PRAKTICKÝ LÉKAŘ 78, 1998, č. 6

Komunikace s nemocným dítětem

J. MAREŠ, J. MAREŠOVÁ

Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

SOUHRN

Autoři upozorňují na zvláštnosti komunikace s pacientem-dítětem, připomínají nevhodné postupy zdravotníků, situace, které u dítěte vyvolávají stres. Zdůrazňují vytvoření vztahu důvěry, volby vhodného jazyka, přípravu dítěte na nepříjemné či bolestivé výkony, hovoří o funkci speciálního pracovníka - herního terapeuta.

Klíčová slova: vztah lékař-pacient - stres - distres - nemocné dítě - behaviorální postup.

SUMMARY

Mareš, J., Marešová, J.: Communication with the Sick Child

The authors draw attention to the special features of communication with the child patient, they remind of unsuitable procedures on the part of health professionals, of situations which cause stress in the child. They emphasize the importance of confidence, selection of suitable language, preparation of the child for unpleasant or painful procedures, they speak of the function of a special person - the play therapist.

Key words: physican-patient communication - stress - distress - sick child - behavioural approach.

O.

Prakt. Lék., 78, 1998, No. 6, p. 292-294.

Nemoc bývá pro dítě zátěžovou situací. Jak s ním v této situaci komunikovat? Zvláštnosti komunikace jsou předznamenány třemi důležitými determinantami: věkem dítěte, zvláštnostmi jeho osobnosti a zvláštnostmi jeho nemoci.

Pokud se omezíme na děti předškolního a školního věku, pak se zdá, že mnoho zdravotníků v komunikaci s nemocným dítětem nevidí příliš velký problém. V argumentech se ovšem různí:

Jedni říkají, že s dítětem se nemá cenu moc bavit. Je nemocné, nevrlé, své nemoci nerozumí, a tak se mu prostě nařídí, co má a co nemá dělat. Pokud se navíc přidruží nutnost provést nepříjemný či bolestivý výkon, potom prý je jasné, že není možné s takovým děckem ztrácet čas, povídat si s ním, připravovat ho na výkon. Nejrychlejší je dobře ho chytnout a výkon prostě provést. Dítě nebude mít čas se bát, nebude moc protestovat a konec konců plakat bude stejně.

Druzí říkají, že s dítětem je třeba zacházet jemně. Je nemocné, nevrlé, své nemoci nerozumí, trápí se. Proto je třeba vsadit na trpělivost, soucit, odvádění pozornosti od nepříjemného či bolestivého výkonu. Každý, kdo má trochu citu, prý nakonec najde cestičku, jak dítě zvládnout.

Ani jeden z právě citovaných postupů není optimální, protože (domýšleno do důsledků) přehlíží svébytnost dítěte a sází na to, co vyhovuje především dospělému, co uspokojuje dospělého.

V prvém případě zdravotník ignoruje dlouhodobé následky svého jednání. Okamžitý efekt může vyústit v řadu negativ, jimiž pak zdravotník komplikuje další práci sobě i všem ostatním, kteří budou s dítětem pracovat po něm. V dítěti totiž vzniká pocit bezmoci a ublížení, nedůvěra k dospělým (zejména k lékařům a sestrám); zafixuje se nepříjemný zážitek, který plodí úzkost již při pouhém vyšetřování, strach z dalších výkonů, snahu uniknout z analogické situace nebo se alespoň důrazně bránit, zatajovat zdravotní obtíže atd.

Ve druhém případě zdravotník (spíše zdravotnice) řeší mnohé věci intuitivně, emocionálně, prožívá závažné situace v jedné ze dvou rovin: trápí se spolu s dítětem, s obtížemi si udržuje nutný odstup, anebo vskrytu je nadšena sama sebou, jak je mimořádná ve svém jednání, a je překvapena, jak jsou některé děti „nevděčné", když neprojevují dostatečnou citovou odezvu.

Jistě si čtenář v duchu vybavuje další příklady málo profesionální komunikace s dítětem. Co však je třeba vzít v úvahu, když potřebujeme odborně jednat s nemocným dítětem? Z novějších výzkumů a ze zkušeností špičkových pracovišť se dají odvodit tyto trendy.

Trendy v komunikaci s dítětem

Vytvoření příznivého psychosociálního klimatu. Spěch, netrpělivost ze strany ošetřujícího personálu, vyvolává v dětech obavy. U malých dětí se často neklid personálu při jednání s nimi přenáší na malé pacienty. Také hluk, neznámé prostředí, neznámé přístroje, to všechno může vyvolávat u dětí obavy, strach. Přitom z hygienického hlediska může jít o prostředí naprosto nezávadné, z hlediska provozního prostředí perfektně funkční. Dodejme, že mnohé obtíže navozují sami zdravotníci, a to způsobem, jímž komunikují s dětmi. Naše výzkumná sonda (4) ukázala, že pro děti může být stresující už jenom to, že lékař při vyšetřování či ošetřování mlčí. Komentovaly to slovy *Paní doktorka neříkala nic, prohlížela mě a jen se mračila. Pan doktor neříkal vůbec nic, až jsem se bál.* Poměrně časté jsou situace, kdy si dítě připadá na obtíž. *Mně neříkala paní doktorka nic, povídala si dlouho s nějakou paní.* Obavy navozují výroky některých zdravotníků: *Jen se nesměj, on tě ten smích brzo přejde.* Nebo: *Říkal, abych nekřičel, protože to přece nemůže bolet!* Anebo: *Říkala - co to děláš? Ty jsi hysterická, nic víc. Vstávalas zadkem vzhůru!*

Vytvoření vztahu důvěry. Závažnost ztráty důvěry velmi dobře znají dětští stomatologové. Vše začíná tím, že lékař vydá pokyn: *Otevři pusu!* Pak, bez jakékoli psychologické přípravy uchopí kleště a rázně vytáhne bolavý zub a spokojeně dodá: *No vidíš a je to!* Někdy navíc před samotným výkonem farizejsky prohlásí: *Neboj se, já ti nic dělat nebudu.* Tyto postupy, jak upozorňuje V. Hubková, si lékař může dovolit jen u dětí. U dospělých pacientů by ho to ani nenapadlo. Po takovém zákroku bez přípravy nenásleduje pro lékaře žádný trest, naopak on i rodiče jsou spokojeni, že vše proběhlo tak hladce. Nikdo z dospělých si neuvědomuje, že důvěra dítěte v lékaře je nenávratně pryč a dítě nejen neuvěří dalšímu ujišťování, že se mu už nic bolestivého nebude dělat, ale těžko uvěří i slibům dalších lékařů (2).

Ztráta důvěry dětí v ošetřující personál může mít - z našeho pohledu - i banální příčiny. Jsou jimi slíbené

a nedodržené časové údaje: *Ještě jedno vyšetření a máš tento týden pokoj. Pobudeš si u nás týden a půjdeš domů. Ve čtvrtek tě už pustíme k mamince...* Dítěti je jedno, že se lékaři mezi sebou nedomluvili, že se porouchal přístroj, že výsledky posledního vyšetření vedly personál k tomu, že objednal ještě další vyšetření. Důvěra se začíná vytrácet.

Volba vhodného jazyka. Jedním ze základních předpokladů úspěšné komunikace je volba takových jazykových prostředků, které odpovídají věku, zdravotnímu stavu a životním zkušenostem dítěte. Začíná to už oslovováním dítěte. Zkušenosti potvrzují, že se vyplatí zjistit, jak dítěti říkají rodiče, u školáků, jak by si přáli, aby je zdravotníci oslovovali. Pokračuje to vysvětlováním potíží, které nemoc přináší a vysvětlováním výkonů, které bude dítě absolvovat. Přitom výrazy, které jsou jasné dospělému, nemusejí být vůbec srozumitelné dítěti. Dítě se zpravidla bojí zeptat ošetřujícího personálu a pak shání informace jinde. Ptá se spolupacientů, rodičů, pomocného personálu apod. Ne vždy se mu dostane adekvátního vysvětlení, ať už z neznalosti nebo z legrace (viz občasné „strašení" nováčků spolupacienty). Skutečnost, že dítě zdravotníkům nerozumí, může zvyšovat jeho úzkost a snižovat ochotu ke spolupráci. S rostoucím propojením naší země se světem bude přibývat situací, kdy se lékař začne setkávat s dětmi a jejich rodiči, kteří neovládají češtinu, a bude o jednu bariéru navíc.

Vyskytují se však i případy, kdy dítě přebírá slovník dospělých - a aniž pořádně rozumí některým výrazům - upraví si je po svém a začne je používat. Tak se můžeme při aplikaci krevní transfuze od holčičky dozvědět: *Já už ty kurvinky nechci!*

Důležitost nonverbální komunikace. Komunikace beze slov nabývá na významu u novorozenců a kojenců, u dětí mentálně postižených a dětí těžce nemocných. Právě proto, že je vývojově nejstarší, dokáže zkušenému personálu říci mnoho o tom, co dítě právě prožívá. Není náhodou, že křik a pláč je pro novorozence přirozeným prostředkem, jak okolí sdělit, že prožívá diskomfort, nebo přímo bolest. Nejcitlivějším ukazatelem psychických a somatických stavů u velmi malých dětí je ovšem mimika.

Existují propracované diagnostické systémy pro kódování novorozenecké mimiky při distresu (podrobnosti viz 5). U tříletých dětí prožívajících své období prvního vzdoru bývají ukazatelem psychického stavu fyzické postoje, gesta, mimika. Ve školním věku už je nonverbální komunikace dokreslujícím, zpřesňujícím prvkem toho, co nám chce dítě sdělit, anebo toho, co nám chce zatajit. Simulace i disimulace obtíží se často odhalí spíše prostřednictvím nonverbálních projevů dítěte a dospívajícího.

Zájem o dětské pojetí nemoci. Ačkoliv si to dospělí příliš nepřipouštějí, už předškolní dítě a dítě na začátku školní docházky mívá svůj vlastní názor na nemoc. Vezměme příklad nejběžnějšího onemocnění dětského věku - rýmy (1):

Lékař: Co je to rýma?

Dítě: *Hrozně kejcháš, legračně mluvíš a máš plnej nos.*

Lékař: Jak mohou děti dostat rýmu?

Dítě: *No, v zimě se nadejchaj moc vzduchu nosem a ten vzduch jim zacpe nos.*

Lékař: A co vlastně způsobí tu rýmu, co ji vyvolá?

Dítě: *To se tam dostanou dejcháním nějaký ty baktérie. Potom jsou plíce takový zhnisaný a jde to do toho nosu.*

Lékař: Dá se ta rýma něčím zlepšit, dá se léčit?

Dítě: *Jo, teplným vzduchem. Ten jde do nosu a vytlačí ten studenej vzduch ven.*

Zájem o dětské pojetí nemoci vyvolal snahu přesněji zmapovat, co si dítě spojuje s nemocí. Postupně se odborníci, zejména dětští psychologové a pediatři, dopracovali k pěti hlediskům, k pěti otázkám, jimiž můžeme v rozhovoru diagnostikovat dětské pojetí nemoci:

1. identifikace nemoci (co dítě rozumí danou nemocí, podle čeho ji pozná, jak si samo příznaky pojmenovává);
2. konsekvence nemoci (o jakých krátkodobých a jakých dlouhodobých důsledcích své nemoci uvažuje);
3. časová dimeze nemoci (dětský odhad celkového trvání nemoci, příp. časového průběhu jednotlivých fází nemoci);
4. příčina nemoci (dětské názory na to, co asi nemoc vyvolalo);
5. strategie jednání při nemoci (dětské názory na to, co se má proti nemoci dělat, co pomáhá a co nepomáhá).

My jsme přidali ještě šesté hledisko, jímž je:

6. smysl nemoci, strádání a utrpení (dětské názory na smysl nemoci, bolesti, utrpení).

Příprava dítěte na nepříjemné či bolestivé výkony. Rozumí se tím jednak promyšlený postup ze strany ošetřujícího lékaře a sestry, jednak postup, který provádí speciálně vyčleněný pracovník - herní terapeut. Právě proto, že tento typ přípravy dítěte na výkon zatím není u nás běžný, zastavíme se u něj podrobněji. Herní terapeut bývá středoškolák se zdravotnickým vzděláním, který prošel psychologickým výcvikem a důkladně se seznámil se všemi výkony, o kterých má dětem povídat. Umí dětem přístupnou formou vysvětlit podstatu výkonu, přiblížit jim prostředí, ve kterém se výkon uskuteční, ukázat jim obvyklé pomůcky (injekční stříkačky, kanyly atd.). Dokáže modelově předvést výkon na hračce (osvědčil se např. plyšový medvídek) a popíše jim, co asi budou během výkonu a po něm pociťovat. Herní terapeut umí zodpovídat dětské dotazy. Umožní dětem, aby ventilovaly své obavy, aby se nebály zeptat na to, co je zajímá. Učí je, co mají dělat, aby lépe výkon snášely a nacvičuje s nimi, co dělat nemají. Za zmínku stojí, že tímto názorným způsobem se dá komunikovat dokonce i s rodiči velmi malých dětí, aby se nebáli složitějšího výkonu, který má jejich potomek absolvovat.

Setkáváme se s dotazy, zda popsaná příprava na nepříjemný či bolestivý výkon neučiní dítě spíše senzitivnější na nepříjemnosti, které je čekají. Zda se tento postup neobrací paradoxně proti ušlechtilému záměru. K. Thompsonová (8) konstatovala, že je třeba rozlišovat dva typy dětí: ty, které se pídí po informacích o výkonech, a ty, které se nechtějí o výkonech nic slyšet, vyhýbají se informacím. Ty prvé vykazují ve fázi střetu se stresorem nízkou úzkost, protože byly na střet předem připraveny. Ty druhé vykazují také nízkou úzkost, protože o stresoru nic nevěděly a nechtěly dopředu vědět.

Podle Petersonové et al. (7), se dá zobecněně na základě řady výzkumů říci, že děti, které dávají přednost zvládací strategii získat co nejvíce informací o stresoru v přípravné fázi, se pak chovají adaptivněji, zvládají setkání se stresorem lépe než děti, které se snaží vyhnout se informacím o stresoru. Konzistentnost nálezů u dětí prý kontrastuje s údaji získanými u dospělé populace, kde se mluví o polaritě zcitlivění - potlačení nebo o osobách zvýšeně pozorných versus osobám monitorujícím. Dětská iniciativa při vyhledávání informací o stresorech, které přijdou, by tedy neměla být směšována s možnými případy zvyšování citlivosti jedince na stresor proto, že o něm získal velmi podrobné informace.

Zájem o dětské postupy zvládání zátěže. Běžný ošetřující personál se zpravidla příliš nezajímá o to, co dítě samo vyzkoušelo, aby se vyrovnalo s nepříjemnými aspekty nemoci či bolestivými výkony. Jen specialisté uvažují, co se odehrává v dítěti, když má

čelit stresující události. Jedním z teoretických modelů je sekvenční nebo vývojový model zvládání nemoci či bolestivého výkonu (7). Říká zhruba toto:

Před dítětem se objevuje stresor (buď reálný, nebo potenciální) a dítě se k němu začíná vztahovat. Zřejmě proběhnou tři základní procesy: 1. dítě se připravuje na stresor, anticipuje to, co asi přijde a odhaduje velikost stresoru, posuzuje ze svého pohledu míru závažnosti daného stresoru, 2. dítě se přímo setkává se stresorem, prožívá zátěž, 3. dítě se vzpamatovává z prožité zátěže, pozvolna se vrací ke stavu, v němž bylo předtím, než si uvědomilo hrozbu stresoru.

Při našich výzkumech dětské bolesti jsme se setkávali s případy, kdy dospělí vyžadovali od dítěte, aby se vyrovnalo s nepříjemnou nemocí, s bolestivým výkonem, s pooperačními bolestmi. Přitom - jak se nám zdálo - ponechávali často na dítěti samotném, aby přišlo na to, jak by se dal distres zvládnout. Děti postupovaly obvykle metodou pokusu a omylu a poměrně velká část jich volila strategie nevhodné či neúčinné. Při rozhovorech jsme se pak dozvídali zdánlivě paradoxní skutečnosti: dítě používá často postupů, o nichž samo prohlašuje, že nejsou moc účinné; dítě téměř nepoužívá postupy, o nichž samo říká, že jsou asi účinnější. Této důležité oblasti se zatím komunikace s dítětem obvykle vyhýbá, ke škodě všech tří zúčastněných stran: dětí, rodičů i zdravotníků.

Odhalování snah využívat svou nemoc. Dítě může zjistit, že být nemocné, zažívat bolest, přináší kromě obtíží občas i určité výhody. Pokud je nemocné, bývá osvobozeno od některých nepříjemných povinností: nemusí chodit do školy, nemusí pomáhat doma, je mu zakazována fyzická námaha. Podstatně se mění chování rodičů k němu: stává se středem pozornosti, je litováno, jsou mu snadněji plněna přání, dostává dárky. Mění se chování sourozenců, kamarádů, spolužáků: stává se pro ně zajímavějším, výjimečným, má možnost odmítat účast v činnostech, které mu nevyhovují nebo v nich hrozí nebezpečí blamáže. Mění se vzájemné vztahy lidí v jeho okolí: nemoc či bolest dítěte se stávají záminkou k zeslabení konfliktů v rodině, anebo naopak k jejich vyhrocení (hledají se „viníci") a dítě najednou zjišťuje, že má možnost s dospělými manipulovat.

Důležitost sociální opory. Právě proto, že dítě - na rozdíl od dospělého člověka - často nemá možnost změnit samu stresující situaci, potřebuje někoho, kdo by mu pomohl vyrovnat se s tím, co z dětského pohledu není řešitelné, není změnitelné. Stojí za to se ptát, zda dítě vůbec ví, kdo by mu mohl pomoci, na koho se může obrátit s prosbou o pomoc. Jinou zajímavou otázkou je, na koho se dítě nejčastěji obrací v určitých situacích s určitými problémy, a na koho ne. Osobou, jíž důvěřuje, nemusí být v nemocnici ošetřující lékař, někdy ani ne sestra, ale například někdo z kamarádů, z pomocného personálu, učitelka nemocniční školy apod.

Na závěr připomeňme několik důležitých skutečností.

S věkem dítěte se mění také způsoby komunikace, které jsou pro dané období nejvhodnější. S rizikem jistého zjednodušení se dá říci, že jde o posloupnost: haptika, křik, mimika, pohyby těla, paralingvistické projevy, řeč, kombinace verbálních a nonverbálních projevů. Pokud nemocné dítě přechází na vývojově nižší formu komunikace, než by odpovídalo jeho věku, pokud dochází k regresu, jde o vážné varování: dítě strádá a tímto chováním prosí o pomoc.

Dítě reaguje výběrově na jednotlivé zdravotníky, kteří o něj pečují. Kladné, neutrální či záporné postoje se vytvářejí na základě prvních dojmů i na základě opakovaných setkání. Averze z jedné či druhé strany je vážnou překážkou nejen v komunikaci, ale také v léčení.

Kvalita komunikace mezi dítětem a zdravotníkem má nejméně dva typy efektů. Jedny se někdy nazývají měkké (*soft*) a patří k nim saturování všech základních potřeb dítěte, spokojenost dítěte, důvěra, ochota ke spolupráci, dodržování léčebného režimu, samostatnost dítěte při zvládání zátěže. Ty druhé se označují jako tvrdé (*hard*) a patří k nim spotřeba analgetik, počet zachycených a zvládnutých komplikací, rychlost uzdravování, délka hospitalizace. Nezapomínejme pro ty druhé, snadněji vykazovatelné, na ony první. Přesahují totiž nejen rozměr úředních ukazatelů, ale také rozměr nemoci. Stávají se součástí celoživotní cesty každého člověka.

Literatura

1. **Bibace, R., Walsch, M. E.:** Development of Children´s Concepts of Illness. Pediatrics, 66, 1980, č. 6, s. 912-917. - **2. Hubková, V.:** Bolest v dětské stomatologii. In: Mareš, J. a kol.: Dítě a bolest. Praha, Grada, 1997, s. 183-192. - **3. Křivohlavý, J.:** Povídej, naslouchám. Praha, Návrat 1993. - **4. Mareš, J., Rybářová, M.:** Dětský strach ze stomatologických výkonů. Praktické zubní lékařství, 42, 1994, č. 6, s. 186-192. - **5. Marešová, J.:** Bolest v neonatologii. In: Mareš, J. a kol.: Dítě a bolest. Praha, Grada, 1997, s. 169-181. - **6. Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., Lammes, F. B.:** Doctor-Patient Communication - A Review of Literature. Social Science Medicine, 40, 1995, č. 7, s. 903-918. - **7. Peterson, L., Oliver, K., Saldana, L.:** Children´s Coping with Stressful Medical Procedures. In: Wolchik, S., Sandler, N. (Eds.). Handbook of Children´s Coping. New York, Plenum Press, 1997, s. 333-359. - **8. Thompson, M. L.:** Information-Seeking Coping and Anxiety in School-Age Children Anticipating Surgery. Children´s Health Care, 23, 1994, s. 87-97.

Studie vznikla s podporou GA ČR, projekt č. 406/97/0158.

8. 3. 1998

Doc. PhDr. Jiří Mareš
500 05 Hradec Králové

V příštím čísle připravujeme

- Výrazivo kolem šedých hlav. Poznámky ke gerontologické terminologii
- Je skutečně záhadou onemocnění veteránů z Perského zálivu?
- Bolest hlavy a oko
- Nepříznivý vliv kouření na kosti
- Cévní mozkové příhody embolizační etiologie - úloha echokardiografie a taktika antikoagulační léčby
- Lymeská karditida
- Desetileté zkušenosti s tularémií v západočeském regionu
- Aberantní mediastinální struma
- Přínos kontrastního vyšetření trávicí trubice v diagnostice zácpy
- Naše zkúsenosti s Wobenzynom v liečbe chorých s reumatoidnou a psoriatickou artritídou
- Pacienti revmatologické ordinace
- Poraněný v ordinaci praktického lékaře. Kapitola 3. O spáleninách
- Etické a právní problémy klonování lidí - současná situace
- Rejuvenalizace - starý sen lidstva
- Příběh antibiotik
- Smlouva v ordinaci praktických lékařů NZZ