

NEMOCNÉ DÍTĚ A RODINA MĚNÍ SE ÚLOHA RODINY V PÉČI O NEMOCNÉ DÍTĚ?

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN, Olomouc

V článku se autor věnuje některým naléhavým medicínským a společenským problémům, které mohou negativně ovlivnit péči o zdraví dítěte. Je diskutována nezastupitelná úloha rodiny v různých etapách péče o nemocné dítě. Zvláštní pozornost je věnována rodičům a sourozencům dětí s dlouhodobým nebo život ohrožujícím onemocněním. Na příkladu rodičovského sdružení Šance je poukázáno na význam neziskových organizací v péči o nemocné děti.

Klíčová slova: krize rodiny, rodina a nemocné dítě, rodičovská sdružení.

AN ILL CHILD AND A FAMILY – HAS THE ROLE OF A FAMILY IN CARE OF THE ILL CHILD BEEN CHANGING?

The author deals with some urgent medical and social problems, which can negatively affect health care of a child. The irreplaceable role of a family is discussed during various stages in care of an ill child. The special attention is given to parents and siblings of children with long lasting or life threatening conditions. The importance of non-for-profit organizations in care of ill children is shown on an example of parents association called Chance

Key words: family crisis, family and an ill child, parents associations.

Rodina a nemocné dítě

Navzdory mnohým alarmujícím signálům, které upozorňují na vážnou krizi rodiny, je moje podotázka laděna pozitivně. Všechny objektivní demografické a sociologické aspekty, které se snaží vysvětlit postavení dítěte v dnešní rodině, se odborná veřejnost nejen nesnaží existující potíže zastírat, ale pokouší se o rychlé hledání vhodných řešení. Naplňuje mě přesvědčení, ale i závazek ke svým předchůdcům, že právě dětští lékaři a psychologové, kteří jsou v praxi vtaženi do rodinného „tajemství“, by neměli být při jakémkoliv ohrožení stability rodiny pouze v roli pozorovatelů. Je však určitým paradoxem, že v éře molekulární genetiky, kdy lékařská věda proniká k samotné podstatě lidských nemocí, žije dnes v průmyslově rozvinutých zemích neočekávaně mnoho dětí v péči nesoustředěných rodičů, kteří věnují pozornost sami sobě, televiznímu programu, svým přátelům, komukoli nebo čemukoli dalšímu, jen ne svému dítěti.

Nemoc dítěte téměř vždy naruší obvyklý chod rodinného života. U rodičů a sourozenců lze pozorovat napětí, neklid a úzkost, které se mohou přenášet nejenom na nemocné dítě, ale i na každého, kdo se dostává do styku s rodinou nemocného dítěte. Pro dětský organizmus znamená jakákoliv nemoc vždy mimořádné zatížení. Každé dítě si svou nemoc uvědomuje, nějak ji prožívá. Odloučení od rodičů, izolace od kamarádů i omezení pohybu jsou dalšími zdroji úzkosti. Dítě je už od druhého měsíce života na světě jako doma, poznává kolem sebe „své lidi“, kteří spolehlivě reagují na jeho projevy úzkosti a nepohody. Ví, že je nablízku mateřská náruč, která skýtá teplo, dítě poznává laskavý pohled i hlas, který uklidňuje, a zároveň přináší pocit jistoty (2, 4). Je dobře, že dávno minuly doby, kdy v péči o dítě měla role matky výsostně postavení, kde se s otcem nepočítalo a kde se ani sami nehrnuli. Kolik generací mužů, ale i jejich dětí tak bylo ochuzeno o nenahraditelné vzájemné prožitky pramenící z úzké komunikace. I to se dnes již dramaticky mění, trochu pomaleji u nás než v okolním světě, ale mění. Dnes již nikdo nepochybuje, že stejné záruky

klidu a bezpečí poskytuje i náruč, úsměv a laskavý hlas otce. Stejně nezastupitelné místo v rodinných vztazích mají nepochybně i sourozenci, pokud ovšem vůbec jsou součástí rodiny. Naše rodiny s jedním dítětem nejsou ani z tohoto hlediska radostným konstatováním.

Dnes již máme dostatek důkazů o tom, že sebelepší zdravotnická péče, která nepočítá s přítomností rodičů a jejich podílem na ní, není pro dítě optimální. Mělo by tomu tak být na všech úrovních zdravotnické starostlivosti. S úplnou samozřejmostí byl tento model před mnoha lety přirozeně akceptován v primární péči, kde dětský lékař a dětská sestra společně s rodiči spolupracují a podílejí se na optimální péči. Je dobré, když je do této koordinované péče vhodně zainteresován i učitel dítěte. Je to právě on, kdo s ním ve školním roce tráví dlouhý čas, dítě dostatečně dobře zná a dovede proto včas a velmi přesně upozornit na jakoukoliv odlišnost v jeho chování, která může signalizovat prvotní příznaky onemocnění. Když vážně přirozená komunikace mezi ním a rodiči, nebo když pedagogovi chybí vzdělání v biologii a zdraví dítěte, zbytečně může dojít k přehlédnutí včasných známek choroby. Vážnoucí vzájemná komunikace mezi všemi *třemi „majáky bezpečné navigace“ dětského zdraví* se tak může podílet na nekvalitní starostlivosti o dítě. Náhorně to lze přirovnat k záhadám bermudského trojúhelníku, i když z výše uvedeného hlediska by systematická kultivace vzájemné komunikace mezi rodiči, lékařem a učitelem měla být základním předpokladem kvalitní péče. Pro funkčnost těchto vztahů je zapotřebí, aby všechny strany trojúhelníku našly přirozený a zároveň funkční model pravidelně se vzájemně informovat.

Úloha rodičů v primární péči

Ještě v minulém století byla právě nemocniční péče o dítě považována za nejkvalitnější, a zřejmě i proto byla péče o ně u zbytečně vysokého procenta soustředěna právě do nemocnic, často bez doprovodu rodičů. Dnes je situace jiná. Nemocniční péče dnes prochází výraznou redukcí, která není vždy uskutečňována pouze na základě opti-

malizace využití lůžek nebo jejich dostupnosti. Hledáme pro ni vhodné indikace. Rovněž délka hospitalizace se neustále výrazně zkracuje. Průměrná délka hospitalizace je i u nás dnes kratší než pět dnů a velkou oblibu postupně získává tzv. jednodenní pobyt dítěte s rodiči v nemocnici, ať z důvodu speciálního vyšetření na lůžku, nebo z důvodu operace. Postavení rodičů se v péči o dítě významně posiluje. Rodiče přestávají hrát pouze roli pasivních pozorovatelů. Jejich místo v péči o dítě je nezastupitelné. K tomu, aby dobře porozuměli zdraví i nemocem svého dítěte, budou potřebovat více ošetrovatelské dovednosti a teoretických znalostí. V tomto ohledu máme neustále co zlepšovat, ale i povinnost ptát se, proč tomu tak stále není. Aby bylo vzdělávání rodičů účinné, dostatečně aktuální a zároveň přijímáno veřejností jako vítaná potřeba, musí všichni zainteresovaní vynaložit nesmírné úsilí. Čím dříve se nám to podaří, tím výrazněji můžeme omezit dnes zřejmě hlavní zdroj celoživotního vzdělávání naší populace, na kterém se velkým dílem uplatňují nepřesné, až zavádějící zdravotnické informace z reklam, bulvárních časopisů nebo z různých televizních vystoupení věstců či vykladačů horoskopů.

Ještě jeden problém týkající se spolupráce zdravotníků s rodiči považuji za hodný diskuse. Zdravotníci pracovníci si dobře uvědomují své povinnosti vůči svým pacientům. Po případném pochybení je naše konání posuzováno Českou lékařskou komorou, nebo v horším případě orgány činnými v trestním řízení. Je zajímavé, že ve vztahu ke svému lékaři nepodléhá pacient nebo jeho rodič žádným nepsaným povinnostem. Na mysli mám zejména dnes *častý „turizmus“ rodičů*, kteří jsou schopni v průběhu onemocnění dítěte „vystřídat“ několik lékařů. Samozřejmě, že nejsem proti svobodnému výběru lékaře, ale často jsem se setkal s tím, že rodiče nepovažují za vhodné dalšího lékaře ani informovat o předchozí návštěvě a případné léčbě, která byla dítěti doporučena. Je možné, že rodiče pouze nedovedou odhadnout, jak mohou neuvedením nebo dokonce zatajením některých skutečností negativně ovlivnit určení správné diagnózy nebo výběr vhodné léčby.

Kolegové v primární péči jsou v nesrovnatelně horší situaci než nemocniční pediatrii při hodnocení akceptace navržené léčby pacientem nebo rodičem nemocného dítěte. Compliance, volně přeloženo jako respektování, je dnes aktuálním zdravotnickým fenoménem, na kterém se mnohdy společně podílejí rodiče i lékaři. Nabyt jsem přesvědčení, že nerespektování léčebného programu, které se v pediatrické praxi týká zejména dlouhodobě nemocných dětí, odhaluje vzájemně nedokonalou komunikaci mezi pacientem nebo jeho rodičem a zdravotníkem (5). Každá non-compliance je i naším selháním, i když jsme často přesvědčeni, že větší díl zavinění je na straně druhé. Tento typ selhání se stále nepovažuje za pochybení profesního charakteru. Jsme přesvědčeni o své nevině. Samozřejmě, že i já jsem se setkal v praxi s několika pacienty nebo s jejich rodiči, kteří vědomě léky vynechali, pozměnili jejich dávkování nebo sami předčasně léčbu ukončili. Na tyto pacienty již před 2 500 lety upozorňoval Hippokrates: „Je třeba

ba myslet i na chyby pacientů, které je nutí lhát o tom, jak dodržují to, co jim předepíšeme.“ Ale ruku na srdce, klade-me si následující otázky často?

- Porozuměl vůbec pacient nebo jeho rodič tomu, co bylo předepsáno nebo doporučeno?
- Jaké technické, emocionální nebo finanční možnosti má rodič při realizaci doporučených pokynů?
- Můžeme konání matky, jež intenzivně prožívá nemoc svého dítěte a nachází se v anxiózním ladění nebo psychickým vyčerpáním, považovat za vědomé nerespektování léčby?

Respektování doporučeného léčebného procesu může zásadně ovlivnit kvalita komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Proto bychom si ji měli hýčkat, pěstovat a neustále zdokonalovat.

Dítě v nemocnici

Děti jsou dnes do nemocnic přijímány pouze v případě, že jim srovnatelná péče nemůže být poskytnuta v domácím ošetření. Vyjmutí malého dítěte z rodinného prostředí a přijetí na neznámé nemocniční oddělení je nejen pro dítě, ale i pro celou rodinu stresující a znepokojující (1). Narušuje to běžnou rodinnou praxi nejenom dítěte v nemocnici, ale i jeho sourozenců, kterým jsou přechodně odmítány běžné rodinné „služby“. A proto dnes ve většině nemocnic převažuje tzv. péče koncentrovaná na rodinu („family-centred care“). Jak již bylo uvedeno výše, léčbu v nemocnici doporučujeme pouze těm dětem, kterým srovnatelná péče nemůže být poskytnuta doma. Převážnou většinu hospitalizovaných dětí dnes tvoří malí pacienti (novorozenci, kojenci nebo batolata) se závažným onemocněním dýchacích cest, centrálního nervového systému, ledvin, děti s náhlou příhodou břišní, po rozsáhlých zraněních, otravách, popáleninách. Druhou velkou skupinou dětí, která se podílí na nemocniční péči, jsou pacienti s nepříznivou prognózou, nádorovým onemocněním nebo vleklým a chronicky probíhajícím onemocněním. Jde například o cukrovku a jiné endokrinní poruchy, vleklé zažívací poruchy, revmatická onemocnění, nejrozličnější alergie, srdeční obtíže, nemoci provázené záchvaty, chronické poruchy ledvin a krvetvorby. Nejproblematictější skupinou dětí, kterou ošetřujeme na lůžkách dětských nemocnic, jsou děti s postižením nebo s nedokonalým vývojem ústřední nervové soustavy, tj. mozku, a děti, které vrozený defekt metabolismu připoutal k přístrojům, bez kterých je jejich život nemyslitelný. Přítomnost rodičů je nezastupitelná u dětí všech věkových skupin, snad s výjimkou starších školáků a pubescentů. Naši povinnosti je vytvořit na odděleních pro rodiče vhodné podmínky. Pro personál je velmi náročné ošetřovat děti s vážným ohrožením života, jejichž péče je převážně soustředěna na jednotky intenzivní péče. I pro rodiče těchto dětí se musíme snažit vytvořit podmínky k tomu, aby mohli u postýlky nemocného dítěte strávit přiměřeně dlouhý čas. Už samotné uchopení ruky dítěte, které je v bezvědomí nebo kterého funkce přechodně převzal přístroj, je pro pacienta, ale i jeho rodiče nenahraditelná a ne-

zbytná nutnost. Určité rezervy po této stránce dnes ještě mají „nepediatrická“ oddělení. Některá z nich například nejsou schopna poskytnout rodičům možnost doprovodit své dítě až na operační trakt a maximálně jej tak ušetřit nepříjemných nebo stresujících zážitků.

Jeden z argumentů proti přítomnosti rodičů na oddělení býval, že by lékař ztratil svou autoritu. Souhlasit se ovšem dá jen s tím, že je důležité, aby lékař měl autoritu, ale nedomníváme se, že autoritu si je možno udržet jen tím, že lékař zůstane nedostupný za zavřenými dveřmi. Kdo navštívil naše oddělení na klinice, jistě si všiml, že i když se lékaři a sestry často oslovují křestními jmény a mezi rodiči, lékaři a sestrami jsou vztahy přátelské a neformální, lékaři mají dostatečnou autoritu, pokud je jí potřeba. K dobrému prostředí na oddělení přispívají například společné oslavy vánočních svátků, narozenin, nebo pořádání maškarních plesů (1, 7). Tato aktivita nemůže být pouze doménou lékařů a sester. Při přípravě a organizaci se spolupodílejí dětské psychologové, učitelé, vychovatelé nebo různí specialisté (návštěvy klauna se speciálním programem pro nemocné děti). Chybí nám stále i větší neformálnost kontaktu s dětmi a rodiči, příjemné a uklidňující nemocniční prostředí i civilnější oblečení zdravotnického personálu (6). Při zahraničních pobytech na dětských odděleních vám kolegové na otázku, proč se nepřevlékáte do bílých plášťů, jednoznačně odpovídají: „Děti se cítí lépe, když jsou lékaři v civilu. *Bílé nemocniční úbory představují pro děti něco abnormálního...*“.

Ještě jeden aspekt společné hospitalizace dětí a rodičů je s oblibou a často nesprávně komentován. Kdo nepracuje na dětských odděleních, může se často mylně domnívat, že přítomnost rodičů výrazně usnadňuje náročnost práce sestry. Obvykle však opak bývá pravdou. Rozrušené rodiče, strachující se o osud nemocného dítěte, musí sestra často s nesmírným taktem upozorňovat na některá opomenutí, kterých se v běžném životě nedopouštějí, ale které mohou znamenat pro dítě velké nebezpečí (například uzavření postýlky pro kojence, časté mytí rukou a respektování hygienických podmínek ve fázi izolace dítěte).

Věřím, že v průběhu několika let se většina dětských zařízení bude moci pochlubit tím, co je dnes běžné na naší klinice a co nikdo z nás nikdy nepovažoval za nadstandard, za který by měli rodiče dopláct. Pro rodiče všech hospitalizovaných dětí jsou vybudovány velmi dobré sociální podmínky, aby jim usnadnily pobyt plný nejistoty a strachu. Pouze za Pyrrhovo vítězství lze považovat, když se rodiče uspokojí s tím, že jim zdravotnické zařízení nemůže poskytnout možnost zůstat se svým dítětem v nemocnici. Naopak, veškerý personál dětské nemocnice by mělo potěšit, když se jim podaří přesvědčit rodiče, kteří původně neplánovali s dítětem v nemocnici zůstat, že jejich *přítomnost poblíž nemocného dítěte je nezastupitelná*. Mnozí odborníci, ale i rodiče, si dost dobře neuvědomují, že kromě pozitivního vlivu na psychiku dětí a rodičů má jejich pobyt v nemocnici stejně důležitý edukační význam. V průběhu pobytu se rodiče systematicky vzdělávají a získávají od ošetřujícího lékaře nebo specialisty nesmírně po-

třebné praktické i teoretické dovednosti, které budou dlouhodobě uplatňovat při ošetřování svého dítěte v domácí péči (aplikace inzulínu, příprava a správné dávkování diety u dětí s cukrovkou).

Pro nemocné hospitalizované děti a jejich rodiče byla na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988 schválena „Charta práv hospitalizovaných dětí“, kterou záhy přijala i Česká republika. Ještě dnes je v mnoha bodech charty v našich podmínkách co vylepšovat. Dodnes jsme nenalezli pochopení u našich kolegů z operačních oborů, aby po operaci a krátké stabilizaci zdravotního stavu byla další péče prováděna na dětské klinice pediatricky kvalifikovaným personálem. Posuďte sami, co všechno se po 14 letech od přijetí charty stalo v podmínkách našich nemocnic samozřejmostí.

1. Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma, nebo při denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
3. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
5. Děti i rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
6. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
7. Děti mají mít veškeré podmínky k hrám a odpočinku. Vyučování vhodné jejich věku a stavu a má probíhat v účelném, nábytkem vybaveném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
8. O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
10. S dětmi má být zacházeno taktně a s pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno.

Úloha rodičovských sdružení v péči o dítě

Svou významnou a nezastupitelnou funkci mají skupiny rodičů dětí s určitým onemocněním či postižením, ať jsou již více nebo méně formálně vedeny a organizovány oddělením nemocnice nebo zcela svépomocně. Sdílení prožitků, jež je jedním z neúčinnějších psychoterapeutických mechanismů, je tu zpravidla volnější než v pří-

padě dialogu s profesionálním pracovníkem (4). Rodičovská sdružení obvykle vznikají s přirozenou pomocí lékařů a sester, ale časem převzímou kompletní organizaci i řízení. Na konkrétním příkladu rodičovského sdružení ŠANCE, které před deseti lety vzniklo na onkohematologickém oddělení Dětské kliniky v Olomouci, mohu blíže popsat jeho úlohu a funkce. Sdružení plní mnohé funkce, které jsou zaměřeny zejména na:

1. pomoc nemocným dětem v době pobytu na oddělení a usnadnění návratu do běžného života
2. zlepšení vzájemné spolupráce rodičů nemocných dětí s ošetřujícím personálem a rodičů navzájem
3. organizace a zdravotnické zajištění rekondičních pobytů se zdravotním programem a víkendových pobytů rodin
4. pomoc sourozencům dětí se závažným onemocněním
5. zajištění vánočních setkání dětí a jejich rodičů
6. rozšiřování registru dárců kostní dřeně
7. humanizaci onkohematologického oddělení
8. šíření osvěty s cílem lepší informovanosti veřejnosti – v rámci humanitárních akcí informuje veřejnost o závažnosti onkologických a hematologických chorob, o léčebných postupech, o možnosti zařazení vyléčených pacientů do běžného života
9. spolupráci sdružení ŠANCE s Nadací pro výzkum rakoviny Olomouc, jejímž cílem je podpora výzkumu a vývoje protinádorových léčiv.

Zapojení rodičů, lékařů, sester, psychologů i dalších přátel má v těchto oblastech již desetiletou tradici. Na onkologickém oddělení se sdružení dlouhodobě podílí na jeho humanizaci tak, aby pobyt v prostředí, kde matka s dítětem tráví velmi dlouhou dobu léčby, poskytovalo dostatečné soukromí a *splňovalo přísná kritéria „druhého“ domova*. Na druhé straně je naší snahou, aby pacient s rodinou nikdy nezůstal v izolaci a mohl se zapojovat už v době léčby do široké rodiny těch, které v nejbližší době pozná při radostnějších příležitostech. *„Všechna tato práce je práce lidí, kteří hluboko v sobě nosí svůj bol, ale kteří se naučili společně radovat. Věříme v pochopení a podporu veřejnosti. Jen za těchto podmínek jsme schopni zajistit optimální podmínky pro dobu léčby i rekonvalescence malých pacientů, ale ta-*

ké pro ozdravení rodiny v době hledání nového smyslu života.“ charakterizuje svůj pohled na význam sdružení a svůj podíl na činnosti jedna z maminek, která stála u samotného zrodu rodičovského sdružení. Hlavním cílem rekondičních pobytů se zdravotním programem je podpora integrace těžce nemocných dětí do kolektivu, edukace pacientů, rodičů i sourozenců formou seminářů, neformální diskuse, ale zejména vzájemnou komunikaci rodičů a dětí. Pobyt mají přispět k posílení fyzické a psychické kondice a v neposlední řadě usnadnit navázání nového přátelství, ale i naučit se novým dovednostem, o které byly nemocné děti ochuzeny nebo které pro ně zůstaly po dlouhou dobu tabu (lyžování, horolezectví, jízda na koni nebo na kajaku a jiné aktivity). Velkou pozornost kromě rodičů a nemocných dětí věnujeme i jejich *sourozencům*. Přestože se na první pohled zdá, že tyto děti neprošli úskalími nemocničního prostředí, tedy, že nebyly nijak „postiženy“, zaslouží si i ony stejnou péči a pozornost jako jejich nemocní sourozenci. Mnohdy totiž prožívaly *„pocity nedůležitosti, celý svět se točil kolem nemocného sourozence“*, jak trefně vyjádřil jeden z nich. V souvislosti s postojem k život ohrožujícímu onemocnění (u sebe nebo u svého dítěte) se v posledních letech začala věnovat zvýšená pozornost tzv. *syndromu Damoklova meče*. I několik let po vyléčení závažného onemocnění si pacienti životem nesou svůj Damoklovův meč. Tuto určitou pochybnost o možném návratu nemoci nevyřeší ani bezmezná důvěra ve svého lékaře. Problém byl nastíněn, naší povinností je hledat způsoby jak jej zmírnit nebo „vyléčit“.

V roce 2002 Sdružení ŠANCE, kterou jsme o Vánocích připravili pro všechny členy sdružení, ale i pro přátele a podporovatele našich aktivit, je v určité symbolice velmi dojemně popsána charakteristika člověka, který svou pomocí dětem poskytuje s láskou a neviditelným způsobem:

„Andělé jsou lidé, kteří vyzařují světlo. Kde oni jsou, tam je světlo a jasno, andělé jsou lidé, kteří dostali něco z původní rajske radosti. Věř mi, andělé jsou bytosti z masa a krve, kteří jakýmsi neviditelným způsobem udržují svět v rovnováze. Skrze ně pocítujeme ono tajuplné dobro, které lidé chtějí dosáhnout. Je v nich postižitelná láska, se kterou by tě chtěli obejmout. Andělé působí ve skrytosti a dělají zázraky, aniž by to sami věděli. Ano, na světě jsou ještě andělé!“

Literatura

1. Joll J. Vidíme celé dítě?(Péče o dítě v nemocnici) Čs Pediat 1995; 50: 46–47.
2. Langmeier J, Balcar K, Špitz J. Dětská psychoterapie. Praha. Avicenum, 1989.
3. Lissauer T, Clyden G. Illustrated textbook of paediatrics. London. Mosby, 1997.
4. Matějček Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Praha. H&H, 2001.
5. Mihál V. Není non-compliance našich pacientů i naší vizitkou? Pediatie pro praxi 2001; 2: 255.
6. Němec J. Úvodní slovo. Pediatie pro praxi 2002; 5: 207.
7. Stark J. Jak jsem se naučil mít rád rodiče svých pacientů na oddělení. Čs Pediat 1995; 50: 40–45.