

# DZIECKO W SZPITALU A RYZYKO KRZYWDZENIA INSTYTUCJONALNEGO

CHILD IN HOSPITAL VS. RISK OF INSTITUTIONAL ABUSE

Mieczysława Perek, Grażyna Cepuch

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego  
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Antoni Czupryna

## STRESZCZENIE

Dziecko w szpitalu narażone jest na silne negatywne emocje, które obciążają psychikę, niekorzystnie wpływają na proces leczenia i dalszy rozwój dziecka. Chore dziecko wymaga respektowania jego praw i potrzeb rozwojowych oraz szczególnej ochrony przed cierpieniem fizycznym i emocjonalnym. Niezaspokojenie podstawowych potrzeb, jak również nieprzestrzeganie praw dziecka mogą posiadać znamiona krzywdzenia emocjonalnego w wymiarze instytucjonalnym, którego skutki mogą mieć dramatyczne następstwa dla prawidłowego rozwoju dziecka. Celem pracy jest przedstawienie medyczno-prawnych inicjatyw na rzecz dziecka hospitalizowanego, omówienie zagrożeń występowania przemocy instytucjonalnej oraz działań profilaktycznych w celu ograniczenia stresogennego wpływu środowiska szpitalnego.

**Słowa kluczowe:** dziecko, szpital, prawa, krzywdzenie.

## SUMMARY

A child staying in a hospital is at risk of strong negative emotions, which affect psyche, influence therapy and child's further development adversely. Ill child requires respect for his/ her rights and developmental demands, and special protection from physical and emotional suffering. When those basic needs are not met and children rights are not respected, child's situation may have elements of emotional abuse of institutional character, which outcomes may lead to consequences tragic to proper development of a child. The aim of this work is to describe difficult psychological situation of an ill child, development of medical and legal initiatives in favor of a hospitalized child, discussion of institutional abuse threats and prevention in order to limit stressing influence of hospital environment.

**Key words:** child, hospital, law, abuse.

## WSTĘP

Pacjent w wieku rozwojowym różni się od dorosłego chorego i wymaga specyficznych warunków leczenia i hospitalizacji. Dziecko ze względu na nie-dojrzałą psychikę, wrażliwą i podatną na urazy nie potrafi radzić sobie w nowych trudnych sytuacjach i stosować skutecznych strategii przystosowawczych. Jest niesamodzielne, bezbronne, uzależnione od osób dorosłych. Szpital w odróżnieniu od naturalnego środowiska domowego jest dla dziecka środowiskiem sztucznym, nowym i obcym. Pozbawia je stałej obecności matki i bliskich osób gwarantujących poczucie bezpieczeństwa, ogranicza możliwość zaspokojenia wielu potrzeb rozwojowych i prowadzenia typowej dla wieku codziennej aktywności. Będąc w okresie intensywnego rozwoju psychofizycznego dziecko potrzebuje zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych, jak: więzi emocjonalnej z matką, miłości,

poczucia bezpieczeństwa, aktywności poznawczej i ruchowej, zabawy, nauki. Przebywanie w szpitalu, oddzielenie od rodziców i rodzeństwa naraża małego pacjenta na depryzację fundamentalnych potrzeb, naruszając jego sferę emocjonalną [1]. Z powodu zmiany otoczenia oraz rozłąki z matką następuje deprywacja bardzo ważnych potrzeb determinujących rozwój – bezpieczeństwa, bliskości i kontaktu emocjonalnego [2]. Unieruchomienie i konieczność pozostania w łóżku zakłóca potrzebę ruchu i aktywności, którą szczególnie silnie odczuwają młodsze dzieci. Ograniczenie samodzielności i długotrwała zależność od osób sprawujących opiekę powoduje, że dzieci stają się bierne, nastawione roszczeniowo, opóźnieniu ulega proces usamodzielniania się dziecka oraz kształtowania się jego woli i motywacji.

Analizując problem szpitalnych przeżyć z punktu widzenia kolejnych okresów rozwojowych, stwierdzono, że od urodzenia do około 3 miesiąca życia

dziecko reaguje na oddzielenie od matki jak na każdą zmianę środowiska i opieki, to jest ogólną reakcją w postaci zmienionego rytmu snu, łaknienia i wydalania. Hospitalizacja dziecka od 4 do ok. 6 miesiąca życia powoduje nagłą dezorientację, wyrażającą się gwałtownym płaczem. Trudniejsze są problemy hospitalizacyjne dziecka od 7 do ok. 18 miesiąca życia. Nie rozumie ono, że to czego nie widzi, nadal istnieje. Każde odejście matki traktuje jako utratę, ale jej całkowity brak odbiera jako utratę totalną, obezwładniającą. Najtrudniejsza jest sytuacja dziecka hospitalizowanego w wieku ok. 18 miesiąca do ok. 3–4 roku życia, ponieważ przywiązanie do matki jest w tym okresie bardzo silne, egoistyczne, a zaufanie całkowite. Starsze dzieci powyżej 4 roku życia, a także bardziej rozwinięte intelektualnie młodsze dzieci, są zdolne do oczekiwania na powrót matki, są również podatne na perswazję, w związku z czym skutki hospitalizacji nie muszą być tak dotkliwe. Konieczność oddania do szpitala dziecka w wieku szkolnym nie pociąga już za sobą wymienionych skutków, ponieważ dziecko jest bardziej niezależne od rodziców i na ogół dobrze znosi rozłąkę, a kontakty z rówieśnikami i interesujące obserwacje powodują, że w szpitalu pomimo tęsknoty czuje się dobrze. Reakcje dziecka w tym wieku na hospitalizację manifestują się zazwyczaj zachowaniami regresywnymi, zmiennością nastrojów, a niekiedy zachowaniami agresywnymi [1, 2].

## CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie trudnej sytuacji psychologicznej dzieci hospitalizowanych, medyczno-prawnych inicjatyw, a także omówienie czynników ryzyka krzywdzenia emocjonalnego oraz przedstawienie działań ograniczających stresogenny wpływ środowiska szpitalnego.

### Prawa dziecka w szpitalu

Wyrazem dostrzegania szczególnych potrzeb dzieci hospitalizowanych i dążenia do tworzenia warunków sprzyjających ich dobremu samopoczuciu w okresie leczenia jest Europejska Karta Dziecka w Szpitalu. Została ona opracowana przez Krajowe Stowarzyszenie na rzecz Opieki nad Dziećmi w Szpitalu w Wielkiej Brytanii (National Association for the Welfare of Children In hospital – NAWCH) i zaaprobowana przez 13 krajów. W Polsce czynione są starania o jej przyjęcie. Europejska Karta Praw Dziecka to zbiór 10 praw, które powinny być przestrzegane w każdym europejskim szpitalu lub oddziale dziecięcym. W myśl Karty pacjenci w wieku rozwojowym powinni być przyjmowani do szpitala tylko wtedy gdy leczenie,

którego wymagają, nie może być przeprowadzone w domu, ambulatoryjnie lub w oddziale dziennym. Szpital nie powinien wprowadzać żadnych ograniczeń dotyczących odwiedzających. Dzieci powinni mieć prawo do tego, aby w szpitalu przez cały czas przebywali z nimi rodzice lub stali opiekunowie, którym należy zapewnić odpowiednie warunki. Personel medyczny powinien informować ich o sposobie postępowania w oddziale i zachęcać do aktywnej współpracy. Europejska Karta Dziecka w Szpitalu daje też rodzicom i dzieciom prawo do informacji o stanie zdrowia i prowadzonym leczeniu. W przypadku pacjenta w wieku rozwojowym należy jednak pamiętać, aby przekazywane informacje dostosować do wieku i możliwości percepcyjnych małego pacjenta. Dzieci i ich rodzice mają prawo uczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia, a więc mogą także nie wyrazić zgody na proponowane zabiegi. Należy podkreślić, że małych pacjentów należy szczególnie chronić przed zbędnymi zabiegami, co do których zachodzą przesłanki, iż niewiele wniosą do procesu leczenia. Dzieci powinny przebywać w szpitalu z dziećmi o podobnych potrzebach rozwojowych, mieć pełną możliwość zabawy, odpoczynku i nauki dostosowanej do swojego wieku i stanu zdrowia. Powinny przebywać w otoczeniu zaprojektowanym, urządzonym i wyposażonym z myślą o ich potrzebach. Profesjonalizm personelu medycznego powinien być oparty na rzetelnej znajomości potrzeb fizycznych, emocjonalnych i rozwojowych dzieci oraz ich rodzin, a wszystkie jego działania powinny sprowadzać się do tego, aby pobyt w szpitalu był dla dziecka wydarzeniem, po którym pozostanie jak najmniej przykrych wspomnień [3–5]. Prawa pacjenta, w tym pacjenta-dziecka, określa także Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30. 08. 1991 roku (Dz.U. nr 91, poz.408). Artykuł 19 (działu I, rozdziału 1) mówi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymogom wiedzy medycznej, wyrażania na określone świadczenia zgody lub odmowy jej udzielenia (po uzyskaniu odpowiedniej informacji). Pacjent ma także prawo do uzyskania informacji o stanie swojego zdrowia, poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, umierania w spokoju i godności. Z kolei artykuł 20.2 (dział I, rozdział 2) określa, że osoba przebywająca w szpitalu ma prawo do opieki pielęgnacyjnej przez bliską osobę, kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz, opieki duszpasterskiej. Prawa dziecka zawarte są także w Kodeksie Rodzinnym i Opiekuńczym (m.in. art. 96). Zgodnie z zawartymi tam przepisami rodzice nadal są zobowiązani do sprawowania opieki nad dzieckiem przebywającym w szpitalu, dbałości o jego zdrowie i rozwój, o zaspokojenie potrzeb, w tym potrzeby miłości i bezpieczeństwa. Dziecko w szpi-

talum zachowuje także liczne prawa, które przysługują wszystkim dzieciom, a które zawarte są w Konwencji o Prawach Dziecka, przyjętej przez ONZ w 1989 roku i ratyfikowanej przez Polskę w 1991 roku (m.in. art. 3, 9, 16, 23, 24, 25, 28) [6, 7].

Ratyfikowanie Konwencji o Prawach Dziecka w 1991 roku i wejście w życie Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej poprzedziła dyskusja na łamach prasy i telewizji o problemach dziecka w szpitalu i skutkach jego separacji od domu. Piętnasty rozdział Konwencji o Prawach Dziecka zawierający artykuły dotyczące polityki zdrowotnej oraz ustawa nr 480 Dziennika Ustaw RP z dnia 15. 10. 1991 roku dały formalno-prawne podstawy do respektowania praw dziecka hospitalizowanego, a tym samym do przeciwdziałania wszelkim formom przemocy instytucjonalnej [4, 6, 7].

### **Sytuacja psychologiczna dziecka hospitalizowanego**

Przedstawione wybrane dokumenty dotyczące leczenia i hospitalizacji dzieci stanowią podstawę prawną do dokonywania zmian w funkcjonowaniu służby zdrowia, służących humanizacji medycyny. Wymaga to od personelu medycznego zrozumienia potrzeby ich przeprowadzenia, wysiłku i aktywnego zaangażowania. Choroba i hospitalizacja powoduje u dziecka stan obciążenia psychicznego, a do najważniejszych i uniwersalnych czynników należą lęk, ból i ograniczenie aktywności dziecka [2]. Lęk u dzieci może wystąpić w postaci krótkotrwałych reakcji bądź nieokreślonego rozlanego uczucia niepokoju, który wzmagają się w sytuacjach niezrozumiałych dla małego pacjenta, np. gdy lekarze mówią o dziecku w jego obecności, a ono tego nie rozumie, gdy widzi nieznaną mu aparaturę, a nie uzyskuje wyjaśnienia, do czego ona służy, gdy nie zna dalszego przebiegu badania czy zabiegu, któremu jest poddawany. W przypadku małych dzieci specyficznym źródłem lęku jest rozłąka z matką – lęk separacyjny. Przejawy odczuwanego lęku można u dzieci zaobserwować w reakcjach motorycznych, np. ucieczka i unikanie (skulenie się, zamykanie oczu, chowanie się pod kołdrę), płacz, indukcja lęku („zarażenie” się lękiem, jedno dziecko uczy się od drugiego reakcji lękowej), a także dostrzec w zmianach neurologicznych (drżenie kończyn, czerwone plamy na twarzy, szyi, załamywanie się głosu, bóle głowy, brzucha, podwyższona ciepłota ciała). Dla pacjenta w wieku rozwojowym dużym obciążeniem psychicznym jest ból. Przeżyciami dzieci związanymi z bólem i cierpieniem fizycznym zainteresowano się stosunkowo niedawno. Badacze twierdzą, że ból u dzieci jest zjawiskiem niedocenionym, wręcz lekceważonym. Chore dzieci reagują na ból lękiem, czasem złością, pragnieniem zemsty, poczuciem winy, poddaniem i wycofaniem się, przygnębieniem, smutkiem. Ból może także powodować mieszane stany uczuciowe,

a mianowicie występowanie naprzemiennie agresji i rozdrażnienia lub poczucia bezradności i krzywdy [2]. Trzeci wielki stresor szpitalny to brak aktywności. Do natury dziecięcego świata należy ruch, zdobywanie nowych przedmiotów i przestrzeni wzrokiem i dotykem, stały kontakt z ludźmi. Ograniczenie aktywności, monotonia, nuda, rutyna życia szpitalnego narusza najistotniejszą potrzebę dziecka – potrzebę nieskrępowanego działania. Jej skutków doświadczają zwłaszcza dzieci unieruchomione i przewlekle hospitalizowane. W szpitalu brak nie tylko przestrzeni do zabaw, ale też charakterystycznej dla domu atmosfery. Ograniczenia związane z rygiem szpitalnym dzieci znoszą różnie, nie znaczy to jednak, że te, które znoszą to z zewnętrznym spokojem, nie przeżywają stanów rozżalenia, upokorzenia, złości czy agresji. Z badań wynika, że ograniczona aktywność powoduje złe samopoczucie, brak zainteresowania otoczeniem, brak chęci poruszania się, utratę apetytu, rozdrażnienie, wybuchy złości i zaburzenia snu. Najczęściej jednak z powodu braku aktywności myśli dziecka wypełniają się obrazami zawierającymi treści lękowe [2, 8, 9].

### **Krzywdzenie instytucjonalne**

Problem krzywdzenia dzieci poza domem, w instytucjach, gdzie dzieci przebywają okresowo i mogą być tam zaniedbywane, źle traktowane, wykorzystywane jest jeszcze niedostatecznie zauważany. W odniesieniu do instytucjonalnego krzywdzenia chorych dzieci, za które uznaje się nierespektowanie ich praw i potrzeb, można stwierdzić, że w placówkach ochrony zdrowia w dalszym ciągu brak jest efektywnych działań na rzecz poprawy psychologicznej sytuacji leczonych dzieci. Aby zminimalizować stres szpitalny i uniknąć negatywnego wpływu przeżyć szpitalnych na psychiczne, a także fizyczne funkcjonowanie pacjenta w wieku rozwojowym, wszyscy pracownicy medyczni muszą bezwzględnie przestrzegać praw i potrzeb dziecka chorego. Zespół terapeutyczny powinien pogłębiać swoją wiedzę na temat emocjonalnych i psychicznych potrzeb dzieci w określonej grupie wiekowej oraz kształtować umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych, informowania, uważnego słuchania. Codzienna praktyka wskazuje na niewystarczającą ochronę psychiki dziecka przed cierpieniem psychicznym i fizycznym w trakcie całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Bardzo często można stwierdzić brak przygotowania psychicznego do badań i zabiegów, uchybienia w zakresie profilaktyki i leczenia bólu, niedoinformowanie, niewłaściwe regulacje prawne czy organizacyjne, np. ograniczenie pobytu matki z dzieckiem. Na podstawie przeglądu literatury można stwierdzić, że badania inwazyjne i zabiegi przeprowadzane bez psychicznego przygotowania i farmakologicznej ochrony przed bólem są źródłem

szkodliwego stresu psychicznego, którego skutki w postaci różnych objawów nerwicowych utrzymują się nieraz długo po powrocie ze szpitala, a mogą pozostawić uraz psychiczny na całe życie. Znamiona krzywdzenia instytucjonalnego można dostrzec, obserwując relacje pomiędzy dzieckiem a personelem medycznym, które często ograniczone są do medycznego podejścia i przedmiotowego traktowania pacjenta bez uwzględnienia jego przeżyć psychicznych. Niezaspokajanie potrzeb ruchowych, emocjonalnych i poznawczych dziecka, nieprzestrzeganie praw dziecka, np. prawa do intymności i godności, do poczucia bezpieczeństwa, zawstydzanie, lekceważenie, niedocenywanie, niedelikatność przy wykonywaniu zabiegów, karmienie dziecka przemocą, straszenie zastrzykami, a nawet poniżanie czy szantażowanie chorego dziecka, to zachowania, które wywołują w nim lęk, przygnębienie i niepokój oraz sprawiają, że pobyt w szpitalu kojarzy mu się z odrzuceniem, karą, brakiem akceptacji i zrozumienia [9, 10]. Należy także pamiętać, że za formę przemocy instytucjonalnej uznaje się także takie zachowania, które ograniczają dostęp do odpowiednio wysokiego poziomu leczenia, nowoczesnej techniki medycznej, aparatury i leków oraz dostęp do nauki, gier i zabaw w oddziale szpitalnym [5].

#### **Działania ochronne na rzecz dzieci hospitalizowanych**

Znając źródła i konsekwencje stresu szpitalnego, można i należy ograniczać ich szkodliwy wpływ na chore dziecko. Aby stało się to możliwe, należy traktować dziecko podmiotowo, z życzliwością i wyrozumiałością, respektować jego prawa i potrzeby, szanować godność, chronić przed cierpieniem psychicznym i fizycznym, dbać o dobre samopoczucie. Personel medyczny powinien dołożyć starań, aby szpital był środowiskiem przyjaznym dzieciom i rodzicom. Wszystkim rodzicom należy zapewnić możliwość pobytu w szpitalu razem z dzieckiem i opieki nad nim przez cały dzień, w wyjątkowych przypadkach również w nocy. Dzieci starsze i rodzice powinni mieć prawo świadomie uczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących opieki nad ich zdrowiem. Rodziców ponadto należy zachęcać i edukować w zakresie sprawowania opieki nad dzieckiem oraz aktywnej współpracy z zespołem terapeutycznym. Aby przeciwdziałać apatii i bierności dzieci hospitalizowanych, konieczne jest pobudzanie aktywności poprzez dostarczanie różnorodnych bodźców wielozmysłowych, organizowania zabaw i zajęć, takich jak: zajęcia przedszkolne, szkolne, profilaktyczno-terapeutyczne: muzykoterapia, biblioterapia i inne. Estetyczne, kolorowe sale szpitalne, własne ubrania, korzystanie z osobistych, przyniesionych z domu przedmiotów, zabawek, książek, radiomagnetofonów itp. to istotne elementy, które chronią chore dzieci przed negatywnymi przeżyciami psychicznymi i tym

samym przyspieszają powrót do zdrowia. W działaniach ochronnych na rzecz dziecka chorego nie można pominąć roli, jaką spełnia właściwe przygotowanie do planowego pobytu w szpitalu. Dzieci, które zostały pozytywnie nastawione do hospitalizacji, prawidłowo poinformowane i uprzedzone o czekających je zabiegach, na ogół łatwiej znoszą leczenie szpitalne od dzieci pozbawionych takiego przygotowania. Wiadomości przekazywane dziecku muszą być dostosowane do jego wieku, stanu emocjonalnego i gotowości przyjęcia nowych informacji. Niektóre dzieci chcą wiedzieć o szpitalu i planowanych zabiegach jak najwięcej, inne jak najmniej. Należy to uszanować. Nieudzielenie informacji lub podawanie nieprawdziwych jest wyjściem najgorszym. W procesie przystosowania się dziecka do nieznanymi warunków niezwykle ważne są pierwsze chwile, godziny, dni. Często to one decydują o zachowaniu się dziecka w toku dalszego leczenia. Przyjęcie do szpitala i oddziału powinno odbywać się zawsze w towarzystwie matki/rodziców. Oddzielenie od najbliższych podczas przyjęcia wywołuje u małych dzieci szok psychiczny, a u starszych przykre uczucie zagubienia i niepokoju. Dużą rolę podczas przyjęcia do szpitala może odegrać pielęgniarka, która jako pierwsza nawiązuje kontakt z dzieckiem i rodzicami. Udziela informacji o prawach pacjenta (obowiązek ten nakłada Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z 1996 r.), specyfice i regulaminie oddziału, zakresie czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, jakie matka może wykonywać przy dziecku [5, 9].

#### **PODSUMOWANIE**

Dziecko w szpitalu wymaga szczególnej ochrony przed cierpieniem psychicznym i fizycznym, respektowania jego praw i potrzeb rozwojowych. Zaniedbania w tym względzie mogą powodować, że dziecko wyjdzie ze szpitala z wyleczoną chorobą fizyczną, ale z okaleczoną psychiką z powodu doznanej krzywdy. Dla niektórych dzieci sam pobyt w szpitalu bywa bardziej dotkliwy niż przebyta choroba i stosowane leczenie. Skutki silnego urazu psychicznego mogą pozostać na całe życie.

Hospitalizowanie małych dzieci wraz z matkami, skracanie okresu pobytu w szpitalu do niezbędnego minimum, tworzenie oddziałów dziennego pobytu, oddziałów chirurgii jednego dnia czy też tzw. hospitalizacji domowej są podyktowane nie tylko względami ekonomicznymi, ale też troską o ograniczenie stresogennego wpływu środowiska szpitalnego na chore dziecko. Znajomość i respektowanie praw i potrzeb dziecka chorego, dobra współpraca z dziećmi i rodzicami, udzielanie im nie tylko informacyjnego, ale także emocjonalnego wsparcia poprzez życzliwą uwagę i zobiektywizowaną troskę to podstawowe czynniki zapobiegania przemocy instytucjonalnej.

**PIŚMIENNICTWO**

- [1] Ostrowski TM. Potrzeby dzieci chorych somatycznie. W: Dziecko chore na astmę: integracja działań pedagogicznych, medycznych i psychologicznych. Red. R Kurzawa, J Wyczęsany. Wydawnictwo Universitas, Kraków 1995.
- [2] Maruszczak M. Doświadczenie hospitalizacji. W: Encyklopedia Rodzice i Dzieci. Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała 2002.
- [3] Obuchowska I. Przeżycia dziecka w szpitalu. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 1996; 9.
- [4] Kątna M, Liszyk K, Mossakowska B. Prawa dziecka w szpitalu. Materiały informacyjne KOPD. Warszawa 1997.
- [5] Konwencja o Prawach Dziecka: Prawo Dziecka do Ochrony Zdrowia. Polski Komitet UNICEF, 1994.
- [6] Mossakowska B, Mozol K. Prawa dziecka hospitalizowanego. Przegląd Pediatryczny 1998; 3.
- [7] Dziennik Ustaw RP Nr 91. Ustawa 408. Warszawa 1991.
- [8] Czyż E (red.). Dziecko i jego prawa. Komitet Ochrony Praw Dziecka, Warszawa 1992.
- [9] Ossowska A. Choroba przewlekła jako czynnik ryzyka krzywdzenia emocjonalnego dziecka. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1998.
- [10] Macierz A. Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.

**Adres do korespondencji:**

mgr Mieczysława Perek  
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25  
e-mail: pergrazyna@op.p