



Ivica Gulášová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o.
Bratislava

Ján Breza

Detská fakultná nemocnica, Urologická klinika, Bratislava,
Kramáre, LFUK Bratislava

Komunikácia s detským pacientom / *Communication with child patient*

Abstract

In the contribution authors present the principles of communication with pediatric patients and they deals with specifics of communication in the assessment of pain in children. Communication with child is always very specific. The first requirement for successful communication nurse with the child is aware of the developmental characteristics and specificities of each developmental period from birth child onwards up to the period of adolescence. Communication is directly contingent on health status, the nature and type of the disease and the intensity of clinical manifestations. For example, pain is a burden, signal disturbances, impaired function or structure. From a nursing perspective, this problem may combine a number of other difficulties. It is an unpleasant, negative and subjective feeling that is impuls and resource change or inception of deficient needs in any area. It also affects the currently experiencing and mental state of the child. It is necessary nurse that acquire and constantly innovated their communication skills in the care of pediatric patients. Communication with the child and his parents requires great patience, consistency, sincerity, humanity, listening skills, but also professional appearance. Communication with ill children and family dependants is very demanding and requires nurses willingness and knowledge of proper communication, but also quota communication skills to ensure that communication with them will be patient, ethical, empathetic, open, receptive, individual and respecting the holistic view of people in a professional relationship nurse - ill child - parent.

Keywords: Child, communication, pain, nurse, care, communication skills.

ÚVOD

Človek je tvor spoločenský, o čom svedčí potreba kontaktu s jeho okolím, prejavujúca sa vo forme komunikácie, ktorá mu umožňuje dorozumievať sa s ľuďmi, vyjadrovať svoje pocity, nálady, pracovať, vzdelávať sa, či vytvárať a upevňovať medziľudské vzťahy. Detskí pacienti majú na komunikáciu ešte väčšiu potrebu, preto sme sa rozhodli venovať tejto problematike. V našom príspevku prezentujeme zásady komunikácie s detským pacientom a zaoberáme sa špecifikami komunikácie v posudzovaní bolesti u detí.

V komunikácii je dôležité, aby účastníci rešpektovali predpoklady optimálnej komunikácie. Za najdôležitejšie predpoklady sa považujú zásady nechať hovoriť a pozorne počúvať druhého, prejavovať o neho záujem a snažiť sa ho pochopiť, naučiť sa hovoriť o tom, čo zaujíma a je zrozumiteľné pre iných, citlivo používať kritiku a príkazy, pochvalu, priznať si vlastné chyby, byť empatický, či vyhýbať sa konfliktom.

KOMUNIKÁCIA S DETSKÝM PACIENTOM

Komunikácia s dieťaťom je vždy veľmi špecifická. Pri stretnutí s ním nemožno nekomunikovať. Aby dieťa spolupracovalo, je nevyhnutá efektívna komunikácia zo strany profesionálov v zdravotníctve. Z pohľadu ošetrovateľstva treba poznať zvláštnosti a okolnosti, ktoré komunikáciu s detským pacientom modifikujú, príp. podporujú či utlmujú.

Prvým predpokladom úspešnej komunikácie sestry s dieťaťom je dôkladné poznanie vývinových charakteristík a osobitosti každého vývinového obdobia od narodenia dieťaťa až do obdobia adolescencie. Vek a rečové predispozície sú determinanty, ktoré prvotne určujú charakter komunikácie vo vzťahu sestry a dieťaťa (Linhartová, 2007).

Komunikácia je bezprostredne podmienená zdravotným stavom, charakterom a typom ochorenia a intenzitou klinických príznakov. Ovplyvňuje ju aj momentálne prežívanie a psychický stav dieťaťa. Je nevyhnutné, aby sestra nadobúdala a ustavične zdokonaľovala svoje komunikačné zručnosti pri starostlivosti o detského pacienta (Gulášová, 2004- A).

Aktívna komunikácia s hospitalizovaným dieťaťom je predpokladom úspešne poskytovanej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Holistická koncepcia prístupu k detskému pacientovi je určujúca aj pri komunikácii s rodinnými príslušníkmi, ktorá má takisto svoje špecifickú. Komunikácia s dieťaťom a jeho rodičmi si vyžaduje veľkú dávku trpezlivosti, dôslednosti, úprimnosti, ľudskosti, schopnosti načúvať, ale aj profesionálne vystupovanie. **V komunikácii s chorým dieťaťom platí dvojnásobne, že treba načúvať nielen sluchom, ale aj zrakom /signály neverbálnej komunikácie/, no najmä srdcom /prejavovať empatiu/** (Gulášová, 1996).

Ludská komunikácia obsahuje verbálnu, neverbálnu a paralingvistickú zložku. Neverbálne signály zastupujú viac než polovicu odovzdávaných informácií, ktorými dieťa prejavuje vždy skutočne prežívané, pravé emócie (Linhartová, 2007). Mnohostrannú „reč tela“ tvorí: Mimika a reč očí. **Tvář je najbohatším prijímačom, ale aj vysielateľom neverbálnych signálov.** Odráža 7 primárnych a množstvo ďalších sekundárnych emócií človeka. Tvár dieťaťa je veľavravná a úprimná. Prejavované city sú pravdivé a odzrkadľujú jeho prežívanie /strach, bolesť, smútok, radosť a pod./.

V komunikácii s dieťaťom je nesmierne dôležitý priamy očný kontakt, pri ktorom je nevyhnuté dodržať tzv. zrakový horizont, teda nepozerať sa na dieťa „z výšky“, čo môže dieťa chápať ako nadradenosť, ale zaujať pozíciu v drepe čiže pozerať naň

v jednej úrovni- „z očí do očí“. Pre dieťa v tvári sestry je najdôležitejší úsmev. **Pre jej prácu sú signály z tváre detského pacienta veľmi významné a podnecujúce.**

Proxemika je telesná vzdialenosť medzi sestrou a dieťaťom. Najčastejšie sestra zaujíma intímnu /do 45cm/ alebo osobnú / do 120 cm/ zónu. Intímna zóna predpokladá požitie dotykového kontaktu /pohladkanie/ v akútnom štádiu ochorenia, pri príjme alebo uskutočňovaní diagnostických, terapeutických či ošetrovateľských úkonov. Jej dodržiavanie je nevyhnuté pri negatívnych emocionálnych stavoch dieťaťa. **Osobná zóna sa využíva pri ošetrovaní, edukácii alebo pri kontakte s rodičmi.**

Haptika –dotyk, pri ošetrovaní detí sa je taktilný kontakt, najčastejšie používa dotyk- pohladenie /po líci, hlave, pleci/. U dojčiat a batoliat, ale aj u predškôlkov môže sestra využiť kontakt, keď dieťa vezme do náručia. Vytvára sa tak blízky vzťah dôvery a dieťa prežíva pocity istoty, bezpečia, lásky a záujmu zo strany dospelého (Gulášová, 2004-B . **Pretože je dieťa /aj choré/ veľmi vnímané, pozorné a všímavé, dôležité je, aby si sestra uvedomila, že je centrom pozornosti dieťaťa, a preto by sa mala vyvarovať negatívnych haptických prejavov a mala by využívať výlučne pozitívne prejavy.**

Posturika je postoj, poloha a držanie tela a jeho jednotlivých častí, ktoré si všimnielen sestra u dieťaťa a rodičov už od príjmu, ale aj dieťa a rodičia u sestry. Nevyhnuté je všímať si vytváranie tzv. bariér /prekřížené horné končatiny na hrudníku, prekřížené dolné končatiny/, ktoré tlmia komunikáciu. **Vo vzájomnej interakcii s chorými deťmi a ich rodičmi negatívne pôsobia napríklad aj ruky založené v bok či podupkávanie nohou.** Pri sedení sa odporúča rohová pozícia, ktorá vytvára atmosféru dôvery, udržiava zrakový kontakt a umožňuje pozorovanie ostatných častí tela. Od sestry sa pri starostlivosti o detského pacienta vyžadujú jemné, pokojné a primerané pohyby. Čím je dieťa menšie, tým viac to platí. **Ak dieťa leží v posteli, sestra si všíma, či má uvoľnené svalstvo, ako sú uložené jeho končatiny, prípadne či si nepridržiava niektorú časť tela /napr. tú, ktorá ho bolí/** (Gulášová, 2004 – B). Pozoruje to aj v stoji, resp. pri chôdzi. Niektoré deti, najmä hyperaktívne, majú veľa sily a energie aj pri vystupňovaných príznakoch a závažnom stave a je pre ne ťažké zaujať ležiacu polohu.

Gestikulácia dieťaťa je bohatá, presahuje veľkosť jeho osoby. Gestá sú spontánne pohyby častí tela, najčastejšie rúk. I keď sú neverbálne signály mimovoľné, od sestry sa vyžaduje regulácia a ovládanie vlastnej gestikulácie, ako aj využívanie pozitívnych gest, ktoré sa vykonávajú hornou polovicou tela. **Vyhýbať by sa mala gestám, ktoré zdvihnutým prstom niečo zakazujú, alebo klopkaniu na stôl, prípadne gestám so zaťatou päťou.** Celková úprava zovňajška a vzhľad dieťaťa a rodinných príslušníkov sú dôležitým informáciami o sociálnej a ekonomickej situácii rodiny. Sestra si všíma výzor dieťaťa a konštitúciu tela, odev, obuv a ich čistotu, úpravu vlasov a nechťov, ako aj doplnky (Gulášová, 2004-B). Úprava sestry má veľmi dôležitú úlohu, poukazuje na jej osobnosť a je neoddeliteľnou súčasťou jej imidžu. Neupravená sestra pôsobí na dieťa i rodičov tak nedôveryhodne

a nezodpovedne ako sestra s dlhými farebnými nechtami, výrazným líčením alebo nevhodným pracovným odevom.

Nezanedbateľnou súčasťou komunikácie je verbálna zložka. **Pri ošetrovaní chorého dieťaťa má sestra podľa možnosti prejavíť záujem o komunikáciu, ak ho prejaví dieťa.** Na rozhovor s dieťaťom alebo rodinnými príslušníkmi si sestra má vždy nájsť čas. V prvom rade je vhodné nechať hovoriť dieťa, aby vyrozprávalo svoje „problémy“. Potom možno klásť otázky a myslieť na to, že každá komunikácia musí pôsobiť terapeuticky. Pri rozhovore s edukačným zámerom si sestra musí pripraviť, o čom chce hovoriť, musí jasne formulovať otázky, ale sledovať aj čas rozhovoru závislosti od veku a zdravotného stavu dieťaťa. **Terapeuticky a upokojujúci má komunikácia pôsobiť aj na rodinných príslušníkov, ktorí spolu a dieťaťom ocenia pozdrav a vhodné oslovenia sestrou pri každom kontakte.** Sestra poskytuje zrozumiteľné, jednoduché a veku primerané informácie, ktoré môže podľa potreby zopakovať. Hovorí pokojne, zreteľne, spisovne a primerane rýchlo a vždy si overuje, že boli pochopené. Nepoužíva odbornú terminológiu ani cudzie slová.

Nemenej dôležité je všímať si aj paralingvistické prejavy v reči chorého dieťaťa, ku ktorým patrí hlasitosť, plynulosť, rýchlosť, kvalita, prízvuk slov, sila a výška hlasu, rýchlosť odpovede na otázku, trvanie prejavu, správnosť výslovnosti prípadné rečové chyby. **Uvedené extralingvistické prejavy v reči pediatrického pacienta sú ovplyvnené vekom, ale aj chorobou.**

Pri získavaní informácií pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu volí sestra vhodný čas na komunikáciu. Do úvahy berie nielen vekové osobitosti jednotlivých vývinových období, ale aj náladu, emócie, psychické rozpoloženie, najmä prejavy negatívnych pocitov – strach, úzkosť, apatiu, nezáujem, vzdor, nervozitu, nepokoj, agresiu, odmietanie, negáciu a pod. **Dieťa i rodičov pokladá za jedinečné individuality a osobnosti.**

Podporné osoby a rodinných príslušníkov má sestra chápať ako spojenie s dieťaťom počas hospitalizácie. Potrebné je, aby sa obidve strany rešpektovali, tolerovali a spolupracovali pri dosahovaní spoločného cieľa – na zlepšení zdravotného stavu dieťaťa.

Komunikácia s chorými deťmi a rodinným príslušníkmi je veľmi náročná a vyžaduje od sestry ochotu a znalosť správnej komunikácie, ale aj penzum komunikačných zručností, ktoré zabezpečia, že komunikácia s nimi bude trpezlivá, etická, empatická, otvorená, ústretová, individuálna a rešpektujúca holistický pohľad na osoby v profesionálnom vzťahu sestra – choré dieťa – rodič.

Cieľom komunikácie v ošetrovatelstve je eliminácia akýchkoľvek náznakov komunikačnej devalvácie, skrytej psychickej, komunikačnej sorigénie a uspokojenie biopsychosociálnych a spirituálnych potrieb pacienta i rodiny efektívnou, zmysluplnou a obohacujúcou ošetrovateľskou komunikáciou.

ŠPECIFICKÁ V POSUDZOVANÍ BOLESTI U DETÍ

Bolešť je veľmi častým príznakom mnohých ochorení. Aj pri praktickom ošetrovaní detí sa sestra často stretáva s problematikou bolesti a jej riešenia, preto je nevyhnuté, aby poznala základné aspekty týkajúce sa najmä jej rozpoznania, diagnostikovania a hodnotenia, ale aj merania a spôsobov jej ovplyvňovania.

Akútna bolesť a chronická bolesť identifikovať a stanoviť celý komplex ďalších sesterských diagnóz /strach, úzkosť, beznádej, bezmocnosť, zhoršená verbálna komunikácia, intolerancia aktivity a iné/. Špecifický sa bolesť môže analyzovať z rôznych oblastí a pohľadov, napr. v, onkológii, stomatológii, chirurgii, traumatológii, neurológii a pod. Objektivizácia charakteru, lokalizácie a najmä intenzity bolesti a jej merania u chorého dieťaťa patria medzi najnáročnejšie posudzovacie aktivity sestry.

HODNOTENIE A MERANIE BOLESTI

Na určenie lokalizácie bolesti sa u detí okrem verbálnych vyjadrení môže využiť kresba postavy človeka, na ktorej dieťa zaznačí bolestivé miesto alebo ho ukáže. U detí do 1. roka možno lokalitu bolesti len predpokladať na základe symptómov, fyzikálneho vyšetrenia a výsledkov medicínskych diagnostických postupov. **Charakter a druh bolesti môže dieťa slovne opísať.** Takto ju však definuje len dieťa, ktoré má vývinové, rečové a intelektové predpoklady, teda všeobecne dieťa v školskom období. Intenzita bolesti sa nedá merať priamo.

Staršie deti /približne od 8. roka života/ podobne ako dospelí pacienti môžu silu bolesti určiť pomocou vizuálnej analógovej škály bolesti /na stupnici alebo priamke od 0 do 10/ pri vyplňovaní dotazníka pre bolesť. Pri jej určovaní môžu mať problémy i deti v mladšom školskom veku.

Na identifikovanie aspektov ošetrovateľského problému bolesti u detí môžu ako pomôcky slúžiť tzv. neverbálne škály, ktoré sledujú paralingvistické prejavy bolesti: plač, vzdychy, nariekanie, mimiku /grimasy/, pohyby končatinami /strnulosť/, hladkanie príslušnej oblasti, aktivitu nervového systému /začervenanie tváre, búchanie srdca, namáhavé dýchanie/ a pod.

Pri sledovaní mimických prejavov v tvári dieťaťa sa pozoruje čelo a vrásky, obočie, mihalnice, nazolabiálne brázdny, ústa a kútiky úst, jazyk a brada. **U novorodenca sa pokojný spánok pokladá za stav bez bolesti.** Nepokoj a dráždivosť s ľahkým utíšením signalizujú malú bolesť. Trvalý plač, tachykardia, tachypnoe s problematickým upokojením poukazujú na veľkú bolesť. Krutú bolesť charakterizuje nepretržitý vyčerpávajúci krik, výrazná tachykardia a tachypnoe, zníženie saturácie O₂ a nemožnosť upokojenia dieťaťa (Ferenčík, Štvrtinová, Bernadič, Jakubovský, Hulín, 1997).

Vizuálne analógové škály sú grafické metódy na rýchle škálovanie intenzity bolesti. Patrí k nim metóda pokerových žetónov pre 4-8 ročné deti, ktoré pomocou 4 žetónov /krúžkov/ vyjadrujú intenzitu svojej bolesti /čím viac je žetónov, tým silnejšie je bolesť/ s aktívnou spoluprácou sestry. Okrem toho možno u detí

od 5 rokov využiť metódu kreslených tváričiek s grafickým vyjadrením mimiky alebo teplomer ako vizuálnu analógovú škálu (Gulášová, 2005- B).

Grafickou metódou je aj tzv. bolítomer. Je určený pre deti do 3 do 12 rokov a obsahuje 6 farebných fotografií, z ktorých si dieťa vyberá jednu podľa intenzity práve prežívannej bolesti. K fotografii sa priradí skóre z 5- alebo 100- stupňovej škály. Pre deti, ktoré vedia počítať sa ponúka jednoduchá škála alebo analógovú meraciu škálu (Gulášová, 2005- A).

Nijaká bolesť ---0---1---2---3---4---5---Neznesiteľná bolesť

ZÁVER

Bolesť je záťažou, signálom poruchy, narušenej funkcie alebo štruktúry. Z ošetrovateľského hľadiska sa s týmto problémom môže spájať množstvo ďalších ťažkostí. Ide o nepríjemný, negatívny a subjektívny pocit, ktorý je impulzom a zdrojom zmeny alebo vzniku deficitných potrieb v ktorejkoľvek oblasti. Dieťa by sa malo radowať, tešiť, hrať. Preto je na nás aby sme sa každými možnými spôsobmi o to usilovali, usilovali sa aby dieťa čo najmenej trpelo bolesťou a podobne aby i jeho rodičia netrpeli psychickou bolesťou z telesnej bolesti svojho dieťaťa.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- FERENČÍK, M., ŠTVRTINOVÁ, V., BERNADIČ, M., JAKUBOVSKÝ, J., HULÍN, I. 1997. Zápal, horúčka, bolesť. Bratislava, SLOVART – G.T.G., s.r.o., SLOVAC ACADEMIC PRESS, s.r.o., 1997, 215s., ISBN 80-85665-81-6
- GULÁŠOVÁ, I. 1996. *Rozvoj komunikačných a sociálnych schopností na hodinách psychológie na Strednej zdravotníckej škole MUDr. I. Hálka*. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik, ročník II., 1996/1, str. 25-28.
- GULÁŠOVÁ, I. 2004. A. *Psychologický prístup a komunikácia sestry s onkologicky chorým pacientom*. Kontakt, České Budějovice, ročník VI., 2004/č.2, str. 79-86
- GULÁŠOVÁ, I. 2004. B. *Psychologický prístup k hospitalizovanému detskému pacientovi*. Česko-Slovenská Pediatrie, ročník 59, 2004/č. 6, str. 320-321, INDEXED IN EMBASE/excerpta medica - Expertován v Bibliographia MEDICA ČECHOSLOVACA
- GULÁŠOVÁ, I. 2005. A. *Posudzovanie bolesti pacientov sestrou*. Zborník prednášok, X. Královohradecké dny. Nucleus, Hradec Králové, str.40-41, ISBN 80-86225-60-7
- GULÁŠOVÁ, I. 2005. B. *Úlohy sestry pri zabezpečovaní tlmenia chronickej bolesti novými metódami tlmenia bolesti*. Zborník prednášok, X. Královohradecké dny. Nucleus, Hradec Králové, str.112, ISBN 80-86225-60-7
- LINHARTOVÁ, M. 2007. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha, Grada, 2007, 152s., ISBN 978-80-247-1784-5