo i dijete. I ono iščitava te znakove i nailazi na potvrdu ili negaciju izrečenoga.

## 6. PRIMJER KVALITETNOG RADA - ISTRAŽIVANJE ODGOJNO-OBRAZOVNOG RADA U VRTIĆU U BOLNICI

### 6.1. ZADARSKI VRTIĆ U BOLNICI - OPĆE INFORMACIJE

Istraživanje je provedeno u općoj bolnici u Zadru, koja u sklopu odjela za pedijatriju ima i vrtić u bolnici.

Ljubičić i sur. (2016) navode kako od siječnja 2013. godine, uz podršku Grada Zadra, na Odjelu za pedijatriju Opće bolnice Zadar djeluje Dječji vrtić „Sunce“ s programom „Vrtić u bolnici“. Program je namijenjen hospitaliziranoj djeci. Vrtić na Odjelu za pedijatriju opremljen je suvremenim namještajem, didaktičkom opremom, knjigama, slikovnicama. Opremanje su omogućili udruga „RTL pomaže djeci“ i OTP banka. Smješten je unutar Odjela i radi prema svim pedagoškim standardima svaki dan u vremenu od 11 do 17 sati. Na programu „Vrtić u bolnici“ trajno je zaposlena jedna odgajateljica predškolske djece. Rad odgajateljice s djecom koja borave u bolnici, u okruženju koje je prilagođeno djetetovim individualnim potrebama, otvara mogućnosti za igru, rekreaciju i kreativne aktivnosti u skladu sa djetetovom dobi, kondicijom i zdravstvenim stanjem. U vrtiću godišnje boravi oko 1200 djece. Kroz igru, primjenom adekvatnih pedagoških metoda, osim komunikacije s drugom djecom, provodi se i prevencija emocionalnih teškoća koje mogu nastati uslijed hospitalizacije.

### 6.2. PROSTORNO, MATERIJALNO I SOCIJALNO UREĐENJE

Upravo u toj ustanovi provedeno je ovo istraživanje, a bazira se na procjeni prostornih, materijalnih i socijalnih uvjeta koji su na snazi u ovoj odgojno-obrazovnoj instituciji.

Na prvi dojam, vrtić u bolnici ne razlikuje se od vrtića koji djeca redovno pohađaju. Soba dnevnog boravka uređena je po suvremenim principima shvaćanja djeteta i modernim pedagoškim tumačenjima. Centri su pregrađeni i fizički odjeljeni jedan od drugoga, kako bi u svakom od njih dijete imalo prilike sudjelovati u različitim aktivnostima, samo ili s drugom djecom. Vrtić je prostorno uređen u sedam različitih centara, a oni uključuju likovni centar, centar za građenje, obiteljski centar i dramske igre, centar za početno čitanje i pisanje, centar za stolno-manipulativne igre, centar za istraživanje i glazbeni centar. U svakom centru vlada pregršt dobro osmišljenih materijala, pa tako u likovnom centru možemo naći papire, drvene

bojice, šiljila, bojanke, tempere, flomastere, hamer papir, špagu, ljepilo, škare, plastelin, salвете, kistove, PNO materijale i drugo. U centru za građenje nalazi se mnoštvo kocaka za građenje od različitih materijala (plastične, drvene, gumene), prometna sredstva, umanjeni kipići životinja, magneti, alati, grančice, auto guralice za jasličare i različiti likovi. Obiteljski centar i dramske igre obiluju kuhinjskim elementima, lutkama za igrokaze, posuđem i priborom za jelo, plastičnim voćem i povrćem, odjećom za presvlačenje, kolicima i koljevkama za bebe, paravanom i ogledalom. Centar za početno čitanje i pisanje namjenjen je za djecu svih dobnih uzrasta, budući da vrtić u bolnici ne pohađaju samo djeca rane i predškolske dobi, već i ona starija, školska djeca. Tako se u njemu mogu naći slikovnice i priče u slikama, časopisi, stripovi, ploča, kreda, spužva, drvene boje, flomasteri, drvene olovke, papiri, enciklopedije, šiljila, gumice, bojanke i radni listovi za djecu od tri do sedam godina. Centar za stolno-manipulativne igre, iako veoma posjećen od djece predškolskog uzrasta, ipak je najviše okupiran djecom školskog uzrasta koji nalaze utjehu i veselje u igranju igara takvog tipa s vršnjacima, ali i mlađom djecom. Centar za istraživanje sadrži računalo koje je također veliki izvor zabave za stariju djecu, ali i za gledanje crtanih filmova, magnete, enciklopedije, različite ambalaže koje se nude prema interesu djece te gumene životinje. Glazbeni centar je uvjerljivo najglasniji te jedan od centara koje jasličari pronalaze najzanimljivijim. U njemu se nalaze ksilofon, štapići, činele, triangel, šuškalice, razna glazba na CD-ima i drugo. Hodnici kroz koje djeca prolaze ocrtni su njihovim omiljenim likovima iz crtanih filmova, likovima koje gotovo svako dijete koje kroz bolnicu prolazi zna ili su im bar poznati. Baš ti likovi su vrlo često odličan poticaj za početak razgovora s djetetom i način kako se može umanjiti stres prvog pristupa djetetu. Sva djeca koja su u trenutku istraživanja bila prisutna u bolnici i bila dio odgojno-obrazovnog procesa, višestruko su ponavljala svoju vezu s likovima, prisjećala se pustolovina kroz koje likovi prolaze u crtanom filmu i što oni misle da se s likovima nakon toga dogodilo.

Odgajateljica zrači pozitivnim i toplim emocijama te svako dijete koje prolazi kroz vrtić dočekuje sa smješkom i vrlo smirenim tonom ga upućuje kroz prostor. Nakon toga daje djetetu slobodan izbor materijala pa na osnovu materijala koje dijete odabere, nudi ga drugim poticajima kako bi moglo produbiti svoju aktivnosti i duže se okupirati njome. To ima višestruke koristi, najviše iz razloga što produbljenje aktivnosti drži dijete okupiranim duže vremena i ono kada je posve koncentrirano na svoj rad, provodi smanjeni broj vremena u grču i pod utjecajem stresora.

### 6.3. TIJEK RADNOG DANA

Soba dnevnog boravka u vrtiću je otvorena tijekom cijelog dana, ali odgajateljica započinje svoj rad u jedanaest sati ujutro. Prije toga djeca imaju doručak u svojim sobama koji se nudi u osam i trideset ujutro. Nakon doručka i obavljanja određenih procedura kroz koje svako dijete mora zasebno proći, djeca su uglavnom slobodna za vlastite aktivnosti. Tijekom jutarnjeg okupljanja s odgajateljem, djeca slobodno biraju aktivnosti kojima će se baviti tijekom dana i shodno tome, sama biraju i materijale s kojima će manipulirati. Odgajateljica već prepoznaje neku djecu koja su na odjelu duže vrijeme, pa u skladu s tim, poznaje i ono što ih zanima. Posebno za njih, priprema poticaje dan prije i nudi im mogućnost da nastave ono što su prethodni dan započela. Sva druga, nova djeca koja su se tek priključila odjelu i vrtiću, imaju slobodan izbor, a na temelju dužine njihovog ostanka planira se i daljni proces kojim će se nuditi materijali. Od dvadeset i dvoje djece na odjelu, u toku istraživanja, vrtić je pohađalo osmero djece. Od tih osmero, četvoro je bilo predškolske dobi, od jaslica do same predškole, dok je ostalih četvoro pripadalo školskoj dobi. Ivona je jedna od djevojčica koja pripada u predškolski uzrast, točnije u jaslice i djevojčica je s kojom se provodilo najviše vremena u vrtiću zbog njezine dobi, ali i potreba koje kao dijete jasličke dobi ima. Školska djeca jutro su provela uz stolno-manipulativne igre, iako je jedna od djevojčica po imenu Ivana odabrala tiše igre koje nisu uključivale nikoga. Nakon jutarnjih aktivnosti, djeca odlaze u svoje sobe na ručak koji slijedi u dvanaest sati, pa sve do dvanaest i trideset. Nakon tog vremena, ako žele, vraćaju se u vrtić. Tijek radnog dana nakon ručka jednak je kao i onaj ujutro, djeca ponovo ulaze u aktivnosti koje žele, a materijali su im dodatno ponuđeni na stolu, kako bi lakše odabrala ono što žele. Budući da mlađa djeca ostaju na odmaranju ako žele ili ako je to primjereno njihovoj dobi, većina djece koja dolazi u popodnevne sate su starija djeca, pa rad s njima protiče uz ugodan razgovor, društvene igre i crtane filmove.

#### 6.3.1. BILJEŠKE IZ DNEVNIKA PRAKTIČNOG RADA TIJEKOM TRODNEVNOG POSJETA

Sva prava imena djece su pod pseudonima.

##### 6.3.1.1. PRVI DAN

Jutarnje okupljanje prošlo je odlično s obzirom da gotovo sva djeca koja su ušla u prostor, vrlo kratko borave u bolnici. Ivona, djevojčica od godine i tri mjeseca vrlo je razigrano

pristupila odgajateljici i dala je da ju primi za ruku i provede kroz prostor. Najviše je uživala u guralicama i provela je cijelo jutro gurajući ih kroz sobu te gledajući i dodirujući zidne aplikacije. Joško je jedino dijete koje polazi vrtić dulje od tjedan dana i trenutni centar odgajateljičinog razmišljanja budući da je za njega pripremila pregršt novih aktivnosti kojima se može baviti tijekom dana. Joško veoma voli autiće i sve što je povezano uz promet. Vrlo dobro barata i znanjem o markama automobila, značenjem semafora, ali i bijelih linija na cesti. Matična odgajateljica je tijekom vikenda Jošku, ali i ostatku grupe izradila velike ploče s dijelovima ceste koje se mogu slagati prema želji djeteta. Tako je Joško cijelo jutro slagao i preslagivao dijelove ceste, dodavao različite ustanove poput „vatrogascov“ i „pilicije“. Djeca najviše vole sudjelovati u dramskim aktivnostima i aktivnostima glume. Tako se u dramskom centru često održavaju predstave mlađe djece, dok starija promatraju, a ponekad se i uključe da bi zabavila mlađu. Ispod teksta prikazuje se slobodna dramska aktivnost djece te se njome naglašava važnost ovakvih interakcija djece s lutkama.



Prilog 1. Dramska aktivnost

#### 6.3.1.2. DRUGI DAN

Tijekom jutarnjeg okupljanja Joško je toliko brzo dotrčao u sobu da je skoro srušio odgajateljicu. Odmah je počeo razgovor s deset pitanja među kojima su se nalazila pitanja

jučerašnje ceste, gdje je ona sada, može li ju uzeti, što mu je odgajateljica donijela, je li ima za njega autić plave boje jer su mu s crvenog „otpala vrata“ i slično. Takav pristup probudio je veliku količinu pozitivnih emocija u sobi, čak i starija djeca koja su inače šutljivija su vrlo glasno razgovarala i diskutirala oko najnovijih trendova s kojima se susreću. Među djevojčicama je vrlo poznata i „Violetta“ dok dečki na to kolutaju očima i pokušavaju ih ušutkati. Ivana je vrlo tjeskobna, teško stupa u interakcije s drugom djecom i vrlo često je sama. Na odjelu je točno tri dana i u tri dana nije htjela stupiti u nikakav razgovor s nikime iz grupe, a ponajmanje s odgajateljicom. Iako izgleda kao da je potpuno nezainteresirana za ono što se događa oko nje, i izgleda kao da dolazi samo kako bi potrošila vrijeme i prolistala koju knjigu, ipak se vrlo često nalazi u krugu gdje se odvija diskusija kako bi postrance slušala. Ako itko od djece pokuša doći do njenog prostora, odmah se povlači i odlazi u drugom smjeru. Crtane filmove uvijek gleda najdalje od sve djece, stvarajući veliki međuprostor i svaki bliži kontakt s drugom osobom u potpunosti izbjegava.

#### 6.3.1.3.TREĆI DAN

Ivana je danas upitala odgajateljicu, nakon što se ona trudila cijelo jutro doprijeti do nje i saznati što ju zanima, da li u sobi ima neizbrisivih markera. Odgajateljica je bila vidno sretna zbog toga, pa iako nije bilo markera, potrudila se nabaviti ga od osoblja koje je prolazilo pored samih vrata vrtića. To je Ivanu vrlo usrećilo pa se u jednom trenutku oslobodila i počela pričati o tome kako je vidjela na televiziji da „neke cure pišu po majicama i onda se to ne izbriše“. Odgajateljica joj je nakon toga rekla kako nemaju majicu koju mogu iskoristiti za isprobavanje toga, ali da će se potruditi sutra donijeti jednu bijelu majicu pa može pokušati nacrtati nešto ili napisati, a da to trajno ostane. Ovo je vrlo kvalitetan primjer promatranja djeteta, koje iako je u grupi relativno novo, postoji veliki potencijal za rad s njim i dobar je pokazatelj kako i u vrlo kratkom vremenu se može pravilno pedagoški intervenirati i pružiti djetetu poticaj za rast i razvoj, ali i utjehu njegovom emocionalnom stanju. Ovaj primjer govori o individualnom pristupu na kojem osoblje vrtića intenzivno radi i može poslužiti kao smjernica za buduća poboljšanja u radu s djecom koja su hospitalizirana, ali i dio odgojno-obrazovnog procesa. U svrhu boljeg razumjevanja, ispod teksta prikazana je fotografija primjera rada u skupini gdje odgajatelj intenzivno radi s djetetom na individualnoj razini.





Prilog 2. Individualni rad s djetetom

#### 6.4. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Na temelju viđenoga i doživljenoga, vrlo je očito kako se rad u bolničkom vrtiću, iako se tako ne čini na prvi pogled, mnogostruko razlikuje od rada u vrtiću s redovitim programom. Očito je također da i djeca nemaju dozu opuštenosti koja bi trebala biti prisutna kod dužeg polazjenja vrtića, nemaju konstantna poznanstva koja mogu graditi i dograđivati kako vrijeme prolazi, ali nemaju niti prethodnu adaptaciju na sve ono što ih očekuje. Svaki dan u vrtiću u bolnici je nova prilagodba djece na izmjenu drugih bolesnika, pa tako i to dodaje notu stresa djetetu, ali je neimnovno koliko pozitivnih emocija izvlače iz tog iskustva baš iz razloga što iako su svi novi, različiti i različite dobi, djeca imaju zajedničke interese na kojima mogu graditi komunikaciju. Često je boravak u ovakvom tipu vrtića narušen odlaskom i dolaskom djece na preglede i s pregleda, na ručak i spavanje u druge prostorije, a kada se ona vrate, dočekaju ga drukčija djeca. Prijateljstva koja se stvore, vrlo lako se i zaborave ako se na tome ne radi intenzivno nakon samog boravka u bolnici. Tu veliku ulogu imaju i roditelji, kao partneri odgojno-obrazovnog procesa hospitaliziranog djeteta i koji slušajući u uvažavajući riječi odgajatelja i njihovog djeteta mogu dovesti kratko poznanstvo na vrlo dugoročnu bazu.

Prostor i materijali ponuđeni za svakodnevne aktivnosti uvelike nalikuju onima u vrtiću s redovnim programom, ali je se njihova upotreba u velikoj količini razlikuje od one standardnog vrtića. Djeca koja se služe s tim materijalima često su prethodno upoznata s njima, ali sam čin korištenja tih materijala više se bavi svrhom ekspresije emocija, izražavanje negativnosti i traži načine kako smanjiti efekte stresa na dijete. Da bi se ova vrst rada održala na svojoj najboljoj razini, potrebno je da odgajatelji vrlo brzo stvaraju kvalitetne zaključke o interesu djeteta i na temelju toga grade buduće poticaje i načine na koje mogu potaknuti razgovor.

## 7. PARTNERSTVO RODITELJA, ODGAJATELJA I MEDICINSKOG OSOBLJA U BOLNICI

Roditelji su nezaobilazni partneri u odgojno-obrazovnom procesu, bio on standardan i redovit, ili kao u vrtiću u bolnici, privremen i neredovit. Partnerstvo s roditeljima najbolje opisuje Ljubetić (2007) koja tumači kako je partnerstvo roditelja i odgojitelja važan čimbenik socijalnog razvoja djeteta u institucijskom kontekstu. Važno je da odgajatelji i roditelji u međusobnu suradnju ulažu mnogo povjerenja, otvorenosti, tolerancije, objektivnosti i spremnosti za uvažavanje osobnih i profesionalnih kompetencija, uzajamno poštovanje, dijeljenje osjećaja i vještina, usklađivanje odgojnih utjecaja i zajedničko rješavanje problema u razvoju i odgoju djeteta. To je, prema autorici, proces međusobnog informiranja, savjetovanja, učenja, dogovaranja i druženja, ali i dijeljenje odgovornosti za cjeloviti dječji razvoj i postignuća, gdje roditelj ima aktivnu ulogu, a svakako je model djeteta.

Mlinarević i Tomas (2010) ističu kako se dobrom suradnjom želi ostvariti kontinuitet u odgoju i obrazovanju, te omogućiti svakom pojedinom djetetu razvoj u sredini u kojoj će se osjećati prihvaćeno, voljeno, sigurno, zadovoljno i sretno, sredini koja će djelovati poticajno na razvoj svih njegovih potencijala i u kojoj će se skrbiti o djetetovim specifičnostima.

Budući da vrtić u bolnici ne uključuje samo roditelje i odgajatelje i stručne suradnike predškolskog odgoja kao sudionike procesa partnerstva, već je tu i medicinsko osoblje koje se brine za kliničku sliku djeteta, tu činjenicu treba posebno objasniti i adekvatno predstaviti oboje roditeljima i svim ostalim članovima stručnog tima. Medicinsko osoblje čini sve što je u njihovoj moći kako bi dijete bilo pravilno i adekvatno zbrinuto po pitanju svog zdravlja, ali i dobrim međuodnosima s roditeljima i pedagoškim timom, posredno može bolje upoznati dijete te samim time pozitivno djelovati i na mentalnu sliku djeteta.

Naime, važno je spoznati da je medicinsko osoblje to koje objavlja invazivne procedure na djetetu, te je ono zaslužno za dobar ili loš ishod samog zahvata. U bolnicama, djeca koja su često vrlo uplašena oko procesa vađenja krvi, mogu se istrgnuti iz ruke liječnika i tako pokidati iglu koja im se nalazi u veni. Kako bi se takvi problemi spriječili, vrlo je važno da je pristup osobe koja djetetu vadi krv topao i iskren, pa tako pravovremeno reagiranje na djetetovu paniku se svodi na iskrenu, ali nježnu rečenicu poput: „Ovo će te malo boljeti, pokušaj razmišljati o svojem novom autiću i kako ćeš ga voziti čim završimo. Brzo ćemo završiti. Koje je boje tvoj novi autić koji ti je tata kupio?“ Ova rečenica referira se na

djetetove osobne preference, na ono što ga veseli i čemu se unaprijed može radovati. Da bi ova rečenica uopće postojala, prije same procedure liječnik ili medicinska sestra trebaju stupiti u kontakt s roditeljem iz kojeg će ova informacija poteći. Roditelj je taj koji najbolje poznaje dijete, koji može svjedočiti o svim njegovim usponima i padovima, o stvarima koje ga vesele, koje ga rastužuju, stvarima kojima se nada i o kojima sanja. Ovaj naprimitivniji oblik suradnje između roditelja i medicinskog osoblja može biti važna prekretnica u radu s djetetom kojem prijete veliki strah i nevjerica zbog onoga što će se dogoditi.

#### 7.1. POBOLJŠANJE RODITELJSKOG ISKUSTVA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE DJETETA

Kako je prethodno spomenuto, hospitalizacija djeteta se klasificira kao veliki izvor stresa koji osim što razvija velike promjene u ponašanju djeteta, razvija ih i u razini roditelja.

Verwey i sur. (2008) naglašavaju kako se roditelji također nalaze u nepoznatom okruženju s nepoznatim vizualnim podražajima, zvukovima i tehnologijom koju ne poznaju, a osim toga bolnica postavlja posebne restrikcije na njihov boravak tamo. Vrijeme posjete može biti vrlo ograničeno, trebaju koristiti posebnu odjeću, a umetanje raznih sprava poput tuba, katetera, intravenoznih igala i slično može stvoriti dodatna ograničenja na dijete, ali i na kretanje roditelja kroz pedijatrijski odjel. Oboje roditelji i djeca pronalaze ove stvari krajnje uznemirujućima. Hospitalizacija djeteta je veoma težak emocionalni udarac, a roditelji koji su već duboko zabrinuti i tužni zbog same bolesti, još više ulaze u stresno područje kada se bolest ne može riješiti ambulantno već dijete mora biti hospitalizirano. Roditelji također vjeruju kako nitko ne poznaje njihovo dijete bolje od njih i oni zapravo žele učiniti sve za svoje dijete u svrhu toga da za njega učine i najbolje. Kada se dijete primi na pedijatrijski odjel, ta briga uglavnom prijeđe na medicinsko osoblje, pogotovo na početku hospitalizacije kada osoblje pregledava dijete, radi krvne pretrage, rendgen, uzima mjere djeteta, ulazi u tihe razgovore oko rezultata i ponekad razmjeni zabrinute poglede. U tom trenutku se roditelji osjećaju isključeno i nemoćno. Proces humanizacije boravka djece i roditelja u posljednje vrijeme je dio intenzivnog rada koji se bazira na povećanju vremena posjete, posebnim apartmanima za roditelje uz dodatne nadoplate i slično. Bolnica, kao ustanova, potiče roditelje na aktivniju ulogu tijekom boravka djeteta u bolnici. Sudjelovanje roditelja treba se poštivati i cijeliti, a osim toga i poticati ga, pa tako roditelji trebaju biti potaknuti da pomognu u brizi za svoje dijete, a to će učiniti na način da dijete hrane, kupaju ga, presvlače mu pelene, oblače ga

i igraju se s njima. Da se ne bi narušio mentalni sklop roditelja koji instinktivno govori roditelju da se za dijete mora skrbiti, čitava jedinica oboje ustanove i osoblja mora se orijentirati na obiteljski pristup pacijentima i njihovim ušim članovima. Sudjelovanje roditelja treba se projicirati kao izvođenje rutinskih fizičkih zadataka i produženog boravka s djetetom u ustanovi. Kada je dijete hospitalizirano, roditeljski prioriteti, uloge i vrijednosti se mijenjaju. Od roditelja se iziskuje da daju maksimalno povjerenje u profesionalnce, da prepuste donošenje odluka u svezi zdravlja djeteta medicinskom osoblju i zapravo više primaju informacije o djetetu, nego što ih daju.

Kako negativna mentalna slika roditelja vrlo brzo može prijeći i na dijete, dužnost je bolnice i svih njenih članova utjecati što je moguće više pozitivno na roditelja, hrabriti ga i poticati ga da se osjeća korisnim i ne zanemarivati njegovu ulogu kao velikog emocionalnog oslonca za samo dijete.

## 7.2. RODITELJSKA UKLJUČENOST U ODGOJNO-OBRAZOVNI SUSTAV VRTIĆA U BOLNICI TIJEKOM HOSPITALIZACIJE

Slunjski (2009) naglašava kako razina i kvaliteta uključenosti roditelja u proces odgoja i obrazovanja djece u vrtiću znatno određuje ne samo kvalitetu odgojno-obrazovnih iskustava djece, nego je i nezamjenjiva prilika njihova vlastitog učenja, tj. razvoja njihovih roditeljskih kompetencija. Kvalitetna i recipročna komunikacija odgajateljima i roditeljima omogućuje zajedničko razumjevanje djece koje nitko od njih ne bi mogao ostvariti sam, bez udjela onog drugog. Isto tako, neprekidna razmjena subjektivnih iskustava i parcijalnih razumjevanja djeteta, odgajatelje i roditelje vodi zajedničkom izgrađivanju „šire slike“ o djetetu, postizanju zajedničkoga, cjelovitog razumjevanja djeteta i razvoju odgojno-obrazovnog pristupa usklađenog s njegovim individualnim i razvojnim posebnostima.

Da bi to moglo biti moguće, vrtić, ali i bolnica općenito, svakim spojim postupkom trebaju roditeljima slati poruku prihvaćanja, uvažavanja i dobrodošlice. To nikada i ni u kojoj situaciji ne smije biti dovedeno u pitanje ili ugroženo. Roditelji su u vrtiću i bolnici uvijek dobrodošli, u vrijeme posjeta koje je određeno pravilima bolnice, koliko god njihovo dijete bilo staro.

Kod vrtića u bolnici je ta situacija pod većim povećalom nego u standardnom vrtiću. Odgajatelji koji su zaduženi za odgojno-obrazovni proces hospitalizirane djece nemaju toliko vremenskih prilika za upoznavanje djeteta, budući da se neka djeca zadržavaju od jednog

dana do par tjedana, ovisno o situaciji u kojoj se nalaze. U takvim situacijama, suradnja i partnerstvo s roditeljima je ključno. Roditelji mogu ukazati na mnogo navika koje dijete ima, načine reakcije koje dijete poduzima kada je sretno, kada osjeća strah ili je tužno. Roditelji su svojevrsne vodilje odgajateljima da u što kraćem roku što bolje upoznaju dijete i tako brzo i pravovremeno reagiraju poticajno na njihov budući rasti razvoj. Ostvarenje stabilne emocionalne veze i veze koja se temelji na međusobnom poštivanju obiju strana je prioritet izgradnje budućih odnosa s djetetom s obzirom da dijete koje ima osjećaj da ga odgajatelj djelomično poznaje se lakše otvara i dijeli daljnje interese i želje s njim. Kao i u standardnom vrtiću, u vrtiću u bolnici trebao bi vladati princip otvorenih vrata koji nalaže kada je vrijeme posjeta da roditelj smije stupiti u prostorije vrtića te sudjelovati u aktivnostima sa svojim djetetom i drugom djecom koja se nalaze u prostoru vrtića. Tako roditelji, kao i u redovitom programu odgojno-obrazovne ustanove, trebaju moći djeci donijeti dijelić sebe, imati prilike raditi i družiti se s njima. Ovakav pristup omogućuje oboje djeci i roditeljima veću uključenost obiteljske slike u vrlo neprirodne i stresne uvjete.

## 8. ZAKLJUČAK

Na temelju istraživanja provedenog u bolnici koja u sklopu pedijatrijskog odjela ima vrtić u bolnici, vidljivo je kako odgojno-obrazovni rad, iako ograničen vremenski, ima višestruke koristi za hospitalizirano dijete. Iako je sam proces hospitalizacije često bolan, tužan i težak za dijete, pravovoljanja reakcija na te emocije u vidu svakidašnjeg održavanja slične rutine kao one „kod kuće“ neimnovno olakšava boravak u bolnici za oboje dijete i roditelja. Kao najveće razlike između standardnog vrtića s redovitim programom i vrtića u bolnici, nameću se dvije stavke, a to su vremensko ograničenje i veliki protok različite djece te nemogućnost oformljavanja stalozene grupe s kojom se dijete može povezati. Iako se to smatra problemom, svakako ima i svoje pozitivne strane, a to su otvaranje mogućnosti djetetu da u vrlo kratkom roku upozna mnoštvo ljudi i s njima izgradi možda privremene, ali svjedno čvrste odnose koji se kasnije mogu nadograđivati kroz akcije roditelja. Brojna istraživanja provedena na temu odgojno-obrazovnih institucija kao dijelova bolnica, potvrđuju pozitivna iskustva koja su sadržana u teoriji. Djeca koja su bila hospitalizirana i imala su igraonice nekakve vrste u bolnici vrlo često su otpuššana uz vrlo pozitivne mentalne vizije onoga što se u bolnici događa. Osim što igranje umanjuje stres djeteta, ono je i osnovna karakteristika djeteta kroz koju stječe svoje znanje. Dopuštanje djetetu da se igra i bude dijete, čak i onda ako mu je život ugrožen, je misija koja ne smije prestati.

## LITERATURA:

1. Bonn, M. (1994). The effects of hospitalisation on children: a review. *Curationis*, 17(2), 20-24.
2. Coyne, I. (2006). *Children's experiences of hospitalization*. London: SAGE Publications.
3. Dječji vrtić izvor - Vrtić u bolnici na adresi <http://www.vrtic-izvor.zagreb.hr/default.aspx?id=51> (4.3.2017.)
4. Ginsburg, K. R. (2007). The importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *Pediatrics* 119(1), 182–191.
5. Glasper, A., Aylott M., Prudhoe, G. (2007). *Fundamental Aspects of Children's and Young People's Nursing Procedures*. London: Quay books
6. Groves, J.; Weaver, K. (2007). *Fundamental aspects of play in hospital*. London: Quay Books
7. Hogg, C. (1990). *Quality Management for Children: Play in Hospital*. London: Play in Hospital Liaison Committee.
8. Hospitalised children by Jinesh TM na adresi <https://www.slideshare.net/samjinesh/hospitalized-child-by-jinesh-tm> (22.2.2017.)
9. Katz, L.G., McClellan, D.E. (1999). *Poticanje razvoja dječje socijalne kompetencije*. Zagreb: Educa
10. Kennedy, I. (2010). *Getting it right for children and young people. Overcoming cultural barriers in the NHS so as to meet their needs*. London: Department of Health.
11. Kolak, Ž., Šečić, A., Matijević, V., Bartolović, J., Kovačić-Percela, D., Hajdaš, M., Mlinar M. (2013). Dječja igra u humanizaciji boravka djece u bolnici. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 25(1-2), 42-49
12. Ljubetić, M. (2009). *Vrtić po mjeri djeteta*. Zagreb: Školske novine
13. Ljubičić, M; Petričić, A; Čačić, A; Ročak, F. (2016). *Program „Vrtić u bolnici“ na Odjelu za pedijatriju Opće bolnice Zadar (The "Kindergarten in the hospital, " the Department of Pediatrics, General Hospital Zadar)*. Opatija: Zbornik radova hrvatske biblioteke
14. Mlinarević, V., Tomas, S. (2010). Partnerstvo roditelja i odgojitelja – čimbenik razvoja socijalne kompetencije djeteta. *Magistra Iadertina*, 5(1), 143-158
15. Play England. (2009). *Charter for Children's Play*. London: Play England



16. Separation anxiety in children: MedilinePlus Medical Encyclopedia na adresi <https://medlineplus.gov/ency/article/001542.htm> (22.2.2017.)
17. Slunjski, E. (2008). *Dječji vrtić zajednica koja uči*. Zagreb: Spektar Media.
18. Ulrich, R., Zimring, C., Joseph, A., Quan, X., Choudhary, R. (2004). *The role of the Physical Enviroment in the Hospital of the 21st century: a Once-in-a-Lifetime Opportunity*. Concord, The Center for Health Design
19. Van Horn, M.; DeMaso, D. R.; Lefkowitz, D. (2003). *Helping Your Child With Medical Experiences: A Practical Parent Guide*. Massachusetts. Children's Hospital Boston.