

Pediatrica

1. Pediatrica

Pediatrica ako samostatný vedný odbor sa zameriava na človeka v jeho najzraniteľnejších obdobiach života. Dieťa je viac menej odkázané na starostlivosť dospelých, predovšetkým svojich rodičov a tiež je viac disponované na rôzne ochorenia. Osobitosťou detského pacienta je aj to, že dieťa neprichádza k lekárovi samo, ale v sprievode dospelých, a teda nie ako subjekt rozhodujúci z vlastnej vôle. Trojrozmerný vzťah dieťa – lekár – rodič je veľmi zložitý. V rámci starostlivosti o dieťa je dôležité sa zamerať na tri oblasti:

- Zájmy a práva detského pacienta
- Autorita a povinnosti lekára
- Povinnosti rodiča

2. Charta práv hospitalizovaného dieťaťa

V snahe zabezpečiť optimálne prostredie pre harmonický rozvoj osobnosti dieťaťa i počas jeho hospitalizácie bola vypracovaná a schválená na prvej európskej konferencii o hospitalizovaných deťoch (máj 1988) **Charta práv hospitalizovaného dieťaťa**, ktorá obsahuje nasledovné **najdôležitejšie zásady**:

- Dieťa sa má hospitalizovať len vtedy, ak starostlivosť, ktorú jeho aktuálny stav vyžaduje, nie je možné rovnako dobre zabezpečiť doma a v ambulantnej starostlivosti.
- Dieťa v nemocnici má vždy právo mať pri sebe svojich rodičov alebo ich zástupcov. Zdravotník sám má navrhnúť a podporovať rozhodnutie rodičov zostať s dieťaťom v nemocnici.
- Rodičia, a podľa veku a mentálnej úrovne aj dieťa, majú právo byť informovaní o priebehu choroby, a to zrozumiteľným a pravdivým spôsobom, ako i o všetkých rozhodnutiach, týkajúcich sa vyšetrovania a liečby.
- Dieťa má byť chránené pred zbytočnými vyšetreniami, výskumom a liečbou.
- Deti by mali mať všetky podmienky na odpočinok, hranie i vyučovanie, nemali by byť hospitalizované na oddelení pre dospelých.
- Starostlivosť o dieťa v nemocnici vyžaduje zo strany ošetrojúceho personálu osobitný takt, pochopenie a rešpektovanie súkromia. Zdravotnícki pracovníci by mali byť vyškolení, aby boli schopní a pripravení odpovedať na fyzické, emočné a sociálne potreby dieťaťa a jeho rodiny.

3. Zásady prístupu zdravotníckych pracovníkov k dieťaťu

Pokroky a úspechy pediatrie tak v prevencii ako aj diagnostike a liečbe nezmenili veľa na skutočnosti traumatizácie dieťaťa v prípade jeho ochorenia. Traumatizácia dieťaťa chorobou sa môže ešte znásobiť diagnostickými a terapeutickými postupmi, najmä hospitalizáciou. Preto **ošetrovanie chorých detí vyžaduje nielen adekvátne odborné vedomosti a zručnosti, ale najmä etický a láskavý prístup.**

Deti v nemocnici, zvlášť dlhodobo hospitalizované trpia mnohými emočnými poruchami, ktoré majú svoj pôvod v zmene prostredia, v odlúčenosti od rodičov a rodiny prejavujúcich sa rôznymi formami strachu a úzkosti. Tento jav emocionálnej nestability charakterizovaný súborom fyzických ťažkostí a psychickej nerovnováhy sa nazýva **hospitalizmus**. Prejavuje sa stratou aktivity, zdanlivým nezaujmom o okolie a oneskorením mentálneho vývoja. Príprava dieťaťa na hospitalizáciu by mohla zmierniť jeho reakcie na pobyt v nemocnici. Najdôležitejšie je dieťa nestrašiť nemocnicou, injekciami, doma nehovoriť o chorobách, operáciách alebo smrti.

Menšie deti vnímajú odlúčenie od rodičov oveľa intenzívnejšie. Prejavujú to krikom, plačom, aktívnym odporom. Preto je vhodné prijať dieťa spolu s matkou, resp. s rodičom.

Staršie deti tlmia tieto prejavy, budia dojem, že strach nemajú, ale zvyčajne to nie je pravda. Keď sa príjem robí spoločne s rodičom, vzbudzuje to väčšiu dôveru rodičov v zdravotníckych pracovníkov, lebo vedia, kde dieťa bude ležať a ako s ním zaobchádzajú. Prítomnosť rodičov sa využíva na získavanie informácií o dieťati, jeho zvykoch, jedení, spánku, záľubách.

Deťom nehovoríme nič nepravdivé. Oboznámime ich približne ako dlho tam zostane, u menších detí koľkokrát sa vyspí. Vysvetlíme im potrebu, prečo musí byť hospitalizované. Povieme im o ľuďoch, ktorí tam s nimi prídu do kontaktu – sestričky, lekári, učiteľky a noví kamaráti. Tiež ich informujeme o tom, čo sa s nimi bude robiť, kedy je čas raňajok, obeda, vyšetrení, kedy ho môžu prísť navštíviť, prípadne možnosť telefonovania. Vybavenie detského oddelenia nábytkom, vymaľovaním a výzdobou by mali dieťa celkovo stimulovať a byť v súlade s jeho potrebami. Návštevy na detskom oddelení je potrebné umožniť rodičom denne.

Za optimálne riešenie považujeme, ak je dieťa hospitalizované spolu s rodičom. Najčastejšou námietkou proti tomuto opatreniu je nedostatočné priestorové a personálne vybavenie detských oddelení. Aj napriek tomu sa stotožňujeme s tvrdením: „*Na detskom oddelení, kde lekári a sestry nepovažujú prítomnosť rodiča alebo inej blízkej osoby pri hospitalizovanom dieťati za prirodzenú a samozrejmu, nie je nič v poriadku.*“

Je samozrejmé, že prítomnosť rodičov a blízkych osôb na oddelení občas prináša problémy. Lekárske rozhodnutia a zákroky sú starostlivo sledované rodičmi, ktorí nemusia vždy úplne chápať význam a nutnosť jednotlivých postupov, pretože sa v danej situácii ocitli spravidla po prvýkrát, a navyše sa nachádzajú v emočne náročnom stave obáv o zdravie a život svojich detí. Týka sa to všetkých, aj inak chladnokrvných profesionálov (lekárov) v roli rodiča chorého dieťaťa, ktorí strácajú svoju profesionálnu masku a správajú sa takisto iracionálne. (Gut, 2006)

Náplň práce detských sestier na oddelení sa tiež radikálne zmenila: cca pred 15 rokmi rozdávali lieky a takmer strojoivo kŕmili a prebaľovali plačúcich kojencov a batohatá. Akonáhle sa základná starostlivosť presunula do rúk matiek, sestry sa ocitli v roli manažérok chodu oddelenia, avšak pod drobnohľadom pozorujúcich rodinných príslušníkov, čo nie je vždy príjemné a jednoduché.

3.1. Bolesť u dieťaťa

Prah vnímania bolesti je subjektívny fenomén. Strach pred bolesťou patrí k najčastejším pocitom človeka vo vzťahu k chorobe a liečbe. U dieťaťa je **bolesť** o to trýznivejšia, že ju **nedokáže rozumovo prijať ako súčasť choroby a jej liečby**. Jednou z najdôležitejších úloh pri diagnostike a terapii je predchádzať alebo redukovať bolesť pri zdravotníckych úkonoch na najmenšiu možnú mieru.

Najdôležitejšie úlohy manažmentu bolesti sú pochopenie utrpenia a bolesti u dieťaťa, jej predchádzanie a medikamentózne potlačovanie, ako aj **zrozumiteľné informovanie dieťaťa** o tom, čo sa s ním práve deje a bude diať. Dôležité je **nezatajovať bolesť**, vhodné je vysvetliť aj to, že bolesť pominie a my mu budeme pomáhať, aby sa vyliečilo.

3.2. Komunikácia s chorým dieťaťom

V kontakte s dieťaťom nie sme len zdravotníkmi – môžeme byť pre nich partnermi v hre, náhradou kamarátov a rodičov. Vždy by sme mali byť tými, čo zostávajú pokojní, vedia si rady, sú zdrojom istoty a porozumenia. Veľký význam v komunikácii s dieťaťom zohráva aj neverbálna komunikácia:

- očný kontakt a úsmev,
- postoj – zvoliť výšku na úrovni dieťaťa (zohnúť sa, drepnúť si, posadiť sa),

- dotyk, pohladenie, držanie za ruku, nosenie na rukách (tu je dôležitá citlivosť k nastaveniu dieťaťa na dotyk – môžeme ho uklidniť, ale aj rozrušiť),
- úprava zovňajšku (neformálne oblečenie, alebo vykúkajúci plyšák z vrecka) významne mení emocionálne naladenie detí (tzv. lámanie ľadov),
- zrkadlenie v gestikulácii, v pohybe (dieťa sa prechádza, tak sa pridáme k nemu a môžeme sa porozprávať),
- významnú rolu hrá úprava prostredia, ktoré je vždy zdrojom podnetov.

Zásady komunikácie:

- dieťaťu neklameme,
- trpezlivo vysvetľujeme všetko s prihliadnutím ku zrelosti dieťaťa,
- používame jednoduchý slovník a krátke zrozumiteľné vety,
- neignorujeme detské otázky,
- pripravujeme na bolesť, nikdy netvrdíme opak,
- vždy chválime a oceňujeme akékoľvek úsilie, činnosť,
- neporovnávame s inými deťmi,
- pri nadviazaní kontaktu využívame hračky, obrázky, knihy.

4. Úloha SP v starostlivosti o dieťa v zdravotníckom zariadení

Skladba pacientov v detskej nemocnici (DN) je od novorodeneckého veku až po adolescentov, z čoho vyplýva **široká škála sociálnej problematiky**. Sociálny pracovník v DN zabezpečuje kvalifikovanú, zodpovednú a náročnú prácu, predovšetkým v akútnych krízových situáciách. Niekedy sú tieto aktivity spojené s osobným rizikom (napr. pri problematike týraného a zneužívaného dieťaťa). Sociálny pracovník musí vždy **konať v najlepšom záujme dieťaťa**, ku každému pristupovať individuálne s maximálnym rešpektom a ohľaduplnosťou.

Veľmi dôležitá je **interdisciplinárna spolupráca** – nielen s ďalšími zdravotníckymi odborníkmi (lekármi, psychológmi, zdravotníckym personálom atď.), ale aj s celou radou inštitúcií.

4.1. Deti z dysfunkčných rodín, zdravotne postihnuté a chronicky choré deti

Sociálny pracovník na pediatrii **venuje výraznú pozornosť ohrozeným deťom**. Patria sem deti v zdravotníckom zariadení **bez primeraného rodičovského záujmu** či deti, ktorých rodičia nerešpektujú pokyny lekára alebo odďaľujú prevzatie dieťaťa z nemocnice do domácej starostlivosti. Početnú skupinu tvoria rodičia, ktorí sa dožadujú opakovaných, odborne neodôvodnených hospitalizácií dieťaťa (tzv. Münchhausenov Syndrom by Proxy – synonymum predstierania a vymýšľania príčin ochorenia).

Sociálny pracovník venuje zvláštnu pozornosť **deťom z dysfunkčných rodín, zdravotne postihnutým, deťom neplnoletých rodičov, bezdomovcov, delikventov, deťom z rodín s výskytom alkoholizmu, toxikománie**. V niektorých prípadoch rodičia nejavia o dieťa záujem (napr. útek matky z nemocnice po pôrode, vyhýbanie sa kontaktu s ním atď.). V záujme dieťaťa napomáha sociálny pracovník jeho návratu do rodiny. Samozrejmouťou musí byť následné sledovanie sociálnych prípadov po prepustení z nemocnice v spolupráci s príslušnými inštitúciami – orgány sociálnoprávnej ochrany dieťaťa, súdy, polícia, zdravotnícke zariadenia, detské kolektívne zariadenia, dojčenské ústavy, detské domovy (DD), Ústavy sociálnej starostlivosti (ÚSS), azylové zariadenia či charita.

Hlavným cieľom plánu je stanovenie návrhov riešenia situácie dieťaťa za účelom vykonávania vhodných opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Pri jeho tvorbe a stanovení si cieľov je nevyhnutné vychádzať predovšetkým z anamnestických údajov o rodine, z poznania rodiny ako celku a zamerať sa na príčiny vyňatia dieťaťa z rodiny. Cieľ plánu sociálnej práce s rodinou a dieťaťom sleduje v prvom rade záujem dieťaťa a smeruje k možnému návratu dieťaťa do pôvodného rodinného prostredia alebo k zvereniu dieťaťa do náhradnej rodiny (Gažiková, 2010).

Chronické ochorenie detí je pre väčšinu rodičov veľkou ranou a ťažko sa s touto skutočnosťou vyrovnávajú. Patria sem napr. deti s vrodenými vývojovými vadami typu rázštepov, či s ťažkými vadami srdca, ktoré vyžadujú zvýšenú ošetrovateľskú starostlivosť. Zaraďujeme sem aj deti s metabolickými chybami – diabetici, fenylyketonurici, deti, ktoré musia dodržiavať rôzne diéty, napr. bezlepkovú diétu. Ak rodina nie je schopná zabezpečiť dieťaťu kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, sociálny pracovník dáva návrh na umiestnenie dieťaťa do DD (môže ísť o umiestnenie na prechodnú dobu, pokiaľ sa rodinná situácia alebo stav dieťaťa stabilizuje alebo dlhodobo).

Na detských oddeleniach sú nezriedka hospitalizované **deti s poruchou príjmu potravy** (mentálna anorexia, bulímia), ktoré žijú v nezdravej rodinnej atmosfére. V tomto prípade je nutná pomoc psychológa, psychiatra a sociálneho pracovníka. Úzka spolupráca sociálneho pracovníka s psychiatrickou ambulanciou DN je aj **v prípadoch samovražedných pokusov**. Častokrát sú za týmto zúfalým činom neusporiadané, ťažko narušené rodinné vzťahy. Podobná situácia je u detí, ktoré boli prijaté do DN z dôvodu intoxikácie, pod vplyvom návykových látok. (Pantělejevová, 2005)

4.2. Týrané, zneužívané a zanedbávané dieťa (syndróm CAN)

Syndróm týraného dieťaťa označujeme skratkou CAN (angl. Child Abuse and Neglect), čo v preklade znamená syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa. Zdravotnícka komisia Rady Európy (1992) v problematike CAN rozlišuje „*fyzické, sexuálne a emocionálne týranie, zanedbávanie a tzv. systémové týranie (sekundárne, inštitucionálne)*“. Väčšinou ide o nenáhodný dej či situáciu, ktorá je v danej spoločnosti neprijateľná, či odmietaná. Môže ísť o:

1. akciu: útok, násilie v akejkoľvek forme, najrôznejšie manipulácie s dieťaťom, jeho uvádzanie do neobvyklých situácií.
2. ne-akciu: zanedbávanie, izoláciu, nestarostlivosť, nesprávnu a nedostatočnú výživu, nedostatok zdravotnej a výchovnej starostlivosti.

Čaputová a kol. (2000) uvádza, že „*je to súbor nepriaznivých príznakov v najrôznejších oblastiach stavu a vývoja dieťaťa i jeho postavenia v spoločnosti, v rodine predovšetkým. Tieto príznaky sú výsledkom väčšinou úmyselného ubližovania dieťaťu, spôsobeného alebo pôsobeného najčastejšie jeho najbližšími vychovávateľmi, hlavne rodičmi*“.

Neexistuje jednoznačná predikcia sy CAN. Avšak zo spoločenskej situácie, zo sociálneho prostredia dieťaťa a z aktuálneho zdravotného a psychického vývoja dieťaťa samého je možné **vysloviť podozrenie**. Ak zdravotnícke zariadenie rozozná, že dieťa alebo aj jeho súrodenci žijú v rizikovom prostredí, tak ide o deti vo zvlášť ťažkej situácii, ktoré potrebujú zvláštnu pomoc spoločnosti (multidisciplinárny a medzirezortný prístup).

Celospolečenské riziká: národnosť, príslušnosť k určitej etnickej skupine, neschopnosť komunikovať slovenským jazykom, miesto pobytu: vidiek, ohrozenie vojnovým konfliktom, zasiahnutie prírodnou katastrofou atď.

Rizikové vzťahy v rodine: deti nepľnoletých rodičov, deti mladej matky samoživiteľky, deti imigrantov, deti utečencov hľadajúcich azyl, deti vyrastajúce v zločineckom prostredí, deti rodičov s HIV/AIDS, nemanželské deti, deti z incestného spojenia. Deti narodené v rodine s etnickými, náboženskými či národnostnými rozdielmi.

Rizikové dieťa: nezaregistrované na úradoch po pôrode, z mnohopočetných gravidít, s postihnutím, podrobené násiliu, s HIV/AIDS, bez domova, sirota, narodené rodičom so zvláštnym životným štýlom, žobrákom či toxikomanom.

	aktívne	Pasívne
Telesné týranie, zneužívanie a zanedbávanie	Tržné, zhmoždené rany, poranenia, bitie, zlomeniny, krvácanie, dusenie, otrávenie, smrť	Neprospievanie, vyhladovanie, nedostatky v bývaní, oblečení, v zdravotnej a výchovnej starostlivosti
Psychické, citové týranie a zanedbávanie	Nadávký, ponižovanie, strašenie, stres, agresia, šikanovanie	Nedostatok podnetov, psychická a citová zanedbanosť
Sexuálne zneužívanie	Sexuálne hry, pohlavné zneužívanie, ohmatávanie, manipulácia v oblasti erotogénnych zón, znásilnenie, incest	Exhibícia, video, foto, audiopornografia, zahrnutie detí do sexuálnych aktivít dospelých
Zvláštne formy: Münchhausenov syndróm v zastúpení, systémové týranie a zneužívanie, organizované týranie a zneužívanie, rituálne týranie a zneužívanie		

Tab. 1: Aktívne a pasívne prejavy jednotlivých foriem CAN (Šramová, 2004)

Jednou z foriem terapie je sanácia rodiny – výchovné pôsobenie na jej členov jednotlivo, aj ako na spoločenstvo, pričom základom je hodnotenie vzťahov v rodine. Pokiaľ diagnóza a prognóza ukáže nemožnosť nápravy, je nutné odobrať dieťa z rodiny a umiestniť ho v optimálnych podmienkach. Situáciu rodiny musí sociálny pracovník riešiť vždy komplexne.

4.3. Deti s onkologickým ochorením

Práca s deťmi s malígnymi chorobami si vyžaduje okrem vysokej profesionálnej úrovne aj **maximálne citlivý, láskavý a priateľský prístup**. Je etickou požiadavkou pre lekára, aby *vždy pravdivo a zrozumiteľne informoval rodičov o povahe ochorenia* a súčasne s maximálnym taktom zodpovedal ich otázky. Zvlášť u detí so závažnými diagnózami a prognózami je dôležité si uvedomiť, akým spôsobom bude rodičov informovať, aby ich nezraňoval viac ako vlastná skutočnosť závažného ochorenia ich dieťaťa.

Každá informácia o neistej diagnóze, najmä však informácia o vážnej chorobe dieťaťa vyvolá v rodičoch odozvu strachu – šoku. Prvé oznámenie musí byť spojené s okamžitou ochotou pomáhať a neponechať rodičov v neistote, byť k dispozícii kedykoľvek a opakovane až do vyriešenia ich potrieb. Informácia má byť vždy zrozumiteľná, povedaná rečou rodičov – najideálnejšie je, ak oboch rodičov naraz informuje vždy ten istý lekár. Pozitívne ladenie vyvoláva empatický lekár, realistický, neponáhľajúci sa, hovoriaci zrozumiteľne, v intímite prostredia. Pre správnu spoluprácu je treba poznať situáciu rodiny, vzdelanie, zamestnanie, počet detí, ale aj iné možnosti – starých rodičov. Každé vyšetrenie sa musí ukončiť otázkami rodičov, dokonca si musí lekár overiť, nakoľko informácii rozumeli, hlavne ak ide o liečbu, režim dňa a meniace sa ordinácie. (Černay, 2005)

Onkologická liečba je väčšinou náročná a zdĺhavá, a s ňou je spojená značná psychická záťaž dieťaťa a celej rodiny. Väčšinou hospitalizované dieťa sprevádza jeden z rodičov. Paradoxne tak môžu vznikať problémy v celkovej rodinnej situácii – v zabezpečení chodu domácnosti, v starostlivosti o ďalších súrodencov pacientov a pod. Niekedy sa vplyvom značného a dlhodobého stresu objavujú konflikty v spoložití partnerov, takisto sa objavujú finančné problémy. Preto tu nepochybne zohráva dôležitú rolu sociálny pracovník, ktorý začína pracovať s rodičmi bezprostredne po prijatí dieťaťa do nemocnice, poskytne im podstatné informácie, konkrétnu pomoc. Významnú rolu tu zohráva schopnosť empatie – zároveň je žiaduce, aby si dokázal udržať nadhľad a zostal objektívny. Je nutné postupovať prísne individuálne (každý prípad má svoje špecifiká): akýkoľvek paušálny prístup je pre sociálnu prácu, či dokonca riešenie prípadov nesprávny. Malo by platiť, že sociálnym aspektom v starostlivosti o deti by mali venovať maximálnu pozornosť všetci tí, ktorí s nimi pri výkone svojho povolania prichádzajú do styku.