

OCENA PRZYGOTOWANIA PIEŁĘGNIAREK I STUDENTÓW PIEŁĘGNIARSTWA DO OPIEKI NAD DZIECKIEM ODCZUWAJĄCYM BÓL

THE EVALUATION OF PREPARATION FOR NURSING CARE FOR A CHILD EXPERIENCING PAIN AMONG NURSES AND STUDENT NURSES

Grażyna Cepuch, Mieczysława Perek, Bożena Krzeczowska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik Zakładu: dr hab. n. hum. Maria Kózka

STRESZCZENIE

Wstęp: Każdy rodzaj bólu stanowi dla dzieci wielkie obciążenie, zawsze zaburza funkcjonowanie fizyczne i psychiczne oraz negatywnie rzutuje na kontakty z otoczeniem. Jego zwalczanie powinno mieć znaczenie priorytetowe w opiece nad młodym pacjentem, szczególnie w kontekście pielęgnowania. W opiece nad dzieckiem cierpiącym istotną rolę odgrywa pełna diagnostyka bólu, wnikliwa ocena i skuteczne leczenie.

Celem pracy było poznanie wiedzy pielęgniarek pracujących w oddziałach dziecięcych oraz studentów pielęgniarstwa na temat rozpoznawania, oceny, leczenia oraz opieki nad dzieckiem odczuwającym ból.

Material i metody: Badania zostały przeprowadzone wśród 52 pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach pediatrycznych w Szpitalu Dziecięcym, a także wśród 55 studentów III roku pielęgniarstwa, studiów I stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UJ w Krakowie. Do badań wykorzystano kwestionariusz ankiety opracowany przez autorów pracy składający się z 4 części tematycznych.

Wyniki badań: Badania wykazały, że większość respondentów posiada wiedzę z zakresu rozpoznawania bólu u dzieci, w tym bólu jatrogenego, oraz jest świadoma negatywnych skutków źle leczonego bólu, natomiast nie jest w pełni przygotowana do oceny stopnia jego natężenia i kontroli. Badania potwierdzają potrzebę szerszej edukacji w zakresie problematyki bólu zarówno studentów, jak i pielęgniarek pracujących.

Wnioski:

- Większość badanych posiada dużą wiedzę z zakresu rozpoznawania bólu u dzieci, natomiast całościowe przygotowanie do opieki nad dzieckiem z bólem nie jest w pełni zadawalające.
- Ponad połowa pielęgniarek nie stosuje skal do oceny natężenia bólu u dziecka, a na żadnym oddziale nie jest prowadzona dokumentacja bólu.
- Istnieje zapotrzebowanie na prowadzenie w większym wymiarze godzin kształcenia zawodowego z zakresu problematyki bólu u dzieci.

Słowa kluczowe: ból, skale oceny bólu, dziecko, pielęgniarka.

SUMMARY

Introduction: Every type of pain is a great burden for a child. It always disturbs physical and psychical functioning and has a negative impact on the relations between the suffering child and his/her surroundings. Pain relief should become a priority in paediatric care especially in the context of nursing care. Full pain diagnostics, careful evaluation, and effective therapy are most significant when taking care of a child experiencing pain.

The aim: The objective of this work was to recognize what nurses and student nurses, working in paediatric units, know about pain diagnostics, assessment, therapy, and care for a child suffering from it.

Material and methods: The study took place in the Children's Hospital of Cracow. It included 52 nurses working in paediatric units and 55 third-year B.A. student nurses from the Faculty of Health Sciences, Medical School of the Jagiellonian University in Cracow. A survey questionnaire, developed by the authors, consisting of four topic parts was applied.

Results: The study showed that the majority of respondents had knowledge regarding pain recognition among children including iatrogenic pain. They were aware of negative effects of improperly treated pain. However, they weren't fully ready to assess pain intensity and control it. The study confirmed the need for wider education in the field of pain issues among student nurses as well as working nurses.

Conclusions:

- The majority of respondents had significant knowledge regarding pain recognition. However, complete preparation for care for a child suffering from pain wasn't fully satisfactory.
- More than 50% of nurses didn't use any scale for pain intensity evaluation. Also, no medical records regarding pain were kept at all paediatric units.
- Further professional education regarding pain issues among children, e.g. additional classes, needs to be introduced.

Key words: pain, pain evaluation scale, child, nurse.

WSTĘP

Ból należy do najbardziej przykrych odczuć w życiu dziecka i choć pełni ważną rolę ostrzegającą o chorobie lub uszkodzeniu tkanek, jest jednym z najbardziej nieprzyjemnych i złożonych doznań zmysłowych, generującym szereg negatywnych emocji. Współtowarzyszący mu lęk, frustracja czy wszechogarniające zmęczenie mają niebagatelny wpływ na obniżenie progu bólowego, powodując błędne koło przyczynowo-skutkowe [1, 2]. Jednocześnie percepcja bólu jest w dużym stopniu zależna od czynników psychologicznych. To one w znacznym stopniu kształtują psychiczną reakcję na chorobę i ból, a w konsekwencji decydują o rozmiarze cierpienia chorego [3, 4]. Głębokość, intensywność, charakter bólu różnią się u każdej osoby w zależności od płci, kultury czy wieku [5].

Dziecko hospitalizowane niejednokrotnie doświadcza bólu, który nie zawsze związany jest bezpośrednio z chorobą czy urazem. Ból może być skutkiem wykonywania zarówno działań terapeutycznych, jak i diagnostycznych czy pielęgnacyjnych (szczepienia, nakłucia żył, punkcje, endoskopia, zmiana opatrunków) [6].

W nowoczesnym pojęciu ból, zwłaszcza ból przewlekły, ma charakter wielowymiarowy, a zatem i jego leczenie musi mieć charakter multidyscyplinarny. Efektywne rozpoznawanie i leczenie bólu u dzieci opiera się na zrozumieniu mechanizmu jego powstawania i oddziaływania na organizm. Opieka nad dzieckiem cierpiącym stanowi niebagatelne wyzwanie dla zespołu pielęgniarstwa i powinna spoczywać w rękach osób specjalnie przygotowanych do jego zapobiegania i zwalczania. Szczególną rolę w opiece nad dzieckiem odgrywa pielęgniarka. Jest ona członkiem zespołu terapeutycznego, który spędza z pacjentem najwięcej czasu, ma więc możliwość dokładnego poznania dziecka, obserwacji jego samopoczucia w różnych sytuacjach i o różnych porach dnia [7]. Pielęgniarka musi dysponować dużą wiedzą dotyczącą metod oceny natężenia bólu i sposobów jego łagodzenia oraz wykazywać się umiejętnością skutecznej edukacji pacjentów i ich rodzin. W procesie rozpoznawania stanu dziecka cierpiącego, pielęgniarka powinna umiejętnie gromadzić dane dotyczące jego reakcji na ból, rodzaju, lokalizacji, stopnia natężenia oraz charakteru bólu, czasu trwania dolegliwości, a także trafnie ocenić efektywność podjętych działań terapeutycznych. Rzetelna ocena bólu ułatwia rozpoznanie i monitorowanie choroby dziecka, oraz stanowi podstawę do zapobiegania eskalacji destrukcyjnych następstw doznań bólowych. W celu prawidłowej oceny stopnia natężenia bólu u dzieci pielęgniarka musi umieć wybrać i zastosować od-

powiednią skalę, uwzględniając etap rozwojowy dziecka. Przy wyborze metody do oceny natężenia bólu należy uwzględnić nie tylko wiek młodego pacjenta, ale i stopień kontaktu słownego. Obecnie stosowane metody pomiaru bólu u dzieci i młodzieży ustalono na podstawie informacji niewerbalnych i werbalnych, opisujących cechy kliniczne bólu. Do rzetelnego pomiaru natężenia bólu należy stosować więcej niż jedno narzędzie, z uwagi na wpływ stanu emocjonalnego i innych czynników [8]. Gwarantem wysokiej jakości opieki pielęgniarstwa nad dzieckiem cierpiącym jest eliminowanie doznań bólowych i zapewnienie warunków do najlepszego funkcjonowania, jakie jest możliwe w czasie trwania choroby. O sukcesie w walce z bólem można mówić wtedy, gdy dziecko nie odczuwa bólu, ale również ma zapewnione poczucie bezpieczeństwa, otwarcie wyraża swoje emocje i ma pełne zaufanie do personelu medycznego. Złagodzenie bólu, niepokoju i cierpienia u dzieci, niezależnie od warunków, w których przebywają, stanowi zadanie priorytetowe [9]. Istotne jest zatem poznanie wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach dziecięcych oraz studentów pielęgniarstwa na temat rozpoznawania, oceny, leczenia oraz opieki nad dzieckiem odczuwającym ból, co może stanowić podstawę do weryfikacji kształcenia personelu medycznego.

MATERIAŁ I METODY

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wykorzystując kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz zawierał 41 pytań (zamknięte i otwarte), które tworzyły 4 części tematyczne. Pierwsza część zawierała pytania dotyczące zagadnień związanych z patogenezą bólu, jego następstwami i rodzajami, w drugiej respondenci odpowiadali na pytania o sposoby oceny bólu u dzieci, trzecia dotyczyła jego leczenia, a czwarta kształcenia i przygotowania zawodowego pielęgniarek do opieki nad dzieckiem cierpiącym.

Badania zostały przeprowadzone w Szpitalu Dziecięcym oraz w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UJ w Krakowie. Grupa badawcza liczyła 52 pielęgniarki, które pracowały na oddziałach dziecięcych oraz 55 studentów III roku studiów stacjonarnych I stopnia. Wiek pielęgniarek wahał się w granicach 22–50 lat, studentów 21–26 lat. Staż pracy pielęgniarek wynosił od kilku do 32 lat, ich wykształcenie było zróżnicowane – 15% posiadało wykształcenie wyższe, 21% studia licencjackie, 64% wykształcenie średnie.

WYNIKI

Ocenę wiedzy respondentów dokonano na podstawie analizy wyników otrzymanych z kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. W przeprowadzonym badaniu tylko 11 (21%) pielęgniarek podało zbliżoną definicję bólu przyjętą przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu, natomiast w grupie studentów nikt nie udzielił prawidłowej odpowiedzi. Spośród badanych 10% studentów i 6% pielęgniarek nie podało żadnej definicji bólu.

Prawie wszyscy ankietowani prawidłowo wymienili działania pielęgniarskie odpowiedzialne za jatropatogenię u dzieci. Na pytanie „co to jest ból jatrogenny?” 28% pielęgniarek odpowiedziało, że jest to ból związany z leczeniem i diagnostyką, natomiast wśród studentów najczęściej powtarzało się twierdzenie, że „jest to ból spowodowany przez personel medyczny” (38% studentów). Jako następstwo jatrogenii 37% pielęgniarek i 18% studentów podało lęk i obawę przed personelem medycznym, natomiast ból wymienili tylko 2 pielęgniarki i 4 studentów. Odpowiedzi ankietowanych na to pytanie przedstawia tabela 1.

W przeprowadzonym badaniu zdecydowana większość respondentów prawidłowo wskazała najczęstsze przyczyny bólu ostrego oraz przewlekłego. Wszyscy respondenci prawidłowo zdefiniowali tolerancję na ból, uznając, że jest ona cechą indywidualną, zmienną i subiektywną u każdego człowieka. Z czynników i działań, które mogą wpłynąć na obniżenie wrażliwości na ból u dziecka pielęgniarki, podobnie jak studenci, najczęściej wymieniały: obecność rodziców przy dziecku (26%), stwarzanie przyjaznej atmosfery (31%) oraz informowanie i tłumaczenie, jakie czynności będą przy nim wykonywane (16%). Tylko 2 pielęgniarki i 6 studentów uznało stosowanie kremu EMLA (środek analgetyczny zaakceptowany przez Światową Organizację Zdrowia) za czynnik zmniejszający ból. Szczegółowe dane przedstawia tabela 2. Na pytanie o następstwa bólu przewlekłego 26% respondentów wymieniło depresję i apatię, 14% wyczerpanie i zmęczenie, 12% obniżone samopoczucie i lęk (10%). Następstwa bólu ostrego, szczególnie o dużym natężeniu, to według ankietowanych głównie płacz (25%), agresja i złość (19%).

W przeprowadzonym badaniu oceniano także znajomość zachowań i reakcji fizjologicznych na ból u dzieci w różnych okresach rozwojowych. Ankietowane pielęgniarki uznały, że u dzieci starszych, powyżej 11 roku życia najczęstszą reakcją fizjologiczną na ból był wzrost ciśnienia tętniczego (44%), natomiast studenci pielęgniarstwa wymieniali zwiększoną potliwość (44%). Według ankietowanych zachowania noworodków i niemowląt, które mogą być związane

Tabela 1. Następstwa jatrogenii u dzieci

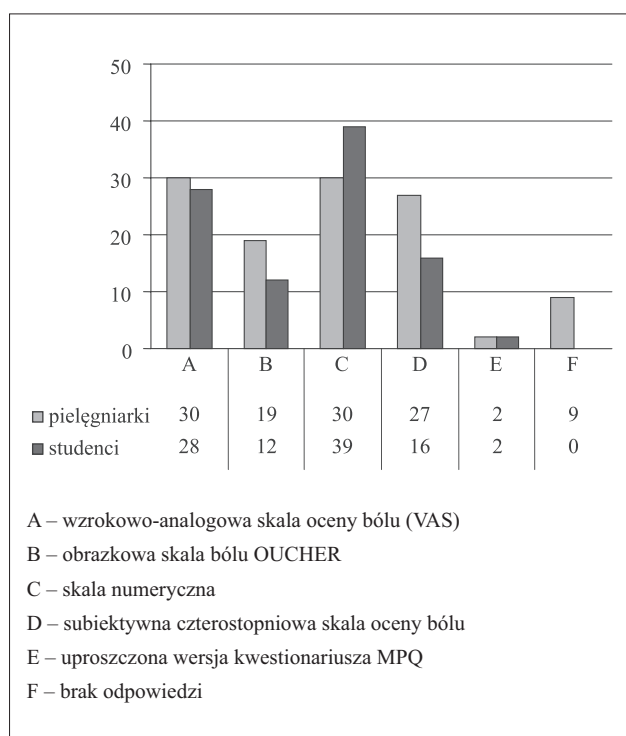
Następstwa jatrogenii u dzieci	Pielęgniarki	Studenci	Wszyscy ankietowani
Obawa, lęk przed personelem medycznym	19	10	29
Lęk	15	6	21
Strach	11	10	21
Płacz	10	6	16
Niechęć do leczenia, lęk przed badaniami	7	6	13
Zamknięcie w sobie	1	3	4
Uraz psychiczny	2	8	10
Ból	2	4	6
Agresja, złość	6	0	6
Syndrom „białego fartucha”	3	2	5
Otyłość	4	0	4
Brak apetytu	3	1	4
Utrata włosów	3	0	3
Niepokój	0	3	3
Nie wiem	0	4	4
Brak odpowiedzi	0	5	5

Tabela 2. Czynniki i działania, które mogą wpłynąć na obniżenie wrażliwości na ból u dziecka

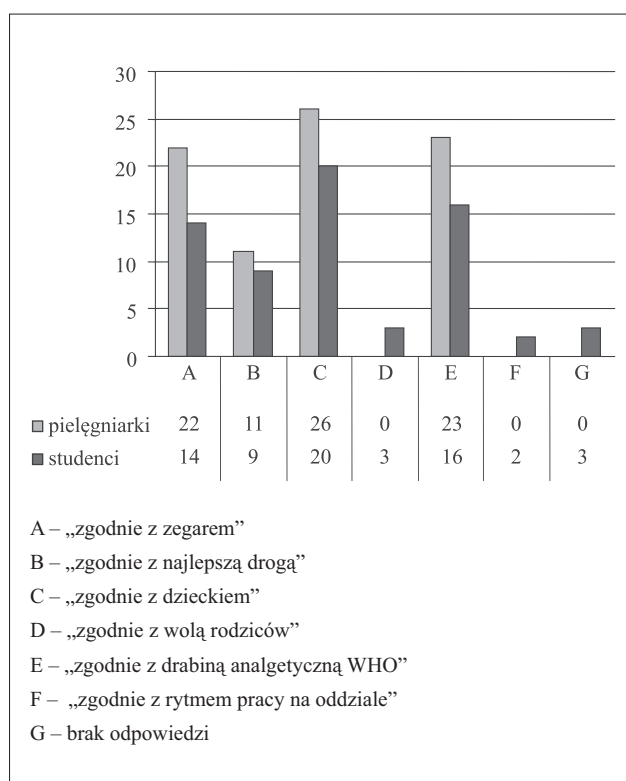
Czynniki i działania	Pielęgniarki	Studenci	Wszyscy ankietowani
Stwarzanie przyjaznej atmosfery	16	17	33
Obecność rodziców przy dziecku	10	18	28
Informowanie, tłumaczenie dziecku wykonywanych działań	10	7	17
Stosowanie kremu EMLA	2	6	8
Stwarzanie atmosfery bezpieczeństwa	3	4	7
Cisza, spokój	5	4	9
Wypoczynek	2	3	5
Leki p/bólowe	8	4	12
Odwrócenie uwagi	4	3	7
Wygodne ułożenie	4	0	4
Precyzyjne wykonanie działań, zabiegów	2	0	2
Brak odpowiedzi	4	2	6

z bólem to głównie zaciskanie powiek i wyginanie tułowia w łuk.

Analizując znajomość skal do oceny natężenia bólu u dzieci stwierdzono, że ankietowani najlepiej znają skalę numeryczną (64%), oraz analogowo-wzrokową (54%), ale tylko 4 osoby знаły uproszczoną wersję kwestionariusza Melzacka MPQ. Szczegółowe dane dotyczące znajomości skal przedstawia rysunek 1. Na pytanie, czy respondenci korzystają ze skal do badania natężenia bólu 19% pielęgniarek i 13% studentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej, natomiast zdecydowana większość badanych nie stosuje wyżej wymienionych skal. Wyniki badania wykazały także, że 100% ankietowanych pielęgniarek nie prowadzi w swojej pracy kart bólu. Respondenci (81%) u dzieci w wieku przedszkolnym zastosowaliby do oceny natężenia bólu skalę wizualno-obrazkową, a u dzieci w wieku szkolnym skalę numeryczną (66%) oraz słowną (56%). 75% ankietowanych stwierdziło, że skale do badania natężenia bólu są przydatne i wskazane do monitorowania bólu u dzieci. Zdecydowanej większości ankietowanych najtrudniej ocenić natężenie bólu u noworodków. Według przeprowadzonego badania prawie wszystkie pielęgniarki i 78% studentów posiada wystarczającą wiedzę dotyczącą „drabiny analgetycznej”, ale zaledwie 7% studentów i 35% pielęgniarek przyporządkowała poszczególne leki przeciwbólowe do odpowiednich grup. Jako drogę niewskazaną do podawania leków przeciwbólowych tylko 50% respondentów wymieniło drogę domięśniową. Prawie połowa (48%) ankietowanych stwierdziła, że leki przeciwbólowe należy podawać regularnie, w ściśle określonych godzinach. Jako najlepszą zasadę stosowania leków przeciwbólowych respondenci (43%) uznali zasadę „zgodnie z dzieckiem”. Szczegółowe odpowiedzi ankietowanych na to pytanie przedstawia rysunek 2. Spośród niefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu u dziecka najczęściej wymieniano odwracanie uwagi (43%), zimne okłady (41%), ciepłe okłady (31%). Na obecność rodziców jako czynnik łagodzenia bólu wskazało tylko 20% ankietowanych. Prawie wszyscy respondenci byli zdania, że niefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu u dziecka przynoszą efekty bez względu na jego natężenie. Zdaniem 100% pielęgniarek i 96% studentów, nieskutecznie leczony ból może być groźny dla dziecka, co świadczy o dużej świadomości niebezpieczeństw, jakie ze sobą niesie. W przeprowadzonym badaniu próbowano ocenić udział pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa w różnych formach kształcenia, związanych z przygotowaniem do opieki nad dzieckiem cierpiącym. W szkoleniach na temat bólu u dzieci brało udział tylko 14% pielęgniarek. Szkolenia te były organizowane głównie przez firmy farmaceutyczne, tylko



Rys. 1. Znajomość skal do oceny bólu u dzieci



Rys. 2. Najlepsza zasada w stosowaniu leków p/bólowych u dzieci w opinii pielęgniarek i studentów

pięciu badanych odpowiedziało, że przeprowadził je zakład pracy, jedna osoba zaś, że uczelnia medyczna. Wiedzę z zakresu bólu u dzieci pogłębia 28% pielęgniarek, korzystając głównie z czasopism medycznych i Internetu. Swoje przygotowanie w procesie kształcenia do rozpoznawania objawów bólu, spo-

sobów jego oceny, łagodzenia i leczenia 44% ankietowanych uważa za niewystarczające, 33% za wystarczające, a tylko 8 pielęgniarek i 6 studentów uważa, że są przygotowani w dobrym stopniu. Zdecydowana większość (84%) badanych jest zdania, że w procesie kształcenia należy więcej godzin poświęcić na omówienie zagadnień związanych z bólem u dzieci.

DYSKUSJA

Prowadzone badania miały charakter pilotażowy i wycinkowy. Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań stwierdzono, że stopień przygotowania studentów i pielęgniarek do opieki nad dzieckiem odczuwającym ból nie zawsze jest w pełni zadowalający. Odpowiedzi na pytanie o rozumienie i istotę bólu oraz ból jatrogeny mogą świadczyć o tym, że pojęcia te wśród ankietowanych, a zwłaszcza wśród studentów nie są do końca zrozumiane. W piśmiennictwie najczęściej spotyka się definicję bólu opracowaną przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu: ból jest „nieprzyjemnym doznaniem zmysłowym i emocjonalnym związanym z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia” [10]. Podobne definiowanie i jego rozumienie podało niewielu respondentów (11 osób). Odnośnie bólu jatrogennego respondenci wprawdzie prawidłowo wymieniają procedury, np. nakłucia żył, punkcje, endoskopie itp., które są odpowiedzialne za tego rodzaju doznanie. Zapominają oni jednak, że problem bólu jatrogennego obejmuje również wszystkie sytuacje wywołujące lęk i strach. Należy pamiętać, że ból ma charakter wielowymiarowy i powinien być rozumiany jako składowa znacznie szerszego zjawiska, jakim jest cierpienie. Tak postrzegany ból pozwoli objąć pacjenta profesjonalną, całościową opieką.

Z piśmiennictwa i wcześniejszych badań wynika, że proces diagnozy i leczenia nadal bardzo często jest odpowiedzialny za indukowanie u dzieci zarówno negatywnych doznań emocjonalnych, jak i fizycznych, najczęściej bólowych. Dzięki współczesnej anestezjologii lęk i ból omijają dzieci poddawane „dużym” zabiegom operacyjnym, natomiast małe zabiegi inwazyjne, takie jak szczepienia, nakłucia diagnostyczne i lecznicze, nadal są dużym przeżyciem i źródłem złych doświadczeń. Ostatnio coraz więcej uwagi poświęca się różnym metodom mającym na celu zwiększenie tolerancji bólu. Jedną z nich jest stosowanie analgetyków miejscowych, np. kremu EMLA, do znieczulenia skóry przed wykonywaniem zabiegu inwazyjnego. Niepokojący jest fakt, że w badaniu tylko 8 respondentów (2 pielęgniarki i 6 studentów) uznało,

że krem EMLA jest czynnikiem zmniejszającym ból, co może świadczyć o tym, że nie jest on stosowany na oddziałach. Brak przekonania wśród pielęgniarek co do jego skuteczności może wynikać z faktu, że nie wszędzie takie preparaty znieczulające są dostępne (wysoka cena) i nie zawsze są one stosowane prawidłowo, co ogranicza ich działanie i zniechęca do ponownego użycia. Czynnikiem, który zdecydowanie wpływa na obniżenie wrażliwości na ból jest, zdaniem większości ankietowanych, obecność rodziców przy dziecku. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie najważniejszym dla dzieci źródłem poczucia bezpieczeństwa są właśnie rodzice. Fakt ten budził nadzieję, że zarówno sama ich obecność, jak i dojrzałe zachowanie oraz chęć współpracy przed i w trakcie zabiegu mogą ograniczyć lęk i odczuwanie bólu u dzieci. Z pewnością bliskość matki i dźwięk jej głosu to czynniki sprawdzone, zdolne zmniejszyć poziom lęku. Jednak nawet w połączeniu z próbami odwracania uwagi przez rodziców, nie zawsze wystarczają do zmniejszenia odczuwanego bólu, co potwierdził niedawno Cavender i wsp. [11]. Do prawidłowego diagnozowania bólu u dzieci konieczna jest znajomość zachowań i reakcji fizjologicznych, które są z nim związane. W przeprowadzonym badaniu prawie wszyscy ankietowani prawidłowo wymienili zachowania i reakcje fizjologiczne, które mogą występować u dzieci odczuwających ból. Reakcje na bodźce bólowe stanowią język porozumiewania się z otoczeniem. Zasadniczą trudność w badaniach nad bólem stanowi jego indywidualny charakter. Cechy bólu mogą być oceniane tylko na podstawie informacji zebranych od dziecka, które choć stanowią informację subiektywną, dzięki obserwacji i powtarzalności w badaniu, stają się wiarygodną przesłanką [5]. Według przeprowadzonego badania pielęgniarki lepiej niż studenci znają następstwa zarówno bólu ostrego, jak i przewlekłego u dzieci, co może wynikać z obserwacji i doświadczenia, jednak nie jest to poziom zadowalający. Najwięcej badanych jako następstwo bólu przewlekłego podawało lęk. Odróżnienie bólu od lęku i odwrotnie może być niekiedy trudne. Oba doznania leżą u podłoża podstawowych mechanizmów adaptacyjnych. Duży wpływ na nasilenie bólu ma lęk antycypowany, który wiąże się ze strachem przed nieznanymi lub/i wcześniejszymi doświadczeniami bólowymi. Lęk jako towarzysz bólu, może pojawiać się w wyniku przekazywania przez otoczenie w niewłaściwy sposób różnych informacji, powstaje zanim zostanie wykonany jakikolwiek zabieg. Percepcja bólu i poziom odczuwanego lęku są podobne niezależnie od wieku, natomiast wiek ma znaczenie w ich wyrażaniu. Jako następstwo bólu ostrego i bólu u niemowląt wymieniano na pierwszym miejscu płacz. Towarzyszy on doznaniom bólowym, a jego

interpretacja u niemowląt może stanowić punkt odniesienia w diagnozowaniu bólu u dziecka.

W przeprowadzonym badaniu sprawdzano również poziom wiedzy respondentów, co do znajomości technik mierzenia bólu u dzieci. Rozpoznawanie bólu i jego natężenia jest niezwykle istotne w całym procesie terapeutycznym. W przypadku dziecka chorego jest to zarówno sprawa priorytetowa, jak i niezwykle trudna do oszacowania. Mają na to wpływ niedojrzałość reakcji dziecka, nieumiejętność precyzyjnego określenia miejsca, rodzaju czy skali bólu. W celu oceny natężenia bólu u dzieci opracowano skale, które są pomocne zarówno w ilościowej, jak i jakościowej jego ocenie. Przeprowadzono wiele badań z wykorzystaniem tych skal jako narzędzia badawczego, które potwierdziły, że ich stosowanie przynosi lepsze efekty w leczeniu. Dzięki temu udaje się dobrać odpowiednie leczenie przeciwbólowe u poszczególnych osób, jak również pozwala dokonywać szybkiej modyfikacji kuracji. Według ankiety, mimo posiadania wiedzy z zakresu skal oceny bólu, znaczna część badanych nie stosuje ich w praktyce, a na żadnym oddziale ankietowane pielęgniarki nie prowadzą dokumentacji dolegliwości bólowych u dzieci. Można zatem domniemywać, że ocena natężenia bólu u dzieci nie jest rzetelnie prowadzona, w wyniku czego cała procedura jego leczenia może być nieskuteczna. Niepokojący jest fakt, że ból nie jest diagnozowany także na oddziałach onkologii dziecięcej. W podobnym badaniu przeprowadzonym w 2006 roku wśród pielęgniarek, dotyczącym oceny przygotowania personelu pielęgniarskiego do sprawowania opieki nad dzieckiem odczuwającym ból stwierdzono, że większość pielęgniarek znało i potrafiło z nich korzystać. W praktyce ankietowany personel pielęgniarski korzystał najczęściej ze skali punktowej (54%) [11].

Istnienie bólu i cierpienia jest rzeczą oczywistą, naturalną i najczęściej niezależną od człowieka. Ból w kontekście fizjologicznym jest rodzajem czucia, które jest tak samo niezbędne do funkcjonowania organizmu, jak inne rodzaje odczuwania. Tak rozumiany ból ma znaczenie w diagnozowaniu wielu schorzeń. Często jednak ból, zwłaszcza przewlekły lub ten, który wynika ze stosowania metod diagnozowania i leczenia, staje się bezsensowny i obciążający zarówno fizycznie, jak i psychicznie [8]. Wiele się jednak robi, aby wyeliminować niepotrzebny ból i uprzedzić jego nadejście. W likwidowaniu lub zmniejszaniu odczuć bólowych pomagają ośrodki zwalczania bólu, wykorzystujące najnowsze osiągnięcia medycyny i wielu innych dyscyplin naukowych. W leczeniu bólu u dzieci korzysta się ze schematu stosowania leków w celu zmniejszenia dolegliwości. Prawidłowe stosowanie leków przeciw-

bólowych i/lub adiuwantów musi wiązać się z dobrą znajomością grup poszczególnych środków, niestety wielu respondentów, a szczególnie studentów, nie posiada wystarczającej wiedzy z tego zakresu.

Przeprowadzone badanie uwidoczniło u ankietowanych brak satysfakcjonującej wiedzy na temat opieki nad dzieckiem odczuwającym ból. W programach kształcenia pielęgniarek na poziomie studiów licencjackich i magisterskich niewiele czasu poświęca się na zagadnienia związane z omawianą problematyką. Duża część ankietowanych ma świadomość, że ich wiedza nie jest ugruntowana, bardzo trudno w takiej sytuacji objąć im chore dziecko całościową opieką na dobrym poziomie. Obowiązująca Ustawa z 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej wyraźnie wskazuje na prawo pielęgniarki do doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia podyplomowego, nakłada również na każdą pielęgniarkę obowiązek stałego aktualizowania wiedzy. Szkolenia w zakresie problematyki bólu u dziecka byłyby wskazaną formą doskonalenia zawodowego i przyczyniłyby się do podniesienia jakości i profesjonalizmu sprawowanej opieki. Istotne wydaje się też stworzenie standardów oraz modeli pielęgnowania, których nieodłącznym elementem będzie zwalczanie bólu związanego z chorobą, jak i będącego wynikiem diagnozowania lub leczenia.

WNIOSKI

1. Większość badanych posiada wiedzę z zakresu rozpoznawania bólu u dzieci, natomiast całościowe przygotowanie do opieki nad dzieckiem z bólem nie jest w pełni zadowalające.
2. Nie wszystkie pielęgniarki stosują skale do oceny natężenia bólu u dziecka, oraz nie prowadzą dokumentacji bólu. Pielęgniarki nie zawsze wykorzystują środki i metody zmniejszające ból w procedurach „drobnych” zabiegów diagnostyczno-pielęgniarskich.
3. Istnieje zapotrzebowanie na prowadzenia kształcenia zawodowego z zakresu problematyki bólu u dzieci w większym wymiarze godzin zarówno wśród pielęgniarek, jak i studentów pielęgniarsstwa.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Golec A, Dobrogowski J, Kocot M. Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego. *Przegląd lekarski* 2000; 57(4): 211–214.

- [2] Cepuch G, Dębska G. Psychologiczne aspekty bólu u młodzieży z chorobą nowotworową. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. Lublin 2004; 59(56): 292–296.
- [3] Czaja E, Cepuch G. Standard opieki nad dziećmi po 12 roku życia odczuwającymi ból podczas leczenia onkologicznego. *Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska*. Lublin 2003; 58(13, 46): 251–254.
- [4] McGrath A, Ruskin A. Caring for children with chronic pain: ethical consideration. *Pediatric Anesthesia* 2007, 17: 505–508.
- [5] Domżał T. Ból podstawowy objaw w medycynie. PZWL, Warszawa 1996.
- [6] Ziółkowski J. Ból jatrogenny u dzieci – zapobieganie i zwalczanie. *Klinika Pediatryczna – Laryngologia* 2003; 11(1): 55–60.
- [7] Cepuch G, Wordliczek J, Golec A. Wybrane skale do badania natężenia bólu u młodzieży – ocena skuteczności. *Polska Medycyna Paliatywna* 2006; 5(3): 108–113
- [8] Cepuch G, Czaja E. Udział pielęgniarki w zapobieganiu i leczeniu bólu u dzieci. *Problemy Pielęgniarstwa* 2004; 1–2: 23–26.
- [9] Dobrogowski J, Wordliczek J. *Medycyna bólu*. PZWL, Warszawa 2004.
- [10] Cavender K, Goff MD, Hollon EC, Guzzetta CE. Parents positioning and distracting children Turing venipuncture. Effects on childrens pain, fear, and distress. *J Holist Nurs* 1004; 22(1): 32–56.
- [11] Wojewoda B, Mess E, Motylska M, Lisowska A, Dybko J. Ból i cierpienie dziecka – pacjenta w placówce szpitalnej. *Onkologia Polska* 2006; 9(4): 129–132.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Grażyna Cepuch
Wydział Nauk o Zdrowiu UJ
31-501 Kraków, ul. M. Kopernika 25
e-mail: gcepuch@poczta.onet.pl
tel. 41 421 41 60; 600 132 585

