**B/ 2. Kommunikáció beteg gyerekekkel**

A beteg gyerekekkel való kommunikáció az orvosi kommunikáció sajátos területe. Itt az általános szempontokon kívül figyelembe kell vennünk

* a gyerek életkorát és
* a kornak megfelelő **fejlődéslélektani sajátosság**okat

1. A *születés és a korai anya-gyerek kapcsolat* időszakára jellemző az anya felől áradó feltétel nélküli szeretet és szükségletkielégítés. Ez az ún. „ősbizalom” alapja. Az anyai érintés, a belekapaszkodás a biztonságérzet alapja – a kórházi felvétel lehetőleg kerülendő, ha szükséges, kizárólag az anyával együtt vegyük kórházba a gyereket.
2. *indidvidualitás (8-18. hó) és újraközeledés (1,5-3 éves kor)* kialakul az éntudat (tiltakozik a vizsgálat ellen), elkezd beszélni, de még igényli az anya folytonos közelségét (a kórházban is!) – ez nekünk is segítség az ellátásban és a kommunikációban.
3. *óvodáskor (3-6 éves kor)* az önérvényesítés kezdete (első dackorszak) és a felettes én megjelenése (a szülő személyében), vonzalom az ellenkező nemű felnőttek felé, fokozódó verbalitás, sok játék és mese
4. *kisiskolás kor (7-11 éves)* a valóság iránti érdeklődés (kalandregények), latenciaperiódus, szociális kapcsolatok kialakulása (baráti kör, közös tevékységek)
5. *serdülőkor (12. évtől)* érzelmi függetlenedés (második dackorszak), szexuális partneválasztás, elszakadási ambivalencia. Lényegretörő de teljeskörű tájékoztatást igényelnek, nehezen viselik a regressziót.

Minden életkorban igaz, hogy a beteg gyerek fél, szorong, fájdalmai vannak, életkori szükségletei vannak – korának megfelelő életet szeretne élni. Ebben segít pl. a Hatvanban működő Bátor Tábor, ami krónikus beteg gyerekek százainak nyújt felejthetetlen élményt.

* a hozzátartozók, kísérők bevonását a kommunikációba és a döntésbe
* esetleg más partnerek bevonását is (pedagógus, pszichológus, szakorvos). A szülők felé irányuló kommunikáció vezérelve, hogy gyereke betegsége miatt a szülő is nyugtalan, stresszhelyzetben van, gyakran bűntudatos, kimerült – egyszóval az akut beteghez hasonló tudatállapotban van („elsődleges folyamatgondolkodás”). Ezért mind a gyerekkel, mind a szülővel az elfogadás-empátia-hitelesség útját kell követnünk (Rogers-féle humanisztikus pszichológia)
* a gyerekek fokozott érzékenységét a nonverbális kommunikációra – nagyon jól megérzik a feléjük irányuló érzelmeket, szándékokat. Ezért még az általánosnál is nagyobb figyelmet kell szentelnünk annak, hogy verbális és nonverbális közléseink összhangban legyenek. Különösen fontos szempont az őszinteség („ez most kicsit fájni fog”), csak betartható dolgokat ígérjünk. Bár a döntés jog szerint a szülőé, kérjük beleegyezését, építsük ki bizalmát (orvos személyisége, környezeti körülmények, szülő jelenléte, kommunikációs technikák – pl. „yes-set”). Vizsgálat után a gyereket IS tájékoztassuk a szülővel együtt az eredményekről, és a további teendőkről! Bízzuk rájuk a gyógyszerszedés fontosságát, mindig figyelmeztetni fogják szüleiket, ha a gyógyszerbevétel még nem történt meg.
* hogy partnerként kezelve és bevonva őt a döntésbe, a legtöbb gyerek együttműködően viselkedik. Ehhez őszintén, korának megfelelően tájékoztatnunk kell őt
  + állapotáról,
  + a várható beavatkozások
    - * céljáról,
      * lezajlásának körülményeiről
* hogy a gyerekeknek sajátos kommunikációs formái is vannak, pl. a sírás (félelem, elválás a szülőtől), a rajz és a játék (ezt használja ki pl. a bábterápia) és a pszichoszomatika. Ezek megfigyelése, esetleg beszállás a játékba olyan információs csatornákat nyit meg, amelyek egyébként rejtett információkat is felszínre hoznak. Fontos a nonverbális kommunikáció (pozitív, játékos környezet, ne viseljünk fehér köpenyt, tartsuk mindig a szemkontaktust)
* a gyerekeknél fokozottabban manifesztálódik a pszichoszomatika, azaz szervi ok nélküli testi tünetek jelentkezése el nem mondható szorongások, fel nem dolgozott konfliktusok következményeként. Pl. asztmás gyerek minden családi veszekedésnél „befullad”. Ezért, ha a betegségnek nincs kimutatható oka, kérjük pszichológus ill. családterápiás szakember segítségét!

Különösen kiemelten kell kezelnünk a **gyógyíthatatlan gyerekek**kel (és családjukkal való) kommunikáció kérdését. Ebben a körben a szokottnál is fontosabb a rossz hírek közlésének módja. Ennek egyik lehetséges útja az ún. ENYHÍTŐ-modell:

**E**lőkészítés

**NY**itott kérdések

**H**ozzájárulás kérése

**I**nformációk a betegségről

**T**ámogató magatartás

**Ö**sszegzés

A gyógyíthatatlan betegek két fő csoportja a sérült és a haldokló gyerek.

A gyerek születhet sérülten, vagy lehet későbbi okok miatt sérült. Mássága miatt önbizalma gyenge, kisebbrendűségi érzése van és rengeteg belső feszültséggel küzd, melyeknek feldolgozása különösen fontos. Fokozottan érzékeny a nonverbális kommunikációra. Nehéz a kommunikáció a szülőkkel is, akik gyakran reagálnak haraggal, elutasítással, mindaddig, míg nem képesek elfogadni gyerekük állapotát. Kommunikációs megnyerésük ugyanakkor nagyon fontos, hiszen ők látják el a gyereket, ők élnek vele, ők legfőbb segítőink a kezelésben. Ilyenkor az együttérzés-elfogadás-megértés útját kell választanunk.

A halál minden gyereket foglalkoztat, de természetes tényként nem tudják elfogadni. Halálfélelmüket jelezhetik

* verbális közléssel vagy
  + direkt módon („Tudom, hogy nemsokára meg fogok halni.”
  + indirekt módon („Ölelj át, annyira szeretlek)
* metakommunikatív módon (rajz, álmok, játék útján)

Kommunikációnk lényege ilyenkor az őszinte odafordulás:

* akkor és ott beszéljünk a témáról, ahol és amikor a gyerek említi
* hagyjuk, hogy elmondhassa, gondolatait, félelmeit
* biztosítsuk arról, hogy nem lesz egyedül és segítünk, hogy nelegyen fájdalma

A szülőknek tudatniuk kell a gyerekkel, hogy

* nem felejtik el
* mindig velük marad és szeretni fogják
* és tovább fognak élni az ő emlékével együtt

A gyerekekkel való kommunikáció sokkal nehezebbnek tűnik, mint a felnőttek felé irányuló, de őszinte, szeretetteljes, érzékeny és tapintatos magatartással az orvos (és a többi szakember) a gyerekek fontos és megbecsült segítőtársa lehet.