

Ispitivanje čimbenika za primjenu igre tijekom hospitalizacije djece

Buzov, Nikolina

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:692252>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Ispitivanje čimbenika za primjenu igre tijekom
hospitalizacije djece

Nikolina Buzov

Zagreb, lipanj 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Ispitivanje čimbenika za primjenu igre tijekom
hospitalizacije djece

Nikolina Buzov

doc.dr.sc. Damir Miholić

Zagreb, lipanj 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad **Ispitivanje čimbenika za primjenu igru tijekom hospitalizacije djece** i da sam njegov autor/autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Nikolina Buzov

Mjesto i datum: Zagreb, 19.06.2020.

Zahvaljujem mentoru doc.dr.sc. Damiru Miholiću na usmjeravanju, podršci i strpljenju tijekom cijelog studiranja, a posebno tijekom pisanja diplomskog rada.

Zahvaljujem mentorici „u sjeni“ mr. Ivanki Gregurinčić na inspiraciji i znanju koje je uvijek rado dijelila.

Veliko hvala mojim roditeljima koji su uvijek vjerovali u mene i pružali mi podršku u svakom smislu.

Hvala mom dečku Jakovu za sva ispitivanja, strpljenje, ljubav i podršku.

Hvala mojim prijateljicama i kolegicama („SP“), ovaj put koji smo zajedno prošli zauvijek će imati posebno mjesto u mom srcu i sjećanju.

Hvala svim prijateljima i obitelji iz Splita koji su brojali dane do mog povratka iz Zagreba.

Naslov rada: **Ispitivanje čimbenika za primjenu igre tijekom hospitalizacije djece**

Ime i prezime studentice: **Nikolina Buzov**

Ime i prezime mentora: **doc.dr.sc. Damir Miholić**

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: **Edukacijska rehabilitacija/Rehabilitacija, sofrologija, kreativne terapije i art/ekspresivne terapije**

Sažetak:

Svako dijete ima pravo na zdravlje i najkvalitetniju zdravstvenu skrb. Zbog negativnog utjecaja boravka u bolnici na psihofiziološki razvoj djeteta, danas se sve više djecu liječi kroz dnevne bolnice i ambulantne preglede. Ponekad, zbog bolesti djeteta, to nije moguće pa se djeca hospitaliziraju. Hospitalizacija označava smještanje djeteta u bolnicu što predstavlja odvajanje od poznate okoline i osoba i susret s nepoznatim okruženjem i osobama te često uključuje osjećaj boli i straha. Posljedica hospitalizacije može biti hospitalizam. Hospitalizam kod djeteta nastaje zbog nemogućnosti boravka roditelja uz hospitalizirano dijete, a javlja se zbog duljeg boravka u bolnici. Suvremena medicina nastoji ublažiti negativne posljedice hospitalizacije. Humaniziraju se uvjeti u bolnicama, proširuju se kapaciteti kako bi roditelji mogli biti stalno uz dijete te se izgrađuju igraonice i zapošljavaju stručnjaci za igru u bolnici. Igru vežemo uz djecu i djetinjstvo. Igra je spontana aktivnost koja djeci predstavlja zadovoljstvo i sreću. Igra ima utjecaj na motorički, kognitivni i socioemocionalni razvoj djeteta. Rezultati velikog broja istraživanja pokazali su da igra tijekom hospitalizacije smanjuje anksioznost kod djece i omogućava im kreiranje dojma svakodnevnog života. Kako bi se igra mogla primjenjivati tijekom hospitalizacije potrebno je ispitati čimbenike važne za njenu organizaciju u bolnici. Cilj ovog preglednog rada je prikazati rezultate istraživanja o fizičkim i stručnim čimbenicima koji su važni za organiziranje igre u bolnici. Fizički čimbenici odnose se na izgled i funkciju igraonice. Igraonica u bolnici je fizički odvojena prostorija u kojoj se ne provode medicinski pregledi i postupci. Stručni čimbenici odnose se na stručnjaka koji je educiran za igru u bolnici, edukacije koje su dostupne za ovo područje te široki spektar područja rada stručnjaka u bolnici. Stručnjak za igru u bolnici je osoba koja ima formalno obrazovanje za rad s djecom i mladima te završenu dodatnu edukaciju za provođenje igre u bolničkim uvjetima. Zemlje koje nude ovakvu specifičnu edukaciju u sklopu visokog obrazovanja su Velika Britanija i Sjedinjene Američke Države. Područja rada stručnjaka za igru obuhvaća različite grane pedijatrije poput ortopedije, pedijatrijske radiologije, otorinolaringologije, neonatalne intenzivne skrbi i odjela za praćenje epilepsije. Stručnjak za igru u bolnici koristi različite metode bazirane na igri kako bi djecu i adolescente pripremio za medicinske procedure, operacije i pomogao u smanjenju boli. Na kraju rada prikazat ću stanje u Republici Hrvatskoj. U hrvatskim bolnicama uvjeti za provođenje igre se poboljšavaju zahvaljujući inicijativi raznih udruga. U Hrvatskoj ne postoji službena edukacija za zanimanje stručnjaka za igru u bolnici.

Ključne riječi: *hospitalizacija djece, igra, igraonica, stručnjak za igru u bolnici*

Title of the paper: **Research of the factors for the application of play during hospitalization of children**

Name of the student: **Nikolina Buzov**

Name of the mentor: **doc.dr.sc. Damir Miholić**

The program/module in which the final exam is taken: **Educational Rehabilitation/Rehabilitation, Sophrology, Creative therapy and art/expressive therapy**

Summary:

Every child has the right to be healthy and to have the highest quality health care. Due to the negative impact of hospitalization on the psychophysiological development of the child, today children are cured through day hospitals and outpatient examinations. Sometimes, due to the child's illness, that is not possible and then children are hospitalized. Hospitalization denotes placing children in a hospital which represents separation from a familiar environment and people and encounter with an unfamiliar environment and people and often feelings like pain and fear. Sometimes the result of hospitalization may be hospitalism. Hospitalism occurs due to the impossibility of the parents staying with the hospitalized child and due to a longer stay in the hospital. Modern medicine seeks to mitigate the negative consequences of hospitalization. Conditions in hospitals are being humanized, capacities are being expanded so that parents can be with their child at all times, there are playrooms in hospitals and employed hospital play specialists. We associate the game with children and childhood. Play is a spontaneous activity that presents pleasure and happiness to children. Play has an impact on a child's motor, cognitive, and socioemotional development. The results of a large number of studies have shown that during hospitalization play reduce anxiety in children and enable them to create the impression of everyday life. As the play can be applied during hospitalization, it is necessary to examine the factors important for its organization in the hospital. The aim of this review paper is to present the results of research on physical and professional factors that are important for the organization of play in the hospital. Physical factors are the appearance and function of the playroom. The playroom in the hospital is a physically separate room in which no medical examinations and procedures are performed. Professional factors relate to professionals trained for conducting play in the hospital, the education available for the field, and the wide range of working areas. A hospital play specialist is an expert who has a formal education to work with children and young people and has completed additional training to conduct play in a hospital setting. Countries that offer education for hospital play specialist in higher education are the United Kingdom and the United States. Areas of work include various branches of pediatrics such as orthopedics, pediatric radiology, otorhinolaryngology, neonatal intensive care and epilepsy monitoring departments. A hospital play specialist uses a variety of play-based methods to prepare children and adolescents for medical procedures, surgeries, and help reduce pain. At the end of the paper I will present the situation in the Croatia. In Croatian hospitals, the conditions for conducting the play are improving because of various associations. In Croatia, there is no official training for the hospital play specialist.

Key words: *hospitalization of children, play, playroom, hospital play specialist*

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Hospitalizacija djece	1
1.1.1. Hospitalizam	2
1.1.2. Ispitivanje iskustava djece tijekom hospitalizacije	3
1.1.3. Utjecaj hospitalizacije na obitelj hospitaliziranog djeteta	4
1.2. Važnost igre za hospitaliziranu djecu	7
1.2.1. Definiranje igre	7
1.2.2. Utjecaj igre na iskustvo hospitalizacije.....	9
2. Problemska pitanja	11
3. Pregled dosadašnjih spoznaja.....	12
3.1. Fizički i organizacijski čimbenici važni za primjenu igre tijekom hospitalizacije djece	12
3.1.1. Izgled igraonice.....	12
3.1.2. Funkcije igraonice.....	15
3.2. Čimbenici vezani uz stručnjake koji su važni za primjenu igre tijekom hospitalizacije	17
3.2.1. Stručnjak za igru u bolnici	17
3.2.2. Edukacije.....	19
3.2.3. Područja rada stručnjaka za igru u bolnici	21
3.3. Uvjeti za igru u bolnicama u Republici Hrvatskoj	32
4. Zaključak.....	35
5. Literatura	36

1. Uvod

1.1. Hospitalizacija djece

Konvencija o pravima djeteta (Ujedinjeni narodi, 1989), kao krovni svjetski dokument o dječjim pravima, označava pravo djeteta na zdravlje (članak 24) jednim od temeljnih prava. Članak 1 Povelje o pravima djeteta u bolnici (Europske udruge za djecu u bolnici, 1988) govori „Djecu je potrebno primiti u bolnicu samo ako im se njega koju zahtijevaju, ne može jednako dobro pružiti kod kuće ili u dnevnoj klinici.“ Ovim člankom se naglašava da je djetetu potrebno omogućiti najbolji oblik liječenja koji je najpodobniji za njegovo zdravstveno stanje i razvoj. Ponekad je, zbog djetetovog kroničnog stanja ili bolesti, djecu potrebno hospitalizirati. Napretkom medicine i tehnologije, danas se najčešće hospitaliziraju djeca koja imaju teške ili kronične bolesti te zbog toga često doživljavaju ponovljene hospitalizacije (Carlson, Enenbach, Megel, Wilson, 2010).

Hospitalizacija ili boravak djeteta u bolnici je bolno i zastrašujuću iskustvo za dijete jer uključuje odvajanje od poznatog (obitelji, okoline, vršnjaka, aktivnosti koje voli), a izlaganje bolničkoj okolini koja uključuje kontakt s djetetu nepoznatim osobama, manjak slobode, kontrole i privatnosti (Adams, 1976; Bar-Mor, Haiat, Shochat, 2003) i često uključuje korištenje bolnih medicinskih postupaka (Divljaković, Lang Morović, Kraljević, Matijević, Maček Trifunović, 2014). Najčešći zdravstveni razlozi hospitalizacije djece su određena trajna i kronična stanja i bolesti djece (Grgurić, Paravina, Zakanj, 2003). Grgurić i sur. (2003) ističu da se određeni postotak hospitalizirane djece zadržava u bolnici ne samo zbog zdravstvenih razloga, već i zbog socijalnih čimbenika. Neki od takvih čimbenika su roditelji ovisnici, roditelji s intelektualnim i socijalnim teškoćama, loši uvjeti stanovanja, veći broj djece u obitelji i dijete u emigraciji. Kod ovakve djece javlja se opetovana traumatizacija uzorkovana čestim hospitalizacijama. Pozitivni utjecaj hospitalizacije je liječenje same bolesti (Gavran, Kostović Srzentić, 2009), no ako se ne ublaže promjene koje ona unosi u djetetov život utjecaj će većinom biti negativan. Promjene koje hospitalizacija donosi u djetetov život mogu se manifestirati kroz regresiju, kašnjenje u razvoju, poremećaje hranjenja i spavanja, pojavu različitih strahova, prekomjernu ovisnost o pomoći drugih (naučenu bespomoćnost), agresivnost, apatiju, negativizam te anksioznost (Bar-Mor i sur., 2003). Hospitalizacija kod djece najčešće izaziva veliku količinu stresa te povećano lučenje kortizola. Reakcija djeteta na stresnu situaciju ovisi o djetetovom stupnju razvoja te njegovoj dobi. Stres vrlo lako možemo prepoznati kroz bihevioralne odgovore poput plakanja, agresivnosti, glavobolje, povlačenja,

motoričke smirenosti ili hiperaktivnosti i mnoge druge (Allen, 2003 prema Coin de Carvalho, Fernandes do Prado, Fernandes do Prado, Potasz, Vilela de Varela, 2013; Marion, 2003 prema Potasz i sur., 2013). Također, možemo izmjeriti razinu kortizola, hormona koji se popularno naziva hormon stresa, analizom urina. Kortizol je vrlo bitan jer utječe na razne sustave u organizmu čovjeka kao što su kardiovaskularni sustav, volumen tjelesnih tekućina i krvarenje, imunološki sustav, metabolizam, neurobiologiju i reproduktivni sustav (Balog, Boranić, Ćurić, Gabrilovac, Gregurek, Koršić, Lauc, Marotti, Martin-Kleiner, Pivac, Muck-Šeler, Sabioncello, Stojević, Trkulja, 2008; Potasz i sur., 2013). Velika količina stresa izazvana manjkom kontrole u bolničkim uvjetima i tijekom medicinskih zahvata dovodi do visoke razine anksioznosti kod hospitalizirane djece. Anksioznost ima veliki utjecaj na djetetov psihološki i fiziološki razvoj, sposobnost suočavanja s medicinskim zahvatima i pregledima, pojačanje nesuradljivosti i negativnih emocija prema zdravstvenim djelatnicima (Chung, Ho, Kwok, Li, 2016). Negativni učinci hospitalizacije mogu imati dugotrajne manifestacije u odrasloj dobi (Freud, 1952 prema Adams, 1976).

1.1.1. Hospitalizam

Tijekom hospitalizacije najčešće se u nekoj mjeri događa odvajanje djeteta od roditelja što je jedan od najutjecajnijih čimbenika za nastanak hospitalizma. Zato se u Članku 2 Povelje o pravima djeteta u bolnici naglašava da „Hospitalizirana djeca imaju pravo, tijekom cijelog boravka u bolnici uz sebe imati roditelja ili nekoga tko ga zamjenjuje.“ čime se želi smanjiti ili potpuno ukloniti negativne posljedice nastale odvajanjem od roditelja (Europske udruge za djecu u bolnici, 1988). Rizik od razvoja hospitalizma kod djece povećava se strahom od medicinskih pregleda i postupaka, boli, smrću druge djece, strahom od dijagnoze, neizvjesnošću, gubitkom kontrole i sigurnosti (Koukoutikos, Pantelidou, Tsaloglidou, Tzaha, 2015).

„Hospitalizam ili anaklitička depresija skup je psiholoških poteškoća koje se javljaju kod djece za vrijeme duljeg boravka u bolničkoj ustanovi dok su odvojena od obitelji“ (Nikolić, 1996 prema Bartolović, Hajdaš, Kolak, Kovačić-Prcela, Matijević, Mlinar, Šečić, 2013). Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10, hospitalizam pripada grupi poremećaja prilagodbe (Svjetska zdravstvena organizacija, 2010 prema Divljaković i sur., 2014). U najrizičniju skupinu za razvoj ovih poteškoća spadaju djeca jedinci, djeca niže kronološke dobi, djeca koja su ranije imala loša iskustva s odvajanje od roditelja, djeca čiji se roditelji ponašaju prezaštitnički, djeca koja loše reagiraju na nepoznate osobe (Havelka, 2002 prema

Bartolović i sur., 2013), djeca koja imaju kroničnu bolest (zbog opetovanih hospitalizacija) te ona čija stanja ugrožavaju njihov život (Koukoutikos i sur., 2015). Prilagodba djeteta na hospitalizaciju može trajati nekoliko dana do nekoliko tjedana što ovisi o djetetovoj dobi, razvojnoj fazi, metodama suočavanja, reakciji na stres te samim uvjetima u bolnici, no ona nikad nije potpuna. Havelka (2002 prema Divljaković i sur., 2014; Bartolović i sur., 2013) je definirala razdoblja koja čine hospitalizam, a odnose se na prilagodbu djeteta na bolnicu i bolničku sredinu:

1. Faza protesta- traje prvih nekoliko dana. Javlja se kao reakcija na odvajanje i obilježava je prekomjerna opća aktivnost djeteta, bijes na okolinu i plakanje
2. Faza očaja- dijete se motorički smiruje, gubi nadu da će se majka vratiti, apatično je te su mogući problemi s hranjenjem i spavanjem
3. Faza prividnog prihvatanja- dijete se počinje baviti drugim sadržajima zbog nemogućnosti podnošenja velike količine negativnih emocija, polako počinje prihvaćati određeni stupanj neizvjesnosti, a posljedice se očituju nakon izlaska iz bolnice i potencijalno u odrasloj dobi (mucanje, enureza, tepanje, sisanje palca)

Vrlo je važno raditi na smanjenu anksioznosti izazvane hospitalizacijom kako bi djeca imala osjećaj kontrole u medicinskim zahvatima što bi potaklo njihovu suradnju, smanjilo njihov strah i korištenje sedativa tijekom medicinskih procedura. Smanjenje hospitalizacije moguće je „normalizacijom“ bolničkog okruženja tako što će se djeci omogućiti uključivanje u „nebolničke“ aktivnosti poput igre. (Burns-Nader, Hernandez-Reif, 2016).

1.1.2. Ispitivanje iskustava djece tijekom hospitalizacije

Postoje razni mediji putem kojih možemo ispitati djetetovo iskustvo tijekom hospitalizacije: crtež, pričanje priča, gluma, zapisi u djetetovom dnevniku, fokus grupe, korištenje lutke ili igračke telefona (Carlson i sur., 2010). Korištenje ovih tehnika je važno kako bi individualizirali pristup prema svakom djetetu sukladno njegovim osjećajima, ponašanjima i mislima. Povijesno su se istraživači fokusirali na mišljenja i iskustva roditelja i medicinskog osoblja koje radi na pedijatrijskim odjelima. Donošenjem međunarodnih dokumenata vezanih uz dječja prava, prvenstveno, Konvencije o pravima djeteta (Ujedinjeni narodi, 1989) fokus se pomiče na istraživanje dječjeg stajališta i iskustava (Carney, Murphy, McClure, Bushop, Kerr, Parker, Scott, Shields, Wilson, 2003). Istraživanja koja ispituju djetetovu perspektivu o hospitalizaciji uvelike pridonose mijenjanju uvjeta i pristupa u bolnicama.

Carlson i sur. (2010) proveli su kvalitativno istraživanje u kojem su analizirali priče devedeset troje djece korištenjem instrumenta The revised Barton Hospital Picture Test (Wilson i sur., 2007 prema Carlson i sur., 2010). Rezultati su se grupirali u tri glavne teme. Teme su bile usamljenost, svjesnost o pozitivnom ili negativnom ishodu i doživljaj bolnice kao jedinstvenog okruženja. Priče vezane uz usamljenost su bile najčešće i uključivale su dvije situacije: nesigurnost što će se iduće dogoditi i očekivanje da će se nešto strašno ili loše dogoditi. Emocije koje su povezivali s usamljenošću bile su strah, ljutnja i tuga. Tijekom pričanja priča o usamljenosti djeca su najčešće (u pričama) tražila zaštitu roditelja, a u manjem broju i medicinskih sestara. Osim straha, priče o usamljenosti su povezivali s udaljenošću od kuće ili drugog poznatog okruženja. Emocije koje su tada navodili bile su dosadivanje, usamljenost i tuga. Najčešće su tada u priče uključivali roditelje, prijatelje, rodbinu kao i osoblje koje bi se onda s njima u priči igralo, razgovaralo i družilo. Priče vezane uz svjesnost o pozitivnom i negativnom ishodu uključivale su pozitivne ishode boravka u bolnici poput odlaska kući, boljeg zdravstvenog stanja i osjećaja da im je netko pomogao. Negativni ishodi boravka u bolnici bili su smrt, osjećaj da im se nije pomoglo i dugotrajni boravak u bolnici. Tema bolnice kao jedinstvenog okruženja odnosi se na priče koje su bolnicu prikazivale kao zabavno, ali istovremeno i opasno mjesto. U pričama su djeca bolnice prikazivala kao mjesto novih iskustava, stvaranja novih prijateljstava i igranja novih igara. Ovo istraživanje je vrijedno jer nam daje uvid u dječju perspektivu hospitalizacije te ova saznanja mogu biti korisna prilikom odabira intervencija koje će djeci biti najkorisnije.

1.1.3. Utjecaj hospitalizacije na obitelj hospitaliziranog djeteta

Bitan aspekt hospitalizacije djece je utjecaj iste na roditelje i obitelj djeteta. Mogućnost boravka roditelja uz dijete mijenjala se kroz povijest pedijatrijskog liječenja. Danas roditelji imaju mogućnost boravka uz dijete iako se još uvijek treba raditi na povećanju kapaciteta za boravak roditelja. Stresni faktori za roditelje mogu biti neizvjesnost oko djetetovog stanja, zabrinutost oko informacija koje su dobili u bolnici, promjene u roditeljskoj ulozi, nesigurnost oko svoje uloge u bolnici, nepoznata okolina te gubitak kontrole i neovisnosti (Elander, Hallstrom, Runesson, 2002). Autorica Shields (2001) u svom radu dala je pregled literature iz zemalja u razvoju i razvijenih zemalja o utjecaju hospitalizacije na roditelje. Nakon pregleda velikog broja istraživanja, autorica zaključuje da se anksioznost kod roditelja povećava tijekom hospitalizacije njihovog djeteta. Anksioznost može biti smanjena boravkom uz dijete, dobrom komunikacijom s medicinskim i nemedicinskim osobljem i davanjem informacija tako da ih roditelji mogu razumjeti. Pregled literature pokazao je da majke, češće od očeva,

rade prilagodbe u svom životu (posao, briga o drugoj djeci).

Elander i sur. (2002) u svom su istraživanju ispitivali potrebe roditelja tijekom hospitalizacije njihove djece. Istraživanje je provedeno 1999. godine tijekom devet tjedana. U istraživanju je sudjelovalo trideset pet roditelja. Tijekom istraživanja koristila se opservacija. Analizom rezultata definirano je devet tema koje se odnose na potrebe roditelja tijekom hospitalizacije njihovog djeteta: potreba za sigurnošću, osiguravanje sigurnosti svom djetetu, komunikacija, kontrola, roditeljska kompetencija, uklapanje, obitelj, odmor i zadovoljavanje praktičnih potreba. Potreba za sigurnošću odnosi se na kompetentnost stručnjaka koji brinu o djetetu, organizaciju posla u bolnici (što onda utječe na sigurnost samog procesa liječenja) i mogućnost ostanka sa svojim djetetom. Potreba za osiguravanjem sigurnosti svom djetetu uključuje prethodno navedeno kao i ostvarivanje odnosa i aktivnosti koje pridonose normalizaciji i koje su poznate za dijete i roditelje. Potreba za komunikacijom odnosi se na dobivanje informacija koje su im razumljive. Potreba za kontrolom odnosi se na potrebu kontrole nad svim što se događa tijekom hospitalizacije djeteta (djetetovo stanje, tretman, stručnjaci). Potreba za roditeljskom kompetencijom odnosi se na ispunjavanje potreba djeteta, supružnika i profesionalaca. Potreba za uklapanjem odnosi se na slaganje s osobljem. Majke nisu htjele da se njihovi postupci protumače kao kritika osoblju. Potreba vezana uz obitelj odnosi se na dugotrajni boravak roditelja u bolnici. Ta se potreba često preklapa s potrebom za odmorom. Roditelji ne žele ostati u bolnici dulje nego je to potrebno. Zadovoljavanje praktičnih potreba odnosi se na potrebe koje ima svako ljudskog biće, kao na primjer spavanje i hrana. Često roditelji stavljaju svoje praktične potrebe na drugo mjesto te se u potpunosti posvećuju hospitaliziranom djetetu.

Osim utjecaja hospitalizacije na roditelje djeteta, važan je i utjecaj iste na braću i sestre hospitaliziranog djeteta. Williams i sur. (2009 prema Nabors, Liddle, 2017) govore da braća i sestre mogu biti više zabrinuti za svoje zdravlje, osjećati se usamljeno zbog toga što roditelji svu svoju pažnju usmjeravaju na bolesno dijete te mogu izražavati negativna ponašanja. S druge strane, braća i sestre mogu doživljavati i pozitivne osjećaje kad pomažu bolesnom bratu/sestri i cijeloj obitelji u prilagođavanju i nošenju s nastalom situacijom (Sharpe, Rossiter, 2002 prema Nabors, Liddle, 2017). Braća i sestre mlađe kronološke dobi mogu imati osjećaj odgovornosti ili krivnje što su im brat ili sestra bolesni. Također, može se javiti i strah da će se i oni razboljeti što se reflektira kroz depresiju i probleme u školi (Craft, Wyatt, Sandell, 1985).

Craft i sur. (1985) proveli su istraživanje u kojem je sudjelovalo sto dvadeset i troje braće i sestara u dobi od pet do sedamnaest godina. Braći i sestrama koji su bili u dobi od pet do devet godina pokazane su četiri slike te se koristila projekтивna tehnika tijekom intervjua. Ako djeca ne bi ništa govorila, istraživači bi im postavljali pitanja. Ista pitanja su postavljana i starijoj djeci. Cilj istraživanja je bio ispitati jesu li se pojavile promjene u ponašanju ili osjećajima kod braće i sestara kojima je brat ili sestra u bolnici. Ponašanja i osjećaji koji su zanimali autore bili su: problemi sa spavanjem, apetit, ljutnja, problemi u školi, nervoza, svađanje s drugom djecom, pojavljivanje noćnih mora, mokrenje u krevet, griženje noktiju, želja za samoćom, želja za provođenjem više vremena s roditeljem ili želja za zблиžavanjem s roditeljem (za ispitanike u dobi od deset do sedamnaest godina) / želja za sjedenjem u krilu roditelja (za ispitanike u dobi od pet do devet godina), osjećaj da su zdravi i sisanje palca. Rezultati su pokazali petsto devetnaest promjena u ponašanjima i osjećajima kod ispitanika, prosječno četiri promjene po ispitaniku. Najčešća promjena se odnosila na želju za provođenjem više vremena s roditeljem, a druge češće promjene bile su smanjenje apetita, osjećaj nervoze i povećanje problema u školi. Braća i sestre niže kronološke dobi su pokazala više promjena u ponašanju i osjećajima od braće i sestara više kronološke dobi (deset do sedamnaest godina). Autori su ispitivali i procjenu bratsko sestrinskog odnosa tako što su ispitanici procjenjivali: jesu li „prijatelji“, „dobri prijatelji“ ili „najbolji prijatelji“ svom bratu ili sestri koji je u bolnici. Oni koji su odnos opisali kao „najbolji prijatelji“ pokazali su statistički više promjena u ponašanju i osjećajima. Rezultati su pokazali da djeca kojoj su roditelji dali ograničene informacije o bolesti brata ili sestre pokazuju statistički više promjena u ponašanju i osjećajima od djeca kojima roditelji nisu dali nikakva objašnjenja ili potpuna objašnjenja i informacije. Četrdeset braće i sestara je iskazalo strah da će dobiti istu bolest kao hospitalizirani brat ili sestra te su oni koji su iskazivali taj strah imali statistički više promjena u ponašanju. Autori su također željeli ispitati koji su to faktori koji pridonose promjeni u ponašanju ili osjećajima kod braće i sestara. Dva faktora su pokazala statističku značajnost. Prvi se odnosi na progresivnost bolesti hospitaliziranog brata ili sestre. Braća i sestre hospitalizirane djece s progresivnim bolestima (5.32) imali su veći prosječan broj promjena u ponašanjima i osjećajima od braće i sestara djece s akutnim bolestima (3.69). Drugi faktor odnosio se na trajanje bolesti hospitaliziranog brata ili sestre. Braća i sestre djece koja su bolesna od dvije do četiri godine imali su najveći prosječan broj promjena u ponašanju i osjećajima (9.5), a nakon njih najveći su broj imali braća i sestre djece koja su bolesna dva mjeseca do dvije godine (9.06). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da stručnjaci koji rade u bolnicama ne smiju zanemariti braću i sestre oboljele djece. Potrebno je s njima otvoreno

razgovarati, odgovarati na sva njihova pitanja, pružati im pažnju i podršku te im omogućiti boravak i druženje s hospitaliziranim bratom ili sestrom.

Iako je hospitalizacija proces koji je stresan za dijete i njegovu obitelj, mogućnost boravka roditelja uz dijete i provođenje aktivnosti koje su slične aktivnostima koje bi inače dijete radilo u svojoj okolini ublažavaju negativne posljedice koje se odražavaju na djetetov razvoj. Igra tijekom hospitalizacije jedna je od bitnih aktivnosti koje pridonose „normalizaciji“ hospitalizacije za dijete.

1.2. Važnost igre za hospitaliziranu djecu

1.2.1. Definiranje igre

Igru najviše vežemo uz djetinjstvo i djecu. Lindon (2001 prema Klarin 2017) naglašava da je igra svaka aktivnost koju dijete bira samo, a za posljedicu ima uživanje i zadovoljstvo. Igra se najčešće događa prirodno, dijete bira određene igračke i predmete te se ona odvija u opuštenoj atmosferi (Jun-Tai, 2008). Važnost igre za razvoj djeteta je neizmjerena te je ona u fokusu brojnih znanstvenika i teoretičara (Klarin, 2017).

Igra ima važnu ulogu u tjelesnom razvoju djeteta. Tijekom igre dijete je motorički aktivno i zadovoljava svoju potrebu za kretanjem što omogućava razvijanje svih motoričkih sposobnosti poput ravnoteže, grube i fine motorike, spretnosti, koordinacije oko-ruka, pravilnog držanja, koordinacije prstiju, jakosti i fleksibilnosti. Motorički razvoj djeteta i igra međusobno utječu jedno na drugo jer razina motoričkog razvoja uvjetuje djetetov izbor aktivnosti tijekom igre, a sama igra potiče tjelesni razvoj (Klarin, 2017). Važna je i uloga igre u kognitivnom razvoju djeteta. Igru obilježava istraživanje, uvježbavanje, spontanost i imaginacija što pridonosi razvoju jezika, simboličkog predočavanja, socijalnih vještina, čitanja, matematičkih vještina te dijete postaje neovisno o realnoj situaciji (Klarin, 2017). Russ (2014 prema Klarin, 2017) navodi kognitivne procese koje možemo prepoznati u dječjoj igri: organizacija (logički redoslijed, uzrok-posljedica), divergentno mišljenje (generiranje ideja), simbolizam i fantazija (razvoj mašte i imaginacije). Vrlo je bitan i utjecaj igre na emocionalni razvoj, pogotovo djetetovu samoregulaciju koja je bitna za razvoj vršnjačkih interakcija (Thompson, 1994 prema Klarin, 2017). Dijete se uči samoregulirati kroz različite mehanizme, modifikaciju, promatranje i evaluaciju svojih emocija tijekom različitih aktivnosti igre što se posebno događa kroz igre s pravilima. Kroz igru dijete uči emocionalnu ekspresiju i emocionalno razumijevanje, rješavanje konflikta, usklađivanje svojih i tuđih

potreba te vježba različite uloge. Emocionalni razvoj teško je odvojiti od socijalnog razvoja. Kroz igru dijete ima priliku razviti i socioemocionalne sposobnosti poput društvenosti, komunikativnosti, suradnje, odgovornosti, samostalnosti, solidarnosti i empatije (Klarin, 2017). Igra doprinosi mentalnom i emocionalnom zdravlju djeteta što je vrlo bitno za razvoj mehanizama suočavanja te potiče razvoj samopouzdanja i samopoštovanja (Dell Clark, 2003 prema Koukoutikos i sur., 2015).

Postoje različite vrste igara, ali svaka igra ima neka zajednička obilježja: igra je intrinzično motivirana, spontana, sama sebi svrha, proces, oslobođena je vanjskih pravila, uključuje aktivni angažman, igra nije ozbiljna izvedba aktivnosti ili ponašanja, igra je različita za svakoga, oslobođena je od vremena te predstavlja zadovoljstvo (Rubin, Fein i Vandenberg, 1983; Else, 2014 prema Klarin, 2017). Jedan od najpoznatijih teoretičara dječjeg kognitivnog razvoja je Jean Piaget. Klarin (2017) ističe da je Piaget naglašavao da „kroz igru dijete ne mora nužno učiti, igra može biti odraz već naučenog“. Piaget ističe kako je igra važna za usvajanje jezika, razvoj mišljenja, formiranje kognitivnih konstrukcija, otkrivanja novih spoznaja i razumijevanje okoline (Klarin, 2017). Kako se dijete razvija i kognitivno napreduje, napreduje i njegova igra. Igru tako možemo kategorizirati s obzirom na složenost:

- 1) funkcionalna igra- uključuje jednostavne ponavljajuće mišićne pokrete s predmetima ili bez njih
- 2) konstruktivna igra- usmjerenja je na stvaranje (npr. gradnja tornja od kocaka), pridonosi razvoju specijalnih sposobnosti, proporcija i odnosa
- 3) igra pretvaranja- dijete daje značenje predmetu koji taj predmet nema (npr. štap predstavlja gitaru)
- 4) igre s pravilima- odnosi se na igre koje imaju već unaprijed određena pravila, ovakve igre pridonose razvoju jezika i socioemocionalnom razvoju djeteta (Vasta, Haith i Miller, 2000 prema Klarin, 2017).

Kamenov (1986) daje klasifikaciju igre prema teoriji Piageta koja je u skladu s razvojem mišljenja kod djeteta:

- 1) praktična, funkcionalna igra- javlja se tijekom senzomotornog perioda (2.-18. mjesec), a karakterizira je oblikovanje materijala i vlastitog tijela
- 2) simbolička igra- javlja se tijekom druge godine života, a postupno opada nakon četvrte godine. Simbolička igra se odnosi na igre pretvaranja i na simboličko iskrivljavanje stvarnosti

- 3) igre s pravilima- rijetko se pojavljuju prije sedme godine (period konkretnih operacija) i zadržavaju se tijekom cijelog života

Piaget naglašava da se ova tri osnovna oblika igre međusobno nadovezuju, a razlikuju se po tome što se na svakom stupnju razvoja realnost asimilira u različite sheme.

Klarin (2017) navodi noviju klasifikaciju igre:

- 1) fizičke igre- uključuje fizičke igre, istraživačke igre, manipulativne igre i konstruktivne igre
- 2) igre pretvaranja- uključuje igre pretvaranja, dramske igre, igranje uloga, igre fantazije, početno pisanje i računanje te sociodramske igre
- 3) jezik- igre koje uključuju zvuk i riječi
- 4) igre s pravilima
- 5) kreativne igre- dijete se koristi tijelom i materijalima kako bi nešto naučilo ili se izrazilo (npr. crtanje, plesanje, oblikovanje materijala)

Vrlo važno je omogućiti djeci širok raspon igraćaka koje mogu izabrati. Kroz djetetov izbor igraćaka ogleda se njegova motivacija koja je potaknuta unutarnjim procesima, željama, problemima i anksioznošću (Bettelheim, 1987 prema Gariepy i Howe, 2003). Gariepy i Howe (2003, prema Freud, 1952, 1965, Piaget, 1962) navode da će djeca koja su anksiozna izabrati igračke koje su povezane s izvorom njihove anksioznosti dok će djeca koja nisu u stresu izabirati igračke s obzirom koliko su one nove za njih.

1.2.2. Utjecaj igre na iskustvo hospitalizacije

Igra razvija vještine suočavanja te su istraživanja pokazala da igra pomaže djetetu u adaptaciji na nove okolnosti koje hospitalizacija uključuje (Brown, Patte, 2013 prema Karin 2017). Osim ublažavanje negativnih emocija, uloga igre je omogućiti djetetu komunikaciju i samoizražavanje kako bi ga obitelj, ali i medicinski tim bolje razumjeli (Kourkouta, Papathanasiou, 2014 prema Koukoutikos i sur., 2015). Koukoutikos i sur. (2015) proučavali su velik broj istraživanja te na temelju njih popisali koristi igre u bolničkim uvjetima:

- igra u bolnici omogućuje oblik povezanosti s poznatim, prijateljskim okruženjem
- omogućuje kreiranje dojma svakodnevnog života
- omogućuje transformaciju negativnih emocija i razočaranja uzrokovanih hospitalizacijom
- smanjuje stres i anksioznost, razvija poštovanje prema tuđem mišljenju i osjećajima

- utječe na zadržavanje samopoštovanja i samopouzdanja te osjećaja kontrole nad situacijom
- pridonosi razvoju kreativnih rješenja
- omogućuje zabavno učenje i upoznavanje s različitim medicinskim pojmovima, tretmanima i procedurama što utječe na smanjenje straha od istih
- potiče uključivanje roditelja, braće i sestara, kao i šire obitelji što djetetu odaje dojam „normalnosti“, a obitelji smanjuje osjećaj anksioznosti
- olakšava komunikaciju s drugom djecom u bolnici što pozitivno utječe na stvaranje socijalnih veza i vršnjačke podrške
- smanjuje regresiju (nazadovanje u razvoju), prevenirana nastanak teškoća (enureza, neprestano plakanje, agresija, autoagresija)
- olakšava djetetu opetovani povratak u bolnici zbog nastavka liječenja
- stvara osjećaj zabave i sreće

Dobrobit igre za ublažavanje i eliminiranje hospitalizma dokazana je kroz razna istraživanja, a njezina važnost istaknuta je u Poveljama i Dokumentima međunarodnih i domaćih institucija.

Li i sur. (2016) su proveli istraživanje na dva pedijatrijska odjela koja su imala slične specijalnosti, okruženje i način njege. Jedan odjel bio je kontrolni te se provodila standardna njega (opservacija vitalnih znakova, farmakološka terapija, njega rana i kontrola boli). Drugi odjel je bio eksperimentalni te su se uz standardnu njegu provodile intervencije koje su uključivale strukturiranu i slobodnu igru, a provodili su ih stručnjaci educirani za igru u bolnici. Sudjelovalo je tristo četiri ispitanika (sto pedeset u kontrolnoj skupini i sto pedeset četiri u eksperimentalnoj skupini) u dobi od treće do dvanaeste godine. Uvjet je bio da su ispitanici bili hospitalizirani najmanje tri uzastopna dana. Istraživači su postavili dvije hipoteze. Jedna je pretpostavljala da će provođenje intervencija temeljenih na igri smanjiti izražavanje negativnih emocija uzrokovanih hospitalizacijom, a druga da će provođenje intervencija temeljenih na igri smanjiti razinu anksioznosti hospitalizirane djece. Razinu anksioznosti kod djece u dobi od tri do sedam godina mjerili su skalom Visual Analogue Scale (VAS) gdje se koriste vizualne kartice s različitim facijalnim ekspresijama te je dijete trebalo procijeniti intenzitet anksioznosti. Veći rezultat označava veću razinu anksioznosti. Razina anksioznosti kod djece u dobi od osam do dvanaest godina mjerila se skalom Chinese version of the State Anxiety Scale for Children (CSAS-C) koja se sastoji od deset čestica koje

se boduju od jedan do tri. Veći zbroj bodova označava veću razinu anksioznosti. Emocije su se procjenjivale skalom Children's Emotional Manifestation Scale (CEMS) te je za tu skalu potrebna opservacija djeteta. Skala ima pet kategorija koje se boduju od jedan do pet, a veći ukupni rezultat predstavlja veću razinu negativnog emocionalnog ponašanja. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika između hospitalizirane djece u dobi od tri do dvanaest godina koja su sudjelovala u intervencijama temeljenim na igri i onih koji nisu na skali CEMS. Djeca koja su uz standardne intervencije sudjelovala i u intervencijama temeljenim na igri izražavaju manju razinu negativnih emocionalnih ponašanja tijekom hospitalizacije. Na skalama VAS i CSAS-C statistička obrada rezultata je pokazala da djeca koja su sudjelovala u intervencijama pokazuju značajno manju razinu anksioznosti od djece u kontrolnoj skupini. Autori su zaključili da ove intervencije imaju umjeren učinak na smanjenje anksioznosti kod hospitalizirane djece u dobi od tri do dvanaest godina.

2. Problemska pitanja

Današnje društvo radi na humanizaciji bolničkog liječenja djece. Koristi se individualni pristup svakom djetetu, roditeljima se omogućuje stalni boravak uz dijete i uključivanje u njegu, djeca mogu nastaviti svoje obrazovanje u bolnici, a nude im se i različiti kulturno – zabavni sadržaji. Naglasak se stavlja i na uređenje unutarnjeg interijera pedijatrijskih odjeljenja, soba i oslikavanje zidova. Važan dio je i omogućavanje igre tijekom boravka u bolnici, izgradnja igraonica dostupnih svima s različitim igračkama i igrama prilagođenim djeci različite dobi i potreba (Grgurić i sur., 2003; Roganović, 2006 prema Gavran, Kostović Srzentić, 2006). Igra je tijekom 20. stoljeća u zapadnoj kulturi prepoznata kao odličan medij ublažavanja negativnih posljedica hospitalizacije kod djece, ali i njihovih roditelja (Levieux-Anglin, Sawyer, 1993 prema Li i sur., 2016). Važan dokument je Povelja o pravima djeteta u bolnici (Europske udruge za djecu u bolnici, 1988) koji objedinjuje prava djeteta prije, za vrijeme i poslije boravka u bolnici. U ovoj Povelji nekoliko članaka naglašava važnost igre u bolničkim uvjetima: članak 4 „Potrebno je poduzeti određene korake da bi se smanjio fizički i emocionalni stres“ gdje se između ostalog spominje važnost igranja u bolničkim uvjetima; članak 7 „Djeca će imati punu mogućnost za igru, rekreaciju i obrazovanje prikladnu za njihovu dob i stanje i bit će u okruženju koje je dizajnirano, namješteno, opremljeno i s osobljem u cilju zadovoljavanja njihovih potreba.“ čime se nastoji djetetu omogućiti optimalan razvoj. U tom članku se posebno navodi da je potrebno osigurati prikladni igraći materijal, prikladna razdoblja za igru sedam dana u tjednu, nastavak obrazovanja na razini koju je dijete dostiglo, poticati kreativne aktivnosti kod djece te u potpunosti sve prilagoditi

različitoj dobi djece i njihovim individualnim potrebama. Potvrda važnosti igre u bolnici ogleda se u dokumentu koji je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) izdala 2018. godine. Standardi za unapređenje kvalitete skrbi za djecu i mlađe adolescente u zdravstvenim ustanovama (Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities) (SZO, 2018) sadrže nekoliko standarda koji bi trebali biti ispunjeni u svakoj zdravstvenoj ustanovi. Standard 6 odnosi se na edukacijsku, emocionalnu i psihološku podršku. Izjava 6.2. odnosi se na to da sva djeca i njihove obitelji imaju pravu na emocionalnu podršku koja je u skladu s njihovim potrebama, pravo na igru i učenje koje će stimulirati i jačati njihove sposobnosti. Naglašava se da igra ima važnu ulogu u dječjem razvoju te dodatnu terapeutsku ulogu tijekom hospitalizacije.

Na temelju pravnih dokumenata i istraživanja o koristi igre za hospitaliziranu djecu uviđa se važnost ove aktivnosti u bolnicama. Važno je napraviti pregled literature kako bi se istaklo koji su to čimbenici koje je nužno osigurati kako bi se igra mogla provoditi u bolničkom okruženju. Kroz ovaj diplomski rad napraviti ću pregled literature kako bi se definirali čimbenici koji moraju biti osigurani za uspješno organiziranje igre u bolnicama u skladu s potrebama djece i njihovih obitelji.

3. Pregled dosadašnjih spoznaja

3.1. Fizički i organizacijski čimbenici važni za primjenu igre tijekom hospitalizacije djece

3.1.1. Izgled igraonice

Fizički i organizacijski čimbenici odnose se na postojanje igraonice i igračaka koje su dostupne djeci različite dobi i potreba te na mogućnost svakodnevne organizacije igre za hospitaliziranu djecu.

Igraonice u bolnicama pružaju „sklonište“ hospitaliziranoj djeci jer uključuju odsustvo medicinskih intervencija. Dobro osmišljena igraonica može pružiti i puno više hospitaliziranoj djeci i njihovim obiteljima (Weinberger, Butler, McGee, Schumacher, Brown, 2017). Prilikom izgradnje same igraonice treba razmišljati o više dimenzija (Weinberger i sur., 2017):

- **senzorna dimenzija** koja se odnosi na osvjetljenje, boju, uređenje i zvuk
- **fizička dimenzija** koja se odnosi na prostranost, organizaciju, skladištenje i vrstu podloge

- **sigurnosna dimenzija** koja se odnosi na čistoću i pristupačnost
- **dimenzija povezana s igrom** koja se odnosi na izbor igara i zone prilagođene djeci različite dobi

McGee (2012 prema Weinberger i sur., 2017) naglašava i važnost biološke dimenzije koja predstavlja našu urođenu naklonost prirodi, a uključuje prisutnost biljaka i životinja što potiče osjećaj boravka u prirodnom okruženju.

Autorica Olds (1991 prema Weinberger i sur., 2017) daje četiri smjernice dizajnerima igraonica u bolnicama: potrebno je maksimizirati prostor u kojem će se djeca moći slobodno kretati, kreirati prostor u kojem će se djeca osjećati ugodno, omogućiti prostor u kojem će se djeca osjećati kompetentno i vješto, prilagoditi raspored namještaja u prostoru kako bi se djeca osjećala sigurno te imala osjećaj kontrole. Uz upute izgleda igraonice, autorica daje preporuku organizacije prostora kako bi se unutar igraonice mogle provoditi aktivnosti kao što su: „tihe“ aktivnosti (čitanje, slaganje puzzli...), aktivnosti grube motorike (penjanje, skakanje...), kreativne aktivnosti (slikanje, modeliranje...), dramska igra (kazalište), društvene igre i terapijske aktivnosti.

Weinberger i sur. (2017) u svom istraživanju koriste metodologiju baziranu na fotografijama kako bi ispitali mišljenje Child Life stručnjaka (stručnjaci u Sjedinjenim Američkim Državama koji su integrirani u medicinski tim te su stručni za provođenje i organizaciju igre u bolnicama) o značajkama igraonica u bolnici koje su poželjne. U istraživanju je sudjelovalo devedeset Child Life stručnjaka u dobi od dvadeset i dvije do šesdeset i dvije godine. 80% ispitanika je trenutno radilo u nekoj od igraonica u bolnicama. Svaki ispitanik je na svoj e-mail dobio pet fotografija različitih igraonica koje su stvarne te su one stavljene pod pseudonime. Ispitanici su ocjenjivali određene izjave o pojedinoj igraonici s obzirom na svoje slaganje s njima te su im istraživači ostavili i prostor gdje su se mogli slobodno izraziti o pojedinoj igraonici. Na kraju istraživanja sudionici su trebali rangirati fotografije pet igraonica s obzirom na njihovo mišljenje o uspješnosti pružanja podrške djetetu unutar pojedine igraonice. Rezultati su pokazali da značajke koje su bitne stručnjacima u igraonicama uključuju biološke elemente (prozori, svjetlost, elementi prirode), ugodne boje i uređenje („koje poziva djecu da uđu u prostoriju“, „koje smiruje“) te otvoren prostor (omogućuje kretanje i aktivnosti bez gužve, daje mogućnost istraživanja i manipuliranja). Ostale važne značajke bile su: pozitivno emocionalno ozračje i mogućnost svrsishodne igre (igre pretvaranja i senzorne igre), mogućnost skladištenja i organizacije (kako bi sve igre bile

dostupne i vidljive djeci koja bi imala osjećaj kontrole i mogućnost izbora), postojanje različitih zona (daje mogućnost organiziranja više aktivnosti odjednom koje su prilagođene djeci različite dobi). Ova studija naglašava kako je prilikom organizacije igraonica u bolnicama važno u obzir uzeti i perspektivu stručnjaka koji su obrazovani za provođenje igre u bolnicama.

Autori Burger, Kenke, Aucamp i Le Roux (2013) u svom su istraživanju željeli identificirati dizajnerske aspekte koji su neophodni i ključni kako bi se kreirala estetski ugodna igraonica za djecu onkološke bolesnike u Južnoj Africi. U istraživanju su koristili kvalitativne upitnike koje je ispunjavalo osoblje koje radi na dječjem onkološkom odjelu u bolnici u gradu Bloemfontein. Na temelju upitnika osoblje je identificiralo vitalne elemente bolničke igraonice. Na temelju njihovih izjava i pregleda literature izgrađena je nova igraonica, a zatim su istraživači ispitali dječju perspektivu o novoj igraonici kroz polustrukturirane intervjuje. Kriteriji za uključivanje djece u istraživanje bili su: djeca starija od sedam godina, djeca urednog psihičkog i mentalnog zdravlja te djeca kojima nije bio ugrožen život. Kvalitativnom obradom upitnika koje je ispunjavalo osoblje autori su dobili sljedeće rezultate:

Funkcije koje treba imati idealna igraonica: ublažavanje dosade kod djece tijekom duge hospitalizacije, terapijska funkcija, poticati psihičko osnaživanje i služiti u rehabilitacijske svrhe, omogućiti psihološku pripremu djece za bolne postupke, stimulirajuća i prijateljska funkcija, sigurno okruženje u kojem se djeca mogu izraziti, omogućavanje osjećaja sigurnosti, prilagođenost djeci različite dobi i mobilnosti. Važne funkcije igraonice moraju biti smanjenje anksioznosti, straha, usamljenosti, stresa i osjećaja hospitaliziranosti.

Dostupnost i sigurnost igraonice: sudionici su naglasili da u igraonici treba postojati stalna supervizija, a ako ne postoji, igraonica treba biti zaključana te sve igračke i materijali također trebaju biti zaključani zbog mogućnosti krađe istih. Igraonica mora biti dostupna tijekom tjedna, vikenda i praznika te se treba održavati na dnevnoj bazi. Sudionici naglašavaju da igraonica mora biti sigurna i promovirati zdravlje. Okruženje u igraonici bi trebalo biti „toplo“, prijateljsko, neugrožavajuće, šareno i primamljivo djeci. Igraonica ne bi trebala biti prevelika i trebala bi biti udaljena od soba u kojima se obavljaju medicinske procedure.

Potrebna oprema u igraonici: stolovi i stolice, strunjače, tepih i elektronička oprema (televizija, radio, računalo). Igraonica treba sadržavati opremu koja će omogućiti terapiju igrom poput didaktičkih materijala, materijale za aktivnosti poput čitanja, igranja s loptom, kreativno izražavanje i slobodnu igru. Sudionici su izrazili potrebu za postojanjem određene teme u igraonici (npr. duga, likova iz Disney filmova). Potreban je veliki broj igračaka koje će

biti prilagođene djeci različite dobi koje će biti sigurne i održavane prema standardima higijene te edukativne.

Drugi dio istraživanja uključivao je polustrukturirane intervjuje sa sedmero djece od kojih je četvero bilo u igraonici i prije preuređenja, a troje je prvi put išlo u igraonicu nakon preuređenja. Šest od sedam djece je na igraonicu reagiralo jako pozitivno. Na pitanje što se djeci sviđa u igraonici obradom rezultata autori su dobili tri glavne teme. Prva tema odnosila se na igračke poput autića, motora, lutaka, malog terena za košarku, muzičkih instrumenata... Druga tema odnosila se na televizor i opremu te se djeci sviđalo što mogu gledati televizor, filmove i crtiće. Treća tema se odnosila na umjetnička djela u igraonici poput Winnie Pooh murala, mozaika i slika na zidovima. Na pitanje što im se ne sviđa u igraonici četiri sudionika je odgovorilo da im se sve sviđa, dva sudionika su izjavila da im se ne sviđaju lutke jer su one za djevojčice i likovni radovi hospitalizirane djece, dok jedan sudionik nije odgovorio na ovo pitanje. Treće pitanje odnosilo se na to što je sve potrebno da igraonica bude savršena za djecu. Sudionici su navodili različite igračke koje bi voljeli da se nalaze u igraonici poput: Play Stationa-a, različitih lopti, kuhinjskog seta...; navodili su različite filmove i serije koje bi voljeli gledati poput: priče o Isusu Kristu, komedije, akcijske filmove, nogometne utakmice,...; navodili su radio, bojanke i računalo. Jedan sudionik je rekao da je igraonica premala. Stariji ispitanici su izrazili potrebu za njihovoj dobi prilagođenim igračkama kao što su bicikli i lopte.

Ovo istraživanje ukazuje kako je prilikom planiranja izgradnje igraonice u bolnici vrlo bitno ispitati perspektivu stručnog osoblja koje svakodnevno provodi vrijeme s hospitaliziranom djecom. Prije izgradnje igraonice bitno je ispitati i perspektivu djece koja će je koristiti kako bi svi sudionici bili zadovoljni. Važna je refleksija djece nakon izgradnje same igraonice kako bi se ona u potpunosti prilagodila njihovim potrebama i željama.

3.1.2. Funkcije igraonice

Osim izgleda same igraonice, važno je naglasiti moguće funkcije same igraonice.

Autori Hosseinpour i Memarzadeh (2010 prema Weinberger i sur., 2017) govore o predoperacijskoj funkciji igraonice. U bolnici St. Zahara u Izraelu izgrađena je igraonica u hodniku ispred operacijskih sala. Igraonica je sadržavala igračke koje su prilagođene djeci različite dobi, televizor i video kako bi djeca mogla gledati crtane filmove te je bila fizički odvojena od ostalih predoperacijskih prostorija prozirnim zastorima. Autori Hosseinpour i

Memarzadeh (2010) proveli su istraživanje između 2009. i 2010. godine kako bi ispitali razinu anksioznosti kod djece prije operacije. Kontrolna skupina djece boravila je u hodnicima ispred operacijskih sala trideset minuta prije operacije, a eksperimentalna u igraonici. U svakoj skupini je bilo sto sudionika koji su imali više od četiri godine. U istraživanju su sudjelovala djeca koja prvi put idu na operaciju koja ne uključuje liječenje težih stanja poput karcinoma. Drugi uvjet za sudjelovanje u istraživanju bio je uredan razvoj. Anksioznost se mjerila putem Yale Preoperative Anxiety Scale koja se sastoji od pet kategorija (aktivnosti, emocionalna ekspresivnost, stupanj opreznosti, vokalizacija i potreba za roditeljem) i razgovorom s roditeljima petnaest minuta prije operacije. Rezultati su pokazali statistički značajnu razliku među grupama na području aktivnosti. Djeca iz eksperimentalne skupine bila su aktivnija od djece iz kontrolne skupine. Na skali emocionalne ekspresivnosti djeca iz kontrolne skupine su se statistički značajno razlikovala od djece iz eksperimentalne. Djeca iz kontrolne skupine pokazivala su veću razinu distresa i plakanja. Djeca iz eksperimentalne skupine su pokazivala veći stupanj opreznosti. Na skali vokalizacije razlika između skupina je bila statistički značajna. Djeca u eksperimentalnoj skupini su više čitala, pitala više pitanja, komentirala i smijala se prije operacije. Djeca iz eksperimentalne skupine su se ponašala u skladu sa svojim godinama i nisu pokazivala povećanu potrebu za roditeljima za razliku od djece iz kontrolne skupine. Njihovo je istraživanje pokazalo da djeca koja su boravila u igraonici neposredno prije operacije pokazuju nižu razinu ponašajne anksioznosti i emocionalnog distresa u odnosu na djecu koja su pred operaciju boravila u uobičajenim čekaonicama. Na kraju svog članka autori preporučuju korištenje igraonice za pripremu djece za operaciju jer se boravak u njoj pokazao kao efikasna metoda smanjenja anksioznosti.

Kao jedna od mogućih funkcija igraonice spominje se i postojanje igraonica u hitnim pedijatrijskim prijemima. Djeca i roditelji većinu vremena provedu čekajući u prostorijama koje nisu prilagođene djeci što povećava stres roditeljima i djeci (Walsh, Denno, 2019). Autori Walsh i Denno (2019) predlažu izgradnju igraonice u hitnim prijemima gdje bi djeca bila pod supervizijom roditelja i gdje se ne bi provodili nikakvi medicinski postupci. Djeca bi, umjesto u sobama ili čekaonicama, vrijeme čekanja (prijema, nalaza, pregleda) provodila u igraonicama pa bi se tako i ubrzao prijem djece jer bi se sobe za prijem oslobodile. U svom istraživanju autori su mjerili vrijeme od dolaska djece i roditelja u hitni prijem pa do pregleda djeteta od strane medicinskog osoblja. Djeca koja su upućena u igraonicu morala su ispunjavati određene kriterije: djeca koja su došla određena snimanja, kontrolu urina i

kontrolu krvi (koja nisu imala neke intravenozne implantate), djeca starija od osam mjeseci, djeca koja nisu imunokompromitirana te djeca koja nisu agresivna prema drugoj djeci. Rezultati su pokazali da postojanje igraonice generalno smanjuje vrijeme čekanja u hitnim prijemima pogotovo tijekom perioda kada se tamo nalazi veliki broj pacijenata. Ako se u hitnom prijemu nalazi velik broj djece koja ne ispunjavaju kriterije za upućivanje u igraonicu tada ona nema nikakav utjecaj na smanjenje vremena čekanja. Osim smanjenja vremena čekanja i veće prohodnosti hitnog prijema, koristi igraonice su poticanje djeci orijentiranog pristupa u pedijatriji te smanjenje anksioznosti kod roditelja koji vide kako dijete nastavlja sa svojim prirodnim ponašanjem (igrom). Za izgradnju i organizaciju igraonice u hitnim pedijatrijskim prijemima potrebna je potpora medicinskog osoblja koje tamo radi, kao i bolničke administracije. Potrebno je pomno isplanirati tko će pružati superviziju, koji su to kriteriji koji djeci omogućavaju boravak u takvim igraonicama i gdje smjestiti takve igraonice u već napučenim prostorijama hitnih prijema.

3.2. Čimbenici vezani uz stručnjake koji su važni za primjenu igre tijekom hospitalizacije

3.2.1. Stručnjak za igru u bolnici

U Velikoj Britaniji je Ministarstvo zdravstva već 1959. godine (prema Jun-Tai, 2008) izdalo dokument u kojem se preporučuje da se u bolnicama zaposli stručna osoba koja će biti odgovorna za igru u bolnici s ciljem minimizacije negativnih efekata odvajanja djece od roditelja, promjene rutine i nedostatka educiranosti liječnika i medicinskog osoblja o emocionalnim i mentalnim potrebama djece. Stručnjak za igru u bolnici nije samo odrasla osoba koja je educirana da primjenjuje igru kako bi smanjila negativne posljedice hospitalizacije, već je to stručnjak koji je partner s roditeljima i ostalim osobljem kako bi oni razvili vještine igre i postali svjesni djetetovih psihosocijalnih potreba (Webster, 2000). Stručnjak za igru u bolnici je praktičar koji je završio specijalizirani trening provođenja igre s djecom i mladima u bolničkim uvjetima (Hubbuck, 2009). Stručnjak za igru fokusiran je na hospitalizirane bebe, djecu i adolescente te provode i grupni, ali i individualni rad (Webster, 2000). Organizacija Save the Children (1989 prema Webster, 2000) navodi ključna područja rada stručnjaka za igru:

- Osiguravanje osjećaja „normalnosti“
- Smanjenje anksioznosti
- Ubrzavanje oporavka
- Olakšavanje komunikacije

- Pripremanje za hospitalizaciju ili medicinske procedure

Kroz igru, stručnjak za igru u bolnici može procijeniti kako djeca reagiraju na bolničko okruženje, djetetov razvoj kroz procjenu načina njegovog igranja, obiteljsku dinamiku koja je bitna za razvoj podrške i strategija suočavanja i nošenja sa situacijom (Webster, 2000).

Iako je ovaj stručnjak prisutan u bolnicama već desetljećima još uvijek postoje određene teškoće s kojima se susreće. Najčešće se radi o neprepoznavanju i neuvažavanju stručnjaka za igru u bolnici kao dijela tima. Autorica Hubbuck (2009) navodi nekoliko mogućih razloga zbog kojih se to još uvijek događa. Prvenstveno, korištenje igre je često prepoznato samo na područjima obrazovanja i rada s djecom i mladima. U usporedbi s ulogom njegovanja te medicinskih i pridruženih zdravstvenih zahvata uloga igre je još uvijek tijekom hospitalizacije minorna. Zbog toga javnost ne prepoznaje stručnjaka za igru u bolnici kao neke druge grupe koje rade s hospitaliziranom djecom. Šire razumijevanje i priznavanje stručnjaka za igru u bolnici može biti narušeno zbog njihove prakse koja nije nacionalno centralizirana i ne uključuje prepoznate procedure, rutine ili standardizirane metode rada koje se mogu vidjeti u drugim bolničkim sektorima.

U prošlosti je stručnjak za igru u bolnicama često bio volonter što je isključivalo uvjet dodatne edukacije takvih osoba.

Često se stručnjak za igru u bolnicama poistovjećuje sa stručnjakom koji provodi terapiju igrom. Terapija igrom ima svoje paradigme, edukaciju i praksu, ali za razliku od terapije igrom, stručnjak za igru ne smatra se terapeutom. Certificirani terapeut koji je završio edukaciju iz terapije igrom često radi s djecom koja ima određene psihološke poteškoće poput depresije, agresije, anksioznosti ili s djecom koja imaju određene razvojne teškoće poput specifičnih teškoća učenja ili ADHD-a te s djecom koja su doživjela kompleksna iskustva poput nasilja, rastave roditelja ili traume. Pritom koriste slobodnu igru s malo ili nimalo intervencija od strane odrasle osobe. Terapeut promatra odabir igračaka, način igranja i odabir rutine u igri kojoj se dijete vraća. Hospitalizirana djeca također mogu imati navedene teškoće ili doživjeti kompleksna iskustva, ali uloga stručnjaka za igru u bolnici nije terapijski rad jer za to nisu obrazovani. Problem može nastati ako roditelji misle da su stručnjaci za igru ujedno i terapeuti što dovodi do krivih očekivanja. Stoga je bitno da stručnjaci za igru na razumljiv način objasne svoju ulogu roditeljima, ali i kolegama (Hubbuck, 2009). Ponekad se ove dvije prakse koriste komplementarno, a često stručnjaci za igru koji rade u bolnicama imaju edukaciju iz oba područja (Webster, 2000).

Važno je razlikovati stručnjake za igru u bolnici od psihologa. U bolnicama nalazimo kliničke psihologe koji su nakon fakulteta završili trening kako bi mogli raditi u kliničkim uvjetima kao što je bolnica. Stručnjaci za igru u bolnici često razgovaraju s djecom i mladima o njihovim problemima kako bi im smanjili osjećaj anksioznosti, pojasnili nejasnoće i povećali razinu razumijevanja situacije. Psiholozi mogu, također, razgovarati s djecom i roditeljima o sličnim temama i problemima koji ih muče, ali će se oni tim problemima baviti puno detaljnije i pritom će se koristiti tehnikama psihologijske škole čiju praksu slijede (npr. kognitivno bihevioralna terapija, psihoanaliza...). Stručnjak za igru u bolnici će koristiti igru kao medij čime želi pospješiti djetetovo nošenje s bolnim, dugotrajnim i stresnim procedurama. Psiholog može predstaviti druge strategije i medije za nošenje sa situacijom poput vođene imaginacije, likovne terapije i psihodrame... Ponekad će oba stručnjaka raditi zajedno, pogotovo ako se radi o pripremi djece za komplicirane tretmane ili operacije kao što su transplantacije ili liječenje onkoloških bolesti (Hubbuck, 2009).

Važna je razlika između stručnjaka za igru u bolnici i učitelja (profesora). Učitelji koji rade u bolnicama poučavaju djecu u partnerstvu s roditeljima i njihovim učiteljima u matičnoj školi kako bi se smanjio utjecaj boravka u bolnici na djetetovu edukaciju. Stručnjak za igru u bolnici često surađuje s bolničkim učiteljima s kojim dijeli mnoge ciljeve u radu s hospitaliziranim djetetom vezano uz njegov neometan razvoj, ali stručnjak za igru nije učitelj (Hubbuck, 2009).

3.2.2. Edukacije

Healthcare Play Specialist Education Trust (HPSET) na svojoj internetskoj stanici opisuje potrebnu edukaciju kako bi se stekao certifikat za rad kao stručnjak za igru u bolnici u Velikoj Britaniji. Trening je namijenjen stručnjacima koji imaju iskustvo rada s djecom i mladima, a traje dvije godine. HPSET predstavlja krovnu organizaciju koja okuplja sve stručnjake za igru u bolnici. Obrazovanje za stručnjaka za igru je spoj teorije i prakse, a naglasak je na balansu između podučavanja i učenja na konkretnom radnom mjestu polaznika. Kriteriji za pristupanje edukaciji su:

- ocjene iz matematike i engleskog trebaju biti A-C (ekvivalent hrvatskih ocjena od 3 do 5)
- minimum Level 3 kvalifikacija u radu s djecom ili povezanom području (ekvivalent hrvatske diplome iz znanstvenih ustanova koja obrazuju stručnjake za rad s djecom i mladima)

- minimum dvije godine radnog iskustva s djecom nakon diplomiranja
- dobre komunikacijske vještine
- dokaz o konstantnom profesionalnom razvoju (pohađanje kongresa, edukacija...)
- dokaz o trenutnom zaposlenju
- podaci o registriranom stručnjaku za igru koji je pristao mentorirati aplikanta
- pristanak na dvjesto obaveznih sati rada u bolnici (ako osoba već ne radi tamo)

HPSET na svojim stranicama navodi i popis provjerenih fakulteta koji nude program edukacije stručnjaka za igru u bolnici: Cardiff & Vale College, Leeds City College, Nescot i North Warwickshire College.

Američka organizacije Child life već preko sto godina pruža podršku djeci i roditeljima u uvjetima hospitalizacije. Ova organizacija obrazuje stručnjake koji su specijalizirani za pružanje podrške djeci i roditeljima u nošenju sa stresom i neizvjesnošću medicinskih tretmana, bolesti i hospitalizacije (Child Life Council, 2011 prema Weinberger i sur., 2017). Već od 1980. godine razvijen je sistem Child Life stručnjaka koji su integrirani u američki zdravstveni sustav kao ravnopravni članovi tima zajedno s liječnicima, medicinskim sestrama i drugim stručnjacima (American Academy of Pediatrics, 2014 prema Weinberger i sur., 2017). Child Life stručnjaci koriste različite tehnike koje se baziraju na igri i osjećaju zabave te se igra integrira u djetetov raspored tijekom boravka u bolnici. Prisutnost ovih stručnjaka znak je kvalitete i izvrsnosti određene pedijatrijske ustanove (Weinberger i sur., 2017). Na mrežnoj stranici Child Life organizacije (Association of Child Life Professionals) mogu se dobiti podaci o tome kako postati certificirani Child Life stručnjak. Kriteriji koje aplikanti moraju ispuniti (zahtjevi vrijede od 1. siječnja 2019) su:

- diploma na razini sveučilišnog prvostupnika (bachelor's degree) iz bilo koje akademske institucije koja je potvrđena od strane Američkog ministarstva obrazovanja ili internacionalnog ekvivalenta ministarstva obrazovanja koji pokriva područje znanosti
- položen program ACLP-endorsed child life academic (tijekom studiranja- program nudi velik broj američkih sveučilišta) ili položeno 10 kolegija iz sljedećih područja: Child Life Course Taught by a CCLS (nudi ga velik broj američkih sveučilišta u svim savezanim državama), dva kolegija o razvoju djeteta, kolegij o obitelji kao sistemu, kolegij o igri, kolegij o gubitku ili smrti/umiranju, kolegij o istraživačkom radu i tri izborna dodatna kolegija

- minimalno šesto sati rada u klinici koja ima ugovor s Child Life-om, rad se odvija pod stalnom i direktnom supervizijom certificiranog Child Life specijalista
- svaki kandidat mora predati svu traženu dokumentaciju

Nakon zadovoljenih svih uvjeta, kada stručnjak dobije Child Life certifikat, on vrijedi pet godina te ga je potrebno obnavljati.

3.2.3. Područja rada stručnjaka za igru u bolnici

Tijekom povijesti uloga stručnjaka za igru u bolnici se mijenjala te su se sve više uviđala područja i djelatnosti u bolnicama gdje bi stručnjak za igru mogao biti koristan. Uloga stručnjaka se sve više proširivala te se igra u bolnici danas koristi, ne samo u igraonicama, već u gotovo svim segmentima pedijatrijske skrbi hospitalizirane djece.

- **Uloga stručnjaka za igru prilikom pripreme djece za medicinske procedure**

Stručnjaci za igru u bolnicama koriste intervencije bazirane na igri kako bi djecu pripremili za medicinske procedure. Takve intervencije čine (Webster, 2000):

1) Medicinska igra- koristi se prava medicinska oprema i igračke kako bi se procijenilo djetetovo znanje o procedurama i omogućilo informiranje djeteta na njemu prilagođen način. Ovakva igra omogućuje djetetu da asimilira određeni proces tako što zna što, gdje, zašto, tko i kako će se određena procedura odvijati

2) Projektivna igra- koriste se minijaturne igračke poput figura ili Lego kocaka kako bi se djeci omogućilo da proigraju svoje iskustvo. Ovakav tip igre je posebno koristan djeci koja su preplavljena bolničkim iskustvom pa im „smanjivanje“ iskustva na veličinu koja je laka za manipuliranje olakšava komunikaciju. Stručnjak tada može procijeniti potrebe djeteta

3) Igra uloga- koristi se kako bi se identificiralo skrivena nerazumijevanja, strahove i osjećaje hospitaliziranog djeteta. Ovaj tip igre je usko vezan uz projektivnu igru, a djeci omogućava vraćanje osjećaja kontrole

- **Uloga stručnjaka za igru tijekom odlaska hospitalizirane djece na operaciju**

Autorica Horton Smith (2018) u svom članku govori o korisnosti stručnjaka za igru u bolnici u pružanju podrške djeci tijekom odlaska na operaciju. Dosadašnja praksa uključivala je medicinske sestre s pedijatrijskog odjela koje bi djecu pratile do prostora za davanje

anestezije, a zatim bi medicinske sestre iz te prostorije otpratile roditelje djeteta do čekaonice. Ovakav pristup predstavlja problem zbog pritiska na ostale medicinske sestre na odjelu čiji je broj tada u deficitu, a manjak sestara može dovesti i do kašnjenja u rasporedu dovođenja i odvođenja djece s operacije. Zbog navedenih nedostataka ovakvog pristupa predložene su promjene u ovoj rutini. Stručnjaci za igru u bolnici bi mogli pružiti podršku roditeljima i djeci tijekom odlaska na operaciju bez da se smanji broj stručnog osoblja na pedijatrijskom odjelu. Također, stručnjak za igru bi poboljšao djetetovo iskustvo odlaska na operaciju smanjujući utjecaj stresa i anksioznosti (Seiden i sur., 2014 prema Horton Smith, 2018) koristeći igru. Ovakva promjena je moguća ako dijete nema posebne medicinske potrebe i ako nije primilo određeni pripremni lijek u svojoj sobi. Barr i Dowding (2016 prema Horton Smith, 2018) navode kako će uvijek postojati članovi medicinskog tima koji će se protiviti promjeni ove rutine, a razlozi tome mogu biti produživanje puta do operacijske sale ili nekompetentnost stručnjaka za igru da reagira u hitnim situacijama koje se mogu dogoditi u prostoriji za anesteziju. Istraživanje Bernisa (2015 prema Horton Smith, 2018) pokazuje da medicinsko osoblje u operacijskim salama od medicinske sestre s odjela koja prati dijete na operaciju očekuju da prilikom krize u prostoriji za anesteziju izvede dijete iz sobe, pruži mu podršku pri čemu sestra s odjela ne bi imala ulogu u rješavanju medicinske krize. Na temelju ovog istraživanja autor zaključuje da je stručnjacima za igru potreban minimalan trening vezan uz očekivanu reakciju u kriznoj situaciji i zaključuje kako je ovaj stručnjak idealan za pružanje podrške u ovakvim situacijama zbog uspostavljene povezanosti s djetetom tijekom samog puta do operacijske sale. U ovom istraživanju su se ispitali i sami stručnjaci za igru odnosno tehnike i intervencije koje bi oni koristili u prostoriji za anesteziju. Stručnjaci su naveli tehnike odvratanje pažnje poput čitanja velikih knjiga, igranja igara na tabletu, gledanja slika i videa. Ovakve tehnike se već koriste kao dio rutine pripreme djeteta za operaciju te bi se uz minimalnu edukaciju stručnjaka osiguralo da oni prilikom korištenja ovih tehnika ne ometaju rad medicinskog tima. Autorica Horton Smith (2018) zaključuje kako bi se medicinski tim i stručnjaci za igru mogli naviknuti na promjenu rutine prije operacije kada bi svaki član tima točno znao svoju ulogu i odgovornosti. Ograničenja ovog prijedloga su: mali broj stručnjaka za igru u bolnici što dovodi do nemogućnosti praćenja velikog broja djece istovremeno, stručnjaci za igru često ne rade vikendima i neradnim danima te je potrebno napraviti više istraživanja na ovu temu kako bi bili sigurni da je stručnjak za igru stvarno kompetentan za pružanje podrške prije operacije u medicinskom smislu.

U istraživanju koje su proveli Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens i Vacik (2006) cilj je bio ispitati razliku u razini anksioznosti kod djece prije dnevne elektivne operacije, odnosno, ispitati utjecaj pripreme za operaciju koju je napravio Child Life stručnjak i uobičajene pripreme na razinu anksioznosti kod djece prije operacije. Istraživanje se provodilo kod djece koja su trebala elektivne otorinolaringološke operacije koje su se obavljale istog dana kada bi djeca došla na odjel. Sudionici su bili raspoređeni u dvije grupe: jedna grupa je bila iz sveučilišne bolnice, a druga iz privatne prakse. Kriteriji za izbor sudionika bili su dob djeteta između pet i jedanaest godina i potreba za otorinolaringološkom operacijom, a kriteriji za isključivanje potencijalnih sudionika bili su: dijete je već samo zatražilo Child Life stručnjaka, ako je dijete bilo starije od osamnaest mjeseci kada je išlo neku drugu operaciju ili bilo hospitalizirano, ako dijete ima teškoće u razvoju ili ako ne govori engleski jezik. Sva djeca koja su zadovoljila navedene kriterije bila su raspoređena u eksperimentalnu i kontrolnu skupinu. U eksperimentalnoj skupini su djecu pripremali Child Life stručnjaci kojima je uža specijalnost rad s pacijentima koji idu na operaciju. U toj skupini je bilo osamdesetoro djece. U kontrolnoj skupini su djeca čekala na operaciju u čekaonicama u kojim je su bile ponuđene različite aktivnosti poput gledanja crtića i crtanja. U toj skupini je bilo šezdeset i dvoje djece. Sva djeca su primila standardnu pripremu prije operacije koja uključuje informacije o predoperacijskom, operacijskom i postoperacijskom procesu. Razina anksioznosti se procjenjivala instrumentom Child Drawing Hospital (CD:H) (Clatworthy, Simon, Tiedeman, 1999 prema Brewer i sur., 2006). Instrument se bazira na procjeni djetetove perspektive kroz crtež. Djeca crtaju sliku čovjeka u bolnici tijekom dolaska u bolnici i nakon operacije. Instrument se sastoji od praznog bijelog papira i kutije s pastelnim bojama (crvena, ljubičasta, plava, zelena, žuta, narančasta, crna i smeđa). Bodovanje crteža ide u tri dijela: 1) procjenjuje opću anksioznost. Sastoji se od četrnaest čestica kao što su pozicija osobe i broj boja koje su se koristile. Svaka čestica se boduje od jedan do deset.; 2) procjenjuje veće razine anksioznosti na crtežu. Npr. ako neki dio tijela nedostaje dodaje se dodatnih pet bodova.; 3) procjenjuje se ukupan dojam crteža gdje mali broj bodova označava nisku razinu anksioznosti. Bodovi idu od jedan do deset.

Sva djeca su nakon dolaska zamoljena da nacrtaju čovjeka u bolnici te im nije dana nikakva detaljnija uputa. Roditelji nisu smjeli pomagati djetetu pri crtanju. Nakon toga, djeca iz eksperimentalne skupine su se pripremala za operaciju s Child Life stručnjacima. Takva priprema je uključivala dvadeset minutnu turu za roditelje i djecu kroz sva relevantna područja operacije i informiranje o procesu operacije koristeći izraze prilagođene dobi djeteta

i korištenje stvarne medicinske opreme kako bi se dijete pripremilo za proces operacije. Djeca su mogla istraživati opremu i postavljati pitanja. Pet dana nakon operacije djeca su se vraćala u bolnicu kako bi ponovno nacrtala crtež čovjeka u bolnici.

Rezultati istraživanja su pokazali da su djeca u eksperimentalnoj skupini preoperativno imala veći prosječni rezultat na skali CD:H koji je iznosio 89 što je za 12 bodova više od rezultata kontrolne skupine (77). Kod kontrole skupine rezultati su pokazali statistički značajno povećanje razine anksioznosti od preoperativnog do postoperativnog razdoblja. Kod eksperimentalne skupine rezultati su pokazali malo smanjenje razine anksioznosti od predoperativnog do postoperativnog razdoblja koje nije statistički značajno. Zaključak je da nema razlike između kontrolne i eksperimentalne skupine u razini anksioznosti s obzirom na vrstu pripreme koju su imali prije operacije i na dob sudionika. Ipak, može se zaključiti da je kod kontrolne skupine došlo do značajnog povećanja anksioznosti, a kod eksperimentalne malog smanjenja razine anksioznosti. Uloga stručnjaka za igru u bolnici je orijentirana na dijete, ali i na roditelja čija anksioznost ovdje nije mjerena. Individualiziranje pristupa svakom djetetu i prilagođavanje informacija dobi djeteta svakako je potrebno prije odlaska djeteta na operaciju.

- **Uloga stručnjaka za igru u kontroli boli kod hospitalizirane djece**

Na području pedijatrije sve se više teži korištenju nefarmakoloških pristupa za smanjenje boli kod djece tijekom bolnih medicinskih procedura. Autori Bandastra, Skinner, LeBlanc, Chambers, Hollon, Brennan i Beaver (2008) proveli su online istraživanje kako bi ispitali koje su to nefarmakološke strategije koje u svom radu koriste Child Life stručnjaci, opisali efikasnost strategija koje koriste (iz perspektive stručnjaka) i ispitali koliko su stručnjaci educirani za korištenje različitih strategija kao i koliko su zainteresirani za buduće edukacije na ovu temu. Glavni cilj istraživanja je bio ispitati koje demografske karakteristike Child Life stručnjaka su prediktori korištenja znanstveno provjerenih tehnika kontrole boli. Upitnik je poslan na sedamsto jedanaest adresa od čega je šesto sedam stručnjaka ispunilo upitnik. Ispitanici su bili iz Kanade (18,1%) i iz Sjedinjenih Američkih Država (81,9%), a većina ispitanika su bili ženskog spola (97,4%). Autori su za potrebe istraživanja kreirali online upitnik koji je sadržavao listu od trideset nefarmakoloških metoda kontrole boli. Kako bi se ocijenila znanstvena utemeljenost svake od navedene strategije, devet stručnjaka s područja pedijatrijske kontrole boli ocijenilo je svaku od tehnika kao „neefikasnu strategiju“, „postoje neki dokazi za utemeljenost tehnike“, „postoje jaki dokazi za utemeljenost teorije“. Trideset

nefarmakoloških tehnika podijeljeno je u četiri kategorije: bihevioralne strategije, kognitivne strategije, komplementarne strategije i fizičke strategije. U upitniku su strategije bile navedene abecednim redom te se uz svaku nalazio opis strategije kako bi svim ispitanicima bilo jasno na što se točno odnosi pojedina strategija. Pitanja vezana uz strategije odnosila su se na korištenje strategije (Likertova skala od 1 - nikad do 5 - uvijek), procjenu efikasnosti strategije (Likertova skala od 1 - nije efikasno do 5 - uvijek efikasno) i pohađanje edukacije za pojedinu strategiju (Likertova skala od 1 - nisu pogađali nikakvu edukaciju do 5 - pohađali su puno edukacije za tu strategiju). Na pitanje jesu li ispitanici zainteresirani za buduće edukacije za svaku pojedinu tehniku kontrole boli mogli su odgovoriti da ili ne. Na kraju upitnika su se nalazila pitanja o demografskim karakteristikama. Većina ispitanika je ispunila upitnik online, a šestero ispitanika je zatražilo da im se upitnik pošalje poštom. Rezultati na području učestalosti korištenja pojedine strategije pokazali da većina sudionika (65%) koristi tehnike kontrole boli kod barem 50% njihovih pacijenata te se pokazalo da koriste različite tehnike. Rezultati su pokazali da ispitanici najčešće koriste sljedeće strategije: osiguravanje informacija/pripremanje djece, tješjenje/uvjeravanje, pozitivno potkrepljenje, bihevioralnu distrakciju i terapijsku igru. Strategije koje su ispitanici koristili najrjeđe bile su: virtualna stvarnost, hipnoza, pritisak na određenu tjelesnu točku, zaustavljanje misli, progresivnu relaksaciju mišića, masažu, terapijski dodir i promjenu pamćenja. Rezultati na području percipirane učinkovitosti odnosili su se na učinkovitost dvadeset i dvije strategije, a osam strategija (terapijski dodir, hipnoza, masaža, promjena pamćenja, progresivna relaksacija mišića, pritisak na određenu tjelesnu točku, zaustavljanje misli i virtualna stvarnost) nije zadovoljilo kriterij da ga barem 70% ispitanika koristi u određenoj frekvenciji. Kao najefektivniju strategiju za kontrolu boli ispitanici su izdvojili osiguravanje informacija/pripremanje djece. Kao najmanje efektivne strategije izdvojili su: samo-izjave za suočavanje, trening medicinskog osoblja i toplo/hladno terapiju. Rezultati za područje educiranosti za određenu strategiju su pokazali da su ispitanici primili najviše formalne edukacije za strategije: osiguravanja informacija/pripremanje djece, medicinsku igru i terapijsku igru. Najmanje formalne edukacije imali su za strategije: virtualna stvarnost, pritisak na određenu tjelesnu točku, hipnozu, zaustavljanje misli, promjenu pamćenja, masažu, terapijski dodir i progresivnu relaksaciju mišića. 66,1% ispitanika je primilo određenu edukaciju o strategijama za kontrolu boli tijekom edukacije za Child Life stručnjake. 63,3% ispitanika je izjavilo da su sudjelovali u neformalnom treningu (npr. čitanje o određenoj metodi i pohađanje seminara). 99,8% ispitanika je čitalo knjige o strategijama za kontrolu boli, 73,1% je pohađalo radionice i seminare. Veliki postotak ispitanika je bio zainteresiran za dodatne edukacije u budućnosti

vezane uz strategije za kontrolu boli (npr. za edukaciju od hipnozi je bilo zainteresirano 79,1% ispitanika). Rezultati za područje demografskih prediktora za korištenje znanstveno utemeljenih strategija za kontrolu boli pokazali su da su četiri varijable značajni prediktori: 1) certifikat (certificirani Child Life stručnjaci češće će koristiti znanstveno utemeljene strategije); 2) broj djece kojima su stručnjaci pružali određenu strategiju za kontrolu boli (veći broj djece veća vjerojatnost korištenja znanstveno utemeljenih strategija); 3) razina individualne procjene razine znanja i vještina (što je veća samoprocjena vlastitih znanja i vještina veća je vjerojatnost korištenja znanstveno utemeljenih strategija); 4) razina obrazovanja (što je veća razina obrazovanja veća je vjerojatnost korištenja znanstveno utemeljenih strategija). Ova studija je pokazala da su Child Life stručnjaci aktivno uključeni u provođenje strategija za kontrolu boli koje su nefarmakološke te da većinom koriste one koje su znanstveno utemeljene.

- **Uloga stručnjaka za igru u bolnici na odjelu neonatalne intenzivne skrbi**

Department of Health (2004 prema Brindle, 2006) u Velikoj Britaniji dalo je preporuku zapošljavanja stručnjaka za igru u bolnici koji bi radio s djecom različite dobi i na različitim područjima što uključuje i potrebu za ovakvim stručnjakom na odjelu neonatalne intenzivne skrbi čime bi se osiguralo poštivanje dječjeg prava na igru od nedonoščadi do mladenaštva. Iako je na neonatalnom intenzivnom odjelu primarni fokus na medicinskim procedurama i njezi, Korner (1990 prema Brindle, 2006) navodi kako je uloga stručnjaka za igru u bolnicama na ovom odjelu sprječavanje invazivnih strategija i promoviranje razvoja koji bi se odvijao unutar maternice. Druga uloga stručnjaka za igru je orijentirana na roditelje. Roditelji na prerano rođenje djeteta reagiraju drugačije, većina ih je u stanju šoka, a okolina intenzivne njege u njima izaziva strah pa se oni većinom fokusiraju samo na medicinske potrebe svoga djeteta. Oni se moraju nositi s nedostatkom privatnosti i gubitkom kontrole, kao i separacijom od svog djeteta jer je ono hospitalizirano. Zbog navedenog, bitno je omogućiti roditeljima da se uključe od početka kako bi se stvorila privrženost i potaknuo proces zbližavanja. Uloga stručnjaka za igru je da se osloni na svoje praktično i teorijsko znanje kako bi se zadovoljile potrebe djeteta. Iako se dijete smješteno na intenzivnom odjelu neće moći uključiti u igru zbog svog prematuriteta i kliničkog stanja, Bond (1999 prema Brindle, 2006) navodi kako bi stručnjak za igru trebao pružati podršku roditeljima kako bi oni razvili vještine pozitivnog dodira i pravilnog držanja djeteta čime se zadovoljava urođena potreba za dodiranjem, povezivanjem i komunikacijom s novorođenim djetetom što jača sam proces povezivanja i

omogućuje roditeljima davanje pozitivnog inputa djetetu. Autorica Brindle (2006) navodi dva načina na koja se djeca smještena na odjelu neonatalne intenzivne mogu uključiti u igru. Prvi se odnosi na solitarnu igru kojoj je cilj istraživanje okoline i zabavljanje samog sebe kako bi se dijete uspješno nosilo s okolinom. Zato je bitno da je dijete pravilno pozicionirano kako bi moglo gledati svoje okruženje u kojem treba postaviti više fotografija i voditi računa o podražajima koji se nalaze u okruženju, a koji moraju biti stimulativni. Drugi način se odnosi na igru u paru koja je moguća tijekom napretka djeteta u trenutku kada dijete postaje socijalnije. Tijekom ovakve igre bitno je opservirati bihevioralne znakove koje nam šalje dijete kako bi se uvjerali da dijete uživa u aktivnosti, iako neka nedonošćad neće moći pokazivati jasne bihevioralne znakove. Stručnjak za igru u bolnici izrađuje i programe za igru koji se integriraju u djetetov plan njege i liječenja. Procjena djetetove igre daje važne podatke o njegovom razvoju i omogućuje planiranje budućih aktivnosti baziranih na igri koje će biti individualizirane svakom pojedinom prerano rođenom djetetu. Stručnjak za igru surađuje s fizioterapeutima, logopedima i roditeljima prilikom izrade programa. Program za nedonošćad orijentiran je na učenje kroz osjetila te se kreira na temelju korigirane dobi djeteta (Brindle, 2006). Uloga stručnjaka za igru na ovom odjelu može biti orijentirana i na braću i sestre djeteta. Može ih potaknuti da nacrtaju crtež koji će se staviti u bratov/sestrin inkubator ili krevetić, brinuti se o njima kroz uključivanje u aktivnosti i igre koje su primjerene njihovoj dobi dok mama i tata provode vrijeme s bratom/sestrom, pružati im podršku i poticati ih da se uključe u igru s novopridošlim bratom/sestrom kroz pjevanje pjesmica, maženje i obiteljsku interakciju (Brindle, 2006). Autorica Brindle (2006) zaključuje kako važnost igre od najranije dobi često nije prepoznata stoga je potrebno educirati osoblje koje radi s nedonošćadi o koristima igre na odjelu neonatalne intenzivne skrbi. Stručnjak za igru u bolnici ima dovoljno teorijskog i praktičnog znanja te je važan dio tima koji nastoji osigurati medicinsku sigurnost, ali i uredan razvoj prerano rođenom djetetu.

- **Uloga stručnjaka za igru u pedijatrijskoj radiologiji**

McGee (2003) u svom članku spominje ulogu Child Life stručnjaka u pedijatrijskoj radiologiji koja se odnosi na rad s obitelji nakon savjetovanja s liječnicima, medicinskim sestrama, tehnolozima ili drugim obiteljima koji su došli na uradiološki pregled, pružanje podrške prije procedura i nakon same procedure, pružanje konzultacije telefonom kako bi se roditelje pripremio za preglede (informacije o potencijalnim stresorima, kognitivnim teškoćama i okolinskim faktorima koji su bitni prije samog dolaska na radiologiju) što

omogućuje radiolozima pripremu okoline, osoblja i pristupa obitelji djeteta koji taj dan dolazi na pregled. Uključuje i edukaciju ostalog osoblja u zajednici i bolnici koja se odnosi na razvoj dobi prilagođenog pristupa, pružanje podrške u izazovnim situacijama u kojim se ponekad nalazi medicinsko osoblje, a tiču se djetetovog razvoja.

Priprema za uroradiološki pregled uključuje upoznavanje s medicinskom anamnezom djeteta te kontaktiranje obitelji. Psihološka priprema djeteta i obitelji za uroradiološki pregled započinje tjedan dana prije samog pregleda kada Child Life stručnjak naziva roditelje kako bi ih upoznao s pristupima baziranim na dobi djeteta koji će se koristiti. Ovakav pristup smanjuje stres kod roditelja i omogućava im da pripreme sebe i dijete za predstojeći pregled. Na medicinska pitanja vezana uz pregled Child Life stručnjak većinom ne zna odgovor, ali se tada roditelji upute liječniku ili medicinskoj sestri. Važan dio psihološke pripreme je upoznavanje roditeljevih i djetetovih strahova vezanih uz prijašnja iskustva ili priče koje su čuli. Ranijim kontaktom s obitelji Child Life stručnjak može razriješiti sve nedoumice i pogrešne informacije koje je obitelj dobila ili imala. Child Life stručnjak na temelju svog znanja daje upute roditeljima i radiolozima na koji način umanjiti stres djetetu i kako pregled prilagoditi njegovoj dobi. Za dojenče (0-2 godine) najbitnije je tijekom pregleda nastaviti s uobičajenom dnevnom interakcijom što dojenčetu omogućava osjećaj prepoznavanja i očekivanog, a pri tome se mogu koristiti poznati predmeti poput dude ili poznati podražaji poput glazbe. Za malu djecu (2-3 godine) koriste se kratke, direktivne upute koje će se priopćiti smireno. Bitno je da roditelji s djetetom razgovaraju na način kako to čine kod kuće. Child Life stručnjak pruža podršku roditelju u smirivanju djeteta te u ugodnom pozicioniranju roditelja i djeteta kako bi se pregled uspješno odvio. Za predškolce (3-5 godina) Child Life stručnjak najčešće koristi lutku kako bi djeci demonstrirao što će se na pregledu događati. Važno je da roditelji budu prisutni tijekom pregleda, voditi računa o senzoričkim iskustvima i imenovati sve tijekom procedure kao i jasno naglasiti kada je kraj. Djeci bi trebalo omogućiti aktivnu participaciju koristeći otvorena pitanja. Za djecu školske dobi (6-12 godina) bitno je saznati njihova očekivanja prije samog dolaska na pregled. Kod djece ove dobi najvažniju ulogu imaju roditelji koji s djecom razgovaraju o koracima tijekom procedure, različitostima koje mogu očekivati i očekivanjima nakon pregleda. Roditelji pripremaju djecu odgovaranjem na njihova pitanja i brige. Djeci se mogu pokazati neke relaksirajuće tehnike kao što su vježbe disanja čemu ih mogu podučiti Child Life stručnjaci. Za adolescente (13-18 godina) je bitno prije samo procedure odgovoriti na sva njihova pitanja, a najvažnije je žele li oni da roditelj bude prisutan tijekom pregleda. Za opuštanje mogu se koristiti igrice, razgovor, fokusiranje na

njihove interese, glazba ili objašnjavanje koraka procedure.

Na temelju informacija koje je Child Life stručnjak saznao prije samog pregleda on razvija individualni plan za obitelji koji će sadržavati informacije o načinu educiranja i pružanja podrške djetetu. Sve informacije stručnjak dijeli s medicinskim osobljem prije dolaska djeteta. Informacije poput dobi djeteta, prijašnjeg iskustva i roditeljskih očekivanja utječu na odluku stručnjaka za igru u bolnici o njegovoj prisutnosti tijekom pregleda djeteta. Uloga Child Life stručnjaka tijekom samog pregleda može uključivati: edukaciju prije procedure koja se odnosi na tehnike nošenja, relaksacije te koraka i aktivnu edukaciju tijekom same procedure. Child Life stručnjak konstantno procjenjuje djetetovu ugodu i reakcije na proceduru. Uloga stručnjaka za igru je bitna i nakon pregleda jer on tada radi procjenu stanja. Pruža podršku roditeljima koji provjeravaju djetetove refleksije na pregled, odgovara na pitanja roditelja o ponašanjima koja se mogu javiti kod kuće te je izvor pomoći kroz ovo medicinsko iskustvo.

Autorica zaključuje kako Child Life stručnjaci imaju važnu ulogu tijekom uroradioloških procedura. Osim pružanja informacija roditeljima i djeci, važna je i uloga stručnjaka u edukaciji ostalih medicinskih stručnjaka. Ovakav individualni pristup, kao i želja medicinskog osoblja da prilagode preglede obiteljskim potrebama i uključe stručnjake za igru u cijeli proces osigurava poboljšanje radiološke skrbi za pedijatrijske pacijente te smanjuje negativna iskustva, a samim time i negativne posljedice pregleda na djetetov psihofizički razvoj.

- **Uloga stručnjaka za igru na dječjoj ortopediji**

Autori Schlechter, Avik i DeMello (2017) proveli su istraživanje kojim su htjeli ispitati utjecaj prisutnosti stručnjaka za igru na ortopediji. U istraživanju je sudjelovalo osamdeset i šestero djece u dobi od dvije do deset godina koji su se nalazili u ortopedskoj klinici zbog procjene, tretmana i/ili praćenja njihove prve frakture (skidanja ili stavljanje gipsa, manipulacija frakturom...). Odabir sudionika bio je slučajan. U istraživanju se koristio uređaj koji snima otkucaje srca te su taj uređaj postavili na djecu u čekaonici. Otkucaji su se bilježili tijekom četiri intervala: u čekaonici, tijekom ulaska kod liječnika, deset minuta nakon početka procedure i minutu nakon završetka procedure. Istraživači su razvili bihevioralnu skalu kako bi objektivno procijenili djetetovo emocionalno stanje tijekom procedure. Skala je procjenjivala tri negativna ponašanja (plakanje, protestiranje i fizičko neodobravanje) i tri pozitivna ponašanja (smijanje, igranje i smirenost). Na kraju istraživanja roditelji su ispunjavali upitnik kojim su procjenjivali ponašanje svog djeteta i doživljaj pregleda.

Osamdeset i šest sudionika je slučajnim odabirom podijeljeno u dvije grupe: prva grupa (N=42) je bila eksperimentalna te je tijekom njihovog pregleda bio prisutan stručnjak za igru, a druga grupa (N=44) je bila kontrolna te tijekom njihovog pregleda stručnjak za igru nije bio prisutan. Rezultati su pokazali da na sva tri testa (mjerjenje otkucaja srca, bihevioralna skala i upitnik za roditelje) nije bilo statistički značajne razlike između dvije grupe. Autori zaključuju da iako rezultati nisu pokazali statistički značajnu razliku između grupa, stručnjaci za igru u bolnici ipak utječu pozitivno na iskustvo djece i roditelja tijekom boravka na ortopediji.

- **Uloga stručnjaka za igru na odjelu za praćenje epilepsije**

Odjel za praćenje epilepsije odnosi se na specifično okruženje koje uključuje praćenje pacijenata dvadeset i četiri sata na dan putem elektroencefalograma u trajanju od tjedan dana kako bi se pratili epileptički napadaji što omogućuje planiranje tretmana. Autori Lowenstein, Cervenka, Mitchell, Stewart, Kossoff i Kelley (2018) proveli su istraživanje u kojem su željeli ispitati utječe li prisutnost certificiranog Child Life stručnjaka na odjelu za praćenje epilepsije koji uključuje djecu i odrasle na smanjenje stresa kod pacijenata i njihovih obitelji i poboljšanje kvalitete bolničkog iskustva. Child Life stručnjaci su radili s djecom i s odraslim osobama koje imaju intelektualne teškoće (IT) u periodu od šest mjeseci. Autori su razvili upitnik namijenjen obiteljima i pacijentima, ali ga je ispunjavalo i medicinskog osoblje na odjelu, kojim su ispitivali mišljenje ispitanika o utjecaju prisutnosti Child Life stručnjaka na njihov boravak u bolnici. Upitnik je poslan roditeljima e-mailom nakon otpuštanja iz bolnice. Upitnik je imao dvije verzije, jedna je namijenjena skrbnicima djece, a druga skrbnicima odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. Istraživanje je provedeno u Johns Hopkins bolnici u Baltimore-u. Posao stručnjaka za igru na ovom odjelu uključivao je: prilikom prijema pacijenta stručnjak se upoznao s roditeljima (skrbnicima) djeteta te ih je otpratio do odjela, napravio je procjenu vezanu uz pripremu i pružanje podrške prilikom stavljanja EEG elektroda i intravenskih katetera te je osigurao potrebnu podršku na temelju procjene, u suradnji s obitelji i pacijentom kreirao je plan boravka koji je uključivao aktivnosti za razvoj fine i grube motorike, kognitivnu stimulaciju i socijalizaciju. Sve aktivnosti su bile prilagođene dobi djeteta. Tijekom sedmodnevnog boravka djeteta na odjelu svakodnevno je posjećivao obitelj i dijete te je uključivao dijete u terapijsku igru kako bi poticao osjećaj normalnosti. Kako bi se procijenilo različite aspekte usluge koju je pružio stručnjak za igru skrbnike se pitalo da ih rangiraju na ljestvici od jedan do deset, pri čemu deset predstavlja najbolje ili najučinkovitije (ovisno o pitanju). Koristila se i lista intervencija koje su ispitanici

rangirali prema njihovoj koristi. Autori su kreirali i predintervencijski i postintervencijski upitnik za medicinsko osoblje koje radi na odjelu. Predintervencijski upitnik se sastojao od četiri pitanja: procjena razine stresa vezana uz rad na ovom odjelu općenito (od jedan do deset) i u radu na odjelu kada su pacijenti djeca ili osobe s intelektualnim teškoćama (dva pitanja), rangiranje šest faktora vezanih uz pacijente koji potiču stres kod osoblja (1 - najviše potiče stres; 6 - najmanje potiče stres) za gore navedene grupe. Postintervencijski upitnik se odnosi na njihovu kvantifikaciju koristi stručnjaka za igru i njegovog doprinosa u brizi za pacijente, ali i u smanjenju stresa kod osoblja.

Ukupno je poslano trideset i dva upitnika na e-mail adrese roditelja (skrbnika), a upitnik je ispunilo i poslalo povratno sedamnaest skrbnika (pet skrbnika odraslih osoba s intelektualnim teškoćama i dvanaest skrbnika djece). Svih sedamnaest skrbnika je procijenilo da je prisutnost Child Life stručnjaka bila korisna tijekom boravka u bolnici. Rezultati procjene efikasnosti stručnjaka za igru da učini okolinu ugodnijom i „prijateljskom“ su pokazali da je prosječan rezultat za skrbnike osoba s IT bio 8 od 10, a za skrbnike djece 8.7 od 10. Što se tiče efikasnosti u pomaganju pacijentima u suočavanju i iskustvu tijekom liječenja, prosječan rezultat za skrbnike osoba s IT je bio 9.6 od 10, a za skrbnike djece 7.8 od 10. Aktivnosti koje su obitelji smatrale izrazito efikasnim su: korištenje tableta i računala, video igrice i crtanje. Zaključno, 16 od 17 skrbnika je izjavilo da je prisutnost stručnjaka za igru u bolnici imalo pozitivan utjecaj na ukupno bolničko iskustvo.

Upitnike za medicinsko osoblje je ispunilo dvadeset sedam od ukupno četrdeset i četiri zaposlene osobe na tom odjelu. Medicinsko osoblje je svoju razinu stresa prilikom rada na odjelu za praćenje epilepsije prosječno ocijenilo 4.7 od 10 (10- najveća razina stresa). Razina stresa se blago povisila na 5.2 od 10 kada se radi o pružanju njege djeci ili osobama s intelektualnim teškoćama. Pacijentova anksioznost je faktor vezan uz pacijenta koji medicinskom osoblju uzrokuje najveći stres. Rezultati postintervencijskog upitnika su pokazali da ispitanici procjenjuju da im je stručnjak za igru pomogao u smanjenju stresa u prosjeku 7.5 bodova od 10 (10- potpuno smanjenje stresa). Prosječni rezultat za smanjenje stresa prilikom rada s djecom ili osobama s intelektualnim teškoćama iznosio je 7.7 od 10. Zaključno, 26 od 27 ispitanika je izvijestilo da je podrška Child Life stručnjaka poboljšala jedan ili više aspekata njihovog posla.

Ovo istraživanje je pokazalo kako je stručnjak za igru koristan na odjelu za praćenje epilepsije, ne samo obitelji i pacijentima, već i osoblju koje tamo radi. Istraživanje je pokazalo

i određena ograničenja poput malog broja ispitanika. Petnaest od ukupno trideset i dvoje skrbnika nije ispunilo poslani upitnik što možda može ukazivati da oni nisu bili zadovoljni iskustvom na ovom odjelu.

3.3. Uvjeti za igru u bolnicama u Republici Hrvatskoj

U Hrvatskoj se istraživači nisu bavili ispitivanjem čimbenika koji su bitni za organizaciju igre u bolnici. Postoji mali broj istraživanja (npr. Bartolović i sur., 2013) o važnosti igre za hospitaliziranu djecu. Nekoliko nevladinih organizacija bave se pitanjem poboljšanja pedijatrijskih bolnica i odjela u Hrvatskoj.

Savez društava Naša djeca Hrvatske (Savez DND) u suradnji s Hrvatskim društvom za preventivnu i socijalnu pedijatriju, Pedijatrijskim društvom Hrvatske udruge medicinskih sestara i Hrvatskim liječničkim zborom 1999. pokreće akciju „Za osmijeh djeteta u bolnici“. „Cilj akcije je promicanje i primjena humanizacije bolničkog liječenja djece u vremenu dok ona borave u bolnici.“ Program akcije sadrži petnaest poglavlja te svako poglavlje sadrži nekoliko propozicija koje bolnica/dječji odjel treba izvršiti kako bi dobila naziv „Bolnica/dječji odjel – Prijatelj svakom djetetu“. Neka od poglavlja su:

- individualni pristup svakom djetetu, uz prihvaćanje njegove osobnosti te specifičnih potreba i mogućnosti
- mogućnost cjelodnevnog posjeta roditelja/skrbnika i bliskih osoba bolesnom djetetu
- igre i druge samostalne aktivnosti djece u bolnici
- volonterske aktivnosti za djecu u bolnici
- opremanje, oplemenjivanje i funkcionalnost bolničkog prostora za djecu

Kada bolnica ispuni sve programske kriterije ona stječe naziv „Bolnica/Dječji odjel – prijatelj djece“. Taj naziv trenutno ima trideset pet bolnica/dječjih odjela u Hrvatskoj. Među postignućima akcije tijekom dvadeset godina navodi se otvaranje brojnih igraonica i škola u bolnicama kao i educiranje medicinskog osoblja i volontera za rad s djecom u igraonicama.

Unutar akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“ nastao je projekt „Volontiraj na pedijatriji“ koji je osmislilo Društvo Naša djeca „Maksimir“ (DND „Maksimir“) u suradnji s KBC-om Zagreb. Voditeljica projekta je mr. Ivanka Gregurinčić koja je socijalna pedagoginja i certificirana terapeutkinja igrom. Projekt okuplja volontere – studente pomagačkih struka koji

provode kreativne radionice i igraju se s djecom u Dnevnoj bolnici tijekom ambulantnih pregleda. Putem različitih projekata u Dnevnoj bolnici je opremljena igraonica koja se sastoji od police s knjigama, velikih i malih stolova i stolica, panoa, ormara u kojem se nalaze društvene igre i materijal za kreativne radionice. Volonteri prolaze inicijalne razgovore, a jednom mjesečno u prostorima DND-a „Maksimir“ se održava supervizija. Volonteri provode kreativne aktivnosti i igru i s djecom koja su došla na određenu redovitu terapiju poput dijalize. Nakon što volontiraju u Dnevnoj bolnici godinu dana i redovito dolaze na edukacije i supervizije, volonteri imaju mogućnost volontiranja na Klinici za pedijatriju. Tamo se nalazi igraonica u kojoj provode aktivnosti i igraju se s hospitaliziranom djecom pa se i sama odgovornost volontera povećava. Volonteri su u igraonici pod supervizijom socijalnog pedagoga, odgajatelja i učitelja.

Pretragom interneta pronašla sam da je 10. travnja 2019. godine u Dječjoj bolnici Srebrnjak u Zagrebu otvorena nova igraonica (Grad Zagreb službene stranice). Projekt je realiziran suradnjom Grada Zagreba, a na inicijativu humanitarne Udruge fra Mladen Hrkač. Cilj projekta je „oplemeniti bolnički prostor kako bi se najmlađima pružilo što ugodnije iskustvo dolaska u bolnicu i povratka u svakodnevnicu nakon završetka liječenja.“

Na internetskim stranicama Društva Naša djeca „Vinkovci“ (DND „Vinkovci“) pronašla sam da su 2008. godine od Dječjeg odjela Opće bolnice Vinkovci dobili prostor za igraonicu koju su nazvali ARTinčica. Igraonica je smještena izvan dječjeg odjela pa se u njoj djeca osjećaju puno ugodnije i opuštenije. 2010. godine zahvaljujući donaciji Crvenog križa DND „Vinkovci“ je obnovilo stari namještaj u igraonici te su preko javnih radova zaposlili voditeljicu igraonice što je omogućilo da djece borave u igraonici više od četiri sata svaki dan. 2013. godine igraonica je zbog reorganizacije premještena na sami Dječji odjel.

Na internetskoj stranici Opće bolnice Gospić navedeno je da Dječji odjel ima suvremeno opremljenu igraonicu te da su u rad igraonice uključeni volonteri Društva Naša djeca Grada Gospića koji se igraju s bolesnom djecom.

Udruga Crveni Nosovi okuplja „klaunove doktore“ koji koriste humor, igru i emociju kako bi u teškim i kriznim situacijama vratili osjećaj radosti, sreće i optimizma. Udruga naglašava da svako dijete ima pravo na igru te da često dugotrajan boravak djeteta igru stavi u drugi plan. Klaun ponovno stavlja dijete ispred njegove bolesti i na trenutke mu vraća njegov prijašnji život. Humor služi povezivanje djece i roditelja i potiče suradnju između djeteta i

medicinskog osoblja. Rad „klaunova doktora“ podržan je od strane liječnika. „Klaunovi doktori“ su educirani i neprestano se usavršavaju za rad s najosjetljivijim skupinama u društvu. Svi programi koje udruga provodi dio su međunarodne organizacije RED NOSES Clowndoctors International.

Projekt „Tete i barbe (striček) pričalice“ 2020. godine nominiran za nagradu „Ponos Hrvatske“. Radi se o volonterima koji svake večeri posjećuju djecu i mlade u bolnicama u Rijeci, Zagrebu, Puli, Splitu i Čakovcu, a inicijativu je pokrenula riječka udruga Portić prije deset godina (Giacometti, 2020). Volonteri odlaze na dječje odjele i pričaju djeci priču za laku noć. Kroz priče se volonteri i djeca igraju. „Zahvaljujući tetama, barbama i stričecima volonterima, djeca i njihovi roditelji, a često i bolničko osoblje slađe spavaju, a njihovi lijepi snovi i pozitivna očekivanja bolest lakše okreću na put prema dragocjenom zdravlju i sretnijem životu.“ (Giacometti, 2020).

Pregledom uvjeta u Hrvatskoj može se zaključiti da još uvijek na području organiziranja igre i osiguravanja čimbenika koji su za to ključni glavnu riječ imaju udruge i volonteri. Putem različitih fondova, donacija i projekata financira se izgradnja i opremanje igraonica. Igra je u igraonicama uglavnom organizirana povremeno jer ovisi o prisutnosti volontera. Kako bi igraonica bila stalno dostupna djeci i obitelji djeteta nužno je zaposliti stručnjaka koji ima kompetencije i praksu u radu s hospitaliziranom djecom, ali i znanja o djetetovom razvoju, potrebama i načinu poticanja optimalnog razvoja kroz igru. Nedovoljno je informacija o ovom području te se one većinom mogu saznati čitanjem internetskih stranica raznih udruga. Potrebno je provesti istraživanja kako bi se utvrdili objektivni čimbenici i uvjeti u hrvatskim bolnicama i dječjim odjelima vezani uz organizaciju igre za hospitaliziranu djecu. Utvrđivanje stanja je prvi korak koji omogućava kreiranje plana za razvoj ovog područja. Republika Hrvatska se treba priključiti pokretu humanizacije bolničkog liječenja djece. Razne udruge pokazuju dobru inicijativu, ali je potrebna sustavna podrška za izgradnju igraonica, obrazovanje i zapošljavanje kompetentnih stručnjaka na ovom području.

4. Zaključak

Pregledom literature uočila sam da su igraonice sastavni dio pedijatrijskih odjela i dječjih bolnica diljem svijeta. Stručnjak za igru u bolnici je stvarno zanimanje koje traži opsežnu edukaciju i rad pod supervizijom, a licenca se mora obnavljati. Nakon pisanja ovog diplomskog rada mnoga pitanja su se otvorila.

Potrebno je ispitati uvjete za igru u hrvatskim bolnicama i zadovoljstvo djece i njihove obitelji uvjetima u bolnicama. Prilikom planiranja gradnje novih bolnica (u Hrvatskoj se već dugo planira izgradnja nove dječje bolnice) potrebno je odmah isplanirati i izgradnju igraonice kako se za to poslije ne bi koristili neadekvatni i mali prostori. Drugo pitanje je pitanje stručnjaka koji bi trebali voditi igraonice. Edukacijski rehabilitatori kroz svoje petogodišnje obrazovanje stječu znanja na području kroničnih bolesti, dječjeg razvoja, kreativnih i art/ekspresivnih terapija, pružanja psihosocijalne podrške, igre, procjene i poticanja optimalnog razvoja. Ovakva znanja daju edukacijskim rehabilitatorima kompetenciju za rad u bolnicama. Potrebna je nadogradnja znanja kroz edukacije specijalizirane za igru, bolnice ili konkretno igru u bolnici. Treće pitanje je suradnja medicinskog osoblja i vodstva bolnice prilikom uvođenja promjena. Iz pregleda literature zaključila sam da je u Hrvatskoj inicijativa razvoja čimbenika važnih za organizaciju igre u uvjetima hospitalizacije često dolazila od udruga. To se pokazalo jako dobro jer se medicinsko osoblje i vodstvo bolnice ima priliku naviknuti na promjene, uvidjeti koristi igre za hospitaliziranu djecu te surađivati s nemedicinskim stručnjacima i volonterima. Oni tako postaju promotori ovih ideja u nadležnom ministarstvu koje nosi sustavnu odgovornost za poštivanje dječjih prava u bolnici. Potrebno je potaknuti i znanstvenike iz relevantnih područja da provode istraživanja na ovu temu. Znanstvena istraživanja bi omogućila pravu sliku jer je teško preslikati istraživanja iz Velike Britanije ili Sjedinjenih Američkih Država na naš zdravstveni sustav i bolničku okolinu.

Cilj svakog stručnjaka (i svakog čovjeka) treba biti promoviranje dječjih prava i zagovaranje prava djeteta na optimalan rast i razvoj bez obzira na njihovo zdravstveno stanje. Humanizacija bolničkog liječenja ne uključuje samo bojanje zidova, promjenu interijera ili prilagodbu medicinskih zahvata. Ona uključuje potpunu promjenu pristupa koji se odnosi na „normalizaciju“ bolnica koje su usmjerene na dijete i njegovu obitelj. Dijete i obitelj su u središtu te su oni ravnopravni partneri medicinskom osoblju tijekom liječenja. Igra u bolnici je prilika za bijeg u poznato i sigurno te im zato treba osigurati uvjete i stručnjake koji će im to i omogućiti. Djeci je svojstveno da se igraju te bi se sva djeca trebala igrati.

5. Literatura

1. Adams, M. A., (1976): A Hospital Play Program: Helping Children with Serious Illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46 (3), 416-424.
2. Association of Child Life Professionals. Preuzeto 9.5.2020. s internetske stranice Association of Child Life Professionals:
<https://www.childlife.org/certification/candidates/requirements-after-2019>
3. Balog, T., Boranić, M., Ćurić, G., Gabrilovac, J., Gregurek, R., Koršić, M., Lauc, G., Marotti, T., Martin-Kleiner, I., Pivac, N., Muck-Šeler, D., Sabioncello, A., Stojević, Z., Trkulja, V. (2008): *Psihoneuroimunologija – povezanost imunostava sa živčanim i endokrinim sustavom*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Bandstra, F. N., Skinner, L., LeBlanc, C., Chambers, C. T., Hollon, E. C., Brennan, D., Beaver, C. (2008): The Role of Child Life in Pediatric Pain Management: A Survey of Child Life Specialists. *The Journal of Pain*, 9 (4), 320-329.
5. Bar-Mor G., Haiat H., Shochat M. (2003): The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (3), 209-214.
6. Bartolović, J., Hajdaš, M., Kolak, Ž., Kovačić-Prćela, D., Matijević, V., Mlinar, M., Šečić, A. (2013): Dječja igra u humanizaciji boravka djece u bolnici. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 25 (1-2), 42-49.
7. Brewer, S., Gleditsch, S. L., Syblik, D., Tietjens M. E., Vacik, H. W. (2006): Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 21 (1), 13-22.
8. Brindle, L. (2006): The case for play in a neonatal intensive care unit- The work of a hospital play specialist. *Journal of Neonatal Nursing*, 12, 14-19.
9. Brown, R. L., Butler, A. G., McGee, B., Schumacher, P. A., Weinberger, N. (2017): Child Life Specialists' Evaluation of Hospital Playroom Design: A Mixed Method Inquiry. *Journal of Interior Design*, 42 (2), 71-90.
10. Burger, Y., Kenke, M., Aucamp, N., Le Roux, M. (2013): Design aspects of a hospital playroom to aid the well-being of hospitalised oncology children- a case study. *Interim: Interdisciplinary Journal*, 12 (4), 1-18.
11. Burns-Nader, S., Hernandez-Reif, M. (2016): Facilitating Play for Hospitalized Children Through Child Life Services. *Children's Health Care*, 45 (1), 1-21.

12. Carlson, K. L., Enenbach, L., Megel, M. E., Wilson, M. E. (2010): The Voices of Children: Stories About Hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*, 24 (2), 95-102.
13. Carney, T., Murphy, S., McCluer, J., Bishop, E., Kerr, C., Parker, J., Scott, F., Shields, C., Wilson, L. (2003): Children's views of hospitalization: an exploratory study of data collection. *Journal of Child Health Care*, 7 (1), 27-40.
14. Chung, J.O.K., Ho, K.Y., Kwok, B.M.C., Li, W.H.C. (2016): Play Interventions to Reduce Anxiety and Negative Emotions in Hospitalized Children. *BMC Pediatrics*, 36 (16), 1-9.
15. Coin de Carvalho, L., Fernandes do Prado G., Fernandes do Prado, L., Vilela de Varela, M. J., Potasz, C. (2013): Effect of Play Activities on Hospitalized Children's Stress: a Randomized Clinical Trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20 (1), 71-79.
16. Craft, M. J., Wyatt, N., Sandell, B. (1985): Behavior and Feeling Changes in Siblings of Hospitalized Children. *Clinical Pediatrics*, 24 (7), 374-378.
17. Crveni nosovi. Preuzeto 18.5.2020. s internetske stranice Crvenih nosova: <https://www.crveninosovi.hr/misija/>; <https://www.crveninosovi.hr/sto-radimo/>
18. Divljaković, K., Lang Morović, M., Kraljević, M., Matijević, V., Maček Trifunović, Z. (2014): Terapija glazbom i ritmičke slušne stimulacije u radu s hospitaliziranom djecom. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 26 (1-2), 1-11.
19. Društvo Naša djeca „Maksimir“. Preuzeto 16.5.2020. s internetske stranice Društva Naša djeca „Maksimir“: <http://www.dndmaksimirzg.hr/>
20. Društvo Naša djeca „Vinkovci“. Preuzeto 16.5.2020. s internetske stranice Društva Naša djeca „Vinkovci“: <http://dndvk.hr/za-osmijeh-djeteta-u-bolnici-igraonica-artincica/>
21. Elander, G., Hallstrom, I., Runesson, I. (2002): Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17 (2), 140-148.
22. Europske udruge za djecu u bolnici. (1988): Povelja o pravima djeteta u bolnici. Nizozemska. Preuzeto 2. studenog 2019. s http://www.kbc-rijeka.hr/docs/Povelja_o_pravima_djeteta_u_bolnici_EACH.pdf
23. _Garipey, N., Howe, N. (2003): The therapeutic power of play: examining the play of young children with leukaemia. *Child: care, health and development*, 29 (6), 523-537.
24. Gavran, Ž., Kostović Srzentić, M. (2009): Znanje medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi za medicinske postupke. *Teme iz sestринства*, 5 (17).

25. Generalna skupština Ujedinjenih naroda (1989): Konvencija o pravima djeteta. Ujedinjeni narodi. New York. Preuzeto 2. studenog 2019. s https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2017/05/Konvencija_20o_20pravima_20djeteta_full.pdf
26. Giacometti, Z. (2020). Ponos Hrvatske: Tete i barbe pričalice. Preuzeto 18.5.2020. s internetske stranice HRT Magazin: <https://magazin.hrt.hr/582398/price-iz-hrvatske/ponos-hrvatske-tete-i-barbe-pricalice>
27. Grad Zagreb službene stranice. Preuzeto 16.5.2020. s internetske stranice Grada Zagreba: <https://www.zagreb.hr/nova-igraonica-u-djecjoj-bolnici-srebrnjak/140688>
28. Grgurić, J., Paravina, E., Zakanj, Z. (2003): Suvremeni pristup bolničkom zbrinjavanju djece. Liječnički vjesnik, 125 (3-4), 87-91.
29. Healthcare Play Specialist Education Trust. Preuzeto 9.5.2020. s internetske stranice Healthcare Play Specialist Education Trust: <https://hpset.org.uk/training-entry/>
30. Horton Smith, L. (2018): The introduction of play specialists as operating department escorts for children. Journal of Perioperative Practice, 29 (11), 378-381.
31. Hubbuck, C. (2009): Play for Sick Children: Play Specialists in Hospitals and Beyond. London i Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
32. Hosseinpour, M., Memarzadeh, M. (2010): Use of a Preoperative Playroom to Prepare Children for Surgery. European Journal of Pediatric Surgery, 20 (6), 408-411.
33. Jun-Tai, N. (2008): Play in Hospital. Paediatrics and Child Health, 18 (5), 233-237.
34. Kamenov, E. (1986): Igramo se, otkrivamo, stvaramo: zbirka aktivnosti za predškolsku decu. Novi Sad: Dnevnik.
35. Klarin, M. (2017): Psihologija dječje igre. Zadar: Sveučilište u Zadru.
36. Konstantinos, K., Pantelidou, P., Tsaloglidou, A., Tzaha, L. (2015): The Importance of Play During Hospitalization of Children. Materia Socio Medica, 27 (6), 438-441.
37. Lowenstein, D. B., Cervenka, M. C., Mitchell, L., Stewart, N., Kossoff, E. H., Kelley, S. A. (2018): Child Life Service in an Epilepsy Monitoring Unit. Clinical Pediatrics, 57 (11), 1269-1274.
38. McGee, K. (2003): The role of a child life specialist in a pediatric radiology department. Pediatric Radiology, 33 (7), 467-474.
39. Nabors, L., Liddle, M. (2017): Perceptions of Hospitalization by Children with Chronic Illnesses and Siblings. Journal of Child and Family Studies, 26, 1681-1691.
40. Opća bolnica Gospić. Preuzeto 16.5.2020. s internetske stranice Opće bolnice Gospić: <http://www.obgospic.hr/index.php/odjeli/pedijatrija>

41. Savez društava Naša djeca Hrvatske. Preuzeto 16.5.2020. s internetske stranice Saveza društava Naša djeca Hrvatske: <https://savez-dnd.hr/za-osmijeh-djeteta-u-bolnici/>
42. Schlechter, J. A., Avik, A. L., DeMello, S. (2017): Is there a role for a child life specialist during orthopedic cast room procedures? A prospective-randomized assessment. *Journal of pediatric orthopedics. Part B*, 26 (6), 575-579.
43. Shields, L. (2001): A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International nursing review*, 48 (1), 29-37.
44. Svjetska zdravstvena organizacija (2018): Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Preuzeto 2. studenog 2019.
45. Walsh, P., Denno, J. (2019): A Playroom Internal Waiting Area Improves Productivity in the Pediatric Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21 (2), 322-329.
46. Webster, A. (2000): The facilitating role of the play specialist. *Paediatric Nursing*, 12 (7), 24-27.