

STANDARDY
OCHRONY

dzieci

PLACÓWKI
MEDYCZNE



FUNDACJA
DAJEMY
DZIECIOM
SIŁĘ



Jak kształtować pozytywne doświadczenia dziecka-pacjenta w relacjach z systemem ochrony zdrowia?

PORADNIK DLA OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD MEDYCZNY

Opracowanie

Urszula Kubicka-Kraszyńska, dr Anna Krawczak

Konsultacja

lek. Róża Hajkuś, specjalistka pediatra

Cytaty – wypowiedzi lekarza pediatry zostały opracowane na podstawie wystąpienia Róży Hajkuś pt. „Przychodzi rodzic i dziecko do lekarza – jak w takich warunkach budować dobrą relację? Czyli wizyta u pediatry jako spotkanie z drugim człowiekiem” podczas 15. Ogólnopolskiej Konferencji „Ostrożnie – dziecko! Profilaktyka krzywdzenia małych dzieci” (20–21.06.2023 r.).

Redakcja i korekta

Agata Sotomska, Anna Obrębska-Woźniczka

Projekt graficzny

Kolej Rzeczy

Fotografia na okładce

Japheth Mast (unsplash.com)

Ilustracje

Rysunki nadesłane przez dzieci na konkurs „Naklejka dla dziecka-pacjenta” – Hanna Duda (s. 3), Basia Błajek (s. 9), Lilia Czerwińska (s. 11), Zuzia Krawczak (s. 13), Mikołaj Ivanowski (s. 14), Aurelia Kwaśniak (s. 15 i 16), Klaudia Wiktor (s. 17), Gracjan Gała (s. 19), Liliana Król (s. 22), Szymon Stankiewicz-Krawczak (s. 23), Eryka Guś (s. 25).

Copyright © Fundacja Dajemy Dzieciom Się

Fundacja Dajemy Dzieciom Się

ul. Walecznych 59

03-926 Warszawa

fdds@fdds.pl

www.fdds.pl

Stan prawny na 31.08.2023 r.

Finansowane ze środków przekazanych przez Plan International ze środków Disaster Emergency Committee



Spis treści

- 4 Wprowadzenie
- 5 Zacznijmy od komunikacji
- 7 Kim jest dziecko-pacjent? Jakie są jego potrzeby?
- 9 Dobra komunikacja z pacjentem-dzieckiem w praktyce
- 17 Dobra komunikacja z rodzicem/opiekunem dziecka
- 20 Potrzeby lekarza
- 21 Czym jest stres traumatyczny i jak zapobiegać jego konsekwencjom?



Wprowadzenie

Dla kogo jest ta broszura?

Kierujemy tę broszurę do osób, które wykonują zawody medyczne lub studiują na uczelniach medycznych, są pracownikami placówek ochrony zdrowia, zarządzają placówkami medycznymi, w których pacjentami są dzieci, a także do tych, którzy w placówkach medycznych odpowiadają za jakość udzielanych świadczeń, przestrzeganie praw pacjenta oraz wdrażanie standardów ochrony dzieci¹.

Co jest jej celem?

Celem broszury jest wsparcie pracowników systemu ochrony zdrowia we wdrażaniu takiego komunikacyjnego podejścia do dzieci-pacjentów, które pozwoli im nazwać swój (i swoich rodziców/opiekunów) kontakt z ochroną zdrowia „pozytywnym doświadczeniem”.

Pozytywne doświadczenie oznacza, że dziecko czuje się pewnie i bezpiecznie jako pacjent, że otrzymuje wsparcie, jakiego potrzebuje, jest traktowane podmiotowo oraz jest włączane w podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia i leczenia w miarę możliwości i jego potrzeby. To również uznanie faktu, że stając się pacjentem, dziecko nie traci swoich zainteresowań, możliwości nauki, zabawy i utrzymywania relacji z bliskimi oraz rówieśnikami, a także jest postrzegane nie tylko poprzez stan zdrowia czy diagnozę. Te wszystkie składowe są częścią komunikacji z małymi pacjentami otwartej na ich potrzeby, jak również elementem podejścia opartego na Standardach Ochrony Dzieci.

Jednym z elementów wdrażania Standardów Ochrony Dzieci w placówkach medycznych jest opracowanie przez personel tzw. zasad bezpiecznych relacji czy bezpiecznego kontaktu między personelem a dziećmi-pacjentami. Reguły te określają bezpieczne granice między dorosłymi i dziećmi, a także to, jakie zachowania są akceptowane i pożądane, a jakie niewłaściwe. W broszurze staramy się rozwiązać często pojawiające się wątpliwości i odpowiedzieć na pytania dotyczące tego, w jaki sposób te zasady powinny być sformułowane.

Słowniczek

- Dziecko – każda osoba do ukończenia 18. roku życia.
- Placówka systemu ochrony zdrowia, placówka medyczna – każda placówka prowadząca działalność leczniczą bez względu na formę prawną i źródło finansowania, świadcząca usługi dzieciom lub działająca na rzecz dzieci.
- Personel medyczny – każda osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń medycznych dziecku.
- Opiekun dziecka – osoba uprawniona do reprezentowania dziecka, w szczególności jego rodzic lub opiekun prawny, a także rodzic zastępczy.
- Sytuacja medyczna, opieka medyczna, opieka szpitalna – każda okoliczność, w której dochodzi do interakcji personelu medycznego z dzieckiem, w związku z udzielaniem usług zdrowotnych. Obejmuje to opiekę domową, ambulatoryjną, dzienną, całodobową, pomoc w nagłych wypadkach lub opiekę udzielaną przez ośrodki poza szpitalem.

¹ Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw wprowadza nowe instrumenty ochrony praw dzieci, m.in. nakłada na podmioty prowadzące działalność leczniczą obowiązek posiadania standardów ochrony małoletnich. Czas na podporządkowanie się tej regulacji to 6 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy. Standardy obejmują m.in.: obowiązek identyfikowania sytuacji mogących świadczyć o krzywdzeniu dziecka (przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie) oraz podejmowania określonych interwencji w tych przypadkach; opracowanie przejrzystej procedury reagowania na podejrzenie, że dziecko doświadcza krzywdzenia, ścieżkę prowadzenia interwencji prawnej i wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za ochronę dzieci; ponadto – sformułowanie zasad bezpiecznych relacji między personelem i dzieckiem, czyli określenie, co jest w kontakcie z małym pacjentem działaniem pożądanym, a co jest niedopuszczalne.

Zacznijmy od komunikacji



Jestem Szymek. Boję się wskoczyć do wody i boję się wysokości. Lubię kanapki z żółtym serem i jazdę na rowerze. Mój najlepszy przyjaciel, Franek, ma ekstra zegarek, który liczy kroki i bada puls. Puls też się bada u lekarza. Nie lubię chodzić do lekarza, bo mama jest wtedy zdenerwowana. Ale naklejki są fajne.



Jestem doktor Magdalena. Pracuję jako pediatra, tzn. lekarz, który zajmuje się dziećmi. Lubię lody truskawkowe i mam małego pieska, nazywa się Raban. Tutaj na biurku mam jego zdjęcie. Nie lubię tego, że w mojej pracy często muszę się spieszyć i nie mogę pacjentowi poświęcić tyle czasu, ile bym chciała, bo czekają na mnie inne dzieci. Żeby zrozumieć, co dolega dziecku, muszę zebrać wiele informacji – od niego samego i od jego rodziców/opiekunów. Czasem zadaję dużo pytań, muszę także zbadać całe dziecko, które jest pod moją opieką.



Nazywam się Maciej, jestem tatą Szymka.

Jako dziecko spędziłem sporo czasu w szpitalach, bo często chorowałem na oskrzela. Pamiętam pielęgniarkę, która mnie straszyla, że jeśli będę płakał przy zastrzyku, to mama już do mnie nie przyjdzie. Ale był też taki fajny lekarz, który zapamiętał, że gram w piłkę nożną. Gdy z Szymkiem trzeba iść do lekarza czy na ostry dyżur, denerwuję się, na kogo trafimy i czy nie będzie nieprzyjemnie. Chciałbym też, żeby lekarz mówił mi, co się dzieje, w taki sposób, żebym to rozumiał.



Gdy w sytuacji medycznej spotykają się lekarz (lub inny pracownik medyczny) – dziecko – rodzice, zawsze jest to relacja trójstronna, w której wszystkie strony wzajemnie na siebie oddziałują. Ma to ogromne znaczenie dla wszelkich interakcji, ponieważ wszystkie trzy strony w nich uczestniczące obserwują się, wnoszą swoje potrzeby, wcześniejsze doświadczenia, emocje, schematy myślenia i zachowania, a także mają swoje role do odegrania i zadania do wykonania².

2 Antoszevska B, Bohdan Z. Dialogue in the "tripartite communication": doctor – child – parents relationship. Practical aspects. *Psychoonkologia*. 2017;142-148. doi:10.5114/pson.2017.77549; Kułak Wojciech, Krajewska-Kułak Elżbieta, Łukaszuk Cecylia: Podstawowe zasady komunikacji z dzieckiem-pacjentem i jego rodzicami, w: *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej* : praca zbiorowa / Krajewska-Kułak Elżbieta [i in.] (red.), 2019, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, pp. 131-144 <https://ppm.umb.edu.pl/info/article/UMB3d9a2e3317ed47a190f10dd3b769f2d1/> data dostępu: 18.08.2023 r.

Komunikacja to dużo więcej niż wymiana informacji. Stanowi ona podstawę interakcji i relacji społecznych. To umiejętność człowieka równie ważna, jak myślenie, odczuwanie emocji i potrzeba bycia w relacji z drugą osobą. To za pomocą komunikacji poznajemy siebie i innych, orientujemy się w świecie zewnętrznym, nawiązujemy i podtrzymujemy relacje, a także mamy możliwość wpływu na inne osoby.

Co się składa na komunikację?

- **przekaz werbalny** – czyli to, co mówimy, tzn. językowa treść komunikatu;
- **przekaz parawerbalny** – czyli to, jak mówimy, tzn. ekspresja w głosie, intonacja, stosowanie przerw, wtrąceń. Ten element wspiera treść, określając intencje mówiącego;
- **przekaz niewerbalny** – czyli tzw. „mowa ciała”, tzn. postawa, gesty, spojrzenie, mimika twarzy, proksemika (bliskość/oddalenie od rozmówcy), to najbardziej indywidualny element, charakterystyczny dla danej osoby.

PONADTO NA PROCES KOMUNIKACJI OGROMNY WPŁYW MAJĄ:

- **otoczenie** – czyli to, w jakiej przestrzeni odbywa się rozmowa, czy jest ona przyjazna, czy zapewnia poczucie prywatności, czy są obecne inne osoby, czy występują dodatkowe bodźce, takie jak dźwięki, szumy, światło;
- **społeczne wyobrażenia i stereotypy** – np. utożsamienie zawodu medycznego z pewnego rodzaju prestiżem, autorytetem, w stosunku do którego należy przyjąć postawę bierną i podporządkowaną; przekonanie, że na odpowiednie traktowanie pacjent powinien zasłużyć i konieczna jest natarczywość i domaganie się;
- **kontekst sytuacyjny i towarzyszące mu emocje** – czyli okoliczności, w jakich odbywa się komunikacja, np. czy jest to sytuacja nagła, czy planowa wizyta kontrolna, jaki jest stan dziecka-pacjenta;
- **postawy i zachowania personelu medycznego.**

Dlaczego prawidłowa komunikacja jest ważna?

- Umożliwia zebranie wyczerpujących informacji potrzebnych do diagnozy.
- Wspiera budowanie opartej na zaufaniu relacji między lekarzem, dzieckiem-pacjentem i jego opiekunami, która jest niezbędna w procesie leczenia.
- Obniża napięcie i niepokój u dziecka i jego rodzica/opiekuna.
- Sprawia, że dziecko jest spokojniejsze, lepiej współpracuje, a proces leczenia przebiega sprawniej.
- Pozwala wyartykułować potrzeby wszystkich stron i uznać je, nawet jeśli nie na wszystkie można odpowiedzieć w danych okolicznościach.
- Minimalizuje ryzyko pojawienia się roszczeń, sytuacji konfliktowych i trudnych.
- Przeciwdziała niekorzystnym skutkom stresu u dziecka i rodzica, a także wypaleniu zawodowemu u pracowników medycznych.

Kim jest dziecko-pacjent? Jakie są jego potrzeby?

W interakcji związanej z sytuacją medyczną dziecko-pacjent jest zawsze podmiotem. Nie ma okoliczności, w których niemożliwe by było zastosowanie jakiejś formy komunikacji z dzieckiem, bez względu na jego wiek czy stan. Komunikować możemy się z noworodkiem, z dzieckiem nieprzytomnym, z dzieckiem z różnymi niepełnosprawnościami i specjalnymi potrzebami. Podmiotowe podejście do dziecka wymaga uwzględnienia jego wieku, sytuacji medycznej, możliwości poznawczych i indywidualnych potrzeb.

Noworodek – potrzebuje stabilnego środowiska i stałych pozytywnych bodźców, które dają mu poczucie bezpieczeństwa. To, w jaki sposób personel medyczny traktuje dziecko, jest ogromnie ważne dla jego rodziców/opiekunów i stanowi podstawę do zbudowania relacji zaufania. Jest to także sposób modelowania określonego sposobu opieki nad dzieckiem, uczenia poprzez demonstrację, szczególnie istotny w przypadku rodziców mało doświadczonych, nieposiadających wiedzy dotyczącej pielęgnacji, żywienia czy rozwoju dziecka. Do dziecka mówimy spokojnym tonem, dotykamy ciepłymi dłońmi, unikamy gwałtownych gestów.

Okres do drugiego roku życia wg Piageta³ to stadium inteligencji sensomotorycznej. Dziecko przechodzi od aktywności odruchowej, stopniowo koordynując ruchy ciała, do aktywności celowej, eksperymentowania z działaniem, aż do osiągnięcia umiejętności tworzenia reprezentacji umysłowych. Początkowo dziecko nie odróżnia siebie od otoczenia, a rozumienie przez nie przestrzeni i przyczynowości cechuje egocentryczność. Z czasem buduje się świadomość stałości (odkrycie, że przedmioty są osobnymi bytami, które nie znikają, gdy się na nie nie patrzy), umiejętność myślenia o obiektach, świadomość wielkości, kształtu i relacji przestrzennych pomiędzy nimi.

Niemowlęta i dzieci kilkuletnie czują się bezpiecznie w fizycznej bliskości głównego opiekuna. Jeszcze nie potrafią same regulować trudnych stanów, jak lęk czy niepokój – uspokajają się, gdy opiekun jest spokojny. Dziecko obserwuje rozmowę lekarza z rodzicem i na tej podstawie nabiera przekonania, że rodzic jest świadomy tego, co się dzieje, że może czuć się bezpiecznie i zaufać obcej osobie.

Wg Piageta **dzieci w wieku 2-7 lat** znajdują się w stadium myślenia przedoperacyjnego. Głównym osiągnięciem rozwojowym tego etapu jest zdolność do tworzenia reprezentacji obiektów i zdarzeń. Rozwijają się mowa, umiejętność naśladowania odroczonego (naśladowane przedmioty lub zdarzenia były wcześniej przez pewien czas nieobecne), zabawy symbolicznej (czyli udawania), a także przedstawiania świata wewnętrznego za pomocą rysunków. Myślenie dziecka w tym okresie charakteryzuje egocentryczność (przekonanie, że wszyscy myślą tak samo, jak dziecko) i centracja (koncentracja na jednym aspekcie zjawiska i pomijanie innych, uogólnianie – np. każdy, kto ma biały fartuch, robi zastrzyk; babcia zawsze ma cukierki w torebce). Dziecko w tym okresie nie ma jeszcze zdolności rozumienia przekształceń (widzi etap początkowy i końcowy zdarzeń, choć nie etapy pośrednie) ani odwracalności („cofnięcia” swojego rozumowania do punktu wyjścia).

PRZYKŁAD:

Na pewnym amerykańskim oddziale pediatrycznym przebywające tam niemowlęta wykazywały duży poziom napięcia i pobudzenia na widok personelu medycznego. Dr Bruce Perry, światowej sławy psychiatra zajmujący się traumą wczesnodziecięcą, postawił tezę, że niemowlęta uogólniały widok białego fartucha, kojarząc

3 Wadsworth, B. (1998). Teoria Piageta: poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka. Warszawa: WSiP.

go z bólem (inwazyjne procedury medyczne, zastrzyki itd.). Zaproponował więc wprowadzenie podziału kolorystycznego uniformów – niebieskie fartuchy miały być dla personelu wykonującego inwazyjne procedury medyczne, a różowe fartuchy dla personelu niewykonującego inwazyjnych procedur medycznych (np. personel pomocniczy, opiekunki medyczne pacjentów). Po wprowadzeniu tego rozwiązania okazało się, że mali pacjenci zaczęli różnicować swoje reakcje na personel. Niemowlęta przestały reagować napięciem i pobudzeniem na widok osób w różowych fartuchach.

W komunikacji medycznej z dzieckiem w tym wieku możemy wykorzystywać zabawę symboliczną, przedstawiać elementy sytuacji medycznej (aparatura, przyrządy, zabiegi) jako elementy baśniowe czy magiczne – tomograf może być statkiem kosmicznym, a znieczulenie magicznym usypiającym proszkiem. Należy jednak przy tym pamiętać, aby nie wprowadzać dzieci w błąd, np. nie porównywać zastrzyku do ugryzienia komara. Zanim sięgniemy do zabawy symbolami, warto zapytać dziecko, jaka jest jego ulubiona bajka lub z czym mu się kojarzy wyposażenie szpitala, aby trafić z konwencją w taką, którą dziecko rzeczywiście zna, lubi i która je uspokoi.

Ciekawość świata, chęć eksploracji i zabawy u dzieci w tym wieku można wykorzystać do obserwacji zachowania dziecka, zmierzenia podstawowych parametrów życiowych czy oceny rozwoju dziecka, zebrania wywiadu i rozmowy z dzieckiem oraz rodzicami podczas swobodnej zabawy dziecka w gabinecie.

Dzieci w wieku 7–11 lat (stadium operacji konkretnych wg Piageta) rozwijają myślenie logiczne, oparte na indukcji – dziecko na podstawie własnych doświadczeń formułuje zasady ogólne. Zanika egocentryzm intelektualny – dziecko zaczyna rozumieć, że różne osoby mogą myśleć inaczej o tym samym. Zanika także centralizacja, czyli możliwe staje się dostrzeganie wszystkich dostępnych cech bodźca czy obiektu, pojawia się funkcjonalne rozumienie przekształceń, czyli dziecko zaczyna pojmować procesy i związki między ich etapami. Rozwijają się umiejętności szeregowania i klasyfikowania obiektów, rozumienie pojęć czasu, prędkości i przyczynowości. Dzieci w tym wieku pragną zrozumieć, co się z nimi dzieje, co robi personel medyczny, lubią wiedzieć, na co mają wpływ i co mogą zrobić. Dzięki niezłej już rozwiniętej możliwości komunikacji werbalnej mogą pytać, a także skutecznie udzielać informacji o sobie. Chętnie współpracują, gdy czują się ważne i poważnie traktowane. Doceniają odwrócenie ról, gdy okazuje się, że lekarz czegoś nie wie i to dziecko jest ekspertem np. od losów ulubionego bohatera.

Nastolatki (wiek 11–15 lat i więcej – stadium operacji formalnych) to okres rozwijania umiejętności myślenia abstrakcyjnego, niekoniecznie opartego na osobistym doświadczeniu. Rozwija się rozumowanie hipotetyczno-dedukcyjne, czyli „od ogółu do szczegółu” oraz naukowo-indukcyjne, czyli tworzenie uogólnień. Tej poznawczej dojrzałości towarzyszą jednak charakterystyczne dla okresu dojrzewania nagłe zmiany nastroju, bardzo krytyczne podejście do świata dorosłych, liczenie się przede wszystkim z opinią grupy rówieśniczej, drażliwość i tendencja do odczuwania skrajnych stanów emocjonalnych, a także do przyjmowania bezkompromisowych opinii i postaw. W sytuacjach medycznych nastolatki potrzebują otwartości na dialog, akceptacji i poczucia, że pracownik medyczny stoi po ich stronie. Są bardzo wyczulone na manipulację i łatwo utracić ich zaufanie. Często wolą rozmawiać z lekarzami sam na sam, bez obecności rodzica. Należy pamiętać, że dzieci po ukończeniu 16. roku życia mają prawo do podejmowania (wraz z rodzicami/opiekunami) decyzji dotyczących własnego zdrowia.

Trzeba również mieć na uwadze, że część dzieci rozwija się w innym tempie niż zakłada schemat rozwoju opisany powyżej. Dzieci mogą mieć różne potrzeby komunikacyjne, a także różną wrażliwość na bodźce dotykowe czy słuchowe z uwagi na swoją neuroatypowość, niepełnosprawność czy dotychczasowe doświadczenia. Mogą komunikować się inaczej niż rówieśnicy, specyficznie zachowywać, potrzebować innych rzeczy, by się uspokoić i poczuć bezpiecznie. Zawsze warto zapytać rodzica/opiekuna, co jest „kluczykiem” do świata danego dziecka i na co zwrócić uwagę, wchodząc z nim w interakcję.

Dobra komunikacja z pacjentem- -dzieckiem w praktyce

Zwracaj się bezpośrednio do dziecka, używając imienia, jakim chce być nazywane. Daj mu odczuć, że jest dla Ciebie ważne.

Zarówno dla dziecka, jak i dla jego rodziców/opiekunów bardzo istotne jest to, aby mały pacjent został zauważony jako osoba, a nie problem zdrowotny, z którym przychodzi.

Ważne, żeby już od początku swojej pracy z dziećmi wypracowywać sobie schemat zwracania się do dziecka – nawiązując kontakt wzrokowy, przedstawiam się i swoją rolę, pytam, jak dziecko ma na imię, witam się, pytam, jak się czuje.

GŁOS PEDIATRY

Gdy pacjent przychodzi w celu przyjęcia na oddział pediatryczny, zazwyczaj rodzic zaczyna od razu opowiadać, dlaczego zostali skierowani do szpitala, co dolega dziecku. Wtedy robię stop i pytam, jak ma na imię dziecko, żeby od razu przywitać się z pacjentem i go do rozmowy włączyć. Oczywiście na ile się da – w zależności od jego wieku, od tego, czy ma ochotę rozmawiać. Już nawet kilkulatka spokojnie możecie zapytać o jego objawy i jak się dzisiaj czuje. Nie chodzi o to, żeby zmuszać przestraszone dziecko, by odpowiadało na pytania, ale to nie znaczy, że nie możemy ich zadać. Jak nie będzie miało ochoty odpowiedzieć, mówię: OK, to porozmawiam w takim razie z mamą czy tatą. Jeśli będziesz chciał coś dodać, to mów.



Uprzedzaj dziecko, że je zbadasz, nie rób nic z zaskoczenia

Każde badanie jest ingerencją w strefę osobistą. Każdy człowiek, bez względu na wiek i stan, ma prawo do bycia uprzedzonym o tym, że chcemy go dotknąć, zbadać, użyć jakiegoś narzędzia. To, że wcześniej rodzice udzielili zgody na badanie, nie zwalnia z obowiązku zadbania o komfort dziecka.

GŁOS PEDIATRY

Zwracam uwagę na to, żeby nie występowały sytuacje, gdy dziecko stoi sobie beztrąsko obok rodzica i nagle jakiś dorosły obcy człowiek, czyli lekarz, podchodzi do niego, podciąga mu koszulkę i zaczyna go badać słuchawkami. Myślę, że to dla nikogo z nas, również dorosłych, nie jest komfortowa sytuacja, gdy ktoś coś z nami robi z zaskoczenia. Czasem wystarczy jedno zdanie, np. Teraz troszkę Ci przekręcę głowę i światłem sprawdzimy, co jest w uchu.

Wyjaśniaj elementy badania

Tłumacz, opowiadaj dziecku wszystko, co z nim robisz, w sposób dostosowany do jego wieku.

GŁOS PEDIATRY

Oczywiście dostosowuję język do wieku dziecka – do nastolatka nie powiem, że teraz posłucham, jak Ci bije serduszko, i nie zapytam, czy wiesz, gdzie to serduszko masz (chyba że go chcę rozśmieszyć). Natomiast do kilkulatków – jak najbardziej. Zawsze w trakcie badania tłumaczę dzieciom, co właśnie robię. Wiele osób uważa, że to wydłuża wizytę lekarską, która niestety z przyczyn praktycznych często musi być krótka. Ale ja się z tym nie zgadzam. W jaki sposób wyjaśnianie tego, co robimy w czasie bieżącym, wydłuża wizytę? W żaden! Powiedzenie: Teraz podwinę Ci koszulkę, bo będziemy badać brzuszek nie wydłuża wizyty w żaden sposób, bo robię to jednocześnie z badaniem. Tak naprawdę podczas badania fizykalnego nie mówię do dzieci tylko podczas osłuchiwania, bo wtedy potrzebuję ciszy, ale już gdy badam uszy, brzuch, gardło, to na bieżąco pacjentowi wyjaśniam, co robię.

Zadbaj o komfort dziecka w trakcie badania

Złoty standard badania pediatrycznego zakłada zbadanie całego dziecka. Należy jednak wziąć pod uwagę, że niektóre etapy tego badania, jak np. badanie gardła, są bardziej nieprzyjemne niż inne. Dla starszych dzieci zawstydzająca może być konieczność rozebrania się czy badanie części intymnych. Ciało dziecka odstawiamy stopniowo. W przypadku dzieci starszych i nastolatków warto zadbać o to, aby przy badaniu była obecna druga osoba z personelu, zwłaszcza jeśli badający jest innej płci niż dziecko. Należy dopilnować, by w czasie badania nie pojawiły się osoby postronne, czyli zadbać o odgrodzenie części gabinetu parawanem czy zamknięcie drzwi.

GŁOS PEDIATRY

W badaniu pediatrycznym należy osiągnąć efekt, jakim jest całkowite zbadanie dziecka, ale już kolejność czynności możemy dostosować do sytuacji i konkretnego dziecka. U dzieci, zwłaszcza tych, które się boją, jak najwięcej staram się zrobić, gdy dziecko jest na kolanach rodzica. Najpierw zbieram wywiad. Dziecko wtedy ma czas zobaczyć, że tutaj nie jest strasznie, że rodzic sobie spokojnie z lekarzem rozmawia. Potem, nadal gdy dziecko jest przytulone do rodzica, zaczynam badanie od osłuchiwania serca, płuc. Jeśli dziecko musi się położyć do badania, rodzic może kucać przy kozetce, może przytulić swoją głowę do główki dziecka. Te najmniej przyjemne elementy, jak badanie gardła, zostawiam na koniec, żeby po badaniu dziecko mogło się przytulić do rodzica.

My, pediatrzy, badając małe dzieci musimy je rozbierać, żeby nie przeoczyć istotnych objawów choroby. Musimy obejrzeć każdą partię ciała również dlatego, żeby sprawdzić, czy nie ma jakichś obrażeń, śladów przemocy. Ale nie trzeba dziecka jednorazowo rozebrać do naga, można to robić partiami, zwłaszcza w przypadku dzieci trochę starszych, dla których jest to bardziej niekomfortowe. Przy takim badaniu należy też zapewnić małym dzieciom bliskość opiekuna, również po to, żeby dziecko widziało, że wszystko dzieje się w jego obecności i za jego zgodą.

Trzeba pamiętać, że w wieku nastoletnim niektóre elementy badania, np. osłuchiwanie klatki piersiowej, odstawienie brzucha, oglądanie okolicy narządów płciowych, zwykle są bardziej stresujące niż w innych grupach wiekowych w pediatrii. Dlatego nie można nigdy pomijać etapu wyjaśniania, co i dlaczego zamierzamy zrobić. Np. podczas bilansu nastoletnich chłopców, w ramach którego należy obejrzeć jądra, trzeba najpierw wyjaśnić pacjentowi, że robimy to dlatego, że istnieją nowotwory jąder, że występują już w młodym wieku i przeprowadzić również krótką rozmowę o samobadaniu. Jeśli dziecko rozumie kontekst naszych działań, to również zdaje sobie sprawę, że robimy to wszystko dlatego, że zależy nam na jego bezpieczeństwie i zdrowiu.

Każdy pacjent ma prawo do poszanowania jego godności i intymności. Według prawa, do ukończenia 16. roku życia wszelkie decyzje medyczne podejmuje opiekun prawny, a po 16. urodzinach pacjent decyduje na równi z rodzicami. Nie oznacza to jednak, że opiekun prawny musi być obecny w każdym momencie badania. W przypadku nastolatków zdarza się, że nie chcą, by opiekun był obecny podczas niektórych elementów badania fizykalnego czy wywiadu. Należy dążyć do tego, by to nastolatkom umożliwić i z mojej praktyki wynika, że zwykle opiekun się na to zgadza. Jednocześnie, moim zdaniem, dobrze też od razu wyjaśnić pacjentowi, że ponieważ nie jest pełnoletni, obowiązkiem lekarza jest przekazać opiekunowi wnioski z badania czy rozmowy.

Jeśli opiekun nie chce się zgodzić np. na rozmowę dziecka z lekarzem w cztery oczy, to również jest to istotna dla nas informacja, której nie powinniśmy lekceważyć m.in. w kontekście krzywdzenia dzieci w środowisku domowym.

Jeśli chodzi o badanie fizykalne nastolatków, w praktyce wygląda to tak, że często dziecko chce, żeby na czas badania fizykalnego rodzic odwrócił się, przeszedł za kotarę, wyszedł na moment i wrócił po badaniu. Z moich obserwacji wynika, że większość dzieci czuje się pewniej w obecności opiekuna i nie chce go tracić z oczu na dłużej. Jednocześnie warto zapytać, czy pacjent chce jeszcze coś powiedzieć, o coś zapytać, zanim opiekun wróci.

Zasada obowiązuje również w drugą stronę – pacjent ma prawo do obecności bliskiej osoby, więc nie powinny się zdarzać sytuacje, że mu tego odmawiamy.

Ze względu na bezpieczeństwo prawne samego lekarza niektóre badania (np. ginekologiczne, per rectum) powinno się przeprowadzać w obecności drugiego członka personelu.

Nie okłamuj dziecka, nie manipuluj nim ani nie strasz go

Kłamstwo, manipulacja czy szantaż, stosowane w celu nakłonienia dziecka do tego, aby poddało się badaniu czy zabiegowi, przyjęło lekarstwo lub po prostu zachowywało się w sposób niesprawiający personelowi medycznemu problemu, np. przestało płakać, wciąż są niestety częste w pediatrii. To poważne naruszenie prawa dziecka do godności. Nawet jeśli początkowo przyniesie pożądany efekt, szybko może obrócić się przeciwko personelowi medycznemu.



GŁOS PEDIATRY

Nie okłamujemy dzieci dla naszej wygody! Zdarza się, że ktoś przychodzi, żeby dziecku pobrać krew, założyć wenflon i mówi: Spokojnie, spokojnie, to nie będzie bolało. Osoba, która to mówi, ma nadzieję, że dziecko nieświadome tego, co je czeka, usiądzie spokojnie, wystawi rączkę i będzie nam wygodnie pobrać krew. Być może nawet za pierwszym razem to zadziała, ale później niestety dziecko nam w niczym nie zaufa. Jeśli dorosły mówi, że nie będzie bolało, a potem wbija dziecku igłę, to już nie da się zaufać takiemu dorosłemu po raz kolejny. Co więcej, dziecko uzna, że nie może ufać nikomu z personelu.

Nie składaj obietnic bez pokrycia

Nie obiecuj tego, czego nie będziesz mógł zrealizować i na co nie masz wpływu. Szczególnie ważny jest tu kontekst nieuczciwej intencji, tzn. złożenia dziecku obietnicy w celu przekonania go do czegoś, co ułatwi nam pracę, ale o czym z góry wiemy, że może się nie wydarzyć lub się nie wydarzy.

GŁOS PEDIATRY

Trzeba uważać, żeby nie obiecywać nastolatkom, że jeśli nam powiedzą coś w zaufaniu, to my tego na pewno nie prześlemy rodzicom, czy na pewno to się nie znajdzie w dokumentacji. Bardzo niebezpieczne jest składanie takich obietnic, bo rzadko one są do zrealizowania. Wnioski z naszej rozmowy z dzieckiem oraz idące za tym kroki diagnostyczne i lecznicze mamy obowiązek omówić z opiekunem prawnym. I to też bardzo słusznie wywołuje duży żal u tych nastolatków. Nie możemy takich rzeczy robić i trzeba im mówić prawdę, czyli powiedzieć: Słuchaj, prawdopodobnie te informacje od Ciebie ja będę musiał przekazać Twoim opiekunom. One będą pewnie gdzieś tam potem użyte, więc bardzo mi zależy, żeby się dowiedzieć o tym wszystkim, natomiast nie mogę Ci obiecać, że to zostanie między nami, bo mnie też obowiązują tutaj różne zasady.

Nieco inaczej ta kwestia może wyglądać w praktyce psychiatrycznej, psychologicznej i psychoterapeutycznej, w której informacje przekazywane przez dziecko personelowi medycznemu mogą – o ile nie wiążą się one z zagrożeniem zdrowia bądź życia dziecka i nie kolidują z przepisami prawa – być zachowane przez personel medyczny w poufności.

Szanuj autonomię dziecka w sposób odpowiedzialny

Ogromnie ważne jest, aby szanować prawo dziecka do autonomii, dawać mu poczucie sprawczości i wpływu na to, co się z nim dzieje w trakcie leczenia. Należy jednak pamiętać, że decyzje i wybory podejmowane przez dziecko powinny dotyczyć spraw na miarę jego wieku, etapu rozwoju i możliwości poznawczych. Dotyczy to również zawierania z małymi pacjentami tzw. kontraktów: Ja chcę zrobić „to i to”, a ty jak chcesz?

GŁOS PEDIATRY

Niektórzy rodzice mówią, że bardzo im się podoba, gdy lekarz pyta kilkulatka o zgodę na badanie. Cóż, ja się z tym nie zgadzam i nie popieram tego, żeby małe dzieci obciążać takimi decyzjami i pytać je o zdanie w sytuacjach dotyczących działań medycznych, gdy wiemy, że tego zdania nie będziemy mogli, z uwagi na dobro dziecka, wziąć pod uwagę.

Dobrze jest pytać dzieci o zgodę tam, gdzie rzeczywiście zgoda lub brak tej zgody ma znaczenie i dzieci mogą realnie zdecydować. Na przykład, gdy rozmawiam z czteroletnim czy pięcioletnim pacjentem, pytam: Czy mogę obok Ciebie usiąść? Jeśli powie: Nie, to koło niego nie siadam. I szanuję to jego nie, bo on w takiej formie, w takim zakresie może o tym zdecydować. Albo pytam: Czy pokażesz mi autko, z którym przyszedłeś? On mówi tak albo mówi nie i ja to szanuję. Natomiast nie pytam czteroletka, czy wyraża zgodę, żeby go osłuchać. Bo gdy powie nie, to mam problem, bo muszę to zrobić, żeby badanie lekarskie miało sens i przyniosło dziecku korzyść. Zatem tak naprawdę moje pytanie o zgodę byłoby oszustwem, bo dziecko wcale tutaj nie decyduje i wydarzy się to, na co się nie zgodziło. Rzykuję wtedy, że dziecko słusznie przestanie mi ufać.

W przytoczonym głosie pediatry bardzo ważne jest rozróżnienie na pytanie dziecka o zdanie w *kwestiach medycznych* i w *kwestiach pozamedycznych*. Konsultowanie z małym pacjentem kwestii medycznych może być bardzo problematyczne i doprowadzić do utraty zaufania dziecka albo wręcz skutkować uniemożliwieniem personelowi podejmowania działań. Konsultowanie kwestii pozamedycznych będzie jednak w większości przypadków bezpieczne i pozytywnie wpłynie na budowanie relacji z małym pacjentem. Możemy np. poprosić go o wybór koloru gipsu albo o wskazanie na obrazku minki, która odpowiada jego samopoczuciu, w ten sposób zaznaczając sprawczość dziecka.

Dziecko, które ukończyło 16. rok życia, ma prawo, zgodnie z polskimi przepisami, współdecydować o własnym zdrowiu oraz metodach leczenia i otrzymywać pełne informacje w tym zakresie. Jeśli decyduje wbrew woli rodziców/opiekunów prawnych, sprawę rozstrzyga sąd.

GŁOS PEDIATRY

Oczywiście u młodszyc nastolatków również bierzemy pod uwagę ich zdanie. One biorą udział w dyskusji na temat diagnostyki i swojego leczenia, wyjaśniamy, odpowiadamy na pytania, o wszystkim dziecko uprzedzamy, tłumaczymy mu, jak różne badania będą wyglądały, ale ostateczną i wiążącą prawnie decyzję podejmuje rodzic.

Konsultuj lub kontraktuj z dzieckiem np.:

- temperaturę swoich dłoni
- wysokość fotela/leżanki do badania
- czy możesz koło niego usiąść, czy woli, żebyś stał/stała
- obecność ulubionej zabawki podczas badania

Nie konsultuj i nie kontraktuj z dzieckiem np.:

- zgody na przeprowadzenie badania
- wykonania zabiegu

Jeśli sytuacja i Twoja profesjonalna ocena na to pozwala, możesz konsultować i kontraktować z dzieckiem niektóre kwestie medyczne, w których wybór dokonany przez dziecko nie wpłynie na proces leczenia, np.:

- wybór formy przyjmowania leku (np. lekarstwo w płynie lub w tabletkach),
- wybór dwóch równorzędnych metod leczenia/zabiegu.



Pamiętaj, że dziecko... jest dzieckiem

Ważne, aby osoby wykonujące zawody medyczne i pracujące z dziećmi zachowywały uważność na to, że wiele naturalnych zachowań dzieci nie wynika z niedostatecznego starania wychowawczego rodziców, lecz z potrzeby eksploracji u dzieci, chęci zabawy, czasem lęku lub innych trudnych emocji. Pozyskanie zaufania dziecka i sprawienie, że poczuje się w gabinecie bezpiecznie, przekłada się na to, że dziecko zacznie się zachowywać swobodnie.

GŁOS PEDIATRY

Niektórzy lekarze, mimo że są pediatrami, to się złością, gdy dziecko chodzi po gabinecie, rozgląda się, nie siedzi na krzeselku i nie czeka grzecznie na koniec wizyty. Ja bardzo lubię ten moment w czasie wizyty, gdy mały pacjent jednak z tego krzeselka schodzi i zaczyna krążyć po gabinecie, oglądać, co jest na ścianach. To znaczy, że w tym miejscu, które przed chwilą było dla niego straszne i obce, już się nie czuje tak strasznie i obco, tylko ma odwagę, żeby trochę eksplorować teren. To jest dla mnie bardzo fajny moment. Oczywiście musimy tu pilnować pewnych zasad, które są uniwersalne dla każdej sytuacji: czyli nie można nic zniszczyć, nie można robić krzywdy komuś albo sobie. Natomiast to, że sobie maluch chodzi czy ciągnie mamę za rękę, żeby jej coś pokazać, to jest fajne i nie powinniśmy tego zwalczać. Bo to znaczy, że dziecko zaczyna mieć do nas zaufanie i już nie czuje, że musi uważnie i nieruchomo obserwować z kolan rodziców, czy nie chcemy czegoś straszego zrobić.



Pamiętaj o granicach w interakcjach z dzieckiem-pacjentem

Relacji między pracownikiem medycznym a dzieckiem-pacjentem i jego rodzicami/opiekunami może towarzyszyć duże zaangażowanie emocjonalne i poczucie bliskości, zwłaszcza jeśli leczenie trwa długo, często się spotykacie i macie wiele okazji do rozmów. Zachowanie równowagi między życzliwością i osobistym podejściem do pacjenta a profesjonalnym dystansem wymaga dużej samoświadomości i uważności. Granice dopuszczalnych i niedopuszczalnych zachowań w placówce, w której pracujesz, powinny być ujęte w tzw. kodeksie bezpiecznych relacji czy bezpiecznych kontaktów. Służy to zarówno Tobie, jak i dzieciom-pacjentom oraz ich rodzicom/opiekunom.

Naczelną zasadą wszystkich podejmowanych przez Ciebie czynności jest działanie dla dobra dziecka i w jego najlepszym interesie.

Jeżeli coś w zachowaniu dziecka lub rodzica/opiekuna budzi twój niepokój, np. wydaje się prowokujące, poproś inną osobę z personelu o obecność podczas badania/wizyty.

W sytuacjach wymagających kontaktu fizycznego z dzieckiem, takich jak badania i zabiegi medyczne, czynności pielęgnacyjne i higieniczne, unikaj dotyku innego niż niezbędny. Zawsze uprzedzaj o swoim działaniu, pytaj o zgodę opiekuna dziecka lub samo dziecko. Zadbaj o komfort pacjenta, poszanowanie jego intymności i godności. Zadbaj o to, aby w takich sytuacjach obecny był tylko personel niezbędny do udzielenia świadczenia medycznego.

Niemedyczny kontakt fizyczny z dzieckiem odbywa się zawsze za zgodą dziecka i zgodnie z jego potrzebą. Jeśli sądzisz, że dziecko potrzebuje przytulenia, pogłaskania czy wzięcia na kolana, zapytaj je o to.

Każde przemocowe działanie wobec dziecka jest niedopuszczalne. Jeśli istnieje potrzeba zastosowania wobec dziecka przymusu, postępuj zgodnie z procedurą przymusu bezpośredniego i deeskaluj emocje pacjenta-dziecka.

Nie wolno Ci nawiązywać z dzieckiem jakichkolwiek relacji romantycznych lub seksualnych ani składać mu propozycji o nieodpowiednim charakterze. Obejmuje to także seksualne komentarze, żarty, gesty oraz udostępnianie dzieciom treści erotycznych i pornograficznych bez względu na ich formę.

Nie wolno Ci przyjmować pieniędzy czy prezentów od dziecka ani od rodziców/opiekunów dziecka (nie dotyczy to okazjonalnych podarków, np. kwiatów czy drobnych upominków i prezentów wykonanych przez dziecko).

Wszystkie ryzykowne sytuacje, które obejmują zauroczenie się dziecka członkiem personelu lub członka personelu dzieckiem, powinny być zgłaszane przełożonym. Jeśli jesteś ich świadkiem, reaguj stanowczo, ale z wyczuciem i szacunkiem dla godności osób, których to dotyczy.

Zadbaj o przyjazne otoczenie

Obecnie coraz bardziej powszechne w ochronie zdrowia jest zwracanie uwagi na to, aby przestrzeń medyczna była miejscem przyjaznym dziecku. Jest to ważny dla dzieci trend, który pomaga im obniżyć poziom stresu i nawiązać lepszy kontakt z personelem medycznym. Z kolei personelowi daje sposobność nawiązywania do różnych elementów otoczenia, aby ułatwić sobie i dziecku przeprowadzenie badania. Zrób eksperyment i poruszając się na kolanach, zobacz, jak wygląda przestrzeń z perspektywy dziecka kilkuletniego. Niektóre elementy ocieplające przestrzeń – obrazki, półteczkę z książkami⁴ czy zabawkami, tablicę manipulacyjną albo do rysowania kredą – umieść na wysokości jego wzroku. W przestrzeni oddziału, jeśli to możliwe, warto urządzić miejsce, w którym rodzic może pobawić się z dzieckiem.

Jeśli Twoimi pacjentami są także starsze dzieci, pamiętaj, żeby w poczekalni, oprócz zabawek dla maluchów, znalazł się także komiks, nieskomplikowana gra czy odstresowujące kolorowanki i kredki.



GŁOS PEDIATRY

Mamy obecnie duży wybór kolorowych ubrań medycznych i to z moich obserwacji realnie zmniejsza stres u małych dzieci. Dodatkowo, jeśli one nie mają akurat żadnej zabawki przy sobie, zawsze można zagadać: A czy wiesz, co to za zwierzątko na fartuchu? Podobnie dzieci czują się pewniej, gdy widzą jakieś kolorowe elementy wystroju gabinetu, naklejki na ścianach, coś, co je interesuje, kojarzy im się z przyjemnymi tematami. To też ułatwia rozpoczęcie rozmowy z przestraszonym dzieckiem.

⁴ Na rynku wydawniczym funkcjonuje sporo wartościowych książek, które pomagają dziecku oswoić z sytuacją medyczną, np. Pucio u lekarza Marty Galewskiej-Kustry (Nasza Księgarnia, Warszawa 2022); Czy to boli? Mateusza Sieradzana (Wydawnictwo Poczekalnia, Warszawa 2021); U lekarza. Opieka medyczna i procedury wyjaśnione dzieciom i rodzicom (Centrum Edukacji Dziecięcej, Poznań 2021).

Niekoniecznie dzielny pacjent

Powszechnym oczekiwaniem wobec dziecka, potwierdzanym przez naklejki-odznaki rozdawane w wielu miejscach, jest to, że będzie „dzielne”. Warto się zastanowić, jak może takie oczekiwanie rozumieć dziecko. Każdy pacjent ma prawo czuć lęk i obawę, a zaprzeczanie swoim uczuciom prowadzi do zwiększenia napięcia u dziecka i niekorzystnie wpływa na dalszą współpracę z dzieckiem.

GŁOS RODZICA

Pamiętam, jak wiele razy mama, która jest lekarką, mówiła mi, że lekarze lubią grzeczne dzieci, bo te niegrzeczne i wystraszone utrudniają im pracę. Niedługo później miałam wypadek i trafiłam do szpitala. Krew się ze mnie lała, byłam przekonana, że umrę, ale jednocześnie pilnowałam się, żeby być 'grzeczną', bo bałam się, że jeśli się rozplacę, to lekarze nie postarają się uratować mi życia. Miałam wtedy 12 lat. Dziś swoim dzieciom powtarzam, że nie muszą być dzielne i mają prawo się bać. Nie chcę, aby kiedykolwiek poczuły taki ciężar, który ja czułam wtedy.

GŁOS PEDIATRY

Nie zgadzam się na traktowanie naklejek czy drobnych upominków na wizytach lekarskich jako nagrody za określone zachowanie dziecka. Mówienie dziecku, że dostanie naklejkę, jeżeli da się grzecznie zbadać, albo że jest niegrzeczne i nie dostanie naklejki to szantaż emocjonalny. Mam pudełko z naklejkami przygotowane, ale mówię, że to jest pamiątka z wizyty i żeby dziecko wybrało sobie taką, która mu się najbardziej podoba. Zyskuję wtedy czas, gdy dziecko jest zajęte naklejkami, i mogę wówczas spokojnie omówić z rodzicem zalecenia.

Reaguj, gdy podejrzewasz, że dziecko może być krzywdzone

Jeśli niepokoisz się o bezpieczeństwo dziecka, którym się zajmujesz, a jego zachowanie, symptomy fizyczne lub zachowanie opiekunów mogą świadczyć o tym, że doświadcza ono przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej lub zaniedbania ze strony rodziców/opiekunów albo innych osób, zainicjuj odpowiednie działania dla dobra dziecka. Zapewnij dziecku bezpieczeństwo. Podejmij interwencję – jeśli w placówce, w której pracujesz, obowiązuje procedura postępowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka, postępuj zgodnie z opisanymi w niej krokami. W innym przypadku przekaz uzyskaną wiedzę przełożonemu (kierownikowi przychodni, ordynatorowi/oddziałowej, lekarzowi dyżurnemu). Możesz również podjąć działania samodzielnie.

+ więcej informacji o interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka znaleźć można w publikacjach na stronie standardy.fdds.pl/placowkimedyczne



Dobra komunikacja z rodzicem/ opiekunem dziecka

Nie wykorzystuj swojej przewagi

W relacji lekarza i rodzica/opiekuna pacjenta to zawsze ten pierwszy ma przewagę autorytetu, profesjonalizmu i znajomości miejsca. Warto się zastanowić, w jaki sposób – z jednej strony – bezradność i stres rodzica, a z drugiej strony – wykorzystywanie przez personel medyczny swojej przewagi będą wpływały na jakość wzajemnej komunikacji. Rodzic/opiekun jest naturalnym strażnikiem dziecka (ang. gatekeeper), co w codziennym życiu często stanowi o bezpieczeństwie dziecka. Zadaniem rodzica jest chronić dziecko, występować w jego imieniu, negocjować z innymi dorosłymi. W przestrzeni medycznej ta zasada nadal działa, choć jej uszanowanie bywa w praktyce trudne i może wpływać na irytację personelu medycznego, szczególnie jeśli kontekstem jest stres i pośpiech. Jeżeli jednak jest to nazwane, łatwiej jest zobaczyć w rodzicu/opiekunie partnera, z którym współpracujemy dla dobra pacjenta, a nie czynnik oporujący i przeszkadzający w pracy.

GŁOS PEDIATRY

My, personel medyczny, mamy w relacji z pacjentami przewagę, my jesteśmy u siebie. Gdy idę szpitalnym korytarzem, wiem, gdzie wszystko się znajduje, jak wyglądają medyczne procedury, czuję się swobodnie i nawet gdy to kolejna godzina pracy i jestem bardzo zmęczona, to jednak znajduję się na swoim terenie. A pacjent, który przychodzi na oddział, wchodzi przez drzwi, rozgląda się i nawet nie wie, gdzie może położyć torbę, gdzie może usiąść, gdzie w ogóle ma iść, co się tu będzie z nim działo.

Zdarzają się sytuacje napięte, trudne, ale zawsze staram się pamiętać, że nawet jeżeli pacjent jest zdenerwowany, rozżalony albo wchodzi już wściekły, bo długo czekał, to jednak często jest to związane z doświadczeniem dużej niepewności, lęku, że w tym momencie ważą się losy jego albo – w przypadku rodziców pacjentów pediatrycznych – bliskiej im osoby. Ten dorosły musi być takim trochę strażnikiem swojego dziecka i dopilnować, żeby pomoc została udzielona, chociaż często sam nie czuje się pewnie. Staram się pamiętać, że nie jest to łatwa rola.



PACJENT
SUPER

Pamiętaj, że nikt nie zna swojego dziecka tak dobrze, jak rodzic

Korzystaj z wiedzy, obserwacji i doświadczenia rodziców/opiekunów małych pacjentów. Zapytaj, co najlepiej uspokaja ich dziecko, a co może je wystraszyć. Wysłuchaj ich relacji o niepokojących objawach, uznając, że z reguły będą ekspertami od swoich dzieci.

GŁOS PEDIATRY

W pediatrii mamy duży komfort, że jest obecny czujny obserwator, którym jest rodzic albo inny opiekun dziecka; ktoś, kto z dzieckiem spędza dużo czasu. Już na studiach mi mówiono i gdy zaczęłam specjalizację z pediatrii, też często powtarzano, że mamy zawsze brać na poważnie to, co rodzic nam mówi, i powinniśmy zawsze ufać jego intuicji. Jeżeli rodzic mówi, że coś w domu się wydarzyło, a my teraz tego nie widzimy podczas badania dziecka, to nie znaczy, że możemy to zignorować.

Nie podważaj kompetencji rodzica, nie wywołuj poczucia winy

Nie jest możliwe zbudowanie dobrej relacji z dzieckiem-pacjentem, jeśli personel medyczny źle traktuje rodzica/opiekuna tego dziecka. Wyjąwszy sytuacje, w których podejrzewasz rodzica/opiekuna o stosowanie przemocy, większość rodziców jest troskliwa i kocha swoje dzieci, nawet jeśli w rozmowie z personelem medycznym prezentuje trudne zachowania. To ważne, aby okazać rodzicom/opiekunom szacunek i wysłuchać ich, ponieważ dzieci są czujnymi obserwatorami i przejmują emocje rodziców/opiekunów.

GŁOS PEDIATRY

Rodzice są bardzo ważnym elementem pediatrii. Są najlepszymi obserwatorami swoich dzieci, na oddziałach szpitalnych przebywają z dziećmi cały czas, pierwsi wytapują, gdy stan dziecka się poprawia lub pogarsza, zauważają nowe objawy. Jest to nieoceniona dla nas pomoc. Dodatkowo, jeżeli będziemy dla rodzica niemili, to przecież dziecko widzi, że ta okropna obca baba (czyli ja) jest niemiła dla jego ukochanej mamy czy ukochanego taty. I nie ma wtedy szansy na zbudowanie dobrej relacji z dzieckiem.

Niestety wciąż się zdarza, że osoby kończą studia z podejściem, że rodzice pacjentów pediatrycznych są problematyczni i roszczeniowi. Jak można budować dobrą relację, jeśli już na wstępie się w taki sposób nastawiamy? Pamiętajmy, że rodzic zna swoje dziecko dużo lepiej niż lekarze czy inni specjaliści. Choćbyśmy byli supermądrzy w swojej dziedzinie, to rodzic, opiekun ma największą wiedzę na temat tego konkretnego dziecka. Natomiast my znamy się lepiej na medycynie. Jeżeli połączymy te siły, wiedzę rodzica i naszą wiedzę, możemy działać razem jako zespół, wspólnie dla najlepszej korzyści dziecka.

Używaj zrozumiałego języka i dopasowuj się do sytuacji rozmówcy

Rodzice i opiekunowie małych pacjentów najczęściej nie mają wykształcenia medycznego, a mimo to muszą zdecydować o nierzadko specjalistycznym leczeniu ich dzieci. Dostosowywanie języka do rozmówcy jest sztuką, przy czym nie obniża prestiżu medycyny i nie świadczy o tym, że nie jesteś profesjonalna(-y). Przeciwnie, dowodzi, że dokładasz starań, aby podejmowane przez rodziców pacjentów decyzje były maksymalnie świadome.

GŁOS PEDIATRY

Sama nie lubię sytuacji, gdy spotykam się ze specjalistą z innej dziedziny (np. gdy słucham czy czytam wypowiedzi prawników, którzy mają nam coś wytłumaczyć w zakresie prawa medycznego) i niewiele rozumiem, chociaż się staram. A istnieją prawnicy czy inni specjaliści, którzy potrafią wytłumaczyć trudne zagadnienia w sposób praktyczny, zrozumiały i da się wtedy tę wiedzę przełożyć na faktyczne korzyści w życiu.

Bardzo cenię specjalistów, którzy umieją w prosty sposób przekazywać wiedzę i sama również staram się tak działać. Nie możemy też zakładać, że jeżeli ktoś jest superwykształcony w innej dziedzinie, to znaczy, że będzie rozumiał wszystkie medyczne słowa.

Starajmy się poważnie traktować pacjenta, nie infantylizować go, a jednocześnie być uważnymi na to, jak reaguje na nasze słowa. Zwykle widać po rozmówcy, czy rozumie, co do niego mówimy. Tak samo widać, czy na przykład nie jest zbyt przestraszony, żeby sens naszej wypowiedzi do niego dotarł i czy nie trzeba mu dać chwili, żeby ochłonął, i wrócić za jakiś czas, aby te informacje przekazać jeszcze raz.



Dawaj zalecenia na piśmie

Komunikację bardzo ułatwia zróżnicowanie kanałów komunikacyjnych. Co to oznacza? Niektórzy ludzie są wzrokowcami, inni najlepiej zapamiętują informację głosową, dla jeszcze innych istotne będzie powiązanie informacji z kontekstem. Z tego powodu tak ważne jest, aby informacja medyczna docierała do rodziców/opiekunów w różnych formach: ustnie podczas rozmowy oraz na piśmie (przez drukowane zalecenia, broszury, ulotki itd.). Zróżnicowanie form komunikacji znacząco zwiększa szansę, że rodzic poczuje się dobrze poinformowany i nie będzie kilkakrotnie wracał z tym samym pytaniem. Poza zwiększeniem komfortu wszystkich stron skuteczna komunikacja przynosi także oszczędność czasu.

GŁOS PEDIATRY

Punkt, który bardzo lubię, czyli drukowane zalecenia. Bardzo polecam wszystkim, jeżeli macie taką możliwość, żeby jednak zaleceń nie pisać ręcznie (część z nas, lekarzy, pisze paskudnie, na przykład ja), nie ograniczać się do mówienia, tylko wydrukować. Myślę, że w pediatrii jest to szczególnie ważne. Rodzic w stresie związanym z wizytą lekarską często bardzo martwi się o dziecko i to utrudnia mu przyswojenie informacji. A zalecenia dotyczą kluczowych wniosków z wizyty, na przykład prawidłowego dawkowania leków. Właściwe zrozumienie zaleceń przekłada się na skuteczność leczenia i na bezpieczeństwo dziecka, więc – biorąc pod uwagę ich istotność – wydrukowania zaleceń nie uważam za duży wysiłek.

Potrzeby lekarza

Dbaj o swoje zasoby i zapewnij sobie wentyl bezpieczeństwa

GŁOS PEDIATRY

I ostatnia strona tej – jak ktoś mi ostatnio ładnie powiedział – triady w gabinecie. Czyli mamy dziecko, mamy opiekuna i mamy trzecią osobę, która poza zawodem jest też po prostu człowiekiem.

Nie wiem, czy istnieje osoba, która zawsze zachowuje się tak, jakby chciała. Ja na pewno nie jestem taką osobą i chyba nie znam nikogo takiego, zwłaszcza wśród lekarzy – kogoś, komu się nigdy nie zdarzyło być niemiłym i komu nigdy nie puściły nerwy. Całym sercem wierzę w te zasady, o których mówię, i znam wielu lekarzy, których podziwiam i którzy je stosują. Jednocześnie zdarzają się w praktyce sytuacje, które nas pokonują.

Pamiętam, jak późną nocą podczas dwudziestoczerogodzinnej dyżuru byłam tak bardzo zmęczona, że nie byłam miła dla mamy, której dziecko przyjmowałam na oddział. Mówiłam do niej zniecierpliwionym tonem, jakim się nie powinno mówić do pacjenta. Rano było mi okropnie głupio. Poszłam i przeprosiłam tę mamę. Nie powinniśmy wahać się przeprosić, gdy zawalimy, chociaż myślę, że dla wielu z nas, na przykład dla mnie, to jest trudne. I trzeba analizować, dlaczego doszło do takiej sytuacji, w której zachowaliśmy się nie tak, jakbyśmy chcieli. Nie wszystkie czynniki da się zmienić. Na przykład nie jestem w stanie zmienić tego, że pracując w szpitalu, mam dwudziestoczerogodzinne dyżury, podczas których może się zdarzyć kilka wymagających zdarzeń naraz, co generuje nerwowe sytuacje. I to niestety czasem doprowadza mnie do stanu, gdy nie jestem miła. Mogę jednak zadbać, żeby się wyspać przed takim dyżurem, przygotować przekąski, które można szybko zjeść. Bo im więcej trudnych czynników się nałoży, tym trudniej po prostu właściwie się zachować.

Warto też starać się poprawiać elementy, na które mamy wpływ w swoim miejscu pracy, albo nawet zmienić miejsce pracy, jeśli nie da się nic naprawić, a obserwujemy, że taka organizacja pracy nas dekompensuje. Chodzi mi o to, żeby nie przechodzić do porządku dziennego nad tym, że byliśmy okropni. Spróbujmy się zastanowić, co wpłynęło na nasze zachowanie i wyciągamy wnioski, by tego nie powtarzać.

Jeżeli my, personel medyczny, nie będziemy dbać o siebie, to budowanie dobrej relacji z pacjentami może się nie udać. Zawody wymagające codziennego kontaktu z ludźmi są trudne, bo trzeba być merytorycznym, być profesjonalistą w swojej dziedzinie, a jednocześnie dbać o prawidłową komunikację z wieloma osobami, które mogą się od nas mocno różnić, często działają też pod wpływem dużych emocji i to niczego nie ułatwia. To wymagająca praca i dlatego, moim zdaniem, jest naprawdę ważne, żeby każdy z nas znalazł swoje wentyle bezpieczeństwa. Gdy nie dbamy o nasze zasoby, jesteśmy przemęczeni albo mamy nieprzepracowane własne problemy, to wszystko to przekłada się na negatywne relacje z pacjentami. Z jednej strony jesteśmy ludźmi i zmagamy się z różnymi rzeczami, o których pacjent nie wie i które nie zawsze jest łatwo przezwyciężyć. Z drugiej strony powinniśmy się starać, żeby pacjent czy współpracownicy nie obrywali rykoszetem.

Medycyna to praca zespołowa i na sukces terapeutyczny składa się często współpraca różnych osób. Pamiętajmy, że szacunek wobec innych członków zespołu przekłada się na dobrą relację z pacjentem. Pacjenci obserwują, jak personel medyczny się traktuje, jak się do siebie zwraca i wypowiada o sobie nawzajem. Na tej podstawie pacjenci czują się w danym miejscu dobrze zaopiekowani i bezpieczni lub nie.

W moim życiu był okres, gdy mama chorowała na nowotwór, potem zmarła i to nie było coś, co obiektywnie mogłam zmienić. Ale mogę dbać o odpoczynek, o odpowiednią ilość snu, aktywność fizyczną, którą lubię, lepszą dietę. Trzeba znaleźć coś, co pozwala nam się wyciszyć i odpocząć. Dobrze mieć zainteresowania poza pracą. To nie jest tak, że jesteśmy leniwi. Dbanie o siebie to superważna rzecz, która przynosi korzyści nie tylko nam, ale i naszym pacjentom.

Czym jest stres traumatyczny i jak zapobiegać jego konsekwencjom?

U wielu dzieci, ich rodziców/opiekunów, a także rodzeństwa małych pacjentów sytuacje takie jak:

- diagnoza, rozpoczęcie leczenia,
- nagła lub zagrażająca życiu choroba lub uraz,
- jakkolwiek interwencja medyczna – nie tylko bolesne, inwazyjne, ale również rutynowe badania okresowe,
- pobyt w szpitalu, wizyta na ostrym dyżurze, konsultacje medyczne,
- lub bycie świadkiem tych sytuacji

wywołują silny stres. Jest to normalna reakcja na trudne doświadczenie. Większość dzieci i rodziców jest w stanie dobrze sobie radzić z tym stresem, jeśli jednocześnie doświadczają życzliwej, pełnej akceptacji postawy personelu medycznego, otrzymują zrozumiałe informacje na temat tego, co się dzieje, i zachowują poczucie choćby minimalnego wpływu na sytuację.

Członkom personelu medycznego czasami trudno jest zrozumieć i zaakceptować silną reakcję stresową u dziecka czy jego rodzica, gdy z jego perspektywy sytuacja nie jest niczym wyjątkowym, a wykonywane czynności są rutynowe.

O traumatycznej reakcji stresowej (traumie medycznej) mówimy, gdy sytuacje te przekraczają możliwości adaptacyjne układu nerwowego dziecka lub dorosłego⁵.

W szczególności dzieje się tak, gdy sytuacja odbierana jest jako:

- przytłaczająca (dzieje się zbyt dużo, rzeczy są zbyt skomplikowane do „ogarnięcia”),
- nagła (nie można było się do niej przygotować),
- i gwałtownie postępująca (dzieje się tak szybko, że nie mamy nad nią kontroli ani wpływu na nią).

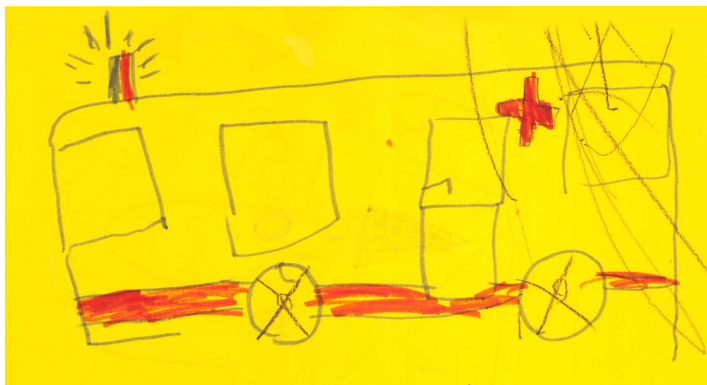
Szacuje się, że u 20-30% rodziców oraz w przypadku 15–25% dzieci i ich rodzeństwa⁶ reakcja stresowa nie mija i przekształca się w doświadczenie trwałej traumy, które negatywnie wpływa na codzienne funkcjonowanie, leczenie, przestrzeganie zaleceń lekarskich i powrót do zdrowia.

⁵ Flaum Hall M., Hall S.E., When Treatment Becomes Trauma: Defining, Preventing, and Transforming Medical Trauma, 2013, <https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/when-treatment-becomes-trauma-defining-preventing-.pdf> data dostępu 18.08.2023

⁶ Pediatric Medical Traumatic Stress. A Comprehensive Guide, The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2014, <https://www.nctsn.org/resources/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-health-care-providers>; H. Tutko, F. Bernard, and C. Chao, A Guide to Trauma Informed Pediatric Primary Care, Institute for Health Policy and Practice, Concord 2022.

Objawy traury medycznej:

- przeżywanie na nowo trudnej sytuacji, np. odtwarzanie jej w zabawie,
- koszmary senne/lęki senne,
- intruzywne myśli o traumie,
- objawy hipochondryczne,
- unikanie myślenia lub mówienia o chorobie, urazie lub doświadczeniu szpitalnym,
- mniejsze zaangażowanie w zwykłe codzienne czynności,
- uczucie emocjonalnego odrętwienia lub oddzielenia od innych osób,
- zwiększona drażliwość,
- problemy z koncentracją lub snem,
- czujność i przewrażliwienie,
- negatywne nastawienie do przyszłości, spodziewanie się najgorszego,
- „nadmierna czujność” – ciągłe spodziewanie się niebezpieczeństwa,
- dolegliwości somatyczne (ból brzucha, ból głowy) niewyjaśnione przez stan medyczny.



Czynniki ryzyka wystąpienia traury medycznej:

- znaczenie nadawane danej sytuacji przez samo dziecko i jego bliskich,
- sytuacja zagrożenia życia/zdrowia/integralności psychofizycznej (lub bycie świadkiem takiej sytuacji),
- poczucie braku kontroli, brak sprawczości, wpływu,
- brak wiedzy o tym, co się dzieje,
- unieruchomienie,
- izolacja od bliskich, osamotnienie, zwłaszcza w oczekiwaniu na procedurę lub po niej (wybudzenie),
- brak poczucia bezpieczeństwa,
- brak wsparcia emocjonalnego (ze strony bliskich, rówieśników, personelu),
- ekspozycja na przytłaczające obrazy lub treści (np. niewłaściwe przekazanie informacji medycznej),
- gdy otoczenie zaprzecza negatywnym doświadczeniom i odczuciom,
- wcześniejsze negatywne doświadczenia,
- czynniki fizjologiczne, ból, złe samopoczucie,
- cechy otoczenia: ostre światło, odgłosy, zapachy, niewygodna,
- konieczność przechodzenia procedury medycznej nago,
- obecność innych, obcych osób, brak prywatności.

Jak można przeciwdziałać traumie medycznej?

Pojęcie „opieki zdrowotnej świadomej traumy” (trauma informed care)⁷ zakłada, że rozumienie znaczenia stresu traumatycznego jest wpisane w planowanie opieki nad dzieckiem, a także w każdą interakcję z dzieckiem-pacjentem i jego rodzicami/opiekunami.

Uniwersalne wskazówki dla personelu medycznego to:

1. Edukuj się w zakresie stresu traumatycznego u dzieci i rodziców przebywających w placówkach medycznych.
2. Aktywnie oceniaj poziom bólu odczuwany przez dziecko i przeciwdziałaj bólowi zgodnie ze szpitalnym protokołem.
3. Staraj się zminimalizować oddziaływanie potencjalnie traumatyzujących elementów szpitalnego otoczenia, takich jak dźwięki aparatury medycznej czy bolesne zabiegi.



⁷ M. L. Marsac, N. Kassam-Adams, A. K. Hildenbrand, et al, Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks, JAMA Pediatr 2016, 170(1), 70-77, doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.2206.

Jedną z metod identyfikowania, zapobiegania i leczenia traumatycznych reakcji stresowych, którą mogą stosować pracownicy medyczni, jest Protokół D-E-F8. Po zabezpieczeniu podstawowych potrzeb wynikających ze stanu zdrowia fizycznego dziecka (ang. attending to the basics of children's physical health, A-B-C) kolejne kroki to:

Zmniejsz DYSTRES (ang. DISTRESS):

- Aktywnie oceniaj i lecz ból, korzystając ze szpitalnego protokołu.
- W miarę możliwości informuj dziecko o tym, co się dzieje, i dawaj możliwości wyboru.
- Uważnie słuchaj, upewnij się, czy dziecko zrozumiało, co powiedziałaś, wyjaśnij wszelkie nieporozumienia.
- Zapytaj o lęki i zmartwienia.
- Zapewnij poczucie bezpieczeństwa i realistyczną nadzieję.

Okaż EMOCJONALNE WSPARCIE (ang. EMOTIONAL SUPPORT):

- Zachęcaj rodziców, aby przebywali z dzieckiem tak często, jak to możliwe, a także rozmawiali z nim o tym, co je martwi i czego się boi.
- Pokazuj rodzicom, jak mogą opiekować się dzieckiem, aby przynosić ulgę.
- Zachęcaj dziecko do angażowania się w miarę możliwości w zabawę i inne zajęcia odpowiednie dla wieku.

Weź pod uwagę potrzeby RODZINY (ang. FAMILY):

- Oceń poziom odczuwania przez rodziców/opiekunów stresu i to, jak sobie z tym radzą.
- Zidentyfikuj mocne strony rodziny i zasoby radzenia sobie w trudnej sytuacji.
- Zachęć rodziców do korzystania z własnych zasobów radzenia sobie w takich sytuacjach lub ze wsparcia dostępnego w szpitalu bądź w społeczności.
- Zidentyfikuj i pomóż tym rodzinom, które mają objawy stresu traumatycznego lub są bardziej narażone na stres traumatyczny.
- Doradź rodzicom skorzystanie z konsultacji szpitalnego psychologa, jeśli jest to dostępne, lub skieruj do pracownika socjalnego, centrum zdrowia psychicznego, ośrodka interwencji kryzysowej.



Standardy Ochrony Dzieci (SOD) – zbierają w jednym miejscu, porządkują i doprecyzowują zasady, których przyjęcie sprawia, że dana instytucja jest bezpieczna dla dzieci – jej personel potrafi zidentyfikować sytuacje stwarzające ryzyko krzywdzenia dziecka oraz podjąć działania profilaktyczne oraz interwencyjne*.

Standardy wdrażane w placówce medycznej powinny być dostosowane do jej specyfiki i odpowiadać na potrzeby dzieci-pacjentów, ich rodziców/opiekunów oraz całego personelu – zarówno osób wykonujących zawody medyczne, jak i innych specjalistów, administrację i personel pomocniczy.

Standardy obejmują kluczowe kwestie dotyczące ochrony dzieci przed krzywdzeniem:

- Zasady rekrutacji i weryfikacji personelu (sprawdzanie pod kątem niekaralności za przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności oraz weryfikację, że wobec pracowników nie toczy się żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie).
- Obowiązek identyfikowania sytuacji mogących świadczyć o krzywdzeniu dziecka (przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie) oraz podejmowania określonych interwencji w tych przypadkach.
- Opracowanie przejrzystej procedury reagowania na podejrzenie, że dziecko doświadcza krzywdzenia, ścieżkę prowadzenia interwencji prawnej i wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za ochronę dzieci.
- Zasady bezpiecznych relacji między personelem i dzieckiem, czyli określenie co jest w kontakcie z małym pacjentem działaniem pożądanym, a co jest niedopuszczalne.
- Zasady bezpiecznego korzystania z mediów elektronicznych przez dzieci, w tym z Internetu,
- Zasady ochrony wizerunku i danych osobowych dzieci.

*Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, wprowadza nowe instrumenty ochrony praw dzieci i m.in. nakłada na podmioty prowadzące działalność leczniczą obowiązek posiadania standardów ochrony małoletnich. Czas na podporządkowanie się tej regulacji to 6 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy.



Zdjęcie: Aditya Romansa (unsplash.com)

Standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych

Więcej o standardach ochrony dzieci:
standarty.fdds.pl/placowkimedyczne

- czym są standardy ochrony dzieci?
- jak wdrażać standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych?
- jakie są zasady postępowania zawodów medycznych w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka?
- webinary, publikacje, przykładowe procedury i wskazówki dla osób pracujących w ochronie zdrowia

Serwis internetowy dla profesjonalistów pracujących z rodzicami i dziećmi:
edukacja.fdds.pl

- materiały edukacyjne oraz kursy e-learningowe poświęcone problemowi krzywdzenia dzieci i jego profilaktyki
- informacje o konferencjach i szkoleniach z zakresu zapobiegania przemocy wobec dzieci

**Zatrzymajmy przemoc,
zanim się pojawi!**

Finansowane ze środków przekazanych przez Plan International z funduszy Disaster Emergency Committee

