

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Dzień dobry. Zapraszam Państwa do wysłuchania nowego odcinka z cyklu „Rozmowy dające siłę”. Mamy teraz początek jesieni, wciąż pięknej, ale niedługo możemy się spodziewać jesiennej słoty. A z tym wiąże się nasilenie infekcji również u dzieci. Czyli taki czas, kiedy częściej chodzimy z dziećmi do lekarza. Dlatego chciałabym porozmawiać o tym, jak sprawić, by wizyty lekarskie czy kontakt dzieci z personelem medycznym nie był trudny. Żeby dzieci się nie bały, żeby wizyty lekarskie nie były tak obciążające dla dzieci, ale też dla rodziców. Dlatego do naszego studia zaprosiłam panią doktor Różę Hajkuś. Dzień dobry.

Róża Hajkuś: Dzień dobry, cześć wszystkim.

Pani Róża pracuje w szpitalu, jest lekarką na oddziale pediatrii, a jednocześnie od kilku lat w internecie działa edukacyjnie. Jesteś autorką wystąpienia TEDxowego „Medycyna oparta na celebrytach”, a także autorką książki dla dzieci *Budowa Twojego ciała. Co jest czym i jak działa*. Oraz rzecz, która jest dla nas szczególnie ważna: byłaś prelegentką na konferencji organizowanej przez naszą Fundację, konferencji „Dziecko pokrzywdzone przestępstwem” w zeszłym roku. Wtedy wystąpienie dotyczyło kryzysu psychicznego na oddziale pediatrycznym. Bardzo ciekawy wykład. Można powiedzieć, że mamy twoje wsparcie z wielu stron.

Przechodząc do tematu naszej rozmowy, chciałabym zacząć od takiego pytania dość ogólnego, może fundamentalnego. Mianowicie chciałabym zapytać cię o prawa dziecka i prawa rodziców także, ale przede wszystkim właśnie prawa dziecka w sytuacji medycznej.

Dziękuję bardzo serdecznie za przedstawienie. Też się bardzo cieszę, że mogę tu dzisiaj z wami być i zawsze Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę daje mi możliwość mówienia dużo w tych tematach, które są dla mnie ważne. I dzisiaj też jeżeli chodzi o prawa dziecka-pacjenta, to nie wiem, czy wiecie – są oficjalne zalecenia. Jak wejdziecie na stronę Rzecznika Praw Pacjenta, można sobie ściągnąć coś takiego, co się nazywa Karta Praw Dziecka-Pacjenta i tam mamy opisane wszystkie prawa takiego młodszego pacjenta, czyli że on ma prawo też wiedzieć, co się z nim dzieje. Ma prawo do tego, żeby bliska osoba przy nim była. Ma prawo do współdziałania, o podejmowaniu decyzji na temat swojego leczenia na tyle, na ile jest w stanie ze względu na swój wiek.

Jest tam dużo takich fajnych opisów, które oczywiście na kartce w teorii jak wszystko wyglądają świetnie, natomiast w praktyce tak naprawdę jak wiele rzeczy w naszym systemie zależy to bardzo mocno od ludzi w danym miejscu, od personelu w danym miejscu. Bo łatwo jest sobie mówić. Ja często widzę taki komentarz w dyskusjach internetowych, że np. jedni rodzice mówią, że coś ich tam przykrego spotkało na wizycie w danej placówce medycznej i jest odpowiedź: „no to zmień placówkę, no to zmień lekarza”. Ale przecież wiemy, że to nie jest takie proste u nas w Polsce zmienić lekarza rodzinnego. Jeżeli mieszkacie w miasteczku, gdzie jest tylko jeden ośrodek i nie ma za wielkiego wyboru. Więc taka odpowiedź „zmień lekarza” to jest trochę na zasadzie zmień pracę wcześniej, wstawaj i będziesz nagle bogaty.

Dlatego ja lubię bardzo na różnych waszych konferencjach mówić o tym, co my jako personel możemy robić lepiej, czego rodzice powinni od nas oczekiwać, troszkę wymagać, żebyśmy jakoś wspólnie się starali w każdej sytuacji, żeby ta wizyta dla dziecka przebiegła jak najlepiej, bo ta Karta Praw Pacjenta jest bardzo ważna. Tylko że potem każdy z nas jako człowiek, jako lekarz, lekarka, pielęgniarz, pielęgniarka, cały personel medyczny swoim zachowaniem może bardzo szeroko interpretować te prawa. No i zawsze tam są takie kruczki. Nawet to, że obecność osoby bliskiej przy badaniu, znowu gdzie indziej jest zapis, że jeżeli to przeszkadza w działaniach, tak naprawdę nie jest to tak do końca zawsze konieczne i my jako personel możemy gdzieś tam z tym dyskutować i nawet takie naprawdę podstawowe rzeczy jak ta obecność osoby bliskiej, która się wydaje fundamentalna dla dziecka, nawet to może być podważone, więc nie jestem do końca fanką takiego opierania się tylko na obowiązujących formalnych przepisach, które oczywiście muszą być jak najbardziej, ale starajmy się też przekonywać ludzi, że po prostu to jest właściwe i po prostu to jest ważne. Argument, który ja widzę, jak próbuję opowiadać, że to jest ważne, żeby starać się, żeby dziecko się nie bało, to jest ważne, żeby je traktować z szacunkiem. To argument, który trafia do osób, do których inne nie trafiają to jest to, że ułatwi im to pracę, skróci im to czas wizyty, sprawi, że oni będą mieli mniej prób, np. nie wiem, pobierania krwi.

Próbujmy docierać do osób z naszego otoczenia poprzez takie bardziej ludzkie rozmowy niż pokazywanie im kartek z przepisami. To oczywiście mówię o nas, o personelu. A wy jako rodzice jak najbardziej się możecie powoływać na tę Kartę Praw Dziecka-Pacjenta i polecam ją sobie przeczytać. Ona nie jest długa, jest w ogóle w formie takiego fajnego plakatu ładnego i ona się znajduje na stronie Rzecznika Praw Pacjenta i sobie to zobaczycie, żebyście wiedzieli idąc na taką wizytę, czego możecie grzecznie, kulturalnie, oczywiście uprzejmie, jakkolwiek sobie tam nazwiemy, najzwyczajniej w świecie oczekiwać i w pewien sposób wymagać. A my jako personel powinniśmy się starać i naszym zachowaniem i dyskusjami między sobą się starać też do tego przekonywać, żeby te prawa dziecka były respektowane.

Faktycznie warto może przed taką wizytą spojrzeć na spisane prawa, odświeżyć, żeby potem wiedzieć, na co można liczyć. A teraz bardziej w temacie wizyty. Czym różni się z twojej perspektywy wizyta u lekarza dorosłej osoby a pacjenta, który jest dzieckiem?

Przede wszystkim tym. I to jest też coś, co wiele osób na etapie studiów, na początku drogi zawodowej przeraża i odstrasza tym, że mamy więcej osób na wizycie. To znaczy zawsze jest pacjent, który jest dzieckiem i jest przynajmniej jeden jego opiekun, który jest osobą dorosłą. Więc my na takiej wizycie mamy co najmniej dwójkę osób, którymi się musimy jakoś zaopiekować emocjonalnie i od strony medycznej, i każda z tych osób wymaga od nas czegoś innego, bo inaczej będziemy się zwracać czy rozmawiać z 5-latką, inaczej z jego przestraszonym rodzicem, inaczej z jego rozwścieczonym rodzicem. Niektórych to odstrasza, że nie jest tylko dziecko-pacjent w naszej gestii, żeby się nim zaopiekować, ale zawsze jest ten rodzic, któremu w jakiś sposób trzeba wyjaśnić, trzeba też z nim porozmawiać. Według mnie to jest zupełnie głupie, że na studiach się straszy tym ludzi, bo niestety nadal tak jest. Ja myślałam, że to tylko dawno, dawno temu jak ja studiowałam, to się mówiło, że „nie idźcie na pediatrię, bo dzieci to spoko”. Często się przewija takie zdanie: dzieci są fajne, ale rodzice nie. I jeżeli

ktos na etapie studiow sluszy cos takiego, to to jest w ogole okropne. Jak mozemy budowac fajna relacje z tymi rodzicami, jezeli my na etapie studiow jesteśmy przez kogos tam nastawiani, ze dzieci sa w porzadku, ale ci rodzice to tacy teraz po prostu straszni. Nie powinno sie tak mowic tym studentom, nie powinno sie tak mowic mlodym lekarzom. Jest wlasnie na odwrot.

Uwazam, ze to jest wielka zaleta pediatrii, ze oprócz pacjenta mamy kogos, kto jest bardzo zorientowany w jego stanie zdrowia. Zwykle bardzo moze pomoc swoimi obserwacjami. I ten rodzic, on jest naszym pomocnikiem. Czy na oddziale, gdzie z dzieckiem przebywa caly czas. Bardzo czujnie je obserwuje. Jako pierwszy czesto zgłasza rzeczy, ktore sie zmieniaja, zanim nawet my zdazymy ze wzgledu na duza liczbe pacjentow, ktorými sie zajmujemy zauwazyc, to ten rodzic jest na miejscu. On to widzi, on to zgłasza. To jest fajne.

Dziwi mnie ten argument, ze my pediatrzy, mamy gorzej, bo mamy dziecko i rodzicow, bo przeciez lekarze zajmujacy sie doroslymi tez gdzieś tam jest rodzina, ktora sie martwi o tego doroslego. I nie jest tylko jeden pacjent, ale tez jakaś rodzina moze przyjsc, zapytac o stan zdrowia tego pacjenta, oczekiwac czegoś od nas. No i to tez jest zawsze praca, tak troche z cala rodzina. Oczywiscie oprócz sytuacji, gdzie czlowiek rzeczywiscie samotny i pozostawiony sam w tej chorobie, ale czesto ta rodzina jest. I ta wizyta rózni sie tym, ze my wyjsciowo musimy pamietac, zeby sie starac, zeby kazda osoba podczas tej wizyty czula sie komfortowo i dziecko i rodzic. Rzeczywiscie to jest na poczatku wiekszy wysilek, bo musimy pamietac o wielu rzeczach. I faktycznie wiecej osob od nas czegoś na takiej wizycie wymaga. No ale sa inne plusy tej pracy, ktore mysle to wynagradzaja. Wiec przede wszystkim pamietajmy, ze dziecko to nie jest malutka kopia doroslego, tylko to jest osobna osoba. Inaczej trzeba sie nią zajac, doroslym inaczej. To jest taka podstawowa różnica, zebyśmy pamietali, ze dzieci tez sa na tej wizycie ludźmi, tez trzeba do nich sie zwrócic, trzeba nimi sie zajac, trzeba im cos wyjasnic, a nie tylko temu doroslemu, ktory jakby na rowni z nami rozmawia.

Skoro poruszyłaś wątek rodziców, to chciałabym cię jeszcze dopytać, bo mówisz o tym, że rodzice czy opiekunowie są tymi osobami, które wiedzą najwięcej, mają najwięcej obserwacji może w ten sposób. Dlatego chciałabym cię zapytać o to, na ile lekarze powinni uwzględniać te obserwacje rodziców?

To jest tak, ze uwazam, ze na moich studiach lekarskich bylo duzo rzeczy zbędnych i duzo takich rzeczy, ktore w ogole mi sie nie przydaja. Ale jedna z rzeczy bardzo fajnych to bylo to, ze ciagle nam powtarzano i na specjalizacji na róznych oddzialach, gdzie bylam na stazach, caly czas sluszałam, ze nigdy nie mamy ignorowac intuicji rodzica. I to jest taka mantra pediatryczna, ktora naprawde w wielu miejscach sluszałam. Absolutnie sie z nią zgadzam. Przede wszystkim jest to ważne w przypadku malych dzieci, niemowlat takich, ktore same sie z nami nie komunikuja. To obserwacja rodzica jest superważna i w przypadku dzieci z róznyimi swoimi obciazeniami, chorobami, jakimiś takimi ich cechami, ktore tez utrudniają ten kontakt np. mamy dzieci z porażeniem mózgowym, ktore nam same nie powiedzą co im jest, ale rodzic jest naprawde ekstra. Kazde takie dziecko jest inne i nam jest trudno po jednej wizycie czy po dwóch na przyklad wiedziec, jakie rzeczy sa dla niego typowe, czy to jest jego jakis objaw staly, czy to jest cos nowego. I tutaj rodzic jest superpomocny i my sami sie czesto pytamy rodzicow, czy oni uwazaja,

że np. taki typ kaszlu to jest coś nowego, czy to jest coś, co to dziecko ma ciągle np. jakieś zalegania w oskrzelach i oni nam to mówią. Małe dzieci też. Jeżeli rodzic nam mówi, że dla niego małe niemowlę, np. noworodek dziwnie się zachowuje, to my naprawdę jak przyjdzie rodzic na izbę przyjęć i powie, że dla niego ten pięcioletni maluch jest dziwny, to my go przyjmujemy na oddział, na obserwację. Bo jak rodzic mówi, że takie małe dziecko jest dziwne, że coś jest nie tak, to nigdy nie można czegoś takiego ignorować.

Zupełnie inną kwestią jest to, że rodzice też nie mają wiedzy medycznej takiej jak my i mogą wiele objawów, które nie są groźne brać za coś niepokojącego. To tutaj wtedy jest nasza rola, ale to też nie jest ignorowanie ich obserwacji i niepokoju, tylko naszą rolą jest tutaj wyjaśnienie na podstawie naszej wiedzy medycznej, czy ten objaw jest istotny w tym momencie mniej czy bardziej, czy wymaga dalszych badań, czy nie wymaga? Co ustalamy dalej? Czy obserwujemy, czy musimy podjąć jakieś leczenie. Więc rodzic pełni tę funkcję takiego naprawdę czujnego, superpomocnego obserwatora, a my naszą wiedzą medyczną mamy to uzupełnić i jeżeli jest współpraca, czyli rodzic obserwuje, mówi co uważa, my mamy wiedzę medyczną, mówimy co uważamy na ten temat na podstawie naszej wiedzy i razem wspólnie ustalamy, co dla tego dziecka jest najlepsze. Więc to też nie jest tak, że my w ciemno zgadzamy się na wszystkie pomysły rodziców, bo to nie o to chodzi. To w ogóle by było bez sensu. Rodzic by nie potrzebował w ogóle takiej wizyty, ale zawsze na poważnie bierzemy lęki rodziców.

Oczywiście są sytuacje skrajne, gdzie rodzic nas celowo oszukuje, bo na przykład stosuje przemoc wobec dziecka czy rodzic jakieś objawy nawet wywołuje, tak jak zespół Münchhausena z przeniesienia. No ale to są naprawdę rzadkie sytuacje, na które też musimy być wyczuleni, ale w większości przypadków jest zdanie powtarzane wszystkim młodym lekarzom, że nigdy nie możemy intuicji rodzica ignorować.

No to dobrze, że to się pojawia cały czas, bo myślę, że to jest bardzo budujące dla rodziców. A teraz chciałabym cię poprosić o pewnego rodzaju próbę wyobrażenia sobie idealnej wizyty lekarskiej z dzieckiem. Jak twoim zdaniem powinna ona wyglądać? Mam na myśli jak ona powinna przebiegać, ale również zachowanie uczestników tego spotkania, może także jakieś techniczne rzeczy związane z samym miejscem konsultacji. Jak byś to widziała?

Myślę, że tutaj są czynniki, które są od nas zależne i niezależne, bo na pewno by było fajnie, gdyby takie wizyty mogły trwać dłużej i w jakiejś takiej spokojniejszej formie, że wiemy, że nie czeka kolejnych dziesięcioro dzieci za drzwiami też chorych i jednak to jest taka presja czasu, to nie jest od nas zależne, ale to nic, bo jest bardzo wiele rzeczy, które od nas zależą i nawet na wizycie, która nie trwa długo, możemy dużo rzeczy zrobić, żeby ułatwić tę wizytę i sprawić, żeby była fajniejsza dla wszystkich.

Myślę, że od takich pierwszych kwestii technicznych, czyli żeby ten gabinet czy izba przyjęć nie wyglądał jak jakieś takie straszne miejsce, jest teraz trend, który mnie się bardzo podoba. U nas w pediatrii inne specjalizacje, takie bardziej poważne i poważane w środowisku lekarskim czegoś takiego nigdy nie robią, bo tamte gabinety są bardzo eleganckie i w ogóle ci lekarze są superelegancko ubrani, w jakieś garnitury

czy tam białe fartuchy, ale u nas to jest bardzo fajny trend. Jest teraz tak kolorowo. Czyli że są kolorowe stroje w jakieś kwiatki, w jakiejś misie. Personel chodzi tak ubrany.

U nas wszystkie pielęgniarki niezależnie od wieku mają kolorowe stroje na oddziałach. Są różne gadżety, które nie kosztują jakoś dużo, które można w gabinecie postawić. Ten gabinet można ozdobić jakimiś obrazkami, żeby trochę te gabinety teraz bardziej przypominają według mnie jakąś taką przedszkolną salę, oczywiście bez ilości tych zabawek, ale z samego wystroju niż taki sztywny pokój lekarski. Mnie się osobiście to bardzo podoba. Dzieci fajnie na to reagują, jeżeli ten gabinet też im się kojarzy z czymś takim ciekawszym, a nie jakieś takie surowe białe ściany. No i też jak my nie jesteśmy ubrani, też jakoś mam wrażenie, że to też przelamuje, jeżeli mamy na sobie takie mało poważne dla innych specjalistów stroje, ale dzieci to lubią, a to jest najważniejsze.

Tak sobie myślę, że to jest też pomocne dla rodziców i lekarzy. Jeśli w pomieszczeniu znajdują się właśnie takie dziecięce dekoracje, powiedzmy obrazki na ścianach. Wtedy można jakoś odwrócić uwagę dziecka, że jakoś się odnieść do nich. Nieraz byłam w takiej sytuacji. Nawet takie pojedyncze rzeczy były tym, na co mogłam zwrócić uwagę będąc z moim dzieckiem u lekarza, żeby jakoś go zająć w tym trudnym momencie. Więc myślę, że to może być pomocne, prawda?

Tak, tak, to właśnie o to chodzi, żeby zagaić rozmowę, bo będzie obrazek z jakiejś nie wiem, bajki, którą on lubi, czy jakieś zwierzątko, które lubi. I zawsze jest jakiś taki temat, gdzie możemy zacząć rozmowę z przestraszonym dzieckiem i troszkę odwrócić jego uwagę. Może to źle brzmi, odwrócić uwagę, no ale jakiś kontakt z nim bardziej nawiązać. To naprawdę nie kosztuje dużo. To nie są jakieś niesamowicie z kosmosu rzeczy. To nie jest drogi sprzęt medyczny, który faktycznie może być trudno, żeby gdzieś zakupić.

Oczywiście ważniejsze zawsze niż ten wystrój, który jest pomocny jest nasze zachowanie. Więc może zacznę najpierw od nas, czyli od personelu i pewnie będziemy potem jeszcze pod koniec mówić bardziej o nas jako o lekarzach i co my powinniśmy robić, żeby ta wizyta była lepsza. No ale jeżeli chodzi o dziecko, to myślę, że trzeba po prostu pamiętać zawsze, że to dziecko jest małym, przestraszonym, żywym człowiekiem indywidualnym, który do nas wchodzi do gabinetu, a nie jest jakimś przedmiotem, który nam rodzic przyniósł, żeby sprawdzić, czy jest zepsuty. I nie powinno tak być, że my rozmawiamy z rodzicem tak, jakby tego dziecka tam nie było. Oczywiście, jeżeli to jest niemowlak, to będziemy inaczej do niego mówić, ale ja mam taką zasadę, że mówię imionami do wszystkich dzieci, nawet do noworodków, no bo przecież jak moje dzieci się urodziły i były noworodkami, to też do nich mówiłam ich imionami. Nie czekałam, aż same zaczną mówić, żeby się do nich zwracać. I tak jak do mojego dziecka, przebijając mu pieluszkę, mówiłam, zwracając się do niego imieniem, to też zawsze pytam rodziców na początku, jeżeli gdzieś tam mi się komputer nie załadował i nie wiem jak to dziecko ma na imię i jeżeli to jest już takie większe, które rozumie, no to też się do niego zwracam. Witam się z nim, mówię do niego cześć jego imieniem. Jeżeli to jest na tyle duże dziecko, że już umie mówić, to pytam jak się dzisiaj czuje, z czym przyszedł. Jeżeli to jest nastolatek, to w ogóle się staram zacząć od tego, żeby to dziecko opisało mi objawy. Zresztą młodsze dzieci też, bo jeżeli są jakieś objawy, a to jest 8 czy 9 latek, to też nam śmiało opowie najpierw ze swojej strony, jak to widzi, a potem oczywiście rodzic również ze swojej strony

nam opowiada o tych objawach, ale to jest też i ważne medycznie, bo czasem dziecko fajnie coś opisze, co nas nakieruje na dobre rozpoznanie.

Ale też chodzi o to, żeby to dziecko wiedziało, że go po prostu zauważamy i też bierzemy pod uwagę jego zdanie na tyle, na ile jest w stanie i ma ochotę je wyrazić. Natomiast jeżeli dziecko się boi, nie ma ochoty z nami rozmawiać, no to oczywiście nie naciskam, tylko mówię okej, w porządku, ty nie musisz nic mówić jak nie masz ochoty, zapytam mamy czy taty, czy tam kogoś innego, kto przyszedł z dzieckiem. On mi wszystko powie. Jak będziesz chciał coś dodać to oczywiście możesz, a tu np. masz coś, czym możesz się w międzyczasie bawić. Ja sobie porozmawiam z rodzicami. No to to myślę, że jest ważne, żeby się zwracać bezpośrednio do tego dziecka. I z tymi noworodkami wiem, że może to dla kogoś być, nie wiem, śmieszne czy jakieś niepoważne, że ja badając dziecko na izbie przyjęć po prostu nawijam do tego noworodka i też mu mówię, że teraz badam brzuszek, teraz osłuchuję płuca, ale chodzi o to, żeby sobie wyrobić taki nawyk, żeby opisywać dzieciom, bo to jest kolejny punkt, żeby opisywać dzieciom to, co właśnie z nimi robimy, żeby to nie było zaskoczenia. Żeby to nie było tak, że nagle podchodzimy do dziecka, podnosimy mu koszulkę i przykładamy mu stetoskop. On nie wie, co się dzieje. Jakiś obcy człowiek podchodzi, dotyka go, rozbiera. Nie wiadomo w ogóle, o co chodzi.

Ja też jako dorosła nie lubię jak lekarz do mnie podchodzi i robi mi rzeczy, których nie rozumiem. Mimo tego, że jestem sama lekarką i wiem po co to jest i dlaczego. Ale uważam, że poświęcenie tych dwóch sekund, żeby powiedzieć: teraz cię osłucham albo teraz badam brzuch, albo coś tam, no to to jest naprawdę wysiłek minimalny. Nie wydłuża to wizyty w żaden sposób, bo często też słyszę argument od niektórych, że to, co ja opowiadam, wydłuża wizytę. Nie wydłuża wizyty. Bo jeżeli my robimy to w czasie rzeczywistym, czyli badając brzuch, mówimy teraz będziemy robić masaż brzuszka do małego dziecka czy do starszego. Teraz badam ci brzuch, będę musiała to trochę uciskać. Nie jest to może przyjemne, ale to zrobię szybko. Trzeba to zrobić. Do każdego dopasowujemy komunikat, żeby był zrozumiały dla dziecka w danym wieku. Ale to nie wydłuża wizyty, bo można to robić prawie że jednocześnie.

Pamiętam, jak kiedyś mówiłam o tym na Instagramie właśnie o tym temacie, to jedna mama mi napisała, że nigdy nie wybaczy lekarzowi, który złapał jej dziecko za głowę, przekręcił i wsadził otoskop do ucha. To dziecko się przeraziło (to było jakieś czteroletnie dziecko). To były takie słowa, cytuję, że „nigdy nie wybaczę temu lekarzowi”. Myślę, wystarczyło powiedzieć teraz zbadam ucho, co trwa sekundę, a przez to, że ktoś tego nie zrobił, zostawia tę matkę z takim odczuciem, że ona po latach używa takich mocnych słów, że nigdy mu tego nie zapomni, że nigdy mu tego nie wybaczy, bo tak przeraził to dziecko. To są naprawdę strasznie proste rzeczy. Wśród tych osób, wśród których pracuję czy na jakiś stażach widziałam większość osób naprawdę dokładnie w taki sposób działa. Myślę, że warto pilnować, żeby tak pracować, bo widzą nas studenci, widzą nas stażyści na różnym etapie swojej drogi. Dla mnie mówienie komuś na zasadzie tłumaczenie komuś, że ma robić tak i tak, to nigdy nie działa tak jak przykład. Bo jeżeli my sami się jakoś zachowujemy i badamy dziecko w określony sposób, to pamiętam też po sobie, jak byłam studentką. Nie pamiętam, co ci prowadzący tam mi nawijali, że mam robić tak i tak, ale pamiętam jak oni traktowali pacjentów, jak się do nich zwracali i pamiętam, jak się do nich źle niektórzy zwracali, że sobie myślałam, że nie chciałabym być tą pacjentką, że nie chciałabym nigdy tak jako lekarz traktować pacjenta. I nieważne, że oni wcześniej nam nawijali jakieś swoje wspaniałe przemyślenia,

skoro potem przychodził żywy pacjent i to w ogóle w praktyce nie było stosowane. Najważniejszy jest ten przykład i ta praktyka.

Dlatego właśnie ja do wszystkich dzieci mówię imieniem i nawijam, niezależnie od wieku. Tak samo przecież jak są dzieci, które nas nie słyszą, które nas nie widzą, dzieci z jakimiś poważnymi wadami genetycznymi, dzieci z porażeniem mózgowym w takim stopniu, gdzie wiadomo, porażenie może być bardzo, bardzo różne. Ale są dzieci leżące, niesłyszące, z którymi nie ma kontaktu. Ale to nie znaczy, że ja mam się nie zwracać do tego dziecka imieniem, bo przecież to jest dane dziecko w danej rodzinie, która to dziecko zwykle bardzo kocha, jest do niego przywiązana, też do niego, mówi imieniem. To są takie proste rzeczy, naprawdę proste, które nie wymagają ani pieniędzy, ani czasu, ani niczego, tylko takiego troszkę nawyku. Dla mnie to jest ważne właśnie w tej wizycie. I ta, tak górnolotnie nazwaliśmy idealna wizyta, ale to wcale nie wymaga jakichś cudów, jakichś nakładów niesamowitych, tylko żeby po prostu traktować tego pacjenta tak, jak samemu by się chciało być traktowanym.

Ja pamiętam jak byłam mała, to się strasznie bałam wizyt u lekarza, strasznie pobierania krwi się tak bałam, że cała rodzina mnie trzymała i wcale nie mam im tego za złe. No bo rozumiem, że badania były potrzebne i dobrze, że mnie trzymali i te badania były. Strasznie się bałam. I właśnie jak wybierałam specjalizację, to sobie tak myślałam, że kurczę, jak by fajnie było, żeby jak najmniej dzieci się tak czuło na tych wizytach u mnie, jak ja się czułam jako małe dziecko na wizycie u lekarza, gdzie naprawdę to dla mnie był koszmar iść do tego lekarza, bo się bałam co tam się stanie. To były trochę inne czasy. Mimo tego, że rodzice się starali mi coś tam tłumaczyć, to jednak te wizyty czasem wyglądały tak jak wyglądały, czyli że dziecko nie było w ogóle zauważane podczas tej wizyty.

Tak sobie myślę, że jeżeli czasem nie wiemy, jak się zachować, to zastanówmy się tak szybko, jak byśmy sami chcieli być potraktowani, gdybyśmy byli po tej drugiej stronie, gdybyśmy byli tym rodzicem, gdybyśmy byli nawet tym dzieckiem, to jak byśmy chcieli być potraktowani, a jak nie. Na tyle, na ile mamy zasobów w danej chwili, spróbujmy się tak zachowywać.

Powiedziałś o swoim doświadczeniu z dzieciństwa i właśnie chciałabym do tego jeszcze nawiązać. Może się to zadziać w sytuacji faktycznie trudnego doświadczenia, a może po prostu być lękiem dziecka przed nieznanym, co prowadzi do sytuacji, w której dziecko bardzo boi się badania czy wizyty u lekarza. Wie o nich wcześniej, bardzo przeżywa nawet wiele tygodni, zanim cokolwiek się zadzieje. Rodzice też są w tym i też im jest trudno. Jak właśnie rodzice czy opiekunowie powinni dziecko wesprzeć i pokierować tą sytuacją, żeby osiągnąć najlepszy efekt, to znaczy zadbać o komfort dziecka?

To myślę, że tutaj są dwa pola, gdzie możemy się postarać, to ułatwić. Czyli możemy coś zrobić jeszcze przed wizytą lekarską i w czasie wizyty. Jeżeli chodzi o takie przygotowanie, jeżeli my wiemy, że nasze dziecko prawdopodobnie nie będzie się czuło komfortowo na takiej wizycie, może już wiemy z wcześniejszych doświadczeń, że się boi albo po prostu je znamy. Wiemy, że jest wrażliwe i źle znosi jakieś sytuacje, takie w innym środowisku. To jako rodzice, opiekunowie możemy wcześniej sobie z nim to ćwiczyć. Możemy sobie z nim rozmawiać, opowiadać mu jak będzie wyglądała taka wizyta. U wielu

dzieci lęk się zmniejsza, jak dobrze wiedzą co się stanie, czyli np. jak ja przyjmuję dziecko na rezonans magnetyczny na oddział, to tłumaczę mu jak wygląda badanie. Jak ono wie, jak będzie wyglądało to badanie, to ten strach się zmniejsza. Często jak przyjmujemy takie dziecko to rodzic mówi: spoko, ja pokazałem mu filmiki na YouTube jak wygląda rezonans magnetyczny. Kiedyś z nim przećwiczyliśmy to, on tam wszedł. Zawinałem go w jakieś kołdry, żeby wiedział, że będzie musiał leżeć nieruchomo. Przećwiczyliśmy to, on wszystko wie, jak to wygląda. I zupełnie inaczej taki pacjent do tego badania podchodzi niż ktoś, kto kompletnie jest nieprzygotowany. Bo to jest też normalne, że się boimy tego, co nas może zaskoczyć, co nie wiemy, jak będzie wyglądało. Więc bardzo was zachęcam, żebyście starali się wytłumaczyć i nawet przećwiczyć w domu. Jakiś zestaw taki sobie kupić małego lekarza, te słuchawki jakieś takie i niech sobie dziecko ćwiczy na misiach osłuchiwanie, niech sobie na was ćwiczy jako dorosłych. Pokażcie mu jak wygląda. To, że to osłuchiwanie to nie jest nic strasznego, tylko przyłożymy sobie te słuchawki i chwilkę to potrwa. Lekarz sobie posłucha.

Naprawdę takie zabawy też pomagają. Jak badam małe dzieci, to często rodzice mówią: widzisz, widzisz, to takie słuchawki jak masz w domu, jak tam na misiach ćwiczyłaś. I rzeczywiście to dziecko już ten lęk jest mniejszy. Bardzo was zachęcam, żebyście byli czujni i starali się nie przenosić waszych własnych lęków na dzieci. Bo jeżeli to jest tak, że wy mówicie no jutro idziemy, jutro idziemy do tego szpitala i będziesz mieć te badania. Kurcze, tak się boję. Nie wiem co ci tam wyjdzie. Bo niektórzy rodzice łącznie z tym, że potrafią w obecności dziecka powiedzieć, że robimy rezonans, bo nie wiemy czy tam nie ma guza mózgu. No to jeżeli słyszy coś takiego dziecko. Bo ja rozumiem, że rodzice są przestraszeni, tylko uważajmy na komunikaty, które w obecności dzieci wyrażamy. I żeby było jasne, to było w sytuacjach, gdzie nie było żadnego podejrzenia guza mózgu. To były po prostu lęki rodziców, które jak najbardziej są zrozumiałe, bo każdy z nas jak sobie wpisze ból głowy w internet u dziecka, to zaraz mu wyskoczy guz mózgu i inne straszne rzeczy. Ja to rozumiem. Tylko uważajmy na komunikaty, które mówimy przy dzieciach, bo one oczywiście, że biorą na poważnie to co ich ukochane osoby, czyli rodzice mówią i biorą bardzo na poważnie to, czego rodzice się boją. Jeżeli na przykład sami się boimy wizyt u lekarza, to trudno będzie przekonać tego malucha, że to nie jest nic złego. Ja też lubię bardzo coś takiego, że jak wiemy, że któreś z naszych dzieci się boi wizyty u lekarza, a np. starszy się nie boi, bo jest już starszy, już więcej rozumie, to np. jak idziemy ze starszym, bo jest chore, weźmy to młodsze na tę wizytę, żeby sobie siedziało z boku i żeby kompletnie nikt od niego nic nie chciał, w ogóle nie jest badany. Niech sobie zobaczy z boku, że ten starszy brat czy siostra rozmawia sobie z lekarzem, jest osłuchiwany, nic się tam nie dzieje, nikt mu nie robi krzywdy, jest po prostu normalnie. Mama czy tata są spokojni, na spokojnie sobie z lekarzem rozmawiają i ono jest tylko obserwatorem. Widzi, jak to wygląda, nie jest jeszcze wtedy badany. Wraca sobie do domu i sobie może na spokojnie to jako taki widz obserwator zobaczyć.

Tak samo ja nie mam żadnego problemu jeszcze jak z dorosłymi, bo powiedziałam to w czasie terażniejszym. Już z dorosłymi nie pracuję, ale na początku, jak też dorosłych pacjentów przyjmowałam np. jeżeli przychodziła mama z dzieckiem, bo np. nie miała go z kim zostawić, sama była przeziębiona czy tam coś jej się działo, coś potrzebowała, przychodziła z dzieckiem na wizytę. I to jest fajne, bo jeżeli mama jest spokojna podczas tej wizyty, daje się zbadać, nie boi się, rozmawia z lekarzem normalnie, to jej dzieciątko, które tam sobie z boku jakąś kolorowanekę koloruje, widzi, że to nie jest nic strasznego, to jest normalna rzecz pójść do lekarza i się zbadać. Więc też poprzez taki przykład można te dzieci

przygotowywać. Oczywiście to nie zawsze jest łatwe, bo jak mamy sezon infekcji i cały korytarz chorych dzieci, to nie chcemy tego zdrowego w to wszystko przyprowadzać. Ale są czasem takie sytuacje bardziej na spokojnie, jakiś bilans czy coś innego. I czasami są takie momenty, że można to nasze dziecko, które się bardziej boi wziąć na wizytę z kimś, kto się mniej boi, żeby mu pokazać, że to nie jest nic straszego i znowu tym przykładem go nauczyć. Naprawdę takie wyjaśnianie wcześniej bardzo fajnie działa.

Natomiast podczas samej wizyty, co jest czasem bardzo trudne, starajmy się my jako dorośli wszyscy, czyli i rodzice i personel, żeby nasze takie negatywne emocje, czyli jakąś złość, zniecierpliwienie, ten strach o nasze dziecko jak najmniej mimo wszystko pokazywać. Bo jeżeli dziecko widzi np. że rodzic jest przerażony jego stanem zdrowia, to ono się też boi. A jeżeli widzi, że rodzic rozmawia z tym lekarzem, jest taki dziwny, jakiś spięty, jakiś taki nieswój, no to myśli kurczę, ten lekarz to chyba jest jakimś złodem. Mój rodzic, który wszystko jest zawsze okej, a tak się dziwnie tu jakoś zachowuje, tak jakby się bał, co ten lekarz powie, to coś tu jest chyba nie tak.

To samo my jako personel musimy bardzo uważać, żeby, żeby nie zwracać się do tych rodziców jakoś okropnie, nie wzbudzać w nich wyrzutów sumienia, jakiegoś poczucia winy, bo dzieci bardzo reagują na to, jak ktoś inny dorosły źle traktuje ich rodziców, bo dla nich rodzic jest najważniejszy. Nawet też słyszałam to od osób, z którymi rozmawiałam, że nawet pamiętają ze swojego dzieciństwa, że np. [...] ochrzanił ich rodziców podczas wizyty i oni nic nie pamiętają z tej wizyty. Z czym przyszli, po co? Czy byli chorzy, czy nie. Pamiętają, że ktoś potraktował okropnie ich rodziców w ich obecności i oni do tej pory to pamiętają jako coś okropnego. Dlaczego ktoś na moją mamę krzyczał? Dlaczego ktoś do mojego taty się tak odnosił? I to jest znowu nasza rola, żebyśmy się starali pokazać, my dorośli, że to nie jest jakaś sytuacja straszna. To jest sytuacja, gdzie przyszłiśmy tu wspólnie coś wyjaśnić. Ja wiem, że to się wszystko łatwo mówi w teorii, w praktyce jak czekacie dwie godziny pod gabinetem, a ja jestem 10 godzinę w pracy i się spotykamy wszyscy zmęczeni i zniecierpliwieni i zmartwieni i jeszcze jakieś tam swoje rzeczy prywatne w głowie przeżywamy, bo nie jesteśmy robotami. To jest czasem trudne, ale mimo wszystko się starajmy dawać tym dzieciom taki fajny przykład, że jesteśmy tu jako dorośli, wspólnie dla nich, żeby coś dla nich z korzyścią z tej wizyty wyniknęło. No i tak mi się wydaje, że przed wizytą przygotowujemy te dzieci na ile się da.

Jeszcze bardzo, bardzo ważna rzecz: nie krytykujemy dzieci, że się boją wizyty u lekarza albo w trakcie wizyty. To jest megaważne. Mnie się zdarza coś takiego w praktyce, że np. dziecko płacze, bo się boi i wtedy np. rodzic przeprosza mnie za to dziecko i mówi przepaszam, ja wiem, że to będzie trudno zbadać. Nie wiem, przepaszam, ja tu uspokoję czy coś. I ja mówię spokojnie, to jest normalna reakcja dziecka, to jest normalne. To, że ono teraz płacze, że się boi, że nie chce się od razu zbadać, że się chce przytulić i będzie to badanie utrudnione, to jest normalne, bo ono jest w obcym miejscu, obcy człowiek coś od niego chce i jakby to jest okej. To jest normalna reakcja dziecka na coś takiego. I nie krytykujemy za to ani dziecka, ani samych siebie, bo czasem rodzice mają jakieś wyrzuty, że kurczę coś z nimi jest nie tak, że przecież ona już ma 7 lat, przecież on już chodzi do pierwszej klasy, a tu się nie daje zbadać i co to w ogóle ma być? Nie, pomyślcie sobie sami nawet o nas dorosłych, jak chorujemy i musimy iść do lekarza usłyszeć jakąś diagnozę. To jest czasem taki stres, że naprawdę dorosłe osoby się sypią emocjonalnie, płaczą, boją się. To jest normalna rzecz. To jest po prostu trudna sytuacja dla każdego, a

zwłaszcza dla małego dziecka. I jakieś biczowanie się czy złośczenie na to dziecko, czy jakieś takie wyrażanie wstydu za to dziecko to naprawdę nie jest nic dobrego. A to jest niesamowite, bo nawet mi się zdarzało, że ktoś przepraszał, że niemowlak płacze podczas badania. Wiecie, 3 czy 4-miesięczne dziecko. Ja mówię: ale wie pani, to jest normalne. To jest totalnie normalna reakcja na to, że ktoś obcy go w tym momencie wziął na leżankę i bada. To jest normalna reakcja. Nie ma co przepraszać za normalną reakcję i to mama mi wtedy mówi, bo na jakiejś tam poprzedniej wizycie ktoś mnie strasznie ochrzanił, że to dziecko płacze. Myślę sobie, kurczę, jak potem mamy tym pacjentom mówić, że nie naprawdę lekarze są okej. To wszystko, co tam opowiadają wasi znajomi, nie, nie to się na pewno nie wydarzyło. No i wiecie, to była młoda mama, która miała kilkumiesięczne dziecko. I ona naprawdę była przerażona, jak ono zaczęło płakać, że ja zaraz będę mieć do niej jakiś wąty o to.

Pamiętajmy, że to jest trudne emocjonalnie dla dziecka. I mówię wam całkiem szczerze, jak małe dziecko nam się pozwala zupełnie bezwolnie zbadać i żadnych nie widać, żeby się denerwowało żadnych emocji, to nie jest normalne i to nas niepokoi. Jeżeli dziecko daje się spokojnie obcym osobom dotykać, jakkolwiek bez żadnych tam ze swojej strony obiekcji, albo jak dziecko na przykład w ogóle malutkie, nie płacze jak my np. pobieramy mu krew, no to to zazwyczaj świadczy o tym, że jest w ciężkim stanie. Nie ma już siły płakać i najbardziej chore dzieci nie płaczą podczas badania. I oczywiście nie chodzi mi tutaj o te, które już są przyzwyczajone i spokojne, ale jeżeli widzimy pierwszy raz i one nie wyrażają żadnych emocji kompletnie, to też jest coś nie tak. Tak że nie złoście się na swoje dzieci. Na spokojnie próbujemy. Jak płakało to trudno. Nie myślcie o tym, że to był wstyd przed ludźmi w poczekalni czy tam coś. Nie, nieważne. A my jesteśmy do tego przyzwyczajeni, że dzieci płaczą, boją się. Czasem mówią, że jesteśmy głupi. No to to oczywiście nie jest fajne i trzeba z nimi też rozmawiać, jakie komunikaty do innych wyrażać, ale to są normalne próby radzenia sobie z emocjami. Tak że nie złoście się na te dzieci ani na siebie, tylko próbujemy robić to, co się da, żeby im to ułatwić.

Chciałabym jeszcze wrócić do wątku tych trudnych sytuacji, będących wyzwaniem dla wszystkich stron spotkania. Na przykład, kiedy potrzebne jest wykonanie badania, dziecko jest przestraszone, zdenerwowane, nie pozwala sobie tego badania zrobić. No, jest taki moment bardzo trudny. I teraz pytanie na ile w ogóle w trakcie wizyty jest taka przestrzeń na elastyczność w działaniu, na ile dziecko może decydować o sobie, a na ile tutaj względy medyczne są decydujące?

No to oczywiście są trudne czasem sytuacje, natomiast zawsze musimy się zastanawiać: rodzice, opiekunowie i my, czyli dorośli ludzie, co jest dla dziecka największą korzyścią dla niego, dla niego jako pacjenta. Czyli np. jeżeli przyjmuję jakiegoś pacjenta do szpitala, ale on nie jest w stanie zagrożenia życia, na jakąś diagnostykę i takie dziecko bardzo się boi na izbie przyjęć jest przytulone do mamy. Dam radę osłuchać plecy jak jest przytulony. Dam radę osłuchać serduszko, ale pewnych rzeczy nie dam rady zrobić, a wiem, że ono będzie na oddziale np. przez cały dzień do jutra, że będziemy mieć potem czas, to można niektóre rzeczy w czasie sobie odciągnąć. Można mu dać trochę czasu, żeby się z nami zapoznało. Tak jak są czasem wizyty u stomatologów, na przykład wizyty tylko najpierw, żeby zobaczyć gabinet na jakiś przegląd, zanim zaczniemy leczenie. To tak samo. czasem jest na to czas w pediatrii, że możemy dać sobie i dziecku czas na zbudowanie pewnej relacji i pokazanie mu, że nic się strasznego nie dzieje. Jeżeli bardzo płacze dobra, niech sobie pójdzie na salę, przytuli się z rodzicem, damy mu tą

chwilę. Jest to czasem możliwe. Tak samo jeżeli czegoś od nas nie wymaga na 100% sytuacja, to możemy pewne rzeczy odpuścić. Jeżeli dziecko bardzo tego nie chce. Ale często w pediatrii jest tak, że rodzic do nas przychodzi, bo coś się dzieje nagle, coś się dzieje złego, coś trzeba wyjaśnić. I znowu nie może być tak, że my wszyscy dorośli zdecydujemy dobra, to w ogóle nie podajmy tego gorączkującego do 40 stopni od tygodnia 5-latka, bo on się nie lubi badać. Okej, wpiszmy sobie nie chciał się zbadać i do domu i dalej nic nie wiemy i dalej mu w żaden sposób nie pomożemy. I to są sytuacje oczywiście trudniejsze, bo czasami trzeba coś zrobić powiedzmy sobie wprost na siłę. Rodzic musi dziecko przytrzymać, żebym ja zbadała gardło. To są takie sytuacje, bardzo się staram, żeby ich było jak najmniej. I naprawdę, jeżeli to są sytuacje bardziej na spokojnie, nawet dwulatki wam mogą pokazać gardło do badania bez patyczka. I to wcale nie są rzadkie sytuacje i to da się zrobić. A są takie dzieci, które nawet z powodu tego, że się źle czują, bo przychodzą do nas jakieś bólowe, cierpiące w jakiejś poważnej chorobie i one normalnie się dają zbadać bez problemu, kompletnie nie mają z tym problemu, nie sprawia im to żadnego dyskomfortu, a dzisiaj się czują tak źle, że czasem są rozdrażnione, bo są niedotlenione, czasem są rozdrażnione, bo są w czasie jakiejś poważnej infekcji. One się zachowują nawet nieadekwatnie jak dla samych siebie, to czasami dla dobra tych dzieci pewne rzeczy trzeba zrobić, mimo tego, że nie chcą. Tak jak trzeba czasem pobrać krew i zrobić badania, chociaż żadne dziecko normalne nie wyciągnie ręki, samo nie powie fajnie, to mi teraz weźcie mi ukłujcie i bierzcie krew. Nawet my dorośli tak nie robimy zwykle. I są pewne rzeczy, które dla dobra dziecka robimy i my dorośli o tym decydujemy. Tak samo bardzo was proszę, żebyście pamiętali, bo każda decyzja niesie za sobą konsekwencje. Czyli decyzja, że czegoś nie zrobimy, też niesie konsekwencje. Jeżeli te konsekwencje potencjalne nie są groźne, to tego nie róbmy. Ale jeżeli potencjalne konsekwencje są takie, że nie rozpoznamy groźnej infekcji i dziecku nie pomożemy, no to nie może być tak, że my przez to, że nie chcemy dziecku robić krzywdy, nigdy nie chcemy go kłuć bez powodu. Tylko pytanie co jest dla niego w tym momencie gorsze i groźniejsze, a co lepsze.

Pamiętajcie też, że to nie małe dziecko decyduje, że się zgadza na badania z krwi, albo czy się zgadza na przyjęcie do szpitala, bo są czasem sytuacje na izbie przyjęć, kiedy mówimy no, przyjęcie tutaj jest potrzebne, bo są jakieś niepokojące objawy, może to być coś groźnego albo leczenie ambulatoryjne kompletnie nie działa. Wyniki badań laboratoryjnych zapalne rosną. Mimo tego leczenia trzeba skierować dziecko na oddział. I tacy rodzice, przestraszeni na izbie przyjęć pytają się pięcioletniego dziecka, czy się zgadza zostać na oddziale. Więc każde normalnie myślące dziecko, które rozumie to pytanie, mówi: „nie, chcę wrócić do domu”. I ci rodzice do mnie mówią: no widzi pani doktor, no on nie zostanie, bo on chce wrócić do domu. I to jest właśnie taka sytuacja. Ja rzadko podważam zdanie rodziców, naprawdę rzadko, bo rzadko to jest potrzebne. Ale tutaj zawsze mówię, że w tym momencie pięcioletek nie ma na tyle świadomości i wiedzy, żeby sam zdecydować o sobie, co jest dla niego najbezpieczniejsze i że teraz to jest decyzja ich, czyli dorosłych. Więc jakby to oni w tym momencie decydują, czy dziecko zostaje. Mają do tego prawo. Mogą zdecydować o tym, że się nie chcą przyjąć do szpitala, bo oprócz stanów bezpośredniego zagrożenia życia mają rodzice prawo decydować tak, jak mają prawo się wypisać w każdej chwili ze szpitala, jeżeli nie ma bezpośredniego zagrożenia życia, a często nie ma. Tylko żeby sobie zdawali sprawę, że to jest ich decyzja. Nie zrzucali odpowiedzialności za tak poważne rzeczy na kilkuletnie dzieci. Ja rozumiem, że to wynika z jakiegoś ich strachu przed tym, że muszą do tego szpitala przyjść. Tylko dzieci to są dzieci. I tak jak nie pytamy ich, czy chcą na obiad dostać chipsy z cukierkami z

frytkami, jak powiedzą tak, chcemy dzisiaj zjeść cukierki na obiad, to też im nie dajemy tych cukierków. Tylko jednak my, dorośli mamy swoje obowiązki tutaj i dzieci mają swój zakres, w którym mogą decydować. A my jako dorośli mamy pewne obowiązki, żeby zapewnić im bezpieczeństwo i odpowiednią opiekę. A są też oczywiście rzeczy, o których dzieci mogą decydować w czasie wizyty czy w czasie pobytu. I warto dać im tę możliwość. To są takie drobne rzeczy np. nie wiem czy najpierw chcesz mieć zbadany brzuszek, czy najpierw chcesz mieć osłuchane serduszko, np. czy mogę obok ciebie usiąść jak cię badam? I np. dziecko mówi, że nie, nie chce, żebym koło niego siedziała i wtedy nie siadam koło niego, tylko stoję, np. kucam przed nim i go osłuchuję. Albo pytam czy chce mi pokazać samochodzik, który ma w ręce, a on mówi nie i chowa go, bo się nie boi. To też, na siłę mu nie każę, albo go pytam: Chcesz naklejkę czy chcesz tatuaż? Co ci się bardziej podoba tam z tego pudełka? I to są niby drobne rzeczy i nieważne, ale wtedy dziecko ma poczucie, że na tyle na ile może, to sobie decyduje.

Oczywiście, jak to jest nastolatek, no to jest inna sytuacja i go nie pytamy, czy chce naklejkę, czy tatuaż, tylko on już decyduje w innym stopniu o swoim leczeniu. Dzieci po ukończeniu 16 roku życia na równi z rodzicami decydują o wszystkim. Więc jak nam się dziecko, które ma 16 lat i miesiąc (to znaczy dziecko to już nie dziecko, tylko duży człowiek). Dla nas to już jest strasznie duży w pediatrii mówi, że się nie zgadza na przyjęcie na oddział to jest zupełnie inna sytuacja, bo po skończeniu 16 roku życia on ma prawo na równi z rodzicami decydować. To są inne sytuacje prawne, inne sytuacje takie organizacyjne, ale pamiętajmy, że dajemy jak najbardziej dziecku swobodę, niezależnie od wieku, ale w takim zakresie, w którym ono rzeczywiście świadomie, na podstawie swojego wieku i swoich takich umiejętności intelektualnych i społecznych może rzeczywiście bez szkody dla siebie tutaj decydować.

Myślę, że to jest bardzo ważne, o czym teraz powiedziałaś. I chciałabym jeszcze dopytać, bo wspominałaś już o pacjentach ze specjalnymi potrzebami. Chciałabym rozwinąć ten wątek. Czy taka wizyta powinna się czymś różnić? Mam na myśli pacjentów, u których niepełnosprawność czy neuroatypowość nie jest od razu widoczna, mimo że te potrzeby są np. u dzieci w spektrum. Jak rodzic czy opiekun powinien się przygotować, zachować czy uprzedzać? W jaki sposób to komunikować? Może nie robić tego tak z marszu, jak to widzisz?

Ja myślę, że jak najbardziej by było super, gdyby rodzic nam mówił czego to dziecko potrzebuje, czego się szczególnie boi. Bo tak jak mówiłam wcześniej, naprawdę każde z tych dzieci jest inne. Każde dziecko z daną wadą genetyczną czy np. dzieci w spektrum to już w ogóle jest ogromna, ogromna grupa bardzo różnych dzieci, z bardzo różnymi potrzebami i takimi umiejętnościami odnajdywania się w różnych sytuacjach. I rodzic je zna na wylot, wie czego się boi, że np. nie wiem, nie lubi być dotykane bezpośrednio, że pewnych komunikatów, jeżeli nie będą dobrze przez nas wyrażone np. w bardzo prosty, taki dosłowny sposób może dziecko nie zrozumieć i mogą je przerazić. Nie pamiętam teraz dokładnego tego przykładu, ale wiem, że ktoś miał taką sytuację. Z osób, które znam, że jakiś komunikat powiedział takie jakieś zwykłe hasło do badania, a dziecko myślało, że mu chcemy głowę oderwać. Nie pamiętam dokładnie tych słów, ale chodziło o to, że wiecie my mówimy jakiś tam nasz zwykły komunikat w stylu nie wiem, przekręć tu główkę czy coś takiego, a to dziecko może to zrozumieć, że my mu chcemy odkręcić głowę dosłownie.

Chodzi o to, że jeżeli rodzic nam powie wcześniej, nawet na początku wizyty, jeżeli da radę wcześniej, ale wiadomo jak to jest, jak dzwoni, umawia wizytę to często pewnie nigdy nie rozmawia z lekarzem. Nie zawsze ta informacja gdzieś tam będzie przekazana ze względu na natłok informacji różnych tego dnia. Ale nawet na początku wizyty może nam powiedzieć, że to dziecko woli coś, a nie coś. I jeżeli to nie przeszkadza w tym, żeby ostatecznie zostało zbadane w całości. Bo zwykle tak jest, że my naprawdę możemy zmieniać kolejność badania na różne sposoby tak to robić, żeby ostatecznie osiągnąć ten efekt medyczny, który chcemy, ale w taki sposób jak najmniej, dla tego danego pacjenta trudny. I ja np. lubię, jak mi rodzic mówi na początku wizyty tylko to, co wam mówiłam nie w taki sposób, że wchodzi ktoś do gabinetu i mówi o moje dziecko się nie da zbadać, bo ono się tak boi lekarzy nie ma szans, nie da się zbadać. No i to dziecko w ogóle przestraszone, rzeczywiście rodzic mówi, że się nie da zbadać i już ma taki komunikat, że kurczę, coś tu się dziwnego wydarzy. I rzeczywiście te komunikaty przyjmuje. Ale jak rodzic tłumaczy te potrzeby dziecka albo u tych dzieci, gdzie kontakt z nimi jest trudniejszy ze względu na różne rzeczy, to też rodzic nam jest potrzebny, żeby właśnie powiedzieć, czy w tym momencie np. boli, jak badamy, czy nie boli, bo to dziecko tego nie powie słownie, ale rodzic je zna i wie jakimi innymi komunikatami, tylko znanymi tej rodzinie kontaktuje się w jakiś inny sposób, komunikuje z nimi. Więc tak, myślę, że jeżeli są dzieci z takimi innymi szczególnymi potrzebami, to fajnie by było, gdyby to było zakomunikowane na początku wizyty, żebyśmy wspólnie z korzyścią dla tego pacjenta działali. A jeżeli lekarz nie szanuje tych uwag, które mówi rodzic, no to nie jest fajne i rzeczywiście warto by było z nim to przegadać. Albo może w okolicy szukać kogoś, kto jednak zwróci uwagę na to, że niektóre dzieci potrzebują od nas więcej uwagi czy więcej innych działań.

Ale chciałam was uczulić, że my też mamy ograniczone możliwości. To co, damy radę to zrobimy, czyli w obrębie danego czasu, wizyty, danych, możliwości gabinetu zrobimy. Nie zawsze wszystko się da zrobić, ale jednak powinniśmy się starać, żeby było najlepiej dla tych dzieci. I to co wiem, że już to powiedziałam 10 razy, ale pamiętajmy wszyscy, że każde dziecko jest inne. Nawet jak jest ta sama choroba, ten sam zespół genetyczny, to samo rozpoznanie na papierze od psychologów, psychiatrów czy od kogokolwiek. Każde dziecko jest inne. I o tym też pamiętajmy. I nie traktujmy jakoś tak szablonowo tych dzieci, że skoro u jednego coś tam zadziało, to już u wszystkich, z tą chorobą. Czasem jak jest starsze dziecko, ono też nam komunikuje. A u małych dzieci to co nie powiedziałam wcześniej jest bardzo ważne, jak się dzieci boją, bo właśnie to jest ważne, a zapomniałam. Jak najwięcej się staram najpierw badać na kolanach u rodziców. Jeżeli jest dziecko przestraszone, to nie zabieramy od razu, nie odrywamy od opiekuna, tylko dużo, naprawdę dużą część badania brzucha nie zbadamy na kolanach. Ale jeżeli zaczniemy od osłuchiwania i jest przytulony ten maluch do rodziców, widzi, że się nic strasznego nie dzieje. Jeżeli na chwilę musimy go położyć na kozetce, to też proszę rodziców, żeby byli blisko, kucnęli np. przy głowie. Jest głowa mamy czy taty koło głowy tego dziecka, mogą być tak przytuleni policzkiem do siebie. I też wtedy dziecko wie, że jak ja tam badam brzuch, to jest tutaj rodzic, wszystko się dzieje w jego obecności.

Tak samo badanie np. narządów płciowych u dzieci, które powinno być wykonywane podczas bilansów czy w różnych sytuacjach też w obecności rodzica, żeby dziecko widziało, że rodzic tutaj jest, że to wszystko jest w porządku, to co się dzieje w ramach wizyty lekarskiej, za zgodą rodzica, w obecności

rodzica, że to nie jest jakieś dziwne działanie, nie wiadomo o co chodzi. Zapomniałam wcześniej, a to jest ważne. Ile się da róbmy w jak największej bliskości opiekunów, jak dziecko się boi.

Chciałabym cię jeszcze zapytać o przygotowanie lekarzy do pracy z dziećmi. Wspominałaś o niepokojących symptomach na które zwracacie uwagę. Mam na myśli podejrzenie krzywdzenia dzieci i to jest niesamowicie istotny aspekt tego kontaktu. Ale teraz zapytam bardziej ogólnie: jak oceniasz aktualny system szkoleń i przygotowania przyszłych lekarzy? Czy są dobrze przygotowani do pracy z małymi pacjentami?

Tak, ja skończyłam studia 10 lat temu i jak kończyłam studia to kompletnie w żaden sposób nie byłam przygotowana do pracy z ludźmi. Nas studiach przygotowywały do tego, jak objawy oceniać, jak człowieka diagnozować, jak człowieka leczyć. Ale to było takie trochę oderwane od tego człowieka, no bo był objaw, choroba, leczenie, coś tam. I nagle idziemy do pracy, gdzie np. w przychodni przyjmujemy 50 pacjentów dziennie, czyli dużo więcej osób się z nami styka, bo 50 dzieci plus dorośli. I nagle się okazuje, że najtrudniejsze w tej pracy są po prostu takie kontakty z ludźmi. Jak z nimi rozmawiać dobrze, jak się nie dać mimo nie wiem, trudnym sytuacjom, jak się zachować odpowiednio. My kompletnie nie byliśmy do tego przygotowani w żaden sposób. Żadnych zajęć z komunikacji wtedy nie było. Nic. Zero. I ja tak myślałam, jak zaczynałam zawód, jak ja coś zawalę, bo coś źle rozpoznam, to jest takie trudne. I nagle naprawdę zaczyna się tę pracę i się okazuje, że nie. My tę wiedzę medyczną mamy. To w ogóle nie jest żaden problem. Ale jak w praktyce to zrobić? W praktyce się okazuje, że to nie jest objaw i diagnostyka i leczenie, tylko to jest człowiek, który to nam da zbadać, tego nam nie da, tu się boi, tu jest zezłoszczony, tutaj coś tam, tutaj coś dziwnego się dzieje i trzeba to jeszcze zebrać do kupy i w zrozumiwały sposób potem jeszcze wytłumaczyć pacjentom, o co w zasadzie nam chodzi i co my od nich chcemy i dlaczego powinni ten lek brać.

Pytałam właśnie ludzi teraz młodszych ode mnie, bo miałam wrażenie, że się dużo zmieniło. Niestety zdania są podzielone, bo rzeczywiście niektórzy mówią tak, mamy dużo zajęć z komunikacji, ale te zajęcia z komunikacji nie wszędzie wyglądają tak, jak trzeba. Mnie jest trudno to zweryfikować, bo już nie jestem teraz na szczęście studentką i wcale bym nie chciała się wrócić do tych czasów. Ale oni mówią, że też nie czują się dobrze przygotowani, że dalej to jest przygotowanie bardzo takie solidne od strony medycznej, ale w ogóle się zapomina o najważniejszej części naszej pracy, takich zawodów jak mój, czyli pediatrii, takich wszystkich tych specjalizacji, gdzie jest bezpośredni kontakt z człowiekiem cały czas, no bo innych umiejętności komunikacji będzie wymagał od siebie anestezjolog czy chirurg, a jednak innych pediatra czy internista, gdzie my cały czas z tymi ludźmi rozmawiamy. Bo to jest bardzo, bardzo ważna część naszej pracy. Tłumaczenie, edukowanie, wyjaśnianie pewnych rzeczy, to jest strasznie duża część naszej pracy. Nie jesteśmy w ogóle do tego przygotowani.

Tak jak mówiłam też na wystąpieniu o psychiatrii dzieci młodzieży, że podczas mojej 5-letniej specjalizacji z psychiatrii nie mieliśmy ani jednego dnia zajęć praktycznych na żadnym oddziale psychiatrii dziecięcej, w żadnym ośrodku, który się zajmuje problemami psychicznymi dzieci, nie mieliśmy nic przez 5 lat specjalizacji z pediatrii. Jestem specjalistką pediatrii. Mam na oddziale dzieci z problemami psychicznymi, ponieważ jest mało oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży. Mamy na oddziale dzieci po próbach

samobójczych i nie byliśmy ani jeden dzień do tego przygotowywani wcześniej. Trochę to jest podobnie z tą komunikacją z pacjentami. I znowu tu duża jest taka wartość tego, co sami będziemy próbowali sobie wypracować. I my dużo między sobą rozmawiamy, tylko to jest trochę szkoda, że się musimy uczyć od zera. Czyli koleżanka mówi kurcze, dzisiaj mi tam puściły nerwy, powiedziałam to i to, a mogłam to zrobić inaczej. Mogłam to zrobić tak. No i sobie to przegadujemy. Co można lepiej, co można gorzej. Ale to jest takie odkrywanie na nowo tego wszystkiego. Bo gdyby nam to ktoś na studiach już tak wtknął do głowy, że z czymś byśmy wychodzili już przygotowani, to by było fajniej. I to, co jest też na plus, że dużo teraz się pojawia takich kursów np. w obrębie naszych izb lekarskich czy jakiejś fundacji, na które się można nawet bezpłatnie zgłosić i zapisać i jakby nadrobić to, czego nie byliśmy wcześniej nauczeni. Wcześniej tego nie było. Jeszcze parę lat temu same nasze szkolenia to były znowu takie ściśle medyczne tematy, np. resuscytacja dziecka. Rozpoznawanie nowotworu u dziecka, a teraz już się zaczyna z tych kompetencji miękkich, czyli właśnie relacja z pacjentem, radzenie sobie ze stresem, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu. Dawniej nie było tych szkoleń, a teraz jest tego mnóstwo i to też jest na plus. I po prostu korzystajmy jako personel z tych różnych możliwości, które mamy w swoim wolnym czasie. Ale to potem naprawdę się przydaje w pracy.

No ja też mam nadzieję, że tych szkoleń będzie więcej, ale też muszę przyznać, że widzę jako rodzic takie sytuacje, kiedy ta uważność lekarzy jest bardzo duża i to jest, muszę przyznać, szalenie ważne, takie bardzo wspierające. Tak że życzę tego wszystkim nam, żeby takie wizyty właśnie były standardem. I też bardzo ci dziękuję za to, że nam o tym opowiedziałaś. Naszą gościnią była dr Róża Hajkuś, pediatrka i edukatorka. Dziękuję.

Dziękuję, dziękuję wszystkim.

A rozmawialiśmy o tym, jak powinna wyglądać dobra wizyta z dzieckiem u lekarza i jak sprawić, by w takiej sytuacji dziecko i rodzice byli dobrze zaopiekowani.

Nasz dzisiejszy podcast został zrealizowany w ramach projektu Rodzicielstwo to wspólne zadanie od początku. Projekt sfinansowany przez Islandię, Lichtenstein i Norwegię z funduszy EOG i Funduszy Norweskich w ramach programu Aktywni Obywatele Fundusz Regionalny. Rozmowę poprowadziła Berenika Dąbrowska-Siuchno. Dziękuję za wysłuchanie naszego podcastu. Do kolejnej rozmowy zapraszam już niedługo. Do usłyszenia.