

UNIVERZITET U SARAJEVU

FILOZOFSKI FAKULTET

ODSJEK ZA PEDAGOGIJU

**Emina Kapetanović**

**SLIČNOSTI I RAZLIKE U STRATEGIJAMA SUOČAVANJA DJECE I  
RODITELJA ZA VRIJEME HOSPITALIZACIJE – PEDAGOŠKE  
IMPLIKACIJE**

(završni magistarski rad)

**Mentorica:**

**prof.dr. Mirjana Mavrak**

**Studentica:**

**Emina Kapetanović**

**Sarajevo, januar 2020.**

UNIVERZITET U SARAJEVU

FILOZOFSKI FAKULTET

ODSJEK ZA PEDAGOGIJU

**SLIČNOSTI I RAZLIKE U STRATEGIJAMA SUOČAVANJA DJECE I  
RODITELJA ZA VRIJEME HOSPITALIZACIJE – PEDAGOŠKE  
IMPLIKACIJE**

(završni magistarski rad)

**Mentorica:**

**prof.dr. Mirjana Mavrak**

**Studentica:**

**Emina Kapetanović**

**Sarajevo, januar 2020.**

## ZAHVALE

- ❖ *Iskreno se zahvaljujem mentorici prof.dr. Mirjani Mavrak za strpljenje, pruženo znanje i predanoj pomoći pri izradi završnog rada. Također se zahvaljujem za svu podršku tokom svih godina studiranja.*
  
- ❖ *Veliko hvala Roditeljskoj kući za razumijevanje i pomoć u realizaciji istraživanja u svrhe ovog magistarskog rada.*
  
- ❖ *Zahvaljujem se roditeljima iz Roditeljske kuće i njihovoj djeci za izdvojeno vrijeme i strpljenje.*
  
- ❖ *Zahvaljujem se svojim prijateljima na neizmjernoj podršci i motivaciji.*
  
- ❖ *Zahvaljujem se svojoj obitelji za ljubav, razumijevanje i podršku.*
  
- ❖ *I veliko hvala dragom Mirzi Adžoviću za neiscrpnu ljubav i podršku, za svu pruženu pažnju, toplinu i suosjećanje. Hvala za vjeru u mene.*

*Ovaj rad posvećujem osobi koja je nakon duge i teške bolesti otišla na drugi svijet. Vječno sam mu zahvalna što se za svog životnog vijeka najviše zalagao za moje obrazovanje i bio mi istinski učitelj i najbolji prijatelj.*

*Mom ocu, Saferu Kapetanoviću*

# Sadržaj

UVOD .....	1
TEORIJSKI OKVIR.....	2
1.  Definiranje osnovnih pojmova.....	2
1.1.  Hospitalizacija i hospitalizam .....	2
1.2.  Pojam zdravlja i bolesti.....	3
2.  Bolesna i zdrava djeca – sociokulturološka dimenzija.....	6
3.  Maligna oboljenja .....	7
4.  Ekologija razvoja zdrave i oboljele djece .....	9
5.  Prilagodba obitelji na bolest .....	12
5.1.  Razumijevanje adaptacije na bolest kroz sistem konstrukata .....	14
5.2.  Kellyeva teorija konstrukata.....	15
6.  Doživljaj bolesti kod djece .....	21
6.1.  Reakcije na bolest kod djece .....	23
6.2.  Posljedice hospitalizacije .....	26
7.  Razumijevanje stresa u kontekstu hospitalizacije .....	29
7.1.Suočavanje sa stresom .....	30
8.  BASIC Ph kao teorijski okvir za suočavanja .....	32
METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA.....	35
1.  Predmet istraživanja.....	35
2.  Cilj i zadaci istraživanja .....	35
3.  Istraživačka pitanja .....	36
4.  Metoda istraživanja .....	37
5.  Tehnika i instrument istraživanja .....	37
6.  Uzorak.....	38
6.1.  Podaci o uzorku.....	39
7.  Postupak analize šestodijelne priče .....	40
8.  Opis postupka .....	41
9.  Tok istraživanja .....	42
REZULTATI I DISKUSIJA .....	44

<b>1. Radovi roditelja .....</b>	<b>45</b>
<b>1.1. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 1/1Rž.....</b>	<b>45</b>
<b>1.2. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 2/2Rž.....</b>	<b>47</b>
<b>1.3. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 3/3Rž.....</b>	<b>49</b>
<b>1.4. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 4/4Rm .....</b>	<b>51</b>
<b>1.5. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 5/5Rž.....</b>	<b>53</b>
<b>1.6. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 6/6Rž.....</b>	<b>55</b>
<b>1.7. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 7/7Rm .....</b>	<b>57</b>
<b>2.1. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 1/1Dm .....</b>	<b>58</b>
<b>2.2. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 2/2Dm .....</b>	<b>60</b>
<b>2.3. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 3/3Dž .....</b>	<b>62</b>
<b>2.4. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 4/4Dm .....</b>	<b>65</b>
<b>2.5. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 5/5Dž .....</b>	<b>67</b>
<b>2.6. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 6/6Dm .....</b>	<b>69</b>
<b>2.7. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 7/7Dm.....</b>	<b>71</b>
<b>3. Komparacija dobivenih rezultata.....</b>	<b>73</b>
<b>3.1. Jedinična usporedba profila roditelj-dijete .....</b>	<b>74</b>
<b>3.2. Profil roditelja .....</b>	<b>83</b>
<b>3.3. Profil djece.....</b>	<b>85</b>
<b>3.4. Komparacija profila roditelja i djece .....</b>	<b>87</b>
<b>ZAKLJUČAK: Pedagoške implikacije BASIC Ph modela u odnosu roditelj - dijete .....</b>	<b>90</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>93</b>
<b>PRILOZI .....</b>	<b>95</b>

## UVOD

Kada se govori općenito o bolesti, nerijetko nam se dešava da olako pređemo preko te tematike jer nas se ne tiče ili naprosto ne volimo govoriti o tome. U svijetu zdravih ljudi, „bolest“ nije tema o kojoj se razgovara dugo ni opširno. Čak i ako poznajemo nekog ko je bolestan, a da nam nije bliži rod, ponekad porazgovaramo sa njim, možda ponudimo pomoć, ali opet se vratimo svojoj svakodnevnicu koja se nalazi u potpunoj ravnoteži i više ne moramo misliti o tome. Međutim, kada je riječ o bolesti naših bližnjih ili nas samih, onda se naša svakodnevnicu potpuno i to doslovno preokreće te lagodan život koji smo nekada imali postaje prošlost. Ovaj rad je nastao iz velike želje za razumijevanjem osoba koje žive jednim drugačijim realitetom koji se čini zdravim ljudima kao apstraktna pojava. Nastao je i jednim dijelom iz ponukanosti vlastitog iskustva sa bolesnim članom u obitelji. Najvećim dijelom je pisan iz težnje za shvatanjem dječijeg svijeta čiju svakodnevnicu čine bolnički zidovi, hladni hodnici i bijeli mantili. Toj djeci je potrebno razumijevanje i poseban pristup u komunikaciji od strane svakog pojedinca, ali naročito onih koji se najviše bave njima – pedagozima/odgajateljima i nastavnicima.

U ovom radu je prikazano kvalitativno istraživanje o djeci koja su oboljela od hroničnih i malignih bolesti te njihovih roditelja za vrijeme hospitalizacije gdje je glavni cilj bio ispitati njihove sličnosti i razlike u suočavanju. Radi se o deskripciji njihovih coping-stilova utemeljenih na BASIC Ph teoriji, a to su: vjerovanje, emocije, socijalna komponenta, imaginacija, mišljenje i fizičko-fiziološka komponenta. Tema obuhvata značajke znanosti medicinske pedagogije, opće i zdravstvene psihologije.

Ono što je suština ovog istraživanja, kao i sama poruka koje ono nosi jeste potreba za što većim razumijevanjem djece koja su najteže trenutke svog života proveli u bolničkim krevetima i njihovim roditeljima smještenim u roditeljskoj kući čiji se život sveo na svakodnevnu brigu, napetost, strah i borbu za život djeteta.

# TEORIJSKI OKVIR

## 1. Definiranje osnovnih pojmova

### 1.1. Hospitalizacija i hospitalizam

Prema Konvenciji o pravima djeteta, pravo na zdravlje je temeljno pravo djeteta. Stoga, ukoliko je dijete bolesno i narušenog fizičkog zdravlja, to zahtijeva boravak djeteta u bolnici, tj. **hospitalizaciju**. Međutim, nerijetko se događa da dijete za vrijeme hospitalizacije doživljava fizičke poremećaje i psihičke traume iz brojnih razloga: zbog odvajanja od roditelja, popratnih efekata terapije, bolnih terapijskih zahvata i tome slično (Kosec, 2015). Iz toga proizilazi pojam hospitalizam koji je opći pojam za sve psihološke i tjelesne poremećaje uzrokovane dugotrajnim boravkom u bolnici. Hospitalizam je skup psihičkih i tjelesnih poremećaja izazvan dugotrajnim boravkom u bolnici. Najčešće se koristi za opisivanje poremećaja kod djece koja zbog boravka u bolnici ili drugoj instituciji imaju tjelesne i psihičke teškoće (Havelka, 1994:120).

Simptomi hospitalizma su:

- Sklonost plaču
- Apatičnost i potištenost
- Motorička smirenost ili hiperaktivnost
- Zaostajanje u tjelesnom razvoju
- Loše zdravstveno stanje

Smatra se da se nepovratne promjene javljaju ako je dijete odvojeno od majke više od pet mjeseci. Odvajanje bolesnika iz njegove svakodnevne okoline na koju je naviknut može izazvati psihološki stres. Što je nova sredina manje poznata i više negativnih emocionalnih stanja izaziva, to je intenzitet stresa veći. Odlazak u bolnicu upravo je takav raskid sa svakodnevnom okolinom koji je zasićen neizvjesnošću, neugodnim doživljajima i neugodnim emocionalnim stanjima. Prestanak svakodnevnih aktivnosti pojedinca, rastanak s obitelji, prijateljima, znancima, neugodni simptomi bolesti, neizvjesnost oko ishoda bolesti, neugoda pri percipiranju patnje drugih bolesnika i različiti strahovi pred bolničkim liječenjem, neki su od razloga za stres prilikom hospitalizacije (Pehar, 2012: 53).



Hospitalizam podrazumijeva oblik socijalne deprivacije kojoj su djeca izložena za vrijeme bolničkog smještaja, gdje im se posvećuje manje pažnje (izuzev medicinske) od strane odraslih i gdje su malo stimulirana na razvoj govora. Istraživanja su pokazala da je dijete u institucijama frustrirano u svojim pokušajima da formira odnos s majkom ili njezinom zamjenom. Ispitivanja nekolicine autora pokazuju da institucionalizirana i hospitalizirana dojenčad plaču daleko više i češće nego dojenčad odgajana regularno u obitelji. Problem utjecaja hospitalizacije na djecu s hroničnim bolestima ne možemo posmatrati izolirano, već u okviru odnosa „dijete koje je bolesno – bolest – okolina“, pri čemu se pod okolinom misli naročito na utjecaj bolničkog smještaja. Psihički utjecaj svakog od ovih članova daje svoj, ali sinergičan doprinos u formiranju strukture odnosa sa specifičnim psihičkim posljedicama za hospitalizirano dijete (Stančić, 1969).

## 1.2.Pojam zdravlja i bolesti

Biti zdrav ima različito značenje za različite ljude. Za laike to najčešće znači ne biti bolestan, dok zdravstveni radnici pod zdravljem podrazumijevaju odsustvo medicinski definisanih bolesti i nesposobnosti. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definisala je zdravlje kao „stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili slabosti“ (Pehar, 2012). Prema ovoj definiciji zdravlje treba smjestiti u najširi kontekst te govoriti o interakciji fizičkog i mentalnog u pozitivnom društvenom okruženju i sposobnost pojedinca da se aktivno kreće unutar okruženja. Dva najvažnija faktora ljudskog zdravlja kao šireg koncepta su stil i uvjeti života. Stil života uključuje zdravstvena ponašanja kao što su prehrana, tjelovježba, upotreba supstanci i sl (Sofilić, 2015). Zdravstveno ponašanje u širem smislu podrazumijeva svako ponašanje koje može štetiti ili unaprijediti zdravlje. Iz ovoga proizilaze dva oblika zdravstvenog ponašanja: pozitivno i negativno. **Pozitivno zdravstveno ponašanje** unapređuje zdravlje, sprječava pojavu bolesti, a ako se ona i pojavi, olakšava njezino liječenje. **Negativno zdravstveno ponašanje** ubrzava pojavu bolesti i otežava njezino izliječenje (Havelka, 1994). Uvjeti života odnose se na okruženje u kojima ljudi žive i rade kao i na to kakav učinak okolno okruženje i društvo ima na život pojedinca. Uvjete života često je teško promijeniti, ali nije nemoguće te ih je stoga važno pokušati unaprijediti.

1986. godine je Svjetska zdravstvena organizacija u Povelji o promicanju zdravlja iz Ottawe, zdravlje definirala kao „resurs svakodnevnog života, a ne cilj življenja“. Zdravlje je pozitivan koncept koji ističe socijalne i osobne resurse, ali i fizičke kapacitete. Ove definicije ukazuju na to

kako je potpuno zdravlje moguće dostići samo u kombinaciji tjelesnog, mentalnog, emocionalnog i socijalnog blagostanja, koji zajedno čine tzv. *trokut zdravlja*.

Koji faktori mogu uzrokovati gubitak zdravlja? Istraživanja su pokazala da je siromaštvo najveći faktor pojavljivanja bolesti. Siromaštvo je povezano s nemogućnošću pristupa odgovarajućim odgojno-obrazovnim institucijama i programima kao i nemogućnošću pristupa odgovarajućim liječilištima. Također, materijalna oskudica diktira lošiju prehranu, stanovanje, sanitaciju, okoliš, uvjete na poslu i lošije zbrinjavanje bolesti; drugo, siromaštvo i s njim povezana društvena izolacija proizvede frustraciju i stvaraju patološka psihoemocionalna stanja koja se negativno odražavaju na tjelesne funkcije. Konačno, kod velikih broja oboljenja dovode i usvajanje nezdravih oblika ponašanja kao što su pušenje, prejedanje, alkoholizam, narkomanija i sjedilački način života. Također, sama medicina može biti uzrokom gubitka zdravlja. Neprimjereni lijekovi i tretmani s jakim popratnim posljedicama mogu uzrokovati trajno gubljenje zdravlja, pa čak i voditi u smrt (Pehar, 2012).

*Bolest* pripada realnosti života i neprijatno je iskustvo. Nažalost, dječiji život nije pošteđen takvog iskustva sa svim psihičkim posljedicama koje ona nosi. Iskustvo je za svakog individualno, te neki o tome lakše govore, a neki teže. Kada se razbolimo, dajemo sve od sebe da skupimo snagu da tu bolest pobijedimo, a kada ozdravimo, nerado o tome pričamo jer ljudi općenito ne vole slušati o bolesti. Jedino pozitivno u tom zbivanju jeste upravo naše iskustvo koje smo prošli jer ono predstavlja neprocjenjiv izvor informacija ljudima koji se nalaze ili mogu naći u sličnoj situaciji (Mavrak, 2003).

Bolest je nedostatak zdravlja. Može biti lakša ili teža, s boljom ili lošijom prognozom, socijalno vidljiva ili sakrivena, s indirektnim psihičkim posljedicama ili s direktnim psihičkim posljedicama. Okolina (obiteljska, bolnička ili šira) može biti takva da dijete prihvata ili odbacuje, prijateljska ili hladna, stimulativna ili destimulativna, tjeskobna ili ohrabrujuća itd (Stančić, 1969). Izvjestan broj oboljenja, a posebno hronična oboljenja, predstavljaju ozbiljan problem, kako mladim tako i odraslim. Hronična oboljenja ne mijenjaju život osobe koja je bolesna, već i članove obitelji te osobe, prijatelje i općenito pojedince koji je okružuju. Hronično oboljenje stvara prepreke u svakodnevnom funkcionisanju djeteta ili odrasle osobe. Naprimjer, dijete sa srčanom manom mora smanjiti fizičku aktivnost na satu tjelesnog zdravstvenog odgoja i prilagoditi svoj način života

dijagnozi. Djeca sa malignim oboljenjima moraju pristati na izolaciju i poslije redovnog terapijskog tretmana koji traje šest mjeseci (Mavrak, 2003).

Postoji pet različitih faktora koji utječu na hronično oboljelo dijete i njegovu funkcionalnost Hardman i sur.(1990) prema Mavrak (2003):

1. Ozbiljnost bolesti i fizička kondicija oboljelog
2. Uzrast na kome se bolest javila
3. Podrška članova obitelji i prijatelja
4. Kvaliteta medicinskog tretmana
5. Priroda stanja i prognoza (da li se stanje pogoršava ili ostaje isto)

Prema tome, svaka dijagnoza zahtjeva određenu prilagodbu koja podrazumijeva psihološko suočavanje sa bolešću, promjenu načina života, privremenu izolaciju, terapije, operacije i sl. Također, bolest ne pogađa samo oboljelog već i članove njegove obitelji. Njima se mijenja ustaljena dinamika života te samim tim moraju potpuno prilagoditi svoju svakodnevnicu kako bi oboljeloj osobi ili djetetu olakšali i pomogli pri njegovom liječenju.

## 2. Bolesna i zdrava djeca – sociokulturološka dimenzija

Kvaliteta i dinamika života kod zdravog i bolesnog djeteta se razlikuje u samom njihovom svakodnevnom funkcionisanju. Prosječno zdravo i sposobno dijete posjeduje sklonosti i sposobnosti predodređene odgojnim postupcima njegove kulture koje je moguće razvijati i omogućiti mu da izraste u pripadnika određene sociokulturalne skupine. Dakle, prirodni i kulturni razvoj zdravog djeteta se prožimaju i obrazuju jedinstvo biosocijalnog formiranja ličnosti. Međutim, djeca koja pate od hroničnih oboljenja imaju drugačiju razvojnu putanju. Njihov prirodni i kulturni razvoj ne moraju ići istim putem niti se prožimaju na isti način. Dijete koje je bolesno prolazi kroz potpuno drugačiji razvojni put koji ne pripada tipologiji zdravog djeteta. Atipičnost o kojoj govorimo decenijama je karakterizirana kao „defekt zdravlja“ i nije tretirana kao proces, već kao stanje. Radi se zapravo samo o različitom psihološkom mehanizmu kojim se bolesno dijete<sup>1</sup>, zapravo dijete sa posebnom potrebom drugačije susreće sa svijetom. Pri tome je ono i dalje kulturološki funkcionalno, ako okolina poštuje činjenicu da bolesno dijete nije negacija zdravog djeteta, već je jednostavno drugačije. Na primjer, vještine čitanja i pisanja imaju kulturnu funkciju koje su važne za opstanak pojedinca i društva. Svako dijete treba savladati ovu vještinu, samo je razlika u načinu tog savladavanja. Djetetu koje je bolesno možda će trebati više vremena ili drugačiji pristup učenju za razliku od zdravog djeteta.

---

<sup>1</sup> Napomena: U svakodnevnom i akademskom vokabularu je poželjno da se u prefiks stavlja *dijete*, a potom njegova teškoća ili bolest kao npr. *dijete koje je bolesno, dijete sa teškoćom u razvoju i sl.* zbog pedagoškog principa (ali i humanih razloga) koji stavlja dijete u prvi plan i posmatra ga kao cjelinu i kao ravnopravnog pojedinca sa drugim ljudima. Osoba koja ima dijagnozu je kao i sve druge; njegova bolest je samo dio njega. Međutim, u radu je korištena konstrukcija „bolesna djeca“ isključivo iz praktičnih razloga.

### 3. Maligna oboljenja

U širem smislu „rak“ je općeprihvaćen naziv za zloćudnu ili malignu bolest. Karakterizira ga nekontrolirani rast i dioba stanica, njihova sposobnost da prodiru u zdravo okolno tkivo i da se šire u udaljena područja putem krvi i limfe čineći metastaze. Maligne bolesti kod djece su rijetke i čine 1-2 % svih neoplazmi u općoj populaciji. Godišnja učestalost procjenjuje se na 14:100.000 djece u dobi do 15 godina. Posljednih nekoliko decenija postignut je izvanredan napredak u liječenju. Današnjom terapijom se postiže izliječenje u više od 75% oboljele djece. Unatoč tome što je rijedak, rak je drugi po učestalosti uzrok dječje smrtnosti, odmah nakon prometnih nesreća. Maligne bolesti kod djece se razlikuju od malignih bolesti kod odraslih. U dječjoj dobi su najčešće leukemije, zatim tumori mozga, limfomi i drugi tumori. Nasuprot tome, kod odraslih se najčešće pojavljuju rak pluća, debelog crijeva, dojke i prostate. Nadalje, maligne bolesti kod djece pokazuju općenito bolji odgovor na kemoterapiju. Također, djeca bolje podnose kemoterapiju nego odrasli. Međutim, kako liječenje može imati neželjene posljedice i popratne efekte koje smo ranije spominjali, djeca koja se izliječe zahtijevaju dugotrajan i pažljiv nadzor.

Najčešće maligne bolesti od kojih djeca obolijevaju su leukemije i one čine trećinu svih dječjih neoplazmi. Najčešća je akutna limfatična leukemija, od koje pretežno obolijevaju djeca od 2. do 6. godine života. Leukemija nastaje zbog nekontrolirane diobe bijelih krvnih stanica u koštanoj srži. Simptomi su opća slabost, blijedilo, krvarenja po koži, iz nosa ili desni, povišena temperatura, bolovi u kostima i zglobovima, gubitak težine i drugi (Roganović, 2009). Za dječji uzrast su također karakteristični embrionalni tumori koji nastaju od tkiva prisutnih u toku fetalnog i embrionalnog razvoja kao što su: neuroblastom, nefroblastom ili Wilmsov tumor, hepatoblastom, retinoblastom, meduloblastom i sl. Među najčešćim tumorima još spadaju akutna limfoblastična leukemija (ALL) , tumori središnjeg živčanog sustava, neuroblastom i non Hodgkin limfomi (kod adolescenata) (Janić, 2018).

Dijete sa dijagnozom malignog oboljenja se mora suočiti sa nizom fizičkih promjena koji su uzrokovani osnovnim djelovanjem bolesti, djelovanjem medicinskih tretmana i terapija te sekundarnim posljedicama tih postupaka. Te promjene se mogu manifestovati kroz bol, umor, mučninu, amputacije, a potom, ono što djecu najčešće pogađa i gubitak kose (Miholić i sur.,2012).

Uzroci nastanka najvećeg broja dječjih neoplazmi su nepoznati. Faktori rizika za nastanak raka kod odraslih su pušenje, izloženost UV zrakama i drugim izvorima zračenja, izloženost kancerogenima kojih ima u hrani, radnoj ili životnoj sredini, ali kod djece nisu dokazani. Uloga naslijeđa je odgovorna za nastanak iznimno malog broja dječjih neoplazmi. Veoma je bitno da roditelji, ukoliko primjete neuobičajene simptome ili pojave kod djeteta, reaguju na vrijeme i odvedu ga na pregled. Pored simptoma, mogu se manifestovati pojave koje mogu trajati i duže vrijeme kao gubitak na težini, konstantan umor, blijedilo, bolovi, otekline, krvarenja, česte temperature ili injekcije (Roganović, 2009).

Dijagnoza malignog oboljenja ne mijenja samo djetetovo fizičko-fiziološko funkcionisanje već mijenja i cjeloukupan kontekst njegovog života. Ono se mora izolovati iz svoje okoline u kojoj je prije bolesti provodilo svakodnevnicu. Dolazi period kada dijete treba boraviti u bolnici te od tog momenta nastaju drastične promjene u njegovom životu. Obitelj, škola i vršnjaci se tada nalaze u drugom planu. Pred djetetom se nalazi težak period s kojim se treba suočiti, a u tom procesu će najviše biti sam jer niko ne zna kako je njemu. Roditelji su najveća pomoć i podrška, ali su i oni za određen stepen udaljeni od djeteta tijekom hospitalizacije. Od momenta saznavanja za dijagnozu dijete započinje mukotrpnu bitku za ozdravljenjem, a s druge strane roditelji prilagođavaju svoju svakodnevnicu novonastaloj situaciji: napuštaju posao te se premiještaju u okolinu bližoj djetetu - primjer za to je roditeljska kuća čiji koncept sve više dobiva na značaju u kliničkom miljeu, istražuju o bolesti, traže najbolje ljekare, suočavaju se sa ostatkom obitelji te prijateljima koji su neodmorni u postavljanju pitanja, vode bitku sa školom i cjeloukupnim sistemom koji također treba uspostaviti poseban režim za dijete te još bezbroj drugih stvari. S jedne strane je dijete koje je bolesno i treba se prvenstveno suočiti sa svime što donosi sama bolest te prilagođavanje na bolnički milje i činjenicu da će dugo vremena biti odvojen od prijatelja. S druge strane su roditelji čiji se život također potpuno preokreće. Evidentno je da pomenuti faktori s kojim se roditelji i djeca trebaju suočiti stvaraju jedan sasvim novi svijet u kojem se isprepliće dijapazon pedagoških i psiholoških posljedica s obje strane. U pedagoškom kontekstu, nakon saznanja za dijagnozu djeteta dolazi do izrazitih problema u odgojnoj komunikaciji između djeteta i roditelja, odnosno nerazumijevanja shvatanja dva realiteta: dječiji svijet koji nije više ispunjen dječijom igrom, doživljajima iz škole, okoline i svega što je činilo njegovu svakodnevnicu i svijet roditelja u kojem treba izaći na kraj sa problemima odraslih - promjena okoline, komunikacija s ljekarima, prilagodba dnevnih obaveza, komunikacija sa školom, rodbinom, prijateljima itd.

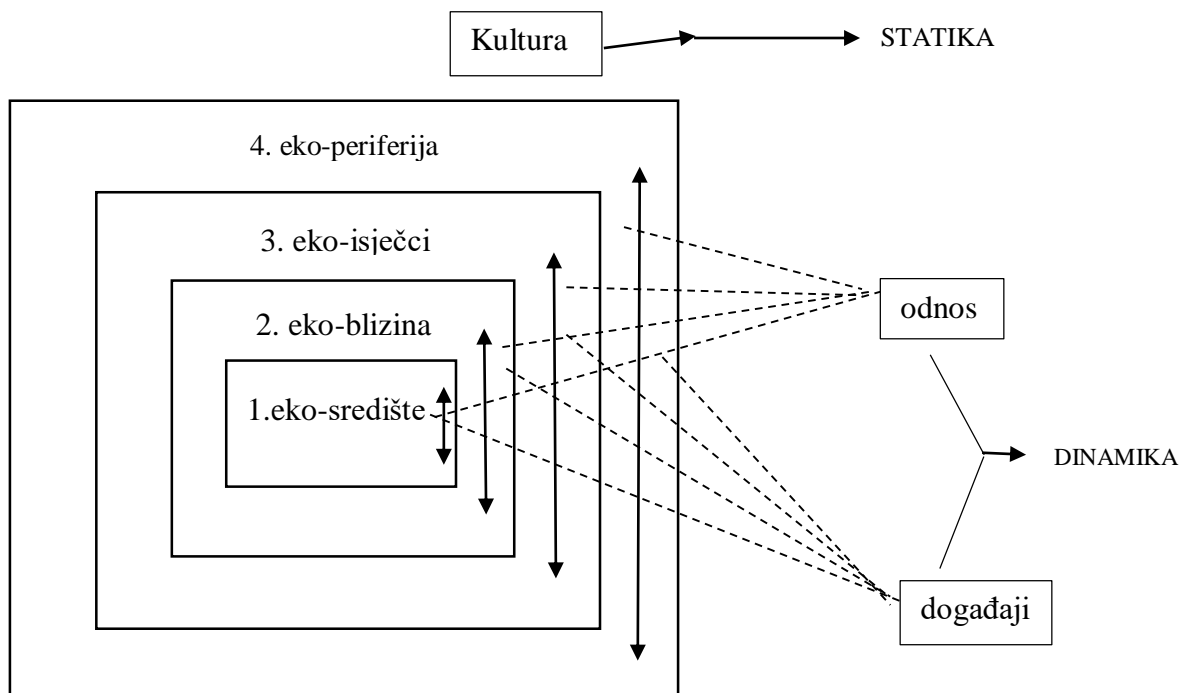
#### 4. Ekologija razvoja zdrave i oboljele djece

Kako smo već naveli, bolest donosi ogromne promjene u životu djeteta. Mijenja se njegovo svakodnevno funkcionisanje i čitav razvojni i kulturološki put. Samim tim se mijenja i društveni kontekst u kojem živi.

Bronfenbrenner, znanstvenik koji je razvio teoriju o ekologiji ljudskog razvoja, shvata okruženje u kojem dijete živi kao set struktura u kojim se svaka od njih upliće u drugu i mogu se prikazati koncentričnim krugovima ili kvadratima. Prostorno i vremenski najobimnija struktura, sa najvećim brojem učesnika u interakciji, najvećim brojem uloga i najraznolikijim fizičkim uvjetima u kojim jedinka obitava, pripada kulturi. Kultura je jedan eko-pojas koji može biti shvaćen statično, ako se posmatra i opisuje. Tako je i sa drugim eko pojasevima: 1. *eko-središte* jeste centralni i djetetu najbliži eko pojas, neposredni prostor najdužeg i najbliskijeg obitavanja, 2. *eko-blizina* jeste susjedstvo, prostor u koji dijete prvo kroči iz obitelji kao eko-središta i gdje uči prve odnose sa širom okolinom, 3. *eko-isječci* su prostori koji ne pripadaju samo djetetu, mogu biti dijelom njegovog susjedstva, ali mogu biti i fizički udaljeniji, gdje se usvaja određeno ponašanje koje može biti od koristi (u školi se uči sa određenim ciljem, u trgovinu se ide sa određenim ciljem itd.), 4. *eko-periferija*, koja je prostorno daleko od djeteta, koja može biti mjesto za odmor i dokolicu, ali i mjesto zabranjeno nekim pravilima (ruševina u kojoj se ne bi smjelo igrati, npr.) (Mavrak, 2003 prema Gudjons, 1994). Ovaj koncept dakle obuhvata vremensku strukturu, međusobnu, ali i prostorno-stvarnu okolinu (npr. ulice, upotrebne predmete, prometna sredstva), te bihevioralno okruženje u smislu okolnih svjetova koji određuju ponašanje (trgovine, parkovi, dječiji vrtići) (Gudjons, 1994:94).

Bronfenbrenner ističe da se, međutim, ovdje ne završava ono što nazivamo eko-okruženjem. Ovoj strukturi nedostaje dinamika.

*Dinamika eko-pojaseva* posljedica je odnosa koji postoje među subjektima unutar i van svakog eko-pojasa i događaja koji silno utječu na razvoj čovjeka.



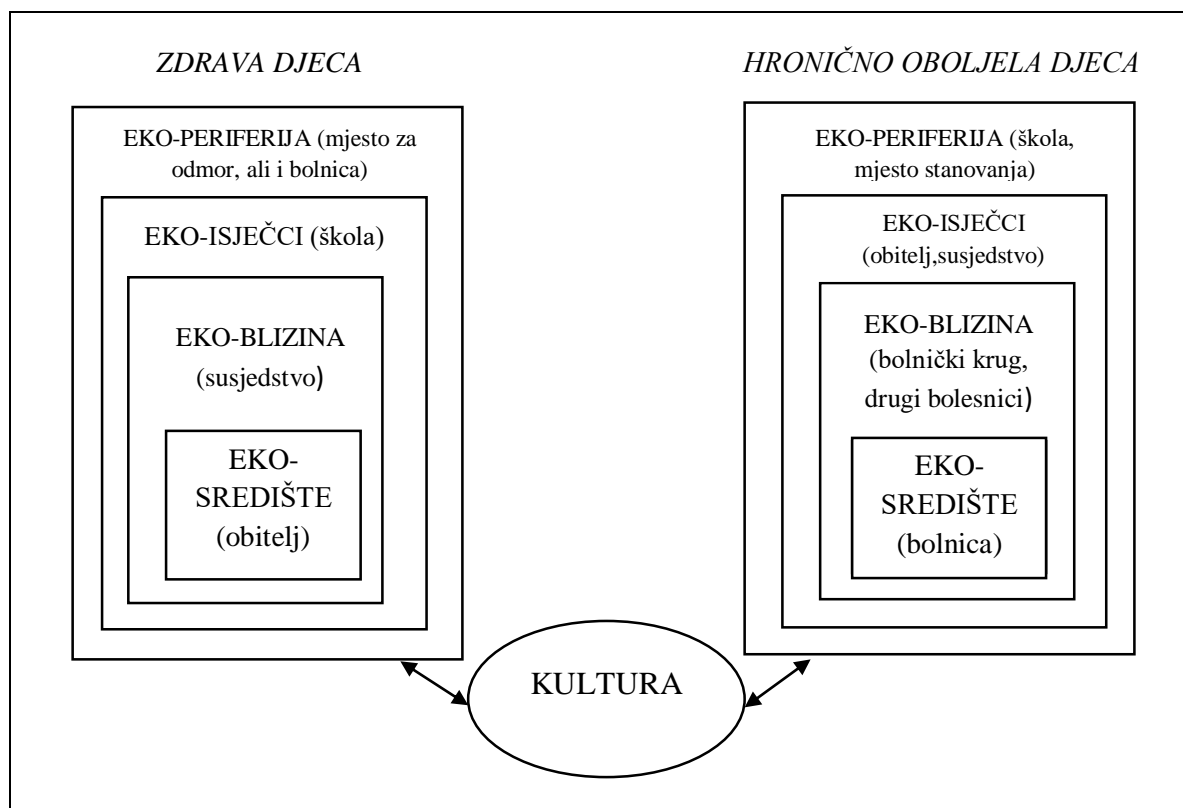
Sl. 1. Dinamika i statika eko-pojaseva (Mavrak, 2003).

Kada se na osnovu shematskog prikaza na slici 1. razmišlja o problemu komunikacije sa zdravom i hronično oboljelim djecom, odnosno o ekologiji njihovog razvoja, nije teško usporediti eko-pojaseve ovih dvaju skupina. Ne treba zaboraviti pri tom da agensi socijalizacije, dakle obitelj (roditelji, braća i sestre...), škola (nastavnici, vršnjaci...) i bolnica, egzistiraju kao elementi ovog shematskog prikaza. Prosječno zdravo dijete živi u okruženju koje je prethodno predstavljeno shematskim prikazom. Njegovo eko-središte je njegova obitelj gdje provodi najveći dio dana. Obitelj je naša prvobitna zajednica s kojom stupamo u kontakt i ona nam predstavlja primarni izvor sigurnosti i ljubavi. Eko-blizinu čine susjedi i njihova djeca, koji su također dio djetetove svakodnevnice. Škola je za zdravo dijete eko-isječak. Ona pripada strukturi svakog radnog dana i njeno pohađanje je krajnje svrhovito – zdravo dijete uči i odrasta, uči da bi odraslo i ima neku viziju budućnosti. Eko-periferija je mjesto za zabavu i odmor, ali u taj eko-pojas spada i bolnica: kuća bola koja je udaljena od zdravog djeteta sve dok ono nosi atribut zdravlja (Mavrak, 2003:33).

S druge strane, bolesno, naročito hronično bolesno dijete, obitava u drugačijoj sredini. Eko-periferija zdravog djeteta postaje eko-središte: bolnička soba zamjenjuje dječiju sobu kod kuće. Eko-blizina, prostor koji je za zdravo dijete „svijet koturaljki“, okolina stanovanja i susjedstvo (Gudjons, 1994: 94), za hronično oboljelog je samo *bolnički krug*: hodnici, druge bolesničke sobe,



ostali bolesnici. Obitelj i dalje egzistira u svijesti kao eko-središte, ali ona je sada eko-isječak. Škola postaje eko-periferija, ne samo zato što bolesno dijete mora dugo obitavati u bolnici, već i zato što se ne vidi svrha učenja. Potreba za obrazovanjem je potisnuta osnovnom potrebom da se preživi (Mavrak, 2003).



Sl. 2. Eko-pojasevi zdrave i hronično bolesne djece (Mavrak, 2003)

Po dolasku kući, hronično oboljelo dijete se treba vratiti u kolotečinu svakodnevnog života, u kojoj više ništa nije isto. Čak iako je fizički prostor ostao nepromijenjen, subjekti u njemu se mijenjaju. Mijenjaju se odnosi sa bližnjima, prijateljima i stav okoline prema djetetu. Škola također spada u kontekst u kojem su se odnosi promijenili. Nastavnik i razredne kolege, svjesni stanja u kome se nalazi član njihove zajednice, mijenjaju prethodni odnos, uljepšavajući ga, štedeći oboljelo dijete, čuvajući ga od konflikta, neuspjeha i povređivanja. U odgojno-obrazovnom radu ovi elementi odnosa mogu biti smetnja postizanju maksimalnog individualnog kvaliteta života djeteta, bilo ono zdravo ili bolesno (Mavrak, 2003). Ne činimo uslugu djetetu ukoliko ga sažaljevamo i štedimo od svakodnevnice na koju je navikao prije oboljenja. Na taj način ga možemo samo još više uvući u kolotečinu koju je živio u bolničkom krugu te ga dovesti u stanje potpune psihološke demotivacije i letargije.

## 5. Prilagodba obitelji na bolest

Dijete koje je privremeno bolesno ili ozlijeđeno zahtijeva posebnu fizičku i psihološku njegu od strane roditelja. Za njega je potrebno izdvojiti vrijeme za odlazak doktoru te liječenje kod kuće. Takav vid privremenog oboljenja iziskuje trud roditelja da više posvećuju pažnju djetetu nego što bi to uobičajeno radili. Primjerice, potrebno je prekinuti neku radnju kako bi se djetetu izmjerila temperatura ili stavila obloga. U svakom slučaju, mijenja se svakodnevna dinamika u obitelji kako bi se više prilagodila novonastaloj situaciji tj. bolesti djeteta. Međutim, kada je u pitanju hronično oboljenje, nastaje potpuno nova dinamika u obitelji i samim tim ona postaje načinom života. Roditelji gotovo u potpunosti zanemaruju obaveze osim ako ne uključuju brigu o djetetu. Nazočnost nad njim je potpuna, a osjećaj tjeskobe i straha postaje svakodnevna pojava. Činjenica je da bolest ne pogađa samo dijete, već na određen način pogađa i sve članove obitelji. Kako svaka bolest zavisno od svoje prirode donosi svoje probleme, time se nameću novi zahtjevi za obitelj i ona se nastoji tome prilagoditi (Davis, 1998).

Svi članovi obitelji proživljavaju veliki stres zbog novonastale situacije te shodno tome nailazimo na velik raspon reakcija: neki se prilagođavaju vrlo dobro, dok neki u startu posustaju. Postoji mnoštvo faktora koji utječu na samu prilagodbu obitelji na bolest djeteta. Neki od osnovnih faktora su: faktori bolesti, osobnost članova obitelji i socijalni faktori. Faktori bolesti se odnose na vrstu i stadij malignog oboljenja, mogućnosti liječenja i potencijal za rehabilitaciju. Faktori osobnosti se tiču osobina ličnosti članova obitelji, njihovih strategija suočavanja te emocionalnu zrelost. Socijalni i kulturalni faktori se odnose na nečije stavove, mišljenja i predrasude o bolesti. Smatra se da je osobnost roditelja jedan od ključnih faktora u prilagodbi djeteta na bolest jer se tiče njihove percepcije i pogleda na samu bolest. Njihova percepcija umnogome može djelovati i na percepciju djeteta o bolesti, jer ono na temelju mišljenja roditelja stvara sudove o stanju u kojem se nalazi. Shodno tome, ukoliko su stavovi roditelja pozitivni, manja je vjerovatnoća da će dijete razviti emocionalne teškoće. Roditelji koji se za vrijeme prilagodbe više koriste strategijama suočavanja koje su usmjerene na rješavanje problema, a manje koriste izbjegavajuća ponašanja, pasivne reakcije i izražavanje negativnih emocija, pod manjim su rizikom za pojavu stresne reakcije ili posttraumatskog stresnog poremećaja (Davis, 1998).

Pasivno suočavanje se može povezati sa konceptom naučene bespomoćnosti gdje zbog visokog stupnja stresa roditelji zauzimaju pasivnu poziciju i time su više podložniji stresnim situacijama. Roditeljima mogu biti od velike pomoći različite vrste psiholoških intervencija, savjetovanja i metoda suportivne psihoterapije kako bi savladali adaptivnije tehnike suočavanja sa stresom.

Dijagnoza maligne bolesti pogađa i druge srodnike oboljelog djeteta. To su primarno braća i sestre koji mogu razviti različite emocionalne smetnje poput lošeg raspoloženja, anksioznosti, depresivnosti, niskog samopoštovanja, a nerijetko se događa i značajan pad školskog uspjeha. Pored toga, često se navodi opadanje opće kvalitete života. Nesiguran tijek malignog oboljenja te moguć smrtni ishod dovodi do pojačanih negativnih osjećanja, konstantne napetosti, čak ljutnje i ljubomore. Ovakve emocionalne reakcije mogu zavisiti od dobi braće i sestara oboljelog djeteta. Ukoliko se radi o djetetu školskog uzrasta, najčešće se promjene manifestiraju u njegovom školskom uspjehu i teškoća u socijalizaciji. Braći i sestrama je potrebno pružiti socijalnu podršku (od strane vršnjaka, učitelja i roditelja) jer je to dobar početak za preveniranje emocionalnih teškoća ili problema u ponašanju (Kalebić Jakupčević, 2013).

Eiser (1990) i Garisson & McQuiston (1989) su dali pregled faktora pomoću kojih je moguće predvidjeti mogućnost adaptacije cijele obitelji:

- Težina bolesti, kako je vide roditelji (ne i stručnjaci), u vezi je s lošijom adaptacijom.
- S povećanjem stupnja malaksalosti i bolova povećavaju se i psihološke teškoće.
- Bolesti s većom vjerovatnosti smrtnog ishoda u vezi su s većim stupnjem psiholoških teškoća, koje podjednako osjećaju i djeca i roditelji.
- Na temelju vanjske vidljivosti bolesti moguće je, čini se, predvidjeti dobru adaptaciju kod djeteta. Razlog možda leži u tome da su problemi izvana vidljivi promatraču sa strane, pa roditelji i djeca imaju manje teškoća u odnosima s ljudima iz svoje okoline.
- Socijalni i ekonomski status nisu dosljedno povezani sa stupnjem adaptacije koji postižu bilo djeca ili roditelji.
- Spol djeteta nema utjecaja na prilagodbu.
- Psihološki problemi što ih djeca osjećaju povećavaju se s njihovom dobi. Posebno je teško razdoblje adolescencije.

- Obiteljske varijable, kao što su otvoreno i iskreno komuniciranje, nepostojanje sukoba, unutarnja povezanost obitelji, emocionalna otvorenost i stabilnost obitelji, utječu na sposobnost djeteta i roditelja da se nose s bolešću i kontroliraju je.
- Veličina obitelji, bračni status i etnička pripadnost nemaju, čini se, utjecaja na prognozu mogućnosti prilagodbe bilo djeteta bilo roditelja.
- Opasnost od pojavljivanja problema kod djeteta povećana je ako roditelj pati od depresije ili je bolestan.
- Istodobne stresne situacije, bilo da se pojavljuju u obitelji ili dolaze izvana, utječu na predviđanje mogućnosti adaptacije kod majke i djeteta.
- Ako su roditelji već proživjeli teške psihološke probleme, imat će teškoća u prilagođavanju na bolest.
- Neki podaci upućuju na to da se roditelji, kako stare, bolje prilagođuju na bolest.
- Socijalna i emocionalna potpora, kao i zadovoljstvo u braku, imaju utjecaja na stupanj adaptacije kako roditelja tako i djeteta (Davis, 1998: 22).

Dakle, adaptacija obitelji na bolest može biti povezana sa mnogo faktora kao što je imovinsko stanje, težina bolesti, uzrast djeteta, komunikacija i odnosi u obitelji itd. Prema tome, kako bi se olakšala već postojeća teška situacija, potrebno je ponovo pokušati uspostaviti ravnotežu među odnosima u obitelji, uzimati u obzir svačije potrebe te voditi dosljednu brigu o kućanstvu.

### **5.1. Razumijevanje adaptacije na bolest kroz sistem konstrukata**

Kako bismo bolje razumijeli roditelje i pomogli im da lakše prođu kroz proces adaptacije na bolest djeteta, trebamo poći od njihovih osobnih stavova i pogleda na cjelokupnu situaciju u kojoj se nalaze. Potrebno ih je dobro upoznati, jer nijedan roditelj nije isti, a samim tim i njihove predodžbe o bolesti su drugačije. To znači da oni sami stvaraju teorije odnosno konstrukcije onoga što se događa. Prema tome, polazimo od pretpostavke da ljudske reakcije na situaciju ne determinira sam događaj nego upravo njihova percepcija tog događaja. Sistem konstrukata kod svakog pojedinca se kreira i iznova obnavlja kroz njegova iskustva. Proces pomaganja roditeljima upravo leži u zajedničkom propitivanju i spoznavanju konstrukata koje imaju o svijetu koji ih okružuje te raditi na njima ukoliko im ne služe. To činimo tako što sa roditeljima razgovaramo i slušamo ih. Ono

što je najbitnije shvatiti kod sistema konstrukata jeste da oni uopće ne moraju davati pravu sliku stvarnosti. Ono što važi za roditelja, ne mora nužno značiti za dijete i obrnuto. Njihovi konstrukti i uvjerenja o bolesti mogu biti različita što može nerijetko dovesti do konflikata u obitelji.

Suočavanje sa dijagnozom je početak koji je možda najteži i često se čini nepremostiv. U trenutku postavljanja neke dijagnoze dolazi do burnih i dramatičnih reakcija. Roditelji uglavnom opisuju trenutak priopćavanja dijagnoze kao stanje šoka, obamrlosti ili konfuzije. U njihovim glavama vlada zbrka pitanja, raznoraznih misli i uzburkanih emocija. Sistem konstrukata koji su do tada imali se srušio, jer od momenta saznanja da je njihovo dijete oboljelo od maligne bolesti, njihov svijet se promijenio. Oni ne posjeduju model novoga svijeta, već su primorani da kreiraju novi, ukoliko im onaj stari ne služi. Na primjer, roditelji se trude razumijeti bolest na temelju onoga što već znaju. Ukoliko je dijete stalno umorno, mogu pretpostaviti da je to od virusa ili gripe (a ne da je u pitanju, recimo, leukemija), jer su naučeni tako razmišljati kroz svoja prijašnja iskustva. Kada se roditelji suoče sa dijagnozom, oni uglavnom posjeduju vrlo malo konstrukata o bolesti. Zbog toga se tada dešavaju najveće promjene.

## **5.2.Kellyeva teorija konstrukata**

Jedan okvir za razumijevanje procesa adaptacije roditelja i bolesne djece, okvir za razumijevanje komunikacije među roditeljima i djecom, jeste teorija osobnih konstrukata čiji je tvorac psiholog George Kelly. Ova teorija je izrasla iz njegove kliničke prakse i orijentirana je na razumijevanje pojedinca i njegovih osobnih konstrukata prema izmijenjenoj stvarnosti. Nijedan stručnjak u domeni pedagogije će teško definirati cilj odgojnog rada ukoliko nije u potpunosti upoznat sa konstruktima o stvarnosti hronično bolesne djece i njihovih roditelja. Kellyeva teorija konstrukata može dobro poslužiti pedagoškoj djelatnosti jer upućuje na učenje i razumijevanju o pojedincu koje je kompleksno i kosi sa svim pravilima konvencionalnog odgoja u uravnoteženom ekosustavu. Ono što je bitno jeste pedagoga ili pomagača dovesti do pristupa „ovdje i sada“, a to znači momentalno pružanje pomoći djetetu ili odraslom resursima kojima raspolaže. Prema Kellyju ne postoji objektivna i apsolutna istina. Svaka istina je uvjetovana životnim okolnostima u kojim se pojedinac nalazi (npr. bolest u obitelji). Mavrak navodi da je „srž Kellyeve fenomenološke koncepcije ličnosti upravo u odsustvu vrednovanja i nastojanja da se ličnost drugoga shvati na

osnovu njegovih, a ne vlastitih konstrukata“ (Mavrak, 2002: 134). U nastavku ćemo obrazložiti pojedinačne konstrukte koje odrasli mogu imati u toku prilagodbe na bolest djeteta.

### ***Konstrukti o bolesti***

Kada roditelji saznaju da im dijete boluje od hronične bolesti uglavnom se zaprepaste jer imaju vrlo malo ili nimalo znanja o datom oboljenju. Zbog toga proživljavaju, u najmanju ruku, veliki strah i užas. Neki roditelji koji znaju više o bolesti također prolaze kroz trenutke teške neizvjesnosti zbog same vrste i tijeka oboljenja, koje može, a i ne mora završiti pogubno. Razumljivo je da zbog nedostatka konstrukata o bolesti u tim trenucima roditelji stvaraju najgoru moguću sliku o situaciji. Nerijetko se dešava da o bolesti imaju pogrešan konstrukt. Na primjer, misle da se svi tumori mogu odstraniti ili naprotiv, da se od istog umire. Proces izgradnje konstrukata o bolesti započinje odmah. Roditelji najprije počnu prikupljati informacije o simptomima bolesti, uzrocima, prognozi i mogućnostima izlječenja te počinju usvajati vještine koje će im koristiti za pomoć djetetu i obavljanje potrebnih pretraga (na primjer, kako se daje injekcija, kako se primjenjuje inhalator i sl.). Ovo se također može razlikovati od roditelja do roditelja ovisno o njihovim sposobnostima učenja, prethodnom znanju, ali i stupnju njihovog suočavanja sa bolešću djeteta. Roditelji koji su u fazi poricanja, koji nisu spremni još uvijek prihvatiti bolest djeteta, teško da će se odmah „baciti“ u potragu za saznanjima. Ti roditelji nisu spremni na mijenjanje konstrukata, već naprotiv žive u dubokim uvjerenjima da ono što se zbiva nema ozbiljan značaj kao što se to čini. S ovim u vezu možemo staviti strategije suočavanja kojim roditelji pribjegavaju nakon što saznaju za bolest djeteta.

Pri formiranju konstrukata o bolesti, trajan je problem hoće li roditelji uspjeti prikupiti dovoljno znanja o istom. To se može dogoditi iz više razloga:

- Ako stručnjaci ne daju dovoljno informacija ili ih ne pružaju na prikladan i razumljiv način.
- Roditeljima može biti ograničen pristup informacijama, pogotovo ako je u pitanju strani jezik koji ne znaju prevesti.
- Prijatelji i poznanici im često mogu davati kontradiktorne informacije.
- Bolest se može vrlo sporo razvijati.
- Tijek bolesti i prognoza mogu biti nepredvidljivi.

Također, roditelji se konstantno bore između odluke kada je u pitanju pristanak na operativni zahvat koji može imati smrtni ishod ili bolna kemoterapija s kojom dolazi i gubitak kose, klonulost, a dijete opet može umrijeti. Teško je živjeti sa spoznajom da možda donose odluku koja može imati poguban ishod za dijete. Činjenica je da od roditelja dobrim dijelom zavisi uspjeh liječenja djeteta. Zavisi od njihove upornosti i neprestanoj borbi protiv svakodnevnih problema koji će uvijek postojati kako bi ih ometali kao što su njihov vlastiti umor, djetetov otpor, popratni učinci liječenja, strahovi od dugoročnih posljedica i sl. Sve ih to može vrlo lahko obeshrabiliti.

### ***Konstrukti o stručnjacima***

Kao što roditelji stvaraju konstrukte o bolesti, tako isto ih stvaraju prema ljudima koji će liječiti njihovu djecu. Prije svega, potrebno se upoznati sa njima i njihovim područjima liječenja. Suradnja može biti jedino djelotvorna ukoliko se uspostavi obostrana pozitivna komunikacija u kojoj je povjerenje u liječnika jedan od njegovih glavnih podstreka za liječenje. Za liječnike je vrlo bitno da imaju poštovanje i povjerenje roditelja, jer samim tim se njihova sposobnost u borbi s bolešću vjerovatno povećava.

Međutim, neka istraživanja su pokazala da roditelji najviše pritužbi imaju kada je u pitanju način komunikacije liječnika sa njima. Na temelju istih istraživanja ispostavilo se da je tek 50% roditelja zadovoljno komunikacijom sa liječnikom, što je premalo, naročito kada je u pitanju situacija malignog oboljenja djeteta kada je potrebno iskazati izrazito razumijevanje i potporu prema roditeljima. Pored toga, roditelji su izjavili da im liječnici ne saopšte dijagnozu odmah i nasamo, a i kada saopšte, način na koji to urade je teško razumljiv i bez saosjećanja. Liječnici trebaju iskazati poštovanje prema roditeljima i voditi brigu o cijeloj obitelji, a ne samo o bolesti djeteta. To će umnogome pospješiti liječenje i smanjiti već dovoljno turobnu i stresnu situaciju. Suosjećajna i ohrabrujuća komunikacija može samo olakšati i biti od velikog doprinosa, prvenstveno za dijete, a potom za liječnike i roditelje.

### ***Konstrukti o djetetu***

U procesu prilagodbe na bolest, kod roditelja se mijenja kompletna slika o njihovom djetetu koje nije više zdravo. Plaše se onoga što može uslijediti jer budućnost je neizvjesna i nepredvidljiva. Roditelji ne znaju kroz šta prolaze njihova djeca, hoće li trpjeti bolove ili hoće li uopšte preživjeti. Također, izrazito se brinu i za njihov društveni život: da li će previše izostati iz škole ili kako će

biti prihvaćeno od strane svojih vršnjaka i okoline. Mnoga djeca iz neznanja se distanciraju od bolesne djece misleći da imaju zarazu ili da su se promijenila. Oni tada vide samo bolest, a ne dijete, a to se upravo najčešće dogodi i roditeljima. Kada se dijete razboli, oni više ne razmišljaju o svom djetetu kao jedinki koja i dalje ima svoju ličnost, koje ima hobije i zanimanja – naprotiv, oni vide samo bolest i to je ono što ih najviše okupira.

Davis ovo ilustrira primjerom oca djevojčice oboljele od dijabetesa. Otac je dao osobnu sliku sebe i djeteta, a djevojčica sliku sebe i oca. Kada iskaze uporedimo, vidjet ćemo da su potpuno različiti.

**Očev iskaz:** „Postala je jako teška. Prije je bila tako poslušna. Učinila bi sve što bi joj se reklo. Imali smo tako dobar odnos. Sada...pa! Izgleda da me želi izazivati. Trudim se da budem dobar otac i brinem se zbog njezina dijabetesa, ali ako kažem bilo što u vezi s injekcijama koje mora primati, ona se na svaki način trudi da me razljuti. Ako je upitam je li uzela inzulin, ona mi odgovara: „Ne mogu se sjetiti“...Kad god joj bilo što kažem, ona počne na mene vikati...“

**Kćerkin iskaz:** „Vodim sasvim razložnu brigu o svom dijabetesu. Otac se bez potrebe stalno mijesha i nikad ga ne zanimam ja, nego isključivo moja bolest!“ (Hilton, 1998:24).

Sljedeći problem kod roditelja kada je u pitanju bolest djeteta jeste pretjeran zaštitnički odnos prema njima i prekomjerno ograničavanje iskustava kojima dijete može ili želi biti izloženo. Svakako da treba dijete zaštititi, ali izlaganje djeteta vanjskim utjecajima i iskustvima može biti sasvim prilagođeno njegovim potrebama kako ne bi ostalo uskraćeno. Važno je uključiti i dijete u proces odlučivanja te razgovarati otvoreno sa njim, jer ono nije objekat kojim treba baratati, nego je, zavisno od oboljenja, i dalje sposobno govoriti u svoje ime. Međutim, postoje i situacije gdje se taj zaštitnički odnos roditelja i njihova ljubav zloupotrebljava. Preveliko popuštanje djetetu može dovesti do narušavanja odnosa i sa roditeljima i braćom i sestrama. Često oboljela djeca mogu iskoristavati svoj položaj jer su „bolesna i bespomoćna“ pa su im roditelji dužni ispunjavati sve želje, a bilo kakav pokušaj discipliniranja je uzaludan i nedosljedan.

### ***Konstrukti o sebi***

Načini na koje sebe percipiramo determinišu naše svako ponašanje. Roditelji, nakon što se suoče sa dijagnozom, mijenjaju postojeće konstrukte o sebi. Počinju propitivati vlastite kompetencije u roditeljstvo, da li su mogli nešto učiniti da bolest spriječe ili da li su oni uzrok bolesti. Već smo



spomenuli da roditelji često povlađuju djeci jer su bolesna, pa tako i u ovom slučaju, oni svoje roditeljstvo počinju determinisati isključivo načinom postupanja prema djeci. Na primjer, iako je dijete zločesto ono neće biti kažnjeno jer je bolest već dovoljna kazna. Roditelji u tim slučajevima smatraju da je sebično zahtijevati disciplinu od djeteta. Pored toga, samopoštovanje i samoeфикаsnost igraju veliku ulogu u adaptaciji na bolest djeteta. Neki roditelji u startu počnu sumnjati u sebe pitajući se da li su mogli išta učiniti da se spriječi bolest, naročito ako je u pitanju bolest prouzrokovana genetskim faktorom kao što je Down sindrom. Sama činjenica da roditelji ne mogu izliječiti svoje dijete, da ne mogu praviti ili platiti potrebne lijekove, ugrožava njihovo samopoštovanje. Prema tome se zaključuje da ukoliko je self-koncept pozitivan, onda to ujedno i pozitivno doprinosi liječenju djeteta.

### ***Konstrukti o partneru***

Način na koji se roditelji nose sa bolesti djeteta uvjetovan je jednim dijelom njihovim odnosom prije pojave bolesti. Međutim, kakvi god njihovi odnosi bili, pojava bolesti će donijeti velike promjene među njima. Bračni partneri će sve manje imati vremena jedno za drugo jer im je sva energija fokusirana na ozdravljenje djeteta. Također, do nesklada u braku može doći ukoliko jedan roditelj krivi drugog za nastajanje bolesti kod djeteta.

S druge strane, ukoliko u obitelji postoji samo jedan roditelj, on može biti pod povećanim stresom jer nema bračnog druga koji bi mu pružio psihološku, ekonomsku i praktičnu pomoć. Jednom roditelju se dosta teže nositi s bolesti djeteta nego što je to slučaj kod oba roditelja, čak i kada postoji nesklad u braku.

### ***Konstrukti o braći i sestrama***

Kao što se mijenjaju konstrukti među roditeljima glede njihovog partnerskog odnosa, tako se mijenjaju i njihovi konstrukti prema braći i sestrama oboljelog djeteta. Oni neće više uživati u jednakoj količini pažnje kao nekada, čak šta više uglavnom budu zapostavljena. Roditeljima su sada njihove brige nevažne i iritirajuće. Razumljivo je da bolesno dijete traži više pažnje i posvećenosti, ali zapostavljanje ostale djece može dovesti do još više nepotrebnih problema u obitelji.

### ***Konstrukti o drugim ljudima***

Nakon što saznaju za dijagnozu djeteta, roditelji će biti izloženi stalnom ispitivanju okoline, što će im dodatno otežati situaciju. Najveći problem može biti već na samom početku kada trebaju svojim roditeljima (baci i djedu bolesnog djeteta) saopćiti dijagnozu jer to mogu teško podnijeti ili naprotiv, neki možda neće iskazati empatiju.

Neke se obitelji potpuno izoliraju nakon bolesti djeteta. To može biti zbog psiholoških teškoća kroz koje prolaze, a ponekad i zbog okoline koja ne iskazuje dovoljno razumijevanja prema njima. Često su frustrirani jer stalno moraju objašnjavati probleme prisutnima. U ovakvim situacijama, roditeljima su često njihove društvene veze izvor potpore jer im ona pruža praktičnu pomoć te imaju pozitivan učinak na samopoštovanje. Pored njih, izrazito važna društvena grupa su ljudi koji prolaze kroz manje-više istu situaciju kao i roditelji jer ih samo oni najbolje mogu razumijeti (Hilton, 1998).

## 6. Doživljaj bolesti kod djece

Djeca imaju specifično poimanje vremena i bolesti pa se njihov odnos prema liječenju, ponašanje i doživljaj bolesti bitno razlikuju od načina na koji slične situacije proživljavaju odrasli. Kad je riječ o hospitalizaciji djece, važno je ukazati na specifičnosti koje je čine različitom od hospitalizacije odraslih. Prije svega, to je dob djeteta odnosno stupanj kognitivnog razvoja. O dobi ovisi djetetovo poimanje bolesti i njegova reakcija na bolest i zahtjeve liječenja. O dobi ovisi također reakcija na odvajanje od roditelja te prilagodljivost na bolničku sredinu. Doživljaj bolesti kod djece se veže za nezreo koncept shvatanja vlastita stanja. Sve što se s njim događa, malo dijete povezuje sa svojim ponašanjem pa zbog toga djeca predškolske i rane školske dobi mogu bolest doživjeti kao kaznu za loše ponašanje. Djeca u dobi od osam do jedanaest godina objašnjavaju bolest najčešće u terminima zaraze, dok djeca starija od jedanaest godina mogu shvatiti fiziološke mehanizme bolesti (Pehar & Peksin, 2015).

Prilikom istraživanja dječjeg poimanja bolesti proučavalo se kako se razvijaju pojmovi o zdravlju kroz određena razvojna razdoblja kao i to da djeca često bolest doživljavaju kao kaznu. Tako se razlikuju odgovori djece u Piagetovim razvojnim fazama: predoperacijskoj fazi, fazi konkretnih operacija i fazi formalnih operacija.

### 1. Predoperacijska faza (od 2 – 7 god)

#### *Predlogički odgovori*

Djeca daju nejasna i magična objašnjenja (npr. *čudovište mi je ušlo u tibu*). Stvaraju uzročnu vezu između vanjskog izvora bolesti i tijela kao da je to nešto magično ili samo zato što se pojave zajedno – prostorno ili vremenski (npr. *ogrebotinu na koljenu možemo dobiti od nekog drugog*)-to je tzv. fenomenološka razina (*Što je srčani udar? To je kad padneš na leđa*). Na tzv. razini zaraze djeca kao izvor bolesti vide osobu ili neki objekt koji je blizu, ali nije u kontaktu s bolesnom osobom (npr. *Što su vodene kozice? To su točkice svuda po tijelu. Kako dobijemo vodene kozice? Od drugih ljudi? Kako to od drugih ljudi dobijemo kozice? Tako što prođemo pored njih.*) Očiti su centracija (djetetova sklonost usmjeravanju samo na jedan aspekt problema u određenom trenutku) i egocentrizam u mišljenju (nemogućnost razlikovanja vlastite perspektive od tuđe). Prema tome, razumijevanje djeteta u ovoj fazi je zbrkano i nepotpuno (tipični odgovori: *djeca*

*dobiju prehladu od stabala; prehladu stvara sunce; prehlada se dobiva izvana, od nekog drugog kad im se približi; igrajući se u prašini na igralištu; zdravlje je kad si zdrav).*

## **2. Faza konkretnih operacija (7-11 god)**

*Konkretno - logički odgovori*

U ovoj dobi neka djeca još uvijek mogu smatrati da loše ponašanje, isto kao i kontakt s mikrobima uzrokuje bolest – to je razina kontaminacije. U kasnijoj fazi, na razini internalizacije, djeca razlikuju unutarnje od vanjskog - izvor bolesti smještaju izvan tijela (*djeca se razbole kad izađu van bez kape, glava im se ohladi i zaraza se proširi po cijelom tijelu*). Opisuju uzrok bolesti ili liječenje kroz procese kao što su gutanje ili udisanje za koje misle da izravno utječu na unutarnje organe. Dakle, razumiju da se nešto događa u tijelu, ali ne znaju sasvim točno što. Shvaćaju da se izvor bolesti prenose kroz fizički kontakt i bolest nije nešto što se samo tako dogodi. Na primjer: *-Kako se prehladimo? Od klica iz zraka. -Kako se od toga razboliš? -Dođu u tvoju krv.*

Djeca u ovoj fazi često shvataju lijekove kao nešto što se utrlja na površinu tijela. U ovoj fazi doživljavaju kontrolu nad uzrokom i posljedicama bolesti tako da izbjegavaju kontakt s određenim predmetima ili specifičnim ponašanjima. Unutar razdoblja konkretnih operacija djeca usvajaju pojam reverzibilnosti – sad shvaćaju da bolesni ljudi mogu ozdraviti i obrnuto - oni koji su dobro mogu se razboljeti.

## **3. Faza formalnih operacija (od 12 godine nadalje)**

*Formalno – logički odgovori*

Iako bolest može biti izazvana nekim vanjskim čimbenicima, djeca shvaćaju i opisuju bolest u terminima unutarnjih organa i funkcija koje se ne mogu vidjeti – to je tzv. fiziološka razina – svjesni su da se unutar tijela zbivaju razni procesi. Razumiju da bolest može imati višestruke uzroke te da se može liječiti na različite načine. Također se pojačava osjećaj da osobni postupci mogu utjecati na bolest i ozdravljenje. Najnaprednija razina je psihofiziološka na kojoj su djeca svjesna da misli ili osjećaji mogu utjecati na to kako tijelo funkcionira (*Što je srčani udar? To je kada ti srce stane i ne funkcionira dobro. Kako ljudi dobiju srčani udar? Srčani udar može nastati*

*kod napetih i nervoznih ljudi.*) U ovoj dobi djeca su sposobna razmišljati na razini psihofiziološke faze, tijekom koje razumiju da postoji povezanost između bolesti i apstraktnih psiholoških pojava kao što je stres (sposobna su razmišljati u apstraktnim pojmovima) (Vasta i sur., 1998).

### **6.1. Reakcije na bolest kod djece**

Prema Stančiću (1969) postoje neke manje-više općenite reakcije na bolest, a i takve koje su uvjetovane specifičnim oboljenjem. Među općim reakcijama na bolest on spominje sljedeće:

1. Razvijanje uvjerenja kod neke djece da je bolest nastala kao kazna, da su oboljela jer su bila „zla“, pri čemu se kao prekršaji spominju sasvim banalni dječji postupci.
2. Dosta se često javlja regresija na ranije razine emocionalnog i socijalnog funkcioniranja, kao jedan od oblika psihičke entropije.
3. Razvijanje manje ili više trajnih reakcija zavisnosti, neka djeca napuštaju ugodnu sigurnost i povlašteni položaj koji su stekla za vrijeme bolesti. To je daljni oblik degradacije psihičke energije.
4. Agresija, buntovništvo, zamjerenje. Neka djeca okrivljuju druge zbog svoje bolesti.
5. Hronične invalidne reakcije, koje su vjerovatno rezultat suviše očitog ispoljavanja zabrinutosti roditelja. Te se reakcije manifestiraju u trajnoj preokupaciji djeteta s tjelesnim funkcijama i fizičkim stanjem.
6. Postoje i konstruktivne dječje reakcije na bolest. Kod takve djece bolest uvjetuje minimum emocionalnih pometnja. Ako se bolesno dijete dobro tretira i emocionalno je stabilno, tada bolest može imati i pozitivno značenje za razvoj djeteta.

Po posebnim karakteristikama pojedine bolesti mogu imati i specifične efekte na bolesno dijete. Tako npr. tuberkuloza pluća po svojoj hroničnosti, potrebi za izolacijom i mirovanjem, opasnošću za život, činjenicom da se ona relativno češće javlja u adolescenciji, kada se na ličnost postavlja čitav niz zahtjeva na nove oblike adaptacije, može imati niz psihičkih posljedica. Jedno je istraživanje pokazalo da kardiopatska djeca kao grupa pokazuju pretežno reakcije pasivnosti, da nemaju dovoljno inicijative i želje za uspjehom, da ne iskorištavaju dovoljno svoje intelektualne sposobnosti te da pokazuju tendenciju ka apatiji i introverziji. Postoji čitav niz oboljenja koja uz indirektni vrše i direktni utjecaj na psihički život djeteta, kao što su npr. cerebralna paraliza, uopće lezije mozga, različite endokrinopatije itd. Iz ovoga možemo zaključiti dvije bitne stvari, a to su:

1. bolest može dovesti do narušavanja sistema komunikacije djeteta sa njegovim bližnjima i okolinom, kao i do degradacije psihičke energije;
2. dijete dolazi katkada u bolnicu s unaprijed izgrađenim sistemom reagiranja na bolest, što u zajednici s hospitalizacijom dovodi do specifičnih efekata.

Tijekom hospitalizacije pojavljuju se neke tipične faze kroz koje djeca također mogu izraziti svoje reakcije na hospitalizaciju. Promatranjem djece tijekom boravka u bolnici, pokazalo se da većina njih prolazi kroz tri faze prilagodbe na bolničku sredinu, a to su: faza protesta, faza očajanja i faza prividne prilagodbe (Havelka, 1994. prema Robertson, 1958).

*Faza protesta* obično traje prvih dana po dolasku u bolnicu, dijete svojim reakcijama izražava potpuno odbijanje nove sredine: plače, vrišti, baca se po krevetu, posmatra sve oko sebe ne bi li ugledalo majku. Ovu fazu karakterizira opća hiperaktivnost djeteta.

U *fazi očajanja* dijete se motorički smiruje u smislu da ne pokazuje aktivno odbijanje svoje okoline te je često apatično. To je faza za koju zdravstveni radnici smatraju da je početak prilagođavanja novoj okolini i da tijekom te faze nije dobro da roditelji posjećuju dijete, jer se ono nakon odlaska roditelja ponovo ponaša kao u fazi protesta. Međutim, ovo je mišljenje potpuno pogrešno jer svaki posjet roditelja uvjerava dijete da ono nije zaboravljeno, već da je voljeno i da se za njega brine. Djeca koja ostaju kraće u bolnici uglavnom se nalaze u fazi očajanja, dok duži boravak u bolnici s vremenom dovodi do faze prividne prilagodbe djeteta.

U *fazi prividne prilagodbe* dijete više nije zatvoreno u sebe, pokazuje više interesa za okolinu i naizgled se čini da se potpuno prilagodilo bolničkoj sredini. Do ove faze dolazi zbog toga što dijete više ne može podnijeti nagomilane negativne emocije izazvane odvajanjem od majke, nego pokušava naći zadovoljstvo u drugim sadržajima. Više ne plače kada majka odlazi, ali izgleda ni da nije previše zainteresiran za njen dolazak. Po vanjskom ponašanju djeteta u ovoj fazi mogli bismo zaključiti da je s njegovim psihičkim životom sve u redu. Međutim, nakon povratka kući počinju se očitovati negativne posljedice zbog privremene separacije od majke radi hospitalizacije.

Ranije smo spomenuli fenomen hospitalizma koji podrazumijeva javljanje određenih psiholoških i fizičkih teškoća koji su uvjetovani dugotrajnim boravkom u bolnici i drugoj instituciji. Na ovaj fenomen se također treba obratiti posebna pažnja, jer pored svega što dijete prolazi (sama dijagnoza koju treba liječiti i separacija od roditelja i okoline) ono biva za još jedan stepen

pogođen procesom hospitalizacije. Hospitalizam je progresivan psihološki proces usko povezan sa razvojem djeteta koji se objašnjava nedostatkom zadovoljavanja emocionalnih potreba za kontaktom s majkom, nedostatkom emocionalne topline i obiteljske sredine. Simptomi koji se uniformno primjećuju kod djece su sklonost plaču, apatičnosti i potištenosti, motoričke smirenosti ili hiperaktivnosti (sisanje palca, grickanje noktiju i sl.), zaostajanje u tjelesnom razvoju, zaostajanje u psihičkom razvoju (razvoju govora i mišljenja) i lošem zdravstvenom stanju (sklonost infekcijama, poremećajima u prehrani i sl.). Smatra se da se ireverzibilne promjene javljaju ukoliko je dijete odvojeno od majke više od pet mjeseci. Simptome koji se mogu javiti kao posljedica odvajanja djeteta od majke razvrstani su nekoliko različitih skupina:

- *loše navike* u prehrani, ličnoj higijeni, spavanju i socijalnom ponašanju;
- *poremećaji ponašanja*, kao što su prkos, pobuna, napadi bijesa, laganje, nedruštvenost, okrutnost, destruktivnost i slično;
- *neurotske poteškoće*, kao što su jaka ljubomora, poremećaji sna, noćni strah, hodanje u snu, mokrenje u snu, gubitak teka, ravnodušnost;
- *psihosomatski poremećaji*, kao što su povraćanje, vrtoglavica, astma, kožne bolesti, osjećaj umora i iscrpljenosti, opća tromost;
- *poremećaji govora*, kao što su tepanje i mucanje.

Bitno je spomenuti da zdravstveni radnici najčešće nisu ni svjesni mogućih posljedica hospitalizacije na djetetovo psihičko zdravlje zbog činjenice da se one najčešće javljaju tek nakon izlaska iz bolnice.

Međutim, nije samo odvojenost od roditelja ono što stvara brigu i depresivna stanja kod djece. Istraživanja su pokazala da djeca koja su morala proći i manje operativne zahvate izražavala potištenost i zabrinutost. Pored toga, stres im također izaziva izloženost stranoj i nepoznatoj sredini te strah od injekcije i anestezije.

## 6.2. Posljedice hospitalizacije

Hospitalizacija, naročito ako je dugotrajnija, predstavlja izvor naročitih iskustava za djecu. Psihičke posljedice hospitalizacije, prema Stančiću (1969), mogu se podijeliti u tri vrste:

1. one koje nastaju u času polaska, odnosno dolaska u bolnicu, a svode se na reakcije tjeskobe u vezi s napuštanjem sigurne atmosfere obiteljske sredine i dolaskom u nepoznatu i nerijetko impersonalnu atmosferu bolničkog smještaja;
2. one koje nastaju u periodu hospitalizacije kao pokušaji prilagođavanja novoj sredini;
3. one koje se javljaju po povratku kući, obično nakon latentnog perioda, kad se dijete ponaša tako kao da svojim neprijateljskim i agresivnim impulsima želi neprestano stavljati na kušnju ljubav roditelja i tako se ponovo i ponovo u nju uvjeriti.

Dugotrajna hospitalizacija vrši utjecaj na ličnost djeteta zbog snižene razine komunikacije, emocionalne i intelektualne. Dugotrajnost je pri tome sasvim relativan pojam, budući da za manje dijete koje nema mogućnosti realne procjene vremena i kraća hospitalizacija se može činiti kao vječnost. Također, nedovoljno posvećivanje pažnje i psihološke podrške djetetu, uz najveću moguću fizičku njegu i najadekvatniji medicinski tretman, mogu dovesti do degradacije psihičke energije, što se može manifestirati kroz različite oblike regresivnog ponašanja koji ne moraju biti samo reakcija na bolest već i na atmosferu dominacije u bolničkoj ustanovi. Karakteristike regresivnog ponašanja u takvom slučaju mogu biti jedna ili više od sljedećih:

- sužavanje interesa: objektivna stimulacija se smanjuje, a snaga internalne stimulacije raste;
- dijete postaje intolerantno i sebično, budući da zbog zatvaranja u svoj mali egocentrički svijet prestaje imati sluha za bilo kakve potrebe drugih;
- javlja se apatija, budući da je okolina uvjetovana hospitalizacijom uža i manje raznolika po svojim zahtjevima od realnosti zdravog djeteta;
- razvija se zavisnost i nesigurnost;
- nerijetko se mogu razviti hipohondrične tendencije kod veće djece.



Također, nerijetko se dešava da zdravstveni radnici neprimjereno postupaju prema oboljeloj djeci. Neki od tih neprimjerenih postupaka su:

- odvajanje djece od roditelja, osobito tijekom izvođenja invazivnih postupaka
- ozračje u bolnici koje nepovoljno djeluje na dijete
- uskraćivanje sredstava protiv boli zbog straha od navikavanja
- uskraćivanje djetetu i roditeljima obavijesti i objašnjenja o bolesti i načinu njezina liječenja
- upotreba pomagala za imobilizaciju djece pri izvođenju invazivnog postupka, bez obzira da li je postupak bolan ili nije, ili ga dijete takvim doživljava
- neprimjerena upotreba bolnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka (Grgurić, 2003).

Svi navedeni faktori mogu biti uzročnici negativnih posljedica hospitalizacije, zbog toga je vrlo važno da se zdravstveni djelatnici edukuju humanijoj i pristupačnijom komunikacijom sa oboljelom djecom i njihovim roditeljima.

Havelka (1994) navodi da hospitalizacija izaziva izrazit stres kod djece zbog odvajanja od roditelja. Za svako dijete je separacija od roditelja zastrašujuće i bolno iskustvo, još ako je razlog separacije odlazak u bolnicu, time se još više naglašava stresna situacija. Djeca su najosjetljivija na odvajanje od majke u dobi od šest mjeseci do četiri godine. Zbog toga ih u toj dobi nije preporučljivo upućivati u bolnicu ukoliko to nije neophodno. Osim dobi djeteta, postoji još faktora koji utječu na psihičko stanje djeteta u bolnici. Muška djeca su općenito osjetljivija od ženske djece, pa će u prosjeku s njima biti više teškoća. Prethodni emocionalni odnosi s majkom također imaju važnu ulogu. Ukoliko je povezanost s majkom bila jača, proces hospitalizacije i njene posljedice će za dijete biti lakše. Dužina boravka je također od iznimne važnosti. Posljedice hospitalizacije su znatno teže, ako je dijete duže vrijeme odvojeno od majke.

Stacey (1970) također navodi, prema Havelka (1994), da djeca iz sljedećih skupina vrlo burno reaguju na hospitalizaciju, a to su:

1. jedinci, mlađa djeca i djeca iz višegeneracijskih domaćinstava,
2. djeca koja inače loše reaguju na strane osobe,
3. djeca koja rijetko idu u posjete drugima,
4. djeca koja već imaju traumatska separaciona iskustva (npr. tek su pošla u školu, rodilo se novo dijete u obitelji i sl.),

5. djeca čije majke zbog njihova odlaska u bolnicu otvoreno iskazuju pretjeranu zabrinutost ili pretjeranu nezainteresovanost,
6. djeca koja negativno reaguju na pokušaje odraslih da s njima komuniciraju.

Prema navedenom, djeca za vrijeme hospitalizacije prolaze kroz niz promjena koje mogu utjecati na njihovo psihološko stanje. Čak i u najpogodnijim okolnostima, djeca mogu proživjeti određenu traumu zbog hospitalizacije i njenih popratnih faktora. Vrlo je važno da zdravstveni radnici imaju human odnos prema oboljeloj djeci i njihovim roditeljima, kako bi barem malo ublažili već postojeće teškoće. Roditelji trebaju konstantno pružati psihološku podršku i pažnju djeci kako se ne bi osjećala zaboravljeno i kako ne bi došlo do mentalne regresije i apatičnosti.

## 7. Razumijevanje stresa u kontekstu hospitalizacije

Danas je stres svakodnevna pojava u našim životima. Sa stresom se susrećemo kada se govori o psihičkim naporima savremenog života i utjecaju tih napora na organske promjene i zdravlje ljudi. Autori različito definiraju stres ovisno o terapijskom pristupu za koji se zalažu. Najopćenitije se može reći da je stres stanje u kojem je poremećena unutarnja (psihofiziološka) ravnoteža organizma i koje zahtijeva ulaganje dodatnih napora radi prilagodbe (Havelka, 1994).

Psiholozi razlikuju četiri oblika stresa:

1. *Akutni stres* je ono što ljudi najčešće povezuju s pojmom stresa. Akutni stres je posljedica iznenadne pojave zahtjeva stavljenih pred nas te se doživljava u vidu tenzijskih glavobolja, emocionalne uznemirenosti, gastrointestinalnih smetnji, osjećaja agitacije i pritiska.
2. *Epizodni akutni stres* je ozbiljniji, u smislu da se odnosi na ponavljane epizode akutnog stresa, poput posla vikendom koji je stresan, zadovoljenje obaveznih rokova i sl. Epizodni akutni stres može dovesti do migrena, povišenog krvnog pritiska, moždanog udara, depresivnosti i ostalih tegoba.
3. *Traumatski stres* se odnosi na enormne količine akutnog stresa, a njegovi utjecaji mogu opstati godinama ili čak cijeli život.
4. *Hronični stres* je jedan od najozbiljnijih oblika stresa jer se odnosi na stres koji nikada ne završava. Takav vid stresa nas svakodnevno muči, dok imunitet potpuno ne oslabi. Ovakav oblik stresa može prouzrokovati dijabetes, smanjeno funkcioniranje imunog sistema, kardiovaskularnih bolesti i sl (Pehar, 2015).

U kontekstu našeg istraživanja i tematike kojom se bavimo, hronični stres je, neosporno, stanje u kojem se nalaze djeca koja imaju maligno oboljenje, ali na neki način i njihovi roditelji kao subjekti koji svakodnevno osjećaju brigu i napetost zbog bolesti djeteta.

Također, uz pojam stresa vežemo i pojmove kao što su stresni podražaj, stresna situacija i stresni doživljaj.

*Stresni podražaj (stresor)* je svaki podražaj koji dovodi pojedinca u stanje stresa. To mogu biti vrlo raznoliki podražaji, koji ne izazivaju stres kod svakog pojedinca nego njihovo djelovanje ovisi o subjektivnom značenju podražaja za pojedinca. Ovo možemo dovesti u vezu sa osobnim

konstruktima prema stresnoj situaciji što upućuje na to da ne postoji objektivna stvarnost, nego samo naša vlastita, subjektivna. Prema tome, *stresna situacija*, kao npr. bolest djeteta, može predstavljati stresni podražaj za pojedinca, međutim kakva će reakcija uslijediti nakon toga zavisi od njega samog. Ovo također stavljamo u kontekst sistema konstrukata o bolesti koji zavise od samog pojedinca.

*Stresni doživljaji* su ona doživljavanja koja se zbivaju pod utjecajem stresnog podražaja. Promjene koje uslijede u organizmu događaju se uslijed stresa te mogu u određenim uvjetima izazvati razne organske smetnje koje nazivamo psihosomatskim poremećajima i bolestima. Pored toga što su pogođena dijagnozom, djeca neminovno prolaze kroz stres koji dodatno nepovoljno utječe na njihovo stanje. To je još jedan od razloga zašto je potrebno da čitav bolnički milje bude u korist i svrsi poboljšanja djetetove kvalitete života jer je bolnica njegov trenutni dom. U tom smislu, pedagog koji savjesno radi svoj posao i shvata različitost realiteta djeteta u bolnici može doprinijeti kvaliteti komunikacije ljekara i djeteta te roditelja i školskog kolektiva i djeteta.

*Psihosomatski poremećaji* su funkcionalni poremećaji izazvani stresom, ali bez trajnih oštećenja tjelesnog sustava i organa, dok su *psihosomatske bolesti* bolesti izazvane stresom, uz trajna oštećenja tjelesnih sustava i organa.

### **7.1.Suočavanje sa stresom**

Priča o suočavanju sa stresom datira još od utemeljenja psihoanalize, Sigmunda Freuda, koji je popularizirao pristup suočavanju kroz odbrambene mehanizme kojim se pojedinac služi kako bi se nosio sa stresnim osjećajima. Međutim, taj pristup je nedostatan, kao i koncept svjesnog i nesvjesnog jer se ne može pouzdano i valjano mjeriti. Tek 70-ih godina su se počela vršiti valjana istraživanja po pitanju suočavanja sa stresom i taj termin se počinje više upotrebljavati u savremenoj psihologiji (Bakarić, 2017). Savremeni teorijski pristupi izučavanju stresa i njegovih posljedica središnji značaj pridaju upravo pojmu suočavanja. Suočavanje je shvaćeno kao stabilizirajući činitelj koji doprinosi održavanju psihosocijalne prilagodbe tijekom stresnih razdoblja. U ovom području je najutjecajni, transakcijski model Lazarusa i saradanika, koji je suočavanje opisao kao dinamički proces koji varira u funkciji promjena u zahtjevima i osobnim procjenama situacije. Prema definiciji autora, pojam suočavanja uključuje kognitivne i ponašajne napore usmjerene na savladavanje specifičnih vanjskih – okolinskih i/ili unutrašnjih zahtjeva, kao

i sukoba među njima, koje osoba procjenjuje prevelikim za svoje sposobnosti ili resurse kojima raspolaze. Ta ponašanja i misli ili kognicije se neprestano mijenjaju, ovisno o tome kako pojedinac procjenjuje prirodu svog odnosa s okolinom u kojoj se nalazi.

Prema autorima, moguće je predvidjeti kako će neko izaći nakraj s konkretnim stresnim okolnostima jedino uz poznavanje specifičnih adaptivnih zahtjeva situacije i spomenutih kognitivnih procjena putem kojih pojedinac interpretira ili vrednuje značaj tih zahtjeva za njegovu osobnu dobrobit. (Buško, 2007). Iz navedenog evidentiramo da je, kada je riječ o stresu, subjektivna slika stvarnosti nezaobilazan faktor u procesu suočavanja. Također, slika ili *konstrukti o sebi* su nekada odlučujući faktor u suočavanju sa stresom. Neke osobe sa razvijenom samoefikasnošću često na stresore gledaju kao na izazove, dok s druge strane, oni koji nemaju povjerenja u sopstvene mogućnosti prevladavanja, češće imaju utisak da su nešto izgubili ili da se nalaze u opasnoj situaciji, percipiraju prijetnju i tamo gdje realno ne postoji, a kao reakciju na iskrivljeno posmatranje svijeta najvjerojatnije će iskusiti kroz povišen nivo anksioznosti, napetosti i sl (Genc i sur. 2013).

## 8. BASIC Ph kao teorijski okvir za suočavanja

Svaka osoba, bila dijete ili odrasla, ima jedinstven način susretanja sa svijetom. Ranije smo spomenuli da ljudi u stresnim situacijama pribjegavaju različitim načinima suočavanja (eng. coping). Prema Haanu (1982), coping je pokušaj prevladavanja teškoća snagom koja je ravna stresu. To je susret u kojem ljudi posežu za unutrašnjim resursima da bi odgovorili na neki zahtjev ili problem. Lazarus (1981) definira coping kao napor da se upravlja spoljašnjim i unutrašnjim zahtjevima i konfliktima među njima. Coping mehanizmi imaju izuzetnu važnost kad je u pitanju prevencija stresa; cilj je obezbijediti što je moguće više različitih puteva prevladavanja za grupu različitih individua. Na ovaj način će se moći izbjeći ponavljanje neproduktivnih ili nesvrshodnih ponašanja u potrazi za izlazom iz stresne situacije. Neki ljudi su od najranijeg djetinjstva imuni na snažni životni stres i oni su, iako ne posjeduju specifične „strategije copinga“, u stanju da se adekvatno nose sa svim preprekama na koje nailaze tokom života.

Za naše istraživanje je posebno važna BASIC Ph teorija koju je konstruisao izraelski psiholog Mooli Lahad čije je osnovno polazište da postoji šest kanala koje djeca i odrasli mogu koristiti pri suočavanju sa stresnim situacijama: B (vjerovanja), A (emocije/afekte), S (socijalizaciju), I (imaginaciju), C (kogniciju/mišljenje), Ph (fizičko-fiziološka aktivnost). Na primjer, roditelji koji su počeli mijenjati konstrukte o bolesti nakon suočavanja sa dijagnozom i koji su usmjereni ka neiscrpoj potrazi za informacijama o bolesti, može se pretpostaviti da, uglavnom, koriste kogniciju, odnosno mišljenje i racio kao kanal suočavanja (C). S druge strane, neki mogu tražiti podršku od prijatelja i rodbine (S), dok treći mogu otići u duhovnu sferu i tražiti krivnju ili utjehu u bogu (B). Činjenica je da postoji dijapazon stresnih situacija, a samim tim i načina suočavanja. Taj veliki raspon strategija je sažet u ovih šest. Prema tome, ne postoji objektivna stvarnost već samo ona koju pojedinac interpretira kroz prizmu vlastitih misli i doživljaja. U skladu sa novonastalom stresnom situacijom, u stanju stresa pojedinac koristi neke od pomenutih kanala suočavanja. Može se desiti da kod nekih ljudi dominira samo jedan kanal suočavanja, kod nekih dominiraju dva ili više, kod nekih možda svih šest.

Ovaj model je premiještanjem slova i izmjenom redoslijeda obrazloženja postavki transkriptovan u naziv koji je bliži našem jeziku kao MASIV F (mišljenje, afekcija/emocije, socijalizacija, imaginacija, vjerovanja i fizičko-fiziološka aktivnost) (Mavrak, 2002), međutim nikada nije

dovoljno popularizirao da bi zamijenio anglo-saksonski izvorni naziv BASIC Ph. Model je primjenjiv u psihoterapiji i intervenciji nakon narušene bio-psihološke ravnoteže u ličnosti, a stanje bolesti je upravo stanje narušene ravnoteže.

Na osnovu mnogih istraživanja, smatra se da će u slučaju opasnosti ili krize osoba posegnuti za coping mehanizmima kako bi se suočila sa izazovima situacije. Od suštinske je važnosti procijeniti prije svega na koji način osoba sreće svijet prije nego što se započne bilo kakva intervencija. Ovaj cilj ima dvostruku svrhu – prva je pomoći pomagaču da shvati kako klijent funkcionira – dijalog koji je u toku, napore i prilagodbe koje klijent koristi da bi opstao, a druga je polazna tačka za uspostavljanje komunikacije sa klijentom, odnosno u našem slučaju djeci koja su hospitalizirana i njihovim roditeljima kada bi se radila terapijska intervencija. Prema tome, BASIC Ph je model za razumijevanje unutarnjih snaga čovjeka i služi za postavljanje okvira koji terapeutu omogućava da odluči da li će biti dovoljna intervencija u krizi ili treba uvesti kratkotrajnu psihoterapiju. Praktična razlika leži u tome što će u intervenciji u krizi terapeut koristiti ono što je našao unutar BASIC Ph-a, a u kratkotrajnoj psihoterapiji terapeut se usmjerava na ono što nedostaje i na negativne aspekte copinga. U našem istraživanju je fokus na odgojnoj komunikaciji djeteta i roditelja, odnosno pokušaj razumijevanja i interpretiranja gdje i kako se dva svijeta susreću: svijet djeteta koje je bolesno i svijet roditelja koji se bore za život svog djeteta, ali bez terapijske intervencije.

Mooli Lahad u svojoj knjizi The „BASIC Ph“ Model of Coping and Resiliency u tablici prikazuje kanale suočavanja i daje ideju na šta bi se terapeut/pedagog/psiholog mogao fokusirati kada je u pitanju pojedini kanal:

Tablica 1. Opis kanala suočavanja prema M. Lahad

<b>B – belief (vjerovanja)</b>	<b>A – Affect (emocije)</b>	<b>S – Social (socijalna komponenta)</b>	<b>I-Imagination (imaginacija, mašta)</b>	<b>C– Cognition (mišljenje)</b>	<b>Ph- Physiology (fizičko- fiziološka komponenta)</b>
Vjerovanja  Sistem vrijednosti  Stavovi  Smisao	Vještine slušanja  Emocije  „Ventilisanje“  odnosno otpuštanje negativnih emocija  Prihvatanje  Izražavanje emocija	Uloga u društvu  Socijalne vještine  Astertivnost	Kreativnost, fantazija  Uživljavanje u ulogu  Psihodrama	Realnost  Mišljenje  Rješavanje problema  Govor o sebi	Ativnosti  Igra  Vježba  Relaksacija  Ishrana  Posao



# METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

## 1. Predmet istraživanja

Hospitalizacija je stresni događaj u životu djeteta i obitelji u kojem se i statika i dinamika obiteljskog sustava mijenja. Odgoj djeteta koje je na duže vrijeme hospitalizirano dobiva posebne karakteristike za što uzroci leže i u načinima na koje se roditelji nose sa ovim stresnim događajem. Svaki obiteljski sustav reagira na stres na specifičan način, a temeljni načini na koje odrasli reagiraju u tim situacijama ne moraju nužno biti i dominantni za dijete. Istraživanje o sličnostima i razlikama u strategijama suočavanja sa stresom hospitaliziranja je temeljeno na multifaktorskoj teoriji suočavanja (eng. cope-theory) poznatoj kao BASIC Ph, a obuhvata mali uzorak od desetoro hospitalizirane djece i njihovih roditelja smještenih u Roditeljskoj kući. Osnovno istraživačko pitanje se bavi pedagoškim/odgojnim implikacijama razlika ili sličnosti u ovom coping stilu djece i njihovih odraslih skrbnika.

## 2. Cilj i zadaci istraživanja

Način suočavanja sa novom realnošću u domeni je individualnog doživljaja svakog pojedinca. Može biti uvjetovan dobi, osobinama ličnosti, težini situacije u kojoj se individua nalazi i njenom sistemu konstrukata. Izraelski psiholog, Mooli Lahad daje BASIC Ph koncept o šest glavnih modaliteta suočavanja sa stresom koji mogu oblikovati individualnu strategiju suočavanja: vjerovanja (B-belief), emocije (A-affect), socijalna kompetencija (S-social), mašta (I-imagination), kognicija (C-cognitive) i fiziološke reakcije i fizička aktivnost (Ph-physiological). Autor smatra da svaki pojedinac ima urođenu tendenciju da navedene modalitete koristi pri suočavanju, ali da se većina ljudi oslanja uglavnom na jedan modalitet koji se razvija tijekom vremena. Ova teorija je glavno uporište istraživanja čiji je cilj bio kvalitativnim pristupom ispitati strategije suočavanja hospitalizirane djece i njihovih roditelja te determinisati sličnosti i razlike u suočavanju. Njegova znanstvena svrha se odnosi na saznanje o strategijama suočavanja primjenom BASIC Ph coping modela. Praktični cilj istraživanja se odnosi na pedagoške implikacije koje će biti primjenjive primarno pedagozima, ali i drugom prosvjetnom kadru (nastavnicima i učiteljima) koji će biti bolje upoznati sa realitetom života djeteta koje je na duži period hospitalizirano.

Shodno cilju istraživanja postavljamo sljedeće zadatke:

1. Istražiti teorijski okvir o osnovnim pojmovima, BASIC Ph teoriji, kvaliteti života djece sa malignim oboljenjem i njihovim roditeljima.
2. Ispitati strategije suočavanja djece i roditelja tijekom hospitalizacije pričanjem šestodijelne priče temeljene na multifaktorskoj teoriji BASIC Ph kroz:
  - a) Vjervanja (B)
  - b) Afekciju/Emocije (A)
  - c) Socijalizaciju (S)
  - d) Imaginaciju (I)
  - e) Mišljenje (C)
  - f) Fizičko-fiziološku aktivnost (Ph)
3. Usporediti strategije suočavanja kod djece i roditelja.
4. Analizirati praktične implikacije u primjeni BASIC Ph-a u interakciji roditelj – dijete.

### **3. Istraživačka pitanja**

1. Može li teorijski model suočavanja BASIC Ph biti pogodan za istraživanje strategija u suočavanju kod hospitalizirane djece i njihovih roditelja?
2. Kojim se od navedenih kanala djeca i roditelji dominantno koriste tijekom suočavaju za vrijeme hospitalizacije:
  - a) Vjervanja
  - b) Afekcija/Emocije
  - c) Socijalizacija
  - d) Imaginacija
  - e) Mišljenje
  - f) Fizičko-fiziološka aktivnost
3. Postoje li sličnosti i razlike u strategijama suočavanja kod djece i roditelja?
4. Kako nam dobiveni podaci mogu pomoći da komunikacija roditelja i djece bude kvalitetnija?

#### **4. Metoda istraživanja**

Istraživanje je kvalitativnog karaktera koje je koncipirano unutar deskriptivnog nacrtu kojim opisujemo pojave i znanstveno-istraživačke postupke unutar okvira odgoja i obrazovanja. Deskriptivnom metodom ispituje stanje, a time i njegove osobine, bez obzira na uzroke, a sve zbog toga kako bismo znali kako djelovati, šta promijeniti ili korigovati u procesu odgoja i obrazovanja. Ovim nacrtom je najadekvatnije predstavljena slika stanja djece i roditelja koji zbog specifičnosti oboljenja žive potpuno drugačijim, izoliranim životom od svakodnevnice koja nam je poznata. Deskripcija nam omogućava detaljan prikaz realnosti sa kojom bi trebali biti upoznati svi prosvjetni radnici kako bi imali potpun uvid u specifičnost svakodnevnice djece koja su hospitalizirana. To je jedan od načina da razvije dodatni senzibilitet prema djeci koja nisu u mogućnosti pohađati nastavu u redovnoj školi sa ostalim učenicima, te usavršiti svoje pedagoške kompetencije kada je u pitanju savjetodavni pristup obitelji.

#### **5. Tehnika i instrument istraživanja**

Šestodijelna priča kao instrument je bazirana na upotrebi biblioterapije, terapijske tehnike koja koristi priču i pričanje priče da pomogne jedinki da dosegne samosvijest i poboljša unutarnju i spoljnu komunikaciju. Osnovna pretpostavka ovog instrumenta jest da neće uvijek biti lahko za klijenta (u našem slučaju djece i roditelja) da ispriča šta se desilo, posebno za vrijeme krize. Radi se o pričanju priče zasnovane na elementima bajki i mita koja će pomoći otkrivanju načina na koje osoba sama sebe projektuje u organizirani realitet da bi se srela sa svijetom.

Vjeruje se da ovaj instrument donekle zadovoljava potrebu za brzom procjenom coping stila sa svrhom da pomogne istraživaču ili terapeutu da postigne razumijevanje i razvije kontakt sa klijentom. Pored toga, kako ovo istraživanje ima i pedagoški udio, instrument također može biti od izuzetne koristi pedagozima/odgajateljima i nastavnicima kako bi bolje razumjeli dječiji svijet i olakšali komunikaciju s djecom i roditeljima.

Za ovaj instrument od pribora su potrebni: olovka, papir i gumica. Ispitanici trebaju ispričati šestodijelnu priču na osnovu podloge koju čini crtež ili šaranje slijedeći dobivene instrukcije. Šestodijelna priča treba sadržavati:

- a) Glavni lik – to može biti junak bilo koje priče, filma, mašte, legende, filma, predstave ili izmišljen lik. Ispitanik treba razmisliti ko je on i gdje živi. To će biti prva slika.
- b) Zadatak tog lika. U svakoj priči ili legendi glavni lik ima zadatak, misiju koju treba obaviti. Šta je misija tog junaka/junakinje? To će biti druga slika.
- c) Treća slika – ako išta može pomoći glavnom liku, ko ili šta to može biti?
- d) Četvrta slika – ko ili kakva prepreka stoji na putu njegovog/njenog ostvarenja misije/zadatka?
- e) Peta slika – kako će on/ona izaći na kraj s tom preprekom?
- f) Šesta slika – šta se onda desilo? Da li se priča završava ili nastavlja?

## **6. Uzorak**

Za potrebe ovog istraživanja korišten je ciljni uzorak koji čini šestero djece i njihovih roditelja smještenih u Roditeljskoj kući u Sarajevu. Djeca koja su ispitivana su pacijenti Pedijatrijske klinike Univerzitetskog kliničkog centra Sarajevo. Ovaj uzorak je bio najpodobniji za istraživanje sličnosti i razlika u suočavanju zbog dužine trajanja same hospitalizacije gdje je pacijentima (i njihovim roditeljima) primarni eko-sistem življenja bolnica, odnosno roditeljska kuća. Iz toga proizilazi zašto su odabrani baš pacijenti sa oboljenjem koje traži dugotrajno liječenje.

## 6.1. Podaci o uzorku

ISPITANICI	SPOL	GODINE	DIJAGNOZA/detalji o stanju djeteta	STATUS ZAPOSLENOSTI	SREDINA STANOVANJA
Roditelj 1	Ženski	42	-	Nezaposlena	-
Dijete 1	Muški	15	Onkološki pacijent (otežano kretanje, umoran)	-	-
Roditelj 2	Ženski	47	-	Nezaposlena	-
Dijete 2	Muški	16	Onkološki pacijent	-	-
Roditelj 3	Ženski	34	-	Nezaposlena	Manji grad
Dijete 3	Ženski	4	Onkološki pacijent (dijete umorno, odbija rad, ne govori)	-	Manji grad
Roditelj 4	Muški	28	-	Zaposlen	Manji grad
Dijete 4	Muški	3	Onkološki pacijent	-	Manji grad
Roditelj 5	Ženski	36	-	Bila zaposlena prije dijagnoze djeteta, sada nezaposlena	-
Dijete 5	Ženski	6	Onkološki pacijent	-	-
Roditelj 6	Ženski	34	-	Nezaposlena	Grad
Dijete 6	Muški	7	Onkološki pacijent (jako otežano kretanje, tumor na mozgu, umoran)		Grad
Dijete 7	Muški	9	Onkološki pacijent		-

## 7. Postupak analize šestodijelne priče

Način na koji analiziramo najrazvijeniji oblik/oblike copinga jeste putem brojanja koliko se puta svaki od njih pojavljuje. Onaj koji je najfrekventniji jeste, vjerovatno, onaj koji se najviše koristi. Informacije koje možemo dobiti imaju vrijedno mjesto u odgojnoj komunikaciji sa djecom jer nam ova tehnika olakšava spoznaju o detaljima događaja ili nekog iskustva o kome dijete ili odrasli teško može govoriti, aktivira perceptivni kanal koji omogućava shvatanje na nivou konkretnog mišljenja (dijete kroz crtež vizualizira ono što osjeća i može lakše o tome govoriti) te otvara mogućnost razgovora o sadržaju koji je doveo ili dovodi do određene emocije. Sama pojava te emocije postaje moguća.

Za analizu priča korištena je matrica koja sadrži svih šest kanala modela za suočavanje. U matricu bilježimo frekvencije pozitivno ili negativno prisutnih elemenata suočavanja:

Tablica 2. Matrica za analizu šestodijelne priče

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+						
-						
$\Sigma$						

Osnovna pretpostavka ove tehnike je da ćemo pomoću ispričanih priča biti u stanju da nađemo način na koji ispitanici svoj self projiciraju u određeni realitet kako bi se sreli sa svijetom. Svaka slika šestodijelne priče nam daje određenu informaciju o načinima copinga. Ako je, na primjer, junak vila, to sugerira ili nagovještava upotrebu imaginacije. Cilj može biti praktičan ili imaginaran, a prepreka može biti socijalna, imaginarna ili veoma realistična i zahtjevati rješenje. Zaključak može biti emocionalni, intelektualni, socijalni ili imaginarni. Zato je važno obratiti

pažnju i odrediti načine koje individua koristi ili ne koristi (Lahad, 1993). Ovo istraživanje nam daje mogućnost da posmatranjem teme, likova, konflikata i junakovih razmišljanja provjerimo stanovište i emocionalno stanje onoga ko je ispričao priču te ući u srž dječjeg svijeta jednog potpuno drugačijeg realiteta, a to može samo otvoriti nove poglede pedagozima/odgajateljima kako bi ostvarili potpun, holistički pristup bolesnoj djeci i njihovim roditeljima.

## **8. Opis postupka**

Istraživanje je obavljeno u prostorijama Roditeljske kuće i kod jednog roditelja njihovog vlastitog doma. Prije svake izrade šestodijelne priče, svakom roditelju i djetetu je objašnjeno o kakvom istraživanju je riječ. Kada bi pristali na istraživanje, s radom bi počeli tako što bi dobili uputu da uzmu olovku i papir u ruke i potom zažmire. Umirujućim tonom glasa navodimo roditelja i dijete da se prepuste pokretima ruke te da njihova olovka zabilježi te pokrete, bez ikakve namjere da nešto nacrtaju. Potom slijedi uputa da *švrljaju* koliko žele, pa kada osjete da im je dovoljno mogu odložiti olovku. Kod svakog ispitanika ovaj dio je trajao od dvije do pet minuta. Sljedeća uputa je da roditelj i dijete olovkom označe, odnosno podebljaju ono što vide na svojoj švrljotini. To može biti bilo kakav oblik, predmet, pojava, životinja, stvarno ili nestvarno. Nakon što označe ono što vide, slijedi postupak pisanja šestodijelne priče. Prvo im postavljamo pitanje, a oni potom odgovaraju. Bitno je spomenuti da je bilo nekoliko djece koja nisu mogla pisati priču zbog toga što su neki bili predškolskog uzrasta pa nisu znali pisati ili popratnih faktora bolesti poput umora. U takvim situacijama bismo preuzeli njihovu olovku i papir te bi djeca diktirala svoju priču. Ovaj dio je trajao od petnaest minuta do pola sata.

Kada smo prikupili crteže i priče djece i roditelja, uslijedio je korak skeniranja materijala te sama analiza dobivenih podataka pomoću tablica i grafikona.

## 9. Tok istraživanja

Prilikom samog postupka istraživanja, došlo je do neočekivanih prepreka koje su usporile proces izrade rada, a koje je bitno napomenuti za buduće studente i istraživače ukoliko odluče raditi istraživanja iz medicinske pedagogije, a tiču se konkretno djece i roditelja koji borave u Roditeljskoj kući. Naime, prvobitno je postojao plan koji je podrazumijevao realizaciju prikupljanja podataka od djece i roditelja u kratkom vremenskom periodu (u rasponu od samo par dana) kako bi cjeloukupan proces bio finaliziran najkasnije do mjeseca augusta. Ipak, to nije bilo moguće iz razloga što je bilo jako teško doći do svih ispitanika kojih je trebalo biti 10, a kasnije se taj broj smanjio na 7, s tim da je posljednji ispitanik učestvovao u istraživanju bez roditelja. To je rezultiralo dobijanjem polovičnih podataka. Razlozi zbog kojih nije bilo moguće prikupiti desetero djece i njihovih roditelja za ovo istraživanje su brojni. Prvi razlog je izostanak dopuštenja odlaska na odjeljenje gdje djeca primaju terapiju. Bilo je neophodno čekati da se vrate u Roditeljsku kuću kako bi se moglo s njima raditi. Međutim, nemoguće je predvidjeti u kakvom stanju se djeca probude i pitanje je da li uopšte mogu izaći sa odjeljenja. Preostalo je samo čekati da neko od djece pređe u Roditeljsku kuću kako bi bilo moguće ostvariti bilo kakav kontakt. Srećom, uz podršku osoblja iz Roditeljske kuće, pristup ispitanicima je bio dosta olakšan. Osoblje je redovno slalo obavijesti o eventualnim novostima iz Roditeljske kuće i o broju djece. Vrijeme je teklo, a povratne informacije nisu išle u prilog. Tek krajem mjeseca juna uspješno su realizovale aktivnosti za istraživanje sa dva roditelja i njihovom djecom. U mjesecu julu nisu obavljane nikakve aktivnosti sa djecom i roditeljima. Polovinom augusta su opet realizovane aktivnosti sa još jednim roditeljem i djetetom, ali sa izostankom pojedinih podataka jer je dijete bilo umorno za rad. Do kraja septembra su realizovane aktivnosti za istraživanje sa samo 3 ispitanika (djelimično) i to nikako nije bilo dovoljno da se ti podaci prilože u rad te ostvari željeni cilj. Na samom kraju mjeseca došlo je do pomaka koji se dogodio u dva dana. Uspješno su realizovani zadaci sa još dva roditelja i njihovom djecom. Također, djevojčica koja u augustu nije mogla završiti zadatak, uspješno je ponovila ono što joj je zadano. Pored toga, roditelji koji su primjetili koliko je vremena prošlo od početka realizacije istraživanja, odlučili su pružiti pomoć kako bi se proces brže odvijao. Roditelji su dali kontakte od još nekoliko roditelja, međutim samo je jedan pristao na sudjelovanje u istraživanju i to u njihovom privatnom domu. Nakon toga, u Roditeljskoj kući



su realizirane aktivnosti sa još jednim djetetom, ali bez učešća roditelja. Shodno svemu navedenom, prikupljeno je šest odgovora, sa sedmim bez učešća roditelja. To je u konačnici bilo dovoljno da se priloži u rad, kako bi se moglo sve završiti do kraja kalendarske, 2019. godine. Ukoliko bismo htjeli dostići prvobitno željeni broj ispitanika (deset), bilo bi potrebno još čekati i posjećivati Roditeljsku kuću, međutim ostaje pitanje koliko bi to još potrajalo. Također, napominjemo da je proces izrade ovog magistarskog rada počeo u novembru 2018. godine, što znači da je proces trajao duže od godinu dana.

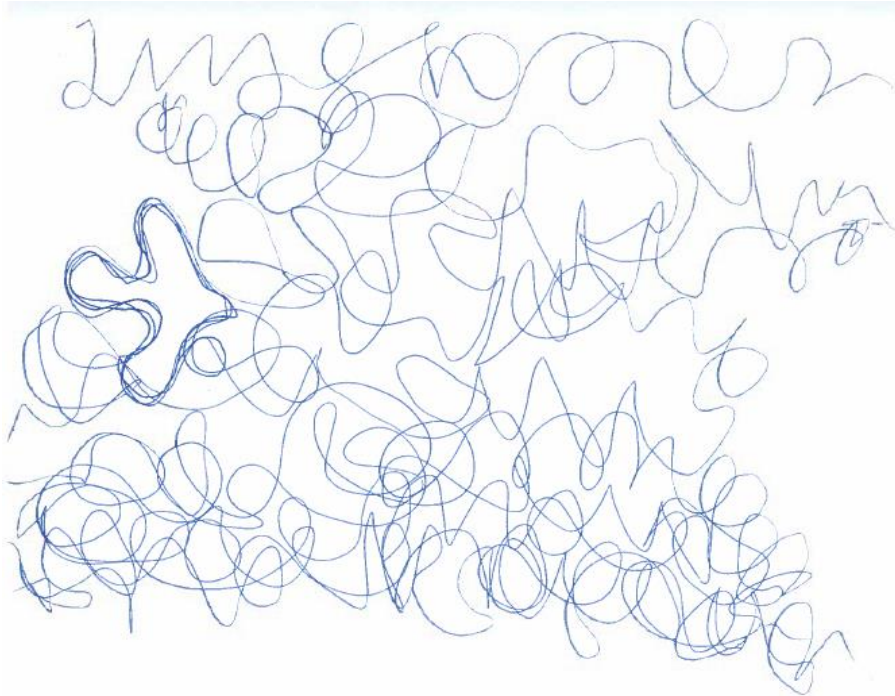
Izvješće o ovom procesu je od izrazite važnosti za čitatelje, studente i istraživače koji bi radili neke aktivnosti ili istraživanja sa djecom i roditeljima u Roditeljskoj kući jer je potrebno znati koliko je zapravo bitna prisutnost i nazočnost u radu sa potencijalnim ispitanicima. Za istraživanje nije dovoljno obaviti nekoliko posjeta i očekivati rezultate. Naprotiv, potrebno je upoznati roditelje i djecu te steći njihovo povjerenje. Istraživanje u ovom kontekstu ne može biti štur, suhoparan proces. Ne možemo očekivati i tražiti informacije, bez da sebe ne involviramo. Vrlo je bitno zadobiti povjerenje ispitanika i pokazati istinsku zainteresovanost za svakodnevnicu roditelja i djece koja boluju od malignih oboljenja u makro, ali i mikroprostoru kao što je, u našem slučaju, Roditeljska kuća.

## **REZULTATI I DISKUSIJA**

U ovom poglavlju su predstavljene crteži i šestodijelne priče djece i roditelja iz Roditeljske kuće, te njihova analiza. U prvom podnaslovu su prikazani radovi roditelja. Svaki roditelj je označen brojem, slovom R (roditelj) i slovom m/ž koje označava njihov spol. Prikazane su slike tehnike šaranja, a potom su predstavljene analizirane šestodijelne priče koje su ispitanici napisali. U sljedećem podnaslovu su prikazani radovi djece gdje su priče i slike tehnike šaranja na isti način prikazani. Njihova oznaka je broj, slovo D (dijete) i spol m/ž. Nakon analize svih priča, najprije su grafikonima predstavljene pojedinačne usporedbe svakog para roditelj – dijete. Potom su predstavljene opći, zajednički profili roditelja i njihove djece. To je urađeno pomoću računanja prosječnih vrijednosti te su podaci prikazani u tablici i na grafikonu. Nakon toga je predstavljena komparacija ta dva profila. Na samom kraju ovog poglavlja iznijeli smo diskusiju.

## 1. Radovi roditelja

### 1.1. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 1/1Rž



*Sl. 3. Tehnika šaranja – roditelj 1/1Rž.*

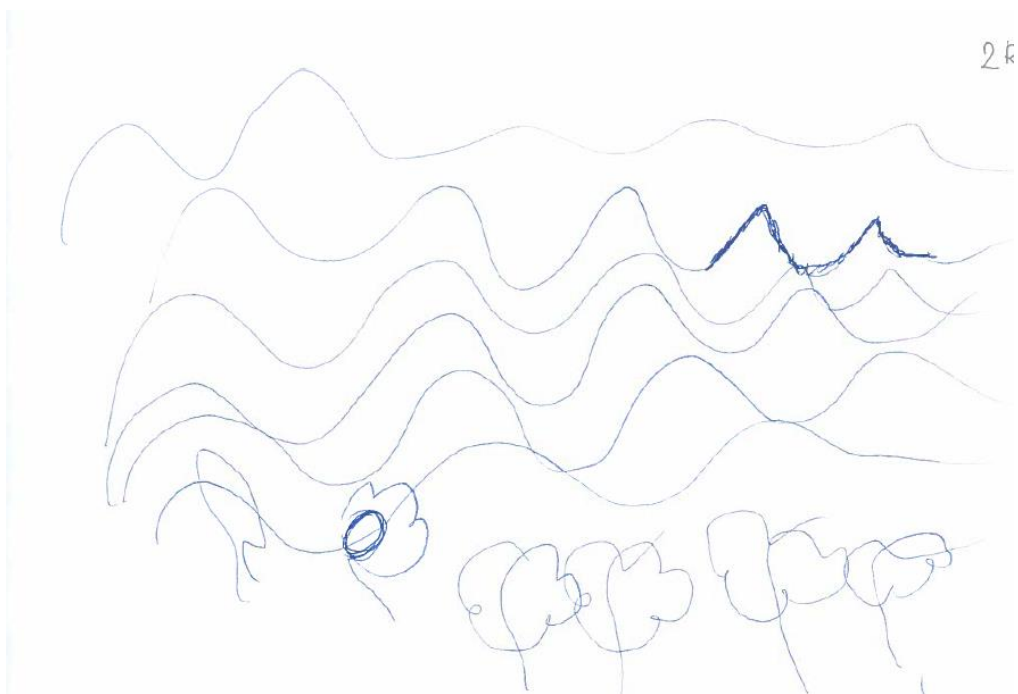
Kako da svijet postane ljepši?

Glavni junak moje priče je cvijet (C). Zadatak mog junaka je da svijet (C, S) učini (Ph) ljepšim (Ph). Mom junaku u ostvarenju misije mogu pomoći sunce (C) i kiša (C). Prepreka u ostvarenju njegove misije može biti ljudska ruka (-S, C) ili vremenska nepogoda (- C). Svojom ljepotom (C,Ph) i radošću (A) koju posjeduje (C) očarat (A,C) će ljudski rod (S), tako da nauče (C) da cijene (C) i budu sretni (A) zbog sitnica (C). Priča se nastavlja, cvijet (C) i dalje pokušava (C, Ph) i uspijeva (C, B) u tome da svijet (S) učini (C, Ph) ljepšim i veselijim (Ph,A).

Tablica 3. Analiza šestodijelne priče roditelja 1/1RŽ.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	1	2	3	-	15	5
-	-	-	1	-	1	-
$\Sigma$	1	2	2	-	14	5

## 1.2. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 2/2Rž



*Sl.4. Tehnika šaranja - roditelj 2/2Rž.*

### Povezanost planine i nas u cilju očuvanja jedni drugih

Glavni junak ove priče je planina (C). Misija Planine je da čvrsto (Ph) stoji (Ph) i daje nam (S) snagu i moć (C, A). Pomoć planini pruža priroda (C). Jedina prepreka da čvrsto (Ph) stoji (Ph) je ljudska ruka (-S). Da bi pobijedila (C) ljudski rod (-S), Planina (C) će se osuti (-Ph) u obliku odrona (C). U tom slučaju izumire (-Ph) i planina (-C) i ljudski rod (-S).

Tablica 4. Analiza šestodijelne priče roditelja 2/2RŽ.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	-	1	1	-	6	4
-	-	-	3	-	1	2
$\Sigma$	-	1	-2	-	5	2

### 1.3. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 3/3Rž



Sl.5. Tehnika šaranja - roditelj 3/3Rž.

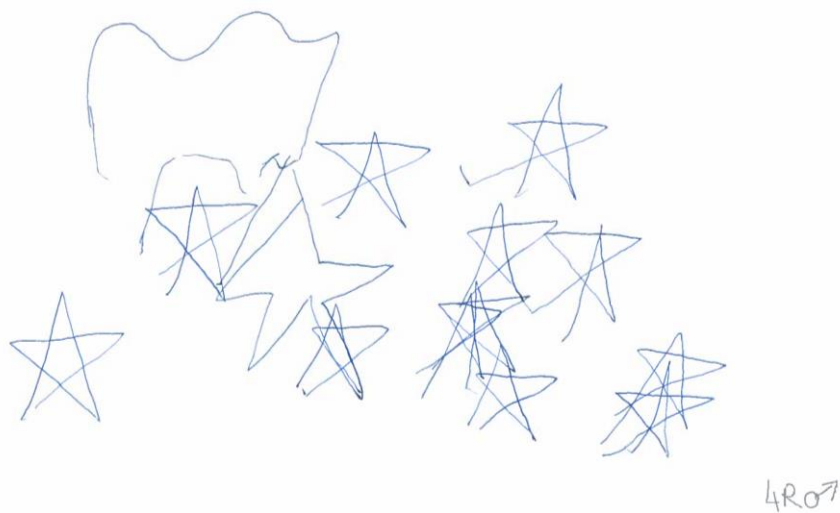
Glavni junak ove priče je ženski cvijet (C). Cvijet (C) treba da procvjeta (Ph). Naš (S) cvjetić (C) će biti zdrav (Ph) i procvjetao (Ph) ako se neko (S) brine (A) o njemu (S) i redovno ga zalijeva (Ph) i brine o njemu (A,S). U ostvarenju njegove misije mogu ga zaustaviti kiše (Ph, C). Taj cvjetić (C) će to prevazići (C) jer ako se njeguje (Ph) iz ljubavi (A) bit će zdrav (Ph). Taj cvijet (C) će da ostane zdrav (Ph) do zime (C), kad zima (C) dođe on će nestati (-Ph), ali njegovo stablo (C) će ostati zdravo (Ph) do idućeg proljeća (C) kada će opet da procvjeta (Ph).

Tablica 5. Analiza šestodijelne priče roditelja 3/3RŽ.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	-	3	4	-	11	10
-	-	-	-	-	-	1
$\Sigma$	-	3	4	-	11	9



#### 1.4. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 4/4Rm



*Sl.6. Tehnika šaranja - roditelj 4/4Rm.*

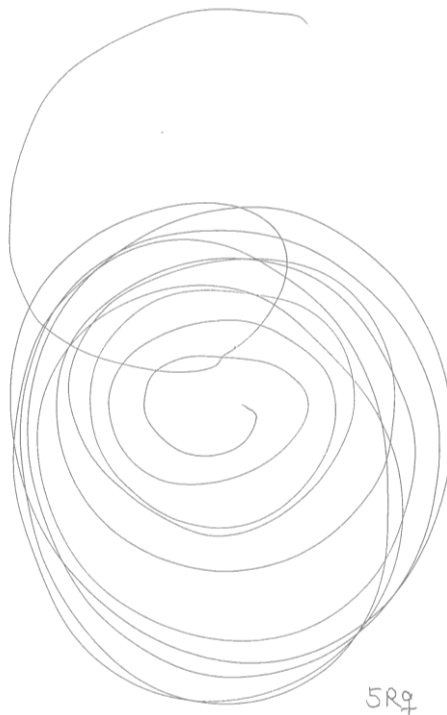
#### Nebo

Glavni junak ove priče je zvijezda (C). Njena misija je da vječno (B) sija (Ph) na nebu (C), ma koliko mala bila (Ph). Iako je mala (Ph), ona je hrabra i uporna (A,A). Sijat će (Ph) uvijek (B) jer nije sama (S) na nebu (C). Sijat će jače i jače (Ph, Ph). Priča traje i dalje (B)!

Tablica 6. Analiza šestodijelne priče roditelja 4/4Rm.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	3	2	1	-	3	6
-	-	-	-	-	-	-
$\Sigma$	3	2	1	-	3	6

### 1.5. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 5/5Rž



*Sl.7. Tehnika šaranja - roditelj 5/5Rž.*

Glavni junak ove priče je dug (Ph) put (C) koji ima izlaz (C). Putu je glavna misija borba (Ph) za ozdravljenje (Ph,C). U tome mu može pomoći samo vjera (B) u Boga (B). Ne postoji (C) ništa što Put može spriječiti (Ph) da ostvari svoju misiju (C). Priča se završava tako što put (C) dobija dobre rezultate (C) liječenja (Ph).

Tablica 7. Analiza šestodijelne priče roditelja 5/5RŽ.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	2	-	-	-	7	5
-	-	-	-	-	-	-
$\Sigma$	2	-	-	-	7	5

## 1.6. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 6/6RŽ



*Sl.8. Tehnika šaranja - roditelj 6/6RŽ.*

Glavni junak moje priče je slovo A (C), a ono mene asocira (C) na ime mog djeteta (C,S) odnosno mog junaka (lava) (C,C) Ajnura (C). Njegova glavna misija je da što prije ozdravi (Ph). U tome mu jedino može pomoći dragi (A) Allah (B) i doktori (C). Nešto što ga može spriječiti u osvarivanju njegovog cilja jeste da se vrati (-Ph), ne dao Bog (B), bolest (-C, -Ph). Da bi prevazišao tu prepreku mora (C) se boriti (C) kroz sve ovo. Naša priča se nastavlja uz daljnu borbu (C), i nadu (B) da će se ovo završiti (Ph) sa sretnim krajem (A,C), odnosno da će ovo biti samo ružan (-A) san (B).

Tablica 8. Analiza šestodijelne priče roditelja 6/6RŽ.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	4	2	1	-	11	2
-	-	1	-	-	1	2
$\Sigma$	4	1	1	-	10	0

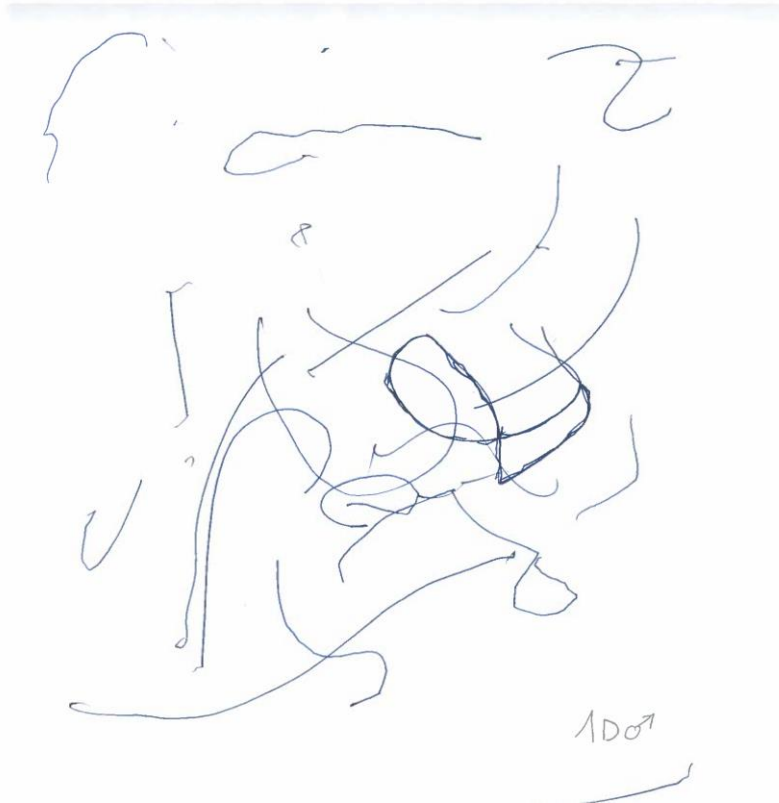
## 1.7. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: roditelj 7/7Rm



*Sl.9. Roditelj (otac) koji nije pristao sudjelovati*

## 2. Radovi djece

### 2.1. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 1/1Dm



*Sl.10. Tehnika šaranja djeteta 1/1Dm.*

#### Riba u životnoj misiji

Moj glavni lik je riba (C). Njena misija je da je djeca pojedu (- Ph, B) i dobiju (C) omega 3 (C). Može joj pomoći još riba (C,S) jer jedna riba (C) nije dovoljna (-C) za svu djecu (S). Može ga spriječiti nezdrava (-Ph, B) hrana (C) koju djeca (S) jedu (-Ph, B). Zamijenit će grickalice (-C) sa zdravom (Ph) hranom (C). Glavni junak je pojeden (- Ph, B) da bi dao svoju omega 3 (C).



Tablica 9. Analiza šestodijelne priče djeteta 1/1Dm.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	4	-	3	-	8	1
-	-	-	-	-	2	4
$\Sigma$	4	-	3	-	6	-3

## 2.2. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 2/2Dm

---



*Sl.11. Tehnika šaranja - dijete 2/2Dm.*

Put do ostvarenje cilja je težak

Glavni junak ove priče je nebo (C,B). Njegova misija je beskrajnost (B). Ta misija je ostvarena (C,B). Ništa ga ne može spriječiti (C,B). On se borbom suočava s preprekama(C). I onda nastavlja živjeti (Ph) sa ostvarenim ciljem (C,B).

Tablica 10. Analiza šestodijelne priče djeteta 2/2Dm.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	5	-	-	-	5	1
-	-	-	-	-	-	-
$\Sigma$	5	-	-	-	5	1

### 2.3. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 3/3DŽ

*Napomena:* U nastavku su prikazane dvije slike šaranja djevojčice koja iz prvog puta nije uspjela ispričati šestodijelnu priču. Prva slika šaranja je neuspjeli pokušaj, a druga slika je drugi pokušaj uz koji slijedi i priča.



*Sl. 12. Tehnika šaranja - dijete 3/3DŽ (neuspjeli pokušaj uspostave kontakta)*



ŠARANJE(2) 3D♀

*Sl.13. Tehnika šaranja – dijete 3/3Dž (drugi pokušaj – uspješan)*

### Cvijet

Cvijet (C) je glavni junak ove priče. Njegov zadatak je da sam sebe (C) zalijeva (Ph). Sunce (C) će cvjetiću (C) pomoći (C) da se sam zalijeva (Ph). Voda (-C) će zaustaviti (-Ph) sunce da pomogne cvijetu (C,C). Drvo (C) ga sprječava (-Ph) , a tijelo mu pomaže (Ph) da izađe (Ph) na kraj sa preprekom (-C). Na kraju je pala (-Ph) kiša (C), ali cvijet (C) se uspio sam zaliti (Ph).

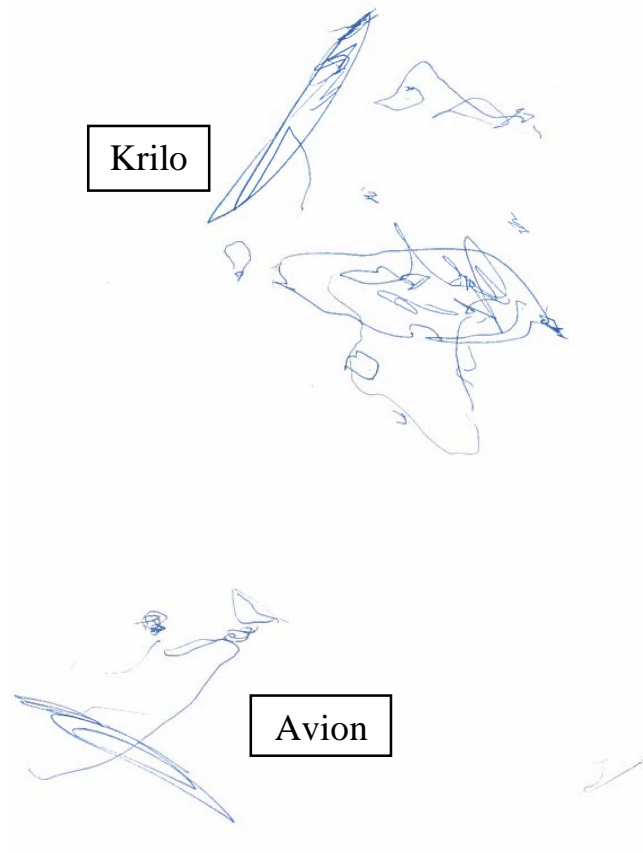
Tablica 11. Analiza šestodijelne priče djeteta 3/3DŽ.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	-	-	-	-	10	5
-	-	-	-	-	2	3
$\Sigma$	-	-	-	-	8	2

/

## 2.4. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 4/4Dm

4D07



*Sl.14. Tehnika šaranja - dijete 4/4Dm.*

Avion

Glavni junak moje priče je avion (C). On (C) želi (B) pomoći krilima (C) da lete (Ph). Golub (C) mu može pomoći da leti (Ph,I). Međutim, iznenada veliki (Ph) težak (Ph) kamen (C) udara (-Ph) u avion (C). Kamen (C) je toliko jak (Ph) da je uspio srušiti (-Ph, -I) avion (C). Avion (C) je pao (-Ph).

Tablica 12. Analiza šestodijelne priče djeteta 4/4Dm.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	1	-	-	1	9	5
-	-	-	-	1	-	3
$\Sigma$	1	-	-	0	9	2



## 2.5. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 5/5Dž



Sl.15. Crtež – dijete 5/5Dž..

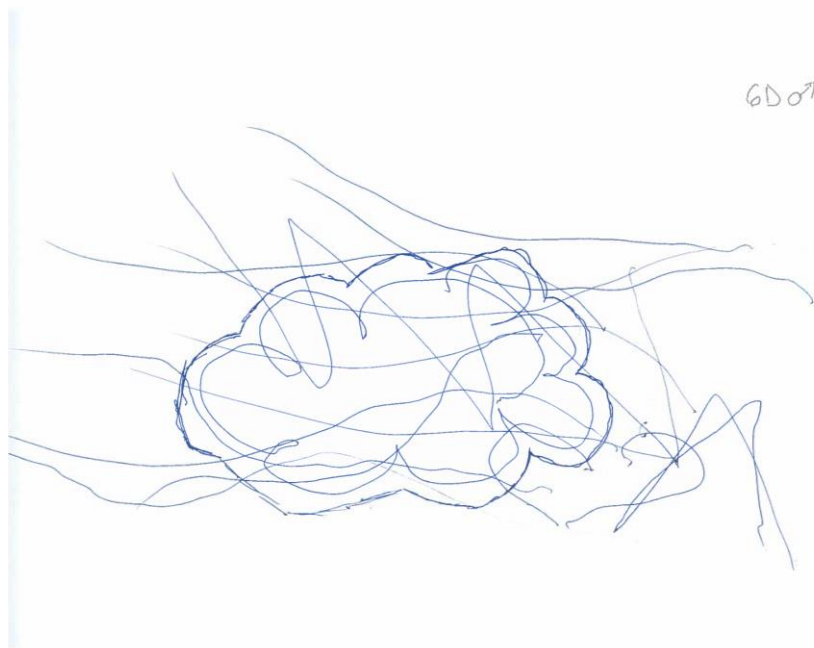
### Sl.15. Šestodijelna priča djeteta 5.

Glavni junak ove priče je Emina (C,S). Njena misija je da nacrtá (Ph) veliku (Ph) kuću (C). U tome joj pomaže (Ph) sestra (S) Almina (C,S). Isto tako, u tome je sprječava sestra Almina (-C,-S). Emina će se sakriti (Ph) da joj ne smeta seka (-S). Kad se sakrila (Ph), Emina (C,S) je uspjela (C) da nacrtá (Ph) kuću (C).

Tablica 13. Analiza šestodijelne priče djeteta 5/5DŽ.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	-	-	4	-	6	6
-	-	-	2	-	1	-
$\Sigma$	-	-	2	-	5	6

## 2.6. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 6/6Dm



*Sl.16. Tehnika šaranja - dijete 6/6Dm.*

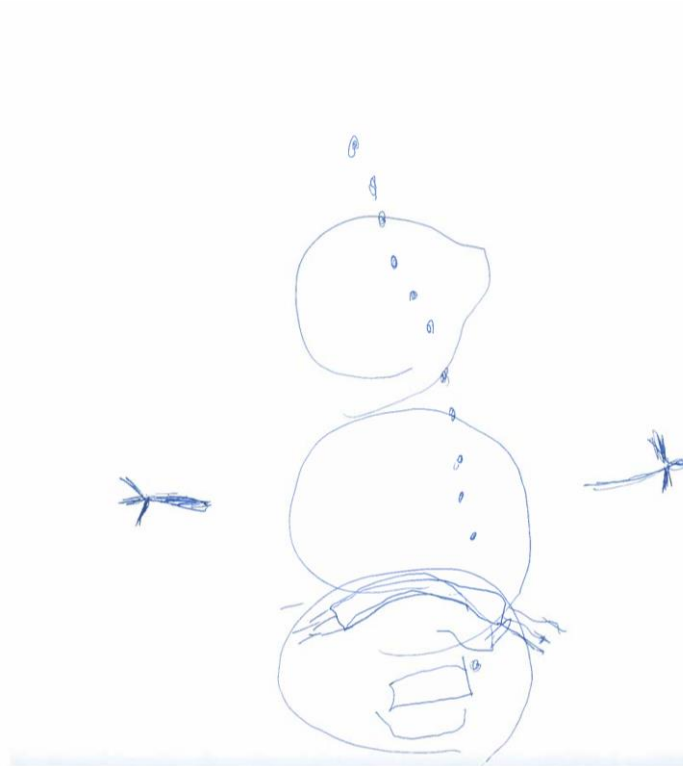
Glavni junak moje priče je oblak (C). Njegova glavna misija je da pravi (Ph) kišu (C). Bog (B) će mu pomoći da zalije (Ph) travu (C), zemlju (C) i drveće (C). Isto tako, Bog ga može spriječiti (-B) da ostvari svoju misiju. Oblak (C) će prevazići tu prepreku (C) jer će mu pomoći (Ph) ljudska snaga (B) i tada će pasti (Ph) kiša (C). Počinje kiša (C, Ph) iz njega i on se tako veseli (A).

Tablica 14. Analiza šestodijelne priče djeteta 6/6Dm.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	2	1	-	-	9	5
-	1	-	-	-	-	-
$\Sigma$	1	1	-	-	9	5

## 2.7. Tehnika šaranja i šestodijelna priča: dijete 7/7Dm

*Napomena:* Rezultate dobivene analizom šestodijelne priče dječaka 7 nismo uvrstili u krajnju komparaciju roditelja i djece zbog izostanka sudjelovanja njegovih roditelja.



*Sl.17. Tehnika šaranja – dijete 7/7Dm.*

Nastala je zima

Glavni junaci ove priče su grančice (C) i šal (C). Treba da nastane (Ph) snijeg (C). U tome im mogu pomoći djeca (S). Prepreka koja im stoji na putu je sunce (-C). Ova prepreka se može prevazići ako sunce nestane (-C, Ph). Snješko (C) se na kraju istopio (-Ph).

Tablica 15. Analiza šestodijelne priče djeteta 7/7Dm.

	<b>Belief</b> (vjerovanja)	<b>Affect</b> (emocije)	<b>Social</b> (socijalna komponenta)	<b>Imagination</b> (imaginacija, mašta)	<b>Cognition</b> (mišljenje)	<b>Physiology</b> (fizičko- fiziološka komponenta)
+	-	-	1	-	4	2
-	-	-	-	-	2	1
$\Sigma$	-	-	1	-	2	1

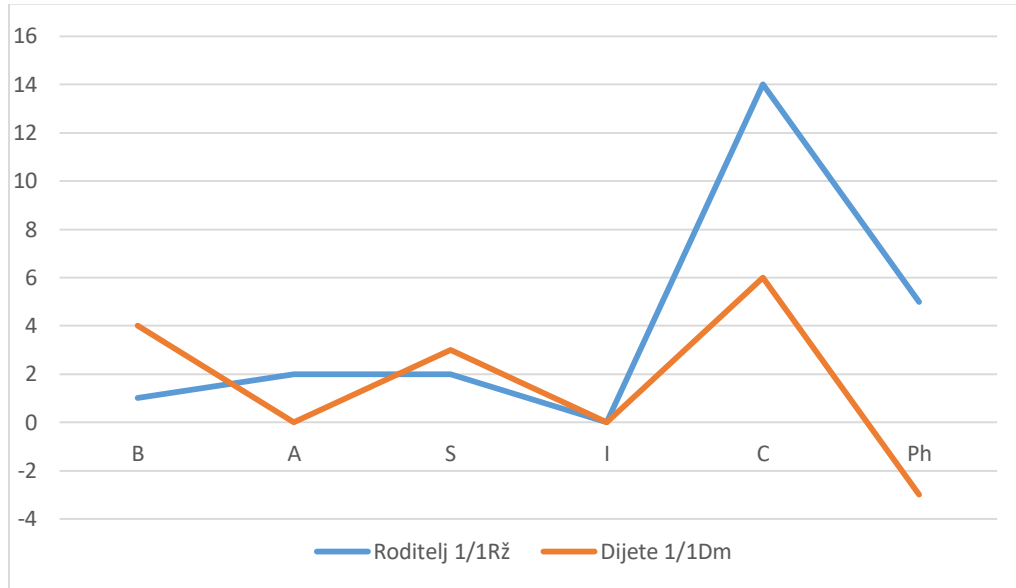
### **3. Komparacija dobivenih rezultata**

U ovom poglavlju su predstavljene jedinične usporedbe profila roditelja i njihove djece. Svaki par roditelj – dijete je zasebno predstavljen grafikonom. Za svaki profil su dati prijedlozi za pedagoške intervencije u radu sa djecom i roditeljima. Također je predstavljen opći prikaz svih profila roditelja zajedno koji je dobiven računanjem prosječnih vrijednosti dobivenih rezultata iz šestodijelnih priča. Isti takav profil je predstavljen i za djecu. Na kraju smo ta dva profila komparirali.

Ova komparacija je neophodna, jer samo tako možemo doći do značenja koje može imati primjena modela BASIC Ph u komunikaciji sa roditeljima i djecom. Naime, primjena ovog analitičkog modela uz šestodijelnu priču i tehniku šaranja implicira mogućnost nove kvalitete u pedagoškom radu, u situacijama kada pedagog ili učitelj ima ulogu medijatora u osnaživanju odnosa roditelj – dijete. Stranice koje slijede predstavljaju neku vrstu pedagoškog narativa, koji, nadamo se, može poslužiti u daljnim analizama odnosa roditelj – dijete, neophodnim za uspješan pedagoški rad.

### 3.1. Jedinična usporedba profila roditelj-dijete

#### 3.1.1. Roditelj 1/1Dž i dijete 1/1Dm



Grafikon 1. Komparacija profila - Roditelj 1/1Rž i dijete 1/1Dm

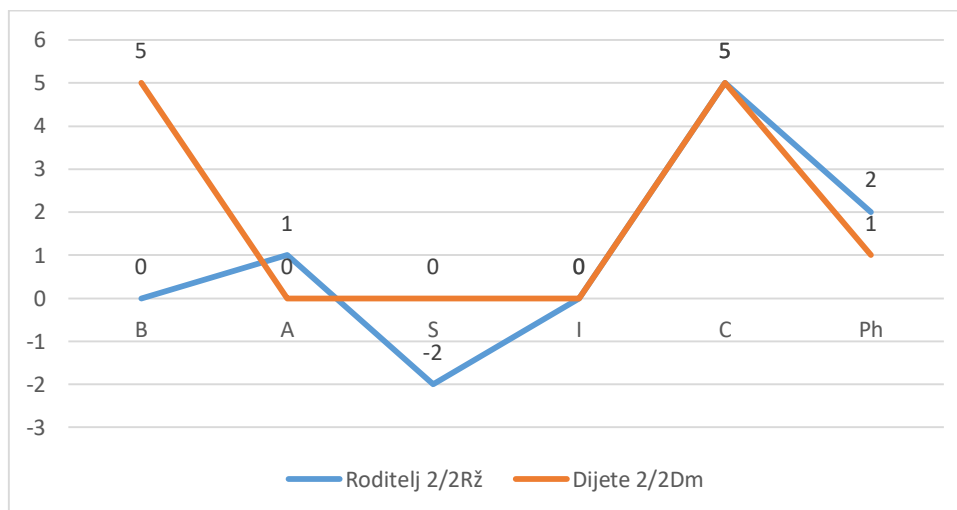
Na grafikonu je jasno vidljivo da je najdominantniji kanal suočavanja kod djeteta i kod roditelja C (mišljenje), s tim da kod roditelja iznosi 14, a kod djeteta 6. Ako se fokusiramo na roditelja, vidimo da su vrijednosti poprilično nejednako raspoređene, to jeste da su u svim kanalima niske vrijednosti osim u kanalu C i kanalu Ph (fizičko-fiziološka komponenta) koji je nešto viši od ostalih. Prema podacima, roditelj svu svoju energiju usmjerava na razmišljanje, donošenje odluka, rješavanje problema i svih procesa koje se odvijaju u glavi jedne odrasle osobe. Ukoliko tu količinu misli, jer misli jesu trošenje energije, kanališe samo kroz fizičku komponentu, potrebno je raditi više na kanalisanju te energije kroz emocije i razgovor sa prijateljima. Ovom roditelju bi se moglo ukazati na to da je uredu iskazati tugu, da je uredu zaplakati, čak i ako možda misli da mora ostati snažan zbog svog djeteta. Također, možemo propitati njen doživljaj kvalitete vanjskog svijeta. Iako postoji vrijednost u kanalu emocija i socijalizacije, ipak je ona dosta niža u odnosu na C i Ph kanal. Kanal vjerovanja iznosi 1, a imaginacija nema nikakvu vrijednost. Aktivnosti koje bi se mogle raditi kako bi se potaknulo korištenje ovih kanala mogu biti gledanje inspirativnih filmova o



pozitivnim događajima i ishodima. Vjera i mašta se po svojim funkcijama ne razilaze mnogo. Oba kanala nemaju granica. Kada bi roditelj imao više vjere, možda bi dozvolio sebi i maštanje.

Kod djeteta je kanal B izraženiji nego kod roditelja što je pozitivno, ali zabrinjavajuća je činjenica da je u kanalu A (emocije) nulta vrijednost. Sa djetetom koje ne iskazuje emocije je vrlo bitno najprije kroz razgovor saznati šta on zapravo čini kada je tužan. Da li svoju tugu izražava kroz prejedanje (Ph iznosi – 3 i to je vid samodestrukcije) ili čini nešto drugo? Bitno je napomenuti da je dječak tinejdžer i da bez obzira na okolnosti u kojima se nalazi, on je i dalje tinejdžer kao i svi drugi. Njima je teško ponekad shvatiti vlastite emocije, a kamo li iskazati ih. Pošto mu je izražen kanal vjerovanja (a njegova priča je dosta zanimljiva, riba koja ima životnu misiju da se žrtvuje i drugima bude bolje), možda u tom njegovom viđenju sebe ili svijeta gdje on ima neku važnu misiju možemo saznati kako se osjeća. Mogli bismo sa njim napraviti seriju takvih priča ili nastavak priče „Riba u životnoj misiji“ gdje bismo mogli steći bolji uvid u njegove emocije. Kako su svi u adolescentnom periodu u velikim razmišljanjima o pronalasku sebe, možda i on osjeća da ima neku svrhu, samo trebamo to potaknuti. Samim tim ćemo potaknuti i kanal I koji također iznosi 0. A za pričanje priča nam je potrebna ponekad i mašta. Tako ćemo mu ujedno pomoći da rastereti kanal C u kojima možda previše razmišlja o sebi i svijetu i pomoći mu da to iznese na papir.

### 3.1.2. Roditelj 2/2Rž i dijete 2/2Dm

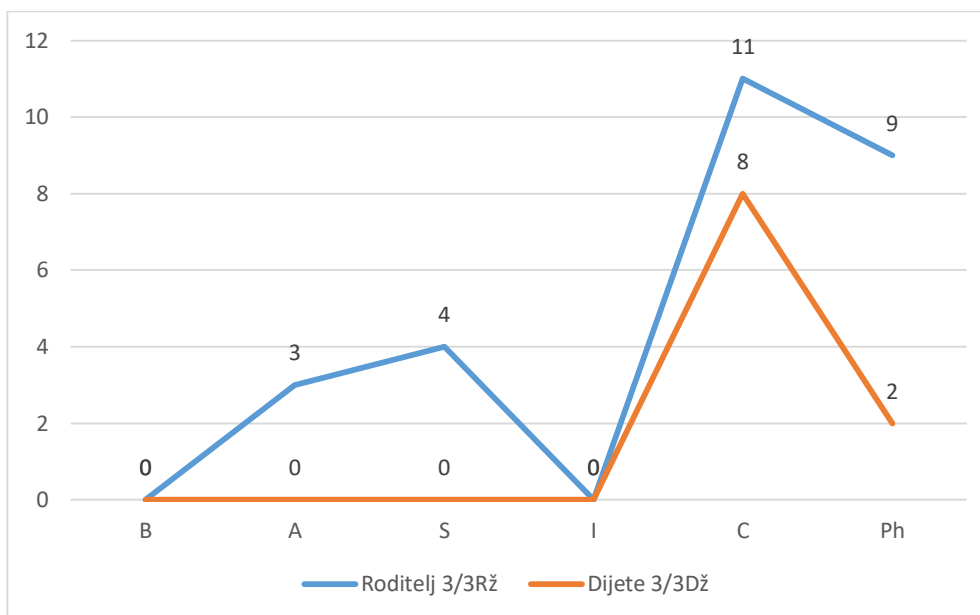


Grafikon 2. Komparacija profila - Roditelj 2/2Rž i dijete 2/2Dm

U ovom prikazu vidimo da podudarnosti postoje samo u C kanalu, gdje kod roditelja i djeteta iznosi 5. Kod roditelja najprije treba raditi na S kanalu (socijalna komponenta) koja je u minusu što upućuje na to da majka možda ima negativne konstrukte prema pojedinim ljudima. Ono što bi se moglo učiniti u ovom slučaju je svakako naprije obaviti više razgovora kako bismo mogli saznati kakav ima kontakt sa okolinom. Za početak joj možemo predložiti da opiše jednu ili dvije osobe njoj drage, da iznese sve njihove pozitivne karakteristike, kako bismo je podsjetili zašto ona te osobe voli. Možda je potreban podsjetnik da u mračnim vremenima i u našim negativnim mislima i dalje postoji vedrina sa strane koju smo zapostavili fokusirajući se samo na ono što je loše (ona u svojoj priči govori da je ljudski rod destruktivan). Kod djeteta kanal S iznosi 0. U njegovoj priči se zapravo nikako ne nazire socijalna komponenta. Sa njim također možemo napraviti istu aktivnost, da opiše svoju dragu osobu (a da to nije roditelj). Možda ćemo nakon takvih aktivnosti i popratnih razgovora uspjeti im pomoći da osvijeste dio sebe kojem je potreban kontakt sa drugim osobama. Postoji razlika u kanalu B gdje kod roditelja iznosi 0, a kod djeteta 5. To je svakako razumljivo s obzirom na sadržaj njihovih priča. U priči njegove majke se jasno vidi koliko se ona oslanja na ono opipljivo i vidljivo, na svoje mišljenje i iskustvo. Kod djeteta je drugačiji slučaj. On je pisao o nebu koji teži ka beskraju. Iako kaže da je „put do cilja težak“, on vjeruje da borbom može uspjeti. Ovo je zadivljujuć primjer nekoga ko istinski vjeruje da je uspjeh

moguć, naročito od djeteta koje ima dijagnozu malignog oboljenja. Ovdje možemo majci sugerisati da više razgovara sa djetetom, da mu dozvoli da joj prenese svoje misli i uvjerenje da je sve moguće („Ništa ga ne može spriječiti“ (u ostvarenju njegove misije)). Možemo je ohrabriti da razgovara sa djetetom o njegovom doživljaju neba koji je tako veličanstven. Također, taj razgovor može potaknuti izražavanje emocija djeteta, jer u matrici kanal A iznosi 0. Isto tako, možemo ovu priču proširiti zajedno sa djetetom kako bismo dobili više informacija. Međutim, kada roditelj ne bi bio spreman govoriti sa djetetom o tome, mi možemo uz njegovu dozvolu preuzeti tu ulogu. Mogli bismo potaknuti imaginaciju, jer je priložena priča vrlo kratka, ali upečatljiva zbog siline vjerovanja o veličanstvenosti neba kojeg ništa ne može spriječiti u ostvarenju njegove misije. Kao što smo ranije naveli, imaginacija i vjerovanje imaju slična svojstva, a to je daleko putovanje koje nema granica.

### 3.1.3. Roditelj 3/3Rž i dijete 3/Rž

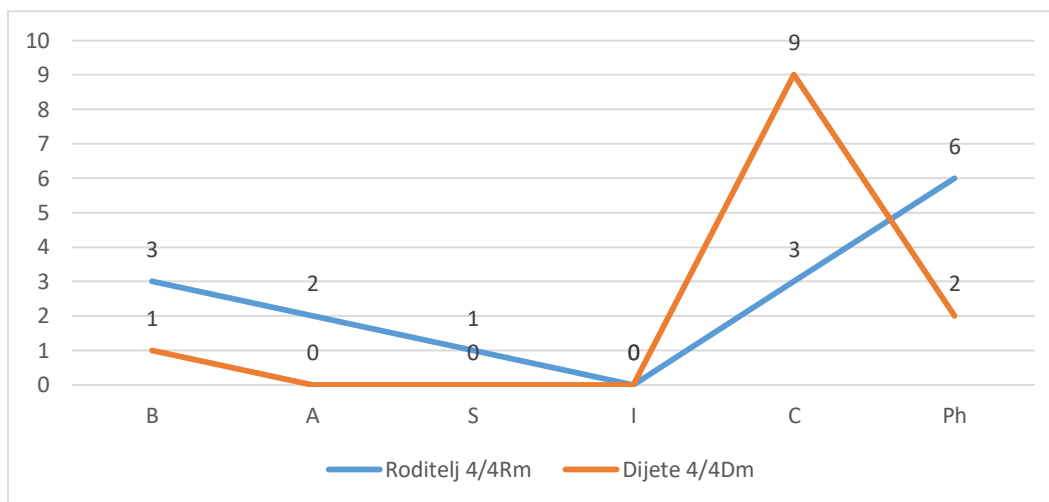


Grafikon 3. Komparacija profila - Roditelj 3/3Rž i dijete 3/3Dž

Na grafikonu je prikazano da su vrijednosti kanala vjerovanja, emocija, socijalne komponente i imaginacije kod djevojčice nula. Kroz par dolazaka, dalo se primjetiti da je djevojčica izuzetno stidljiva. Vrlo malo je govorila, uvijek je u naručju svoje majke. Njezina aktivnost je uglavnom bila igranje igrica na telefonu. Kako bismo potakli korištenje ovih kanala, trebali bismo djevojčicu najprije posjećivati neobavezno više puta kako bismo je upoznali i družili se sa njom. Sugerisali bismo majci koja ima izraženiju socijalnu komponentu (što je i evidentirano u posjetama) da djevojčicu ohrabri da se igra sa djecom (jer voli igru) umjesto da je stalno kod nje. Djevojčica je pokazala interesovanje za razgovor o igrici, što ipak pokazuje da je to veseli i da bi rado pričala o tome, ali samo kada je neko pita. U suprotnom bi uglavnom šutjela. Također, majka je u svojoj priči navela kako je misija njenog ženskog cvijeta *da ozdravi i to će uspjeti ako neko redovno brine o njemu i zalijeva ga*, dok je kod djevojčice drugačiji slučaj. Njezina priča govori o *cvjetiću koji ima misiju da sam sebe zalijeva*. Neovisno o tome da li je njen cvjetić projekcija nje same ili ne, može se pretpostaviti da taj isti cvjetić u nekim situacijama želi nešto uraditi sam. Dakle, ohrabrujući dijete da se igra sa drugom djecom, češće posjete i poticanje razgovora o onome što voli, može potaknuti korištenje kanala emocija, mašte i socijalne komponente, ali i vjerovanja (jer ona na kraju uspijeva u tome sama). Ovo isto tako može pomoći majci u korištenju kanala B i I jer

ukoliko bi dala sebi prostora da se brine malo više o sebi (iako je to teško u datom trenutku), možda će joj to omogućiti više vremena za mentalnu opuštenost (onoliko koliko okolnosti dozvoljavaju) i tako bi imala više snage i vjere u sebe i u dijete.

### 3.1.4. Roditelj 4/4Rm i dijete 4/4Dm

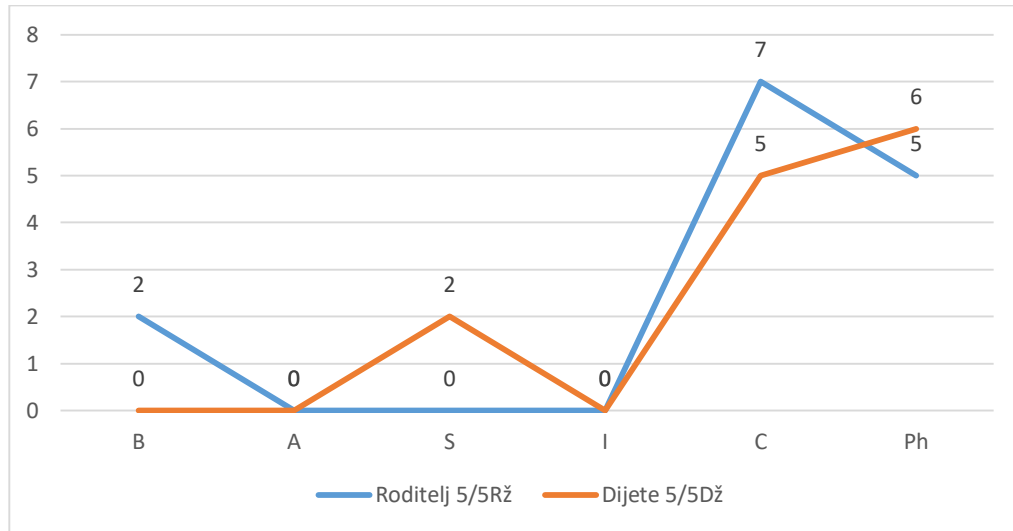


Grafikon 4. Komparacija profila - Roditelj 4/4Rm i dijete 4/4Dm

I ovdje vidimo slučaj gdje dijete nikako ne koristi kanale za emocije, socijalnu komponentu i imaginaciju dok s druge strane najviše dominira kanal C. Kroz posjete je evidentirano da dječak voli sklapati lego kockice i to uglavnom radi sa ocem. Sklapanje lego kockica je fizička aktivnost koja zahtijeva misaone operacije. Prijedlog za aktivnosti kod dječaka su kao i kod većine djece: najprije neobavezni dolasci i zajednička igra što bi imalo za svrhu bolje upoznavanje. Dječak je napisao priču o avionu kojeg ruši veliki težak kamen. Možemo mu predložiti da napravi istu ili sličnu priču sa drugačijim završetkom i razgovaramo o tome kako se avion osjeća kad se sruši ili kako se avion osjeća kada preživi udarac; kakav je kamen, zašto udara u avion i sl. Pošto dječak ima samo 3 godine, teško da ćemo saznati više informacija o njegovim osjećanjima. Možemo napraviti riječnik jednostavnih emocija koje su karakteristične za njegov uzrast koristeći bojice. Tako možemo poticati A ali i I kanal kroz umjetnost. Kad je u pitanju S kanal, ovdje možemo isto učiniti kao i u prethodnom slučaju: sugerisati ocu da se malo odvoji od njega i ostavi ga da sklapa lego kockice sa ostalom djecom. Dok je dijete pričalo o padu aviona, otac je otišao u potpuno drugu krajnost koja mu može služiti. On je pričao priču o *zvijezdi koja ima zadatak da vječno sija koliko god mala bila*. Iz priče je evidentirana prisutnost kanala vjerovanja: on vjeruje da i najmanja

zvijezda može zauvijek sijati. On bi svoju priču o zvijezdi mogao dopuniti sa novim elementima i pričati je dječaku pred spavanje. Roditelji imaju najveću moć da prenesu svoja uvjerenja na djecu naročito dok su još mala. Tako bismo i dječaku pomogli da više koristi kanal vjerovanja. Pored toga, kod oca nema ekstremnih odstupanja, osim kod imaginacije koja je 0 kao kod svih ispitanika. Odrasli često nemaju vremena da maštaju, za to je potrebno više vremena i opuštenosti. U svakom slučaju bismo mogli sugerisati roditelju da je uredu da uzme vrijeme za sebe, pročita koju knjigu ili pogleda film.

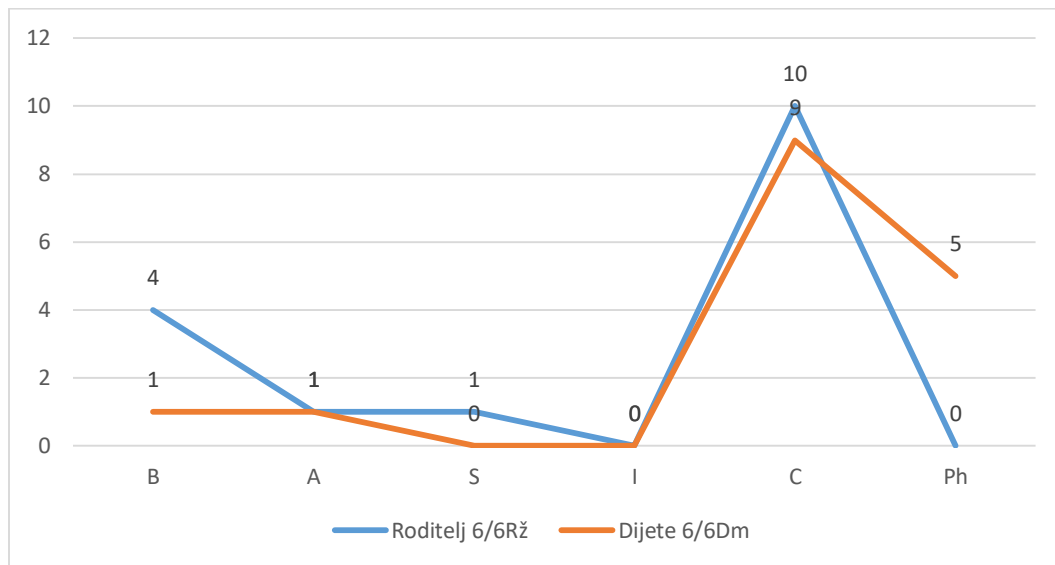
### 3.1.5. Roditelj 5/5Rž i dijete 5/5Dž



Grafikon 5. Komparacija profila - Roditelj 5/5Rž i dijete 5/5Dž

Majka je napisala priču o putu kojem je misija borba za ozdravljenjem. Putu u tome može pomoći samo vjera u boga i on na kraju uspijeva. Iz priče primjećujemo da se radi o njenoj kćerci koja ima dijagnozu i treba da ozdravi. Evidentirana je prisutnost kanala vjerovanja, a najviše kanala mišljenja i fizičko-fiziološke komponente. Međutim, u njenom slučaju je potrebno raditi na kanalima emocija, socijalne komponente i imaginacije. Za aktivnosti joj možemo sugerisati da zajedno napravimo riječnik osjećanja kako bismo imali neki uvid u trenutne emocije. Također, vođenje razgovora o tome s kim najviše voli provoditi vrijeme (osim djeteta) i u kojim osobama vidi podršku i oslonac. Tako ih jedino možemo potaknuti i podsjetiti da komunikacija sa ljudima uvijek može biti od pomoći, ali ih nikako ne možemo na to natjerati ili im nametati nešto što ne žele. Ovo vrijedi za sve roditelje. Majka i dijete se u kanalima C i Ph susreću jer su kod obje najdominantniji. Kroz posjete je evidentirano da djevojčica dosta vremena provodi sa sestrom i tu se pojavljuje njen S kanal. U priči je navela da je njena misija da nacrtaju kuću i pri tome joj pomaže sestra. Djevojčica u ovom istraživanju je jedini ispitanik koji nije koristio tehniku šaranja, iako je takva bila uputa. Ona je u svom radu nacrtala kuću, sebe i svoju sestru. Za poticanje korištenja I i A kanala joj možemo predložiti da u vremenu kad je sama nešto nacrtaju i potom poslije da razgovaraju o crtežu. Tako bismo možda imali neki uvid u njezine emocije jer je crtanje najslobodniji i najspontaniji vid djetetove komunikacije. Kanal vjerovanja možemo potaknuti kroz crtež predlagajući teme poput *Šta ću biti kad porastem*, *Moja životna misija* i sl.

### 3.1.6. Roditelj 6/6RŽ i dijete 6/6Dm



*Grafikon 6. Komparacija profila - Roditelj 6/6RŽ i dijete 6/6Dm*

Kod ovog para prva sličnost koju odmah možemo primjetiti ako najprije njihove priče uporedimo je to što su oboje religiozni (spominju vjeru u boga) i u tom smislu im je izražen kanal B, naročito kod majke. Također se poprilično podudaraju u C kanalu. Najviše se razilaze u Ph kanalu gdje kod djeteta iznosi 5, a kod majke 0. Iako je u priči dječaka izražen kanal fizičko-fiziološke komponente, on u stvarnosti nema mnogo fizičke aktivnosti, barem ne u smislu kretanja. Pretpostavljamo da je to projekcija njegove želje za kretanjem. Za vrijeme posjete je evidentirano da se dječak teško kreće i u tome mu pomaže majka. Ipak, on na svojevrsan način tu svoju nemogućnost balansira sa možda nekim drugim aktivnostima poput igranja igrice. Uglavnom to čini njegovu svakodnevicu, kada nije u bolnici na terapiji. Također, majka je spomenula da dječak jako dobro crta i da uživa u tome, ali to u posljednje vrijeme ne radi često. Kao aktivnost za oživljavanje mašte bi mogao biti od koristi upravo taj crtež. Tako da dječaka možemo poticati da radi ono što voli, da ga podržavamo u njegovim talentima gdje bi on mogao ponovo procvjetati. Posljednje, zbog specifičnosti svoje dijagnoze, on se malo druži sa prijateljima i tu uglavnom izostaje njegova socijalna komponenta. Iako se dječak slabo kreće i ne može otići u park sa djecom, možemo dovesti djecu u njegov dom. Za majku možemo sugerisati kao i za većinu roditelja više brige o sebi i slobodnog vremena kako bi se bavila barem jednom aktivnošću dnevno koja je u najmanju ruku opušta, ukoliko okolnosti dozvoljavaju.

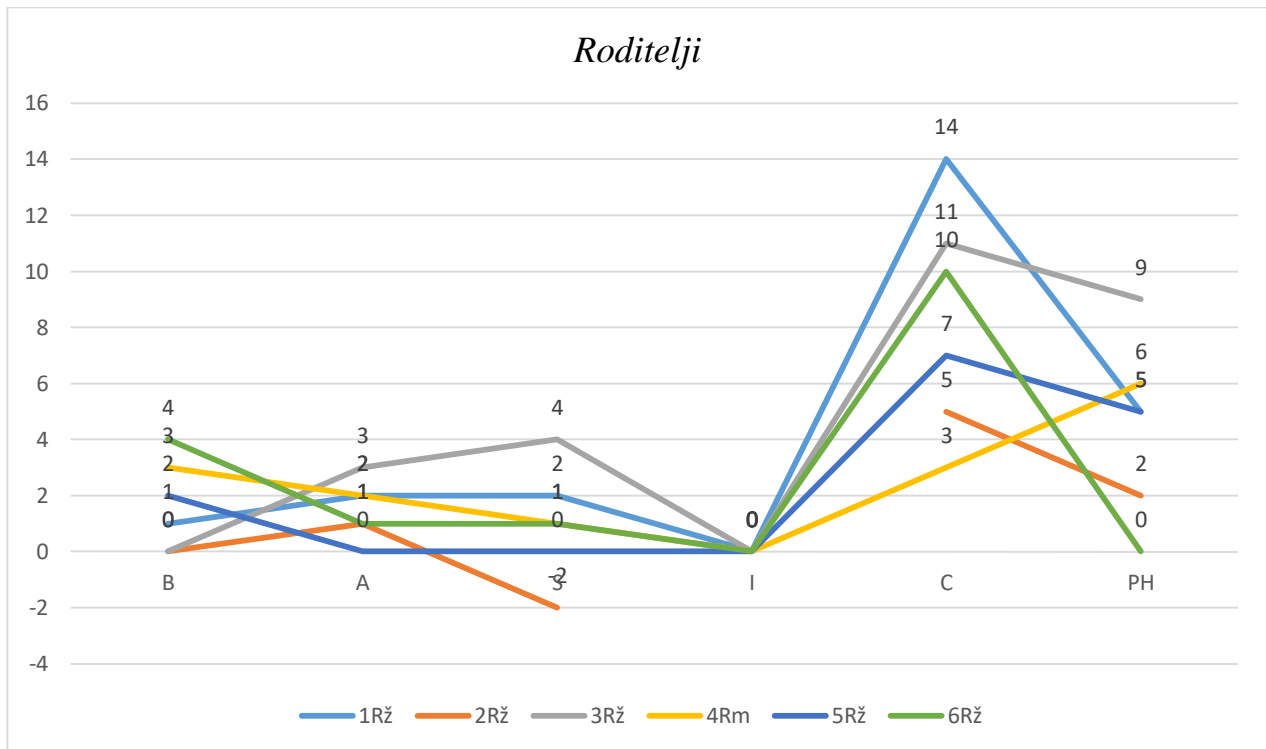


### 3.2.Profil roditelja

U sljedećoj tabeli su prikazani rezultati analize šestodijelnih priča roditelja, a potom su isti rezultati prikazani u grafikonu.

Tablica 16. Rezultati analize šestodijelnih priča roditelja.

<b>RODITELJI</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>PH</b>
<b>1Rž</b>	1	2	2	-	14	5
<b>2Rž</b>	-	1	-2	-	5	2
<b>3Rž</b>	-	3	4	-	11	9
<b>4Rm</b>	3	2	1	-	3	6
<b>5Rž</b>	2	-	-	-	7	5
<b>6Rž</b>	4	1	1	-	10	-
$\Sigma$	10=1,67	9=1.5	6=1	-	50=8.33	27=4.5



*Grafikon 7. Profil roditelja*

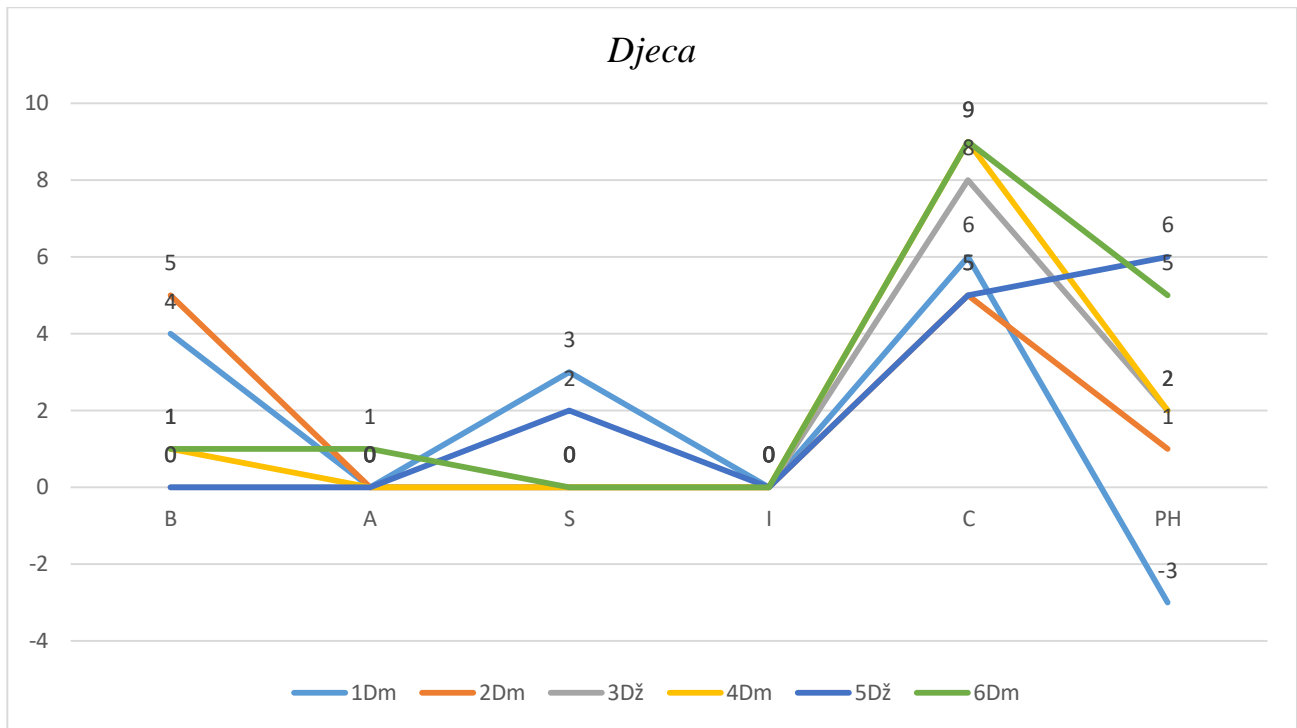
Prema dobivenim podacima prikazanim u tabeli i grafikonu možemo vidjeti da je kod roditelja najdominantniji C kanal (kognicija) kojeg svi koriste. Njegova prosječna vrijednost iznosi 8.33. Zatim slijedi Ph kanal (fizičko-fiziološka komponenta) čija prosječna vrijednost iznosi 4.5. Nakon njih slijede B kanal (vjerovanja) čija je vrijednost 1,67 i A kanal (emocije) čija prosječna vrijednost iznosi 1.5. Još manja prosječna vrijednost je kod S (socijalna komponenta) kanala koja iznosi 1. Ono što je ostalo intrigantno jeste I kanal koji nije koristio niti jedan roditelj, tako da on iznosi 0.

### 3.3.Profil djece

U sljedećoj tabeli su prikazani rezultati analize šestodijelne priče djece, a potom su isti predstavljeni u grafikonu.

Tablica 17. Rezultati analize šestodijelnih priča djece.

<b>DJECA</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>PH</b>
<b>1Dm</b>	4	-	3	-	6	-3
<b>2Dm</b>	5	-	-	-	5	1
<b>3Dž</b>	-	-	-	-	8	2
<b>4Dm</b>	1	-	-	-	9	2
<b>5Dž</b>	-	-	2	-	5	6
<b>6Dm</b>	1	1	-	-	9	5
<b>∑</b>	11=1,83	1=0,17	5=0,83	-	42=7	13=2,16



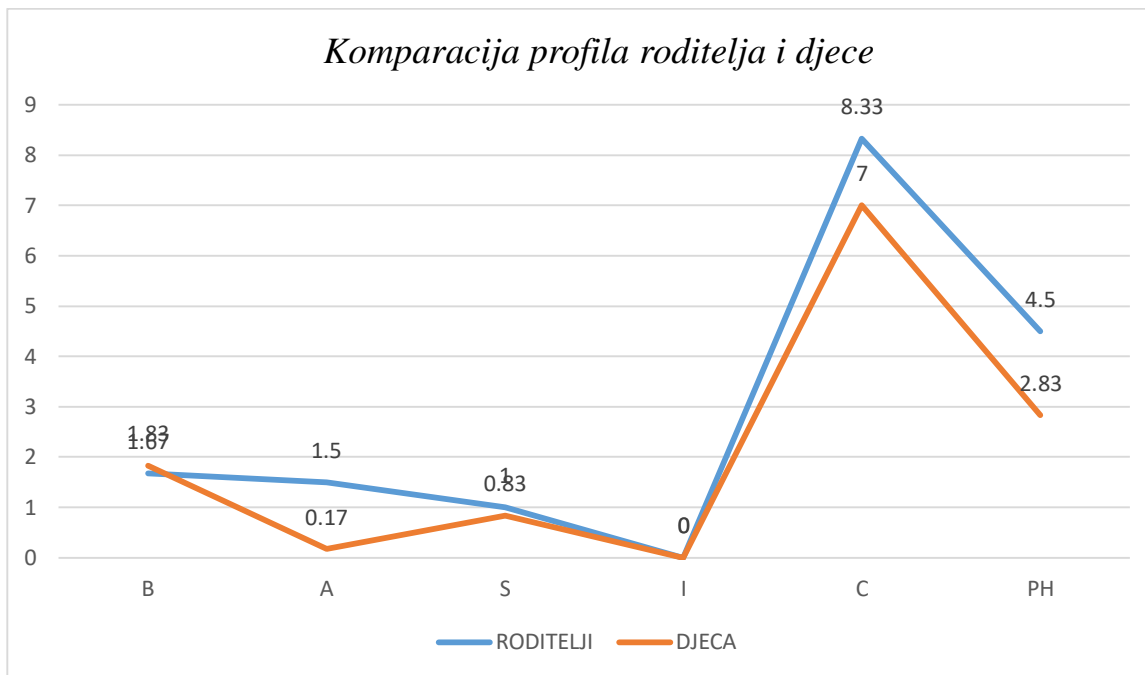
*Grafikon 8. Profil djece*

Prema dobivenim podacima prikazanim u tabeli i grafikonu možemo vidjeti da je i kod djece najdominantiji C kanal (kognicija) čija prosječna vrijednost iznosi 7. Zatim slijedi Ph kanal (fizičko-fiziološka komponenta) čija prosječna vrijednost iznosi 2,16. Primjećujemo da su ta dva kanala najčešće korištena što je slučaj i kod roditelja. Prosječna vrijednost kanala B (vjerovanja) iznosi 1,83. Kanal S (socijalna komponenta) iznosi 0,83. Još manje se koristi kanal A (emocije) čija prosječna vrijednost iznosi 0,17 i na kraju kanal I (imaginacija) koji se uopšte ne koristi te on iznosi 0.

### 3.4. Komparacija profila roditelja i djece

Tablica 18. Rezultati analize šestodijelnih priča roditelja i djece

	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>PH</b>
<b>RODITELJI</b>	<b>1,67</b>	<b>1,5</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>8,33</b>	<b>4,5</b>
<b>DJECA</b>	<b>1,83</b>	<b>0,17</b>	<b>0,83</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>2,16</b>



Grafikon 3. Komparacija profila roditelja i djece

Na osnovu prikazanih zadataka možemo vidjeti da je najdominatniji kanal suočavanja kod obje skupine C kanal (kognicija) čija prosječna vrijednost iznosi: kod roditelja 8,33, kod djece 7. Sljedeći po zastupljenosti najdominantniji kanal je Ph (fizičko – fiziološka aktivnost) čije prosječna vrijednost kod roditelja iznosi 4,5, a kod djece 2,16. Interesantno je da kanal I (imaginacija) nema nikakvu vrijednost ni kod djece ni kod roditelja, odnosno uopšte se ne pojavljuje i njegova vrijednost iznosi 0. Kad je u pitanju S kanal (socijalna komponenta), kod obje skupine je mala razlika u vrijednostima. Kod roditelja iznosi 1, a kod djece 0,83. U kanalu A (emocije) postoji odstupanje gdje kod roditelja prosječna vrijednost iznosi 1,5 a kod djece svega 0,17. Ako se osvrnemo na tablice 16. i 17. , primjetit ćemo da se A kanal pojavljuje kod samo jednog djeteta, a

kod roditelja više. Kod kanala B (vjerovanja) ne postoji veliko odstupanje, ali ipak prosječna vrijednost kod djece je veća i ona iznosi 1,83, a kod roditelja je 1,67.

U ovoj interpretaciji rezultata smo se držali deskriptivne statistike (izračunavanje frekvencija) koja se bavi uzorkom, a ne populacijom. Shodno tome, na osnovu dobivenih podataka ne možemo donositi generalizacije u populaciji, što znači da ovaj uzorak nije reprezentativan. Ipak, na osnovu njega, mogu se naslutiti pojedine karakteristike populacije. Možemo praviti nove pretpostavke da roditelji potiskuju emocije, ostaju izolirani bez socijalnog kontakta, a maštu i kreativnost zanemaruju, potpuno okrenuti kognitivnoj borbi sa bolešću djeteta. Iz ovog proizilaze implikacije za buduća istraživanja na ovu temu koja mogu uključiti veći broj ispitanika kako bi uzorak bio reprezentativniji, a onda i dodatne statističke postupke u obradi i interpretaciji rezultata.

Dalje, možemo diskutovati o podacima koje smo dobili. Prosječne vrijednosti i kod djece i kod roditelja su dosta slične i nema većih odstupanja. U grafikonima se može vidjeti da su kod roditelja skoro sve vrijednosti nešto više (osim u B kanalu), ali kada rangiramo kanale od najmanje dominantnog do najviše, zaključit ćemo da su skoro isto raspoređeni i kod djece i kod roditelja. U obje skupine su najdominantniji kanali C (kod roditelja 8,33; kod djece 7) i Ph (kod roditelja 4,5; kod djece 2,16). Ovdje postavljamo pitanja: zašto su ovi kanali toliko slični kod obje skupine? Da li zbog toga što se roditelji, zbog konteksta i uslova situacije u kojoj se nalaze, osjećaju na „sigurnijem tlu“ ako se oslone najviše na razum, pa tako nesvjesno djeluju i na djecu? Kako su i djeca u izolaciji i usmjerena na roditelje, tako preuzmu njihov model suočavanja, a ne mora im biti dobro na tom mjestu. Pedagog dobija nove mogućnosti da intervenira, šireći vidike i jednima i drugima.

Sljedeći kanali koji imaju manja odstupanja su S (kod roditelja 1; kod djece 0,83) i B (kod roditelja 1,5; kod djece 1,83). Ovdje također možemo raspravljati o tome zašto su ovi kanali toliko niži kada ih usporedimo sa C i Ph.

Kada je u pitanju kanal A, prosječna vrijednost kod roditelja iznosi 1,5, a kod djece 0,17. Kod obje skupine vrijednost je niska, pogotovo kod djece. Kod djece, kanal ima vrijednost veću od 0 samo jer je zastupljen kod jednog djeteta. Zašto su vrijednosti ovoliko niske kod obje skupine?

Intrigantan je podatak koji smo dobili kada je u pitanju I kanal. Kod obje skupine iznosi 0, odnosno nikako se ne pojavljuje.

Naposlijetku, neminovno je dodati da bi se, možda, rezultati promijenili da smo od roditelja i djece dobili više informacija. Da je šestodijelna priča bila duža, drugačija, vjerovatno bi se i našlo više podataka, iako vjerovatno to ne bi izazvalo drastične promjene. Također, analize je vršio jedan procjenjivač (istraživač), međutim u idealnim uvjetima ovu procjenu vrši barem 3 osobe.

Ipak, bez obzira na priložene podatke, pitanja *zašto* ostaju samo na razmatranje i u biti za pedagošku intervenciju ona nisu važna. Nama je važno učiniti nešto po pitanju rezultata koje smo dobili i znati **šta učiniti** kako bismo pomogli djetetu i roditelju. Osim toga, zahvaljujući podacima koje smo dobili, možemo poboljšati i omogućiti lakšu komunikaciju sa djecom i roditeljima. Također, razvijamo osjećaj empatije i učimo da shvatamo kontekst situacije u kojoj se dijete nalazi. Ne tražimo problem, ne razmišljamo jednosmjerno, nego uviđamo kako postoje drugačiji svjetovi u kojim djeca mogu živjeti te da postoje različite uloge u koje se mogu uživljavati. U tome leži bit ove analize – razumijevanje konteksta i interveniranje ondje gdje je potrebno. Samo tako možemo pomoći odraslima da imaju više sluha za djecu koja boluju od malignih oboljenja i na kraju, još važnije: pomoći razumijevanje roditelja i djeteta, mogućnost njihove olakšane dvosmjerne komunikacije te više uzajamne empatije.

## ZAKLJUČAK: Pedagoške implikacije BASIC Ph modela u odnosu roditelj - dijete

Živjeti u bolnici kao eko-središtu nije i ne može biti jednostavno za bilo koga, a pogotovo ne za dijete. Ono mora biti izolovano od svoje sredine u kojoj je prvobitno odrastalo krenuvši od najuže obitelji, rodbine, prijatelja, škole – u biti od svega što najviše voli. Nažalost, djeca koja boluju od malignih oboljenja moraju živjeti u takvom kontekstu i njihov put do ozdravljenja je stresan i dugotrajan proces. Pored toga, mijenja se i kontekst života njihovih roditelja. Oni također trebaju proći najprije kroz proces prihvatanja i suočavanja sa činjenicom da je njihovo dijete bolesno, a tek potom kroz faze prilagodbe novonastaloj situaciji. Ova je prilagodba sazdana od različitih strategija koje pojedinac koristi da bi prevladao probleme.

U ovom istraživanju smo ispitivali sličnosti i razlike u strategijama suočavanja djece i roditelja za vrijeme hospitalizacije, a oslonili smo se na BASIC Ph multifaktorsku teoriju koju je dao izraelski psiholog Mooli Lahad. Njegovo osnovno polazište je da postoji šest kanala koje djeca i odrasli mogu koristiti pri suočavanju sa stresnim situacijama: B (vjerovanja), A (emocije/afekte), S (Socijalna komponenta), I (imaginacija), C (kognicija/mišljenje), Ph (fizičko-fiziološka aktivnost). Instrument za ispitivanje datih kanala je šestodijelna priča koju su ispitanici kreirali pomoću podloge koju čini crtež ili šaranje slijedeći dobivene instrukcije. Za analizu je korištena matrica koja je sačinjavala svih 6 kanala te smo u nju bilježili frekventnost, odnosno broj koliko je puta svaki kanal pozitivno ili negativno zastupljen. Ukupan broj ispitanika je 12, od kojih je 6 djece i 6 njihovih roditelja smještenih u roditeljskoj kući.

Dobiveni rezultati su pokazali da su najdominantije korišteni kanali C i Ph i kod roditelja i kod djece, s tim da su kod roditelja nešto izraženiji. Vrlo malo se koriste B i S kanali, a odstupanja između djece i roditelja su također niska. Također, malo je zastupljen i A kanal, s tim da je kod roditelja nešto izraženiji. Preciznije rečeno, A kanal se pojavljuje kod samo jednog djeteta. Najmanje je korišten I kanal, odnosno on nije nikako zastupljen. Bitno je spomenuti da roditelji koriste više različitih kanala za suočavanje u odnosu na djecu. Shodno dobivenim rezultatima, na ovom uzorku postoje sličnosti u strategijama suočavanja sa manjim odstupanjima.



Prema navedenom, teorijski model suočavanja BASIC Ph može biti pogodan za istraživanje strategija suočavanja djece i roditelja za vrijeme hospitalizacije u okviru kvalitativnog istraživanja, bez mogućnosti statističkih obračuna i donošenje egzaktnih zaključaka.

Ovaj model nam koristi za lakšu pedagošku intervenciju ondje gdje je potrebna. Takva intervencija može služiti roditeljima i djeci da poboljšaju međusobnu komunikaciju, ali i da se bolje susretu sa vlastitim svjetovima. Komunikaciju roditelja i djeteta olakšavamo tako što najprije stičemo uvid u najviše i najmanje dominantno korištene kanale i njihovu raspoređenost. Primjera radi, ukoliko roditelj primjećuje da se dijete konstantno prejeda (tada je Ph – fizičko-fiziološka komponenta negativno zastupljena i ona je vid samodestrukcije), trebao bi razmisliti da li on jede jer je zaista gladan ili je u pitanju emocionalno prejedanje. Roditelj treba znati kada svoje dijete sputava, a kada mu daje slobodu; kada razgovara sa njim i na koji način (da li ga zaista sluša?); kako reaguje na njegove potrebe; da li potiče dijete da uči i bavi se aktivnostima koje voli bez obzira dijagnozu i tome slično. Isto tako, djeca trebaju znati (pogotovo starija jer imaju više razvijen senzibilitet za ljude oko sebe) da roditelji nisu svemogući. I oni trebaju imati sluha za njih, razgovarati o njihovim osjećanjima, ohrabriti ih, dozvoliti im da imaju vrijeme za sebe. Sve navedene životne situacije mogu biti elementi BASIC Ph-a. Pomoću matrice vrlo lahko možemo spoznati gdje se nalaze potencijalne praznine na kojim je potrebno raditi.

U konačnici, na osnovu dobivenih rezultata možemo praviti pretpostavku da se roditelji u susretu sa problemima i bolešću svoje djece potpuno oslanjaju na kognitivno, time potiskujući vlastite emocije i zanemarujući maštu. Zatvaraju se u svijet u kojem jedino postoji dijete i njegova bolest - turoban svijet koji je izoliran i gdje nema socijalnog kontakta. Kako su djeca u sličnim izoliranim svjetovima najviše fokusirani na roditelje, oni prate njihov model ponašanja i suočavanja te postepeno taj model i usvajaju bez obzira na to da li se u tom smislu osjećaju dobro. Prema navedenom, pedagog može kreirati pogodno tlo za praktične pedagoške implikacije čija bi glavna polazišta bila: interveniranje ondje gdje je potrebno, omogućavanje lakše komunikacije roditelja (odraslih) sa djecom, neograničenost u mišljenju i idejama, shvatanje da svako ima vlastiti sistem konstrukata, razumijevanje konteksta situacije te razvijanje empatije. Shodno tome, konkretni prijedlozi za pedagoško djelovanje u svrhu poboljšanja komunikacije hospitalizirane djece i njihovih roditelja mogu biti: višestruke posjete djece i roditelja u svrhu upoznavanja, razgovor sa djecom i roditeljima, medijacija u interakciji roditelj-dijete u svrhu boljeg razumijevanja potreba

jedno drugog, konstruktivne igre sa djecom za razvijanje kreativnosti i intelekta, crtanje i pričanje priča sa različitim završecima, poticanje djece da se igraju sa drugom djecom, ohrabrivanje roditelja da dijete osamostaljuju i posvete se više sebi.

## LITERATURA

1. Bakarić, T. (2017). Stres i nošenje sa stresnim situacijama. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile.
2. Buško, V. (2007). Prediktori mjera psiholoških stanja u kontekstu transakcijske teorije stresa i načina suočavanja. Medicinski glasnik, br.2.vol.3, str.63-70.
3. Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2007). Metode istraživanja u obrazovanju. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. Davis, H. (1998). Pomozimo bolesnoj djeci: priručnik za roditelje kronično bolesne djece ili djece s teškoćama u tjelesnom ili duševnom razvoju. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Genc, A., Pekić, J. & Matanović, J. (2013). Mehanizmi suočavanja sa stresom, optimizam i generalna samoeфикаsnost. Primenjena psihologija, br.2.vol.6, str. 155-174. Novi Sad: Filozofski fakultet.
6. Gudjons, H. (1994). Pedagogija: temeljna znanja. Zagreb: Educa.
7. Grgurić, J. (2003). Program „Dječiji bolnički odjeli – prijatelji djece“. Paediatr Croat; br. 47 (supl 1): str. 3-8.
8. Haan, N. (1982). The Assesment of Coping, Defense and Stress, In Handbook of Stress. L. Goldberger S. Breznitz, New York: Freepress.
9. Havelka, M. (1994). Zdravstvena psihologija. Zagreb: Školska knjiga.
10. Huzjak, M. Istraživanje dječjeg likovnog stvaralaštva. Zagreb: Učiteljski fakultet.
11. Janić, D. (2018). Učestalost i ishod liječenja malignih bolesti djece i adolescenata. Zbornik radova za medicinske sestre, str. 12-21. Sveučilišna dječja Klinika. Beograd.
12. Kalebić Jakupčević, K. (2013). Psihološki aspekti i značaj psihološke podrške u liječenju malignih bolesti kod djece. Paediatr Croat; br.57 (supl 1): 287-291.
13. Kosec, M. (2015). Medicinska psihologija bolesnog djeteta. Varaždin: Sveučilište Sjever.
14. Lahad, M. (1993). Basic Ph – priča o resursima nošenja sa stresom izazvanim situacijama. Kiryat Shmona: Community Stress Prevention Centre.
15. Lahad, M., Shacham, M. & Ayalon, O. (2013). The „BASIC Ph“ Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application. London: JESSICA KINGSLEY PUBLISHERS.
16. Lazarus, R. (1981). Stress Related to Transactions between Person and Environment. Prescriptions in International Psychology. New York: Plenum Press.

17. Martinec, R., Miholić, D., Stepan-Giljević, J. (2012). Psihosocijalna onkologija i neki aspekti kompleksne rehabilitacije u odraslih osoba i djece oboljelih od malignih bolesti. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. Br.48.Vol.2, str. 145-154.
18. Mavrak, M. (2003). Program srcem do zdravlja: Priručnik za nastavnike. Sarajevo: The International Children's Institute.
19. Mavrak, M. (2002). Doktorska disertacija: Kvaliteta komunikacije među agensima socijalizacije u pedagoškom radu sa zdravom i hronično bolesnom djecom. Filozofski fakultet u Sarajevu.
20. Mužić, V. (1979). Metodologija pedagoškog istraživanja. Sarajevo: Svjetlost
21. Pehar, L. (2012). Kad medicina (za)staje, što preostaje. Sarajevo;Zagreb: Šahinpahić.
22. Pehar, L. & Peksin, V. (2015). Putokazi za bolji život: upoznavanje sebe i drugih. Fojnica: Štamparija Fojnica.
23. Roganović, J. (2009). Moja prijateljica je bolesna: Maligne bolesti u djece. Rijeka: Tisak Zambelli.
24. Stančić, V. (1969). Psihološke posljedice hospitalizacije djece s kroničnim bolestima. Zagreb: Visoka defektološka škola.
25. Sofilić, T. (2015). Zdravlje i okoliš. Zagreb: Metalurški fakultet.
26. Vasta, R., Haith, M.M. & Miller, S.A. (1998). Dječja psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.

## PRILOZI

### Prilog 1. Šestodijelna priča: roditelj 1/1RŽ

Glavni junak moje priče je svijet.

Zadatak mog junaka je da svijet učini ljepšim.  
- Mom junaku u ostvarenju misije mogu pomoći sunce i kiša.

- Prepreka u ostvarenju njegove misije može biti ljudska ruka ili neuremomska nepogoda.

Svojom ljepotom i radošću kojom posjeduje ožarat će ljudski rod, tako da nauče da cijene i budu sretni zbog sitnica.

- Priča se nastavlja, svijet i dalje pokušaje i uspijeva u tome da svijet učini ljepšim i veselijim.

- Kako da svijet postane ljepši?

1RŽ

#### 4 PLANINA

NISIJA PLANINE JE DA ČURSTO STOJI  
I DAJE NAM ZNASU I MOĆ.  
POMOĆ PLANINI PRUŽA PRIRODA  
JEDINA PREPREKA DA ČURSTO STOJI JE  
LJUDSKA RUKA. DA BIH POBJEDIO LJUDSKI ROO, PLANINA  
ĆE SE OSUTI U OBLIKU ODROVA. U TOM  
SLUČAJU IZUMIRE I PLANINA I LJUDSKI ROO.

POVERANOST PLANINE I NAS U  
SIGU OČUVANJA I JEONI I PRUŽI.

2RŽ

### Prilog 3. Šestodijelna priča: roditelj 3/3RŽ

1. Cvjetić želi da procvjeta. To jeste želja cvjetića.  
Nas cvjetić će biti zdrav i procvjetati ako se neko brine o njemu i redovno ga zaljeva i brine o njemu.

#### 2. kiše

Taj cvjetić će sve to prevazići jer ako se njeguje 12 ljubavi bice zdrav.  
Taj cvjetić će da ostane zdrav do zime kad zima dođe on će nestati ali njegovu sjajku će ostati zdravo do idućeg proljeća kada će opet da procvjeta.

3R♀

# NEBU

- ZVIJEZDA

- VJEČNO SIJA NA NEBU, MA KOLIKO MALA BILA

- IAKO JE MALA ONA JE HRABRA I UPORNA  
SIJA ĆE UVIJEK JER NIJE SAMO NA NEBU

- I SIJAT ĆE JAČE I JAČE

- PRIČA TRAJE I DALJE !!

4R07



Prilog 5. Šestodijelna priča: roditelj 5/5Rž

Glavni junak ove priče je dug put koji ima izlaz. Putu je glavna misija borba za ozdravljenje. U tome mu može pomoći samo vjera u Boga. Ne postoji ništa što put može spriječiti da ostvari svoju misiju. Priča se završava tako što put dobija dobre rezultate liječenja.

5R♀

GLAVNI JUNAK MOJE PRIČE  
JE SLOVO A, A ONO MENE  
ASOCIRA NA IME MOG DJETETA  
ODNOSNO MOG JUNAKA (LAVA)  
AJNURA

NJEGOVA GLAVNA MISIJA JE  
DA ŠTO PRIJE OZDRAVI  
A U TOMU MU JEDINO MOŽE  
POMOĆI DRAGI ALLAH I DOKTORI.  
NEŠTO ŠTO GA MOŽE SPRJEČITI ~~UJEDINJENJE~~  
U OSTVARIVANJU NJEGOVOG CIJLA JESTE  
DA SE VRATI NE DAO BOG BOLESTI.  
DA BI, PREVAZIŠAO TU PREPREKU  
MORA SE BORITI ~~U~~ KROZ SVU OVO  
NAŠA PRIČA SE NASTAVLJA UZ  
DALJU BORBU I NADU DA ĆE SE  
OVO ZAVRSITI SA SRETNIM KRAJEM  
ODNOSNO DA ĆE OVO BITI SAMO  
RUŽAN SAN.

- Moj glavni lik je riba.
- Da se oseca pojeđu i dobiju vitamin omega 3.
  - Može mu pomoći još riba jer 1 suje riba nije dovoljna sa svu djecu.
  - Može ga spriječiti nezdrava hrana koju djeca jedu.
  - ~~Može ga~~ Zamijenit će grickalice sa zdravom hranom.
  - Glavni junak je pojeđen da bi dao svoj omega 3, a osjeća nekako

RIBA U ŽIVOTNOJ MISIJI :-0:-

10 ♂

Prilog 8. Šestodijelna priča: dijete 2/2Dm

Nebo  
~~Nebo~~ bes  
Beskrajnost  
Ta je misija ostvarena  
Ništa ga nemore spriječiti  
Borbu  
I onda nastaje živiti sa ostvarenim ciljom

Pot do ostvarenja cilja je težak

2D →

## Cvijet

Cvijet je glavni junak ove priče.  
Njegov zadatak je da sam sebe zalijeva.  
Sunce će cvetiću pomoći da se sam zalijeva.  
Voda će zaustaviti sunce da pomogne cvijetu.  
Dno ga sprečava, a bijelo mu pomaže da  
izade na kraj sa preprekom  
- Na kraju je pala kiša, ali cvijet se uspio  
sam zaliti.

PRIČA UZ ŠARANJE (2)

30♀

## AVION

Glavni junak moje priče je avion. On želi pomoći krilima da lete. Golub mu pomaže da leti. Međutim, iznenada veliki težak kamen udara u avion. Kamen je toliko jak da je uspio srušiti avion. Avion je pao.

4D07

Prilog 11. Šestodijelna priča: dijete 5/5DŽ

Glavni junak ove priče je Emina. Njena misija je da nacrtá veliku kuću. U tome joj pomaže sestra Almina. Isto tako, u tome je sprječava sestra Almina. Emina će se sakriti da joj ne smeta sestra. Kad se sakrila, Emina je uspjela da nacrtá kuću.

5D♀

# GLAVNI JUNAK MOJE PRIČE JE OBLAK



NJEGOVA GLAVNA  
MISIJA JE DA  
PRAVI KIŠU.  
BOG ĆE MU  
POMOĆI DA ZALIZE  
TRAVU, ZEMLJU I  
DRVEĆE. ISTO  
TAKO, BOG GA  
MOŽE SPRIDEĆITI  
DA OSTVARI SVOJU  
MISIJU. OBLAK  
ĆE PREVAZIC'I TU  
PREPREKU JER ĆE  
MU POMOĆI LJUDSKA  
SNAGA I TADA ĆE  
PASTI KIŠA. POČINJE  
KIŠA IZ NJEGA I  
ON SE TAKO VEŠA

6D07 → UMORAN ZA PISANJE/ISTRAŽIVAČ  
ZABIJEŠIO PRIČU UMJESTO  
NJEGA



Prilog 13. Šestodijelna priča: dijete 7/7Dm

Grančice i šal.  
Trebalo da nastane snijeg  
dijeca  
sunce  
da sunce nestane  
sniješko se na kraju istopijo

Nastala je zima

7D07