

Specyfika współpracy lekarz–pacjent w pediatrii

Aldona Katarzyna Jankowska¹, Elżbieta Grześk¹, Aldona Kubica²,
 Marek Koziński³, Zofia Grąbczewska³

¹Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³I Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Pediatrya jest specjalnością medyczną zajmującą się zdrowiem i rozwojem noworodków, niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz młodzieży. Pacjenci w tych różnych grupach wiekowych wymagają od opiekującego się nimi lekarza stworzenia odmiennej relacji. Współpraca między lekarzem a pacjentem w pediatrii jest specyficzna także ze względu na udział w procesie leczenia rodziców dziecka, którzy szczególnie w pierwszym okresie stają się głównym podmiotem podczas zbierania i przekazywania informacji. Należy również szczególnie pamiętać o podmiotowym traktowaniu pacjenta w każdym wieku, proporcjonalnie do jego intelektu, aby uzyskać jak najlepszy efekt terapeutyczny. (Folia Cardiologica Excerpta 2010; 5, 2: 74–77)

Słowa kluczowe: pediatria, współpraca, terapia

Pediatrya jest specjalnością medyczną zajmującą się zdrowiem i rozwojem noworodków, niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz młodzieży. Pacjenci w tych różnych grupach wiekowych wymagają od opiekującego się nimi lekarza stworzenia odmiennej relacji. Skuteczność terapii w pediatrii jest funkcją dobrej komunikacji lekarza z dzieckiem (niezależnie od jego wieku) i jego opiekunami.

Właściwa relacja lekarz–pacjent jest niezwykle ważna już w odniesieniu do najmłodszych dzieci i ich rodziców. Noworodek, wbrew dawnym przekonaniom, słyszy i odczuwa ból. Wyniki zabiegów operacyjnych u noworodków są gorsze ze względu na źle dobrane dawki leków znieczulających [1].

Uspokajające słowa i ciepły dotyk mają dobry wpływ na dziecko, o czym wiadomo od wieków. Lekarz neonatolog w trakcie konsultacji powinien mówić do noworodka, ponieważ w ten sposób uspakaja dziecko i może je prawidłowo zbadać. Traktując podmiotowo noworodka, wzbudza większe zaufanie rodziców i znacząco zmniejsza stres związany z wizytą lekarską. Pierwsze godziny życia dziecka na zawsze pozostają w pamięci rodziców i powinien być to czas pełen radości. Niestety, nie zawsze tak jest. Do najbardziej stresujących sytuacji w neonatologii należą zagrażające życiu wady wrodzone, zamartwica i śmierć nowo narodzonego dziecka. Ze względu na powszechność badań ultrasonograficznych rozpoznaje się znaczny odsetek wad wrodzonych dzieci

Adres do korespondencji: Dr n. med. Elżbieta Grześk, Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85–094 Bydgoszcz, tel. (52) 585 48 60, faks (52) 585 48 67, e-mail: ellag@cm.umk.pl

już w okresie prenatalnym. Nadal jednak neonatolog staje wobec konieczności przekazania rodzicom złych wiadomości [2]. Właściwe przekazanie informacji umożliwi budowanie dobrej współpracy z opiekunami dziecka. Rozmowę powinno się przeprowadzać w spokojnym miejscu w obecności obojga rodziców, otwarcie i w języku zrozumiałym dla nich. Należy przedstawić rozpoznanie, zarys działań, jakich dziecko będzie wymagało, i możliwości uzyskania wsparcia.

Dzięki ogromnemu postępowi neonatologii utrzymuje się przy życiu skrajnie niedojrzałych wcześniaków narażonych na ryzyko zgonu w 1. roku życia i powikłania, takie jak: przewlekła choroba płuc, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, wzroku i słuchu [3]. Powikłania te wpływają na jakość życia pacjenta, którą trudno jest zaakceptować. Decyzja o podjęciu działań resuscytacyjnych i kontynuacji leczenia na oddziale intensywnej terapii wiąże się w takich przypadkach z ogromnym dylematem etycznym. Wątpliwości budzą kwestie związane z uwzględnianiem woli rodziców w podejmowaniu decyzji o resuscytacji bądź jej zaniechaniu. Dylematy te są przedmiotem dyskusji w piśmiennictwie neonatologicznym [4–6].

Rodzice ze zdrowym dzieckiem w wieku niemowlęcym zgłaszają się do pediatrii według terminu badań przesiewowych i szczepień oraz na konsultacje w przypadku choroby dziecka. Podczas takiej wizyty komunikacja jest trójstronna. Lekarz, dziecko i rodzic przekazują i odbierają informacje, obserwują i są obserwowani. Niemowlęta i kilkuletnie dzieci czują się bezpieczniej w ramionach lub na kolanach rodziców. Mimo że to dziecko jest pacjentem, matka odgrywa ważną rolę podczas wizyty. W tym okresie matka i dziecko stanowią jedność biologiczną. Wizytę należy rozpocząć od spokojnej rozmowy z matką. W trakcie konsultacji matka zaczyna obdarzać lekarza coraz większym zaufaniem, a dziecko, wyczuwając nastawienie matki, staje się bardziej otwarte. Jego lęk zmniejsza się i można przystąpić do badania przedmiotowego. Niemowlęta należy badać na specjalnym stoliku w bliskiej obecności rodzica, dzieci w wieku poniemowlęcym — na kolanach matki. Dzieci w wieku przedszkolnym można zacząć badać podczas zabawy. Powinno się angażować dziecko w proces konsultacji odpowiednio do jego wieku. W przypadku badania młodszych dzieci trzeba postępować delikatnie, ale stanowczo [7]. Aby zmniejszyć lęk dziecka, należy je informować w prosty sposób o tym, co dzieje się w trakcie konsultacji i o tym, na czym polegają badania, które za chwilę nastąpią [8]. Pediatra, rozmawiając z dzieckiem, nigdy nie może traktować go protekcyjnie.

Nie powinien przekazywać dziecku wrażenia, że jego uczucia, zainteresowania albo idee są dziecinnie. Nie wolno dyskutować o chorobie albo leczeniu dziecka, które już rozumie, co się mówi, w jego obecności, jeżeli nie rozmawiano z nim o tym przedtem [9]. Duża liczba dzieci w wieku 3–4 lat i większość dzieci 8-letnich może już czynnie udzielać wywiadu. W czasie rozmowy z dzieckiem lekarz powinien utrzymywać z nim kontakt wzrokowy, starając się przyjąć pozycję na poziomie jego wzroku, aby uniknąć efektu „przemawiania z wysoka”. Konsultacja pediatryczna kończy się przekazaniem zaleceń i sprawdzeniem, czy rodzice rzeczywiście je rozumieją. Nieprzestrzeganie zaleceń jest istotną przeszkodą na drodze do osiągnięcia celów terapeutycznych [10]. Lekarze po sprawdzeniu danych często zauważają, że rodzice nie stosują się do zaleceń w zakresie opieki nad dzieckiem. Pojawia się pytanie: jaka jest przyczyna?

Zastosowanie zaleceń nie jest prostą sprawą wynikającą z usłyszenia, zrozumienia i zrobienia tego, co powiedział lekarz. Nie można także wyjaśnić w prosty sposób nieprzestrzegania zaleceń jako braku wiedzy, zaniedbania lub kolizji osobowości. Trudności w wykonaniu zaleceń przez rodziców mogą mieć wiele przyczyn, które należy zidentyfikować. Czy rodzice rzeczywiście zrozumieli, jakie zalecenia przepisano albo zlecono i są do nich przekonani? Czy realizacja zaleceń nie przekracza ich możliwości finansowych, technicznych i emocjonalnych? Czy rodzice mogli wyjaśnić i omówić szczegóły zmian w kondycji dziecka i leczenia? Czy informacje lub rady przeciwnie do zaleceń lekarza, które pochodzą od innego rodzica, babci, przyjaciela, z artykułu w gazecie czy tygodniku albo z programu telewizyjnego wpływają na decyzje rodziców, wprowadzając ich w dezorientację?

Należy przeanalizować możliwości emocjonalne rodziców. Czasami problemy osobiste lub małżeńskie albo sama choroba dziecka sprawiają, że nie mogą oni przyjąć odpowiedzialności za leczenie dziecka. Osoby w stanie depresji mogą być tak wyczerpane psychicznie, że są nieprzystępne nawet dla dziecka, chociaż mogą świadomie chcieć albo mieć zamiar wykonać zalecenia. W niektórych przypadkach rodzice dziecka o negatywnym nastawieniu nie podejmują działań z odpowiednią stanowczością w obawie przed wywołaniem u niego urazu lub po prostu gniewu [11]. W pediatrii współpraca lekarz–pacjent polega na współpracy z dzieckiem i jego rodziną, dlatego konieczne jest stworzenie dobrej, konstruktywnej relacji. Nastoletni pacjent stanowi już pierwsze źródło informacji o sobie.

Komunikacja z nastolatkami, ze względu na specyficzne problemy okresu dojrzewania, z którymi się borykają, bywa dla lekarza pediatry prawdziwym wyzwaniem. Wiek młodzieńczy nie jest okresem beztroski i swobody. Wewnętrzny świat dojrzewającego człowieka jest pełen zamętu emocjonalnego [12]. Dobrowolna i samodzielna wizyta nastolatka u lekarza jest rzadko spotykanym aktem niezależności i może świadczyć o tym, że znajduje się on w poważnych kłopotach. Najistotniejsze jest, aby nie traktować nastolatka protekcyjnie i wyrazić gotowość do wysłuchania go. Mimo że obie strony w to wątpią, dorośli pozostają wciąż istotnymi osobami w życiu nastolatków. Większość nastolatków chętnie dzieli się swoimi kłopotami z lekarzem, którego traktują jak zaufaną osobę dorosłą. Czasami młodzi ludzie wolą rozmawiać z lekarzem w „cztery oczy”. Nastolatkom należy zapewnić maksymalne poczucie poufności rozmowy, przyjmując jednocześnie jedną ważną zasadę — jeżeli w czasie konsultacji wyniknie fakt, o którym według lekarza powinni wiedzieć rodzice nastolatka, to musi on ich o tym powiadomić. Lekarz może przedyskutować z pacjentem, co i kiedy powiedzieć rodzicom, ale sam fakt, że należy ich powiadomić, nie podlega dyskusji. Młodzi ludzie prawie bez wyjątków podporządkowują się takiej zasadzie [13, 14]. Do problemów zgłaszanych przez dorastające dziecko podczas takiej poufnej rozmowy należą między innymi nastroje samobójcze, wykorzystywanie seksualne, anoreksja, wyrzucenie poza nawias rodziny, ciąża lub życie w rodzinie patologicznej.

Nastroje samobójcze powinno się zawsze traktować poważnie jako ważny komunikat ze strony nastolatka. Nawet jeśli wydają się lekarzowi teatralne i sztuczne, należy zakładać, że stres i kłopoty leżące u ich podłoża są autentyczne oraz że pacjent rzeczywiście nie umie znaleźć innego wyjścia z sytuacji. Bez względu na ocenę sytuacji przez lekarza należy mieć świadomość, że jego perspektywa i ocena skali problemu może być zupełnie inna [15].

Problemy dorastających dzieci mają głęboki związek z ich dzieciństwem i obecną sytuacją rodzinną. Rolą lekarza pediatry opiekującego się dzieckiem jest również rozpoznawanie i zapobieganie przypadkom krzywdzenia i zaniedbywania dzieci. Jest to rola niezmiernie trudna. Wyraźne odkrycie przemocy i nadużyć wobec dzieci przez lekarzy nastąpiło dopiero w połowie XX wieku w Stanach Zjednoczonych — w 1946 roku dr John Caffey opublikował artykuł zatytułowany „Współlistnienie złamań kości długich i krwiaków podogonowych u dzieci jako fizycznych objawów maltretowania” [11].

W przeprowadzonych w Polsce w latach 80. XX wieku badaniach Anny Piekarskiej ujawniono, że kary fizyczne stosuje ponad 80% rodziców [16]. W ostatnich latach w Polsce sprawa przemocy wobec dzieci stała się przedmiotem skupionej uwagi środowiska medycznego. Od pierwszej reakcji pediatry do ujawnienia nadużyć wobec dziecka, poprzez odpowiednie udokumentowanie i opisanie zaobserwowanych okoliczności oraz bieżące próby przeciwdziałania krzywdzeniu dziecka zależy los dzieci i ich rodzin. Jednym z czynników najsilniej powstrzymujących lekarzy od zadawania pytań na temat przemocy i wykorzystywania seksualnego jest obawa przed urażeniem pacjenta i jego rodziny. Obawie tej towarzyszy poczucie bezsilności lub braku możliwości udzielenia pomocy. Aby zapewnić dziecku poczucie bezpieczeństwa, pytania dotyczące okoliczności zdarzenia i poniesionych obrażeń należy zadawać na osobności. Oznacza to, że lekarz musi odizolować dziecko od wszystkich osób towarzyszących w sposób niebudzący podejrzeń. Postępowanie pediatry w takich przypadkach musi być nacechowane delikatnością i odpowiedzialnością [16, 17].

Bardzo trudna i związana z dużym obciążeniem emocjonalnym jest współpraca lekarza pediatry z pacjentem borykającym się z chorobą stanowiącą poważne zagrożenie życia. Do takich sytuacji należy choroba nowotworowa dziecka, która w tym przypadku staje się chorobą całej rodziny. W niektórych przypadkach leczenie trwa kilka lat i szpital ze względu na wielokrotne hospitalizacje staje się drugim domem dziecka. Dobra współpraca, porozumienie i zaufanie między lekarzem, dzieckiem i jego rodziną wpływają na powodzenie terapii i pozwalają dziecku na przetrwanie trudnych chwil leczenia. Ogromnym wyzwaniem dla pediatry jest współpraca z dzieckiem w stanie terminalnym. W tym przypadku lekarz musi stawić czoło odczuwanej w pojęciu ludzkim nienaturalności zdarzeń.

We wszystkich grupach wiekowych i sytuacjach klinicznych od prawidłowej komunikacji i wiążącej się z nią współpracy między pediatrą, chorym dzieckiem i jego rodzicami zależy osiągnięcie celów terapeutycznych [18].

W pediatrii współpraca między lekarzem a pacjentem jest specyficzna, także ze względu na udział w procesie leczenia rodziców dziecka, którzy szczególnie w pierwszym okresie odgrywają istotną rolę podczas zbierania i przekazywania informacji. Należy także szczególnie pamiętać o podmiotowym traktowaniu pacjenta w każdy wiek, proporcjonalnie do jego intelektu, aby uzyskać jak najlepszy efekt terapeutyczny.

Piśmiennictwo

1. Anand K.J.S. Halothane-morphine compared with high dose sufentanil for anaesthesia and postoperative analgesia in neonatal cardiac surgery. *New Engl. J. of Med.* 1992; 326: 397–340.
2. Gajewska E. Neonatologia wczoraj, dziś i jutro. W: Forum. Intensywna terapia noworodka. Świetliński J. red. Alfa-Medica Press, Warszawa 2000; 1: 3–23.
3. Catlin A.J. Physicians neonatal resuscitation of extremely low-birth-weight preterm infants. *Neonatal Netw.* 2000; 19: 25–32.
4. Sadowska-Krawczyńska I. Sumienie neonatologa. *Post. Neonat.* 2003; (supl. 3): 190–191.
5. Gooi A., Oei J., Lui K. Attitudes of level II obstetricians towards the care of the extremely premature infant: a national survey. *J. Paediatr. Child. Health* 2003; 39: 451–455.
6. Cummings B., McKay K., Hussain N.J. Neonatologists opinions regarding resuscitation of extremely premature infants in Connecticut and Rhode Island. *Conn. Med.* 2002; 66: 733–738.
7. Gill D., O'Brien N. Paediatric clinical examination made easy. Wyd. 4. Churchill Livingstone, Edinburgh 2003.
8. Achenbach T.M., Edelbrock C.S. Manual for Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Dept of Psychiatry, Burlington 1983.
9. Goodall J. Opening windows into a child's mind. *Dev. Med. Child Neurol.* 1976; 18: 173.
10. Berg J.S., Dishler J., Wagner D.J., Raia J.J. Medication compliance: a healthcare problem. *Ann. Pharmacot.* 1993; 27 (supl. 5): 5–24.
11. Behrman R.E. Podręcznik pediatrii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996; 55.
12. Evans J. Adolescent and pre-adolescent psychiatry. Academic Press, London 1982.
13. Coleman J.C. The nature of adolescence. Methuen, London 1980.
14. Mayerscough P.R., Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
15. Hawton K., Osborn M., O'Grady J., Cole D. Adolescents who take overdoses: their characteristics, problems and contacts with helping agencies. *British J. of Psych.* 1982; 140: 118–123.
16. Jundził I. Dziecko ofiara przemocy. WSiP, Warszawa 1993.
17. Glaser D., Frosh S. Dziecko seksualnie wykorzystywane. PZWL, Warszawa 1995.
18. Nunes C., Atala M. Communication techniques used by pediatricians during well-child program visits: a pilot study. *Patients Educ. Couns.* 2010; 1: 79–84.